

Wat is verboden en toegestaan bij ziekenhuisdeclaraties?

De afgelopen tijd ontving de Nederlandse Zorgautoriteit veel vragen over correct declareren: wat is verboden en wat is toegestaan bij registratie en declaratie in de ziekenhuiszorg?

De NZa publiceert deze antwoorden in onderstaande lijst Verboden-Toegestaan. De lijst kunnen ziekenhuizen, medisch specialisten en verzekeraars gebruiken om te zorgen dat zij correct declareren.

Onderwerp	Toegelaten	Verboden
Verpleegdag	De zorgactiviteit 'verpleegdag' mag alleen worden vastgelegd als sprake is van verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling en als er sprake is van een overnachting. Dit laatste geldt alleen als de patiënt opgenomen wordt vóór 00:00 uur en ontslag plaatsvindt ná 07:00 uur. Voorbeeld (ervan uitgaande dat aan alle overige voorwaarden uit de definitie wordt voldaan): Patiënt is op 1 april om 22:00 uur opgenomen, en ontslagen op 2 april om 09:00 uur. In dit voorbeeld wordt één verpleegdag vastgelegd.	Voorbeeld 1: Patiënt is op een verpleegafdeling opgenomen op 1 april om 20:50 en ontslagen op 2 april om 00:15 uur. Toelichting: Er is niet voldaan aan de definitie van overnachting (opname vóór 00:00 uur en ontslag ná 07:00 uur) en mag er dus geen verpleegdag worden vastgelegd. Het is niet toegestaan om tijdens de IC-periode een verpleegdag te registreren. Dit betekent dat voor één kalenderdag óf een IC-dag geregistreerd wordt óf een verpleegdag. Voorbeeld 2: Patiënt ligt op 1 mei op de IC, en wordt 's avonds naar de verpleegafdeling overgeplaatst. Toelichting: Dit betekent dat voor 1 mei óf een IC-dag geregistreerd wordt óf een verpleegdag.
Dagverpleging	De zorgactiviteit dagverpleging mag alleen vastgelegd worden bij een vorm van verpleging die een aantal uren duurt in een ziekenhuis op een voor dagverpleging ingerichte afdeling. De verpleging moet bovendien in het algemeen voorzienbaar zijn en noodzakelijk in verband met een onderzoek of behandeling door een medisch specialist op diezelfde dag. Voorbeeld: Het ziekenhuis neemt de patiënt voor een vooraf ingeplande kijkoperatie aan de knie een aantal uur op een afdeling dagverpleging. Hiervoor mag de zorgactiviteit dagverpleging worden vastgelegd.	Voorbeeld 1: Patiënt heeft een consult in het ziekenhuis. De patiënt is langer dan twee uur in het ziekenhuis geweest. Hiervoor mag geen dagverpleging worden vastgelegd, aangezien er geen sprake is van verblijf dat noodzakelijk is voor behandeling en/of onderzoek. Voorbeeld 2: Patiënt ondergaat een echo, MRI-scan of CT-scan. Hierbij is geen sprake van (noodzaak tot) verpleging in het kader van de geleverde behandeling. Het ziekenhuis mag dan ook geen dagverpleging vastleggen.

