

Handreiking

Rechtmatigheidscontroles

MSZ 2020

Versie 1.0

Inhoud

1. Inleiding	4
2.1 Wat is Horizontaal Toezicht	4
2.2 Implementatie Horizontaal Toezicht	5
2.3 Wanneer komt u in aanmerking voor de stimuleringsregeling?	5
2.4 Hoe werkt de stimuleringsregeling?	5
3. Algemene aanpak en uitgangspunten	6
3.1 Reikwijdte	6
3.2 Onderzoeksmassa	6
3.3 Mijlpalen	7
Bij deelname aan de stimuleringsregeling (zie hoofdstuk 2) is het wenselijk om bovengenoemde deadlines te vervroegen, hierover worden afspraken gemaakt tussen de instelling en de representerende zorgverzekeraar.	7
3.4 Rol Accountant	7
3.5 Privacy	7
3.6 Toetsing door zorgverzekeraars	8
4. Methode	8
4.1 Uitgangspunten correctie op microniveau	8
4.3 Netto financiële impact	9
4.4 Toetsing bestaan en werking AO/IB Als voorwaarde voor een deelwaarneming ter toetsing van bestaan en werking AO/IB 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 controle en gesteund kan worden op de IT General Controls van het ZIS, dan dient de werking van de geprogrammeerde controle eenmaal te worden vastgesteld.	9
4.5 Deelwaarneming bij de Handreiking Rechtmatigheidscontroles MSZ 2020	9
1 Registreren van zorgactiviteiten	12
1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - Polikliniekbezoek tijdens klinische opname/dagverpleging/verpleegdag/observatie	12
1.2 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag	14
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)	16
1.4 Onterecht registreren van screen-to-screen consult, belconsult of schriftelijke consultatie	21
2 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult	24
3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling (impact corona situatie!!!)	26
4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging	28
5 Onterecht vastleggen van een klinische zorgactiviteit	31
5.1 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Specifiek voor verpleging ingerichte afdeling	31

5.2 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Minimaal één overnachting	33
5.4 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten binnen 1 specialisme	36
5.5 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten over meerdere specialismen	38
5.6 Onterecht vastleggen van een langdurige observatie (zonder overnachting)	40
5.9 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag	42
6 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit	44
6.11 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie	44
6.12 Onterecht declareren van een uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie; taakdelegatie... 46	
6.15 Onterecht vastleggen van zorgactiviteit wondbehandeling (ZA code 038945)	47
7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie	48
8 Het onterecht registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en ozp- stollingsfactoren (uitvoerdatum 2019 en 2020)	52
9 Onterecht zorgtraject/subtraject	58
10a Onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen heen (geopend vóór 2020)	67
10b Onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen heen (Geopend in 2020)	69
12 Het niet voldoen aan de voorwaarden voor vergoeding uit de basisverzekering bij zorg die alleen onder voorwaarde verzekerd is (oranje zorgactiviteiten)	71

1. Inleiding

De Handreiking Rechtmatigheidscontroles 2020 is door vertegenwoordigers van ziekenhuizen, UMC's en zorgverzekeraars opgesteld. Zoals gebruikelijk is deze Handreiking aangepast aan de nieuwe regelgeving 2020 en zijn er een aantal wijzigingen ten opzichte van de Handreiking 2019. In bijlage 16 is een totaaloverzicht opgenomen van alle wijzigingen in de Handreiking 2020 (exclusief die ten gevolge van het Coronavirus) ten opzichte van 2019.

Als gevolg van het coronavirus heeft de NZa besloten een tijdelijke versoepeling van de regelgeving te hanteren voor MSZ. De uitbraak van het Coronavirus heeft grote gevolgen voor de wijze waarop zorg aan patiënten in 2020 is geleverd. De Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-2001a) bevat enkele voorschriften die de declaratie van geleverde zorg als gevolg van de uitbraak van het Coronavirus kan belemmeren. Aangezien veilige zorg aan patiënten voorop staat, heeft de NZa aangegeven dat de regelgeving hierin niet belemmerend moet zijn. Om deze reden is tijdelijk een aantal voorschriften versoepeld/vervallen.

De buitenwerkingstelling is met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2020 in werking en geldt tot nader order, dat wil zeggen tot het moment dat NZa bekendmaakt dat de buitenwerkingstelling weer wordt opgeheven. De versoepeling heeft impact op diverse controlepunten, in de Handreiking wordt per controlepunt aangegeven of sprake is van versoepeling van de regelgeving. Daarbij dient gesteld te worden dat mogelijk er niet alle gevolgen van het coronavirus aan de voorkant uitgekristalliseerd kunnen worden in de Handreiking 2020. Derhalve kan het mogelijk zijn dat in 2021 aanvullende besluitvorming uitgebracht wordt in de geest van de versoepeling van de regelgeving.

N.B: er wordt voor de Handreiking 2020 één deelmasa gehanteerd waarbij na 1 maart 2020 de wijze waarop de zorg dan wel prestatie geleverd wordt los gelaten zal worden. In de beoordeling van de posten zal rekening gehouden worden met de van kracht zijnde wet- en regelgeving (vóór of vanaf 1 maart 2020).

Deze Handreiking 2020 biedt u, net als de Handreiking 2019, de mogelijkheid om een grote stap te zetten naar Horizontaal Toezicht. Om de overgang naar Horizontaal Toezicht te blijven stimuleren, wordt de stimuleringsregeling voor de komende jaren gecontinueerd. Deze stimuleringsregeling biedt u een verlichting van de administratieve lasten op de verantwoording van de Handreiking. Hierdoor komt ruimte vrij om verdere stappen te zetten naar Horizontaal Toezicht. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) moedigen aan dat ziekenhuizen en UMC's, die het afgelopen jaar niet zijn ingestapt, van de stimuleringsregeling gebruik te gaan maken.

2. Stimuleringsregeling Horizontaal Toezicht

2.1 Wat is Horizontaal Toezicht

Horizontaal Toezicht Zorg is de samenwerking tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders die steunt op vertrouwen, wederzijds begrip en transparantie in handelen en richt zich op de rechtmatigheid van de zorguitgaven. In plaats van gegevensgerichte controles achteraf werken partijen samen om de rechtmatigheid van declaraties in de processen aan de voorkant te borgen. Dit is niet alleen een efficiëntere manier om correct registreren en declareren te borgen, maar het is ook effectiever. Horizontaal Toezicht sluit namelijk aan op het profiel en de systemen van het ziekenhuis. Begrippen die hierbij centraal staan: Vertrouwen, Proces, Maatwerk, Bronregistratie, Transparantie en Relatie. Meer informatie hierover is te vinden op de website www.horizontaaltoezichtzorg.nl.

2.2 Implementatie Horizontaal Toezicht

Voor de uitrol van Horizontaal Toezicht worden 5 fasen onderscheiden. De volgende fasen worden doorlopen:

- **A) Verkennen.** In deze stap wordt een bestuurlijk besluit genomen om over te gaan op Horizontaal Toezicht.
- **B) Inventariseren.** Aan de hand van het instapmodel Horizontaal Toezicht Zorg kan een zorgaanbieder een QuickScan van de organisatie maken om vast te stellen in hoeverre de organisatie gereed is om over te gaan op Horizontaal Toezicht.
- **C) Verbeteren.** Op basis van de uitkomsten van het instapmodel worden eventuele verbeteringen in de organisatie en processen doorgevoerd.
- **D) Implementeren.** Om de uitvoering van Horizontaal Toezicht op een eenduidige manier te laten plaatsvinden is een landelijk Control Framework ontwikkeld. In het Control Framework zijn de risico's en beheersingsmaatregelen opgenomen.
- **E) Verantwoorden.** In deze fase wordt jaarlijks de werking van de beheersmaatregelen vastgesteld.

2.3 Wanneer komt u in aanmerking voor de stimuleringsregeling?

Om in aanmerking te komen voor de stimuleringsregeling neemt de instelling vóór 1 april van jaar T het bestuurlijk besluit om over te gaan op Horizontaal Toezicht met een ambitie om de overgang naar Horizontaal Toezicht binnen twee jaar te realiseren. Dit betekent dat uw instelling zich over het jaar T + 2 verantwoord middels Horizontaal Toezicht. Voor het aanvragen van de stimuleringsregeling dient u fase A (bestuurlijk besluit) te hebben afgerond.

Eveneens gaat u vóór 1 april jaar T de dialoog aan met uw representerende zorgverzekeraars. Na dit gesprek wordt gezamenlijk besloten door u en de representerende zorgverzekeraar of de stimuleringsregeling bij u geschikt is, welke afspraken er nog aanvullend nodig zijn en welke mijlpalen u met elkaar overeenkomt om de ambitie te realiseren.

Mogelijk neemt u al deel aan de stimuleringsregeling naar aanleiding van de Handreiking 2019. In dat geval zijn bovenstaande voorwaarden niet op uw instelling van toepassing, maar gelden de reeds gemaakte afspraken.

2.4 Hoe werkt de stimuleringsregeling?

U richt zich in de verantwoordingswerkzaamheden enkel op de 8 risico's uit de Handreiking met de grootste financiële impact voor de instelling in de afgelopen 3 jaar. Onder risico wordt een controlepunt verstaan uit de Handreiking (bijvoorbeeld 1.2, 8, etc.). U kunt er ook voor kiezen om de 5 grootste risico's uit de Handreiking in afgelopen 3 jaar te combineren met 3 instelling specifieke risico's die niet voorkomen in de Handreiking.

De gemaakte keuze en de selectie van 8 risico's stemt u vooraf af met de representerende zorgverzekeraar. Daarbij worden ook afspraken gemaakt over:

- De aanpak (AO/IB of gegevensgericht)
- De uit te voeren werkzaamheden
- De afstemmings- en rapportagemomenten
- Reviewproces van de representerende zorgverzekeraar

Vanwege deze afspraken en intensievere samenwerking is een rapport van feitelijke bevindingen door de externe accountant (RvF) vanaf de Handreiking 2019 niet meer vereist. In dat geval stelt een onafhankelijk medewerker (**expliciet vereiste**) binnen uw instelling, aan de hand van bijlage 1 - Werkzaamheden HR 2020 i.v.m. vervallen RvF, zelf vast dat de onderzoekspunten van de accountant en de aansluitingen van het ZIS met de jaarrekening door uw eigen instelling zijn vastgesteld en gerapporteerd in het verantwoordingsdocument. De hierbij behorende documentatie wordt overlegd aan de representerende zorgverzekeraar.

In november 2020 evalueert u samen met uw representerende zorgverzekeraar de voortgang van de implementatie van Horizontaal Toezicht. Indien op dat moment blijkt dat de afgesproken tijdslijnen niet zijn gevolgd, kan er besloten worden om alsnog de Handreiking 2020 uit te voeren op alle controlepunten en dient ook een rapport van feitelijke bevindingen aangeleverd te worden.

2.5 Wat levert dit u op?

Deze stimuleringsregeling zorgt ervoor dat u minder tijd kwijt bent aan de verantwoording op basis van de Handreiking en geeft u sneller zekerheid over de uitkomsten. U bouwt de HT-relatie met de representerende zorgverzekeraar verder op en bespaart kosten en tijd. De vrijgekomen tijd kan worden ingezet om verdere stappen naar Horizontaal Toezicht te zetten en zorg te dragen voor een goede beheersing op alle risico's.

In de stimuleringsregeling is sprake van een mix van verantwoording op basis van de Handreiking en de stappen die gezet worden naar HT. Hierdoor ontstaat minimaal een gelijkwaardige zekerheid over de juistheid van de zorguitgaven en is er sprake van een groeipotentieel naar een meer efficiënt en effectief toezicht.

3. Algemene aanpak en uitgangspunten

3.1 Reikwijdte

De Handreiking 2020 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-, topklinische ziekenhuizen en UMC's (die nog niet zijn overgegaan op HT), het Oogziekenhuis en NKI/AVL.

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.

3.2 Onderzoeksmassa

De Handreiking 2020 heeft onderstaande onderzoeksmassa:

- In 2020 gefactureerde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten die ten laste komen van de Zvw waarbij alleen onderstaande jaarlagen worden meegenomen:
 - Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2019; en
 - Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2020.

Het kan voorkomen dat ziekenhuizen declaratieproblemen hebben (gehad), waardoor gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2018 pas in 2020 zijn gedeclareerd. Wanneer deze massa materieel is (>1% van de onderzoeksmassa) wordt met de representerende zorgverzekeraar contact opgenomen en in gezamenlijkheid bepaald of aanvullende werkzaamheden op deze massa nodig zijn. Voor de wet- en regelgeving 2018 wordt verwezen naar voorgaande handreikingen. Voor de tijdslijnen gelden dezelfde mijlpalen als beschreven in 3.3 Mijlpalen. Declaraties die een sluitdatum hebben in 2018 (of ouder) worden conform Handreiking middels data-analyse/integrale controle of deelwaarneming gecontroleerd, maar worden ongeacht de onderliggende controlemethodiek financieel op macroniveau afgewikkeld.

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 (facturatedatum 2020). Deze declaraties maken dan ook onderdeel uit van de Handreiking over dat verantwoordingsjaar. Welke declaratiemomenten dat zijn, zal per zorgaanbieder kunnen verschillen. De zorgaanbieder geeft in de rapportage van de Handreiking 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 de Handreiking.

In geval van een fusie of implementatie van een nieuw EPD neemt u vooraf contact op met uw representerende zorgverzekeraar over de controlemassa en de uitvoer van de deelwaarnemingen.

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 Handreiking 2020, 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 periodes. De verrijkte onderzoeksmassa (alleen gefactureerde massa) maakt geen onderdeel uit van de scope van de Handreiking 2020 en dient alleen als hulpmiddel voor de uitvoering van de controle, zoals bijvoorbeeld bij de controlepunten 1/5/7/9/10.

3.3 Mijlpalen

Het uitgangspunt is dat de uitkomsten van de Handreiking gebruikt worden voor de verantwoording bij de jaarrekening van de omzet. Dit is in onderstaande mijlpalenplanning meegenomen.

Mijlpalen Handreiking 2020

Mijlpaal	Deadline
Bevriezen onderzoekspopulatie	Gelijk met vaststellen jaarrekeningmassa
Bijlage 2a (kolommen D + kolom FGHI (query) of MNOP (deelwaarneming)) opleveren aan representerende zorgverzekeraar ten behoeve van de IT-audit.	1 mei 2021
Onderzoek afgerond, inclusief doorvoeren van microcorrecties en inclusief rapport van feitelijke bevindingen of bijlage 1 (vervangende werkzaamheden). Rapport opgeleverd aan de representerende zorgverzekeraar, inclusief bestuursverklaring en financiële impact.	1 juli 2021
Review door zorgverzekeraars afgerond.	1 oktober 2021
Indienen van de resterende micro correcties via Vecozo bij de zorgverzekeraars afgerond	1 november 2021
Afloopcontrole door zorgverzekeraars afgerond.	31 december 2021

Bij deelname aan de stimuleringsregeling (zie hoofdstuk 2) is het wenselijk om bovengenoemde deadlines te vervroegen, hierover worden afspraken gemaakt tussen de instelling en de representerende zorgverzekeraar.

