



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Zorgverzekeraars Nederland



Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ 2015

18 december 2015

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
2. Algemene aanpak en uitgangpunten	6
2.1 Reikwijdte	7
2.2 Reikwijdte onderzoeksmassa	8
2.3 Relatie controlepunten met handreiking 2014	9
2.4 Controles door zorgverzekeraars	9
2.5 Relatie handreiking met DCM	10
2.6 Tijdlijn	10
2.7 Rol Accountant	11
2.8 Rapportage	11
2.9 Privacy	12
2.10 Toetsing door zorgverzekeraars	12
2.11 Geschillencommissie	13
2.12 Financiële afwikkeling controleresultaten	13
2.13 Statistische steekproef in het kader van de jaarrekening	14
3. Methode/Controlebenadering	15
3.1 Correctie op microniveau	16
3.2 Correctie op macro niveau	17
3.3 Netto financiële impact	17
3.4 Overlap tussen verschillende risicopunten	17
3.5 Grouper	18
3.6 Deelwaarneming bij de handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ 2015	18
3.6.1 Deelwaarneming	1
3.6.2 Toetsing bestaan en werking AO/IC	3
Controlepunten	5
1 Registreren van zorgactiviteiten	5
1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - Polikliniekbezoek tijdens klinische episode ..	5
1.2 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag	7

1.3 Onterecht vastleggen van poliklinische consulten – indien er geen face-to-face contact is met een poortfunctie (A) of poortspecialist/kaakchirurg (B)	9
2 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult	15
3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling	18
4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging	20
5 Onterecht vastleggen van een zorgactiviteit in een klinische setting	22
5.1 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Specifiek voor verpleging ingerichte afdeling	22
5.2 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Minimaal één overnachting	24
5.3 Onterecht vastleggen van een verpleegdag bij een DBC subtraject – Meerdere verpleegdagen op 1 kalenderdag	26
5.4 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten binnen 1 specialisme	27
5.5 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten over meerdere specialismen	29
5.6 Onterecht vastleggen van een langdurige observatie (zonder overnachting)	31
5.7 Onterecht vastleggen van een verpleegdag tegelijk met de ZA Verblijf gezonde moeder (ZA-code 190032) of verblijf gezonde zuigeling (ZA-code 190033)	32
5.8 Onterecht vastleggen van een verpleegdag in plaats van een ZA-code ‘Verkeerde bed’ (ZA-code 190031) of ‘Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie’ (ZA-code 190038) of andersom.	35
5.9 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag	37
5.10 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag- Postoperatief op de IC voor recovery i.p.v. op de recovery-afdeling	38
6 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit	39
6.1 Onterecht vastleggen ATLS traumaopvang	39
6.2 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit nazorg orgaantransplantaties	40
6.3 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit nazorgstamceltransplantaties	41
6.4 Onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische tests	42
6.5 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit dialysetoeslag	44
6.6 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit IC-consult (ICC uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC afdeling)	46
6.7 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit neonatale intensive care	47

6.8 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit pediatrie intensive care	48
6.9 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit ECMO-toeslag.....	49
6.10 Onterecht vastleggen van de verrichting toeslag post IC-high care	50
6.11 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie	51
6.12 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie	53
6.13 Onterecht vastleggen ZA code 031712	55
6.14 Onterecht declareren van ordertarief.....	56
6.15 Onterecht vastleggen van zorgactiviteit wondtoilet (ZA code 038941 en 038943)	58
7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie.....	59
8 Het onterecht registreren en declareren van add- ons voor dure en weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren (indicatievoorwaarden en gebruikte hoeveelheid).....	63
9 Onterecht een parallel zorgtraject openen.....	67
10 Openen zorgtraject.....	70
11 Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen geldige verwijzing aanwezig is (uitzondering acute zorg).....	72
12 Het vastleggen van een andere zorgactiviteit, die wel als verzekerde zorg wordt vergoed.....	75
13 Het onterecht declareren van 190043/190044/190045/190046/190047/190048 naast een DBC zorgproduct van de gynaecoloog	77
14 Het declareren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de Zvw, terwijl hier geen sprake van is: IVF en vruchtbaarheid gerelateerde zorg.....	79
15 Declareren van WBMV verrichtingen zonder vergunning	81

1. Inleiding

NVZ, NFU en ZN hebben besloten om samen nog meer in te zetten op structurele samenwerking bij de efficiënte inrichting van de declaratie- en controleketen. Deze afspraken zijn vastgelegd in een convenant. Voor 2015 heeft zich dat vertaald in de ambitie om voor de declaraties in de omzet 2014, de omzet 2015 en de omzet 2016 in respectievelijk het eerste kwartaal, het tweede kwartaal en het derde kwartaal tot een handreiking rechtmatigheidscontroles te komen. De handreiking controles 2015, treft u nu aan. De NZa heeft de handreiking getoetst aan de regelgeving, daarmee is juistheid van de opgenomen regelgeving getoetst. Hiermee is door de NZa geen uitspraak gedaan over de risicoanalyse of het advies voor controleren. Voor de Handreiking 2016 wordt het tijdspad herzien.

In deze handreiking is getracht zoveel mogelijk verbeterpunten op te nemen die naar voren zijn gekomen bij de uitvoering en afwikkeling van de Handreiking 2014. Wij hopen op uw begrip als er ondanks de grote inzet toch nog enkele onduidelijkheden bij de uitvoering van de handreiking blijken te zijn. Wij waarderen uw feedback hierop zeer, het stelt partijen in staat om tot verdere verbetering te komen bij de handreikingen van 2016 en verder.

Uw feedback kunt u sturen naar dbc@nvz-ziekenhuizen.nl.

De handreiking begint met een toelichting op de algemene aanpak van het zelfonderzoek en de daarbij gehanteerde uitgangspunten. Daarna worden alle individuele controlepunten uitgewerkt.

Bij het opleveren van de concepthandreiking is aangegeven dat eind 2015 een addendum zou worden opgeleverd. Wij kiezen er nu voor om een nieuw integraal document op te leveren zodat u één basis heeft voor het uit te voeren onderzoek.

U ontvangt nog wel een addendum zodra duidelijkheid is over de rol van de accountant en de functionele omschrijvingen die horen bij de controlepunten gereed zijn. De functionele omschrijving betreft een nadere specificering van het advies voor controle bij elk controlepunt, die maakt dat er voor partijen geen onduidelijkheid meer kan bestaan over de technische uitvoering van de geadviseerde controle.

2. Algemene aanpak en uitgangpunten

De aanpak kent grote overeenkomsten met voorgaande zelfonderzoeken.

1. Ziekenhuizen controleren op basis van de handreiking zelf de rechtmatigheid van de declaraties. Zij rapporteren hierover aan de zorgverzekeraars.
2. Zorgverzekeraars beoordelen de door het ziekenhuis uitgevoerde werkzaamheden en komen tot een gezamenlijke conclusie.

Onderstaand is dit uitgewerkt en wordt op een aantal aspecten van de aanpak en gemaakte afspraken nader ingegaan.

Het zelfonderzoek 2015 bevat een aantal belangrijke veranderingen ten opzichte van het zelfonderzoek 2014. Dit betreffen:

- Het tijdpad van het onderzoek (zie paragraaf 2.2)
- Verwijderde controles (zie bijlage 1).
- Toegevoegde controles (zie bijlage 1).
- Het gebruik van een beslisboom ten behoeve van een risicogerichte aanpak van de controle en het terugdringen van administratieve lasten bij het uitvoeren van deelwaarnemingen (zie paragraaf 3.6).
- De volgorde van de controles ten aanzien van polikliniekbezoek en verpleegdagen aangepast. Als de volgorde wordt toegepast wordt de kans dat eenzelfde product meerdere keren in een controle valt verkleind.
- Bij een aantal controles zijn veranderingen en toevoegingen in zorgactiviteiten codes doorgevoerd. Daarom is het van belang om de query's van het vorige zelfonderzoek niet zonder kritische beoordeling opnieuw toe te passen.
- Feitelijk aantonen face-to-face contact was in 2014 alleen opgenomen voor poliklinische consulten (thema 1.3), maar is nu uitgebreid. Ook de face-to-face contacten voor ICC's (thema 2) en medebehandelingen (thema 3) moeten aangetoond worden. Echter deze controle kan in één deelwaarneming uitgevoerd worden en hoeft niet in drie separate deelwaarnemingen plaats te vinden.

Naar aanleiding van de review op de zelfonderzoeken 2014 geven wij een aantal aandachtspunten mee:

- In principe geldt het uitgangspunt: 'niet vastgelegd is niet gedaan'. Dit principe is van toepassing op alle aspecten van het zelfonderzoek, controle en correcties door de zorgaanbieder én de review door de zorgverzekeraar. Ten aanzien van primaire registraties van de zorg geldt in aanvulling op dit principe, dat indien dit op een andere manier aannemelijk gemaakt kan worden, hierover wordt gerapporteerd. Het is raadzaam hier contact over op te nemen met de representerende zorgverzekeraar uit het reviewteam.
- Bovenstaande betekent dus ook dat er sprake moet zijn van een audittrail waarvoor het noodzakelijk kan zijn documentatie te bewaren en zaken reproduceerbaar te maken.
- De rapportage moet zelfstandig leesbaar zijn en voldoende inzicht geven in de uitgevoerde werkzaamheden en de resultaten. Op basis van de ervaring uit de review is daarom een aangepast rapportageformat opgesteld. (zie 2.8)

2.1 Reikwijdte

De handreiking controles 2015 is gericht op de uit te voeren rechtmatigheidscontroles op declaraties van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten (**Zorgverzekeringswet**) die gesloten zijn in 2015 (i.c. verstuurd naar VECOZO en nog te declareren).

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn altijd verplicht om signalen van fraude op te volgen, dit staat geheel los van dit onderzoek.

De handreiking geldt voor alle algemene ziekenhuizen en UMC's en het Oogziekenhuis, NKI/AVL en de Maartenskliniek. Daarnaast geldt deze handreiking onder specifieke voorwaarden¹ (vanwege het afwijkende karakter van de instelling) voor NL Healthcare Clinics.

De handreiking geldt niet voor de PAAZ en PUK, deze lopen mee in de aanpak voor de GGZ, voor zover relevant.

Specifieke controles in verband met de Regeling Zorg Asielzoekers zijn niet opgenomen.

¹ Over de voorwaarden is contact tussen NL Health Clinics en de representerende zorgverzekeraars.

2.2 Reikwijdte onderzoeksmassa

Voor het zelfonderzoek rechtmatigheid zorgdeclaraties is tot de handreiking voor 2015 altijd uitgegaan van te onderzoeken registratie van DBC-subtrajecten met een einddatum in een bepaald jaar en de overige zorgproducten en add-ons in een bepaald jaar. Daarbij was het niet van belang dat de geregistreerde zorgproductie al was gedeclareerd. Niet gedeclareerde zorgproductie (om wat voor reden dan ook) werd wel tot de te onderzoeken (en te corrigeren) populatie gerekend. De uitkomsten van het onderzoek werden hierdoor (onterecht) vervuild en het onderzoek zelf werd bemoeilijkt. Voor de handreiking 2015 is daarom onderzocht in hoeverre het mogelijk was meer aan te sluiten bij hetgeen in het kader van de jaarrekening verantwoord wordt. Dat heeft ertoe geleid dat bij de publicatie van de concept handreiking 2015 een andere onderzoekspopulatie is gedefinieerd, kort samengevat was dit de gefactureerde omzet 2015. Wij hebben eind oktober echter moeten concluderen dat de declaraties over 2015 naar verwachting onvoldoende zullen zijn om op de peildatum een goed onderzoek uit te voeren. Voor de handreiking 2015 is daarom besloten dezelfde afbakening van de onderzoeksmassa te hanteren als bij eerdere onderzoeken.

Dat betekent dat de handreiking controles 2015 gericht is op de uit te voeren rechtmatigheidscontroles op declaraties die tot de omzet 2015 behoren. Het gaat daarbij om in 2015 gesloten DBC's² en in 2015 geleverde overige zorgproducten ongeacht het moment van declareren (= totale onderzoeksmassa). DBC's en overige zorgproducten die op het moment van peildatum³ nog niet gefactureerd zijn, moeten indien van toepassing gecorrigeerd worden alvorens zij worden gedeclareerd.

Het is van belang om de tijdfasering van het zelfonderzoek zodanig aan te passen dat de controlewerkzaamheden gebruikt kunnen worden voor de verantwoording van de betrouwbaarheid van de gedeclareerde zorgproductie in de jaarrekening.

² DBC-zorgproducten geopend in 2014 en gesloten in 2015 en DBC-zorgproducten geopend en gesloten in 2015

³ Peildatum wordt door het ziekenhuis vastgesteld (minimaal na 1 januari 2016).

2.3 Relatie controlepunten met handreiking 2014

De handreiking is opgesteld met als basis de controlepunten uit de handreiking 2014. Deze controlepunten zijn geschoond voor punten die in relatie tot de controle-inspanning te weinig opleverden (en geen politiek item zijn) of onvoldoende een generiek risico bevatten en controles die beter door de zorgverzekeraars kunnen worden uitgevoerd. Dit is voornamelijk alleen op basis van zelfonderzoek 2012/2013 gedaan.

De controlepunten zijn aangevuld op basis van een risicoanalyse van zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarbij generieke risico's die materieel (financieel, politiek, vanuit patiënt) en controleerbaar zijn, zijn toegevoegd.

Voor deze mutaties ten opzichte van de handreiking 2014 is een Excel sheet als bijlage bijgevoegd (bijlage 1).

2.4 Controles door zorgverzekeraars

De handreiking bevat samen met de DCM controles alle generieke rechtmatigheidscontroles op de declaraties 2015. Zorgverzekeraars zullen de controles uit de handreiking zelf niet uitvoeren indien de zorgaanbieder de controles adequaat uitvoert en zich hierover verantwoordt zodanig dat de zorgverzekeraar dit kan vaststellen.

Zorgverzekeraars hebben de plicht om bij signalen (uit benchmarks of van bijvoorbeeld verzekerden) declaraties nader te onderzoeken. Dit gaat dus om specifieke onderzoeken die één of enkele zorgaanbieders raken. De zorgverzekeraars blijven deze controles uitvoeren waarbij proportionaliteit⁴ het uitgangspunt is.

Ook zijn zorgverzekeraars verplicht om toe te zien op doelmatigheid en gepast gebruik. Controles die in dit kader moeten worden uitgevoerd maken geen onderdeel uit van de handreiking en worden door de zorgverzekeraar uitgevoerd.

Zorgverzekeraars maken aan het begin van het jaar bekend welke controles voor komend jaar worden uitgerold. Een aantal van deze controles worden voorafgaand ook afgestemd met de NVZ en NFU.

⁴ Proportioneel: de uit te voeren controle (inspanning) en/of inbreuken die gemaakt worden moet in verhouding staan tot de mogelijk op te sporen fout.

2.5 Relatie handreiking met DCM

De controles via de DOT Controle Module (DCM controles) maken onderdeel uit van de generieke rechtmatigheidscontroles. De in dit kader uit te voeren controles liggen vast in de DCM handboeken (R4, R5, R6 en R7)⁵.

Zorgverzekeraars zetten de DCM controles uit, parallel aan de controles die zorgaanbieders uitvoeren in het kader van de handreiking.

Zorgverzekeraars gaan vanaf 1-1-2016 DCM controles uitrollen op basis van release 7. Deze release⁶ is voorafgaand afgestemd met de NVZ en NFU via de landelijke werkgroep controle. Zorgverzekeraars kunnen direct na oplevering van release 7 DCM controles uitrollen over de tot dan toe binnengekomen declaraties. Dat betreffen declaraties die onder de schademassa van de handreiking 2014 vallen, maar kunnen ook declaraties zijn die onder de handreiking 2015 vallen of zelfs 2016 gaan vallen. Zorgverzekeraars bepalen zelf de frequentie van het uitrollen. Daarbij is zorgverzekeraars wel geadviseerd tijdig een vooraankondiging te doen naar de zorgaanbieders wanneer men een controle gaat uitrollen en welke schademassa dat betreft.

Naar aanleiding van de review 2014 zijn zorgverzekeraars van mening dat een aantal controlepunten buiten de handreiking 2015 gehouden kunnen worden. Toch is besloten deze controles in de handreiking te blijven opnemen zodat een complete set van de belangrijke af te dekken risico's beschikbaar blijft en ziekenhuizen een basis hebben om deze controles zelf uit te voeren. Deze controlepunten hebben zorgverzekeraars ook opgenomen in de DCM maar zullen niet worden uitgerold. Deze controlepunten zijn herkenbaar in de handreiking.

2.6 Tijdelijk

Om te voorkomen dat meerdere onderzoeken moeten worden uitgevoerd om de betrouwbaarheid en rechtmatigheid van min of meer dezelfde posten te verantwoorden is de

⁵ De DCM handboeken kunt u vinden op de ZN website onder het beleidsthema Controle. www.zn.nl/beleidsthemas/dossiers/
De versie R7 wordt in december 2015 opgeleverd, na afstemming met de NVZ en NFU. .

⁶ De release is ook afgestemd met ziekenhuizen die de DCM gebruiken.

tijdslijn van het zelfonderzoek aangepast. Voor de verantwoording over 2015 is het mogelijk dat de uitkomsten van het zelfonderzoek gebruikt worden voor de verantwoording in de jaarrekening van de belangrijkste onderdelen van de zorgproductie. In lokaal overleg met de accountant moet de zorgaanbieder dit nader vorm geven. Dit leidt tot de volgende tijdslijn:

Controles handreiking

- | | |
|------------|--|
| 1/6/2016 | Controle door ziekenhuis afgerond |
| 1/7/2016 | Rapport van bevindingen accountant afgerond (afhankelijk van uitkomst bestuurlijk overleg) + , rapportage aan representerende zorgverzekeraars aangeleverd |
| 31/10/2016 | Correcties op micro niveau volledig afgerond |
| 1/12/2016 | Review door zorgverzekeraars afgerond |

2.7 Rol Accountant

In een bestuurlijk overleg tussen NVZ, NFU en ZN zal worden besloten wat de rol van de accountant zal zijn bij het zelfonderzoek. U wordt hierover in een addendum geïnformeerd.

2.8 Rapportage

De zorgaanbieders rapporteren de uitgevoerde werkzaamheden en de uitkomsten van het zelfonderzoek rechtmatigheid MSZ 2015 aan de representerende zorgverzekeraars.

De representerende zorgverzekeraars vormen hun oordeel of het onderzoek goed is uitgevoerd op basis van de rapportage van de zorgaanbieder inclusief rapport van bevindingen van de accountant. Deze rapportage bevat ook een bestuursverklaring van de raad van bestuur van de zorgaanbieder (zie voor adviestekst bijlage 5).

De rapportage is zodanig dat de zorgverzekeraar in staat is om op basis van de rapportage zijn oordeel te vormen. Ervaring uit het zelfonderzoek 2012/2013 en 2014 heeft geleerd dat het belangrijk is de gezette stappen en de onderliggende afwegingen en onderbouwingen in de rapportage op te nemen. Dit voorkomt veel vragen.

Voor de rapportage ter verantwoording van de uitgevoerde werkzaamheden en de uitkomsten van het zelfonderzoek rechtmatigheid is een format gemaakt dat als leidraad geldt (bijlage 2,) waarin de ervaringen uit de review 2014 zijn meegenomen.

Voor de financiële rapportage is een Excel format gemaakt (bijlage 3). Nadere invulinstructies zijn in de formats opgenomen.

2.9 Privacy

In verband met het naleven van de privacywetgeving dient de zorgaanbieder er zorg voor te dragen dat in de rapportage geen privacygevoelige informatie is opgenomen. Indien de zorgverzekeraars bij de review ter plaatse bij de zorgaanbieder komen toetsen draagt de zorgaanbieder ook zorg voor dat deze alleen toegang heeft tot privacygevoelige informatie indien dit in het kader van de controle noodzakelijk is (zie hieronder voor toepassing kader protocol materiële controle).

2.10 Toetsing door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars moeten individueel in staat zijn om de verantwoordelijkheid voor de rechtmatigheid van de declaraties te nemen. Omdat het wenselijk is om de belasting aan zowel de zorgaanbieders kant als de zorgverzekeraarskant te beperken vormen de verzekeraars gezamenlijk een oordeel over de door de ziekenhuizen uitgevoerde controles. Zij voeren daarvoor in representatie⁷ een review uit op de werkzaamheden van de zorgaanbieders. De contacten tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraars lopen via de representerende verzekeraars.

Vanwege de individuele verantwoordelijkheid zullen zorgverzekeraars, net als over 2014, een structuur inrichten die ook verzekeraars die niet zelf de review bij een zorgaanbieder uitvoeren in staat stelt om de verantwoordelijkheid voor de juistheid van de vergoede declaraties te kunnen nemen. In deze structuur wordt voor alle participerende zorgaanbieders na elke fase in het reviewproces door de verzekeraars gezamenlijk conclusies getrokken. Documentatie van alle uitgevoerde werkzaamheden evenals onderbouwing met bewijsstukken is hierbij van groot belang. Dit kan er toe leiden dat naast

⁷ De representatie kunt u vinden op de ZN website onder het beleidsthema Controle. www.zn.nl/beleidsthemas/dossiers/

de opgeleverde rapportage gedurende de review ook andere onderbouwing/ bewijsstukken worden opgevraagd.

De review vindt plaats binnen de kaders van het protocol materiele controle. Bij de opzet en uitvoering van de review wordt er daarom voor gezorgd dat:

- er sprake is van een controleplan
- waarin de risicoanalyse bepalend is voor de bij een deelnemende zorgaanbieder uit te voeren review werkzaamheden.
- waarbij dossiercontrole pas wordt ingezet als andere, in het kader van de privacybescherming lichtere instrumenten onvoldoende zekerheid bieden.

Bij de inrichting van de structuur zal rekening worden gehouden met de ervaringen uit de review van 2014 en de nog te maken afspraken met de externe accountants van ziekenhuizen. Dubbele controle wordt zoveel mogelijk voorkomen en controleplannen worden tijdig gecommuniceerd. Naar verwachting zullen wederom verschillende fasen in de review worden gehanteerd zoals beoordeling op hoofdlijnen, nader onderzoek ter plaatse en afronding.

De review zal net als in 2014 risicogericht worden opgezet. Een uniforme behandeling van alle deelnemende zorgaanbieders is hierbij van groot belang en wordt geborgd door een uniforme controle-aanpak en de gezamenlijke afsluiting van elke fase.

2.11 Geschillencommissie

NVZ, NFU en ZN stellen een geschillencommissie samen waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars een geschil kunnen voorleggen dat ontstaat tijdens de toetsing door zorgverzekeraars van de uitgevoerde controles 2015. De geschillencommissie geeft uitsluitsel over het geschil. Dit is zwaarwegend maar niet bindend.

2.12 Financiële afwikkeling controleresultaten

Geconstateerde declaratiefouten met financiële impact uit de Handreiking 2015 kunnen zowel op micro- of macroniveau worden gecorrigeerd c.q. verrekend.

Voor micro correcties geldt dat deze via de declaratiestroom tot verrekening leidt.

Correcties die op macroniveau worden doorgevoerd worden via een separaat verrekentrajec afgerekend. Hierbij kan, afhankelijk van de lokale afspraken, direct rekening worden gehouden met contractuele afspraken.

2.13 Statistische steekproef in het kader van de jaarrekening

De accountant kan in het kader van de controle op de jaarrekening vragen om het uitvoeren van een statistische steekproef gericht op specifieke aspecten die niet geraakt worden door het zelfonderzoek (bijvoorbeeld het gebruik van de juiste tarieven). Het uitgangspunt van het zelfonderzoek is correctie op microniveau waardoor het hanteren van een steekproef of deelwaarneming niet de gewenste informatie oplevert over de te corrigeren posten. Gebruik van de al uit te voeren steekproef voor de controlepunten in de handreiking is daarom niet geschikt. Bij enkele controlepunten wordt gebruik gemaakt van een deelwaarneming waarbij overwogen kan worden om gebruik te maken van de posten opgenomen in bovengenoemde statistische steekproef. Dit betreft controlepunten 1.3 face-to-face contact, 10 openen zorgtraject en 11 verwijzing. Daarbij is het van belang dat alleen die posten worden meegenomen die onderdeel uitmaken van de populatie en risicomassa van het zelfonderzoek 2015. Eventueel moet dus bijgetrokken worden tot dat er 250 posten zijn gecontroleerd.

Zorgverzekeraars zijn van mening dat wanneer een ziekenhuis alle controlepunten (voor zover van toepassing) zoals opgenomen in de handreiking en de DCM controles goed uitvoert, en daarmee de gesignaleerde risico's heeft afgedekt, het ziekenhuis het verantwoordingsdocument gefactureerde omzet niet meer hoeft op te leveren.

