

Handreiking

Rechtmatigheidscontroles

MSZ 2022

Versie 1.3

Inhoud

1. Inleiding	4
2.1 <i>Wat is Horizontaal Toezicht</i>	4
2.2 <i>Implementatie Horizontaal Toezicht</i>	5
2.3 <i>Wanneer komt u in aanmerking voor de stimuleringsregeling?</i>	5
2.4 <i>Hoe werkt de stimuleringsregeling?</i>	5
3. Algemene aanpak en uitgangspunten.....	6
3.1 <i>Reikwijdte</i>	6
3.2 <i>Onderzoeksmassa</i>	6
3.3 <i>Mijlpalen</i>	7
3.4 <i>Rol Accountant</i>	7
3.5 <i>Privacy</i>	7
3.6 <i>Toetsing door zorgverzekeraars</i>	8
4. Methode	8
4.1 <i>Uitgangspunten correctie op microniveau</i>	8
4.3 <i>Netto financiële impact</i>	9
4.4 <i>Toetsing bestaan en werking AO/IB</i>	9
4.5 <i>Deelwaarneming bij de Handreiking Rechtmatigheidscontroles MSZ 2022</i>	9
1 Registreren van zorgactiviteiten	12
1.1 <i>Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - Polikliniekbezoek tijdens klinische opname/dagverpleging/verpleegdag/observatie</i>	12
1.2 <i>Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag</i>	14
1.3 <i>Onterecht vastleggen van poliklinische consulten – indien er geen vorm van contact is met een poortfunctie (m.u.v. klinisch fysicus audioloog & specialist ouderengeneeskunde) (A) of poortspecialist (B)</i>	16
1.4 <i>Onterecht registreren van screen-to-screen consult, belconsult of schriftelijke consultatie</i> ...	20
2 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult	23
3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling.....	25
4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging.....	27
5 <i>Onterecht vastleggen van een klinische zorgactiviteit</i>	29
5.1 <i>Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Specifiek voor verpleging ingerichte afdeling...</i>	29
5.2 <i>Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Minimaal één overnachting</i>	30
5.4 <i>Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten binnen 1 specialisme</i>	32
5.5 <i>Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject – Klinische periode verdeeld over meerdere subtrajecten over meerdere specialismen</i>	34
5.6 <i>Onterecht vastleggen van een langdurige observatie (zonder overnachting)</i>	36
5.9 <i>Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag</i>	38
6 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit.....	40

6.11 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie.....	40
6.12 Onterecht declareren van een uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie; taakdelegatie.	42
6.15 Onterecht vastleggen van zorgactiviteit wondbehandeling (ZA code 038945)	43
7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie	44
8 Het onterecht registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en ozp- stollingsfactoren (uitvoerdatum 2021 en 2022)	47
9 Onterecht zorgtraject/subtraject.....	53
10 Onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen heen	60
12 Het niet voldoen aan de voorwaarden voor vergoeding uit de basisverzekering bij zorg die alleen onder voorwaarde verzekerd is (oranje zorgactiviteiten)	62

1. Inleiding

De Handreiking Rechtmatigheidscontroles 2022 is door vertegenwoordigers van ziekenhuizen, UMC's en zorgverzekeraars opgesteld. Zoals gebruikelijk is deze Handreiking aangepast aan de nieuwe regelgeving 2022 en zijn er een (beperkt) aantal (geringe) wijzigingen ten opzichte van de Handreiking 2021.

Als gevolg van het Coronavirus heeft de Nza vanaf 1 maart 2020 meerdere bepalingen uit de Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-2001a) versoepeld. Deze versoepelingen hadden aanvankelijk een tijdelijk karakter maar vanaf 2021 heeft een deel van de versoepelingen een structurele plek gekregen in de Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-2103a en voor 2022 NR/REG-2207a).

De versoepelingen hebben impact op diverse controlepunten, in de Handreiking wordt per controlepunt aangegeven of sprake is van versoepeling van de regelgeving. Daarbij dient gesteld te worden dat mogelijkerwijs niet alle gevolgen van het coronavirus aan de voorkant uitgekristalliseerd kunnen worden in de Handreiking 2021. In de beoordeling van de posten zal rekening gehouden worden met de van kracht zijnde wet- en regelgeving en de ontwikkelingen van de versoepelingen.

Deze Handreiking 2022 biedt u, net als de Handreiking 2021, de mogelijkheid om een grote stap te zetten naar Horizontaal Toezicht. Om de overgang naar Horizontaal Toezicht te blijven stimuleren, wordt de stimuleringsregeling voor de komende jaren gecontinueerd. Deze stimuleringsregeling biedt u een verlichting van de administratieve lasten op de verantwoording van de Handreiking. Hierdoor komt ruimte vrij om verdere stappen te zetten naar Horizontaal Toezicht. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) moedigen aan dat ziekenhuizen en UMC's, die het afgelopen jaar niet zijn ingestapt, van de stimuleringsregeling gebruik te gaan maken.

2. Stimuleringsregeling Horizontaal Toezicht

2.1 Wat is Horizontaal Toezicht

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

2.2 Implementatie Horizontaal Toezicht

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

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

2.3 Wanneer komt u in aanmerking voor de stimuleringsregeling?

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

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

Mogelijk neemt u al deel aan de stimuleringsregeling naar aanleiding van de Handreiking 2020. In dat geval zijn bovenstaande voorwaarden niet op uw instelling van toepassing, maar gelden de reeds gemaakte afspraken.

2.4 Hoe werkt de stimuleringsregeling?

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

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

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

Vanwege deze afspraken en intensievere samenwerking is een rapport van feitelijke bevindingen door de externe accountant (RvF) vanaf de Handreiking 2021 niet meer vereist. In dat geval stelt een onafhankelijk medewerker (**expliciet vereiste**) binnen uw instelling, aan de hand van bijlage 1 - Werkzaamheden HR 2022 i.v.m. vervallen RvF, zelf vast dat de onderzoekspunten van de accountant en de aansluitingen van het ZIS met de jaarrekening door uw eigen instelling zijn vastgesteld en gerapporteerd in het verantwoordingsdocument. De hierbij behorende documentatie wordt overlegd aan de representerende zorgverzekeraar.

De zorgaanbieder evalueert samen met de representerende zorgverzekeraar de voortgang van de implementatie van Horizontaal Toezicht. Indien op een moment blijkt dat de wederzijds afgesproken tijdslijnen niet zijn gevolgd, kan er besloten worden om alsnog de Handreiking 2022 uit te voeren op alle controlepunten en dient ook een rapport van feitelijke bevindingen aangeleverd te worden.

2.5 Wat levert dit u op?

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

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

3. Algemene aanpak en uitgangspunten

3.1 Reikwijdte

De Handreiking 2022 is gericht op de uit te voeren rechtmatigheidscontroles voor alle UZOVI's. Specifieke controles in verband met de Regeling Zorg Asielzoekers zijn niet opgenomen, de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn altijd verplicht om signalen (van fraude) op te volgen, dit staat geheel los van dit onderzoek.

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

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

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

3.2 Onderzoeksmassa

De Handreiking 2022 heeft onderstaande onderzoeksmassa:

- In 2022 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 2021; en
 - Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2022.

Het kan voorkomen dat ziekenhuizen declaratieproblemen hebben (gehad), waardoor gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2020 pas in 2022 zijn gedeclareerd. Wanneer deze massa materieel is (>1% van de onderzoeksmassa) wordt met de representerende zorgverzekeraar contact opgenomen en in gezamenlijkheid bepaald of aanvullende werkzaamheden op deze massa nodig zijn. Voor de wet- en regelgeving 2019 wordt verwezen naar voorgaande handreikingen. Voor de tijdslijnen gelden dezelfde mijlpalen als beschreven in 3.3 Mijlpalen. Declaraties die een sluitdatum hebben in 2019 worden conform Handreiking middels data-analyse/integrale controle of deelwaarneming gecontroleerd, maar worden ongeacht de onderliggende controlemethodiek financieel op macroniveau afgewikkeld.

Zorgaanbieders kunnen ervoor kiezen om voor de jaarrekening de subtrajecten, gesloten in het verantwoordingsjaar en gedeclareerd in de eerste weken van het nieuwe jaar, nog wel bij de omzet van het verantwoordingsjaar te rekenen (facturatedatum 2023). Deze declaraties maken dan ook onderdeel uit van de Handreiking over dat verantwoordingsjaar. Welke declaratiemomenten dat zijn, zal per zorgaanbieder kunnen verschillen. De zorgaanbieder geeft in de rapportage van de Handreiking aan tot welke datum de declaraties zijn meegenomen. Facturatie aan andere instanties dan de zorgverzekeraar vallen wel onder de gefactureerde omzet voor de jaarrekening maar vallen niet onder de Handreiking.

