

Handreiking

Rechtmatigheidscontroles

MSZ 2017

Versie 1.0

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Algemene aanpak en uitgangspunten	5
2.1 Reikwijdte	5
2.2 Reikwijdte onderzoeksmassa	6
2.3 Rechtmatigheidscontroles door zorgverzekeraars	7
2.4 Tijdlijn	8
2.5 Rol Accountant	9
2.6 Rapportage	9
2.7 Privacy	9
2.8 Toetsing door zorgverzekeraars	9
2.9 Financiële afwikkeling controleresultaten	10
2.10 Statistische steekproef in het kader van de jaarrekening	10
3. Methode/Controlebenadering	12
3.1 Correctie op micro-niveau	12
3.2 Correctie op macro-niveau	13
3.3 Netto financiële impact	13
3.4 Grouper	13
3.5 Deelwaarneming bij de Handreiking Rechtmatigheidscontroles MSZ 2017	14
3.6.1 Deelwaarneming	16
3.6.2 Extrapolatie	18
3.6.3 Toetsing bestaan en werking AO/IB	18
3.7 Afloopcontrole	18
1 Registreren van zorgactiviteiten	20
1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - Polikliniekbezoek tijdens klinische opname/dagverpleging/verpleegdag/observatie	20
1.2 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag	22
1.3 Onterecht vastleggen van poliklinische consulten – indien er geen face-to-face contact is met een poortfunctie (m.u.v. klinisch fysicus audioloog & specialist ouderengeneeskunde) (A) of poortspecialist (B)	25
2 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult	29
3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling	31
4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging	33
5 Onterecht vastleggen van een klinische zorgactiviteit	35
5.1 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Specifiek voor verpleging ingerichte afdeling	35

5.2 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Minimaal één overnachting	36
5.3 Onterecht vastleggen van een verpleegdag bij een DBC subtraject – Meerdere verpleegdagen op 1 kalenderdag	38
5.4 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten binnen 1 specialisme	39
5.5 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten over meerdere specialismen	41
5.6 Onterecht vastleggen van een langdurige observatie (zonder overnachting).....	43
5.9 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag	45
5.10 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	49
6.1 Onterecht vastleggen Multitrauma	49
6.10 Onterecht vastleggen van de verrichting toeslag post IC-high care	51
6.11 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie	53
6.12 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie	55
6.13 Onterecht vastleggen ZA code 031714	58
6.15 Onterecht vastleggen van zorgactiviteit wondbehandeling (ZA code 038944 en 038945)	59
7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie	61
8.1 Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren (indicatievoorwaarden en gebruikte hoeveelheid) (uitvoerdatum 2016)	64
8.2 Het onterecht registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en ozp- stollingsfactoren (uitvoerdatum 2017).....	71
9 Onterecht zorgtraject/subtraject	77
10 Onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen heen.....	84
12.a Het vastleggen van een verkeerde, wel verzekerde, zorgactiviteit, bij zorg die niet uit de basisverzekering mag worden vergoed (alsof declaratie).....	87
12.b Het niet voldoen aan de voorwaarden voor vergoeding uit de basisverzekering bij zorg die alleen onder voorwaarde verzekerd is (oranje zorgactiviteiten)	89
15 Declareren van WBMV-verrichtingen zonder vergunning	91

1. Inleiding

NVZ, NFU en ZN hebben besloten om samen nog meer in te zetten op structurele samenwerking bij de efficiënte inrichting van de declaratie- en controleketen. Deze afspraken zijn vastgelegd in een convenant. De Handreiking Controles 2017, exclusief controlepunt 8 treft u hier aan. In verband met inhoudelijke opmerkingen bij de inhoud van het concept controlepunt 8 en de achterliggende lijst (combinatie tabel) moet deze controlepunt nader bekeken worden. Tevens vindt er ten aanzien van de controlepunten 5.1 en 5.2 nog een mogelijke aanpassing plaats, dit i.v.m. de ELV circulaire. Er zal op korte termijn een definitieve versie verschijnen waarin ook controlepunt 8 is opgenomen.

De NZa heeft de Handreiking getoetst aan de regelgeving, daarmee is juistheid van de opgenomen regelgeving getoetst. Hiermee is door de NZa geen uitspraak gedaan over de risicoanalyse of het advies voor controleren.

In deze Handreiking is getracht zoveel mogelijk verbeterpunten op te nemen die naar voren zijn gekomen bij de uitvoering en afwikkeling van de Handreiking 2015 en de review door verzekeraars op het Zelfonderzoek 2015. Ook zijn naar aanleiding van vragen over de Handreiking 2016, verbeteringen doorgevoerd. Wij hopen op uw begrip als er ondanks de grote inzet toch nog enkele onduidelijkheden bij de uitvoering van de Handreiking blijken te zijn. Wij waarderen uw feedback hierop zeer, het stelt partijen in staat om tot verdere verbetering te komen bij de Handreikingen van 2018 en verder.

Recent hebben de NFU, NVZ en ZN een intentieovereenkomst getekend om over te gaan naar Horizontaal Toezicht. Concreet betekent dit dat de zorgverzekeraar steunt op het proces van de zorgaanbieder v.w.b. de registratie en declaratie van zorg. Hiermee verdwijnen de huidige achterafcontroles zoals de uitvoering van de Handreiking rechtmatigheidscontroles. In dit kader adviseren wij om de beheersing van de risico's zoals omschreven in de Handreiking zoveel mogelijk aan te tonen door de AO/IB¹ te toetsen, waarbij de effectiviteit van de opzet, het bestaan en de werking van beheersmaatregelen aangetoond moet worden. Bij vragen kunt u contact opnemen met uw representerende zorgverzekeraar.

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

¹ AO/IB staat voor Algemene Organisatie/Interne Beheersing. Er is gekozen om geen gebruik meer te maken van de terminologie AO/IC, daar AO/IB beter aansluit wat er in de praktijk bedoeld wordt.

2. Algemene aanpak en uitgangspunten

De aanpak kent grote overeenkomsten met voorgaande zelfonderzoeken.

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

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

Het Zelfonderzoek 2017 bevat weinig wijzigingen ten opzichte van het Zelfonderzoek 2016. Een belangrijke wijziging is de reikwijdte van de onderzoeksmassa 2017, zie verder in paragraaf 2.2. Daarnaast zijn bij een aantal controlepunten verduidelijking aangebracht. Voor een tweetal controles geldt dat deze zijn vervallen, omdat deze in de DCM (Dot controle module) zitten.

Belangrijkste aandachtspunten voor 2017 zijn:

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

2.1 Reikwijdte

De Handreiking Controles 2017 is gericht op de uit te voeren rechtmatigheidscontroles voor alle UZOVI's. Specifieke controles in verband met de Regeling Zorg Asielzoekers zijn niet opgenomen, de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn altijd verplicht om signalen van fraude op te volgen, dit staat geheel los van dit onderzoek.

De Handreiking geldt voor alle algemene ziekenhuizen (die nog niet zijn overgegaan op HT), UMC's en het Oogziekenhuis en NKI/AVL. Daarnaast geldt deze Handreiking onder specifieke voorwaarden² (vanwege het afwijkende karakter van de instelling) voor Prinses Máxima Centrum en voor NL Healthcare Clinics. Eventuele ZBC's die onderdeel zijn van of horen bij instellingen die onder de reikwijdte vallen, moeten niet in de onderzoeksmassa worden meegenomen.

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

² Over de voorwaarden is contact tussen NL Health Clinics, Prinses Máxima Centrum en de representerende zorgverzekeraars.

2.2 Reikwijdte onderzoeksmassa

- Vanaf Handreiking 2016 is de overgang voor de reikwijdte gemaakt naar "gefactureerde massa". De Handreiking 2017 heeft onderstaande onderzoeksmassa:
- In 2017 gefactureerde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten waarbij alleen onderstaande jaarlagen worden meegenomen:
 - Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2016; en
 - Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2017.

Het kan voorkomen dat ziekenhuizen declaratieproblemen hebben (gehad), waardoor gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2015 pas in 2017 zijn gedeclareerd. Wanneer deze massa materieel is (>1% van de onderzoeksmassa) dient met de representerende zorgverzekeraar contact opgenomen te worden om de uit te voeren werkzaamheden op deze massa te bepalen. Voor de wet- en regelgeving 2015 wordt verwezen naar voorgaande handreikingen. Onder gefactureerd wordt verstaan: declaraties aangeleverd via VECOZO, of verstuurd aan de verzekerde.

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

Zorgaanbieders kunnen ervoor kiezen om voor de jaarrekening de subtrajecten, gesloten in het verantwoordingsjaar en gedeclareerd in de eerste weken van het nieuwe jaar, nog wel bij de omzet van het verantwoordingsjaar te rekenen (facturatiedatum 2017). Deze declaraties maken dan ook onderdeel uit van het Zelfonderzoek over dat verantwoordingsjaar. Welke declaratiemomenten dat zijn, zal per zorgaanbieder kunnen verschillen. De zorgaanbieder geeft in de rapportage van het Zelfonderzoek aan tot welke datum de declaraties zijn meegenomen. Facturatie aan andere instanties dan de zorgverzekeraar/rechtstreeks naar de verzekerde vallen wel onder de gefactureerde omzet voor de jaarrekening maar vallen niet onder het Zelfonderzoek.

Behalve de definiëring van de onderzoeksmassa is het ook van belang om de tijdfasering van het Zelfonderzoek zodanig aan te passen dat de controlewerkzaamheden gebruikt kunnen worden voor de verantwoording van de betrouwbaarheid van de gedeclareerde zorgproductie in de jaarrekening. De globale tijdlijn van de (controle)werkzaamheden van de zorgaanbieder zou er als volgt uit kunnen zien:

Vorbereiden query's zelfonderzoek	januari 2018 gereed
Laatste declaraties boekjaar 2017	eerste 3 à 4 weken van januari 2018
'Bevriezen' onderzoekspopulatie	direct daarop volgend (bijv. 1 februari)
Zelfonderzoek uitvoeren	februari/maart
Beoordeling accountant t.b.v. JR	april

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

Om de risico's met betrekking tot paralleliteit of serialiteit goed te beoordelen, is het noodzakelijk om de massa te verrijken. Met deze verrijking van de massa bedoelen we dat er, naast de scope van de Handreiking 2017, DBC-zorgproducten en overige zorgproducten meegenomen worden in de data-analyse om de juiste en volledige manier van onderzoek te kunnen waarborgen. De risico's in de trajecten die vallen onder de massa binnen de reikwijdte kunnen in bepaalde gevallen alleen gedetecteerd worden als de massa is verrijkt met trajecten uit voorgaande of opvolgende periode. De verrijkte onderzoeksmassa maakt geen onderdeel uit van de scope van de Handreiking 2017 en dient alleen als hulpmiddel voor de uitvoering van de controle, zoals bijvoorbeeld bij de controlepunten 1/5/7/9/10.

2.3 Rechtmatigheidscontroles door zorgverzekeraars

De Handreiking bevat samen met de DCM/achteraf-controles alle generieke rechtmatigheidscontroles op de declaraties 2017. Zorgverzekeraars zullen de controles uit de Handreiking zelf niet uitvoeren indien de zorgaanbieder de controles adequaat uitvoert en zich hierover verantwoordt zodanig dat de zorgverzekeraar dit kan vaststellen.

Zorgverzekeraars hebben de plicht om bij signalen (uit benchmarks of van bijvoorbeeld verzekerden) declaraties nader te onderzoeken. Dit gaat dus om specifieke onderzoeken die één of enkele zorgaanbieders raken.

De zorgverzekeraars blijven deze controles uitvoeren waarbij proportionaliteit³ het uitgangspunt is.

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

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

³ Proportioneel: de uit te voeren controle (inspanning) en/of inbreuken die gemaakt worden, moet in verhouding staan tot de mogelijk op te sporen fout.

Zorgverzekeraars maken (conform het convenant ketenprocessen) aan het begin van het jaar bekend welke controles voor dat jaar worden uitgerold. Een aantal van deze controles worden voorafgaand ook afgestemd met de NVZ en NFU.

2.4 Tijdlijn

Om te voorkomen dat meerdere onderzoeken moeten worden uitgevoerd om de betrouwbaarheid en rechtmatigheid te verantwoorden, is de tijdlijn van het Zelfonderzoek aangepast. Voor de verantwoording over 2017 is het mogelijk dat de uitkomsten van het Zelfonderzoek gebruikt worden voor de verantwoording in de jaarrekening van de belangrijkste onderdelen van de zorgproductie. In overleg met de accountant moet de zorgaanbieder dit nader vormgeven.

Dit leidt tot de volgende tijdlijn:

Controles Handreiking 2017

Deadline	Toelichting	Geadviseerde tijdlijn
September 2017	Verdeling ziekenhuizen over verzekeraars voor review bekend	
December 2017	Voorafkondiging reviewafspraken door verzekeraar met desbetreffende ziekenhuis.	
Intentie:		
Januari 2018		Vorbereiden query's zelfonderzoek gereed (inspanning is erop gericht om de IT-audit voorafgaand af te ronden).
Eerste 3 à 4 weken van januari 2018		Laatste declaraties boekjaar 2017
Direct daarop volgend (bijv. 1 februari)	Het peilmoment (het moment waarop de onderzoekspopulatie wordt bevroren) voor het Zelfonderzoek moet gelijk zijn aan het peilmoment dat wordt gehanteerd voor de productiestatistiek en de omzetbepaling voor de jaarrekening.	'bevroren' onderzoekspopulatie ⁴
februari/maart		Zelfonderzoek uitvoeren
april		Beoordeling accountant t.b.v. JR
1 juli 2018	Microcorrecties afgerond voor zover noodzakelijk voor rapportage netto bedrag.	
1 juli 2018	Rapportage zelfonderzoek + rapport van bevindingen accountant aan representerende zorgverzekeraars aangeleverd.	
1 oktober 2018	Review door zorgverzekeraars afgerond.	
31 oktober 2018	Correcties op micro-niveau volledig afgerond.	
31 december 2018	Afloopcontrole door zorgverzekeraars afgerond.	