3. Methode/Controlebenadering

In de handreiking is per controlepunt beschreven welk risico moet worden afgedekt en welke regelgeving hieraan ten grondslag ligt. Vervolgens is een advies opgenomen over de wijze van controleren. Daarbij is voor dat controlepunt een meer specifieke vertaling gemaakt naar controlemiddelen die bij voorkeur worden gebruikt om het risico te onderzoeken, rekening houdend met de algemene kaders en rangorde van controle-instrumenten zoals hieronder opgenomen. Het is echter wel aan het ziekenhuis om te bepalen en te verantwoorden of zij, gezien hun organisatie en registratiewijze, dit risico ook hebben afgedekt. Hierbij maakt het niet uit of het ziekenhuis de werkzaamheden geheel zelf doet wordt ondersteund door / samengewerkt met externe partij. Het blijft de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis hiervoor zorg te dragen. De gemaakte keuzes licht het ziekenhuis toe in de rapportage. Het is aanbevolen om bij grote afwijkingen in de aanpak en uitvoering van de controles, vooraf met de representerende zorgverzekeraar uit het reviewteam te overleggen (zie ZN site →Thema's → Controle & Fraudebeheersing → Controle⁸)

Kortom het gaat er om dat het risico voldoende is afgedekt en dat met de controle wordt aangetoond dat de declaratiemassa juist is.

Het uitgangspunt bij de controles 2015 is dat er op microniveau wordt gecorrigeerd tenzij dit om zwaarwegende redenen niet mogelijk is. Per controlepunt staat de voorgeschreven correctiewijze opgenomen (micro correctie waar macro is voorgeschreven is wel toegestaan, macro correctie waar micro is voorgeschreven is in principe niet toegestaan). Wanneer het een dermate controle-inspanning eist om op micro niveau te controleren en te corrigeren, is het raadzaam om tijdens uitvoering van het zelfonderzoek hierover overleg te voeren met de representerende zorgverzekeraar van het reviewteam. Die zoekt nadere afstemming binnen het reviewteam om tot een uniforme besluitvorming te komen.

De volgende (controle) instrumenten kunnen worden ingezet:

⁸

<https://www.zn.nl/336986124/Thema?dossierid=342032384&title=Controle&parenttitle=Controle+%26+Fraudebeheersing&parentid=339148800>

- Data-analyse;
- AO/IC;
- Deelwaarneming.

3.1 Correctie op microniveau

De zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn overeengekomen dat de te onderzoeken thema's zoveel mogelijk op basis van data-analyse onderzocht moeten worden en onjuistheden tot op micro niveau (zijnde individueel identificeerbare DBC-zorgproducten) gecorrigeerd moeten worden. In aanvulling daarop is overeengekomen dat uitsluitend die DBC-zorgproducten gecorrigeerd moeten worden waarbij sprake is van een financieel effect en/of wijziging van de diagnose⁹. Wijziging van diagnose kan zich voordoen bij controlepunten 8 dure geneesmiddelen, 9 parallel zorgtraject en 10 openen zorgtraject. Het is wenselijk om ook fouten zonder financieel effect of wijziging van diagnose te corrigeren om de declaratiemassa zuiver te krijgen, dat is echter niet verplicht.

Een voorbeeld:

Er is een klinisch product XYZ gedeclareerd met 6 verpleegdagen, waarvan 1 verpleegdag onterecht is gedeclareerd. Het wel of niet verplicht corrigeren op micro niveau hangt dan af van het volgende:

- Als uit het hergrupperen (dus dan worden 5 verpleegdagen aangeboden) hetzelfde product wordt afgeleid met dezelfde prijs, dan hoeft géén correctie doorgevoerd te worden.
- Als na hergrupperen blijkt dat een ander product met een andere prijs wordt afgeleid, dan moet de gedeclareerde DBC wél op micro niveau gecorrigeerd worden.

De micro correcties worden zo snel mogelijk maar uiterlijk 31 oktober 2016 doorgevoerd. Hierbij hoeft niet te worden gewacht op de afronding van alle controlepunten en/of de review door de zorgverzekeraars. Het moet aantoonbaar zijn dat de correcties zijn doorgevoerd.

⁹ Noodzakelijk in verband met het vaststellen van diagnose kostengroepen voor de uitvoering van de risicoverevening voor de zorgverzekeraars.

In de rapportage moet de fout worden opgenomen die in de massa conform peildatum is gevonden. Als de correcties worden uitgevoerd voordat de rapportage aan de zorgverzekeraars wordt opgeleverd, heeft dit geen invloed op de te rapporteren fout. Dus, als uit data analyse blijkt dat € 100.000 onjuist is, en het ziekenhuis draait direct correctiefacturen, wordt nog steeds in de kolom correctie op micro niveau € 100.000 (en geen € 0) verantwoord in Bijlage 3.

3.2 Correctie op macro niveau

Daar waar sprake is van extrapolaties, leidt dat tot correcties op macro niveau. Deze moeten vervolgens op een juiste wijze over de UZOVI codes verdeeld worden. De verdeelsleutel naar marktaandeel is opgenomen in Bijlage 3 in tabblad 'Onderzochte massa per UZOVI'. Als verdeelsleutel kan ook de verhouding in de onderzoeksmassa bij het specifieke controlepunt worden gebruikt. Indien hiervoor is gekozen wordt dit toegelicht in de rapportage.

Dus als uit een deelwaarneming een fout blijkt, wordt deze na extrapolatie verdeeld op basis van het marktaandeel van de totale onderzoeksmassa per UZOVI per jaarlaag en per segment.

3.3 Netto financiële impact

Het ziekenhuis rapporteert de netto financiële impact. Deze is per controlepunt gedefinieerd als de bruto fout minus de waarde van de herdeclaratie. Hieruit kan zowel een negatief bedrag (ziekenhuis moet terugbetalen) als een positief bedrag komen (ziekenhuis ontvangt). Op totaalniveau kan het vanwege overlap tussen controlepunten noodzakelijk zijn een correctie door te voeren.

3.4 Overlap tussen verschillende risicopunten

Het ziekenhuis rapporteert de netto financiële impact. Deze is per controlepunt gedefinieerd. De bepaling van de overlap dient duidelijk te worden toegelicht en onderbouwd in de rapportage.

3.5 Grouper

Voor het bepalen van de financiële impact moet gebruik worden gemaakt van een gecertificeerde Grouper of de Zorgproductviewer (tariefapplicatie NZa). Bij het gebruik van de Zorgproductviewer moet een juiste toepassing kunnen worden aangetoond middels audittrail, in het bijzonder voor die controlepunten waarbij op macroniveau wordt gecorrigeerd.

Bij het gebruik van een niet gecertificeerde grouper moet het ziekenhuis door middel van een testset aantonen dat de betreffende grouper betrouwbaar is.

Bij toepassing van de Zorgproductviewer wordt bij de berekening van de macro-correctie bij elke post in de deelwaarneming de prijzen gebruikt behorende bij de verzekeraar waar deze post betrekking op heeft.

3.6 Deelwaarneming bij de handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ 2015

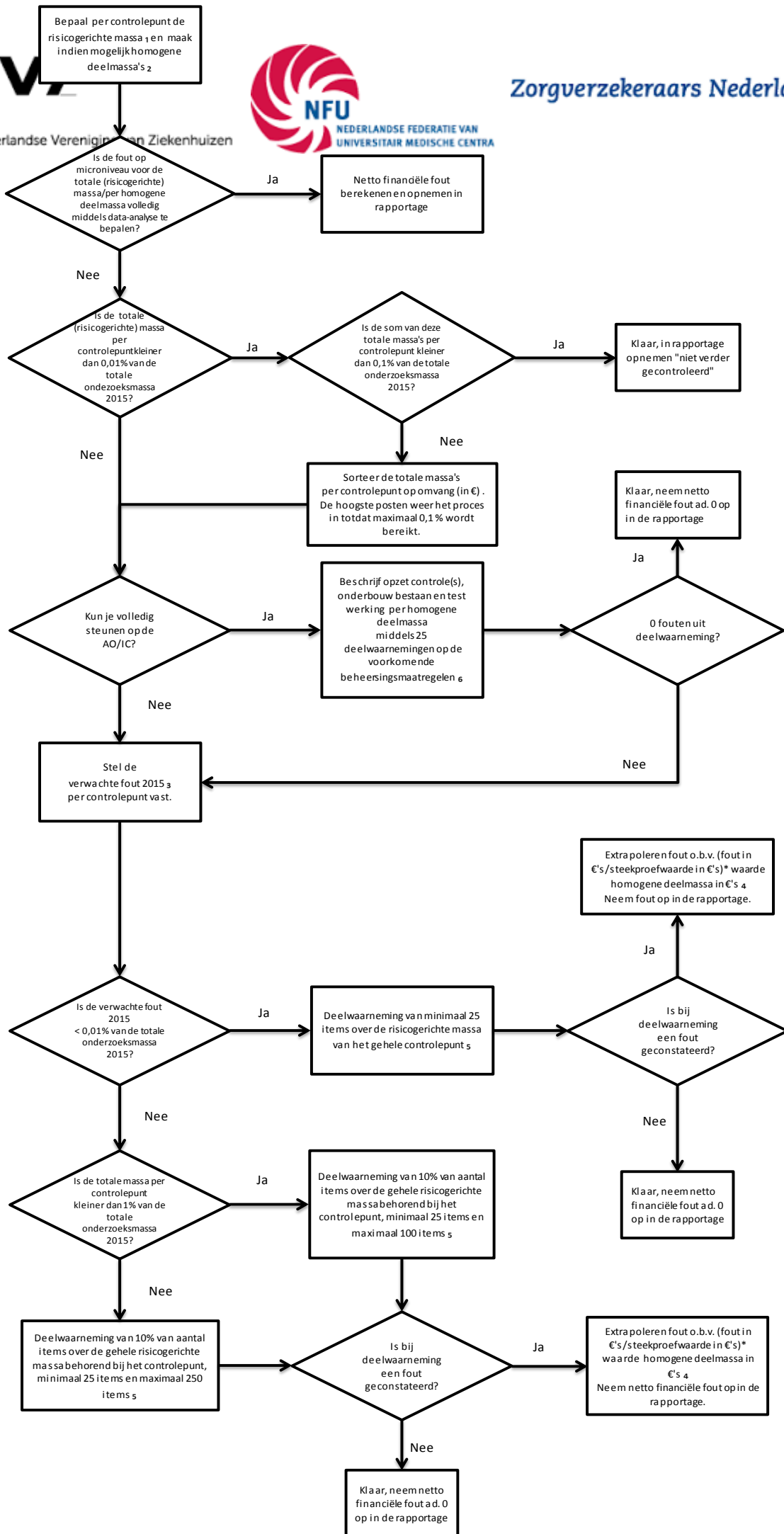
Het uitgangspunt van de handreiking is dat alle risicopunten voor de totale onderzoekspopulatie worden onderzocht en zo veel mogelijk op micro niveau worden gecorrigeerd. Correctie op micro niveau is alleen mogelijk indien de foutpopulatie middels data-analyse of integrale controle wordt bepaald. Integrale controle zal echter over het algemeen niet kosten efficiënt zijn, daarom richt deze handreiking zich waar mogelijk op controle d.m.v. data-analyse. Het is daarbij van belang dat de data-analyse zodanig is vorm gegeven dat alleen de DBC-zorgproducten of zorgactiviteiten die foutief zijn geregistreerd als uitkomst worden gepresenteerd.

In het geval het niet mogelijk is om het risicopunt in zijn geheel middels data-analyse te onderzoeken en rechtmatigheid vast te stellen, zal (aanvullend) een deelwaarneming moeten worden uitgevoerd. Dit is alleen toegestaan in geval het betreffende controlepunt gecorrigeerd mag worden via macrocorrectie. Het kan zijn dat een deel van het risicopunt wel via data-analyse is te onderzoeken en een ander deel niet. Dan kan voor dat laatste deel nader onderzoek plaatsvinden middels een deelwaarneming. Van belang hierbij is dat er duidelijk sprake is van een homogene massa voor het te onderzoeken controlepunt. Dit kan betekenen dat er voor één controlepunt meerdere deelmassa's onderscheiden dienen te worden om de gewenste homogeniteit te bereiken en dus ook meerdere deelwaarnemingen

uitgevoerd moeten worden. Er is sprake van een homogene massa als deze gemeenschappelijke kenmerken vertoont.

Voor de toepassing van deelwaarneming is een beslisboom ontwikkeld. Deze beslisboom is niet van toepassing op de controlepunten 1.3 face to face contact, 10 openen zorgtraject en 11 verwijzing. Voor deze controlepunten dient een deelwaarneming van 250 items te worden uitgevoerd op de risicogerichte massa.

De beslisboom is op groot formaat als bijlage toegevoegd.



¹Risicogerichte massa = Massa waarbij toetsing op controlepunt financiële impact kan hebben.

²Homogene deelmassa = Deelmassa met gemeenschappelijke kenmerken (bv. zelfde AO/IC, zelfde specialisme)

³Opstellen verwachte fout is alleen mogelijk indien toetsingscriteria voor betreffende controlepunt voor zelfonderzoek 2014 en 2015 gelijk aan elkaar zijn.

Verwachte fout = foutpercentage controlepunt zelfonderzoek 2014 * totale risicogerichte massa behorend bij controlepunt zelfonderzoek 2015

⁴Deelwaarneming kan te allen tijde worden uitgebreid waarna extrapolatie fout plaatsvindt.

⁵Indien sprake is van meerdere homogene deelmassa's dient op onderstaande wijze (verdeling o.b.v. €'s óf o.b.v. aantal items) de te controleren items in de deelwaarneming te worden verdeeld.

Verdeling aantal items per controlepunt = (waarde in €'s homogene deelmassa/totale waarde in €'s risicogerichte massa behorend bij controlepunt) * (maximum aantal te controleren items voor het gehele controlepunt)

Verdeling aantal items per controlepunt = (aantal items homogene deelmassa/aantal items risicogerichte massa behorend bij controlepunt) * (maximum aantal te controleren items voor het gehele controlepunt)

⁶In geval gesteund kan worden op de IT General Controls van het ZIS en het risico geheel wordt afgedekt door een geprogrammeerde control dient de werking van de geprogrammeerde control eenmaal te worden vastgesteld.

Wanneer opzet en bestaan reeds in het zelfonderzoek 2014 is toegelicht en er geen wijzigingen in 2015 hebben voorgedaan, hoeven deze werkzaamheden niet nogmaals te worden uitgevoerd en hoeft alleen de werking te worden getoetst.

In onderstaande tekst wordt de beslisboom nader toegelicht.

3.6.1 Deelwaarneming

Gezien de omvang en de waarde van de te onderzoeken massa moet voor de controlepunten 1.3 face-to-face contact, 10 openen zorgtraject en 11 verwijzing, een deelwaarneming van 250 posten worden getrokken. Hiervoor kan (eventueel) gebruik gemaakt worden van de uitkomsten van de statistische steekproef die t.b.v. de jaarrekening mogelijk al is uitgevoerd. Daarbij is het van belang dat alleen die posten worden meegenomen die onderdeel uitmaken van de populatie en risicomassa van het zelfonderzoek 2015. Eventueel moet dus bijgetrokken worden tot dat er 250 posten zijn gecontroleerd.

Indien er een fout wordt gevonden moet de uitkomst worden geëxtrapolerd over de gehele massa van het controlepunt.

Indien de onderzochte massa afwijkingen op homogeniteit vertoont, moet de onderzochte massa opgesplitst worden in homogene deelmassa's. De beslisboom moet doorlopen worden o.b.v. de totale (risicogerichte) massa per controlepunt.

Het aantal posten is gemaximeerd op 250 stuks maar indien noodzakelijk voor een goede (representatieve) bepaling van de financiële impact kan een grotere steekproef worden gedaan. Het kan ook voorkomen dat 10% van de posten een zeer klein aantal posten oplevert waardoor het ook niet mogelijk is op basis hiervan een conclusie over de gehele massa te trekken daarom is een minimum van 25 posten vastgesteld. Bij een deelmassa van minder dan 50 posten is het aan te raden alle posten te controleren en indien noodzakelijk te corrigeren.

Uit oogpunt van het beperken van de administratieve lasten en het verder inhoud geven aan de risicogerichte benadering van de controle wordt stapsgewijs de controleomvang bepaald.

Controlepunten waarbij de totale massa per controlepunt kleiner dan 0.01% van de totale onderzoeksmassa 2015 is én waarbij de fout niet via enkel data-analyse kan worden bepaald hoeven niet nader te worden onderzocht. Echter, de totale massa's van de punten die niet verder gecontroleerd worden mogen samen niet groter zijn dan 0,1% van de onderzoeksmassa 2015. Is dit wel het geval dan worden de totale massa's per controlepunt gesorteerd op omvang (in euro's). De hoogste posten worden weer in de controle opgenomen totdat het maximum van 0,1% wordt bereikt.

Voor controlepunten waarbij volledig op de AO/IC kan worden gesteund kan controle plaatsvinden middels een beschrijving van opzet en onderbouwing van het bestaan en een test op de werking. De werking wordt getest middels een deelwaarneming van 25 posten op de voorkomende beheersingsmaatregelen. Indien geen fouten worden aangetroffen is de controle afgerond. Indien wel één of meerdere fouten worden aangetroffen kan niet op de AO/IB worden gesteund en moet een deelwaarneming worden uitgevoerd.

Controlepunten waarvoor de verwachte fout in het zelfonderzoek 2015 kleiner is dan 0,01% van de totale onderzoeksmassa kunnen via een beperkte deelwaarneming (minimaal 25 items, zie schema) worden gecontroleerd. De verwachte fout wordt bepaald op basis van het foutpercentage van het controlepunt uit het zelfonderzoek 2014 vermenigvuldigd met de

massa behorend bij het controlepunt in het zelfonderzoek 2015. De verwachte fout kan alleen bepaald worden indien toetsingscriteria voor het betreffende controlepunt in het zelfonderzoek 2014 en 2015 aan elkaar gelijk zijn.

Indien de verwachte fout groter is dan 0,01% of niet is vast te stellen wordt op basis van de massa van het controlepunt de omvang van de uit te voeren deelwaarneming bepaald (10% van het aantal items met een minimum van 25 en een maximum van 250 over de gehele risicogerichte massa behorend bij het controlepunt). Indien de totale massa van het controlepunt kleiner is dan 1% van de totale onderzoeksmassa dan wordt een deelwaarneming uitgevoerd van 10% van het aantal items over de gehele risicogerichte massa behorend bij het controlepunt met een minimum van 25 items en een maximum van 100 items. Indien de totale massa van het controlepunt groter is dan 1% van de totale onderzoeksmassa dan wordt een deelwaarneming uitgevoerd van 10% van het aantal items over de gehele risicogerichte massa behorend bij het controlepunt met een minimum van 25 items en een maximum van 250 items.

3.6.2 Toetsing bestaan en werking AO/IC

Als voorwaarde voor een deelwaarneming ter toetsing van bestaan en werking AO/IC geldt dat 25 posten via niet gemanipuleerde trekking worden gecontroleerd over een populatie die als homogeen is aan te merken. Behalve indien het risico geheel afgedekt wordt door een geprogrammeerde control en gesteund kan worden op de IT General Controls van het ZIS, dient de werking van de geprogrammeerde control eenmaal te worden vastgesteld.

- Wanneer er geen afwijkingen uit de deelwaarneming ter toetsing van de werking van de AO/IC naar voren komen, dan kan de populatie waarop de deelwaarneming is uitgevoerd als betrouwbaar worden beschouwd.
- Wanneer toch een afwijking voorkomt in de deelwaarneming ter toetsing van de werking van de AO/IC, dan dekt de AO/IC het risico niet volledig af en kan er niet volledig op de AO/IC gesteund worden en moet deelwaarneming conform bovenstaande beslisboom worden uitgevoerd.

Bij de toetsing op de werking van de beheersingsmaatregel is nooit sprake van een toegestane fout of tolerantie. Indien uit de toetsing op de werking een fout blijkt, dient een deelwaarneming te worden uitgevoerd.

In bijlage 5 treft u nog een nadere toelichting aan op relevante begrippen bij de toepassing van deelwaarnemingen.

Controlepunten

1 Registreren van zorgactiviteiten

1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - Polikliniekbezoek tijdens klinische episode ¹⁰

2014:

Het is niet toegestaan een polikliniekbezoek vast te leggen voor een patiënt tijdens een dagverpleging, een klinische episode of langdurige observatie voor hetzelfde specialisme.

2015:

Het is niet toegestaan een polikliniekbezoek vast te leggen voor een patiënt tijdens een dagverpleging, een klinische episode, langdurige observatie of IC-behandeldag, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, die vóór de opname al is ingepland.

Regelgeving / beleid ¹¹

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.1
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.1 en 16.1.3

2014:

Een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060 en 190063) mag niet tijdens een dagverpleging (190030, 190090), langdurige observatie zonder overnachting (190091) of verpleegdag (klinische opname) (190200, 190218, 194804) worden geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, die vóór de opname al is ingepland.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 3: De bepaling schrijft voor dat een polikliniekbezoek niet tijdens (gedurende) een klinische opname of dagverpleging vastgelegd mag worden. Indien er sprake is van een polikliniekbezoek dat voorafgaand aan een acute klinische opname plaatsvindt, dan mag zowel het polikliniekbezoek als een klinische opname vastgelegd worden.

2015:

Een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060, 190063 en 234003) mag niet tijdens een dagverpleging (190030, 190090, 231901), langdurige observatie zonder overnachting (190091), verpleegdag (klinische opname) (190200, 190218, 198408, 231902, IC behandeldag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151) of IC-consult (190129) worden geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, die

¹⁰ ZA codes dagverpleging (190030, 190090, 231901), langdurige observatie zonder overnachting (190091), verpleegdag (190200, 190218, 194804, 231902), IC behandeldag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151) en IC-consult (190129). Codes zijn in gehele Handreiking van toepassing.

¹¹ Regelgeving/ beleid bevat zowel NZa regelgeving als toelichtingen, verduidelijkingen of verwijzing naar de Zvw. Geldt voor alle controlepunten.

vóór de opname al is ingepland.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 3: De bepaling schrijft voor dat een polikliniekbezoek niet tijdens (gedurende) een klinische opname of dagverpleging vastgelegd mag worden. Indien er sprake is van een polikliniekbezoek dat voorafgaand aan een acute klinische opname plaatsvindt, dan mag zowel het polikliniekbezoek als een klinische opname vastgelegd worden.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Vaststellen welke patiënten tijdens verpleegdagen, IC-behandeldagen, dagverpleging, langdurige observatie, een polikliniekbezoek hebben, met uitzondering van de herhaal-polikliniekbezoeken voor een ander specialisme die gepland zijn voorafgaand aan een ongeplande klinische opname.
- Stel vast voor welke patiënten uit de deelmasa terecht een polikliniekbezoek binnen hetzelfde specialisme voorafgaand aan verpleegdagen, IC-behandeldagen, dagverpleging, langdurige observatie, is geregistreerd op basis van de uitzondering acute klinische opname.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

1.2 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag

Het is (in het algemeen) niet toegestaan meer dan één polikliniekbezoek per specialisme te registreren op één kalenderdag.

Regelgeving / beleid

(artikel 11.1; BR/CU-2136)

‘Een polikliniekbezoek is één bezoek, ongeacht de tijdsduur van het bezoek en ongeacht de inhoud van het bezoek. Bij meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) consulten. Als er meerdere zorgvragen tijdens één consult worden besproken, mag slechts één polikliniekbezoek worden vastgelegd.’

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

Een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060 en 190063) is één bezoek, ongeacht de tijdsduur van het bezoek en ongeacht de inhoud van het bezoek. Het uitgangspunt is dat er één polikliniekbezoek per specialisme per kalenderdag geregistreerd kan worden.-

Uitzondering:

Naar aanleiding van de ontwikkeling van one-stop-shops is onder strikte voorwaarden registratie van meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag mogelijk gemaakt. Het is enkel toegestaan om meerdere polikliniekbezoeken op één dag te registreren in het kader van het ‘one-stop-shop principe’ als voldaan is aan de onderstaande voorwaarden:

- de polikliniekbezoeken vinden op verschillende tijdstippen plaats (niet achtereenvolgens), en;
- er bestaat een medische noodzaak om het herhaal-polikliniekbezoek later op de dag in te plannen, bijvoorbeeld omdat dit wordt gebruikt om uitslagen van tussentijdse onderzoeken te bespreken (de onderzoeken zijn uitgevoerd in de tijd tussen de twee polikliniekbezoeken).