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

Om de risico's met betrekking tot paralleliteit of serialiteit goed te beoordelen, is het noodzakelijk om de massa te verrijken. Met deze verrijking van de massa bedoelen we dat er, naast de scope van de Handreiking 2022, DBC-zorgproducten en overige zorgproducten meegenomen worden in de data-analyse om de juiste en volledige manier van onderzoek te kunnen waarborgen. De risico's in de trajecten die vallen onder de massa binnen de reikwijdte kunnen in bepaalde gevallen alleen gedetecteerd worden als de massa is verrijkt met trajecten uit voorgaande of opvolgende periodes. De verrijkte onderzoeksmassa maakt geen onderdeel uit van de scope van de Handreiking 2021 en dient alleen als hulpmiddel voor de uitvoering van de controle. Bij de deelwaarnemingen van controlepunt 9 en 10 bestaat de verrijkte massa alleen uit gefactureerde massa.

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 2022

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 april 2023
Onderzoek afgerond, inclusief doorvoeren van microcorrecties en inclusief rapport van feitelijke bevindingen of bijlage 1 (vervangende werkzaamheden). Rapport opgeleverd aan de representerende zorgverzekeraar, inclusief bestuursverklaring en financiële impact.	1 juni 2023
Review door zorgverzekeraars afgerond.	1 september 2023
Indienen van de resterende micro correcties via Vecozo bij de zorgverzekeraars afgerond	1 november 2023
Afloopcontrole door zorgverzekeraars afgerond.	31 december 2023

3.4 Rol Accountant

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

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

3.5 Privacy

In verband met het naleven van de privacywetgeving dient de zorgaanbieder er zorg voor te dragen dat in de rapportage geen privacygevoelige informatie is opgenomen. Indien de zorgverzekeraars bij de review ter plaatse bij de zorgaanbieder komen toetsen, draagt de zorgaanbieder ook zorg voor dat deze alleen toegang heeft tot privacygevoelige informatie indien dit in het kader van de controle noodzakelijk is (zie hieronder voor toepassing kader protocol materiële controle). De review vindt plaats binnen de kaders van het protocol materiële controle. Bij de opzet en uitvoering van de review wordt er daarom voor gezorgd dat er sprake is van een controleplan

- waarin de risicoanalyse bepalend is voor de bij een deelnemende zorgaanbieder uit te voeren review werkzaamheden.

- waarbij dossiercontrole pas wordt ingezet als andere, in het kader van de privacybescherming lichtere instrumenten onvoldoende zekerheid bieden.

3.6 Toetsing door zorgverzekeraars

In principe geldt het uitgangspunt: 'niet vastgelegd is niet gedaan'. Dit principe is van toepassing op alle aspecten van de Handreiking, controle en correcties door de zorgaanbieder én de review door de zorgverzekeraar. Ten aanzien van primaire registraties van de zorg geldt in aanvulling op dit principe, dat indien dit op een andere manier aannemelijk gemaakt kan worden, hierover wordt gerapporteerd. Het is raadzaam hierover contact op te nemen met de representerende zorgverzekeraar uit het reviewteam. Bovenstaande betekent dus ook dat er sprake moet zijn van een audittrail waarvoor het noodzakelijk is documentatie te bewaren en zaken reproduceerbaar te maken.

De rapportage moet zelfstandig leesbaar zijn en voldoende inzicht geven in de uitgevoerde werkzaamheden en de resultaten. Op basis van de ervaring uit de review is daarom een rapportageformat opgesteld.

Documentatie van alle uitgevoerde werkzaamheden evenals onderbouwing met bewijsstukken is hierbij van groot belang. Dit kan er toe leiden dat naast de opgeleverde rapportage gedurende de review ook andere onderbouwing/bewijsstukken worden opgevraagd. Hierover wordt de zorgaanbieder tijdig door de verzekeraars geïnformeerd. Een uniforme behandeling van alle deelnemende zorgaanbieders is hierbij van groot belang en wordt geborgd door een uniforme controle-aanpak en de gezamenlijke afsluiting van elke fase.

4. Methode

Geconstateerde declaratiefouten met financiële impact uit de Handreiking 2022 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 verreken traject afgerekend. Hierbij kan, afhankelijk van de lokale afspraken, direct rekening worden gehouden met contractuele afspraken.

4.1 Uitgangspunten correctie op microniveau

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

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

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

4.2 Correctie op macroniveau

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

Dus als uit een deelwaarneming een fout blijkt, wordt deze na extrapolatie verdeeld op basis van het marktaandeel van de totale risicogerichte massa per UZOVI per jaar laag en per segment. De fouten binnen de deelwaarneming worden micro gecorrigeerd. Voor de extrapolatiemethodiek wordt verwezen naar bijlage 5.

4.3 Netto financiële impact

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

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

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

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

4.4 Toetsing bestaan en werking AO/IB

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

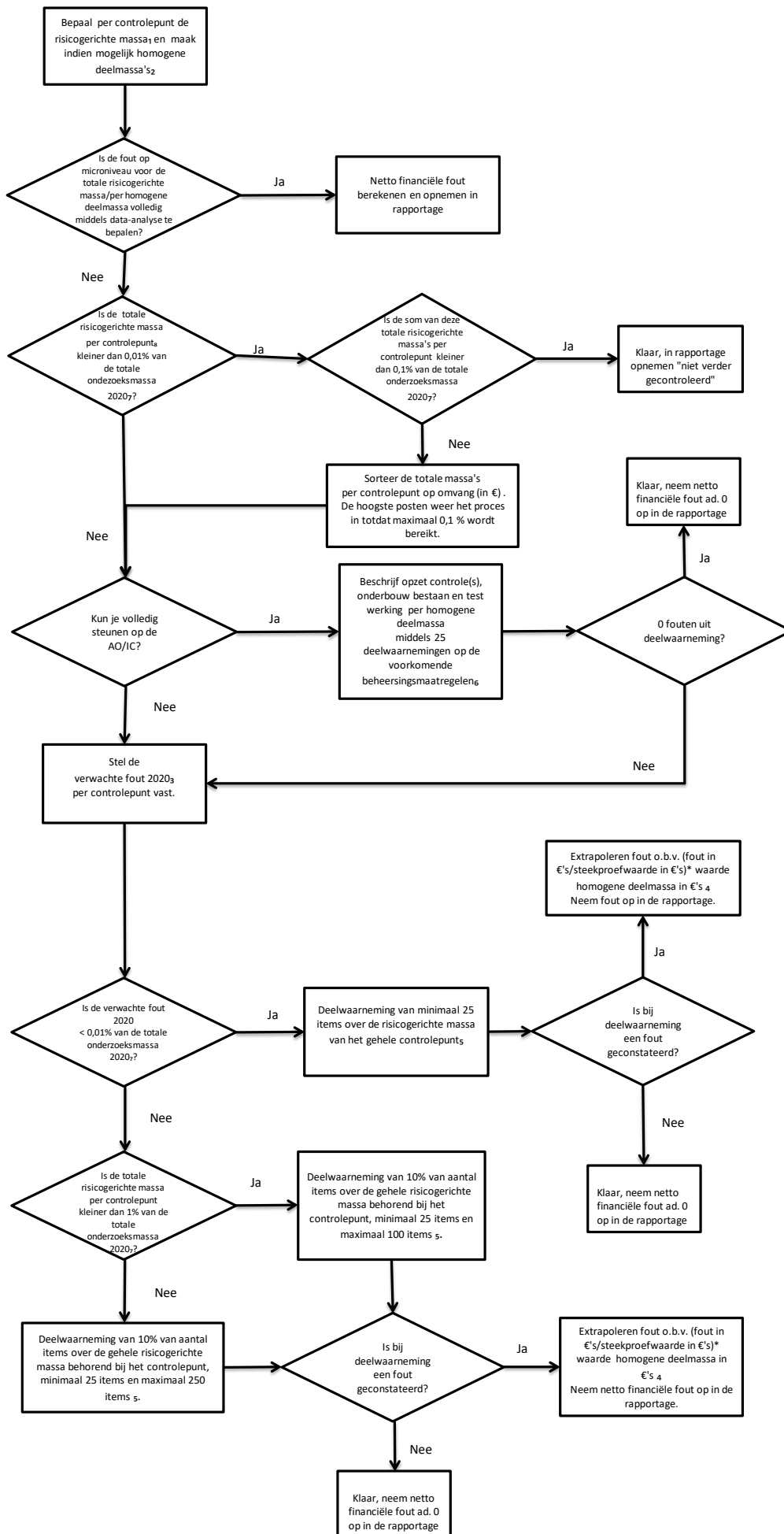
- Wanneer er geen afwijkingen uit de deelwaarneming ter toetsing van de werking van de AO/IB naar voren komen, dan kan de populatie waarop de deelwaarneming is uitgevoerd als betrouwbaar worden beschouwd.
- Wanneer toch een afwijking voorkomt in de deelwaarneming ter toetsing van de werking van de AO/IB,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

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

4.5 Deelwaarneming bij de Handreiking Rechtmatigheidscontroles MSZ 2022

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

Het is niet mogelijk om in de handreiking gedefinieerde risicomassa's op te knippen in onderdelen en per onderdeel de beslisboom te doorlopen. Voor HR2022 bestaat voor enkel CP 1.3 en CP 1.4 de uitzondering dat per controlepunt een deelwaarneming van 100 stuks volstaat. Het staat de instelling uiteraard vrij om dit aantal verder uit te breiden conform beslisboom om tot een nauwkeuriger foutpercentage te komen.



