

Zorgverzekeraars Nederland



Eindrapportage van Expertgroep Omzetonderzoek 2012-2013 Medisch Specialistische Zorg

**“Gezamenlijk op weg naar het werkbaar functioneren van een
ingewikkeld en nog onvoldragen DBC-systeem”**

11 december 2014
Zorgverzekeraars Nederland, Zeist
Rapportage Expertgroep Omzetonderzoek

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Conclusie	4
Hoofdstuk 1: Aanleiding zelfonderzoek	5
• Het zelfonderzoek	
• Oranje loket	
• Instellen Expertgroep	
• Na afronding zelfonderzoek	
Hoofdstuk 2: Procesbeschrijving/ werkwijze review zelfonderzoek	9
• Proces zelfonderzoek	
• Deelname aan Expertgroep vanuit NVZ en NFU	
• Documentatie	
• Verdere stappen	
Hoofdstuk 3: Bevindingen review zelfonderzoek	12
• Vervallen controlepunten	
• Aangepaste controlepunten	
• Aanpassingen in wijze van controleren	
• Verduidelijking wijze van rapporteren	
• Financiële gegevens	
Hoofdstuk 4: Verbeterpunten/aandachtspunten	19
Bijlagen	20
• Bijlage 1: Verantwoording deelname en werkwijze Expertgroep omzetonderzoek	
• Bijlage 2: Procesbeschrijving	
• Bijlage 3: Samenstelling Expertgroep	
• Bijlage 4: Controleplan Correct Declareren versie 1.1	
• Bijlage 5: Addendum	
• Bijlage 6: Reviewprotocol	

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van de uitkomsten van het zelfonderzoek in het kader van het plan van aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg (verder te noemen zelfonderzoek).

Bij dit onderzoek is door een grote groep mensen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in korte tijd, onder grote druk, een enorme hoeveelheid werk verzet. Zorgaanbieders hebben eerst in eigen huis op basis van het controleplan en het addendum gedurende de zomermaanden het zelfonderzoek uitgevoerd. Hierbij moest feitelijk de declaratiemassa 2012 en 2013 onderzocht worden; een gigantisch werk. Daarbij werden zij regelmatig geconfronteerd met onduidelijkheden in regelgeving. De NZa heeft er hard aan gewerkt om de declaratieregels via het Oranjeloket en de Q&A bij de Verboden-Toegestaan Lijst te verduidelijken. Begin september zijn er nog een aantal onduidelijkheden weggenomen, waardoor de deadline van aanlevering van het zelfonderzoek van 1 september 2014 is verschoven.

Na oplevering van de zelfrapportage was het werk echter nog niet gedaan. In een zeer korte tijd hebben zorgverzekeraars, verenigd in de Expertgroep, een review uitgevoerd bij elke deelnemende zorgaanbieder. Naar aanleiding van de review stelden zorgverzekeraars vragen of vroegen soms om aanvullende werkzaamheden aan de zorgaanbieders. Dit alles wederom onder grote tijdsdruk omdat 1 december het totale traject moest zijn afgerond, zodat zorgaanbieders nog voor 15 december 2014 een jaarrekening 2013 met goedkeurende controleverklaring konden deponeren.

Het hele traject heeft heel veel gevraagd van alle betrokken medewerkers bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars en ook bij de accountants en de NZa. Alle partijen hebben grote inzet getoond in dit traject waarvoor ik namens de Expertgroep mijn waardering uitspreek. Zonder deze bijzondere inspanningen was het niet mogelijk geweest deze enorme klus te klaren.

De Expertgroep spreekt de verwachting uit dat met deze grote inspanning van en de gegroeide samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars er een werkbaar functionerend DBC-systeem wordt bereikt dat dubbele controles voorkomt en dat transparantie geeft aan NZa, accountants maar vooral ook aan patiënten en de samenleving.

L.C. (Bert) Bruggeman

Onafhankelijk voorzitter Expertgroep omzetonderzoek

Conclusie

De Expertgroep concludeert dat de ziekenhuizen, umc's en zbc's, die het gehele traject hebben doorlopen, het zelfonderzoek in het kader van het plan van aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg naar behoren hebben uitgevoerd.

Daarmee is voor deze zorgaanbieders voldaan aan de afspraken in de kamerbrief van 22 mei 2014 en kunnen zij er vanuit gaan dat hiermee de (materiële) controle over de in het onderzoek opgenomen declaratiemassa definitief is afgerond.

Ook de NZa heeft in haar Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015 aangegeven dat als de zorgaanbieders in het aanvullend omzetonderzoek de benoemde controlepunten hebben betrokken, het onderzoek op toereikende wijze is uitgevoerd en de instellingen de NZa informeren over de uitkomsten van het onderzoek in de vorm van toezending van het onderzoek, het rapport van feitelijke bevindingen van de accountant en het oordeel van de Expertgroep, mogen zorgaanbieders en zorgverzekeraars er van uit gaan dat dit voor de NZa voldoende is.

Hoofdstuk 1. Aanleiding zelfonderzoek

Begin 2014 heeft veelvuldig overleg plaatsgevonden over de jaarrekeningproblematiek bij ziekenhuizen die zich uiteindelijk toespitste op de onzekerheden over de juistheid van de declaraties. Deze onzekerheid vloeit vooral voort uit de complexiteit en continue verandering van het bekostigingssysteem en ervaren onduidelijkheid in de regelgeving. Voor wat betreft de onduidelijkheid in de regelgeving versterkt het tussentijds en met terugwerkende kracht duiden van regelgeving de onzekerheid. Het onderzoek naar onjuiste declaraties bij het St. Antonius Ziekenhuis dat 11 februari 2014 publiek is gemaakt illustreert deze problematiek. In het rapport is o.a. opgenomen:

- *“Regelgeving die ondanks de aanzienlijke omvang ervan, niet op alle vragen antwoorden geeft, leidt tot het risico van opportunistische interpretaties. De Commissie heeft geconstateerd dat in veel van de gevallen waarin sprake is van onjuiste declaraties, die niet als verwijtbaar moet worden beoordeeld. Onduidelijkheden en frequente wijzigingen in de regelgeving zijn hier mede debet aan”.*
- *“De Commissie is van mening dat de in het onderzoek gesignaleerde registratie- en declaratie-issues, niet alleen relevant zijn voor het St. Antonius Ziekenhuis”.*

In het bestuurlijk overleg in het kader van het hoofdlijnenakkoord (het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)) op 13 februari 2014 is gesproken over de jaarrekeningproblematiek, in het bijzonder de onzekerheid bij de declaraties. In lijn met de mening van de Commissie hebben landelijke partijen gezamenlijk geconcludeerd dat de Casus St. Antonius een niet op zichzelf staande casus is. In aansluiting hierop zijn met de NVZ en NFU afspraken gemaakt over de gezamenlijk te nemen acties¹:

- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars nemen gezamenlijk de regie op dit onderwerp. Samenwerking is van extra belang om als gehele branche te komen tot correcte declaraties.
- Het probleem moet niet alleen als een probleem van de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars worden gezien maar ook van de regelgever en de toezichthouder. Alle partijen moeten bijdragen aan een oplossing.
- De aanpak van het probleem moet zowel gericht zijn op de omgang met “het verleden” (jaren tot en met 2014) als de toekomst (2015 en verder).

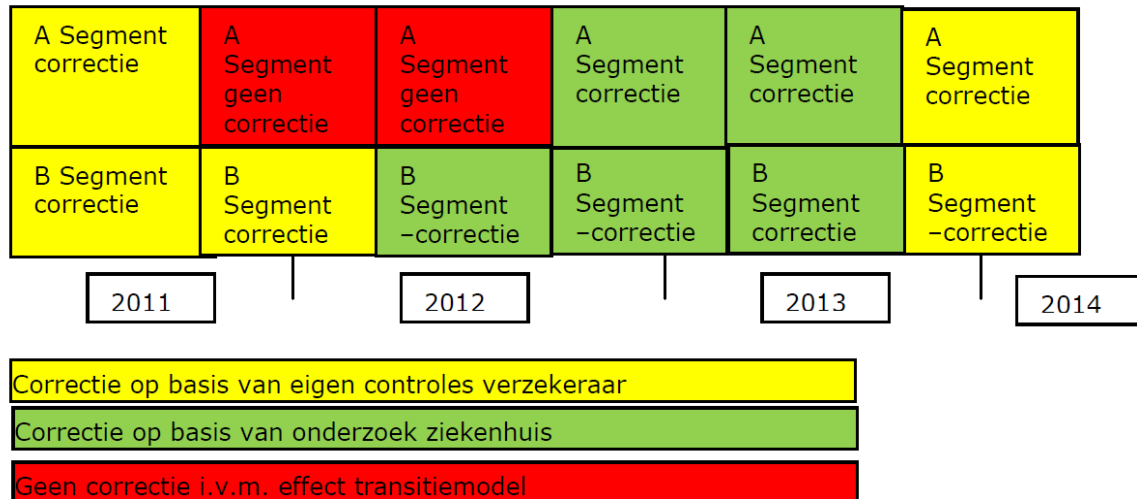
Bovenstaande heeft uiteindelijk geresulteerd in een plan van aanpak dat met de Kamerbrief van 22 mei 2014 door Minister Schippers bekend is gemaakt.

¹ ZKN heeft zich hierbij aangesloten.

Het zelfonderzoek

In het plan van aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg staat beschreven hoe alle betrokken partijen (NVZ, NFU, ZN, Orde van Medisch Specialist (OMS), ZKN, de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) en de NZa) een rol hebben bij het oplossen van de problematiek.

In het plan van aanpak wordt uitgegaan van een door de zorgaanbieder uit te voeren zelfonderzoek over de omzet 2012/2013 (zie afbeelding 1).



Afbeelding 1: Te controleren omzet zelfonderzoek

De rapportage van het zelfonderzoek is door de accountants voorzien van een rapport van feitelijke bevindingen. Het hiervoor benodigde accountantsprotocol is door instellingen en de NBA ontwikkeld. De afgesproken aanpak is eenmalig en is erop gericht de complexe verantwoording over de transitiejaren voor deze sector af te wikkelen. De afgesproken aanpak voor de jaren tot en met 2013 biedt voor betrokken partijen, zowel de ziekenhuizen, medisch specialisten, zbc's als de zorgverzekeraars, meer zekerheid ten aanzien van de verantwoording en jaarrekeningen. Met deze aanpak worden de jaren 2012-2013 (versneld) afgewikkeld.

De betrokken partijen hebben gezamenlijk het Controleplan Correct Declareren versie 1.1 opgesteld. In dit plan zijn de controlepunten uit de kamerbrief aangevuld met controles die anders door zorgverzekeraars uitgevoerd zouden worden. In het controleplan wordt per punt de regelgeving, het bijbehorende risico en de wijze waarop de juiste toepassing van de regelgeving kan worden vastgesteld beschreven.

Na het verschijnen van het controleplan is gebleken dat er aanvullende toelichting en een enkele aanpassing noodzakelijk was om tot een goede uitvoering van het zelfonderzoek te komen. Hiervoor is een addendum opgesteld, waarin onder andere is opgenomen:

- De toe te passen onderzoeksmethodiek
- Het rapportageformulier
- Toelichting op controles van zorgverzekeraars met betrekking tot oude jaren en varices en DCM (DOT Controle Module) in het kader van het zelfonderzoek
- Welke instellingen onder de aanpak vallen
- Toelichtingen/correcties op een aantal punten van het controleplan (inclusief een relatietabel met koppeling tussen controlepunten uit de brief van de Minister, de verboden- toegestaan- lijst van de NZa en het Controleplan)

De DCM controle wordt op individueel niveau met de verschillende zorgverzekeraars afgerond. Het foutpercentage van de gecontroleerde massa zal worden geëxtrapoleerd over de niet-gecontroleerde massa.

Het Controleplan Correct Declareren versie 1.1 is verspreid op 10 juni 2014, waarna het addendum op 18 juli 2014 is toegestuurd aan alle betrokkenen.

Oranje loket

Zoals in de inleiding is aangegeven hebben alle partijen ervaren dat de NZa regelgeving onduidelijk is zoals dat ook in het Onderzoeksrapport bij het St. Antonius Ziekenhuis is aangegeven. Dit is aanleiding geweest voor de NZa om te starten met het zogenaamde "Oranje Loket". Het Oranjeloket heeft als taak om duidelijkheid te verstrekken rondom NZa en Zorginstituut Nederland (ZiN) regelgeving op door partijen indiende vraagstukken.

De NZa heeft op 16 juli 2014 uitspraken gepubliceerd over bij de NZa aangekaarte onduidelijkheden in de regelgeving. Deze uitspraken (verboden-toegestaan-lijst) zijn gepubliceerd op de website van de NZa en dienen bij de uitvoering van het aanvullend omzetonderzoek te worden meegenomen. In de verboden-toegestaan-lijst heeft de NZa uitspraken gerubriceerd naar controlepunt en bij de antwoorden onderscheid gemaakt naar toegestaan, verboden en 'anticipatie op regelgeving 2015'. Omdat er nog niet voldoende duidelijkheid was verkregen zijn in de periode na 16 juli 2014 nog vragen voorgelegd aan de NZa, waarna de NZa middels een Q&A op 3 september 2014 nog aanvullend een toelichting heeft gegeven hoe regels geïnterpreteerd moeten worden.

Instellen Expertgroep

Zorgverzekeraars hebben als voorwaarde om mee te werken aan de voorgestelde oplossing voor de aanpak van de omzetproblematiek aangegeven dat zij in staat gesteld moeten worden om via de instelling van een Expertgroep de rechtmatigheid van de zorguitgaven te kunnen bewaken. De Expertgroep is gevormd door afgevaardigden van iedere zorgverzekeraar, de NVZ, NFU en een door ZN in samenspraak met NVZ en NFU benoemde onafhankelijk voorzitter, Bert Bruggeman. Het staat (leden van) NVZ en NFU vrij om expertise in te brengen in de Expertgroep. De onafhankelijk voorzitter neemt beslissingen en escaleert waar nodig. Alle leden van de Expertgroep hebben een geheimhoudingsverklaring ondertekend zodat binnen de Expertgroep noodzakelijke informatie met elkaar kan worden gedeeld, ook als deze bedrijfsgevoelig is.

De Expertgroep heeft tot taak:

1. Het vooraf bijdragen aan de heldere normstelling voor het onderzoek,
2. Het zorgdragen voor een uniforme toetsing van de door de zorgaanbieders uitgevoerde zelfevaluatie door de gezamenlijke zorgverzekeraars, en een zelfstandig oordeel vormen over de door de zorgaanbieders uitgevoerde zelfonderzoeken. Deze toetsing richt zich op het zelfstandig vaststellen dat het onderzoek conform de landelijk gemaakte afspraken is uitgevoerd. Ter validatie van de uitgevoerde controles behoort ook een review op de onderliggende dossiers tot de mogelijkheden.

Uitgangspunt is dat sprake zal zijn van marginale toetsing aan de hand van de rapportage van het ziekenhuis/zbc en het rapport van bevindingen van de accountant. Deze toetsing zal bij alle zorgaanbieders op dezelfde wijze plaatsvinden. Daarbij is het bij signalen mogelijk om nader te toetsen en/of eventueel vragen/bevindingen terug te leggen. Tijdens wekelijkse vergaderingen van de Expertgroep zijn opvallende punten besproken, en is discussie gevoerd tussen reviewers. Vragen en problemen die tijdens de uitvoering van de review van het zelfonderzoek opkomen zijn ingebracht

tijdens de wekelijkse vergadering, waar tot een gezamenlijke beantwoording is gekomen. Waar nodig is er door de voorzitter, Bert Bruggeman, geëscaleerd richting reviewers/zorgverzekeraars en zorginstellingen. Deze wekelijkse besprekingen hebben geleid tot procesbeschrijvingen, protocollen, Vraag & Antwoord en een eenduidige beoordeling van de zelfonderzoeken.

De Expertgroep heeft twee maal een informatief overleg gevoerd met de NZa.

Na afronding zelfonderzoek

Met het afronden van de reviews is de opdracht van de Expertgroep afgerond.

Op basis van de uitkomst van het zelfonderzoek, het oordeel van de Expertgroep daarover, en de uitgevoerde controles door de zorgverzekeraars over de jaren voor 2012 en de DCM controles over 2012 en 2013 maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars bilateraal afspraken over de verrekening van de gevonden netto uitkomst².

² Netto uitkomst: saldo oorspronkelijke gedeclareerde DBC versus gecorrigeerde DBC uitgaande van de destijds vigerende prijslijst. Netto uitkomst die wordt gerapporteerd (uitkomst zelfonderzoek) is het bedrag dat verrekend zal gaan worden. Bedrag dat ten onrechte is gedeclareerd, en moet verantwoord worden door zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder.

Hoofdstuk 2. Procesbeschrijving/werkwijze review zelfonderzoek

Proces zelfonderzoek

De Expertgroep voert namens de gezamenlijk zorgverzekeraars de review van de zelfonderzoeken uit. Het aan te leveren zelfonderzoek omzetverantwoording 2012-2013 moet door de zorgaanbieder conform het controleplan Correct Declareren versie 1.1 d.d. 10 juni 2014 en het bijbehorende addendum van 18 juli 2014 worden uitgevoerd.

Voor de review van de aangeleverde rapportages zijn aan iedere zorgaanbieder 2 zorgverzekeraars toegewezen, die de review namens de gezamenlijk zorgverzekeraars uitvoeren.

Om te komen tot een uniforme toetsing is een reviewprotocol opgesteld. In dit reviewprotocol is per controlepunt opgenomen op welke uniforme wijze ieder punt gecontroleerd moet worden.

Uitgangspunt hierbij is dat een marginale toetsing wordt uitgevoerd en de verzekeraar in principe geen eigen controles uitvoert of controles over doet.

Tevens is aangegeven op welke wijze de review moet worden vastgelegd, zodat dossiervorming gewaarborgd is.

Omdat de Expertgroep daadwerkelijk inzicht moet krijgen in de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek is bij de beoordeling van de controlepunten niet alleen bekeken of de zorgaanbieder het onderzoek goed heeft uitgevoerd, maar is ook een benchmark uitgevoerd:

- Zorgaanbieders worden op de uitkomsten uit het zelfonderzoek met elkaar vergeleken op basis van hun rapportages.
- De uitkomsten van het zelfonderzoek van een zorgaanbieder worden beoordeeld ten opzichte van beschikbare spiegelinformatie van verzekeraars.

Hierbij worden afwijkingen in de benchmark niet per definitie als een aanwijzing van fouten gezien maar wel als een signaal dat er iets bijzonders aan de hand is waarvoor een verklaring gewenst is. Met deze onderdelen voegen zorgverzekeraars expliciet waarde toe aan het onderzoek. Deze vergelijkende onderzoeken kunnen niet door de individuele zorgaanbieder of de individuele accountant worden uitgevoerd.

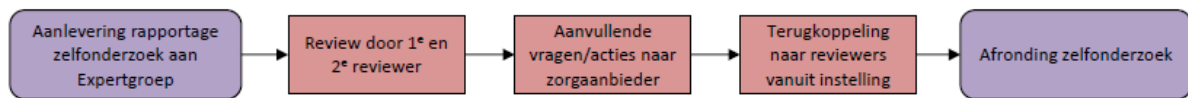
Het (globale) proces van review is weergegeven in afbeelding 2 en voor een nadere toelichting zie bijlage 2. Iedere instelling wordt gereviewd door 2 zorgverzekeraars (1^e en 2^e reviewer). Tezamen toetsen de reviewers of de instelling het zelfonderzoek heeft uitgevoerd conform controleplan.

Onduidelijkheden en discussiepunten zijn wekelijks besproken tijdens de vergadering in de Expertgroep en daarbij is aangegeven welke lijn moet worden gevolgd. Verzekeraars konden bespreekpunten voorafgaand aan de vergadering inbrengen. Ingebrachte bespreekpunten hadden betrekking op casuïstiek rondom een of meerdere controlepunten bij een ziekenhuis/zbc. De Expertgroep besprak de casuïstiek en nam een besluit over de wijze van verdere afwikkeling (inhoudelijk en procesmatig). Het besluit van de Expertgroep was vervolgens leidend voor verdere afwikkeling van het betreffende controlepunt bij alle zorgaanbieders. De uitkomsten van de bespreekpunten werden bijgehouden in de Vraag & Antwoord lijst.

De 1^e reviewer heeft tussentijds de bevindingen van de zorgverzekeraars teruggekoppeld aan de zorgaanbieder. Bij controlepunten, waar het niet mogelijk was met voldoende zekerheid de juistheid vast te stellen, zijn aanvullende vragen gesteld en/of aanvullende (controle)werkzaamheden gevraagd van de zorgaanbieder. De antwoorden en aanvullende werkzaamheden zijn vervolgens beoordeeld door de twee reviewende verzekeraars. In de meeste gevallen zijn er meerdere contactmomenten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars geweest, met waar nodig een gesprek om te komen tot

afronding van het zelfonderzoek. De Expertgroep heeft het uiteindelijke besluit voor afronding van het zelfonderzoek genomen.

Het reviewproces is verdeeld in drie fasen en heeft plaatsgevonden volgens het daarvoor opgestelde reviewprotocol. De drie fasen zijn verder uitgewerkt in afbeelding 2.



Afbeelding 2: Proces review zelfonderzoeken

Na review wordt het zelfonderzoek inhoudelijk afgerond. Naar aanleiding van de inhoudelijke afronding dient de zorgaanbieder een definitieve uitsplitsing van de gerapporteerde fouten per concern per controlepunt te rapporteren. Na aanlevering van de definitieve financiële gegevens rondt de Expertgroep het zelfonderzoek definitief af. Na afronding door de Expertgroep start de afwikkeling met de zorgverzekeraars.

Deelname aan Expertgroep vanuit NVZ en NFU

Namens de NVZ en NFU maakten twee leden deel uit van de Expertgroep. Zij hebben hun expertise ingebracht om in de Expertgroep tot goed onderbouwde besluiten te komen waarin alle relevante (uitvoerings-) aspecten konden worden meegenomen.

Daarnaast hebben zij getoetst of de wijze van de Expertgroep zorgvuldig is geweest en er voor heeft gezorgd dat alle zorgaanbieders op gelijkwaardige wijze zijn beoordeeld. Hierover hebben zij een verantwoordingsdocument geschreven dat in bijlage 1 is opgenomen.

Documentatie

Voor elke uitgevoerde review is een digitaal dossier gemaakt. In dit dossier is naast het door de zorgaanbieder aangeleverde zelfonderzoek, het rapport van bevindingen van de accountant en de uiteindelijke tabel van gevonden netto uitkomst per controlepunt ook het ingevulde reviewprotocol en vastleggingen (mails en gespreksverslagen) van de contacten tussen zorgaanbieder en reviewers tijdens het beoordelingsproces opgenomen.

Deze documentatie is centraal bij ZN in een beveiligde omgeving opgeslagen en wordt conform wettelijke voorschriften bewaard.

Verdere Stappen

Hoewel deze stappen buiten de taakopdracht en werkzaamheden van de Expertgroep valt is in de NZa circulaire Aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg van 26 juni 2014 (CI-14-24c) opgenomen dat elke zorgaanbieder aan de NZa moet aanleveren:

- Het onderzoeksrapport van het zelfonderzoek
- Het rapport van feitelijke bevindingen
- Het oordeel van de Expertgroep

Het oordeel van de Expertgroep bestaat uit een e-mail waarin de Expertgroep aangeeft dat het zelfonderzoek (inclusief eventuele aanvullende werkzaamheden) met een totaal gerapporteerde fout aan de daaraan gestelde eisen voldoet.

Op basis van de netto uitkomsten kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar afspraken over de definitieve verrekening over de jaren 2012/2013.

Hoofdstuk 3: Bevindingen review zelfonderzoek

In de afgelopen weken zijn de aangeleverde rapportages zelfonderzoek gereviewd door de verschillende zorgverzekeraars. Ten behoeve van de uniformiteit zijn opvallende punten besproken en besluiten genomen in de Expertgroep hoe hier mee om moet worden gegaan.

Naar aanleiding van bij de reviews opgekomen vragen van zorgverzekeraars, maar ook naar aanleiding van vragen van ziekenhuizen/umc's/zbc's, die zijn besproken in de vergaderingen van de Expertgroep hebben er verduidelijkingen en aanpassingen plaatsgevonden op het Controleplan. Ook deze punten zijn gecommuniceerd NVZ, NFU en ZKN en voor zorgverzekeraars opgenomen in een document "Vraag & Antwoord".

Onderstaand staan de belangrijkste aanpassingen toegelicht.

Vervallen controlepunten

- Controlepunt 5.6 Onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische test: Dit controlepunt is gedeeltelijk vervallen. Het controleren op topreferente casus via postcode is vervallen, dit is niet bepalend voor topreferent zijn. Ten onrechte is opgenomen dat sprake moet zijn van twee of meer specifieke test: één test is reeds voldoende.
- Controlepunt 5.13 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit ECMO-toeslag (039611): Dit controlepunt is vervallen omdat de regelgeving pas geldig is vanaf 2014. Dit punt is vooraf gecommuniceerd met de zorgaanbieders, en dus niet onderzocht.
- Controlepunt 19 Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is (stand der wetenschap en praktijk, aanspraak beperkende zorg), IUI meer dan 6x bij KI: Dit controlepunt is vervallen, omdat er geen wet- en regelgeving aanwezig is dat er maar 6x IUI bij KI mag plaatsvinden. Dit punt is onderzocht door de zorgaanbieders, maar naar aanleiding van signalen is dit punt komen te vervallen. Daarom is de financiële afwijking niet meegenomen in het totaalbedrag.

Aangepaste controlepunten

Gedurende het reviewproces zijn er onduidelijkheden en onvolledigheden in het controleplan correct declareren aan het licht gekomen. Opvallendheden op dit punt waren:

- Zorgactiviteitcodes die pas vanaf 2014 gelden (bijvoorbeeld ATLS controlepunt 5.1)
- Punten waarop geen regelgeving bekend was (bijvoorbeeld IUI, controlepunt 19)
- Formuleringen die niet duidelijk zijn dus op meerdere manieren te interpreteren.

Dit heeft geleid tot de volgende conclusies:

- Punten die niet zijn beschreven in het Controleplan, kunnen ook niet gevraagd/gecontroleerd worden. Dit geldt voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars.
- Indien er een onjuiste zorgactiviteitcode is beschreven in het Controleplan, wordt er niet opnieuw gevraagd naar een andere zorgactiviteitcode.

