



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Zorgverzekeraars Nederland



Definitieve versie handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ 2014

Versie 2.0

31 maart 2015

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Controlepunten:	19
1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek	19
1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - indien er geen face to face contact is.	19
1.2 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag	23
1.3 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - Polikliniekbezoek tijdens opname	25
2 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult	26
3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling	28
4 Onterecht vastleggen van een Dagverpleging	30
5 Onterecht vastleggen van een verpleegdag of IC-behandeldag	33
5.1 Onterecht vastleggen van een verpleegdag bij een DBC subtraject – Meerdere verpleegdagen op 1 dag	33
5.2 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten binnen 1 specialisme	34
5.3 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten over meerdere specialismen	35
5.4 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - Specifiek voor verpleging ingerichte afdeling	37
5.5 Onterecht vastleggen van een Langdurige observatie zonder overnachting (nieuw)	39
5.6 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - Minimaal 1 overnachting	40
5.7 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - In combinatie met een IC-behandeldag	42
5.8 Onterecht vastleggen van een verpleegdag tegelijk met de ZA Verblijf gezonde moeder (ZA-code 190032) of verblijf gezonde zuigeling (ZA-code 190033)	43
5.9 Onterecht vastleggen van een verpleegdag in combinatie met 'Verkeerde bed' (ZA-code 190031) of 'Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie' (ZA-code 190038).	45
5.10 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag- Medische behandeling op de IC	46
5.11 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag- Postoperatief op de IC voor recovery i.p.v. op de recovery-afdeling	47
6 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit	48

6.1 Onterecht vastleggen ATLS traumaopvang	48
6.2 Onterecht vastleggen van de verrichting cochleaire implantaten	49
6.3 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit nazorg orgaantransplantaties	50
6.4 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit nazorgstamceltransplantaties	51
6.5 Onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische tests	52
6.6 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit dialysetoeslag	53
6.7 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit IC-consult (ICC uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC afdeling)	55
6.8 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit neonatale intensive care	56
6.9 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit pediatrische intensive care	57
6.10 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit ECMO-toeslag	58
6.11 Onterecht vastleggen van de verrichting toeslag post IC-high care	59
6.12 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie	60
6.13 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie	61
6.14 Onterecht vastleggen microscopisch oortoilet bij verwijderen oorsmeer ZA code 031712	63
6.15 Onterecht declareren van ordertarief	64
6.16 Onterecht vastleggen van zorgactiviteit wondtoilet (ZA code 038941 en 038943)	66
7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie	67
8 Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure geneesmiddelen	69
9 Onterecht een parallel zorgtraject openen	71
10 Openen zorgtraject	73
11 Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen verwijzing aanwezig is (uitzondering acute zorg)	75
12 Het vastleggen van een andere zorgactiviteit, die wel als verzekerde zorg wordt vergoed.	78
13 Het onterecht declareren van 190043/190044/190045/190046 naast een DBC zorgproduct van de gynaecoloog	81
14 Het declareren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de Zvw, terwijl hier geen sprake van is: IVF en vruchtbaarheid gerelateerde zorg	83
15 Declareren van WBMV verrichtingen zonder vergunning.	85

Inleiding

In het najaar van 2014 is inzicht ontstaan op de resultaten van het zelfonderzoek 2012/2013 dat door alle ziekenhuizen is uitgevoerd. Duidelijk werd dat er enorme inspanningen zijn geleverd en grote stappen zijn gezet in de verbetering van de declaratie en controleketen.

Dat heeft ertoe geleid dat NVZ, NFU en ZN hebben besloten om samen nog meer in te zetten op structurele samenwerking bij de efficiënte inrichting van de declaratie- en controleketen. Deze afspraken worden vastgelegd in een convenant. Voor 2015 heeft zich dat vertaald in de ambitie om voor de declaraties in de omzet 2014, de omzet 2015 en de omzet 2016 in respectievelijk het eerste kwartaal, het tweede kwartaal en het derde kwartaal tot een handreiking rechtmatigheidscontroles te komen. Het eerste resultaat, de handreiking controles 2014, treft u nu aan. De NZa heeft geoordeeld dat de handreiking consistent is met de publieke regelgeving.

Deze handreiking is nog steeds een inhaalslag, de afspraken over de generiek van toepassing zijnde controles worden na afloop van het jaar pas helder. Ook voor 2015 zal voor een deel van de declaraties die duidelijkheid er pas na registratie en facturatie zijn. Voor 2016 verwachten wij de gewenste situatie te bereiken dat voorafgaand aan het jaar de afspraken zijn gemaakt zodat elk ziekenhuis in staat is zijn organisatie hiernaar in te richten.

De handreiking is (wederom) onder grote tijdsdruk tot stand gekomen. Wij hopen op uw begrip als er ondanks de grote inzet toch nog enkele onduidelijkheden bij de uitvoering van de handreiking blijken te zijn. Wij waarderen uw feedback hierop zeer, het stelt partijen in staat om tot verdere verbetering te komen bij de handreikingen van 2015 en verder.

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

Aanpak

De aanpak kent grote overeenkomsten met het zelfonderzoek 2012/2013.

1. Ziekenhuizen controleren op basis van de handreiking zelf de rechtmatigheid van de declaraties. Zij rapporteren hierover aan de zorgverzekeraars.

2. Zorgverzekeraars beoordelen de door het ziekenhuis uitgevoerde werkzaamheden en komen tot een gezamenlijke conclusie.

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

Relatie controlepunten met zelfonderzoek 2012/2013

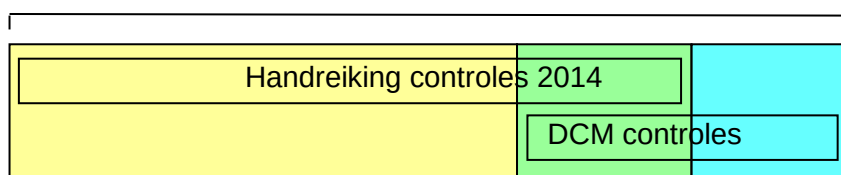
De handreiking is opgesteld met als basis de controlepunten uit het zelfonderzoek 2012/2013. Deze controlepunten zijn geschoond voor punten die in relatie tot de controle-inspanning te weinig opleverden (en geen politiek item zijn) of onvoldoende een generiek risico bevatten en controles die beter door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

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

Voor deze mutaties ten opzichte van het zelfonderzoek 2012/2013 is een Excel sheet als bijlage bijgevoegd (bijlage 1).

Relatie handreiking met DCM

Rechtmatigheidscontroles door ziekenhuizen



De DCM controles maken onderdeel uit van de generieke rechtmatigheidscontroles. De in dit kader uit te voeren controles liggen vast in de DCM handboeken (R4 en R5)¹.

Zorgverzekeraars zetten de DCM controles uit parallel aan de controles die zorgaanbieders uitvoeren in het kader van de handreiking. De DCM controles over het jaar 2013 (geopend 2013, gesloten 2014) moeten in het kader van de verantwoording van zorgverzekeraars

¹ De DCM handboeken kunt u vinden op de ZN website onder het beleidsthema Controle. www.zn.nl/beleidsthemas/dossiers/

financieel afgerond zijn op 31 december 2015. Om die reden is het niet haalbaar om deze controles uit te zetten na afronding van de controles uit de handreiking.

Sommige controles uit de DCM overlappen met controlepunten die specifiek in de handreiking zijn opgenomen. Deze overlap is zichtbaar gemaakt in een Excel overzicht dat als bijlage is bijgevoegd (bijlage 4). Deze controles worden niet door de zorgverzekeraars uitgezet.

Reikwijdte

De handreiking controles 2014 is gericht op de uit te voeren rechtmatigheidscontroles op declaraties die tot de omzet 2014 behoren. Het gaat daarbij om in 2014 gesloten DBC's² en in 2014 geleverde overige zorgproducten ongeacht het moment van declareren (= totale onderzoeksmassa). DBC's en overige zorgproducten die op het moment van peildatum³ nog niet gefactureerd zijn, moeten indien van toepassing gecorrigeerd worden alvorens zij worden gedeclareerd.

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

De handreiking geldt voor alle algemene ziekenhuizen en UMC's en het Oogziekenhuis, NKI/AVL en de Maartenskliniek.

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

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

² DBC-zorgproducten geopend in 2013 en gesloten in 2014 en DBC-zorgproducten geopend en gesloten in 2014

³ Peildatum wordt door het ziekenhuis vastgesteld (minimaal na 1 januari 2015).

Controles door zorgverzekeraars

De handreiking bevat samen met de DCM alle generieke rechtmatigheidscontroles op de declaraties 2014. Zorgverzekeraars zullen de controles uit de handreiking zelf niet uitvoeren indien de ziekenhuizen de controles adequaat uitvoert en zich hierover verantwoordt zodat de zorgverzekeraar dit kan vaststellen.

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

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

Een aantal in het zelfonderzoek 2012/2013 opgenomen controles is niet meer in de handreiking opgenomen maar zullen door zorgverzekeraars worden uitgevoerd omdat zij hiertoe beter in staat zijn.

Dit zijn onder andere de U-bocht controles en de controles op fictieve registratie van zorgactiviteiten en onjuiste diagnose (zie hiervoor ook bijlage 1).

Over de planning van deze controles worden op korte termijn nog afspraken gemaakt. Mogelijk dat deze controles in dezelfde periode worden uitgevoerd als de Handreiking.

