

Definitief concept Handreiking Rechtmatigheidscontroles MSZ 2016

Versie 2016-10-13

CONCEPT

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	5
2. Algemene aanpak en uitgangspunten	6
2.1 Reikwijdte	6
2.2 Reikwijdte onderzoeksmassa	7
2.3 Relatie controlepunten met Handreiking 2015	9
2.4 Controles door zorgverzekeraars	10
2.5 Relatie handreiking met DCM	10
2.6 Tijdlijn.....	10
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.....	13
3. Methode/Controlebenadering.....	14
3.1 Correctie op micro-niveau	14
3.2 Correctie op macro-niveau	15
3.3 Netto financiële impact	15
3.4 Overlap tussen verschillende risicopunten.....	15
3.5 Grouper	15
3.6 Deelwaarneming bij de Handreiking Rechtmatigheidscontroles MSZ 2016	16
3.6.1 Deelwaarneming.....	18
3.6.2 Extrapolatie.....	19
3.6.3 Toetsing bestaan en werking AO/IC	20
3.7 Afloopcontrole	20
1 Registreren van zorgactiviteiten	21
1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - Polikliniekbezoek tijdens klinische opname/dagverpleging/verpleegdag/observatie	21
1.2 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag	23

1.3 Onterecht vastleggen van poliklinische consulten – indien er geen face-to-face contact is met een poortfunctie (m.u.v. klinisch fysicus audioloog & specialist ouderengeneeskunde) (A) of poortspecialist (B)	25
2 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult	30
3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling	32
4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging	34
5 Onterecht vastleggen van een klinische zorgactiviteit	37
5.1 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Specifiek voor verpleging ingerichte afdeling	37
5.2 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Minimaal één overnachting	37
5.3 Onterecht vastleggen van een verpleegdag bij een DBC subtraject – Meerdere verpleegdagen op 1 kalenderdag	40
5.4 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten binnen 1 specialisme	41
5.5 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten over meerdere specialismen	43
5.6 Onterecht vastleggen van een langdurige observatie (zonder overnachting)	45
5.9 Onterecht vastleggen van een IC-behandelddag	47
5.10 Onterecht vastleggen van een IC-behandelddag- Postoperatief op de IC voor recovery i.p.v. op de recovery-afdeling	49
6 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit	51
6.1 Onterecht vastleggen Multitrauma	51
6.10 Onterecht vastleggen van de verrichting toeslag post IC-high care	53
6.11 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie	55
6.12 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie	58
6.13 Onterecht vastleggen ZA code 031712 jaar 2015 en 031714 jaar 2016	62
6.14 Onterecht declareren van ordertarief	64
6.15 Onterecht vastleggen van zorgactiviteit wondbehandeling (ZA code 038944 en 038945)	66
7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie	68
8 Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren (indicatievoorwaarden en gebruikte hoeveelheid)	72
9 Onterecht zorgtraject/subtraject	77
10 Onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen heen	84
12a Het vastleggen van een verkeerde, wel verzekerde, zorgactiviteit, bij zorg die niet uit de basisverzekering mag worden vergoed (alsof declaratie)	87

12b Het niet voldoen aan de voorwaarden voor vergoeding uit de basisverzekering bij zorg die alleen onder voorwaarde verzekerd is (oranje zorgactiviteiten).....	90
15 Declareren van WBMV-verrichtingen zonder vergunning	92

CONCEPT

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 2016 heeft zich dat vertaald in de ambitie om voor de declaraties in de omzet 2016 in respectievelijk het eerste kwartaal 2016 tot een Handreiking Rechtmatigheidscontroles te komen. De Handreiking Controles 2016, 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 2017 wordt gestreefd naar publicatie voorafgaand aan 2017.

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 en de review door verzekeraars op het Zelfonderzoek 2014. Ook zijn naar aanleiding van vragen over de Handreiking 2015, verbeteringen doorgevoerd. 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 2017 en verder.

Uw feedback kunt u sturen naar dbc@nvz-ziekenhuizen.nl en vragen-handreikingmsz@zn.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.

2. Algemene aanpak en uitgangspunten

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 2016 bevat een aantal belangrijke veranderingen ten opzichte van het Zelfonderzoek 2015.

Dit betreft:

- De reikwijdte van de onderzoeksmassa (zie paragraaf 2.2);
- Het tijdsplan van het onderzoek (zie paragraaf 2.5);
- Verwijderde & toegevoegde controles (zie bijlage 1);
- Bij een aantal controles zijn veranderingen en toevoegingen in onder andere zorgactiviteiten codes doorgevoerd. Daarom is het van belang om de query's van het vorige zelfonderzoek niet zonder kritische beoordeling opnieuw toe te passen.

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 hierover contact 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 is 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 rapportageformat opgesteld (zie 2.8).

2.1 Reikwijdte

De Handreiking Controles 2016 is gericht op de uit te voeren rechtmatigheidscontroles voor alle UZOVI's. Specifieke controles in verband met de Regeling Zorg Asielzoekers zijn niet opgenomen, de 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, UMC's en het Oogziekenhuis, NKI/AVL, Prinses Máxima Centrum en de Sint Maartenskliniek. Daarnaast geldt deze handreiking onder specifieke voorwaarden¹ (vanwege het afwijkende karakter van de instelling) voor NL Healthcare Clinics. Eventuele ZBC's die onderdeel zijn van of horen bij instellingen die onder de reikwijdte vallen, moeten niet in de onderzoeksmassa worden meegenomen.

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

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

2.2 Reikwijdte onderzoeksmassa

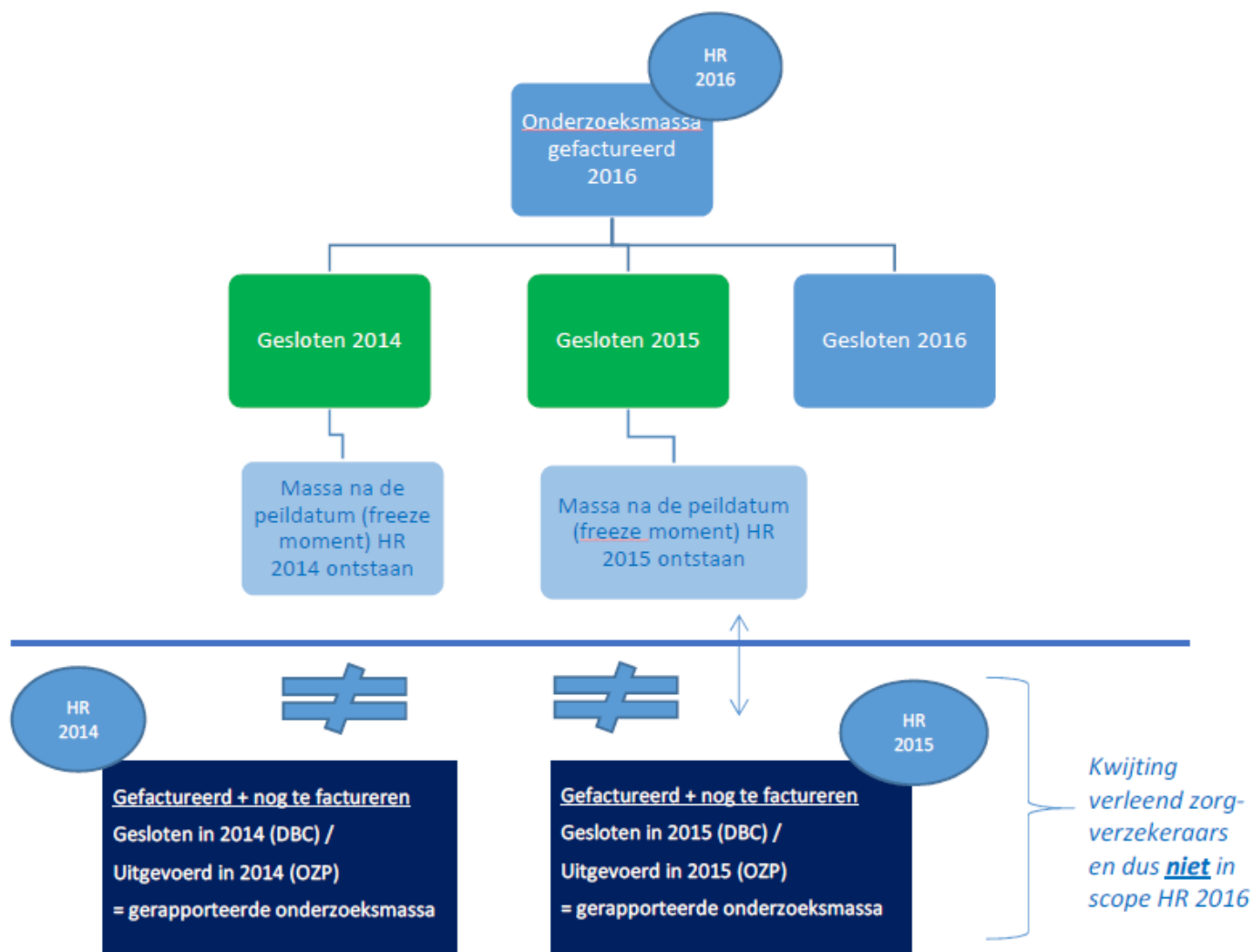
Voor het zelfonderzoek is tot en met de Handreiking 2015 altijd uitgegaan van de sluitingsdatum van te onderzoeken registratie van DBC-zorgproducten met een sluitingsdatum in een bepaald jaar en de overige zorgproducten en add-ons geleverd en uitgevoerd in een bepaald jaar. Daarbij was het niet van belang dat de geregistreerde zorgproductie al was gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Niet gedeclareerde zorgproductie werd wel tot de te onderzoeken populatie gerekend. Het vaststellen van de onrechtmatigheid en de daaropvolgende micro-correcties van deze massa bleek complex in de uitvoerbaarheid. Daarnaast is geconstateerd dat de onderzoeksmassa onvolledig kan zijn door uitloopschade. Uitloopschade is de schade die ontstaat na de peildatum van het onderzoek. De voornaamste oorzaken van de uitloopschade is het laat beschikbaar komen van tarieven en coderingen van de NZa en/of onderregistratie.

Om bovengenoemde redenen en om beter aan te sluiten bij het jaarrekeningentrajec, is besloten voor de Handreiking 2016 om de onderzoekspopulatie van het zelfonderzoek aan te passen naar de gefactureerde omzet, dus exclusief het OHW en exclusief gesloten subtrajecten. Onder gefactureerd wordt dan verstaan: declaraties aangeleverd via VECOZO.

Door deze methodische wijziging ontstaat een overgangsjaar 2016. Om te voorkomen dat door het overgangsjaar een deel van de omzet niet onderworpen is aan de rechtmatigheidscontroles van de handreiking, is het noodzakelijk dat in de reikwijdte van de onderzoeksmassa de uitloopschade van de massa na uitvoering van de Handreiking 2014 gefactureerd in 2015 of 2016 en de Handreiking 2015 gefactureerd in 2016, wordt meegenomen. Deze overgangsjarmassa's kunnen dan weer in de volgende twee deelmassa's worden onderscheiden waarop verschillende werkzaamheden worden uitgevoerd:

- A. Gesloten DBC's en uitgevoerde OVP's in 2016.
- B. Gesloten en/of uitgevoerd in eerdere jaren (ook wel uitloopschade na uitvoering van de HR 2014 en HR 2015).

Onderzoeksmassa B is vertegenwoordigd in de groene blokken



Voor de eerste massa (A) moeten alle controlepunten uit de Handreiking 2016 worden uitgevoerd (conform Bijlage 3). Voor de tweede massa (B) zal er in overleg met ZN, NVZ, NFU een proces worden opgezet hoe er moet worden omgegaan met deze massa. Ter verduidelijking, op massa B zijn de controles en werkzaamheden ten aanzien van de HR2016 niet van toepassing en dient dus ook niet in Bijlage 3 opgenomen te worden.

Voor het overgangsjaar 2016 moet worden voldaan aan het criterium facturatiedatum 2016.

Declaraties die zijn afgewezen door VECOZO mogen buiten de onderzoeksmassa gehouden worden. Bij extrapolatie van fouten t.b.v. macroverrekening zou dit namelijk kunnen leiden tot te hoge verrekening. Voor micro-correctie zouden de afgewezen declaraties geen financieel effect hebben omdat deze toch al gecorrigeerd moeten worden.

Zorgaanbieders kunnen ervoor kiezen om voor de jaarrekening de subtrajecten, gesloten in het verantwoordingsjaar en gedeclareerd in de eerste weken van het nieuwe jaar, nog wel bij de omzet van het verantwoordingsjaar te rekenen (facturatiedatum 2016). Deze declaraties maken dan ook onderdeel uit van het zelfonderzoek over dat verantwoordingsjaar. Welke declaratiemomenten dat zijn, zal per zorgaanbieder kunnen verschillen. De zorgaanbieder geeft in de rapportage van het zelfonderzoek aan tot welke datum de declaraties

zijn meegenomen. Facturatie aan andere instanties dan de zorgverzekeraar vallen wel onder de gefactureerde omzet voor de jaarrekening maar vallen niet onder het zelfonderzoek.

Behalve de definiëring van de onderzoeksmassa is het ook 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. De globale tijdlijn van de (controle)werkzaamheden van de zorgaanbieder zou er als volgt uit kunnen zien:

Vorbereiden query's zelfonderzoek	januari 2017 gereed
Laatste declaraties boekjaar 2016	eerste 3 à 4 weken van januari 2017
'bevrozen' onderzoekspopulatie	direct daarop volgend (bijv. 1 februari)
Zelfonderzoek uitvoeren	februari/maart
Beoordeling accountant t.b.v. JR	april

De hierboven beschreven wijziging van de onderzoeksmassa heeft impact op de volgende aspecten:

- Planning van het zelfonderzoek (starttijd, doorlooptijd);
- De database-vragen voor de bepaling van de onderzoeksmassa en de risicogerichte massa's per controlepunt;
- Meerdere schadelastjaren (in de toekomst mogelijk meer dan de huidige twee) maken onderdeel uit van het zelfonderzoek.

In geval van een fusie tussen twee of meerdere instellingen is het moment van fuseren van invloed op de controleaanpak. Een deel van de onderzoeksmassa wordt bepaald door de situatie voor de fusie waarbij er nog sprake was van individuele instellingen en dus individuele onderzoeksmassa's en een deel van de onderzoeksmassa wordt bepaald door de situatie na de fusie waarbij er sprake is van de gefuseerde instelling. Bij de beoordeling van de AO/IC, het uitvoeren van de data-analyses en het trekken van deelwaarnemingen moet hiermee rekening gehouden worden. Het is raadzaam om in geval van fusie over de controleaanpak contact op te nemen met de representerende zorgverzekeraar.

Om de risico's met betrekking tot paralleliteit of serialiteit goed te beoordelen, is het noodzakelijk om de massa te verrijken. Met deze verrijking van de massa bedoelen we dat er, naast de scope van de HR 2016, DBC-zorgproducten en overige zorgproducten meegenomen worden in de data-analyse om de juiste en volledige manier van onderzoek te kunnen waarborgen. De risico's in de trajecten die vallen onder de massa binnen de reikwijdte kunnen in bepaalde gevallen alleen gedetecteerd worden als de massa is verrijkt met trajecten uit voorgaande of opvolgende periode. De verrijkte onderzoeksmassa maakt geen onderdeel uit van de scope van de HR 2016 en dient alleen als hulpmiddel voor de uitvoering van de controle.

2.3 Relatie controlepunten met Handreiking 2015

De handreiking is opgesteld met als basis de controlepunten uit de Handreiking 2015. 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.

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 2015 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 2016. 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 proportionaliteit² 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.

Controles om vast te stellen dat contractafspraken tussen individuele zorgaanbieder en zorgverzekeraar zijn nageleefd, maken eveneens geen onderdeel uit van dit onderzoek.

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.

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 t/m R8)³.

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

De releases⁴ zijn voorafgaand afgestemd met de NVZ en NFU via de landelijke werkgroep Controle. Zorgverzekeraars kunnen 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 of 2016 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.

Een aantal controlepunten is verwijderd uit de Handreiking 2016 en zullen volledig gecontroleerd worden in de DCM (volledige overlap). Er resteren nog slechts enkele controlepunten in de Handreiking 2016 die zowel in de DCM gecontroleerd kunnen worden als in de handreiking (gedeeltelijke overlap).

2.6 Tijdlijn

Om te voorkomen dat meerdere onderzoeken moeten worden uitgevoerd om de betrouwbaarheid en rechtmatigheid van min of meer dezelfde posten te verantwoorden, is de tijdlijn van het zelfonderzoek aangepast. Voor de verantwoording over 2016 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 vormgeven.

² Proportioneel: de uit te voeren controle (inspanning) en/of inbreuken die gemaakt worden, moet in verhouding staan tot de mogelijk op te sporen fout.

³ De DCM-handboeken kunt u vinden op de ZN-website onder het beleidsthema Controle. www.zn.nl/beleidsthemas/dossiers/

⁴ De release is ook afgestemd met ziekenhuizen die de DCM gebruiken.

De planning kent een aantal aanpassingen. Vanuit de ziekenhuizen is het verzoek gekomen om geen halfproducten op te leveren. Daarom is voorgesteld om op 1 juli het volledige onderzoek inclusief alle rapporten op te leveren. De datum van 1 september is naar voren gehaald. De reden hiervan is dat het onderzoek dan beter aansluit bij de jaarrekening. Dit zal besproken worden met COZIEK. Aangezien de planning dus opgeschoven is, verzoeken wij u duidelijke afspraken te maken met de reviewende zorgverzekeraar over de tijdslijnen.