3.4 Rol Accountant

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

Bij deelname aan de stimuleringsregeling is een rapport van feitelijke bevindingen niet meer vereist. De keuze is aan de instelling om alsnog de accountant in te schakelen voor een rapport van feitelijke bevindingen of om gebruik te maken van bijlage 1 bij de stimuleringsregeling (zie hoofdstuk 2).

3.5 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).

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.

3.6 Toetsing door zorgverzekeraars

In principe geldt het uitgangspunt: 'niet vastgelegd is niet gedaan'. Dit principe is van toepassing op alle aspecten van de Handreiking, 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.

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. 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.

4. Methode

Geconstateerde declaratiefouten met financiële impact uit de Handreiking 2020 kunnen zowel op micro- of macroniveau worden gecorrigeerd c.q. verrekend. Voor micro-correcties geldt dat deze via de declaratiestroom tot verrekening leidt.

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

4.1 Uitgangspunten correctie op microniveau

DBC-zorgproducten en overige zorgproducten worden gecorrigeerd wanneer er sprake is van een financieel effect en/of wijziging van de diagnose. Wijziging van diagnose zonder financieel effect hoeft alleen te worden gecorrigeerd bij controlepunten met alleen micro correcties (binnen data-analyse).

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 microniveau € 100.000 (en geen € 0) verantwoord in bijlage 3.

Het is niet toegestaan om gevonden fouten die niet direct voortkomen uit de controle van het beschreven risico in het controlepunt, te extrapoleren over de onderzoeksmassa. De gevonden fout valt buiten de scope.

4.2 Correctie op macroniveau

Daar waar sprake is van extrapolaties, leidt dat tot correcties op macroniveau. 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 verhouding

tussen de UZOVI's in de onderzochte deelmassa substantieel afwijkt van de verhouding 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 jaar laag en per segment. De fouten binnen de deelwaarneming worden micro gecorrigeerd. Voor de extrapolatiemethodiek wordt verwezen naar bijlage 5.

4.3 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 (ziekenhuis ontvangt) komen. Indien er sprake is van een positief bedrag, beschrijft de instelling duidelijk in de rapportage op welke beoordelingscriteria de post is afgekeurd. Op totaalniveau kan het vanwege overlap tussen controlepunten noodzakelijk zijn een correctie door te voeren. De bepaling van de overlap dient duidelijk te worden toegelicht en onderbouwd in de rapportage.

In bijlage 3 wordt de financiële impact verantwoord op basis van de werkelijke doorgevoerde correcties.

Voor het bepalen van de financiële impact bij controlepunt 9 en 10 gebruikt de instelling een gecertificeerde Grouper of de Zorgproductenviewer (tariefapplicatie NZa). Bij het gebruik van de Zorgproductenviewer moet een juiste toepassing kunnen worden aangetoond middels audittrail.

Bij toepassing van de Zorgproductenviewer worden bij de berekening de prijzen gebruikt behorende bij het betreffende jaar en de zorgverzekeraar waar deze post betrekking op heeft.

4.4 Toetsing bestaan en werking AO/IB

Als voorwaarde voor een deelwaarneming ter toetsing van bestaan en werking AO/IB 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 controle en gesteund kan worden op de IT General Controls van het ZIS, dan dient de werking van de geprogrammeerde controle eenmaal te worden vastgesteld.

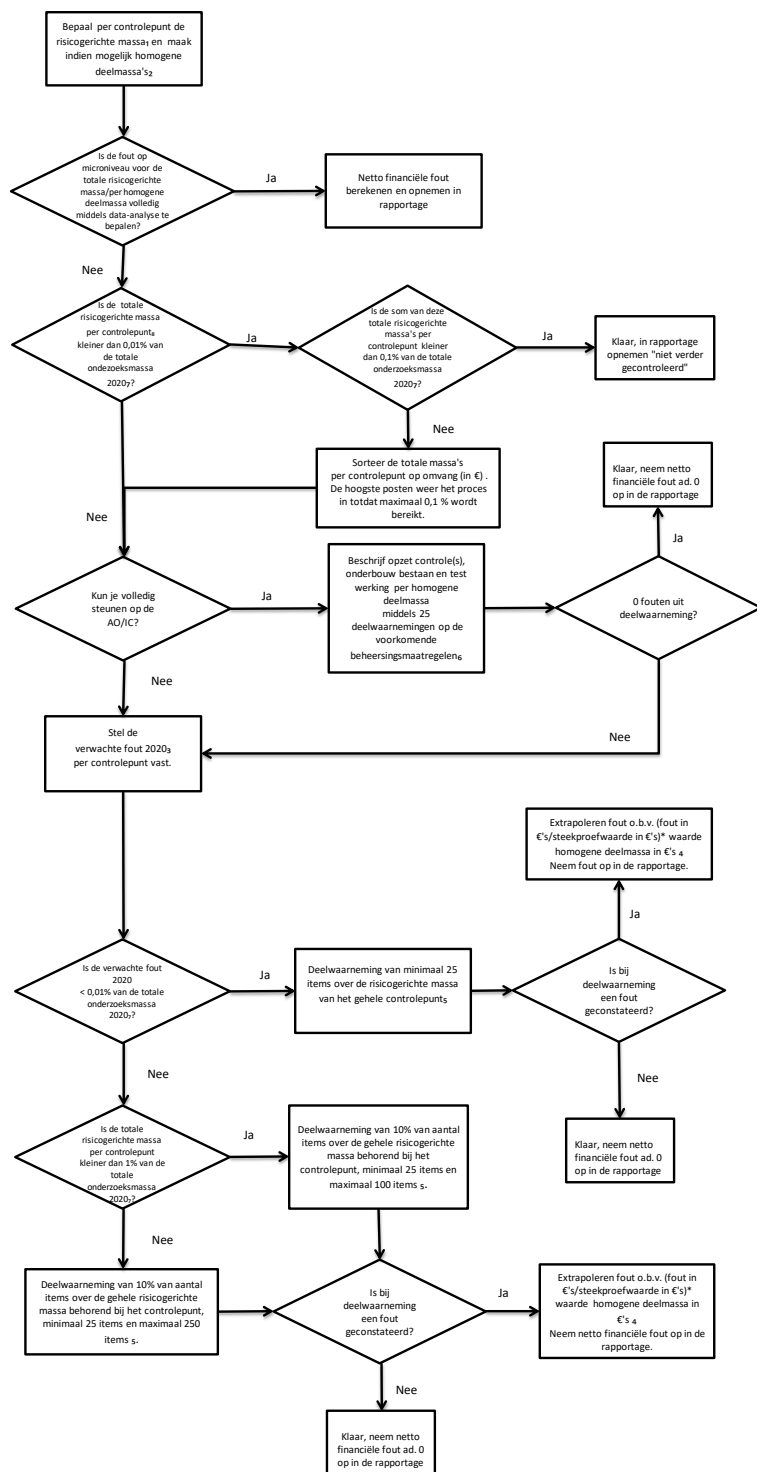
- Wanneer er geen afwijkingen uit de deelwaarneming ter toetsing van de werking van de AO/IB naar voren komen, dan kan de populatie waarop de deelwaarneming is uitgevoerd als betrouwbaar worden beschouwd.
- Wanneer toch een afwijking voorkomt in de deelwaarneming ter toetsing van de werking van de AO/IB,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

4.5 Deelwaarneming bij de Handreiking Rechtmatigheidscontroles MSZ 2020

Bij gebruik van deelwaarneming moet de massa homogeen zijn. Dit kan betekenen dat er voor één controlepunt meerdere deelmassa's onderscheiden worden om de gewenste homogeniteit te bereiken en dus ook meerdere deelwaarnemingen uitgevoerd moeten worden. Voor het bepalen van de grootte van de deelwaarneming wordt de beslisboom toegepast.

Het is niet mogelijk om in de handreiking gedefinieerde risicomassa's op te knippen in onderdelen en per onderdeel de beslisboom te doorlopen. Voor HR2020 bestaat voor enkel CP 1.3 en CP 1.4 de uitzondering dat per controlepunt een deelwaarneming van 100 stuks volstaat. Het staat de instelling uiteraard vrij om dit aantal verder uit te breiden conform beslisboom om tot een nauwkeuriger foutpercentage te komen.



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

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

³Opstellen verwachte fout is alleen mogelijk indien toetsingscriteria voor betreffende controlepunt voor zelfonderzoek 2019 en 2020 gelijk aan elkaar zijn.

Verwachte fout = foutpercentage controlepunt zelfonderzoek 2019 * totale risicogerichte massa behorend bij controlepunt zelfonderzoek 2020. Op het moment dat een instelling in 2020 niet (meer) deelneemt aan de stimuleringsregeling, kan niet zonder meer gesteund worden op de verwachte fout indien een controlepunt bij de voorgaande Handreiking 2019 niet is uitgevoerd. In deze gevallen dient gekeken te worden naar de 2 jaren voorafgaand aan de stimuleringsregeling. Dit geldt alleen indien er sprake is van een toereikende, ongewijzigde AO/IB.

Indien de AO/IB wel gewijzigd is (2017/2018 t.o.v. 2020), dan dient een deelwaarneming uitgevoerd te worden van 10% van het aantal items over de gehele risicomassa met minimaal 25 items en max 100 of 250 items.

Wanneer een controlepunt in 2020 is gewijzigd kan ook niet gesteund worden op de verwachte fout 2019. Bij controlepunt 8 kan bij optie 2 niet gesteund worden op de verwachte fout als in het voorgaande zelfonderzoek optie 1 is uitgevoerd.

⁴Deelwaarneming kan worden uitgebreid waarna extrapolatie fout plaatsvindt. Hierbij moet onderbouwd worden waarom de deelwaarneming wordt uitgebreid en hoe deze uitbreiding plaatsgevonden heeft.

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

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

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

⁶ In geval gesteund kan worden op de IT General Controls van het ZIS (moet de aanbieder in overleg treden met de representerende verzekeraar om gezamenlijk de aanpak hiervoor vast te stellen (welke GITC, hoe getest in opzet, bestaan en werking etc.))

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 2018 of 2019 is toegelicht en er geen wijzigingen in 2020 hebben voorgedaan, hoeven deze werkzaamheden niet nogmaals te worden uitgevoerd en hoeft alleen de werking te worden getoetst.

⁷ Onderzoeksmassa = alle in 2020 gefactureerde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten waarbij alleen onderstaande jaarlagen worden meegenomen:

"Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2019; en

Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2020

⁸ Is de som totale risicogerichte massa per controlepunt kleiner dan 0,01% van de totale risicogerichte massa = Het gaat hier om de risicogerichte massa per in de handreiking beschreven deelwaarneming.

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 ¹

NR/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 24.1
NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 24.1

2019:

Een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060, 190065, 190161, 190162, 190163) wordt niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting of verpleegdag (klinische opname) geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013, 190065, 190162, 190163) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, dat vóór de opname al is ingepland.

- dagverpleging (190030, 190090),
- langdurige observatie zonder overnachting (190091),
- verpleegdag (klinische opname) (190200, 190021², 190218, 194804),
- IC behandeldag (190157 en 190158), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151) of Post IC high care (190152).

2020:

Een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060, 190065, 190161, 190162, 190163) wordt niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting, verpleegdag of klinische zorgdag in de thuissituatie (klinische opname) geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013, 190065, 190162, 190163) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, dat vóór de opname al is ingepland.

- dagverpleging (190030, 190090),
- langdurige observatie zonder overnachting (190091),
- verpleegdag (klinische opname) (190200, 190021², 190218, 194804),
- IC behandeldag (190157 en 190158), Neonatale IC (190150) of Pediatrische IC (190151) of Post IC high care (190152).
- Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis (190228).

Advies voor controleren

Data-analyse:

¹ Regelgeving/beleid bevat zowel NZa regelgeving als toelichtingen, verduidelijkingen of verwijzing naar de Zvw. Geldt voor alle controlepunten.

² Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

1. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190060, 190161) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een dagverpleging (190030 en 190090), langdurige observatie zonder overnachting (190091), klinische opname (190021³), verpleegdag (190200, 190218, 194804), klinische zorgdag in de thuissituatie (190228), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151), Post IC-High Care (190152) of IC-behandelddag (190157 en 190158), voor een ander specialisme. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke herhaal polikliniekbezoeken (190008, 190013, 190065, 190162, 190163) 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.
3. Stel vast welke herhaal polikliniekbezoeken (190008, 190013, 190065, 190162, 190163) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een klinische opname (190021³), verpleegdag (190200, 190218, 194804), klinische zorgdag in de thuissituatie (190228), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151), Post IC-High Care (190152) of IC-behandelddag (190157 en 190158),) voor een ander specialisme. Deze herhaal polikliniekbezoeken dienen als volgt beoordeeld te worden:
 - A. Toon met data-analyse aan dat deze polikliniekbezoeken zijn ingepland voorafgaand 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 conform de beslisboom.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

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

NR/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 24.1
NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 24.1

2019 en 2020:

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) polikliniekbezoeken. Als er meerdere zorgvragen tijdens één polikliniekbezoek worden besproken, 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 polikliniekbezoeken.

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 polikliniekbezoek 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 subspecialismen. Geldt deze uitzondering voor alle subspecialismen?

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/IB:

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 één consult. Stel tevens vast of processen en procedures zo zijn ingericht dat de begintijd van een consult wordt vastgelegd, zodat daar, wanneer aanwezig, 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, 190013, 190060, 190065, 190067, 190161, 190162, 190163) voor de patiënt zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een ander polikliniekbezoek binnen één specialisme. Ziekenhuizen kunnen voor het verwerken van de output van de data-analyse van punt 1 kiezen uit:
 - A. De massa integraal afkeuren of;
 - B. Uitvoeren van een deelwaarneming conform de beslisboom.
2. In geval wel registratie van starttijd polikliniekbezoek plaatsvindt: stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190013, 190060, 190065, 190067, 190161, 190162, 190163) 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. Ziekenhuizen kunnen voor het verwerken van de output van de data-analyse van punt 2 kiezen uit:
 - A. De massa integraal afkeuren of;
 - B. De polikliniekbezoeken met dezelfde starttijd afkeuren, op de resterende massa uitvoeren van een deelwaarneming conform de beslisboom en controleer op basis van het medisch dossier of beide polikliniekbezoeken zijn geregistreerd conform de beleidsregel (d.w.z. er is sprake geweest van een tussenliggende tijdspanne).

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

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), interventie-radioloog, klinisch geneticus, SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant) vervult.

Regelgeving/beleid

NR/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 24.1 / 24.7/ 24.15/ 24.16 / 24.21
NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 24.1 / 24.7/ 24.15/ 24.16 / 24.21

2019 en 2020:

Deze controle omvat de volgende zorgactiviteiten: 190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 190065, 190067.

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' (190007, 190060) en bij een 'herhaal-polikliniekbezoek' (190008, 190013) 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, physician assistant of klinisch technoloog(2020) 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).

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 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.