Er moet, kortom, een zorginhoudelijke reden zijn om een patiënt op dezelfde dag terug te laten komen voor een polikliniekbezoek.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 5 en punt 7: Hoewel het uitgangspunt van de NZa één polikliniekbezoek per specialisme per dag is, is dit uitgangspunt op dit moment niet in de vorm van een norm geformaliseerd in regelgeving van de NZa. Wel is het zo, dat de NZa in een circulaire dit uitgangspunt kenbaar heeft gemaakt (bron: CI/14/3c). De juridische status van een circulaire is echter niet van dien aard dat deze een nieuwe norm kan creëren. Wel kan een circulaire een nader invulling geven aan een bestaande norm. Dit betekent dat indien er daadwerkelijk sprake is van twee afzonderlijke consulten, het niet verboden is om meerdere consulten per specialisme per dag vast te leggen.

Deze mogelijkheid geldt uitsluitend voor de DBC-zorgproducten/overige zorgproducten geopend vanaf 1 januari 2012 tot 1 januari 2015 en de zorgactiviteiten uitgevoerd tot en met 2014.

Toelichting:

Uitzondering: het is mogelijk om bij interne geneeskunde en kindergeneeskunde (waarbij sprake kan zijn van subspecialismen) om – als er sprake is van twee afzonderlijke consulten – meerdere consulten per specialisme per dag vast te leggen¹².

Voorbeelden:

- Een kindje heeft een consult bij de kindercardioloog en aaneensluitend een consult bij een kinder-MDL arts. Er is hier wel degelijk sprake van andere specialisaties dus de twee verschillende consulten is te verklaren. Om het patiëntvriendelijk te houden worden deze consulten achter elkaar gepland.

Een patiënt heeft twee trajecten openstaan, 1 voor infectieziekten en 1 voor nefrologie. Dit betreffen twee verschillende zorgvragen. De patiënt moet op consult komen bij de infectioloog en laat ook een afspraak er achteraan plannen bij de nefroloog zodat hij/zij niet twee keer hoeft terug te komen.

Advies voor controleren

AO/IC:

- Toon aan hoe het systeem is ingericht met betrekking tot het registreren van bezoekeractiviteiten indien er sprake is van bespreking van meerdere zorgvragen tijdens 1 consult.

Data analyse:

- Vaststellen voor welke patiënten er meerdere consulten op één dag zijn binnen één specialisme, die niet voldoen aan de definitie van een polikliniek bezoek, of de bovenstaande beschrijving van een *one-stop-shop*.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

¹² Bron: antwoord NZa dd. 15-07-2015.

1.3 Onterecht vastleggen van poliklinische consulten – indien er geen face-to-face contact is met een poortfunctie (A) of poortspecialist/kaakchirurg (B)

A. Onterecht vastleggen van poliklinische consulten – indien er geen face-to-face contact is met een poortfunctie.

2014:

Het is niet toegestaan om een poliklinische consulten te registreren, indien er geen sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en de zorgverlener die de poortfunctie (poortspecialist, arts-assistent of SEH-arts) vervult.

2015:

Het is niet toegestaan om een poliklinisch consult te registreren, indien er geen sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en de zorgverlener die de poortfunctie (poortspecialist (of arts-assistent), interventieradioloog, klinisch geneticus, SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant) vervult.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.1
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.1//11.23/11.28

2014:

Deze controle omvat de volgende zorgactiviteiten:

Polikliniekbezoek: **190007, 190008, 190013 en 190060**¹³

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' (190007 en 190060) en bij een 'herhaal-polikliniekbezoek' (190008 en 190013) moet sprake zijn van:

- face-to-face-contact tussen patiënt en poortspecialist¹⁴ (specialist of arts-assistent), en;
- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis' (waarbij de locatie (polikliniek, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen kan worden).

De volgende zorgactiviteiten kunnen niet worden aangemerkt als een polikliniekbezoek:

- medische keuringen;
- intercollegiale consulten;
- medebehandeling van klinische patiënten;
- overname van klinische patiënten;

¹³ Een polikliniekbezoek mag niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, die vóór de opname al is ingepland.

¹⁴ Hieronder valt ook de anesthesioloog als deze de poortfunctie uitvoert.

– intake gesprek voor een (klinische) opname.

Bezoeken aan het ziekenhuis waarbij op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts) onderzoek en/of behandeling plaatsvinden (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) en telefonische consulten voldoen niet aan het criterium ‘face-to-face-contact’.

Eerste polikliniekbezoek (190007 en 190060)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een medisch specialist van een poortspecialisme consulteert.

Deze raadpleging is gericht op het vaststellen van een diagnose en het geheel van maatregelen dat moet worden genomen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

Herhaal-polikliniekbezoek (190008 en 190013)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een zorgvraag een medisch specialist van een poortspecialisme consulteert. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 43: De NZa biedt de mogelijkheid om te anticiperen op de regelgeving 2015, in die zin dat polikliniekbezoeken door SEH-artsen geregistreerd worden, onder de voorwaarde dat er sprake is van consulten en ook aan de overige vereisten voor het registreren van een polikliniekbezoek wordt voldaan.

2015:

Deze controle omvat de volgende zorgactiviteiten: 190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060.

Opmerking: zorgactiviteit 190010 en 190022 zijn toegevoegd aan dit controlepunt ten opzichte van 2014.

Polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060)¹⁵

Bij een ‘eerste polikliniekbezoek’ (190007 en 190060) en bij een ‘herhaal-polikliniekbezoek’ (190008 en 190013) moet sprake zijn van:

- face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant en;
- ‘hulp door of vanwege het ziekenhuis’ (waarbij de locatie (polikliniek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen kan worden).

De volgende zorgactiviteiten kunnen niet worden aangemerkt als een polikliniekbezoek:

- medische keuring;
- intercollegiaal consult;
- medebehandeling van een klinische patiënt;
- overname van een klinische patiënt;
- intake gesprek voor een (klinische) opname;
- enkel uitvoeren van een vooraf ingeplande verrichting zonder een consult;

¹⁵ Een polikliniekbezoek mag niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, die vóór de opname al is ingepland.

- consult of spreekuur met een groep patiënten;
- diagnostiek (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts);
- telefonisch consult;
- preassessment (039696).

Multidisciplinair consult (190010)

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en minimaal twee beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren van verschillende AGB-specialismen. Deze activiteit kan door iedere betrokken beroepsbeoefenaar worden vastgelegd¹⁶ en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen in zijn DBC-zorgproduct.

Analyse behandeladvies en / of behandeling elders opgesteld en / of uitgevoerd, in het kader van een second opinion (190022)¹⁷

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist (of arts-assistent), SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant, in het kader van een beoordeling van een door een medisch specialist gestelde diagnose / voorgestelde behandeling door een tweede onafhankelijke medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme / vakgebied als de eerste geconsulteerde medisch specialist in een andere instelling. Deze activiteit kan naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

B Onterecht vastleggen van poliklinische consulten – indien er geen face-to-face contact is met een poortspecialist of kaakchirurg.

2014:

Het is niet toegestaan om een poliklinische consulten te registreren, indien er geen sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of in een aantal gevallen arts-assistent, of SEH-arts).

2015:

Het is niet toegestaan om een poliklinisch consult te registreren, indien er geen sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (of in een aantal gevallen arts-assistent), SEH-arts of kaakchirurg. -

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.2/11.32/11.33
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.1.3/12.31/12.32
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-7083	01-01-2014	31-12-2014	Artikel 4.1a
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.1.3/11.29/11.30/16.1.3

2014:

¹⁶ Indien meerdere beroepsbeoefenaren van een specialisme deelnemen aan het multidisciplinair consult telt dit als één AGB-specialisme. Per multidisciplinair consult mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.

¹⁷ Aan de NZa is per mail nog een nadere toelichting gevraagd. Daaruit blijkt dat om deze zorgactiviteit te kunnen vastleggen is, conform de definitie, een face-to-face contact nodig. Als er alleen sprake is van het meekijken met documentatie / labuitslagen lijkt er geen sprake te zijn van doorverwijzing en kan dit gezien worden als onderlinge dienstverlening.

Deze controle omvat de volgende zorgactiviteiten: 190029, 190049, 190063, 234003.

Follow-up pediatrie IC (190029)

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), in het kader van langdurige nacontrole van een patiënt met een PICU voorgeschiedenis. Er kan geen polikliniekbezoek naast deze activiteit worden geregistreerd.

Follow-up neonatale IC (190049)

Een polikliniekbezoek in het kader van protocol neonatologie (langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU voorgeschiedenis), waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), in het kader van langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU voorgeschiedenis. Er kan geen polikliniekbezoek naast deze activiteit worden geregistreerd.

Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties (190063)

Intensief consult tussen poortspecialist en patiënt met een hoge ouderdom of een beperkte levensverwachting, vanwege (combinaties van) infauste prognose, multimorbiditeit, ernstige fysieke en/of cognitieve beperkingen. Dit intensieve consult is bedoeld om samen met de patiënt en/of (eventueel) de sociale omgeving van de patiënt (op basis van 'shared decision making') te komen tot een afgewogen besluit / de overwegingen van de patiënt te bespreken over het al dan niet staken of starten van een curatieve of levensverlengende behandeling.

Dit consult kan worden geregistreerd als (ook) aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Er is sprake van face-to-face-contact tussen patiënt en poortspecialist (niet zijnde arts-assistent).
 - Er is sprake van een consult van minimaal 30 minuten direct patiëntgebonden tijd.
 - Dit gesprek wordt binnen enkele weken opgevolgd met een tweede consult om de overwegingen van de patiënt te bespreken / te komen tot een afgewogen besluit¹⁸.
 - Er dient op verifieerbare wijze in het medisch dossier zijn te herleiden welke opties van wel en niet behandelen zijn voorgelegd.
 - Dit consult en de uitkomst wordt ten minste ook schriftelijk teruggekoppeld aan de huisarts.
- Deze activiteit kan niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

Consult Kaakchirurgie (234003)

Er is alleen sprake van een consult als er een uitgebreid onderzoek wordt verricht.

Indien een consult direct wordt gevolgd door een verrichting uit Tariefgroep II van de tarievenlijst, wordt het consult niet in rekening gebracht. Het opnemen van een eenvoudige anamnese over aard en duur van de klachten, behalve informatie naar de algemene gezondheid, dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling en behorende bij de behandeling te worden beschouwd. Voor het maximumtarief van het consult verleent de kaakchirurg gedurende 30 dagen na de datum waarop de patiënt zich voor het eerst bij de kaakchirurg meldt, consultatieve poliklinische hulp betreffende hetzelfde ziektegeval.

2015:

Deze controle omvat de volgende zorgactiviteiten: 190029, 190049, 190063, 234003.

Follow-up pediatrie IC (190029)

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), in het kader van langdurige nacontrole van een patiënt met een PICU voorgeschiedenis. Er

¹⁸ Indien de patiënt in de tijd tussen het intensieve consult en het reguliere consult komt te overlijden geldt een uitzondering. In dat geval kan het intensieve consult niet opgevolgd worden door een regulier consult.

kan geen polikliniekbezoek naast deze activiteit worden geregistreerd.

Follow-up neonatale IC (190049)

Een polikliniekbezoek in het kader van protocol neonatologie (langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU voorgeschiedenis), waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), in het kader van langdurige nacontrole van een neonaat met een NICU voorgeschiedenis. Er kan geen polikliniekbezoek naast deze activiteit worden geregistreerd.

Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties (190063)

Intensief consult tussen poortspecialist en patiënt met een hoge ouderdom of een beperkte levensverwachting, vanwege (combinaties van) infauste prognose, multimorbiditeit, ernstige fysieke en/of cognitieve beperkingen. Dit intensieve consult is bedoeld om samen met de patiënt en eventueel de sociale omgeving van de patiënt (op basis van 'shared decision making') de overwegingen van de patiënt te bespreken over het al dan niet staken of starten van een curatieve of levensverlengende behandeling.

Dit consult kan worden geregistreerd als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Er is sprake van face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (niet zijnde arts-assistent).
 - Er is sprake van een consult van minimaal 30 minuten direct patiëntgebonden tijd.
 - Dit gesprek wordt binnen enkele weken opgevolgd door een regulier consult om te komen tot een afgewogen besluit¹⁹.
 - Er dient op verifieerbare wijze in het medisch dossier zijn te herleiden welke opties van wel en niet behandelen zijn voorgelegd.
 - Dit consult en de uitkomst wordt ten minste ook schriftelijk teruggekoppeld aan de huisarts.
- Deze activiteit kan niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

Consult Kaakchirurgie (234003)

Een face-to-face consult met de kaakchirurg, inclusief een uitgebreid onderzoek. Het opnemen van een eenvoudige anamnese over aard en duur van de klachten, behalve informatie naar de algemene gezondheid, dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling en behorende bij de behandeling te worden beschouwd. In die situatie wordt geen consult vastgelegd.

Advies voor controleren

Het bij dit controlepunt (A & B) bepaalde risico met financiële impact doet zich alleen voor bij poliklinische DBC-zorgproducten.

NB: Daar waar de specialist zowel de poortfunctie heeft, als poortspecialist is dient deze bij of A of bij B in de onderzoeksmassa betrokken te worden.

AO/IC:

- Mogelijk kan hier gesteund worden op de rapportage omzeteronderzoek 2014.
- Toon aan dat het systeem zodanig is ingericht dat bezoeksverrichtingen worden geregistreerd door daartoe bevoegde personen.
- Analyse op (sub)agendaniveau waarbij nagegaan wordt welke spreekuren door medici conform regelgeving worden uitgevoerd. Deel de (sub)agenda's in 3 categorieën in (bijvoorbeeld: altijd bevoegde medici / soms bevoegde medici / (bijna) nooit bevoegde medici of niet vast te stellen).

¹⁹ Indien de patiënt in de tijd tussen het intensieve consult en het reguliere consult komt te overlijden geldt een uitzondering. In dat geval kan het intensieve consult niet opgevolgd worden door een regulier consult.

Data analyse:

1.3A:

- 2014: vaststellen welke polikliniekbezoeken niet zijn geregistreerd op naam van de zorgverlener die de poortfunctie vervult.
- 2015: vaststellen welke polikliniekbezoeken niet zijn geregistreerd op naam van de en de zorgverlener die de poortfunctie (poortspecialist (of arts-assistent), interventie-radioloog, klinisch geneticus, SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant) vervult.

1.3B:

- 2014: vaststellen welke polikliniekbezoeken niet zijn geregistreerd op naam van de kaakchirurg of poortspecialist (specialist of in een aantal gevallen arts-assistent, of SEH-arts).
- 2015: vaststellen welke polikliniekbezoeken niet zijn geregistreerd op naam kaakchirurg of poortspecialist (specialist of in een aantal gevallen arts-assistent, of SEH-arts).

Deelwaarneming²⁰:

- Voer op subtraject niveau een deelwaarneming uit op de massa die uit de data-analyse als juist is aangemerkt.
 - Betrek alleen subtrajecten waarbij het verwijderen van het consult (of meerdere) leiden tot een financiële impact.
 - Stel vast (middels dossieronderzoek) voor 100 subtrajecten dat er sprake is geweest van een face-to-face-contact door medici (conform regelgeving) voor alle in het subtraject opgenomen poliklinische consulten.
 - Indien er gesteund kan worden op deze uitkomsten kan de extrapolatie toegepast worden per categorie.

Steekproef:

- Indien de deelwaarneming onder B uitgevoerd wordt, hoeft er geen steekproef uitgevoerd te worden. Voor het feitelijk aantonen van het face-to-face contact voor de posten die in de data analyse geen fout hebben opgeleverd, kan er aangesloten worden bij de jaarlijkse statistische steekproef.

De uitkomsten van de data analyse, deelwaarneming en/of steekproef vormen samen de financiële fout.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

Deelwaarneming/steekproef: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming/steekproef gevonden fouten.

²⁰ Zoals al vermeld in paragraaf 'wijzingen' moet voor de thema's 1.3 (poliklinische consulten) ; 2 (ICC) en 3 (medebehandeling) worden vastgesteld dat er feitelijk sprake is van een face-to-face tussen patiënt en in de NZa regels benoemde zorgverlener. De veldpartijen zijn overeengekomen dat het in eerste instantie niet noodzakelijk is om voor deze drie thema's aparte steekproeven of deelwaarnemingen uit te voeren. Volstaan kan worden met het uitvoeren van de jaarlijkse statistische steekproef of een deelwaarneming. Dit met als doel de werkzaamheden beheersbaar te houden.

Als een onjuistheid wordt aangetroffen dient deze nader beoordeeld te worden. Kan de fout niet geïsoleerd worden dan mag om te voorkomen dat één of enkele fouten leiden tot een zeer groot financieel effect leiden alsnog een splitsing in de steekproef of deelwaarneming worden gemaakt door in het onderdeel waar de fout is gevonden alsnog een uitgebreidere steekproef of deelwaarneming uit te voeren.

2 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult

Het is niet toegestaan een intercollegiaal consult vast te leggen indien er niet tegelijkertijd een klinische opname is vastgelegd bij de patiënt²¹.

Regelgeving / beleid

NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 7.2
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 8.2
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 8.4

2014:

- Een ICC (190009) mag alleen worden geregistreerd bij een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen (190200, 190218, 198408) en/of IC behandelddagen (190150 t/m 190155) of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK (190207, 8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01) zijn geregistreerd.
- Bij een dagverpleging (190030, 190090) of langdurige observatie (190091) mag geen ICC zorg/subtraject worden geopend.
- Een specialisme mag per klinische opname ten hoogste één ICC zorg/subtraject (dat uit meerdere contacten kan bestaan) voor een intercollegiaal consult registreren. Bij een klinische opname kunnen wel meerdere specialismen één ICC zorg/subtraject openen²².
- Wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen (of resulteert in een medebehandeling), mag geen (ICC) zorg/subtraject worden geopend. Het zorgtype van het subtraject moet worden omgezet van ZT13 naar ZT11 en de ICC-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.
- Wanneer een specialisme dat de patiënt reeds onder behandeling heeft, een verzoek krijgt van een ander specialisme voor een intercollegiaal consult, dan mag het eerstgenoemde specialisme een ICC zorg/subtraject openen naast het reeds lopende zorgtraject voor de eigen reguliere behandeling.
- Wanneer een anesthesist ondersteuner is bij de behandeling mag er geen ICC in rekening worden gebracht. Een ICC anesthesist is toegestaan in de rol van pijnbestrijder.

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

De belangrijkste overeenkomst is dat zowel een ICC als medebehandeling start na het in consult roepen van een medisch specialist tijdens een klinische opname voor een andere specialisme. Het belangrijkste verschil tussen ICC en medebehandeling is dat bij een ICC géén sprake is van een behandeltraject en bij medebehandeling wel.

Wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen of resulteert in een medebehandeling, mag geen ICC-subtraject worden geopend. Het zorgtype van het subtraject moet dan worden omgezet van zorgtype 13 (ICC) naar zorgtype 11 (regulier) en de ICC-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 46: Indien er verpleegdagen en/of IC-behandelddagen of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd mag een ICC gedeclareerd worden. Zorgverzekeraars mogen in geval van uitval (geen sprake is van een declarabel DBC-zorgproduct) alsnog een ICC goedkeuren mits het ziekenhuis heeft kunnen aantonen

²¹ Verduidelijking door de NZa: een physician assistent, verpleegkundig specialist of SEH-arts is geen poortspecialist en kan dus geen intercollegiaal consult vastleggen. Een intercollegiaal consult mag wel door een arts-assistent geregistreerd worden.

²² Navraag verduidelijking aan NZa heeft geresulteerd in de volgende uitspraak: Als er binnen één specialisme meerdere Intercollegiale consulten worden uitgevoerd, kan er per klinische opname maar één ICC zorg/subtraject worden geregistreerd. Het aantal zorgvragen is hierbij niet bepalend.

dat er verpleegdagen/IC-behandeldagen zijn geregistreerd.

Punt 47: Een ICC mag alleen gedeclareerd worden indien er verpleegdagen en/of IC-behandeldagen of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd. Indien niet voldaan wordt aan de definitie van een verpleegdag is het niet toegestaan om een ICC te declareren.

Q&A bij Verboden toegestaan lijst 16 juli 2014:

Punt 8:

Q: In de verboden-toegestaan-lijst (zie praktijksituatie 47) is duidelijk gemaakt dat het niet toegestaan is een intercollegiaal consult vast te leggen als er geen sprake is van verpleegdagen en / of IC behandeldagen.

Wat mag er wel vastgelegd worden voor een dergelijk consult als er geen sprake is verpleegdagen en / of IC-behandeldagen?

A: De daadwerkelijk uitgevoerde handelingen mogen vastgelegd worden als zorgactiviteit en maken onderdeel uit van het zorgprofiel van het DBC-zorgproduct van het opnemende specialisme. Er kan geen intercollegiaal consult (ICC) of een eigen zorgtraject vastgelegd worden wanneer er geen sprake is van een verpleegdag of IC-behandeldag (ook niet als er sprake is van een dagverpleging). Voor een dergelijk consult kan een polikliniekbezoek vastgelegd worden, mits voldaan wordt aan de voorwaarden voor het vastleggen van een polikliniekbezoek.

2015:

- Een ICC (190009) mag alleen worden geregistreerd bij een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen (190200, 190218, 198408, 231902) en/of IC-behandeldagen (190152 t/m 190155) en/of Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151) of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK (8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01) zijn geregistreerd.
- Bij een dagverpleging (190030, 190090, 231901) en langdurige observatie zonder overnachting (zorgactiviteit 190091) mag geen ICC zorg/subtraject worden geopend.
- Een specialisme mag per klinische opname ²³ten hoogste één ICC zorg/subtraject (dat uit meerdere contacten kan bestaan) voor een intercollegiaal consult registreren. Bij een klinische opname kunnen wel meerdere specialismen één ICC zorg/subtraject openen.
- Wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen (of resulteert in een medebehandeling), mag geen (ICC) zorg/subtraject worden geopend. Het zorgtype van het subtraject moet worden omgezet van ZT13 naar ZT11 en de ICC-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.
- Wanneer een specialisme dat de patiënt reeds onder behandeling heeft, een verzoek krijgt van een ander specialisme voor een intercollegiaal consult, dan mag het eerstgenoemde specialisme een ICC zorg/subtraject openen naast het reeds lopende zorgtraject voor de eigen reguliere behandeling.
- Wanneer een anesthesist ondersteuner is bij de behandeling mag er geen ICC in rekening worden gebracht. Een ICC anesthesist is toegestaan in de rol van pijnbestrijder.

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

De belangrijkste overeenkomst is dat zowel een ICC als medebehandeling start na het in consult roepen van een medisch specialist tijdens een klinische opname voor een andere specialisme. Het belangrijkste verschil tussen ICC en medebehandeling is dat bij een ICC géén sprake is van een behandeltraject en bij medebehandeling wel.

Wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen of resulteert in een medebehandeling,

²³ Wanneer gesteund wordt op opnamenummer en er is sprake van ontslag en opname binnen 1 uur, beoordeel of er terecht sprake is van 2 klinische opnames.

mag geen ICC-subtraject worden geopend. Het zorgtype van het subtraject moet dan worden omgezet van zorgtype 13 (ICC) naar zorgtype 11 (regulier) en de ICC-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 46: Indien er verpleegdagen en/of IC-behandeldagen of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd mag een ICC gedeclareerd worden. Zorgverzekeraars mogen in geval van uitval (geen sprake is van een declarabel DBC-zorgproduct) alsnog een ICC goedkeuren mits het ziekenhuis heeft kunnen aantonen dat er verpleegdagen/IC-behandeldagen zijn geregistreerd.

Punt 47: Een ICC mag alleen gedeclareerd worden indien er verpleegdagen en/of IC-behandeldagen of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd. Indien niet voldaan wordt aan de definitie van een verpleegdag is het niet toegestaan om een ICC te declareren.

Q&A bij Verboden toegestaan lijst 16 juli 2014:

Punt 8:

Q: In de verboden-toegestaan-lijst (zie praktijksituatie 47) is duidelijk gemaakt dat het niet toegestaan is een intercollegiaal consult vast te leggen als er geen sprake is van verpleegdagen en / of IC behandeldagen. Wat mag er wel vastgelegd worden voor een dergelijk consult als er geen sprake is verpleegdagen en / of IC-behandeldagen?

A: De daadwerkelijk uitgevoerde handelingen mogen vastgelegd worden als zorgactiviteit en maken onderdeel uit van het zorgprofiel van het DBC-zorgproduct van het opnemende specialisme. Er kan geen intercollegiaal consult (ICC) of een eigen zorgtraject vastgelegd worden wanneer er geen sprake is van een verpleegdag of IC-behandeldag (ook niet als er sprake is van een dagverpleging). Voor een dergelijk consult kan een polikliniekbezoek vastgelegd worden, mits voldaan wordt aan de voorwaarden voor het vastleggen van een polikliniekbezoek.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Vaststellen voor welke patiënten er een intercollegiaal consult heeft plaatsgevonden zonder een gelijktijdige klinische opname voor een ander specialisme.
- Vaststellen voor welke patiënten tijdens de looptijd van ZT13 een ZT11 is geopend voor hetzelfde specialisme.
- Vaststellen dat er sprake is van maximaal één zorgtype 13 per opname, per specialisme.