Methode/Controlebenadering

In de handreiking is per controlepunt beschreven welk risico moet worden afgedekt en welke regelgeving hieraan ten grondslag ligt. Vervolgens is een zwaarwegend advies opgenomen over de wijze van controleren. Daarbij is voor dat controlepunt een meer specifieke vertaling gemaakt naar controlemiddelen die bij voorkeur worden gebruikt om het risico te onderzoeken, rekening houdend met de algemene kaders en rangorde van controle-

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

instrumenten zoals hieronder opgenomen. Het is echter wel aan het ziekenhuis om te bepalen of zij, gezien hun organisatie en registratiewijze, dit risico ook hebben afgedekt. De gemaakte keuzes licht het ziekenhuis toe in de rapportage. Het is aanbevolen om bij grote afwijkingen in de aanpak van de controles, vooraf met de representerende zorgverzekeraars te overleggen.

Het uitgangspunt bij de controles 2014 is dat er op microniveau wordt gecorrigeerd tenzij dit niet mogelijk is. Per controlepunt staat de voorgeschreven correctiewijze opgenomen (micro correctie waar macro is voorgeschreven is wel toegestaan, macro correctie waar micro is voorgeschreven is niet toegestaan).

De volgorde waarin (controle) instrumenten worden ingezet is als volgt:

1. AO/IC;
2. Data-analyse;
3. Steekproef of deelwaarneming.

Ad 1. Voor de inrichting van de AO/IC mag gesteund worden op de controlewerkzaamheden die voor het zelfonderzoek 2012/2013 zijn uitgevoerd. Als uit het zelfonderzoek 2012/2013 geen risico is gebleken, en toegelicht en aangetoond is waarom het geen risico was, dan kan die ervaring worden gebruikt voor de handreiking controles 2014 en hoeven deze werkzaamheden niet opnieuw te worden uitgevoerd mits onderbouwd kan worden dat in 2014 geen veranderingen zijn doorgevoerd. Dit geldt voor opzet en bestaan. De werking moet ook over 2014 nog wel worden getoetst.

Ad 3. Een nadere toelichting op de toepassing van een steekproef of deelwaarneming is aan het einde van de Inleiding opgenomen.

Correctie op microniveau

De zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn overeengekomen dat de te onderzoeken thema's zoveel mogelijk op basis van data-analyse onderzocht moeten worden en onjuistheden tot op micro niveau (zijnde individueel identificeerbare DBC-zorgproducten) gecorrigeerd moeten worden. In aanvulling daarop is overeengekomen dat uitsluitend die DBC-

zorgproducten gecorrigeerd moeten worden waarbij sprake is van een financieel effect of wijziging van de diagnose⁵.

Twee voorbeelden:

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

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

Er is een poliklinisch product gedeclareerd met daarin opgenomen 3 polikliniekbezoeken, waarvan 1 polikliniekbezoek onterecht is geregistreerd. Het wel of niet corrigeren op micro niveau hangt dan af van het volgende:

- Als uit het hergrouperen (dus dan worden 2 polikliniekbezoeken aangeboden) hetzelfde product wordt afgeleid of een ander product wordt afgeleid met wel exact dezelfde prijs, dan hoeft géén correctie doorgevoerd te worden.
- Als na hergrouperen blijkt dat een ander product met een andere (lagere) prijs wordt afgeleid, dan moet de gedeclareerde DBC wél op micro niveau gecorrigeerd worden.

De micro correcties worden zo snel mogelijk doorgevoerd. Hierbij hoeft niet te worden gewacht op de afronding van alle controlepunten en/of de review door de zorgverzekeraars.

In de rapportage moet de fout worden opgenomen die in de bevroren massa is gevonden. Als de correcties worden uitgevoerd voordat de rapportage aan de zorgverzekeraars wordt opgeleverd, heeft dit geen invloed op de te rapporteren fout.

⁵ Noodzakelijk in verband met het vaststellen van diagnose kostengroepen voor de uitvoering van de risicovereeniging voor de zorgverzekeraars.

Dus, als uit data analyse blijkt dat € 100.000 onjuist is, en het ziekenhuis draait direct correctiefacturen, wordt nog steeds in de kolom correctie op micro niveau € 100.000 (en geen € 0) verantwoord in Bijlage 3.

Correctie op macro niveau

Daar waar sprake is van extrapolaties, leidt dat tot correcties op macro niveau. Deze moeten vervolgens op een juiste wijze over de UZOV codes verdeeld worden. De verdeelsleutel naar marktaandeel is opgenomen in Bijlage 3 in tabblad 'Onderzochte massa per UZOV'.

Dus als uit een deelwaarneming een fout blijkt, wordt deze na extrapolatie verdeeld marktaandeel van de totale onderzoeksmassa (per jaarlaag).

Netto financiële impact

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

Rapportage

De representerende zorgverzekeraars vormen hun oordeel op basis van de rapportage van het ziekenhuis. Deze bevat ook een bestuursverklaring van de raad van bestuur van het ziekenhuis.

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

Voor de rapportage is een format gemaakt (bijlage 2). Voor de financiële rapportage is een Excel format gemaakt (bijlage 3).

Rol Accountant

In afstemming met de accountants in Coziek is vastgesteld dat het niet mogelijk is om assurance te verkrijgen bij de door ziekenhuizen uitgevoerde rechtmatigheidscontroles 2014. Slechts een rapport van bevindingen is mogelijk. Bij het zelfonderzoek 2012/2013 is gebleken dat dit weinig toegevoegde waarde heeft. Op basis daarvan is besloten af te zien van een accountantsproduct bij deze controles en de toetsing volledig bij zorgverzekeraars te leggen. Voor 2016, waarbij het normenkader voorafgaand aan het jaar duidelijk moet zijn, zal in afstemming met Coziek een heroverweging worden gemaakt met als doel te komen tot assurance.

Toetsing door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars vormen gezamenlijk een oordeel over de door de ziekenhuizen uitgevoerde controles. Zij voeren dit in representatie uit⁶. Dat wil zeggen dat wanneer de representerende zorgverzekeraars gezamenlijk tot een oordeel komen, dit oordeel wordt overgenomen door de niet direct betrokken zorgverzekeraars. De representerende zorgverzekeraars delen hun oordeel schriftelijk aan het ziekenhuis mede.

De beoordeling door de representerende zorgverzekeraars kan aanleiding zijn tot het stellen van vragen en/of het uitvoeren van extra werkzaamheden om te komen tot een goedkeuring en daarmee afronding van de generieke rechtmatigheidscontroles.

Geschillencommissie

NVZ, NFU en ZN stellen een geschillencommissie samen waarin ziekenhuizen en zorgverzekeraars een geschil kunnen voorleggen dat ontstaat tijdens de uitvoering en

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

toetsing van de controles 2014. De geschillencommissie geeft uitsluitel over het geschil. Dit is zwaarwegend maar niet bindend.

AO/IC verantwoording

De ziekenhuizen hebben zich in de afgelopen jaren over de juistheid van de declaraties verantwoord middels een zogenaamde AO/IC verklaring. Deze was voorzien van een accountantsoordeel.

Zorgverzekeraars zijn van mening dat wanneer een ziekenhuis alle controlepunten (voor zover van toepassing) zoals opgenomen in de handreiking en de DCM controles goed uitvoert, en daarmee de gesignaleerde risico's heeft afgedekt, meer zekerheid wordt verkregen dan door de AO/IC verklaring. Het is in die situatie dan ook het niet meer noodzakelijk om de AO/IC verklaring en bijbehorende accountantsverklaring aan de zorgverzekeraars aan te leveren. De controle werkzaamheden die in het kader van het verantwoordingsdocument zijn uitgevoerd door de zorgaanbieder omvatten in ieder geval een statistische steekproef op de declaraties van dat jaar. De statistische steekproef levert beperkte informatie voor de controles die in het kader van de handreiking moeten worden uitgevoerd. Dit is het gevolg van de volgende kenmerken van de statistische steekproef 2014:

- Veelal is de statistische steekproef gedeeltelijk gericht op DBC's met een einddatum in 2013 en op DBC's met een startdatum voor 2013.
- Specifieke controlepunten zijn in veel gevallen onvoldoende onderdeel van de steekproef om uitspraken te kunnen doen over de rechtmatigheid van dit risico. Denk bijvoorbeeld aan de punten oorsmeer, wondtoilet, ATLS traumaopvang en ECMO-toeslag.

Voor de controlepunten waar eventueel wel gebruik gemaakt kan worden van de statistische steekproef (rekening houdend met bovengenoemde punten) staat dat in de handreiking vermeld.

Financiële afwikkeling controleresultaten

Geconstateerde fouten uit de Handreiking 2014 kunnen zowel op micro- of macroniveau worden gecorrigeerd. Hierbij dient aangemerkt te worden dat de gevonden fouten ook daadwerkelijk als fout dienen te worden opgenomen en met de individuele zorgverzekeraar te worden afgewikkeld. Fouten die op macroniveau worden afgewikkeld dienen te worden teruggestort aan de zorgverzekeraar tenzij er contractuele afspraken zijn gemaakt die van invloed zijn op de hoogte van het bedrag.

Tijdljn

Streven is om alle rechtmatigheidscontroles, en bij voorkeur ook de doelmatigheidscontroles en gepast gebruik, met betrekking tot de hierboven afgebakende massa voor het einde van 2015 te hebben afgerond.

Dat leidt tot de volgende tijdljn:

Controles handreiking

- | | |
|------------|--|
| 30/6/2015 | Controle door ziekenhuis afgerond, rapportage aan representerende zorgverzekeraars aangeleverd |
| 31/10/2015 | Review door zorgverzekeraars afgerond |
| 31/12/2015 | Correcties op micro niveau volledig afgerond |

Over de tijdljnen van de DCM controles en de overige door verzekeraars uit te voeren controles wordt u separaat geïnformeerd.