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

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

3 Opstellen verwachte fout is alleen mogelijk indien toetsingscriteria voor betreffende controlepunt voor zelfonderzoek 2021 en 2022 gelijk aan elkaar zijn.

Verwachte fout = foutpercentage controlepunt zelfonderzoek 2021 * totale risicogerichte massa behorend bij controlepunt zelfonderzoek 2022 Op het moment dat een instelling in 2021 niet (meer) deelneemt aan de stimuleringsregeling, kan niet zonder meer gesteund worden op de verwachte fout indien een controlepunt bij de voorgaande Handreiking 2021 niet is uitgevoerd. In deze gevallen dient gekeken te worden naar de 2 jaren voorafgaand aan de stimuleringsregeling. Dit geldt alleen indien er sprake is van een toereikende, ongewijzigde AO/IB.

Indien de AO/IB wel gewijzigd is (2020/2021 t.o.v. 2022), dan dient een deelwaarneming uitgevoerd te worden van 10% van het aantal items over de gehele risicomassa met minimaal 25 items en max 100 of 250 items.

Wanneer een controlepunt in 2022 is gewijzigd kan ook niet gesteund worden op de verwachte fout 2021. Bij controlepunt 8 kan bij optie 2 niet gesteund worden op de verwachte fout als in het voorgaande zelfonderzoek optie 1 is uitgevoerd.

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

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

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

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

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

en het risico geheel wordt afgedekt door een geprogrammeerde control dient de werking van de geprogrammeerde control eenmaal te worden vastgesteld. "

Wanneer opzet en bestaan reeds in het zelfonderzoek 2021 is toegelicht en er geen wijzigingen in 2021 hebben voorgedaan, hoeven deze werkzaamheden niet nogmaals te worden uitgevoerd en hoeft alleen de werking te worden getoetst.

7 Onderzoeksmassa = alle in 2022 gefactureerde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten waarbij alleen onderstaande jaarlagen worden meegenomen:

"Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2021; en

Gesloten DBC-zorgproducten en uitgevoerde overige zorgproducten in 2022

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

1 Registreren van zorgactiviteiten

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid ¹

NR/REG-2207	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 24.1
NR/REG-2103a WB-REG-2101-01	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 24.1 Artikel I.B

2021 en 2022: Een polikliniekbezoek (190007, 190008, 190013, 190060, 190065, 190162, 190163, 190164, 190165, 190166, 190167) wordt niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting, verpleegdag of klinische zorgdag in de thuissituatie (klinische opname) geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190008, 190013, 190065, 190162, 190163, 190166) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, dat vóór de opname al is ingepland.

- dagverpleging (190030, 190090),
- langdurige observatie zonder overnachting (190091),
- verpleegdag (klinische opname) (190200, 190021², 190218, 194804),
- IC behandeldag (190157, 190158, 190159, 190160), Neonatale IC (190150) of Pediatrische IC (190151) of Post IC high care (190152).
- Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis (190228).

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190060, 190165, 190164, 190167) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een dagverpleging (190030, 190090), langdurige observatie zonder overnachting (190091), klinische opname (190021²), verpleegdag (190200, 190218, 194804), klinische zorgdag in de thuissituatie (190228), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151), Post IC-High Care (190152) of IC-behandeldag (190157, 190158, 190159, 190160), voor een ander specialisme. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke herhaal polikliniekbezoeken (190008, 190013, 190065, 190162, 190163, 190166) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een dagverpleging (190030, 190090) of een langdurige observatie zonder overnachting (190091) voor een ander specialisme. Deze herhaal polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd.

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

3. Stel vast welke herhaal polikliniekbezoeken (190008, 190013, 190065, 190162, 190163, 190166) voor de patiënt zijn geregistreerd tijdens een klinische opname (190021²), verpleegdag (190200, 190218, 194804), klinische zorgdag in de thuissituatie (190228), Neonatale IC (190150), Pediatrische IC (190151), Post IC-High Care (190152) of IC-behandeldag (190157, 190158, 190159, 190160) 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.

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 24.1
NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 24.1

2021 en 2022:

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 subspecialismes. Geldt deze uitzondering voor alle subspecialismen?

Antwoord vanuit branchepartijen:

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

Reactie NZa:

Het is toegestaan om meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag te registreren als er sprake is van

afzonderlijke (niet aansluitende) polikliniekbezoeken. In de NZa-regelgeving is het begrip 'afzonderlijk/niet aansluitend' niet nader ingevuld. Criteria ten aanzien van medische noodzaak, of de patiënt terugkomt bij dezelfde specialist, of een andere specialist, of dat de patiënt komt voor een andere of dezelfde zorgvraag, zijn niet opgenomen in de NZa-regelgeving.

Antwoord 2:

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

Advies voor controleren

AO/IB:

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

Data-analyse:

1. In geval **geen** registratie van starttijd polikliniekbezoek plaatsvindt: stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190013, 190060, 190065, 190067, 190162, 190163, 190164, 190165, 190166, 190167) voor de patiënt zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een ander polikliniekbezoek binnen één specialisme. Ziekenhuizen kunnen voor het verwerken van de output van de data-analyse van punt 1 kiezen uit:
 - A. De massa integraal afkeuren of;
 - B. Uitvoeren van een deelwaarneming conform de beslisboom.
2. In geval **wel** registratie van starttijd polikliniekbezoek plaatsvindt: stel vast welke polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190013, 190060, 190065, 190067, 190162, 190163, 190164, 190165, 190166, 190167) voor de patiënt zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een ander polikliniekbezoek binnen één specialisme, waarbij de starttijden van de twee polikliniekbezoeken gelijk zijn of minder dan 1 uur uit elkaar liggen. Ziekenhuizen kunnen voor het verwerken van de output van de data-analyse van punt 2 kiezen uit:
 - A. De massa integraal afkeuren of;
 - B. De polikliniekbezoeken met dezelfde starttijd afkeuren, op de resterende massa uitvoeren van een deelwaarneming conform de beslisboom en controleer op basis van het medisch dossier of beide polikliniekbezoeken zijn geregistreerd conform de beleidsregel (d.w.z. er is sprake geweest van een tussenliggende tijdspanne).

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

1.3 Onterecht vastleggen van poliklinische consulten – indien er geen vorm van 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 of andere vorm van 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 vorm van contact tussen patiënt en de zorgverlener die de poortfunctie (poortspecialist (of arts-assistent), interventie-radioloog, klinisch geneticus, SEH-arts KNMG (of arts-assistent), anesthesist als pijnbestrijder (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant) vervult.

Regelgeving/beleid

NR/REG-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 24.1 / 24.7/ 24.15/ 24.16 / 24.21
NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 24.1 / 24.7/ 24.15/ 24.16 / 24.21

2021 en 2022:

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

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

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

De volgende zorgactiviteiten kunnen niet worden aangemerkt als een polikliniekbezoek:

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

Multidisciplinair consult (190010)

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

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

Een contact tussen een patiënt en een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Het contact is gericht op de beoordeling van een gestelde diagnose/ behandeling door een tweede onafhankelijke beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De geconsulteerde beroepsbeoefenaar is werkzaam op hetzelfde specialisme/vakgebied in een andere instelling of als solist. Deze activiteit mag naast een polikliniekbezoek of screen to screen-consult worden geregistreerd.

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

: Een herhaalconsult waarbij de (medisch) vertegenwoordiger van de patiënt een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert consulteert. Reden hiervoor is dat de aanwezigheid van de patiënt bij het consult volgens de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert het dagelijks functioneren en welzijn van de patiënt ernstig zou verstoren. De consultatie heeft betrekking op een zorgvraag waarvoor de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert 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 kan op afstand plaatsvinden en een regulier herhaal-polikliniekbezoek door de (medisch) vertegenwoordiger vervangen. Bij een consult op afstand wordt zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur voldaan aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere herhaal-polikliniekbezoek door de (medisch) vertegenwoordiger. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

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

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

B Onterecht vastleggen van poliklinische consulten – indien er geen vorm van contact is met een poortspecialist

Beknorte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG 2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 24.23 / 24.22
NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 24.23 / 24.22

2021 en 2022:

Deze controle omvat de volgende zorgactiviteiten: 190029 en 190049.