Deelwaarneming²⁴:

- Stel voor ICC voor anesthesie vast dat er sprake is van pijnbestrijding.
- Stel vast dat er sprake is geweest van een face to face contact tussen de medisch specialist (of arts-assistent) en de patiënt op de massa die niet naar voren komt als onjuist uit de data analyse.

Hoe te corrigeren

²⁴ Zoals al vermeld in paragraaf 'wijzingen' moet voor de thema's 1.3 (poliklinische consulten) ; 2 (ICC) en 3 (medebehandeling) worden vastgesteld dat er feitelijk sprake is van een face-to-face tussen patiënt en is de Nza regels benoemde zorgverlener. De veldpartijen zijn overeengekomen dat het in eerste instantie niet noodzakelijk is om voor deze drie thema's aparte steekproeven of deelwaarnemingen uit te voeren. Volstaan kan worden met het uitvoeren van de jaarlijkse statistische steekproef of een deelwaarneming. Dit met als doel de werkzaamheden beheersbaar te houden.

Als een onjuistheid wordt aangetroffen dient deze nader beoordeeld te worden. Kan de fout niet geïsoleerd worden dan mag om te voorkomen dat één of enkele fouten leiden tot een zeer groot financieel effect leiden alsnog een splitsing in de steekproef of deelwaarneming worden gemaakt door in het onderdeel waar de fout is gevonden alsnog een uitgebreidere steekproef of deelwaarneming uit te voeren.

Data analyse: Micro correctie

Deelwaarneming: Macro correctie op de deelmasa ICC anesthesie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling

Het is niet toegestaan een medebehandeling te registreren zonder dat er sprake is van een opname met eigen zorgvraag, diagnosestelling, behandeling en face-to-face contact²⁵.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.30
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.29
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.27

Er is sprake van medebehandeling (190017) wanneer een poortspecialist een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname (190200, 190218, 198408, 231902, 190150, 190151, 190153 t/m 190155), voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit kan per face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (arts of arts-assistent) in het kader van medebehandeling worden vastgelegd.

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

Medebehandeling: er moet sprake zijn van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.

Punt 3.2: Hoe verhoudt zich ICC en medebehandeling tot de regel dat er sprake moet zijn van een eigen zorgvraag, diagnosestelling en behandeling?

Voor ICC zijn in de nadere regel MSZ uitgebreide bepalingen opgenomen die specifiek op de ICC-DBC-zorgproducten van toepassing zijn. Voor deze ICC-prestaties geldt dus niet de algemene registratiebepaling dat er sprake moet zijn van een eigen zorgvraag, diagnosestelling en behandeling. Voor alle overige DBC-zorgproducten geldt dit wel, dus ook voor DBC zorgproducten die geopend worden in het kader van medebehandeling.

²⁵ Verduidelijking door de NZa: een physician assistant, verpleegkundig specialist of SEH-arts is geen poortspecialist en kan dus geen medebehandeling vastleggen. Medebehandeling mag wel door een arts-assistent geregistreerd worden.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Vaststellen of de zorgactiviteit medebehandeling voorkomt zonder dat er op die dag een klinische episode voor een ander specialisme is geregistreerd.

Data-analyse ten behoeve van Deelwaarneming:

- Vaststellen van de deelmassa waar in geval van medebehandeling **geen** sprake is van zorgactiviteiten uit de Zorgprofielklassen 5, 6, 13, 14, 15, 16, 20, 21 & 22. Op deze massa voer je de hieronder beschreven deelwaarneming uit.

Deelwaarneming²⁶:

- Een deelwaarneming op bovengenoemde deelmassa uitvoeren of aantoonbaar is dat er sprake is geweest van een face-to-face contact met een medisch specialist of arts-assistent, een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

²⁶ Zoals al vermeld in paragraaf 'wijzingen' moet voor de thema's 1.3 (poliklinische consulten) ; 2 (ICC) en 3 (medebehandeling) worden vastgesteld dat er feitelijk sprake is van een face-to-face tussen patiënt en is de Nza regels benoemde zorgverlener. De veldpartijen zijn overeengekomen dat het in eerste instantie niet noodzakelijk is om voor deze drie thema's aparte steekproeven of deelwaarnemingen uit te voeren. Volstaan kan worden met het uitvoeren van de jaarlijkse statische steekproef of een deelwaarneming. Dit met als doel de werkzaamheden beheersbaar te houden.

Als een onjuistheid wordt aangetroffen dient deze nader beoordeeld te worden. Kan de fout niet geïsoleerd worden dan mag om te voorkomen dat één of enkele fouten leiden tot een zeer groot financieel effect leiden alsnog een splitsing in de steekproef of deelwaarneming worden gemaakt door in het onderdeel waar de fout is gevonden alsnog een uitgebreidere steekproef of deelwaarneming uit te voeren.

4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging

Het is niet toegestaan een dagverpleging te registreren indien er niet voldaan wordt aan de NZa- regelgeving en aanvullende duiding.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.5
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.4
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.4

2014:

Dagverpleging (190030 en 190090)

Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist. Onder 'in het algemeen voorzienbaar' wordt verstaan: dagbehandeling bij electieve zorg (vooraf ingepland)

2015:

Dagverpleging (190030 en 190090)

Een aantal uren durende vorm van verpleging op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar (Onder 'in het algemeen voorzienbaar' wordt verstaan: dagbehandeling bij electieve zorg (vooraf ingepland)) en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een medisch specialistisch(e) onderzoek of behandeling.

Dagverpleging kaakchirurgie (231901)

Een aantal uren durende vorm van verpleging op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een kaakchirurgisch(e) onderzoek of behandeling in algehele anesthesie of diepe sedatie (met ondersteuning van een anesthesist).

Toelichting

NZa circulaire CI/15/50C

Per 1 januari 2016 geldt een nieuwe beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' (BR/CU-2147) en regeling 'Medisch specialistische zorg' (NR/CU-266) in samenhang met het DBC-pakket 2016. In de RZ16b heeft de NZa de definitie van dagverpleging aangepast en de definitie van onderlinge dienstverlening verduidelijkt.

Naar aanleiding van een bezwaar hebben wij de definitie van dagverpleging in de RZ16b als volgt aangepast:

Een aantal uren durende vorm van verpleging óf vorm van verpleging én behandeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een medisch specialistisch(e) onderzoek of behandeling waarbij de verpleging plaatsvindt op een voor dagverpleging ingerichte afdeling.

Gegeven deze op handen zijnde wijziging van de regelgeving, ziet de NZa in dit geval geen reden om in de huidige situatie zoals die in 2014 en 2015 gold, handhavend op te treden. Dit betekent dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars ten aanzien van een aantal punten bij de omzetsbepaling en de daarmee samenhangende verantwoording en financiële afwikkeling met betrekking tot de

jaren 2014 en 2015, aan kunnen sluiten bij de regelgeving die per 1 januari 2016 zal gelden. Dit houdt niet in dat de declaratie daarmee rechtmatig is maar wel dat deze door de NZa aanvaardbaar wordt bevonden.

Deze wijziging geldt ook voor kaakchirurgie.

Advies voor controleren

AO/IC:

- Stel vast op welke afdelingen de dagverpleging geregistreerd is
 - Ga integraal na of dit een voor dagverpleging ingerichte afdeling is. Geef hierbij aan welke criteria zijn gehanteerd voor een voor dagverpleging ingerichte afdeling.
 - Voor de beoordeling van bestaande afdelingen kan gesteund worden op de rapportage omzetoonderzoek 2014.

Data analyse:

- Controle op maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag.
- Stel vast dat er op de dag van de dagverpleging sprake is geweest van een behandeling of onderzoek (conform NZa- regelgeving) (zorgprofielklassen 4, 5, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 20, 21 & 22) door of onder verantwoordelijkheid van de medische specialist.
- Stel vast dat in geval van geregistreeerde dagverpleging, geen sprake is van 190015 en/of 190016 voorafgaand aan de dagverpleging op dezelfde dag binnen hetzelfde specialisme.
- Controle op parallelliteit met een klinische opname (zorgactiviteitcode 190200, 190207, 190218, 194804, 231902, 190150, 190151 en 190153 t/m 190155).
- Opname duur beoordelen, waarbij uitgegaan wordt van minimaal 2 uur vanaf moment van opname tot en met ontslag.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

5 Onterecht vastleggen van een zorgactiviteit in een klinische setting

5.1 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Specifiek voor verpleging ingerichte afdeling

Het is niet toegestaan een verpleegdag te registreren op een polikliniek, een afdeling voor spoedeisende hulp of een afdeling voor dagopname indien niet is aangetoond dat deze afdeling voor dagopname voor verpleging is ingericht en er sprake was van ondercapaciteit van de verpleegafdeling.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.9
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.8
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.8

2014:

Een verpleegdag (190200, 190207, 190218 en 194804) is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Er is alleen sprake van een verpleegdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling (waaronder high/medium care), niet zijnde een polikliniek, afdeling voor dagopname of spoedeisende hulp.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 17: De NZa biedt de mogelijkheid om te anticiperen op de regelgeving 2015, in die zin dat verpleegdagen op een afdeling voor dagopname vastgelegd worden, onder de voorwaarde dat de afdeling voor dagopname een voor verpleging ingerichte afdeling betreft. De zorgaanbieder dient hierbij ondubbelzinnig en expliciet aan te tonen dat de afdeling voor dagopname voor verpleging is ingericht en er sprake was van ondercapaciteit van de verpleegafdeling. Daarnaast moet uiteraard voldaan worden aan de overige voorwaarden voor het vastleggen van een verpleegdag.

2015:

Een verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902) is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat)²⁷. Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20:00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Er is alleen sprake van een verpleegdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling (waaronder high/medium care), niet zijnde een polikliniek of spoedeisende hulp²⁸.

Advies voor controleren

AO/IC:

- Stel vast op welke afdelingen de verpleging geregistreerd is. Ga integraal na of dit een voor verpleging

²⁷ De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij een definitieve overname door een andere instelling op dag van opname, of bij overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname.

²⁸ Een nadere toelichting op de definitie van verpleegdag is opgenomen in circulaire CI/12/63c.

<p>ingerichte afdeling is. Geef hierbij aan welke criteria zijn gehanteerd voor een verpleging ingerichte afdeling.</p> <ul style="list-style-type: none">o Voor de beoordeling van bestaande afdelingen kan gesteund worden op de rapportage omzetonderzoek 2014. <p>Data analyse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Stel vast welke verpleegdagen zijn geregistreerd op andere afdelingen dan een voor verpleging ingerichte afdeling is
Hoe te corrigeren
Micro correctie

5.2 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Minimaal één overnachting

Het is niet toegestaan een verpleegdag te registreren indien er geen sprake is van één of meer overnachtingen (klinische periode).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.9
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.8
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.8

2014:

Een verpleegdag (190200, 190207, 190218 en 194804) is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag.

De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij een definitieve overname door een andere instelling op dag van opname, of bij overlijden van de patiënt op dag van opname.

Toelichting

Er is sprake van een overnachting als de patiënt opgenomen wordt vóór 00:00 uur en ontslag plaatsvindt ná 07:00 uur op de daaropvolgende kalenderdag. In onderstaande tabel zijn diverse situaties opgenomen die helderheid verschaffen over wat er geregistreerd dient te worden (ervan uitgaande dat aan alle overige voorwaarden uit de definitie wordt voldaan). Deze voorbeelden kunnen ook gebruikt worden bij meerdere overnachtingen tijdens een klinische opname. Dan gelden dezelfde grenzen.

Opnametijd patiënt X	Ontslagtijd Patiënt X	Aantal verpleegdagen binnen DOT
Voor 20.00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x+1	2
Na 20.00 uur en vóór 00:00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x+1	1
Na 00.00 uur kalenderdag x	Voor 07:00 uur kalenderdag x	0
Na 00.00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x	0
Voor 20.00 uur kalenderdag x	Voor 07:00 uur kalenderdag x+1	0
Na 20.00 uur en vóór 00:00 uur kalenderdag x	Voor 07:00 uur kalenderdag x+1	0

De ontslag dag mag geregistreerd worden als verpleegdag (bij ontslag voor 7.00 uur), mits er in de periode van verpleging een overnachting (die voldoet aan de vereiste tijdstippen) plaats vindt (uitspraak NZa – zaaknummer 115073 CRM:04142297).

2015:

Een verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902) is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20:00 uur) en de dag van

ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Er is alleen sprake van een verpleegdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling (waaronder high/medium care), niet zijnde een polikliniek of spoedeisende hulp.

De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij een definitieve overname door een andere instelling op dag van opname, of bij overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname.

Toelichting

Er is sprake van een overnachting als de patiënt opgenomen wordt vóór 00:00 uur en ontslag plaatsvindt ná 07:00 uur op de daaropvolgende kalenderdag. In onderstaande tabel zijn diverse situaties opgenomen die helderheid verschaffen over wat er geregistreerd dient te worden (ervan uitgaande dat aan alle overige voorwaarden uit de definitie wordt voldaan). Deze voorbeelden kunnen ook gebruikt worden bij meerdere overnachtingen tijdens een klinische opname. Dan gelden dezelfde grenzen.

Opnametijd patiënt X	Ontslagtijd Patiënt X	Aantal verpleegdagen binnen DOT
Voor 20.00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x+1	2
Na 20.00 uur en vóór 00:00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x+1	1
Na 00.00 uur kalenderdag x	Voor 07:00 uur kalenderdag x	0
Na 00.00 uur kalenderdag x	Na 07:00 uur kalenderdag x	0
Voor 20.00 uur kalenderdag x	Voor 07:00 uur kalenderdag x+1	0
Na 20.00 uur en vóór 00:00 uur kalenderdag x	Voor 07:00 uur kalenderdag x+1	0

Advies voor controleren

AO/IC:

- Toon aan hoe het ZIS is ingericht m.b.t. registratie van verpleegdagen in relatie tot de actuele definitie met betrekking tot overnachting.

Data analyse:

- Stel vast bij welke verpleegdagen er geen sprake is geweest van minimaal 1 overnachting.
 - Sluit daarbij opnames uit waarbij sprake is van overplaatsing naar een andere instelling op dezelfde dag.
 - Sluit daarbij opnames uit waarbij sprake is van overlijden op dezelfde dag.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

5.3 Onterecht vastleggen van een verpleegdag bij een DBC subtraject – Meerdere verpleegdagen op 1 kalenderdag

Het is niet toegestaan meerdere verpleegdagen op één kalenderdag te registreren.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.9
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.8
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.8

2014:

Verpleegdag (190200, 190207, 190218 en 194804)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Er is alleen sprake van een verpleegdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling (waaronder high/medium care), niet zijnde een polikliniek, afdeling voor dagopname of spoedeisende hulp.

2015:

Verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat)²⁹. Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20:00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Er is alleen sprake van een verpleegdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling (waaronder high/medium care), niet zijnde een polikliniek of spoedeisende hulp³⁰.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast voor welke patiënten er meerdere verpleegdagen tijdens één kalenderdag voor dezelfde patiënt zijn geregistreerd binnen dezelfde instelling.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

²⁹ De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij een definitieve overname door een andere instelling op dag van opname, of bij overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname.

³⁰ Een nadere toelichting op de definitie van verpleegdag is opgenomen in circulaire CI/12/63c.

5.4 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten binnen 1 specialisme³¹

Het is tijdens een klinische periode niet toegestaan om de verpleegdagen aan meerdere subtrajecten te koppelen.

Uitzondering voor specialisme Cardiologie:

Registratie van twee DBC's tijdens één opname is in bepaalde gevallen toegestaan / noodzakelijk bij Cardiologie (anders geen facturatie mogelijk door grouperuitval).

Regelgeving / beleid

NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 7.1c
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 8.1c
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 8.1c

Uitzondering specialisme Cardiologie;

Algemene Toelichting Registratieregels v20131114	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 3.3.1.4
Algemene Toelichting Registratieregels v20140501	01-06-2014	31-12-2014	
Algemene Toelichting Registratieregels v20141113	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 3.3.1.4

2014:

Bij parallelliteit tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de specialist die verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan.

2015:

Bij parallelliteit (binnen één specialisme) tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan. Indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme, kunnen de opvolgende verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de 'nieuwe' hoofdbehandelaar. Hierbij dient wel voldaan te worden aan de regel dat binnen een specialisme maximaal één klinisch DBC-zorgproduct geopend mag worden tijdens het klinische traject van de patiënt.

Toelichting

Wanneer eenzelfde zorgvraag of verschillende zorgvragen met dezelfde diagnosetypering serieel of parallel

³¹ Instellingen die gedurende periode waar dit zelfonderzoek betrekking op heeft juridisch zijn gefuseerd moeten het volgende toelichten en uitvoeren:

- Er heeft op ... een juridische fusie plaatsgevonden en vanaf dat moment zijn de AGB codes ... en ... samengevoegd in AGB code Om zeker te stellen dat verpleegperiodes binnen een specialisme niet onterecht over meerdere zorgproducten verdeeld zijn, hebben wij de volgende werkzaamheden uitgevoerd: [geen beschrijving en toon aan hoe het risico is ondervangen]

voorkomen binnen de looptijd van een bestaand zorgtraject, wordt geen nieuw zorgtraject geopend. De geleverde zorg voor aandoeningen met dezelfde diagnosetypering valt binnen het lopende zorgtraject.

Het specialisme cardiologie kent geen paralleliteit, behalve bij ICC, hartrevalidatie en begeleiding bij hart- en hartlongtransplantatie.

Uitzondering specialisme Cardiologie:

Tijdens een klinische periode is het uitzonderlijk dat er, bij een cardiologische patiënt een dusdanig nieuw cardiologisch probleem ontstaat waardoor het gerechtvaardigd is om tijdens deze klinische periode een nieuw zorgtraject te openen.

Voorbeelden:

- a. Patiënt wordt opgenomen met een myocardinfarct, waarvoor een spoed PCI wordt verricht. Op de vierde dag van de opname krijgt de patiënt ventrikelfibrilleren die leidt tot het plaatsen van een ICD. In dit geval wordt het eerste zorgtraject gesloten en wordt een nieuw zorgtraject voor het ventrikelfibrilleren geopend.
- b. Patiënt wordt opgenomen met een myocardinfarct, waarvoor een spoed PCI wordt verricht. Op de vierde dag van de opname krijgt de patiënt een episode van atriumfibrilleren dat medicamenteus wordt behandeld en niet leidt tot een verlenging van de opnameduur. In dit geval moet de ritmestoornis worden gezien als een aan het acute infarct gerelateerd probleem. In dit geval is er geen sprake van een andere zorgvraag en wordt geen nieuw zorgtraject geopend.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast welke verpleegdagen binnen de klinische periode³² verdeeld zijn over meerdere zorgtrajecten, waarvoor automatische afsluitregels van toepassing zijn.
- Stel vast welke verpleegdagen binnen de klinische periode verdeeld zijn over meerdere zorg- en subtrajecten, waarvoor geen automatische afsluitregels van toepassing zijn.

Deelwaarneming:

- Voer een deelwaarneming uit voor de klinische trajecten van Cardiologie waarbij sprake is van verpleegdagen die binnen één opnameperiode vallen en over verschillende subtrajecten zijn verdeeld om aan te tonen of een verdeling terecht is.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

³² Wanneer gesteund wordt op opnamenummer en er is sprake van ontslag en opname binnen 1 uur, beoordeel of er terecht sprake is van 2 klinische opnames.

5.5 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten over meerdere specialismen³³

Het is tijdens een klinische periode niet toegestaan om de verpleegdagen aan subtrajecten van verschillende specialismen te koppelen, tenzij er sprake is van overname door het andere specialisme.

Regelgeving / beleid

NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 7.1c
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 8.1c
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	

2014:

Bij parallelliteit tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de specialist die verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 49: Bij een overname door een ander specialisme (hoofdbehandelaar) is het toegestaan om vanaf dat moment de verpleegdagen aan het overnemende specialisme toe te wijzen. Het verdelen van verpleegdagen van een verpleegperiode binnen één specialisme (parallelliteit) over de verschillende DBC's van dat specialisme is nadrukkelijk niet toegestaan. NB: sub specialismen binnen bijvoorbeeld kindergeneeskunde of chirurgie gelden niet als afzonderlijke specialismen.

2015:

Bij parallelliteit (binnen één specialisme) tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan. Indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme, kunnen de opvolgende verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de 'nieuwe' hoofdbehandelaar. Hierbij dient wel voldaan te worden aan de regel dat binnen een specialisme maximaal één klinisch DBC-zorgproduct geopend mag worden tijdens het klinische traject van de patiënt.

Toelichting

Wanneer eenzelfde zorgvraag of verschillende zorgvragen met dezelfde diagnosetyping serieel of parallel voorkomen binnen de looptijd van een bestaand zorgtraject, wordt geen nieuw zorgtraject geopend. De geleverde zorg voor aandoeningen met dezelfde diagnosetyping valt binnen het lopende zorgtraject.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

³³ Instellingen die gedurende periode waar dit zelfonderzoek betrekking op heeft juridisch zijn gefuseerd moeten het volgende toelichten en uitvoeren:

- Er heeft op ... een juridische fusie plaatsgevonden en vanaf dat moment zijn de AGB codes ... en ... samengevoegd in AGB code Om zeker te stellen dat verpleegperiodes binnen een specialisme niet onterecht over meerdere zorgproducten verdeeld zijn, hebben wij de volgende werkzaamheden uitgevoerd: [geen beschrijving en toon aan hoe het risico is ondervangen]

Punt 49: Bij een overname door een ander specialisme (hoofdbehandelaar) is het toegestaan om vanaf dat moment de verpleegdagen aan het overnemende specialisme toe te wijzen. Het verdelen van verpleegdagen van een verpleegperiode binnen één specialisme (paralleliteit) over de verschillende DBC's van dat specialisme is nadrukkelijk niet toegestaan. NB: sub specialismen binnen bijvoorbeeld kindergeneeskunde of chirurgie gelden niet als afzonderlijke specialismen.

Advies voor controleren

Data analyse

- Stel de deelmassa vast waar sprake is van een verdeling van de klinische periode ³⁴ over de volgende specialismen:
 - Longgeneeskunde — Interne Geneeskunde
 - Neurologie — Neurochirurgie
 - Orthopedie — Heelkunde
 - Cardiologie — Cardiochirurgie
 - MDL— Interne Geneeskunde
- Stel vast op bovengenoemde deelmassa waar sprake is van een aaneengesloten verpleegperiode.

Deelwaarneming:

- Deelwaarneming uitvoeren op bovengenoemde deelmassa, waarbij gesteld wordt dat alle bovengenoemde combinaties (voor zover van toepassing) in deze deelwaarneming vertegenwoordigd zijn. Wanneer de klinische periode verdeeld is over twee (of meer) specialismen moet er gekeken worden of er sprake is van (definitieve) overname door het tweede (of volgende) specialisme.

Hoe te corrigeren

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

³⁴ Wanneer gesteund wordt op opnamenummer en er is sprake van ontslag en opname binnen 1 uur, beoordeel of er terecht sprake is van 2 klinische opname's.

5.6 Onterecht vastleggen van een langdurige observatie (zonder overnachting)

Het is niet toegestaan om een langdurige observatie (zonder overnachting) te registreren indien niet voldaan wordt aan de gestelde voorwaarden in de NZa-regelgeving.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.6
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.5
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.5

Langdurige observatie (zonder overnachting (190091)³⁵

Een niet geplande vorm van verpleging, met als doel observatie van de patiënt, op een voor verpleging ingerichte afdeling. Elke observatie omvat ten minste een systematisch controle van de conditie van de patiënt op bepaalde parameters zoals bewustzijn, bloeddruk of lichaamstemperatuur. Deze controles dienen bij herhaling c.q. meerdere keren met tussenpozen plaats te vinden. Het doel van de observatie is het bepalen van het verdere medische beleid en moet te herleiden zijn uit het medisch dossier. Een langdurige observatie duurt minimaal vier aaneengesloten uren.

Deze kenmerken maken ten minste en vanzelfsprekend deel uit van elke observatie. De verleende zorg dient dus in ieder geval deze kenmerken te omvatten, ongeacht hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders het begrip observatie verder afbakenen.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast voor welke geregistreerde langdurige observaties zonder overnachting er geen sprake is van minimaal vier aaneengesloten uren op basis van opname en ontslagtijd
- Stel vast dat er geen langdurige observatie zonder overnachting tijdens een dagverpleging, verpleegdag (klinische opname), neonatale IC, pediatrie IC of IC behandeldag is geregistreerd
- Stel vast dat er langdurige observatie is geregistreerd zonder dat hieraan een 190015 en/of 190016 is vooraf gegaan, of een andere vorm van spoed, op dezelfde kalenderdag.