Polikliniekbezoek	Er is sprake van een polikliniekbezoek als het gaat om een consult in het kader van een behandelrelatie tussen patiënt en poortspecialist (de hoofdbehandelaar). Hierbij dient er face-to-face contact te zijn geweest tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent) op de polikliniek. Voorbeeld: Patiënt komt op consult bij de KNO-arts op de polikliniek. De arts mag hiervoor een polikliniekbezoek vastleggen.	Voorbeeld 1: Patiënt komt voor een verlengd consult voor twee zorgvragen naar een KNO-arts, bijv. pijn in oor en pijn in keel. Hiervoor mag de arts enkel één polikliniekbezoek vastleggen, en niet meerdere. Dit polikliniekbezoek mag slechts aan één DBC-zorgproduct gekoppeld worden.
Verwijzer	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 verwijsgegevens te 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 zorgaanbieder of zorgverlener.	Voorbeeld: De patiënt gaat op eigen initiatief naar het ziekenhuis om een (niet-acute) behandeling te ondergaan. Wanneer de behandeling is afgerond gaat de patiënt langs de huisarts om een verwijsbrief te regelen. Dit is niet toegestaan. Voor vergoeding van een behandeling in het ziekenhuis is een geldige verwijsbrief van de (huis-)arts nodig, anders wordt de nota bij de patiënt in rekening gebracht. De verwijsbrief is alleen geldig als de datum van de brief, vóór of gelijk aan de datum van de eerste afspraak in het ziekenhuis ligt.
Dure geneesmiddelen	Dure en weesgeneesmiddelen mogen als add-on gedeclareerd worden (bovenop het DBC-zorgproduct) als de stofnaam en de betreffende indicatie is opgenomen in bijlage 5 van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'. Voorbeeld: Botuline-toxine mag alleen als add-on in rekening worden gebracht voor de indicatie 'Lokale dystonieën'. Het gebruik is beperkt tot revalidatie-instellingen en revalidatiebehandeling	Voorbeeld: Behandeling van fronsrimpels met botuline-toxine komt niet overeen met de indicatie die is opgenomen op de add-on lijst van geneesmiddelen. Om deze reden mag botuline-toxine bij deze behandeling niet als add-on gedeclareerd worden.
Onderlinge dienstverlening	Als op verzoek van de hoofdbehandelaar (al dan niet op verzoek van de patiënt) bepaalde activiteiten op een andere locatie worden uitgevoerd dan waar de hoofdbehandelaar zijn praktijk uitoefent, 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.	Voorbeeld: De patiënt gaat, op verzoek van de hoofdbehandelaar van ziekenhuis X, naar ziekenhuis Y voor een onderzoek in het kader van de zorgvraag waarvoor de patiënt in ziekenhuis X onder behandeling is. Ziekenhuis Y mag geen eigen zorgproduct declareren. In het voorbeeld brengt ziekenhuis Y de kosten en/of het honorarium van het onderzoek in rekening bij ziekenhuis X. Het onderzoek dat door ziekenhuis Y is uitgevoerd behoort tot het zorgprofiel (DBC-zorgproduct) van ziekenhuis X. Ziekenhuis X brengt alleen een zorgproduct in rekening bij de patiënt of zorgverzekeraar.

Meerdere dbc-producten van verschillende specialismen	Het openen van meer DBC-zorgproducten door verschillende specialismen is alleen toegestaan als een patiënt meerdere zorgvragen heeft, en hiervoor bij de verschillende specialismen in behandeling is. Voorbeeld: Patiënt is in behandeling bij de dermatoloog voor eczeem en loopt daarnaast bij de cardioloog voor een hartafwijking. In dit voorbeeld registreren zowel de cardioloog als de dermatoloog een eigen DBC-zorgproduct.	Voorbeeld: Patiënt heeft voor een polsfractuur een polikliniekbezoek gehad met een chirurg, en is hierna voor deze aandoening gezien en behandeld door de orthopeed. In dit voorbeeld mogen de chirurg en de orthopeed niet ieder een eigen DBC-zorgproduct declareren. Er mag maar één DBC-zorgproduct voor deze zorgvraag worden vastgelegd.
U-bocht	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.	Een patiënte haalt zelf bij de apotheek een spiraaltje op en neemt dit mee naar het ziekenhuis. De gynaecoloog opent vervolgens een DBC-zorgproduct voor het plaatsen van het spiraaltje. Het spiraaltje is als hulpmiddel al opgenomen in het DBC-zorgproduct en mag niet afzonderlijk in rekening worden gebracht. Dit betekent dat het ziekenhuis de rekening van het spiraaltje bij de apotheek van de verzekerde of de verzekeraar moet overnemen, opdat niet tweemaal betaald wordt voor het spiraaltje.
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.	Twee foto's van beide kanten van de bekken, mogen niet als twee prestaties afzonderlijk gedeclareerd worden. Er is sprake van één onderzoek, dus hierbij mag de radioloog maar één prestatie in rekening brengen.