Follow-up pediatrie IC (190029)

Een polikliniekbezoek in het kader van het pediatrie follow-up protocol (langdurige nacontrole van een kind met een PICU voorgeschiedenis), waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt

en poortspecialist (of arts-assistent) in het kader van langdurige nacontrole van een kind met een PICU voorgeschiedenis. Naast deze activiteit wordt geen polikliniekbezoek geregistreerd

Gestructureerd landelijk neonataal follow-up protocol van NICU populatie (190049)

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

Advies voor controleren

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

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

AO/IB:

1. Als uit het Zelfonderzoek 2021 geen risico is gebleken, en toegelicht en aangetoond is waarom het geen risico was, dan kan die ervaring worden gebruikt voor de Handreiking controles 2022 en hoeven deze werkzaamheden niet opnieuw te worden uitgevoerd mits onderbouwd kan worden dat in 2022 geen veranderingen zijn doorgevoerd.
2. Toon aan dat het systeem zodanig is ingericht dat er alleen zorgactiviteiten voor polikliniekbezoeken worden afgeleid indien uitgevoerd door daartoe bevoegde personen.
3. Toon aan dat de bevoegde personen ook daadwerkelijk bevoegd zijn.

Data-analyse:

1.3.A

Stel een lijst op van alle zorgverleners die polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190060, 190065, 190067) hebben geregistreerd met daarbij hun functie en afdeling, zijnde poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog. Deze polikliniekbezoeken zijn op de juiste naam geregistreerd.

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

1.3.B

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

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

2. Stel vast welke polikliniekbezoeken (190029, 190049) zijn geregistreerd door een zorgverlener waarvan hierboven niet is aangegeven dat zij de functie van poortspecialist (of in een aantal gevallen arts-assistent) vervullen. Deze polikliniekbezoeken zijn onjuist geregistreerd, tenzij (middels deelwaarneming) kan worden vastgesteld dat er terecht een face-to-face contact of andere vorm van contact tussen patiënt en een bevoegde zorgverlener heeft plaatsgevonden.

Deelwaarneming:

Voer op subtraject-niveau een deelwaarneming uit op de massa die uit de data-analyse als juist is aangemerkt. Betrek alleen subtrajecten waarbij het verwijderen van een of meerdere polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190065, 190067) leidt tot een financiële impact. Dit zijn dus alle subtrajecten **zonder** E-health consulten (dit zijn screen-to-screen consulten, belconsulten of schriftelijke consultaties met zorgactiviteitcodes 190162, 190163, 190164, 190165, 190166, 190167).

- A. Sluit aan bij de jaarlijkse steekproef², mits deze dekkend is voor het aantal subtrajecten.
- B. Voeg de output van de data-analyse uit 1.3.A samen met 1.3.B
- C. Controleer alle polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190065 en 190067) van 100 subtrajecten.
- D. Stel vast (middels dossieronderzoek) voor 100 subtrajecten dat er sprake is geweest van contact door medici (conform regelgeving) of een andere vorm van contact en dat hier verslaglegging voor heeft plaatsgevonden voor alle in het subtraject opgenomen poliklinische consulten. Indien er gesteund kan worden op deze uitkomsten kan de extrapolatie toegepast worden per categorie.
- E. Wanneer een polikliniekbezoek is uitgevoerd als een E-health consult, dient het contact beoordeeld te worden conform de toetsingscriteria zoals benoemd bij de deelwaarneming van controlepunt 1.4.

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

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

De uitkomsten van de data-analyse, deelwaarneming en/of steekproef vormen samen de financiële fout.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

² Indien wordt aangesloten bij de jaarlijkse steekproef betrek dan alleen subtrajecten waarbij het verwijderen van een of meerdere polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190065, 190067) leidt tot een financiële impact.

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 contact heeft plaatsgevonden met een zorgverlener die de poortfunctie uitvoert.

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

Regelgeving/beleid

NR/REG 2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 5.3/ 24.4 / 24.5 /24.6
NR/REG 2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 5.3/ 24.4 / 24.5 / 24.6

2021 en 2022:

Een nieuw te openen zorgtraject voldoet aan de volgende voorwaarden:

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

Screen-to-screen consult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165) en screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190166)

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

Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164) en belconsult ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek (190162)

Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert middels een belverbinding. 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.

Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) en Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163)

Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog schriftelijk consulteert (bijvoorbeeld e-mail of chat). Een schriftelijk 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. 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 dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Advies voor controleren³

Impact Coronasituatie:

Dit controlepunt wordt (fors) geraakt door de corona situatie. Het volgende is op brancheniveau overeen gekomen:

- a) *De zorgaanbieders volgen de beslisboom bij CP 1.4;*
- b) *De zorgaanbieders kunnen steunen op de verwachte fout n.a.v. de uitkomst van de HR 2021 (omdat 2021 vergelijkbaar is met 2022);*
- c) *De steekproef kan door de zorgaanbieder worden afgetopt op 100 posten (waarbij de aanbieder wel door mag steken tot 250 posten als hij denkt/verwacht dat de foutfractie dan lager zal uitkomen/worden; dit moet wel vooraf zijn bepaald en niet n.a.v. de uitkomst van de eerste 100 posten);*
- d) *Als een zorgaanbieder bijvoorbeeld op 25 posten uitkomt (en de foutfractie hoog uitkomt) dan kan de aanbieder doorsteken tot 100 posten;*

AO/IB:

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

Data-analyse:

1. Stel vast welke screen-to-screen consulten, belconsulten en schriftelijke consultaties (190162, 190163, 190164, 190165, 190166, 190167) zijn geregistreerd door een zorgverlener **niet** zijnde een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventie-radioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant⁴ of klinisch technoloog. Deze screen-to-screen consulten, belconsulten, schriftelijke consultaties zijn mogelijk onjuist geregistreerd.

Deelwaarneming:

Selecteer conform beslisboom subtrajecten met zowel zorgtype 11 als zorgtype 21 waarbinnen belconsulten of schriftelijke consultaties (190162, 190163, 190164, 190165, 190166, 190167) zijn geregistreerd. Hierbij mogen de subtrajecten die zijn afgekeurd in de data-analyse worden uitgesloten. Voer een deelwaarneming conform beslisboom uit tot een max van 100 posten op de bovenstaande massa

Betrek alleen subtrajecten waarbij het verwijderen van een of meerdere polikliniekbezoeken (190007, 190008, 190010, 190013, 190022, 190029, 190049, 190060, 190065, 190067, 190162, 190163, 190164, 190165, 190166, 190167) leidt tot een financiële impact.

1. Stel voor alle screen-to-screen consulten, belconsulten of schriftelijke consultaties (190162, 190163, 190164, 190165, 190166, 190167) 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:

³ N.B. Alvorens de risicomassa van dit controlepunt wordt vastgesteld is het van belang om controlepunt 1.3 uitgevoerd te hebben.

⁴ 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.

"Stel vast (middels dossieronderzoek) dat er sprake is geweest van een vorm van 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-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 7 / 24 lid 19
NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 7 / 24 lid 19

2021-2022

Artikel 7

1. Een zorgtraject met subtraject ZT₁₃ wordt door de medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie⁵ uitvoert geopend bij een intercollegiaal consult (ICC) voor een patiënt die klinisch is opgenomen en waarbij één of meerdere verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, IC-behandeldagen (ook NICU of PICU) of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd.
2. Een specialisme opent per klinische opname maximaal één ICC zorg/subtraject (dat uit meerdere contacten kan bestaan) voor een intercollegiaal consult.
3. Wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen of resulteert in een medebehandeling, wordt geen (ICC) zorg/subtraject geopend. Het zorgtype van het subtraject wordt omgezet van ZT₁₃ naar ZT₁₁ en de ICC-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag.
4. 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.
5. Bij een dagverpleging (190030 en 190090) en langdurige observatie zonder overnachting (190091) wordt geen ICC zorg/subtraject geopend.
6. Voor een intercollegiaal consult in het kader van een transplantatiezorgvraag (exclusief hart-/ long-/hartlongtransplantatie) wordt geen apart icc-zorg/subtraject geopend. De zorgactiviteit(en) voor het intercollegiale consult word(t)(en) geregistreerd in het al openstaande zorgtraject voor de transplantatiezorgvraag.

Artikel 24, lid 19

Klinisch intercollegiaal consult (icc) (190009)

Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme. Een icc op afstand dient ter vervanging van een face-to-face contact en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor reguliere face-to-face contacten. Van dit contact vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

⁵ Een ICC-anesthesist is toegestaan in de rol van poortspecialist als pijnbestrijder.

Toelichting

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke intercollegiale consulten (190009) voor de patiënt zijn geregistreerd zonder dat gelijktijdig een verpleegdag (190021⁶, 190200, 190218, 194804), verpleegdag kaakchirurgie (231902), klinische zorgdag in de thuissituatie (190228), IC-behandeldag (190150, 190151, 190157, 190158, 190159 of 190160) of verblijfsdag ggz op een PAAZ of PUK (8.8.01 t/m 8.8.09, 8.10.4 t/m 8.10.8, 8.11.1 t/m 8.11.7 en 8.12.1 t/m 8.12.7) 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 opname⁷ 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 contact⁸ of na 1-3-2020 een andere vorm van contact tussen de medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) en de patiënt. De onderzoeksmassa voor deze deelwaarneming betreft alle ICC's (subtrajecten met zorgtype 13 met alle ICC zorgactiviteiten) die niet naar voren komen als onjuist uit de data-analyse.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

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

⁷ 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.