Deelwaarneming en steekproeven bij de handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ 2014

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

In het geval het niet mogelijk is om het risicopunt in zijn geheel middels data-analyse te onderzoeken en rechtmatigheid vast te stellen, zal een deelwaarneming of steekproef moeten worden uitgevoerd. Het kan zijn dat een deel van het risicopunt wel via data-analyse is te onderzoeken en een ander deel niet. Dan kan voor dat laatste deel nader onderzoek plaatsvinden middels een deelwaarneming. Van belang hierbij is dat er duidelijk sprake is van een homogene massa voor het te onderzoeken controlepunt. Dit kan betekenen dat er voor één controlepunt meerdere deelmassa's onderscheiden dienen te worden om de gewenste homogeniteit te bereiken. Er is sprake van een homogene massa als er sprake is van een en dezelfde AO/IC (proces en systeeminrichting) die van toepassing is.

Aanpak deelwaarneming als er fouten worden verwacht

Indien de onderzochte massa afwijkingen op homogeniteit vertoont, is het mogelijk ervoor te kiezen om nader onderzoek te doen naar die gebieden waar fouten zijn gevonden. Hiervoor moet dan in de betreffende deelgebieden een deelwaarneming van 10% van de populatie (gebied met fouten) worden uitgevoerd met een maximum van 250 posten. Hiervoor kan (eventueel) gebruik gemaakt worden van uitkomsten van de statistische steekproef die t.b.v. het verantwoordingsdocument gefactureerde omzet 2014 al is uitgevoerd. Daarbij is het van belang dat alleen die posten worden meegenomen die onderdeel uitmaken van de populatie van het zelfonderzoek 2014. Eventueel moet dus bijgetrokken worden tot 250 posten zijn gecontroleerd.

Aanpak steekproef of deelwaarneming als geen fouten worden verwacht

Steekproef

Gezien de omvang en de waarde van de te onderzoeken massa moet voor de controlepunten 1.1 face-to-face contact, 10 openen zorgtraject en 11 verwijzing, een statistische steekproef van 250 posten worden getrokken. Hiervoor kan (eventueel) gebruik gemaakt worden van uitkomsten van de statistische steekproef die t.b.v. het verantwoordingsdocument gefactureerde omzet 2014 al is uitgevoerd. Daarbij is het van belang dat alleen die posten worden meegenomen die onderdeel uitmaken van de populatie van het zelfonderzoek 2014. Eventueel moet dus bijgetrokken worden tot 250 posten zijn gecontroleerd.

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

Indien de onderzochte massa afwijkingen op homogeniteit vertoont, is het mogelijk ervoor te kiezen om nader onderzoek te doen naar die gebieden waar fouten zijn gevonden. Hiervoor moet dan een deelwaarneming van 10% van de populatie (gebied met fouten) worden uitgevoerd met een maximum van 250 posten.

Deelwaarneming

- Voor deelmassa's kleiner of gelijk aan 5% van de totale onderzoeksmassa (zie reikwijdte) moet het onderzoek uitgevoerd worden via methode 1.
- Voor deelmassa's die groter zijn dan 5% van de totale onderzoeksmassa (zie reikwijdte) moet het onderzoek uitgevoerd worden via methode 2.

Onder deelmassa wordt in dit geval verstaan de som van de waarde van de gedeclareerde DBC- zorgproducten of overige producten of de DBC-zorgproducten waarvan de betreffende zorgactiviteit is opgenomen, die het controlepunt raken.

Deelwaarneming Methode 1

Als voorwaarde voor een deelwaarneming geldt dat 25 posten via niet gemanipuleerde trekking worden gecontroleerd over een populatie die als homogeen is aan te merken en waarvan de verwachting is dat het onderzoek geen afwijkingen oplevert.

- Wanneer er geen afwijkingen uit de deelwaarneming naar voren komen, dan kan de populatie waarop de deelwaarneming is uitgevoerd als betrouwbaar worden beschouwd.
- Wanneer toch een afwijking voorkomt in de deelwaarneming, dan is nader onderzoek mogelijk naar de betreffende afwijking en eventueel naar de (deel)populatie waarop deze afwijking betrekking heeft. Als de afwijking zodanig geïsoleerd kan worden dat deze alsnog d.m.v. data-analyse op micro niveau gecorrigeerd of uitgezonderd kan worden voor de massa van de deelwaarneming, dan wordt deze afwijking als structureel aangemerkt en niet meer meegenomen bij de foutevaluatie uit de deelwaarneming (en dus ook niet in de eventuele extrapolatie). De massa van de deelwaarneming dient hiervoor dan ook gecorrigeerd te worden en de deelwaarneming moet alsnog aangevuld te worden tot 25 posten.

Als de afwijking niet geïsoleerd kan worden dan dient de deelwaarneming uitgebreid te worden met nogmaals 25 posten, zodat in totaal 50 posten onderzocht zijn. De geconstateerde afwijking in de 50 posten wordt vervolgens financieel gemaakt. Het financiële effect dient vervolgens geëxtrapoleerd te worden over de totale massa waarop de deelwaarneming betrekking heeft, waarbij wel geldt dat de gevonden fouten wel op microniveau gecorrigeerd moeten worden⁷.

Indien een dergelijke extrapolatie plaatsvindt dan is er altijd sprake van een afrekening op macro niveau.

⁷ Als in deelwaarneming van 25 posten + 25 uitbreidingsposten = 50 posten (met een waarde van 240.000 uit een deelmasa van 2.000.000) 5 posten die onjuist zijn bevat, waarbij een oude declaratiewaarde van € 12.000 per saldo een fout heeft van € 7.000 (€ 5.000 had gedeclareerd mogen worden) dan vindt extrapolatie en correctie als volgt plaats: De fout wordt uitgedrukt in een percentage van de deelwaarneming : $7.000 / 240.000 = 2,92\%$ Dit foutpercentage moet vervolgens op de totale waarde van de deelmasa worden geëxtrapoleerd. Aangezien de 5 gevonden fouten gecorrigeerd worden op micro niveau mogen de posten uit de deelwaarneming uit de te extrapoleren massa gehaald worden. De uiteindelijke correctie is dan $(2.000.000 - 240.000) * 2,92\% = 51.392$ macro en 7.000 micro.

Deelwaarneming methode 2

Bij een te onderzoeken deelmassa die groter is dan 5% van de totale massa moet een uitgebreider onderzoek dan bij methode 1 worden uitgevoerd. Via de deelwaarneming moet 10% van de populatie met een minimum van 50 posten en een maximum van 250 posten via niet gemanipuleerde trekking worden gecontroleerd over een populatie die als homogeen is aan te merken en waarvan de verwachting is dat het onderzoek geen afwijkingen oplevert.

- Wanneer er geen afwijkingen uit de deelwaarneming naar voren komen, dan kan de populatie waarop de deelwaarneming is uitgevoerd als betrouwbaar worden beschouwd.
- Wanneer toch een afwijking voorkomt in de deelwaarneming, dan is nader onderzoek nodig van de betreffende afwijking en eventueel van de (deel)populatie waarop deze afwijking betrekking heeft. Als de afwijking zodanig geïsoleerd kan worden dat deze alsnog d.m.v. data-analyse op micro niveau gecorrigeerd of uitgezonderd kan worden voor de massa van de deelwaarneming, dan wordt deze afwijking als structureel aangemerkt en niet meer meegenomen bij de foutevaluatie uit de deelwaarneming (en dus ook niet in de eventuele extrapolatie). De massa van de deelwaarneming dient hiervoor dan ook gecorrigeerd te worden.

Als de afwijking niet geïsoleerd kan worden dan dient de geconstateerde afwijking in de 50-250 posten financieel te worden gemaakt. Het financiële effect dient vervolgens geëxtrapoleerd te worden over de totale massa waar de deelwaarneming betrekking op heeft⁷. Indien een dergelijke extrapolatie plaatsvindt dan is er altijd sprake van een afrekening op macro niveau.

Bij de toepassing van een steekproef of deelwaarneming is nooit sprake van een toegestane fout of tolerantie.

Niet gemanipuleerde trekking

Een mogelijkheid om een niet gemanipuleerde trekking te garanderen is om in de onderzoeksopzet vooraf afspraken vast te leggen over de rangschikking van de populatie waaruit getrokken wordt en dit op alle controlepunten van toepassing te laten zijn.

Daarnaast kan een vaste methode voor het trekken van de posten worden gebruikt zoals een vaste intervalmethode waarbij de interval bepaald wordt door het aantal te trekken posten en het aantal posten in de massa. Ook deze methode moet dan consistent worden toegepast op alle massa's.

Controlepunten

1 Registreren van zorgactiviteiten

1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - indien er geen face-to-face contact is.

Het is niet toegestaan om een polikliniek bezoek te registreren, indien er geen sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist, arts-assistent of SEH-arts). Dit risico met financiële impact doet zich alleen voor bij poliklinische (conservatieve) DBC- zorgproducten.

Regelgeving / beleid⁸

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 11.5.1
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.1
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013:

Polikliniekbezoek (190007, 190008, 190011, 190012 en 190013)⁹

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' (190007, 190011) en bij een 'polikliniekbezoek, niet zijnde een eerste polikliniekbezoek, dat leidt tot opening van een nieuwe DBC' (190012) en bij een herhaal-polikliniekbezoek bij een lopende DBC' (190008, 190013) moet sprake zijn van:

- face-to-face-contact¹⁰ tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), en;
- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis'¹¹ (waarbij de locatie (polikliniek, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen kan worden).

De volgende zorgactiviteiten kunnen niet worden aangemerkt als een polikliniekbezoek:

- medische keuringen;
- intercollegiale consulten;

⁸ Regelgeving/ beleid bevat zowel NZa regelgeving als toelichtingen, verduidelijkingen of verwijzing naar de Zvw. Geldt voor alle controlepunten.

⁹ Een polikliniekbezoek mag niet tijdens een dagverpleging of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd.

¹⁰ Uitzondering: In uitzondering hierop mag in geval van screen-to-screen beeldcontact tussen patiënt en poortspecialist bij een lopende DBC een herhaal-polikliniekbezoek (190008, 190013) worden vastgelegd. Dit beeldcontact dient als vervanging voor een fysiek consult.