Ziekenhuizen worden gevraagd om de bijlage 2a en 3 uiterlijk 1 juni op te leveren (minimaal bijlage 2a eerste kolommen en 3) zodat de IT-audit en/of de review eerder plaats kan vinden, de vakantieperiode kan hiermee deels ontzien worden.

⁴ Uitgangspunt hierbij is dat de laatste facturatie met facturatedatum 2017 is inbegrepen in de onderzoeksmassa indien anders, neem contact op met de representerende zorgverzekeraars. De freeze dient aan te sluiten bij de jaarrekening.

Indien de rapportage en het rapport van bevindingen uiterlijk 1 juni 2018 wordt aangeleverd, dan start de review vóór 1 juli 2018.

2.5 Rol Accountant

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

2.6 Rapportage

De zorgaanbieders rapporteren de uitgevoerde werkzaamheden en de uitkomsten van het Zelfonderzoek aan de representerende zorgverzekeraars.

De representerende zorgverzekeraars vormen hun oordeel of het onderzoek goed is uitgevoerd op basis van de rapportage van de zorgaanbieder inclusief rapport van bevindingen van de accountant. Deze rapportage bevat ook een bestuursverklaring van de raad van bestuur van de zorgaanbieder (zie voor adviestekst bijlage 6).

De rapportage is zodanig dat de zorgverzekeraar in staat is om op basis van de rapportage haar oordeel te vormen. Ervaring uit eerdere zelfonderzoeken heeft geleerd dat het belangrijk is de gezette stappen en de onderliggende afwegingen en onderbouwingen in de rapportage op te nemen. Dit voorkomt vragen.

Voor de rapportage ter verantwoording van de uitgevoerde werkzaamheden en de uitkomsten van het Zelfonderzoek is een format gemaakt dat als leidraad geldt (bijlage 2) waarbij de ervaring uit de eerdere reviews zijn meegenomen.

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

2.7 Privacy

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

2.8 Toetsing door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars moeten individueel in staat zijn om de verantwoordelijkheid voor de rechtmatigheid van de declaraties te nemen. Omdat het wenselijk is om de belasting aan zowel de zorgaanbieders kant als de zorgverzekeraarskant te beperken vormen de verzekeraars gezamenlijk een oordeel over de door de ziekenhuizen uitgevoerde controles. Zij voeren daarvoor in representatie⁵ een review uit op de werkzaamheden van de zorgaanbieders. De contacten tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraars lopen via de representerende verzekeraars. Zorgaanbieders kunnen voor de Handreiking 2017 de reviewende zorgverzekeraars 2016 aanhouden als contactpersoon (tot nader bericht).

⁵ De representatie kunt u vinden op de ZN website onder het beleidsthema Controle. www.zn.nl/beleidsthemas/dossiers/

Vanwege de individuele verantwoordelijkheid zullen zorgverzekeraars, net als bij de eerdere zelfonderzoeken, een structuur inrichten die ook verzekeraars die niet zelf de review bij een zorgaanbieder uitvoeren, in staat stelt om de verantwoordelijkheid voor de juistheid van de vergoede declaraties te kunnen nemen. In deze structuur worden voor alle participerende zorgaanbieders in het reviewproces door de verzekeraars gezamenlijk conclusies getrokken. Documentatie van alle uitgevoerde werkzaamheden evenals onderbouwing met bewijsstukken is hierbij van groot belang. Dit kan er toe leiden dat naast de opgeleverde rapportage gedurende de review ook andere onderbouwing/bewijsstukken worden opgevraagd. Hierover wordt de zorgaanbieder tijdig door de verzekeraars geïnformeerd (werkprogramma en lijst op te leveren informatie).

De review vindt plaats binnen de kaders van het protocol materiële controle. Bij de opzet en uitvoering van de review wordt er daarom voor gezorgd dat er sprake is van een controleplan

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

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

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

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

2.9 Financiële afwikkeling controleresultaten

Geconstateerde declaratiefouten met financiële impact uit de Handreiking 2017 kunnen zowel op micro- of macro- niveau worden gecorrigeerd c.q. verrekend.

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

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

2.10 Statistische steekproef in het kader van de jaarrekening

De accountant kan in het kader van de controle op de jaarrekening vragen om het uitvoeren van een statistische steekproef gericht op specifieke aspecten die niet geraakt worden door het Zelfonderzoek (bijvoorbeeld het gebruik van de juiste tarieven). Het uitgangspunt van het Zelfonderzoek is correctie op micro-niveau waardoor het hanteren van een steekproef of deelwaarneming niet de gewenste informatie oplevert over de te corrigeren posten. Gebruik van de al uit te voeren steekproef voor de controlepunten in de Handreiking is daarom niet geschikt. Bij enkele controlepunten wordt gebruik gemaakt van een deelwaarneming waarbij overwogen kan worden om gebruik te maken van de posten opgenomen in



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Zorgverzekeraars
Nederland

bovengenoemde statistische steekproef. Dit betreft controlepunten 1.3 face-to-face contact en 9 onterecht zorgtraject/subtraject. Daarbij is het van belang dat alleen die posten worden meegenomen die onderdeel uitmaken van de populatie en risicomassa van het Zelfonderzoek 2017. Eventueel moet dus bijgetrokken worden tot dat het benodigd aantal te controleren posten zijn gecontroleerd.

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

3. Methode/Controlebenadering

In de Handreiking is per controlepunt beschreven welk risico moet worden afgedekt en welke regelgeving hieraan ten grondslag ligt. Vervolgens is een advies opgenomen over de wijze van controleren. Daarbij is voor dat controlepunt een meer specifieke vertaling gemaakt naar controlemiddelen die bij voorkeur worden gebruikt om het risico te onderzoeken, rekening houdend met de algemene kaders en effect van controle-instrumenten zoals hieronder opgenomen. Het is echter wel aan het ziekenhuis om te bepalen en te verantwoorden of zij, gezien hun organisatie en registratiewijze, dit risico ook hebben afgedekt. Hierbij maakt het niet uit of het ziekenhuis de werkzaamheden geheel zelf doet wordt ondersteund door/samengewerkt met externe partijen. Het blijft de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis hiervoor zorg te dragen. De gemaakte keuzes licht het ziekenhuis toe in de rapportage. Het is aanbevolen om bij grote afwijkingen in de aanpak en uitvoering van de controles, vooraf met de representerende zorgverzekeraar uit het reviewteam te overleggen (zie ZN site → Thema's → Controle & Fraudebeheersing → Controle⁶).

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

Het uitgangspunt bij de controles 2017 is dat er op micro-niveau wordt gecorrigeerd tenzij dit om zwaarwegende redenen niet mogelijk is. Per controlepunt staat de voorgeschreven correctiewijze opgenomen (micro-correctie waar macro is voorgeschreven is wel toegestaan, macro-correctie waar micro is voorgeschreven is in principe niet toegestaan). Wanneer het een dermate controle-inspanning eist om op micro-niveau te controleren en te corrigeren, is het raadzaam om tijdens uitvoering van het Zelfonderzoek hierover overleg te voeren met de representerende zorgverzekeraar van het reviewteam. Die zoekt nadere afstemming binnen het reviewteam om tot een uniforme besluitvorming te komen.

De volgende (controle) instrumenten kunnen worden ingezet:

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

3.1 Correctie op micro-niveau

De zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn overeengekomen dat de te onderzoeken thema's zoveel mogelijk op basis van data-analyse onderzocht moeten worden en onjuistheden tot op micro-niveau (zijnde individueel identificeerbare DBC-zorgproducten, overige zorgproducten, en add-ons) gecorrigeerd moeten worden. In aanvulling daarop is overeengekomen dat uitsluitend die DBC-zorgproducten en overige zorgproducten gecorrigeerd moeten worden waarbij sprake is van een financieel effect en/of wijziging van de diagnose⁷. Wijziging van diagnose zonder financieel effect hoeft alleen te worden gecorrigeerd bij controlepunten met alleen micro correcties (binnen data-analyse).

Het is wenselijk om ook fouten zonder financieel effect en/of zonder wijziging van diagnose te corrigeren om de declaratiemassa zuiver te krijgen, dat is echter niet verplicht.

⁶

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

⁷ Noodzakelijk in verband met het vaststellen van diagnose kostengroepen voor de uitvoering van de risicoverevening voor de zorgverzekeraars.

Een voorbeeld:

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

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

De micro-correcties dienen uiterlijk 31 oktober bij de zorgverzekeraar geaccepteerd te zijn. Hierbij hoeft niet te worden gewacht op de afronding van alle controlepunten en/of de review door de zorgverzekeraars. Omdat op 1 juli de gevonden fouten netto moeten worden gerapporteerd is het bij de controlepunten noodzakelijk het netto effect van de micro-correcties al per 1 juli inzichtelijk te hebben omdat alleen op die wijze de netto fout is vast te stellen. Het moet aantoonbaar zijn dat de correcties zijn doorgevoerd.

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

3.2 Correctie op macro-niveau

Daar waar sprake is van extrapolaties, leidt dat tot correcties op macro-niveau. Deze moeten vervolgens op een juiste wijze over de UZOVI codes verdeeld worden. De verdeelsleutel naar marktaandeel is opgenomen in bijlage 3 in tabblad 'Onderzochte massa per UZOVI'. Als verdeelsleutel kan ook de verhouding in de risicogerichte massa bij het specifieke controlepunt worden gebruikt. Dit kan gewenst zijn als de verhoudingen tussen de UZOVI's in de onderzochte deelmassa substantieel afwijkt van de verhoudingen tussen de UZOVI's in de totale onderzoeksmassa. Indien hiervoor is gekozen wordt dit toegelicht in de rapportage.

Dus als uit een deelwaarneming een fout blijkt, wordt deze na extrapolatie verdeeld op basis van het marktaandeel van de totale risicogerichte massa per UZOVI per jaarlaag en per segment. De fouten binnen de deelwaarneming worden micro gecorrigeerd (met uitzondering van controles die in context hebben plaatsgevonden).

3.3 Netto financiële impact

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

3.4 Grouper

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

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

Er zijn twee opties om dit aan te tonen:

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

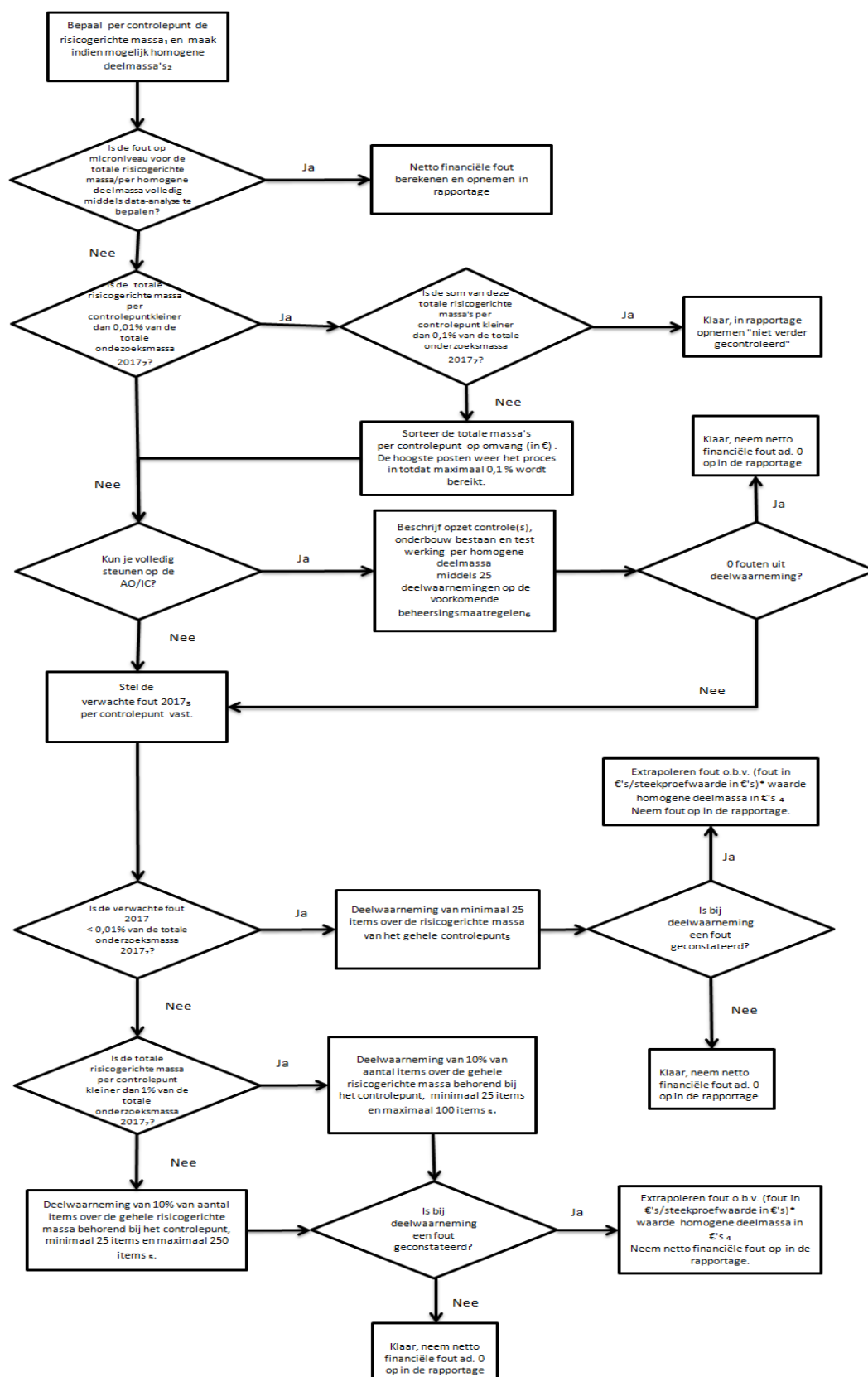
Bij toepassing van de Zorgproductenviewer worden bij de berekening de prijzen gebruikt behorende bij de verzekeraar waar deze post betrekking op heeft.