⁸ Vanaf 1-3-2020 mag een intercollegiaal consult (190009) ook worden geregistreerd als de zorg op afstand heeft plaatsgevonden.

3 Onterecht vastleggen van Medebehandeling

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG 2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 24.20
NR/REG 22071	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 24.20

2021: Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of ic-dagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen.

2022: Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen, klinische zorgdagen in de thuissituatie, ic-dagen (ook NICU of PICU) of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit wordt per face-to-face contact met de patiënt in het kader van medebehandeling vastgelegd.

Een medebehandeling op afstand dient ter vervanging van een face-to-face contact en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor reguliere face-to-face contacten. Van dit contact vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

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.

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke zorgactiviteiten medebehandeling (190017) zijn geregistreerd zonder dat er op die dag een klinische opname (verpleegdag (190021⁹, 190200 190218, 194804), IC-behandeldag (190150, 190151, 190157 en 190158, 190159 of 190160), klinische zorgdag in de thuissituatie (190228), verpleegdag kaakchirurgie (231902) voor een ander specialisme is geregistreerd of verblijfsdag ggz op een PAAZ of PUK (8.8.01 t/m 8.8.09, 8.10.4 t/m 8.10.8, 8.11.1 t/m 8.11.7 en 8.12.1 t/m 8.12.7,. Deze medebehandelingen zijn onjuist geregistreerd.

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

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

Data-analyses ten behoeve van de twee deelwaarnemingen:

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

Deelwaarnemingen:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmassa (A) vast dat er voor alle zorgactiviteiten medebehandeling binnen het DBC subtraject sprake is geweest van een face-to-face contact¹⁰ met een medisch specialist (of arts-assistent , verpleegkundig specialist of physician assistant die de poortfunctie uitvoert, een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling¹¹).
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 contact³ met een medisch specialist (of arts-assistent , verpleegkundig specialist (2019) of physician assistant (2019)).

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

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

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

¹⁰ Vanaf 1-3-2020 tot 31-12-2021 kan er een medebehandeling (190017) worden geregistreerd voor zorg op afstand.

¹¹ Onder (mede)behandeling wordt verstaan: als uit dossieronderzoek blijkt dat er sprake is geweest van behandelbeleid of voorgeschreven medicatie, uitgevoerd door een hoofdbehandelaar.

4 Onterecht vastleggen van een dagverpleging

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 24.25 & 29.3I
NR/REG-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 24.25 & 29.3I

2021-2022:

Artikel 24

25. Dagverpleging (190030 en 190090)

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

Artikel 29

2021-2022

3.1 Dagverpleging kaakchirurgie (231901)

Een aantal uren durende vorm van verpleging, op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, die op dezelfde dag plaatsvindt als een kaakchirurgisch onderzoek of behandeling. Deze vorm van verpleging moet in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk zijn, in verband met het kaakchirurgisch onderzoek en/of behandeling.

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).

Data-analyse:

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

Data-analyse (enkel dagverplegingen 190030 en 190090):

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

2. Stel vast welke zorgactiviteiten dagverpleging (190030 en 190090) voor de patiënt zijn vastgelegd waarbij geen sprake is van een vorm van verpleging óf vorm van verpleging én behandeling door of onder verantwoordelijkheid van de medische specialist. Deze zorgactiviteiten dagverpleging zijn onjuist geregistreerd. Er wordt voldaan aan een vorm van verpleging óf vorm van verpleging én behandeling onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist wanneer er:

- een zorgactiviteit met zorgprofielklassen 4, 5, 6, 7, 13, 14, 15 of 16 is geregistreerd op de dezelfde kalenderdag als de zorgactiviteit dagverpleging (190030 en 190090) én is geregistreerd binnen hetzelfde subtraject als de zorgactiviteit dagverpleging (190030 en 190090), en/of
- add-on geneesmiddelen conform de ZI-tabel is geregistreerd op de dezelfde kalenderdag als de zorgactiviteit dagverpleging (190030 en 190090).

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

- A. Of alles afkeuren
- B. Of indien de massa niet volledig als foutief aangemerkt kan worden: ga 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 (231901) niet voorkomen in de twee bovengenoemde deelmassa's. Toon voor deze dagverplegingen kaakchirurgie aan dat:
 - a. de vorm van verpleging in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk is, in verband met het kaakchirurgisch onderzoek en/of behandeling.

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:

Dit controlepunt komt met ingang van de HR 2022 te vervallen.

5.2 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – Minimaal één overnachting

Beknorte 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-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 24.29, 26.4 en 26.5 Toelichting art 24 lid 29
NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 24.29, 26.4 en 26.5 Toelichting art 24 lid 29

Verpleegdag (190200, 190218, 190228, 194804, 231902 en [, 190032, 190033, , 190092, 190093¹²)

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

De voorwaarde 'overnachting' geldt niet bij:

- een definitieve overname door een andere instelling op dag van of de dag na opname;
- overlijden van de patiënt op dag van of de dag na opname.

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

Onder een voor verpleging ingerichte afdeling valt onder andere high/medium care. De polikliniek en spoedeisende hulp vallen hier niet onder.¹³

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

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

¹² Voor deze vier genoemde overige trajecten geldt ook de definitie van een verpleegdag zoals omschreven in art 24 lid 29.

¹³ Zoals ook is vermeld in de Nadere Regel bij de Toelichting bij Artikel 24.

	Bij definitieve overname of overlijden voor 07:00 uur kalenderdag x+1	1
	Na 7:00 uur kalenderdag x+1 (ook bij overlijden en overname)	1
Op 0:00 uur of na 0:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x	0
	Bij overlijden of overname voor 7:00 uur kalenderdag x	1
	Na 7:00 uur kalenderdag x	0
	Bij overlijden of overname na 7:00 uur kalenderdag x	1

Onder 'definitieve klinische overname' wordt verstaan een overname waarbij op voorhand niet verwacht wordt dat de patiënt voor de zorgvraag terugkeert naar de initiële instelling.

NB:

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

Advies voor controleren

AO/IB:

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

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke verpleegdagen (190200, 190218, 190228, 194804, 231902, 190032, 190033, 190092, 190093) geen sprake is van minimaal één overnachting zoals bij de uitleg van dit controlepunt beschreven. Sluit daarbij de volgende verpleegdagen uit (mits deze voor 20:00 uur is gestart):
 - A. Verpleegdagen waarbij sprake is van definitieve overname door een andere instelling op de dag van of de dag na opname.
 - B. Verpleegdagen waarbij sprake is van overlijden op de dag van of de dag na opname.

Deze verpleegdagen zijn onjuist geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

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

Beknopte samenvatting:

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

Uitzondering voor specialisme Cardiologie:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 6.3 Artikel 23.9 Artikel 19.7a Artikel 19.9
NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 6.3 Artikel 23.8 Artikel 19.7a

2021 en 2022:

Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de klinische opname. Alle verpleegdagen die horen bij de klinische opname worden binnen hetzelfde zorgtraject aan een subtraject gekoppeld.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Overdracht van het klinisch hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme. Wanneer hier vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake van is, worden de opvolgende verpleegdagen gekoppeld aan het subtraject van de overnemend hoofdbehandelaar.
- Kinderen met een SKION-stratificatie die een allogene stamceltransplantatie ondergaan en voorafgaand aan de transplantatiefase al klinisch opgenomen zijn. De verpleegdagen worden dan vanaf de start van de conditionering aan het zorgtraject voor de stamceltransplantatie gekoppeld.

Cardiologie

Voor het poortspecialisme Cardiologie gelden specifieke afsluitregels voor zorgtrajecten in verband met niet toegestane parallelliteit. 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:

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

- op datum van klinisch ontslag of dagverpleging (ZPK2) behalve bij vervolg subtrajecten (ZT21) op de dagverpleging in het kader van diagnostiek of electrocardioversie;
- wanneer zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag voordoet waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend (vanwege niet toegestane parallelliteit).

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

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

(vanwege niet toegestane paralleliteit). In dat geval wordt het subtraject één dag voor opening van het nieuwe zorgtraject afgesloten.

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

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

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

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

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

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

Beknorte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 23.9
NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 23.8

2021 en 2022

Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de klinische opname. Alle verpleegdagen die horen bij de klinische opname worden binnen hetzelfde zorgtraject aan een subtraject gekoppeld.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Overdracht van het klinisch hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme. Wanneer hier vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake van is, worden de opvolgende verpleegdagen gekoppeld aan het subtraject van de overnemend hoofdbehandelaar.
- Kinderen met een SKION-stratificatie die een allogene stamceltransplantatie ondergaan en voorafgaand aan de transplantatiefase al klinisch opgenomen zijn. De verpleegdagen worden dan vanaf de start van de conditionering aan het zorgtraject voor de stamceltransplantatie gekoppeld.