¹¹ Voor codes 190007 en 190008 geldt dat er sprake moet zijn van hulp door of vanwege een gespecialiseerd brandwondencentrum.

- medebehandeling van klinische patiënten;
- overname van klinische patiënten;
- intake gesprek voor een (klinische) opname.

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

Eerste polikliniekbezoek (190011)

Er is sprake van een eerste polikliniekbezoek wanneer een patiënt voor de eerste keer in een instelling een medisch specialist van een bepaald poortspecialisme consulteert. Er mag (voor deze patiënt) pas opnieuw een eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd en gedeclareerd indien in de 365 dagen voorafgaande aan het bezoek geen eerste polikliniekbezoek bij dat poortspecialisme is geregistreerd.

Polikliniekbezoek, niet zijnde een eerste polikliniekbezoek, dat leidt tot opening van een nieuw DBC-zorgproduct (190012)

Zorgactiviteit ten behoeve van de registratie van het eerste consult van een nieuw ziektegeval (DBC-zorgproduct met nieuwe zorgvraag), wanneer er in de twaalf voorafgaande maanden bij het betreffende specialisme al een eerste polikliniekbezoek is geregistreerd.

Herhaal-polikliniekbezoek bij een lopend DBC-zorgproduct (190013)

Zorgactiviteit voor het registreren van herhaalbezoeken op de polikliniek bij een lopend DBC-zorgproduct.

2014:

Polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013 en 190060)¹²

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

- face-to-face-contact tussen patiënt en poortspecialist¹³ (specialist of arts-assistent), en;
- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis' (waarbij de locatie (polikliniek, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen kan worden).

De volgende zorgactiviteiten kunnen niet worden aangemerkt als een polikliniekbezoek:

- medische keuringen;
- intercollegiale consulten;

¹² Een polikliniekbezoek mag niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, die vóór de opname al is ingepland.

¹³ Hieronder valt ook de anesthesioloog als deze de poortfunctie uitvoert.

- medebehandeling van klinische patiënten;
- overname van klinische patiënten;
- intake gesprek voor een (klinische) opname.

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

Eerste polikliniekbezoek (190007 en 190060)

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

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

Herhaal-polikliniekbezoek (190008 en 190013)

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

Advies voor controleren

AO/IC:

- Mogelijk kan hier gesteund worden op de rapportage omzetonderzoek 2012-2013.
- Toon aan dat het systeem zodanig is ingericht dat bezoeksverrichtingen worden geregistreerd door daartoe bevoegde personen.
- Toon aan dat achteraf geen (handmatig) onrechtmatige wijzigingen zijn aangebracht.

Data analyse:

- Vaststellen welke polikliniekbezoeken niet zijn geregistreerd op naam van de medisch specialist, arts-assistent of SEH- arts.

Deelwaarneming:

- Indien de uitkomst van de data analyse niet volledig als fout wordt aangemerkt, toon dan middels deelwaarneming aan of de medisch specialist alsnog tijdens de afspraak met de niet-arts aanwezig is geweest. Indien dit niet aantoonbaar is, is er sprake van een onjuistheid.

Steekproef:

- Voor het feitelijk aantonen van het face-to-face contact voor de posten die in de data analyse geen fout hebben opgeleverd, kan er aangesloten worden bij de jaarlijkse statistische steekproef.
 - De omvang in de jaarlijkse statistische steekproef:
 - Voorwaarden: 250 posten (polikliniekbezoeken) in de jaarlijkse statistische steekproef

van DBC's met einddatum in 2014. Daar moet specifiek op gecontroleerd zijn in de statistische steekproef.

- Indien er niet aan deze voorwaarden kan worden voldaan, dient de steekproef voor dit controlepunt uitgebreid te worden tot 250 posten.

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.

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

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

Regelgeving / beleid

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

Een polikliniekbezoek is één bezoek, ongeacht de tijdsduur van het bezoek en ongeacht de inhoud van het bezoek. Het uitgangspunt is dat er één polikliniekbezoek per specialisme per kalenderdag geregistreerd kan worden.

Uitzondering:

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

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

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

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

Advies voor controleren

AO/IC:

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

Data analyse:

- Vaststellen voor welke patiënten er meerdere consulten op één dag zijn binnen één specialisme, die niet voldoen aan de definitie van een polikliniek bezoek.

Hoe te corrigeren



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Zorgverzekeraars Nederland



Micro correctie

1.3 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - Polikliniekbezoek tijdens klinische episode ¹⁴

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 11.5.1
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.1
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013:

Een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190011, 190012 en 190013) mag niet tijdens een dagverpleging of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, die vóór de opname al is ingepland.

2014:

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

Advies voor controleren

Data analyse:

- Vaststellen welke patiënten tijdens de klinische episode (IC = verpleegdag) en/of dagverpleging en/of langdurige observatie een polikliniekbezoek hebben voor hetzelfde specialisme.
- Stel vast voor welke patiënten uit de deelmasa terecht een polikliniekbezoek binnen hetzelfde specialisme voorafgaand aan de klinische episode en/of dagverpleging en/of langdurige observatie is geregistreerd op basis van de uitzondering acute klinische opname.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

¹⁴ ZA codes klinische opname (190021) en verpleegdag (190200 t/m 190207, 190211 t/m 190218, 194804). Codes zijn in gehele handreiking van toepassing.

2 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult

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

Regelgeving / beleid

NR/CU-222	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 6.2
NR/CU-227	01-04-2013	30-06-2013	
NR/CU-228	01-07-2013	31-12-2013	
NR/CU-240	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 7.2
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 8.2
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	

2013 en 2014:

- Een ICC mag alleen worden geregistreerd bij een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of IC behandel dagen zijn geregistreerd (onderdeel van de DCM).
- Bij een dagverpleging of langdurige observatie mag geen ICC zorg/subtraject worden geopend.
- Een specialisme mag per klinische opname ten hoogste één ICC zorg/subtraject (dat uit meerdere contacten kan bestaan) voor een intercollegiaal consult registreren. Bij een klinische opname kunnen wel meerdere specialismen één ICC zorg/subtraject openen (onderdeel van de DCM).
- Wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen (of resulteert in een medebehandeling), mag geen (ICC) zorg/subtraject worden geopend. Het zorgtype van het subtraject moet worden omgezet van ZT13 naar ZT11 en de ICC-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.
- Wanneer een specialisme dat de patiënt reeds onder behandeling heeft, een verzoek krijgt van een ander specialisme voor een intercollegiaal consult, dan mag het eerstgenoemde specialisme een ICC zorg/subtraject openen naast het reeds lopende zorgtraject voor de eigen reguliere behandeling.
- Wanneer een anesthesist ondersteuner is bij de behandeling mag er geen ICC in rekening worden gebracht. Een ICC anesthesist is toegestaan in de rol van pijnbestrijder.

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

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

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

Punt 47: Een ICC mag alleen gedeclareerd worden indien er verpleegdagen en/of IC-behandel dagen zijn geregistreerd. Indien niet voldaan wordt aan de definitie van een verpleegdag is het niet toegestaan om een ICC

te declareren.

Punt 48: Het is niet toegestaan om bij een verblijf met overnachting op de PAAZ of PUK een ICC te declareren. Bij klinische GGZ-DBC's worden verblijfsdagen geregistreerd en geen verpleegdagen en/of IC-behandeldagen. De NZa biedt de mogelijkheid om te anticiperen op de regelgeving 2015, in die zin dat een ICC op de PAAZ/PUK gedeclareerd wordt, onder de voorwaarde dat het ziekenhuis kan aantonen dat het ICC is geleverd gedurende een verblijf met overnachting op PAAZ/PUK.

Q&A bij Verboden toegestaan lijst 16 juli 2014:

Punt 8:

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

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

Advies voor controleren

Data analyse:

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

Deelwaarneming:

- Stel voor ICC voor anesthesie vast dat er sprake is van pijnbestrijding.

Hoe te corrigeren

Data analyse: Micro correctie

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

3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 11.19
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.30
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.29
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013 en 2014:

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

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

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

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

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

Advies voor controleren

Data analyse:

- Vaststellen of de zorgactiviteit medebehandeling voorkomt zonder dat er op die dag een klinische episode voor een ander specialisme is geregistreerd (wordt ook gecontroleerd middels DCM).
- Vaststellen van de deelmassa waar in geval van medebehandeling geen sprake is van typerende zorgactiviteiten¹⁵.

Deelwaarneming:

- Een deelwaarneming op bovengenoemde deelmassa uitvoeren of aantoonbaar is dat een vorm van behandeling is uitgevoerd.
- Stel vast dat er sprake is geweest van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.

Hoe te corrigeren

¹⁵ Typerende zorgactiviteiten: zorgactiviteiten die bepalend zijn in de afleiding naar een DBC- zorgproduct.



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Zorgverzekeraars Nederland



Data analyse: micro correctie

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

4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 11.5.10/ Artikel 11.5.11/ Bijlage 3
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	Artikel 11.5.11/ Artikel 11.5.12/ Bijlage 3
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	Artikel 11.5.11/ Artikel 11.5.12/ Bijlage 3
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.5
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.4
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013:

Dagverpleging I: Normaal (190210, 190281, 190035)

Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar¹⁶ en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist¹⁷

Dagverpleging II: Zwaar (190055)

Een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een behandeling door een medisch specialist, bij welke behandeling minimaal één verrichting uit bijlage 1 van de beleidsregel 'Definities curatieve tweedelijns somatische zorg' wordt geregistreerd.

Dagverpleging gespecialiseerd brandwondencentrum (190030)

2014:

Dagverpleging (190030 en 190090)

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

Punt 9 en punt 10: In de definitie van dagverpleging is opgenomen dat de dagverpleging uitgevoerd moet worden in verband met een onderzoek of behandeling door een medisch specialist op dezelfde dag.

