

Handreiking

Rechtmatigheidscontroles

MSZ 2018

versie 2.0

Inhoud

1. Inleiding.....	3
2. Stimuleringsregeling Horizontaal Toezicht	4
3. Algemene aanpak en uitgangspunten.....	6
4. Methode	9
 Controlepunten	 13
1 Registreren van zorgactiviteiten	13
2 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult	26
3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling	29
4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging	31
5 Onterecht vastleggen van een klinische zorgactiviteit	34
6 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit	45
7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie	49
8 Het onterecht registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en ozp- stollingsfactoren	52
9 Onterecht zorgtraject/subtraject	63
10 Onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen heen	70
12 Het niet voldoen aan de voorwaarden voor vergoeding uit de basisverzekering bij zorg die alleen onder voorwaarde verzekerd is (oranje zorgactiviteiten).....	73

1. Inleiding

Naar aanleiding van vragen die zijn binnengekomen bij ZN, NFU en NVZ is besloten om een addendum op te stellen bij de Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ 2018 waarin enkele punten nader worden toegelicht. Deze punten worden in het addendum puntsgewijs weergegeven. De wijzigingen zijn in de handreiking in het blauw weergegeven.

2. Stimuleringsregeling Horizontaal Toezicht

2.1 Wat is Horizontaal Toezicht

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

De NVZ, ZN en de NFU hebben gezamenlijke de intentie vastgesteld om in 2020 80% van de ziekenhuizen en UMC's over te laten zijn op Horizontaal Toezicht. Hierin worden de partijen gesteund door VWS en de NZa.

2.2 Implementatie Horizontaal Toezicht

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

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

2.3 Wanneer komt u in aanmerking voor Stimuleringsregeling?

Om in aanmerking te komen voor deze stimuleringsregeling neemt de instelling vóór 1 maart 2018 het bestuurlijk besluit om over te gaan op Horizontaal Toezicht met een ambitie om de overgang naar Horizontaal Toezicht binnen twee jaar te realiseren. U heeft dan fase A afgerond. Eveneens gaat u vóór 1 maart 2018 de dialoog aan met uw representerende zorgverzekeraars. Na dit gesprek wordt gezamenlijk besloten door u en de representerende zorgverzekeraar (zie bijlage verdeling ziekenhuizen) of de stimuleringsregeling bij u geschikt is, welke afspraken er nog aanvullend nodig zijn en welke mijlpalen u met elkaar overeenkomt om de ambitie te realiseren.

2.4 Hoe werkt de stimuleringsregeling?

U richt zich in de verantwoordingswerkzaamheden enkel op de 7 risico's uit de Handreiking met de grootste financiële impact voor de instelling in de afgelopen 3 jaar. Onder risico wordt een controlepunt verstaan uit de Handreiking (bijvoorbeeld 1.3, 5.1, etc). U kunt er ook voor kiezen om de 4 grootste risico's uit de Handreiking in afgelopen 3 jaar te combineren met 3 instellingsspecifieke risico's die niet voorkomen in de Handreiking. Verder richt u zich in de verantwoordingswerkzaamheden ook op controlepunt 1.4 (Onterecht registreren van screen-to-screen consult, belconsult of schriftelijke consultatie). Dit betreft een nieuw controlepunt waarbij er geen sprake was van een financiële impact in de afgelopen 3 jaar.

De gemaakte keuze en de selectie van 7 risico's stemt u vooraf af met de representerende zorgverzekeraars. Daarbij worden ook afspraken gemaakt over:

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

Vanwege deze afspraken en intensievere samenwerking is een rapport van feitelijke bevindingen door de externe accountant op de Handreiking 2018 niet meer vereist.

2.5 Wat levert dit u op?

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

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

3. Algemene aanpak en uitgangspunten

3.1 Reikwijdte

De Handreiking Controles 2018 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 voorwaarden¹ (vanwege het afwijkende karakter van de instelling) voor NL Healthcare Clinics.

Eventuele ZBC's die onderdeel zijn van of horen bij instellingen die onder de reikwijdte vallen, moeten niet in de onderzoeksmassa worden meegenomen.

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

3.2 Onderzoeksmassa

De Handreiking 2018 heeft onderstaande onderzoeksmassa:

- In 2018 gefactureerde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten die ten laste komen van de Zvw waarbij alleen onderstaande jaarlagen worden meegenomen:
 - Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2017; en
 - Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2018.

[Facturatie aan andere instanties dan de zorgverzekeraar vallen wel onder de gefactureerde omzet voor de jaarrekening maar vallen niet onder het Zelfonderzoek.](#)

Het kan voorkomen dat ziekenhuizen declaratieproblemen hebben (gehad), waardoor gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2016 pas in 2018 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 2016 wordt verwezen naar voorgaande handreikingen. Voor de tijdslijnen gelden dezelfde mijlpalen als beschreven in 3.3 Mijlpalen.

[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 (facturatedatum 2018). 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.

In geval van een fusie of implementatie van een nieuw EPD neemt u contact met uw representerende zorgverzekeraar over de controle massa.

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

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 2018, 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 2018 en dient alleen als hulpmiddel voor de uitvoering van de controle, zoals bijvoorbeeld bij de controlepunten 1/5/7/9/10.

3.3 Mijlpalen

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

Mijlpalen Handreiking 2018

Mijlpaal	Deadline
Bevriezen onderzoekspopulatie	Gelijk met vaststellen jaarrekeningmassa
Bijlage 2a (kolommen D + kolom FGHI (query) of MNOP (deelwaarneming) opleveren aan representerende zorgverzekeraar ten behoeve van de IT-audit.	1 juni 2019
Onderzoek afgerond, inclusief microcorrecties en inclusief rapport van feitelijke bevindingen. Rapport opgeleverd aan de representerende zorgverzekeraar, inclusief bestuursverklaring en financiële impact.	1 juli 2019
Review door zorgverzekeraars afgerond.	1 oktober 2019
Afloopcontrole door zorgverzekeraars afgerond.	31 december 2019

Bij deelname aan de stimuleringsregeling (zie hoofdstuk 2) kan een versnelde planning worden afgesproken tussen de instelling en de representerende zorgverzekeraar.

3.4 Rol Accountant

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

Bij deelname aan de stimuleringsregeling (zie hoofdstuk 2) is een rapport van feitelijke bevindingen niet meer vereist.

3.5 Privacy

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

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

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

3.6 Toetsing door zorgverzekeraars

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

Documentatie van alle uitgevoerde werkzaamheden evenals onderbouwing met bewijsstukken is hierbij van groot belang. Dit kan ertoe 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 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.

4. Methode

Geconstateerde declaratiefouten met financiële impact uit de Handreiking 2018 kunnen zowel op micro- of macroniveau worden gecorrigeerd c.q. verrekend. Voor micro-correcties geldt dat deze via de declaratiestroom tot verrekening leidt.

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

4.1 Uitgangspunten correctie op microniveau

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

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

4.2 Correctie op macroniveau

Daar waar sprake is van extrapolaties, leidt dat tot correcties op macroniveau. Deze moeten vervolgens op een juiste wijze over de UZOVI codes verdeeld worden. De verdeelsleutel naar marktaandeel is opgenomen in bijlage 3 in tabblad 'Onderzochte massa per UZOVI'. Als verdeelsleutel kan ook de verhouding in de risicogerichte massa bij het specifieke controlepunt worden gebruikt. Dit kan gewenst zijn als de 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). Voor de extrapolatiemethodiek wordt verwezen naar bijlage 5.

4.3 Netto financiële impact

Het ziekenhuis rapporteert de netto financiële impact. Deze is per controlepunt gedefinieerd als de bruto fout minus de waarde van de herdeclaratie. Hieruit kan zowel een negatief bedrag (ziekenhuis moet terugbetalen) als een positief bedrag 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.

De financiële impact wordt verantwoord op basis van de werkelijke doorgevoerde correcties.

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

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

4.4 Toetsing bestaan en werking AO/IB

Als voorwaarde voor een deelwaarneming ter toetsing van bestaan en werking AO/IB geldt dat 25 posten via niet gemanipuleerde trekking worden gecontroleerd over een populatie die als homogeen is aan te merken. Behalve indien het risico geheel afgedekt wordt door een geprogrammeerde 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.