Herhaal polikliniekbezoek door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent (190065)

Een herhaalconsult waarbij de (medisch) vertegenwoordiger van de patiënt een poortspecialist consulteert. Reden hiervoor is dat de aanwezigheid van de patiënt bij het consult volgens de poortspecialist het dagelijks functioneren en welzijn van de patiënt ernstig zou verstoren. De consultatie heeft betrekking op een zorgvraag waarvoor de poortspecialist de patiënt eerder heeft gezien tijdens een polikliniekbezoek. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) van de patiënt te behandelen. Dit consult vervangt een face-to-face contact met de patiënt. Dit consult kan op afstand plaatsvinden en een regulier herhaal-polikliniekbezoek door de (medisch) vertegenwoordiger vervangen. Bij een consult op afstand wordt zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur voldaan aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere herhaal-polikliniekbezoek door de (medisch) vertegenwoordiger. Van dit consult vindt inhoudelijk verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Consult door een lid van het team palliatieve zorg (190067)

Consult tussen een patiënt en een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg. De zorgactiviteit is bedoeld voor zowel klinische als poliklinische consulten. Deze activiteit mag niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

(Aanvullende) tijdelijke versoepeling NZa-regelgeving voor de medisch-specialistische zorg in verband met het Corona-virus

Een polikliniekbezoek (190007; 190008; 190013; 190060) mag geregistreerd worden als het consult in de thuissituatie plaatsvindt. Artikel 24, lid 1, NR

Een eerste polikliniekbezoek (190007; 190060; 234003) mag geregistreerd worden als een eerste consult met de patiënt of vertegenwoordiger van de patiënt telefonisch of schriftelijk plaatsvindt. Artikel 24, lid 2 & artikel 29, lid 3 sub c, NR

Een consult door een lid van het team palliatieve zorg (190067) mag geregistreerd worden als het consult op afstand plaatsvindt. Ook mag de 190067 geregistreerd worden indien het consult plaatsvindt tussen patiënt en beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert die geen onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg. Hierbij geldt als voorwaarde dat de beroepsbeoefenaar in kwestie werkt onder supervisie van een poortspecialist die wel lid is van het team palliatieve zorg. Artikel 24, lid 15, NR

Een multidisciplinair consult (190010) mag geregistreerd worden als het consult op afstand plaatsvindt. Artikel 24, lid 16, NR

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/REG 1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 24.23 / 24.22
NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 24.23 / 24.22

2019 en 2020:

Deze controle omvat de volgende zorgactiviteiten: 190029 en 190049.

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.

Gestructureerd landelijk neonataal follow-up protocol van NICU populatie (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.

Advies voor controleren

Het bij dit controlepunt (A & B) bepaalde risico met financiële impact doet zich alleen voor bij subtrajecten waarbij het verwijderen van het consult (of meerdere) leidt tot een financiële impact.

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

AO/IB:

1. Als uit het Zelfonderzoek 2019 geen risico is gebleken, en toegelicht en aangetoond is waarom het geen risico was, dan kan die ervaring worden gebruikt voor de Handreiking controles 2020 en hoeven deze werkzaamheden niet opnieuw te worden uitgevoerd mits onderbouwd kan worden dat in 2020 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

Stel een lijst op van alle zorgverleners die polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 190065, 190067) hebben geregistreerd met daarbij hun functie en afdeling, zijnde poortspecialist,

SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog (2020). Deze polikliniekbezoeken zijn op de juiste naam geregistreerd.

1. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 190065 en 190067) zijn geregistreerd door een zorgverlener niet zijnde poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog. Deze polikliniekbezoeken zijn in principe niet juist geregistreerd, tenzij middels deelwaarneming kan worden vastgesteld dat er terecht een face-to-face /Ehealth contact tussen patiënt en een bevoegd specialist heeft plaatsgevonden.

1.3.B

Stel een lijst op van alle zorgverleners die polikliniekbezoeken (190029, 190049) hebben geregistreerd met hun functie, afdeling en geef aan of zij voor de declaraties uit de onderzoeksperiode een functie als poortspecialist (specialist of in een aantal gevallen arts-assistent) hebben vervuld.

1. Stel vast dat de zorgactiviteiten 190029 en 190049 niet naast een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 190065, 190067) bij hetzelfde specialisme zijn geregistreerd. Een van beide zorgactiviteiten is onjuist.
2. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190029, 190049) zijn geregistreerd door een zorgverlener waarvan 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:

Voer op subtraject-niveau een deelwaarneming uit op de massa die uit de data-analyse als juist is aangemerkt. Betrek alleen subtrajecten waarbij het verwijderen van een of meerdere polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190065, 190067) leidt tot een financiële impact. Dit zijn dus alle subtrajecten **zonder** E-health consulten (dit zijn screen-to-screen consulten, belconsulten of schriftelijke consultaties met zorgactiviteitscodes 190161, 190162, 190163).

- A. Sluit aan bij de jaarlijkse steekproef³, mits deze dekkend is voor het aantal subtrajecten.
- B. Voeg de output van de data-analyse uit 1.3.A samen met 1.3.B
- C. Controleer alle polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190065 en 190067) van 100 subtrajecten.
- D. Stel vast (middels dossieronderzoek) voor 100 subtrajecten dat er sprake is geweest van een face-to-face-contact (tot 01-03-2020) door medici (conform regelgeving) of een andere vorm van contact en hier verslaglegging voor heeft plaatsgevonden voor alle in het subtraject opgenomen poliklinische consulten. Indien er gesteund kan worden op deze uitkomsten kan de extrapolatie toegepast worden per categorie.
- E. Wanneer een polikliniekbezoek is uitgevoerd als een E-health consult, dient het contact beoordeeld te worden conform de toetsingscriteria zoals benoemd bij de deelwaarneming van controlepunt 1.4

Hoe ziekenhuizen omgaan met de output van de data-analyse uit punt 1.3.A.1 en 1.3.B.2 (onjuist of mogelijk onjuist) mag het ziekenhuis zelf bepalen, namelijk:

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

³ Indien wordt aangesloten bij de jaarlijkse steekproef betrek dan alleen subtrajecten waarbij het verwijderen van een of meerdere polikliniekbezoeken (090613, 090614, 190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190065, 190067) leidt tot een financiële impact.

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.

1.4 Onterecht registreren van screen-to-screen consult, belconsult of schriftelijke consultatie

Beknopte samenvatting:

Het is niet toegestaan een screen-to-screen consult, belconsult of schriftelijke consultatie vast te leggen binnen een subtraject met zorgtype 11, indien er binnen dit subtraject géén fysiek face-to-face contact heeft plaatsgevonden met een zorgverlener die de poortfunctie uitvoert.

In alle gevallen moeten deze consulten voldoen aan de voorwaarden zoals opgenomen in de nadere regels.

Regelgeving/beleid

NR/REG 1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 5.1/ 24.4 / 24.5 /24.6
NR/REG 2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 5.3/ 24.4 / 24.5 / 24.6

2019:

Een subtraject met ZT11 bevat ten minste één fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt. Hierop gelden de volgende uitzonderingen:

- Klinische genetica: in plaats van een fysiek face-to-face contact kan hiervoor ook een screen-to-screen consult plaatsvinden.

- Radiotherapie: er is geen face-to-face contact vereist indien sprake is van een parallel subtraject zoals omschreven in artikel 19 lid 13 onder b van deze regeling.

- Audiologie: subtrajecten met ZT11 bevatten ten minste één fysiek face-to-face contact in de volgende gevallen:

* Kinderen tot en met 18 jaar met een gehoorstoornis;

* Patiënten waarbij beoordeeld moet worden of nader medisch onderzoek en/of medische behandeling noodzakelijk is;

* Patiënten met meervoudige audiologische problematiek;

* Patiënten met een evenwichtsstoornis.

- Hartteambespreking en longteambespreking: hier geldt dat er geen face-to-face contact hoeft plaats te vinden, er is hierbij namelijk geen contact met de patiënt.

2020:

Een nieuw te openen zorgtraject voldoet aan de volgende voorwaarden:

•er is sprake van een behandelrelatie voor de zorgvraag tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt zoals beschreven in de Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO).

•de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de anamnese en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

Screen-to-screen consult ter vervanging van een polikliniekbezoek (190161)

Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert middels een videoverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)

Een consult waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert middels een

belverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaal-polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face herhaalpolikliniekbezoek. Van het consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek (190163)

Een consultatie waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog schriftelijk consulteert (bijvoorbeeld e-mail of chat). Een schriftelijk consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaal-polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face herhaal-polikliniekbezoek. Dat betekent dat een consultatie uit meerdere schriftelijke informatie-uitwisselingen kan bestaan, maar dat deze per polikliniekbezoek dat het vervangt éénmaal mag worden vastgelegd. Van de consultatie vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Advies voor controleren⁴

AO/IB:

1. Beschrijf op welke wijze er binnen de instelling omgegaan wordt met de registratie van screen-to-screen consulten, belconsulten, schriftelijke consultaties. Denk hierbij aan werkafspraken, systeeminstelling, autorisaties, etc.

Data-analyse:

1. Stel vast welke screen-to-screen consulten, belconsulten en schriftelijke consultaties (190161, 190162 en 190163) zijn geregistreerd door een zorgverlener **niet** zijnde een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant⁵ of klinisch technoloog (2020). Deze screen-to-screen consulten, belconsulten, schriftelijke consultaties zijn mogelijk onjuist geregistreerd.
2. Stel vast bij welke subtrajecten met een startdatum vanaf 01-01-2019 en een sluitingsdatum voor 01-03-2020 met zorgtype 11 er een of meerdere screen-to-screen consulten, belconsulten of schriftelijke consultaties (190161, 190162 en 190163) zijn geregistreerd, zonder dat er sprake is van een fysiek face-to-face contact met een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Deze massa is onjuist. Let op : wettelijk bepaalde uitzonderingen mogen uitgesloten worden van deze controle.
3. Stel vast bij welke subtrajecten met een startdatum vanaf 01-01-2019 en een sluitingsdatum voor 01-03-2020 met zorgtype 11 er een of meerdere belconsulten of schriftelijke consultaties (190162, 190163) voorkomen, zonder dat er een face-to-face contact met een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert aan vooraf is gegaan. Deze massa is mogelijk onjuist.

Er wordt vanuit gegaan dat er een fysiek face-to-face contact plaatsvindt wanneer er minimaal een zorgactiviteit met zorgprofielklasse 1 (excl. 190161, 190162, 190163), 2, 3, 4, 5, 6 en/of 19 is geregistreerd binnen de DBC.

Deelwaarneming:

Selecteer conform beslisboom subtrajecten met zowel zorgtype 11 als zorgtype 21 waarbinnen belconsulten of schriftelijke consultaties (190161, 190162 en 190163) zijn geregistreerd. Hierbij mogen de subtrajecten die zijn afgekeurd in de data-analyse worden uitgesloten.

⁴ N.B. Alvorens de risicomassa van dit controlepunt wordt vastgesteld is het van belang om controlepunt 1.3 uitgevoerd te hebben.

⁵ Het is mogelijk om hier de lijst te gebruiken welke is opgesteld bij data-analyse van controlepunt 1.3, zolang de financiële impact van dit punt wordt gerapporteerd bij controlepunt 1.4.

Voer een deelwaarneming [van 100 subtrajecten](#) uit op bovenstaande massa.

Betrek alleen subtrajecten waarbij het verwijderen van een of meerdere polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190065, 190067, 190161, 190162 en 190163) leidt tot een financiële impact.

1. Stel voor alle screen-to-screen consulten, belconsulten of schriftelijke consultaties (190161, 190162 en 190163) binnen het geselecteerde subtraject vast dat zorginhoudelijk wordt voldaan aan de voorwaarden voor een E-health consult, waarbij minimaal in het medisch dossier terug te lezen moet zijn wat het beloop van de klachten was en welke medisch beleid hierop is uitgezet.
2. Indien in het subtraject ook andersoortige consulten zijn geregistreerd moeten deze worden gecontroleerd conform de methodiek zoals beschreven bij controlepunt 1.3:

"Stel vast (middels dossieronderzoek) dat er sprake is geweest van een face-to-face- contact of een andere vorm van contact door medici (conform regelgeving) voor alle in het subtraject opgenomen poliklinische consulten. Een andere vorm van contact betekent het volgende: bij een screen-to-screen consult is sprake van een face-to-face contact, bij een belconsult van telefonisch contact en bij een schriftelijk consult van schriftelijk contact met de patiënt".

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie

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

Met opmerkingen [WP1]: a)De zorgaanbieders volgen de beslisboom van CP 1.4;
b)De zorgaanbieders kunnen niet steunen op de verwachte fout 2019 (gelet op het bijzondere covid-jaar);
c)De steekproef kan door de zorgaanbieder worden afgetopt op 100 posten (waarbij de aanbieder wel door mag steken tot 250 posten als hij denkt/verwacht dat de foutfractie dan lager zal uitkomen/worden);
d)Als een zorgaanbieder bijvoorbeeld op 25 posten uitkomt (en de foutfractie hoog uitkomt) dan kan de aanbieder doorsteken tot 100 posten;

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/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 7 / 24 lid 19
NR/REG-2001	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 7 / 24 lid 19

2019-2020:

- Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de medisch specialist (of arts-assistent) die de poortfunctie⁶ uitvoert geopend bij een intercollegiaal consult (ICC) voor een patiënt die klinisch is opgenomen en waarbij één of meerdere verpleegdagen (190021, 190200, 190218, 194804, 231902) en/of IC-behandeldagen (190150, 190151 en 190157 en 190158), of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK (8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01) zijn geregistreerd.
- Voor 2020 kan een ZT 13 ook geregistreerd worden bij een intercollegiaal consult (ICC) voor een patiënt waarbij klinische zorgdagen in de thuissituatie (190228) 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 (190030 en 190090) en langdurige observatie zonder overnachting (zorgactiviteit 190091) mag geen ICC zorg/subtraject worden geopend.

2019: NR 1907a, art. 24 lid 19

2020 :NR 2001, art. 24 lid 1919. Klinisch intercollegiaal consult (icc) (190009)

Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.

2020: NR 2001, art. 7

1. Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert geopend bij een intercollegiaal consult (icc) voor een patiënt die klinisch is opgenomen waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd.

⁶ Een ICC-anesthesist is toegestaan in de rol van poortspecialist als pijnbestrijder.

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.

Tijdelijke versoepeling NZa-regelgeving voor de msz in verband met het coronavirus

Een klinisch intercollegiaal consult (ICC; 190009) of medebehandeling (190017) mag geregistreerd worden voor zorg op afstand wanneer u als medisch specialist, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant contact heeft met een patiënt. Hiermee wordt voor ICC en medebehandeling buiten de coronacrisis om een face-to-face contact bedoeld. Een ICC/medebehandeling mag niet worden geregistreerd als u als zorgverlener overleg voert met een andere zorgverlener (interdisciplinair overleg).

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke intercollegiale consulten (190009) voor de patiënt zijn geregistreerd zonder dat gelijktijdig een verpleegdag (190021⁷, 190200, 8.8.01 t/m 8.8.07, 8.10.4 t/m 8.10.8 (2020) 190218, 194804, 190228), IC-behandelddag (190150, 190151, 190157 en 190158) 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 opname⁸ is geregistreerd. De 2^e en volgende subtrajecten zijn onjuist geregistreerd.