Aanpassingen in wijze van controleren

Uitbreiden deelwaarneming

Veel controlepunten zijn gecontroleerd door middel van een deelwaarneming. In het controleplan is opgenomen dat wanneer er fouten worden geconstateerd in de deelwaarneming, deze uitgebreid moet worden naar een a- selecte steekproef. Naar aanleiding van de terugkoppeling richting zorgaanbieders is hier veel respons op gekomen. Besloten is om bij geconstateerde fouten in de deelwaarneming, gezien de korte doorlooptijd van het gehele proces, een onderbouwing te vragen waarom de deelwaarneming niet is uitgebreid. Wanneer deze onderbouwing voor de Expertgroep voldoende zekerheid gaf, is de deelwaarneming niet uitgebreid. Wanneer deze onderbouwing niet voldeed, moest de deelwaarneming uitgebreid worden met nog eens 25 posten of ingeval van een significante afwijking of onvoldoende onderbouwing moest alsnog de steekproef worden uitgevoerd. Ingeval van twee deelwaarnemingen is de financiële fout o.b.v. beide deelwaarnemingen geëxtrapoleerd.

Aanpassing wijze van controle

Enkele controlepunten bleken niet op de in het controleplan beschreven wijze te controleren. Op basis van een risicoanalyse is vervolgens bepaald waar de grote risico's bij deze controlepunten zaten en welke alternatieve controlewijzen mogelijk waren om toch de gewenste zekerheid te verkrijgen.

Voorbeeld hiervan is de controle op U-bocht constructies. Anders dan in het Controleplan staat beschreven, is er door zorgverzekeraars geen data verstrekt vanwege privacy. In plaats daarvan moest het ziekenhuis/zbc een dossieronderzoek uitvoeren (25 deelwaarnemingen) en nagaan of het spiraal, de allergeen, de epo of orthese door het ziekenhuis/zbc is geleverd of meegebracht door de verzekerde.

Uit terugkoppeling vanuit de zorgaanbieder en reviewers is gebleken dat de U bocht constructies lastig te controleren zijn. Zorgaanbieders gaven aan onvoldoende informatie (data) te hebben om dit te kunnen aantonen.

In de Expertgroep is vervolgens besproken dat zorgaanbieders het proces van levering van het geneesmiddel en/of hulpmiddel, dan onderdeel uitmaakt van het DBC-Zorgproduct moeten beschrijven. Aannemelijk moet worden gemaakt, door procedures en protocollen, dat er geen onterechte declaraties zijn verstuurd. Deze werkwijze heeft ertoe geleid dat er binnen de zorgaanbieders kennis is ontstaan over hoe dit te controleren, alsmede het belang van het registreren van uitgevoerde activiteiten in het dossier. Ook al zijn deze niet van belang voor het automatisch afleiden van het zorgproduct. Een voorbeeld is het verstrekken van steunkousen. Deze worden nu vaak zonder voorraadbeheer en vastlegging in het dossier verstrekt aan de patiënt. Dit moet echter ook worden vastgelegd ten behoeve van (interne) controle.

Verduidelijking wijze van rapporteren

Netto financiële uitkomst

Bij ieder controlepunt heeft de zorgaanbieder de netto uitkomst weergegeven. De netto uitkomst is het saldo van de oorspronkelijke gedeclareerde DBC versus de gecorrigeerde DBC uitgaande van de destijds vigerende prijslijst. Deze netto uitkomst wordt gerapporteerd, en is het bedrag dat als basis wordt gebruikt voor de verrekening.

Overlap tussen controlepunten

Er bestaat overlap tussen verschillende controlepunten. Bij het berekenen van de financiële fout kan een DBC hier meerdere keren in voorkomen. Om deze overlap te corrigeren, is er in de definitieve aanlevering bij de financiële gegevens per controlepunt, per concern een tabel toegevoegd waar de zorgaanbieders overlap kunnen aangeven. Deze overlap dient duidelijk onderbouwd te worden, en wordt afgetrokken van de totale financiële fout.

Financiële gegevens

In totaal hebben 83³ ziekenhuizen⁴, 8 umc's en 62 zbc's deelgenomen aan het zelfonderzoek. De rapportages zijn gereviseerd door de verschillende zorgverzekeraars en de Expertgroep heeft een eindoordeel gegeven over deze rapportages.

Het totale netto foutbedrag dat is gerapporteerd door de zorgaanbieders bedraagt € 276.726.864.

In tabel 1 zijn de totale financiële gegevens weergegeven.

	Totaal
Totaal fout	€ 276.727.000
Totaal onderzochte omzet	€ 22.812.740.000
Foutpercentage	1,21%
Spreiding foutpercentage (95%)	1,02% - 1,40%

Tabel 1: Totaal financiële gegevens

De top 5 controlepunten met financiële fout is opgenomen in tabel 2. Per punt is een toelichting opgenomen. De totale fout en percentage per controlepunten zijn opgenomen in tabel 3.

	Totaal	Percentage
1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – indien er geen face to face contact is	€ 56.107	0,25%
3 Onterecht vastleggen van een Dagverpleging	€ 48.601	0,21%
4.4 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – minimaal 1 overnachting	€ 18.156	0,08%
1.2 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag	€ 14.723	0,06%
9 Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure geneesmiddelen	€ 14.084	0,06%

Tabel 2: Top 5 financiële fout controlepunten (foutbedragen in duizenden euro's; percentage van de onderzochte omzet)

- Controlenummer 1.1: Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – indien er geen face to face contact is
Ziekenhuiszorg ontwikkelt zich in snel tempo. Om doelmatige en efficiënte zorg te kunnen leveren, zijn er taken opnieuw verdeeld. Zo hebben verpleegkundig specialisten en Physician Assistants (PA'ers) een aantal taken van medisch specialisten overgenomen. Uit experimenteel wetgeving van het Ministerie die deze beroepen eigenstandig behandelmogelijkheden heeft gegeven, blijft ook dat dit beleidsmatig gewenst is. De regels van de NZa waren hier echter nog niet op deze ontwikkeling aangepast. Zo mag er geen polikliniekbezoek geregistreerd worden als er geen face-to-face contact is geweest met een medisch specialist. Polikliniekbezoeken waarbij er alleen contact was met een verpleegkundig specialist of PA'er mochten niet geregistreerd en gedeclareerd worden, terwijl de zorg wel aan de patiënt is geleverd en daarom toch geregistreerd. Met ingang van 2015 is de regelgeving hierop aangepast.
- Controlenummer 3: Onterecht vastleggen van een Dagverpleging
Ziekenhuizen gingen ervan uit dat ze bij onderzoeken en behandelingen die langer dan twee uur duurden, altijd een dagverpleging konden registreren en declareren. De regels hierover zijn echter door de NZa voor de jaren 2012 en 2013 nader geduid en daardoor versmald. Een dagverpleging

³ Exclusief ziekenhuis de Sionsberg, deze instelling is failliet gegaan voordat het zelfonderzoek volledig is afgerond. Omdat ziekenhuis de Sionsberg wel in de afrondende fase zat zullen verzekeraars op basis van de wel beschikbare gegevens een claim indienen bij de curator en daarmee ook bij ziekenhuis de Sionsberg tot een juiste afwikkeling te komen.

⁴ Inclusief Sint Maartenskliniek

moet aan meer voorwaarden voldoen dan voorheen, om voor de NZa als dagverpleging te mogen gelden. Zo moet er sprake zijn van geplande zorg en geldt het niet voor spoedpatiënten.

- Controlenummer 4.4: Onterecht vastleggen van een verpleegdag – minimaal 1 overnachting
Voor de registratie van de verpleegdag golden in 2012 twee regels, één voor de registratie ten behoeve van het schaduw FB (transitiemodel) en één voor de registratie ten behoeve van de declaratie (scherpere afbakening). Twee definities voor één prestatie heeft tot problemen geleid in de uitvoering. In 2013 wordt een doorloop van deze problematiek gezien doordat niet alle ziekenhuizen tijdig in staat waren de registraties aan te passen.
- Controlenummer 1.2: Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag
Op deze registratieregels zijn gedurende de onderzochte periode nadere duidingen gegeven door de NZa die nog niet overal in de systemen goed waren verwerkt of achteraf gecorrigeerd. Zo kon voorheen voor een regulier consult (bijvoorbeeld gepland bij de chirurg in de ochtend) en een spoedconsult in de nacht (ook bij de chirurg maar voor een andere zorgvraag) twee bezoeken worden vastgelegd. Na duiding is het uitgangspunt van de NZa 1 polikliniekbezoek per specialisme per dag.
- Controlenummer 9: Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure geneesmiddelen
De dure geneesmiddelen mogen alleen gedeclareerd als de indicatie op de lijst van de NZa staat. De medisch specialist beoordeelt of een patiënt de juiste indicatie heeft om de betreffende middelen toegediend te krijgen. Dit wordt vastgelegd in de medische dossiers van de patiënt. De zorgverzekeraars hebben uiteraard geen inzicht in de medische dossiers. Om te controleren hebben zorgverzekeraars een diagnoselijst gemaakt, die indicatief vermeldt welke medicijn bij welke diagnose gedeclareerd mag worden. Deze lijst met diagnoses van verzekeraars komt echter niet altijd overeen met de NZa lijst van indicaties en kan dus niet gebruikt worden om vooraf onjuiste declaraties af te vangen.
Daarnaast kan een medisch specialist besluiten dat het medisch gezien effectief is om een duur geneesmiddel te geven bij een patiënt ondanks dat de indicatie niet op de NZa lijst is opgenomen. Deze zorgverlening wordt geregistreerd, maar deze kan niet als add-on gedeclareerd worden. Omdat de indicatie geen onderdeel uitmaakt van het DBC systeem is door het ziekenhuis niet eenvoudig geautomatiseerd te voorkomen dat onjuiste declaraties worden verstuurd. Zorgverzekeraars voeren daarom hierop achteraf controles uit die op het moment van instellen van het zelfonderzoek nog niet waren uitgevoerd. Het zelfonderzoek vervangt nu deze controle.

Controlepunt	Totaal	Percentage
1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – indien er geen face to face contact is	€ 56.107	0,25%
1.2 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag	€ 14.723	0,06%
1.3 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – polikliniekbezoek tijdens opname	€ 2.015	0,01%
1.4 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult	€ 2.203	0,01%
2 Onterecht vastleggen van Medebehandeling	€ 6.497	0,03%
3 Onterecht vastleggen van een Dagverpleging	€ 48.601	0,21%
4.1 Onterecht vastleggen van een verpleegdag bij een DBC subtraject – Onterecht verdelen van de verpleegdagen van een opname over meerdere DBC subtrajecten binnen een specialisme	€ 9.281	0,04%
4.2 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject, zodat deze onterecht tot een klinisch DBC-zorgproduct leidt	€ 9.661	0,04%
4.3 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – specifiek voor verpleging ingerichte afdeling	€ 5.260	0,02%
4.4 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – minimaal 1 overnachting	€ 18.156	0,08%
4.5 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – in combinatie met een IC-behandeldag	€ 919	0,00%
4.6 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – in combinatie met een afwezigheidsdag	€ 139	0,00%
4.7 Onterecht vastleggen van een verpleegdag tegelijk met de ZA Verblijf gezonde moeder (190032) of Verblijf gezonde zuigeling (190033)	€ 222	0,00%
4.8 Onterecht vastleggen van een verpleegdag in combinatie met 'Verkeerde bed' (190031) of 'Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie' (190038)	€ 66	0,00%
4.9 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – 'Verpleegdagtarief HAK' (190209) of 'Zotelovernachting' (190208)	€ 1	0,00%
4.10 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag – medische behandeling op de IC	€ 3.210	0,01%
4.11 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag – postoperatief op de IC voor recovery i.p.v. op de recovery-afdeling	€ 2.658	0,01%
5.1 Onterecht vastleggen ATLS traumaopvang (039676)	€ 1.182	0,01%
5.2 Onterecht vastleggen cochleaire implantaten (pre-implantatie (031903 en 031905)	€ 258	0,00%
5.3 Onterecht vastleggen van de verrichting nazorg cochleaire implantaten (031904 en 031906)	€ 49	0,00%
5.4 Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorg orgaantransplantaties	€ 3.260	0,01%
5.5 Onterecht vastleggen van de verrichting voor de nazorg stamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)	€ 808	0,00%
5.6 Onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische tests (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630, 039509)	€ 317	0,00%
5.7 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit dialysetoeslag	€ 232	0,00%
5.8 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit IC-consult (ICC uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC afdeling) (190129)	€ 254	0,00%
5.9 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit interklinisch transport < 2 uur of > 2 uur (190130 resp. 190131)	€ 128	0,00%
5.10 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit MICU-transport < 2 uur of > 2 uur (190132 resp. 190133)	€ 373	0,00%
5.11 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit neonatale intensive care (190150)	€ 883	0,00%
5.12 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit pediatrie intensive care (190151)	€ 223	0,00%
5.13 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit ECMO-toeslag (039611) (Controle punt vervallen, regelgeving pas vanaf 2014)	€ 0	0,00%
5.14 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit toeslag post IC-high care (190152)	€ 4.029	0,02%
5.15 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie	€ 737	0,00%
5.16 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie	€ 749	0,00%
5.17 Onterechte declaratie van tandtechniekkosten bij Kaakchirurgie	€ 8	0,00%
5.18 Onterecht vastleggen microscopisch oortoilet bij verwijderen oorsmeer (031712)	€ 5.052	0,02%
6 Het vastleggen van een zorgactiviteit terwijl er geen behandeling heeft plaatsgevonden	€ 2.740	0,01%
7 Het vastleggen van een onjuiste diagnose	€ 4.038	0,02%
8 Meermaals vastleggen van een onderzoek – radiologie, pathologie	€ 3.839	0,02%
9 Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure geneesmiddelen	€ 14.084	0,06%
10 Onterecht een parallel zorgtraject openen	€ 12.692	0,06%
11 Onterecht registreren van los declareerbare overige zorgproducten die een causaal verband hebben met een DBC zorgproduct	€ 5.068	0,02%
12 Openen zorgtraject	€ 5.096	0,02%
13 Het in rekening brengen van eigen DBC-zorgproducten terwijl deze zorg onderdeel uitmaakt van een zorgtraject van een andere zorgaanbieder	€ 1.698	0,01%
14.1 U-bocht constructies: Mirena/Implanon	€ 1.599	0,01%

14.2 U-bocht constructies: Allergeenextracten parentaal	€ 1.645	0,01%
14.3 U-bocht constructies: Epo's	€ 91	0,00%
14.4 U-bocht constructies: Tracheostoma(canule) en stemprothesen	€ 255	0,00%
14.5 U-bocht constructies: Orthesen	€ 64	0,00%
15.1 Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is – DBC zorgproducten	€ 3.510	0,02%
15.2 Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is – Overige zorgproducten	€ 2.281	0,01%
16 Het vastleggen van een andere zorgactiviteit, die wel als verzekerde zorg wordt vergoed	€ 720	0,00%
17 Het onterecht betalen van 190043/190044/190045/190046 naast een DBC zorgproduct van de gynaecoloog	€ 109	0,00%
18 Onterecht vastleggen wondtoilet (038941, 038943)	€ 8.222	0,04%
19.1 Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is: Bariatrie	€ 240	0,00%
19.2 Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is: HNP	€ 46	0,00%
19.3 Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is: PAOD	€ 1.361	0,01%
19.4 Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is: Lumbago	€ 7.427	0,03%
19.5 Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is: MRI (eerstelijn)	€ 91	0,00%
19.6 Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is: IUI meer dan 6x bij KI	€ 0	0,00%
19.7 Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is: Varices	€ 2.151	0,01%
20 Het declareren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is: IVF	€ 186	0,00%
21 Declareren van WBMV verrichtingen zonder vergunning	€ 1.140	0,00%
22 Onterecht vroegtijdig sluiten DBC's eind 2011	€ 972	0,00%
23 Voortgezet verblijf in instelling langer dan 365 dagen	€ 66	0,00%
Subtotaal	€ 279.690	1,23%
Verwijderen overlap	€ 2.964	
Totaal	€ 276.727	1,21%

Tabel 3: Totaaloverzicht financiële fout en percentage per controlepunt (foutbedragen in duizenden euro's; percentage van de onderzochte omzet)

Hoofdstuk 4: Verbeterpunten/aandachtspunten

Het zelfonderzoek door ziekenhuizen en de review van de resultaten door verzekeraars is ingezet om de onzekerheid over de declaraties weg te nemen op basis waarvan een goedgekeurde jaarrekening over 2013 verkregen kan worden. Deze aanpak staat echter niet op zichzelf. Er is in dit traject erg veel kennis opgedaan van regelgeving, ziekenhuis registratiesystemen en vooral van de toepassing van de regels in de praktijk. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben veel van elkaar, en van elkaars systemen geleerd. Voor een goede werking moet de keten van zorginkoop, registratie, declaratie, verantwoording en toezicht goed op elkaar worden afgestemd. Dat is nu niet het geval. De keten rammelt. Partijen hanteren verschillende definities en de verschillende deelsystemen in de keten schuren hier en daar flink met elkaar. Hierin kan, en moet, veel verbeterd worden. Dit vereist moed van alle partijen, maar bovenal een gezamenlijke visie op de toekomst. De Expertgroep roept partijen op om hier werk van te maken.

De bevindingen van de Expertgroep zijn tweërlei. Voorop staat dat een juiste registratie alleen mogelijk is bij heldere en eenduidige regelgeving (vooraf). Dit is een randvoorwaarde in de zorgcontracteringen voor een adequate registratie en facturatie. Het zelfonderzoek leert dat hier nog heel veel te verbeteren valt. Met de Verboden-Toegestaan-lijst, Q&A's en de verbeteringen voor 2015 is door de NZa reeds de nodige helderheid gegeven. Maar in de verduidelijking en met name in de vereenvoudiging van de regelgeving moeten nog behoorlijke stappen gezet worden. Echter ook aan de zijde van de ziekenhuizen zal het een en ander moeten veranderen. Verbeteren van de registratie en administratie binnen de ziekenhuizen (inrichting AO/IB) is cruciaal voor goede declaraties. Dit leidt ertoe dat er minder controles nodig zijn in de toekomst. Voor efficiënte controle zijn goede afspraken over het gehele controleproces nodig die helderheid geven over controle aanpak en verantwoordelijkheid. En wanneer zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid voor een juiste declaratie nemen kunnen verzekeraars hun controles richten op gepast gebruik en doelmatigheid/rechtmatigheid. Binnen het huidige stelsel zijn er in de visie van de Expertgroep zeker ook op de korte termijn mogelijkheden om de eisen die zorgverzekeraars aan declaraties stellen en de inrichting van de AO/IB in de ziekenhuizen beter op elkaar af te stemmen. Door de verkregen kennis over en weer en het gezamenlijk optrekken in dit proces van het zelfonderzoek is een belangrijke stap gezet in het verder verbeteren van correct en verantwoord declareren. Alle partijen hebben daarin hun eigen verantwoordelijkheid, maar ook om daarin nauw met elkaar samen te werken en dit grotere gezamenlijke belang te laten prevaleren boven eigen individuele belangen. Initiatieven zijn inmiddels gestart om te komen tot een gezamenlijk controleplan van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, met als doel duidelijkheid waar een declaratie aan moet voldoen. Daartoe is duidelijkheid over de regelgeving van de te declareren zorgproducten noodzakelijk.

Kortom, het is van groot belang dat voor de start van de zorgcontractering duidelijkheid bestaat over begrippen, definities en toepassingen en dat deze in de gehele keten van registratie, declaratie, verantwoording en toezicht goed op elkaar zijn afgestemd. Dit is een behoorlijke uitdaging, echter dit is een absolute randvoorwaarde voor een adequate werking van het systeem.

Bijlagen:

1. Verantwoording deelname en werkwijze Expertgroep omzetonderzoek
2. Procesbeschrijving
3. Samenstelling Expertgroep
4. Controleplan Correct Declareren versie 1.1
5. Addendum
6. Reviewprotocol

Bijlage 1

Verantwoording deelname en werkwijze Expertgroep omzetonderzoek

Aan : L.C. Bruggeman, voorzitter Expertgroep omzetonderzoek

Van : T. Jetten, NVZ en E. Steen, NFU

Datum : 2 december 2013

1. Inleiding

E. Steen, namens de NFU en T. Jetten, namens NVZ hebben deelgenomen aan de Expertgroep omzetonderzoek van ZN. In deze notitie geven wij weer in welke mate naar ons oordeel de werkwijze van de Expertgroep zorgvuldig is geweest en er voor heeft gezorgd dat alle zorgaanbieders op gelijkwaardige wijze zijn beoordeeld.

Dit oordeel hebben wij kunnen baseren op basis van de deelname aan de Expertgroep, alle communicatie die door de leden van de Expertgroep met elkaar is gedeeld en door inzage in de rapportages van de instellingen, de rapporten van feitelijke bevindingen van de accountant en de eindrapportages die door de Expertgroep zijn opgesteld.

2. Analyse

Bij onze beoordeling hebben wij gekeken naar de werkwijze (de opzet van het reviewproces) en naar de uiteindelijke resultaten.

De werkwijze is zodanig dat hierin voldoende waarborgen zitten voor een zorgvuldige en gelijkwaardige behandeling. Onderdelen in deze werkwijze zijn:

1. Een vooraf vastgesteld controleplan voor de zorgaanbieders waarin de te volgen werkwijze van het zelfonderzoek staat beschreven, inclusief een addendum waarin nog een nadere toelichting is gegeven op een aantal controlepunten.
 2. De Expertgroep heeft formats ter beschikking gesteld voor het uniform rapporteren van de uitgevoerde werkzaamheden en de uitkomsten daarvan.
 3. Een controleprotocol voor de werkzaamheden die de accountant moet verrichten voor het afgeven van een rapport van feitelijke bevindingen.
 4. Voor de reviewwerkzaamheden is een protocol opgesteld.
 5. Er zijn procesafspraken gemaakt t.a.v. de review.
 6. Zorgverzekeraars hebben waar mogelijk benchmarkgegevens met elkaar gedeeld om een gelijke basis te creëren voor de reviewwerkzaamheden.
 7. Een eerste review heeft plenair plaatsgevonden met alle leden van de expertgroep, niet alleen de kernleden.
 8. De Expertgroep heeft een Vraag & Antwoord document opgesteld op basis van ingebrachte casuïstiek die als doel had aanvullende duidelijkheden te bieden aan de zorginstellingen t.a.v. het uit te voeren onderzoek.
 9. Beoordeling van de rapportage door twee verschillende reviewers van verschillende zorgconcerns
 10. Inhoudelijke bespreking in de Expertgroep van resterende verschilpunten tussen de reviewers onderling en/of de reviewers met de zorginstelling.
 11. De voortgang van het reviewproces is continu vastgelegd en gerapporteerd
- In de wekelijkse bijeenkomst van de Expertgroep is de voortgang van het proces op ziekenhuisniveau gerapporteerd en indien nodig besproken

De resultaten zijn zodanig dat in alle gevallen tot afronding is gekomen van het zelfonderzoek. Gedurende het proces zijn er wel aanpassingen gedaan. Deze aanpassingen zijn met wederzijdse goedkeuring tussen de instellingen en reviewers vastgesteld.

3. Conclusie

Gegeven de grondige werkwijze kan de conclusie worden getrokken dat er zorgvuldig is gehandeld en dat de behandeling van de ziekenhuizen gelijkwaardig is geweest.

Bijlage 2

Procesbeschrijving

Het zelfonderzoek is uitgevoerd aan de hand van het Controleplan Correct Declareren versie 1.1 (Bijlage 4) en bijbehorende Addendum (Bijlage 5). Er is een Expertgroep aangesteld met vertegenwoordigers van alle deelnemende zorgverzekeraars. De deelnemende zorgaanbieders zijn verdeeld over deze reviewende zorgverzekeraars, met voor iedere instelling een 1^e en een 2^e reviewer.

De reviewers hebben de zelfonderzoeken beoordeeld aan de hand van het daarvoor opgestelde reviewprotocol (Bijlage 6). De review van het zelfonderzoek bestaat uit drie fases. Deze fases zijn grafisch weergegeven in afbeelding 3 t/m 5.

Fase 1:

Na ontvangst van de rapportage van het ziekenhuis/zbc door de Expertgroep is er een QuickScan uitgevoerd om te toetsen of de rapportage compleet is aangeleverd. In deze QuickScan is gekeken naar:

- Aanlevering van zowel het (getekende) rapport van het ziekenhuis/zbc als het rapport van bevindingen van de accountant
- Aanlevering conform format, inclusief aanlevering van financiële gegevens per controlepunt.
- Rapportage op alle controlepunten zoals in het controleplan opgenomen.

Indien de aangeleverde rapportage aan de gestelde eisen voldoet, is deze doorgestuurd naar desbetreffende 1^e en 2^e reviewers.

De 1^e reviewer heeft na ontvangst van de rapportage 8 werkdagen de tijd om de rapportage te reviewen. Deze review wordt uitgevoerd volgens het reviewprotocol. De 1^e reviewer vult dit protocol in, en communiceert met 2^e reviewer.

De 2^e reviewer heeft na ontvangst rapportage + ingevulde reviewprotocol van 1^e reviewer 4 werkdagen de tijd voor de review. Na deze 4 werkdagen hebben 1^e en 2^e reviewer contact over bevindingen. Indien de reviewers het eens zijn over de conclusie, en de conclusie juist is getrokken voor de instelling zal het zelfonderzoek afgerond worden. Indien de conclusie niet juist is, zullen er aanvullende vragen en aanvullende acties gevraagd worden bij de instelling.

Wanneer de reviewers het niet eens zijn over de rapportage zal terugkoppeling plaatsvinden naar de Expertgroep, waar een beslissing is genomen. Hierna volgt terugkoppeling naar de instelling.

Fase 2:

Na ontvangst terugkoppeling door de instelling, hebben ze 8 dagen om antwoord te geven voor de aanvullende vragen en om aanvullende acties uit te voeren. Na deze 8 dagen vindt er terugkoppeling plaats vanuit de instelling naar de reviewers. De 1^e reviewer beoordeeld deze (nieuwe) aanvullende informatie en stemt dit af met de 2^e reviewer. Indien de reviewers het eens zijn over de conclusie, en de conclusie juist is getrokken voor de instelling zal het zelfonderzoek afgerond worden. Indien de conclusie niet juist is, zullen er aanvullende vragen en aanvullende acties gevraagd worden bij de instelling.

Wanneer de reviewers het niet eens zijn over de rapportage zal terugkoppeling plaatsvinden naar de Expertgroep, waar een beslissing is genomen. Hierna volgt terugkoppeling naar de instelling.

Fase 3:

Wanneer de rapportage van fase 2 nog niet akkoord is bevonden, wordt er een gesprek gepland tussen instelling en 1^e reviewer. De instelling heeft voor dit gesprek antwoord gegeven op de aanvullende vragen, waarna er tijdens het gesprek afstemming plaatsvindt op de openstaande controlepunten.