Dit leidt tot de volgende tijdlijn:

Controles handreiking

	Deadline	Geadviseerde tijdlijn
September 2016	Verdeling ziekenhuizen over verzekeraars voor review bekend	
Januari 2017		Voorbereiden query's zelfonderzoek gereed
Eerste 3 à 4 weken van januari 2017		Laatste declaraties boekjaar 2016
Direct daarop volgend (bijv. 1 februari)	Het peilmoment (het moment waarop de onderzoekspopulatie wordt bevroren) voor het zelfonderzoek moet gelijk zijn aan het peilmoment dat wordt gehanteerd voor de productiestatistiek en de omzetbepaling voor de jaarrekening.	'bevroren' onderzoekspopulatie ⁵
februari/maart		Zelfonderzoek uitvoeren.
april		Beoordeling accountant t.b.v. JR.
1 juli 2017	Rapportage zelfonderzoek + rapport van bevindingen accountant aan representerende zorgverzekeraars aangeleverd.	
1 oktober 2017	Review door zorgverzekeraars afgerond.	
31 oktober 2017	Correcties op micro-niveau volledig afgerond.	
31 december 2017	Afloopcontrole door zorgverzekeraars afgerond.	

2.7 Rol Accountant

De accountant van de instelling onderzoekt conform het hiervoor opgestelde controleprotocol, het zelfonderzoek van de instelling. De accountant rapporteert aan de instelling via een rapport van bevindingen. Het rapport van bevindingen voegt de instelling toe als bijlage bij de rapportage aan de zorgverzekeraar.

2.8 Rapportage

De zorgaanbieders rapporteren de uitgevoerde werkzaamheden en de uitkomsten van het zelfonderzoek 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 6).

⁵ Uitgangspunt hierbij is dat de laatste facturatie met facturatedatum 2016 is inbegrepen in de onderzoeksmassa indien anders, neem contact op met de representerende zorgverzekeraars. De freeze dient aan te sluiten bij de jaarrekening.

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 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 representatie⁶ een review uit op de werkzaamheden van de zorgaanbieders. De contacten tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraars lopen via de representerende verzekeraars. Zorgaanbieders kunnen voor de Handreiking 2016 de reviewende zorgverzekeraars 2015 aanhouden als contactpersoon (tot nader bericht).

Vanwege de individuele verantwoordelijkheid zullen zorgverzekeraars, net als over 2014 en 2015, 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 vergoedde declaraties te kunnen nemen. In deze structuur worden 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 de opgeleverde rapportage gedurende de review ook andere onderbouwing/ bewijsstukken worden opgevraagd. Hierover wordt de zorgaanbieder tijdig door de verzekeraars geïnformeerd (werkprogramma en lijst op te leveren informatie).

De review vindt plaats binnen de kaders van het protocol materiële 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 2015 en de door de externe accountants van ziekenhuizen uit te voeren werkzaamheden. 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.

⁶ De representatie kunt u vinden op de ZN website onder het beleidsthema Controle. www.zn.nl/beleidsthemas/dossiers/

De review zal net als in 2014 en 2015 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.

N.B. Wij attenderen u op de aangescherpte wetgeving rondom privacy: 'wet meldplicht datalekken' die ook van toepassing is op informatie-uitwisseling in het kader van de review door zorgverzekeraars. Wij verzoeken u geen informatie onbeveiligd te versturen.

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 2016. De geschillencommissie geeft uitsluitel over het geschil. Dit is zwaarwegend maar niet bindend.

2.12 Financiële afwikkeling controleresultaten

Geconstateerde declaratiefouten met financiële impact uit de Handreiking 2016 kunnen zowel op micro- of macro-niveau worden gecorrigeerd c.q. verrekend.

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

Correcties die op macro-niveau 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 micro-niveau 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 en 9 onterecht zorgtraject/subtraject. Daarbij is het van belang dat alleen die posten worden meegenomen die onderdeel uitmaken van de populatie en risicomassa van het Zelfonderzoek 2016. Eventueel moet dus bijgetrokken worden tot dat het benodigd aantal te controleren 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 effect 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 partijen. 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 → Controle⁷).

Kortom het gaat er om dat het risico voldoende is afgedekt en dat met de controle wordt aangetoond dat de risicogerichte massa per controlepunt juist is.

Het uitgangspunt bij de controles 2016 is dat er op micro-niveau 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:

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

3.1 Correctie op micro-niveau

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, overige zorgproducten, en add-ons) gecorrigeerd moeten worden. In aanvulling daarop is overeengekomen dat uitsluitend die DBC-zorgproducten en overige zorgproducten gecorrigeerd moeten worden waarbij sprake is van een financieel effect en/of wijziging van de diagnose⁸. Wijziging van diagnose kan zich voordoen bij controlepunten 8 dure geneesmiddelen, 9 onterecht zorgtraject/subtraject en 10 onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen. Het is wenselijk om ook fouten zonder financieel effect of zonder wijziging van diagnose te corrigeren om de declaratiemassa zuiver te krijgen, dat is echter niet verplicht.

⁷

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

⁸ Noodzakelijk in verband met het vaststellen van diagnose kostengroepen voor de uitvoering van de risicovereeniging voor de zorgverzekeraars.

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 hergrouperen (dus dan worden 5 verpleegdagen aangeboden) hetzelfde product wordt afgeleid met dezelfde prijs, dan hoeft géén correctie doorgevoerd te worden.
- Als na hergrouperen 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 2017 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.

In de rapportage moet de fout worden opgenomen die in de risicogerichte 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 risicogerichte massa bij het specifieke controlepunt worden gebruikt. Dit kan gewenst zijn als de verhoudingen tussen de UZOVI's in de onderzochte deelmasse substantieel afwijkt van de verhoudingen tussen de UZOVI's in de totale onderzoeksmassa. 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 risicogerichte massa 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 Zorgproductenviewer (tariefapplicatie NZa). Bij het gebruik van de Zorgproductenviewer moet een juiste toepassing kunnen worden aangetoond middels audittrail, in het bijzonder voor die controlepunten waarbij op macro-niveau 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.

Er zijn twee opties om dit aan te tonen:

1. De methode om via de ICT-testomgeving van het ziekenhuis declaraties via de gecertificeerde grouper te halen en deze te vergelijken met de uitkomst van de niet gecertificeerde grouper (bij voorkeur de integrale dataset, indien dat niet mogelijk is dan bijvoorbeeld 100 posten).
2. Pak een aantal casussen uit de niet gecertificeerde grouper en haal deze door een gecertificeerde grouper en vergelijk de uitkomst. Ter aanvulling: de zorgproductenviewer is niet geschikt hiervoor want deze is niet gecertificeerd. Wil je dit vanuit 95/97 betrouwbaarheid aantonen dan zouden 100 casussen (uitgaande van nul fouten) beoordeeld moeten worden.

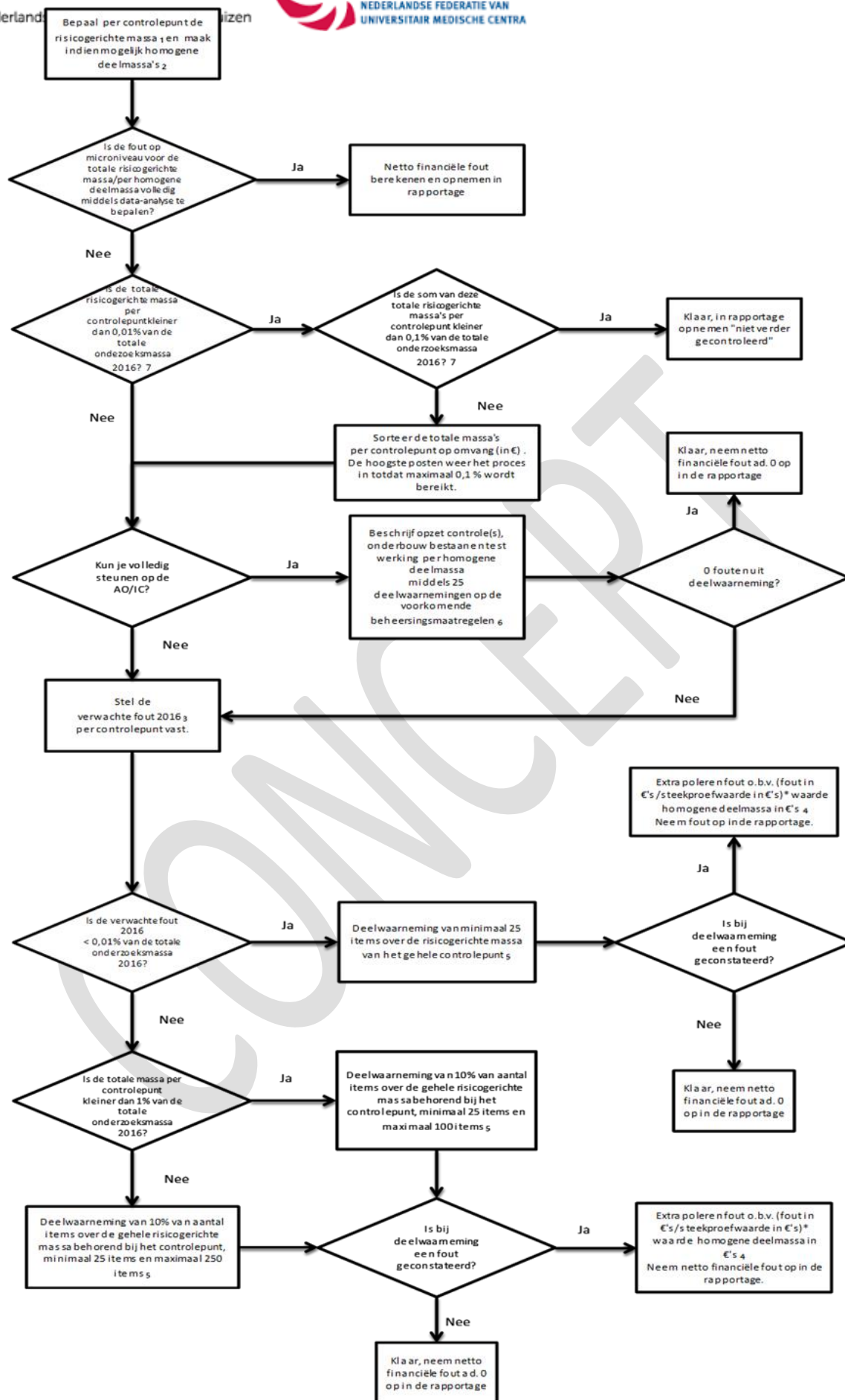
Bij toepassing van de Zorgproductenviewer worden bij de berekening van de macro-correctie bij elke post in de deelwaarneming de prijzen gebruikt behorende bij de verzekeraar waar deze post betrekking op heeft.

3.6 Deelwaarneming bij de Handreiking Rechtmatigheidscontroles MSZ 2016

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 kostenefficiënt 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 vormgegeven 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 macro-correctie. 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 en 9 onterecht zorgtraject/subtraject. Controlepunt 1.3 moet middels deelwaarneming 100 subtrajecten worden onderzocht en voor controlepunt 9 dient een deelwaarneming van 3 maal 125 items te worden uitgevoerd op de risicogerichte massa (125 per elk van de 3 deelmassa's).



- ¹ Risicogerichte massa = Massa waarbij toetsing op controlepunt financiële impact kan hebben.
- ² Homogene deelmasa = Deelmasa met gemeenschappelijke kenmerken (bv. zelfde AO/IC)
- ³ Opstellen verwachte fout is alleen mogelijk indien toetsingscriteria voor betreffende controlepunt voor Zelfonderzoek 2015 en 2016 gelijk aan elkaar zijn.
Verwachte fout = foutpercentage controlepunt Zelfonderzoek 2015 * totale risicogerichte massa behorend bij controlepunt Zelfonderzoek 2016
- ⁴ Deelwaarneming kan te allen tijde worden uitgebreid waarna extrapolatie fout plaatsvindt.
- ⁵ Indien sprake is van meerdere homogene deelmasa'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 deelmasa/totale waarde in €'s risicogerichte massa behorend bij controlepunt) * (aantal te controleren items voor het gehele controlepunt)
Verdeling aantal items per controlepunt = (aantal items homogene deelmasa/aantal items risicogerichte massa behorend bij controlepunt) * (aantal te controleren items voor het gehele controlepunt)
- ⁶ In 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 2015 is toegelicht en er geen wijzigingen in 2016 hebben voorgedaan, hoeven deze werkzaamheden niet nogmaals te worden uitgevoerd en hoeft alleen de werking te worden getoetst.
- ⁷ Onderzoeksmassa = alle in 2016 afgesloten én gefactureerde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten.

Bovenstaande beslisboom zal op basis van het Zelfonderzoek 2015 en de review hierop worden geëvalueerd. Uitgaande van de afgesproken tijdlijnen zal uiterlijk 31 oktober 2016 worden besloten of evaluatie-aanpassing noodzakelijk is.

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 middels deelwaarneming 100 subtrajecten worden onderzocht en voor 9 onterecht zorgtraject/subtraject verwijzing, een deelwaarneming van 3 maal 125 posten worden getrokken (125 per deelmasa). 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 2016. Eventueel moet dus bijgetrokken worden tot dat er voldoende posten zijn gecontroleerd.

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

Indien de onderzochte massa afwijkingen op homogeniteit vertoont, moet de onderzochte massa voorafgaand aan het uitvoeren van de deelwaarneming opgesplitst worden in homogene deelmasa's. De beslisboom moet doorlopen worden o.b.v. de totale (risicogerichte) massa per controlepunt. Wanneer de massa in deelmasa's wordt gesplitst moet in acht worden genomen dat de per deelmasa uit te voeren deelwaarneming een voldoende omvang heeft om te komen tot een goede (representatieve) bepaling van de financiële impact.

Het aantal posten is gemaximeerd op 250 stuks maar indien noodzakelijk voor een goede (representatieve) bepaling van de financiële impact, kan een grotere deelwaarneming 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 deelmasa 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 risicogerichte massa per controlepunt kleiner dan 0.01% van de totale onderzoeksmassa 2016 is én waarbij de fout niet via enkel data-analyse kan worden bepaald, hoeven niet nader te worden onderzocht. Echter, de totale risicogerichte massa's van de punten die niet verder gecontroleerd worden mogen samen niet groter zijn dan 0,1% van de onderzoeksmassa 2016. Is dit wel het geval dan worden de totale risicogerichte 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/IC worden gesteund en moet een deelwaarneming worden uitgevoerd.

Controlepunten waarvoor de verwachte fout in het Zelfonderzoek 2016 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 2015 vermenigvuldigd met de risicogerichte massa behorend bij het controlepunt in het Zelfonderzoek 2016. De verwachte fout kan alleen bepaald worden indien toetsingscriteria voor het betreffende controlepunt in het Zelfonderzoek 2015 en 2016 aan elkaar gelijk zijn. Indien er met betrekking tot het Zelfonderzoek 2015 al voorafgaand aan het freezemoment gecorrigeerd was op het desbetreffende controlepunt en deze werkzaamheden zijn met betrekking tot het Zelfonderzoek 2016 niet voorafgaand uitgevoerd, dan dient hier rekening mee gehouden te worden bij het bepalen van de verwachte fout voor het Zelfonderzoek 2016.

Indien de verwachte fout groter is dan 0,01% of niet is vast te stellen, wordt op basis van de risicogerichte 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 risicogerichte 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 risicogerichte 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 Extrapolatie

Controlepunten waarbij het onderzoek middels deelwaarneming plaatsvindt, worden macro gecorrigeerd. Hiervoor moet via extrapolatie de in de deelwaarneming gevonden fout worden vertaald naar de te verrekenen fout in de gecontroleerde risicogerichte massa. Voor extrapolatie is een uniforme methode voorgeschreven die in bijlage 5 nader wordt toegelicht.

Extrapolatie van de financiële fout vindt plaats per deelmassa van het controlepunt.

(geconstateerde fout in €'s van de deelmassa / deelmassa in €'s waarop deelwaarneming is uitgevoerd) x (risicomassa van het controlepunt in €'s – deelmassa in €'s waarop deelwaarneming is uitgevoerd) = de macro financiële impact van het betreffende controlepunt.

Bij het gebruik van homogene deelmassa's wordt de financiële fout per deelmassa bepaald en dus geëxtrapoleerd over de homogene deelmassa.

3.6.3 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, dan 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 en afspraken bij de toepassing van deelwaarnemingen.

3.7 Afloopcontrole

De uitkomst van het zelfonderzoek bestaat uit correcties op micro- en macro-niveau. De uitkomst wordt vastgelegd in bijlage 3. De macro-correcties zullen door de individuele zorgverzekeraars worden afgerekend. De micro-correcties dienen zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen de afgesproken tijdslijnen opgenomen in de Handreiking, doorgevoerd te worden. Hierbij hoeft niet te worden gewacht op de afronding van alle controlepunten en/of de review door de zorgverzekeraars.

Verder dienen de micro-correcties juist en volledig te worden uitgevoerd. De doorgevoerde correcties moeten aantoonbaar en beschikbaar zijn voor de zorgverzekeraars. Indien de bedragen conform bijlage 3 (per UZOVI) afwijken ten opzichte van de daadwerkelijk doorgevoerde micro-correcties, moet dit geanalyseerd en verklaard worden richting de zorgverzekeraar.

Tijdens de afloopcontrole zal door de zorgverzekeraar worden vastgesteld:

- op welke wijze de instelling procesmatig borgt dat de correcties juist en volledig zijn uitgevoerd;
- dat de micro-correcties ook daadwerkelijk zijn verwerkt in de administratie van de zorgverzekeraar;
- bij afwijkingen van de bedragen conform bijlage 3 (per UZOVI) ten opzichte van de daadwerkelijk doorgevoerde micro-correcties, zal een nadere analyse worden uitgevoerd.