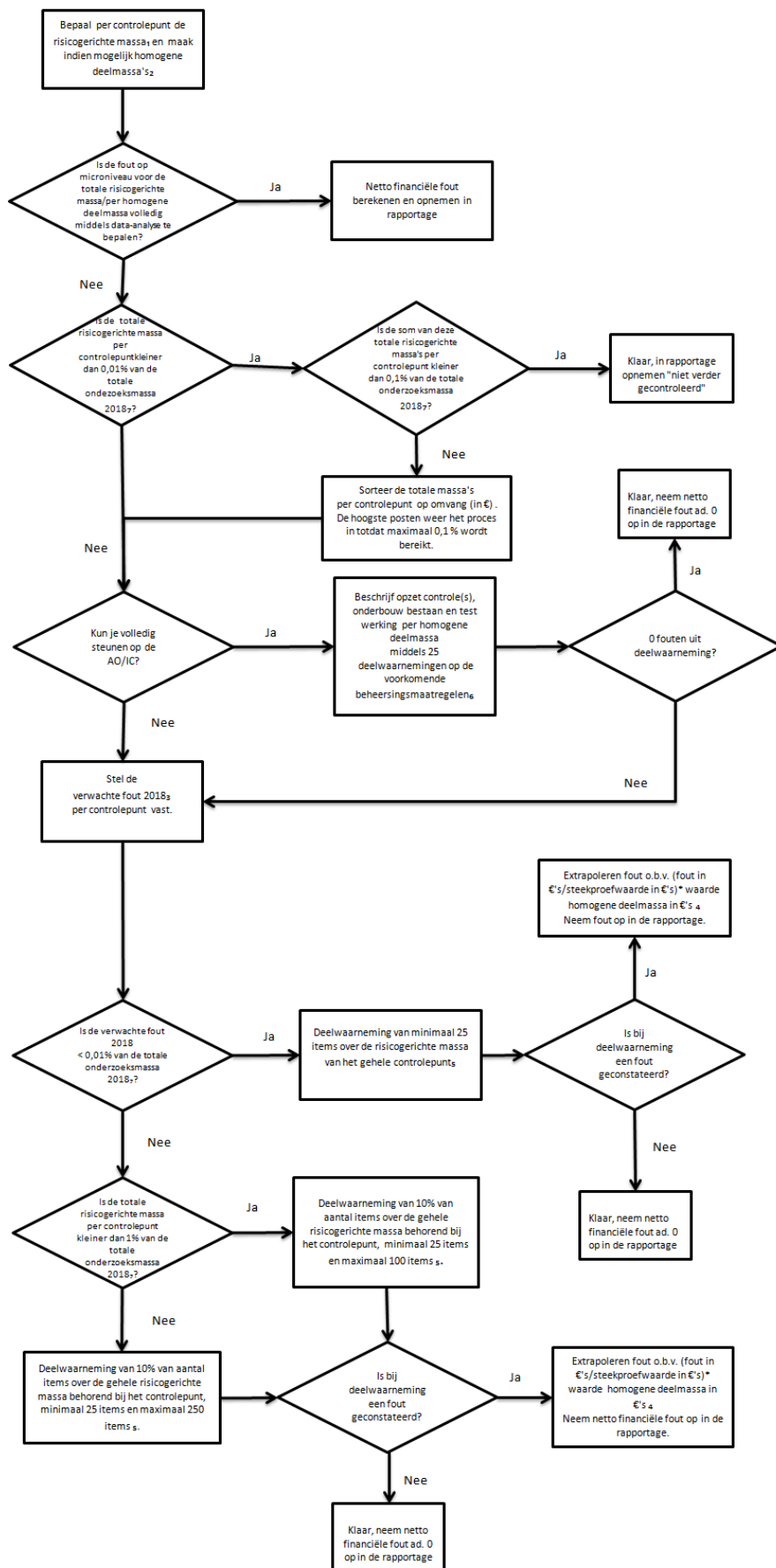
- Wanneer er geen afwijkingen uit de deelwaarneming ter toetsing van de werking van de AO/IB naar voren komen, dan kan de populatie waarop de deelwaarneming is uitgevoerd als betrouwbaar worden beschouwd.
- Wanneer toch een afwijking voorkomt in de deelwaarneming ter toetsing van de werking van de AO/IB, 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.

4.5 Deelwaarneming bij de Handreiking Rechtmatigheidscontroles MSZ 2018

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

Het is niet mogelijk om in de handreiking gedefinieerde risicomassa's op te knippen in onderdelen en per onderdeel de beslisboom te doorlopen.



- 1 Risicogerichte massa = massa waarbij toetsing op controlepunt financiële impact kan hebben.
- 2 Opstellen verwachte fout is alleen mogelijk indien toetsingscriteria voor betreffende controlepunt voor Zelfonderzoek 2017 en 2018 gelijk aan elkaar zijn.
Verwachte fout = foutpercentage controlepunt Zelfonderzoek 2017 * totale risicogerichte massa behorend bij controlepunt Zelfonderzoek 2018
- 3 Deelwaarneming kan worden uitgebreid waarna extrapolatie fout plaatsvindt. Hierbij moet onderbouwd worden waarom de deelwaarneming wordt uitgebreid en hoe deze uitbreiding plaatsgevonden heeft.
- 4 Indien sprake is van meerdere homogene deelmassa's dient op onderstaande wijze (verdeling o.b.v. €'s óf o.b.v. aantal items) de te controleren items in de deelwaarneming te worden verdeeld.
Verdeling aantal items per controlepunt = (waarde in €'s homogene deelmassa/totale waarde in €'s risicogerichte massa behorend bij controlepunt) * (aantal te controleren items voor het gehele controlepunt)
Verdeling aantal items per controlepunt = (aantal items homogene deelmassa/aantal items risicogerichte massa behorend bij controlepunt) * (aantal te controleren items voor het gehele controlepunt)
- 5 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.

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-behandelddag, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, dat vóór de opname al is ingepland.

Regelgeving/beleid ²

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24.1
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 24.1

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, 190021³, 190218, 194804),
- IC behandelddag (190153 t/m 190155), Neonatale IC (190150) of Pediatrische IC (190151) of Post IC high care (190152).

2018:

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

- dagverpleging (190030, 190090),
- langdurige observatie zonder overnachting (190091),
- verpleegdag (klinische opname) (190200, 190021⁴, 190218, 194804),
- IC behandelddag (190157 en 190158), Neonatale IC (190150) of Pediatrische IC (190151) of Post IC high care (190152).

² Regelgeving/beleid bevat zowel NZa regelgeving als toelichtingen, verduidelijkingen of verwijzing naar de Zvw geldt voor alle controlepunten.

³ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

⁴ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke polikliniekbezoeken in **2017** (190007, 190060, 190063, 090613), **2018** (190007, 190060, 190161) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een dagverpleging (190030 en 190090), langdurige observatie zonder overnachting (190091) of klinische opname (190021⁵, verpleegdag 190200, 190218, 194804), IC-behandeldag in **2017** (190153 t/m 190155) en in **2018** (190157 en 190158), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151), Post IC-High Care (190152) voor een ander specialisme. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke herhaal polikliniekbezoeken **2017** (190008, 190013, 090614), **2018** (190008, 190013, 190065, 190162, 190163) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een dagverpleging (190030 en 190090) of een langdurige observatie zonder overnachting (190091) voor een ander specialisme. Deze herhaal polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd.
3. Stel vast welke herhaal polikliniekbezoeken in **2017** (190008, 190013, 090614), **2018** (190008, 190013, 190065, 190162, 190163) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een klinische opname (190021⁶), verpleegdag (190200, 190218, 194804), IC-behandeldag in **2017** (190153 t/m 190155), **2018** (190157 en 190158), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151), Post IC-High Care (190152) 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 conform de beslisboom.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

⁵ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

⁶ Mits de 190021 hoort bij een klinische opname kan deze code in de query gebruikt worden.

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

2017:

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24.1
-------------	------------	------------	--------------

'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.'

2018:

NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 24.1
-------------	------------	--	--------------

'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 één consult. Stel tevens vast of processen en procedures zo zijn ingericht dat de begintijd van een consult wordt vastgelegd, zodat daar, wanneer aanwezig, gebruik van gemaakt kan worden in de data-analyse.

Data-analyse:

1. In geval geen registratie van starttijd polikliniekbezoek plaatsvindt: stel vast welke polikliniekbezoeken in **2017** (190007, 190008, 190013, 190060, 190063, 090613 en 090614), **2018** (190007, 190008, 190013, 190060, 190065, 190067, 190161, 190162, 190163) voor de patiënt zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een ander polikliniekbezoek binnen één specialisme. Ziekenhuizen kunnen voor het verwerken van de output van de data-analyse van punt 1 kiezen uit:
 - A. De massa integraal afkeuren of;
 - B. Uitvoeren van een deelwaarneming conform de beslisboom.
2. In geval wel registratie van starttijd polikliniekbezoek plaatsvindt: stel vast welke polikliniekbezoeken in **2017** (190007, 190008, 190013, 190060, 190063, 090613 en 090614), **2018** (190007, 190008, 190013, 190060, 190065, 190067, 190161, 190162, 190163) voor de patiënt zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een ander polikliniekbezoek binnen één specialisme, waarbij: De starttijden van de twee polikliniekbezoeken gelijk zijn of minder dan 1 uur uit elkaar liggen. Ziekenhuizen kunnen voor het verwerken van de output van de data-analyse van punt 2 kiezen uit:
 - A. De massa integraal afkeuren of;
 - B. De polikliniekbezoeken met dezelfde starttijd afkeuren, op de resterende massa uitvoeren van een deelwaarneming conform de beslisboom en controleer op basis van het medisch dossier of beide polikliniekbezoeken zijn geregistreerd conform de beleidsregel (d.w.z. er is sprake geweest van een tussenliggende tijdspanne). Extrapoler de gevonden fout over de gehele onderzoeksmassa.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

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

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24.1 / 24.41 / 24.46
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 24.1 / 24.44 / 24.49, 24.4, 24.5, 24.6, 24.7

2017 en 2018:

Deze controle omvat de volgende zorgactiviteiten: 190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 190065, 190067, 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 (t/m 31-12-2017)

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.