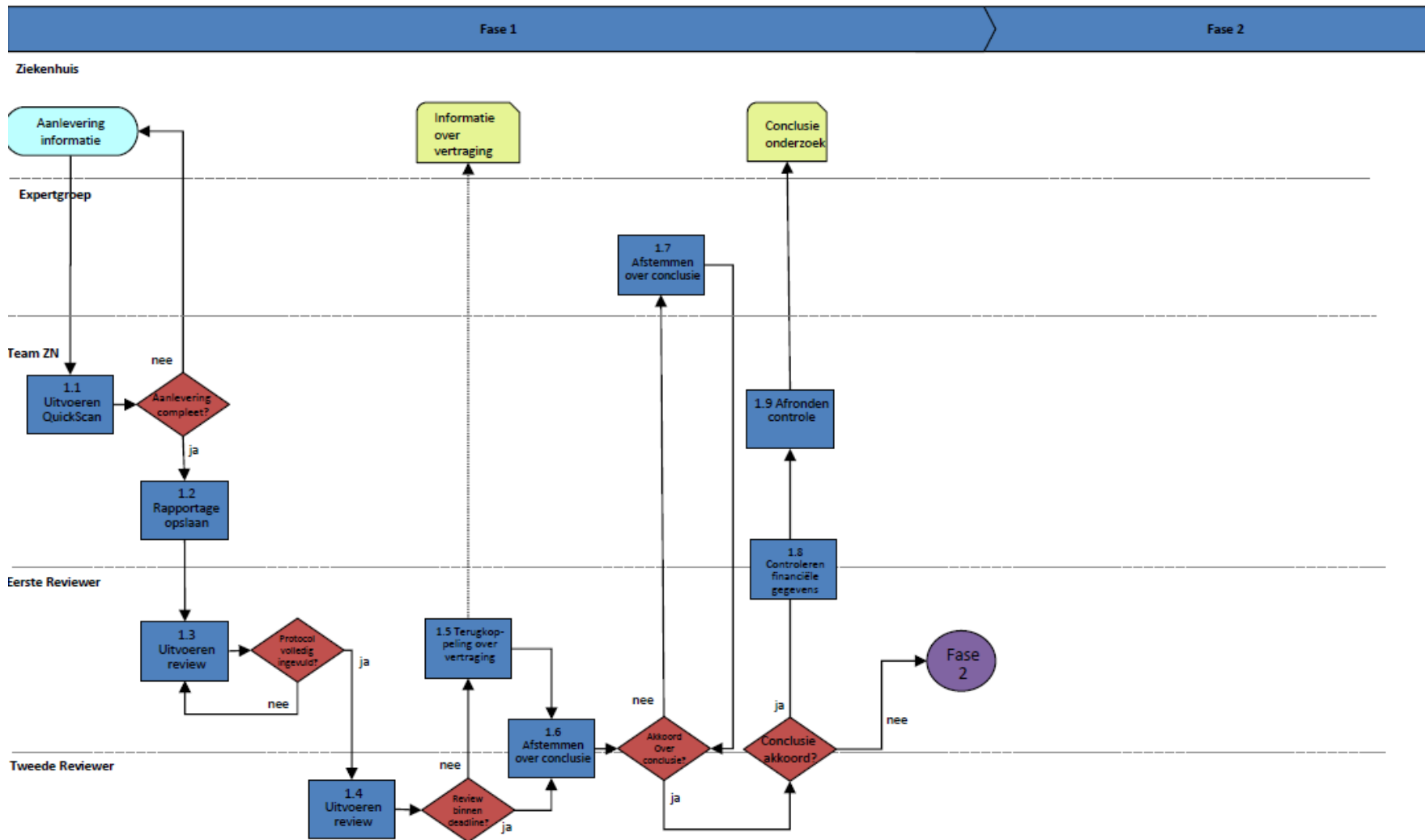
Nog openstaande punten die niet afgerond kunnen worden, worden voorgelegd in de Expertgroep. Na afstemming met Expertgroep zal het zelfonderzoek afgerond worden.

De marginale toetsing door de Expertgroep heeft in een zeer kort tijdbestek moeten plaatsvinden. Dat heeft het noodzakelijk gemaakt om lokaal maatwerk te leveren, zoals het samenvoegen van fase 2 en 3, om alle fases binnen de beschikbare tijd af te ronden.

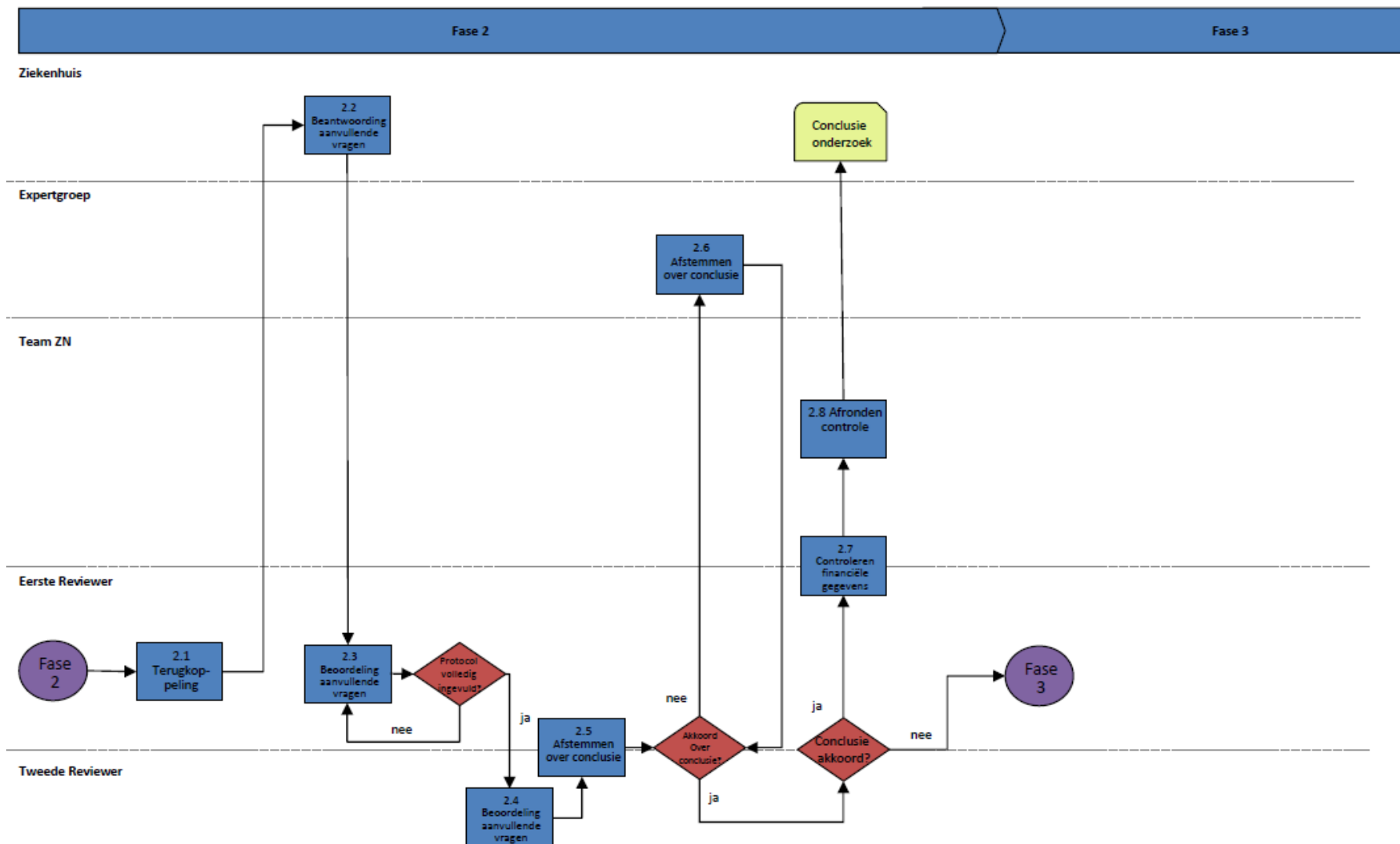
Afronding zelfonderzoek:

Wanneer beide reviewers, inclusief de Expertgroep, hebben geconcludeerd dat de conclusie die de instelling heeft getrokken juist is, zal het zelfonderzoek afgerond worden. Voor definitieve afronding dient de instelling "*Bijlage 4: Rapportageformulier uitsplitsing onderzoeksresultaten naar verzekeraar concern*" in te vullen. De financiële gegevens worden na aanlevering gecontroleerd op juistheid en volledigheid door de 1^e reviewer. Wanneer akkoord zal de Expertgroep desbetreffende instelling op de hoogte stellen van afronding van het zelfonderzoek.

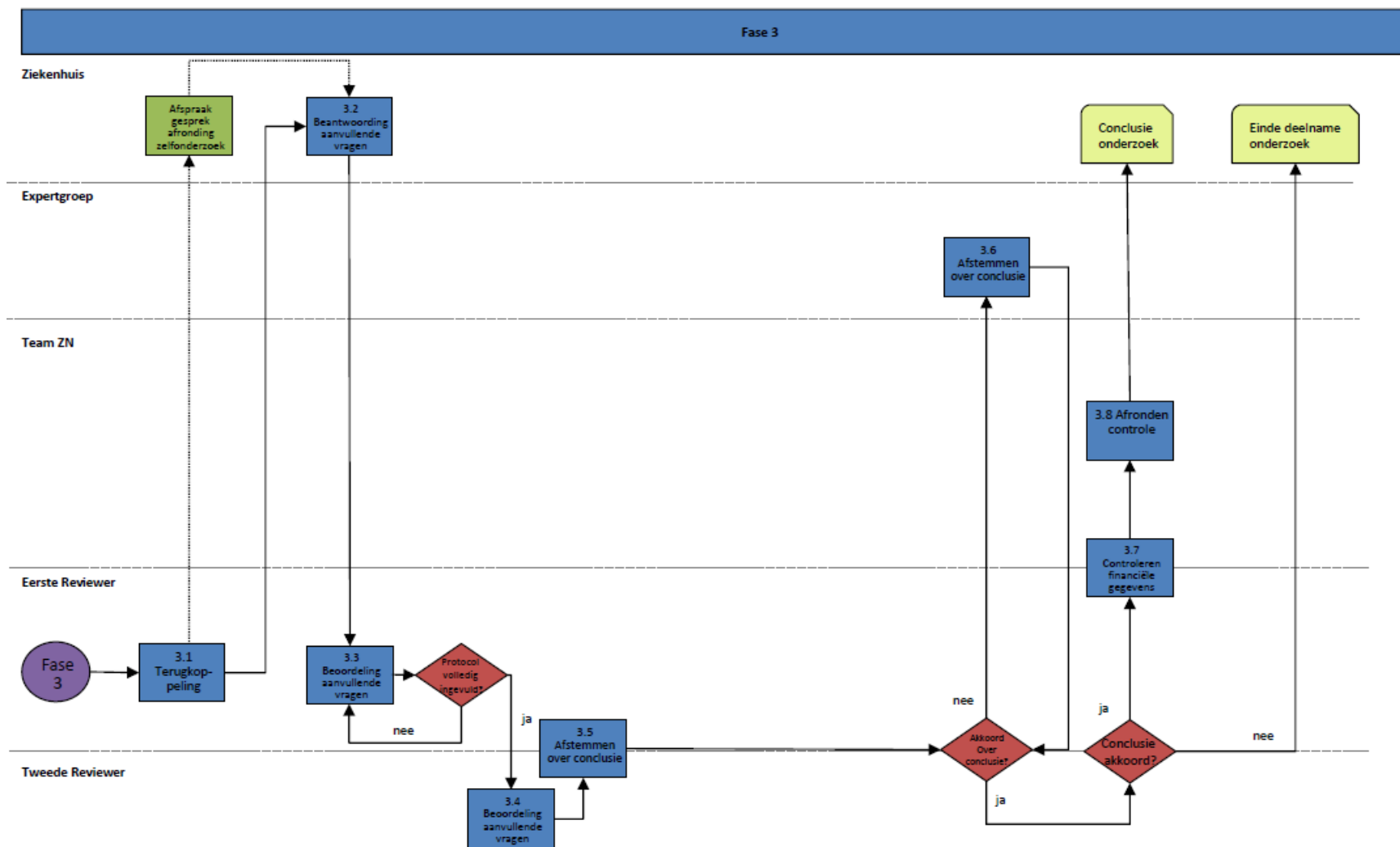
Afrekening vindt plaats met individuele zorgverzekeraars.



Afbeelding 3: Fase 1 review zelfonderzoek



Afbeelding 4: Fase 2 review zelfonderzoek



Afbeelding 5: Fase 3 review zelfonderzoek

Bijlage 3

Samenstelling Expertgroep omzetonderzoek

Onafhankelijk voorzitter	Bert Bruggeman
Achmea	Jitske Kok
ASR	Geert van Kruistum
CZ	Tamara Backx
DSW	Lia Klerk
De Friesland	Jan Otto Dijkstra
ENO	Gerben Jager
Menzis	Frank Peters
ONVZ	Marc Bovy
VGZ	Martijn Kerver
Zorg en Zekerheid	Yolanda Vermeulen
ZN	Anne Pino
ZN	Margot Redel
ZN	Sophie Veldhuis
ZN	Marsianne Boekhout
NFU	Eelco Steen
NVZ	Theofiel Jetten

Controleplan Correct Declareren

Versie 1.1
10-06-2014

Voorwoord

De NVZ, NFU en ZN bieden u met dit document een handreiking om te komen tot een zelfonderzoek. Dit zelfonderzoek vormt onderdeel van de op 22 mei jl. tussen branches, VWS en NZa overeengekomen aanpak in het kader van de omzetproblematiek (zie bijlage I). Over de uiteindelijk gekozen aanpak is langdurig en intensief overlegd tussen branches, VWS, NZa en accountants. Met deze aanpak kan het verleden versneld worden afgesloten, de NZa-regelgeving voor de toekomst worden verbeterd en kan zo mogelijk een goedkeurende accountantsverklaring worden verkregen.

Achtergrond

Begin februari 2014 heeft u de Handreiking Omzetverantwoording 2013 ontvangen. De Handreiking bevatte t.a.v. de omzetvaststelling de nodige "open einden". Hiermee wordt bedoeld op de onduidelijkheden als gevolg van de door de NZa afgegeven duidingen van de regelgeving (verboden/toegestaan circulaires) en het in februari jongstleden gepubliceerde Boetebesluit. Sindsdien is er veelvuldig overleg gevoerd om te bezien of een oplossing mogelijk is rondom de "open einden" en de ontstane impasse. De ziekenhuissector is behoorlijk in de problemen gekomen door de (op onderdelen) ruime NZa-regelgeving die lopende, maar zelfs ook na afloop van het contractjaar, door de NZa nader wordt ingevuld c.q. aangescherpt. Eind maart concludeerde de NBA dat door de omzetonzekerheden die voortkomen uit de tussentijdse wijzigingen en aanscherpingen van de regelgeving een goedkeurende verklaring over 2013 niet tot de mogelijkheden behoort. Naar aanleiding hiervan is het overleg tussen de partijen verder geïntensiveerd en heeft dit uiteindelijk geleid tot een gezamenlijk gedragen aanpak die erop gericht is de onzekerheden rondom de omzetverantwoording weg te nemen. Centraal in de aanpak staat de verduidelijking van de NZa-regelgeving, zowel naar het verleden toe als naar de toekomst.

De vijf onderdelen van de aanpak

1) Uitvoering zelfonderzoek

In de periode van begin juni tot uiterlijk 1 augustus wordt door ziekenhuizen en ZBC's¹ een aanvullend omzetonderzoek uitgevoerd (zogenaamd zelfonderzoek). Hierbij wordt nadrukkelijk onderscheid gemaakt tussen de oude DBC-jaren en de DOT-jaren.

Voor de oude DBC-schadejaren geldt géén zelfonderzoek.

Het zelfonderzoek richt zich op de DOT-omzet. Hierbij wordt de DOT-omzet onderzocht voor een dertigtal in dit document omschreven controlepunten. Dit zelfonderzoek vervangt de reguliere controles door de zorgverzekeraars en eventueel toezichtsonderzoek door de NZa.

Binnen dit onderzoek valt de volgende declaratieomzet:

- DOT-zorgproducten oud-B-segment geopend en gesloten in 2012
- DOT zorgproducten (A en B-segment) geopend in 2012 en gesloten in 2013
- DOT-zorgproducten (A- en B-segment) geopend in 2013 en gesloten in 2013.

De DOT-zorgproducten oud-A-segment geopend en gesloten in 2012 worden niet meegenomen in het zelfonderzoek vanwege de compenserende werking van het transitie-model.

In het zelfonderzoek brengt het ziekenhuis de DOT-omzet van de hier bovengenoemde omzet-massa die gepaard gaat met de in deze handreiking opgenomen controlepunten. Per controlepunt wordt aangegeven wat wordt bedoeld ("wat") alsmede indien mogelijk een voorkeursmethodiek beschreven om de omzet in kaart te kunnen brengen ("hoe").

¹ De uitvoering van dit onderzoek is inclusief de rapportage van de externe accountant

De externe accountant zal een rapport van bevindingen afgeven over de door het ziekenhuis geconstateerde uitkomsten. De beoordeling van de accountant vindt plaats op basis van een controle-protocol. Partijen zijn nog in overleg met accountants om beide documenten (controle-plan NVZ/NFU/ZN en controle-protocol accountants) zoveel mogelijk op elkaar te laten aansluiten.

Zorgverzekeraars willen een eigen oordeel vormen over het door de instelling uitgevoerde zelfonderzoek. Er is hiertoe een externe expertgroep gevormd door zorgverzekeraars met een onafhankelijk voorzitter. Vanuit de ziekenhuizen zal ook een vertegenwoordiger in deze expertgroep participeren.

2) Verrekening bevindingen met verzekeraars

De instelling rapporteert vervolgens uiterlijk 1 september 2014 de definitieve uitkomsten van haar zelfonderzoek aan de betrokken verzekeraars waarbij inzicht wordt gegeven in welke fouten in de declaratiemassa zijn aangetroffen en welke correcties daaruit voortvloeien. Dit betreft de finale rapportage na beoordeling door de accountant en de externe expertgroep en de daaruit voortvloeiende aanpassingen. Rapportage van de bevindingen vindt plaats via een format dat nog zal worden opgesteld door de externe expertgroep in overleg met zorgaanbieders.

In deze rapportage staat de maximale terugbetaling. Tot uiterlijk 1 november 2014 worden met in achtneming van de contractafspraken, nadere afspraken gemaakt met individuele zorgverzekeraars over de feitelijke terugbetalingen welke per verzekeraar op totaal niveau wordt verrekend ("bovenlangs" en niet per factuur).

3) Opening oranje NZa-loket

De NZa zal op korte termijn duidelijkheid geven over de reeds bekende en geconstateerde onduidelijke normen en tevens uitspraken doen over hoe om te gaan met eventuele hiaten in de administratieve organisatie bij ziekenhuizen. Dit betreft de zogenaamde "oranje knelpunten". Partijen kunnen hun vragen over de geconstateerde onduidelijkheden schriftelijk indienen bij het "oranje loket" van de NZa. Branches verzamelen en coördineren de inbreng vanuit de ziekenhuizen/verzekeraars. Graag vernemen wij van u dan ook tegen welke onduidelijkheden u lokaal aanloopt. De uitspraak van de NZa ("groene" dan wel "rode" kleuring) over de onduidelijkheid in de regelgeving gaat sectorbreed gelden en wordt periodiek gepubliceerd op de NZa-website. Branches hebben inmiddels een groot aantal knelpunten ingediend bij het "oranje loket". De NZa zal de komende weken hierover een uitspraak doen. Ook sommige controlepunten uit dit document zijn reeds (of worden binnenkort) bij de NZa ingediend als "oranje-punt". De "kleuring" door de NZa vindt vrijwel wekelijks plaats. Wij adviseren u dan ook om met enige regelmaat de NZa-website te raadplegen.

4) Uitstel indiening jaarrekening 2013

Uiterlijk in de maand november kan het ziekenhuis de met verzekeraars overeengekomen verrekeningen verwerken in de jaarrekening 2013. De deadline voor indiening van de jaarrekening is verschoven van 1 juni naar uiterlijk 15 december 2014. Wanneer u gebruik wenst te maken van het uitstel, dient u dit te melden bij VWS (zie website CIBG).

5) Indiening transitiebedrag 2012/2013

De verrekeningen voortkomend uit het zelfonderzoek hebben géén effect op de transitieomzet die wordt gehanteerd om het transitiebedrag 2012 te bepalen. Deze omzet vormt immers geen onderdeel van de declaratiemassa die in het zelfonderzoek onderzocht moet worden. Dit betekent dat het transitiebedrag over 2012 en 2013 conform het oorspronkelijke tijdpad kan worden vastgesteld. Op uiterlijk 1 juli aanstaande moet de aanvraag van het transitiebedrag bij het controleteam van ZN worden ingediend, inclusief omzet specificatie. Voor de omzet specificatie heeft ZN een format ontwikkeld en verspreid. Uiterlijk 1 september 2014 dient de aanvraag transitiebedrag bij de NZa te worden ingediend. In november 2014 zal de NZa de definitieve transitiebedragen 2012 en 2013 vaststellen.

Vrijwilligheid

Hoewel het wenselijk is dat alle instellingen meedoen aan het zelfonderzoek, is het niet verplicht. Voor de ziekenhuizen die geen zelfonderzoek uitvoeren geldt dat de controles door zorgverzekeraars door zullen lopen en dat ook NZa toezichtsonderzoek kan worden gestart. Echter er zijn ook tussenvarianten denkbaar waarbij het ziekenhuis niet opteert voor uitstel van de Jaarrekening 2013, maar parallel hieraan wel meedoet aan het zelfonderzoek.

Ten slotte

Belangrijk winstpunt van de met VWS en de NZa gemaakte afspraken is dat er nadrukkelijker dan voorheen de publieke erkenning is dat de regelgeving op een aantal punten onduidelijkheden bevat. Naast een oplossing voor de korte termijn, zijn partijen ook met de NZa in gesprek om tot verduidelijking van de regels voor 2015 te komen. Afronding van het verleden en focus op de toekomst is van groot belang. De mogelijkheid van een goedkeurende verklaring bij de jaarrekening 2013 is in dit verband natuurlijk een heel belangrijke bijvangst.

Naar verwachting wordt u binnenkort ook via de NZa geïnformeerd over de aanpak en tijdspladen. Hierbij zal ook worden aangegeven dat ziekenhuizen die meedoen aan het zelfonderzoek dit actief moeten melden bij de NZa.

Woord van dank

Dit document is tot stand gekomen in meerdere sessies met intensieve betrokkenheid van experts uit het veld. NVZ, NFU en ZN willen alle betrokkenen bedanken voor de enorme inzet en het doorzettingsvermogen om gezamenlijk met algemene ziekenhuizen, UMC's en zorgverzekeraars tot een acceptabel en werkbaar controleplan te komen.

Vragen en/of opmerkingen

Voor vragen en opmerkingen over dit document, alsmede vragen of meldingen over "oranje-punten" kunt u zich wenden tot:

NVZ: Jan Plass en Brenda van den End (dbc@nvz-ziekenhuizen.nl/030-2739680).

NFU: Birgit Meulenbroek (Meulenbroek@NFU.nl/030-2739880)

ZN: Anne Pino (J.Pino@ZN.nl/030-6988223).

Instructie zelfonderzoek

Reikwijdte

Het zelfonderzoek heeft betrekking op de gesloten DOT-zorgproducten en overige zorgproducten (OP's en add-ons):

- oud-B-segment geopend en gesloten in 2012
- Oud A- en B-segment geopend in 2012 en gesloten in 2013
- Oud A- en B-segment geopend in 2013 en gesloten in 2013.

Het zelfonderzoek geldt ook voor de declaraties voor asielzoekers (COA), gedetineerden en militairen. Zelfonderzoek geldt niet voor de PAAZ en PUK. Deze lopen mee in de aanpak voor de GGZ. Voor de zomer zal meer duidelijkheid komen over de aanpak in de GGZ.

Voorafgaand aan het onderzoek dient een kopie van het ZIS gemaakt te worden waarin bovengenoemde gesloten DOT-zorgproducten en overige producten vallen inclusief de hieraan gelieerde primaire vastleggingen (in sub-systemen)

Controles zorgverzekeraars

Het zelfonderzoek vervangt voor de jaren 2012 en 2013 de (formele, materiële en gepast gebruik) controles door de zorgverzekeraars en de NZa. De op uiterlijk 1 mei 2014 door verzekeraars uitgezette controles over de DBC-schade-jaren (van voor 2012) worden voor 1 september 2014 afgerond. De effecten van deze correcties worden verwerkt in de definitieve afrekening van het FB-systeem. Voor DBC's geopend in 2011 en gesloten in 2012 wordt voor het oude A-segment niet gecorrigeerd vanwege de werking van het transitie-model. Het niet verwerken van de correcties in het transitie-model betekent concreet dat de foutieve declaraties ook niet worden teruggevorderd.

Controles die door verzekeraars zijn uitgezet na 1 mei 2014, kunnen stopgezet worden. Om zorgverzekeraars de mogelijkheid te geven om essentiële controles uit te laten voeren, heeft ZN namens verzekeraars een aantal controle issues ingebracht welke zijn verwerkt in dit controleplan. Partijen zijn overeengekomen om de DCM-controles te laten doorlopen. Deze zullen op reguliere wijze gecorrigeerd worden (via de factuur). De reden hiervan is tweërlei. De uitkomsten uit de DCM kunnen behulpzaam zijn in het zelfonderzoek dat ziekenhuizen uitvoeren. Daarnaast is de doorloop van de DCM-controles noodzakelijk in het kader van de continuïteit van het DCM-systeem. Dit kan overigens de uitkomsten van het zelfonderzoek mogelijk wel enigszins vertroebelen. Dit geldt ook voor andere correctieslagen die nog gemaakt worden terwijl u al gestart bent met het zelfonderzoek. Het is van belang om goed te documenteren welke acties in uw ziekenhuis van invloed kunnen zijn op de uitkomst van het zelfonderzoek.

Alle DCM-controles die betrekking hebben op de DBC's-Zorgproducten die onderdeel uitmaken van het zelfonderzoek moeten voor 1 september² zijn afgerond en zullen verrekend worden in de totaalafrekening van het zelfonderzoek.

Een van de controlepunten in het controleplan is de varices-controle. Met partijen is afgesproken dat deze controle over 2012 wordt afgerond en dat de uitkomsten geëxtrapoleerd worden naar het jaar 2013.

De varices-controle bevindt zich geheel binnen het B-segment. De foutresultaten dienen op reguliere wijze te worden gecorrigeerd. De controleresultaten dienen te worden gebruikt als extrapolatiebasis voor de fout in 2013 (geopende en gesloten zorgproducten in 2013). De foutwaarde voor 2013 die ontstaat na extrapolatie dient u te verantwoorden onder controlepunt 19, controle op het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is ("Stand van wetenschap en praktijk").

² Onder de voorwaarde dat de declaratie tijdig is ingediend. Indien dit niet het geval is moet de zorgaanbieder de nog te factureren massa meenemen in het zelf onderzoek, bij voorbeeld via extrapolatie van de resultaten uit de DCM op de wel gedeclareerde massa.