3.5 Deelwaarneming bij de Handreiking Rechtmatigheidscontroles MSZ 2017

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

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

Voor de toepassing van deelwaarneming is een beslisboom ontwikkeld. Voor het bepalen van de grootte van de deelwaarneming moet de risicogerichte massa van het te onderzoeken risico door de beslisboom gehaald worden. De risicogerichte massa is de massa waarbij toetsing op controlepunt financiële impact kan hebben.



Deze beslisboom is niet van toepassing op de controlepunten 1.3 face-to-face contact en 9 onterecht zorgtraject/subtraject. Controlepunt 1.3 moet middels deelwaarneming 100 subtrajecten worden onderzocht en voor controlepunt 9 dient een deelwaarneming van 3 maal 125 wolken te worden uitgevoerd op de risicogerichte massa (125 per elk van de 3 deelmassa's). ¹ Risicogerichte massa = Massa waarbij toetsing op controlepunt financiële impact kan hebben.

² Homogene deelmasa = Deelmasa met gemeenschappelijke kenmerken (bv. zelfde AO/IB).

X Is de som totale risicogerichte masa per controlepunt kleiner dan 0,01% van de totale risicogerichte masa =

Het gaat hier om de risicogerichte masa per in de handreiking beschreven deelwaarneming.

³ Opstellen verwachte fout is alleen mogelijk indien toetsingscriteria voor betreffende controlepunt voor Zelfonderzoek 2016 en 2017 gelijk aan elkaar zijn.

Verwachte fout = foutpercentage controlepunt Zelfonderzoek 2016 * totale risicogerichte masa behorend bij controlepunt Zelfonderzoek 2017

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

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

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

Verdeling aantal items per controlepunt = (aantal items homogene deelmasa/aantal items risicogerichte masa behorend bij controlepunt) * (aantal te controleren items voor het gehele controlepunt)

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

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

⁷ Onderzoeksmasa = alle in 2017 gefactureerde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten waarbij alleen onderstaande jaarlagen worden meegenomen:

- Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2016; en
- Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2017.

Het is niet mogelijk om een deelwaarneming op te knippen in onderdelen en per onderdeel de beslisboom te doorlopen. Indien er gebruik gemaakt wordt van homogene masa's is er per deelmasa een ander risicoprofiel. De beslisboom dient te worden doorlopen o.b.v. de gehele risicogerichte masa. Indien een homogene deelmasa integraal gecontroleerd kan worden via data-analyse, maakt deze geen onderdeel meer uit van de risicogerichte masa. Dit omdat deze homogene deelmasa niet meer o.b.v. deelwaarnemingen gecontroleerd hoeft te worden.

In onderstaande tekst wordt de beslisboom nader toegelicht.

3.6.1 Deelwaarneming

Gezien de omvang en de waarde van de te onderzoeken masa moet voor de controlepunten 1.3 face-to-face contact middels deelwaarneming 100 subtrajecten worden onderzocht en voor 9 onterecht zorgtraject/subtraject verwijzing, een deelwaarneming van 3 maal 125 wolken worden getrokken (125 per deelmasa). Hiervoor kan (eventueel) gebruik gemaakt worden van de uitkomsten van de statistische steekproef die t.b.v. de jaarrekening mogelijk al is uitgevoerd. Daarbij is het van belang dat alleen die posten worden meegenomen die onderdeel uitmaken van de populatie en risicomasa van het Zelfonderzoek 2017. Eventueel moet dus bijgetrokken worden tot dat er voldoende posten zijn gecontroleerd.

Indien er een fout wordt gevonden moet de uitkomst worden geëxtrapoleerd over de gehele masa van de betreffende deelwaarneming.

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

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

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

Controlepunten waarbij de totale risicogerichte massa per controlepunt kleiner dan 0,01% van de totale onderzoeksmassa 2017 is én waarbij de fout niet via enkel data-analyse kan worden bepaald, hoeven niet nader te worden onderzocht. Echter, de totale risicogerichte massa's van de punten die niet verder gecontroleerd worden mogen samen niet groter zijn dan 0,1% van de onderzoeksmassa 2017. Is dit wel het geval dan worden de totale risicogerichte massa's per controlepunt gesorteerd op omvang (in euro's). De hoogste posten worden weer in de controle opgenomen totdat het maximum van 0,1% wordt bereikt.

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

Controlepunten waarvoor de verwachte fout in het Zelfonderzoek 2017 kleiner is dan 0,01% van de totale onderzoeksmassa kunnen via een beperkte deelwaarneming (minimaal 25 items, zie schema) worden gecontroleerd. De verwachte fout wordt bepaald op basis van het foutpercentage van het controlepunt uit het Zelfonderzoek 2016 vermenigvuldigd met de risicogerichte massa behorend bij het controlepunt in het Zelfonderzoek 2017. De verwachte fout kan alleen bepaald worden indien toetsingscriteria voor het betreffende controlepunt in het Zelfonderzoek 2016 en 2017 aan elkaar gelijk zijn. Indien er met betrekking tot het Zelfonderzoek 2016 al voorafgaand aan het freezemoment gecorrigeerd was op het desbetreffende controlepunt en deze werkzaamheden zijn met betrekking tot het Zelfonderzoek 2017 niet voorafgaand uitgevoerd, dan kan de verwachte fout niet vastgesteld worden.

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

risicogerichte massa behorend bij het controlepunt met een minimum van 25 items en een maximum van 250 items.

3.6.2 Extrapolatie

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

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

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

Bij het gebruik van homogene deelmassa's wordt de financiële fout per deelmassa bepaald en dus geëxtrapoleerd over de homogene deelmassa. De wijze van bepaling van de fout en extrapolatie van de fout voor controlepunt 9 en 10 is beschreven in bijlage 5

3.6.3 Toetsing bestaan en werking AO/IB

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

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

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

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

3.7 Afloopcontrole

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

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

Tijdens de afloopcontrole zal door de zorgverzekeraar worden vastgesteld:

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

Controlepunten

1 Registreren van zorgactiviteiten

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid⁸

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.1
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 24.1

2016 en 2017:

Een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060, 190063, 090613 en 090614) mag niet worden geregistreerd in de volgende gevallen, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, dat vóór de opname al is ingepland:

- dagverpleging (190030, 190090),
- langdurige observatie zonder overnachting (190091),
- verpleegdag (klinische opname) (190200, 190021⁹, 190218, 194804),
- IC behandeldag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150) of Pediatrische IC (190151) of Post IC high care (190152).

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190013, 190060, 190063, 090613, 090614) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een dagverpleging (190030 en 190090), langdurige observatie zonder overnachting (190091) of klinische opname (190021¹⁰, verpleegdag: 190200, 190218, 194804), IC-behandeldag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151) voor hetzelfde

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

⁹ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

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

specialisme. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd.

2. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190060, 190063, 090613) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een dagverpleging (190030 en 190090), langdurige observatie zonder overnachting (190091) of klinische opname (190021¹¹, verpleegdag 190200, 190218, 194804), IC-behandeldag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151) voor een ander specialisme. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd.
3. Stel vast welke herhaal polikliniekbezoeken (190008, 190013, 090614) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een dagverpleging (190030 en 190090) of een langdurige observatie zonder overnachting (190091) voor een ander specialisme. Deze herhaal polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd.
4. Stel vast welke herhaal polikliniekbezoeken (190008, 190013, 090614) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een klinische opname (190021¹²), verpleegdag (190200, 190218, 194804), IC-behandeldag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151) voor een ander specialisme. Deze herhaal polikliniekbezoeken dienen als volgt beoordeeld te worden:
 - A. Toon met data-analyse aan dat deze polikliniekbezoeken zijn ingepland voorafgaand aan de niet geplande klinische opname, stel vervolgens vast voor welke polikliniekbezoeken dit niet het geval is. Deze zijn onjuist geregistreerd.
 - B. Als niet met data-analyse kan worden aangetoond dat deze polikliniekbezoeken zijn ingepland voor de klinische opname én dat er sprake is van een niet geplande opname, dan vormen deze polikliniekbezoeken de deelmassa ten behoeve van de deelwaarneming. Voer een deelwaarneming uit op deze deelmassa.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

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

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

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

Beknpte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

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

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

2017: (artikel 24.1; NR/REG-1732)

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

Toelichting

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

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

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

Antwoord vanuit branchepartijen: Wordt geaccepteerd.

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

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

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

Antwoord vanuit branchepartijen:

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

Reactie NZa:

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

Antwoord 2:

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

Advies voor controleren

AO/IB:

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

Data-analyse:

1. In geval geen registratie van starttijd polikliniekbezoek plaatsvindt: stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190013, 190060, 190063, 090613 en 090614) voor de patiënt zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een ander polikliniekbezoek binnen één specialisme. Ziekenhuizen kunnen voor het verwerken van de output van de data-analyse van punt 1 kiezen uit:
 - A. De massa integraal afkeuren of;
 - B. Uitvoeren van een deelwaarneming (zie hiervoor de beschrijving van de deelwaarneming).
2. In geval wel registratie van starttijd polikliniekbezoek plaatsvindt: stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190013, 190060, 190063, 090613 en 090614) voor de patiënt zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een ander polikliniekbezoek binnen één specialisme, waarbij: De starttijden van de twee polikliniekbezoeken gelijk zijn of minder dan 1 uur uit elkaar liggen. Ziekenhuizen kunnen voor het verwerken van de output van de data-analyse van punt 2 kiezen uit:
 - A. De massa integraal afkeuren of;
 - B. De polikliniekbezoeken met dezelfde starttijd afkeuren, op de resterende massa uitvoeren van een deelwaarneming conform de beslisboom en controleer op basis van het medisch dossier of beide polikliniekbezoeken zijn geregistreerd conform de beleidsregel (d.w.z. er is sprake geweest van een tussenliggende tijdspanne). Extrapoler de gevonden fout over de gehele onderzoeksmassa.



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Zorgverzekeraars
Nederland

Hoe te corrigeren

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

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

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

Beknpte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.1/ 24.42 / 24.47
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 24.1 / 24.41 / 24.46

2016 en 2017:

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

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

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

De volgende zorgactiviteiten kunnen niet worden aangemerkt als een polikliniekbezoek:

- medische keuring;
- intercollegiaal consult;
- medebehandeling van een klinische patiënt;
- overname van een klinische patiënt;
- intake gesprek voor een (klinische) opname;
- enkel uitvoeren van een vooraf ingeplande verrichting zonder een consult;
- consult of spreekuur met een groep patiënten;
- diagnostiek (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts);
- telefonisch consult.

Multidisciplinair consult (190010)

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

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

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

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.49 / 24.48 / 24.5
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 24.48 / 24.47 / 24.5

2016 en 2017:

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

Follow-up pediatrie IC (190029)

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

Follow-up neonatale IC (190049)

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

Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties (190063)

Intensief consult tussen poortspecialist en patiënt met een hoge ouderdom of een beperkte

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

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

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

Advies voor controleren

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

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

AO/IB:

1. Als uit het Zelfonderzoek 2016 geen risico is gebleken, en toegelicht en aangetoond is waarom het geen risico was, dan kan die ervaring worden gebruikt voor de Handreiking controles 2017 en hoeven deze werkzaamheden niet opnieuw te worden uitgevoerd mits onderbouwd kan worden dat in 2017 geen veranderingen zijn doorgevoerd.
2. Toon aan dat het systeem zodanig is ingericht dat er alleen zorgactiviteiten voor polikliniekbezoeken worden afgeleid indien uitgevoerd door daartoe bevoegde personen.
3. Toon aan dat de bevoegde personen ook daadwerkelijk bevoegd zijn.

Data-analyse:

1.3.A

Stel een lijst op van alle zorgverleners die polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 090613 en 090614) hebben geregistreerd met daarbij hun functie en afdeling, zijnde poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant. Deze polikliniekbezoeken zijn op de juiste naam geregistreerd. Het face-to-face contact zal met een deelwaarneming moeten worden gevalideerd.

1. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 090613 en 090614) zijn geregistreerd door een zorgverlener niet zijnde poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant. Deze polikliniekbezoeken zijn in principe niet juist geregistreerd, tenzij middels deelwaarneming kan worden vastgesteld dat er terecht een face-to-face is vastgelegd.

1.3.B

Stel een lijst op van alle zorgverleners die polikliniekbezoeken (190029, 190049 en 190063) hebben geregistreerd met hun functie, afdeling en geef aan of zij voor 2016 en 2017 een functie als poortspecialist (specialist of in een aantal gevallen arts-assistent) hebben vervuld. Voor ZA 190063 geldt dat een face to face contact van een arts assistent niet geldig is.

1. Stel vast dat de zorgactiviteiten 190029, 190049, 190063 niet op dezelfde dag als een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 090613 en 090614) bij hetzelfde specialisme zijn geregistreerd. Een van beide zorgactiviteiten is onjuist.
2. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190029, 190049 en 190063) zijn geregistreerd door een zorgverlener waarvan voor 2016 respectievelijk 2017 hierboven niet is aangegeven dat zij de functie van poortspecialist (of in een aantal gevallen arts-assistent) vervullen. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd of kunnen als input dienen voor de deelwaarneming.

Deelwaarneming:

Voer op subtraject-niveau een deelwaarneming uit op de massa die uit de data-analyse als juist is aangemerkt. "Betrekt alleen subtrajecten waarbij het verwijderen van het consult (of meerdere) leiden tot een financiële impact".