De NZa biedt de mogelijkheid om te anticiperen op de regelgeving 2015, in die zin dat dagverpleging bij

¹⁶ Onder 'in het algemeen voorzienbaar' wordt verstaan: dagbehandeling bij electieve zorg (vooraf ingepland). In uitzondering hierop mag ook een dagverpleging worden vastgelegd in geval van een aantal uren durende acute cardiologische (EHH) observatie. Voor nadere definiëring van het begrip 'observatie' verwijst de NZa naar een in oktober 2011 gepubliceerd boetebesluit op www.nza.nl (zaak 11J0155).

¹⁷ Maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag. Een dagverpleging mag niet tijdens een klinische opname worden geregistreerd.

cytostatica-toediening wordt geregistreerd, onder de voorwaarde dat cytostatica (punt 9) en cardioversie (punt 10) door, of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist in kader van een dagverpleging is toegediend en daarbij ook voldaan is aan de overige criteria voor dagverpleging.

Punt 11: Dagverpleging uitgevoerd op de polikliniek kan niet op voorhand worden uitgesloten. Dit onderdeel van de polikliniek dient wel specifiek voor dagverpleging te zijn ingericht en er dient voldaan te worden aan de overige voorwaarden van de norm/definitie.

Punt 12: De beleidsregel wijst uit dat behandelijd geen onderdeel vormt van de totale duur van de verpleegtijd.

Punt 13: Op het moment dat een patiënt wordt opgenomen voor een dagverpleging en gedurende de opname blijkt dat een overnachting noodzakelijk is, dan wordt de dagverpleging omgezet naar een klinische opname en verpleegdag(en). Het is niet toegestaan om een dagverpleging en verpleegdag op dezelfde kalenderdag vast te leggen.

Punt 14: De norm wijst uit dat een verpleegdag niet vastgelegd mag worden op de spoedeisende hulp. Om een dagverpleging te mogen vastleggen dient sprake te zijn van verpleging die 'in het algemeen voorzienbaar' is. Hieronder wordt verstaan: dagbehandeling bij electieve zorg (vooraf ingepland). Een opname op de SEH voldoet niet hier aan.

Q&A bij Verboden toegestaan lijst 16 juli 2014:

Punt 1: De anticipatie op de regelgeving 2015 uit de Verboden- toegestaan-lijst van 16 juli 2014 geldt ook voor andere behandelingen met dure medicatie door een verpleegkundige, onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist (naast cytostatica en cardioversie).

Addendum bij Controleplan 2012-2013:

Punt 3: Aantonen dat op de dag van de dagverpleging sprake is van een medisch specialistische behandeling of onderzoek. Dit kun je aantonen door middel van een data-analyse.

Advies voor controleren

AO/IC:

- Stel vast op welke afdelingen de dagverpleging geregistreerd is
 - Ga integraal na of dit een voor dagverpleging ingerichte afdeling is. Geef hierbij aan welke criteria zijn gehanteerd voor een voor dagverpleging ingerichte afdeling.
 - Voor de beoordeling van bestaande afdelingen kan gesteund worden op de rapportage omzetoonderzoek 2012-2013.

Data analyse:

- Stel vast dat er op de dag van de dagverpleging sprake is geweest van een behandeling of onderzoek (conform NZa- regelgeving) door of onder verantwoordelijkheid van de medische specialist.
- Stel vast dat in geval van geregistreeerde dagverpleging, geen sprake is van 190015 en/of 190016 voorafgaand aan de dagverpleging op dezelfde dag binnen hetzelfde specialisme.
- Controle op maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag.
- Controleren op paralleliteit met een klinische opname.
- Opname duur beoordelen.

Hoe te corrigeren



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Zorgverzekeraars Nederland



Micro correctie

5 Onterecht vastleggen van een verpleegdag of IC-behandelddag

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

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 11.5.8
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.9
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.8
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013:

Verpleegdag (190200 t/m 190207, 190211 t/m 190217, 194804)

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

2014:

Verpleegdag (190200, 190207, 190218 en 194804)

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

Advies voor controleren

Data analyse:

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

Hoe te corrigeren

Micro correctie

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

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

Regelgeving / beleid

NR/CU-222	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 6.1c
NR/CU-227	01-04-2013	30-06-2013	
NR/CU-228	01-07-2013	31-12-2013	
NR/CU-240	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 7.1c
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 8.1c
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	

2013:

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

2014:

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

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast dat verpleegdagen binnen de klinische periode niet verdeeld zijn over meerdere subtrajecten binnen hetzelfde specialisme (m.u.v. reguliere afsluitregels).

Hoe te corrigeren

Micro correctie

5.3 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten over meerdere specialismen

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

Regelgeving / beleid

NR/CU-222	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 6.1c
NR/CU-227	01-04-2013	30-06-2013	
NR/CU-228	01-07-2013	31-12-2013	
NR/CU-240	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 7.1c
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 8.1c
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	

2013:

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

2014:

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

Advies voor controleren

Data analyse

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

Deelwaarneming:

- Deelwaarneming uitvoeren op bovengenoemde deelmassa. Wanneer deze verdeeld is over twee (of meer) specialismes moet er gekeken worden of er sprake is van (definitieve) overname door het tweede (of volgende) specialisme.

Hoe te corrigeren

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

5.4 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - Specifiek voor verpleging ingerichte afdeling

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 11.5.8
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.9
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.8
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013:

Een verpleegdag (190200 t/m 190207, 190211 t/m 190217, 194804) is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Er is alleen sprake van een verpleegdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling (waaronder high/medium care), niet zijnde een polikliniek, afdeling voor dagopname of spoedeisende hulp.

2014:

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

Advies voor controleren

AO/IC:

- Stel vast op welke afdelingen de verpleging geregistreerd is. Ga integraal na of dit een voor verpleging ingerichte afdeling is. Geef hierbij aan welke criteria zijn gehanteerd voor een verpleging ingerichte afdeling.
 - Voor de beoordeling van bestaande afdelingen kan gesteund worden op de rapportage omzetonderzoek 2012-2013.

Data analyse:

- Stel vast welke verpleegdagen zijn geregistreerd op andere afdelingen dan een voor verpleging ingerichte afdeling is

Hoe te corrigeren

Micro correctie

5.5 Onterecht vastleggen van een langdurige observatie (zonder overnachting)

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.6
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.5
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2014:

Langdurige observatie (zonder overnachting (190091))¹⁸

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

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

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast voor welke geregistreerde langdurige observaties zonder overnachting er geen sprake is van minimaal vier aaneengesloten uren op basis van opname en ontslagtijd
- Stel vast voor welke geregistreerde langdurige observaties zonder overnachting er geen sprake is van maximaal één langdurige observatie zonder overnachting per specialisme per kalenderdag
- Stel vast dat er geen langdurige observatie zonder overnachting tijdens een dagverpleging of verpleegdag (klinische opname) is geregistreerd
- Stel vast dat er sprake is van langdurige observatie zonder overnachting in combinatie met een 190015 en/of 190016 op dezelfde kalenderdag.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

¹⁸ Een langdurige observatie zonder overnachting mag niet tijdens een dagverpleging of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd.

5.6 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - Minimaal één overnachting

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 11.5.8
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.9
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.8
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013:

Een verpleegdag (190200 t/m 190207, 190211 t/m 190217, 194804) is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag.

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

Toelichting

Er is sprake van een overnachting als de patiënt opgenomen wordt vóór 00:00 uur en ontslag plaatsvindt ná 07:00 uur op de daaropvolgende kalenderdag. In tabel 2 zijn diverse situaties opgenomen die helderheid verschaffen over wat er geregistreerd dient te worden (ervan uitgaande dat aan alle overige voorwaarden uit de definitie wordt voldaan).

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

2014:

Een verpleegdag (190200, 190207, 190218 en 194804) is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot

en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag.

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

Toelichting

Er is sprake van een overnachting als de patiënt opgenomen wordt vóór 00:00 uur en ontslag plaatsvindt ná 07:00 uur op de daaropvolgende kalenderdag. In tabel 2 zijn diverse situaties opgenomen die helderheid verschaffen over wat er geregistreerd dient te worden (ervan uitgaande dat aan alle overige voorwaarden uit de definitie wordt voldaan). Deze voorbeelden kunnen ook gebruikt worden bij meerdere overnachtingen tijdens een klinische opname. Dan gelden dezelfde grenzen.

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

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

Advies voor controleren

AO/IC:

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

Data analyse:

- Stel vast welke verpleegdagen zijn geregistreerd waarbij er niet wordt voldaan aan de definitie van een verpleegdag.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

5.7 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - In combinatie met een IC- behandeldag

Het is niet toegestaan een verpleegdag te registreren i.c.m. een IC-behandeldag op dezelfde kalenderdag

Regelgeving / beleid

NR/CU-222	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 6.4
NR/CU-227	01-04-2013	30-06-2013	
NR/CU-228	01-07-2013	31-12-2013	
NR/CU-240	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 7.4
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 8.4
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	

2013 en 2014:

Als er een IC opnameperiode loopt tijdens de klinische periode (ZT11 of ZT21) mogen tijdens de IC-periode geen verpleegdagen worden geregistreerd.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast voor welke patiënten er sprake is van registratie van een verpleegdag en een IC- behandeldag op dezelfde kalenderdag.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

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

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 13.3.3/ Artikel 13.3.4
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 13.3.3/ Artikel 13.3.4
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.3.3/ Artikel 14.3.4
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013 en 2014:

Verblijf gezonde moeder (190032)

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

Verblijf gezonde zuigeling (190033)

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

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

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

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

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

reguliere verpleegdag.