Controlepunten

1 Registreren van zorgactiviteiten

1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - Polikliniekbezoek tijdens klinische opname/dagverpleging/verpleegdag/observatie

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid ⁹

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.1
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.1

2015:

Een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060, 190063) mag niet tijdens een dagverpleging (190030, 190090), langdurige observatie zonder overnachting (190091), verpleegdag (klinische opname) (190200, 190021¹⁰, 190218, 194804, IC behandeldag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151) 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.

2016:

Een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060, 190063, 090613 en 090614) mag niet tijdens een dagverpleging (190030, 190090), langdurige observatie zonder overnachting (190091), verpleegdag (klinische opname) (190200, 190021¹¹, 190218, 194804) IC behandeldag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150) of Pediatrische IC (190151) worden geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, dat vóór de opname al is ingepland.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190013, 190060, 190063, 090613, 090614) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een dagverpleging (190030 en 190090), langdurige observatie zonder overnachting (190091) of klinische opname (190021¹², verpleegdag: 190200, 190218, 194804), IC-behandeldag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151) voor hetzelfde specialisme. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd.

⁹ Regelgeving/beleid bevat zowel NZa regelgeving als toelichtingen, verduidelijkingen of verwijzing naar de Zvw. Geldt voor alle controlepunten.

¹⁰ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

¹¹ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

¹² Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

2. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190060, 190063, 090613, 090614) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een dagverpleging (190030 en 190090), langdurige observatie zonder overnachting (190091) of klinische opname (190021¹³, verpleegdag 190200, 190218, 194804), IC-behandeldag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151) voor een ander specialisme. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd.
3. Stel vast welke herhaal polikliniekbezoeken (190013) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een dagverpleging (190030 en 190090) of een langdurige observatie zonder overnachting (190091) voor een ander specialisme. Deze herhaal polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd.
4. Stel vast welke herhaal polikliniekbezoeken (190013) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een klinische opname (190021¹⁴, verpleegdag (190200, 190218, 194804), IC-behandeldag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151) voor een ander specialisme. Deze herhaal polikliniekbezoeken dienen als volgt beoordeeld te worden:
 - A. Toon met data-analyse aan dat deze polikliniekbezoeken zijn ingepland voorafgaan aan de niet geplande klinische opname, stel vervolgens vast voor welke polikliniekbezoeken dit niet het geval is. Deze zijn onjuist geregistreerd.
 - B. Als niet met data-analyse kan worden aangetoond dat deze polikliniekbezoeken zijn ingepland voor de klinische opname én dat er sprake is van een niet geplande opname, dan vormen deze polikliniekbezoeken de deelmasa ten behoeve van de deelwaarneming. Voer een deelwaarneming uit op deze deelmasa.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: Micro-correctie.

Deelwaarneming: Macro-correctie op de deelmasa's en micro-correctie van in deelwaarnemingen gevonden fouten.

¹³ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

¹⁴ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

2015: (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.’

2016: (artikel 24.1; NR/CU-266)

‘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, of wanneer meerdere patiënten aanwezig zijn tijdens één consult, mag slechts één polikliniekbezoek worden vastgelegd.’

Toelichting

Vraag: Tijdens het eerste consult constateert de (oog)arts de aandoening van de patiënt en besluit de patiënt door te verwijzen naar een andere (oog)arts (die daarvoor gespecialiseerd is) voor een polikliniekbezoek later op de dag. Mogen er twee polikliniekbezoeken geregistreerd worden?

Antwoord vanuit branchepartijen: Indien niet aansluitend wordt dit geaccepteerd als 2 polibezoeken.

Vraag: Een patiënt komt bij de arts voor een (gepland) polikliniekbezoek en komt later op de dag met spoed terug. Mogen er twee polikliniekbezoeken geregistreerd worden? Maakt het hierbij uit of er sprake is van dezelfde of verschillende zorgvragen?

Antwoord vanuit branchepartijen: Wordt geaccepteerd.

Vraag: Een patiënt wordt voor het eerste consult ingepland bij een verpleegkundig specialist die de intake doet, en daarna ingepland bij de medisch specialist voor hetzelfde specialisme om direct het behandelplan door te nemen. Dit is patiëntvriendelijker dan de patiënt hiervoor op een andere dag te laten terugkomen. Mogen beide zorgverleners een polibezoek voor dezelfde zorgvraag op dezelfde dag registreren? Algemener gesteld: mogen zowel de medisch specialist als de taakherschikker een polikliniekbezoek registreren als de patiënt eerst door de een en daarna door de ander wordt gezien?

Antwoord vanuit branchepartijen: Indien vooraf ingepland en niet aansluitend, en er sprake is van medische noodzaak om taken te splitsen, die noodzaak is door de instelling aan te tonen op basis van het dossier, dan is het toegestaan. Indien niet vooraf ingepland, en niet aansluitend, moet ook aangetoond worden dat er sprake is van medische noodzaak.

Vraag: Er staat een voorbeeld in de handreiking over aansluitende consulten in geval 2 zorgvragen bij sub-specialismes. Geldt deze uitzondering voor alle subspecialismes?

Antwoord vanuit branchepartijen:

Als er medische noodzaak aangetoond wordt, geldt dit ook voor andere subspecialismen. Tevens mag het aansluitend zijn in geval van medische noodzaak en het in een protocol is vastgelegd.

Reactie NZa:

Het is toegestaan om meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag te registreren als er sprake is van afzonderlijke (niet aansluitende) polikliniekbezoeken. In de NZa-regelgeving is het begrip 'afzonderlijk/niet aansluitend' niet nader ingevuld. Criteria ten aanzien van medische noodzaak, of de patiënt terugkomt bij dezelfde specialist, of een andere specialist, of dat de patiënt komt voor een andere of dezelfde zorgvraag, zijn niet opgenomen in de NZa-regelgeving.

Antwoord 2:

Gezien het antwoord van de NZa houden wij vast aan het bovenstaande geformuleerde antwoord vanuit de branchepartijen.

Advies voor controleren

AO/IC:

1. Toon aan hoe het systeem is ingericht met betrekking tot het registreren van polikliniekbezoeken indien er sprake is van bespreking van meerdere zorgvragen tijdens 1 consult. Stel tevens vast dat processen en procedures zo zijn ingericht dat een begintijd van een consult wordt vastgelegd, zodat daar gebruik van gemaakt kan worden in de data-analyse.

Data-analyse:

1. In geval geen registratie van starttijd polikliniekbezoek plaatsvindt: stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 1900013, 190060, 190063, 090613 en 090614) voor de patiënt zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een ander polikliniekbezoek binnen één specialisme. Hoe ziekenhuizen omgaan met de output van de data-analyse van punt A kan het ziekenhuis kiezen uit:
 - A. De massa integraal afkeuren of;
 - B. Uitvoeren van een deelwaarneming (zie hieronder).
2. In geval wel registratie van starttijd polikliniekbezoek plaatsvindt: stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 1900013, 190060, 190063, 090613 en 090614) voor de patiënt zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een ander polikliniekbezoek binnen één specialisme, waarbij: De starttijden van de twee polikliniekbezoeken gelijk zijn of minder dan 1 uur uit elkaar liggen. Hoe ziekenhuizen omgaan met de output van de data-analyse van punt B kan het ziekenhuis kiezen uit:
 - A. De massa integraal afkeuren of;
 - B. De polikliniekbezoeken met dezelfde starttijd afkeuren, op de resterende massa uitvoeren van een deelwaarneming (zie hieronder).

Deelwaarneming:

1. Voer een deelwaarneming uit conform de beslisboom en controleer op basis van het medisch dossier of beide polibezoeken zijn geregistreerd conform de beleidsregel (d.w.z. er is sprake geweest van een tussenliggende tijdspanne). Extrapoler de gevonden fout over de gehele onderzoeksmassa.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie en macro-correctie van de in de deelwaarneming gevonden fout.

1.3 Onterecht vastleggen van poliklinische consulten – indien er geen face-to-face contact is met een poortfunctie (m.u.v. klinisch fysicus audioloog & specialist ouderengeneeskunde) (A) of poortspecialist (B)

A. Onterecht vastleggen van poliklinische consulten – indien er geen face-to-face contact is met een poortfunctie (m.u.v. klinisch fysicus audioloog & specialist ouderengeneeskunde)

Beknopte samenvatting:

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), verpleegkundig specialist of physician assistant) vervult.

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2015	Artikel 24.1/ 24.42 / 24.47
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.1/ 11.23 / 11.28

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)

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;
- consult of spreekuur met een groep patiënten;
- diagnostiek (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts);
- telefonisch consult;
- pre-assessment (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 vastgelegd¹⁵ en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van

¹⁵ 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.

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)¹⁶

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.

2016:

Deze controle omvat de volgende zorgactiviteiten: 190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 090613, 090614.

Opmerking: zorgactiviteit 090613 en 090614 zijn toegevoegd aan dit controlepunt ten opzichte van 2015.

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' (190007, 190060 en 090613) en bij een 'herhaal-polikliniekbezoek' (190008, 190013 en 090614) moet sprake zijn van:

- face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, 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;
- consult of spreekuur met een groep patiënten;
- diagnostiek (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts);
- telefonisch consult.

Multidisciplinair consult (190010)

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en minimaal twee beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten van verschillende AGB-specialismen. Deze activiteit kan door iedere betrokken beroepsbeoefenaar worden vastgelegd en maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen in zijn DBC-zorgproduct. Per multidisciplinair consult mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.

Analyse behandeladvies en/of behandeling elders opgesteld en/of uitgevoerd, in het kader van een second

¹⁶ Aan de NZa is per mail nog een nadere toelichting gevraagd. Daaruit blijkt dat om deze zorgactiviteit te kunnen vastleggen, conform de definitie, een face-to-face contact nodig is. 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.

opinion (190022)

Een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist of arts-assistent, in het kader van een beoordeling van een door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert gestelde diagnose/voorgestelde behandeling door een tweede onafhankelijke medisch specialist of arts-assistent die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde beroepsbeoefenaar in een andere instelling of als solist. 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

Beknopte samenvatting:

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).

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.49 / 24.48 / 24.5 / 28.5.d
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.1.3/11.29/11.30/16.1.3

2015 en 2016:

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

Follow-up pediatrische 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 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 besluit.
- 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.

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

AO/IC:

1. Als uit het Zelfonderzoek 2015 geen risico is gebleken, en toegelicht en aangetoond is waarom het geen risico was, dan kan die ervaring worden gebruikt voor de handreiking controles 2016 en hoeven deze werkzaamheden niet opnieuw te worden uitgevoerd mits onderbouwd kan worden dat in 2016 geen veranderingen zijn doorgevoerd.
2. Toon aan dat het systeem zodanig is ingericht dat er alleen zorgactiviteiten voor polikliniekbezoeken worden afgeleid indien uitgevoerd door daartoe bevoegde personen.
3. Toon aan dat de bevoegde personen ook daadwerkelijk bevoegd zijn.

Data-analyse:

1.3.A

1. Stel een lijst op van alle zorgverleners die polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 090613 en 090614) hebben geregistreerd met daarbij hun functie en afdeling, zijnde poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant. Deze polikliniekbezoeken zijn op de juiste naam geregistreerd. Het face-to-face contact zal met een deelwaarneming moeten worden gevalideerd.
2. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 090613 en 090614) zijn geregistreerd door een zorgverlener niet zijnde poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant. Deze polikliniekbezoeken zijn in principe niet juist geregistreerd, tenzij middels deelwaarneming kan worden vastgesteld dat er terecht een face-to-face is vastgelegd.

1.3.B

1. Stel een lijst op van alle zorgverleners die polikliniekbezoeken (190029, 190049 en 190063) hebben geregistreerd met hun functie, afdeling en geef aan of zij voor 2015 en 2016 een functie als poortspecialist (specialist of in een aantal gevallen arts-assistent) hebben vervuld.
2. Stel vast dat de bezoeksverrichting 190029, 190049, 190063 niet op dezelfde dag als een polikliniekbezoek is geregistreerd. Alle bezoeken die wel op dezelfde dag als een polikliniekbezoek zijn geregistreerd zijn onjuist.
3. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190029, 190049 en 190063) zijn geregistreerd door een zorgverlener waarvan voor 2015 respectievelijk 2016 hierboven niet is aangegeven dat zij de functie van poortspecialist (of in een aantal gevallen arts-assistent) vervullen. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd of kunnen als input dienen voor de deelwaarneming.

Deelwaarneming:

1. Voer op subtraject-niveau een deelwaarneming uit op de massa die uit de data-analyse als juist is aangemerkt.
 - A. Sluit aan bij de jaarlijkse steekproef, mits deze dekkend is voor het aantal subtrajecten.
 - B. Voeg de output van de data-analyse uit 1.3.A1 samen met 1.3.B1:
 - C. Controleer alle polibezoeken van 100 subtrajecten.
 - D. 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.

2. Hoe ziekenhuizen omgaan met de output van de data-analyse uit punt 1.3.A.2 en 1.3.B.3 (onjuist of mogelijk onjuist) mag het ziekenhuis zelf bepalen, namelijk:

- A. De massa integraal afkeuren of;
- B. Uitvoeren van een deelwaarneming conform de beslisboom.

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.

CONCEPT

2 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult

Beknopte samenvatting:

Het is niet toegestaan een intercollegiaal consult vast te leggen indien er niet wordt voldaan aan de NZa regelgeving.

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 7
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 8.4

2015:

- Een ICC (190009) mag alleen worden geregistreerd bij een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen (190200, 190218, 194804, 231902) en/of IC-behandeldagen (190153 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 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 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 poortspecialist als pijnbestrijder.

2016:

- Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de medisch specialist (of arts-assistent) die de poortfunctie¹⁷ uitvoert geopend bij een intercollegiaal consult (ICC) voor een patiënt die klinisch is opgenomen waarbij één of meer verpleegdagen en/of IC-behandeldagen of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd.
- Een specialisme mag per klinische opname maximaal één ICC zorg/subtraject (dat uit meerdere contacten kan bestaan) voor een intercollegiaal consult registreren.
- 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. De diagnose-combinatietabel is niet van toepassing op ICC zorg/subtrajecten.
- Bij een dagverpleging en langdurige observatie zonder overnachting (zorgactiviteit 190091) mag geen

¹⁷ Een ICC-anesthesist is toegestaan in de rol van poortspecialist als pijnbestrijder.

ICC zorg/subtraject worden geopend.

Toelichting

Een specialisme mag per klinische opname maximaal één ICC zorg/subtraject (dat uit meerdere contacten kan bestaan) voor een intercollegiaal consult registreren. Dit geldt ook wanneer er sprake is van verschillende subspecialismen binnen een eigen poortspecialisme. Een subspecialisme maakt onderdeel uit van hetzelfde poortspecialisme.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke intercollegiale consulten (190009) voor de patiënt zijn geregistreerd zonder dat gelijktijdig een verpleegdag (190021¹⁸, 190200, 8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01 190218, 194804), IC-behandeldag (190150, 190151 en 190153 t/m 190155) of verpleegdag kaakchirurgie (231902) voor een ander specialisme is geregistreerd. Deze intercollegiale consulten zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast voor welke patiënten een subtraject met zorgtype 11 is geopend tijdens de looptijd van een subtraject met zorgtype 13 voor hetzelfde consulterende specialisme. De intercollegiale consulten zijn onjuist geregistreerd. De subtrajecten met ZT11 zijn onterecht geopend, het ZT13 moet omgezet worden naar ZT11.
3. Stel vast voor welke patiënten meer dan één subtraject met zorgtype 13 met hetzelfde specialisme binnen een klinische opname¹⁹ is geregistreerd. De 2^e en volgende subtrajecten zijn onjuist geregistreerd.

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming en dossieronderzoek vast dat er voor ICC's (subtrajecten met zorgtype 13) sprake is geweest van een face-to-face contact tussen de medisch specialist (of arts-assistent) en de patiënt. De onderzoeksmassa voor deze deelwaarneming betreft alle ICC's (subtrajecten met zorgtype 13) die niet naar voren komt als onjuist uit de data-analyse.
2. Stel voor ICC's (subtrajecten met zorgtype 13) voor anesthesie door middel van dossieronderzoek vast dat er sprake is van pijnbestrijding. De onderzoeksmassa voor deze deelwaarneming betreft ICC's waarbij tijdens de klinische opname een OK zorgactiviteit plaatsvindt.

Voor het bepalen van een OK-zorgactiviteit in bovenstaande data-analyse kan gekozen worden tussen twee werkwijzen:

1. een OK-sessie uit het OK-deelsysteem (indien deze data beschikbaar is);
2. de zorgactiviteiten opgenomen bij de 42-dagenregel in het registratie addendum.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: Micro-correctie.

Deelwaarneming: Macro-correctie op de deelmassa's en micro-correctie van in deelwaarnemingen gevonden fouten.

¹⁸ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

¹⁹ 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.

3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling

Beknopte samenvatting:

Het is niet toegestaan een medebehandeling te registreren zonder eigen zorgvraag, diagnosestelling, behandeling en face-to-face contact, bij een opname van een ander specialisme.

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.46
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.27

2015:

Er is sprake van medebehandeling (190017) wanneer een poortspecialist een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname (190200, 190218, 194804, 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.

2016:

Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit kan per consult in het kader van medebehandeling worden vastgelegd.

Toelichting

De NZa schrijft niet voor wanneer sprake is van behandeling. Of er sprake is van een behandeling is primair de verantwoordelijkheid van de betreffende behandelaar. Richtlijnen en behandelprotocollen kunnen hiervoor goede handvatten bieden. Wij geven daarbij wel als kader dat dit separate behandeltraject moet worden uitgevoerd door een hoofdbehandelaar en moet blijken uit het medische dossier (Zie CI-14-3c).