- A. Sluit aan bij de jaarlijkse steekproef, mits deze dekkend is voor het aantal subtrajecten.
- B. Voeg de output van de data-analyse uit 1.3.A samen met 1.3.B
- C. Controleer alle polikliniekbezoeken van 100 subtrajecten.
- D. Stel vast (middels dossieronderzoek) voor 100 subtrajecten dat er sprake is geweest van een face-to-face-contact door medici (conform regelgeving) voor alle in het subtraject opgenomen poliklinische consulten. Indien er gesteund kan worden op deze uitkomsten kan de extrapolatie toegepast worden per categorie.

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

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

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.

2 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 7
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 7

2016 en 2017:

- Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de medisch specialist (of arts-assistent) die de poortfunctie¹³ uitvoert geopend bij een intercollegiaal consult (ICC) voor een patiënt die klinisch is opgenomen en waarbij één of meerdere verpleegdagen (190021, 190200, 190218, 194804, 231902) en/of IC-behandeldagen (190150, 190151 en 190153 t/m 190155) of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK (8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01) zijn geregistreerd.
- Een specialisme mag per klinische opname maximaal één ICC zorg/subtraject (dat uit meerdere contacten kan bestaan) voor een intercollegiaal consult registreren.
- Wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen (of resulteert in een medebehandeling), mag geen (ICC) zorg/subtraject worden geopend. Het zorgtype van het subtraject moet worden omgezet van ZT13 naar ZT11 en de ICC-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.
- Wanneer een specialisme dat de patiënt reeds onder behandeling heeft, een verzoek krijgt van een ander specialisme voor een intercollegiaal consult, dan mag het eerstgenoemde specialisme een ICC zorg/subtraject openen naast het reeds lopende zorgtraject voor de eigen reguliere behandeling. De diagnose-combinatietabel is niet van toepassing op ICC zorg/subtrajecten.
- Bij een dagverpleging (190030 en 190090) en langdurige observatie zonder overnachting (zorgactiviteit 190091) mag geen ICC zorg/subtraject worden geopend.

Toelichting

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

¹³ Een ICC-anesthesist is toegestaan in de rol van poortspecialist als pijnbestrijder.

1. Stel vast welke intercollegiale consulten (190009) voor de patiënt zijn geregistreerd zonder dat gelijktijdig een verpleegdag (190021¹⁴, 190200, 8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01 190218, 194804), IC-behandeldag (190150, 190151 en 190153 t/m 190155) of verpleegdag kaakchirurgie (231902) voor een ander specialisme is geregistreerd. Deze intercollegiale consulten zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast voor welke patiënten een subtraject met zorgtype 11 is geopend tijdens de looptijd van een subtraject met zorgtype 13 voor hetzelfde consulterende specialisme. De intercollegiale consulten zijn onjuist geregistreerd. De subtrajecten met ZT11 zijn onterecht geopend, het ZT13 moet omgezet worden naar ZT11.
3. Stel vast voor welke patiënten meer dan één subtraject met zorgtype 13 met hetzelfde specialisme binnen een klinische opname¹⁵ is geregistreerd. De 2^e en volgende subtrajecten zijn onjuist geregistreerd.

Deelwaarneming:

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

Voor het bepalen van een OK-zorgactiviteit zoals benoemd bij punt 2 in bovenstaande deelwaarneming kan gekozen worden tussen twee werkwijzen:

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

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

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

¹⁵ Wanneer gesteund wordt op opnamenummer en er is sprake van ontslag en opname binnen 1 uur, beoordeel of er terecht sprake is van 2 klinische opnames.

3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.46
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 24.45

2016:

Er is sprake van medebehandeling (190017) wanneer een medisch specialist (of arts assistent) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit kan per consult in het kader van medebehandeling worden vastgelegd.

2017:

Er is sprake van medebehandeling (190017) wanneer een medisch specialist (of arts assistent) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of ic-behandelagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit kan per consult in het kader van medebehandeling worden vastgelegd.

Toelichting

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke zorgactiviteiten medebehandeling (190017) zijn geregistreerd zonder dat er op die dag een klinische opname (verpleegdag (190021¹⁶, 190200, 8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01, 190218, 194804), IC-behandelagen (190150, 190151 en 190153 t/m 190155) of verpleegdag kaakchirurgie (231902) voor een ander specialisme is geregistreerd. Deze medebehandelingen zijn onjuist geregistreerd.

De overgebleven terecht geregistreeerde massa is de basis voor onderstaande data-analyses ten behoeve van de deelwaarnemingen.

¹⁶ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

Data-analyses ten behoeve van de twee deelwaarnemingen:

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

Deelwaarnemingen:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa (A) vast dat er voor alle zorgactiviteiten medebehandeling binnen het DBC subtraject sprake is geweest van een face-to-face contact met een medisch specialist of arts-assistent die de poortfunctie uitvoert, een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling¹⁷.
2. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa (B) en dossieronderzoek vast dat er voor alle zorgactiviteiten medebehandeling binnen het DBC subtraject sprake is geweest van een face-to-face contact met een medisch specialist of arts-assistent die de poortfunctie uitvoert.

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

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

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

¹⁷ Onder (mede)behandeling wordt verstaan: als uit dossieronderzoek blijkt dat er sprake is geweest van behandelbeleid of voorgeschreven medicatie, uitgevoerd door een hoofdbehandelaar.

4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging

Beknopte samenvatting:

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

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.9 & 28.5l
NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24.9 & 29.4k

2016 en 2017:

Dagverpleging (190030 en 190090)

Een aantal uren durende vorm van verpleging óf vorm van verpleging én behandeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een medisch specialistisch(e) onderzoek of behandeling waarbij de verpleging plaatsvindt op een voor dagverpleging ingerichte afdeling. Er kan maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag worden vastgelegd. Een dagverpleging mag niet op dezelfde kalenderdag als een verpleegdag worden geregistreerd.

Dagverpleging kaakchirurgie (231901)

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

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

Data-analyse (enkel dagverplegingen 190030 en 190090):

4. Stel vast voor welke zorgactiviteiten dagverpleging (190030 en 190090) sprake is van een zorgactiviteit 190015 en/of 190016 voorafgaand aan de dagverpleging op dezelfde dag binnen hetzelfde specialisme. Deze zorgactiviteiten dagverpleging zijn onjuist geregistreerd.

5. Stel vast welke zorgactiviteiten dagverpleging (190030 en 190090) voor de patiënt zijn vastgelegd waarbij geen sprake is van een behandeling of onderzoek door of onder verantwoordelijkheid van de medische specialist. Deze zorgactiviteiten dagverpleging zijn onjuist geregistreerd. Er is sprake van een onderzoek door of behandeling onder verantwoordelijk van een medisch specialist bij een zorgactiviteit in zorgprofielklassen 4, 5, 6, 7, 13, 14, 15 of 16 voor dezelfde patiënt, op dezelfde dag, in het zelfde subtraject of zorgactiviteit in zorgprofielklassen 20, 21 of 22 voor dezelfde patiënt, op dezelfde dag.

De overige zorgactiviteiten dagverpleging zijn mogelijk onjuist geregistreerd:

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

Data-analyse (enkel dagverpleging kaakchirurgie 231901):

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

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

5 Onterecht vastleggen van een klinische zorgactiviteit

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.13
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 24.13

2016 en 2017:

Verpleegdag (190200, 190218, 194804, 231902):

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20:00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag.

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

Stel vast op welke afdelingen de verpleegdagen geregistreerd zijn. Ga integraal na of dit voor verpleging ingerichte afdelingen zijn. Geef hierbij aan welke criteria zijn gehanteerd voor een verpleging ingerichte afdeling.

1. Stel vast welke verpleegdagen (190200, 190218, 194804 en 231902) zijn geregistreerd op andere afdelingen dan een voor verpleging ingerichte afdeling. Deze verpleegdagen zijn onjuist geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

5.2 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Minimaal één overnachting

Beknpte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.13 en 25.3
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 24.13 en 26.4

2016 en 2017:

Verpleegdag (190200, 190218, 194804, 231902 en [190031, 190032, 190033, 190038]¹⁸)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20:00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag.

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

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

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

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

¹⁸ Voor deze vier genoemde overige trajecten geldt ook de definitie van een verpleegdag zoals omschreven in art 24.13

Toelichting

Er kan in geen geval een verpleegdag worden geregistreerd als een patiënt na 20:00 uur 's avonds wordt opgenomen. Ook niet als de patiënt na 20:00 uur 's avonds is opgenomen en voor 0:00 uur op dezelfde kalenderdag overlijdt of definitief wordt overgeplaatst naar een andere instelling.

Advies voor controleren

AO/IB:

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

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke verpleegdagen (190200, 190218, 194804, 231902, 190031, 190032, 190033, 190038) geen sprake is van minimaal één overnachting zoals bij de uitleg van dit controlepunt beschreven. Sluit daarbij de volgende verpleegdagen uit (mits deze voor 20:00 uur is gestart):
 - a. Verpleegdagen waarbij sprake is van definitieve overname door een andere instelling op de dag van opname.
 - b. Verpleegdagen waarbij sprake is van overlijden op de dag van of de dag na opname.

Deze verpleegdagen zijn onjuist geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.13
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 24.13

2016 en 2017:

Verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902)

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de dag van opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20:00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag.

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

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

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

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

Beknopte samenvatting:

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

Uitzondering voor specialisme Cardiologie:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 5a.3-4 (en toelichting 5a) Artikel 6.2 Artikel 19.7a
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 5a.3-4 (en toelichting 5a) Artikel 6.3 Artikel 19.7a

2016 en 2017:

Bij paralleliteit (binnen één specialisme) tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan. Indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme, kunnen de opvolgende verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de 'nieuwe' hoofdbehandelaar.

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

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

Cardiologie (1.0320.3):

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

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

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

- Op de dag voorafgaand aan het herimplanteren van (een deel van) een transvenieuze lead na een complexe transvenieuze leadextractie.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke verpleegdagen (190200, 190218, 194804) binnen een klinische periode¹⁹ verdeeld zijn over meerdere zorgtrajecten binnen een specialisme, waarvoor in het ZIS automatische afsluitregels van toepassing zijn. Deze verpleegdagen zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke verpleegdagen binnen een klinische periode²⁰ verdeeld zijn over meerdere zorg- en/of subtrajecten binnen een specialisme, waarvoor geen automatische afsluitregels (conform de algemene toelichting registratieregels [in ieder geval Cardiologie]) van toepassing zijn. Deze verpleegdagen betreffen de deelmasa en dienen als input voor de deelwaarneming.

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

¹⁹ Wanneer gesteund wordt op opnamenummer en er is sprake van ontslag en opname binnen 1 uur, beoordeel of er terecht sprake is van 2 klinische opnames.

²⁰ Wanneer gesteund wordt op opnamenummer en er is sprake van ontslag en opname binnen 1 uur, beoordeel of er terecht sprake is van 2 klinische opnames.

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Toelichting 5a
BR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 5a.1 en Toelichting 5a

2016 en 2017:

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Stel de deelmassa vast van verpleegdagen (190200, 190218), waarvan de klinische periode²¹ verdeeld is over de volgende specialismen:
 - Longgeneeskunde (0322) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)
 - Neurologie (0330) ⇔ Neurochirurgie (0308)²²
 - Orthopedie (0305) ⇔ Heelkunde (0303)
 - Cardiologie (0320) ⇔ Cardiochirurgie (0328)²³
 - MDL (0318) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)

²¹ Wanneer gesteund wordt op opnamenummer en er is sprake van ontslag en opname binnen 1 uur, beoordeel of er terecht sprake is van 2 klinische opnames.

²² Boetebesluit Antonius geeft aan dat wanneer sprake is van het verdelen van verpleegdagen tussen neurologie en neurochirurgie de verpleegdagen gekoppeld dienen te worden aan het subtraject van neurologie. Neurochirurgie mag klinisch zonder dagen registreren.

²³ Boetebesluit Antonius geeft aan wanneer cardio betrekking heeft op pre-, peri- of post-operatieve zorg alle verpleegdagen gekoppeld dienen te zijn aan cardiochirurgie, cardiologie mag poliklinisch declareren.

- Urologie (0306) ⇔ Gynaecologie (0307)
- Urologie (0306) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)
- Heelkunde (0303) ⇔ MDL (0318)
- Cardiologie (0320) ⇔ Longgeneeskunde (0322)
- Cardiologie (0320) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)

Deelwaarneming:

Voer een deelwaarneming op de opnames in de deelmassa uit. Het aantal keer dat bovengenoemde combinaties voorkomen in deze deelwaarneming dient naar verhouding met hun voorkomen in de deelmassa te zijn. Elke combinatie dient minimaal één keer voor te komen in de deelwaarneming. Om dat te realiseren dient er eventueel bij getrokken te worden naast de deelwaarneming. Wanneer de klinische periode verdeeld is over meerdere specialismen moet worden vastgesteld of in het medisch dossier aantoonbaar is dat er sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap naar het andere (de anderen) specialisme(n).

Hoe te corrigeren

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

5.6 Onterecht vastleggen van een langdurige observatie (zonder overnachting)

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 24.10
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 24.10

2016 en 2017:

Langdurige observatie zonder overnachting (190091)²⁴

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke geregistreerde langdurige observaties zonder overnachting (190091) er geen sprake is van minimaal vier aaneengesloten uren observatie op basis van opname en ontslagtijd. Deze langdurige observaties zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast op welke afdeling de langdurige observatie geregistreerd is. Ga integraal na of dit een voor verpleging ingerichte afdeling²⁵ is. De langdurige observaties die niet op een voor verpleging ingerichte afdeling geregistreerd zijn, zijn onjuist geregistreerd. Geef hierbij aan welke criteria zijn gehanteerd voor een voor verpleging ingerichte afdeling.
3. Stel vast welke zorgactiviteiten langdurige observaties zonder overnachting (190091) voor de patiënt zijn geregistreerd op dezelfde kalenderdag als een dagverpleging (190030 en 190090), verpleegdag (190200, 190218, 194804 en 231902) of IC-behandeldag (190153 t/m 190155). Deze langdurige observaties (of de genoemde zorgactiviteit die parallel is geregistreerd) zijn onjuist

²⁴ Een langdurige observatie zonder overnachting mag niet tijdens/op dezelfde kalenderdag als een dagverpleging of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd.