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Stel de deelmasse vast van verpleegdagen (190200, 190218, 194804, 190228), waarvan de klinische periode¹⁴ verdeeld is over de volgende specialismen:
 - Longgeneeskunde (0322) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)¹⁵
 - Neurologie (0330) ⇔ Neurochirurgie (0308)¹⁶
 - Orthopedie (0305) ⇔ Heelkunde (0303)
 - Cardiologie (0320) ⇔ Cardiochirurgie (0328)¹⁷
 - MDL (0318) ⇔ Interne Geneeskunde (0313)
 - Urologie (0306) ⇔ Gynaecologie (0307)

¹⁴ 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.

¹⁵ Indien door corona bijzonderheden in de massa worden geconstateerd, neem dan contact op met de representerende zorgverzekeraar.

¹⁶ 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.

¹⁷ Boetebesluit Antonius geeft aan wanneer cardio betrekking heeft op pre-, peri- of postoperatieve zorg alle verpleegdagen gekoppeld dienen te zijn aan cardiochirurgie, cardiologie mag poliklinisch declareren.

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

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

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

5.6 Onterecht vastleggen van een langdurige observatie (zonder overnachting)

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-22007a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 24.26
NR-REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 24.26

Langdurige observatie zonder overnachting (190091)

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

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

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke geregistreerde langdurige observaties zonder overnachting (190091) er geen sprake is van minimaal vier aaneengesloten uren observatie op basis van opname en ontslagtijd. Deze langdurige observaties zijn onjuist geregistreerd.
2. 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, 190228, 194804 en 231902) of IC-behandeldag (190157, 190158, 190159 en 190160). Deze langdurige observaties (of de genoemde zorgactiviteit die parallel is geregistreerd) zijn onjuist geregistreerd.

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

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

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming op de deelmasa en dossieronderzoek vast dat er sprake is van een vorm van niet geplande verpleging waarvoor toch een langdurige observatie geregistreerd mag worden.¹⁸

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

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

¹⁸ 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-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 11.1 / 11.2/ 11.3/ 11.6 / 11.7 / 11.8 / 26.2/
NR/REG -2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 11.1 / 11.2/ 11.3/ 11.6 / 11.7 / 11.8 / 26.2 /

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

- Een ic-zorg/subtraject 51 wordt altijd parallel (in samenhang met) een zorgtraject van de hoofdbehandelaar geregistreerd. Er wordt een verwijzing geregistreerd vanuit welk zorgtraject (= het zorgtraject van de hoofdbehandelaar) naar het ic-zorg/subtraject 51 is verwezen.
- Een ic-zorg/subtraject 52 wordt geregistreerd indien een patiënt direct op de ic-afdeling terechtkomt, zonder dat er naast het ic-zorgtraject een zorgtraject met een subtraject met zorgtype 11 of 21 is geregistreerd.
- Parallele ic-zorg/subtrajecten 51 of 52 zijn niet toegestaan.
- Tijdens de ic-opnameperiode mogen geen verpleegdagen of klinische zorgdagen in de thuissituatie worden geregistreerd. Op één kalenderdag wordt óf een ic-dag óf een verpleegdag óf een klinische zorgdag in de thuissituatie geregistreerd.

a. Add-ons ic worden geregistreerd middels een eigen subtraject. Binnen de registratie van een subtraject wordt alleen het component zorgtype getypeerd.

b. Welke ic-dag (type 1 of type 2) in rekening kan worden gebracht, wordt bepaald in contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij het ontbreken van contractafspraken mag alleen ic-dag type 1 in rekening worden gebracht.

c. Voor de add-ons ic gelden specifieke omschrijvingen en/of registratievoorwaarden:

Advies voor controleren

Data-analyse:

1. Stel vast welke IC-behandeldagen (190150, 190151, 190157, 190158, 190159 en 190160) zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag parallel aan een andere IC-behandeldag (190150, 190151, 190157, 190158, 190159 en 190160) Een van beiden is onjuist geregistreerd.
2. Stel vast welke verpleegdagen (190200, 190218, 190228, 194804, 190031, 190032, 190033, 190034, 190038, en 231902) zijn vastgelegd op dezelfde kalenderdag als een IC-behandeldag (190150, 190151, 190157, 190158, 190159 en 190160). Een van beiden is onjuist geregistreerd.

Hoe te corrigeren

Micro-correctie.

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-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 29.3.a-c en 34d.4.a
NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 29.3.a-d en 34d.4.a

2021 en 2022:

Eerste consult mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (234001)

Een face-to-face consult bij mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert, inclusief uitgebreid onderzoek. Het opnemen van een eenvoudige anamnese over aard en duur van de klachten dienen als een geheel met de daaropvolgende behandeling te worden beschouwd. Hiervoor wordt geen apart consult vastgelegd.

Herhaalconsult mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (234002)

Een face-to-face consult bij mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een zorgvraag een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert.

Consult op afstand mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (234004)

Een consult bij mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie waarbij een patiënt voor een zorgvraag op afstand (screen-to-screen, telefonisch of schriftelijk) een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert. Dit consult op afstand dient ter vervanging

van een face-to-face herhaalconsult (234002) en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur vergelijkbaar te zijn. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Indien een consult kaakchirurgie (234001, 234002 en 234004) in dezelfde zitting wordt gevolgd door een verrichting uit productgroep 3 t/m 8, wordt het consult niet in rekening gebracht. Per kalenderdag mag maximaal één consult in rekening gebracht worden.

De kaakchirurgische verrichtingen omvatten zowel de voorbehandeling als de verrichting zelf, ongeacht of deze in één of meer a. zittingen plaatsvinden. Voor het poliklinisch behandelen van complicaties die het gevolg zijn van de uitgevoerde kaakchirurgische verrichting, mag een aparte verrichting voor de complicatiebehandeling in rekening gebracht worden, mits dit niet dezelfde verrichting is als de oorspronkelijke ingreep. Indien er géén aparte verrichting voor de complicatiebehandeling bestaat of in rekening gebracht kan worden, mag een herhaalconsult in rekening worden gebracht.

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 (234001, 234002, en 234004) 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 voor welke patiënten er meerdere consulten mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (234001, 234002 en 234004) zijn gedeclareerd op eenzelfde kalenderdag. Een van deze consulten is onjuist geregistreerd.
3. Stel een lijst op met hierin alle consulten bij kaakchirurgie (234001, 234002 en 234004) die niet integraal zijn afgekeurd in de bovenstaande data-analyses 1 t/m 3. Deze consulten vormen de basis voor de deelwaarneming 4.

Deelwaarneming:

1. Stel door middel van een deelwaarneming en dossieronderzoek vast dat de juiste zorgactiviteit (234001, 234002, 234004) is vastgelegd.

Stel vast bij een eerste of herhaalconsult mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (234001 en 234002) dat er sprake is van een anamnese en beleid (uitgevoerd door een kaakchirurg (of arts-assistent), verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog) op dezelfde kalenderdag zoals beschreven in de AO/IB.

Stel vast bij een consult op afstand (234004) dat uit de verslaglegging blijkt dat het consult zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur vergelijkbaar te zijn met een herhaalconsult. Hier gelden dezelfde toetsingscriteria als bij controlepunt 1.4.

De onderzoeksmassa betreft de uitkomsten van bovenstaande punt 6 onder de data-analyse.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie

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

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

Beknpte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 29.3.a-c en 34d.4.g
NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 29.3.a-d en 34d.4.g

2021 en 2022:

Taakdelegatie

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

Advies voor controleren

AO/IB:

1. Omschrijf de beheersmaatregelen omtrent taakdelegatie.

Data-analyse:

1. Stel vast voor welke patiënten er sprake is van één of meerdere kaakchirurgisch 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 patiënten de kaakchirurg als hoofdbehandelaar meer dan 12 maanden of waarbij de behandeling door de kaakchirurg in zijn geheel ontbreekt voorafgaande aan de geregistreeerde verrichtingen door een andere beroepsbeoefenaar zelf een behandeling heeft uitgevoerd. Deze verrichtingen zijn onjuist.
 - b. Stel vervolgens vast voor welke patiënten de kaakchirurg als hoofdbehandelaar minder dan 12 maanden kalenderjaar voorafgaande aan de geregistreeerde verrichtingen door een andere beroepsbeoefenaar zelf een behandeling heeft uitgevoerd. 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/REG2207a	01-01-2022	31-12-2022	Bijlage 3 - Zorgactiviteitentabel
NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Bijlage 3 - Zorgactiviteitentabel

2021 en 2022:

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 *Behandeling wond met wondrandexcisie (o.a. necrotomie, debridement) of wond > 5 cm lengte zonder wondrandexcisie. Incl. onderzoek en schoonmaken en evt. hechten of lijmen. Incl. evt. plaats. verdoven.*

Advies voor controleren

2021 en 2022:

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. Selecteer alle geregistreerde zorgactiviteiten met zorgactiviteitcode 038945 - *Behandeling wond met wondrandexcisie (o.a. necrotomie, debridement) of wond > 5 cm lengte zonder wondrandexcisie. Incl. onderzoek en schoonmaken en evt. hechten of lijmen. Incl. evt. plaats..*

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

Data-analyse/integrale controle: micro-correctie.