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming en dossieronderzoek vast dat voor alle ICC zorgactiviteiten (190009) binnen het DBC-subtraject met zorgtype 13 sprake is geweest van een face-to-face contact⁹ of een andere vorm van contact tussen de medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist (2019) of physician assistant (2019) en de patiënt. De onderzoeksmassa voor deze deelwaarneming betreft alle ICC's (subtrajecten met zorgtype 13 met alle ICC zorgactiviteiten) die niet naar voren komen als onjuist uit de data-analyse.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

⁷ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

⁸ 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.

⁹ Vanaf 1-3-2020 tot 31-12-2021 kan er een intercollegiaal consult (190009) worden geregistreerd voor zorg op afstand.

3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling (impact corona situatie!!!)

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/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 24.20
NR/REG-2001	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 24.20

2019:

Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of ic-dagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen.

Deze zorgactiviteit wordt per consult in het kader van medebehandeling vastgelegd.

2020: Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of ic-dagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen.

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.

Tijdelijke versoepeling NZa-regelgeving voor de msz in verband met het coronavirus

Een klinisch intercollegiaal consult (ICC; 190009) of medebehandeling (190017) mag geregistreerd worden voor zorg op afstand wanneer u als medisch specialist, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant contact heeft met een patiënt. Hiermee wordt voor ICC en medebehandeling buiten de coronacrisis om een face-to-face contact bedoeld. Een ICC/medebehandeling mag niet worden geregistreerd als u als zorgverlener overleg voert met een andere zorgverlener (interdisciplinair overleg).

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke zorgactiviteiten medebehandeling (190017) zijn geregistreerd zonder dat er op die dag een klinische opname (verpleegdag (190021¹⁰, 190200, 8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01, 190218, 194804), IC-behandeldag (190150, 190151, 190157 en 190158) of verpleegdag kaakchirurgie (231902) voor een ander specialisme is geregistreerd. Deze medebehandelingen zijn onjuist geregistreerd.

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

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 binnen een DBC subtraject alle zorgactiviteit medebehandelingen (190017) te selecteren waarbij geen sprake is van een behandeling (zorgactiviteit met zorgprofielklasse 5, 6, 13, 14, 15, 16 of add-on geneesmiddelen conform de ZI-tabel) in dezelfde DBC.
2. Stel de deelmassa (B) vast door binnen een DBC subtraject alle zorgactiviteit medebehandeling (190017) te selecteren waarbij wel sprake is van een behandeling (zorgactiviteit met zorgprofielklasse 5, 6, 13, 14, 15, 16 of add-on geneesmiddelen conform de ZI-tabel) in dezelfde DBC.

Deelwaarnemingen:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa (A) vast dat er voor alle zorgactiviteiten medebehandeling binnen het DBC subtraject sprake is geweest van een face-to-face contact¹¹ met een medisch specialist (of arts-assistent , verpleegkundig specialist (2019) of physician assistant (2019) die de poortfunctie uitvoert, een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling¹².
2. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa (B) en dossieronderzoek vast dat er voor alle zorgactiviteiten medebehandeling binnen het DBC subtraject sprake is geweest van een face-to-face contact¹⁰ met een medisch specialist (of arts-assistent , verpleegkundig specialist (2019) of physician assistant (2019)).

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.

¹¹ Vanaf 1-3-2020 tot 31-12-2021 kan er een medebehandeling (190017) worden geregistreerd voor zorg op afstand.

¹² 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.

NR/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 24.25 & 29.3k
--------------	------------	------------	-----------------------

2019 en 2020:

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 wordt maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag vastgelegd. Een dagverpleging wordt niet op dezelfde kalenderdag als een verpleegdag geregistreerd.

2019 en 2020:

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.

Tijdelijke versoepeling NZa-regelgeving voor de msz in verband met het coronavirus

De zorgactiviteiten voor verpleging (190030, 190090, 231901, 190091, 190296, 190021, 190200, 190218, 194804, 231902, 190157 en 190158) mogen geregistreerd worden als de verpleging niet plaatsvindt op een voor verpleging ingerichte afdeling.

Advies voor controleren

AO/IB:

1. Beschrijf het proces van opname- en ontslagtijdregistratie op voor dagverpleging ingerichte afdelingen.
2. Beschrijf het proces waarbij dagverplegingen die korter dan 2 uur duren, niet afleiden tot de zorgactiviteit dagverpleging (190030, 190090 en 231901).
3. Geef aan welke criteria zijn gehanteerd voor een voor dagverpleging ingerichte afdeling en benoem welke afdelingen dit zijn.

Data-analyse:

1. Stel vast op welke niet voor dagverpleging ingerichte afdelingen de zorgactiviteit dagverpleging(190030, 190090 en 231901) geregistreerd is. Dagverplegingen geregistreerd vóór 1-3-2020 zijn onjuist. Dagverplegingen geregistreerd op of na 1-3-2020 hoeven niet gecontroleerd te worden op dit punt.

2. Stel vast welke zorgactiviteiten dagverplegingen (190030, 190090 en 231901) zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag voor hetzelfde specialisme als een andere zorgactiviteit dagverpleging op die dag. De 2e en volgende zorgactiviteiten dagverpleging zijn onjuist geregistreerd.
3. Stel vast voor welke zorgactiviteiten dagverpleging (190030, 190090, 231901) de opnameduur niet minimaal 2 uur is vanaf het moment van opname tot en met het ontslag. Deze zorgactiviteiten dagverpleging zijn onjuist geregistreerd.

Data-analyse (enkel dagverplegingen 190030 en 190090):

1. Stel vast 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 zorgactiviteiten dagverpleging zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke zorgactiviteiten dagverpleging (190030 en 190090) voor de patiënt zijn vastgelegd waarbij geen sprake is van een vorm van verpleging óf vorm van verpleging én behandeling door of onder verantwoordelijkheid van de medische specialist. Deze zorgactiviteiten dagverpleging zijn onjuist geregistreerd. Er wordt voldaan aan een vorm van verpleging óf vorm van verpleging én behandeling onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist wanneer er:
 - een zorgactiviteit met zorgprofielklassen 4, 5, 6, 7, 13, 14, 15 of 16 is geregistreerd op de dezelfde kalenderdag als de zorgactiviteit dagverpleging (190030 en 190090) én is geregistreerd binnen hetzelfde subtraject als de zorgactiviteit dagverpleging (190030 en 190090), en/of
 - add-on geneesmiddelen conform de ZI-tabel is geregistreerd op de dezelfde kalenderdag als de zorgactiviteit dagverpleging (190030 en 190090).

De overige zorgactiviteiten dagverpleging (190030 en 190090) zijn mogelijk onjuist geregistreerd en kunnen op de volgende wijze worden onderzocht:

- A. Of alles afkeuren
- B. Of indien de massa niet volledig als foutief aangemerkt kan worden ga dan na voor welke homogene deelmassa's er wel een vorm van verpleging of verpleging en behandeling wordt gegeven die niet middels data-analyse is te traceren, 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.

De resterende massa die niet aan een homogene deelmassa kan worden toegerekend moet integraal worden gecontroleerd, of afgekeurd worden.

In bijlage 12 wordt aangegeven in welke situaties er doorgaans een registratie van een zorgactiviteit dagverpleging wordt verwacht en in welke situaties niet. Bijlage 12 kan gebruikt worden bij de indeling in homogene massa's of bij de beoordeling van de resterende massa

Data-analyse (enkel dagverpleging kaakchirurgie 231901):

1. 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 kaakchirurgie zijn 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.

2. Stel vast welke zorgactiviteiten dagverpleging 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 verpleging indien niet is aangetoond dat deze afdeling voor verpleging is ingericht.

Regelgeving/beleid

NR/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 24.29
NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 24,29

2019:

Verpleegdag (190200, 190218, 194804, 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.

Onder een voor verpleging ingerichte afdeling valt onder andere high/medium care. De polikliniek en spoedeisende hulp vallen hier niet onder³³.

2020

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 of de dag na opname;
- overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname.

Een verpleegdag mag niet geregistreerd worden wanneer een patiënt voor 20:00 uur overgeplaatst wordt naar een klinische setting in de thuissituatie.

Lid 28: Onder een voor verpleging ingerichte afdeling valt onder andere high/medium care. De polikliniek en spoedeisende hulp vallen hier niet onder.

Tijdelijke versoepeling NZa-regelgeving voor de msz in verband met het coronavirus

³³ Zoals ook is vermeld in de Nadere Regel bij de Toelichting bij Artikel 24.

De zorgactiviteiten voor verpleging (190030, 190090, 231901, 190091, 190296, 190021, 190200, 190218, 194804, 231902, 190157 en 190158) mogen geregistreerd worden als de verpleging niet plaatsvindt op een voor verpleging ingerichte afdeling.

Advies voor controleren

Data-analyse:

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.

1. Stel vast welke verpleegdagen (190200, 190218, 194804 en 231902) zijn geregistreerd op andere afdelingen dan een voor verpleging ingerichte afdeling. Verpleegdagen geregistreerd vóór 1-3-2020 zijn onjuist. Verpleegdagen geregistreerd op of na 1-3-2020 hoeven niet te worden gecontroleerd

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

5.2 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Minimaal één overnachting

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 24.29 en 26.4
NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 24.29, 26.4 en 26.5 Toelichting art 24 lid 28

2019:

Verpleegdag (190200, 190218, 194804, 231902 en [190031, 190032, 190033, 190038]¹⁴)

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 spoedeisende hulp vallen hier niet onder.¹⁵

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 tabel¹⁶ 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).

2020:

Verpleegdag (190200, 190218, 194804, 231902 en [190031, 190032, 190033, 190038]¹⁰)

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 of de dag na opname;
- overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname.

Een verpleegdag mag niet geregistreerd worden wanneer een patiënt voor 20:00 uur overgeplaatst wordt naar een klinische setting in de thuissituatie.

Onder een voor verpleging ingerichte afdeling valt onder andere high/medium care. De polikliniek en spoedeisende hulp vallen hier niet onder. Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag. Het is daarmee niet mogelijk om bij ontslag en heropname op dezelfde dag meerdere verpleegdagen binnen een instelling te registreren.

¹⁴ Voor deze vier genoemde overige trajecten geldt ook de definitie van een verpleegdag zoals omschreven in art 24.15.

¹⁵ Zoals ook is vermeld in de Nadere Regel bij de Toelichting bij Artikel 24.

¹⁶ In de Nadere Regel bij de Toelichting bij Artikel 24 is dit schema terug te vinden.

Klinische zorgdag in de thuissituatie (190228)

Een klinische zorgdag in de thuissituatie is een te registreren kalenderdag, met alle door het ziekenhuis geleverde zorg, die niet in andere zorgactiviteiten is beschreven. Deze kalenderdag is te beschouwen als een klinische opname in de thuissituatie. De klinische opname in de thuissituatie bestaat uit een episode van klinische zorg in de thuissituatie met minimaal één overnachting. De te registreren periode loopt vanaf de opname in de thuissituatie tot en met de dag van ontslag of dag voor overplaatsing naar een klinische setting in een instelling. De dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag worden beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Bij overplaatsing naar een klinische setting in een instelling wordt op de dag van overplaatsing geen klinische zorgdag in de thuissituatie geregistreerd.

Er is sprake van een overnachting als de patiënt opgenomen wordt vóór 0.00 uur en ontslag plaatsvindt ná 7.00 uur op de daaropvolgende kalenderdag. In tabel 2 zijn diverse situaties opgenomen die helderheid verschaffen over wat er geregistreerd wordt (ervan uitgaande dat aan alle overige voorwaarden uit de definitie wordt voldaan).

Opnametijd patiënt	Ontslagtijd patiënt	Aantal verpleegdagen
Voor 20:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x+1	0
	Bij definitieve overname of overlijden voor 7:00 uur kalenderdag x+1	2
	Na 7:00 uur kalenderdag x+1 (ook bij definitieve overname of overlijden)	2
Na 20:00 uur en vóór 00:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x+1	0
	Bij definitieve overname of overlijden voor 07:00 uur kalenderdag x+1	1
	Na 7:00 uur kalenderdag x+1 (ook bij overlijden en overname)	1
Op 0:00 uur of na 0:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x	0
	Bij overlijden of overname voor 7:00 uur kalenderdag x	1
	Na 7:00 uur kalenderdag x	0
	Bij overlijden of overname na 7:00 uur kalenderdag x	1

NB:

Op de kalenderdag waarop de patiënt wordt opgenomen kan geen verpleegdag worden geregistreerd als de opname na 20.00 uur 's avonds plaatsvindt. Ook als de patiënt om bijvoorbeeld 23.00 uur wordt doorgestuurd naar een andere instelling in het kader van een definitieve overname, of als de patiënt om bijvoorbeeld 23.00 uur overlijdt, is er geen sprake van een verpleegdag op de betreffende kalenderdag.

Advies voor controleren**AO/IB:**

1. 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:

1. Stel vast voor welke verpleegdagen (190200, 190218, 190228, 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 (mits deze voor 20:00 uur is gestart):

- A. Verpleegdagen waarbij sprake is van definitieve overname door een andere instelling op de dag van of de dag na opname.
- B. 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.

5.4 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/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Toelichting 5a Artikel 6.3 Artikel 19.7a
NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Toelichting 5a Artikel 6.3 Artikel 19.7a

2019 en 2020:

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.

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.

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.

Vanaf 2020

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

a. Bij een klinische opname of dagverpleging (geen hartrevalidatie) wordt het subtraject afgesloten:

- op datum van klinisch ontslag of dagverpleging (ZPK2) 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).

b. Bij een poliklinisch subtraject (geen hartrevalidatie) wordt het subtraject afgesloten:

- Subtraject met ZT11: op de 90e dag na de opening van het subtraject; tenzij zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend (vanwege niet toegestane paralleliteit). In dat geval wordt het subtraject één dag voor opening van het nieuwe zorgtraject afgesloten.
- Subtraject met ZT21: op de 120e dag na de opening van het subtraject; tenzij zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend (vanwege niet toegestane paralleliteit). In dat geval wordt het subtraject één dag voor opening van het nieuwe zorgtraject afgesloten.

c. Bij hartrevalidatie (diagnose 821) wordt het subtraject op de 120e dag na de opening van het subtraject afgesloten.

d. Op de dag voorafgaand aan het implanteren van (een deel van) een transvenieuze lead of een intracardiale pacemaker na een complexe transvenieuze leadextractie of complexe transvenieuze verwijdering van een intracardiale pacemaker.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke verpleegdagen (190200, 190218, 194804, 190228) binnen een klinische periode^[1] verdeeld zijn over meerdere zorgtrajecten en/of subtrajecten binnen een specialisme, waarvoor in het ZIS automatische afsluitregels van toepassing zijn (deze massa omvat de combinaties waarbij het traject dat als eerst is gesloten, met een automatische afsluitregel gesloten is). Deze verpleegdagen zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke verpleegdagen binnen een klinische periode^[2] 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 massa omvat de combinaties waarbij het traject dat als eerst is gesloten, niet met een automatische afsluitregel gesloten is). Deze verpleegdagen betreffen de deelmassa en dienen als input voor de deelwaarneming.

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa 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.

^[1] 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.

^[2] 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/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 5a.1 Toelichting 5a lid 1
NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 23

2019:

Het registreren van verpleegdagen uit één klinische periode aan subtrajecten van verschillende specialismen is alleen toegestaan indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme. De opvolgende verpleegdagen kunnen dan worden gekoppeld aan het subtraject van de 'nieuwe' hoofdbehandelaar.