²⁵ Ook een observatorium kan een voor verpleging ingerichte afdeling zijn.

geregistreerd.

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

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

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa en dossieronderzoek vast dat er sprake is van een vorm van niet geplande verpleging waarvoor toch een langdurige observatie geregistreerd mag worden.²⁶

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

²⁶ Een spoedbezoek is geen voorwaarde voor een langdurige observatie. Vanuit een gepland polikliniekbezoek kan ook een terechte langdurige observatie worden geregistreerd. Het controlepunt is gericht op het vaststellen van het ongeplande karakter van de langdurige observatie.

5.9 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 11.1 / 11.5 / 11.7 / 25.1.a-d / 33a.3
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 11.1 / 11.6 / 11.7 / 26.2a-d / 34a.3 /

2016 en 2017:

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

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

Add-ons Intensive Care (IC):

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

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

Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een IC-patiënt, ingedeeld in behandeldag licht, middel of zwaar. Niet als behandeldag wordt geteld het post-operatief onderbrengen van een patiënt zonder IC-indicatie op de IC, in plaats van op de verkoeverafdeling, voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere post-operatieve bewaking en geen IC-behandeldag.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke IC-behandeldagen (190153, 190154 en 190155) zijn geregistreerd op een andere afdeling dan een IC. Deze IC-behandeldagen zijn onjuist geregistreerd.²⁷
2. Stel vast welke IC-behandeldagen (190153, 190154 en 190155) zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag parallel aan een andere IC-behandeldag of PICU. (190151, 190153, 190154 en 190155) Een van beiden is onjuist geregistreerd.
3. Stel vast welke verpleegdagen (190200, 190218, 194804 en 231902) zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een IC-behandeldag (190153, 190154 en 190155). Een van beiden is onjuist geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

²⁷ Een CCU is geen IC.

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 25.1.d
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 26.2.d

2016 en 2017:

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

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

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

Niet als behandeldag wordt geteld het post-operatief onderbrengen van een patiënt zonder IC-indicatie op de IC, in plaats van op de verkoeverafdeling, voorafgaand aan overplaatsing naar de gewone verpleegafdeling. Het betreft dan een reguliere post-operatieve bewaking en geen IC-behandeldag.

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

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

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

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

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

Deelwaarneming:

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



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Zorgverzekeraars
Nederland

Hoe te corrigeren

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

6 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit

6.1 Onterecht vastleggen Multitrauma

Beknopte samenvatting:

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

Punt kent een relatie met CPg maar is daar uitgesloten van controle.

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 5a.5 / 32.13 Circulaire Release RZ16b
NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 5a, lid 1, 5a.5

2016 en 2017:

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

Artikel 5a.5 De diagnoses 'ATLS-opvang trauma ISS $<$ 16' en 'ATLS-opvang multitrauma ISS $\geq$ 16' omvatten het traject rondom de traumaopvang volgens de ATLS. Deze diagnoses kunnen (mits aan de voorwaarden voor paralleliteit is voldaan) parallel geregistreerd worden aan diagnoses die geconstateerd worden bij de screening.

Multitrauma registratie is gebaseerd op de aanwezigheid van een of meerdere letsels die gezamenlijk een ISS score van $\geq$ 16. Deze score is gebaseerd op de Abbreviated Injury Scale (AIS). De AIS is ontwikkeld om gestandaardiseerd letsels te kunnen weergeven. De AIS wordt wereldwijd toegepast voor traumazorg. Deze registratie vindt plaats in de Landelijke Trauma Registratie database (LTR) waaraan veel traumacentra zijn verbonden.²⁸

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

Selecteer de geregistreerde multitrauma zorgproducten (182199051 & 182199055).

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming en dossieronderzoek vast dat voldaan is aan de criteria

²⁸ <http://www.trauma.org/index.php/main/article/510/> en <http://www.lnaz.nl/trauma/landelijke-traumaregistratie>

voor het voldoen aan de ISS score ≥ 16 . In de deelwaarneming dienen, indien van toepassing, beide jaren vertegenwoordigd te zijn. Het dossieronderzoek moet worden uitgevoerd door iemand met medische kennis.

Hoe te corrigeren

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

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 25.3b
NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 26.4b

2016 en 2017:

Artikel 26.4b Toeslag post IC-high care (190152)

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

- een gewicht vanaf 1000 tot 1200 gram, en/of;
- een leeftijd van het kind, inclusief zwangerschapsduur, vanaf 30 tot 32 weken, en/of;
- ten minste twee van de volgende behandelingen en/of vormen van bewaking: CPAP/ low flow, continue parenterale medicatie ter ondersteuning van één of meer vitale functies, meervoudige medicamenteuze therapie (exclusief vitaminen en andere voedingssupplementen), centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting en blaascatheter.

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

Advies voor controleren

AO/IB:

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

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

- Stel vast voor welke patiënten een post IC-high care toeslag (190152) is vastgelegd. Stel voor de post IC-high care toeslag vast dat deze is vastgelegd op dezelfde dag als een NICU-verpleegdag (190150). Deze zorgactiviteiten post IC-high care toeslag zijn onjuist geregistreerd.
- Stel voor de post IC-high care toeslag vast dat de eerste post-IC high care toeslag in de opvolgende reeks is vastgelegd op de dag na een NICU-opnameperiode (op de opvolgende kalenderdag), indien dit niet het geval is, zijn deze zorgactiviteiten post IC-high care toeslag onjuist geregistreerd.
- Indien gebruik wordt gemaakt van eigen registratiecodes voor behandelingen en/of vormen van bewaking zoals beschreven bij AO/IB, stel dan vast voor welke patiënten er sprake is van een post IC-

high care toeslag (190152) waarbij er sprake is van twee of meer registraties voor behandelingen en/of vormen van bewaking op dezelfde kalenderdag.

De zorgactiviteiten post IC-high care toeslag die hier niet aan voldoen zijn onjuist geregistreerd. De overige post IC-high care toeslagen (die in bullets 1, 2 en 3 niet zijn afgekeurd) vallen in de deelmassa ten behoeve van de deelwaarneming optie A.

Indien niet gebruikt gemaakt kan worden van eigen registratiecodes voor behandelingen en/of vormen van bewaking zoals beschreven bij de AO/IB, vallen alle Post IC-high care toeslagen die niet onder 1 of 2 zijn afgekeurd in de deelmassa ten behoeve van de deelwaarneming (deelwaarneming optie B).

1. Deelwaarneming:

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

Deelwaarneming optie A:

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

Deelwaarneming optie B:

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

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

6.11 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie

Beknopte samenvatting:

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

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 28.5ab+d / 33d.5
NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 29.4a-c / 34d.5

2016 en 2017:

Consult (234003)

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

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

Consult (234003)

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

In de verrichtingen zoals vermeld in productgroep 3 t/m 8 zijn begrepen de controlebezoeken, voor zover deze binnen 30 dagen na de ingreep plaatsvinden.

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

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

Advies voor controleren

AO/IB:

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

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke patiënten een consult bij kaakchirurgie (234003) is vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een verrichting uit productgroep 3 t/m 8. Deze consulten kaakchirurgie zijn onjuist geregistreerd tenzij de verrichtingen in een andere (latere) zitting dan het consult hebben plaats gevonden.
2. Stel vast welke consulten bij kaakchirurgie (234003) voor een patiënt zijn geregistreerd gedurende 30 kalenderdagen na een ander consult bij kaakchirurgie. Deze consulten zijn onjuist geregistreerd, tenzij middels deelwaarneming kan worden vastgesteld dat er sprake is van een nieuw ziektegeval.
3. Stel vast welke consulten bij kaakchirurgie (234003) voor een patiënt zijn geregistreerd die hebben plaatsgevonden gedurende 30 dagen na een verrichting uit productgroep 3 t/m 8. Deze consulten zijn onjuist geregistreerd, tenzij middels deelwaarneming kan worden vastgesteld dat er sprake is van een nieuw ziektegeval.

* Stel een lijst op met hierin alle consulten bij kaakchirurgie (234003) die niet integraal zijn afgekeurd in de bovenstaande 3 data-analyses. Deze consulten vormen de basis voor de deelwaarneming 1.

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie

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

6.12 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie

Beknopte samenvatting:

- Het is niet toegestaan om bij gecombineerde verrichtingen in dezelfde zitting meerdere verrichtingen te declareren tegen de hogere puntwaarde (uit productgroep 3 t/m 8).
- Het is niet toegestaan om de volledige behandeling in het kader van taakdelegatie uit te besteden of hiervoor separate verrichtingen te declareren

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 33d / 28.5
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 34d / 29.4

2016: Gecombineerde verrichtingen

Indien meer kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting uit productgroep 3 t/m 8 wordt de ingreep of verrichting met de hoogste puntwaarde als een reguliere prestatiecode vastgelegd. Voor elke andere ingreep of verrichting worden prestatiecodes vastgelegd die voorzien zijn van een omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde' voor zover deze beschikbaar zijn. Indien voor het laatstbedoelde geen prestatiecode beschikbaar is, dan wordt een reguliere prestatiecode vastgelegd. Deze puntwaarden en de indeling van prestaties naar productgroepen zijn te vinden in bijlage 6.

Voor prestaties die in veelvoorkomende gevallen in combinatie met andere prestatie(s) uitgevoerd worden, zijn aparte prestatiecodes aangemaakt (235004 tot en met 235096).

2016 en 2017: Taakdelegatie

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

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

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

Advies voor controleren

AO/IB:

1. Stel vast dat de declaratieregels goed in de systemen zijn gebouwd (ziekenhuis maakt aannemelijk dat de regels omtrent gecombineerde verrichtingen (alleen 2016) adequaat in de ICT-systemen zijn ingebouwd).
Dit heeft betrekking op de declaratieregels m.b.t. gecombineerde verrichtingen (alleen 2016) in dezelfde zitting.
2. Omschrijf de beheersmaatregelen omtrent gecombineerde verrichtingen (in dezelfde zitting, alleen 2016) en taakdelegatie.

Gecombineerde verrichtingen (alleen 2016)

Data-analyse:

Stel vast voor welke patiënten meerdere verrichtingen uit productgroep 3 t/m 8 zijn geregistreerd op dezelfde kalenderdag.

1. Deelwaarneming:
 - Indien niet wordt gesteund op de AO/IB stel dan vast middels deelwaarnemingen dat de verrichtingen zijn uitgevoerd in 2 verschillende zittingen.
 - Stel vast dat indien er sprake is van meerdere verrichtingen in één zitting de ingreep of verrichting met de hoogste puntwaarde als een reguliere prestatiecode is vastgelegd. Voor elke andere ingreep of verrichting worden prestatiecodes vastgelegd die voorzien zijn van een omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde' voor zover deze beschikbaar zijn. Indien voor het laatstbedoelde geen prestatiecode beschikbaar is, dan wordt een reguliere prestatiecode vastgelegd. Deze puntwaarden en de indeling van prestaties naar productgroepen zijn te vinden in bijlage 6 van de nadere regel.
 - Indien er geen sprake is van 2 verschillende zittingen stel dan vast dat de verrichtingen niet zijn uitgevoerd door dezelfde wond.

Taakdelegatie (2016 en 2017):

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

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

Deelwaarneming:

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



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Zorgverzekeraars
Nederland

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

6.13 Onterecht vastleggen ZA code 031714

Beknorte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

2016 en 2017:

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

Advies voor controleren

2016 en 2017:

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

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

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

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

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

Wijzingen DBC release RZ16A	Ingangsdatum 01-01-2016		Versie 01-07-2015
2017 NR/REG 1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24

2016 en 2017:

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

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

Advies voor controleren

2016 en 2017:

Data-analyse voor deelwaarneming:

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

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

Data-analyse/integrale controle: micro-correctie.



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Zorgverzekeraars
Nederland

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

7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 26.1a / c
NR/RE-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 27.1a / c Paragraaf 3.4.8 GEEN REGELEGING

Beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879)

2016 en 2017: Niet het begrip foto, maar het begrip onderzoek is hierbij het uitgangspunt. Onder onderzoek dient te worden verstaan alle handelingen van de radiodiagnost (zowel doorlichten als foto's) die nodig zijn om voor een onderzoek tot een conclusie of diagnose te komen.

Pathologie (050516 t/m 050523)

2016 en 2017:

Onder een pathologie onderzoek wordt verstaan het onderzoek van alle daartoe in aanmerking komende weefsels (histologie) of celmateriaal en vochten (cytologie) die binnen één zitting worden verwijderd in verband met één zorgvraag. Per type histologisch of cytologisch onderzoek, dat uit meerdere inzendingen kan bestaan, geldt één specifieke declaratiecode. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen aanvragers uit de eerste en tweede lijn. In afwijking tot bovenstaande geldt voor huidpreparaten één code per inzending, met uitzondering van MOH's en neoplasie met schildwachtlier (waarvoor de algemene regel van één declaratiecode per onderzoek geldt).

De declaratiecode wordt bepaald door de combinatie aard materiaal en ingreep, zoals vastgesteld in bijlage 7 (2016) en bijlage 6 (2017) van deze regeling. Deze basis declaratiecodes zijn gebaseerd op een indeling in zes zwaartecategorieën.

Hierbij geldt:

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

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

Toelichting

Uit FAQ Handreiking 2015:

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

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

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

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

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

Indien er sprake is van het maken van een vergelijkingsfoto om tot een diagnose te komen maakt het aannemelijk dat beide foto's onderdeel zijn van één volledig onderzoek (bijvoorbeeld o8g402 Radiologisch onderzoek knie en/of onderbeen) en mag er dus slechts één onderzoek worden vastgelegd.