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke zorgactiviteiten medebehandeling (190017) zijn geregistreerd zonder dat er op die dag een klinische opname (verpleegdag (190021²⁰, 190200, 8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01, 190218, 194804), IC-behandelddag (190150, 190151 en 190153 t/m 190155) of verpleegdag kaakchirurgie (231902) voor een ander specialisme is geregistreerd. Deze medebehandelingen zijn onjuist geregistreerd.
2. De overgebleven terecht geregistreerde massa is de basis voor onderstaande data-analyses ten behoeve van de deelwaarnemingen.

Data-analyses ten behoeve van de twee deelwaarnemingen:

1. Stel de deelmassa (A) vast door alle medebehandeling (190017) te selecteren waarbij geen sprake is van een behandeling (zorgactiviteit met zorgprofielklasse 5, 6, 13, 14, 15, 16, 20, 21 & 22) in dezelfde DBC.
2. Stel de deelmassa (B) vast door alle medebehandeling (190017) te selecteren waarbij wel sprake is van een behandeling (zorgactiviteit met zorgprofielklasse 5, 6, 13, 14, 15, 16, 20, 21 & 22) in dezelfde DBC.

²⁰ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

Deelwaarnemingen:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa (A) vast dat er sprake is geweest van een face-to-face contact met een medisch specialist of arts-assistent, een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling²¹.
2. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa (B) en dossieronderzoek vast dat er sprake is geweest van een face-to-face contact met een medisch specialist of arts-assistent.

Voor deelmassa A wordt het aantal te controleren posten bepaald aan de hand van de beslisboom (minus 25 posten in verband met deelwaarneming op deelmassa B).

Voor deelmassa B wordt geadviseerd om voor 25 DBC's vast te stellen dat voor de medebehandelingen er sprake is van een face-to-face contact.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

²¹ Onder (mede)behandeling wordt verstaan: als uit dossieronderzoek blijkt dat er sprake is geweest van behandelbeleid of voorgeschreven medicatie, uitgevoerd door een hoofdbehandelaar.

4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.9 & 28.5I
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.4

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).

2016:

Dagverpleging (190030 en 190090)

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. Er kan maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag worden vastgelegd. Een dagverpleging mag niet op dezelfde kalenderdag als een verpleegdag worden geregistreerd.

Dagverpleging kaakchirurgie (231901)

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 kaakchirurgisch(e) onderzoek of behandeling in algehele anesthesie of diepe sedatie (met ondersteuning van een anesthesist) waarbij de verpleging plaatsvindt op een voor dagverpleging ingerichte afdeling.

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 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 het jaar 2015, aan kunnen sluiten bij de regelgeving die per 1 januari 2016 geldt. 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

Data-analyse (zowel dagverplegingen 190030, 190090 als dagverplegingen kaakchirurgie 231901):

1. Stel vast op welke afdelingen de dagverpleging geregistreerd is.
 - A. Ga integraal na of dit een voor dagverpleging ingerichte afdeling is. Geef hierbij aan welke criteria zijn gehanteerd voor een voor dagverpleging ingerichte afdeling. De dagverplegingen die niet op een voor dagverpleging ingerichte afdeling zijn geregistreerd zijn onjuist.
2. Stel vast welke zorgactiviteiten dagverplegingen (190030, 190090 en 231901) voor de patiënt zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag voor hetzelfde specialisme als een andere zorgactiviteit dagverpleging op die dag. De 2^e en volgende dagverplegingen zijn onjuist geregistreerd.
3. Stel vast voor welke zorgactiviteiten dagverpleging (190030, 190090, 231901) de opnameduur niet minimaal 2 uur is vanaf moment van opname tot en met ontslag. Deze dagverplegingen zijn onjuist geregistreerd.

Data-analyse (enkel dagverplegingen 190030 en 190090):

1. Stel voor welke zorgactiviteiten dagverpleging (190030 en 190090) sprake is van een zorgactiviteit 190015 en/of 190016 voorafgaand aan de dagverpleging op dezelfde dag binnen hetzelfde specialisme. Deze dagverplegingen zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke zorgactiviteiten dagverpleging (190030 en 190090) op dezelfde kalenderdag als een verpleegdag (190200, 190218, 194804) wordt geregistreerd. Deze dagverplegingen zijn onjuist geregistreerd.
3. Stel vast welke dagverplegingen (190030 en 190090) voor de patiënt zijn vastgelegd waarbij geen sprake is van een behandeling of onderzoek door of onder verantwoordelijkheid van de medische specialist. Deze dagverplegingen zijn onjuist geregistreerd. Er is sprake van een onderzoek door of behandeling onder verantwoordelijk van een medisch specialist bij een zorgactiviteit in zorgprofielklassen 4, 5, 6, 7, 13, 14, 15 of 16 voor dezelfde patiënt, op dezelfde dag, in het zelfde subtraject of zorgactiviteit in zorgprofielklassen 20, 21 of 22 voor dezelfde patiënt, op dezelfde dag. De overige dagverplegingen zijn mogelijk onjuist geregistreerd:

- A. Of alles afkeuren, of indien de massa niet volledig als foutief aangemerkt kan worden ga dan na voor welke homogene deelmassa's er wel een vorm van behandeling wordt gegeven die niet middels data-analyse is te traceren, en toon dit per deelmassa aan middels deelwaarneming.
 - Als daarbij geen fouten worden aangetroffen mag de gehele deelmassa uitgesloten worden.
 - Als daarbij wel een fout wordt gevonden dan kan de gehele specifieke deelmassa fout worden gerekend of integraal worden onderzocht.
- B. De resterende massa die niet aan bovenstaande homogene deelmassa's kan worden toegerekend moet integraal worden gecontroleerd, of afgekeurd worden.

Het is raadzaam om vooraf de controleaanpak af te stemmen met de representerende zorgverzekeraar uit het reviewteam. Uitgangspunt blijft micro-correctie.

Data-analyse (enkel dagverpleging kaakchirurgie 231901):

1. Stel vast welke zorgactiviteiten dagverpleging kaakchirurgie (231901) op dezelfde kalenderdag als een verpleegdag kaakchirurgie (231902) wordt geregistreerd. Deze dagverplegingen zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke kaakchirurgische behandelingen of onderzoeken zijn vastgelegd naast een dagverpleging kaakchirurgie (231901)

- a. Stel vast welke van deze kaakchirurgische behandelingen of onderzoeken die zijn vastgelegd naast een dagverpleging kaakchirurgie (231901) voorkomen in productgroep 3 t/m 8 én geregistreerd zijn op locatie OK. De bijbehorende dagverplegingen zijn kaakchirurgie juist geregistreerd.
- b. Stel vast welke van deze kaakchirurgische behandelingen die zijn vastgelegd naast een dagverpleging kaakchirurgie (231901) voorkomen in productgroep 3 t/m 8 én geregistreerd zijn op locatie niet zijnde OK. De bijbehorende dagverplegingen kaakchirurgie zijn onjuist geregistreerd.
3. Stel vast welke dagverplegingen kaakchirurgie niet voorkomen in de twee bovengenoemde deelmassa's. Toon voor deze dagverplegingen kaakchirurgie middels integrale controle aan dat is voldaan aan de aanwezigheid van een behandeling of onderzoek onder algehele anesthesie of diepe sedatie (met ondersteuning van een anesthesist).

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

5 Onterecht vastleggen van een klinische zorgactiviteit

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

Beknopte samenvatting:

Het is niet toegestaan een verpleegdag te registreren op een polikliniek, een afdeling voor spoedeisende hulp of een afdeling voor dagverpleging indien niet is aangetoond dat deze afdeling voor dagverpleging is ingericht.

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.13
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.8

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)²². 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.

2016:

Verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling, 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.

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.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast op welke afdelingen de verpleegdagen geregistreerd zijn. Ga integraal na of dit voor verpleging ingerichte afdelingen zijn. Geef hierbij aan welke criteria zijn gehanteerd voor een verpleging ingerichte afdeling.
2. Stel vast welke verpleegdagen (190200, 190218, 194804 en 231902) zijn geregistreerd op andere afdelingen dan een voor verpleging ingerichte afdeling. Deze verpleegdagen zijn onjuist geregistreerd.

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).

²² 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.

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.13 & Art 25.3A
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.8

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

2016:

Verpleegdag (190200, 190218, 194804, 231902 en [190031, 190032, 190033, 190038]²³)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling, 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.

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.

Onder een voor verpleging ingerichte afdeling valt onder andere high/medium care. De polikliniek en

²³ Voor deze vier genoemde overige trajecten geldt ook de definitie van een verpleegdag zoals omschreven in art 24.13

spoedeisende hulp vallen hier niet onder.

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 tabel 2 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).

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 dat in de inrichting van het ZIS is geborgd dat verpleegdagen worden geregistreerd conform de actuele definitie met betrekking tot overnachting van verpleegdagen (zoals bij de uitleg van dit controlepunt beschreven).

Data-analyse:

- Stel vast voor welke verpleegdagen (190200, 190218, 194804, 231902, 190031, 190032, 190033, 190038) geen sprake is van minimaal één overnachting zoals bij de uitleg van dit controlepunt beschreven. Sluit daarbij de volgende verpleegdagen uit:
 - Verpleegdagen waarbij sprake is van definitieve overname door een andere instelling op de dag van opname.
 - Verpleegdagen waarbij sprake is van overlijden op de dag van of de dag na opname.
Deze verpleegdagen zijn onjuist geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.13
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.8

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)²⁴. 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.

2016:

Verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling, 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.

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.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke verpleegdagen (190200, 190218, 194804 en 231902) zijn vastgelegd voor patiënten met een parallelle verpleegdag op dezelfde kalenderdag. De 2^e en volgende verpleegdag(en) zijn onjuist geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

²⁴ 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.

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

Beknopte samenvatting:

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-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 5a.4 (en toelichting 5a) Artikel 6.2 Artikel 19.7a
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 8.1c Artikel 10.2g Artikel 5a.3

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 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 parallelliteit, behalve bij ICC, hartrevalidatie en begeleiding bij hart- en hartlongtransplantatie.

Cardiologie (1.0320.2) Voor het specialisme Cardiologie gelden voor subtrajecten met ZT11 en ZT21 niet de algemene afsluitregels maar wordt het subtraject als volgt afgesloten:

Bij opname in de kliniek of dagverpleging (geen hartrevalidatie) wordt het subtraject afgesloten:

- Op datum van ontslag uit de kliniek, dagverpleging of langdurige observatie behalve bij vervolg subtrajecten (ZT21) op de dagverpleging in het kader van diagnostiek of electrocardioversie;
- Wanneer zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend (vanwege niet toegestane parallelliteit).

2016:

Binnen een specialisme mag maximaal één klinisch DBC-zorgproduct geopend worden tijdens het klinische traject van de patiënt.

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

Bij paralleliteit (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.

Voor het poortspecialisme Cardiologie gelden specifieke afsluitregels voor zorgtrajecten in verband met niet toegestane paralleliteit. Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met ZT11 of ZT21 wordt bij het poortspecialisme Cardiologie afgesloten op het moment dat zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject voor Cardiologie wordt geopend.

Cardiologie (1.0320.3) Voor het specialisme Cardiologie worden subtrajecten met ZT11 en ZT21 als volgt afgesloten:

Bij opname in de kliniek of dagverpleging (geen hartrevalidatie) wordt het subtraject afgesloten:

- Op datum van ontslag uit de kliniek, dagverpleging of langdurige observatie behalve bij vervolg subtrajecten (ZT21) op de dagverpleging in het kader van diagnostiek of elektrocardioversie;
- Wanneer zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend (vanwege niet toegestane paralleliteit);
- Op de dag voorafgaand aan het herimplanteren van (een deel van) een transvenieuze lead na een complexe transvenieuze leadextractie.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke verpleegdagen (190200, 190218, 194804) binnen een klinische periode²⁵ verdeeld zijn over meerdere zorgtrajecten binnen een specialisme, waarvoor in het ZIS automatische afsluitregels van toepassing zijn. Deze verpleegdagen zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke verpleegdagen binnen een klinische periode²⁶ verdeeld zijn over meerdere zorg- en/of subtrajecten binnen een specialisme, waarvoor geen automatische afsluitregels (conform de algemene toelichting registratieregels [in ieder geval Cardiologie]) van toepassing zijn. Deze verpleegdagen betreffen de deelmasa en dienen als input voor de deelwaarneming.

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmasa en dossieronderzoek vast dat de verpleegdagen terecht zijn verdeeld over verschillende zorg- en/of subtrajecten.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

²⁵ 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.

²⁶ 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 specialismen

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Toelichting 5a
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 8.1c

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.

2016:

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.

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.

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Stel de deelmassa vast van verpleegdagen (190200, 190218), waarvan de klinische periode²⁷ verdeeld is over de volgende specialismen:
 - a. Longgeneeskunde (0322) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)

²⁷ 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.

- b. Neurologie (0330) ⇔ Neurochirurgie (0308)²⁸
- c. Orthopedie (0305) ⇔ Heelkunde (0303)
- d. Cardiologie (0320) ⇔ Cardiochirurgie (0328)²⁹
- e. MDL (0318) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)
- f. Urologie (0306) ⇔ Gynaecologie (0307)
- g. Urologie (0306) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)
- h. Heelkunde (0303) ⇔ MDL (0318)
- i. Cardiologie (0320) ⇔ Longgeneeskunde (0322)
- j. Cardiologie (0320) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)

Deelwaarneming:

1. Voer een deelwaarneming op de deelmassa uit. Het aantal keer dat bovengenoemde combinaties voorkomen in deze deelwaarneming dient naar verhouding met hun voorkomen in de deelmassa te zijn. Wanneer de klinische periode verdeeld is over meerdere specialismen moet worden vastgesteld of in het medisch dossier aantoonbaar is dat er sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap naar het andere (de anderen) specialisme(n).

Hoe te corrigeren

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

²⁸ Boetebesluit Antonius geeft aan dat wanneer sprake is van het verdelen van verpleegdagen tussen neurologie en neurochirurgie de verpleegdagen gekoppeld dienen te worden aan het subtraject van neurologie. Neurochirurgie mag klinisch zonder dagen registreren.

²⁹ Boetebesluit Antonius geeft aan wanneer cardio betrekking heeft op pre-, peri- of post-operatieve zorg alle verpleegdagen gekoppeld dienen te zijn aan cardiochirurgie, cardiologie mag poliklinisch declareren.

5.6 Onterecht vastleggen van een langdurige observatie (zonder overnachting)

Beknopte samenvatting:

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

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.10
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.5

2015:

Langdurige observatie (zonder overnachting (190091)³⁰

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.

2016:

Langdurige observatie zonder overnachting (190091)

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 systematische controle van de conditie van de patiënt op bepaalde parameters zoals bewustzijn, bloeddruk of lichaamstemperatuur. Deze controles dienen bij herhaling respectievelijk 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.

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke geregistreerde langdurige observaties zonder overnachting (190091) er geen sprake is van minimaal vier aaneengesloten uren op basis van opname en ontslagtijd. Deze langdurige observaties zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast op welke afdelingen de langdurige observatie geregistreerd is. Ga integraal na of dit een voor verpleging ingerichte afdeling³¹ is. De langdurige observaties die niet op een voor verpleging ingerichte afdeling geregistreerd zijn, zijn onjuist geregistreerd.

³⁰ Een langdurige observatie zonder overnachting mag niet tijdens/op dezelfde kalenderdag als een dagverpleging of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd.

Geef hierbij aan welke criteria zijn gehanteerd voor een voor verpleging ingerichte afdeling.

3. Stel vast welke zorgactiviteiten langdurige observaties zonder overnachting (190091) voor de patiënt zijn geregistreerd op dezelfde kalenderdag als een dagverpleging (190030 en 190090), verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902) of IC-behandeldag (190153 t/m 190155). Deze langdurige observaties (of de genoemde zorgactiviteit die parallel is geregistreerd) zijn onjuist geregistreerd.

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Stel vast bij welke langdurige observaties zonder overnachting (190091) voor de patiënt geen spoedeisende hulp contact (190015 of 190016) is geregistreerd op dezelfde kalenderdag. Deze verzameling betreft de deelmassa.

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa en dossieronderzoek vast dat er sprake is van een vorm van niet geplande verpleging waarvoor toch een langdurige observatie geregistreerd mag worden.³²

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

³¹ Ook een observatorium kan een voor verpleging ingerichte afdeling zijn.

³² Een spoedbezoek is geen voorwaarde voor een langdurige observatie. Vanuit een gepland polikliniekbezoek kan ook een terechte langdurige observatie worden geregistreerd. Het controlepunt is gericht op het vaststellen van het ongeplande karakter van de langdurige observatie.

5.9 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag

Beknopte samenvatting:

- 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 of PICU te registreren tijdens een IC-opnameperiode.

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 11.1/ 11.5 / 11.7 / 25.1.a-d / 33a.3
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 8.6 / 15.7 / 15.11

2015:

- Er mag niet meer dan één IC-behandeldag (190153 t/m 190155) geregistreerd worden op dezelfde kalenderdag.
- Tijdens de IC-opnameperiode mogen geen verpleegdagen of PICU (190200, 190218, 194804, 231902, 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 zorgactiviteitscodes 190153, 190154 of 190155), mag alleen de IC behandeldag 'licht' (190153) in rekening worden gebracht.

2016:

Een zorgtraject met subtraject ZT51 of ZT52 wordt door de intensivist (of andere medisch eindverantwoordelijke op de Intensive Care (hierna: IC)) geopend bij opname op de IC afdeling en voor IC intercollegiaal consult buiten de IC.

- Tijdens de IC-opnameperiode mogen geen verpleegdagen worden geregistreerd.
- Een add-on IC mag per kalenderdag worden gedeclareerd.
- Parallele IC zorg/subtrajecten 51 of 52 zijn niet toegestaan.