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

7 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 24.85 & 27.1a en c
NR/REG-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 24.85 & 27.1a en c

2021 en 2022

Artikel 24 lid 85

Moleculaire diagnostiek (050541 t/m 050545)

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

Artikel 27 lid 1a

Beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879)

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

Artikel 27 lid 1c

Pathologie (050516 t/m 050523 en 050540)

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

De declaratiecode wordt bepaald door de combinatie aard materiaal en ingreep.. 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.

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

Toelichting

Uit FAQ Handreiking 2015:

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

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

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

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

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

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

Indien de situatie onduidelijk is:

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

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

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

Toelichting bij moleculaire diagnostiek:

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

Advies voor controleren

AO/IB:

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

Data-analyse ten behoeve van deelwaarneming:

1. *Beeldvormende diagnostiek:* de data-analyse voor dit onderdeel moet gericht zijn op DBC's en OZP's en een combinatie van beiden.
Stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteiten beeldvormende diagnostiek (080001 t/m 089879), die niet tot zorgprofielklasse 5 of 6 horen op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd en binnen verschillende subtrajecten vallen of minimaal één van beide een overig zorgproduct betreft. Betrek hierbij de financiële impact. Indien de zorgactiviteiten binnen verschillende subtrajecten vallen en het verwijderen van de 2e of volgende zorgactiviteit geen impact heeft op de afleiding van het zorgproduct (en dus geen financiële impact) dan hoeft deze niet in de deelwaarneming beoordeeld te worden.
Deze zorgactiviteiten behoren tot de eerste deelmassa.
2. *Pathologie:* de data-analyse voor dit onderdeel moet gericht zijn op OZP's.
 - a. Stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteiten pathologie (050516 t/m 050523 en 050540) op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd en waarvan minstens 1 zorgactiviteit als overig zorgproduct is geregistreerd. Deze zorgactiviteiten behoren tot de tweede deelmassa. Twee zorgactiviteiten pathologie die binnen één of verschillende DBC-subtraject(en) vallen worden hier uitgesloten van de deelmassa.
 - b. Stel vast bij welke patiënten twee of meer dezelfde zorgactiviteiten moleculaire diagnostiek (050541 t/m 050545) op dezelfde kalenderdag zijn geregistreerd en waarvan minstens 1 zorgactiviteit als overig zorgproduct is geregistreerd. Deze zorgactiviteiten behoren tot de derde deelmassa. Twee zorgactiviteiten moleculaire diagnostiek die binnen één of verschillende DBC-subtraject(en) vallen worden hier uitgesloten van de deelmassa.

Deelwaarneming:

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

Hoe te corrigeren

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

8 Het onterecht registreren en declareren van add-on geneesmiddelen en ozp- stollingsfactoren (uitvoerdatum 2021 en 2022)

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 2022 :

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

Regelgeving/beleid

BR/REG - 21106aNR	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 10
REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 34a lid 9 en 10 en Artikel 37 lid 1 sub m
BR/REG - 22114a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 10
NR/REG-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 34a lid 9 en 10 Artikel 37 lid 1 sub m

BR/REG-21106a (2021) / BR/REG – 22114a (2022)

Artikel 10. Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

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

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

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

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

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

NR/REG-2103a (2021) / NR/REG – 2207a

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

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

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

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

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

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

Toelichting

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

Artikel 37. Informatieverplichting bij declaratie van overige zorgproducten

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

Advies voor controleren

Er worden twee deelmassa's gecontroleerd. Binnen deelmassa 1 worden alle dummycode 9999998 gecontroleerd. De overige add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren worden gecontroleerd binnen deelmassa 2. Deelmassa 2 kan op twee wijzen worden gecontroleerd, door te steunen op de procesbeschrijving AO/IB (optie 1) of door een deelwaarneming conform beslisboom (optie 2) uit te voeren. Voor de uitvoering van deze controles zijn drie basisdocumenten van toepassing:

- Tabel ten behoeve van de dummycode controle 9999998
- G-standaard met uitgebreide indicatietekst van desbetreffende maand.
- Bijlage 14 met niet-risicovolle dure- en weesgeneesmiddelen

Procesbeschrijving AO/IB (deelmassa 2 optie 1)

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

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

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

Deelmassa 1: Controle add-on met dummycode 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. Bepaal van de overgebleven deelmassa of er later in de tijd voor dezelfde patiënt met hetzelfde geneesmiddel een indicatie met aanspraak 'JA' is gebruikt. Zo ja, dan zijn alle voorgaande declaraties (maximaal 1 maand) van hetzelfde middel voor dezelfde patiënt met dummy 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 over de periode met prestatiedatum 1-1-2021 t/m 31-12-2022.

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

Representativiteit van de deelwaarneming

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

- Per werkzame stof – indicatiecombinatie wordt een percentage berekend van de financiële waarde van desbetreffende combinatie ten opzichte van het totaal binnen 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 werkzame stof – indicatiecombinatie wordt een percentage berekend van het aantal uitgiften of toedieningen binnen desbetreffende combinatie ten opzichte van het totaal binnen deelmassa 2 berekend.
Vb. Aantal uitgiften 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.
- Bij de uitvoer van de controle van deelmassa 2 zijn twee opties toegestaan

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

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

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

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

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

- Uitbreiding conform beslisboom op patiënt werkzame stof – indicatiecombinatie niveau.
- Selecteer nieuwe patiënten en verdeel deze over de top 25 tot het aantal bij te steken combinaties is behaald.
- De 50 reeds gecontroleerde combinaties worden in mindering gebracht op de uitbreiding¹⁹.
- Controleer de indicatiestelling en alle toedieningen van de gestoken patiënt werkzame stof – indicatiecombinaties.

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

- Uitbreiding conform beslisboom op patiënt werkzame stof – indicatiecombinatie niveau.
- Selecteer nieuwe patiënten en verdeel deze over de top 25 tot het aantal bij te steken combinaties is behaald.
- De 50 reeds gecontroleerde combinaties worden in mindering gebracht op de uitbreiding²⁰.
- Controleer de indicatiestelling van de gestoken patiënt werkzame stof – indicatiecombinaties, de feitelijke levering hoeft niet gecontroleerd te worden.

C. Alleen onjuistheden ten aanzien van feitelijke levering:

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

De resultaten dienen geëxtrapoleerd te worden over de totale risicogerichte massa (uitvoeringsjaar 2021 en 2022).

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

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

¹⁹ Als uit de beslisboom volgt dat 50 patiënten of minder moeten worden gecontroleerd hoeft de deelwaarneming niet te worden uitgebreid.

²⁰ Als uit de beslisboom volgt dat 50 patiënten of minder moeten worden gecontroleerd hoeft de deelwaarneming niet te worden uitgebreid.

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

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

Hoe te corrigeren

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

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

9 Onterecht zorgtraject/subtraject

Beknorte samenvatting:

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

Het is niet toegestaan om zorg ten laste van de Zvw in rekening te brengen terwijl er geen geldige verwijzing aanwezig is (uitzondering acute zorg).²¹

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

Regelgeving/beleid

NR/REG2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 1dd, 1 ee (poorter/poortfunctie) Artikel 4.1, 4.2, 4.3 Artikel 5 Artikel 16 Artikel 19 Artikel 23 lid 7 Artikel 33.4, 33.7, 33.8, 33.9, 33.10, 33.11, 33.12, en 33.13. Artikel 36 1m, 1n (verwijzer)
NR/REG-2103a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 1dd, 1 ee (poorter/poortfunctie) Artikel 4.1, 4.2, 4.3 Artikel 5 Artikel 16.1, 16.2, 16.3 (openen ZT11) Artikel 19 (openen en sluiten) Artikel 23 lid 6 (dubbelzijdigheid) Artikel 33.4, 33.7, 33.8, 33.9, 33.10, 33.11, 33.12, en 33.13. Artikel 36 1m, 1n (verwijzer)

A. Verwijsregistratie

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).

²¹ Conform coullance covid 19 als er sprake is van een verlopen verwijzing a.g.v. covid 19 wordt de verwijzing niet afgewezen. Dit moet dan wel uit de historie van de afspraak op te maken zijn. Er vindt wel nog steeds een controle plaats op wie de verwijzer is geweest. Een verlopen verwijzing als gevolg van corona wordt dus goedgekeurd.

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 patiënt²² (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).²³

B. Openen Zorgtraject

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

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

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

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

C. . Parallel zorgtraject

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

Een parallel zorgtraject met eenzelfde diagnosetypering mag worden geopend indien sprake is van een dubbelzijdige aandoening waarbij binnen de looptijd van een subtraject aan beide zijde een zorgactiviteit wordt uitgevoerd die voorkomt in bijlage 1 bij het registratieaddendum (42-dagenregel zorgactiviteiten). De combinatie van diagnoses mag hierbij niet voorkomen in de diagnose-combinatietabel (bijlage 6).