Indien de situatie onduidelijk is:

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

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

Beeldvormende diagnostiek: de data-analyse voor dit onderdeel moet gericht zijn op DBC's en OZP's of een combinatie van beiden (Punt 1 in Excel).

Stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteiten beeldvormende diagnostiek (o80001 t/m o8g879), die niet tot zorgprofiel klassen 5 en 6 horen op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd en binnen verschillende subtrajecten vallen of minimaal één van beide een overig zorgproduct betreft. Betrek hierbij de financiële impact. Indien de zorgactiviteiten binnen verschillende subtrajecten vallen en het verwijderen van de 2^e of volgende zorgactiviteit geen impact heeft op de afleiding van het zorgproduct (en dus geen financiële impact) dan hoeft deze niet in de deelwaarneming beoordeeld te worden.

Deze zorgactiviteiten behoren tot de eerste deelmasa.

Pathologie: de data-analyse voor dit onderdeel moet gericht zijn op OZP's (Punt 2 in Excel).

Stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteiten pathologie (050516 t/m 050523) op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd en waarvan minstens 1 zorgactiviteit als overig zorgproduct is geregistreerd. Deze zorgactiviteiten behoren tot de tweede deelmasa. Twee zorgactiviteiten pathologie die binnen één of verschillende DBC-subtraject(en) vallen worden hier uitgesloten van de deelmasa.

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

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

8.1 Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren (indicatievoorwaarden en gebruikte hoeveelheid) (uitvoerdatum 2016)

Het is niet toegestaan dure en weesgeneesmiddelen en/of stollingsfactoren te registreren en declareren, terwijl er niet voldaan wordt aan de indicatievoorwaarden²⁹ conform de geldende NZa-regelgeving.

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

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

Regelgeving/beleid

BR/CU-2147	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 7a Artikel 13.2 / 13.4 / Bijlage 5 / Prestatie- en tariefbeschikking add-on geneesmiddelen
------------	------------	------------	---

2016:

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

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

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

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

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

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

i. Als hoofdregel geldt dat de kosten van een geneesmiddel integraal onderdeel zijn van een DBC-

²⁹ Zie bijlage (PM) voor een overzicht van deze indicatievoorwaarden.

zorgproduct.

Indien bekostiging van een geneesmiddel niet als integraal onderdeel van een DBC-zorgproduct kan verlopen,

stelt de NZa voor de productnamen overige zorgproducten stollingsfactoren (hierna stollingsfactoren) vast. In

artikel 10 wordt beschreven wanneer een stollingsfactor wordt vastgesteld.

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

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

iv. De NZa houdt een overzicht bij van alle stollingsfactoren in de Prestatie- en tarieventabel stollingsfactoren

(hierna 'stollingsfactorenlijst'). De stollingsfactorenlijst wijzigt bij de vaststelling of verwijdering van een stollingsfactor. Het genomen besluit is opgenomen in zowel de stollingsfactorenlijst als in een prestatie- en tariefbeschikking stollingsfactoren.

NZa-prestatietabel:

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

tabblad 'NZa-prestatietabel'. En de bijlage 'Prestatie- en tarieventabel stollingsfactoren'.

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

- een geneesmiddel is verstrekt of toegediend aan een patiënt binnen de medisch specialistische zorg én;
- het geneesmiddel een werkzame stof bevat die in de NZa-prestatietabel is opgenomen én;
- de indicatie waarvoor het aan de betreffende patiënt is verstrekt of toegediend, is opgenomen in de NZa-prestatietabel bij deze werkzame stof, de van toepassing zijnde add-on prestatiebeschrijving kan worden gedeclareerd met een tarief gelijk aan of lager dan het maximumtarief zoals opgenomen in de NZa tarieventabel.

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

Advies voor controleren

Controlepunt 8.1a: Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen

Advies voor controleren

Er zijn twee basisdocumenten voor deze controle:

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

Data-analyse dure en weesgeneesmiddelen op declaratieniveau:

- A. Stel vast welke add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met facturatedatum in 2017 en aan welke DBC-zorgproducten deze zijn gekoppeld. Hiertoe dient gebruik te worden gemaakt van de add-on combinatielijst 2016.
 1. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'niet goed' op de add-on combinatie lijst.³⁰
 2. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'goed' op de add-on combinatie lijst.
 3. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'nader beoordelen' of die niet voorkomen op de add-on combinatie lijst (groep overig).

Categorie	Beoordeling door ziekenhuis	Beoordeling door zorgverzekeraar
1.	Integraal afkeuren of met integrale controle aantonen dat specifieke declaraties alsnog voldoen aan indicatievereisten op de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen.	Niet van toepassing bij integrale afkeuring. Onderbouwing van alsnog goedgekeurde regels, wordt beoordeeld op basis van het medisch dossier.
2.	Integraal goedkeuren.	Geen ³¹
3.	Integrale controle op basis van indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen.	

Integrale controle categorie 1 (optioneel) en 3 op patiëntniveau:

Categorie 1(optioneel) en 3 kunnen integraal worden gecontroleerd. Deze integrale controle vindt plaats op patiëntniveau.

³⁰ Indien er bij een geneesmiddel een parallelle DBC is waarvan bij dit geneesmiddel tenminste een diagnose in de categorie goed valt dan valt de betreffende declaratie in categorie 2.

³¹ Het is voor zorgverzekeraars mogelijk om in het kader van materiële controle of spiegelinformatie zelf nader onderzoek te doen.

Dat wil zeggen dat per patiënt per geneesmiddel moet worden vastgesteld dat de indicaties waarvoor het geneesmiddel is voorgeschreven voldoet aan de indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen. Deze integrale controle kan uitgevoerd worden door middel van controle per patiënt op basis van het medisch dossier, maar mag ook middels onderstaande afpelmethode. Alle stappen in deze methode zijn optioneel m.u.v. de laatste stap. In het onderzoeksdoosje van het ziekenhuis dient de beoordeling van categorie 1 (optioneel) en 3 juist te worden vastgelegd, inclusief welke oordeel op basis van welke stap in de afpelmethode is gedefinieerd.

Afpelmethode:

1. Indien sprake is van meerdere DBC-subtrajecten: stel vast welke diagnoses voor deze patiënten geregistreerd zijn in een (ander) parallel subtraject³² op het moment van uitvoerdatum van de add-on.
 - a. Stel vast welke van deze diagnoses (in combinatie met add-ons) vallen onder de categorie 'goed' op de Add-on combinatie lijst. Deze kunnen integraal goedgekeurd worden.
 - b. Stel vast welke van deze diagnoses (in combinatie met add-ons) vallen onder de categorie 'niet goed' op de Add-on combinatie lijst. Deze kunnen integraal afgekeurd (of integraal gecontroleerd) worden.
2. Stel vast voor welke patiënten de geneesmiddelen, in combinatie met diagnose in handreiking 2015 en-2016, al integraal zijn beoordeeld op basis van het medisch dossier en waarvan het bewijs voor dit oordeel is gedocumenteerd. Neem dat oordeel over.
3. Stel vast of op basis van andere geregistreerde gegevens in het medisch dossier (zoals ICD10-diagnoseregistratie) voor combinaties van diagnoses en add-on geneesmiddelen integraal kan worden vastgesteld dat voldaan wordt aan de indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen. Deze kunnen integraal goedgekeurd worden.
4. De restgroep die overblijft wordt integraal (patiënt voor patiënt) beoordeeld. Hierbij moet worden vastgesteld dat de indicaties waarvoor het middel is voorgeschreven voldoet aan de indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen. In deze integrale controle mag de volgende werkwijze worden gehanteerd: Indien sprake is van meer dan 25 patiënten per geneesmiddel is een aselechte deelwaarneming van 25 patiënten toegestaan. Indien hier geen fouten in worden geconstateerd mag het hele geneesmiddel in de restcategorie patiënten goedgekeurd worden. Indien er een fout wordt gevonden, dienen alle patiënten integraal te worden gecontroleerd.

8.1b: Het ontbreken registreren en declareren van stollingsfactoren

Controlepunt 8.1a: Het ontbreken registreren en declareren van add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen

Advies voor controleren

³² Dit kunnen ook niet declarabele subtrajecten zijn.

Er zijn twee basisdocumenten voor deze controle:

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

Data-analyse dure en weesgeneesmiddelen op declaratieniveau:

- B. Stel vast welke add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met facturatedatum in 2017 en aan welke DBC-zorgproducten deze zijn gekoppeld. Hiertoe dient gebruik te worden gemaakt van de add-on combinatielijst 2016.
4. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'niet goed' op de add-on combinatie lijst.³³
 5. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'goed' op de add-on combinatie lijst.
 6. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'nader beoordelen' of die niet voorkomen op de add-on combinatie lijst (groep overig).

Categorie	Beoordeling door ziekenhuis	Beoordeling door zorgverzekeraar
1.	Integraal afkeuren of met integrale controle aantonen dat specifieke declaraties alsnog voldoen aan indicatievereisten op de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen.	Niet van toepassing bij integrale afkeuring. Onderbouwing van alsnog goedgekeurde regels, wordt beoordeeld op basis van het medisch dossier.
2.	Integraal goedkeuren.	Geen ³⁴
3.	Integrale controle op basis van indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen.	

Integrale controle categorie 1 (optioneel) en 3 (verplicht) op patiëntniveau:

Categorie 1(optioneel) en 3 (verplicht) kunnen integraal worden gecontroleerd. Deze integrale controle vindt plaats op patiëntniveau.

Dat wil zeggen dat per patiënt per geneesmiddel moet worden vastgesteld dat de indicaties waarvoor het geneesmiddel is voorgeschreven voldoet aan de indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen. Deze integrale controle kan uitgevoerd worden door middel van controle per patiënt op basis van het medisch dossier, maar mag ook middels onderstaande afpelmethode. Alle stappen in deze

³³ Indien er bij een geneesmiddel een parallelle DBC is waarvan bij dit geneesmiddel tenminste een diagnose in de categorie goed valt dan valt de betreffende declaratie in categorie 2.

³⁴ Het is voor zorgverzekeraars mogelijk om in het kader van materiële controle of spiegelinformatie zelf nader onderzoek te doen.

methode zijn optioneel m.u.v. de laatste stap. In het onderzoeksdossier van het ziekenhuis dient de beoordeling van categorie 1 (optioneel) en 3 (verplicht) juist te worden vastgelegd, inclusief welke oordeel op basis van welke stap in de afpelmethode is gedefinieerd.

Afpelmethode:

5. Indien sprake is van meerdere DBC-subtrajecten: stel vast welke diagnoses voor deze patiënten geregistreerd zijn in een (ander) parallel subtraject³⁵ op het moment van uitvoerdatum van de add-on.
 - c. Stel vast welke van deze diagnoses (in combinatie met add-ons) vallen onder de categorie 'goed' op de Add-on combinatie lijst.
Deze kunnen integraal goedgekeurd worden.
 - d. Stel vast welke van deze diagnoses (in combinatie met add-ons) vallen onder de categorie 'niet goed' op de Add-on combinatie lijst.
Deze kunnen integraal afgekeurd (of integraal gecontroleerd) worden.
6. Stel vast voor welke patiënten de geneesmiddelen, in combinatie met diagnose in handreiking 2015 en 2016, al integraal zijn beoordeeld op basis van het medisch dossier en waarvan het bewijs voor dit oordeel is gedocumenteerd.
Neem dat oordeel over.
7. Stel vast of op basis van andere geregistreerde gegevens in het medisch dossier (zoals ICD10-diagnoseregistratie) voor combinaties van diagnoses en add-on geneesmiddelen integraal kan worden vastgesteld dat voldaan wordt aan de indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen. Deze kunnen integraal goedgekeurd worden.
8. De restgroep die overblijft wordt integraal (patiënt voor patiënt) beoordeeld. Hierbij moet worden vastgesteld dat de indicaties waarvoor het middel is voorgeschreven voldoet aan de indicatievereisten in de NZa-prestatie en tarieven tabel add-on geneesmiddelen. In deze integrale controle mag de volgende werkwijze worden gehanteerd: Indien sprake is van meer dan 25 patiënten per geneesmiddel is een aselechte deelwaarneming van 25 patiënten toegestaan. Indien hier geen fouten in worden geconstateerd mag het hele geneesmiddel in de restcategorie patiënten goedgekeurd worden. Indien er een fout wordt gevonden, dienen alle patiënten integraal te worden gecontroleerd.

8.1b: Het onrecht registreren en declareren van stollingsfactoren

Advies voor controleren

Data-analyse stollingsfactoren op declaratieniveau:

1. Stel vast welke stollingsfactoren zijn gedeclareerd met facturatedatum in 2017.
2. Stel vast of de instelling een 'ex artikel 8 WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten' is. Indien dit niet het geval is, dienen alle declaraties te worden

³⁵ Dit kunnen ook niet declarabele subtrajecten zijn.

afgekeurd.

3. Stel vast welke diagnoses voor deze patiënten geregistreerd zijn in een lopend (parallel) subtraject³⁶ op het moment van uitvoerdatum van de stollingsfactor.

Stel vast bij welke patiënten sprake is van één van de volgende diagnoses:

- Interne Geneeskunde - diagnose 741 (Hemofilie)
- Interne Geneeskunde - diagnose 742 (Von Willebrandziekte)
- Interne Geneeskunde - diagnose 749 (Overige hemorragische diathese obv stollingstoornis nno)
- Kindergeneeskunde - diagnose 6004 (Hemofilie)
- Kindergeneeskunde - diagnose 6006 (Stollingsstoornissen (overige))
- Kindergeneeskunde - diagnose 6008 (Von Willebrand)

Deze kunnen integraal worden goedgekeurd.