Advies voor controleren

AO/IC:

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

Data-analyse:

- Stel vast voor welke patiënten er sprake is van verblijf gezonde moeder in combinatie met verpleegdag op dezelfde kalenderdag
- Stel vast voor welke patiënten er sprake is van verblijf gezonde zuigeling in combinatie met verpleegdag op dezelfde kalenderdag

Hoe te corrigeren

Micro correctie

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

Het is niet toegestaan om een verpleegdag op dezelfde kalenderdag te registreren en tegelijkertijd de volgende zorgactiviteiten te declareren: Verkeerde bed (ZA-code 190031) of Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie (ZA-code 190038).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 13.3.2/ Artikel 13.3.5
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 13.3.2/ Artikel 13.3.5
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.3.2/ Artikel 14.3.5
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013 en 2014:

Verkeerde bed (190031)

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

Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie (190038)

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

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

Hoe te corrigeren

Micro correctie

5.10 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag

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

Regelgeving / beleid

NR/CU-240	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 7.4/ 15.5/15.8
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 8.4/ 16.5/16.8
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	

2014:

- Er mag niet meer dan één IC behandeldag geregistreerd worden op dezelfde kalenderdag (wordt ook gecontroleerd in de DCM).
- Tijdens de IC-opnameperiode mogen geen verpleegdagen worden geregistreerd.
- Een add-on IC mag per kalenderdag worden gedeclareerd.

Als er geen contractuele overeenkomst is tussen de instelling voor medisch specialistische zorg en de zorgverzekeraar, mag alleen de IC behandeldag 'licht' in rekening worden gebracht.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast dat geen IC-behandeldagen zijn geregistreerd op een andere afdeling dan een IC. Als uitzondering hierop geldt IC bedden op de CCU.
- Stel vast dat er geen parallelle IC-behandeldagen (meerdere op één kalenderdag) geregistreerd zijn (wordt ook gecontroleerd middels DCM).

Hoe te corrigeren

Micro correctie

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

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 13.1.1
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.1.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2014:

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

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

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

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

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

6 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit

6.1 Onterecht vastleggen ATLS traumaopvang

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 11.5.6
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.12
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.11
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013:

Multitrauma (190020)

De behandeling van de zwaarste categorie traumapatiënten (multitraumapatiënten met ISS $\geq$ 16) door instellingen met een erkenning als traumacentrum.

2014:

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

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

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast voor welke patiënten zorgactiviteit 190020 (2013)/ 039676 (2014) is geregistreerd.

Deelwaarneming:

- Stel middels deelwaarneming vast dat voldaan is aan de criteria volgens de ISS $\geq$ 16.

Hoe te corrigeren

Macro correctie

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

6.2 Onterecht vastleggen van de verrichting cochleaire implantaten

Het is niet toegestaan om meerdere cochleaire implantaten (pre-)implantatie op de dag van implantatie vast te leggen.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.13
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.12
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2014:

Cochleaire implantaten (pre-)implantatie (031903 en 031905)

Een zorgactiviteit 'Cochleaire implantaten (pre-)implantatie bij volwassenen' (031903) en 'Cochleaire implantaten (pre-) implantatie bij kinderen' (031905) mag uitsluitend door één zorgaanbieder worden geregistreerd op de dag van implantatie.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast bij welke volwassen patiënten (≥ 18 jaar) er sprake is van meer dan 1 cochleair implantaat geregistreerd op de dag van implantatie.
- Stel vast bij welke kinderen (< 18 jaar) er sprake is van meer dan 2 cochleair implantaten geregistreerd op de dag van implantatie.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

6.3 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit nazorg orgaantransplantaties

Het is niet toegestaan om de zorgactiviteit nazorg na orgaantransplantaties vaker dan eenmaal per jaar te registreren per instelling (wordt ook gecontroleerd middels DCM).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 11.5.13
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	Artikel 11.5.14
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	Artikel 11.5.14
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.15
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.14
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013:

Nazorg orgaantransplantaties (039385 t/m 039396, 192003, 192026, 192042, 192103)

Een zorgactiviteit voor nazorg na orgaantransplantaties (039385 t/m 039396, 192003, 192026, 192042, 192103) mag per instelling door één hoofdbehandelaar eenmaal per jaar worden geregistreerd.

039397 Nazorg lever- en niertransplantatie ontvanger (Bijlage 3 – Zorgactiviteitentabel)

2014:

Nazorg orgaantransplantaties (039385 t/m 039397, 192042)

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

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

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast dat er per subtraject niet meer dan één zorgactiviteit voor nazorg orgaantransplantaties is geregistreerd of waarbij de zorgactiviteit voor nazorg orgaantransplantaties niet is geregistreerd op de dezelfde dag als een herhaalpolikliniekbezoek.
- Indien er meerdere subtrajecten zijn binnen een looptijd van één jaar, stel dan vast dat de subtrajecten voldoen aan de geldende afsluitregels en de zorgactiviteiten voor nazorg na orgaantransplantatie juist geregistreerd zijn.
- Stel vast dat de zorgactiviteit nazorg orgaantransplantatie is geregistreerd door één hoofdbehandelaar.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

6.4 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit nazorgstamceltransplantaties

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 11.5.14
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	Artikel 11.5.15
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	Artikel 11.5.15
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.16
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.15
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2013:

Nazorg stamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)

Een zorgactiviteit 'post-transplantatietraject' (192079, 192080, 192087, 192098) na stamceltransplantatie mag uitsluitend door één zorgaanbieder eenmaal na een transplantatie worden geregistreerd.

2014:

Nazorg stamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

- 2013: Stel vast dat er niet meer dan eenmaal een zorgactiviteit "post-transplantatietraject" na stamceltransplantatie is geregistreerd door één zorgaanbieder na een transplantatie.
- 2014: Stel vast dat er per patiënt en per transplantatie niet meer dan 1 zorgactiviteit voor nazorgstamceltransplantaties is geregistreerd op dezelfde dag als een herhaalpolikliniekbezoek.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

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

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 11.54
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 12.53
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2014:

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

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

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

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast welke zorgactiviteiten (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630 en 039509) zijn geregistreerd bij een subtraject anders dan met zorgproductgroep codes 991016, 990816, 990216, 991116, 991516, 991416, 990116, 990716, 990416, 990516 of 991216.
- Stel vast dat de geregistreerde codes (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630 en 039509) op naam staan van de kinderarts sub specialist.

Hoe te corrigeren

Micro correctie

6.6 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit dialysetoeslag

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

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

Regelgeving / beleid

NR/CU-240	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 15.6
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 13.1.1
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 16.6
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.1.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2014:

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

Dialyse toeslag (190156)

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

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



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Zorgverzekeraars Nederland



Hoe te corrigeren
Micro correctie

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

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

- Indien niet aangevraagd door een medisch specialist.
- op dezelfde kalenderdag zowel een IC consult als een IC behandeldag geregistreerd is (wordt ook gecontroleerd in DCM)

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 13.1.1
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.1.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2014:

IC-consult (190129)

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

- Stel vast dat er geen sprake is van een IC- consult en IC- behandeldag op dezelfde kalenderdag (wordt ook gecontroleerd in DCM).
- Stel vast welke IC-consulten zijn aangevraagd door niet medisch specialisten

Deelwaarneming:

- Indien de aanvrager niet de medisch specialist is op basis van een deelwaarneming controleren of er sprake is van een medische calamiteit.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

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

6.8 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit neonatale intensive care

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 13.1.1
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.1.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2014:

Neonatale intensive care (190150)

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

Advies voor controleren

Data analyse:

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

Deelwaarneming:

- Ga na of de NICU indicatie aanwezig is vanuit het medische dossier.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

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

6.9 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit pediatrische intensive care

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 13.1.1
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.1.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

Pediatrische intensive care (190151)

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

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast dat de pediatrische IC door VWS is aangewezen.
- Stel vast voor welke patiënten een zorgactiviteit neonatale intensive care en een verpleegdag op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd.

Deelwaarneming:

- Ga na of de PICU indicatie aanwezig is vanuit het medische dossier.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

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

6.10 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit ECMO-toeslag

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 13.1.1
NR/CU-240	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 15.9
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.1.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 16.9
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	

2014:

ECMO-toeslag (039611)

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

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

Advies voor controleren

Data analyse:

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

Deelwaarneming

- Stel vast dat de ECMO toeslag conform regelgeving is gedeclareerd.

Hoe te corrigeren

Data analyse: Micro correctie

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

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

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 13.3.1
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.3.1
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

2014:

Toeslag post IC-high care (190152)

Er is sprake van post-IC High care als na een opname op de neonatale intensive care noodzaak bestaat tot intensieve behandeling en bewaking. Dit is het geval indien sprake is van ten minste twee van de volgende behandelingen en/of vormen van bewaking: CPAP/ low flow, continue parenterale medicatie ter ondersteuning van één of meer vitale functies, meervoudige medicamenteuze therapie (exclusief vitaminen en andere voedingssupplementen), centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting, en blaascatheter.

Bij de prestatie 'Toeslag post IC-high care' (190152) geldt dat deze wel naast de reguliere verpleegdag mag worden geregistreerd.

Er is geen sprake van een post IC-high care indien de leeftijd van het kind, inclusief de zwangerschapsduur minder dan 29 weken is of het gewicht onder de 1000 gram. De post-IC high care bedden kunnen zich ook bevinden buiten het perinatologisch centrum.

Advies voor controleren

Data-analyse:

- Stel vast dat er op dezelfde dag als de post IC-high care toeslag wordt geregistreerd twee verrichtingen met zorgprofielklasse 6 zijn geregistreerd.
- Controleren of Post IC -high care aansluitend heeft plaatsgevonden aan een NICU-opname (ziekenhuizen aangewezen door VWS).

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie.