2018:

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

Een herhaal-polikliniekbezoek waarbij de (medisch) vertegenwoordiger van de patiënt een poortspecialist consulteert. Reden hiervoor is dat de aanwezigheid van de patiënt bij het consult volgens de poortspecialist het dagelijks functioneren en welzijn van de patiënt ernstig zou verstoren. De consultatie heeft betrekking op een zorgvraag waarvoor de poortspecialist de patiënt eerder heeft gezien tijdens een polikliniekbezoek. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) van de patiënt te behandelen. Dit consult dient ter vervanging van een face-to-face contact met de patiënt.

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

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

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

Beknorte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG 1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24.49 / 24.48 / 24.5
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 24.51 / 24.50 / 24.43

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.

2018:

Deze controle omvat de volgende zorgactiviteiten: 190029, 190049, 190067.

Follow-up pediatrische IC (190029)

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

Follow-up neonatale IC (190049)

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

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

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

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 2017 geen risico is gebleken, en toegelicht en aangetoond is waarom het geen

risico was, dan kan die ervaring worden gebruikt voor de Handreiking controles 2018 en hoeven deze werkzaamheden niet opnieuw te worden uitgevoerd mits onderbouwd kan worden dat in 2018 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 in **2017** (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 090613 en 090614), in **2018** (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 190065, 190067) hebben geregistreerd met daarbij hun functie en afdeling, zijnde poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist 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 in **2017** (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 090613 en 090614), in **2018** (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 190065 en 190067) zijn geregistreerd door een zorgverlener niet zijnde poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist 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 in **2017** (190029, 190049 en 190063), **2018** (190029, 190049, 190067) hebben geregistreerd met hun functie, afdeling en geef aan of zij voor 2017/ 2018 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 voor **2017** 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 voor **2018** vast dat de zorgactiviteiten 190029, 190049, 190067 niet naast een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 190065) bij hetzelfde specialisme zijn geregistreerd. Een van beide zorgactiviteiten is onjuist.
3. Stel vast welke polikliniekbezoeken in **2017** (190029, 190049 en 190063) zijn geregistreerd door een zorgverlener waarvan hierboven niet is aangegeven dat zij de functie van poortspecialist (of in een aantal gevallen arts-assistent) vervullen. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd of kunnen als input dienen voor de deelwaarneming.
4. Stel vast welke polikliniekbezoeken in **2018** (190029, 190049, 190067) zijn geregistreerd door een zorgverlener waarvan hierboven niet is aangegeven dat zij de functie van poortspecialist (of in een aantal gevallen arts-assistent) vervullen. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd of kunnen als input dienen voor de deelwaarneming.

Deelwaarneming:

Voer op subtraject-niveau een deelwaarneming uit op de massa die uit de data-analyse als juist is aangemerkt. Betrek alleen subtrajecten waarbij het verwijderen van een of meerdere polikliniekbezoeken (090613, 090614, 190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190063, 190065, 190067) leidt tot een financiële impact. **Dit zijn dus alle subtrajecten zonder E-health consulten (dit zijn de screen-to-screen consulten, belconsulten of schriftelijke consultaties met zorgactiviteitscodes 190161, 190162 en 190163).**

- A. Sluit aan bij de jaarlijkse steekproef⁷, 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 (voor zowel 2017 als 2018)
- C. Controleer alle polikliniekbezoeken (090613, 090614, 190007, 190008, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190063, 190065 en 190067) van 100 subtrajecten.
- D. Stel vast (middels dossieronderzoek) voor 100 subtrajecten dat er sprake is geweest van een face-to-face-contact 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.

⁷ Indien wordt aangesloten bij de jaarlijkse steekproef betrek dan alleen subtrajecten waarbij het verwijderen van een of meerdere polikliniekbezoeken (090613, 090614, 190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190063, 190065, 190067) leidt tot een financiële impact.

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

Beknopte samenvatting:

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

Deze consulten moeten voldoen aan de voorwaarden zoals opgenomen in de nadere regels.

Regelgeving/beleid

NR/REG 1816	01-01-2018		Artikel 5.1/ 24.4 / 24.5 /24.6
-------------	------------	--	--------------------------------

Een subtraject met ZT11 bevat ten minste één fysiek face-to-face contact tussen de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt. Voor klinische genetica geldt een uitzondering op deze regel: in plaats van een fysiek face-to-face contact kan hiervoor ook een screen-to-screen consult plaatsvinden. Ook voor hartteambespreking en longteambespreking geldt dat er geen face-to-face contact hoeft plaats te vinden, er is hierbij namelijk geen contact met de patiënt.

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

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

Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)

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

Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek (190163)

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

Toelichting

Wat betekent dit voor de praktijk?

Bij het registreren/declareren van een initieel (sub)traject (ZT 11 DBC) dient er dus wel minimaal 1 fysiek face-to-face contact tussen u (of een andere zorgverlener die de poortfunctie kan uitoefenen, zoals een physician assistant (PA) of verpleegkundig specialist (VS)) en de patiënt te zijn (geweest). Maar dat hoeft in dat zorgtraject niet het eerste contact te zijn, dat eerste contact mag ook via een screen-to-screen consult (190161). Herhaal polikliniek 'bezoeken' kunnen dan indien gewenst via een belconsult of schriftelijk consult worden gedaan. Een (herhaal) polikliniek bezoek op afstand kan ook via een screen-to-screen consult.

Bij een vervolg (sub)traject (ZT 21 DBC) is een fysiek face-to-face herhaalbezoek niet verplicht en kan het vervolg DBC-zorgproduct al valideren met alleen een bel- of schriftelijk consult of een screen-to-screen consult. Mede om die reden zal er kritisch naar het daarvoor gedeclareerde tarief worden gekeken door de NZa en zorgverzekeraars.

In alle gevallen is het van belang zich ook bij bel- en schriftelijke herhaal consulten te houden aan de (kwalitatieve) vereisten van en ter vervanging van het tot nu toe gebruikelijke fysieke herhaal polikliniekbezoek. Uw inzet en honorering moeten daar bij aansluiten. Een e-consult moet volgens de regelgeving zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Het betekent ook dat de tijdsduur van een e-consult kan variëren zoals uw herhaalbezoek in tijdsduur kan variëren.

Een belcontact om bijvoorbeeld een afspraak te verzetten valt dus niet onder de genoemde definitie. Ook een telefonische uitslag waarvoor de patiënt regulier NIET naar de polikliniek zou komen, behoort niet tot een belconsult.

De medisch specialisten hebben de verantwoordelijkheid om de e-consulten op gepaste wijze te registreren. De definitie voor deze consulten zoals opgenomen in de Nza regelgeving is hierbij leidend.

**afkomstig uit nieuwsbrief (Registratie en vergoeding e-consult) Federatie Medisch Specialist (22 september 2017)*

Advies voor controleren⁸

AO/IB:

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

Data-analyse:

1. Stel vast welke screen-to-screen consulten, belconsulten en schriftelijke consultaties (190161, 190162 en 190163) zijn geregistreerd door een zorgverlener **niet** zijnde een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant⁹. Deze screen-to-screen consulten, belconsulten, schriftelijke consultaties zijn mogelijk onjuist geregistreerd.
2. Stel vast bij welke subtrajecten (startdatum in 2018) met zorgtype 11 er een of meerdere screen-to-screen consulten, belconsulten of schriftelijke consultaties (190161, 190162 en 190163) zijn geregistreerd, zonder dat er sprake is van een fysiek face-to-face contact met een beroepsbeoefenaar

⁸ N.B. Alvorens de risicomassa van dit controlepunt wordt vastgesteld is het van belang om controlepunt 1.3 uitgevoerd te hebben.

⁹ Het is mogelijk om hier de lijst te gebruiken welke is opgesteld bij data-analyse van controlepunt 1.3, zolang de financiële impact van dit punt wordt gerapporteerd bij controlepunt 1.4.

die de poortfunctie uitvoert. Deze massa is onjuist.