Add-ons Intensive Care (IC)

- Een add-on IC kan uitsluitend worden geregistreerd in combinatie met een subtraject. Dit geldt niet voor een add-on IC met zorgtype 52.
- Add-ons IC worden geregistreerd middels een eigen subtraject. Binnen de registratie van een subtraject wordt alleen het component zorgtype getypeerd.
- Welke IC-behandeldag (licht, middel of zwaar) in rekening kan worden gebracht, wordt bepaald in contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij het ontbreken van contractafspraken mag alleen IC-behandeldag licht in rekening worden gebracht.
- Voor de add-ons IC gelden specifieke omschrijvingen en /of registratievoorwaarden:

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, voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere post-operatieve bewaking en geen IC-behandeldag.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke IC-behandeldagen (190153, 190154 en 190155) zijn geregistreerd op een andere afdeling dan een IC. Deze IC-behandeldagen zijn onjuist geregistreerd.³³
2. Stel vast welke IC-behandeldagen (190153, 190154 en 190155) zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag parallel aan een andere IC-behandeldag of PICU. (190151, 190153, 190154 en 190155) Een van beiden is onjuist geregistreerd.
3. Stel vast welke verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902) zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een IC-behandeldag (190153, 190154 en 190155). Een van beiden is onjuist geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

³³ Een CCU is geen IC.

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

Beknopte samenvatting:

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

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 25.1.d
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.

2016:

Voor de add-ons IC gelden specifieke omschrijvingen en /of registratievoorwaarden:

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, voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere post-operatieve bewaking en geen IC-behandeldag.

Ook voor de Post Anesthesia Care Unit (PACU) geldt dat het post-operatief onderbrengen van een patiënt zonder IC-indicatie op de IC, in plaats van op de verkoeverafdeling, voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling niet als behandeldag wordt geteld.

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Stel vast voor welke IC-behandeldagen (190153, 190154 en 190155) er sprake is van een OK-zorgactiviteit op dezelfde kalenderdag. Indien de dag voor de OK-zorgactiviteit ook een IC-behandeldag voor de patiënt is opgenomen, worden deze uitgesloten. Indien een patiënt langer dan 24 uur op de IC aanwezig is, wordt deze ook uitgesloten. Deze IC-behandeldagen behoren tot de deeltmassa.

Voor het bepalen van een OK-zorgactiviteit in bovenstaande data-analyse kan gekozen worden tussen twee werkwijzen:

- A. een OK-sessie uit het OK-deelsysteem (indien deze data beschikbaar is)
- B. de zorgactiviteiten opgenomen bij de 42-dagenregel in het registratie addendum

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa en dossieronderzoek vast dat aantoonbaar sprake is van een IC-indicatie.

Hoe te corrigeren

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

CONCEPT

6 Het ontbreken vastleggen van een complexe zorgactiviteit

6.1 Ontbreken vastleggen Multitrauma³⁴

Beknopte samenvatting:

Het is niet toegestaan ontbreken een multitrauma product vast te leggen.

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 5a.5 / 32.13 Circulaire Release RZ16b
BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.11

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 perforaties³⁵.

2016:

De diagnoses 'ATLS-opvang trauma ISS <16' en 'ATLS-opvang multitrauma ISS ≥ 16' omvatten het traject rondom de traumaopvang volgens de ATLS. Deze diagnoses kunnen (mits aan de voorwaarden voor paralleliteit is voldaan) parallel geregistreerd worden aan diagnoses die geconstateerd worden bij de screening.

Er is een nieuw DBC-zorgproduct aangemaakt voor de patiëntengroep hersenletsel/buiten bewustzijn (ISS ≥ 16), namelijk DBC-zorgproduct 182199055 *Traumaopvang volgens ATLS protocol | Multitrauma ISS ≥ 16 (II)*. In dit nieuwe zorgproduct kunnen de trajecten landen die wel ISS ≥ 16 hebben maar niet aan de strenge voorwaarden van DBC-zorgproduct 182199051 voldoen. Dit is voornamelijk de hersenletselgroep. Het kleine aantal trajecten dat hierin landt en niet aan het protocol voldoet, is hiermee ook inzichtelijk voor de verzekeraar.

Toelichting

Multitrauma registratie is gebaseerd op de aanwezigheid van een of meerdere letsels die gezamenlijk een ISS score van ≥ 16. Deze score is gebaseerd op de Abbreviated Injury Scale (AIS). De AIS is ontwikkeld om gestandaardiseerd letsels te kunnen weergeven. De AIS wordt wereldwijd toegepast voor traumazorg. Deze registratie vindt plaats in de Landelijke Trauma Registratie database (LTR) waaraan alle traumacentra zijn verbonden.³⁶

³⁴ De toetsingscriteria van dit controlepunt zijn gewijzigd ten opzichte van vorig jaar (2015), bij het doorlopen van de beslisboom kan niet gesteund worden op de resultaten van voorgaand jaar.

³⁵ 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.

³⁶ <http://www.trauma.org/index.php/main/article/510/> en <http://www.lnaz.nl/trauma/landelijke-traumaregistratie>

Advies voor controleren

2015:

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke patiënten zorgactiviteit 039676 (2015) is geregistreerd.

Pas op bovenstaande massa 1 van de volgende opties³⁷ toe:

- A. Deelwaarneming: Op bovengenoemde deelmassa een deelwaarneming uitvoeren om vast te stellen dat voldaan is aan de criteria volgens protocol ATLS.
- B. Het foutpercentage uit het Zelfonderzoek 2015 toepassen op de bovengenoemde massa. Er hoeft in dat geval geen aanvullende deelwaarneming of overige werkzaamheden meer uitgevoerd te worden.
- C. Op bovengenoemde deelmassa middels integrale controle vaststellen dat voldaan is aan de criteria volgens protocol ATLS.

2016:

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Selecteer de geregistreerde multitrauma zorgproducten (2015: 182199051; 2016: 182199051 & 182199055).

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming en dossieronderzoek en de LTR vast dat voldaan is aan de criteria voor het voldoen aan de ISS score ≥ 16 . In de deelwaarneming dienen, indien van toepassing, beide jaren (2015 en 2016) vertegenwoordigd te zijn.

Hoe te corrigeren

2015:

- A. Deelwaarneming: macro-correctie en micro-correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.
- B. Geen correctie benodigd, pas het foutpercentage uit Zelfonderzoek 2015 toe op deze massa
- C. Integrale controle en micro correctie.

2016:

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

³⁷ Het is voor de zorgaanbieder een vrije keus om 1 van deze 3 opties te kiezen.

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

Beknopte samenvatting:

Het is niet toegestaan om een zorgactiviteit toeslag post IC-high care vast te leggen indien er 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
NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 25.3b

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 vitaminen 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.

2016:

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 vanaf 1000 tot 1200 gram, en/of;
- een leeftijd van het kind, inclusief zwangerschapsduur, vanaf 30 tot 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 vitaminen en andere voedingssupplementen), centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting en blaascatheter.

De post-IC high care bedden kunnen zich ook bevinden buiten het perinatologisch centrum.

Advies voor controleren

AO/IC:

- Stel vast welke eigen registratiecodes het ziekenhuis gebruikt voor behandelingen en/of vormen van bewaking ten behoeve van de Post IC-high care: CPAP/ low flow, continue parenterale medicatie ter ondersteuning van één of meer vitale functies, meervoudige medicamenteuze therapie (exclusief vitaminen en andere voedingssupplementen), centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting en blaascatheter.

Data-analyse: (Het verdere advies voor controleren is een afpelmethode)

- Stel vast voor welke patiënten een post IC-high care toeslag (190152) is vastgelegd. Stel voor de post

IC-high care toeslag vast dat deze is vastgelegd op dezelfde dag als een NICU-verpleegdag (190150). Deze zorgactiviteiten post IC-high care toeslag zijn onjuist geregistreerd.

2. Stel voor de post IC-high care toeslag vast dat de eerste post-IC high care toeslag in de opvolgende reeks is vastgelegd op de dag na een NICU-opnameperiode (op de opvolgende kalenderdag), indien dit niet het geval is, zijn deze zorgactiviteiten post IC-high care toeslag onjuist geregistreerd.
3. Indien gebruik wordt gemaakt van eigen registratiecodes voor behandelingen en/of vormen van bewaking zoals beschreven bij AO/IC, stel dan vast voor welke patiënten er sprake is van een post IC-high care toeslag (190152) waarbij er sprake is van twee of meer registraties voor behandelingen en/of vormen van bewaking op dezelfde kalenderdag.
De zorgactiviteiten post IC-high care toeslag die hier niet aan voldoen zijn onjuist geregistreerd. De overige post IC-high care toeslagen (die in bullets 1, 2 en 3 niet zijn afgekeurd) vallen in de deelmassa ten behoeve van de deelwaarneming optie A.
4. Indien niet gebruikt gemaakt kan worden van eigen registratiecodes voor behandelingen en/of vormen van bewaking zoals beschreven bij de AO/IC, vallen alle Post IC-high care toeslagen die niet onder 1 of 2 zijn afgekeurd in de deelmassa ten behoeve van de deelwaarneming (deelwaarneming optie B).

Deelwaarneming:

Stel door middel van het medisch dossier vast dat voor de zorgactiviteiten post IC-high care toeslag voldoen aan de eisen:

Deelwaarneming optie A:

- a. een gewicht vanaf 1000 tot 1200 gram, of
- b. een leeftijd van het kind, inclusief zwangerschapsduur, vanaf 30 tot 32 weken.

Deelwaarneming optie B:

- a. een gewicht vanaf 1000 tot 1200 gram, of
- b. een leeftijd van het kind, inclusief zwangerschapsduur, vanaf 30 tot 32 weken, of
- c. dat sprake is van minimaal 2 behandelingen en/of vormen van bewaking: CPAP/ low flow, continue parenterale medicatie ter ondersteuning van één of meer vitale functies, meervoudige medicamenteuze therapie (exclusief vitaminen en andere voedingssupplementen), centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting en blaascatheter, ten behoeve van de post IC-high care per dag.

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

Beknopte samenvatting:

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

- Als er op dezelfde dag een behandeling uit productgroep 3 t/m 8 plaatsvindt.
- Gedurende 30 dagen na een consult, indien er geen sprake is van een nieuw ziektegeval.
- Gedurende 30 dagen na een behandeling productgroep 3 t/m 8.
- Als er geen uitgebreid onderzoek wordt verricht zoals vermeld in de beleidsregel van de NZa.
- Als er geen sprake is van een face-to-face contact met de kaakchirurg.

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 33d.5
NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 28.5
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:

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.

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 8³⁸ 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.

2016:

Consult (234003)

Indien een consult kaakchirurgie (234003) in dezelfde zitting 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.

Consult (234003)

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

³⁸ Zie bijlage 6 van Beleidsregel BR/CU-2136.

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.

In de verrichtingen zoals vermeld in productgroep 3 t/m 8 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, danwel uit de behandeling ontslagen is.

Advies voor controleren

AO/IC:

1. Stel vast wat door de instelling wordt verstaan onder uitgebreid onderzoek. Aan deze criteria wordt vervolgens getoetst in de deelwaarneming 1.

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke patiënten een consult bij kaakchirurgie (234003) is vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een verrichting uit productgroep 3 t/m 8. Deze consulten kaakchirurgie zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke consulten bij kaakchirurgie (234003) voor een patiënt zijn geregistreerd gedurende 30 kalenderdagen na een ander consult bij kaakchirurgie. Deze consulten zijn onjuist geregistreerd, tenzij middels deelwaarneming kan worden vastgesteld dat er sprake is van een nieuw ziektegeval.
3. Stel vast welke consulten bij kaakchirurgie (234003) voor een patiënt zijn geregistreerd die hebben plaatsgevonden gedurende 30 dagen na een verrichting uit productgroep 3 t/m 8. Deze consulten zijn onjuist geregistreerd, tenzij middels deelwaarneming kan worden vastgesteld dat er sprake is van een nieuw ziektegeval.
4. Stel een lijst op met hierin alle consulten bij kaakchirurgie (234003) die niet integraal zijn afgekeurd in de bovenstaande 3 data-analyses. Deze consulten vormen de basis voor de deelwaarneming 1.

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming en dossieronderzoek vast dat bij het consult kaakchirurgie sprake is van een uitgebreid onderzoek (uitgevoerd door een kaakchirurg waardoor het face-to-face contact wordt aangetoond) op dezelfde kalenderdag zoals beschreven in de AO/IC. De onderzoeksmassa betreft de uitkomsten van punt 4 onder de data-analyse.
2. Stel door middel van een deelwaarneming en dossieronderzoek vast dat bij het consult kaakchirurgie sprake is van een nieuw ziektegeval. De deelwaarneming betreft alle consulten kaakchirurgie die minder dan 30 dagen na een ander consult kaakchirurgie zijn geregistreerd. De onderzoeksmassa betreft de uitkomsten van punt 2 onder de data-analyse.
3. Stel door middel van een deelwaarneming en dossieronderzoek vast dat bij de consulten sprake is van een nieuw ziektegeval indien de verrichting uit productgroep 3 t/m 8 gedurende 30 dagen ervoor is geregistreerd. De onderzoeksmassa betreft de uitkomsten van punt 3 onder de data-analyse.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie

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

CONCEPT

6.12 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie

2016:

- Het is niet toegestaan om bij gecombineerde verrichtingen in dezelfde zitting meerdere verrichtingen te declareren tegen de hogere puntwaarde (uit productgroep 3 t/m 8).
- Het is niet toegestaan om voor één behandeling die in één of meerdere zittingen plaatsvindt of voor de voorbehandeling en/of nabehandeling meerdere verrichtingen te declareren.
- Het is niet toegestaan om de volledige behandeling in het kader van taakdelegatie uit te besteden of hiervoor separate verrichtingen te declareren.
- Het is niet toegestaan om techniekkosten additioneel te declareren als de kosten in de betreffende bedragen zijn inbegrepen.

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	0101-2016	31-12-2016	Artikel 33d Artikel 28.5
-----------	-----------	------------	-----------------------------

2016:

Gecombineerde verrichtingen

Indien meer kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting uit productgroep 3 t/m 8 wordt de ingreep of verrichting met de hoogste puntwaarde als een reguliere prestatiecode vastgelegd. Voor elke andere ingreep of verrichting 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. Deze puntwaarden en de indeling van prestaties naar productgroepen zijn te vinden in bijlage 6.

Fractuurbehandeling (238041, 238042, 238044 en 235041)

Indien in het beloop van een conservatieve fractuurbehandeling overgegaan wordt op een operatieve behandeling van die fractuur, kan slechts één verrichtingsnummer gedeclareerd worden en wel de verrichting met de hoogste puntwaarde.

De kaakchirurgische ingreep of verrichting, gericht op die pseudo-arthrose, kan als een nieuwe volledige behandeling worden gedeclareerd.

Mandibulair Repositie Apparaat MRA (234190)

De techniekkosten voor het MRA mogen apart in rekening worden gebracht.

In het maximumtarief voor het MRA zijn consultatie en diagnostiek (inclusief eventuele röntgenfoto's) niet inbegrepen. Deze kunnen apart in rekening worden gebracht.

Controlebezoeken, al dan niet met kleine correcties aan het MRA of andere kleine verrichtingen, kunnen vanaf twee maanden na plaatsing in rekening worden gebracht (code 234191). Voor een consult naar aanleiding van een klacht kan prestatie-consult (234003) apart in rekening worden gebracht.

In het geval het MRA gemaakt wordt vanwege OSAS (Obstructief Slaap Apneu Syndroom) zal multidisciplinaire diagnostiek tot de indicatie MRA-behandeling hebben geleid. Voor de keuze van een type MRA kan het noodzakelijk zijn om aanvullend onderzoek te doen. Dit aanvullend onderzoek kan apart in rekening worden gebracht.

In het geval er voor het repareren van het MRA (code 234192) opnieuw moet worden geregistreerd, is het vervaardigen en declareren van een nieuwe MRA mogelijk (code 234190 plus techniekkosten).

Kleine verrichtingen (234084)

In het maximumtarief van kleine verrichtingen (234084) zijn begrepen onderstaande verrichtingen en onderzoeken:

- behandeling van kleine verwondingen zonder excisie en hechten;
- operatief wondtoilet (niet als nabehandeling van eigen ingreep);
- uitgebreide proefexcisie en biopsieën, voor zover niet afzonderlijk in de vastgestelde tarieven vermeld;
- intraveneuze injecties, gewrichtspuncties en gewrichtsinjecties (géén contrastvloeistof);
- oprekken of manipuleren van het kaakgewricht;
- het verwijderen van briden;
- behandeling van nabloedingen;
- abcesbehandeling;
- gingiva-excisies;
- verwijdering van kleine fibromen en epuliden;
- opheffen van kleine occlusie- en articulatiestoornissen;
- verwijdering van een solitaire exostose;
- gingivitis- en stomatitisbehandeling (acute ontstekingsfase);
- onderzoek op focale infectie, vitaliteits- en sensibiliteitstest;
- fistulografie;
- neurolyse door middel van injecties.

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).

Fractuurbehandeling (238041, 238042, 238044 en 235041)

De fractuurbehandeling door middel van external fixation wordt gelijkgesteld aan een operatieve fractuurbehandeling.

Indien de fractuurbehandeling niet tot consolidatie leidt en klinische, röntgenologische en/of andere onderzoeken de diagnose pseudo-arthrose doen stellen, dan kan de eerdere behandeling als afgesloten worden beschouwd (in de betekenis van volledige behandeling).

Mandibulair Repositie Apparaat MRA (234190)

Onder een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) wordt verstaan: Een apparaat waarmee de onderkaak gedwongen van positie verandert met als doel de bovenste luchtwegen te verruimen en/of snurken te beperken.