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

6.12 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie

Het is niet toegestaan een consult bij kaakchirurgie vast te leggen indien er geen uitgebreid onderzoek wordt verricht.

Regelgeving / beleid

BR/CU-7083	1-1-2014	31-12-2014	Artikel 4.1.a
------------	----------	------------	---------------

2014:

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

Indien een consult direct wordt gevolgd door een verrichting uit Tariefgroep II van de tarievenlijst, wordt het consult niet in rekening gebracht.

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

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

Advies voor controleren

AO/IC:

- Definieer wat er wordt verstaan onder uitgebreid onderzoek.

Data analyse:

- Stel vast of het consult niet op dezelfde dag heeft plaatsgevonden als een verrichting uit tariefgroep 2.
- Stel vast dat er binnen 30 dagen voor of na het consult nog een consult gedeclareerd is (m.u.v. nieuwe ziektegevallen).
- Stel vast dat er in alle gevallen sprake is van uitgebreid onderzoek (indien definitie aanknopingspunten geeft dan data analyse).

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

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

6.13 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie

- Het is niet toegestaan indien er meerdere kaakchirurgische ingrepen en/of meerdere verrichtingen in één zitting door dezelfde wond plaatsvinden meer dan één kaakchirurgische ingreep en/of verrichting te declareren.
- Het is niet toegestaan indien er meerdere kaakchirurgische ingrepen en/of meerdere verrichtingen in één zitting en deze niet door dezelfde wond plaatsvinden meerdere ingrepen en/of verrichtingen volledig te declareren (halveringsregel is niet juist toegepast).

Regelgeving / beleid

BR/CU-7083	1-1-2014	31-12-2014	Artikel 4.2.b/ artikel 4.2.e
------------	----------	------------	------------------------------

2014:

Volledige behandeling

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

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

Meer dan één kaakchirurgische ingreep en/of verrichting in één zitting

De volgende bepalingen gelden voor zowel het kostenbedrag als voor het honorariumbedrag (kaakchirurg en indien van toepassing anesthesioloog).

- Indien meer kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting door dezelfde wond plaatsvinden, wordt alleen de ingreep of verrichting met het hoogste maximumtarief gedeclareerd.
- Indien meer kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting, maar niet door dezelfde wond plaatsvinden, wordt de ingreep of verrichting met het hoogste maximumtarief volledig berekend, vermeerderd met de helft van het tarief dat voor elk andere soort ingreep of verrichting geldt.
- Dubbelzijdige of in onder- en bovenkaak gecombineerde kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting worden gedeclareerd met anderhalf maal het maximumtarief dat voor een enkelzijdige ingreep of verrichting is vastgesteld, tenzij de prestatiebeschrijving anders vermeldt.
- Bij een combinatie van een dubbelzijdige of in onder- en bovenkaak gecombineerde kaakchirurgische ingreep of verrichting en nog een andere ingreep in dezelfde zitting door een andere wond, wordt als volgt gedeclareerd: éénmaal de verrichting met het hoogste maximumtarief vermeerderd met de helft van het maximumtarief van de andere soort verrichtingen.

Advies voor controleren

AO/IC:

- Stel vast dat de declaratieregels goed in de systemen zijn gebouwd (ziekenhuis maakt aannemelijk dat de halveringsregel adequaat in de ICT-systemen is ingebouwd).

Data analyse:

- Stel de deelmassa vast daar waar de halveringsregel is toegepast (conform bovenstaande NZa-regelgeving).

Deelwaarneming:

- Stel vast dat halveringsregel kaakchirurgie juist is toegepast (zie regelgeving).

Hoe te corrigeren

Data analyse: Micro correctie.

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

6.14 Onterecht vastleggen microscopisch oortoilet bij verwijderen oorsmeer ZA code 031712

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

Regelgeving / beleid

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

Advies voor controleren

Data analyse:

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

Deelwaarneming:

- Op bovengenoemde deelmassa een deelwaarneming uitvoeren om vast te stellen dat uit verslaglegging blijkt dat is voldaan aan de actuele definitie.

Hoe te corrigeren

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

6.15 Onterecht declareren van ordertarief

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

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

Regelgeving / beleid

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

2014:

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

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

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

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

Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken (079991)

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

Toelichting:

Volgende combinaties zijn toegestaan:

- 070304 (waterstof ademtest)
- 070402 (glucose)
- 072887 (digoxine)

Wanneer deze combinaties op dezelfde dag voorkomen zijn deze akkoord, mits het aantal geregistreerde verrichtingen minimaal gelijk is aan het aantal keer dat het ordertarief is geregistreerd.

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast bij welke patiënten er onterecht sprake is van 079991 en/of 079989 in combinatie met 079995 op dezelfde kalenderdag (tenzij de instelling een erkenning als trombosedienst heeft).
- Stel vast bij welke patiënten er onterecht sprake is van meer dan 1 maal per dag declareren van 079991 en/of 079989 in combinatie met de codes 070304, 070402, 072887. Indien het gedeclareerde aantal per code 070304 070402, 072887 lager is dan het aantal gedeclareerde aantal 079991 en/of 079989.
- Stel vast bij welke patiënten er onterecht sprake is van 079990 in combinatie met 079992 op dezelfde kalenderdag.

Deelwaarneming:

- Stel vast op de overgebleven massa dat er sprake is van afname op verschillende tijdstippen (zie toegestane combinaties).

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

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

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

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

Regelgeving / beleid

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

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

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

Deelwaarneming:

- Op bovengenoemde deelmasa vaststellen dat uit verslaglegging blijkt dat is voldaan aan de actuele definitie.
 - Toetsingscriteria: er moet minimaal sprake zijn van lokaal anesthesie

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

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

7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 14.2.1/ Artikel 14.2.4
BR/CU-2102	01-04-2013	30-06-2013	
BR/CU-2104	01-07-2013	31-12-2013	
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 14.2.1/ Artikel 14.2.4
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 15.2.1/ Artikel 15.2.4
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	

Beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879)¹⁹

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

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

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

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

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

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

Pathologie (050027 t/m 050514)

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

Verboden-toegestaan-lijst juni 2013:

Voor prestaties van onder meer radiologie en pathologie is niet het begrip 'foto' of het aantal weefsels uitgangspunt voor hoe vaak een prestatie vastgelegd wordt, maar het begrip 'onderzoek'. Dit ongeacht hoeveel foto's er gemaakt worden en hoeveel weefsels worden verwijderd, en of er sprake is van enkelzijdige of dubbelzijdige organen.

¹⁹ Vanaf 01-06-2014 in de Beleidsregel.

Twee foto's van beide kanten van de bekken, mogen niet als twee prestaties afzonderlijk gedeclareerd worden. Er is sprake van één onderzoek, dus hierbij mag de radioloog maar één prestatie in rekening brengen.

Q&A bij Verboden toegestaan lijst 16 juli 2014:

Punt 15:

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

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

Punt 16:

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

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

Addendum bij controleplan 2012-2013:

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

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

Deelwaarneming:

- Bij zorgproducten uit bovengenoemde deelmassa een deelwaarneming uitvoeren of de registratie conform richtlijn is.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

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

8 Het onterecht registreren en declareren van add- ons voor dure geneesmiddelen

Het is niet toegestaan add- ons dure geneesmiddelen te registreren en declareren, terwijl er niet voldaan wordt aan de indicatievoorwaarden conform de geldende beleidsregel (Bijlage 5-Stofnamen-en-indicatielijst-add-on-geneesmiddelen).

Alleen wanneer er voldaan wordt aan de indicatievoorwaarden conform BR/CU-2104 -Bijlage5-Stofnamen-en-indicatielijst-add-on-geneesmiddelen mag een geneesmiddel als add-on geneesmiddel worden gedeclareerd, wanneer er niet voldaan wordt aan deze wettelijke indicatievoorwaarden is er geen sprake van rechtmatig gebruik van een add-on geneesmiddel.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 13.2.2 en Bijlage 5
BR/CU-2121	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 14.2.2 en Bijlage 5
BR/CU-2130	01-08-2014	31-10-2014	
BR/CU-2134	01-11-2014	31-12-2014	
TB/CU-2012-01	01-01-2014	01-01-2015	

2014:

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

Verboden-toegestaan-lijst juni 2013:

Dure en weesgeneesmiddelen mogen als add-on gedeclareerd worden (bovenop het DBC-zorgproduct) als de stofnaam en de betreffende indicatie is opgenomen in bijlage 5 van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

Prestatie- en tariefbeschikking DOT:

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

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast bij welke patiënten Add-ons dure geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose waarvan de combinatie niet voorkomt op de Add-on combinatie lijst (deze lijst wordt medio maart

verspreid) of waarvan de diagnose niet is toegestaan volgens deze lijst.

Deelwaarneming:

- Toon voor de combinaties van diagnoses en Add-ons dure geneesmiddelen die niet voorkomen op de Add-on combinatie lijst middels deelwaarneming aan bij welke combinaties er toch sprake is van een terechte declaratie van het Add-on duur geneesmiddel (op basis van Bijlage 5 van de beleidsregel).

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

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

9 Onterecht een parallel zorgtraject openen

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

Regelgeving / beleid

NR/CU-222	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 6.1
NR/CU-227	01-04-2013	30-06-2013	
NR/CU-228	01-07-2013	31-12-2013	
NR/CU-240	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 7.1
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 8.1
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	

2013 en 2014:

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

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

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

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

een specialisme.

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

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

Punt 1.5 Interpretatie regelgeving ten aanzien van paralleliteit

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

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

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

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast voor alle parallelle registraties welke combinaties voorkomen op de diagnose combinatie tabel (wordt ook gecontroleerd in DCM).

Deelwaarneming:

- Stel vast voor alle parallelle registraties voor welke patiënten het subtraject niet conform bovenstaande NZa- regelgeving is gedeclareerd: het subtraject van het parallelle zorgtraject dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten.