3. Stel vast bij welke subtrajecten (startdatum in 2018) met zorgtype 11 er een of meerdere belconsulten of schriftelijke consultaties (190162, 190163) voorkomen, zonder dat er een fysiek face-to-face contact met een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert aan vooraf is gegaan. Deze massa is mogelijk onjuist.

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

Deelwaarneming:

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

Voer op subtraject-niveau een deelwaarneming conform beslisboom uit op bovenstaande massa.

Betrek alleen subtrajecten waarbij het verwijderen van een of meerdere polikliniekbezoeken (090613, 090614, 190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190063, 190065, 190067, 190161, 190162 en 190163) leidt tot een financiële impact”.

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

“Stel vast (middels dossieronderzoek) dat er sprake is geweest van een face-to-face-contact door medici (conform regelgeving) voor alle in het subtraject opgenomen poliklinische consulten”.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie

Deelwaarneming: macro-correctie en micro-correctie van in deelwaarneming 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/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 7
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 7

2017:

- Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de medisch specialist (of arts-assistent) die de poortfunctie¹⁰ 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.

2018:

- Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de medisch specialist (of arts-assistent) die de poortfunctie¹¹ uitvoert geopend bij een intercollegiaal consult (ICC) voor een patiënt die klinisch is opgenomen en waarbij één of meerdere verpleegdagen (190021, 190200, 190218, 194804, 231902) en/of IC-behandeldagen (190150, 190151 en 190157 en 190158) of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK (8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01) zijn geregistreerd.
- 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.

¹⁰ Een ICC-anesthesist is toegestaan in de rol van poortspecialist als pijnbestrijder.

¹¹ Een ICC-anesthesist is toegestaan in de rol van poortspecialist als pijnbestrijder.

- 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:

1. Stel vast welke intercollegiale consulten (190009) voor de patiënt zijn geregistreerd zonder dat gelijktijdig een verpleegdag (190021¹², 190200, 8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01 190218, 194804), IC-behandelddag (**2017**: 190150, 190151 en 190153 t/m 190155, **2018**: 190150, 190151, 190157 en 190158) of verpleegdag kaakchirurgie (231902) voor een ander specialisme is geregistreerd. Deze intercollegiale consulten zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast voor welke patiënten een subtraject met zorgtype 11 is geopend tijdens de looptijd van een subtraject met zorgtype 13 voor hetzelfde consulterende specialisme. De intercollegiale consulten zijn onjuist geregistreerd. De subtrajecten met ZT11 zijn onterecht geopend, het ZT13 moet omgezet worden naar ZT11.
3. Stel vast voor welke patiënten meer dan één subtraject met zorgtype 13 met hetzelfde specialisme binnen een klinische opname¹³ is geregistreerd. De 2^e en volgende subtrajecten zijn onjuist geregistreerd.

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming en dossieronderzoek vast dat voor alle ICC zorgactiviteiten (190009) binnen het DBC-subtraject met zorgtype 13 sprake is geweest van een face-to-face contact tussen de medisch specialist (of arts-assistent) en de patiënt. De onderzoeksmassa voor deze deelwaarneming betreft alle ICC's (subtrajecten met zorgtype 13 met alle ICC zorgactiviteiten) die niet naar voren komen als onjuist uit de data-analyse.
2. Stel voor ICC's zorgactiviteiten (190009) binnen DBC-subtraject met zorgtype 13 voor anesthesie door middel van dossieronderzoek vast dat er sprake is van pijnbestrijding. De onderzoeksmassa voor deze deelwaarneming betreft alle ICC's (subtrajecten met zorgtype 13 met alle ICC zorgactiviteiten) 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);
De zorgactiviteiten opgenomen bij de 42-dagenregel in het registratie addendum.

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

¹³ 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.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling

Beknpte 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-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24.46
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 24.48

2017 en 2018:

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-behandeldagen 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 (190021¹⁴, 190200, 8.8.01 t/m 8.8.07 en 8.9.01, 190218, 194804), IC-behandeldag (**2017**: 190150, 190151 en 190153 t/m 190155. **2018**: 190150, 190151, 190157 en 190158) of verpleegdag kaakchirurgie (231902) voor een ander specialisme is geregistreerd. Deze medebehandelingen zijn onjuist geregistreerd.

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

Data-analyses ten behoeve van de twee deelwaarnemingen:

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

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

Deelwaarnemingen:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa (A) vast dat er 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 behandeling¹⁵.
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.

¹⁵ Onder (mede)behandeling wordt verstaan: als uit dossieronderzoek blijkt dat er sprake is geweest van behandelbeleid of voorgeschreven medicatie, uitgevoerd door een hoofdbehandelaar.

4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging

Beknopte samenvatting:

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

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24.9 & 29.4k
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 24.11 & 29.3k

2017 en 2018:

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

AO/IB:

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

Data-analyse:

1. Stel vast op welke niet voor dagverpleging ingerichte afdelingen de zorgactiviteit dagverpleging (190030, 190090 en 231901) geregistreerd is. Deze 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 2e en volgende zorgactiviteiten dagverpleging zijn onjuist geregistreerd.
3. Stel vast voor welke zorgactiviteiten dagverpleging (190030, 190090, 231901) de opnameduur niet minimaal 2 uur is vanaf het moment van opname tot en met het ontslag. Deze zorgactiviteiten dagverpleging zijn onjuist geregistreerd.

Data-analyse (enkel dagverplegingen 190030 en 190090):

1. Stel vast voor welke zorgactiviteiten dagverpleging (190030 en 190090) sprake is van een

zorgactiviteit 190015 en/of 190016 voorafgaand aan de dagverpleging op dezelfde dag binnen hetzelfde specialisme. Deze zorgactiviteiten dagverpleging zijn onjuist geregistreerd.

2. Stel vast welke zorgactiviteiten dagverpleging (190030 en 190090) voor de patiënt zijn vastgelegd waarbij geen sprake is van een vorm van verpleging óf vorm van verpleging én behandeling door of onder verantwoordelijkheid van de medische specialist. Deze zorgactiviteiten dagverpleging zijn onjuist geregistreerd. Er wordt voldaan aan een vorm van verpleging óf vorm van verpleging én behandeling onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist wanneer er:
 - een zorgactiviteit met zorgprofielklassen 4, 5, 6, 7, 13, 14, 15 of 16 is geregistreerd op de dezelfde kalenderdag als de zorgactiviteit dagverpleging (190030 en 190090) én is geregistreerd binnen hetzelfde subtraject als de zorgactiviteit dagverpleging (190030 en 190090) (Indien de dagverpleging en de bijbehorende zorgactiviteiten zich in verschillende subtrajecten bevinden dient dit te worden gecorrigeerd), en/of
 - een zorgactiviteit met zorgprofielklassen 20, 21 of 22 of add-on geneesmiddelen conform de ZI-tabel is geregistreerd op de dezelfde kalenderdag als de zorgactiviteit dagverpleging (190030 en 190090).

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

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

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

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

Data-analyse (enkel dagverpleging kaakchirurgie 231901):

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

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

5 Onterecht vastleggen van een klinische zorgactiviteit

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24.13
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 24.15

2017 en 2018:

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24.13 en 26.4
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 24.15 en 26.4

2017 en 2018:

Verpleegdag (190200, 190218, 194804, 231902 en [190031, 190032, 190033, 190038]¹⁶)

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

NB:

Op de kalenderdag waarop de patiënt wordt opgenomen kan geen verpleegdag worden geregistreerd als de opname na 20:00 uur 's avonds plaatsvindt. Ook als de patiënt om bijvoorbeeld 23:00 uur wordt doorgestuurd naar een andere instelling in het kader van een definitieve overname, of als de patiënt om bijvoorbeeld 23:00 uur overlijdt, is er geen sprake van een verpleegdag op de betreffende kalenderdag.

¹⁶ Voor deze vier genoemde overige trajecten geldt ook de definitie van een verpleegdag zoals omschreven in art 24.15

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.

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

Beknopte samenvatting:

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

Uitzondering voor specialisme Cardiologie:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 5a.3-4 (en toelichting 5a) Artikel 6.3 Artikel 19.7a
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 5a.3-4 (en toelichting 5a) Artikel 6.3 Artikel 19.7a

2017 en 2018:

Bij paralleliteit (binnen één specialisme) tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan.

Wanneer eenzelfde zorgvraag of verschillende zorgvragen met dezelfde 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 periode¹⁷ 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 periode¹⁸ 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 deelmassa en dienen als input voor de deelwaarneming.

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

¹⁷ Wanneer gesteund wordt op opnamenummer en er is sprake van ontslag en opname binnen 1 uur, beoordeel of er terecht sprake is van 2 klinische opnames.