In de prestatie MRA en het bijbehorende tarief is inbegrepen:

- het maken van afdrukken;
- de registratie (ongeacht de methode);
- het plaatsen van het apparaat, inclusief het aanbrengen van kleine correcties en het geven van bijbehorende instructies omtrent het gebruik;
- nazorg gedurende twee maanden na plaatsing van het MRA.

Techniekkosten

Techniekkosten kunnen en mogen additioneel in rekening worden gebracht, tenzij deze kosten reeds in de

desbetreffende bedragen zijn begrepen.

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.

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, danwel uit de behandeling ontslagen is.

Advies voor controleren

AO/IC:

1. Stel vast dat de declaratieregels goed in de systemen zijn gebouwd (ziekenhuis maakt aannemelijk dat de regels omtrent gecombineerde verrichtingen adequaat in de ICT-systemen zijn ingebouwd). Dit heeft betrekking op de declaratieregels m.b.t. gecombineerde verrichtingen in dezelfde zitting.
2. Omschrijf de beheersmaatregelen omtrent gecombineerde verrichtingen (in dezelfde zitting) en taakdelegatie.

Data-analyse:

Kleine verrichtingen

1. Stel vast voor welke patiënten kleine verrichtingen (234084) in rekening zijn gebracht. Ga na dat op dezelfde dag geen extra kosten (verrichtingen) in rekening zijn gebracht conform NZa regelgeving. Deze kleine verrichtingen zijn onjuist geregistreerd.

Fractuurbehandeling

1. Stel vast dat fractuurbehandelingen als 1 volledige behandeling zijn gedeclareerd middels 1 prestatiecode.

MRA

1. Stel vast voor welke patiënten een MRA-controlebezoek (234191) na 61 dagen (2 maanden) na een MRA (234190) is gedeclareerd. Deze MRA-controlebezoeken zijn onjuist geregistreerd.

Techniekkosten

1. Stel vast voor welke patiënten techniekkosten additioneel in rekening zijn gebracht.
2. Stel vast dat dit icm verrichtingen zijn waarvoor deze kosten niet in de bedragen opgenomen zijn.

Gecombineerde verrichtingen

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke patiënten meerdere verrichtingen uit productgroep 3 t/m 8 zijn geregistreerd op dezelfde kalenderdag. Deze verrichtingen zijn in principe niet juist geregistreerd, tenzij middels deelwaarneming kan worden vastgesteld dat er sprake is twee verschillende zittingen. Ga voor bovenstaande analyse na of de verrichtingen zijn gedeclareerd met de juiste puntwaardes ervan uitgaande dat deze allen hebben plaatsgevonden in dezelfde zitting.

Deelwaarneming:

1. Stel middels dossieronderzoek/OK verslag vast dat de verrichtingen zijn uitgevoerd in 2 verschillende zittingen.

Taakdelegatie

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Stel vast voor welke patiënten er sprake is van één of meerdere verrichtingen welke zijn uitgevoerd door een andere beroepsoefenaar dan een kaakchirurg (bijv. tandarts of mondhygiënist).

Deelwaarneming:

1. Stel middels deelwaarneming en dossieronderzoek op bovengenoemde massa vast dat de kaakchirurg de hoofdbehandelaar is en dat hij/zij een deel van de behandeling heeft uitgevoerd.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

6.13 Onterecht vastleggen ZA code 031712 jaar 2015 en 031714 jaar 2016³⁹

Beknopte samenvatting:

2015:

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

2016:

Het is niet toegestaan ZA-code 031714 vast te leggen indien er niet is voldaan aan de (actuele) beschrijving van de ZA.

Regelgeving/beleid

2015:

Zorgactiviteitcode 031712: verwijdering uit de gehoorgang van een of meerdere poliepen of corpora aliena.

2016:

Zorgactiviteitcode 031714: excisie van aandoening uitwendige gehoorgang exclusief verwijderen exostosen (zie 031711).

Advies voor controleren

2015:

Data-analyse:

1. Stel de deelmasse vast voor welke patiënten zorgactiviteit 031712 is geregistreerd.

Pas op bovenstaande massa één van de volgende opties⁴⁰ toe:

- A. Deelwaarneming: Op bovengenoemde deelmasse 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.
- B. Het foutpercentage uit het Zelfonderzoek 2015 toepassen op de bovengenoemde massa. Er hoeft in dat geval voor de massa 2015 geen aanvullende deelwaarneming of overige werkzaamheden meer uitgevoerd te worden.
- C. Op bovengenoemde deelmasse middels integrale controle vaststellen dat uit verslaglegging blijkt dat het gaat om het verwijderen van één of meerdere poliepen of lichaamsvreemde objecten.

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

2015:

³⁹ De toetsingscriteria van dit controlepunt zijn gewijzigd ten opzichte van vorig jaar (2015), bij het doorlopen van de beslisboom kan niet gesteund worden op de resultaten van voorgaand jaar.

⁴⁰ Het is voor de zorgaanbieder een vrije keus om 1 van deze 3 opties te kiezen.

- Selecteer de geregistreerde zorgactiviteiten 'Verwijdering uit de gehoorgang van een of meerdere poliepen of corpora aliena' (031712).

2016:

- Selecteer de geregistreerde zorgactiviteiten excisie van aandoening uitwendige gehoorgang exclusief verwijderen exostosen (031714).

Deelwaarneming:

2015:

- Stel door middel van dossieronderzoek vast dat het gaat om het verwijderen van één of meerdere poliepen of lichaamsvreemde objecten.

2016:

- Stel door middel van dossieronderzoek vast dat het gaat om een excisie van aandoening uitwendige gehoorgang exclusief verwijderen exostosen.

Hoe te corrigeren

Integrale controle (indien van toepassing): micro-correctie.

Toepassen foutpercentage handreiking 2015 (indien van toepassing): macro-correctie

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

6.14 Onterecht declareren van ordertarief

Beknopte samenvatting:

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.

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 26.1b / 33.b.3/4
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

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 aanname (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 aanname (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.

2016:

- 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 medische redenen noodzakelijk, op verschillende tijdstippen. Onder afname wordt ook steeds aanname (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 aanname (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 controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke zorgactiviteiten ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991 en/of 079989) zijn geregistreerd op dezelfde kalenderdag als een INR-bepaling inclusief ordertarief (079995) en geen andere laboratoriumonderzoeken zijn geregistreerd waarvoor een ordertarief geregistreerd mag worden. Deze ordertarieven zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke zorgactiviteiten toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal (079990) zijn geregistreerd op dezelfde kalenderdag als een huisbezoektarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079992). Deze toeslagen zijn onjuist geregistreerd.

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Stel vast welke zorgactiviteiten ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991) twee keer of vaker zijn geregistreerd op één dag.

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van dossieronderzoek vast dat het gaat om afname/aanname op verschillende tijdstippen. Wanneer er geen sprake is van verschillende tijdstippen dan is het ordertarief ten onrechte geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie data-analyse.

Macro-correctie en micro-correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

6.15 Onterecht vastleggen van zorgactiviteit wondbehandeling (ZA code 038944 en 038945)⁴¹

Beknopte samenvatting:

Het is niet toegestaan ZA codes 038941, 038943, 038944 en/of 038945 vast te leggen indien er niet is voldaan aan de (actuele) omschrijving zoals opgenomen bij de zorgactiviteit.

Regelgeving/beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 11.55
Wijzingen DBC release RZ16A	Ingangsdatum 01-01-2016		Versie 01-07-2015

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

2016:

Per 1 januari 2016 zijn de zorgactiviteiten voor wondbehandeling herzien. Zorgactiviteiten 038941 en 038943 zijn beëindigd en er zijn in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) twee nieuwe zorgactiviteiten aangemaakt waarbij het verschil in zwaarte van de wondbehandeling beter tot zijn recht komt.

Zorgactiviteit	Omschrijving	ZPK	Ingangsdatum
038944	Wondbehandeling van een wond kleiner of gelijk aan 5 cm zonder wondrandexcisie	6	20160101
038945	Wondbehandeling van een wond met wondrandexcisie of wondbehandeling van een wond groter dan 5 cm zonder wondrandexcisie (o.a. necrotomie, debridement)	5	20160101

Advies voor controleren

2015:

Data-analyse:

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

Pas op bovenstaande massa 1 van de volgende opties⁴² toe:

- A. Deelwaarneming: Op bovengenoemde deelmasse vaststellen dat uit

⁴¹ De toetsingscriteria van dit controlepunt zijn gewijzigd ten opzichte van vorig jaar (2015), bij het doorlopen van de beslisboom kan niet gesteund worden op de resultaten van voorgaand jaar.

⁴² Het is voor de zorgaanbieder een vrije keus om 1 van deze 3 opties te kiezen.

verslaglegging blijkt dat is voldaan aan de actuele definitie (er is sprake van lokaal anesthesie, inspectie, reiniging en er is sprake van excisie en/of hechting van de wonden). Toetsingscriteria: er moet minimaal sprake zijn van lokaal anesthesie.

- B. Het foutpercentage uit het Zelfonderzoek 2015 toepassen op de bovengenoemde massa. Er hoeft in dat geval geen aanvullende deelwaarneming of overige werkzaamheden meer uitgevoerd te worden.
- C. Op bovengenoemde deelmassa middels integrale controle vaststellen dat uit verslaglegging blijkt dat is voldaan aan de actuele definitie (er is sprake van lokaal anesthesie, inspectie, reiniging en er is sprake van excisie en/of hechting van de wonden). Toetsingscriteria: er moet minimaal sprake zijn van lokaal anesthesie.

2016:

Data-analyse voor deelwaarneming:

- 1. Stel vast welke zorgactiviteiten wondbehandeling <5 cm 038944 en 038945 wondbehandeling > 5cm zijn geregistreerd).

Deelwaarneming:

- 1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa en dossieronderzoek vast dat uit verslaglegging blijkt dat is voldaan aan de voorwaarden bij zorgactiviteit 038944, is de wond kleiner of gelijk aan 5 cm zonder wondrandexcisie. Bij zorgactiviteit 038945 is de wond met wondrandexcisie of wondbehandeling van een wond groter dan 5 cm zonder wondrandexcisie (o.a. necrotomie, debridement).

Hoe te corrigeren

Data-analyse/integrale controle: micro-correctie.

Toepassen foutpercentage handreiking 2015 (indien van toepassing): macro-correctie

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

7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 14.2.1 / 14.2.5 / Bijlage 7
NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 26.1a / 26.1c

Beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879)

2015:

BR/CU-2136, Artikel 14.2.1

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.

2016:

NR/CU-266, Artikel 26.1a

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, 084090, 085091, 085093, 087091, 087092, 087096, 087097, 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 er 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, 085093, 087097, 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 087097 mag niet naast 087070, 087091, 087092, 088090 of 089090 gedeclareerd worden;
- Prestatie 088090 mag niet naast 087070, 087092, 087096, 087097 of 089090 gedeclareerd worden;
- Prestatie 089090 mag niet naast 088090 gedeclareerd worden.

Pathologie (050516 t/m 050523)

2015:

BR/CU-2136, Artikel 14.2.5

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 zorgvraag. Per type histologisch of cytologisch onderzoek, dat uit meerdere inzendingen kan bestaan, geldt één specifieke declaratiecode. 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.

2016:

NR/CU-266, Artikel 26.1c

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 zorgvraag. Per type histologisch of cytologisch onderzoek, dat uit meerdere inzendingen kan bestaan, geldt één specifieke declaratiecode. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen aanvragers uit de eerste en tweede lijn. In afwijking tot bovenstaande geldt voor huidpreparaten één code per inzending, met uitzondering van MOH's en neoplasie met schildwachtklier (waarvoor de algemene regel van één declaratiecode per onderzoek geldt).

De declaratiecode wordt bepaald door de combinatie aard materiaal en ingreep, zoals vastgesteld in bijlage 7 van deze regeling. 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.

Toelichting

Uit FAQ Handreiking 2015:

Het is gerechtvaardigd om twee zorgactiviteiten vast te leggen in de volgende situaties:

De zorgactiviteiten/overige zorgproducten van beeldvormende diagnostiek en pathologie zijn gedefinieerd per 'onderzoek' en niet per foto of per weefsel. Het vastleggen van twee zorgactiviteiten is toegestaan indien er wordt voldaan aan onderstaande criteria:

- Er moet uitgevoerd zijn wat in de omschrijving van de zorgactiviteit vermeld staat.
- Onder een onderzoek dient te worden verstaan: die verrichtingen (zowel doorlichten als foto's) die nodig zijn om voor een onderzoek tot een conclusie of diagnose te komen.
- Als er daadwerkelijk twee keer op een dag een volledig onderzoek wordt uitgevoerd (onder andere met twee conclusies), dan is het op basis van onze regelgeving toegestaan om dit als twee onderzoeken vast te leggen.

Voorbeeld: Indien beide knieën onderzocht worden voor een zorgvraag voor beide knieën, waarbij er sprake is van het uitvoeren van zorgactiviteiten om te komen tot twee conclusies of diagnoses, dan is het aannemelijk dat er sprake is van twee onderzoeken.

Er mag slechts een enkele zorgactiviteit worden geregistreerd in de volgende situatie:

Indien er sprake is van het maken van een vergelijkingsfoto om tot een diagnose te komen maakt het aannemelijk dat beide foto's onderdeel zijn van één volledig onderzoek (bijvoorbeeld 089402 Radiologisch onderzoek knie en/of onderbeen) en mag er dus slechts één onderzoek worden vastgelegd.

Indien de situatie onduidelijk is:

Indien er meerdere onderzoeken op één dag geregistreerd cq. gedeclareerd worden dient de noodzaak evident te blijken uit de medisch context, of nader onderbouwd te worden door de instelling. Hierbij kan de instelling het patiëntdossier (DBC zorgproduct) of de externe aanvraag (overig zorgproduct) beoordelen. Hierbij geldt het principe: niet vastgelegd is niet gedaan, met daarbij de aanvulling dat indien op een andere manier aannemelijk gemaakt kan worden dat het is gedaan, de instelling hierover rapporteert (conform hoofdstuk 2 van de Handreiking).

Let op: als het gerechtvaardigd is om twee zorgactiviteiten te registreren betekent dit niet dat er automatisch sprake is van twee DBC's.

Andersom: als een patiënt twee DBC's heeft dan betekent dit niet dat het automatisch gerechtvaardigd is om twee zorgactiviteiten te registreren.

Advies voor controleren

Data-analyse:

Beeldvormende diagnostiek: de data-analyse voor dit onderdeel moet gericht zijn op DBC's, OZP's of een combinatie van beiden.

2015:

1. Stel vast voor welke patiënten er sprake is van meer dan twee MRI-zorgactiviteiten 082490, 083190, 083290, 083390, 084090, 085093, 087097, 088090 of 089090 op één kalenderdag. De zorgactiviteit vanaf de 3e is onjuist geregistreerd.

2016:

1. Stel vast voor welke patiënten er sprake is van meer dan twee MRI-zorgactiviteiten 082490, 083190, 083290, 083390, 084090, 085090, 087090, 088090 en 089090 op één kalenderdag. Deze zorgactiviteit vanaf de 3e is onjuist geregistreerd.

2. Stel vast voor welke patiënten een MRI-hersenenstandaard (081093) en MRI-achterste schedelgroeve (082490) op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd. Eén van deze zorgactiviteiten is onjuist geregistreerd (ter bepaling door de instelling).
3. Stel vast voor welke patiënten een MRI-abdomen (087097) en een Echografie van de buikorganen, MRI-lever, MRI-prostaat, MRI-bekken of MRI-heup(en)/onderste extremiteiten (087070, 087091, 087092, 088090 of 089090)) op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd. De instelling bepaalt welke zorgactiviteit onjuist is geregistreerd.
4. Stel vast voor welke patiënten een MRI-bekken (088090) en een Echografie van de buikorganen, MRI-prostaat, MRI-rectum, MRI-abdomen of MRI-heup(en)/onderste extremiteiten (087070, 087092, 087096, 087097 of 089090) op dezelfde dag zijn geregistreerd. De instelling bepaalt welke zorgactiviteit onjuist is geregistreerd.

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

Beeldvormende diagnostiek: de data-analyse voor dit onderdeel moet gericht zijn op DBC's, OZP's of een combinatie van beiden.

1. Stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteiten beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879) op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd en binnen verschillende subtrajecten vallen of minimaal één van beide een overig zorgproduct betreft. Betrek hierbij de financiële impact. Indien de zorgactiviteiten binnen verschillende subtrajecten vallen en het verwijderen van de 2^e of volgende zorgactiviteit geen impact heeft op de afleiding van het zorgproduct (en dus geen financiële impact) dan hoeft deze niet in de deelwaarneming beoordeeld te worden. Deze zorgactiviteiten behoren tot de eerste deelmassa.

Pathologie: de data-analyse voor dit onderdeel moet gericht zijn op alleen OZP's.

1. Stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteiten pathologie (050016 t/m 050523) op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd en waarvan minstens 1 zorgactiviteit als overig zorgproduct is geregistreerd. Deze zorgactiviteiten behoren tot de tweede deelmassa. Twee zorgactiviteiten pathologie die binnen één of verschillende DBC-subtraject(en) vallen worden hier uitgesloten van de deelmassa.

Deelwaarneming:

1. Bepaal uit beide deelmassa's (separaat) een deelwaarneming en stel middels het uitvoeren van dossieronderzoek op de getrokken posten uit beide deelwaarnemingen vast dat bovenstaande richtlijnen correct zijn toegepast.

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)

Beknopte samenvatting:

Het is niet toegestaan dure en weesgeneesmiddelen en/of stollingsfactoren te registreren en declareren, terwijl er niet voldaan wordt aan de indicatievoorwaarden⁴³ conform de geldende NZa-regelgeving.