Deelwaarneming:

- Het is mogelijk voor de deelmasse van bullit 3 (bovenstaande) via dossier onderzoek aan te tonen dat er sprake is van een vorm van niet geplande verpleging waarvoor toch een langdurige observatie geregistreerd mag worden.

Hoe te corrigeren

Micro correctie, macro correctie

³⁵ Een langdurige observatie zonder overnachting mag niet tijdens / op dezelfde kalenderdag als een dagverpleging of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd.

5.7 Onterecht vastleggen van een verpleegdag tegelijk met de ZA Verblijf gezonde moeder (ZA-code 190032) of verblijf gezonde zuigeling (ZA-code 190033)

Het is niet toegestaan om een verpleegdag op dezelfde kalenderdag te registreren met de volgende zorgactiviteiten: Verblijf gezonde moeder (ZA-code 190032) of verblijf gezonde zuigeling (ZA-code 190033).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 13.3.3/ Artikel 13.3.4
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.3.3/ Artikel 14.3.4
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 13.3.3/ Artikel 13.3.4

2014:

Verblijf gezonde moeder (190032)

Verblijf van een gezonde moeder in de zorginstelling, omdat haar pasgeboren kind daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan. Indien bij ziekte van het pasgeboren kind de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan geen nieuwe opname worden geregistreerd.

Verblijf gezonde zuigeling (190033)

Verblijf van een gezonde zuigeling in de zorginstelling omdat de moeder daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan. Indien bij ziekte van de moeder de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan geen nieuwe opname worden geregistreerd³⁶.

Een overig traject (190032 en 190033) is een prestatie die een aaneengesloten traject betreft, waarvoor de eenheid een dag is. Deze prestaties gelden per verpleegdag en worden geregistreerd in plaats van (en onder dezelfde voorwaarden als) een reguliere verpleegdag. Deze overige trajecten kunnen naast een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 19: Er kan alleen een klinische opname én verpleegdag voor de neonat worden vastgelegd als er sprake is van een eigen zorgvraag (medische noodzaak) voor de neonat en er voldaan wordt aan de definitie van verpleegdag en klinische opname. Als de neonat in het ziekenhuis verblijft en overnacht vanwege een onderzoek of behandeling van de moeder, wordt er een overig traject 'verblijf gezonde zuigeling' vastgelegd in plaats van een reguliere verpleegdag.

Punt 20: Een overig traject 'verblijf gezonde zuigeling' is een integraal product, waarvoor de eenheid een dag is. Het is niet toegestaan een verpleegdag, polikliniekbezoek of intercollegiaal consult vast te leggen tijdens dit overig traject. Als er sprake is van een eigen zorgvraag (medische noodzaak) voor de neonat, wordt er een DBC-zorgproduct neonatologie vastgelegd in plaats van een 'verblijf gezonde zuigeling'.

Punt 21: Indien een neonat na de bevalling in het ziekenhuis (al dan niet na klinische opname van de neonat door de kinderarts) verblijft en overnacht in verband met onderzoek of behandeling van de moeder, kan een overig traject 'verblijf gezonde zuigeling' worden vastgelegd in plaats van een reguliere verpleegdag.

³⁶ Verduidelijking NZa (bron: mevrouw M. de Groot, 29-07-2015) wat er geregistreerd mag worden indien een Kinderarts als standaardcontrole bij een gezonde zuigeling komt kijken: Als een Kinderarts een gezonde zuigeling bekijkt, valt dit onder het overig traject 'Verblijf gezonde zuigeling'. Als er sprake is van een eigen zorgvraag kan een DBC-zorgproduct Neonatologie worden geopend in plaats van een overig traject 'Verblijf gezonde zuigeling'.

Punt 22: Indien een moeder na de bevalling in het ziekenhuis verblijft en overnacht in verband met onderzoek of behandeling van haar kind, kan een overig traject 'verblijf gezonde moeder' worden vastgelegd in plaats van een reguliere verpleegdag.

2015:

Verblijf gezonde moeder (190032)

Verblijf van een gezonde moeder in de zorginstelling, omdat haar pasgeboren kind daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan en daarvoor klinisch wordt opgenomen. Deze zorgactiviteit kan tot maximaal 28 dagen na de bevalling geregistreerd worden. Indien bij ziekte van het pasgeboren kind de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan geen nieuwe opname worden geregistreerd.

Verblijf gezonde zuigeling (190033)

Verblijf van een gezonde zuigeling in de zorginstelling, omdat de moeder daar een onderzoek of behandeling moet ondergaan. Deze zorgactiviteit kan alleen tijdens het klinische traject van de moeder, tot maximaal 28 dagen na de geboorte, geregistreerd worden. Indien bij ziekte van de moeder de behandeling wordt overgenomen door een andere specialist, kan geen nieuwe opname worden geregistreerd.

Een overig traject (190032 en 190033) is een prestatie die een aaneengesloten traject betreft, waarvoor de eenheid een dag is. Deze prestaties gelden per verpleegdag en worden geregistreerd in plaats van (en onder dezelfde voorwaarden als) een reguliere verpleegdag. Deze overige trajecten kunnen naast een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden. Er dient wel sprake te zijn van een overnachting (opname voor 00.00 uur op dag x en ontslag na 07.00 uur op dag x+1).

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 19: Er kan alleen een klinische opname én verpleegdag voor de neonat worden vastgelegd als er sprake is van een eigen zorgvraag (medische noodzaak) voor de neonat en er voldaan wordt aan de definitie van verpleegdag en klinische opname. Als de neonat in het ziekenhuis verblijft en overnacht vanwege een onderzoek of behandeling van de moeder, wordt er een overig traject 'verblijf gezonde zuigeling' vastgelegd in plaats van een reguliere verpleegdag.

Punt 20: Een overig traject 'verblijf gezonde zuigeling' is een integraal product, waarvoor de eenheid een dag is. Het is niet toegestaan een verpleegdag, polikliniekbezoek of intercollegiaal consult vast te leggen tijdens dit overig traject. Als er sprake is van een eigen zorgvraag (medische noodzaak) voor de neonat, wordt er een DBC-zorgproduct neonatologie vastgelegd in plaats van een 'verblijf gezonde zuigeling'.

Punt 21: Indien een neonat na de bevalling in het ziekenhuis (al dan niet na klinische opname van de neonat door de kinderarts) verblijft en overnacht in verband met onderzoek of behandeling van de moeder, kan een overig traject 'verblijf gezonde zuigeling' worden vastgelegd in plaats van een reguliere verpleegdag.

Punt 22: Indien een moeder na de bevalling in het ziekenhuis verblijft en overnacht in verband met onderzoek of behandeling van haar kind, kan een overig traject 'verblijf gezonde moeder' worden vastgelegd in plaats van een reguliere verpleegdag.

Advies voor controleren³⁷

AO/IC:

- Toon aan dat er instructies aanwezig zijn met betrekking tot het vastleggen van verblijf gezonde moeder

³⁷ CP zit ook in DCM.

en verblijf gezonde zuigeling.

Data-analyse:

- Stel vast voor welke patiënten er sprake is van verblijf gezonde moeder en een verpleegdag voor de moeder op dezelfde kalenderdag.
- Stel vast voor welke patiënten er sprake is van verblijf gezonde zuigeling en een verpleegdag voor de zuigeling op dezelfde kalenderdag.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

5.8 Onterecht vastleggen van een verpleegdag in plaats van een ZA-code 'Verkeerde bed' (ZA-code 190031) of 'Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie' (ZA-code 190038) of andersom.

Het is niet toegestaan om een ZA-code 'Verkeerde bed' (ZA 190031) of 'Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie' (ZA-code 190038) te registreren in plaats van een verpleegdag of een verpleegdag in plaats van een ZA-code 'Verkeerde bed' (ZA-code 190031) of 'Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie' (ZA-code 190038).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 13.3.2 / 13.3.5
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.3.2 / 14.3.5
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 13.3.2 / 13.3.5

Verkeerde bed (190031)

Vergoeding die in rekening kan worden gebracht vanaf het moment dat de ziekenhuisindicatie is beëindigd, een indicatie voor opname in een verpleeghuis is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis moet blijven tot er plaats is in een verpleeghuis.

Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie (190038)

Vergoeding die in rekening kan worden gebracht vanaf het moment dat de ziekenhuisindicatie is beëindigd, een indicatie (niet zijnde indicatie voor opname in een verpleeghuis) is vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in een ziekenhuis moet blijven tot er plaats is voor de zorg waarvoor de indicatie is afgegeven.

Een overig traject (190031 en 190038) is een prestatie die een aaneengesloten traject betreft, waarvoor de eenheid een dag is. Deze prestaties gelden per verpleegdag en worden geregistreerd in plaats van (en onder dezelfde voorwaarden als) een reguliere verpleegdag. Deze overige trajecten kunnen naast een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.

CI/12/106c Onderwerp: ontwikkelingen en besluiten DOT 20 dec 2012:

Er zijn verschillende situaties denkbaar waarin een patiënt in afwachting is van een behandeling GRZ. Een eerste mogelijkheid is dat een patiënt in een ziekenhuis klinisch opgenomen is bij een reeds afgerond medisch specialistisch behandeltraject, terwijl er nog geen behandeling GRZ is gestart. Tot en met 2012 werd voor deze dagen een overig traject 'verkeerd bed' in rekening gebracht (betreft AWBZ-vergoeding). In 2013 kan het overige traject 'verblijf vervallen ziekenhuisindicatie, niet verpleeghuis' (declaratiecode 190038) gedeclareerd worden.

Advies voor controleren³⁸

Data-analyse:

- Stel vast voor welke patiënten er sprake is van de combinatie verkeerde bed dag (190031) en een verpleegdag op dezelfde kalenderdag.
- Stel vast voor welke patiënten er sprake is van de combinatie vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie (190038) en een verpleegdag op dezelfde kalenderdag.

³⁸ CP zit ook in DCM.

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming: ten onrechte vastleggen verpleegdag in plaats van ZA-code 'Verkeerd bed' (190031) / ZA-code 190038 of andersom:

- Selecteer alle patiënten met diagnose hartinfarct (cardiologie, diagnosegroep 20,30 of 40, nog nader te bepalen) of hersenbloeding (diagnosen 1101, 1102, 1103, 1111, 1112, 1121, 1199 = gehele CVA groep bij neurologie) die klinisch zijn opgenomen en waarbij sprake is van verkeerd bed registratie (190031) en/of vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie (190038) binnen de start en einddatum van de DBC.

Deelwaarneming:

- Controleer in het medisch dossier of de ziekenhuisindicatie is beëindigd of vervallen op het moment van registratie verkeerd bed of vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie.
- Controleer in het medisch dossier of de ZA-code 'verkeerd bed'(190031) en ZA-code (190038) vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie overeenkomt met de gestelde indicatie.

Indien geen indicatie is afgegeven hoeft geen verkeerd bed dag geregistreerd te zijn.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

5.9 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag

- Het is niet toegestaan om een IC-behandeldag anders dan op de IC afdeling te registreren.
- Het is niet toegestaan om meerdere IC behandeldagen per kalenderdag te registreren.
- Het is niet toegestaan om een verpleegdag, NICU of PICU te registreren tijdens een IC opnameperiode.

Regelgeving / beleid

NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 8.6 / 15.7 / 15.11
------------------	------------	------------	-----------------------------------

- Er mag niet meer dan één IC behandeldag (190153 t/m 190155) geregistreerd worden op dezelfde kalenderdag.
- Tijdens de IC-opnameperiode mogen geen verpleegdagen en NICU of PICU(190200, 190207, 190218, 194804, 190031, 190032, 190033, 190038, 231902, 190150, 190151) worden geregistreerd.
- Een add-on IC mag per kalenderdag worden gedeclareerd.

Als er geen contractuele overeenkomst is tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar over de zwaarte van de te declareren behandeldagen (IC-behandeldag licht, middel of zwaar, met zorgactiviteitcodes 190153, 190154 of 190155), mag alleen de IC behandeldag 'licht' (190153) in rekening worden gebracht.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast dat geen IC-behandeldagen zijn geregistreerd op een andere afdeling dan een IC.
- Stel vast dat er geen parallele IC-behandeldagen (meerdere op één kalenderdag) geregistreerd zijn.
- Stel vast dat er geen verpleegdag, NICU of PICU is geregistreerd op dezelfde dag als een IC-behandeldag.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

5.10 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag- Postoperatief op de IC voor recovery i.p.v. op de recovery-afdeling

Het is niet toegestaan een IC-behandeldag te registreren bij opname postoperatief op de IC voor recovery i.p.v. op de recovery-afdeling zelf. Dit geldt ook voor opname op de Post Anesthesia Care Unit (PACU).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 13.1.1
-------------------	------------	------------	-----------------------

2015:

IC-behandeldag licht, middel of zwaar (190153, 190154 en 190155)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een IC patiënt, ingedeeld in behandeldag licht, middel of zwaar.

Niet als behandeldag wordt geteld het post-operatief onderbrengen van een patiënt zonder IC-indicatie op de IC, in plaats van op de verkoeverafdeling (dit geldt ook voor de Post Anesthesia Care Unit (PACU)) voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere post-operatieve bewaking en geen IC-behandeldag.

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

- Vaststellen van de deelmassa waar aansluitend op de OK zorgactiviteit sprake is van een IC-behandeldag. Indien patiënt voorafgaand aan de OK zorgactiviteit reeds was opgenomen op de IC, worden deze uitgesloten. Indien een patiënt langer dan 24 uur op de IC aanwezig is, wordt deze ook uitgesloten.
- Beoordeel per ingreep of er sprake is van een IC indicatie, en verklein hiermee de risicomassa.

Deelwaarneming:

- Een deelwaarneming op bovengenoemde massa uitvoeren en vaststellen of aantoonbaar sprake is van een IC indicatie.

Hoe te corrigeren

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

6 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit

6.1 Onterecht vastleggen ATLS traumaopvang

Het is niet toegestaan onterecht een ATLS traumaopvang vast te leggen – diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.12
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.11
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.11

2014:

ATLS traumaopvang (039676) - diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties onder verantwoordelijkheid van een ATLS gecertificeerd medisch specialist.

De behandeling van de zwaarste categorie traumapatiënten (multitraumapatiënten met ISS \geq 16) die opgevangen worden volgens de ATLS systematiek door een medisch specialist die bevoegd en bekwaam is in het diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties.

2015:

ATLS traumaopvang (039676) - diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties onder verantwoordelijkheid van een ATLS gecertificeerd medisch specialist.

De opvang/screening van traumapatiënten volgens de ATLS systematiek door een medisch specialist die bevoegd en bekwaam is in het diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties³⁹.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast voor welke patiënten zorgactiviteit 039676 (2014 en 2015) is geregistreerd.

Deelwaarneming:

- Stel middels deelwaarneming vast dat voldaan is aan de criteria volgens protocol ATLS. Er kan volstaan worden met 1 deelwaarneming, mits beide jaren (2014 en 2015) voldoende vertegenwoordigd zijn.

Hoe te corrigeren

Macro correctie

³⁹ Toevoeging vanuit Handboek Gebruik Zorgactiviteiten versie 20141222: De traumaopvang moet volgens de ATLS (Advanced Trauma Life Support) worden uitgevoerd. Het betreft een protocol waarbij ten eerste de vitale functies veilig gesteld worden in volgorde van de ABCDE regel: Airway, Breathing, Circulation, Disability en Exposure.

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

6.2 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit nazorg orgaantransplantaties

2014: Het is niet toegestaan om de zorgactiviteit nazorg na orgaantransplantaties vaker dan eenmaal per jaar te registreren per instelling.

2015: Het is niet toegestaan om de zorgactiviteit nazorg na orgaantransplantaties vaker dan eenmaal per 120 dagen te registreren per instelling.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.15
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.14
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.14

2014:

Nazorg orgaantransplantaties (039385 t/m 039397, 192042)

Een zorgactiviteit voor nazorg na orgaantransplantaties (039385 t/m 039397, 192042) mag per instelling door één hoofdbehandelaar eenmaal per jaar per transplantatie worden geregistreerd op de dag van een herhaalpolikliniekbezoek.

2015:

Nazorg orgaantransplantaties (039385 t/m 039397 en 192042)

Een zorgactiviteit voor nazorg na orgaantransplantaties (039385 t/m 039397 en 192042) mag per instelling door één hoofdbehandelaar eenmaal per 120 dagen per transplantatie worden geregistreerd tijdens het eerste face-to-face contact in het kader van de nazorg.

Toelichting

Geregistreerd op de dag van een herhaalpolikliniekbezoek kan verruimd worden naar een dagbehandeling of klinische verpleegdag zodat er op de dag van registratie een activiteit van zorgprofielklasse 1, 2 of 3 moet plaatsvinden.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast dat de zorgactiviteit nazorg orgaantransplantatie is geregistreerd door één hoofdbehandelaar per instelling:
 - 2014: per jaar;
 - 2015: per 120 dagen.
- Stel vast dat de zorgactiviteit nazorg orgaantransplantatie niet meer dan eenmaal per 120 dagen per transplantatie is geregistreerd of waarbij de zorgactiviteit niet is geregistreerd tijdens het eerste face to face contact in kader van de nazorg.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

6.3 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit nazorgstamceltransplantaties

2014: Het is niet toegestaan om een zorgactiviteit post-transplantatietraject voor nazorg stamceltransplantaties na een transplantatie vaker dan eenmaal te registreren door één zorgaanbieder.

2015: Het is niet toegestaan om een zorgactiviteit post-transplantatietraject voor nazorg stamceltransplantaties gedurende meer dan 3 subtrajecten na een transplantatie te registreren door één zorgaanbieder tijdens het eerste face-to-face contact in het kader van de nazorg.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.16
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.15
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.15

2014:

Nazorg stamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)

Een zorgactiviteit 'post-transplantatietraject' (192079, 192080, 192087 en 192098) na stamceltransplantatie mag uitsluitend door één zorgaanbieder eenmaal na een transplantatie worden geregistreerd op de dag van een herhaal-polikliniekbezoek.

Toelichting: geregistreerd op de dag van een herhaalpolikliniekbezoek kan verruimd worden naar een dagbehandeling of klinische verpleegdag zodat er op de dag van registratie een activiteit van zorgprofielklasse 1, 2 of 3 moet plaatsvinden.

2015:

Nazorg stamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)

Een zorgactiviteit 'post-transplantatietraject' (192079, 192080, 192087 en 192098) na stamceltransplantatie mag uitsluitend door één zorgaanbieder gedurende maximaal 3 subtrajecten na een transplantatie worden geregistreerd tijdens het eerste face-to-face contact in het kader van de nazorg.

Advies voor controleren⁴⁰

Data-analyse:

- 2014: Stel vast dat er per patiënt en per transplantatie niet meer dan 1 zorgactiviteit voor nazorgstamceltransplantaties is geregistreerd op dezelfde dag als een herhaalpolikliniekbezoek.
- 2015: Stel vast dat er per patiënt gedurende maximaal 3 subtrajecten na een transplantatie is

⁴⁰ CP zit ook in DCM.

geregistreerd tijdens het eerste face-to-face contact.

- maximaal 3 subtrajecten: 1 maal per 120 dagen (DCM) of 3 zorgactiviteiten per jaar

Hoe te corrigeren

Micro correctie

6.4 Onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische tests

Het onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische tests is niet toegestaan.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.54
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.53
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.45

2014:

Uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door kinderarts subspecialist van diagnostische tests (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630 en 039509)

Deze zorgactiviteiten worden door de genoemde kinderarts-subspecialist geregistreerd bij een topreferente casus van een subspecialistische aandoening bij kinderen. Hierbij moet ingewikkelde diagnostiek worden uitgevoerd, geïnterpreteerd, beoordeeld, begeleid en/ of bewaakt wat niet door een algemeen kinderarts kan worden gedaan. De zorgactiviteit wordt vastgelegd per behandeling.

Bij een niet-topreferente patiënt van het betreffende subspecialisme kan deze zorgactiviteit niet worden geregistreerd. Bij patiënten met klachten die ook door een algemeen kinderarts behandeld kunnen worden (bijvoorbeeld patiënten die door een subspecialist worden gezien tijdens de dienst of uit primaire adherentie) mag deze zorgactiviteit niet geregistreerd worden.

2015:

Uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door kinderarts subspecialist van diagnostische tests (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624 en 039630)

Deze zorgactiviteiten worden door de genoemde kinderarts-subspecialist geregistreerd bij een topreferente casus van een subspecialistische aandoening bij kinderen. Hierbij moet ingewikkelde diagnostiek worden uitgevoerd, geïnterpreteerd, beoordeeld, begeleid en/ of bewaakt wat niet door een algemeen kinderarts kan worden gedaan.

Bij een niet-topreferente patiënt van het betreffende subspecialisme kan deze zorgactiviteit niet worden geregistreerd. Bij patiënten met klachten die ook door een algemeen kinderarts behandeld kunnen worden, mag deze zorgactiviteit niet geregistreerd worden.

Advies voor controleren

Data analyse ten behoeve van Deelwaarneming:

- Stel vast dat de geregistreerde codes (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630 en 039509) aangevraagd/uitgevoerd zijn door de kinderarts sub specialist.

Deelwaarneming:

- Stel (aan de hand van het medisch dossier, uitgevoerd door een onafhankelijk medisch onderlegd deskundige) vast dat bovengenoemde zorgactiviteiten zijn geregistreerd bij een topreferente casus van een subspecialistische aandoening bij kinderen.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

6.5 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit dialysetoeslag

Het is niet toegestaan om de zorgactiviteit dialysetoeslag (190156) onterecht vast te leggen:

- Het vaker dan 1 keer per dag registreren van de dialysetoeslag (wordt ook gecontroleerd in DCM)
- Het registreren van de zorgactiviteit dialysetoeslag als er geen sprake is van een IC behandeldag (wordt ook gecontroleerd in DCM)
- Er mag geen dialysetoeslag geregistreerd worden als op dezelfde kalenderdag een zorgactiviteit dialyse wordt geregistreerd.

Codes:

- 192048 Nachtelijke hemodialyse.
- 192049 Nachtelijke hemodialyse met epo.
- 192051 Hemodialyse.
- 192052 Hemodialyse met EPO.
- 192053 Thuishemodialyse.
- 192054 Thuishemodialyse met EPO.
- 192055 Thuishemodialyse met verpleegkundige dialyse assistentie (VDA).
- 192056 Thuishemodialyse met EPO en VDA.
- 192058 Nachtelijke thuishemodialyse.
- 192059 Nachtelijke thuishemodialyse met epo.
- 192061 CAPD inclusief dialysemiddelen, excl. EPO.
- 192062 CAPD inclusief dialysemiddelen en EPO.
- 192063 CCPD inclusief dialysemiddelen, excl EPO.
- 192064 CCPD inclusief dialysemiddelen en EPO.
- 192065 Actieve centrum hemodialyse zonder EPO.
- 192066 Passieve centrum hemodialyse zonder EPO.
- 192067 Opleiding centrum hemodialyse zonder EPO.
- 192068 Actieve centrum hemodialyse met EPO.
- 192069 Passieve centrum hemodialyse met EPO.
- 192070 Opleiding centrum hemodialyse met EPO.

Regelgeving / beleid

NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 15.8
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 13.1.1

2015:

Een add-on dialyse toeslag op de IC (190156) mag alleen in combinatie met een IC-behandeldag (190153, 190154 of 190155) worden gedeclareerd. Een add-on dialysetoeslag mag dus niet in combinatie met een add-on voor de neonatale IC en de pediatrie IC (190150 of 190151) worden gedeclareerd.

Dialyse toeslag (190156)

Deze toeslag geldt per dialysedag. Een dialysedag is de kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van nierfunctievervangende therapie bij een patiënt onder eindverantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De dialyse toeslag kan alleen naast de IC behandeldag (190153, 190154 en 190155) worden gedeclareerd. De dialysetoeslag mag niet gedeclareerd worden als de uitvoering plaatsvindt vanuit de dialyseafdeling door een nefroloog. In dat geval is sprake van een dialyse DBC-zorgproduct.

Advies voor controleren

Data-analyse:

- Stel vast dat er maximaal één dialyse toeslag op de IC per dag is geregistreerd per patiënt (wordt ook gecontroleerd in DCM).
- Stel vast dat in geval van dialyse toeslag er tevens een IC behandeldag is geregistreerd op dezelfde kalenderdag (wordt ook gecontroleerd in DCM).
- Stel vast dat er geen sprake is van dialyse toeslag in combinatie met een zorgactiviteit dialyse op dezelfde kalenderdag
- Stel vast dat de dialyse toeslagen op naam staan van de intensivist.