2020

Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de klinische opname. Alle verpleegdagen die horen bij de klinische opname worden binnen hetzelfde zorgtraject aan een subtraject gekoppeld. Een uitzondering hierop is bij overdracht van het klinisch hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme. Wanneer hier vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake van is, worden de opvolgende verpleegdagen gekoppeld aan het subtraject van de overnemend hoofdbehandelaar.

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Stel de deelmasse vast van verpleegdagen (190200, 190218), waarvan de klinische periode¹⁷ verdeeld is over de volgende specialismen:
 - o Longgeneeskunde (0322) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)¹⁸
 - o Neurologie (0330) ⇔ Neurochirurgie (0308)¹⁹
 - o Orthopedie (0305) ⇔ Heelkunde (0303)
 - o Cardiologie (0320) ⇔ Cardiochirurgie (0328)²⁰
 - o MDL (0318) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)
 - o Urologie (0306) ⇔ Gynaecologie (0307)

¹⁷ 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.

¹⁸ Indien door corona bijzonderheden in de massa worden geconstateerd, neem dan contact op met de representerende zorgverzekeraar.

¹⁹ 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.

²⁰ Boetebesluit Antonius geeft aan wanneer cardio betrekking heeft op pre-, peri- of postoperatieve zorg alle verpleegdagen gekoppeld dienen te zijn aan cardiochirurgie, cardiologie mag poliklinisch declareren.

- Urologie (0306) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)
- Heelkunde (0303) ⇔ MDL (0318)
- Cardiologie (0320) ⇔ Longgeneeskunde (0322)
- Cardiologie (0320) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)

Deelwaarneming:

1. Voer een deelwaarneming op de opnames in de deelmassa uit. Het aantal keer dat bovengenoemde combinaties voorkomen in deze deelwaarneming dient naar verhouding met hun voorkomen in de deelmassa te zijn. Elke combinatie dient minimaal één keer voor te komen in de deelwaarneming. Om dat te realiseren dient er eventueel bij getrokken te worden naast de deelwaarneming. 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.

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/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 24.26
NR-REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 24.26

2019 en 2020:

Langdurige observatie zonder overnachting (190091)²¹

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.

Tijdelijke versoepeling NZa-regelgeving voor de msz in verband met het coronavirus

De zorgactiviteiten voor verpleging (190030, 190090, 231901, 190091, 190296, 190021, 190200, 190218, 194804, 231902, 190157 en 190158) mogen geregistreerd worden als de verpleging niet plaatsvindt op een voor verpleging ingerichte afdeling.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke geregistreeerde langdurige observaties zonder overnachting (190091) er geen sprake is van minimaal vier aaneengesloten uren observatie op basis van opname en ontslagtijd. Deze langdurige observaties zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast op welke afdeling de langdurige observatie geregistreerd is. Ga integraal na of dit een voor verpleging ingerichte afdeling is. De langdurige observaties die niet op een voor verpleging ingerichte afdeling geregistreerd zijn, én zijn geregistreerd vóór 1-3-2020 zijn onjuist. Langdurige observaties op of na 1-3-2020 hoeven niet te worden gecontroleerd op dit punt. 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),

²¹ Een langdurige observatie zonder overnachting mag niet tijdens/op dezelfde kalenderdag als een dagverpleging of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd.

verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902) of IC-behandeldag (190157 en 190158). 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.²²

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

²² 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/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 11.1 / 11.6 / 11.7 / 11.8 / 26.2a-d / 34a.3 /
NR/REG -2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 11.1 / 11.6 / 11.7 / 11.8 / 26.2a-d / 34a.3 /

2019:

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):

- A. Een add-on IC kan uitsluitend worden geregistreerd in combinatie met een subtraject. Dit geldt niet voor een add-on IC met zorgtype 52.
- B. Add-ons IC worden geregistreerd middels een eigen subtraject. Binnen de registratie van een subtraject wordt alleen het component zorgtype getypeerd.
- C. Welke IC-dag (type 1 of 2) in rekening kan worden gebracht, wordt bepaald in contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij het ontbreken van contractafspraken mag alleen IC-dag type 1 in rekening worden gebracht.
- D. Voor de add-ons IC gelden specifieke omschrijvingen en /of registratievoorwaarden:

IC-dag type 1 of 2 (190157 en 190158):

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een ic-patiënt, ingedeeld in IC-dag type 1 of 2. Niet als ic-dag wordt geteld het postoperatief onderbrengen van een patiënt zonder ic-indicatie op de IC of op de Post Anesthesia Care Unit (PACU), in plaats van op de verkoeverafdeling, voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere postoperatieve bewaking en geen ic-dag.

2020:

Een zorgtraject met subtraject ZT51 of ZT52 wordt door de intensivist of andere medisch eindverantwoordelijke geopend bij opname op de ic-afdeling, voor ic intercollegiaal consult buiten de ic en voor vervoer van een patiënt met interklinisch transport of MICU transport.

- Een ic-zorg/subtraject 51 wordt altijd parallel (in samenhang met) een zorgtraject van de hoofdbehandelaar geregistreerd. Er wordt een verwijzing geregistreerd vanuit welk zorgtraject (= het zorgtraject van de hoofdbehandelaar) naar het ic-zorg/subtraject 51 is verwezen.
- Een ic-zorg/subtraject 52 wordt geregistreerd indien een patiënt direct op de ic-afdeling terechtkomt, zonder dat er naast het ic-zorgtraject een zorgtraject met een subtraject met zorgtype 11 of 21 is geregistreerd.
- Parallele ic-zorg/subtrajecten 51 of 52 zijn niet toegestaan.

- Tijdens de ic-opnameperiode mogen geen verpleegdagen of klinische zorgdagen in de thuissituatie worden geregistreerd. Op één kalenderdag wordt óf een ic-dag óf een verpleegdag óf een klinische zorgdag in de thuissituatie geregistreerd.

- Een add-on ic wordt uitsluitend 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-dag (type 1 of type 2) in rekening kan worden gebracht, wordt bepaald in contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij het ontbreken van contractafspraken mag alleen ic-dag type 1 in rekening worden gebracht.
- Voor de add-ons ic gelden specifieke omschrijvingen en/of registratievoorwaarden:

Tijdelijke versoepeling NZa-regelgeving voor de msz in verband met het coronavirus

De zorgactiviteiten voor verpleging (190030, 190090, 231901, 190091, 190296, 190021, 190200, 190218, 194804, 231902, 190157 en 190158) mogen geregistreerd worden als de verpleging niet plaatsvindt op een voor verpleging ingerichte afdeling.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke IC-behandeldagen (190150, 190151, , 190157 en 190158) zijn geregistreerd op een andere afdeling dan een IC. IC-behandeldagen geregistreerd vóór 1-3-2020 zijn onjuist . IC-behandeldagen geregistreerd op of na 1-3-2020 hoeven niet op dit punt te worden gecontroleerd.²³
2. Stel vast welke IC-behandeldagen (190150, 190151, 190157 en 190158) zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag parallel aan een andere IC-behandeldag (190150, 190151, , 190157 en 190158) Een van beiden is onjuist geregistreerd.
3. Stel vast welke verpleegdagen (190200, 190218, 190228, 194804, 190031, 190032, 190033, 190034, 190038, en 231902) zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een IC-behandeldag (190150, 190151, , 190157 en 190158). Een van beiden is onjuist geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

²³ Een CCU is geen IC.

6 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit

6.11 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie

Beknopte samenvatting:

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

- Als er in dezelfde zitting 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/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 29.3.a-c en 34d.4.a
NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 29.3.a-c en 34d.4.a

2019:

Consult (234003)

Een face-to-face consult met de kaakchirurg (of arts-assistent), 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.

2020:

Consult (234003)

Een face-to-face consult met de kaakchirurg (of arts-assistent of klinisch technoloog), 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.

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.

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.

Tijdelijke versoepeling NZa-regelgeving voor de msz in verband met het coronavirus Consult kaakchirurgie (234003). Aanvullend geldt hierbij dat de voorwaarde 'inclusief een uitgebreid onderzoek' niet van toepassing is bij een herhaalconsult op afstand voor dezelfde zorgvraag.
Advies voor controleren
AO/IB: 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 tenzij de verrichtingen in een andere (latere) zitting dan het consult hebben plaats gevonden. 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) met een datum vóór 1-3-2020 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/IB. De onderzoeksmassa betreft de uitkomsten van bovenstaande 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 deelmasa voor deze 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.

6.12 Onterecht declareren van een uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie; taakdelegatie.

Beknpte samenvatting:

Het is niet toegestaan om de volledige behandeling in het kader van taakdelegatie uit te besteden of hiervoor separate verrichtingen te declareren.

Regelgeving/beleid

NR/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 34d.4.g
NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 34d.4.g

2019 en 2020:

Taakdelegatie

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

Advies voor controleren

AO/IB:

1. Omschrijf de beheersmaatregelen omtrent taakdelegatie.

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke patiënten er sprake is van één of meerdere kaakchirurgische verrichtingen welke zijn uitgevoerd door een andere beroepsbeoefenaar dan een kaakchirurg (bijv. tandarts of mondhygiënist).
 - a. Stel vervolgens vast voor welke patiënten de kaakchirurg als hoofdbehandelaar meer dan 12 maanden kalenderjaar voorafgaande aan de geregistreerde verrichtingen door een andere beroepsbeoefenaar zelf een behandeling heeft uitgevoerd. Deze verrichtingen zijn onjuist.
 - b. Stel vervolgens vast voor welke patiënten de kaakchirurg als hoofdbehandelaar minder dan 12 maanden kalenderjaar voorafgaande aan de geregistreerde verrichtingen door een andere beroepsbeoefenaar zelf een behandeling heeft uitgevoerd of waarbij de behandeling door de kaakchirurg in zijn geheel ontbreekt.. Deze massa dient als input voor de deelwaarneming.

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van deelwaarneming en dossieronderzoek 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.

6.15 Onterecht vastleggen van zorgactiviteit wondbehandeling (ZA code 038945)			
Beknopte samenvatting: Het is niet toegestaan ZA code 038945 vast te leggen indien er niet is voldaan aan de (actuele) omschrijving zoals opgenomen bij de zorgactiviteit.			
<i>Regelgeving/beleid</i>			
NR/REG1907a	01-01-2019	31-12-2019	Bijlage 3 - Zorgactiviteitentabel
NR/REG2001a	01-01-2020	31-12-2020	Bijlage 3 - Zorgactiviteitentabel
2019 en 2020: In de Nadere Regel is de omschrijving van de zorgactiviteit wondbehandeling (038945) niet meer specifiek benoemd. De omschrijving is terug te vinden in de zorgactiviteitentabel. 038945 <i>Behandeling wond met wondrandexcisie (o.a. necrotomie, debridement) of wond > 5 cm lengte zonder wondrandexcisie. Incl. onderzoek en schoonmaken en evt. hechten of lijmen. Incl. evt. plaats. verdoven.</i>			
Advies voor controleren			
2019 en 2020: Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming: 1. Selecteer alle geregistreerde zorgactiviteiten met zorgactiviteitcode 038945 - <i>Behandeling wond met wondrandexcisie (o.a. necrotomie, debridement) of wond > 5 cm lengte zonder wondrandexcisie. Incl. onderzoek en schoonmaken en evt. hechten of lijmen. Incl. evt. plaats..</i> Deelwaarneming: 1. Stel vast dat uit het medisch dossier blijkt dat er sprake is geweest van een wondbehandeling van een wond groter dan 5 centimeter of van een wondbehandeling met wondrandexcisie (necrotomie, debridement).			
Hoe te corrigeren			
Data-analyse/integrale controle: micro-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

<u>NR/REG-1907a</u>	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 27.1a en c
NR/REG-2001	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 24.78 & 27.1a en c

Beeldvormende diagnostiek (o80001 t/m o89879)

2019:

Niet het begrip foto, maar het begrip onderzoek is hierbij het uitgangspunt. Onder onderzoek wordt 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.

2020:

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

Pathologie (o50516 t/m o50523)

2019:

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 6 van deze regeling. Deze basis declaratiecodes zijn gebaseerd op een indeling in zes zwaartecategorieën.

Hierbij geldt:

- Declaratiecode o50516 = zwaarteklasse 1
- Declaratiecode o50517 = zwaarteklasse 2
- Declaratiecode o50518 = zwaarteklasse 3
- Declaratiecode o50519 = zwaarteklasse 4
- Declaratiecode o50520 = zwaarteklasse 5
- Declaratiecode o50521 = zwaarteklasse 6

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

2020:

Moleculaire diagnostiek (050541 t/m 050545)

Per inzending wordt één zorgactiviteitcode voor moleculaire diagnostiek geregistreerd. Afhankelijk van de toegepaste techniek en het aantal genen dat wordt onderzocht, leidt dit tot één specifieke zorgactiviteitcode. De zorgactiviteitcodes beschrijven verzekerde zorg. Onverzekerde zorg kan niet via deze zorgactiviteiten worden geregistreerd.

Pathologie (050516 t/m 050523 en 050540)

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 6 van deze regeling. Deze basis declaratiecodes zijn gebaseerd op een indeling in zes zwaartecategorieën. Hierbij geldt:

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

Voor moleculaire diagnostiek op verzoek van de eerste lijn of een niet dbc-registrerend specialisme geldt de declaratiecode 'Pathologisch onderzoek - moleculaire diagnostiek op weefsels en/of cellen op genen en/of micro-organismen op verzoek van eerste lijn of niet dbc-registrerend specialisme (exclusief 50513 - bepalingen op de aanwezigheid van HPV) (050540).

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.

Toelichting bij moleculaire diagnostiek:

Een onderzoek kan uit meerdere inzendingen bestaan, per onderzoek mag één prestatie in rekening gebracht worden. Inzendingen hoeven niet gelijktijdig plaats te vinden. *Indien het noodzakelijk is voor een onderzoek dat er op een later tijdstip gebruikt wordt gemaakt van andere/nieuwe inzendingen dan valt dit alsnog onder het eerste onderzoek (het is t.b.v. het onderzoek) en wordt er dus maar één prestatie gedeclareerd.*

Advies voor controleren

AO/IB:

1. Toon aan hoe het systeem is ingericht met betrekking tot de registratie van meerdere zorgactiviteiten voor één onderzoek. Stel tevens vast of processen en procedures zo zijn ingericht dat dit risico afdoende wordt afgedicht.

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. *Beeldvormende diagnostiek:* de data-analyse voor dit onderdeel moet gericht zijn op DBC's en OZP's en een combinatie van beiden.
Stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteiten beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879), die niet tot zorgprofiel klassen 5 of 6 horen 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 2e 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.
2. *Pathologie:* de data-analyse voor dit onderdeel moet gericht zijn op OZP's.
 - a. Stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteiten pathologie (voor 2019 050516 t/m 050523) (voor 2020 050516 t/m 050523 en 050540) op dezelfde kalenderdag zijn

geregistreerd en waarvan minstens 1 zorgactiviteit als overig zorgproduct is geregistreerd. Deze zorgactiviteiten behoren tot de tweede deelmasa. Twee zorgactiviteiten pathologie die binnen één of verschillende DBC-subtraject(en) vallen worden hier uitgesloten van de deelmasa.