²² 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.

²³ Dit type verwijzer wordt ook gebruikt voor een verwijzer uit het buitenland die geen AGB-code heeft en bij verwijzing door het RIVM voor een vervolgonderzoek naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek darmkanker.

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

Toelichting NZa:

"Het toestaan van paralleliteit 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 paralleliteit 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".

Er wordt geen parallel zorgtraject geopend:

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

Bij de volgende diagnoses kan een parallel zorgtraject geopend worden:

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

Indien medicinale oncologische behandeling ter voorbereiding op een stamceltransplantatie plaatsvindt, wordt voor het stamceltransplantatietraject een parallel zorg/subtraject met dezelfde diagnose geopend. Vanaf 2021 geldt dat bij stamceltransplantaties voor volwassenen en kinderen zonder SKION-stratificatie voor de searchfase van een stamceltransplantatietraject een parallel zorg/subtraject met dezelfde diagnose wordt geopend. Voor stamceltransplantaties bij kinderen met een SKIONstratificatie en stamceltransplantaties in het kader van de BRCA1-studie wordt voor het gehele stamceltransplantatietraject een parallel zorg/subtraject met dezelfde diagnose geopend.

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

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

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

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

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

Bij radiotherapie kan een parallel zorgtraject geopend worden voor:

- Combinatiebehandelingen van tele-, brachytherapie en/of hyperthermie wordt per soort behandeling een afzonderlijk (parallel) traject geopend.
- Uitwendige bestraling geldt dat parallelle zorgtrajecten zijn toegestaan, voor zover er sprake is van meerdere doelgebieden die niet in één bestralingsplan te omvatten zijn. Behandeling van twee ISO centra betekent twee zorgtrajecten.

Advies voor controleren:

Data-analyse:

Voer de twee onderstaande data-analyses uit op de onderzoeksmassa

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

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

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

Data-selectie ten behoeve van deelwaarnemingen:

Alvorens de risicomassa van dit controlepunt wordt onderverdeeld in drie deelmassa's worden de onderstaande uitsluitingen toegepast. Zie ook bijlage 13.

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

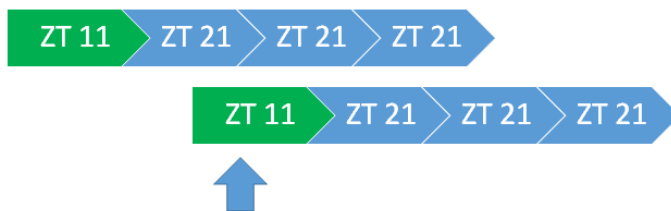
1. Dialyse: Zorgtrajecten met een dialyse diagnose (0313.332, 0313.331, 0313.336 en 0313.339) worden uitgesloten van de gehele deelwaarneming.
2. Zwangerschap/bevalling: Zorgtrajecten met een bevallingsdiagnose (0307.Bxx) welke parallel zijn geopend aan een zorgtraject met een zwangerschapsdiagnose (0307.Zxx) worden uitgesloten van de

gehele deelwaarneming. Het parallel geopende zorgtraject met een zwangerschapsdiagnose (0307.Zxx) moet worden gecontroleerd binnen deelmassa 2.

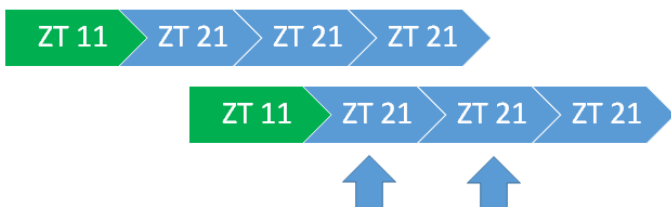
3. **Fertilititeit:** Zorgtrajecten met een diagnose oriëntatie fertiliteitsonderzoek (0307.F11), dienen ongeacht of zij parallel lopen met een ander zorgtraject van het specialisme gynaecologie, te worden opgenomen in deelmassa 2. Zorgtrajecten met een diagnose gespecialiseerde technieken (0307.F21) 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) 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.

Stel vervolgens onderstaande deelmassa's vast.

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



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



N.B. bij bepalen data-selectie:

- Indien zorgtrajecten dezelfde begindatum hebben, dan dienen alle DBC-subtrajecten met deze zelfde zorgtraject-begindatum te worden gesignaleerd in 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's 1 en 2 op de onderstaande risico's:

A. Verwijsregistratie

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

B. Openen van een zorgtraject (ZT11)

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

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

C. Openen van een parallel traject

In de controle worden alle subtrajecten betrokken waarmee het gestoken traject parallel staat, ongeacht of deze wel of niet onder de scope van de Handreiking vallen. Stel door middel van dossieronderzoek vast dat de gestoken posten terecht parallel geopend zijn. Controleer of sprake is van²⁴:

- a) een andere zorgvraag bij een instelling, waarvoor bij het betreffende specialismen binnen deze instelling nog geen zorgtraject geopend. Dit blijkt uit het medisch dossier.
- b) de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert verantwoordelijk is voor de anamnese en diagnosestelling.
- c) separaat beleid ten aanzien van de zorgvraag.

²⁴ De criteria voor het openen van een parallel zorgtraject moeten gelezen worden in de geest van de registratietafel die is ontwikkeld door ZN,NFU, NVZ en de FMS.

Hoe te corrigeren

Data-analyse: micro-correctie.

Deelwaarnemingen: macro-correctie*.

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

* Bij afwijken kan contact op worden genomen met de representerende zorgverzekeraar.

10 Onterecht een parallel zorgtraject openen over specialismen heen

Beknopte samenvatting:

2021/2022: Als er sprake is van een multidisciplinaire behandeling kunnen er voor dezelfde zorgvraag van een patiënt meerdere zorgtrajecten worden geopend. Er is sprake van multidisciplinaire behandeling indien er sprake is van één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag.

Regelgeving/beleid

NR/REG-2003a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 1dd, 1ee Artikel 4.1 / 4.2 / 5.2 / 5.3
NR/REG-2207a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 1dd, 1ee Artikel 4.1 / 4.2 / 5.2 / 5.3

2021/2022

De registratie van het zorgtraject start op de datum dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van een nieuwe zorgvraag van een patiënt. Het zorgtraject kan ook starten op de datum van een verstrekking/toediening van een add-on geneesmiddel of ozp stollingsfactor aan de patiënt.

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

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

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

Een nieuw te openen zorgtraject voldoet aan de volgende voorwaarden:

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

Advies voor controleren

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

AO/IB:

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

Data-analyse ten behoeve van bepaling deelmassa's:

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

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

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

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

Stel daarvoor door middel van het dossier vast dat sprake is van:²⁵

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

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

Hoe te corrigeren

Deelwaarnemingen: macro-correctie

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

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

²⁵ Deze criteria voor het openen van een eigen DBC in een multidisciplinaire setting moeten gelezen worden in de geest van de registratiekaart die is ontwikkeld door ZN,NFU, NVZ en de FMS.

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

Beknopte samenvatting:

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

Regelgeving/beleid

BR/REG-22114a	01-01-2022	31-12-2022	Artikel 5.9
BR/REG-21106a	01-01-2021	31-12-2021	Artikel 5.9

2021 en 2022:

Artikel 5.9 (2021 en 2022)

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

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

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

Tabel 1: Declaratiecode

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

Toelichting

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

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

Bijlage 8 bevat de lijst met oranje zorgactiviteiten die ten behoeve van controlepunt 12 zijn geselecteerd. De lijst t.b.v. de Handreiking 2021 is niet gewijzigd t.o.v. de lijst van 2020 en bevat 5 verschillende onderdelen (deelmassa's).

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

Advies voor controleren

Data-analyse ten behoeve van de deelwaarneming:

1. Stel vast welke zorgactiviteiten zijn geregistreerd met een aanspraakbeperking uit de lijst 'oranje zorgactiviteiten t.b.v. controlepunt 12' (bijlage 8) en die onderdeel uitmaken van een DBC die gedeclareerd is met een declaratiecode 14xxxx of 15xxxx (aanspraak vanuit de basisverzekering).

Deelwaarneming:

Voer per deelmassa, zoals benoemd in bijlage 8 van de Handreiking, een deelwaarneming uit conform de beslisboom.

Beoordelingskader:

Stel door middel van het medisch dossier vast dat de geregistreerde zorgactiviteiten terecht als verzekerde zorg zijn gedeclareerd. Het inhoudelijk kader voor deze beoordeling is te vinden in het document 'Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode zvw' van het Zorginstituut Nederland (bijlage 9). Dit betekent concreet dat vastgesteld moet worden of het gedeclareerde DBC zorgproduct terecht met declaratiecode 14xxxx of 15xxxx gedeclareerd is of dat dit declaratiecode 16xxxx of 17xxxx had moeten zijn.

Hoe te corrigeren

Deelwaarneming: macro-correctie²⁶ en micro-correctie van in deelwaarneming gevonden fouten.

²⁶ 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.