Uitgangspunt

De basis van het controleplan betreft een knelpuntenlijst van de NZa. Deze lijst is tot stand gekomen vanuit de verboden/toegestaan circulaire en het boetebesluit dat de NZa aan een ziekenhuis heeft opgelegd. De punten zijn aangevuld met enkele controlepunten vanuit verzekeraars.

De punten zijn ook opgenomen in de brief van de minister aan de Tweede Kamer. In het controleplan zijn de punten vanuit pragmatische overwegingen geherrubriceerd. Onderhavig controleplan bevat het toetsingskader waarvan instellingen gebruik kunnen maken. Het is bedoeld om de kaders weer te geven waarbinnen het onderzoek plaats kan vinden. Het is mogelijk dat er regels/methodes beschreven staan die u in uw instelling niet kunt uitvoeren of dat u voor een alternatieve aanpak opteert. Om dit te bewerkstelligen, moeten de zorgaanbieders vóór 1 juli 2014 schriftelijk bij de NZa melden dat zij mee doen met de aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg en het aanvullend omzetonderzoek gaan uitvoeren.

Methode

Het controleplan is opgezet vanuit de gedachte dat een controle bij voorkeur opgezet wordt vanuit een Data-analyse. Op basis van een goed gedefinieerde Data-analyse kunnen fout geregistreerde zaken worden gevonden in de systemen. Indien het niet mogelijk is om een Data-analyse uit te voeren, zal er een steekproef uitgevoerd dienen te worden. Als beiden niet mogelijk zijn, zal er dossieronderzoek plaats moeten vinden.

Het is aan te raden om alvorens u start met het zelfonderzoek met uw accountant af te stemmen hoe u het onderzoek het beste kunt uitvoeren.

Overigens zal in het zelfonderzoek ook soms gebruik gemaakt moeten worden van gegevens van verzekeraars. U dient hierover afspraken te maken met uw zorgverzekeraars.

Verantwoording

Op basis van het zelfonderzoek zal de accountant zijn oordeel geven over het uitgevoerde onderzoek en de bevindingen. Beoordeling door de accountant vindt plaats op basis van een (nog vast te stellen) controleprotocol. Op landelijk niveau zal er een expertgroep zorgverzekeraars (met betrokkenheid van ziekenhuizen) oordelen of het zelfonderzoek adequaat is uitgevoerd. Om de beoordeling door de expertgroep snel en soepel te laten verlopen, wordt gewerkt aan een uniform rapportage-format. Zodra dit gereed is, zal dit aan u verzonden worden.

Oranje-punten

De NZa zal op korte termijn met enige regelmaat duidelijkheid geven over de reeds bekende en geconstateerde onduidelijke normen ("oranje knelpunten"). Sommige controlepunten uit dit document zijn reeds (of worden binnenkort) bij de NZa ingediend als "oranje-punt". De "kleuring" van de punten wordt gepubliceerd op de website van de NZa.

Het was in principe wenselijk, en beter werkbaar, geweest wanneer de "kleuring" voorafgaand aan het zelfonderzoek had plaatsgevonden. Nu kan het voorkomen dat gedurende het zelfonderzoek controlepunten "gegroend". Wij realiseren ons terdege dat beide trajecten "schuren". Echter vanwege de tijdsdruk is voor dit parallelle pad gekozen. Wij adviseren u de berichten op de website van de NZa nauwlettend te volgen. Daarnaast wordt u zo nodig aanvullend geïnformeerd door NVZ, NFU en ZN.

Uitkomsten en tijdpad

Uiterlijk 1 augustus 2014 dient de rapportage incl. rapport van bevindingen van de externe accountant aangeboden te worden aan de expertgroep. De expertgroep rondt de beoordeling voor 1 september af. De definitieve uitkomsten uit het zelfonderzoek dienen op 1 september opgeleverd te worden zodat in de periode van 1 september tot 1 november de besprekingen over de afwikkeling met individuele zorgverzekeraars kunnen worden gevoerd. De deadline voor indiening van de jaarrekening is verschoven naar 15 december 2014.

De hierboven beschreven data betreffen uiterste data. Het staat een ziekenhuis vrij om het tijdpad sneller te doorlopen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven een dergelijke versnelling te willen faciliteren.

Inhoud

Voorwoord	2
1 Registreren van zorgactiviteiten:.....	10
1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - indien er geen face to face contact is.	10
1.2 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag	11
1.3 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - Polikliniekbezoek tijdens opname... ..	12
1.4 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult	13
2 Onterecht vastleggen van Medebehandeling.....	14
3. Onterecht vastleggen van een Dagverpleging	15
4.1 Onterecht vastleggen van een verpleegdag bij een DBC subtraject - Onterecht verdelen van de verpleegdagen van een opname over meerdere DBC subtrajecten binnen een specialisme.	16
4.2 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject, zodat deze onterecht tot een klinisch DBC-zorgproduct leidt.....	17
4.3 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - Specifiek voor verpleging ingerichte afdeling.....	18
4.4 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - Minimaal 1 overnachting.....	19
4.5 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - In combinatie met een IC-behandeldag.....	20
4.6 Onterecht vastleggen van een verpleegdag- In combinatie met een afwezigheidsdag.....	21
4.7 Onterecht vastleggen van een verpleegdag tegelijk met de ZA Verblijf gezonde moeder (ZA-code 190032) of verblijf gezonde zuigeling (ZA-code 190033)	22
4.8 Onterecht vastleggen van een verpleegdag in combinatie met 'Verkeerde bed' (ZA- code 190031) of 'Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie' (ZA-code 190038).	23
4.9 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - 'Verpleegdagtarief HAK' (ZA-code 190209) of 'Zotelovernachting' (ZA-code 190208):.....	24
4.10 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag- Medische behandeling op de IC	25
4.11 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag- Postoperatief op de IC voor recovery i.p.v. op de recovery-afdeling.....	26
5. Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit, terwijl een lichte handeling is uitgevoerd (upcoding)	27
5.1 Onterecht vastleggen ATLS traumaopvang (039676).....	28
5.2 Onterecht vastleggen cochleaire implantaten (pre-implantatie (031903 en 031905).....	28
5.3 Onterecht vastleggen van de verrichting nazorg cochleaire implantaten (031904 en 031906)	29
5.4 Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorg orgaantransplantaties.....	30

5.5 Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorgstamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098).....	31
5.6 Onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische tests (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630, 039509).....	32
5.7 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit dialysetoeslag.....	33
5.8 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit IC-consult (ICC uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC afdeling) (190129).....	34
5.9 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit interklinisch transport < 2 uur of > 2 uur (190130 resp. 190131).....	35
5.10 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit MICU-transport < 2 uur of > 2 uur (190132 resp. 190133).....	36
5.11 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit neonatale intensive care (190150).....	37
5.12 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit pediatrie intensive care (190151).....	38
5.13 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit ECMO-toeslag (039611).....	39
5.14 Onterecht vastleggen van de verrichting toeslag post IC-high care (190152).....	40
5.15 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie.....	41
5.16 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie.....	42
5.17 Onterechte declaratie van tandtechniekkosten bij Kaakchirurgie.....	43
5.18 Onterecht vastleggen microscopisch oortoilet bij verwijderen oorsmeer ZA code 31712.....	44
6 Het vastleggen van een zorgactiviteit terwijl er geen handeling heeft plaatsgevonden ...	45
7 Het vastleggen van een onjuiste diagnose.....	46
8 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie.....	47
9 Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure geneesmiddelen.....	48
10 Onterecht een parallel zorgtraject openen.....	49
11 Onterecht registreren van los declarabele overige zorgproducten die een causaal verband hebben met een DBC zorgproduct.....	50
12. Openen zorgtraject.....	51
13 Het in rekening brengen van eigen DBC-zorgproducten terwijl deze zorg onderdeel uitmaakt van een zorgtraject van een andere zorgaanbieder (onderlinge dienstverlening).	52
14. U-bocht constructies.....	53
15.1 Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg) – DBC-zorgproducten.....	54
15.2 Het in rekening brengen van zorg t.l.v. de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg) – Overige zorgproducten.....	57
16 Het vastleggen van een andere zorgactiviteit, die wel als verzekerde zorg wordt vergoed.....	59

17 Het onterecht betalen van 190043/190044/190045/190046 naast een DBC zorgproduct van de gynaecoloog	60
18 Onterecht vastleggen wondtoilet.....	61
19 Het registeren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is (stand der wetenschap en praktijk, aanspraakbeperkende zorg)	62
20 Het declareren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is: IVF.....	63
21 Declareren van WBMV verrichtingen zonder vergunning.....	64
22. Onterecht vroegtijdig sluiten DBC's eind 2011	64
23 Voortgezet verblijf in instelling langer dan 365 dagen.....	65

1 Registreren van zorgactiviteiten:

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

Indien er geen sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), mag er geen polikliniek bezoek (190007, 190008, 190011, 190012 en 190013) geregistreerd worden.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081: art 11.5.1

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' (190007, 190011) en bij een 'polikliniekbezoek, niet zijnde een eerste polikliniekbezoek, dat leidt tot opening van een nieuwe DBC' (190012) en bij een herhaal-polikliniekbezoek bij een lopende DBC' (190008, 190013) moet sprake zijn van een face-to-face-contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent).

Een telefonisch consult mag niet geregistreerd worden als poliklinisch bezoek. Bezoeken aan het ziekenhuis waarbij op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts) onderzoek en/of behandelingen plaatsvinden (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) en telefonische consulten voldoen niet aan het criterium 'face-to-face-contact'.

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

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Systeem / Agenda:
 - Stel vast dat hoe het systeem is ingericht dat alleen bevoegden kunnen registreren en achteraf geen wijzigingen zonder oorspronkelijk behoud zijn aangebracht.
- Uit te voeren controle:
 - Vaststellen welke polikliniekbezoeken niet zijn uitgevoerd door een medisch specialist, SEH-arts ¹ of een arts-assistent. In het bijzonder dient nagegaan te worden of bezoeken aan een niet-arts zijn geregistreerd als een polikliniekbezoek door een medisch specialist, SEH-arts of een arts-assistent
 - Vervolgens een steekproef uitvoeren op basis van deze uitkomst. Aan de hand van dossiercontrole bepalen of de medisch specialist toch niet alsnog tijdens de afspraak met de niet-arts aanwezig is geweest. Indien dit niet aantoonbaar is, is sprake van een onjuistheid.

¹ SEH-arts ingebracht bij oranjeloket of SEH-arts 1^e poli mag registreren

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

Voor een patiënt mag in het algemeen niet meer dan een polikliniekbezoek per specialisme geregistreerd worden op één kalenderdag².

Regelgeving / beleid

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving, Verboden toegestane lijst:

Het uitgangspunt is dat er één polikliniekbezoek per specialisme per kalenderdag geregistreerd kan worden.

Uitzondering:

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

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

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

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Systeem / Agenda:
 - Vaststellen voor hoeveel patiënten er (per specialisme) meerdere consulten op één dag zijn binnen één specialisme.
 - Vaststellen of de consulten vooraf ingepland zijn, is terug te vinden in de agenda.
 - Vaststellen of de consulten niet direct aansluitend plaatsvinden.
- Uit te voeren controle:
 - Indien m.b.t. een patiënt en één poortspecialisme meer dan één consult.
 - indien aansluitend: er mag maar één consult geregistreerd worden.
 - indien niet vooraf ingepland: er mag maar één consult geregistreerd worden.

² Wordt ingebracht in oranjeloket.

1.3 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek - Polikliniekbezoek tijdens opname

- indien wel vooraf ingepland en niet aansluitend, maar er is geen medische noodzaak: er mag maar één consult geregistreerd worden.
- indien wel vooraf ingepland en niet aansluitend en er is sprake van een medische noodzaak: er mogen twee consulten geregistreerd worden.

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

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081 art. 11.5.1.: (voetnoot 11) Een polikliniekbezoek mag niet tijdens een dagverpleging of klinische opname worden geregistreerd.

Regelgeving 2014: Een polikliniekbezoek mag niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting of verpleegdag (klinische opname) worden geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek (190013) voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, die vóór de opname al is ingepland.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

Systeem/Data-analyse

- Vaststellen hoeveel patiënten tijdens de dag van de klinische opname en/of dagverpleging een polikliniekbezoek hebben voor hetzelfde specialisme.

1.4 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult

Intercollegiaal consult mag alleen worden vastgelegd tijdens een klinische opname van een patiënt.

Wanneer een anesthesist ondersteuner is bij de behandeling mag er geen ICC in rekening worden gebracht. Een ICC anesthesist is toegestaan in de rol van pijnbestrijder.

Regelgeving / beleid

In klinische setting door een ander specialisme dan het behandelende specialisme en maximaal één.

NR/CU-222: art. 6.2:

Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de poortspecialist geopend bij een intercollegiaal consult (ICC) voor een patiënt die klinisch is opgenomen. Hierbij geldt dat een ICC alleen mag worden geregistreerd bij een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of IC behandelagen zijn geregistreerd.

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

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

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle:
 - Data-analyse: Vaststellen voor welke patiënten er een intercollegiaal consult heeft plaatsgevonden zonder een klinische opname voor ander specialisme.
 - Vaststellen voor welke patiënten tijdens de looptijd van ZT13 een ZT11 is geopend. Met andere woorden; worden ICC's in die gevallen juist omgezet naar medebehandeling?
 - Vaststellen dat er sprake is van maximaal één zorgtype 13 per opname, per specialisme.

Specifiek aandachtspunt:

Anesthesie in de rol van poortspecialist

2 Onterecht vastleggen van Medebehandeling

Medebehandeling mag alleen geregistreerd worden tijdens een opname, als er sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling en behandeling.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081: art. 11.19 Medebehandeling (190017)

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

CI/14/3c Circulaire NZa toelichting regelgeving:

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

(Zie ook parallelliteit)

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle:
 - Data-analyse: ZA-registratie in combinatie met DBC-registratie
 - Vaststellen of er sprake is van een diagnostische of therapeutische ZA met minimaal 2 ICC's wat een medebehandeling rechtvaardigt.
 - Vaststellen of er sprake is van een klinische opname bij een ander specialisme.
 - Vaststellen of er sprake is van een eigen behandeling (ZA m.b.t behandeling).
 - Op de deelmassa medebehandelingen zonder andere typerende ZA middels steekproef dossiercontrole uitvoeren of aantoonbaar dat een vorm van behandeling is uitgevoerd.

3. Onterecht vastleggen van een Dagverpleging³

Er mag alleen een dagverpleging geregistreerd worden als voldaan wordt aan de NZa-regelgeving en aanvullende duiding.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2068/2111: artikel 10.7.8 resp. 11.5

Een dagverpleging (190035, 190055, 190030 en 190090) is een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar (bij electieve zorg vooraf ingepland) en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist. Maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag. Een dagverpleging mag niet tijdens een klinische opname worden geregistreerd.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Afsprakensysteem / Agenda:
 - Aantonen dat het gepland is: er moet minimaal een dag zitten tussen het plannen van de afspraak en de daadwerkelijke afspraak.
 - Controle op maximaal één dagverpleging per specialisme per kalenderdag.
 - Controleren op parallelliteit met een klinische opname.
- Klinische registratie:
 - Nagaan op welke afdeling is de patiënt opgenomen; Is dit een voor dagverpleging ingerichte afdeling?
- Opnameduur beoordelen
 - Hoeveel tijd tussen behandeling en ontslag moet duidelijk gemaakt worden door de NZa.

³ Dagverpleging ingebracht in oranjeloket inzake opnameduur dagbehandeling, de zgn. 2 uur, verpleging en behandeling

4. Regelgeving / beleid

4.1 Onterecht vastleggen van een verpleegdag bij een DBC subtraject - Onterecht verdelen van de verpleegdagen van een opname over meerdere DBC subtrajecten binnen een specialisme.

Er mag maximaal één klinische opname per patiënt per klinisch verblijf in het ziekenhuis geregistreerd worden. Het verdelen van verpleegdagen mag niet in verband met het risico dat er meerdere klinische trajecten worden gedeclareerd.

Regelgeving / beleid

NR/CU-217, NR/CU-220, NR/CU-222, NR/CU-227, NR/CU-228 art. 6.1c en NR/CU-240 art. 7.1c
Bij parallelliteit tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de specialist die verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan, evenals het declareren van meerdere verpleegdagen (Zorgprofiel klasse 3) op één kalenderdag bij één instelling.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Met betrekking tot één klinische opname beoordelen of er:
 - meerdere verpleegdagen tijdens één kalenderdag zijn geregistreerd.
 - of de verpleegdagen binnen de klinische opname verdeeld zijn over meerdere subtrajecten.
- Met betrekking tot twee of meer aaneengesloten of opeenvolgende klinische opnames beoordelen of er:
 - Terecht sprake is van een afzonderlijke klinische opname.

Oranje: niet toegestaan (splitsen van verpleegdagen over meer specialismen) tenzij medische gronden voor overdracht.

4.2 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject, zodat deze onterecht tot een klinisch DBC-zorgproduct leidt.⁴

Het is niet toegestaan om voor dezelfde zorgvraag meerdere subtrajecten te openen en verpleegdagen tussen deze trajecten te verdelen. Ook bij parallelliteit moeten verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111 - artikel 11.8, 11.9

NR/CU-240 - artikel 7.1c

Boetebesluit Antonius: Cardiologie-opnamen in samenwerking met CTC, Neurochirurgie-opname in samenwerking met neurologie.

Bij parallelliteit tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de specialist die verantwoordelijk is voor deze opname. Het verdelen van verpleegdagen tussen subtrajecten is niet toegestaan. Tenzij er sprake is van het feit dat een ander specialisme de behandeling overneemt.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Data-analyse op parallele klinische DBC zorgtrajecten
- Steekproef
- Vaststellen voor welk aandeel van de steekproef er sprake is van het verdelen van verpleegdagen en of hier sprake is van onrechtmatig knippen van verpleegdagen.

⁴ Ligt bij oranjeloket NZa

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

Alleen registratie van verpleegdagen bij opname op een voor verpleging ingerichte afdeling (dit is incl. high care en medium care) is toegestaan.

Regelgeving / beleid

BR/CU – 2076, art. 10.7.5 De aanvang van een verblijf in een erkende instelling op een voor verpleging ingerichte afdeling, waarvoor één of meer verpleegdagen, dan wel één of meer dagen 'verblijf gezonde moeder' (190032) of 'verblijf gezonde zuigeling' (190033) worden geregistreerd. Bij een onderbreking van de opnameduur (bijvoorbeeld door afwezigheidsdag(en)) kan slechts één 'klinische opname' (190021) worden geregistreerd. Interne verplaatsingen worden niet als nieuwe opnamen gerekend. Overplaatsing naar een ander ziekenhuis wordt wel als een nieuwe opname voor het opnemende ziekenhuis gerekend. Een geboorte in een ziekenhuis wordt als klinische opname beschouwd, tenzij deze poliklinisch plaatsvindt.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle:
 - Stel vast dat er geen verpleegdagen zijn geregistreerd op een afdeling, niet zijnde een verpleegafdelingen.

4.4 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - Minimaal 1 overnachting⁵

Een verpleegdag mag alleen geregistreerd worden indien er sprake is van 1 of meer overnachtingen.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111, art. 11.9, voetnoot 18 wijzigen in BR 2081 art 11.5

Alleen registratie van verpleegdagen toegestaan indien er sprake is van minimaal één overnachting tenzij:

- patiënt overlijdt op dag van opname.
- patiënt wordt overgenomen door een andere instelling op dag van opname.

In die twee gevallen hoeft er geen sprake te zijn van minimaal één overnachting.

BR/CU-2111, tabel 2 bij art. 11.9 idem

Er is sprake van een overnachting als een patiënt wordt opgenomen voor 00.00 uur (of voor 20.00 uur) en ontslag plaatsvindt na 07.00 uur op de daaropvolgende kalenderdag

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- **Uit te voeren controle**

- Ga na hoe het ZIS is ingericht m.b.t. registratie van verpleegdagen in relatie tot actuele definitie met betrekking tot overnachting.
- Stel vast dat de juiste ontslagtijd is geregistreerd.
 - Moet in procedurebeschrijvingen zijn opgenomen
 - Op afdelingen nagaan of deze procedure wordt gevolgd
- Stel vast hoeveel één -daagse opnames (één verpleegdag) er zijn geregistreerd zonder:
 - dat er sprake is van overnachting (let daarbij op de vereisten t.a.v. opname- en ontslagtijd), of
 - ❖ dat patiënt is overleden, of
 - ❖ dat patiënt is overgenomen door een andere instelling.
- Deze laatste twee zijn wel toegestaan.

⁵ Ligt bij oranjeloket.

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

Er mag geen verpleegdag worden geregistreerd i.c.m. een IC-behandeldag op dezelfde kalenderdag

Regelgeving / beleid

NR/CU – 209 art. 6.1 en NR/CU – 222 art 6.1

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

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- **Uit te voeren onderzoek**
 - Data-analyse
 - Stel vast dat er geen sprake is van registratie van een verpleegdag en een IC-behandeldag bij 1 patiënt op dezelfde kalenderdag. Dit is niet toegestaan.

4.6 Onterecht vastleggen van een verpleegdag- In combinatie met een afwezigheidsdag

De dag voorafgaand aan de nacht waarin de patiënt niet in het ziekenhuis verblijft, mag niet als verpleegdag maar moet als afwezigheidsdag zijn geregistreerd.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081 art. 11.5.9

Afwezigheidsdag (190034, 194809). De dag, niet zijnde de ontslagdag, voorafgaand aan de nacht waarin de patiënt niet in het ziekenhuis/verpleeghuis verblijft, wordt niet als verpleegdag maar als afwezigheidsdag aangemerkt. Het betreft een - veelal geplande - afwezigheid van ten hoogste drie dagen.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- **Uit te voeren controle**
 - Stel vast dat de afwezigheidsregistratie juist is.
 - Moet in procedurebeschrijvingen zijn opgenomen
 - Op afdelingen nagaan of deze procedure wordt gevolgd
 - Data-analyse: patiënten waarbij op een kalenderdag een afwezigheidsdag en een verpleegdag voorkomen.

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

Er bestaat een risico dat er een registratie is van een verpleegdag op zelfde kalenderdag als registratie deze activiteiten: Verblijf gezonde moeder (ZA-code 190032) of verblijf gezonde zuigeling (ZA-code 190033).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081 art. 13.3.3

Op de kalenderdagen waarop deze zorgactiviteitcodes zijn geregistreerd mag geen reguliere verpleegdag zijn geregistreerd voor deze patiënt.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- **Uit te voeren onderzoek**

- Data-analyse: verblijf gezonde moeder in combinatie met verpleegdag
- Data-analyse: verblijf gezonde zuigeling in combinatie met verpleegdag
- Stel vast dat er geen sprake is van registratie van een verpleegdag en een van de genoemde zorgactiviteitcodes bij 1 patiënt op dezelfde kalenderdag. Dit is niet toegestaan.
- Zieke moeder – gezonde zuigeling; zieke zuigeling – gezonde moeder

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

Er bestaat een risico dat er een registratie is van een verpleegdag op zelfde kalenderdag als registratie deze activiteiten: Verkeerde bed (ZA-code 190031) of Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie (ZA-code 190038).

Regelgeving / beleid

BR/CU – 2081 art. 13.3.2 en art. 13.3.5

Op de kalenderdagen waarop deze ZA-codes zijn geregistreerd mag geen reguliere verpleegdag zijn geregistreerd.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse : combinatie verkeerde beddag (190031) en een verpleegdag.
 - Stel vast dat er geen sprake is van registratie van een verpleegdag en een van de genoemde zorgactiviteit-codes bij 1 patiënt op dezelfde kalenderdag. Dit is niet toegestaan.

4.9 Onterecht vastleggen van een verpleegdag - 'Verpleegdagarief HAK' (ZA-code 190209) of 'Zotelovertening' (ZA-code 190208):

Er bestaat een risico dat verpleegdagen geregistreerd zijn terwijl een van deze activiteiten had moeten worden geregistreerd, of dat er een registratie is van een verpleegdag op zelfde kalenderdag als registratie deze activiteiten: 'Verpleegdagarief HAK' (ZA-code 190209) of 'Zotelovertening' (ZA-code 190208).

Op de kalenderdagen waarop deze ZA-codes zijn geregistreerd mag geen reguliere verpleegdag zijn geregistreerd.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081, art 13.3.6. Verpleegdagarief HAK (190209)

Een verpleegdag HAK is een te registreren kalenderdag, die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Deze prestatie kan worden gedeclareerd door instellingen voor medisch specialistische zorg met een huisartsenkliniek. In een huisartsenkliniek wordt huisartsenzorg en lichte eerste hulp geboden, waarbij overdracht van de medische verantwoordelijkheid van de medisch specialist naar de huisarts plaatsvindt.

Art. 13.3.7. Zotelovertening (190208)

Overnachting in een zorghotel, in het kader van ziekenhuisverplaatste zorg, welke gekoppeld is aan een instelling voor medisch specialistische zorg.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: Combinatie verpleegdag met 190209 of 190208.
 - Stel vast dat er geen sprake is van registratie van een verpleegdag en een van de genoemde zorgactiviteit-codes bij 1 patiënt op dezelfde kalenderdag. Dit is niet toegestaan. Eventueel toevoegen indien van toepassing
 - 190209 → Instellingen voor medisch specialistische zorg zonder huisartsenkliniek kunnen za-code 190209 niet registreren.
 - Beoordelen of er zorg geboden is in de huisartsenkliniek van de eigen instelling.
 - 190208 → In kaart brengen wanneer er een overnachting in het zorghotel heeft plaatsgevonden (bijvoorbeeld ZIS systeem of crediteurenadministratie) en controleren wat er geregistreerd is, een 190208 of een verpleegdag?

4.10 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag- Medische behandeling op de IC

IC-behandeldag mag geregistreerd worden voor iedere kalenderdag waarop op een IC medische behandeling heeft plaatsgevonden. Registratie van IC-behandeldagen op de high care en de medium care is niet toegestaan.

Regelgeving / beleid

NR/CU – 240 art 7.4, art 15.5, art 15.8

In de NZa regelgeving is geen nadere duiding van IC-locatie en medische behandeling in dit kader.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Bestandsanalyse
 - Stel vast dat geen IC-behandeldagen zijn geregistreerd op een andere afdeling dan een IC .
 - Stel vast dat er geen parallelle IC-trajecten geregistreerd zijn.

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

IC-behandeldag mag niet worden geregistreerd bij opname postoperatief op de IC voor recovery i.p.v. op de recovery-afdeling zelf. Dit geldt ook voor opname op de Post Anesthesia Care Unit (PACU)

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081 art. 13.1.1

IC-behandeldag tariefgroep 1, 2 of 3 (190125, 190134, 190141) Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de IC, ingedeeld in tariefgroep 1, 2 of 3.