- b. Alleen voor 2020: stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteiten pathologie (050541 t/m 050545) op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd en waarvan minstens 1 zorgactiviteit als overig zorgproduct is geregistreerd. Deze zorgactiviteiten behoren tot de derde deelmasa. Twee zorgactiviteiten pathologie die binnen één of verschillende DBC-subtraject(en) vallen worden hier uitgesloten van de deelmasa.

Deelwaarneming:

1. Beeldvormende diagnostiek: bepaal op basis van de beslisboom een deelwaarneming en stel middels dossieronderzoek vast dat de richtlijnen correct zijn toegepast.
2. Pathologie: bepaal op basis van de beslisboom (hierbij wordt de massa uit stap 2a en 2b samengevoegd) een deelwaarneming, en verdeel het aantal posten dat getrokken moet worden naar rato over massa 2a en 2b. Stel middels dossieronderzoek vast dat de richtlijnen correct zijn toegepast.

Hoe te corrigeren

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

8 Het onterecht registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en ozp- stollingsfactoren (uitvoerdatum 2019 en 2020)

Beknopte samenvatting:

Het is niet toegestaan add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren te registreren en declareren, op het moment dat er niet wordt voldaan aan de indicatievereiste opgenomen in de G-standaard.

Voor on-label indicaties geldt de verplichting om de indicatie op de factuur te vermelden vanaf het moment dat de betreffende indicatie is opgenomen in de G-standaard. Indien een off-label indicatie nog niet is opgenomen in de G-standaard, dan dient dat gegeven te worden vermeld op de factuur.

Risico's die gecontroleerd worden in de Handreiking 2020 :

- Wordt de juiste indicatie (Indicatie ID) vermeld?
- Wordt de add-on terecht als verzekerde zorg gedeclareerd?
- Vindt de juiste feitelijke levering plaats?

Regelgeving/beleid

BR/REG-19122a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 10
NR/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 34a lid 9 en 10 en Artikel 37 lid 1 sub m
BR/REG-20114	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 10
NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 34a lid 9 en 10 en Artikel 37 lid 1 sub m

BR/REG-19122a (2019) / BR/REG-20114 (2020)

Artikel 10. Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn geneesmiddelen die als overige zorgproducten in rekening kunnen worden gebracht. De prestatiebeschrijving van deze overige zorgproducten wordt gevormd door de artikelomschrijving van het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard.

2. Voor de vaststelling van een geneesmiddel als 'add-on geneesmiddel' of 'ozp-stollingsfactor' hanteert de NZa de volgende limitatieve criteria:

- De kosten van het geneesmiddel, die betrekking hebben op een prestatie voor geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, bedragen gemiddeld meer dan € 1.000 per patiënt per jaar.
- Voor het geneesmiddel is een handelsvergunning afgegeven door de Nederlandse (CBG) of Europese (EMA) registratieautoriteit. De NZa dient te beschikken over de openbare publicatie van de SmPC tekst van het geneesmiddel.
- Het geneesmiddel is opgenomen in de G-standaard van Z-Index.

3. Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum dat de handelsvergunning bedoeld in het tweede lid is ingetrokken. Vanaf die datum vervalt eveneens van rechtswege de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.

4. Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum waarop het geneesmiddel niet meer in de G-standaard is opgenomen. Vanaf die datum vervalt eveneens van

rechtsweg de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.

NR/REG-1907a (2019) / NR/REG-2001a (2020)

Artikel 34a. Declaratiebepalingen voor overige zorgproducten uit de categorie supplementaire producten

9. Alleen centra voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten, die door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op grond van artikel 8 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) als zodanig zijn aangewezen, mogen ozp-stollingsfactoren voor hemofilie en aanverwante hemostaseziekten in rekening brengen. Bij de declaratie van ozp-stollingsfactoren voor overige indicaties geldt deze beperking van aangewezen centra niet.

In afwijking van de inwerkingtredingsdatum van deze regeling, treedt de inhoud van lid 9 van dit artikel met terugwerkende kracht in werking op 1 januari 2017.

10. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvoor een add-on, respectievelijk een ozp-stollingsfactor is vastgesteld dan declareert de zorgverlener het geneesmiddel als add-on, respectievelijk ozp-stollingsfactor. In dat geval wordt een dergelijk geneesmiddel dus niet meer als onderdeel van een dbc-zorgproduct in rekening gebracht.

Geneesmiddelen die worden ingezet in het kader van Kaakchirurgische verrichtingen (230000 t/m 239962) maken wel onderdeel uit van deze verrichtingen en worden niet door middel van een add-on geneesmiddel, respectievelijk ozp-stollingsfactor gedeclareerd.

Het ten laste van de medisch-specialistische zorg declareren van buiten de medisch-specialistische zorg bekostigde geneesmiddelen is niet toegestaan.

Toelichting

Lid 10: Als een zorgverlener een geneesmiddel toepast dat niet als add-on geneesmiddel of ozp-stollingsfactor is opgenomen in de G-standaard, dan moet de zorgverlener het geneesmiddel declareren als onderdeel van een dbc-zorgproduct.

Artikel 37. Informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten

Lid 1 sub m) **Indicatie** (on-label en off-label). Een in de G-standaard opgenomen indicatie waarvoor een add-on geneesmiddel of ozp-stollingsfactor is verstrekt aan de patiënt. Indien de betreffende indicatie nog niet is opgenomen in de G-standaard, dan wordt dat gegeven vermeld op de factuur.

Advies voor controleren

Er worden twee deelmassa's gecontroleerd. Binnen deelmassa 1 worden alle dummycode 99999998 gecontroleerd. De overige add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren worden gecontroleerd binnen deelmassa 2. Deelmassa 2 kan op twee wijzen worden gecontroleerd, door te steunen op de procesbeschrijving AO/IB (optie 1) of door een deelwaarneming conform beslisboom (optie 2) uit te voeren. Voor de uitvoering van deze controles zijn drie basisdocumenten van toepassing:

- Tabel ten behoeve van de dummycode controle 99999998
- G-standaard met uitgebreide indicatietekst van desbetreffende maand.
- Bijlage 14 met niet-risicovolle dure- en weesgeneesmiddelen

Procesbeschrijving AO/IB (deelmassa 2 optie 1)

Maak een duidelijke procesbeschrijving AO/IB rondom het registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren. Voor de elementen die moeten terugkomen in de procesbeschrijving AO/IB wordt verwezen naar bijlage 15. De procesbeschrijving AO/IB dient opgenomen te worden in het verantwoordingsdocument.

De procesbeschrijving AO/IB dient voorafgaand aan de controlewerkzaamheden met de representerende zorgverzekeraars afgestemd te worden om vast te stellen dat hierop gesteund mag worden.

Indien er geen procesbeschrijving AO/IB beschikbaar is zal optie 2 beschreven bij deelmassa 2 uitgevoerd moeten worden.

Deelmassa 1: Controle add-on met dummycode 99999998

Data-analyse

Lijst: Tabel ten behoeve van de dummycode controle 99999998

1. Selecteer alle posten met een indicatiecode 99999998;
2. Stel vast aan de hand van bovengenoemde lijst welke middelen met indicatiecode 99999998 gedeclareerd mogen worden in desbetreffende maand. Deze zijn goed.
3. Bepaal van de overgebleven deelmassa of er later in de tijd voor dezelfde patiënt met hetzelfde geneesmiddel een indicatie met aanspraak 'JA' is gebruikt. Zo ja, dan zijn alle voorgaande declaraties (maximaal 1 maand) van hetzelfde middel voor dezelfde patiënt met dummy 99999998 akkoord.
4. Restant is fout tenzij vanuit het medisch dossier aangetoond kan worden dat het verzekerde zorg betreft.

Let op! Indien er voor patiënten eerst een dummycode 99999998 is gedeclareerd en later een echte indicatie ID zit desbetreffende patiënt in meerdere massa's. De declaraties met dummycode 99999998 dienen in deelmassa 1 gecontroleerd te worden. De overige declaraties zitten in de resterende massa (deelmassa 2).

Deelmasa 2: Resterende massa add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren

Data-analyse ten behoeve van de deelwaarneming

Stel vast welke add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren zijn gedeclareerd over de periode met prestatiedatum 1-1-2019 t/m 31-12-2020.

1. De add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren opgenomen in bijlage 14 dienen uitgesloten te worden van de onderzoeksmassa.

Representativiteit van de deelwaarneming

Voor de deelwaarneming geldt dat er voldoende spreiding is op basis van werkzame stof en indicatie. De voorkeursmethode om een representatieve deelwaarneming te selecteren, wordt hieronder verder toegelicht. Andere methoden om te komen tot een representatieve deelwaarneming zijn mogelijk. Stem de gekozen methode in dat geval vooraf af met de representerend zorgverzekeraar.

- Per werkzame stof – indicatiecombinatie wordt een percentage berekend van de financiële waarde van desbetreffende combinatie ten opzichte van het totaal binnen deelmasa 2.
Vb. Waarde van de werkzame stof - indicatiecombinatie is € 1.000,-
Waarde totale risicogerichte massa (deelmasa 2) is € 100.000,-
Percentage ($1.000/100.000$) = 1%
- Per werkzame stof – indicatiecombinatie wordt een percentage berekend van het aantal uitgaven of toedieningen binnen desbetreffende combinatie ten opzichte van het totaal binnen deelmasa 2 berekend.
Vb. Aantal uitgaven of toedieningen van de werkzame stof – indicatiecombinatie is 20
Totale risicogerichte massa (deelmasa 2) in aantallen is 1000
Percentage ($20/1000$) = 2%
- Van bovenstaande percentages wordt een gemiddeld percentage berekend.
Vb. ($1\% + 2\%$) / 2 = 1,5%
- Bovenstaande berekening wordt voor iedere werkzame stof- indicatiecombinatie uitgevoerd.
- Bij de uitvoer van de controle van deelmasa 2 zijn twee opties toegestaan

Optie 1: Ziekenhuis heeft de procesbeschrijving AO/IB afgestemd met de representerend zorgverzekeraars en voldoet aan de voorwaarden om een deelwaarneming van 50 posten uit te voeren.

Binnen de 25 hoogste gemiddelde percentages worden at random twee patiënten per werkzame stof – indicatiecombinatie gestoken. Van elke gestoken patiënt worden alle uitgaven en toedieningen binnen de betreffende werkzame stof – indicatiecombinatie gecontroleerd op juistheid van de indicatie en daadwerkelijke uitgifte (thuisituatie) en toediening (overige) (het betreft hier feitelijke levering, zoals bijvoorbeeld de situatie van no-show patiënten. Er wordt niet bedoeld dat hier een check wordt gedaan op de uiteindelijke uitgegeven of toegediende hoeveelheid).

Optioneel: Instellingen hebben de mogelijkheid om via de extramurale apotheek verstrekte thuismedicatie niet te beoordelen op feitelijke levering.

Indien onjuistheden worden gevonden waarbij de aanspraak wijzigt van "JA" naar "NEE" of waarbij de feitelijke levering niet kan worden aangetoond, vindt afkeuring plaats. Daarnaast moet de deelwaarneming als volgt worden uitgebreid (rekening houdend met het onderdeel van de AO/IB waar, door de gevonden fout(en), niet op gesteund kan worden):

A Zowel onjuistheden waarbij de aanspraak wijzigt van "JA" naar "NEE" als onjuistheden waarbij feitelijk levering niet kan worden aangetoond:

- Uitbreiding conform beslisboom op patiënt werkzame stof – indicatiecombinatie niveau.
- Selecteer nieuwe patiënten en verdeel deze over de top 25 tot het aantal bij te steken combinaties is behaald.
- De 50 reeds gecontroleerde combinaties worden in mindering gebracht op de uitbreiding²⁴.
- Controleer de indicatiestelling en alle toedieningen van de gestoken patiënt werkzame stof – indicatiecombinaties.

B . Alleen onjuistheden waarbij de aanspraak wijzigt van "JA" naar "NEE" :

- Uitbreiding conform beslisboom op patiënt werkzame stof – indicatiecombinatie niveau.
- Selecteer nieuwe patiënten en verdeel deze over de top 25 tot het aantal bij te steken combinaties is behaald.
- De 50 reeds gecontroleerde combinaties worden in mindering gebracht op de uitbreiding²⁵.
- Controleer de indicatiestelling van de gestoken patiënt werkzame stof – indicatiecombinaties, de feitelijke levering hoeft niet gecontroleerd te worden.

C. Alleen onjuistheden ten aanzien van feitelijke levering:

- Uitbreiding conform beslisboom waarbij de beslisboom bepaalt hoeveel toedieningen aanvullend worden gecontroleerd (er wordt dus een specifieke levering gestoken i.p.v. een unieke patiënt).
- Selecteer nieuwe toedieningen en verdeel deze over de top 25 tot het aantal bij te steken toedieningen is behaald.
- De toedieningen/leveringen in de 50 reeds gecontroleerde combinaties worden niet in mindering gebracht op de aanvullende deelwaarneming.
- Controleer steeds alleen de feitelijke levering van de levering die wordt gestoken. De indicatiestelling hoeft niet gecontroleerd te worden

De resultaten dienen geëxtrapoleerd te worden over de totale risicogerichte massa (uitvoeringsjaar 2019 en 2020).

Optie 2: Ziekenhuis steunt niet op de procesbeschrijving AO/IB voor add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren.

Er dient een deelwaarneming uitgevoerd te worden conform beslisboom op basis van unieke patiënten, waarbij alleen gesteund kan worden op de verwachte fout als voorgaande jaar ook voor optie 2 is gekozen waarbij een minimum van 50 unieke patiënten geldt . Verdeel de unieke patiënten over de top 25, zoals vastgesteld onder 'Representativiteit van de deelwaarneming'. Van elke gestoken patiënt worden alle uitgaven en toedieningen van de betreffende werkzame stof – indicatiecombinatie

²⁴ Als uit de beslisboom volgt dat 50 patiënten of minder moeten worden gecontroleerd hoeft de deelwaarneming niet te worden uitgebreid.

²⁵ Als uit de beslisboom volgt dat 50 patiënten of minder moeten worden gecontroleerd hoeft de deelwaarneming niet te worden uitgebreid.

gecontroleerd op juistheid van de indicatie en daadwerkelijke uitgifte (thuisituatie) en toediening (het betreft hier feitelijke levering, zoals bijvoorbeeld de situatie van no-show patiënten. Er wordt niet bedoeld dat hier een check wordt gedaan op de uiteindelijke uitgegeven of toegediende hoeveelheid).

Wanneer de gestoken patiënt meerdere werkzame stof – indicatiecombinaties heeft, wordt de combinatie gecontroleerd met het hoogste gemiddelde percentage (op basis van aantal toedieningen en financiële waarde).

Hoe te corrigeren

Microcorrectie: Indien van een fout de aanspraak wijzigt van 'JA' naar 'NEE' of de feitelijke levering niet kan worden aangetoond, dan dient deze micro gecorrigeerd te worden. Foutief geregistreerde indicaties, maar aanspraak blijft JA, hoeven niet gecorrigeerd te worden.

Macrocorrectie: Na uitvoering van de deelwaarneming dient de gevonden fout geëxtrapoleerd te worden.