Alleen wanneer er voldaan wordt aan de indicatievoorwaarden conform de geldende NZa-regelgeving mag een geneesmiddel of stollingsfactor 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-2147	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 7a
			Artikel 13.2 / 13.4 / Bijlage 5 / Prestatie- en tariefbeschikking add-on geneesmiddelen

2016:

Een add-on geneesmiddel is een overig zorgproduct, uitgedrukt in zorgactiviteiten, dat additioneel bij een DBC-zorgproduct wordt gedeclareerd indien de stofnaam en de indicatie van een geneesmiddel zijn vastgesteld als add-on.

i. Als hoofdregel geldt dat de kosten van een geneesmiddel integraal onderdeel zijn van een DBC-zorgproduct. Indien bekostiging van een geneesmiddel niet als integraal onderdeel van een DBC-zorgproduct kan verlopen, stelt de NZa voor deze combinaties van stofnamen (werkzame stof) en indicaties add-on prestaties vast. In artikel 10 wordt beschreven wanneer een add-on wordt vastgesteld.

ii. Een add-on prestatie wordt gebaseerd op de gebruikte hoeveelheid in (eenheden van) gram, units (E of IE) of becquerel (Bq) per toedieningsvorm (bijvoorbeeld infusiepoeder of injectievloeistof) per patiënt per gebruikte eenheid.

iii. Het wel of niet beschikbaar zijn van een add-on geneesmiddel is geen duiding van een aanspraak of recht op vergoeding voor een individuele patiënt.

iv. De NZa houdt een overzicht bij van alle add-on geneesmiddelen in de NZa Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen (hierna 'add-on geneesmiddelenlijst'). De add-on geneesmiddelenlijst wijzigt bij de vaststelling of verwijdering van een add-on prestatie. Het genomen besluit is opgenomen in zowel de add-on geneesmiddelenlijst als in een prestatie- en tariefbeschikking add-on.

Stollingsfactoren zijn 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. Stollingsfactoren zijn aan patiënten

⁴³ Zie bijlage (PM) voor een overzicht van deze indicatievoorwaarden.

toegediende dan wel afgeleverde geneesmiddelen.

i. Als hoofdregel geldt dat de kosten van een geneesmiddel integraal onderdeel zijn van een DBC-zorgproduct. Indien bekostiging van een geneesmiddel niet als integraal onderdeel van een DBC-zorgproduct kan verlopen, stelt de NZa voor de productnamen overige zorgproducten stollingsfactoren (hierna stollingsfactoren) vast. In artikel 10 wordt beschreven wanneer een stollingsfactor wordt vastgesteld.

ii. Een stollingsfactor wordt gebaseerd op de gebruikte hoeveelheid in (eenheden van) gram of units (E) per patiënt per toediening.

iii. Het wel of niet beschikbaar zijn van een stollingsfactor is geen duiding van een aanspraak of recht op vergoeding voor een individuele patiënt.

iv. De NZa houdt een overzicht bij van alle stollingsfactoren in de Prestatie- en tarieventabel stollingsfactoren (hierna 'stollingsfactorenlst'). De stollingsfactorenlst wijzigt bij de vaststelling of verwijdering van een stollingsfactor. Het genomen besluit is opgenomen in zowel de stollingsfactorenlst als in een prestatie- en tariefbeschikking stollingsfactoren.

NZa-prestatietabel:

Bij deze regelgeving hoort de bijlage 'Prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen'. Het gaat dan om het tabblad 'NZa-prestatietabel'. En de bijlage 'Prestatie- en tarieventabel stollingsfactoren'.

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

Advies voor controleren

Controlepunt 8a: Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen

Advies voor controleren controlepunt 8a

Er zijn twee basisdocumenten voor deze controle:

1. Add-on combinatielijst (combinatie van DBC-diagnose en add-ons), zie website ZN
2. NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen (inclusief overzicht indicaties per geneesmiddel), zie website NZa

Data-analyse dure en weesgeneesmiddelen op declaratieniveau:

1. Stel vast welke add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met facturatedatum in 2016 en aan welke DBC-zorgproducten deze zijn gekoppeld.

1. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'niet goed' op de add-on combinatie lijst.⁴⁴
2. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'goed' op de add-on combinatie lijst.
3. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'nader beoordelen' of die niet voorkomen op de add-on combinatie lijst (groep overig).

Categorie	Beoordeling door ziekenhuis	Beoordeling door zorgverzekeraar
1.	Integraal afkeuren of met integrale controle aantonen dat specifieke declaraties alsnog voldoen aan indicatievereisten op de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen.	Niet van toepassing bij integrale afkeuring. Onderbouwing van alsnog goedgekeurde regels, wordt beoordeeld op basis van het medisch dossier.
2.	Integraal goedkeuren.	Geen ⁴⁵
3.	Integrale controle op basis van indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen.	

Integrale controle categorie 3 op patiëntniveau:

Categorie 3 dient integraal te worden gecontroleerd. Deze integrale controle vindt plaats op patiëntniveau. Dat wil zeggen dat per patiënt per geneesmiddel moet worden vastgesteld dat de indicaties waarvoor het geneesmiddel is voorgeschreven voldoet aan de indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen. Deze integrale controle kan uitgevoerd worden door middel van controle per patiënt op basis van het medisch dossier, maar mag ook middels onderstaande afpelmethode. Alle stappen in deze methode zijn optioneel m.u.v. de laatste stap. In het onderzoeksdossier van het ziekenhuis dient de beoordeling van categorie 3 juist te worden vastgelegd, inclusief welke oordeel op basis van welke stap in de afpelmethode is gedefinieerd.

Afpelmethode:

1. Indien sprake is van meerdere DBC-subtrajecten: stel vast welke diagnoses voor deze patiënten geregistreerd zijn in een (ander) parallel subtraject⁴⁶ op het moment van uitvoerdatum van de add-on.
 - a. Stel vast welke van deze diagnoses (in combinatie met add-ons) vallen onder de categorie 'goed' op de Add-on combinatie lijst. Deze kunnen integraal goedgekeurd worden.
 - b. Stel vast welke van deze diagnoses (in combinatie met add-ons) vallen onder de categorie 'niet goed' op de Add-on combinatie lijst. Deze kunnen integraal afgekeurd worden.
2. Stel vast voor welke patiënten de geneesmiddelen in handreiking 2015 al integraal zijn beoordeeld op basis van het medisch dossier en waarvan het bewijs voor dit oordeel is gedocumenteerd. Neem dat oordeel over.

⁴⁴ Indien per patiënt hetzelfde geneesmiddel aan verschillende diagnoses van subtrajecten is gekoppeld, wordt de combinatie van categorieën ook ingedeeld in één van de hoofdcategorieën.

⁴⁵ Het is voor zorgverzekeraars mogelijk om in het kader van materiële controle of spiegelinformatie zelf nader onderzoek te doen.

⁴⁶ Dit kunnen ook niet declarabele subtrajecten zijn.

3. Stel vast of op basis van andere geregistreerde gegevens in het medisch dossier (zoals ICD10-diagnoseregistratie) voor combinaties van diagnoses en add-on geneesmiddelen integraal kan worden vastgesteld dat voldaan wordt aan de indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen. Deze kunnen integraal goedgekeurd worden.
4. De restgroep die overblijft van categorie 3 wordt integraal (patiënt voor patiënt) beoordeeld. Hierbij moet worden vastgesteld dat de indicaties waarvoor het middel is voorgeschreven voldoet aan de indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen. In deze integrale controle mag de volgende werkwijze worden gehanteerd: Indien sprake is van meer dan 25 patiënten per geneesmiddel is een aselechte deelwaarneming van 25 patiënten toegestaan. Indien hier geen fouten in worden geconstateerd mag het hele geneesmiddel in de restcategorie patiënten goedgekeurd worden. Indien er een fout wordt gevonden, dienen alle patiënten integraal te worden gecontroleerd.

Controlepunt 8b: Het onterecht registreren en declareren van stollingsfactoren

Advies voor controleren controlepunt 8b

Data-analyse stollingsfactoren op declaratieniveau:

1. Stel vast welke stollingsfactoren zijn gedeclareerd met facturatedatum in 2016.
2. Stel vast of de instelling een 'ex artikel 8 WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten' is. Indien dit niet het geval is, dienen alle declaraties te worden afgekeurd.
3. Stel vast welke diagnoses voor deze patiënten geregistreerd zijn in een lopend (parallel) subtraject⁴⁷ op het moment van uitvoerdatum van de stollingsfactor.
Stel vast bij welke patiënten sprake is van één van de volgende diagnoses:
 - Interne Geneeskunde - diagnose 741 (Hemofilie)
 - Interne Geneeskunde - diagnose 742 (Von Willebrandziekte)
 - Interne Geneeskunde - diagnose 749 (Overige hemorragische diathese obv stollingstoornis nno)
 - Kindergeneeskunde - diagnose 6004 (Hemofilie)
 - Kindergeneeskunde - diagnose 6006 (Stollingsstoornissen (overige))
 - Kindergeneeskunde - diagnose 6008 (Von Willebrand)
 Deze kunnen integraal worden goedgekeurd.

Integrale controle patiëntniveau:

De resterende massa (waar geen sprake is van bovengenoemde diagnoses) wordt integraal (op patiëntniveau) beoordeeld. Daarbij mag de volgende afpelmethode worden gehanteerd:

1. Stel vast voor welke patiënten de geneesmiddelen in handreiking 2015 al integraal zijn beoordeeld op basis van het medisch dossier en waarvan het bewijs voor dit oordeel is gedocumenteerd. Neem dat oordeel over.
2. Stel vast of er op/tijdens of in de 2 jaar voorafgaand aan de stollingsfactor een DBC aanwezig is (geweest) met diagnose 741, 742 of 749 bij interne geneeskunde (volwassenen) of diagnose 6004, 6006 of 6008 bij kindergeneeskunde (kinderen). Indien dit het geval is, is de stollingsfactor terecht geregistreerd.

⁴⁷ Dit kunnen ook niet declarabele subtrajecten zijn.

3. De restgroep die overblijft wordt integraal (patiënt voor patiënt) beoordeeld.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

CONCEPT

9 Onterecht zorgtraject/subtraject

Beknopte samenvatting:

Een zorgtraject moet geopend worden bij het eerste patiënt-contact. Dit moet door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert worden gedaan en conform registratieregels van de NZa (waaronder het typeren van de juiste diagnosecode).

Het is niet toegestaan om zorg ten laste van de Zvw in rekening te brengen terwijl er geen geldige verwijzing aanwezig is (uitzondering acute zorg).

Het is niet toegestaan om zorg ten laste van de Zvw in rekening te brengen terwijl er geen rechtmatige verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg).

Het is niet toegestaan een parallel zorg- en/of subtraject te openen voor hetzelfde specialisme terwijl er geen sprake is van een nieuwe/eigen zorgvraag met diagnosestelling en behandeling.

Regelgeving/beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 7.26
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 17.1.L.M.N Artikel 7.1, 7.2, 7.8, 8.1 Artikel 8.1.a, 8.1.b, 8.1.c.toelichting, 8.2, 8.3
BR/CU-2147	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 3.bb
NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 35.1.M, N, O Artikel 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2 Artikel 5a.1, 5a.2, 5a.4, 5b.1, 5b.2

Verwijsregistratie

2015:

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 patiënt⁴⁸ (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)⁴⁹.

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

⁴⁸ 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.

⁴⁹ 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.

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.

2016:

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 patiënt⁵⁰ (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).⁵¹

AGB-code verwijzer: Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder I3, I4 en I6 dient op de declaratie een AGB-code 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 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 van het verwijzend specialisme vermeld te worden.

Openen Zorgtraject

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 diagnostiek⁵² 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 ondersteunende specialisten: interventie-radioloog (0362), anesthesist als pijnbestrijder (0389) en klinisch geneticus (0390)⁵³. Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant.

⁵⁰ 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.

⁵¹ 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.

⁵² 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.

⁵³ Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie hebben, maar declareren alleen overige zorgproducten.

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 specialisme⁵⁴ een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling⁵⁵.

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

2016:

Poortfunctie: typering van een zorgaanbieder die een zorgtraject voor medisch specialistische zorg kan starten. De poortfunctie kan uitgevoerd worden door de poortspecialist en de volgende ondersteunende specialisten: interventie-radioloog (0362), anesthesist als pijnbestrijder (0389) en klinisch geneticus (0390). Daarnaast kan de poortfunctie ook uitgevoerd worden door de volgende beroepsbeoefenaren, niet zijnde medisch specialisten: arts-assistent, klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant.

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

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 de typeringslijst niet beschikbaar of volledig is, voor dat type van zorg.

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg. Voor de meeste beroepsbeoefenaren die de poortfunctie kunnen uitvoeren, zijn door de NZa typeringslijsten vastgesteld. Indien deze typeringslijst niet volledig is, of indien er geen typeringslijst beschikbaar is voor een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, kan gebruik gemaakt worden van de typeringslijst van een ander specialisme voor dat type van zorg.

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 diagnostiek niet passen binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat.

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

Openen parallel zorgtraject

2015:

⁵⁴ Hiermee worden alle poortspecialismen bedoeld en de volgende beroepsbeoefenaren als deze de poortfunctie uitvoeren: interventie-radioloog, anesthesist als pijnbestrijder, klinisch geneticus, klinisch fysicus audioloog en de specialist ouderengeneeskunde.

⁵⁵ 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.

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 zorgtraject⁵⁶ (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarbij geldt ook dat aan beide onderstaande voorwaarden moet worden voldaan: Het subtraject van het parallelle zorgtraject⁵⁷ dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten met:

- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen, en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse⁵⁸ 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).⁵⁹
- De combinatie van de (typerende) diagnoses van beide parallelle subtrajecten komt niet voor in de diagnose-combinatietabel (bijlage 1).

Voor paralleliteit bij dubbelzijdige aandoeningen geldt:

- Indien sprake is van beide zijden operatief en geen identieke diagnoses in de diagnose-combinatietabel, mogen twee zorgtrajecten worden gedeclareerd.
- In alle andere situaties mag één zorgtraject worden gedeclareerd.

Toelichting

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

In sommige gevallen kan er sprake zijn van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen betrokken zijn als hoofdbehandelaar.⁶⁰ In dat geval is sprake van een multidisciplinaire behandelingen 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.

2016:

Een parallel zorgtraject (met bij behorende subtrajecten ZT11 en ZT21) bij eenzelfde specialisme wordt alleen 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 zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Het subtraject van het parallelle zorgtraject dient een zorgprofiel met eigen

⁵⁶ Indien er bij een specialisme (bijvoorbeeld kindergeneeskunde) sprake is van één zorgvraag waarbij verschillende subspecialismen zijn betrokken, mag er één zorgtraject worden geregistreerd.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ Zorgprofielklasse 1 staat voor een polikliniekbezoek/consult, zorgprofielklasse 2 staat voor een dagverpleging/langdurige observatie en zorgprofielklasse 3 staat voor een verpleegdag.

⁵⁹ Hierbij dient sprake te zijn van een nieuwe, separate zorgvraag en substantiële meerkosten.

⁶⁰ Op de voorwaarde van hoofdbehandelaarschap geldt een uitzondering voor de interventieradioloog en radiotherapeut.

zorgactiviteiten te hebben, waarvan:

- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen; en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3; of
- 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; en/of
- minimaal één specifieke audiologie zorgactiviteit (range audiologie 190702-190781). Hierbij dient sprake te zijn van een nieuwe, separate zorgvraag en substantiële meerkosten; en/of
- minimaal zorgactiviteit 039898.

De combinatie van de (typerende) diagnoses van het reeds openstaande subtraject en het te openen subtraject van het parallelle zorgtraject mag op de openingsdatum van het te openen parallelle subtraject niet voorkomen in de diagnose-combinatietabel.

Bij paralleliteit bij dubbelzijdige aandoeningen worden alleen twee zorgtrajecten geopend indien sprake is van een operatieve behandeling aan beide zijden en de combinatie van beide identieke diagnosen niet voorkomt in de diagnose-combinatietabel.

Het specialisme cardiologie kent geen paralleliteit, behalve bij ICC, hartrevalidatie en begeleiding bij hart- en hartlongtransplantatie. Het specialisme klinische geriatrie kent ook geen paralleliteit, behalve bij ICC of klinische medebehandeling. Neonatologie binnen het specialisme kindergeneeskunde en het specialisme geriatrische revalidatiezorg kennen helemaal geen paralleliteit.

Er is sprake van multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar een eigen behandeling uitvoeren. In dat geval opent elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject.

Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien binnen een zorgtraject zowel een poortspecialist als een SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist en/of physician assistant een deel van de prestaties in het kader van één zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt er één zorgtraject geopend.

Advies voor controleren

Data-analyse:

Voer de drie onderstaande data-analyses uit.

Stel vast voor welke patiënten parallelle subtrajecten binnen hetzelfde AGB-specialisme met zorgtype 11 of 21 zijn geregistreerd, waarbij:

1. Het parallelle subtraject niet voldoet aan de volgende voorwaarden:
 - a. Minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen (conform registratieaddendum); of
 - b. Minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3; of ZA 039898; of
 - c. Minimaal één zorgactiviteit uit één van de groepen chronische dialyse of chronische thuisbeademing, verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie, gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen (conform registratieaddendum); of
 - d. Minimaal één specifieke audiologie zorgactiviteit (190702 t/m 190781).
2. De combinatie van (typerende) diagnoses van de parallelle subtrajecten voorkomt op de diagnose-combinatietabel.
3. Sprake is van identieke diagnoses die niet op de diagnose-combinatietabel voorkomen, waarbij niet wordt voldaan aan de voorwaarde dat beide trajecten minimaal één zorgactiviteit uit de groep

operatieve verrichtingen bevatten.

Deze subtrajecten zijn onjuist geregistreerd. Na het corrigeren van bovenstaande massa resteert een geschoonde en gecorrigeerde massa waarop de deelwaarnemingen plaatsvinden.