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

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: Patiënten waarbij op dezelfde dag een IC-behandeldag is geregistreerd als een OK-verrichting.
 - Ga daarbij (integraal dan wel per representatieve steekproef na of registratie IC-behandeldag terecht is.

5. Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit, terwijl een lichte handeling is uitgevoerd (upcoding)

Het onterecht vastleggen van zware verrichtingen (met een grote financiële impact) zonder dat er voldaan is aan de daarvoor geldende criteria (upcoding).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111: art. 11, 13, 14, 15, 16

NR/CU-240: art. 6.3, 15

BR-CU-7083: kaakchirurgie

Het boetebesluit Antonius (2014): KNO-oorsmeer

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

Hieronder per risicogebied steeds apart uitgewerkt

5.1 Onterecht vastleggen ATLS traumaopvang (039676)

Onterecht vastleggen ATLS traumaopvang – diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111: art. 11

Voorwaarden:

1. ISS \geq 16
2. Opgevangen volgens de ATLS systematiek
3. Medisch specialist bevoegd en bekwaam

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Streekproef ISS \geq 16
 - Met behulp van een steekproef vaststellen op de patiënten zijn opgenomen volgens de ATLS systematiek. Dossiercontrole uitvoeren

5.2 Cochleaire implantaten

Onterecht vastleggen cochleaire implantaten (pre-)implantatie (031903 en 031905)

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111: art. 11

Voorwaarden:

1. Geregistreerd door 1 zorgaanbieder
2. Geregistreerd op de dag van implantatie
3. In principe mag 1 CI per patiënt gedeclareerd worden met beperkte uitzondering voor kinderen (zie beleidsregel)

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Controleer of het aantal CI-implantaten per patiënt overeenkomt met de regelgeving
 - Vaststellen of op de dag van de registratie van de zorgactiviteit er OK-tijd is geregistreerd.

5.3 Onterecht vastleggen van de verrichting nazorg cochleaire implantaten (031904 en 031906)

Onterecht vastleggen van de verrichting nazorg cochleaire implantaten (031904 en 031906).

Regelgeving / beleid

BR/CU-2081: art. 11.5.12

BR/CU 2035: art. 10.3.1

Voorwaarden:

1. Registratie door de hoofdbehandelaar.
2. Maximaal 1 keer per jaar geregistreerd.
3. Geregistreerd op de dag van een herhaal-polikliniekbezoek.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Vaststellen of de zorgactiviteit geregistreerd is door de hoofdbehandelaar.
 - Vaststellen of er per vervolg subtraject (looptijd 1 jaar) maximaal 1 maal tijdens een herhaal polikliniekbezoek een verrichting voor nazorg CI is geregistreerd

5.4 Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorg orgaantransplantaties

Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorg orgaantransplantaties (039385 t/m 039397, 192042, 192103)

Regelgeving / beleid

BR/CU-2035: art. 10.3.2

Voorwaarden:

1. Registratie door de hoofdbehandelaar.
2. Maximaal 1 keer per jaar geregistreerd.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Vaststellen of de zorgactiviteit geregistreerd is door de hoofdbehandelaar.
 - Vaststellen of er per vervolg subtraject (looptijd 1 jaar) maximaal 1 maal tijdens een herhaal polikliniekbezoek een verrichting voor nazorg orgaantransplantaties is geregistreerd

5.5 Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorgstamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)

Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorgstamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)

Regelgeving / beleid

BR/CU-2045 art. 10.3.3

Voorwaarden:

1. Registratie door de hoofdbehandelaar.
2. Maximaal 1 keer per jaar geregistreerd per instelling

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: patiënten met ZA 192079, 192080, 192087, 192098)
 - Vaststellen of de zorgactiviteit geregistreerd is door de hoofdbehandelaar.
 - Vaststellen of er per vervolg subtraject (looptijd 1 jaar) maximaal 1 maal tijdens een herhaal polikliniekbezoek een verrichting voor nazorg stamceltransplantaties is geregistreerd

5.6 Onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische tests (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630, 039509)

Onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische tests (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630, 039509)

Regelgeving / beleid

Voorwaarden:

1. Er is sprake van een subspecialistische aandoening.
2. Er is sprake van ingewikkelde diagnostiek.
3. Er is sprake van een topreferente casus.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Vaststellen op basis van typeringslijst kindergeneeskunde of sprake is van een subspecialistische aandoening
 - Vaststellen of twee of meer diagnostische tests met de verrichting codes hebben plaatsgevonden (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630, 039509).
 - Vaststellen of de patiënt uit een ander postcodegebied komt dan het verzorgingsgebied van het ziekenhuis of dat de patiënt is verwezen vanuit een ander ziekenhuis.

5.7 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit dialysetoeslag

Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit dialysetoeslag:

- Het vaker dan 1 keer per dag registreren van de dialysetoeslag
- Het registreren van de zorgactiviteit dialysetoeslag als er geen sprake is van een dialyse dag
- Er is parallel een zorgactiviteit dialyse geregistreerd. Er mag geen dialysetoeslag geregistreerd worden als hiernaast een DBC zorgproduct dialyse wordt afgeleid.

Regelgeving / beleid

NR/CU-228: 15.6 De add-ons IC-toeslagen (190126, 190135, 190142, 190127,190136, 190143, 190128, 190137, 190144) mogen alleen in combinatie met IC-behandeldagen (190125, 190134, 190141) worden gedeclareerd (dus niet in combinatie met de add-ons voor de neonatale IC en de pediatrie IC (190150, 190151)).

Een add-on dialyse toeslag op de IC (190128) mag alleen in combinatie met een IC-behandeldag (190128, 190137 of 190144) worden gedeclareerd. Een add-on dialysetoeslag mag dus niet in combinatie met een add-on voor de neonatale IC en de pediatrie IC (190150 of 190151) worden gedeclareerd.

1. Maximaal 1 dialysetoeslag per IC-dag is toegestaan.
2. Er heeft nierfunctie vervangende therapie plaatsgevonden.
3. De nierfunctie vervangende therapie heeft plaatsgevonden onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist (niet zijnde de nefroloog van de dialyseafdeling).
4. Er mag geen dialysetoeslag geregistreerd worden als hiernaast een DBC zorgproduct dialyse wordt afgeleid.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: Patiënten met IC-dag in combinatie met meer dan dialysetoeslag.
 - Stel per deelwaarneming vast o.b.v. dossiercontrole dat er sprake is van nierfunctievervangende therapie.
 - Vaststellen welke specialist de verrichting geregistreerd heeft.
 - Vaststellen wie de specialisten verbonden aan de dialyseafdeling zijn.
 - Vaststellen of er parallel aan het dialysetoeslag een DBC-zorgproduct dialyse is geregistreerd.

5.8 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit IC-consult (ICC uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC afdeling) (190129)

Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit IC-consult (ICC uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC afdeling) (190129):

- Niet aangevraagd door een medisch specialist.
- Op dezelfde kalenderdag is zowel een IC consult als een IC behandeldag geregistreerd.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2045 art. 12.1.1 (voetnoot 14)

Voorwaarden:

1. Aangevraagd door medisch specialist. (tenzij sprake van een acute medische calamiteit).
2. Als een IC-consult leidt tot een IC-behandeldag mag er geen IC-consult worden geregistreerd.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: van patiënten met IC-consult vaststellen of de aanvrager een medisch specialist is.
 - Indien de aanvraag niet de medisch specialist is op basis van steekproef controleren of er sprake is van een medische calamiteit.
 - Vaststellen of er op dezelfde dag geen IC-behandeldag is geregistreerd.

5.9 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit interklinisch transport < 2 uur of > 2 uur (190130 resp. 190131)

Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit interklinisch transport < 2 uur of > 2 uur (190130 resp. 190131):

- Er is geen sprake van vervoer van een IC naar een IC,
- De verrichting 190131 interklinisch transport > 2 uur wordt geregistreerd als de tijdsduur korter dan 2 uur is.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2035 art. 12.1

Voorwaarden:

1. De patiënt wordt ontslagen op de IC van ziekenhuis A en wordt opgenomen op de IC van ziekenhuis B.
2. De tijdsduur van het transport inclusief de wachttijd op de ambulance, overdracht en de terugreis > 2 uur is.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Controle wordt uitgevoerd op basis van door zorgverzekeraars aan te leveren gegevens. De specificaties hiervoor worden opgesteld door de ZN expertgroep in afstemming met de NVZ/NFU.

5.10 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit MICU-transport < 2 uur of > 2 uur (190132 resp. 190133)

Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit MICU-transport < 2 uur of > 2 uur (190132 resp. 190133):

- Er is geen sprake van vervoer van een IC naar een IC.
- De verrichting 190133 interklinisch transport > 2 uur wordt geregistreerd als de tijdsduur korter dan 2 uur is.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2035 art. 12.1

Voorwaarden:

1. De patiënt wordt ontslagen op de IC van ziekenhuis A en wordt opgenomen op de IC van ziekenhuis B.
2. De tijdsduur van het transport inclusief de wachttijd op de ambulance, overdracht en de terugreis > 2 uur is.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Controle wordt uitgevoerd op basis van door zorgverzekeraar aan te leveren gegevens. De specificaties hiervoor worden opgesteld door de ZN expertgroep in afstemming met de NVZ/NFU.

5.11 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit neonatale intensive care (190150)

Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit neonatale intensive care (190150). Medische behandeling heeft niet plaatsgevonden op de neonatale intensive care

Regelgeving / beleid

BR/CU-2035 art. 12.1

Een neonatale intensive care dag mag geregistreerd worden voor iedere kalenderdag waarop een medische behandeling op, een door het ministerie van VWS aangewezen neonatale intensive care, heeft plaatsgevonden.

Registratie van IC-behandeldagen op de high care en de medium care is niet toegestaan.

Naast zorgactiviteitscodes 190150 en 190151 (NICU en PICU) mogen geen verpleegdagen geregistreerd worden.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Stel vast dat de neonatale IC door VWS is aangewezen.
 - Stel vast de verpleegdagen op de neonatale IC hebben plaatsgevonden.
 - 190150 parallel aan een verpleegdag afwijzen.
 - Ga na of de NICU terecht is.

5.12 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit pediatrie intensive care (190151)

Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit pediatrie intensive care (190151). Medische behandeling heeft niet plaatsgevonden op de pediatrie intensive care.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2035 art. 12.1

Een pediatrie intensive care dag mag geregistreerd worden voor iedere kalenderdag waarop een medische behandeling op pediatrie intensive care, heeft plaatsgevonden. Registratie van IC-behandeldagen op de high care en de medium care is niet toegestaan.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Stel vast dat de pediatrie IC door VWS is aangewezen.
 - Stel vast dat de verpleegdagen op de pediatrie IC hebben plaatsgevonden.
 - 190151 parallel aan een verpleegdag afwijzen.
 - Ga na of de PICU terecht is.

5.13 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit ECMO-toeslag (039611)

Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit ECMO-toeslag (039611). De ECMO therapie heeft niet plaatsgevonden op de op de neonatale en pediatrie intensive care.

Regelgeving / beleid

NR/CU-240: art. 15.9

De toeslag ECMO therapie mag geregistreerd worden als de behandeling heeft plaatsgevonden op een neonatale IC of pediatrie IC

De toeslag ECMO kan alleen in rekening gebracht worden als op een kalenderdag op enig moment sprake is geweest van Extra Corporele Membraan Oxygenatie therapie bij een patiënt op neonatale IC of pediatrie IC. De ECMO prestatie kan als zijnde een toeslag naast de Neonatale intensive care of Pediatrie intensive care gedeclareerd worden.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Controle
 - Stel vast dat de behandeling heeft plaatsgevonden op de neonatale en pediatrie IC.
 - De toeslag ECMO moet parallel lopen aan een declaratie voor Neonatale intensive care of Pediatrie intensive care. Indien geen paralleliteit: afkeuren.
 - De toeslag ECMO mag niet parallel gedeclareerd worden aan een IC-behandeldag. Zo wel, dan afkeuren.

Dit artikel VERVALT controlepunt omdat regelgeving pas vanaf 2014 geldig is.

5.14 Onterecht vastleggen van de verrichting toeslag post IC-high care (190152)

Onterecht vastleggen van de verrichting toeslag post IC-high care (190152):

- Er heeft vooraf geen behandeling op de neonatale IC plaatsgevonden.
- Er is geen sprake van de minimaal 2 van de volgende vormen van behandeling en/of bewaking.: CPAP/ low flow, continue parenterale medicatie ter ondersteuning van een of meer vitale functies, meervoudige medicamenteuze therapie, centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting en blaaskatheter.
- Leeftijd en gewicht kind voldoen niet aan de eisen.

Regelgeving / beleid

BR/CU 2104: art. 13.3.1

Voorwaarden:

1. Er heeft vooraf behandeling op de neonatale IC plaatsgevonden.
2. Twee verrichtingen met zorgprofielklasse 6 worden geregistreerd.
3. Leeftijd kind inclusief zwangerschapsduur > 29 weken.
4. Gewicht kind > 1000 gram.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: combinatie opnameperiode en neonatale IC-dag
 - Data-analyse: Vaststellen of op dezelfde dag als de post IC-high care toeslag wordt geregistreerd twee verrichtingen met zorgprofielklasse 6 zijn geregistreerd.
 - Op basis van steekproef en dossieronderzoek vaststellen of het leeftijd en gewicht conform eisen zijn.

5.15 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie

Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie.

Regelgeving / beleid

BR-CU-7083-kaakchirurgie art. 4.1.a

Voorwaarden:

1. Er is uitgebreid onderzoek verricht.
2. Het consult wordt niet direct gevolgd door een verrichting uit tariefgroep II.
3. Binnen 30 dagen na het vorige consult wordt niet nog een consult geregistreerd.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Controle op basis van steekproef of geen uitgebreid onderzoek is verricht.
 - Vaststellen of het consult niet binnen 30 dagen gevolgd wordt door een verrichting uit tariefgroep 2.
 - Vaststellen of er binnen 30 dagen voor of na het consult nog een consult gedeclareerd is.

5.16 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie

Onterecht declareren van meer dan 1 uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie als op basis van de regelgeving slechts 1 verrichting gedeclareerd mag worden en dat de halveringsregel juist is toegepast.

Regelgeving / beleid

BR-CU-7083-kaakchirurgie

Voor de voorbehandeling, de verrichting en de nabehandeling wordt het maximumtarief van de aandoening in rekening gebracht.

Halveringsregel

Indien meer kaakchirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting, maar niet door dezelfde wond plaatsvinden, wordt de ingreep of verrichting met het hoogste maximumtarief volledig berekend, vermeerderd met de helft van het tarief dat voor elk andere soort ingreep of verrichting geldt.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Vaststellen of de declaratieregels goed in de systemen zijn gebouwd.
 - Data-analyse: Vaststellen of 30 dagen voor of na het registreren van de verrichting nog een andere verrichting gedeclareerd is.
 - Vaststellen dat halveringsregel kaakchirurgie is toegepast

Het in rekening brengen van onjuiste tarieven voor vervaardigde tandtechnische werkstukken.

5.17 Onterechte declaratie van tandtechniekkosten bij Kaakchirurgie Regelgeving / beleid

BR-CU-7083-kaakchirurgie

Dit maximumtarief is onafhankelijk van het feit of deze behandeling klinisch of poliklinisch wordt uitgevoerd.

Voorwaarden:

1. Bij tandtechniek geleverd door derden worden de werkelijke kosten zonder opslag doorberekend.
2. Kosten van de tandtechniekstukken vervaardigd door de zorgaanbieder moeten gespecificeerd worden conform de lijst van de NZa met maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Stel vast of tandtechnisch werkstuk is vervaardigd door eigen ziekenhuis of derde partij.
 - Stel vast dat de in rekening gebrachte tarieven conform de regelgeving zijn.

5.18 Onterecht vastleggen microscopisch oortoilet bij verwijderen oorsmeer ZA code 31712

In het Rapport 'onderzoek zorgfraude', tussenrapport NZa wordt gesproken over het onterecht vastleggen van microscopisch oortoilet bij verwijderen oorsmeer.

Regelgeving / beleid

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

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Door middel van een steekproef en dossieronderzoek. Uit verslaglegging moet blijken of de norm gevolgd is.

6 Het vastleggen van een zorgactiviteit terwijl er geen handeling heeft plaatsgevonden

Het vastleggen van een zorgactiviteit of prestatie terwijl er geen activiteit heeft plaatsgevonden (fictieve registratie).

Regelgeving / beleid

NR/CU-240: art. 6.3

De verleende zorg wordt vastgelegd in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

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

7 Het vastleggen van een onjuiste diagnose

Het vastleggen van een onjuiste (zwaardere) diagnose of het niet aanpassen van een werkdiagnose naar de definitieve diagnose.

Onjuist zorgproduct door onjuiste typering traject (onjuiste diagnose in dit geval).

Onterechte opening parallel traject terwijl aanpassing van diagnose moet plaatsvinden.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2045 art. 8.15

NR/CU-240: art. 6.6

Het boetebesluit Antonius (2014): KNO - Rendu Osler Weber

De poortspecialist is verantwoordelijk voor de juiste registratie van de diagnose.

Voor een zo nauwkeurig mogelijke aansluiting tussen de daadwerkelijk geleverde zorg en de typering van het subtraject door de hoofdbehandelaar, wordt gebruik gemaakt van de door de NZa vastgestelde typeringslijsten per specialisme.

Gefactureerde trajecten dienen getypeerd te zijn volgens de definitieve laatst geldende diagnose

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Benchmark zorgverzekeraar: afwijkende declaratiecodes, data aan te leveren door zorgverzekeraar.
 - Steekproeven op basis van medisch dossier.
 - Cijferbeoordeling/ benchmark op jaarbasis naar opvallende ontwikkelingen in geregistreerde diagnosecodes per specialisme.
 - Indien de jaarlijkse statistische steekproef m.b.t. de juistheid en rechtmatigheid van de facturatie in het kader van het convenant AO/IC is beoordeeld kan worden aangesloten bij deze uitkomsten.

8 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie

Het vastleggen van meerdere prestaties voor één onderzoek.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111: art. 11, 13, 14, 15, 16

NR/CU-240: art. 6.3, 6.4, 15

Verboden/toegelaten-lijst (juni 2013): registratie dubbelzijdige onderzoeken (meerdere foto's)

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

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: Data bestand maken waarbij twee of meer dezelfde diagnostische zorgactiviteitencodes radiologie en pathologie op dezelfde dag en bij dezelfde patiënt in twee DBC-zorgproducten of als eerstelijnsproductie wordt gedeclareerd.
 - Op basis van zorgactiviteitscode steekproeven doen of registratie conform richtlijn is en zo de populatie verkleinen. Van de overige populatie vaststellen in hoeverre dit uitgevraagd wordt bij het betreffende zorgproduct en of dit zou leiden tot een ander declaratie.

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

Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure geneesmiddelen, terwijl er niet voldaan wordt aan de indicatievereisten op de indicatielijst van de NZa.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2045 art. 12.2, Bijlage 5 Stofnamen en indicatielijst add-on geneesmiddelen
Verboden/toegelaten-lijst (juni 2013): dure geneesmiddelen

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

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: gedeclareerde add on in combinatie met diagnose
 - Ziekenhuis voert steekproef uit over de add-on verstrekking, is op basis van de indicatie zoals opgenomen in bijlage 5 "prestatie en tarieven medisch specialistische zorg".
 - Opvallende combinaties filteren en vervolgonderzoek doen.

**Inconsistente in beleidsregels in relatie tot farmacotherapeutisch compas (ZINL).
Inbrengen in oranje loket (via NFU)**

10 Onterecht een parallel zorgtraject openen (Pressure cooker advies 2015 en/of registratie. Deze registratie toestaan 2012/2014)

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

Bijvoorbeeld: stents bij radiologie. Voor combinatiebehandelingen van tele-, brachytherapie en/ of hyperthermie worden per soort behandeling afzonderlijke DBC's geopend. Voor uitwendige bestraling geldt dat parallelle DBC's zijn toegestaan, voor zover er sprake is van meerdere doelgebieden die niet in één bestralingsplan te omvatten zijn. Behandeling van twee isocentra betekent dit twee DBC's.

Regelgeving / beleid

NR/CU-240: art. 6.2, 7.1, 14.2

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

Een parallel zorgtraject bij eenzelfde specialisme mag alleen worden gedeclareerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is.

Het subtraject van het parallelle zorgtraject dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten met:

- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen en/of,
- minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3

NB: uitzonderingen rondom regels voor paralleliteit

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Selecteren van parallelle zorgtrajecten waarbij diagnoses van deze zorgtrajecten binnen dezelfde diagnosegroep vallen. Uitsluiten parallelle DBC's die diagnostische en therapeutische ZA bevatten. Steekproef op restant. Vervolgens door middel van steekproeven restant dossieronderzoek doen om te beoordelen of er sprake is van een terecht parallel zorgtraject.
 - aantonen dat er sprake is geweest van verschillende doelgebieden, waardoor parallel declareren rechtmatig is.

N.B. Door het koppelalgoritme kan de parallelle DBC mogelijk geen 'eigen' verrichtingen hebben (leeg zijn), ook wanneer het wel een terechte parallelle DBC is met eigen diagnostiek en/of behandeling (ZA-codes).

11 Onterecht registreren van los declarabele overige zorgproducten die een causaal verband hebben met een DBC zorgproduct.

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

Bijvoorbeeld: stents bij radiologie. Voor combinatiebehandelingen van tele-, brachytherapie en/ of hyperthermie worden per soort behandeling afzonderlijke DBC's geopend. Voor uitwendige bestraling geldt dat parallelle DBC's zijn toegestaan, voor zover er sprake is van meerdere doelgebieden die niet in één bestralingsplan te omvatten zijn. Behandeling van twee isocentra betekent dit twee DBC's.

Regelgeving / beleid

NR/CU-240: art. 6.2, 7.1, 14.2

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

Een parallel zorgtraject bij eenzelfde specialisme mag alleen worden gedeclareerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is.

Het subtraject van het parallelle zorgtraject dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten met:

- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen en/of,
- minimaal één zorgactiviteit uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3

NB: uitzonderingen rondom regels voor paralleliteit

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: Patiënten waarbij een OVP of OP minder dan 7 dagen voor opening van een DBC zorgproduct is uitgevoerd. De medische microbiologie en de klinisch chemische lab onderzoeken mogen worden uitgesloten.
 - Onderzoeken in welke gevallen er sprake is van een causaal verband tussen de OVP en het DBC zorgproduct.

12 Openen zorgtraject

Een zorgtraject moet geopend worden bij het eerste patiënt contact. Dit moet door, of uit naam van de specialist (hoofdbehandelaar worden gedaan) conform de registratieregels van DBC-Onderhoud. De verwijzer moet correct zijn en de declaratie moet op naam van een specialist met geldig AGB staan.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111 - artikel 7.24, 7.25, 10.4

NR/CU-240 - artikel 6.1, 6.2, 6.6, 7, 15.12

Boetebesluit Antonius: neurologie-KNF-artsen.

DBC-Onderhoud - Registratieregels V20131114

Een zorgtraject moet geopend worden volgens de geldende regels door een poortspecialist. De poortfunctie kan door een poortspecialist (zie BR/CU-2111 7.24), een medisch specialist van een ondersteunend specialisme, klinisch fysicus audioloog of een specialist ouderengeneeskunde worden uitgevoerd indien de NZa voor dat specialisme of dat type van zorg een typeringslijst heeft vastgesteld. Dit geldt voor: radiologie (0362), anesthesiologie (0389), klinische genetica (0390), audiologie (1900) en geriatrische revalidatiezorg (8418). De zorgverlener die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg.

Wanneer een patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een poortspecialisme (ook op de SEH) met een reguliere of spoedeisende zorgvraag komt waar nog geen zorgtraject voor is geopend, wordt een zorgtraject met subtraject ZT11 geopend. Ook bij overname van een nog niet bekende patiënt uit een andere instelling begint het zorgtraject met een subtraject met ZT11. Hiervoor is gekozen omdat voor een nieuwe patiënt in de regel meer inzet geleverd wordt dan voor een bekende patiënt. Ook al is er sprake van voortzetting van een elders ingezette behandeling.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Indien de jaarlijkse statistische steekproef m.b.t. de juistheid en rechtmatigheid van de facturatie in het kader van het convenant AO/IC is beoordeeld kan worden aangesloten bij deze uitkomsten.
 - Voldoet openen zorgtraject aan de registratieregels van DBC-Onderhoud?
 - Is er sprake van een nieuwe zorgvraag?
 - Is de houder van DBC een geldige specialist?
 - Is de verwijzer geldig?
 - Staat de declaratie op naam van een specialist met een geldige AGB code (deze mag DBC's declareren)

13 Het in rekening brengen van eigen DBC-zorgproducten terwijl deze zorg onderdeel uitmaakt van een zorgtraject van een andere zorgaanbieder (onderlinge dienstverlening).

Als er sprake is van onderlinge dienstverlening mag alleen de hoofdbehandelaar een zorgproduct in rekening brengen. Wanneer de andere zorgaanbieder (uitvoerder) ook een zorgproduct in rekening brengt is dit niet juist.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2045 - artikel 17.6

NR/CU-240 - artikel 13.4, 15.3

Verboden/toegelaten-lijst (juni 2013); onderlinge dienstverlening

Wanneer aanbieders in het zorgtraject andere aanbieders inschakelen uit een andere instelling is er sprake van onderlinge dienstverlening. Dit kan gaan om diagnostische activiteiten, maar ook om onderdelen van de behandeling zoals een operatie. In deze situatie brengen instellingen/behandelaars onderling een tarief in rekening en mag alleen de hoofdbehandelaar een zorgproduct in rekening brengen.

Deze bepaling is niet van toepassing op WBMV-zorg. In dat geval mag de uitvoerende instelling wel een DBC-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: uitgevoerde zorgactiviteiten in opdracht van externe instelling mag geen onderdeel uitmaken van een eigen DBC-zorgproduct.

14 U-bocht constructies

14.1 Het in rekening brengen van zorg die via andere financieringsstromen reeds wordt gefinancierd.

Het in rekening brengen van zorg die via andere financieringsstromen reeds wordt gefinancierd is niet toegestaan. Te denken valt aan U-bocht constructies zoals met spiraaltjes of het in rekening brengen van zorg geleverd in kader van wetenschappelijk onderzoek.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111 - artikel 10

Verboden/toegelaten-lijst (juni 2013); U-bocht

Boetebesluit Antonius: cardiologie-innovatieve producten, gynaecologie-mirenaspiraal

Alle in het ziekenhuis toegediende hulpmiddelen en geneesmiddelen (m.u.v. add-ons dure en weesgeneesmiddelen) dienen deel uit te maken van het tarief van het DBC-zorgproduct. Bijvoorbeeld spiraaltjes.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle

Controle wordt mede uitgevoerd op basis van door zorgverzekeraar aan te leveren gegevens. De specificaties hiervoor worden opgesteld door de ZN expertgroep in afstemming met de NVZ/NFU.