¹⁸ 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

BR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 5a.1 en Toelichting 5a lid 1
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 5a.1 Toelichting 5a lid 1

2017 en 2018:

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.

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Stel de deelmasse vast van verpleegdagen (190200, 190218), waarvan de klinische periode¹⁹ verdeeld is over de volgende specialismen:
 - Longgeneeskunde (0322) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)
 - Neurologie (0330) ⇔ Neurochirurgie (0308)²⁰
 - Orthopedie (0305) ⇔ Heelkunde (0303)
 - Cardiologie (0320) ⇔ Cardiochirurgie (0328)²¹
 - MDL (0318) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)
 - Urologie (0306) ⇔ Gynaecologie (0307)
 - Urologie (0306) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)
 - Heelkunde (0303) ⇔ MDL (0318)
 - Cardiologie (0320) ⇔ Longgeneeskunde (0322)
 - Cardiologie (0320) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)

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

²⁰ 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.

²¹ Boetebesluit Antonius geeft aan wanneer cardio betrekking heeft op pre-, peri- of postoperatieve zorg alle verpleegdagen gekoppeld dienen te zijn aan cardiochirurgie, cardiologie mag poliklinisch declareren.

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

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

5.6 Onterecht vastleggen van een langdurige observatie (zonder overnachting)

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24.10
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 24.12

2017 en 2018:

Langdurige observatie zonder overnachting (190091)²²

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 afdeling²³ 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-behandelddag (2017: 190153 t/m 190155, 2018: 90157 en 90158). Deze langdurige observaties (of de genoemde zorgactiviteit die parallel is geregistreerd) zijn onjuist geregistreerd.

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Stel vast bij welke langdurige observaties zonder overnachting (190091) voor de patiënt geen

²² Een langdurige observatie zonder overnachting mag niet tijdens/op dezelfde kalenderdag als een dagverpleging of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd.

²³ Ook een observatorium kan een voor verpleging ingerichte afdeling zijn.

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.²⁴

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

²⁴ Een spoedbezoek is geen voorwaarde voor een langdurige observatie. Vanuit een gepland polikliniekbezoek kan ook een terechte langdurige observatie worden geregistreerd. Het controlepunt is gericht op het vaststellen van het ongeplande karakter van de langdurige observatie.

5.9 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 11.1 / 11.6 / 11.7 / 11.8 / 26.2a-d / 34a.3 /
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 11.1 / 11.6 / 11.7 / 11.8 / 26.2a-d / 34a.3 /

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 postoperatief 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.

2018:

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.

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

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke IC-behandeldagen (**2017**: 190153, 190154 en 190155, **2018**: 190157 en 190158) zijn geregistreerd op een andere afdeling dan een IC. Deze IC-behandeldagen zijn onjuist geregistreerd.²⁵
2. Stel vast welke IC-behandeldagen (**2017**: 190153, 190154 en 190155, **2018**: 190157 en 190158) zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag parallel aan een andere IC-behandeldag of PICU (**2017**: 190151, 190153, 190154 en 190155, **2018**: 190151, 190157 en 190158) 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 (**2017**: 190153, 190154 en 190155 of in **2018**: 190151, 190157 en 190158). Een van beiden is onjuist geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

²⁵ Een CCU is geen IC.

6 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit

6.11 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie

Beknopte samenvatting:

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

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 29.4 A-C en 34D.5
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 29.3.A-C en 34 D.4

2017 en 2018:

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.

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 een uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie; taakdelegatie.

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 34D en 29.4
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 34D.4G

2017 en 2018:

Taakdelegatie

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

Advies voor controleren

AO/IB:

1. Omschrijf de beheersmaatregelen omtrent taakdelegatie.

Data-analyse:

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

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van deelwaarneming en dossieronderzoek vast dat de kaakchirurg de hoofdbehandelaar is en dat hij/zij een deel van de behandeling heeft uitgevoerd.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

6.15 Onterecht vastleggen van zorgactiviteit wondbehandeling (ZA code 038945)

Beknopte samenvatting:

Het is niet toegestaan ZA code 038945 vast te leggen indien er niet is voldaan aan de (actuele) omschrijving zoals opgenomen bij de zorgactiviteit.

Regelgeving/beleid

NR/REG 1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 24
NR/REG 1816	01-01-2018		Artikel 24

2017 en 2018:

In de Nadere Regel is de omschrijving van de zorgactiviteit wondbehandeling (038945) niet meer specifiek benoemd. De omschrijving is terug te vinden in de zorgactiviteitentabel.

038945 *Wondbehandeling van een wond met wondrandexcisie (o.a. necrotomie, debridement) of wondbehandeling van een wond groter dan 5 cm zonder wondrand-excisie.*

Advies voor controleren

2017 en 2018:

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Selecteer alle geregistreerde zorgactiviteiten met zorgactiviteitcode 038945 - *Wondbehandeling van een wond met wondrandexcisie of wondbehandeling van een wond groter dan 5 cm zonder wondrand-excisie (o.a. necrotomie, debridement).*

Deelwaarneming:

1. Stel vast dat uit het medisch dossier blijkt dat er sprake is geweest van een wondbehandeling van een wond groter dan 5 centimeter of van een wondbehandeling met wondrandexcisie (necrotomie, debridement).

Hoe te corrigeren

Data-analyse/integrale controle: micro-correctie.

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

7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie

Beknpte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/RE-1732	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 27.1a en c
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 27.1a en c

Beeldvormende diagnostiek (o80001 t/m o89879)

2017 en 2018:

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 (o50516 t/m o50523)

2017 en 2018:

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

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

Hierbij geldt:

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

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

Toelichting

Uit FAQ Handreiking 2015:

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

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

- Er moet uitgevoerd zijn wat in de omschrijving van de zorgactiviteit vermeld staat.
- Onder een onderzoek dient te worden verstaan: die verrichtingen (zowel doorlichten als foto's) die nodig

zijn om voor een onderzoek tot een conclusie of diagnose te komen.

- Als er daadwerkelijk twee keer op een dag een volledig onderzoek wordt uitgevoerd (onder andere met twee conclusies), dan is het op basis van onze regelgeving toegestaan om dit als twee onderzoeken vast te leggen.

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

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

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

Indien de situatie onduidelijk is:

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

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

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

Advies voor controleren

AO/IB:

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

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. *Beeldvormende diagnostiek:* de data-analyse voor dit onderdeel moet gericht zijn op DBC's en OZP's en een combinatie van beiden.
Stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteiten beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879), die niet tot zorgprofiel klassen 5 of 6 horen op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd en binnen verschillende subtrajecten vallen of minimaal één van beide een overig zorgproduct betreft. Betrek hierbij de financiële impact. Indien de zorgactiviteiten binnen verschillende subtrajecten vallen en het verwijderen van de 2e of volgende zorgactiviteit geen impact heeft op de afleiding van het zorgproduct (en dus geen financiële impact) dan hoeft deze niet in de deelwaarneming beoordeeld te worden.
Deze zorgactiviteiten behoren tot de eerste deelmasse.
2. *Pathologie:* de data-analyse voor dit onderdeel moet gericht zijn op OZP's.
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 deelmasse. Twee zorgactiviteiten pathologie die binnen één of verschillende DBC-subtraject(en) vallen worden hier uitgesloten van de deelmasse.

Deelwaarneming:

1. Bepaal uit beide deelmassa's (separaat) een deelwaarneming volgens de beslisboom 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 ontbreken registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en ozp- stollingsfactoren (uitvoerdatum 2017)

Beknopte samenvatting:

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

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

Risico's die gecontroleerd worden in de Handreiking 2018:

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

De declaraties met prestatiedatum 2017 dienen gecontroleerd te worden binnen controlepunt 8.1. De declaraties met prestatiedatum 2018 dienen gecontroleerd te worden binnen controlepunt 8.2.

Regelgeving/beleid

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

2017:

BR/REG-17156

Artikel 10. Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

1. Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn geneesmiddelen die als overige zorgproducten in rekening kunnen worden gebracht. De prestatiebeschrijving van deze overige zorgproducten wordt gevormd door de artikelomschrijving van het consumentenartikel zoals opgenomen in de G-standaard.
2. Voor de vaststelling van een geneesmiddel als 'add-on geneesmiddel' of 'ozp-stollingsfactor' hanteert de NZa de volgende limitatieve criteria:
 - a. 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.
 - b. 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.
 - c. Het geneesmiddel is opgenomen in de G-standaard van Z-Index.
3. Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum dat de handelsvergunning bedoeld in het tweede lid is ingetrokken. Vanaf die datum vervalt eveneens van rechtswege de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.
4. Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum waarop het geneesmiddel niet meer in de G-standaard is opgenomen. Vanaf die datum

vervalt eveneens van 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.

Voor de off-label indicaties die gedurende het jaar 2017 van O of NEE naar JA zijn gegaan, geldt dat ze voor het gehele jaar als verzekerde zorg kunnen worden beschouwd.