Hoe te corrigeren

Data analyse: micro correctie

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

10 Openen zorgtraject

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081 BR/CU-2102 BR/CU-2104	01-01-2013 01-04-2013 01-07-2013	31-03-2013 30-06-2013 31-12-2013	Artikel 8.26
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 7.25
BR/CU-2121 BR/CU-2130 BR/CU-2134	01-06-2014 01-08-2014 01-11-2014	31-07-2014 31-10-2014 31-12-2014	Artikel 8.25
NR/CU-222 NR/CU-227 NR/CU-228	01-01-2013 01-04-2013 01-07-2013	31-03-2013 30-06-2013 31-12-2013	Artikel 5.5/Artikel 6.1/ Artikel 6.2/ Artikel 7
NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	Artikel 5.5/ Artikel 6.1/ Artikel 6.2/ Artikel 7
NR/CU-247 NR/CU-257	01-06-2014 01-08-2014	31-07-2014 31-12-2014	Artikel 7.1/ Artikel 7.2/ Artikel 7.6/ Artikel 8

2013 en 2014:

Een zorgtraject moet geopend worden volgens de geldende regels door een poortspecialist. De poortfunctie kan door een poortspecialist²⁰, een medisch specialist van een ondersteunend specialisme, klinisch fysicus audioloog of een specialist ouderengeneeskunde worden uitgevoerd indien de NZa voor dat specialisme of dat type van zorg een typeringslijst heeft vastgesteld. Dit geldt voor: radiologie (0362), anesthesiologie (0389), klinische genetica (0390), audiologie (1900) en geriatrische revalidatiezorg (8418).

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

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

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

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

Advies voor controleren

AO/IC:

- Indien de jaarlijkse statistische steekproef m.b.t. de juistheid en rechtmatigheid van de facturatie in het kader van het convenant AO/IC is beoordeeld kan worden aangesloten bij deze uitkomsten.
 - De omvang in de jaarlijkse statistische steekproef:

²⁰ Een poortspecialist is de medisch specialist naar wie een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg.

▪ Voorwaarden: 250 posten in de jaarlijkse statistische steekproef van DBC's: • DBC's met einddatum in 2014. • Betreft alleen zorgtype 11. • Indien er niet aan deze voorwaarden kan worden voldaan, dient de steekproef voor dit controlepunt uitgebreid te worden tot 250 posten.
Hoe te corrigeren
Macro correctie en micro correctie van in steekproef gevonden fouten.

11 Verwijzer

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

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

Regelgeving / beleid

NR/CU-222	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 17.1.L,M,N,O/ 17.2.F,G,H,I
NR/CU-227	01-04-2013	30-06-2013	
NR/CU-228	01-07-2013	31-12-2013	
NR/CU-240	01-01-2014	31-05-2014	
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 18.1.L,M,N,O/ 18.2.F,G,H,I
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	

2013 en 2014:

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 patiënt (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).

AGB-code verwijzer: Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder I3, I4 en I6 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgaanbieder (instelling/praktijk) of zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.

AGB-code verwijzer: Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder I5 en I7 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.

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

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

Punt 5.4: Medisch specialistische zorg mag alleen vergoed worden als er sprake is van een verwijzing. Op grond van artikel 36 van de Wet Marktordening Gezondheidszorg dient een zorgaanbieder een deugdelijke administratie bij te houden. Dit betekent dat het ziekenhuis ook over een vastlegging van de verwijzing dient te beschikken. Het is aan de zorgaanbieder om aan de hand van de administratie aan te tonen dat de verwijzing rechtmatig is.

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

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

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

Q&A bij Verboden toegestaan lijst 16 juli 2014:

Punt 9.

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

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

Advies voor controleren

Steekproef:

- Indien de jaarlijkse statistische steekproef m.b.t. de juistheid en rechtmatigheid van de facturatie in het

kader van het convenant AO/IC is beoordeeld kan worden aangesloten bij deze uitkomsten.

- De omvang in de jaarlijkse statistische steekproef:
 - Voorwaarden: 250 posten in de jaarlijkse statistische steekproef van DBC's:
 - Betreft alleen zorgtype 11 (exclusief subtrajecten met 190015)
 - DBC's met einddatum in 2014
- Indien er niet aan deze voorwaarden kan worden voldaan, dient de steekproef voor dit controlepunt uitgebreid te worden tot 250 posten
- Stel voor de 250 posten uit de jaarlijkse statistische steekproef middels dossieronderzoek vast dat er een aantoonbare geldige verwijzing aanwezig is voor het initiële DBC zorgproduct.

Hoe te corrigeren

Macro correctie en micro correctie van in steekproef gevonden fouten.

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

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

Regelgeving / beleid

NR/CU-222	01-01-2013	31-03-2013	Artikel 5.3/ Artikel 5.5
NR/CU-227	01-04-2013	30-06-2013	
NR/CU-228	01-07-2013	31-12-2013	
NR/CU-240	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 6.3/ Artikel 6.5
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 7.3/ Artikel 7.5
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	

Voorwaarde:

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

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

Risicogerichte aandachtspunten:

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

Bovenstaande leidt vervolgens tot de volgende aanpak:

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

			Controleren of de groene zorgactiviteit terecht is, of dat er sprake is geweest van een van de twee rode zorgactiviteiten. Omdat deze groene zorgactiviteit ook i.p.v. twee oranje zorgactiviteiten geregistreerd kan zijn het verzoek om deze ook mee te nemen in de controle.
Oranje	80086	Radioembolisatie met Yttrium-90	
Oranje	80828	Embolisatie van vaten	
Rood	83061/38430	Ballon kyphoplastiek (BKP)	
Rood	83057/38431	Percutane vertebroplastiek	
3. Groen	032360, 032361, 034112, 038941, 038942, 038943, 038999, 039000, 039001, 039011, 039012, 039013, 039014, 039015, 039017, 039025, 039027, 039028, 039029, 039030, 039031, 039032, 039033 en 039035		
Oranje	039056, 039057, 039058, 039059, 039083, 039088, 039089 en 239084.		Analyseren welke groene zorgactiviteiten gekoppeld zijn aan een subtraject van Plastische Chirurgie met diagnose liposuctie (diagnosecode 063/064/233), en controleren of de groene zorgactiviteit terecht geregistreerd is.
Rood	39083	Liposuctie van de buikhuid.	
Advies voor controleren			
AO/IC:			
Stel vast dat de vertaling van de lokale zorgactiviteitcodes naar de ZA-codes juist is.			
Data analyse:			
Stel vast voor welke patiënten bovengenoemde groene zorgactiviteit codes zijn geregistreerd.			
Deelwaarneming:			
Stel vast dat de geregistreerde groene zorgactiviteiten juist zijn in relatie tot de geleverde zorg.			
Hoe te corrigeren			



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Zorgverzekeraars Nederland



AO/IC en Data analyse: micro correctie

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

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

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081 BR/CU-2102 BR/CU-2104	01-01-2013 01-04-2013 01-07-2013	31-03-2013 30-06-2013 31-12-2013	Artikel 15.1.8
BR/CU-2111	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 15.1.9
BR/CU-2121 BR/CU-2130 BR/CU-2134	01-06-2014 01-08-2014 01-11-2014	31-07-2014 31-10-2014 31-12-2014	Artikel 16.1.8
NR/CU-222 NR/CU-227 NR/CU-228	01-01-2013 01-04-2013 01-07-2013	31-03-2013 30-06-2013 31-12-2013	Artikel 14.2
NR/CU-240	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 15.2
NR/CU-247 NR/CU-257	01-06-2014 01-08-2014	31-07-2014 31-12-2014	Artikel 16.2

2013 en 2014:

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

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

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

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

Toelichting:

- DBC zorgproduct gynaecoloog: betreft de diagnoses V51 (2013)/ B11 t/m B21 en B40 (2014) binnen het specialisme 0307 gynaecologie.
 - In de zorgproductenviewer van DBC Onderhoud leiden deze diagnoses af naar

zorgproductgroep 159899. In deze boom wordt gevraagd naar Diagnose Partus, indien Ja dan leidt dit tot de zorgproducten met de codes 159899004, -007, -010, -017, -014 en -019.

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

- Stel vast welke zorgactiviteiten met code 190043/190044/190045/190046/190047/190048 zijn geregistreerd naast een DBC met diagnose V51 (in 2013)/B11 t/m B21 of B40 (in 2014).

Hoe te corrigeren

Micro correctie

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

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

Regelgeving / beleid

NR/CU-240	1-1-2014	31-5-2014	Artikel 6.5
NR/CU-247	01-06-2014	31-07-2014	Artikel 7.5
NR/CU-257	01-08-2014	31-12-2014	

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

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

a. de zorg niet omvat:

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

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

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

<https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/pakket/zvw-zorg/1502-overzicht-zorgactiviteiten-met-aanspraakcode-zvw/1502-overzicht-zorgactiviteiten-met-aanspraakcode-zvw/Overzicht+zorgactiviteiten+met+aanspraakcode+Zvw.pdf>

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

Verboden-toegestaan-lijst 16 juli 2014:

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

Advies voor controleren

Data analyse:

- Stel vast voor welke patiënten er meer dan 3 IVF pogingen per patiënt zijn gedeclareerd.
- Stel vast of bij verzekerden van 43 jaar of ouder zorgactiviteiten, genoemd in artikel 4C in ZIN document "Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw" zijn uitgevoerd in het kader van een

fertiliteit bevorderende zorgvraag.

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

Hoe te corrigeren

Micro correctie

15 Declareren van WBMV verrichtingen zonder vergunning.

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

Regelgeving / beleid

Lijst met WBMV per instelling afkomstig van VWS

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

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

Hoe te corrigeren

Micro correctie