- Data-analyse uitvoeren om te bepalen welke patiënten mogelijk geconfronteerd zijn met een U-bocht constructie
- In geval van poliklinische apotheek navragen in welke situaties medicatie geleverd wordt t.b.v. intramurale toediening en afspraken omtrent facturatie (via zorgaanbieder in DBC in plaats van direct aan zorgverzekeraar) beoordelen.

Ingediend bij oranjeloket.

15. Verwijzer

15.1 Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg) – DBC-zorgproducten

Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg) – DBC-zorgproducten

Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen rechtmatige verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg).

Regelgeving / beleid

NR/CU-240: art. 17.1

Type verwijzer: Op de declaratie dient het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:

1. Zelfverwijzer SEH (een patiënt die zich meldt bij de SEH zonder verwijzing).
 2. Zelfverwijzer niet-SEH (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek zonder verwijzing).
 3. Verwezen patiënt SEH (Een patiënt die zich meldt bij de SEH met een verwijzing).
 4. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerstelijns).
 5. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme binnen dezelfde instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een ander medisch specialisme binnen dezelfde instelling).
 6. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van andere instelling).
 7. Eigen patiënt (bijvoorbeeld ingeval vervolg traject of nieuwe zorgvraag van eigen patiënt).
 8. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld ingeval van optometristen).
- Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 3, 4 en 6 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgaanbieder (instelling/praktijk) of zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.
 - Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 5 en 7 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.
 - Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 5, 6 of 7 dient op de declaratie ook een AGB-code (4 posities) van het verwijzend specialisme vermeld te worden.

Voor het vergoed krijgen van medisch-specialistische zorg heeft de verzekerde een verwijzing nodig van een toegestane verwijzer. Ziekenhuis en zorgverzekeraar maken hierover afspraken die worden vastgelegd in de overeenkomst. Daarom moet bij de declaratie van een zorgproduct de zorgaanbieder op de nota de verwijzingsgegevens vermelden.

Als de huisarts een patiënt naar de polikliniek van een ziekenhuis verwijst, moet de specialist hiervoor verwijstype 4 'Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns' vastleggen, incl. de AGB-code van de verwijzende arts

Hoe wordt dit gecontroleerd?

- Uit te voeren controle

Hoofdvraag is of de juiste verwijzer en verwijzertype is geregistreerd. In de Zvw is aangegeven dat zorgverzekeraars individueel kunnen bepalen welke verwijzers zijn toegestaan. Hier is een lijst van opgesteld waarin voor de verschillende zorgverzekeraars is aangegeven welke zorgprofessionals naar welke specialismen mogen verwijzen.

- Het moet mogelijk zijn om in het ZIS deze mogelijkheden te gebruiken.
- Is dit als zodanig ingeregeld in het ZIS?
- Is er een default verwijzer ingesteld? Dit brengt het risico mee dat vergeten wordt deze te veranderen als dat nodig is.
- Is de juiste verwijzer ingevuld? Dit is middels data-analyse en/of een steekproef na te gaan. Data-analyse naar het ontbreken van een verwijzer of een niet-logische verwijzer of combinatie (bijvoorbeeld: verloskundige naar oogarts of bij een verwijzer huisarts zonder dat de patiënt een huisarts heeft in het ZIS).
- Indien de jaarlijkse statistische steekproef m.b.t. de juistheid en rechtmatigheid van de facturatie in het kader van het convenant AO/IC is beoordeeld kan worden aangesloten bij deze uitkomsten.

15.2 Het in rekening brengen van zorg t.l.v. de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg) – Overige zorgproducten

Voor het vergoed krijgen van medisch-specialistische zorg heeft de verzekerde een verwijzing nodig van een (huis)arts. Daarom moet bij de declaratie van een zorgproduct de zorgaanbieder op de nota de verwijzingsgegevens vermelden.

Als de huisarts een patiënt naar de polikliniek van een ziekenhuis verwijst, moet de specialist hiervoor verwijstype 4 'Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns' vastleggen, incl. de AGB-code van de verwijzende arts.

Regelgeving / beleid

NR/CU-240: art. 17.2

Verboden/toegestaan-lijst (juni 2013): verwijzer

Boetebesluit Antonius (2014): gynaecologie-verloskundige als verwijzer

Type verwijzer: Op de declaratie dient het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:

1. Zelfverwijzer SEH (een patiënt die zich meldt bij de SEH zonder verwijzing).
 2. Zelfverwijzer niet-SEH (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek zonder verwijzing).
 3. Verwezen patiënt SEH (Een patiënt die zich meldt bij de SEH met een verwijzing).
 4. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing vanuit de eerstelijns).
 5. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit ander specialisme binnen dezelfde instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van een ander medisch specialisme binnen dezelfde instelling).
 6. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit andere instelling (bijvoorbeeld een patiënt die zich meldt bij de polikliniek met een verwijzing van andere instelling).
 7. Eigen patiënt (bijvoorbeeld ingeval vervolg traject of nieuwe zorgvraag van eigen patiënt).
 8. Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld ingeval van optometristen).
 9. Patiënt welke gebruik maakt van directe toegang tot ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, dieetadvies, orthoptie of prenatale screening.
- Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 3, 4 en 6 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgaanbieder (instelling/praktijk) of zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.
 - Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 5 en 7 dient op de declaratie een AGB-code (8 posities) van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld te worden.
 - Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 5, 6 of 7 dient op de declaratie ook een AGB-code (4 posities) van het specialisme vermeld te worden.

Voor het vergoed krijgen van medisch-specialistische zorg heeft de verzekerde een verwijzing nodig van een toegestane verwijzer. Ziekenhuis en zorgverzekeraar maken hierover afspraken die worden vastgelegd in de overeenkomst. Daarom moet bij de declaratie van een zorgproduct de zorgaanbieder op de nota de verwijzgegevens vermelden.

Als de huisarts een patiënt naar de polikliniek van een ziekenhuis verwijst, moet de specialist hiervoor verwijstype 4 'Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns' vastleggen, incl. de AGB-code van de verwijzende arts.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle

Hoofdvraag is of de juiste verwijzer en verwijzertype is geregistreerd. In de ZVW is aangegeven dat zorgverzekeraars individueel kunnen bepalen welke verwijzers zijn toegestaan. Hier is een lijst van opgesteld waarin voor de verschillende zorgverzekeraars is aangegeven welke zorgprofessionals naar welke specialismen mogen verwijzen.

- Het moet mogelijk zijn om in het ZIS deze mogelijkheden te gebruiken.
- Is dit als zodanig ingeregeld in het ZIS
- Is er een default verwijzer ingesteld. Dit brengt het risico mee dat vergeten wordt deze te veranderen als dat nodig is.
- Is de juiste verwijzer ingevuld. Dit is middels data-analyse en/of een steekproef na te gaan. Data-analyse naar het ontbreken van een verwijzer of een niet-logische verwijzer of combinatie (bijvoorbeeld: verloskundige naar oogarts of bij een verwijzer huisarts zonder dat de patiënt een huisarts heeft in het ZIS).
- Indien de jaarlijkse statistische steekproef m.b.t. de juistheid en rechtmatigheid van de facturatie in het kader van het convenant AO/IC is beoordeeld kan worden aangesloten bij deze uitkomsten.

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

Het vastleggen van een andere zorgactiviteit, die als wel verzekerde zorg wordt vergoed (vb. circumcisie).

Regelgeving / beleid

NR/CU-240: art. 6.3

Voorwaarde:

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

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

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle

Nagaan of zorgactiviteiten die onverzekerd zijn als een andere zorgactiviteit die wel verzekerd is, wordt vastgelegd.

- Controleer of de vertaling van de lokale zorgactiviteit-codes naar de ZA-codes juist is.
- Navragen bij artsen of en hoeveel rode zorgactiviteiten worden uitgevoerd en controleer dit met de vastlegging.
- Op basis van de lijst met rode zorgactiviteiten nagaan welke zorgactiviteit als alternatief geregistreerd zou kunnen worden.
- Data-analyse op de uitgevoerde alternatieve codes en steekproef om vast te stellen of ZA correct was of onterecht is gebruikt als alternatief voor rode ZA

17 Het onterecht betalen van 190043/190044/190045/190046 naast een DBC zorgproduct van de gynaecoloog

Het onterecht betalen van 190043/190044/190045/190046 naast DBC zorgproduct van de gynaecoloog. Betalingen van genees-, verband-, narcosemiddelen en hulpmiddelen en gebruik verloskamer naast het tarief van poliklinische bevalling.

Regelgeving / beleid

BU/CU-2102 art. 15.1.8

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

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

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: Patiënten met verrichting 190043/190044/190045/190046 in combinatie met DBC zorgproduct bevalling.
 - Controleren of voor deze patiënten dubbel is gedeclareerd.

18 Onterecht vastleggen wondtoilet

In het Rapport 'onderzoek zorgfraude', tussenrapport NZa wordt gesproken over het onterecht vastleggen van wondtoilet door dermatologie, ZA code 38941 en 38943

Regelgeving / beleid

Instructie Dermatologie:

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

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

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: Patiënten waarvoor ZA 38941 of 38943 is uitgevoerd voor dermatologie
 - Dossiercontrole voor de steekproef

19 Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is (stand der wetenschap en praktijk, aanspraakbeperkende zorg)

Minimaal onderzoek op de volgende thema's: Bariatrie, HNP, PAOD, Lumbago, MRI⁶ (eerste lijn) en IUI meer dan 6X bij KI⁷.

Regelgeving / beleid

Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode ZVW van richtlijnen van het ZINL⁸.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: aantal patiënten die deze behandeling hebben ondergaan
 - Dossieronderzoek binnen de steekproef

⁶ Lumbago en MRI eerste lijn zijn aangemeld bij het oranje loket

⁷ Varices hoort wel onder dit controlepunt, maar wordt apart afgerond. Zie ook inleiding/instructie

⁸ De richtlijnen worden deels nog voorgelegd aan het oranje loket en worden vervolgens separaat gecommuniceerd aan zorgaanbieders.

20 Het declareren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is: IVF

Het declareren aan een verzekeraar van meer dan drie pogingen IVF binnen één ziekenhuis is niet toegestaan.

Regelgeving / beleid

Basispakket

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Systeeminrichting: het is niet mogelijk om meer dan 3 IVF behandelingen per patiënt te declareren aan ZV.
 - Data-analyse: Patiënten met meer dan 3 gedeclareerde IVF behandelingen aan ZV.

21 Declareren van WBMV verrichtingen zonder vergunning.

WBMV verrichtingen mogen niet betaald worden aan instellingen zonder vergunning.

Regelgeving / beleid

Lijst met WBMV per instelling afkomstig van VWS

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse: welke WBMV verrichtingen worden uitgevoerd in de instelling
 - Onderzoek: Is er een vergunning voor de betreffende WBMV verrichtingen op basis van dossier of interview

22 Onterecht vroegtijdig sluiten DBC's eind 2011

Voor 2011 geldende afsluitregels onjuist toegepast waardoor DBC's te vroeg gesloten.

Regelgeving / beleid

Boetebesluit Antonius

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - Data-analyse op trendbreuk van sluitdatum DBC eind 2011 ten opzichte van voorgaande periodes

23 Voortgezet verblijf in instelling langer dan 365 dagen

Als een verzekerde in een ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis of revalidatieinstelling verblijft, is dit de eerste 365 dagen een verzekerde prestatie in het kader van de Zvw. Er is pas sprake van voortgezet verblijf als de verzekerde 365 dagen ononderbroken ten laste van de Zvw opgenomen is geweest en daar vanwege geneeskundige zorg nog langer moet blijven.

Van voortgezet verblijf is alleen sprake als het verblijf noodzakelijk is vanwege de geneeskundige behandeling (klinische behandeling).

Regelgeving / beleid

Besluit zorgaanspraken AWBZ

Artikelen 13 en 15

<http://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/awbz-kompas/voortgezet+verblijf>

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Data analyse: Patiënten met verblijf langer dan 365 dagen
- Pas afwezigheidsregels toe
 - Korte onderbreking opname

Een onderbreking van hoogstens 30 dagen telt niet als onderbreking, maar telt ook niet mee bij de berekening van de 365 dagen. Bijvoorbeeld: als iemand op 1 maart 2008 werd opgenomen in het ziekenhuis, vervolgens op 1 september 2008 werd ontslagen, en op 20 september weer werd opgenomen, kwam de opname niet op 1 maart 2009 (één jaar na opname), maar op 20 maart 2009 ten laste van de AWBZ.

Meerdere onderbrekingen van korter dan 30 dagen is ook mogelijk. Ook dan tellen de onderbrekingen niet mee bij de berekening van de 365 dagen. In het voorbeeld: als de verzekerde ook nog op 20 december werd ontslagen en op 2 januari weer werd opgenomen, kwam het verblijf op 2 april 2009 ten laste van de AWBZ.

Addendum Controleplan Correct Declareren

Hierbij ontvangt u namens NVZ, NFU en ZN het addendum behorende bij het Controleplan correct declareren versie 1.1.

Dit Addendum behoort bij het Controleplan en biedt op onderdelen een nadere verduidelijking, uitleg dan wel aanpassing. Een en ander vloeit voort vanuit:

- vragen vanuit de achterbannen met betrekking tot onduidelijkheden en onjuistheden;
- uitkomsten van het NZa-oranje loket (verboden/toegestaan);
- uitkomsten overleg branches en NZa met CVZ;
- aanpak ZN-expertgroep.

Het Addendum is op 17 juli 2014 vastgesteld door NVZ/NFU/ZN en vooraf afgestemd met de NBA (accountants) en de NZa.

Onderwerpen die in dit addendum aan bod komen zijn:

1. Het aangepaste tijdpad
2. De methodiek van onderzoek
3. De rol/functie van het ZN-expertteam
4. Het rapportageformulier
5. Toelichting op controles Zorgverzekeraars oude jaren en varices en DCM in kader van zelfonderzoek
6. Welke instellingen vallen onder de aanpak
7. Goedkeurende (beperkende) verklaring bij de jaarrekening en zelfonderzoek
8. Toelichtingen/correcties op (een aantal) punten van het Controleplan
 - a. Relatie tussen de punten in het Controleplan en de Verboden/Toegestaan-lijst van de NZa
 - b. Toelichtingen per punt

1. Aangepast tijdpad

Het vooraf afgesproken tijdpad voor uitvoering van het zelfonderzoek is vanwege uitloop van o.a. werkzaamheden van de NZa niet meer haalbaar. In het Bestuurlijk Overleg van 10 juli is een nieuw tijdpad overeengekomen:

- 15 december uiterlijk deponeren jaarrekening
- 1 december intern jaarrekening proces afgerond ten behoeve van vaststelling RvT instelling
- 15 november uitkomsten onderzoek inclusief afronden onderhandelingen zorgverzekeraars gereed
- Tussen 15 oktober – 15 november onderhandelen verrekening zorgaanbieder en zorgverzekeraars
- 15 oktober ZN-expertgroep gereed
- 1 september
 - aanlevering zelfonderzoek (rapportage ziekenhuis en rapport van bevindingen accountant) aan expertgroep inclusief controles DCM en Varices
 - afronden onderzoeken 2011 en eerder
- Medio augustus belronde naar alle ziekenhuizen en ZBC's door NVZ/NFU/ZKN vanwege monitoren planning oplevering per 1 september
- Uiterlijk 15 juli data gereed van zorgverzekeraars ter ondersteuning controlepunten
- 15 juli alle declaraties geopend in 2012 gedeclareerd met uitzondering van herdeclaraties
- 17 juli
 - rapportage formulier zelfonderzoek gereed en gepubliceerd door NVZ, ZKN en NFU op site
 - normen NZa bekend en beschikbaar op site, voor zover behandeld in oranje loket en gepubliceerd t/m 16 juli

2. Onderzoeksmethodiek

Kopie ZIS

In het Controleplan is beschreven dat er alvorens wordt gestart met het onderzoek een kopie gemaakt dient te worden van het ZIS. De reden hiervoor is dat er van tevoren een dataset wordt vastgesteld welke niet tussentijds kan worden aangepast. Dit kan plaatsvinden ook op basis van een kopie op de managementdatabase.

Getrapte aanpak

In het Controleplan is bij de meeste controlepunten een data-analyse (op basis van een query op de database, waarbij eventueel een foutenlijst wordt gegenereerd) benoemd als de gewenste aanpak. Voor een aantal punten is een data-analyse echter niet mogelijk. In de bijlage (bijlage 1, overzicht werkzaamheden controleplan (tool)) wordt een handreiking geboden voor de wijze waarop voor de controlepunten een goed en betrouwbaar inzicht kan worden verkregen.

1. Onderzoek of de juiste registratie wordt ondersteund (of afgedwongen) door het ZIS. Het betreft hier AO/IB (administratieve organisatie en interne beheersing) gerelateerde zaken. Als dit van toepassing is, dan beperkt dit het vervolg van het onderzoek.
2. Data analyse (Query op de bevroren dataset): bepalen of de registratie juist dan wel onjuist is geweest. Ook hier bestaat de mogelijkheid dat de controle niet volledig sluitend is.
3. Vorm via deelwaarneming een oordeel over de overgebleven posten. De deelwaarneming kan in sommige gevallen worden voorafgegaan door een procedurecheck. De vraag is dan wat de opzet van de AO is geweest (zoals

bijvoorbeeld vastgelegd in een werkinstructie) en vervolgens kan dan nagegaan worden door een deelwaarneming of de procedure inderdaad is gevolgd.

4. Indien uit de deelwaarneming fouten naar voren zijn gekomen, dan dient er een uitbreiding op de steekproef plaats te vinden, om vast te stellen wat de financiële impact van de fout voor dat controlepunt is. Voor de totale gefactureerde omzet geldt de norm dat met een betrouwbaarheid van 95% gesteld kan worden dat niet meer dan 3% teveel in rekening is gebracht.

Nadere toelichting deelwaarneming

Wanneer het controlepunt geen (substantieel¹) onderdeel heeft uitgemaakt van de statistische steekproef ten behoeve van het verantwoordingsdocument gefactureerde omzet in 2012 en 2013, dan kan in eerste instantie via een deelwaarneming van 25 aselect getrokken posten de juistheid van de populatie worden onderzocht. Indien daar een fout in ontdekt wordt, dan dient een steekproef te worden uitgevoerd om de financiële impact van de fout voor de totale populatie te bepalen.

Mede gegeven het feit dat ziekenhuizen al volop bezig zijn met het zelf assessment dient onderhavig voorstel met betrekking tot de aanpak via deelwaarneming te worden gezien als een handreiking. In overleg met de accountant kan voor deze punten beargumenteerd een alternatieve benadering worden vervolgd.

Inrichting AO/IC

De inrichting van de AO/IC is bepalend voor de toets op de betrouwbaarheid van de geregistreerde gegevens. In dit kader dient de autorisatie-procedure van achterafmutaties in de AO/IC beschreven en gerapporteerd te worden. Het ziekenhuis dient hier aan te kunnen tonen hoe dit is georganiseerd in het ziekenhuis.

3. Rol en functie ZN-expertteam

Zorgverzekeraars hebben als voorwaarde om mee te werken aan de voorgestelde oplossing voor de aanpak van de omzetproblematiek, aangegeven dat zij in staat gesteld moeten worden om via de instelling van een expertgroep de rechtmatigheid van de zorguitgaven te kunnen bewaken. Inmiddels is er een ZN-expertteam opgericht onder leiding van een onafhankelijk voorzitter. Naast verzekeraars hebben ook twee leden uit de kring van de algemene en academische ziekenhuizen zitting in het team.

De expertgroep heeft tot taak:

1. Het vooraf bijdragen aan de heldere normstelling voor het onderzoek.
2. Het zorgdragen voor een uniforme toetsing van de door de ziekenhuizen uitgevoerde zelfevaluatie door de gezamenlijke zorgverzekeraars. Deze toetsing richt zich op het zelfstandig vaststellen dat het onderzoek conform de gemaakte landelijke afspraken is uitgevoerd. Ter validatie van de uitgevoerde controles behoort ook een review op de onderliggende dossiers tot de mogelijkheden.

Uitgangspunt is dat sprake zal zijn van marginale toetsing aan de hand van de rapportage van het ziekenhuis en het rapport van bevindingen van de accountant. Deze toetsing zal bij alle ziekenhuizen op dezelfde wijze plaatsvinden. Daarbij is het bij signalen mogelijk om nader te toetsen en/of eventueel vragen/bevindingen terug te leggen.

Elk ziekenhuis wordt door twee verzekeraars gezamenlijk getoetst namens de gezamenlijke verzekeraars. Voor de verdeling van de ziekenhuizen over de verzekeraars wordt aangesloten bij de meest recente representatie afspraak (bijlage 2, verdeling ziekenhuizen expertgroep). De toetsing vindt plaats aan de hand van een reviewprotocol. Bij de onderhandelingen met individuele verzekeraars over de daadwerkelijk te verrekenen bedragen staat de uitkomst van het onderzoek niet meer ter discussie als de expertgroep geconcludeerd heeft dat het onderzoek volgens de afgesproken normen is uitgevoerd.

¹ Het controlepunt moet voldoende vertegenwoordigd zijn in de steekproefpopulatie om op basis van de uitkomsten van het steekproefonderzoek conclusies te kunnen trekken op een individueel controlepunt. Over het algemeen zal dat bijvoorbeeld voor de controle op de verwijzer (15.1) wel mogelijk zijn, maar voor controle op voortgezet verblijf (23) niet.

4. Rapportageformulier ZN Expertgroep

In bijgaand rapportageformulier "zelfonderzoek versie 17 juli" (Bijlage 3) moet u per (in het controleplan opgenomen) controlepunt rapporteren op totaalinstellingsniveau.

Daarbij de volgende aandachtspunten:

- voor controlepunt 14 per onderwerp (Mirena/Implanon, Allergeenextracten parentaal, Epo's, Tracheastoma(canule) en stemprothesen, Orthesen) verslag moet worden gedaan.
- voor controlepunt 19 per thema (Bariatric, HNP, PAOD, Lumbago, MRI en IUI) verslag worden gedaan.
- de uitkomst van de extrapolatie van de onderzoeksresultaten voor Varices en DCM moet in de rapportage worden opgenomen.

Bijgaand treft u tevens het rapportageformulier "uitsplitsing onderzoeksresultaten naar verzekeraarsconcern" aan (bijlage 4). Dit formulier hebben zorgverzekeraars nodig voor hun verantwoording. Dit formulier moet uiterlijk 15 oktober worden verzonden aan de expertgroep correct declareren (expertgroep@zn.nl).

In het rapportageformulier is het volgende opgenomen inzake de verdeling naar zorgverzekeraars (marktaandelen):

- De zorgaanbieder rapporteert per controlepunt op concernniveau (in het rapportageformulier wordt dit toegelicht)
- De zorgaanbieder toont in een apart overzicht de verdeling van de totale declaratiemassa die onderdeel van het onderzoek is naar uzovi's voor 2012 en 2013.

Hierbij is het van belang hoe fouten worden toegerekend naar verzekeraars. Daarover zijn de volgende afspraken gemaakt:

Controlepunten die op basis van query's worden uitgevoerd, worden op basis van de uitkomsten van de query's gerapporteerd.

Controlepunten die niet op basis van query's worden uitgevoerd, worden toegerekend aan verzekeraars door middel van de volgende verdeelsleutel:

Declaratiemassa verzekeraar X (concernniveau) / Declaratiemassa in onderzoek (totaal).

De verdeling van de onderzochte massa over uzovi's gebruikt de zorgverzekeraar vervolgens om controlepunten zelf toe te rekenen naar uzovi's.

5. Toelichting controles Zorgverzekeraars oude jaren, varices en DCM

In de instructie zelfonderzoek (blz. 5, versie 1.1) staat opgenomen dat:

- A. De op uiterlijk 1 mei 2014 door verzekeraars uitgezette controles over de DBC-schadejaren (van voor 2012) voor 1 september 2014 worden afgerond.
- B. Het zelfonderzoek voor de jaren 2012 en 2013 de (formele, materiële en gepast gebruik) controles door de zorgverzekeraars vervangt, met uitzondering van de DCM controles en de controle op varices. Dit betekent dat zorgverzekeraars géén controles meer uitvoeren over 2012 en 2013 na afronding van het zelfonderzoek.

Ad. A Onderdeel van de afspraak over de jaarrekeningproblematiek is dat zorgverzekeraars hun controles over de jaren 2011 en eerder voor 1 september 2014 afronden. Dit betekent dat zorgaanbieders deze controles over de DBC-schadejaren (van voor 2012) die zijn uitgezet voor 1 mei 2014 in behandeling moeten nemen, zodat ze voor 1 september 2014 afgerond kunnen worden. Dat wil zeggen er moet overeenstemming zijn bereikt met de zorgaanbieder. De financiële afwikkeling kan na deze datum nog plaatsvinden. Deze controles kunnen dus niet uitgesteld worden. Beide partijen dienen er zorg voor te dragen dat de controles voor 1 september 2014 zijn afgerond. Indien er geen medewerking aan het afronden van de controles wordt verleend, kan de zorgverzekeraar overgaan tot verrekening.

Diverse ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij geen correcties willen doorvoeren omdat de opbrengstverrekening 2011 heeft plaatsgevonden en deze jaren zijn gesloten. Dit standpunt is niet juist. Zorgverzekeraars zijn gehouden controles uit te voeren en de noodzakelijke correcties door te voeren. Omdat, zoals terecht wordt geconstateerd, door terugbetaling een tekort ontstaat ten opzichte van het gegarandeerde budget van het ziekenhuis, zal een finale afrekening van het FB-systeem worden uitgevoerd. Afrekeningen over oude jaren moet u daarom verwerken in 'nog in de tarieven te verrekenen' en inbrengen in de finale afrekening van het FB-systeem. Voor het totale kostenniveau maakt dit inderdaad niet uit, maar wel voor de juiste verantwoording van schade op persoonsniveau en op verzekeraarsniveau.

Ad. B Door zorgverzekeraars worden de controles op varices en de DCM controles uitgevoerd.

- *Varices*

Afgesproken is dat deze controle over 2012 door de ziekenhuizen en ZBC's worden afgerond en dat de uitkomsten geëxtrapoleerd worden naar het jaar 2013. De varices-controle bevindt zich geheel binnen het B-segment. De foutresultaten over 2012 dienen op reguliere wijze te worden gecorrigeerd. De controleresultaten dienen te worden gebruikt als extrapolatiebasis voor de fout in 2013 (geopende en gesloten zorgproducten in 2013). De foutwaarde voor 2013 die ontstaat na extrapolatie dient u te verantwoorden onder controlepunt 19, controle op het registeren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is ("Stand van wetenschap en praktijk").

Bij het oranje loket van de NZa is een vraag voorgelegd over deze controle, zie hiervoor lijst verboden-toegestaan, punt 59. Deze controle kan nu worden afgerond en de zorgaanbieder moet hieraan meewerken.