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

beschikbaar (aanspraak J)

99999999 Overig (aanspraak N)

Advies voor controleren

Opbouw controle

Voor declaraties met prestatiedatum 2017 is de controle op add-on geneesmiddelen samengevoegd met de controle op add-on stollingsfactoren met betrekking tot massaal bloedverlies. Bij dit controlepunt dient er een duidelijke procesbeschrijving rondom het registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren opgenomen te worden in het verantwoordingsdocument. Verder is onderscheid gemaakt tussen add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren die met indicatie ID of zonder indicatie ID (dummycode) zijn gedeclareerd op de nota.

Het advies is om voorafgaand aan de uitvoering van het controlepunt contact op te nemen met de representerende zorgverzekeraar om de controlemethodiek af te stemmen.

Er zijn drie basisdocumenten voor deze controle:

- Tabel ten behoeve van de dummycode controle 99999998
- Add-on combinatielijst 2017
- Voor omissies in de G-standaard zie: <http://www.add-on-2017.nl/>

Er zijn vier verschillende deelmassa's opgesteld en voor alle deelmassa's is een apart advies voor controleren opgesteld.

Er zijn een aantal aandachtspunten bij het vaststellen van de massa's, namelijk:

1. Alle declaraties met dummycode 99999997 met een prestatiedatum t/m 30 juni 2017 mogen worden toegevoegd aan de massa met indicatie ID (deelmasa 3)²⁶.
2. Zodra er voor een patiënt vanaf prestatiedatum 1 juli 2017 een dummycode 99999997 is geregistreerd en later in 2017 of 2018 voor dezelfde patiënt een indicatie ID is geregistreerd, mogen alle declaraties (inclusief de dummycode) van deze patiënt worden overgeheveld naar de massa met indicatie ID (deelmasa 3).

Hieronder wordt een toelichting gegeven op de vier deelmasa's:

- **Deelmasa 1:** betreft alle stollingsfactoren gedeclareerd door een WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten. Hiervan worden de stollingsfactoren met indicatie ID massaal bloedverlies (574, 598, 940, 579, 580, 581, 582, 583, 613, 577) uitgesloten en toegevoegd aan deelmasa 3.
- **Deelmasa 2:** betreft alle add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren gedeclareerd met dummycode 99999998.
- **Deelmasa 3:** betreft alle add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren gedeclareerd met indicatie ID. Alle add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren met dummycode 99999997 gedeclareerd t/m prestatiedatum 30 juni 2017. Uitgezonderd worden stollingsfactoren die zijn onderzocht in deelmasa 1.
- **Deelmasa 4:** betreft alle add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren met dummycode 99999997 gedeclareerd vanaf prestatiedatum 1 juli 2017. Uitgezonderd worden stollingsfactoren die zijn onderzocht in deelmasa 1.

²⁶ De dummycode 99999997 mag t/m 30-06-2017 worden toegevoegd aan de massa met indicatie ID vanwege de fouten in de G standaard.

AO/IB Add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren:

Maak een duidelijke procesbeschrijving rondom het registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren. Deze procesbeschrijving dient opgenomen te worden in het verantwoordingsdocument.

Advies: Stem deze procesbeschrijving vroegtijdig af met de representerend zorgverzekeraar.

Deelmasa 1: Controle op stollingsfactoren WBMV aangewezen centra voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten

Deze controle geldt alleen voor WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten.

Alle overige ziekenhuizen controleren de gedeclareerde stollingsfactoren in de controle add-on met indicatie ID en dummycode 9999997 t/m prestatiedatum 30 juni 2017 (deelmasa 3) en/of de controle add-on dummycode controle vanaf prestatiedatum 1 juli 2017 (deelmasa 4).

1. Stel vast welke stollingsfactoren zijn gedeclareerd met facturatiedatum 2017, met uitzondering van de indicaties die betrekking hebben op massaal bloedverlies (574, 598, 940, 579, 580, 581, 582, 583, 613, 577). Voeg de stollingsfactoren die zijn geregistreerd met indicatie ID's die betrekking hebben op massaal bloedverlies toe aan de massa met indicatie ID (deelmasa 3).
2. Stel vast welke diagnoses voor deze patiënten geregistreerd zijn in een lopend (parallel) subtraject²⁷ op het moment van uitvoerdatum van de stollingsfactor.
3. 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:

4. 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.
5. 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.

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

N.B: Indien er patiënten met dummycode 9999997 gecontroleerd worden kan er ook sprake zijn van een

²⁷ Dit kunnen ook niet declarabele subtrajecten zijn.

indicatie m.b.t. massaal bloedverlies.

De massa die door WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten in bovenstaande controle is gecontroleerd, mag worden uitgesloten van de controle met indicatie ID (deelmassa 3) en de controle add-on dummycode controle 99999997 vanaf prestatiedatum 1 juli 2017 (deelmassa 4).

Deelmassa 2: Controle add-on met dummycode 99999998

Lijst: Tabel ten behoeve van de dummycode controle 99999998

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

Let op! Indien er voor patiënten eerst een dummycode 99999998 is gedeclareerd en later een echte indicatie ID of dummycode 99999997, zit desbetreffende patiënt in meerdere massa's. Declaraties met indicatie ID evenals declaraties met dummycode 99999997 t/m prestatiedatum 30 juni 2017 komen ook voor in deelmassa 3. Declaraties met dummycode 99999997 vanaf prestatiedatum 1 juli 2017 komen ook voor in deelmassa 4.

Deelmassa 3: Controle add-on met indicatie ID inclusief de dummycode 99999997 t/m prestatiedatum 30-juni 2017

1. Stel vast welke add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren met betrekking tot massaal bloedverlies zijn gedeclareerd met indicatie ID (574, 598, 940, 579, 580, 581, 582, 583, 613, 577).
2. Stel vast welke add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren met betrekking tot massaal bloedverlies zijn gedeclareerd met dummycode 99999997 t/m prestatiedatum 30 juni 2017.
3. Voeg massa's van punt 1 en 2 samen tot één massa.
4. Na het samenvoegen van de massa's wordt er een deelwaarneming uitgevoerd zoals beschreven bij A. Toelichting deelwaarneming.

A. Toelichting bij deelwaarneming:

Stel voor bovengenoemde massa een deelwaarneming van 25 patiënten²⁸ vast die representatief is voor de instelling (*o.b.v. voldoende spreiding over de werkzame stof en indicaties*).

1. Neem in het verantwoordingsdocument een toelichting op hoe wordt geborgd dat de deelwaarneming representatief is voor de instelling.
Advies: Stem de representativiteit van de deelwaarneming tijdig af met de representerend zorgverzekeraar. ([zie voorbeeld uitwerking bij uitvoerdatum 2018 om te komen tot voldoende spreiding](#)).
2. Toon voor deze patiënten middels het medisch dossier aan dat de juiste indicatie ID in combinatie met de stofnaam gebruikt is. Of in het geval van de dummycode 99999997 dat er sprake is van een indicatie met aanspraakstatus.

Foutief geregistreerde indicaties, maar aanspraak blijft JA, hoeven niet gecorrigeerd te worden.

²⁸ Geadviseerd wordt om de AO/IB voorafgaand aan de deelwaarneming met de representerende zorgverzekeraars af te stemmen.

Indien onjuistheden worden gevonden waarbij de aanspraak wijzigt van "JA" naar "NEE", vindt afkeuring plaats. Indien onjuistheden worden gevonden waarbij sprake is van een financiële fout (dus aanspraak wijzigt van 'JA' naar 'NEE'), vindt uitbreiding van deelwaarneming plaats conform de beslisboom. De resultaten dienen geëxtrapoleerd te worden. Indien dit niet wenselijk is, dient desbetreffende categorie integraal gecontroleerd te worden.

Het is toegestaan een geconstateerde fout te isoleren op het moment dat onderbouwd kan worden dat de fout enkel voorkomt in een bepaalde deelmassa. Indien voor deze optie wordt gekozen is het noodzakelijk deze onderbouwing op te nemen in het verantwoordingsdocument.

Deelmassa 4: Specifieke controle add-on met dummy code 99999997 vanaf prestatiedatum 1 juli 2017

Data-analyse add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren m.b.t. massaal bloedverlies op declaratieniveau:

Stel vast welke add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren zijn gedeclareerd vanaf prestatiedatum 1 juli 2017 aan welke DBC-zorgproducten deze zijn gekoppeld. Hiertoe dient gebruik te worden gemaakt van de add-on combinatielijst 2017.