9 Onterecht zorgtraject/subtraject

Beknorte samenvatting:

Een zorgtraject moet geopend worden bij de eerste zorgactiviteit in het kader van een nieuwe zorgvraag van een patiënt. 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).

Voor 2019 geldt: 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.

Voor 2020 geldt: Het is niet toegestaan een parallel zorg- en/of subtraject te openen voor hetzelfde specialisme terwijl er geen sprake is van nieuwe/eigen zorgvraag met diagnosestelling (en anamnese) en een separaat uit te voeren beleid ten aanzien van de zorgvraag (zie bijlage 17 registratiekaart).

Regelgeving/beleid

NR/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 1cc, dd (poorter/poortfunctie) Artikel 4.1, 4.2, 4.3 Artikel 5.1, 5.2, 5.3 Artikel 5a.1, 5a.2, 5a.3, 5a.4, 5a.5, 5a.6, 5a.7, 5a.8 Artikel 5b.1, 5b.2 Artikel 15 (poorter en ICD-10) Artikel 16.1, 16.2, 16.3 Artikel 19.1b, 19.1c, 19.1d, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5, 19.7, 19.8, 19.9, 19.10, 19.11, 19.12, 19.13, 19.16, 19.17 Artikel 33.4, 33.7, 33.8, 33.9, 33.10, 33.11, 33.12 Artikel 36 1m, 1n, 1o (verwijzer)
NR/REG-2001a			Artikel 1dd, 1 ee (poorter/poortfunctie) Artikel 4.1, 4.2, 4.3 Artikel 5 Artikel 16.1, 16.2, 16.3 Artikel 19.1b, 19.1c, 19.1d, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5, 19.7, 19.8, 19.9, 19.10, 19.11, 19.12, 19.13, 19.16, 19.17 Artikel 33.4, 33.7, 33.8, 33.9, 33.10, 33.11, 33.12, en 13. Artikel 36 1m, 1n (verwijzer)

A. Verwijsregistratie

2019 en 2020:

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 patiënt²⁶ (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).²⁷

B. Openen Zorgtraject

2019 en 2020:

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, en voor 2020 de klinisch technoloog. Tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie kunnen ook een poortfunctie uitvoeren, maar declareren alleen overige zorgproducten.

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 diegene zich tot de typeringslijst die geldt voor dat specialisme of, indien de typeringslijst niet beschikbaar of volledig is, voor dat type van zorg.

Voor 2019 geldt

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.

- Een subtraject met ZT11 bevat ten minste één fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt. Voor klinische genetica geldt een uitzondering op deze regel: in plaats van een fysiek face-to-face contact kan hiervoor ook een screen-to-screen consult plaatsvinden. Voor radiotherapie is geen face-to-face contact vereist indien sprake is van een parallel subtraject zoals omschreven in artikel 19 lid 13 onder b van deze regeling.
- Subtrajecten met ZT11 voor audiologie bevatten ten minste één fysiek face-to-face contact in de volgende gevallen:
 - Kinderen tot en met 18 jaar met een gehoorstoornis;
 - Patiënten waarbij beoordeeld moet worden of nader medisch onderzoek en/of medische behandeling noodzakelijk is;

²⁶ 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.

²⁷ Dit type verwijzer wordt ook 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.

- Patiënten met meervoudige audiologische problematiek;
- Patiënten met een evenwichtstoornis.

- Voor hartteambespreking en longteambespreking geldt dat er geen face-to-face contact hoeft plaats te vinden, er is hierbij namelijk geen contact met de patiënt.

Wanneer er bij de behandeling van de patiënt in verband met verschillende zorgvragen meerdere specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme²⁸ een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.

Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek, zoals bedoeld in artikel 5 lid 1 en lid 2, 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, openen beide poortspecialismen een zorgtraject.

De typeringslijst voor neonatologie wordt gehanteerd tot maximaal 28 dagen na de à terme datum (de uitgerekende datum) indien de pasgeborene een aandoening krijgt die te maken heeft met de geboorte of perinatale periode. De typeringslijst voor kindergeneeskunde wordt gehanteerd vanaf 28 dagen na de à terme datum of op het moment dat de pasgeborene een aandoening krijgt die niet te maken heeft met de geboorte of perinatale periode.

Voor 2020 geldt:

Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien de patiënt zich meldt met een nieuwe zorgvraag bij een instelling. Voor deze zorgvraag is bij het betreffende specialisme binnen deze instelling nog geen zorgtraject geopend. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de anamnese en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

C. 1. Parallel zorgtraject 2019

Een parallel zorgtraject (met bij behorende subtrajecten ZT11 en ZT21) bij eenzelfde specialisme²⁹ 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. Wanneer verschillende zorgvragen met dezelfde diagnosetyping voorkomen binnen de looptijd van een bestaand zorgtraject, wordt geen parallel zorgtraject geopend.

De subtrajecten van het parallelle zorgtraject hebben een zorgprofiel met eigen zorgactiviteiten³⁰, waarvan:

- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen; en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3³¹; en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit één van de groepen chronische dialyse of chronische thuisbeademing; en/of

²⁸ Met 'elk specialisme' worden alle poortspecialismen bedoeld en de beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren.

²⁹ Indien er bij een specialisme (bijvoorbeeld kindergeneeskunde) sprake is van één zorgvraag waarbij verschillende subspecialismen zijn betrokken, wordt er één zorgtraject geregistreerd.

³⁰ De extra profieleisen gelden voor de subtrajecten van het parallelle zorgtraject en niet voor subtrajecten die binnen het eerst geopende zorgtraject vallen. Om te bepalen wat het subtraject van het parallelle zorgtraject is, is de openingsdatum van het zorgtraject bepalend en niet de openingsdatum van het subtraject.

³¹ Zorgprofielklasse 1 staat voor een polikliniekbezoek/consult (op afstand), zorgprofielklasse 2 staat voor een dagverpleging/langdurige observatie en zorgprofielklasse 3 staat voor een verpleegdag.

- 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 190702-190799, waarbij sprake is van een nieuwe, separate zorgvraag en substantiële meerkosten; en/of
- minimaal zorgactiviteit 039898; en/of
- minimaal zorgactiviteit 039676.

De combinatie van de (typerende) diagnosen van het reeds openstaande subtraject en het te openen subtraject van het parallelle zorgtraject komt op de openingsdatum van het te openen parallelle subtraject niet voor 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.

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

De diagnosen voor 'Screening colorectaal carcinoom' omvatten alle zorgactiviteiten die uitgevoerd worden in het kader van het bevolkingsonderzoek. Deze diagnosen mogen, mits aan de voorwaarden voor paralleliteit is voldaan, parallel geregistreerd worden als bij de screening een aandoening geconstateerd wordt waarvoor een behandeltraject start.

De diagnosen voor het vakgebied 'ouderengeneeskunde' (090 t/m 095) binnen het specialisme inwendige geneeskunde mogen, mits aan de voorwaarden voor paralleliteit is voldaan, parallel geregistreerd worden naast een icc en/of medebehandeling. In andere situaties is het niet toegestaan om deze diagnosen parallel te registreren.

Het specialisme gynaecologie onderscheidt drie fasen voor obstetrie: zwangerschap (Z11 t/m Z41), bevalling (B11 t/m B41) en kraambed (K23 t/m K25). Het is niet toegestaan om tijdens één zwangerschap parallelle zorgtrajecten te registreren voor eenzelfde fase. Hierop geldt een uitzondering voor de fase van kraambed indien zich een postnatale depressie (K25) voordoet na postnatale complicaties (K23, K24). Het is niet toegestaan om naast de fase bevalling (B11 t/m B41) een parallel zorgtraject voor postnatale complicaties (K23, K24) te registreren. Bij een nieuwe zwangerschap mag een parallel zorgtraject worden geopend.

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.

C. 2. Parallel zorgtraject 2020

Voor het openen van een parallel zorgtraject binnen eenzelfde specialisme gelden de eisen zoals beschreven in lid 1 t/m 3 van art. 5 (NR/REG-2001a) en moet sprake zijn van een separaat uit te voeren beleid ten aanzien van de zorgvraag (zie ook bijlage 17 registratiekaart)

Een parallel zorgtraject met eenzelfde diagnosetyping mag worden geopend indien sprake is

van een dubbelzijdige aandoening waarbij binnen de looptijd van een subtraject aan beide zijde een zorgactiviteit wordt uitgevoerd die voorkomt in bijlage 1 bij het registratieaddendum (42-dagenregel zorgactiviteiten). De combinatie van diagnoses mag hierbij niet voorkomen in de diagnose-combinatietabel (bijlage 7).

Er wordt geen parallel zorgtraject geopend:

- Wanneer de combinatie van beide diagnoses voorkomt in de diagnose-combinatietabel (bijlage 6).
- Wanneer verschillende zorgvragen met dezelfde diagnosestypering voorkomen binnen de looptijd van een bestaand zorgtraject.
- Binnen het specialisme cardiologie, behalve bij icc, hartrevalidatie en begeleiding bij hart- en hartlongtransplantatie.
- Binnen het specialisme klinische geriatrie, behalve bij icc of klinische medebehandeling.
- Bij neonatologie binnen het specialisme kindergeneeskunde.
- Binnen het specialisme geriatrische revalidatiezorg.
- Bij de diagnoses voor 'ouderengeneeskunde' (090 t/m 095) binnen het specialisme inwendige geneeskunde, behalve bij icc of medebehandeling.
- Binnen het specialisme gynaecologie voor eenzelfde fase tijdens één zwangerschap (fasen: zwangerschap, bevalling en kraambed), met uitzondering van de fase voor kraambed indien zich een postnatale depressie voordoet na postnatale complicaties.

Bij de volgende diagnoses kan een parallel zorgtraject geopend worden:

- Diagnosen die vastgesteld worden tijdens het traject rondom de traumaopvang volgens de ATLS, welke beschreven wordt met de diagnoses 'ATLS-opvang trauma ISS <16' en 'ATLS-opvang multitrauma ISS ≥ 16'. Deze diagnoses kunnen (mits aan de voorwaarden voor paralleliteit is voldaan) parallel geregistreerd worden aan diagnoses die geconstateerd worden bij de screening.
- Diagnosen die vastgesteld worden naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek 'Screening colorectaal carcinoom'. Deze diagnoses kunnen (mits aan de voorwaarden voor paralleliteit is voldaan) parallel geregistreerd worden als bij de screening een aandoening geconstateerd wordt waarvoor een behandeltraject start.

Indien medicinale oncologische behandeling ter voorbereiding op een stamceltransplantatie plaatsvindt, wordt voor het stamceltransplantatietraject een parallel zorg/subtraject met dezelfde diagnose geopend.

Bij chronische zorg met thuisbeademing mag een zorgtraject parallel aan de aandoening waarvoor de chronische thuisbeademing wordt gegeven geopend worden.

Bij chronische dialyse mag een zorgtraject parallel aan de aandoening waarvoor de dialyse wordt gegeven geopend worden.

Een orgaantransplantatietraject kan parallel aan het zorgtraject voor de onderliggende aandoening worden geopend. Een zorgvraag maakt onderdeel uit van het transplantatiezorgtraject wanneer aan de volgende criteria voldaan is:

- de transplantatiespecialist treedt op als hoofdbehandelaar; en
- er is sprake van een direct oorzakelijk verband met de transplantatie; en
- de transplantatie gerelateerde zorgvraag doet zich voor tijdens de looptijd van het operatieve fase 2 subtraject of binnen het eerst geopende nazorgtraject van 120 dagen.

Voor de begeleiding rond hart-, long- en hartlongtransplantaties wordt door de specialismen cardiologie, longgeneeskunde en kindergeneeskunde een eigen (eventueel parallel) zorg/subtraject geopend.

Bij radiotherapie kan een parallel zorgtraject geopend worden voor:

- Combinatiebehandelingen van tele-, brachytherapie en/of hyperthermie wordt per soort behandeling een afzonderlijk (parallel) traject geopend.

- Uitwendige bestraling geldt dat parallelle zorgtrajecten zijn toegestaan, voor zover er sprake is van meerdere doelgebieden die niet in één bestralingsplan te omvatten zijn. Behandeling van twee ISO centra betekent twee zorgtrajecten.

C 3. Parallelliteit bij dubbelzijdige aandoeningen (2019 en 2020)

2019: Artikel 5a, lid 2: Bij parallelliteit bij dubbelzijdige aandoeningen worden alleen twee zorgtrajecten geopend indien sprake is van een operatieve behandeling aan beide zijden en de combinatie van beide identieke diagnoses niet voorkomt in de diagnose-combinatietabel.

2020: Artikel 5, lid 4b:

Een parallel zorgtraject met eenzelfde diagnosetyping mag worden geopend indien sprake is van een dubbelzijdige aandoening waarbij binnen de looptijd van een subtraject aan beide zijde een zorgactiviteit wordt uitgevoerd die voorkomt in bijlage 1 bij het registratieaddendum (42dagenregel zorgactiviteiten). De combinatie van diagnoses mag hierbij niet voorkomen in de diagnose-combinatietabel (bijlage 7).

2020: Artikel 23, lid 5:

Wanneer dubbelzijdige aandoeningen aan beide zijden operatief behandeld worden en hiervoor een parallel zorgtraject wordt geopend, dan worden vanaf het moment dat één van de operatieve subtrajecten is afgesloten alle erop volgende zorgactiviteiten binnen één zorgtraject geregistreerd.

Toelichting NZa:

"Het toestaan van parallelliteit bij dubbelzijdige aandoeningen waarbij beide zijden operatief worden behandeld is ontstaan omdat een operatief zorgproduct de kosten voor één operatie dekt en dit bij een tweede operatie in dezelfde periode zou kunnen leiden tot een bekostigingsprobleem.

Met 'beide zijden' in Artikel 5a, lid 2 wordt dan ook bedoeld dat de beide zijden binnen de looptijd van hetzelfde subtraject vallen. In dat geval is parallelliteit toegestaan en mag een tweede zorgtraject worden geopend (mits de combinaties van beide identieke diagnoses niet voorkomt in de diagnosecombinatietabel).

Er is op grond van de regelgeving derhalve alleen sprake van een operatieve behandeling aan beide zijden, wanneer de tweede operatie binnen hetzelfde subtraject als de eerste operatie valt".

Advies voor controleren:

Data-analyse:

Voer de drie onderstaande data-analyses uit op de onderzoeksmassa HR 2020.

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 (enkel subtrajecten geopend vóór 2020):
 - 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 ZA 039676;
 - 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 190799).

2. De combinatie van (typerende) diagnoses van de parallelle subtrajecten voorkomt op de diagnose-combinatietabel (gehele onderzoeksmassa).
3. Sprake is van identieke diagnoses die niet op de diagnose-combinatietabel voorkomen, waarbij niet wordt voldaan aan de voorwaarde dat beide subtrajecten minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen (de 42 dagen lijst uit het registratieaddendum) bevatten (gehele onderzoeksmassa).

Deze subtrajecten zijn onjuist geregistreerd. Na het corrigeren van bovenstaande massa resteert een geschoonde en gecorrigeerde massa waarop de deelwaarnemingen plaatsvinden. Goedgekeurde DBC subtrajecten uit de data-analyse hoeven niet in de deelwaarneming meegenomen te worden, indien deze al tijdens de beoordeling van de data-analyse op risico's B en C uit de deelwaarneming zijn gecontroleerd. Indien de goedgekeurde DBC subtrajecten uit de data-analyse niet op risico's B en C worden gecontroleerd, dan dienen deze te worden toegevoegd aan de deelwaarnemingen.