- *DCM*

Afgesproken is dat de reeds uitgezette DCM-controle van zorgverzekeraars op reguliere wijze verwerkt dienen te worden. Eventuele fouten dienen via Vecozo (her-declaratie) gecorrigeerd te worden. Deze controles moeten voor 1 september 2014 zijn afgerond.

Voor de declaraties die nog niet in de DCM zijn opgenomen, maar ook voor de nog te factureren declaraties geldt een andere correctieslag. Vanwege de lange doorlooptijd van een DCM-controle is het niet mogelijk om deze declaraties nog op reguliere wijze via het uitzetten van een DCM-controle te controleren. Om die reden is ervoor gekozen om voor declaraties die niet meer zijn opgenomen in de door de zorgverzekeraar uitgezette DCM-controles en de nog te factureren declaraties middels een correctieslag te laten plaatsvinden middels een extrapolatie op basis van het foutpercentage (netto) van de laatste afgeronde DCM-controle van uw instelling. Mocht het voor u niet duidelijk zijn welke declaraties (vanaf factuurdatum) vallen onder het zelfonderzoek, dan kunt u hierover contact opnemen met de contactpersoon van de zorgverzekeraar inzake de DCM-controles.

Bij het extrapoleren van het foutpercentage dient rekening gehouden te worden met eventuele, in de tussentijd gewijzigde, aantoonbare beheersmaatregelen. De foutwaarde (absoluut netto bedrag) die ontstaat na extrapolatie, dient u in het rapportageformulier, waarmee u de bevindingen van het zelfonderzoek rapporteert, apart te verantwoorden. Naar aanleiding van signalen van ziekenhuizen is door zorgverzekeraars gekeken of er sprake is van overlap tussen de uitkomsten van de DCM en de schademassa welke gecontroleerd wordt, middels het zelfonderzoek. Uitkomst hiervan is dat deze overloop zo nihil is dat dit nauwelijks tot mogelijke dubbele fouten zal leiden. Mocht dit naar de mening van de zorgaanbieder toch aantoonbaar het geval zijn, dan bestaat de mogelijkheid om dit aan te geven bij de betreffende zorgverzekeraar. Deze zal hier rekening mee houden in de uiteindelijke verrekening.

6. Welke instellingen vallen onder aanpak

In onderstaande tabel staat opgenomen welke instellingen onder de aanpak vallen.

Zorgaanbieders worden verzocht zich schriftelijk bij de NZa te melden dat zij mee doen met de aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg en het aanvullend omzetonderzoek gaan uitvoeren. U kunt u aanmelden via info@nza.nl of per post, ter attentie van de Directie Toezicht en Handhaving, onder de vermelding 'Aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg'.

Teneinde zicht te hebben op het aantal instellingen dat mee doet aan het zelfonderzoek wordt u door NVZ/NFU/ZN verzocht om u voor 1 augustus aan te melden bij de NZa.

	Vallen <u>wel</u> onder afspraak	Vallen <u>niet</u> onder afspraak
Ziekenhuis (alg, stz, umc)	X	
ZBC *)	X	
Revalidatiecentra		X
Huisartsenlaboratoria		X
Trombosediensten		X
Long/Astmacentra		X
Epilepsiecentra		X
Audiologie		X
Radiotherapie	X	
Dialysecentra	X	
Klinische Genetica	X	
MSVT aanbieders		X
Ambulancediensten		X

7. Goedkeurende (beperkende) verklaring bij de jaarrekening en zelfonderzoek

Sommige instellingen hebben reeds een goedkeurende verklaring bij de jaarrekening ontvangen. Anderen hebben gekozen voor een jaarrekening met een beperkende verklaring. NVZ/NFU/ZN achten het alsnog raadzaam een zelfonderzoek te starten. De tijdsdruk zal voor deze instellingen echter wellicht iets minder groot zijn, omdat reeds beschikt wordt over een jaarrekening. Wanneer een instelling er voor kiest om niet aan het zelfonderzoek mee te doen (ongeacht wel of geen goedkeurende verklaring), zullen zorgverzekeraars zelf de controles gaan uitvoeren.

Instellingen die aan het zelfonderzoek meedoen moeten dit melden bij de NZa.

8. Toelichting/aanpassingen/correcties per controlepunt

A. Relatie Controleplan en Verboden/toegestaan lijst NZa

Een deel van de beschreven knelpunten van het Controleplan is de afgelopen weken besproken in de "oranje-loket"-bijeenkomsten van de NZa. De NZa heeft op 16 juli jongstleden de verboden-toegestaan-lijst uitgebracht waarin probleempunten uit het "oranje-loket" zijn uitgewerkt (62 punten). Het "oranje-loket" blijft geopend, zodat ook vraagstukken die gedurende het zelfonderzoek opspelen voorgelegd kunnen worden. We adviseren u om periodiek op de website van de NZa te kijken om geïnformeerd te blijven over de actuele "kleuringen" (verboden/toegestaan-lijst). De informatie hierover kunt u vinden :

- Op de website van de NZa staat de laatste versie van de Verboden-toegestaan lijst (38 punten) zie: http://www.nza.nl/133167/133442/940963/Verboden-toegestaan_lijst.pdf

De weergave van de lijst op de NZa-website is aangepast om de vindbaarheid te vergroten. De lijst is te vinden op de volgende locaties:

- Via 'Veel geraadpleegd' op de hoofdpagina -> 'Verboden-toegestaan lijst' (<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/publicaties/Verboden-toegestaan-lijst>)
- Via dossier 'DBC/DOT' -> 'Nieuws' (<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/Nieuws/1037563/>)

Om de koppeling te kunnen leggen tussen de controlepunten genoemd in de brief van de minister (bijlage 5), het Controleplan versie 1.1 en de Lijst Verboden/Toegestaan is een relatietabel opgesteld (bijlage 6). In bijlage 6 wordt per controlepunt verwezen naar bijbehorende uitspraak NZa oranje-loket c.q. Verboden/Toegestaan.

B. Toelichting aantal controlepunten

Hieronder wordt bij een aantal controlepunten een nadere toelichting gegeven dan wel een correctie beschreven. Deze toelichting/aanpassing komt voort vanuit vragen en verkregen reacties vanuit het veld en opmerkingen die zijn ontvangen van de zijde van accountants. De onderstaande nummering komt overeen met de nummering in het Controleplan. In het controleplan/addendum is nog geen rekening gehouden met de laatste update van de verboden-toegestaan-lijst d.d. 16 juli. Wij wijzen u erop dat een aantal punten die op 16 juli is gepubliceerd aanvullend zijn op het reeds gepubliceerde controleplan. De reden hiervan is dat beide documenten elkaar hebben gekruist.

1.4 Onterecht vastleggen van een ICC

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond":

Wanneer een ICC voor anesthesie is gedeclareerd dient een steekproef te worden uitgevoerd in het medisch dossier en moet het aannemelijk zijn dat er sprake is van pijnbestrijding.

3. Onterecht vastleggen van een dagverpleging

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

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

4.3 Onterecht vastleggen van een verpleegdag: specifiek voor verpleging ingerichte afdeling

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

Stel vast welke alternatieve verpleegafdelingen er zijn en laat het ziekenhuis verklaren dat op deze alternatieve locaties verantwoorde verpleging wordt gegarandeerd.

4.7 Onterecht vastleggen van een verpleegdag tegelijk met ZA verblijf gezonde moeder of verblijf gezonde zuigeling

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

Eerste twee bullits zijn duidelijk; wat wordt met de derde en vierde bedoeld?

De derde en vierde beschrijven nog een keer wat in de eerste en tweede al staat en voegen feitelijk niets toe. Deze laatste 2 punten kunnen vervallen.

5.6 Onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische test

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

Nagegaan moet worden of de genoemde tests daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. Het is hierbij niet relevant of een patiënt uit een ander postcodegebied komt.

5.8 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit IC-consult

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

Of er sprake is van een acute medische calamiteit moet getoetst worden op aannemelijkheid in het medisch dossier.

5.9 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit interklinisch transport

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

Vaststellen middels deelwaarneming (25 stuks) na bellen met andere zorgaanbieder of er in de andere instelling opname op de IC heeft plaatsgevonden.

Punt dat controle wordt uitgevoerd op basis van door zorgverzekeraars aan te leveren gegevens komt hiermee te vervallen.

5.10 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit MICU-transport

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

Vaststellen middels deelwaarneming (25 stuks) na bellen met andere zorgaanbieder of er in de andere instelling opname op de IC heeft plaatsgevonden.

Punt dat controle wordt uitgevoerd op basis van door zorgverzekeraars aan te leveren gegevens komt hiermee te vervallen.

5.11 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit neonatale intensive care

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

Aansluiten op de primaire registratie en steekproefsgewijs controle medisch dossier.

5.12 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit pediatrie intensive care

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

Aansluiten op de primaire registratie en steekproefsgewijs controle medisch dossier.

5.15/16 Onterecht vastleggen van een consult/verrichting kaakchirurgie de zorgactiviteit

Correctie Kaakchirurgie (controlepunten 5.15 en 5.16 Controleplan versie 1.1)

In het Controleplan correct declareren versie 1.1 (d.d. 10-6-2014) is een onjuistheid opgenomen bij punt 5.15 (zie blz. 41 staat bij 5.15 een onjuistheid en een onvolledigheid).

Bij kaakchirurgie wordt de termijn van 30 dagen genoemd. Dit is niet terecht. Het gaat hierbij om een consult en verrichting op dezelfde dag. Toegevoegd dient ook te worden dat er een uitzondering is voor nieuwe ziektegevallen.

Zie onderstaand de correctie:

5.15 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie.
Regelgeving / beleid
BR-CU-7083-kaakchirurgie art. 4.1.a Voorwaarden:

1. Er is uitgebreid onderzoek verricht.
2. Het consult wordt niet direct gevolgd door een verrichting uit tariefgroep II.
3. Binnen 30 dagen na het vorige consult wordt niet nog een consult geregistreerd.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - o Controle op basis van steekproef of geen uitgebreid onderzoek is verricht.
 - o Vaststellen of het consult niet ~~binnen 30 dagen~~ **op dezelfde dag** gevolgd wordt door een verrichting uit tariefgroep 2.
 - o Vaststellen of er binnen 30 dagen voor of na het consult nog een consult gedeclareerd is (**m.u.v. nieuwe ziektegevallen**).

- **Op blz 42 staat bij 5.16 ook een onjuistheid (de 30-dagen regel geldt immers alleen voor hetzelfde ziektegeval).**

Zie onderstaand de correctie

Onterecht declareren van meer dan 1 uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie als op basis van de regelgeving slechts 1 verrichting gedeclareerd mag worden en dat de halveringsregel juist is toegepast.

Regelgeving / beleid

BR-CU-7083-kaakchirurgie
 Voor de voorbehandeling, de verrichting en de nabehandeling wordt het maximumtarief van de aandoening in rekening gebracht.
 Halveringsregel
 Indien meer kaak-chirurgische ingrepen en/of verrichtingen in één zitting, maar niet door dezelfde wond plaatsvinden, wordt de ingreep of verrichting met het hoogste maximumtarief volledig berekend, vermeerderd met de helft van het tarief dat voor elk andere soort ingreep of verrichting geldt.

Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?

- Uit te voeren controle
 - o Vaststellen of de declaratieregels goed in de systemen zijn gebouwd.
 - ~~o Data-analyse: Vaststellen of 30 dagen voor of na het registreren van de verrichting nog een andere verrichting gedeclareerd is.~~
 - o Vaststellen dat halveringsregel kaakchirurgie is toegepast

5.16 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij kaakchirurgie
Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":
 Ziekenhuis maakt aannemelijk dat de halveringsregel adequaat in de ICT-systemen is ingebouwd.

7. Vastleggen van een onjuiste diagnose
Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":
 Controle wordt risicogericht uitgevoerd o.b.v. door Zorgverzekeraars op geleverde top 3 diagnoses per zorgaanbieder. Deze lijst is aangeleverd op 16 juli aan de NVZ en NFU, die de ziekenhuizen hierover zullen informeren.

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

9. Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure geneesmiddelen
Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":
 Declaraties toetsen aan indicatie/combinatie die als bijlage (bijlage 7) bij het addendum is toegevoegd.

11. Onterecht registreren van een los declarabele overige zorgproducten die een causaal verband hebben met een DBC-zorgproduct

Bevinding:

In het Controleplan is abusievelijk de verkeerde tekst opgenomen onder de titel van het controlepunt. De tekst onder "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond" klopt wel. De daadwerkelijke tekst moet zijn:

Als los declarabele overige zorgproducten (bijvoorbeeld diagnostiek of paramedische zorg) in het kader van een zorgtraject wordt uitgevoerd, mogen deze niet los gedeclareerd worden.

Regelgeving / beleid

BR/CU-2111 - artikel 14, 15

NR/CU-240 - artikel 7.3, 15.2

Een overig product (OVP) valt onder de categorie 'overige zorgproducten'. Een OVP wordt uitgedrukt in een zorgactiviteit en wordt geleverd door een poortspecialisme op verzoek van de eerstelijns of een ander specialisme binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt of voor verpleging in de thuissituatie in het kader van medisch specialistische zorg. Indien een betreffende zorgactiviteit uitgevoerd wordt in het kader van een zorgtraject van een hoofdbehandelaar, is er sprake van een OVP. De zorgactiviteiten zijn dan onderdeel van het DBC-zorgproducten van de hoofdbehandelaar.

NB! Tot en met 2012 bestonden overige zorgproducten uit vijf categorieën: add-ons, ondersteunende producten (OP), overige producten (OVP), overige trajecten en overige verrichtingen.

Een overig zorgproduct uit de categorieën eerstelijns diagnostiek en paramedische zorg en behandeling, kan alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van:

- Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van de eerstelijns,25 waarbij dit overige zorgproduct niet binnen één week na uitvoering leidt tot opening van een zorgtraject, of
- Een verzoek voor het uitvoeren van dit overige zorgproduct van een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, of
- Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg zoals beschreven in de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met Medisch-specialistische zorg', of
- Directe toegang tot ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, dieetadvisering, orthoptie of prenatale screening, waarbij betreffende zorgactiviteiten niet uitgevoerd worden in het kader van een zorgtraject of op aanvraag van een hoofdbehandelaar.

14. U-bocht-constructies

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

De controle wordt risico gericht uitgevoerd op de volgende onderwerpen:

- Mirena/Implanon
- Allergeenextracten parenteral
ATC-code V01AA, alleen parenterale toedieningsvormen; Deze zijn afgekeurd als extramurale verstrekking in combinatie met de volgende DBC's (en geen verrichting huisartsen):

poortspecialisme1	diagnosecode1	diagnose_omschrijving1
0302	0031	Allergie / hyperreactiviteit
0310	0002	Allergologisch probleem
	0023	Urticaria
0326	00A1	All rhinitis/conjunctivitis
	00A2	A1 met oral allergy
	00A3	A1 met eczeem/urticaria
	00A4	A1 + oral all en ecz/urtic
	00B1	All rhinitis/conjunctiv/astma
	00B2	B1 met oral allergy
	00B3	B1 met eczeem/urticaria
	00B4	B1 + oral all en ecz/urtic
	00I1	Anafylactische reactie
	00J1	Insectensteek-Anafylaxie
	00J2	Insectensteek-overig

- **Epo's**

Epoetine: ATC-code B03XA01; epoetines zijn bij volgende DBC's afgekeurd als extramurale verstrekking:

0313	INTERNIST	0326	chron hemodialyse zkh passief
0313	INTERNIST	0332	autom perit dialyse (APD)
0313	INTERNIST	0331	contin amb perit dial (CAPD)
0313	INTERNIST	0335	chron hemodialyse zbc pass
0313	INTERNIST	0322	ac nierinsuff met dialyse
0313	INTERNIST	0337	chron hemodialyse thuis m vk
0313	INTERNIST	0333	chron hemodialyse zbc act
0313	INTERNIST	0334	chron hemodialyse zbc opl

- Tracheastoma (canule) en Stemprothesen"
- Orthesen→
 - 190365 Orthese rug en/of nek, kortdurende inzet materiaal
 - 190366 Orthese heup, kortdurende inzet materiaal
 - 190367 Orthese knie, kortdurende inzet materiaal
 - 190368 Orthese enkel en/of voet, kortdurende inzet materiaal
 - 190369 Orthese lokalisatie niet nader omschreven, kortdurende inzet materiaal

Ten aanzien van de orthesen verwachten wij een beschrijving van de maatregelen die waarborgen dat er geen U-bocht constructies gedeclareerd worden. Dit kan bijvoorbeeld een protocol zijn.

Vervolgens dient op basis van een deelwaarneming van 25 posten aangetoond te worden dat de beschreven maatregelen inderdaad zijn gevolgd.

15.1 Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is (DBC's)

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

Bij ontbrekende verwijsregistratie via deelwaarneming (N=30) de juistheid van de verwijzing vastleggen. Resultaten worden gerapporteerd in het format dat wordt aangeleverd aan het ZN-expertteam.

15.2 Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is (overige zorgproducten)

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

Bij ontbrekende verwijsregistratie via deelwaarneming (N=30) de juistheid van de verwijzing vastleggen. Resultaten worden gerapporteerd in het format dat wordt aangeleverd aan het ZN-expertteam.

16. Het vastleggen van een andere activiteit die wel als verzekerde zorg wordt vergoed

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

U dient hiervoor in overleg te gaan met uw 2 reviewende verzekeraars. Zij selecteren hiervoor 3 tot 5 zorgactiviteiten die u via deelwaarneming dient te beoordelen op juistheid.

18. Onterecht vastleggen wondtoilet

Aanvulling:

In het Controleplan wordt alleen verwezen naar dermatologie. Gezien de achtergrond van dit controlepunt (NZa rapport zorgfraude) hierbij ook het specialisme chirurgie betrekken.

19. Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform ZVW terwijl hier geen sprake van is.

Aanvulling op "Hoe wordt dit gecontroleerd en aangetoond?":

Per thema controle uitvoeren, daarbij rekening houdend met duiding NZa Verboden/Toegestaan (bijlage 8, zorgproductcode).

22. Onterecht vroegtijdig sluiten DBC's eind 2011

Aanvulling op controlepunt:

Het betreft hier een analyse op het sluitgedrag 2011. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat er in 2012 relatief meer DBC's zijn geopend. Hierop zal een analyse plaats moeten vinden. Als hier sprake van is, zal er t.a.v. het B-segment een financiële afhandeling moeten plaatsvinden op basis van de extra inkomsten die op deze wijze zijn ontstaan in 2012. Op 2011 wordt geen correctie uitgevoerd.

Reviewprotocol Expertgroep aanvullend omzetonderzoek

Aanleiding en taakopdracht Expertgroep

Door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn samen met de betrokken veldpartijen afspraken gemaakt om de resterende onzekerheden ten aanzien van declaraties en de jaarrekening 2013 in de medisch specialistische zorg op te lossen. Onderdeel van deze afspraken is dat de ziekenhuizen zelf een aanvullend omzetonderzoek (zelfonderzoek) over de jaren 2012 en 2013 zullen uitvoeren. In het kader van de bestuurlijke afspraken heeft het ZN bestuur besloten een expertgroep in te stellen die zich zelfstandig een oordeel zal vormen over de door de ziekenhuizen uitgevoerde zelfonderzoeken. Zorgverzekeraars willen door het instellen van de expertgroep invulling geven aan hun taak om de rechtmatigheid van de zorguitgaven te bewaken.

De expertgroep heeft tot taak:

1. Het vooraf bijdragen aan de heldere normstelling voor het aanvullend omzetonderzoek door ziekenhuis en externe accountant zodat hier tijdens het onderzoek geen discussie meer over is.
2. Het zorgdragen voor een uniforme toetsing door de gezamenlijke zorgverzekeraars van de door de ziekenhuizen uitgevoerde zelfonderzoeken. Deze toetsing richt zich op het zelfstandig vaststellen dat het onderzoek conform de gemaakte landelijke afspraken is uitgevoerd.
Ter validatie van de uitgevoerde controles behoort ook een review op de onderliggende dossiers van de ziekenhuizen tot de mogelijkheden.

Dit Reviewprotocol richt zich op de tweede taak, de uniforme toetsing van de door de ziekenhuizen uitgevoerde zelfonderzoeken. Uitgangspunt is een marginale toetsing aan de hand van de rapportage van het ziekenhuis en het rapport van bevindingen van de externe accountant. De toetsing moet bij alle ziekenhuizen op dezelfde wijze plaatsvinden.

Indien uit de rapportage van het ziekenhuis en/of het rapport van bevindingen van de externe accountant signalen naar voren komen, dan bestaat de mogelijkheid om aanvullende werkzaamheden uit te voeren door:

- Een review op de onderliggende dossiers van ziekenhuis uit te voeren;
- Delen van de door het ziekenhuis verrichte werkzaamheden terug te leggen.

Werkinstructie

Algemeen

Om invulling te geven aan de taakopdracht van de Expertgroep is dit Reviewprotocol opgesteld. Dit Reviewprotocol vormt het toetsingskader voor alle verzekeraars en is het hulpmiddel om te komen tot een uniforme review op de door de ziekenhuizen uitgevoerde zelfonderzoeken, een uniforme dossiervorming en vastlegging van de bevindingen en conclusies. Dit Reviewprotocol is derhalve niet vrijblijvend, maar schrijft dwingend de te controleren punten, de wijze van controle, dossiervorming en vastlegging voor. Dit betekent dat het niet verrichten van werkzaamheden **niet** is toegestaan. Wel kan het zo zijn dat een bepaald issue bij een ziekenhuis niet aan de orde is. Dit moet dan bij het betreffende issue expliciet worden toegelicht in de kolom "Conclusie en bevindingen". Ook betekent het dat de norm- en toetsingskaders die de individuele verzekeraars hanteren bij het uitvoeren van de materiële en formele controles voor deze review niet gelden en ook niet mogen worden toegepast. Reden hiervoor is dat de zelfonderzoeken van de ziekenhuizen – het aanvullend omzetonderzoek- hiervoor in de plaats treden en op een uniforme wijze gecontroleerd moeten worden.

Als uitgangspunten voor dit Reviewprotocol zijn de normen gebruikt zoals deze zijn vastgelegd in:

- "Controleplan Correct Declareren", de door NVZ, NFU, de Orde van Medisch Specialisten en ZN opgestelde handreiking voor de ziekenhuizen voor het uitvoeren van de zelfonderzoek;
- Addenda op het "Controleplan Correct Declareren";
- Uitspraken "Oranjeloket";
- "Controleprotocol" voor het door de externe accountants op te stellen rapport van bevindingen inzake de zelfonderzoeken van de ziekenhuizen.

Voor de opzet van het Reviewprotocol is aansluiting gezocht bij het "Controleplan Correct Declareren" (hierna: Controleplan), door de hierin genoemde en door de NZa gedefinieerde controlepunten één voor één terug te laten komen. In het Reviewprotocol wordt voor ieder controlepunt de gedefinieerde norm en de wijze van controleren beschreven. De normen zijn overgenomen uit het Controleplan danwel ontleend aan het "Oranjeloket" en zijn maatgevend tijdens het reviewen van de rapportages van het ziekenhuis en de accountant.

In het Controleplan en de addenda wordt per controlepunt een nadere uitleg geven van de gestelde normen en worden de geldende NZa-beleidsregels en circulaires vermeld. Het is daarom zaak om dit Controleplan met addenda, de uitspraken "Oranjeloket" en het Controleprotocol - voordat met de review wordt gestart - door te nemen en als 'naslagwerk' te gebruiken.

Benchmark en Data-analyse

Op basis van de rapportages van de ziekenhuizen wordt een benchmark gevuld door de Expertgroep. In deze benchmark worden de gegevens uit het "Rapportageformulier zelfonderzoek" van vergelijkbare ziekenhuizen met elkaar geconfronteerd. Er worden drie groepen vergelijkbare ziekenhuizen onderscheiden: algemene ziekenhuizen, UMC's en ZBC's. Opvallende uitschieters kunnen richtinggevend zijn voor de review werkzaamheden.

De benchmark wordt voor zover mogelijk voor alle ziekenhuizen tegelijkertijd uitgevoerd. Naar verwachting zal een aantal ziekenhuizen later c.q. te laat aanleveren. Om tot voor de benchmark betrouwbare en bruikbare gegevens te komen moet circa 50% van respectievelijk de algemene ziekenhuizen, UMC's en ZBC's zijn ontvangen.

Daarnaast voert de expertgroep een benchmarkonderzoek uit door de resultaten van het zelfonderzoek te vergelijken met intern aanwezige (indicatieve) analyses van het declaratiepatroon. Dit moet nog nader worden uitgewerkt naar aanleiding van de inventarisatie van bij verzekeraars van de aanwezige analyses.

Een aantal controlepunten wordt middels een data-analyse op basis van de bij zorgverzekeraars aanwezige gegevens geanalyseerde en gecontroleerd. De door de ziekenhuizen aangeleverde informatie zal met de uitkomsten van deze data-analyse worden vergeleken. Materiële afwijkingen –groter dan controletolerantie van het betreffende controlepunt - zullen door het betreffende ziekenhuis verklaard moeten worden.

De data-analyse wordt verricht voor de volgende controlepunten:

- 1.4 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult
- 4.4 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – minimaal 1 overnachting
- 5.3 Onterecht vastleggen van de verrichting nazorg cochleaire implantaten
- 5.4 Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorg orgaantransplantaties
- 5.5 Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorg stamceltransplantaties
- 5.7 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit dialysetoeslag
- 5.8 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit IC-consult
- 8 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie
- 9 Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure geneesmiddelen

Review

De review wordt verricht door twee reviewers gezamenlijk en leidt tot één review rapport.

Het is essentieel dat bij ieder controlepunt wordt vastgesteld dat de door het ziekenhuis verrichte werkzaamheden voldoen aan de gestelde eisen in het Controleplan en dat afdoende controlebewijs is geleverd. De review werkzaamheden zijn daarom als volgt opgebouwd:

1. Stel met behulp van de uitkomsten van de benchmark vast of er voor het betreffende ziekenhuizen signalen zijn dat bepaalde controlepunten niet voldoen aan de eisen. Leg dit, indien dit zo is, voor het betreffende controlepunt vast in de kolom “Conclusie en bevindingen”.
2. Review het “Rapportageformulier zelfonderzoek” van het betreffende ziekenhuis en leg per controlepunt de bevindingen en conclusie vast in de kolom “Conclusie en bevindingen”.
3. Review het Rapport van bevindingen van de externe accountant voor het betreffende ziekenhuis en ga per controlepunt na of er aanvullende informatie is c.q. bevindingen zijn. Leg ook deze per controlepunt vast in de kolom “Conclusie en bevindingen”.
4. Verricht, indien van toepassing, de genoemde specifieke werkzaamheden.
5. Ga op basis van de tot nu toe verrichte werkzaamheden na of de onder punt 1 definiëerde uitschieters afdoende zijn verklaard. Zo niet stel aanvullende vragen aan het ziekenhuis.
6. Documenteer eventueel gevonden fouten per controlepunt in de kolommen “Totaal bedrag”, “Segment” en “Jaar”.
7. Geef in het blok “Tussentijdse conclusie” aan of de verrichte review werkzaamheden aanleiding geven tot het verrichten van aanvullende werkzaamheden.