Deelwaarneming:

- Stel vast dat er nierfunctie vervangende therapie heeft plaatsgevonden onder eindverantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

6.6 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit IC-consult (ICC uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC afdeling)

Het is niet toegestaan om de zorgactiviteit IC-consult (ICC uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC afdeling) vast te leggen (wordt ook gecontroleerd middels DCM):

- Indien niet aangevraagd door, of onder supervisie van een medisch specialist, tenzij sprake is van een acute dreigende medische calamiteit.
- Indien op dezelfde kalenderdag zowel een IC-consult als een IC-behandeldag geregistreerd is (wordt ook gecontroleerd in DCM).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 13.1.1
------------	------------	------------	----------------

2015:

IC-consult (190129)

Een intercollegiaal consult, uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC-afdeling (spoed en niet-spoed). Het consult moet aangevraagd zijn door een specialist (of andere beroepsbeoefenaar die handelt onder supervisie van een medisch specialist in het ziekenhuis inclusief de afdeling spoedeisende hulp). In geval van acute dreigende medische calamiteit kan dit consult ook ongevraagd plaatsvinden.

Indien een IC-consult leidt tot een IC-behandeldag (op dezelfde kalenderdag) mag er geen IC-consult worden geregistreerd.

Advies voor controleren⁴¹

Data-analyse:

- Stel vast dat er geen sprake is van een IC-consult en IC-behandeldag op dezelfde kalenderdag.
- Stel vast welke IC-consulten niet zijn aangevraagd door een medisch specialist.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

⁴¹ CP zit ook in DCM.

6.7 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit neonatale intensive care

Het is niet toegestaan een zorgactiviteit neonatale intensive care vast te leggen indien er geen medische behandeling heeft plaatsgevonden op de neonatale intensive care.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 13.1.1
------------	------------	------------	----------------

2015

Neonatale intensive care (190150)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de neonatale IC van een door het ministerie van VWS aangewezen afdeling neonatologie.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast dat de vergunning neonatale IC door VWS is afgegeven.
- Stel vast voor welke patiënten een zorgactiviteit neonatale intensive care en een verpleegdag of PICU of IC-behandeldag op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd.

Deelwaarneming:

- Voer een deelwaarneming uit op alle geregistreerde NICU dagen of de behandeling op de NICU heeft plaatsgevonden; dit blijkt uit het medische dossier. (paralleliteit met IC-dag is in CP5.9 onderzocht)

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

6.8 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit pediatrische intensive care

Het is niet toegestaan om een zorgactiviteit pediatrische intensive care vast te leggen indien er geen medische behandeling heeft plaatsgevonden op de pediatrische intensive care.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 13.1.1
------------	------------	------------	----------------

Pediatrische intensive care (190151)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de pediatrische IC.

Advies voor controleren

- Stel vast dat de pediatrische IC door VWS is aangewezen.

Data analyse:

- Stel vast voor welke patiënten een zorgactiviteit neonatale intensive care en een verpleegdag of een NICU of IC-behandeldag op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd.

Deelwaarneming:

- Ga na of de behandeling op de PICU heeft plaatsgevonden; dit blijkt uit het medische dossier.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

6.9 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit ECMO-toeslag

Het is niet toegestaan om een zorgactiviteit ECMO-toeslag vast te leggen indien de ECMO therapie niet heeft plaatsgevonden op de neonatale en pediatrische intensive care.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 13.1.1
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 15.12

ECMO-toeslag (039611)

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van Extra Corporele Membraan Oxygenatie therapie bij een patiënt op de neonatale IC (190150) of pediatrische IC (190151).

De toeslag ECMO kan alleen in rekening gebracht worden als op een kalenderdag op enig moment sprake is geweest van Extra Corporele Membraan Oxygenatie therapie bij een patiënt op neonatale IC of pediatrische IC. De therapie wordt uitgevoerd in aansluiting op een cardiale chirurgische of bij pulmonale of niet operatieve cardiale problematiek waarbij de kwaliteitsindicator voorschrijft dat er minimaal 1x per maand een ECMO therapie op neonatale IC of pediatrische IC moet worden uitgevoerd. De therapie start bij de voorbereiding van de canulatie (12 uur voorafgaand aan ECMO) en eindigt 24 uur na decanulatie. De ECMO prestatie kan als zijnde een toeslag naast de Neonatale intensive care of Pediatrische intensive care gedeclareerd worden.

Advies voor controleren⁴²

Data analyse:

- Stel vast dat de ECMO therapie heeft plaatsgevonden op de neonatale of pediatrische IC (aangewezen door VWS).
- Stel vast dat de toeslag ECMO parallel loopt aan een declaratie voor Neonatale intensive care of Pediatrische intensive care op dezelfde kalenderdag.
- Stel vast dat de toeslag ECMO niet parallel gedeclareerd is aan een IC-behandeldag op dezelfde kalenderdag.

Hoe te corrigeren

Data analyse: Micro correctie

⁴² CP zit ook in DCM.

6.10 Onterecht vastleggen van de verrichting toeslag post IC-high care

Het is niet toegestaan om een zorgactiviteit toeslag post IC-high care vast te leggen indien en geen sprake is van een noodzaak tot intensieve behandeling en bewaking na een opname op de neonatale intensive care.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 13.3.1
-------------------	------------	------------	-----------------------

2015:

Toeslag post IC-high care (190152)

Er is sprake van post-IC High care als aansluitend aan een opname op de neonatale intensive care (NICU) noodzaak bestaat tot intensieve behandeling en bewaking. Dit is het geval indien sprake is van:

- een gewicht < 1200 gram, en/of;
- een zwangerschapsduur < 32 weken, en/of;
- ten minste twee van de volgende behandelingen en/of vormen van bewaking: CPAP/ low flow, continue parenterale medicatie ter ondersteuning van één of meer vitale functies, meervoudige medicamenteuze therapie (exclusief vitamines en andere voedingssupplementen), centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting, en blaascatheter.

Er is geen sprake van een post IC-high care indien de leeftijd van het kind, inclusief de zwangerschapsduur minder dan 30 weken is of het gewicht onder de 1000 gram. De post-IC high care bedden kunnen zich ook bevinden buiten het perinatologisch centrum.

Advies voor controleren

Data-analyse (indien de instelling over een NICU beschikt):

- Bepaal de massa waarbij de Post IC-high care niet aansluitend heeft plaatsgevonden aan een NICU-opname (ziekenhuizen aangewezen door VWS).

Data-analyse (ongeacht of de instelling over een NICU beschikt):

- Stel vast dat er op dezelfde dag dat de post IC-high care toeslag wordt geregistreerd minimaal twee verrichtingen met zorgprofielklasse 6 zijn geregistreerd.

NB: Data-analyse kan uitgevoerd worden indien het ziekenhuis gebruik maakt van eigen registratiecodes voor de betreffende verrichtingen van ZPK6 voor zo ver hier geen zorgactiviteit beschikbaar is. Indien het ziekenhuis geen eigen registratiecodes gebruikt dan dient een deelwaarneming uitgevoerd te worden.

Deelwaarneming:

- Stel vast of de zwangerschapsduur en gewicht conform eisen zijn.
- Stel vast of de Post IC -high care aansluitend heeft plaatsgevonden aan een NICU-opname (ziekenhuizen die niet aangewezen zijn door VWS).

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie.

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

6.11 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie

Het is niet toegestaan een consult bij kaakchirurgie vast te leggen indien er:

- Op dezelfde dag als een behandeling
- Binnen 30 dagen een nieuw consult te declareren indien er geen sprake is van een nieuw ziektegeval
- Binnen 30 dagen na een behandeling indien er geen sprake is van een nieuw ziektegeval
- Geen uitgebreid onderzoek wordt verricht zoals vermeld in de Beleidsregel van de NZa.

Regelgeving / beleid

BR/CU-7083	01-01-2014	31-12-2014	Artikel 4.1 / 4.2
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 16.1.3
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 15.24

2014:

Consult (234003):

Er is alleen sprake van een consult als er een uitgebreid onderzoek wordt verricht. Indien een consult direct wordt gevolgd door een verrichting uit Tariefgroep II van de tarievenlijst, wordt het consult niet in rekening gebracht.

Het opnemen van een eenvoudige anamnese over aard en duur van de klachten, behalve informatie naar de algemene gezondheid, dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling en behorende bij de behandeling te worden beschouwd.

Voor het maximumtarief van het consult verleent de kaakchirurg gedurende 30 dagen na de datum waarop de patiënt zich voor het eerst bij de kaakchirurg meldt, consultatieve poliklinische hulp betreffende hetzelfde ziektegeval.

Verrichtingen:

Dit zijn de poliklinische en klinische verrichtingen, vermeld in Tariefgroep II van de verrichtingenlijst⁴³. Daarin zijn begrepen de controlebezoeken, voor zover deze binnen 30 dagen na de ingreep plaatsvinden.

Als algemene regel geldt dat het maximumtarief de volledige behandeling van die aandoening omvat, dat wil zeggen:

- de voorbehandeling;
- de verrichting, ongeacht of die in één of meer zittingen plaatsvindt, ongeacht of deze poliklinisch of klinisch plaatsvindt, ook ongeacht het aantal opnames dat noodzakelijk is;
- de nabehandeling totdat de patiënt voor de desbetreffende aandoening, waarvoor het de prestatie gedeclareerd, genezen verklaard wordt, danwel uit de behandeling ontslagen wordt.

2015:

Indien een consult kaakchirurgie (234003) direct wordt gevolgd door een verrichting uit productgroep 3 t/m 8, wordt het consult niet in rekening gebracht.

Voor het maximumtarief van het consult verleent de kaakchirurg gedurende 30 dagen na de datum waarop de patiënt zich voor het eerst bij de kaakchirurg meldt, consultatieve poliklinische hulp betreffende hetzelfde ziektegeval.

Kaakchirurgische verrichtingen: Consult (234003)

Een face-to-face consult met de kaakchirurg, inclusief een uitgebreid onderzoek.

⁴³ Zie Bijlage 1 van Beleidsregel BR/CU-7083.

Het opnemen van een eenvoudige anamnese over aard en duur van de klachten, behalve informatie naar de algemene gezondheid, dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling en behorende bij de behandeling te worden beschouwd. In die situatie wordt geen consult vastgelegd.

Kaakchirurgische verrichtingen: Integraal product

In de verrichtingen zoals vermeld in productgroep 3 t/m 8⁴⁴ zijn begrepen de controlebezoeken, voor zover deze binnen 30 dagen na de ingreep plaatsvinden.

Als algemene regel geldt dat het maximumtarief de volledige behandeling van die aandoening omvat, dat wil zeggen:

- de voorbehandeling;
- de verrichting, ongeacht of die in één of meer zittingen plaatsvindt;
- de nabehandeling totdat de patiënt voor de desbetreffende aandoening, waarvoor de prestatie gedeclareerd wordt, genezen is verklaard, dan wel uit de behandeling ontslagen is.

Advies voor controleren

AO/IC:

- Definieer wat er door de instelling wordt verstaan onder uitgebreid onderzoek.

Data analyse:

- Stel vast dat het consult niet op dezelfde dag heeft plaatsgevonden als een verrichting uit productgroep 3 t/m 8.
- Stel vast dat er binnen 30 dagen voor of na het consult niet nog een consult gedeclareerd is (m.u.v. nieuwe ziektegevallen).
- Stel vast dat er binnen 30 dagen na een verrichting uit productgroep 3 t/m 8 niet een consult gedeclareerd is (m.u.v. nieuwe ziektegevallen).

Stel vast dat er in alle gevallen sprake is van uitgebreid onderzoek (indien definitie aanknopingspunten geeft dan data analyse). Deelwaarneming:

- Stel vast dat er in alle gevallen sprake is van uitgebreid onderzoek (alleen indien definitie (zie AO/IC) geen aanknopingspunten geeft dan deelwaarneming).
- Stel vast dat er sprake is van een nieuw ziektegeval indien er binnen 30 dagen voor of na een consult nog een consult is gedeclareerd.
- Stel vast dat er sprake is van een nieuw ziektegeval indien er binnen 30 dagen na een verrichting uit productgroep 3 t/m 8 een consult is gedeclareerd.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

⁴⁴ Zie bijlage 6 van Beleidsregel BR/CU-2136.

6.12 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie

- Het is niet toegestaan om bij gecombineerde verrichtingen in één zitting door dezelfde wond meerdere verrichtingen te declareren i.p.v. alleen de ingreep of verrichting met de hoogste puntwaarde.
- Het is niet toegestaan om bij gecombineerde verrichtingen in één zitting niet door dezelfde wond de declaratieregels niet te volgen (verrichting met hoogste puntwaarde wordt als reguliere prestatiecode vastgelegd; rest, waar mogelijk, prestatiecodes met in de omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde').
- Het is niet toegestaan om in het kader van taakdelegatie verrichtingen uit te laten voeren door een andere beroepsbeoefenaar dan de kaakchirurg (bijv. tandarts, mondhygiënist) zonder dat de kaakchirurg hoofdbehandelaar is en hij zelf geen deel van de behandeling uitvoert.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 16.1.3
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 15.24

2015:

BR/CU-2136

Gecombineerde verrichtingen

Voor prestaties die in veelvoorkomende gevallen in combinatie met andere prestatie(s) uitgevoerd worden, zijn aparte prestatiecodes aangemaakt (235004 tot en met 235096). Om deze prestaties te kunnen declareren dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan. Deze zijn opgenomen in de regeling medisch specialistische zorg.

NR/CU-260

Gecombineerde verrichtingen

Indien meer kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting door dezelfde wond plaatsvinden, wordt alleen de ingreep of verrichting met de hoogste puntwaarde gedeclareerd. Deze puntwaarden zijn te vinden in bijlage 7 van de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

Indien meer kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting, maar niet door dezelfde wond plaatsvinden, wordt de ingreep of verrichting met de hoogste puntwaarde als een reguliere prestatiecode vastgelegd. Voor elke andere ingreep of verrichting (indien niet door dezelfde wond) worden prestatiecodes vastgelegd die voorzien zijn van een omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde' voor zover deze beschikbaar zijn. Indien voor het laatstbedoelde geen prestatiecode beschikbaar is, dan wordt een reguliere prestatiecode vastgelegd.

Dubbelzijdige of in onder- en bovenkaak gecombineerde kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting worden eenmaal vastgelegd als een reguliere prestatiecode en eenmaal als een prestatiecode welke voorzien is van een omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde' voor zover deze beschikbaar zijn. Indien voor het laatstbedoelde geen prestatiecode beschikbaar is dan wordt een reguliere prestatiecode vastgelegd.

Bij een combinatie van een dubbelzijdige of in onder- en bovenkaak gecombineerde kaakchirurgische ingreep of verrichting en nog een andere ingreep in dezelfde zitting door een andere wond, wordt als volgt gedeclareerd: éénmaal de reguliere prestatie met de hoogste puntwaarde vermeerderd met de andere soort prestatiecodes welke voorzien zijn van een omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde' voor zover deze beschikbaar zijn. Indien voor het laatstbedoelde geen prestatiecode beschikbaar is dan wordt een reguliere prestatiecode vastgelegd.

Taakdelegatie

Bij sommige kaakchirurgische zorgvragen kan een deel van de behandeling uitgevoerd worden door een andere beroepsbeoefenaar (bijv. mondhygiënist). Hiervoor kunnen kaakchirurgische prestaties worden gedeclareerd onder de voorwaarde dat een kaakchirurg hoofdbehandelaar is en slechts een deel van de behandeling wordt uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar dan de kaakchirurg.

Advies voor controleren

AO/IC:

- Stel vast dat de declaratieregels goed in de systemen zijn ingericht. Dit heeft vooral betrekking op de declaratieregels m.b.t. gecombineerde verrichtingen in dezelfde zitting door een andere wond.
- Omschrijf de beheersmaatregelen omtrent:
 - Gecombineerde verrichtingen (m.n. in dezelfde zitting door dezelfde wond)
 - Taakdelegatie

Dataselectie en deelwaarneming:

- Gecombineerde verrichtingen
 - Selecteer de patiënten waarbij op dezelfde dag meerdere verrichtingen uit de productgroepen 3 t/m 8 zijn geregistreerd (zie bijlage 6 BR/CU-2136).
 - Stel middels deelwaarneming vast dat de in de systemen ingerichte declaratieregels goed zijn toegepast.
 - Stel middels deelwaarneming vast dat de verrichtingen niet zijn uitgevoerd door dezelfde wond (dossieronderzoek – OK verslag).
- Taakdelegatie
 - Selecteer de patiënten waarbij één of meerdere verrichtingen zijn uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar dan een kaakchirurg (bijv. tandarts of mondhygiënist).
 - Stel middels deelwaarneming vast dat de kaakchirurg de hoofdbehandelaar is en dat hij/zij een deel van de behandeling heeft uitgevoerd (dossieronderzoek).
-

Hoe te corrigeren

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van de in de deelwaarneming gevonden fouten

6.13 Onterecht vastleggen ZA code 031712

Het is niet toegestaan ZA code 031712 vast te leggen indien er niet is voldaan aan de (actuele) definitie van de NZa.

Regelgeving / beleid

Code 31712 mag alleen worden geregistreerd indien er één of meerdere poliepen of corpus alienum worden verwijderd.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 24: De zorgactiviteit 'Verwijdering uit de gehoorgang van een of meerdere poliepen of corpora aliena' (031712) mag alleen vastgelegd worden bij verwijdering uit de gehoorgang van één of meerdere poliepen of lichaamsvreemde objecten.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel de deelmassa vast voor welke patiënten zorgactiviteit 031712 is geregistreerd.

Deelwaarneming:

- Op bovengenoemde deelmassa een deelwaarneming uitvoeren om vast te stellen dat uit verslaglegging blijkt dat het gaat om het verwijderen van één of meerdere poliepen of lichaamsvreemde objecten.

Hoe te corrigeren

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

6.14 Onterecht declareren van ordertarief

Het is niet toegestaan het overig zorgproduct toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal (079990) in combinatie met het overig zorgproduct huisbezoek (079992) te declareren.

Het is niet toegestaan het ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991 en 079989) bij een INR bepaling (079995) in rekening te brengen, tenzij de instelling een erkenning als trombosedienst heeft.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 14.2.1
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 15.2.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 15.16
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 16.16
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 14.2.2
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 15.20 / 15.21

2014:

Het ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991 en 079989) kan bij een INR bepaling (079995) niet in rekening worden gebracht. Deze declaratiebepaling is niet van toepassing op organisaties met een erkenning als trombosedienst zoals omschreven in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi)

Het overig zorgproduct toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal (079990) mag alleen in combinatie met het overig zorgproduct ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium (079991) worden gedeclareerd. Deze prestatie mag niet in combinatie met het overig zorgproduct huisbezoek (079992) worden gedeclareerd.

079991: Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium bloedonderzoeken, inclusief bloedafname.

079989 : Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium bloedonderzoeken, exclusief bloedafname.

Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991)

Tarief ter dekking van afname-, registratie- en declaratiekosten van patiëntmateriaal (bloed, urine, et cetera) op één tijdstip of indien om **medisch redenen noodzakelijk op verschillende tijdstippen**. Onder afname wordt ook steeds aannames (urine, feces, et cetera) verstaan. Bij uitbesteding aan een andere interne of externe uitvoerder mag deze prestatie maar één keer in rekening worden gebracht.

2015:

Het ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991 en 079989) kan bij een INR bepaling (079995) niet in rekening worden gebracht.

Het overig zorgproduct toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal (079990) mag alleen in combinatie met het overig zorgproduct ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium (079991) worden gedeclareerd. Deze prestatie mag niet in combinatie met het overig zorgproduct huisbezoek (079992)

worden gedeclareerd.

Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991)

Tarief ter dekking van afname-, registratie- en declaratiekosten van patiëntmateriaal (bloed, urine, et cetera) op één tijdstip of indien om medisch redenen noodzakelijk op verschillende tijdstippen. Onder afname wordt ook steeds aannames (urine, feces, et cetera met uitzondering van bloed) verstaan. Bij uitbesteding aan een andere interne of externe uitvoerder mag deze prestatie maar één keer in rekening worden gebracht.

Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratorium bloedonderzoeken, exclusief bloedafname (079989)

Tarief ter dekking van registratie- en declaratiekosten bij bloedonderzoek. Bij uitbesteding aan een andere interne of externe uitvoerder mag deze prestatie maar één keer in rekening worden gebracht.

Toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal (079990)

Toeslag op het ordertarief (079991) wanneer de afname ten behoeve van de eerstelijns-patiënten niet op de hoofdlocatie respectievelijk het laboratorium plaatsvindt. Onder afname wordt ook steeds aannames (urine, feces, et cetera, met uitzondering van bloed) verstaan. Huisbezoeken vallen niet onder de decentrale afnames.

Huisbezoek (079992)

Huisbezoek bij de patiënt voor afname van patiëntmateriaal. Deze prestatie mag naast de prestatie 'ordertarief per afname' (079991) gedeclareerd worden.

Advies voor controleren⁴⁵

Data analyse:

- Stel vast bij welke patiënten er sprake is van 079991 en/of 079989 in combinatie met 079995 op dezelfde kalenderdag (tenzij de instelling een erkenning als trombosedienst heeft).
- Stel vast bij welke patiënten er sprake is van 079990 in combinatie met 079992 op dezelfde kalenderdag.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

⁴⁵ CP zit ook in DCM.

6.15 Onterecht vastleggen van zorgactiviteit wondtoilet (ZA code 038941 en 038943)

Het is niet toegestaan ZA code 038941 en/of ZA code 038943 vast te leggen indien er niet is voldaan aan de (actuele) omschrijving zoals opgenomen bij de zorgactiviteit (er moet minimaal sprake zijn van lokaalanesthesie).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.55
------------	------------	------------	---------------

2014:

38941: Poliklinische wondexcisie en wondtoilet zonder verwijzing. Onder wondexcisie en wondtoilet wordt verstaan lokaalanesthesie, inspectie reiniging en/of hechten van de wond(en).

38943: Poliklinische wondexcisie en wondtoilet na verwijzing. Onder wondexcisie en wondtoilet wordt verstaan lokaalanesthesie, inspectie reiniging en/of hechten van de wond(en).

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 25: Om zorgactiviteit 038941 of 038943 te mogen vastleggen, dient voldaan te worden aan de omschrijving zoals opgenomen bij de zorgactiviteit. Een van de vereisten is dat er sprake is van lokaal anesthesie.

2015:

Wondexcisie en wondtoilet (038941 en 038943)

Een zorgactiviteit voor wondexcisie en wondtoilet mag alleen geregistreerd worden indien voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- Er is sprake van locaalanesthesie, inspectie, reiniging, en
- Er is sprake van excisie en/of hechting van de wond(en).

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 25: Om zorgactiviteit 038941 of 038943 te mogen vastleggen, dient voldaan te worden aan de omschrijving zoals opgenomen bij de zorgactiviteit. Een van de vereisten is dat er sprake is van lokaal anesthesie.

Advies voor controleren

Data-analyse:

- Vaststellen van de deelmasse voor welke patiënten zorgactiviteit 038941 of 038943 is geregistreerd voor dermatologie of chirurgie.

Deelwaarneming:

- Op bovengenoemde deelmasse vaststellen dat uit verslaglegging blijkt dat is voldaan aan de actuele definitie (er is sprake van locaalanesthesie, inspectie, reiniging en er is sprake van excisie en/of hechting van de wonden).
 - Toetsingscriteria: er moet minimaal sprake zijn van anesthesie.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie

Het is niet toegestaan meerdere zorgactiviteiten voor één onderzoek afzonderlijk vast te leggen⁴⁶.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 14.2.1 / 14.2.4
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 15.2.1 / 15.2.4
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 14.2.1 / 14.2.5 / Bijlage 7

2014:

Beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879)⁴⁷

Niet het begrip foto, maar het begrip onderzoek is hierbij het uitgangspunt. Onder onderzoek dient te worden verstaan al die verrichtingen van de radiodiagnost (zowel doorlichten als foto's) die nodig zijn om voor een onderzoek tot een conclusie of diagnose te komen.

MRI (081093, 082490, 083190, 083290, 083390, 083615, 084090, 085090, 087090, 088090 en 089090)

MRI's kunnen rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt worden gedeclareerd, tenzij deze wordt geleverd als onderdeel van een 'eigen' DBC-zorgproduct of op verzoek van een andere zorgaanbieder in het kader van onderlinge dienstverlening.

Indien sprake is van verstrengeling tussen ziekenhuis en een voor MRI's opgerichte eenheid, zullen de MRI's worden beschouwd als voor 'eigen' DBC-zorgproducten en dus niet rechtstreeks declarabel zijn.