Integrale controle patiëntniveau:

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

1. Stel vast voor welke patiënten de stollingsfactoren, in combinatie met diagnose in handreiking 2015 en/of 2016, al integraal zijn beoordeeld op basis van het medisch dossier en waarvan het bewijs voor dit oordeel is gedocumenteerd.
Neem dat oordeel over.
2. Stel vast of er op/tijdens of in de 2 jaar voorafgaand aan de stollingsfactor een DBC aanwezig is (geweest) met diagnose 741, 742 of 749 bij interne geneeskunde (volwassenen) of diagnose 6004, 6006 of 6008 bij kindergeneeskunde (kinderen).
Indien dit het geval is, is de stollingsfactor terecht geregistreerd.
3. De restgroep die overblijft wordt integraal (patiënt voor patiënt) beoordeeld.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

³⁶ Dit kunnen ook niet declarabele subtrajecten zijn.

8.2 Het onterecht registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en ozp- stollingsfactoren (uitvoerdatum 2017)

Het is niet toegestaan add-on geneesmiddelen en/of ozp-stollingsfactoren te registreren en declareren, terwijl er niet voldaan wordt aan de indicatievoorwaarden conform de geldende NZa-regelgeving.

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

Regelgeving/beleid

BR/REG-17156	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 10 Artikel 11 Artikel 12
NR/REG-1732 NR/REG-1816	01-01-2017 01-01-2018	31-12-2017 -	Artikel 34a lid 10 en artikel 37 Artikel 34a lid 9

2017:

BR/REG-17156

Artikel 10. Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

- Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn geneesmiddelen die als overige zorgproducten in rekening kunnen worden gebracht. De prestatiebeschrijving van deze overige zorgproducten wordt gevormd door de artikelomschrijving van het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard.
- Voor de vaststelling van een geneesmiddel als 'add-on geneesmiddel' of 'ozp-stollingsfactor' hanteert de NZa de volgende limitatieve criteria:
 - De kosten van het geneesmiddel, die betrekking hebben op een prestatie voor geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, bedragen gemiddeld meer dan € 1.000 per patiënt per jaar.
 - Voor het geneesmiddel is een handelsvergunning afgegeven door de Nederlandse (CBG) of Europese (EMA) registratieautoriteit. De NZa dient te beschikken over de openbare publicatie van de SmPC tekst van het geneesmiddel.
 - Het geneesmiddel is opgenomen in de G-standaard van Z-Index.
- Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum dat de handelsvergunning bedoeld in het tweede lid is ingetrokken. Vanaf die datum vervalt eveneens van rechtswege de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.
- Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum waarop het geneesmiddel niet meer in de G-standaard is opgenomen. Vanaf die datum vervalt eveneens van rechtswege de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking

waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.

Artikel 12. Overgangsbepaling add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

Geneesmiddelen die op 31 december 2016 zijn opgenomen in de prestatie- en tarieventabel add-on geneesmiddelen, respectievelijk de prestatie- en tarieventabel ozp-stollingsfactoren, behouden ook na 31 december 2016 hun status van add-on, respectievelijk ozp-stollingsfactor, mits wordt voldaan aan de in artikel 10 opgenomen criteria. Deze geneesmiddelen zijn opgenomen in een conversietabel waarin het gewijzigde (lees: verlaagde) niveau van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren tot uitdrukking komt. Deze

conversietabel publiceert de NZa op haar website.

NR/REG-1732

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

10. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvoor een add-on, respectievelijk een ozp-stollingsfactor is vastgesteld dan moet de zorgverlener het geneesmiddel als add-on, respectievelijk ozp-stollingsfactor declareren. In dat geval kan zo'n geneesmiddel dus niet meer als onderdeel van een dbc-zorgproduct in rekening worden gebracht.

Toelichting

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

Artikel 37. Informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten

m) Indicatie (on-label en off-label).

Een in de G-standaard opgenomen indicatie waarvoor een add-on geneesmiddel of ozp-stollingsfactor

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

Toelichting:

Met ingang van 1 januari 2017 is de indicatie geen onderdeel meer van een add-on geneesmiddel/ozp-stollingsfactor prestatie. Dat betekent dat deze geneesmiddelen, ongeacht de indicatie, als add-on/ozp-stollingsfactor gedeclareerd moeten worden. Tegelijkertijd is de zorgaanbieder verplicht de indicatie, waarvoor het add-on geneesmiddel/de ozp-stollingsfactor wordt ingezet, te vermelden op de factuur aan de zorgverzekeraar.

Onder 'indicatie' wordt verstaan:

- een on-label indicatie zoals opgenomen in de G-standaard, of
- een off-label indicatie zoals opgenomen in de G-standaard.

Onder 'on-label' wordt in deze beleidsregel verstaan: een indicatie waarvoor de Nederlandse of Europese registratieautoriteit een handelsvergunning heeft afgegeven ('geregistreerde indicatie'), zoals opgenomen in

de registratietekst (bijlage 1 Samenvatting van de productkenmerken van de EPAR, artikel 4.1 'Therapeutische indicaties') behorend bij het te declareren geneesmiddel of, indien er meerdere producten zijn met dezelfde werkzame stof, behorend bij een ander dan het te declareren geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Het voorgaande betekent dat, als het te declareren geneesmiddel beschikbaar is als generiek geneesmiddel (dezelfde werkzame stof), de zorgaanbieder ook een indicatie behorend bij generiek 1 als on-label mag vermelden op de factuur bij de declaratie van generiek 2, mits dit de indicatie is waarvoor het geneesmiddel aan de patiënt wordt verstrekt.

Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om een nog niet in de G-standaard opgenomen off-label indicatie aan te melden als off-label indicatie bij het CIBG. De coördinatie hiervan verloopt via de Federatie van Medisch Specialisten (FMS).

NR/REG-1816

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

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

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

Omschrijving Dummyindicatiecodes

99999996	Niet nader bepaalde indicatie zonder aanspraak (geldig t/m 31-12-2017)
99999997	Niet nader bepaalde indicatie met aanspraak (geldig t/m 31-12-2017)
99999998	Aan dit artikel zijn nog geen indicatieteksten gekoppeld of geregistreerde indicatie nog niet beschikbaar
99999999	Overig

Advies voor controleren

Advies voor controleren

Data-analyse Add-on geneesmiddelen en ozp- stollingsfactoren op declaratieniveau:

Stel vast welke Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn gedeclareerd met facturatedatum in 2017.

In het geval een geneesmiddel zowel een add-on geneesmiddel als een ozp-stollingsfactor kan zijn, dan dient dit middel te worden gecontroleerd binnen massa A. Indien het middel daar wordt afgekeurd, dan kan het middel binnen massa B alsnog worden gecontroleerd

A. Stel vast, indien er sprake is van gedeclareerde ozp-stollingsfactoren dat deze zijn toegediend in het

kader van een hemofiliebehandeling of de behandeling van aanverwante hemostaseziekten en stel vast dat de instelling een 'ex artikel 8 WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten' is. Indien dit niet het geval is, dienen alle declaraties te worden afgekeurd, tenzij er sprake is van een overige indicatie dan hemofilie en aanverwante hemostaseziekten.

- B. Stel hierna de volgende vier deelmassa's vast, indien er sprake is van add-on geneesmiddelen, dit is inclusief de stollingsfactoren welke binnen massa A zijn afgekeurd.
- i. **Indicatie met aanspraak (on label)**³⁷: Dit betreffen gedeclareerde add-on geneesmiddelen waarvan de combinatie stofnaam en indicatie de aanspraakstatus "JA" hebben.
 - ii. **Indicatie zonder aanspraak (off label)**³⁸: Dit betreffen gedeclareerde add-on geneesmiddelen waarvan de combinatie stofnaam en indicatie de aanspraakstatus "NEE" hebben, maar wel zijn gedeclareerd.
Dit is inclusief de dummy-indicatiecodes 99999996 en 99999999.
 - iii. **Indicatie overig, gebruik van dummycode 99999997**: Dit betreffen gedeclareerde Add-on geneesmiddelen die door middel van het gebruik van dummy code 99999997 zijn gedeclareerd.
Bij de beoordeling van deze geneesmiddelen dient te worden gesteund op de diagnose van de DBC waaraan de add-on is gekoppeld. Hiertoe dient gebruik te worden gemaakt van de add-on combinatielijst 2017.
 1. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'niet goed' op de add-on combinatie lijst.
 2. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'goed' op de add-on combinatie lijst.
 3. Stel vast bij welke declaraties add-ons geneesmiddelen zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'nader beoordelen' of die niet voorkomen op de add-on combinatie lijst (groep overig).
 - iv. **Indicatie overig, gebruik van dummycode 99999998**: Dit betreffen gedeclareerde Add-on geneesmiddelen die door middel van het gebruik van dummy code 99999998 zijn gedeclareerd.

Deelmassa	Beoordeling door ziekenhuis
i. Indicatie met aanspraak	Door middel van een deelwaarneming van 25 posten, waarbij er sprake moet zijn van een diversiteit van stofnamen en bij behorende indicaties³⁹, de volgende aspecten toetsen: • Stel middels het medisch dossier vast dat de juiste indicatiecode in combinatie met de stofnaam gebruikt is. Onjuistheden dienen te worden gecorrigeerd. • Indien onjuistheden worden gevonden waarbij de aanspraak wijzigt

³⁷ Indien de aanspraak "NEE" is valt deze onder deelmassa ii, exclusief indicatiecodes 99999997 en 99999998

³⁸ Indien de aanspraak "JA" is valt deze onder deelmassa i.

³⁹ Om dit te genereren kan de massa worden onderverdeeld in kleinere deelmassa's.

	van "JA" naar "NEE", dient per onjuistheid de deelmasa te worden vastgesteld waarin deze fout voorkomt en dient hier een extra deelwaarneming conform de beslisboom te worden uitgevoerd. Stem de wijze waarop je tot de extra deelmasa bent gekomen af met de 1 ^e reviewer.												
ii. Indicatie zonder aanspraak	Integraal afkeuren of met integrale controle aantonen dat specifieke declaraties alsnog voldoen aan indicatievereisten ⁴⁰ .												
iii. Gebruik van dummycode 99999997	Stel middels het medisch dossier vast dat er sprake is van add-on geneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren waarvan de combinatie stofnaam en indicatie de aanspraakstatus "JA" hebben. <table><tr><th>Categorie</th><th>Beoordeling door ziekenhuis</th><th>Beoordeling door zorgverzekeraar</th></tr><tr><td>1.</td><td>Integraal afkeuren of met integrale controle aantonen dat er sprake is van een echte indicatie met aanspraak status "JA".</td><td>Niet van toepassing bij integrale afkeuring. Onderbouwing van alsnog goedgekeurde regels, wordt beoordeeld op basis van het medisch dossier.</td></tr><tr><td>2.</td><td>Integraal goedkeuren.</td><td>Geen⁴¹</td></tr><tr><td>3.</td><td>Integraal controleren dat er sprake is van een echte indicatie met aanspraak status "JA".</td><td></td></tr></table>	Categorie	Beoordeling door ziekenhuis	Beoordeling door zorgverzekeraar	1.	Integraal afkeuren of met integrale controle aantonen dat er sprake is van een echte indicatie met aanspraak status "JA".	Niet van toepassing bij integrale afkeuring. Onderbouwing van alsnog goedgekeurde regels, wordt beoordeeld op basis van het medisch dossier.	2.	Integraal goedkeuren.	Geen ⁴¹	3.	Integraal controleren dat er sprake is van een echte indicatie met aanspraak status "JA".	
Categorie	Beoordeling door ziekenhuis	Beoordeling door zorgverzekeraar											
1.	Integraal afkeuren of met integrale controle aantonen dat er sprake is van een echte indicatie met aanspraak status "JA".	Niet van toepassing bij integrale afkeuring. Onderbouwing van alsnog goedgekeurde regels, wordt beoordeeld op basis van het medisch dossier.											
2.	Integraal goedkeuren.	Geen ⁴¹											
3.	Integraal controleren dat er sprake is van een echte indicatie met aanspraak status "JA".												
iv. Gebruik van dummycode 99999998	Door middel van een deelwaarneming (conform de beslisboom), waarbij er sprake moet zijn van een diversiteit van geneesmiddelen⁴² van stofnamen en bijbehorende indicaties, de volgende aspecten toetsen: Stel middels het medisch dossier vast dat er sprake is van add-on geneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren waarvan de combinatie												

⁴⁰ Indien er specifieke afspraken zijn gemaakt met een zorgverzekeraar, kan dit worden vermeld. Het is rechtmatig gedeclareerd, de zorgverzekeraar dient dit buiten de MSZ te worden gehouden. Dit dient wel te worden vermeld in het verantwoordingsdocument.

⁴¹ Het is voor zorgverzekeraars mogelijk om in het kader van materiële controle of spiegelinformatie zelf nader onderzoek te doen.

⁴² Om dit te genereren kan de massa worden onderverdeeld in kleinere deelmasa's.

	stofnaam en indicatie de aanspraakstatus "JA" hebben. Indien dit niet het geval is dienen onjuistheden te worden gecorrigeerd d.m.v. extrapolatie van de gevonden fouten over de deelmassa.
Afpelmethode Het is toegestaan om de volgende afpelmethode toe te passen: Stel vast voor welke patiënten de geneesmiddelen, in combinatie met diagnose in de Handreiking 2015 en 2016, al integraal zijn beoordeeld op basis van het medisch dossier en waarvan het bewijs voor dit oordeel is gedocumenteerd. Neem dat oordeel over mits dit middel de aanspraakstatus "JA" heeft	
Hoe te corrigeren	
Data-analyse: micro-correctie.	

9 Onterecht zorgtraject/subtraject

Beknopte samenvatting:

Een zorgtraject moet geopend worden bij de eerste zorgactiviteit in het kader van een nieuwe zorgvraag van een patiënt. Dit moet door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert worden gedaan en conform registratieregels van de NZa (waaronder het typeren van de juiste diagnosecode).