Data-analyse ten behoeve van deelwaarnemingen:

Stel eerst onderstaande deelmassa's vast.

1. Deelmassa 1: alle subtrajecten met ZT11 die in bovenstaande data-analyse niet zijn afgekeurd en waarbij (voor dezelfde patiënt, binnen hetzelfde specialisme) een parallel traject *bestaat* (ZT11 en/of ZT21).
2. Deelmassa 2: alle subtrajecten met ZT11 die niet in deelmassa 1 zitten. Dit zijn als het goed is alle ZT11 waarbij géén parallel traject *bestond*.
3. Deelmassa 3: alle subtrajecten met ZT21 die in bovenstaande data-analyse niet zijn afgekeurd en waarbij (voor dezelfde patiënt, binnen hetzelfde specialisme) een parallel traject *bestaat* (ZT11 en/of ZT21).

Trek per deelmassa een deelwaarneming van 125 posten.

Met betrekking tot de deelmassa's kan, indien in de jaarlijkse steekproef op alle van toepassing zijnde criteria/risico's getoetst is, aangesloten worden bij de jaarlijkse statische steekproef.

1. Stel vast hoeveel posten uit de statistische steekproef onderdeel zijn van deelmassa 1, hoeveel van deelmassa 2, en hoeveel van deelmassa 3. Trek vervolgens (indien nodig) posten bij zodat per deelmassa voldoende posten beoordeeld worden/zijn.

Controleer vervolgens op onderstaande drie risico's:

Iedere post uit de deelwaarneming moet op de voor die post van toepassing zijnde risico's gecontroleerd worden (indien het risico van toepassing is op de desbetreffende deelmassa). Dus alle 125 posten uit de deelwaarneming van deelmassa 1 moeten gecontroleerd worden op risico's 1, 2 en 3.

De 125 posten uit de deelwaarneming van deelmassa 2 moeten gecontroleerd worden op risico's 1 en 2 en de 125 posten uit de deelwaarneming van deelmassa 3 moeten gecontroleerd worden op risico 3.

1. Verwijsregistratie – hierop controleren in de deelwaarnemingen van deelmassa's 1 en 2
Stel door middel van dossieronderzoek vast dat voor de subtrajecten sprake is van:
 - A. Aantoonbaar rechtmatige verwijzing in dossier
 - B. Juiste verwijstype
2. Openen van een zorgtraject (ZT11) – hierop controleren in de deelwaarnemingen van deelmassa's 1 en 2.
 - A. Controleer dat het zorgtraject is geopend door of uit naam van een medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist.
 - B. Stel vast dat het betreffende subtraject is getypeerd met de juiste diagnosecode (herleidbaar in dossier).
 - C. Stel vast dat er sprake is van een nieuwe zorgvraag (oftewel: is het zorgtraject terecht geopend?).
 - D. Stel vast dat de openingsdatum van het subtraject juist is.
 - E. Stel vast dat er terecht sprake is van een zorgtype 11 of had het een zorgtype 13 of 21 moeten zijn?
3. Openen van een parallel traject – hierop controleren in de deelwaarnemingen van deelmassa's 1 en 3.
 - A. Parallelle trajecten dienen in context te worden beoordeeld. Dit betekent dat daarmee ook trajecten buiten de gestoken posten worden beoordeeld. In controle worden alle subtrajecten betrokken waarmee het gestoken traject parallel staat, ongeacht of deze wel of niet onder de scope handreiking valt.

- B. Stel door middel van dossieronderzoek vast dat de gestoken post en de parallelle posten terecht geopend zijn. Hier is sprake van wanneer er voor verschillende zorgvragen een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is.

- a. Is er sprake van een eigen en nieuwe zorgvraag?
- b. Is er sprake van een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek niet passen binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat?
- c. Is er sprake van een eigen diagnosestelling?
- d. Is er sprake van een eigen behandeling?

Overlap:

Om overlap te voorkomen moet met betrekking tot deelmassa 1 eerst beoordeeld worden of er sprake is van een foute registratie met betrekking tot risico's 1 (verwijsregistratie) en/of 2 (openen van een zorgtraject). Indien hier sprake is van een fout met financieel effect, moet deze fout (of fouten) geëxtrapoleerd worden over deelmassa 1. Voor de overige trajecten moet gecontroleerd worden op risico 3 (openen van een parallel traject). Pak hiervoor deelmassa's 1 en 3 samen. Omdat de gestoken posten in de context beoordeeld moeten worden, heeft de netto financiële impact betrekking op zowel DBC's met ZT11 als op DBC's met ZT21. De gezamenlijke netto financiële impact moet daarom geëxtrapoleerd worden over de deelmassa's van 1 en 3 samen.

Hoe te corrigeren

Deelwaarneming: macro-correctie

NB: de methodiek voor extrapolatie is in bijlage 5 separaat aan de handreiking toegevoegd.

10 Onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen heen

Beknopte samenvatting:

Wanneer bij de behandeling van een patiënt meerdere specialismen zijn betrokken, mag ieder specialisme alleen een zorgtraject openen als sprake is van een eigen zorgvraag, eigen diagnosestelling én eigen behandeling.

Regelgeving/beleid

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 / 8.2 / 8.3
BR/CU-2147	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 3.bb
NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 4.1 / 4.2 / 4.3 / 5.2 / 5.3 / 5b.1 / 5b.2

2015 & 2016:

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

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.

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg. Voor de meeste beroepsbeoefenaren die de poortfunctie kunnen uitvoeren, zijn door de NZa-typeringslijsten vastgesteld. Indien deze typeringslijst niet volledig is, of indien er geen typeringslijst beschikbaar is voor een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, kan gebruik gemaakt worden van de typeringslijst van een ander specialisme voor dat type van zorg.

Wanneer er bij de behandeling van de patiënt in verband met verschillende zorgvragen meerdere specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.⁶¹

Er is sprake van multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar een eigen behandeling uitvoeren. In dat geval opent elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject.

Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien binnen een zorgtraject zowel een poortspecialist als een SEH-arts KNMG, artsassistent, verpleegkundig specialist en/of physician assistant een deel van de prestaties in het kader van één zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt er één zorgtraject geopend.

Advies voor controleren

Stel vast voor welke patiënten er meerdere parallele subtrajecten over verschillende AGB-specialismen met zorgtype 11 of 21 zijn geregistreerd waarbij de combinatie van diagnoses voorkomt op de risicolijst diagnosecombinaties (zie bijlage 7) en minimaal één van deze subtrajecten valt onder de scope van het handreikingsjaar. Dit is de te controleren risicomassa voor de data-analyse. De risicolijst betreft vier

⁶¹ 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, kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.

aandoeningen: carpaal tunnelsyndroom, slaapaandoeningen, varices, incontinentie/prolaps.

Data-analyse ten behoeve van bepaling deelmassa's:

Stel voor deze risicomassa vast voor welke patiënten parallelle subtrajecten van verschillende AGB-specialismen met zorgtype 11 of 21 zijn geregistreerd, waarbij in beide subtrajecten sprake is van:

- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen (de 42 dagen lijst uit het registratieaddendum); en/of;
- minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 2 of 3 (2 = dagverpleging, 3 = verpleegdag).

Wanneer hier in beide trajecten sprake van is, wordt deze combinatie goedgekeurd en uitgesloten van verder onderzoek.

De resterende massa vormt de te controleren massa en kan worden opgedeeld in vier deelmassa's voor de vier aandoeningen (carpaal tunnelsyndroom, slaapaandoeningen, varices, incontinentie/prolaps).

Integrale controle voor deelmassa varices:

Deze integrale controle vindt plaats op patiëntniveau. Hierbij moet worden vastgesteld dat beide subtrajecten voldoen aan de criteria uit de nadere regel van de NZa.

Stel door middel van dossier (per aandoening/verzekerde) vast dat sprake is van:

- afzonderlijke en eigen zorgvragen, en;
- separate diagnosestelling, en;
- separate (eigen) behandeling⁶².

Bij een hoog volume bij een bepaalde aandoening in de te controleren massa mag de volgende werkwijze worden gehanteerd:

Indien sprake is van meer dan 25 patiënten per aandoening mag een aselechte deelwaarneming van 25 patiënten worden getrokken. Indien hier geen fouten in worden geconstateerd, mag de hele deelmassa (van deze aandoening) goedgekeurd worden. Indien er een fout wordt gevonden, dienen alle patiënten integraal te worden gecontroleerd.

Ook voor de overige drie aandoeningen mag bovengenoemde integrale controle worden toegepast, maar mag ook worden gewerkt met een deelwaarneming.

Deelwaarnemingen voor de deelmassa's carpaal tunnelsyndroom, slaapaandoeningen, incontinentie/prolaps:

Deze controle vindt plaats op patiëntniveau. Hierbij moet worden vastgesteld dat beide subtrajecten voldoen aan de criteria uit de nadere regel van de NZa. Stel daarvoor door middel van het dossier vast dat sprake is van:

- afzonderlijke en eigen zorgvragen, en;
- separate diagnosestelling, en;
- separate (eigen) behandeling⁶³.

Hoe te corrigeren

⁶² 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, kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.

⁶³ Idem.

Macro-correctie op massa van de deelwaarneming.

Micro-correctie van de integrale controle-

NB: Parallelle trajecten dienen in context te worden beoordeeld, dus in combinatie waarop ze voorkomen in de combinatielijst. Dit betekent dat daarmee ook subtrajecten buiten de scope van de handreiking moeten worden beoordeeld.

NB: de methodiek voor extrapolatie is in bijlage 5 separaat aan de handreiking toegevoegd.

CONCEPT

12a Het vastleggen van een verkeerde, wel verzekerde, zorgactiviteit, bij zorg die niet uit de basisverzekering mag worden vergoed (alsof declaratie)

Beknopte samenvatting:

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-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 23.2
NR/CU-260	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 7.3

2015:

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.

2016:

De verleende zorg wordt vastgelegd in door de NZa vastgestelde enkelzijdig omschreven zorgactiviteiten. De omschrijvingen en definities zoals omschreven in deze nadere regel zijn hierbij leidend.

Toelichting

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.	
	Oranje	80086	Radioembolisatie met Yttrium-90.	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	80828	Embolisatie van vaten.	
	Rood	83061/38430	Ballon kyphoplastiek (BKP).	
	Rood	83057/38431	Percutane vertebroplastiek.	
3.	Groen	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:

1. Stel vast dat voor de bij de uitleg van dit controlepunt genoemde zorgactiviteiten de vertaling van de intern door het ziekenhuis gebruikte zorgactiviteitscodes naar de zorgactiviteiten van de NZa juist is.

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Stel vast welke zorgactiviteiten zijn geregistreerd, die bij de uitleg van dit controlepunt zijn gemarkeerd met de kleur 'Groen'. Deze zorgactiviteiten behoren tot de deelmassa.

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa en dossieronderzoek vast dat de geregistreerde zorgactiviteiten in de kleurcategorie 'Groen' rechtmatig zijn in relatie tot de geleverde zorg, en dat niet in plaats daarvan een zorgactiviteit uit de kleurcategorie 'oranje' of 'rood' geregistreerd had moeten worden.

Hoe te corrigeren

AO/IC: micro-correctie.

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

CONCEPT

12b Het niet voldoen aan de voorwaarden voor vergoeding uit de basisverzekering bij zorg die alleen onder voorwaarde verzekerd is (oranje zorgactiviteiten)

Beknopte samenvatting:

Het is niet toegestaan om zorgactiviteiten die onverzekerde zorg zijn te declareren als verzekerde zorg.

Regelgeving/beleid

BR/CU-2136	01-01-2015	31-12-2015	Artikel 10.3
BR/CU-2147	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 5.8

2015 & 2016:

	Gereguleerd segment	Vrij segment
Aanspraak vanuit Basisverzekering	14xxxx	15xxxx
Geen aanspraak basisverzekering	16xxxx	17xxxx
Onder voorwaarden aanspraak basisverzekering	14xxxx / 16xxxx	15xxxx / 17xxxx

Toelichting

Sommige zorgactiviteiten hebben vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) een zogenaamde aanspraakbeperking en zijn alleen onder voorwaarde verzekerd. Dit betreft de oranje zorgactiviteiten. Soms wordt vooraf door de verzekeraar gecontroleerd of voldaan wordt aan de voorwaarde voor vergoeding uit de basisverzekering. Soms ligt deze beoordeling primair bij de zorgaanbieder en controleert de zorgverzekeraar alleen achteraf.

In de landelijke zorgactiviteitentabel hebben deze zorgactiviteiten een aanspraakcode meegekregen die begint met 26xx of 27xx. Voor deze controle is deze lijst voor de volgende categorieën geschoond:

- Zorgactiviteiten die betrekking hebben op WBMV-zorg (is andere controlepunt);
- Zorgactiviteiten waar vooraf een handmatige machtiging voor wordt afgegeven (alle activiteiten die beginnen met 27xx);
- Zorgactiviteiten 39987, 39988, 39989 en 79994. De maken onderdeel uit van DCM-controles;
- Zorgactiviteiten die in minder dan 50 instellingen worden uitgevoerd;
- Zorgactiviteiten 33631, 35583, 36915, 36916, 39171, 39421, 39487, 39996, 39998, 88511. Deze maken onderdeel uit van reeds bestaande controles van individuele zorgverzekeraars (IVF, Varices);
- Zorgactiviteiten 38750, 39992, 190347. Slechts voor een zeer specifieke indicaties betreft dit onverzekerde zorg (en daarom laag risico).

Zie in bijlage 8 de lijst 'oranje zorgactiviteiten ten behoeve van controlepunt 12b'. Dit betreft de lijst met de resterende 13 zorgactiviteiten.

Voor deze zorgactiviteiten geldt dat wanneer deze als verzekerde zorg zijn gedeclareerd, het ziekenhuis moet kunnen aantonen dat sprake is van verzekerde zorg vanuit de basisverzekering. Alleen in die situaties mag gedeclareerd worden met een declaratiecode 14xxxx of 15xxxx. De voorwaarden die het Zorginstituut Nederland heeft bepaald zijn in de bijlage 9 toegevoegd.

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van de deelwaarneming:

1. Stel vast welke zorgactiviteiten zijn geregistreerd met een aanspraakbeperking uit de lijst 'oranje zorgactiviteiten t.b.v. controlepunt 12b' en onderdeel uitmaken van een DBC die gedeclareerd is met een declaratiecode 14xxxx of 15xxxx (aanspraak vanuit de basisverzekering).

Deelwaarneming:

1. Deelwaarneming op bovengenoemde massa. Het staat hierin vrij deze massa op te delen in homogene deelmassa's.

Beoordelingskader:

1. Stel vast dat de geregistreerde zorgactiviteiten terecht als verzekerde zorg zijn gedeclareerd. Het inhoudelijk kader voor deze beoordeling is te vinden in het document 'overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode zvw' van het Zorginstituut Nederland.⁶⁴ Dit betekent concreet dat vastgesteld moet worden of het gedeclareerde DBC zorgproduct terecht met declaratiecode 14xxxx of 15xxxx gedeclareerd is of dat dit declaratiecode 16xxxx of 17xxxx had moeten zijn.

Hoe te corrigeren

Deelwaarneming: macro-correctie⁶⁵ en micro-correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

⁶⁴ Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/pakket/zvw-kompas/medisch-specialistische-zorg/dbc-systeem/dbc-systeem/dbc-systeem/zinl%3Adocuments%5B2%5D/1608-overzicht-zorgactiviteiten-met-aanspraakcode-zvw/Overzicht+zorgactiviteiten+met+aanspraakcode+Zvw.pdf>

⁶⁵ Hierbij wordt opgemerkt dat bij een macroafwikkeling het bedrag aan de zorgverzekeraar wordt terugbetaald dat ten onterechte ten laste van de Zvw was gedeclareerd, maar dat niet inzichtelijk is aan welke patiënten een nota kan worden gestuurd voor onverzekerde zorg. Dit is voor risico van het ziekenhuis. Wanneer een ziekenhuis dat ongewenst vindt mag dit controlepunt ook integraal worden gecontroleerd.

15 Declareren van WBMV-verrichtingen zonder vergunning

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

Het is verboden om zonder vergunning activiteiten uit te voeren of te doen uitvoeren waarvoor de minister van VWS heeft bepaald dat deze alleen uitgevoerd mogen worden door instellingen die hiervoor door de minister zijn aangewezen. Dit is vastgelegd in de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) en bijbehorende regeling en planningsbesluit. Dit betreft de volgende behandelingen:

- orgaantransplantatie,
- implantatie van kunstorganen,
- autologe en allogene transplantatie van hematopoietische stamcellen uit beenmerg, perifere bloed of navelstrengbloed;
- celtransplantatie,
- bijzondere interventies aan het hart,
- protontherapie
- bijzondere neurochirurgie,
- klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing,
- in-vitrofertilisatie,
- neonatale intensive care met uitzondering van neonatale chirurgische zorg.

Deze behandelingen zijn door de NZa gekenmerkt met een WBMV-code in de zorgactiviteitentabel. Zie bijlage 10 Lijst WBMV-zorgactiviteiten met de selectie van de betreffende activiteiten.⁶⁶

Wanneer verrichtingen volgens de wet niet mogen worden uitgevoerd is het ook niet toegestaan deze verrichtingen te declareren.

Het ministerie van VWS heeft in het navolgende overzicht vastgelegd welke instellingen voor welke WBMV-zorg een vergunning hebben ontvangen: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/documenten/vergunningen/2013/02/20/overzicht-vergunningen-in-het-kader-van-de-wet-bijzondere-medische-verrichtingen-wbm>

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke WBMV verrichtingen gedeclareerd zijn, waarvoor geen vergunning is voor de eigen instelling. Deze verrichtingen zijn onjuist geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

⁶⁶ Met uitzondering van add-on stollingsfactoren, deze zijn al in CP8 meegenomen.