Data-selectie ten behoeve van deelwaarnemingen:

Alvorens de risicomassa van dit controlepunt wordt onderverdeeld in drie deelmassa's bestaat de mogelijkheid om een of meer van de vijf onderstaande uitsluitingen toe te passen. Zie ook bijlage 13.

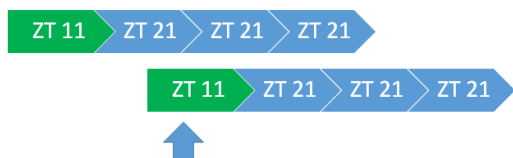
Zorgtrajecten die op basis van een uitsluiting niet worden toegekend aan een deelmassa behoren tot de verrijkte massa. Over deze zorgtrajecten vindt geen extrapolatie plaats. Wel dienen deze zorgtrajecten beschikbaar te zijn voor de in context beoordeling tijdens het uitvoeren van de deelwaarneming. De waarde van de uitgesloten zorgtrajecten dient te worden vermeld in het verantwoordingsdocument.

1. Dialyse: Zorgtrajecten met een dialysediagnose (0313.332, 0313.331, 0313.336 en 0313.339) mogen worden uitgesloten van de gehele deelwaarneming.
2. Zwangerschap/bevalling: Zorgtrajecten met een bevallingsdiagnose (0307.Bxx) welke parallel zijn geopend aan een zorgtraject met een zwangerschapsdiagnose (0307.Zxx) mogen worden uitgesloten van de gehele deelwaarneming. Het parallel geopende zorgtraject met een zwangerschapsdiagnose (0307.Zxx) moet worden gecontroleerd binnen deelmassa 2.
3. Fertiliteit: Zorgtrajecten met een diagnose oriëntatie fertiliteitsonderzoek (0307.F11), dienen ongeacht of zij parallel lopen met een ander zorgtraject van het specialisme gynaecologie, te worden opgenomen in deelmassa 2. Zorgtrajecten met een diagnose gespecialiseerde technieken (0307.F21) mogen worden uitgesloten van de gehele deelwaarneming. Zorgtrajecten met een zwangerschapsdiagnose (0307.Zxx) welke parallel zijn geopend aan een zorgtraject met een diagnose gespecialiseerde technieken (0307.F21) mogen worden uitgesloten van de gehele deelwaarneming.
4. Hartrevalidatie: Zorgtrajecten met een diagnose hartrevalidatie (0320.821), dienen ongeacht of zij parallel lopen met een ander zorgtraject van het specialisme cardiologie, te worden opgenomen in deelmassa 2.
5. Longrevalidatie: Zorgtrajecten met een diagnose longrevalidatie (0322.9906), dienen ongeacht of zij parallel lopen met een ander zorgtraject van het specialisme longgeneeskunde, te worden opgenomen in deelmassa 2.

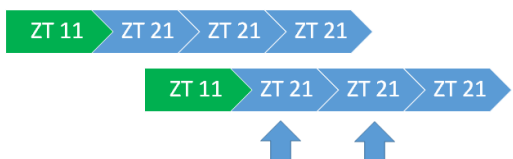
N.B. Mocht u verdere uitsluitingen willen toepassen, bespreek dit dan met uw eerste representerende zorgverzekeraar voordat u de deelwaarneming gaat uitvoeren.

Stel vervolgens onderstaande deelmassa's vast.

1. Deelmasa 1: alle subtrajecten met ZT11 die niet zijn afgekeurd in de uitgevoerde data-analyses bij dit controlepunt, en waarbij (voor dezelfde patiënt, binnen hetzelfde specialisme) een parallel subtraject aanwezig is op enig moment tijdens de looptijd (ZT11 en/of ZT21), waarbij het parallelle zorgtraject eerder is gestart dan het te onderzoeken zorgtraject (oftewel: het laatst geopende zorgtraject (waarvan het ZT11 in deelmasa 1 hoort) veroorzaakt paralleliteit met een eerder geopende zorgtraject).



2. Deelmasa 2: alle subtrajecten met ZT11 die niet zijn afgekeurd in de uitgevoerde data-analyses bij dit controlepunt, en die niet in deelmasa 1 zitten.
3. Deelmasa 3: alle subtrajecten met ZT21 die niet zijn afgekeurd in de uitgevoerde data-analyses bij dit controlepunt, en waarbij (voor dezelfde patiënt, binnen hetzelfde specialisme) een parallel traject aanwezig is op enig moment tijdens de looptijd (ZT11 en/of ZT21), waarbij het parallelle zorgtraject eerder is gestart dan het te onderzoeken zorgtraject (oftewel: het laatst geopende zorgtraject, waarvan het ZT21 in deelmasa 3 hoort, veroorzaakt paralleliteit met een eerder geopend zorgtraject).



N.B. bij bepalen data-selectie:

- Indien zorgtrajecten dezelfde begindatum hebben, dan dienen alle DBC-subtrajecten met deze zelfde zorgtraject-begindatum te worden gesignaleerd in deelmasa 1 (ZT11) en deelmasa 3 (ZT21).
- De begindatum van het zorgtraject is leidend bij het bepalen welk zorgtraject parallel geopend is.
- Indien er meer dan twee zorgtrajecten zijn, dan dienen alle later geopende DBC-subtrajecten met zorgtype 11 te worden gesignaleerd binnen deelmasa 1.

Deelwaarneming:

Trek per deelmasa een deelwaarneming van 125 posten.

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

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

Controleer deelmasa's 1 en 2 op de onderstaande risico's:

A. Verwijsregistratie

Stel door middel van dossieronderzoek vast dat voor de subtrajecten sprake is van een (aantoonbaar)rechtmatige verwijzing in het dossier .

B. Openen van een zorgtraject (ZT11)

1. Controleer dat het zorgtraject is geopend door of uit naam van een medisch specialist, arts assistent, klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEH arts KNMG, physician assistant, verpleegkundig specialist, of voor 2020 de klinisch technoloog.
2. Stel vast dat het betreffende subtraject is getypeerd met de juiste diagnosecode (herleidbaar in dossier).
3. Stel vast dat er sprake is van een nieuwe zorgvraag (oftewel: is het zorgtraject terecht geopend?).
4. Stel vast dat de openingsdatum van het subtraject juist is.
5. Stel vast dat er terecht sprake is van een zorgtype 11 of had het een zorgtype 13 of 21 moeten zijn?

Controleer de gestoken posten van deelmassa 1, voor zover er geen financiële fout is gevonden bij de risico's A en B, en de gestoken posten van deelmassa 3 (zie ook bijlage 5 en hieronder bij 'Hoe te corrigeren') op het onderstaande risico:

C. Openen van een parallel traject

In de controle worden alle subtrajecten betrokken waarmee het gestoken traject parallel staat, ongeacht of deze wel of niet onder de scope van de Handreiking vallen. Stel door middel van dossieronderzoek vast dat de gestoken posten terecht parallel geopend zijn.

- Waarbij voor subtrajecten geopend vóór 2020 geldt dat hier sprake van is 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? Is er sprake van een eigen behandeling?
- Waarbij voor subtrajecten geopend in 2020 geldt ³² dat er sprake is van:
 - a. een nieuwe zorgvraag bij een instelling, waarvoor bij het betreffende specialismen binnen deze instelling nog geen zorgtraject geopend. Dit blijkt uit het medisch dossier.
 - b. de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert verantwoordelijk is voor de anamnese en diagnosestelling.
 - c. separaat beleid ten aanzien van de zorgvraag.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

Deelwaarnemingen: macro-correctie.

NB: Gevonden fouten binnen de steekproeven worden geëxtrapoleerd over de gehele risicomassa. De methodiek voor extrapolatie is in bijlage 5 separaat aan de Handreiking toegevoegd.

³² De criteria voor het openen van een parallel zorgtraject moeten gelezen worden in de geest van de registratiekaart die is ontwikkeld door ZN,NFU, NVZ en de FMS.

10a Onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen heen (geopend vóór 2020)

Beknpte samenvatting:

2019: 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

NR/REG-1907a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 1cc, 1dd Artikel 4.1 / 4.2 / 5.2 / 5.3 / 5b.1 / 5b.2
---------------------	------------	------------	---

2019:

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.

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.³³

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

Stel vast voor welke patiënten er meerdere parallelle 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 ten behoeve van de deelmassa's. De risicolijst betreft vier aandoeningen: carpaal tunnelsyndroom, slaapaandoeningen, varices, incontinentie/prolaps.

AO/IB:

1. Toon aan (globaal of per aandoening) welke afspraken er zijn vastgelegd om de registratie van multidisciplinaire zorg conform wet- en regelgeving te laten verlopen, bijvoorbeeld met een werkinstructie of registratieprotocol.

Data-analyse ten behoeve van bepaling deelmassa's:

1. 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:

³³ 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.

- 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.

Optioneel: Indien het eerst geopende zorgtraject (bij het eerste specialisme) geen behandeling bevat (zorgactiviteit met ZPK 5 en/of 6) en de laatst uitgevoerde zorgactiviteit op of voor de openingsdatum van het daarna geopende zorgtraject (bij het tweede specialisme) ligt, dan wordt deze situatie beschouwd als een definitieve doorverwijzing. Deze posten kunnen worden uitgesloten van verder onderzoek.

1. 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 patiënt, per aandoening) vast dat sprake is van:

- afzonderlijke en eigen zorgvragen, en;
- separate diagnosestelling, en;
- separate (eigen) behandeling³⁴.

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

Deze controle vindt plaats op patiëntniveau. Voor de bepaling van de omvang van de deelwaarneming moet per deelmassa de beslisboom doorlopen worden waarbij uitgegaan moet worden van het aantal patiënten. 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) behandeling³⁵.

Hoe te corrigeren

Integrale controle: micro-correctie.

Deelwaarnemingen: macro-correctie.

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.

³⁴ 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.

³⁵ Idem.

10b Onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen heen (Geopend in 2020)

Beknopte samenvatting:

2020: Als er sprake is van een multidisciplinaire behandeling kunnen er voor dezelfde zorgvraag van een patiënt meerdere zorgtrajecten worden geopend. Er is sprake van multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.

Regelgeving/beleid

NR/REG-2001a	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 1dd, 1ee Artikel 4.1 / 4.2 / 5.2 / 5.3 / 5.2
--------------	------------	------------	--

2020:

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 diegene zich tot de typeringslijst die geldt voor dat specialisme of, indien de typeringslijst niet beschikbaar of volledig is, voor dat type van zorg.

Als er sprake is van een multidisciplinaire behandeling kunnen er voor dezelfde zorgvraag van een patiënt meerdere zorgtrajecten worden geopend. Er is sprake van multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.

Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien binnen een zorgtraject zowel een SEH-arts KNMG (of een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de SEH-functie uitoefent) als een andere beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert een deel van de prestaties in het kader van één zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt één zorgtraject geopend.

Een nieuw te openen zorgtraject voldoet aan de volgende voorwaarden:

- er is sprake van een behandelrelatie voor de zorgvraag tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt zoals beschreven in de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO).
- de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de anamnese en diagnosestelling. Dit blijkt uit het medisch dossier.

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 ten behoeve van de deelmassa's. De risicolijst betreft vier aandoeningen: carpaal tunnelsyndroom, slaapaandoeningen, varices, incontinentie/prolaps.

AO/IB:

- c. Toon aan (globaal of per aandoening) welke afspraken er zijn vastgelegd om de registratie van multidisciplinaire zorg conform wet- en regelgeving te laten verlopen, bijvoorbeeld met een werkinstructie of registratieprotocol.

Data-analyse ten behoeve van bepaling deelmassa's:

1. 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.

Optioneel: Indien het eerst geopende zorgtraject (bij het eerste specialisme) geen behandeling bevat (zorgactiviteit met ZPK 5 en/of 6) en de laatst uitgevoerde zorgactiviteit op of voor de openingsdatum van het daarna geopende zorgtraject (bij het tweede specialisme) ligt, dan wordt deze situatie beschouwd als een definitieve doorverwijzing. Deze posten moeten worden uitgesloten van verder onderzoek.

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

1. Deze controle vindt plaats op patiëntniveau. Voor de omvang van de deelwaarneming moet de beslisboom doorlopen worden waarbij uitgegaan wordt van het aantal patiënten. Verdeel de posten naar rato over de 4 deelmassa's varices, carpaal tunnelsyndroom, slaapaandoening en incontinentie/prolaps met een minimum van één patiënt per deelmassa.

Stel daarvoor door middel van het dossier vast dat sprake is van:³⁶

- o de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor de anamnese en diagnosestelling.
- o er is sprake van losstaand medisch beleid met betrekking tot de zorgvraag

Indien er een fout naar voren komt in de deelwaarneming moet er een additionele deelwaarneming worden uitgevoerd op de deelmassa('s) waarin de fout is gevonden. Voor de bepaling van de omvang van de additionele deelwaarneming moet per deelmassa de beslisboom doorlopen worden waarbij uitgegaan moet worden van het aantal patiënten.

Hoe te corrigeren

Deelwaarnemingen: macro-correctie.

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.

³⁶ Deze criteria voor het openen van een eigen DBC in een multidisciplinaire setting moeten gelezen worden in de geest van de registratiekaart die is ontwikkeld door ZN, NFU, NVZ en de FMS.

12 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/REG-19122a	01-01-2019	31-12-2019	Artikel 5.8
BR/REG-20114	01-01-2020	31-12-2020	Artikel 5.8

2019 en 2020:

Artikel 5.8

Aan elke dbc-zorgproductcode wordt een declaratiecode verbonden die binnen het gereguleerde segment aangeeft welk maximumtarief in rekening mag worden gebracht. De declaratiecode bestaat uit zes posities waarbij de eerste twee posities aangeven:

- of er sprake is van zorg binnen het gereguleerde of vrije segment;
- of aanspraak vanuit de Zvw-basisverzekering van toepassing is.

Zie tabel 1 voor een verdeling van de eerste twee posities van de declaratiecode.

Tabel 1: Declaratiecode

	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 voorwaarden verzekerd. Dit betreft de oranje zorgactiviteiten. Soms wordt vooraf door de verzekeraar gecontroleerd of voldaan wordt aan de voorwaarden 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.

Bijlage 8 bevat de lijst met oranje zorgactiviteiten die ten behoeve van controlepunt 12 zijn geselecteerd. In 2020 zijn geen nieuwe zorgactiviteiten aan de lijst toegevoegd t.o.v. de lijst van 2019.

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 staan in bijlage 9 van de Handreiking (Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakbeperking).

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 12' (bijlage 8) en die onderdeel uitmaken van een DBC die gedeclareerd is met een declaratiecode 14xxxx of 15xxxx (aanspraak vanuit de basisverzekering). Deelwaarneming: 1. Voer een deelwaarneming uit conform de beslisboom op de deelmassa's zoals benoemd in bijlage 8 van de Handreiking. Beoordelingskader: Stel door middel van het medisch dossier 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 (bijlage 9). 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-correctie³⁷ en micro-correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

³⁷ 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.