Het is niet toegestaan om zorg ten laste van de Zvw in rekening te brengen terwijl er geen geldige verwijzing aanwezig is (uitzondering acute zorg). Het is niet toegestaan een parallel zorg- en/of subtraject te openen voor **hetzelfde specialisme** terwijl er geen sprake is van een nieuwe/eigen zorgvraag met diagnosestelling en behandeling.

Regelgeving/beleid

BR/CU-2147	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 3.bb
NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 35.1.m, n, o Artikel 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2 Artikel 5a.1, 5a.2, 5a.4, 5b.1, 5b.2
NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 36.1m, n, o (verwijzer) Artikel 3bb, cc (poorter/poortfunctie) Artikel 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 Artikel 5.1, 5.2, 5.3 Artikel 5a.1, 5a.2, 5a.3, 5a.4, 5a.5, 5a.6, 5a.7, 5a.8 Artikel 5b.1, 5b.2 Artikel 15 (poorter en ICD-10) Artikel 16.1, 16.2, 16.3 Artikel 19.1b, 19.1c, 19.1d, 19.2, 19.3, 19.4, 19.7, 19.8, 19.9, 19.10, 19.11, 19.12, 19.13a, 19.13b, 19.16, 19.17 Artikel 33.4, 33.7, 33.8, 33.9, 33.10, 33.11, 33.12 Artikel 36 1m, 1n, 1o

A. Verwijsregistratie

2016 en 2017:

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 patiënt⁴³ (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).⁴⁴

B. Openen Zorgtraject

2016 en 2017:

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

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

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

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

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

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

⁴³ Er is geen nieuwe verwijzing van een eerstelijns zorgaanbieder nodig op het moment dat het in het kader van de behandeling van de patiënt noodzakelijk is om de patiënt structureel terug te laten komen bij het specialisme. De patiënt is dus nog niet uitbehandeld bij het specialisme.

⁴⁴ Dit type verwijzer kan ook worden gebruikt voor een verwijzer uit het buitenland die geen AGB-code heeft en bij verwijzing door het RIVM voor een vervolgonderzoek naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek darmkanker.

C. Parallel zorgtraject

2016 en 2017:

Een parallel zorgtraject (met bij behorende subtrajecten ZT11 en ZT21) bij eenzelfde specialisme wordt alleen geregistreerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. [Toevoeging, alleen regelgeving 2017: Wanneer verschillende zorgvragen met dezelfde diagnosetypering voorkomen binnen de looptijd van een bestaand zorgtraject, wordt geen parallel zorgtraject geopend.] Het subtraject van het parallelle zorgtraject dient een zorgprofiel met eigen zorgactiviteiten te hebben, waarvan:

- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen; en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3; of
- minimaal één zorgactiviteit uit één van de groepen chronische dialyse of chronische thuisbeademing; en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit de groep van verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie; en/of
- minimaal één zorgactiviteit voor gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen; en/of
- minimaal één specifieke audiologie zorgactiviteit (range audiologie 190702-190781). Hierbij dient sprake te zijn van een nieuwe, separate zorgvraag en substantiële meerkosten; en/of
- minimaal zorgactiviteit 039898; en of
- alleen voor 2017: minimaal zorgactiviteit 039676.

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

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

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

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

Parallelliteit bij dubbelzijdige aandoeningen:

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

Toelichting NZa:

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

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

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

Registratieaddendum: 4.7 Regel 1.0000.7 Parallelliteit bij dubbelzijdige aandoeningen met identieke diagnoses (D, D) Registratieregels: "Een klinisch of niet-klinisch operatief subtraject met een diagnose die niet, in combinatie met zich zelf, voorkomt in de Diagnose Combinatie Tabel en een operatieve (42-dagenregel) zorgactiviteit wordt volgens de algemene regels afgesloten, tenzij er een tweede operatieve (42-dagenregel) zorgactiviteit wordt uitgevoerd bij een dubbelzijdige aandoening waarvoor geen dubbelzijdig product bestaat, dan wordt op de dag van uitvoering van de tweede ZA een tweede parallel zorgtraject geopend voor deze tweede ingreep en wordt het eerste zorgtraject op de 42e dag na de datum van de eerste zorgactiviteit afgesloten met als afsluitreden o6."

Advies voor controleren

Data-analyse:

Voer de drie onderstaande data-analyses uit. Stel vast voor welke patiënten parallele subtrajecten binnen hetzelfde AGB-specialisme met zorgtype 11 of 21 zijn geregistreerd, waarbij:

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

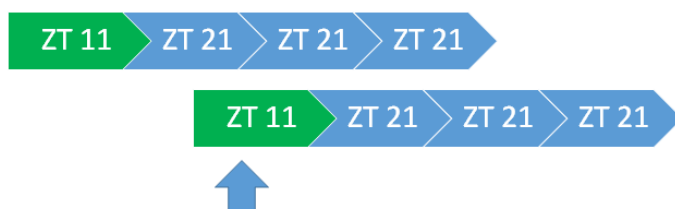
Deze subtrajecten zijn onjuist geregistreerd. Na het corrigeren van bovenstaande massa resteert een geschoonde en gecorrigeerde massa waarop de deelwaarnemingen plaatsvinden (dus: goedgekeurde DBC subtrajecten uit de data-analyse dienen te worden toegevoegd aan de deelwaarnemingen).

Data-analyse ten behoeve van deelwaarnemingen:

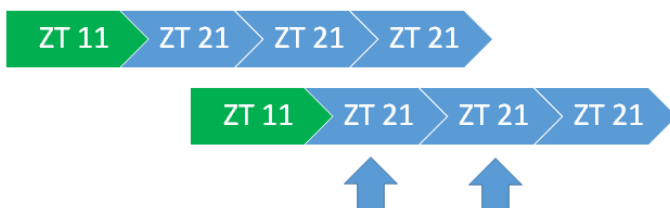
Stel eerst onderstaande deelmassa's vast.

1. Deelmassa 1: alle subtrajecten met ZT11 die in bovenstaande data-analyse niet zijn afgekeurd en

waarbij (voor dezelfde patiënt, binnen hetzelfde specialisme) een parallel subtraject aanwezig is op enig moment tijdens de looptijd (ZT₁₁ en/of ZT₂₁), waarbij het parallelle zorgtraject eerder is gestart dan het te onderzoeken zorgtraject (oftewel: het laatst geopende zorgtraject (waarvan het ZT₁₁ in deelmassa 1 hoort) veroorzaakt paralleliteit met een eerder geopende zorgtraject).



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



Trek per deelmassa een deelwaarneming van 125 posten.

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

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

Controleer deelmassa 1 op de onderstaande risico's:

A. Verwijsregistratie

Stel door middel van dossieronderzoek vast dat voor de subtrajecten sprake is van:

1. Aantoonbaar rechtmatige verwijzing in dossier
2. Juiste verwijstype

B. Openen van een zorgtraject (ZT₁₁)

1. Controleer dat het zorgtraject is geopend door of uit naam van een medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist.
2. Stel vast dat het betreffende subtraject is getypeerd met de juiste diagnosecode (herleidbaar in dossier).

3. Stel vast dat er sprake is van een nieuwe zorgvraag (oftewel: is het zorgtraject terecht geopend?).
4. Stel vast dat de openingsdatum van het subtraject juist is.
5. Stel vast dat er terecht sprake is van een zorgtype 11 of had het een zorgtype 13 of 21 moeten zijn?

Controleer deelmassa 2 op de onderstaande risico's:

A. Verwijsregistratie

Stel door middel van dossieronderzoek vast dat voor de subtrajecten sprake is van:

1. Aantoonbaar rechtmatige verwijzing in dossier
2. Juiste verwijstype

B. Openen van een zorgtraject (ZT11)

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

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

C. Openen van een parallel traject.

1. Parallelle trajecten dienen in context te worden beoordeeld. Dit betekent dat daarmee ook trajecten buiten de gestoken posten worden beoordeeld. In de controle worden alle subtrajecten betrokken waarmee het gestoken traject parallel staat, ongeacht of deze wel of niet onder de scope van de Handreiking vallen.
2. Stel door middel van dossieronderzoek vast dat de gestoken post en de parallelle posten terecht geopend zijn. Hier is sprake van wanneer er voor verschillende zorgvragen een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is.
 - a. Is er sprake van een eigen en nieuwe zorgvraag?
 - b. Is er sprake van een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek niet passen binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat?
 - c. Is er sprake van een eigen diagnosestelling?
Is er sprake van een eigen behandeling?

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie
Deelwaarneming: macro-correctie

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

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

10 Onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen heen

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

BR/CU-2147	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 3.bb
NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 4.1 / 4.2 / 4.3 / 5.2 / 5.3 / 5b.1 / 5b.2
BR/REG-17156	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 3.bb
NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 3bb, 3cc Artikel 4.1 / 4.2 / 4.3 / 5.2 / 5.3 / 5b.1 / 5b.2

2016 en 2017:

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

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

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

Wanneer er bij de behandeling van de patiënt in verband met verschillende zorgvragen meerdere specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling.⁴⁵

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

Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien binnen een zorgtraject zowel een poortspecialist als een SEH-arts KNMG, artsassistent, verpleegkundig specialist en/of physician assistant een deel van de

⁴⁵ Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek geldt een uitzondering: indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar, kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.

prestaties in het kader van één zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt er één zorgtraject geopend.

Advies voor controleren

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

Data-analyse ten behoeve van bepaling deelmassa's:

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

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

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

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

1. Integrale controle voor deelmassa varices:

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

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

- afzonderlijke en eigen zorgvragen, en;
- separate diagnosestelling, en;
- separate (eigen) behandeling⁴⁶.

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

Deze controle vindt plaats op patiëntniveau. Voor de bepaling van de omvang van de deelwaarneming moet per deelmassa de beslisboom doorlopen worden waarbij uitgegaan moet worden van het aantal patiënten. Hierbij moet worden vastgesteld dat beide subtrajecten voldoen aan de criteria uit de nadere regel van de NZa. Stel daarvoor door middel van het dossier vast dat sprake is van:

- afzonderlijke en eigen zorgvragen, en;
- separate diagnosestelling, en;
- separate (eigen) behandeling⁴⁷.

⁴⁶ Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek, geldt een uitzondering: indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar, kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.

⁴⁷ Idem.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie van de integrale controle.

Macro-correctie op massa van de deelwaarnemingen.

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

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

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/CU-266	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 23.2
NR/REG-1732	01-01-2017		Artikel 23.2

2016 en 2017:

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

Toelichting

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

Risicogerichte aandachtspunten:

Zorgverzekeraars hebben 4 rode zorgactiviteiten gesignaleerd als risico's, d.w.z. voor deze rode zorgactiviteiten 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, zie bijlage 8.

Advies voor controleren

AO/IB:

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

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

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

Deelwaarneming:

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



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Zorgverzekeraars
Nederland

Hoe te corrigeren

AO/IB: micro-correctie.

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

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

BR/CU-2147	01-01-2016	31-12-2016	Artikel 5.8
BR/REG-17156	01-01-2017		Artikel 5.8

2016 en 2017:

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

Toelichting

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

In de landelijke zorgactiviteitentabel hebben deze zorgactiviteiten een aanspraakcode meegekregen die begint met 26xx of 27xx.

Zie in bijlage 8 de lijst 'oranje zorgactiviteiten ten behoeve van controlepunt 12b'. Deze lijst wordt in het najaar van 2017 opgeleverd na de evaluatie van Handreiking 2016. Waarbij er geen nieuwe zorgactiviteiten aan de lijst worden toegevoegd.

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

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van de deelwaarneming:

Stel vast welke zorgactiviteiten zijn geregistreerd met een aanspraakbeperking uit de lijst 'oranje zorgactiviteiten t.b.v. controlepunt 12b' en onderdeel uitmaken van een DBC die gedeclareerd is met een

declaratiecode 14xxxx of 15xxxx (aanspraak vanuit de basisverzekering).

Deelwaarneming:

1. Deelwaarneming moet uitgevoerd worden op de deelmassa's zoals benoemd in bijlage 8 van de Handreiking.

Beoordelingskader:

Stel vast dat de geregistreerde zorgactiviteiten terecht als verzekerde zorg zijn gedeclareerd. Het inhoudelijk kader voor deze beoordeling is te vinden in het document 'overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode zvw' van het Zorginstituut Nederland.⁴⁸ Dit betekent concreet dat vastgesteld moet worden of het gedeclareerde DBC zorgproduct terecht met declaratiecode 14xxxx of 15xxxx gedeclareerd is of dat dit declaratiecode 16xxxx of 17xxxx had moeten zijn.

Hoe te corrigeren

Deelwaarneming: macro-correctie⁴⁹ en micro-correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

⁴⁸ Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/pakket/zvw-kompas/medisch-specialistische-zorg/dbc-systeem/dbc-systeem/dbc-systeem/zinl%3Adocuments%5B2%5D/1608-overzicht-zorgactiviteiten-met-aanspraakcode-zvw/Overzicht+zorgactiviteiten+met+aanspraakcode+Zvw.pdf>

⁴⁹ Hierbij wordt opgemerkt dat bij een macroafwikkeling het bedrag aan de zorgverzekeraar wordt terugbetaald dat ten onterechte ten laste van de Zvw was gedeclareerd, maar dat niet inzichtelijk is aan welke patiënten een nota kan worden gestuurd voor onverzekerde zorg. Dit is voor risico van het ziekenhuis. Wanneer een ziekenhuis dat ongewenst vindt mag dit controlepunt ook integraal worden gecontroleerd.

15 Declareren van WBMV-verrichtingen zonder vergunning

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

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

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

Deze behandelingen zijn door de NZa gekenmerkt met een WBMV-code in de zorgactiviteitentabel. Zie bijlage 10 Lijst WBMV-zorgactiviteiten met de selectie van de betreffende activiteiten.⁵⁰

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

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

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

⁵⁰ Met uitzondering van add-on stollingsfactoren, deze zijn al in CP8 meegenomen.