1. Stel vast bij welke declaraties add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren m.b.t. massaal bloedverlies zijn gedeclareerd met een diagnose die niet voorkomt op de combinatielijst 2017 of add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren die niet gekoppeld kunnen worden aan een DBC.²⁹
2. Stel vast bij welke declaraties add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren m.b.t. massaal bloedverlies zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'goed' op de add-on combinatie lijst.
3. Stel vast bij welke declaraties add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren m.b.t. massaal bloedverlies zijn gedeclareerd met een diagnose uit de categorie 'nader beoordelen'.

Stap 1: Afpelmethode

Indien sprake is van meerdere DBC-subtrajecten per patiënt: stel vast welke diagnoses voor deze patiënt geregistreerd zijn in een (ander) parallel subtraject³⁰ op het moment van uitvoerdatum van de add-on.

1. Stel vast welke van deze diagnoses (in combinatie met add-ons) vallen onder de categorie 'goed' op de Add-on combinatie lijst 2017. Deze kunnen integraal goedgekeurd worden.
2. Stel vast welke van deze diagnoses (in combinatie met add-ons) vallen onder de categorie 'nader te beoordelen' op de Add-on combinatie lijst 2017. Deze kunnen toegevoegd worden aan categorie 3 'nader te beoordelen'.

Stap 2: Deelwaarneming

1. De massa uit categorie 2 wordt goedgekeurd. Er zijn geen aanvullende werkzaamheden noodzakelijk.
2. Voeg de massa van categorie 1 en 3 samen tot één massa.
3. Stel voor deze massa (categorie 1 en 3 samen) een deelwaarneming van 10% van het aantal patiënten met een maximum van 50 patiënten vast. Deze deelwaarneming dient

²⁹ Indien er bij een geneesmiddel een parallelle DBC is waarvan bij dit geneesmiddel tenminste een diagnose in de categorie goed of nader te beoordelen valt dan valt de betreffende declaratie in categorie 2 of 3.

³⁰ Dit kunnen ook niet declarabele subtrajecten zijn.

representatief te zijn voor de instelling (*o.b.v. voldoende spreiding over de werkzame stof en indicaties*).

Stap 3: Vastleggen verantwoording

1. Neem in het verantwoordingsdocument een toelichting op hoe wordt geborgd dat de deelwaarneming representatief is voor de instelling.
Advies: Stem de representativiteit van de deelwaarneming tijdig af met de representerend zorgverzekeraar.
2. Toon voor deze patiënten middels het medisch dossier aan dat er sprake is van een indicatie met aanspraakstatus.

Foutief geregistreerde indicaties, maar aanspraak blijft JA, hoeven niet gecorrigeerd te worden. Indien onjuistheden worden gevonden waarbij de aanspraak wijzigt van "JA" naar "NEE", vindt afkeuring plaats. Indien onjuistheden worden gevonden waarbij sprake is van een financiële fout (dus aanspraak wijzigt van 'JA' naar 'NEE'), vindt uitbreiding van deelwaarneming plaats conform de beslisboom. De resultaten dienen geëxtrapoleerd te worden. Indien dit niet wenselijk is, dient desbetreffende categorie integraal gecontroleerd te worden.

Het is toegestaan een geconstateerde fout te isoleren op het moment dat onderbouwd kan worden dat de fout enkel voorkomt in een bepaalde deelmassa. Indien voor deze optie wordt gekozen is het noodzakelijk deze onderbouwing op te nemen in het verantwoordingsdocument.

Hoe te corrigeren

- **Microcorrectie**
Indien de aanspraak wijzigt van 'JA' naar 'NEE' van een gevonden fout dient deze micro gecorrigeerd te worden.
- **Macrocorrectie**
Na uitvoering van de deelwaarneming (met of zonder uitbreiding) dient de gevonden fout geëxtrapoleerd te worden.

8.2 Het onterecht registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en ozp- stollingsfactoren (uitvoerdatum 2018)

Beknopte samenvatting:

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

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

Risico's die gecontroleerd worden in de Handreiking 2018:

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

De declaraties met prestatiedatum 2017 dienen gecontroleerd te worden binnen controlepunt 8.1. De declaraties met prestatiedatum 2018 dienen gecontroleerd te worden binnen controlepunt 8.2.

Regelgeving/beleid

BR/REG-18154 NR/REG-1816	01-01-2018 01-01-2018	31-12-2018 31-12-2018	Artikel 10 Artikel 34a lid 9 en 10 en Artikel 37 lid 1 sub m
---	--------------------------	--------------------------	---

2018:

BR/REG-18154

Artikel 10. Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

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

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

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

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

4. Een geneesmiddel verliest van rechtswege de status van add-on of ozp-stollingsfactor vanaf de datum

waarop het geneesmiddel niet meer in de G-standaard is opgenomen. Vanaf die datum vervalt eveneens van rechtswege de door de NZa afgegeven prestatie- en tariefbeschikking waarmee het geneesmiddel de status van add-on of ozp-stollingsfactor verkreeg.

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.

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

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

Toelichting

Lid 10: Als een zorgverlener een geneesmiddel toepast dat niet als add-ongeneesmiddel of ozpstollingsfactor 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

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

Advies voor controleren

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

- Tabel ten behoeve van de dummycode controle 99999998
- G-standaard met uitgebreide indicatietekst van desbetreffende maand.
- Bijlage 14 met niet-risicovolle dure- en weesgeneesmiddelen (hierin is tevens een schematische weergave van het controlepunt opgenomen).

Inrichting AO/IB (deelmassa 2 optie 1)

Maak een duidelijke procesbeschrijving rondom het registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren. Deze procesbeschrijving dient opgenomen te worden in het

verantwoordingsdocument.

Geadviseerd wordt om de procesbeschrijving voorafgaand aan de controlewerkzaamheden met de representerende zorgverzekeraars af te stemmen.

- Indien de procesbeschrijving ten behoeve van de Handreiking 2017 al is afgestemd en akkoord bevonden voor het uitvoeren van de deelwaarneming van 25 patiënten bij de Handreiking 2017 dan kan hier ook ten behoeve van de Handreiking 2018 op gesteund worden en kan worden volstaan met het uitvoeren van een deelwaarneming van 25 patiënten.
- Indien er geen procesbeschrijving beschikbaar is zal optie 2 beschreven bij deelmassa 2 uitgevoerd moeten worden.

Deelmassa 1: Controle add-on met dummycode 9999998

Data-analyse

Lijst: Tabel ten behoeve van de dummycode controle 9999998

1. Selecteer alle posten met een indicatiecode 9999998;
2. Stel vast aan de hand van bovengenoemde lijst welke middelen met indicatiecode 9999998 gedeclareerd mogen worden in desbetreffende maand. Deze zijn goed.
3. Van de overgebleven deelmassa bepaal of er later in de tijd voor dezelfde patiënt met hetzelfde geneesmiddel een indicatie met aanspraak 'JA' is gebruikt. Zo ja, dan zijn alle voorgaande declaraties (maximaal 1 maand) van hetzelfde middel voor dezelfde patiënt met dummy 9999998 akkoord.
4. Restant is fout tenzij vanuit het medisch dossier aangetoond kan worden dat het verzekerde zorg betreft.

Let op! Indien er voor patiënten eerst een dummycode 9999998 is gedeclareerd en later een echte indicatie ID zit desbetreffende patiënt in meerdere massa's. De declaraties met dummycode 9999998 dienen in deelmassa 1 gecontroleerd te worden. De overige declaraties zitten in de resterende massa (deelmassa 2).

Deelmassa 2: Resterende massa add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren

Data-analyse ten behoeve van de deelwaarneming

Stel vast welke add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren zijn gedeclareerd vanaf prestatiedatum 1 januari 2018.

1. De add-on geneesmiddelen en/of stollingsfactoren opgenomen in bijlage 14 dienen uitgesloten te worden van de onderzoeksmassa.
2. Bij de uitvoer van de controle van deelmassa 2 zijn twee opties toegestaan.

Optie 1: Ziekenhuis heeft de procesbeschrijving afgestemd met de representerend zorgverzekeraars en voldoet aan de voorwaarden om een deelwaarneming van 25 posten uit te voeren.

Er dient een representatieve deelwaarneming van 25 unieke patiënten uitgevoerd te worden (zie verderop de uitwerking van de representativiteit van de deelwaarneming).

Indien onjuistheden worden gevonden waarbij de aanspraak wijzigt van "JA" naar "NEE", vindt afkeuring plaats. Daarnaast zal de deelwaarneming worden uitgebreid. Er vindt een bijtrekking plaats van unieke patiënten conform de beslisboom minus de 25 patiënten die in eerste instantie zijn getrokken. De resultaten dienen geëxtrapoleerd te worden over de totale risicogerichte massa.