Voor de prestaties 082490, 083190, 083290, 083390, 084090, 085090, 087090, 088090 en 089090 geldt dat er per zitting maximaal twee MRI codes gedeclareerd kunnen worden. Daarnaast geldt:

- prestaties 081093 en 082490 mogen niet naast elkaar gedeclareerd worden;
- prestatie 087090 mag niet naast 087070, 088090 of 089090 gedeclareerd worden;
- prestatie 088090 mag niet naast 087070, 087090 of 089090 gedeclareerd worden;
- prestatie 089090 mag niet naast 088090 gedeclareerd worden.

Pathologie (050027 t/m 050514)

Onder een pathologisch-anatomisch onderzoek wordt verstaan het onderzoek van alle daartoe in aanmerking komende weefsels die gedurende één zitting worden verwijderd in verband met één zorgvraag.

Q&A bij Verboden toegestaan lijst 16 juli 2014:

Punt 15:

⁴⁶ Voorbeeld vanuit NZa: Zorgactiviteitcode 80077 ('Diagnostische puncties van niet palpabele afwijkingen of organen, onder echografische controle') mag slechts eenmaal geregistreerd worden ongeacht de hoeveelheid puncties én ongeacht de hoeveelheid afwijkingen of organen. Ook in geval van punctie bij twee borsten mag slechts eenmaal zorgactiviteit 80077 gedeclareerd worden.

⁴⁷ Vanaf 01-06-2014 in de Beleidsregel.

Q: Eén van de controlepunten is het vastleggen van meerdere overige zorgproducten voor één onderzoek. Mag er bij pathologie per weefsel of per onderzoek een prestatie vastgelegd worden?

A: De zorgactiviteiten/overige zorgproducten van pathologie zijn gedefinieerd per 'onderzoek' en niet per weefsel. Onder een pathologisch-anatomisch onderzoek wordt verstaan het onderzoek van alle daartoe in aanmerking komende weefsels die gedurende één zitting worden verwijderd in verband met één zorgvraag. Een zorgactiviteit/overig zorgproduct mag daarom maar één keer per volledig onderzoek worden vastgelegd. Het vaker vastleggen van dezelfde zorgactiviteiten/overige zorgproducten is enkel toegestaan als het volledige onderzoek meerdere keren is uitgevoerd. Het onderzoeken van meerdere weefsels voldoet hier niet aan.

Punt 16:

Q: Eén van de controlepunten is het vastleggen van meerdere overige zorgproducten voor één onderzoek. Hoe dient hiermee omgegaan te worden bij dubbelzijdige organen bij radiologische onderzoeken?

A: Bij dubbelzijdige organen kan er sprake zijn van meerdere zorgvragen en daarmee van meerdere onderzoeken. In dat geval kan er per orgaan één overig zorgproduct gedeclareerd worden.

2015:

Beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879)

Niet het begrip foto, maar het begrip onderzoek is hierbij het uitgangspunt. Onder onderzoek dient te worden verstaan alle handelingen van de radiodiagnost (zowel doorlichten als foto's) die nodig zijn om voor een onderzoek tot een conclusie of diagnose te komen.

MRI (081093, 082490, 083190, 083290, 083390, 083615, 084090, 085090, 087090, 088090 en 089090)

MRI's kunnen rechtstreeks aan de zorgverzekeraar/patiënt worden gedeclareerd, tenzij deze worden geleverd als onderdeel van een DBC-zorgproduct of op verzoek van een andere zorgaanbieder in het kader van onderlinge dienstverlening. Dus ook als sprake is van onderlinge dienstverlening tussen een ziekenhuis en een voor MRI's opgerichte eenheid, zijn de MRI's onderdeel van een DBC-zorgproduct.

Voor de prestaties 082490, 083190, 083290, 083390, 084090, 085090, 087090, 088090 en 089090 geldt dat er per zitting maximaal twee MRI codes gedeclareerd kunnen worden. Daarnaast geldt:

- prestaties 081093 en 082490 mogen niet naast elkaar gedeclareerd worden;
- prestatie 087090 mag niet naast 087070, 088090 of 089090 gedeclareerd worden;
- prestatie 088090 mag niet naast 087070, 087090 of 089090 gedeclareerd worden;
- prestatie 089090 mag niet naast 088090 gedeclareerd worden.

Pathologie (050516 t/m 050523)

Onder een pathologie onderzoek wordt verstaan het onderzoek van alle daartoe in aanmerking komende weefsels (histologie) of celmateriaal en vochten (cytologie) die binnen één zitting worden verwijderd in verband met één zorgvraag⁴⁸. Per type histologisch of cytologisch onderzoek, dat uit meerdere inzendingen kan bestaan,

⁴⁸ Verduidelijking term 'één zorgvraag' (bron: ZN): Voor de PA geldt in principe dat niet per verrichting maar per onderzoek per ziektegeval (=zorgvraag) wordt gedeclareerd. Zoals ook NZa aangeeft. Als voor het onderzoek bij eenzelfde zorgvraag meerdere bipten nodig zijn, geldt dat toch als één onderzoek, dus één declaratie. We gaan er van uit dat als de bipten op één dag plaatsvinden, deze bij elkaar horen. Over meerdere dagen verspreid duidt waarschijnlijk op meerdere onderzoeken, dus die kunnen wel apart worden gedeclareerd.

geldt één specifieke declaratiecode⁴⁹. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen aanvragers uit de eerste en tweede lijn. De declaratiecode wordt bepaald door de combinatie aard materiaal en ingreep, zoals vastgesteld in bijlage 7 bij deze beleidsregel. Deze basis declaratiecodes zijn gebaseerd op een indeling in zes zwaartecategorieën. Hierbij geldt:

- Declaratiecode 050516 = zwaarteklasse 1
- Declaratiecode 050517 = zwaarteklasse 2
- Declaratiecode 050518 = zwaarteklasse 3
- Declaratiecode 050519 = zwaarteklasse 4
- Declaratiecode 050520 = zwaarteklasse 5
- Declaratiecode 050521 = zwaarteklasse 6

Bij een inzending met een vriescoupe wordt, naast de basisdeclaratiecode voor de zwaartecategorie, een extra aparte code voor vriescoupe geregistreerd.

Q&A bij Verboden toegestaan lijst 16 juli 2014:

Punt 15:

Q: Eén van de controlepunten is het vastleggen van meerdere overige zorgproducten voor één onderzoek. Mag er bij pathologie per weefsel of per onderzoek een prestatie vastgelegd worden?

A: De zorgactiviteiten/overige zorgproducten van pathologie zijn gedefinieerd per 'onderzoek' en niet per weefsel. Onder een pathologisch-anatomisch onderzoek wordt verstaan het onderzoek van alle daartoe in aanmerking komende weefsels die gedurende één zitting worden verwijderd in verband met één zorgvraag. Een zorgactiviteit/overig zorgproduct mag daarom maar één keer per volledig onderzoek worden vastgelegd. Het vaker vastleggen van dezelfde zorgactiviteiten/overige zorgproducten is enkel toegestaan als het volledige onderzoek meerdere keren is uitgevoerd. Het onderzoeken van meerdere weefsels voldoet hier niet aan.

Punt 16:

Q: Eén van de controlepunten is het vastleggen van meerdere overige zorgproducten voor één onderzoek. Hoe dient hiermee omgegaan te worden bij dubbelzijdige organen bij radiologische onderzoeken?

A: Bij dubbelzijdige organen kan er sprake zijn van meerdere zorgvragen en daarmee van meerdere onderzoeken. In dat geval kan er per orgaan één overig zorgproduct gedeclareerd worden.

Toelichting uit addendum bij controleplan 2012-2013:

In het Controleplan is toegelicht dat de controle erop gericht is dat niet iedere afzonderlijke foto of onderzoek van weefsel als declarabele prestatie is vastgelegd. De declarabele prestatie moet volgens wet- en regelgeving per onderzoek(svraag) worden vastgelegd.

Advies voor controleren

Data-analyse:

- Stel vast dat er voor de prestaties 082490, 083190, 083290, 083390, 084090, 085090, 087090, 088090

Bij huidtumoren is het probleem dat er soms meerdere plekjes bij elkaar zitten. Ook dat geldt dan als één zorgvraag, waarbij we wel accepteren dat plekjes in een ander lichaamsgebied (bijvoorbeeld één op arm, een op hoofd, een op been) als afzonderlijke ziektegevallen kunnen worden gezien en dus afzonderlijk kunnen worden gedeclareerd. Meerdere plekjes op de rug dus dan weer niet.

⁴⁹ Voor huidpreparaten geldt één code per inzending, met uitzondering van MOH's en neoplasie met schildwachtklier (waarvoor de algemene regel van één declaratiecode per onderzoek geldt).

en 089090 per zitting maximaal twee MRI codes gedeclareerd zijn

- Stel vast dat de prestaties 081093 en 082490 niet naast elkaar gedeclareerd zijn
- Stel vast dat prestaties 087090 en 088090 niet naast 087070, 088090 of 089090 gedeclareerd zijn

Data-analyse ten behoeve van Deelwaarneming

- Stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteitcodes radiologie of pathologie op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd (in één of meer zorgproducten en/of als eerstelijns onderzoek) conform NZA- regelgeving. Uitgesloten kunnen worden de zorgproducten waarbij het aantal zorgactiviteiten niet van invloed zijn.

Deelwaarneming:

- Bij zorgproducten uit bovengenoemde deelmassa een deelwaarneming uitvoeren of de registratie conform richtlijn is. Hierbij in acht nemende:
 - PAL:
 - Het onderzoeken van meerdere weefsels of celmateriaal en vochten welke alle tijdens één zitting en in het kader van één zorgvraag zijn verwijderd, leidt tot één declaratiecode
 - Radiologie:
 - Indien sprake is van dubbelzijdige onderzoeken van dubbelzijdige organen kan tweemaal de zorgactiviteit worden geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

8 Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren (indicatievoorwaarden en gebruikte hoeveelheid)

Het is niet toegestaan dure en weesgeneesmiddelen en/of stollingsfactoren te registreren en declareren, terwijl er niet voldaan wordt aan de indicatievoorwaarden⁵⁰ conform de geldende NZa regelgeving.

Alleen wanneer er voldaan wordt aan de indicatievoorwaarden conform de geldende NZa regelgeving mag een geneesmiddel of stollingsfactoren worden gedeclareerd. Wanneer er niet voldaan wordt aan deze wettelijke indicatievoorwaarden is er geen sprake van rechtmatig gebruik van een add-on geneesmiddel en/of stollingsfactoren.

Het is niet toegestaan om meer eenheden van het dure en weesgeneesmiddel en/of de stollingsfactoren te declareren, dan de gebruikte hoeveelheid die nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te kunnen toedienen bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 13.2.2 / 13.4 / Bijlage 5 / Bijlage 6
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.2.2 / 14.4 / Bijlage 5 / Bijlage 6
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
TB/CU-2012-02	01-01-2014	31-05-2014	
TB/CU-2012-03	01-06-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 13.2 / 13.4 / Bijlage 5 / Prestatie- en tariefbeschikking add-on geneesmiddelen

2014:

Dure en Weesgeneesmiddelen

De stofnamen zoals opgenomen op 1 juni 2011 in de stofnamenlijst van de beleidsregel 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen', waarvoor geldt dat de indicaties niet zijn vermeld op de add-on lijst (bijlage 5), zijn aangemerkt als zorgactiviteit (vermeld in bijlage 3). Gebruik hiervan wordt geacht vergoed te worden uit inkomsten van DBC-zorgproducten.

Stollingsfactoren (191801 t/m 191894)

Aan patiënten toegediende dan wel afgeleverde stollingsfactoren in het kader van een behandelplan voor hemofilie en aanverwante hemostaseziekten door een ex artikel 8 WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten. De stollingsfactoren zijn gedefinieerd per toedieningseenheid en kunnen alleen in rekening worden gebracht bij indicaties welke opgenomen zijn in bijlage 6.

Prestatiebeschrijvingen

De prestatie voor dure en weesgeneesmiddelen wordt gebaseerd op de gebruikte hoeveelheid (eenheden van) milligram of in units (E) per toedieningsvorm (bijvoorbeeld infusiepoeder of injectievloeistof) per patiënt per toediening.

De gebruikte hoeveelheid is de hoeveelheid die nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te kunnen toedienen bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s). De gebruikte hoeveelheid is niet per definitie gelijk aan de verpakkingseenheid (bijvoorbeeld wanneer een verpakking voor

⁵⁰ Zie bijlage (PM) voor een overzicht van deze indicatievoorwaarden.

meerdere patiënten gebruikt wordt; pooling).

Prestatie- en tariefbeschikking DOT:

Add-ons weesgeneesmiddelen (overige zorgproductcodes 193380 t/m 193394) mogen uitsluitend in rekening worden gebracht door Universitaire Medische Centra en door het Nederlands Kankerinstituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKi/AvL). Deze beperking geldt niet voor add-ons weesgeneesmiddelen voor lenalidomide (overige zorgproductcodes 194600 t/m 194603).

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 30: De bepaling geeft aan dat bij de declaratie van een add-on het nummer van het bijbehorende gedeclareerd product meegestuurd dient te worden. De NZa biedt de mogelijkheid om te anticiperen op de regelgeving 2015, in die zin dat een add-on bij een uitvalproduct gedeclareerd wordt, onder de voorwaarde dat de geleverde zorg ten tijde van het leveren van de add-on aangetoond kan worden middels vastgelegde zorgactiviteiten. Hierbij moet uiteraard voldaan worden aan de overige voorwaarden voor het declareren van een add-on.

2015:

Add-on geneesmiddelen

Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de stofnaam niet is opgenomen op de add-on lijst, dan moet de instelling het geneesmiddel declareren als onderdeel van een DBC-zorgproduct. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de stofnaam wel is opgenomen op de add-on lijst, maar de indicatie van de patiënt niet is opgenomen bij deze stofnaam op de add-on lijst, dan moet de instelling het geneesmiddel declareren als onderdeel van een DBC-zorgproduct.

Stollingsfactoren (191801 t/m 191894)

Aan patiënten toegediende dan wel afgeleverde stollingsfactoren in het kader van een behandelplan voor hemofilie en aanverwante hemostaseziekten door een ex artikel 8 WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten.

De stollingsfactoren zijn gedefinieerd per toedieningseenheid en kunnen alleen in rekening worden gebracht bij indicaties welke opgenomen zijn in bijlage 5.

Prestatiebeschrijving

Een add-on prestatie wordt gebaseerd op de gebruikte hoeveelheid in (eenheden van) milligram, units (E) of megabecquerel (MBq) per toedieningsvorm (bijvoorbeeld infusiepoeder of injectievloeistof) per patiënt per verstrekking.

De gebruikte hoeveelheid is de hoeveelheid die nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te kunnen toedienen bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s). De gebruikte hoeveelheid is niet per definitie gelijk aan de verpakkingseenheid (bijvoorbeeld wanneer een verpakking voor meerdere patiënten gebruikt wordt; pooling).

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 30: De bepaling geeft aan dat bij de declaratie van een add-on het nummer van het bijbehorende gedeclareerd product meegestuurd dient te worden. Een add-on mag bij een uitvalproduct gedeclareerd worden, onder de voorwaarde dat de geleverde zorg ten tijde van het leveren van de add-on aangetoond kan worden middels vastgelegde zorgactiviteiten. Hierbij moet uiteraard voldaan worden aan de overige voorwaarden voor het declareren van een add-on.

NZa prestatietabel:

Bij artikel 13.2 hoort de bijlage 'Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen'. Het gaat dan om het tabblad 'NZa Prestatietabel'.

In de NZa prestatietabel is opgenomen voor welke combinaties van stofnamen en indicaties een add-on prestatie geldig is. Dit betekent dat indien:

- een geneesmiddel is verstrekt of toegediend aan een patiënt binnen de medisch specialistische zorg én
- het geneesmiddel een werkzame stof bevat die in de NZa prestatietabel is opgenomen én
- de indicatie waarvoor het aan de betreffende patiënt is verstrekt of toegediend, is opgenomen in de NZa prestatietabel bij deze werkzame stof,

de van toepassing zijnde add-on prestatiebeschrijving kan worden gedeclareerd met een tarief gelijk aan of lager dan het maximumtarief zoals opgenomen in de NZa tarieventabel.

De meest actuele versie van de maandelijks 'Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen' is te vinden op de website van de NZa (<https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/Add-on-geneesmiddelen-en-stollingsfactoren/>).

Advies voor controleren

AO/IC

- Stel vast dat de (declaratie) regels dat een add-on prestatie wordt gebaseerd op de gebruikte hoeveelheid in (eenheden van) milligram, units (E) of megabecquerel (MBq) per toedieningsvorm per patiënt per verstrekking, correct wordt toegepast.

Data analyse I verdeel de declaraties geneesmiddelen en stollingsfactoren in de volgende categorieën:

- a. Stel vast bij welke patiënten Add-ons geneesmiddelen en stollingsfactoren zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'Onverzekerde zorg' op de Add-on combinatie lijst.
- b. Stel vast bij welke patiënten Add-ons geneesmiddelen en stollingsfactoren zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'niet goedgekeurd' op de Add-on combinatie lijst.
- c. Stel vast bij welke patiënten Add-ons geneesmiddelen en stollingsfactoren zijn gedeclareerd met een diagnose waarvan de combinatie niet voorkomt op de Add-on combinatie lijst.
- d. Stel vast bij welke patiënten Add-ons geneesmiddelen en stollingsfactoren zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie "goed" op de Add-on combinatie lijst.
- e. Stel vast bij welke patiënten Add-ons geneesmiddelen en stollingsfactoren zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie "nader beoordelen" op de Add-on combinatie lijst.

Uitkomsten van bovenstaande data-analyses van a, b en c moeten als fout opgenomen worden. Alleen middels integrale controle kunnen uitkomsten van bovenstaande data-analyses alsnog als goed beoordeeld worden. Er moet dus aangetoond worden dat deze Add-ons geneesmiddelen en stollingsfactoren voldoen aan alle indicatievoorwaarden conform de NZa Prestatietabel (zie NZa Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen ('add-on geneesmiddelenlijst') en Bijlage 5 Indicatielijst stollingsfactoren). Dit onderzoek is niet verplicht, maar kan zeker voor de categorie c nog tot minder afkeuringen leiden.

Voor de categorie d geldt dat de uitkomsten goed zijn en niet nader hoeven te worden onderzocht. Deze categorie is opgenomen voor de compleetheid van de onderzoeksmassa.

Voor de categorie e geldt dat deze ofwel als volledig onjuist aangemerkt moet worden of wel middels integrale controle kunnen uitkomsten van bovenstaande data-analyses alsnog als goed beoordeeld worden. Er moet dus aangetoond worden dat deze Add-ons geneesmiddelen en stollingsfactoren voldoen aan alle indicatievoorwaarden conform de NZa Prestatietabel (zie NZa Prestatie- en tarieventabel add-on

geneesmiddelen ('add-on geneesmiddelenlijst') en Bijlage 5 Indicatielijst stollingsfactoren.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

9 Onterecht een parallel zorgtraject openen

Het is niet toegestaan een tweede (parallel) zorgtraject te openen voor hetzelfde specialisme terwijl er geen sprake is van een nieuwe zorgvraag met diagnosestelling en behandeling.

Regelgeving / beleid

NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 7.1
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 8.1
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 8.1 / 8.2 / 8.3

2014:

Een parallel zorgtraject (met bij behorende subtrajecten ZT11 en ZT21) bij eenzelfde specialisme mag alleen worden gedeclareerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarbij geldt ook dat aan beide onderstaande voorwaarden moet worden voldaan:

- Het subtraject van het parallelle zorgtraject dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten met:
 - minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen en/of,
 - minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3. In uitzondering hierop geldt dat ook in de volgende situaties aan deze voorwaarde wordt voldaan:
 - minimaal één zorgactiviteit uit één van de groepen chronische dialyse of chronische thuisbeademing en/of,
 - minimaal één zorgactiviteit uit de groep van verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie en/of,
 - minimaal één zorgactiviteit voor gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen.
- De combinatie van de (typerende) diagnoses van beide parallelle subtrajecten komt niet voor in de diagnose combinatie tabel.

Het boetebesluit Antonius (2014): Kindergeneeskunde-Prader Willi Syndroom, radiologie- stents, radiologie-embolisatie.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 31: Het is toegestaan meerdere zorgtrajecten te openen als een patiënt voor meerdere zorgvragen door meerdere (deel)specialisten wordt behandeld. Hierin is bepalend of er sprake is van meerdere zorgvragen, met eigen diagnosestelling en behandeling. Het aantal betrokken (deel)specialisten is niet leidend. Daarnaast dient voldaan te worden aan minimale profieisen en mag de combinatie van diagnoses niet voorkomen in de diagnose combinatie tabel.

Punt 32: Het is niet toegestaan om meerdere zorgtrajecten te openen als er sprake is van een tweede zorgvraag binnen hetzelfde specialisme waarbij diagnosestelling en geen behandeling plaats vindt. Wanneer alleen sprake is van diagnostiek zonder een bepaalde vorm van behandeling, is sprake van maximaal één zorgtraject binnen een specialisme.

Punt 33: In zijn algemeenheid gelden er voor afsluiten van DBC-zorgproducten de algemene afsluitregels. De zorgactiviteit 'screening donoren gameten'(039997) is geen onderdeel van de uitzonderingsregel F21 omdat deze zorgactiviteit zelf geen gespecialiseerde techniek is. Dit betekent dat subtrajecten die zorgactiviteit

'screening donoren gameten'(039997) bevatten alleen volgens algemene afsluitregels gesloten mogen worden.

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

Punt 1.5 Interpretatie regelgeving ten aanzien van paralleliteit

Paralleliteit gaat over het registreren van meerdere zorgtrajecten binnen één specialisme waarbij sprake is van overlap in looptijd. Wij benadrukken dat parallel registreren van zorgtrajecten wel een rechtvaardiging vereist vanuit het perspectief van de patiënt. Er moet dan ook vanuit dat perspectief sprake zijn van een extra zorgvraag. Wanneer alleen sprake is van diagnostiek zonder een bepaalde vorm van behandeling, is sprake van maximaal één zorgtraject.

Twee zorgtrajecten binnen het zelfde specialisme is alleen toegestaan als er sprake is van twee verschillende zorgvragen met eigen behandeltrajecten. In onderstaand figuur is deze toelichting schematisch weergegeven.

Aantal zorgtrajecten binnen één specialisme (Paralleliteit)					
Aantal zorgvragen	één	X		X	
	twee		X		X
Behandeltraject bij zelfde specialisme	één	X	X		
	twee			X	X
Aantal zorgtrajecten		1	1	1	2

2015:

Een parallel zorgtraject (met bij behorende subtrajecten ZT11 en ZT21) bij eenzelfde specialisme mag alleen worden geregistreerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject⁵¹ (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarbij geldt ook dat aan beide onderstaande voorwaarden moet worden voldaan:

Het subtraject van het parallelle zorgtraject⁵² dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten met:

- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen, en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse⁵³ 1, 2 of 3.*
- In uitzondering hierop geldt dat ook in de volgende situaties aan deze voorwaarde wordt voldaan:
 - o minimaal één zorgactiviteit uit één van de groepen chronische dialyse of chronische thuisbeademing en/of,
 - o minimaal één zorgactiviteit uit de groep van verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie en/of,
 - o minimaal één zorgactiviteit voor gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen en/of,
 - o minimaal één specifieke audiologie zorgactiviteit (range audiologie 190702-190781).⁵⁴
- De combinatie van de (typerende) diagnoses van beide parallelle subtrajecten komt niet voor in de diagnose-combinatietabel (bijlage 1).

⁵¹ Indien er bij een specialisme (bijvoorbeeld kindergeneeskunde) sprake is van één zorgvraag waarbij verschillende subspecialismen zijn betrokken, mag er één zorgtraject worden geregistreerd.

⁵² Parallelle subtrajecten waarvoor de extra profieleisen gelden zijn subtrajecten die niet binnen het eerst geopende zorgtraject vallen. Hierbij is dus niet de openingsdatum van het subtraject bepalend, maar de openingsdatum van het zorgtraject.

⁵³ Zorgprofielklasse 1 staat voor een polikliniekbezoek/consult, zorgprofielklasse 2 staat voor een dagverpleging/langdurige observatie en zorgprofielklasse 3 staat voor een verpleegdag.

⁵⁴ Hierbij dient sprake te zijn van een nieuwe, separate zorgvraag en substantiële meerkosten.

In sommige gevallen kan er sprake zijn van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen betrokken zijn als hoofdbehandelaar⁵⁵. In dat geval is sprake van een multidisciplinaire behandelingen en opent elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject. Er dient voor elk specialisme wel sprake te zijn van een eigen behandeling.

Bij sommige zorgvragen kan er sprake zijn van een zorgtraject waarbij zowel een poortspecialist als een SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en/of physician assistant een deel van de prestaties in het kader van deze zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt er één zorgtraject geopend. Er is dan geen sprake van multidisciplinaire behandeling.