8. De Expertgroep beslist of aanvullende werkzaamheden moeten worden verricht en bepaald welke aanvullende werkzaamheden dat zijn. Deze aanvullende werkzaamheden worden voor de betreffende controlepunten opgenomen in het Reviewprotocol van het ziekenhuis.
9. De reviewer(s) verrichten de aanvullende werkzaamheden en leggen per controlepunt de bevindingen en conclusie vast in de kolom “Conclusie en bevindingen”.
10. De Expertgroep legt in het blok “Eindconclusie” het oordeel of het zelfonderzoek al dan niet afdoende is vast. Daarmee zijn per verzekeraar per jaar/segment de maximaal door te voeren correcties bepaald.

Voor de ziekenhuizen is het “Rapportageformulier zelfonderzoek” ontwikkeld om te komen tot een uniforme vastlegging van de uitkomsten van de zelfonderzoeken. In dit Rapportageformulier worden allereerst de totale omzet en peildatum van het onderzoek vastgelegd. Evenals de controlemassa per te controleren jaar/segment gesplitst naar ‘Gefactureerd’ en ‘Niet-gefactureerd’. Ook eventuele bijzonderheden kunnen nader worden toegelicht. Vervolgens moet per controlepunt de ‘Wijze van controle’, bevindingen en fouten per verzekeraar op concernniveau per jaar/segment worden aangegeven. In een addendum bij het Controleplan wordt per controlepunt weergegeven wat het voorstel is voor de gewenste controleaanpak en wordt nader geduid wanneer al dan niet een steekproef moet worden genomen danwel kan worden volstaan met een deelwaarneming. De essentie is dat massa’s met een kleine omvang – lees bestaand uit een beperkt aantal items – en een beperkt financieel belang middels een deelwaarneming efficiënter gecontroleerd kunnen worden.

Steekproef en deelwaarneming

Bij het inzetten van een steekproef en deelwaarneming is het belangrijk in het vizier te houden dat de inspanning die geleverd moet worden proportioneel is met de omvang van het af te dekken risico.

Steekproef

Indien een instelling een steekproef uitvoert dan voldoet de steekproef aan de volgende eisen:

- Aselecte trekking
- Tolerantie: 95% betrouwbaarheid 97% nauwkeurigheid

Deelwaarneming

Bij een deelwaarneming is de werkwijze als volgt:

- Stap 1: Aselecte trekking en controle van 25 posten.
- Stap 2: Indien geen fouten worden gevonden is de controle afgerond.
- Indien wel één of meer fouten zijn gevonden wordt de deelwaarneming in redelijkheid gezien de massa (aantal posten en financieel belang) uitgebreid.
- Het ziekenhuis onderbouwd vervolgens welke fout ter correctie wordt opgenomen.

Controletolerantie

Het uitgangspunt van de NZa voor het zelfonderzoek van de ziekenhuizen is dat alle geconstateerde fouten worden gecorrigeerd. Voor onze review hebben wij een controletolerantie nodig om te kunnen bepalen of aanvullende werkzaamheden nodig zijn. Er kan aanleiding zijn tot aanvullende werkzaamheden als:

- Op basis van de benchmark uitschieters zijn geconstateerd welke niet afdoende zijn verklaard door de verrichte werkzaamheden.
- De uitkomsten van de specifieke werkzaamheden hier aanleiding toe geven.
- De reviewers concluderen dat de werkzaamheden in het zelfonderzoek niet afdoende zijn c.q. de rapportage van de externe accountant dit aangeeft.

Voor de totale controlemassa bedraagt de controletolerantie EUR 50.000.

Voor de afzonderlijke controlepunten bedraagt de controletolerantie EUR 10.000. Echter we gaan pas aanvullende werkzaamheden verrichten als de verwachte fouten van een controlepunt en/of meerdere controlepunten gezamenlijk de controletolerantie van de totale controlemassa (EUR 50.000) overschrijden.

Toerekening fouten/correcties naar verzekeraars

Voor de toerekening van fouten/correcties naar verzekeraars zijn de volgende afspraken gemaakt:

- Controlepunten die op basis van query's worden uitgevoerd, worden op basis van de uitkomsten van de query's gerapporteerd.
- Controlepunten die niet op basis van query's worden uitgevoerd, worden toegerekend aan verzekeraars door middel van de volgende verdeelsleutel:
Declaratiemassa verzekeraar X (concernniveau) / Declaratiemassa in onderzoek (totaal).
- De verdeling over uzovi's gebruikt de zorgverzekeraar vervolgens om controlepunten die niet op basis van query's specifiek naar verzekeraars / uzovi's kan worden toegerekend, zelf toe te rekenen naar uzovi's.

Dossievorming

De uiteindelijk ingevulde review rapporten worden naar ZN gemaild voorzien rapportage zelfonderzoek, rapport van bevindingen en eventuele aanvullende documentatie en door ZN centraal gearhiveerd.

Naam: [Naam Ziekenhuis]

NZa: [010 – xxx]

Uitgevoerd de datum: [datum]

Naam:

Zorgverzekeraar:

Naam:

Zorgverzekeraar:

Review Rapportage ziekenhuis en Rapport van Bevindingen externe accountant				
Leg hieronder van elk in het "Controleplan Correct Declareren" (hierna: Controleplan) benoemd controlepunt vast of de door het ziekenhuis verrichte werkzaamheden voldoen aan de in het Controleplan beschreven regels en voldoende controle bewijs leveren.				
Controlepunten	Conclusie en bevindingen	Totaal bedrag	Segment	Jaar
<p>1.1 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – indien er geen face to face contact is</p> <p><u>Norm</u> Indien er geen sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent), mag er geen polikliniek bezoek (190007, 190008, 190011, 190012 en 190013) geregistreerd worden.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>	<p>Bevindingen: Bijv. door middel van het reviewen van.....hebben wij vastgesteld dat de werkzaamheden verricht door het ziekenhuis wel / niet conform het controleplan zijn. Hieruit blijken geen of de volgende bijzonderheden</p> <p>Verder hebben wij kennisgenomen van de rapportage van de externe accountant. Hieruit blijken geen of de volgende bijzonderheden</p> <p>Conclusie: Bijv. op basis van de verrichte review werkzaamheden hebben wij in voldoende mate zekerheid verkregen omtrent de uitkomsten van deze controle.</p> <p>Bijv. op basis van de verrichte review werkzaamheden hebben wij onvoldoende zekerheid verkregen. Wij stellen de volgende aanvullende werkzaamheden voor:</p> <ul style="list-style-type: none">•			
<p>1.2 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – meerdere consulten op één dag</p>				

<p><u>Norm</u> Voor een patiënt mag in het algemeen niet meer dan een polikliniekbezoek per specialisme geregistreerd worden op één kalenderdag.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>1.3 Onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek – polikliniekbezoek tijdens opname</p> <p><u>Norm</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • indien wel vooraf ingepland en niet aansluitend, maar er is geen medische noodzaak: er mag maar één consult geregistreerd worden. • indien wel vooraf ingepland en niet aansluitend en er is sprake van een medische noodzaak: er mogen twee consulten geregistreerd worden. <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>1.4 Onterecht vastleggen van een Intercollegiaal consult</p> <p><u>Norm</u> Intercollegiaal consult mag alleen worden vastgelegd tijdens een klinische opname van een patiënt. Wanneer een anesthesist ondersteuner is bij de behandeling mag er geen ICC in rekening worden gebracht. Een ICC anesthesist is toegestaan in de rol van pijnbestrijder.</p>				

<p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p> <p><i>Specifieke werkzaamheden</i> Ga met behulp van de uitkomsten van de DCM controles D.P.A.99.04 & D.P.A.99.05&D.P.A.99.04.01 na of de door het ziekenhuis gerapporteerde uitkomst plausibel is.</p>				
<p>2 Onterecht vastleggen van een Medebehandeling</p> <p><u>Norm</u> Medebehandeling mag alleen geregistreerd worden tijdens een opname, als er sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling en behandeling.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>3 Onterecht vastleggen van een Dagverpleging</p> <p><u>Norm</u> Er mag alleen een dagverpleging geregistreerd worden als voldaan wordt aan de NZa-regelgeving en aanvullende duiding.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p>				

<p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>4.1 Onterecht vastleggen van een verpleegdag bij een DBC subtraject – Onterecht verdelen van de verpleegdagen van een opname over meerdere DBC subtrajecten binnen een specialisme</p> <p><u>Norm</u> Er mag maximaal één klinische opname per patiënt per klinisch verblijf in het ziekenhuis geregistreerd worden. Het verdelen van verpleegdagen mag niet in verband met het risico dat er meerdere klinische trajecten worden gedeclareerd.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>4.2 Verpleegdagen zijn onterecht gekoppeld aan een subtraject, zodat deze onterecht tot een klinisch DBC-zorgproduct leidt</p> <p><u>Norm</u> Het is niet toegestaan om voor dezelfde zorgvraag meerdere subtrajecten te openen en verpleegdagen tussen deze trajecten te verdelen. Ook bij paralleliteit moeten verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				

<p>4.3 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – specifiek voor verpleging ingerichte afdeling</p> <p><u>Norm</u> Alleen registratie van verpleegdagen bij opname op een voor verpleging ingerichte afdeling (dit is incl. high care en medium care) is toegestaan.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>4.4 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – minimaal 1 overnachting</p> <p><u>Norm</u> Een verpleegdag mag alleen geregistreerd worden indien er sprake is van 1 of meer overnachtingen.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p> <p><i>Specifieke werkzaamheden</i> Ga op basis van informatie uit eerdere controles na of er aanwijzingen zijn voor eventuele fouten c.q of er fouten zijn geconstateerd.</p>				
<p>4.5 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – in combinatie met een IC-behandeldag</p>				

<p><u>Norm</u> Er mag geen verpleegdag worden geregistreerd i.c.m. een IC-behandeldag op dezelfde kalenderdag.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>4.6 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – in combinatie met een afwezigheidsdag</p> <p><u>Norm</u> De dag voorafgaand aan de nacht waarin de patiënt niet in het ziekenhuis verblijft, mag niet als verpleegdag maar moet als afwezigheidsdag zijn geregistreerd.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>4.7 Onterecht vastleggen van een verpleegdag tegelijk met de ZA Verblijf gezonde moeder (ZA-code 190032) of verblijf gezonde zuigeling (ZA-code 190033)</p> <p><u>Norm</u> Er bestaat een risico dat er een registratie is van een verpleegdag op zelfde kalenderdag als registratie deze activiteiten: Verblijf gezonde moeder (ZA-code 190032) of verblijf gezonde zuigeling (ZA-code 190033).</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p>				

<p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>4.8 Onterecht vastleggen van een verpleegdag in combinatie met ‘Verkeerde bed’ (ZA-code 190031) of ‘Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie’ (ZA-code 190038)</p> <p><u>Norm</u> Er bestaat een risico dat er een registratie is van een verpleegdag op zelfde kalenderdag als registratie deze activiteiten: Verkeerde bed (ZA-code 190031) of Vergoeding vervallen ziekenhuisindicatie, geen verpleeghuisindicatie (ZA-code 190038).</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>4.9 Onterecht vastleggen van een verpleegdag – ‘Verpleegdagarief HAK’ (ZA-code 190209) of ‘Zotelovertaling’ (ZA-code 190208)</p> <p><u>Norm</u> Er bestaat een risico dat verpleegdagen geregistreerd zijn terwijl een van deze activiteiten had moeten worden geregistreerd, of dat er een registratie is van een verpleegdag op zelfde kalenderdag als registratie deze activiteiten: ‘Verpleegdagarief HAK’ (ZA-code 190209) of ‘Zotelovertaling’ (ZA-code 190208). Op de kalenderdagen waarop deze ZA-codes zijn geregistreerd mag geen reguliere verpleegdag zijn geregistreerd.</p>				

<p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>4.10 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag – medische behandeling op de IC</p> <p><u>Norm</u> IC-behandeldag mag geregistreerd worden voor iedere kalenderdag waarop op een IC medische behandeling heeft plaatsgevonden. Registratie van IC-behandeldagen op de high care en de medium care is niet toegestaan.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>4.11 Onterecht vastleggen van een IC-behandeldag – postoperatief op de IC voor recovery i.p.v. op de recovery-afdeling</p> <p><u>Norm</u> IC-behandeldag mag niet worden geregistreerd bij opname postoperatief op de IC voor recovery i.p.v. op de recovery-afdeling zelf. Dit geldt ook voor opname op de Post Anesthesia Care Unit (PACU)</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft</p>				

gerapporteerd.				
<p>5 Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit, terwijl een lichte handeling is uitgevoerd (upcoding)</p> <p><u>Norm</u> Het onterecht vastleggen van zware verrichtingen (met een grote financiële impact) zonder dat er voldaan is aan de daarvoor geldende criteria (upcoding).</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>5.1 Onterecht vastleggen ATLS traumaopvang (039676)</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen ATLS traumaopvang – diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>5.2 Onterecht vastleggen cochleaire implantaten (pre-) implantatie (031903 en 031905)</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen cochleaire implantaten (pre-) implantatie (031903 en 031905)</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u></p>				

<p>Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>5.3 Onterecht vastleggen van de verrichting nazorg cochleaire implantaten (031904 en 031906)</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen van de verrichting nazorg cochleaire implantaten (031904 en 031906).</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p> <p><i>Specifieke werkzaamheden</i> Stel op basis van de betreffende query vast dat maximaal 1x per jaar een verrichting nazorg cochleair implantaat wordt gedeclareerd.</p>				
<p>5.4 Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorg orgaantransplantaties</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorg orgaantransplantaties (039385 t/m 039397, 192042, 192103).</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				

<p><i>Specifieke werkzaamheden</i> Stel op basis van de betreffende query vast dat maximaal 1x per jaar voor de verrichtingen nazorg orgaantransplantaties wordt gedeclareerd.</p>				
<p>5.5 Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorg stamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098)</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen van de verrichtingen voor de nazorg stamceltransplantaties (192079, 192080, 192087, 192098).</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p> <p><i>Specifieke werkzaamheden</i> Stel op basis van de betreffende query vast dat maximaal 1x per jaar voor de verrichtingen nazorg stamceltransplantaties wordt gedeclareerd.</p>				
<p>5.6 Onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische tests (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630, 039509)</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen van uitvoeren, begeleiden, interpreteren en bewaken door de kinderarts sub specialist van diagnostische tests (039618, 039620, 039621, 039622, 039623, 039624, 039630, 039509)</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u></p>				

<p>Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>5.7 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit dialysetoeslag</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit dialysetoeslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het vaker dan 1 keer per dag registreren van de dialysetoeslag • Het registreren van de zorgactiviteit dialysetoeslag als er geen sprake is van een dialyse dag • Er is parallel een zorgactiviteit dialyse geregistreerd. Er mag geen dialysetoeslag geregistreerd worden als hiernaast een DBC zorgproduct dialyse wordt afgeleid. <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p> <p><i>Specifieke werkzaamheden</i> Stel m.b.v. de betreffende query vast dat er geen sprake is van paralleliteit.</p>				
<p>5.8 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit IC-consult (ICC uitgevoerd door een medisch specialist van uit de IC afdeling) (190129)</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit IC-consult (ICC uitgevoerd door een medisch specialist vanuit de IC afdeling) (190129):</p>				

<ul style="list-style-type: none"> • Niet aangevraagd door een medisch specialist. • Op dezelfde kalenderdag is zowel een IC consult als een IC behandeldag geregistreerd. <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p> <p><i>Specifieke werkzaamheden</i> Stel voor de 2^e bullit m.b.v. de betreffende query vast dat er geen sprake is van paralleliteit.</p>				
<p>5.9 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit interklinisch transport < 2 uur of > 2 uur (190130 resp. 190131)</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit interklinisch transport < 2 uur of > 2 uur (190130 resp. 190131):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is geen sprake van vervoer van een IC naar een IC, • De verrichting 190131 interklinisch transport > 2 uur wordt geregistreerd als de tijdsduur korter dan 2 uur is. <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd..</p>				
<p>5.10 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit MICU-transport < 2 uur of > 2 uur (190132 resp. 190133)</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit MICU-transport < 2 uur of > 2 uur (190132 resp. 190133):</p>				

<ul style="list-style-type: none"> • Er is geen sprake van vervoer van een IC naar een IC. • De verrichting 190133 interklinisch transport > 2 uur wordt geregistreerd als de tijdsduur korter dan 2 uur is. <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>5.11 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit neonatale intensive care (190150)</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit neonatale intensive care (190150). Medische behandeling heeft niet plaatsgevonden op de neonatale intensive care</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>5.12 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit pediatrische intensive care (190151)</p> <p><u>Norm</u> Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit pediatrische intensive care (190151). Medische behandeling heeft niet plaatsgevonden op de pediatrische intensive care.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p>				

Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.				
5.13 Onterecht vastleggen van de zorgactiviteit ECMO-toeslag (039611) Dit artikel VERVALT controlepunt omdat regelgeving pas vanaf 2014 geldig is.				
5.14 Onterecht vastleggen van de verrichting toeslag post IC-high care (190152) <u>Norm</u> Onterecht vastleggen van de verrichting toeslag post IC-high care (190152): <ul style="list-style-type: none"> • Er heeft vooraf geen behandeling op de neonatale IC plaatsgevonden. • Er is geen sprake van de minimaal 2 van de volgende vormen van behandeling en/of bewaking.: CPAP/ low flow, continue parenterale medicatie ter ondersteuning van een of meer vitale functies, meervoudige medicamenteuze therapie, centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting en blaaskatheter. • Leeftijd en gewicht kind voldoen niet aan de eisen. <u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht. Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.				
5.15 Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie <u>Norm</u> Onterecht vastleggen van een consult bij Kaakchirurgie. <u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het				

<p>Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>5.16 Onterecht declareren van meer dan één uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie</p> <p><u>Norm</u> Onterecht declareren van meer dan 1 uitgevoerde verrichting bij Kaakchirurgie als op basis van de regelgeving slechts 1 verrichting gedeclareerd mag worden en dat de halveringsregel juist is toegepast.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>5.17 Onterechte declaratie van tandtechniekkosten bij Kaakchirurgie</p> <p><u>Norm</u> n.v.t.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>5.18 Onterecht vastleggen microscopisch oortoilet bij verwijderen oorsmeer ZA-code 31712</p> <p><u>Norm</u> In het Rapport 'onderzoek zorgfraude', tussenrapport NZa</p>				

<p>wordt gesproken over het onterecht vastleggen van microscopisch oortoilet bij verwijderen oorsmeer</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>6 Het vastleggen van een zorgactiviteit terwijl er geen handeling heeft plaatsgevonden</p> <p><u>Norm</u> Het vastleggen van een zorgactiviteit of prestatie terwijl er geen activiteit heeft plaatsgevonden (fictieve registratie).</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>7 Het vastleggen van een onjuiste diagnose</p> <p><u>Norm</u> Het vastleggen van een onjuiste (zwaardere) diagnose of het niet aanpassen van een werkdiagnose naar de definitieve diagnose. Onjuist zorgproduct door onjuiste typering traject (onjuiste diagnose in dit geval). Onterechte opening parallel traject terwijl aanpassing van diagnose moet plaatsvinden.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p>				

<p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>8 Meermaals vastleggen van een onderzoek – Radiologie, Pathologie</p> <p><u>Norm</u> Het vastleggen van meerdere prestaties voor één onderzoek.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p> <p><i>Specifieke werkzaamheden</i> Stel o.b.v. de betreffende query vast dat er geen meerdere prestaties op één dag zijn gedeclareerd.</p>				
<p>9 Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure geneesmiddelen</p> <p><u>Norm</u> Het onterecht registreren en declareren van add-ons voor dure geneesmiddelen, terwijl er niet voldaan wordt aan de indicatievereisten op de indicatielijst van de NZa.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p> <p><i>Specifieke werkzaamheden</i> Ga op basis van de uitkomsten van de Controle Dure</p>				

<p>geneesmiddelen t/m december 2012 na of de uitkomsten van het ziekenhuis plausibel zijn.</p>				
<p>10 Onterecht een parallel zorgtraject openen</p> <p><u>Norm</u> Een tweede (parallel) zorgtraject openen voor hetzelfde specialisme terwijl er geen sprake is van een nieuwe zorgvraag met diagnosestelling en behandeling. Bijvoorbeeld: stents bij radiologie. Voor combinatiebehandelingen van tele-, brachytherapie en/ of hyperthermie worden per soort behandeling afzonderlijke DBC's geopend. Voor uitwendige bestraling geldt dat parallelle DBC's zijn toegestaan, voor zover er sprake is van meerdere doelgebieden die niet in één bestralingsplan te omvatten zijn. Behandeling van twee isocentra betekent dit twee DBC's.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>11 Onterecht registreren van los declarabele overige zorgproducten die een causaal verband hebben met een DBC zorgproduct</p> <p><u>Norm</u> Als los declarabele overige zorgproducten (bijvoorbeeld diagnostiek of paramedische zorg) in het kader van een zorgtraject wordt uitgevoerd, mogen deze niet los gedeclareerd worden.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p>				

<p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>12 Openen zorgtraject</p> <p><u>Norm</u> Een zorgtraject moet geopend worden bij het eerste patiënt contact. Dit moet door, of uit naam van de specialist (hoofdbehandelaar worden gedaan) conform de registratieregels van DBC-Onderhoud. De verwijzer moet correct zijn en de declaratie moet op naam van een specialist met geldig AGB staan.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>13 Het in rekening brengen van eigen DBC-zorgproducten terwijl deze zorg onderdeel uitmaakt van een zorgtraject van een andere zorgaanbieder (onderlinge dienstverlening)</p> <p><u>Norm</u> Als er sprake is van onderlinge dienstverlening mag alleen de hoofdbehandelaar een zorgproduct in rekening brengen. Wanneer de andere zorgaanbieder (uitvoerder) ook een zorgproduct in rekening brengt is dit niet juist.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>14 U-bocht constructies</p>	<p>Opnemen in benchmark</p>			

<p><u>Norm</u> Het in rekening brengen van zorg die via andere financieringsstromen reeds wordt gefinancierd is niet toegestaan. Te denken valt aan U-bocht constructies zoals met spiraaltjes of het in rekening brengen van zorg geleverd in kader van wetenschappelijk onderzoek.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>15.1 Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg) – DBC zorgproducten</p> <p><u>Norm</u> Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen rechtmatige verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg).</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>	<p>Opnemen in benchmark , veel controles op verwijzers geweest, indicatief</p>			
<p>15.2 Het in rekening brengen van zorg ten laste van de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg) – Overige zorgproducten</p> <p><u>Norm</u> Voor het vergoed krijgen van medisch-specialistische zorg heeft de verzekerde een verwijzing nodig van een (huis)arts.</p>	<p>Opnemen in benchmark , veel controles op verwijzers geweest, indicatief</p>			

<p>Daarom moet bij de declaratie van een zorgproduct de zorgaanbieder op de nota de verwijsgegevens vermelden. Als de huisarts een patiënt naar de polikliniek van een ziekenhuis verwijst, moet de specialist hiervoor verwijstype 4 'Verwezen patiënt niet-SEH vanuit eerstelijns' vastleggen, incl. de AGB-code van de verwijzende arts.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>16 Het vastleggen van een andere zorgactiviteit, die wel als verzekerde zorg wordt vergoed</p> <p><u>Norm</u> Het vastleggen van een andere zorgactiviteit, die als wel verzekerde zorg wordt vergoed (vb. circumcisie).</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>17 Het onterecht betalen van 190043/190044/190045/190046 naast een DBC zorgproduct van de gynaecoloog</p> <p><u>Norm</u> Het onterecht betalen van 190043/190044/190045/190046 naast DBC zorgproduct van de gynaecoloog. Betalingen van genees-, verband-, narcosemiddelen en hulpmiddelen en gebruik verloskamer naast het tarief van poliklinische bevalling.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u></p>				

<p>Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>18 Onterecht vastleggen wondtoilet</p> <p><u>Norm</u> In het Rapport 'onderzoek zorgfraude', tussenrapport NZa wordt gesproken over het onterecht vastleggen van wondtoilet door dermatologie en heelkunde, ZA code 38941 en 38943</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>19 Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is (stand der wetenschap en praktijk, aanspraakbeperkende zorg)</p> <p><u>Norm</u> Minimaal onderzoek op de volgende thema's: Bariatrie, HNP, PAOD, Lumbago, MRI6 (eerste lijn) en IUI meer dan 6X bij KI.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>20 Het declareren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is:</p>				

<p>IVF</p> <p><u>Norm</u> Het declareren aan een verzekeraar van meer dan drie pogingen IVF binnen één ziekenhuis is niet toegestaan.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>21 Declareren van WBMV verrichtingen zonder vergunning</p> <p><u>Norm</u> WBMV verrichtingen mogen niet betaald worden aan instellingen zonder vergunning.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>22 Onterecht vroegtijdig sluiten DBC's eind 2011</p> <p><u>Norm</u> Voor 2011 geldende afsluitregels onjuist toegepast waardoor DBC's te vroeg gesloten.</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				

<p>23 Voortgezet verblijf in instelling langer dan 365 dagen</p> <p><u>Norm</u> Als een verzekerde in een ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis of revalidatieinstelling verblijft, is dit de eerste 365 dagen een verzekerde prestatie in het kader van de Zvw. Er is pas sprake van voortgezet verblijf als de verzekerde 365 dagen ononderbroken ten laste van de Zvw opgenomen is geweest en daar vanwege geneeskundige zorg nog langer moet blijven. Van voortgezet verblijf is alleen sprake als het verblijf noodzakelijk is vanwege de geneeskundige behandeling (klinische behandeling).</p> <p><u>Controle door Expertgroep</u> Stel vast dat het ziekenhuis de werkzaamheden conform het Controleplan heeft verricht.</p> <p>Ga na of de accountant relevante bevindingen heeft gerapporteerd.</p>				
<p>Tussentijdse conclusie Geef aan of de tot nu toe verrichte review werkzaamheden volgens u aanleiding geven tot het verrichten van aanvullende werkzaamheden.</p> <p>De Expertgroep besluit of aanvullende werkzaamheden nodig zijn en legt deze hieronder in het Reviewprotocol vast. De betreffende reviewers verrichten deze aanvullende werkzaamheden.</p>				
<p>Aanvullende werkzaamheden Indien besloten wordt tot aanvullende werkzaamheden deze hieronder formuleren en bevindingen vastleggen.</p>				
<p>Eindconclusie De Expertgroep legt het oordeel of het onderzoek afdoende is en of eventuele aanpassingen nodig zijn vast.</p>				