Representativiteit van de deelwaarneming

Voor de deelwaarneming geldt dat er voldoende spreiding is op basis van werkzame stof en indicatie. De

voorkeursmethode om een representatieve deelwaarneming te selecteren, wordt hieronder verder toegelicht. Andere methoden om te komen tot een representatieve deelwaarneming zijn mogelijk. Stem de gekozen methode in dat geval vooraf af met de representerend zorgverzekeraar.

- Bepaal de volledige massa van deelmassa 2, gebruik hiervoor bijlage 14.
- Per werkzamestof – indicatiecombinatie wordt een percentage berekend van de financiële waarde van desbetreffende combinatie ten opzichte van het totaal binnen deelmassa 2.
Vb. Waarde van de werkzame stof - indicatiecombinatie is € 1.000,-
Waarde totale risicogerichte massa (deelmassa 2) is € 100.000,-
Percentage $(1.000/100.000) = 1\%$
- Per werkzamestof – indicatiecombinatie wordt een percentage berekend van het aantal uitgaven of toedieningen binnen desbetreffende combinatie ten opzichte van het totaal binnen deelmassa 2 berekend.
Vb. Aantal uitgaven of toedieningen van de werkzame stof – indicatiecombinatie is 20
Totale risicogerichte massa (deelmassa 2) in aantallen is 1000
Percentage $(20/1000) = 2\%$
- Van bovenstaande percentages wordt een gemiddeld percentage berekend.
Vb. $(1\% + 2\%) / 2 = 1,5\%$
- Bovenstaande berekening wordt voor iedere werkzame stof- indicatiecombinatie uitgevoerd.
- Binnen de 25 hoogste gemiddelde percentages wordt at random één patiënt per werkzamestof – indicatiecombinatie gestoken. Hiervan worden alle uitgaven of toedieningen binnen een werkzamestof – indicatiecombinatie gecontroleerd op juistheid van de indicatie en daadwerkelijke uitgifte of toediening (het betreft hier feitelijke levering, zoals bijvoorbeeld de situatie van no-show patiënten. Er wordt niet bedoeld dat hier een check wordt gedaan op de uiteindelijke uitgifte of toegediende hoeveelheid).

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

Er dient een deelwaarneming uitgevoerd te worden conform beslisboom op basis van unieke patiënten. Per patiënt worden alle uitgaven/toedieningen binnen een werkzamestof - indicatiecombinatie gecontroleerd op juistheid van de indicatie en daadwerkelijke uitgifte of toediening (het betreft hier feitelijke levering, zoals bijvoorbeeld de situatie van no-show patiënten. Er wordt niet bedoeld dat hier een check wordt gedaan op de uiteindelijke uitgifte of toegediende hoeveelheid).

Hoe te corrigeren

- **Microcorrectie**
Indien de aanspraak wijzigt van 'JA' naar 'NEE' van een gevonden fout dient deze micro gecorrigeerd te worden. Foutief geregistreerde indicaties, maar aanspraak blijft JA, hoeven niet gecorrigeerd te worden.
- **Macrocorrectie**
Na uitvoering van de deelwaarneming dient de gevonden fout geëxtrapoleerd te worden.

9 Onterecht zorgtraject/subtraject

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

NR/REG-1732	01-01-2017	31-12-2017	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 (verwijzer)
NR/REG-1816	01-01-2018	31-12-2018	Artikel 1bb, 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 (verwijzer)

A. Verwijsregistratie

2017 en 2018:

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 patiënt³¹ (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).³²

B. Openen Zorgtraject

2017 en 2018:

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.

³¹ 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.

³² 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

2017 en 2018:

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) Registratieregel: "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 parallelle subtrajecten binnen hetzelfde AGB-specialisme met zorgtype 11 of 21 zijn geregistreerd, waarbij:

1. Het parallelle subtraject niet voldoet aan de volgende voorwaarden:
 - a. Minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen (conform registratieaddendum); of
 - b. Minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3; of ZA 039898; of ZA 039676;
 - c. Minimaal één zorgactiviteit uit één van de groepen chronische dialyse of chronische thuisbeademing, verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie, gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen (conform registratieaddendum); of
 - d. Minimaal één specifieke audiologie zorgactiviteit (190702 t/m 190781).
2. De combinatie van (typerende) diagnoses van de parallelle subtrajecten voorkomt op de diagnose-combinatietabel.
3. Sprake is van identieke diagnoses die niet op de diagnose-combinatietabel voorkomen, waarbij niet wordt voldaan aan de voorwaarde dat beide trajecten minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen (de 42 dagen lijst uit het registratieaddendum) bevatten.

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

Data-selectie ten behoeve van deelwaarnemingen:

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

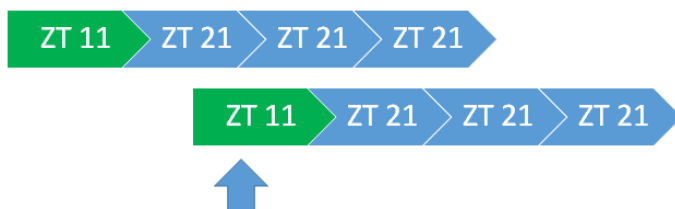
Zorgtrajecten die op basis van een uitsluiting niet worden toegekend aan een deelmassa behoren tot de verreikte massa. Over deze zorgtrajecten vindt geen extrapolatie plaats. Wel dienen deze zorgtrajecten beschikbaar te zijn voor de in context beoordeling tijdens het uitvoeren van de deelwaarneming.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

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

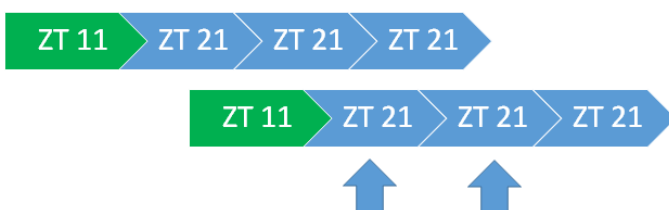
N.B. Mocht u verdere uitsluitingen willen toepassen, bespreek dit dan met uw eerste representerende zorgverzekeraar voordat u de deelwaarneming gaat uitvoeren.

Stel vervolgens onderstaande deelmassa's vast.

1. 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).



N.B. bij bepalen data-selectie:

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

Deelwaarneming:

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?

zijn?

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

- C. Openen van een parallel traject.
1. 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 **posten** terecht **parallel** 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

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

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
NR/REG-1816	01-01-2018		Artikel 1bb, 1cc Artikel 4.1 / 4.2 / 4.3 / 5.2 / 5.3 / 5b.1 / 5b.2

2017 en 2018:

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.³³

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

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

Advies voor controleren

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

³³ Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek geldt een uitzondering: indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar, kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.

AO/IB:

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

Data-analyse ten behoeve van bepaling deelmassa's:

1. Stel voor deze risicomassa vast voor welke patiënten parallelle subtrajecten van verschillende AGB-specialismen met zorgtype 11 of 21 zijn geregistreerd, waarbij in beide subtrajecten sprake is van:
 - minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen (de 42 dagen lijst uit het registratieaddendum); en/of;
 - minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 2 of 3 (2 = dagverpleging, 3 = verpleegdag).Wanneer hier in beide trajecten sprake van is, wordt deze combinatie goedgekeurd en uitgesloten van verder onderzoek.

Optioneel: Indien het eerst geopende zorgtraject (bij het eerste specialisme) geen behandeling bevat (zorgactiviteit met ZPK 5 en/of 6) en de laatst uitgevoerde zorgactiviteit op of voor de openingsdatum van het daarna geopende zorgtraject (bij het tweede specialisme) ligt, dan wordt deze situatie beschouwd als een definitieve doorverwijzing en mag de betreffende paralleliteit worden 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) behandeling³⁴.

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

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

- afzonderlijke en eigen zorgvragen, en;
- separate diagnosestelling, en;
- separate (eigen) behandeling³⁵.

³⁴ Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek, geldt een uitzondering: indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander poortspecialisme waar behandeling plaatsvindt, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar, kunnen beide poortspecialismen een zorgtraject openen.

³⁵ Idem.

Hoe te corrigeren

Integrale controle: micro-correctie.

Deelwaarnemingen: macro-correctie.

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

BR/REG-17156	01-01-2017	31-12-2017	Artikel 5.8
BR/REG-18154	01-01-2018	31-12-2018	Artikel 5.8

2017 en 2018:

	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 12'. 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:

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

Deelwaarneming:

1. Voer een deelwaarneming uit [conform de beslisboom](#) op de deelmassa's zoals benoemd in bijlage 8 van de Handreiking.

Beoordelingskader:

Stel door middel van het medisch dossier vast dat de geregistreerde zorgactiviteiten terecht als verzekerde zorg zijn gedeclareerd. Het inhoudelijk kader voor deze beoordeling is te vinden in het document 'overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode zvw' van het Zorginstituut Nederland.[1] 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-correctie³⁶ en micro-correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

³⁶ 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.