Advies voor controleren

Data analyse:

Stel vast voor alle parallele registraties voor welke patiënten niet conform onderstaande NZa- regelgeving is gedeclareerd⁵⁶:

Het subtraject van het parallele zorgtraject(40) dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten met:

- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen, en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse(41) 1, 2 of 3.*
- In uitzondering hierop geldt dat ook in de volgende situaties aan deze voorwaarde wordt voldaan:
 - o minimaal één zorgactiviteit uit één van de groepen chronische dialyse of chronische thuisbeademing en/of,
 - o minimaal één zorgactiviteit uit de groep van verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie en/of,
 - o minimaal één zorgactiviteit voor gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen en/of,
 - o minimaal één specifieke audiologie zorgactiviteit (range audiologie 190702-190781).(42)
- De combinatie van de (typerende) diagnoses van beide parallele subtrajecten komt niet voor in de diagnose-combinatietabel

Deelwaarneming:

- **Stel voor de overige parallele registraties (die niet n.a.v. de data-analyse zijn afgekeurd) middels deelwaarneming vast voor welke patiënten het subtraject niet conform onderstaande NZa- regelgeving is gedeclareerd:
Uit het medisch dossier moet blijken dat aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en dat voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is.**

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

⁵⁵ Op de voorwaarde van hoofdbehandelaarschap geldt een uitzondering voor de interventieradioloog en radiotherapeut.

⁵⁶ Van alle subtrajecten met een sluitingsdatum in 2015, dient vastgesteld te worden of deze terecht zijn geopend. Dit betekent zowel de parallelliteit met DBC's die geopend zijn in 2013, 2014 en 2015 dient getoetst te worden.

Er moet dus alleen naar het verleden gekeken worden en niet naar de toekomst. De financiële fout (netto) dient geëxtrapoleerd te worden over de controle massa 2015.

Dus:

geopend 2013: kan parallel lopen met een traject geopend in 2014 en gesloten in 2015
geopend 2014: kan parallel lopen met een traject geopend in 2014 en gesloten 2015
geopend 2015: kan parallel lopen met een traject geopend in 2015 en gesloten 2015
Er hoeft niet getoetst te worden met trajecten geopend in 2015 en gesloten in 2016. Die zitten in de HR2016 in de controlescope.

10 Openen zorgtraject

Een zorgtraject moet geopend worden bij het eerste patiënt contact. Dit moet door, of uit naam van de specialist (hoofdbehandelaar) worden gedaan conform registratieregels van de NZa.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 7.25
NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 5.5 / 6.1 / 6.2 / 7
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 8.25
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 7.1 / 7.2 / 7.6 / 8
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 7.26
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 7.1 / 7.2 / 7.8 / 8.1

2014:

Een zorgtraject moet geopend worden volgens de geldende regels door een poortspecialist. De poortfunctie kan door een poortspecialist⁵⁷, een medisch specialist van een ondersteunend specialisme, klinisch fysicus audioloog of een specialist ouderengeneeskunde worden uitgevoerd indien de NZa voor dat specialisme of dat type van zorg een typeringslijst heeft vastgesteld. Dit geldt voor: radiologie (0362), anesthesiologie (0389), klinische genetica (0390), audiologie (1900) en geriatrische revalidatiezorg (8418).

De zorgverlener die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg.

De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt zich met een nieuwe zorgvraag bij de medisch specialist meldt óf, indien dat eerder is, op het moment dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van deze nieuwe zorgvraag.

Wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer poortspecialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.

De poortspecialist is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose. Daarbij beperkt de specialist zich tot de typeringslijst die geldt voor dat specialisme of type van zorg.

2015:

Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien de patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een specialisme (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek⁵⁸ niet past binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat. De poortfunctie kan uitgevoerd worden door de poortspecialist en de volgende

⁵⁷ Een poortspecialist is de medisch specialist naar wie een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg.

⁵⁸ Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek geldt een uitzondering indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar. In dit geval kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.

ondersteunende specialisten: interventie-radioloog (0362), anesthesist als pijnbestrijder (0389) en klinisch geneticus (0390)⁵⁹. Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: klinisch fysisch audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant.

De zorgaanbieder die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg.

De registratie van het zorgtraject start op de datum dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van een nieuwe zorgvraag van een patiënt.

Wanneer er bij de behandeling van de patiënt in verband met verschillende zorgvragen meerdere specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme⁶⁰ een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling⁶¹.

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose. Daarbij beperkt hij/zij zich tot de typeringslijst die geldt voor dat specialisme of, indien niet beschikbaar, voor dat type van zorg.

Advies voor controleren

AO/IC:

- Indien de jaarlijkse statistische steekproef m.b.t. de juistheid en rechtmatigheid van de facturatie in het kader van het convenant AO/IC is beoordeeld kan worden aangesloten bij deze uitkomsten.
 - o De omvang in de jaarlijkse statistische steekproef:
 - Voorwaarden: 250 posten in de jaarlijkse statistische steekproef van DBC's:
 - DBC's met einddatum in 2014
 - Betreft alleen zorgtype 11.
- Indien er niet aan deze voorwaarden kan worden voldaan, dient de steekproef voor dit controlepunt uitgebreid te worden tot 250 posten.

Hoe te corrigeren

Macro correctie en micro correctie van in steekproef gevonden fouten.

⁵⁹ Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten.

⁶⁰ Hiermee worden alle poortspecialismen bedoeld en de volgende beroepsbeoefenaren als deze de poortfunctie uitvoeren: interventie-radioloog, anesthesist als pijnbestrijder, klinisch geneticus, klinisch fysisch audioloog en de specialist ouderengeneeskunde.

⁶¹ Op de voorwaarde diagnosestelling én behandeling geldt een uitzondering indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander specialisme, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar. In dit geval kunnen beide specialismen een zorgtraject openen.

11 Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen geldige verwijzing aanwezig is (uitzondering acute zorg)

- Het is niet toegestaan om zorg ten last van de ZVW in rekening te brengen terwijl er geen geldige verwijzing aanwezig is (uitzondering acute zorg)
- Het is niet toegestaan om zorg ten last van de ZVW in rekening te brengen terwijl er geen rechtmatige verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg). Scope van de controle zijn uitsluitend de initiële zorgproducten.

Regelgeving / beleid

NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 17.1.L, M, N, O/ 17.2.F, G, H, I
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 18.1.L, M, N, O/ 18.2.F, G, H, I
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 17.1.L, M, N / 17.2.G, H, I

Type verwijzer: Op de declaratie dient het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:

1. Zelfverwijzer SEH (een patiënt die zich meldt bij de SEH zonder verwijzing).
2. Zelfverwijzer niet-SEH (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek zonder verwijzing).
3. Verwezen patiënt SEH (Een patiënt die zich meldt bij de SEH met een verwijzing).
4. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerstelijns).
5. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme binnen dezelfde instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een ander medisch specialisme binnen dezelfde instelling).
6. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van andere instelling).
7. Eigen patiënt⁶² (bijvoorbeeld ingeval vervolg traject of nieuwe zorgvraag van eigen patiënt).
8. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld ingeval van optometristen)⁶³.

AGB-code verwijzer: Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder I3, I4 en I6 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgaanbieder vermeld te worden. Dit kan een instelling, een praktijk of een natuurlijk persoon zijn. Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder I5 en I7 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) vermeld te worden van de natuurlijke persoon die doorverwijst.

AGB-code verwijzend specialisme: Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder I5, I6 of I7 dient op de declaratie ook een AGB-code (4 posities) van het verwijzend specialisme vermeld te worden.

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

Punt 5.4: Medisch specialistische zorg mag alleen vergoed worden als er sprake is van een verwijzing. Op grond van artikel 36 van de Wet Marktordening Gezondheidszorg dient een zorgaanbieder een deugdelijke

⁶² Toevoeging regelgeving 2015: Er is geen nieuwe verwijzing van een eerstelijns zorgaanbieder nodig op het moment dat het in het kader van de behandeling van de patiënt noodzakelijk is om de patiënt structureel terug te laten komen bij het specialisme. De patiënt is dus nog niet uitbehandeld bij het specialisme.

⁶³ Dit type verwijzer kan ook worden gebruikt voor een verwijzer uit het buitenland die geen AGB-code heeft en bij verwijzing door het RIVM voor een vervolgonderzoek naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek darmkanker.

administratie bij te houden. Dit betekent dat het ziekenhuis ook over een vastlegging van de verwijzing dient te beschikken. Het is aan de zorgaanbieder om aan de hand van de administratie aan te tonen dat de verwijzing rechtmatig is.

In onderling overleg hebben VWS en de NZa besloten niet handhavend op te treden over de jaren t/m 2014 als:

- sprake is van een geldige verwijzing volgens de Zvw, en;
- deze verwijzing juist is vastgelegd in de verplichte verwijzer registratie bij een declaratie, en;
- er wel een schriftelijke bewijs van deze verwijzing in het dossier aanwezig is.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 55: Declaratie d.m.v. een nota waarop de verwijstype en de AGB-code van de verwijzer niet is opgenomen, is niet toegestaan. Bij declaratie dient de verwijzing op correcte wijze te zijn vastgelegd op de nota. Hier is geen sprake van anticiperen op te wijzigen regelgeving per 2015. Er wordt tijdelijk toegestaan dat de AGB-code van de verwijzer in het ZIS (en hiermee op de nota) niet overeenkomt met de AGB-code in het dossier, onder de voorwaarde dat sprake is van een geldige verwijzing volgens de Zvw en dit ook uit het dossier blijkt. Het verwijstype dient wel correct op de nota vermeld te worden.

Punt 56: Een nieuwe verwijzing van een eerstelijns zorgaanbieder is niet nodig op het moment dat onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist het noodzakelijk is om de patiënt in het kader van de behandeling structureel terug te laten komen bij de medisch specialist. De patiënt is in deze situatie nog niet uitbehandeld. Deze situatie staat los van de geldigheidsduur van een verwijzing van de eerstelijns (d.w.z. het moment waarop de behandeling aanvangt na verwijzing).

Q&A bij Verboden toegestaan lijst 16 juli 2014:

Punt 9:

Q: In de verboden-toegestaan lijst (zie praktijksituatie 50 t/m 52) is beschreven dat bij een doorverwijzing (en daarmee overdracht van het hoofdbehandelaarschap) voor diagnostiek én behandeling beide instellingen een eigen zorgtraject vastleggen. De NZa merkt in deze lijst op dat een controle na opname standaard onderdeel uitmaakt van het operatieve DBC-zorgproduct. Wat bedoelt de NZa hiermee in dit kader?

A: Een nacontrole maakt integraal onderdeel uit van de behandeling en daarmee van het DBC-zorgproduct. Om die reden is één van de standaard afsluitmomenten gesteld op 42 dagen na ontslag of operatie. Wanneer het polikliniekbezoek na operatie uitbesteed wordt, is er sprake van onderlinge dienstverlening. Bij een langdurig controletraject kan wel (weer) sprake zijn van een doorverwijzing en daarmee een eigen zorgtraject. Zo kan er na een operatie en nacontrole in een universitair medisch centrum doorverwijzing plaatsvinden naar een perifeer ziekenhuis voor de langdurige nacontrole. Dit langdurige nacontroletraject valt niet onder onderlinge dienstverlening.

Advies voor controleren

Data-analyse (hiervoor kan gekozen worden indien er geen steekproef reeds is uitgevoerd)

Selecteer alle trajecten waarbij een ZT 11 is geopend met een einddatum in 2015.

Deelwaarneming (hiervoor kan gekozen worden indien er geen steekproef reeds is uitgevoerd)

Voer een deelwaarneming uit op deze trajecten en stel vast dat er sprake is van een:

- Aantoonbare verwijzing in dossier (uitgezonderd SEH)
- Juiste verwijstype
- Juiste AGB-code verwijzer

Steekproef:

- Indien de jaarlijkse statistische steekproef m.b.t. de juistheid en rechtmatigheid van de facturatie in het kader van het convenant AO/IC is beoordeeld kan worden aangesloten bij deze uitkomsten.
- Stel voor de posten uit de jaarlijkse statistische steekproef middels dossieronderzoek vast dat er een aantoonbare geldige verwijzing aanwezig is voor het initiële DBC zorgproduct.

Hoe te corrigeren

Macro correctie en micro correctie van in steekproef gevonden fouten.

12 Het vastleggen van een andere zorgactiviteit, die wel als verzekerde zorg wordt vergoed

Het is niet toegestaan om zorgactiviteiten die onverzekerde zorg zijn in een andere zorgactiviteit vast te leggen, die als verzekerde zorg wordt vergoed (vb. circumcisie).

Regelgeving / beleid

NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 6.3 / 6.5
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 7.3 / 7.5
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 7.3 / 7.7

Voorwaarde:

De verleende zorg wordt vastgelegd in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten. Onder vastleggen wordt hier ook een juiste vertaling van lokale verrichtingen naar zorgactiviteiten bedoeld.

Het betreft hier zorgactiviteiten die als rood of oranje gekleurd zijn, wat inhoudt dat het onverzekerde zorg is (rood) of zorg waarvoor een machtiging vereist is om als verzekerde zorg in aanmerking genomen te worden (oranje).

Risicogerichte aandachtspunten:

Zorgverzekeraars hebben 4 rode ZA gesignaleerd als risico's, d.w.z. voor deze rode bestaat het risico dat onterecht een groene zorgactiviteit i.p.v. de rode zorgactiviteit geregistreerd/gedeclareerd is. Voor de betreffende rode zorgactiviteiten hebben zorgverzekeraars de groene zorgactiviteiten erbij gezocht.

Bovenstaande leidt vervolgens tot de volgende aanpak:

Kleur	zorgactiviteit code	Beschrijving	Opmerking
1. Groen	36803	Dorsale klieving (dorsal slit) voorhuid	
Groen	36801	Verwijdingsplastiek van het praeputium met behulp van transpositie van huid.	
Groen	36802	Frenulumplastiek van de penis.	
Rood	36800	Circumcisie	Controleren of de groene zorgactiviteit terecht is, of dat er sprake is geweest van de rode zorgactiviteit
2. Groen	80028	Niet-electieve embolisatie van vaten	

			Controleren of de groene zorgactiviteit terecht is, of dat er sprake is geweest van een van de twee rode zorgactiviteiten. Omdat deze groene zorgactiviteit ook i.p.v. twee oranje zorgactiviteiten geregistreerd kan zijn het verzoek om deze ook mee te nemen in de controle.
Oranje	80086	Radioembolisatie met Yttrium-90	
Oranje	80828	Embolisatie van vaten	
Rood	83061/38430	Ballon kyphoplastiek (BKP)	
Rood	83057/38431	Percutane vertebroplastiek	
3.	032360, 032361, 034112, 038941, 038942, 038943, 038999, 039014, 039015, 039025, 039027, 039028, 039031, 039032 en 039035		
Oranje	039000, 039001, 039011, 039012, 039013, 039017, 039029, 039030, 039033, 039056, 039057, 039058, 039059, 039088, 039089 en 239084.		Analyseren welke groene zorgactiviteiten gekoppeld zijn aan een subtraject van Plastische Chirurgie met diagnose liposuctie (diagnosecode 063/064/233), en controleren of de groene zorgactiviteit terecht geregistreerd is.
Rood	39083	Liposuctie van de buikregio.	
Advies voor controleren			
AO/IC:			
<ul style="list-style-type: none"> Stel vast dat de vertaling van de lokale zorgactiviteitcodes naar de ZA-codes juist is. 			
Data analyse:			
<ul style="list-style-type: none"> Stel vast voor welke patiënten bovengenoemde groene zorgactiviteit codes zijn geregistreerd. 			
Deelwaarneming:			
<ul style="list-style-type: none"> Stel vast dat de geregistreerde groene zorgactiviteiten juist zijn in relatie tot de geleverde zorg. 			
Hoe te corrigeren			
AO/IC en Data analyse: micro correctie			
Deelwaarneming: macro correctie en micro correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.			

13 Het onterecht declareren van 190043/190044/190045/190046/190047/190048 naast een DBC zorgproduct van de gynaecoloog

Het is niet toegestaan om een overige zorgproducten poliklinische bevalling (190043/190044/190045/190046/190047/190048) naast een DBC zorgproduct van de gynaecoloog te declareren.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 15.1.9
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 16.1.8
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 15.1.9
NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 15.2
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 16.2
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 15.2

2014:

Een overig zorgproduct poliklinische bevalling betreft een bevalling die niet door een gynaecoloog wordt begeleid. Er is de intentie dat de kraamvrouw op dezelfde dag of de aansluitende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat.

Het tarief van deze overige zorgproducten is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer. De tarieven van de overige zorgproducten 190043, 190045, 190047 zijn inclusief de kosten van partusassistentie.

- Poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190043, 190044): Een geplande bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding.
- Poliklinische bevalling op medische indicatie (190045, 190046): Een geplande bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie.
- Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190047, 190048): Een geplande bevalling in het ziekenhuis, zonder medische aanleiding maar als gevolg van capaciteitstekorten in de kraamzorg en verloskunde waardoor thuisbevalling niet mogelijk is.

Een zorgaanbieder mag een DBC-zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd volgens de door de NZa vastgestelde registratiebepalingen.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 62: Een ziekenhuis mag een overig zorgproduct poliklinische bevalling alleen declareren indien er geen sprake is van begeleiding door een gynaecoloog. Indien de bevalling door een gynaecoloog wordt begeleid mag het ziekenhuis alleen een DBC-zorgproduct declareren.

2015:

Een overig zorgproduct poliklinische bevalling is een bevalling die niet door een gynaecoloog wordt begeleid. Er is de intentie dat de kraamvrouw op dezelfde dag of de aansluitende ochtend (in de regel binnen 24 uur) het ziekenhuis verlaat.

Het tarief van deze overige zorgproducten is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst- en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer. De tarieven van de overige zorgproducten 190043, 190045, 190047 zijn inclusief de kosten van partusassistentie.

Aanvullend hierop geldt:

- Poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190043 en 190044): een bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding
- Poliklinische bevalling op medische indicatie (190045 en 190046): een bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie.
- Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie (190047 en 190048): een bevalling in het ziekenhuis zonder medische aanleiding, maar als gevolg van capaciteitstekorten in de kraamzorg en verloskunde waardoor thuisbevalling niet mogelijk is.

Een zorgverlener mag een overig zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd volgens de in deze regeling vastgestelde registratiebepalingen en voldaan is aan de omschrijvingen en definities van zorgactiviteiten/overige zorgproducten uit de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 62: Een ziekenhuis mag een overig zorgproduct poliklinische bevalling alleen declareren indien er geen sprake is van begeleiding door een gynaecoloog. Indien de bevalling door een gynaecoloog wordt begeleid mag het ziekenhuis alleen een DBC-zorgproduct declareren.

Toelichting:

DBC zorgproduct gynaecoloog: betreft de diagnoses B11 t/m B21 en B40 (2014) binnen het specialisme 0307 gynaecologie: in de zorgproductenviewer van DBC Onderhoud leiden deze diagnoses af naar zorgproductgroep 159899. In deze boom wordt gevraagd naar Diagnose Partus, indien Ja dan leidt dit tot de zorgproducten met de codes 159899004, -007, -010, -017, -014 en -019.

Advies voor controleren

Data-analyse:

- Stel vast welke zorgactiviteiten met code 190043/190044/190045/190046/190047/190048 zijn geregistreerd naast een DBC met diagnose B11 t/m B21 of B40.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

14 Het declareren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de Zvw, terwijl hier geen sprake van is: IVF en vruchtbaarheid gerelateerde zorg

Het is niet toegestaan om aan een zorgverzekeraar meer dan drie geslaagde pogingen IVF, voor een patiënt, per zwangerschap, te declareren. Binnen dezelfde instelling.

Hieronder vallen ook de zorgactiviteiten met betrekking tot andere vruchtbaarheid gerelateerde zorg, zoals IUI en ICSI (zie overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw hieronder.)

Regelgeving / beleid

NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 6.5
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 7.5
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 7.7

Besluit Zorgverzekering Artikel 2.4.1.A: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/geldigheidsdatum_04-02-2015#Hoofdstuk2

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in [artikel 2.5a](#), zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in [artikel 2.5b](#), geriatrische revalidatie als bedoeld in [artikel 2.5c](#) en paramedische zorg als bedoeld in [artikel 2.6](#), met dien verstande dat:

a. de zorg niet omvat:

3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;

4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;

5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt; .]

Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/pakket/zvw-zorg/1512-overzicht-zorgactiviteiten-met-aanspraakcode-zvw/1512-overzicht-zorgactiviteiten-met-aanspraakcode-zvw/Overzicht+zorgactiviteiten+met+aanspraakcode+Zvw.pdf>

2014:

De medisch specialist is verantwoordelijk voor het vaststellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatie vereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet. De medisch specialist is ook verantwoordelijk om dit op een juiste wijze vast te leggen bij de registratie van de zorgactiviteit.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 61: Het ten laste brengen van meer dan drie IVF-pogingen in de basisverzekering is niet toegestaan.

2015:

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor het vaststellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatie vereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is hij/zij ook verantwoordelijk om dit op een juiste wijze vast te leggen bij de registratie van de zorgactiviteit.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 61: Het ten laste brengen van meer dan drie IVF-pogingen in de basisverzekering is niet toegestaan.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast voor welke patiënten er meer dan 3 IVF pogingen per patiënt zijn gedeclareerd per zwangerschap, binnen 1 instelling.

Selecteer zorgactiviteit 039988 met uitvoerend specialisme gynaecologie.
Voor patiënten met een zorgactiviteit 039988 in 2015 moet gekeken worden naar de gedeclareerde zorgactiviteit 039988 in voorgaande jaren.
Kijk of voor hetzelfde patiëntnummer er voor de 4e of volgende keer een subtraject met verrichting 039988 is gedeclareerd.
Indien er 4 of meer keer sprake is van een geslaagde follikelpunctie zonder dat dit geleid heeft tot een geslaagde zwangerschap (= 10 weken na moment follikelpunctie) wordt de 4^e of volgende poging afgekeurd.
- Stel vast of bij verzekerden van 43 jaar of ouder zorgactiviteiten, genoemd in artikel 4C in ZIN document "Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw" zijn uitgevoerd in het kader van een fertiliteit bevorderende zorgvraag. Zorgactiviteiten: 036771, 039987, 039988, 039989, 036772, 039999, 079997, 079998, 079994, 035581, 035583, 036915, 036916, 037043, 037044, 039171, 039421, 039984, 039996, 039997, 039998, 088511, 039487, 191128, 191129, 191130 en 191132.

De zorgverzekeraar controleert daarnaast over instellingen heen of er per patiënt niet meer dan 3 IVF pogingen per zwangerschap zijn gedeclareerd.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

15 Declareren van WBMV verrichtingen zonder vergunning

Het is niet toegestaan WBMV verrichtingen te declareren waarvoor geen vergunning is voor de eigen instelling.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 11.21
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.20
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.20

Lijst met WBMV per instelling afkomstig van VWS

Informatie op website van Ministerie VWS (Lijst met WBMV per instelling afkomstig van VWS):

<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vergunningen/2013/02/20/overzicht-vergunningen-in-het-kader-van-de-wet-bijzondere-medische-verrichtingen-wbmv.html>

2014:

Klinisch peri-operatieve zorg (039693)

Preoperatief onderzoek, peri-operatieve begeleiding en postoperatieve zorg door een cardioloog tijdens de opname van een cardiochirurgische patiënt in een instelling met een WBMV-vergunning voor cardiochirurgie en interventiecardiologie. Deze zorgactiviteit kan alleen worden vastgelegd in combinatie met een hartoperatie. Dit behandelingstraject vindt plaats in nauwe samenwerking met de thoraxchirurg.

2015:

Klinisch peri-operatieve zorg (039693)

Preoperatief onderzoek, peri-operatieve begeleiding en postoperatieve zorg door een cardioloog of een longarts. Een cardioloog kan deze zorgactiviteit registreren tijdens de opname van een cardiochirurgische patiënt in een instelling met een WBMV-vergunning voor cardiochirurgie en interventiecardiologie. Dit mag alleen in combinatie met een hartoperatie. Dit behandelingstraject vindt plaats in nauwe samenwerking met de thoraxchirurg. Een longarts kan deze zorgactiviteit registreren tijdens de opname van een oncologisch chirurgische patiënt in een instelling. Dit kan alleen in combinatie met een oncologische longoperatie. Dit behandelingstraject vindt plaats in nauwe samenwerking met de chirurg.

Advies voor controleren

Data-analyse:

- Stel vast welke WBMV verrichtingen worden uitgevoerd in de instelling
- Stel vast dat er geen WBMV verrichtingen gedeclareerd zijn, waarvoor geen vergunning is voor de eigen instelling.

Hoe te corrigeren

Micro correctie