Rapport Antonius

Nederlandse Zorgautoriteit

28 januari 2014

Vertrouwelijke versie

Inhoudsopgave

1. Inleiding 3
2. Juridisch kader 4
3. Verloop onderzoek 8
4. Bevindingen 11
5. Beoordeling van de bevindingen 18
6. Conclusie 24

Rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in artikel 5:48, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), inzake het overtreden van artikel 35 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) door Stichting Antonius Ziekenhuis Nieuwegein.

1. Inleiding

1.1 De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt op grond van artikel 16, sub a, van de Wet marktordening gezondheidszorg toezicht op tarief- en prestatieregulering, op het terrein van de gezondheidszorg. Onderdeel van het toezicht is controle op de naleving van de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen en tarieven.

1.2 De NZa heeft in het onderzoek naar het mogelijk onjuist registreren en declareren door de Stichting Antonius Ziekenhuis Nieuwegein (Antonius ziekenhuis), geconstateerd dat er in de periode van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2012 daadwerkelijk onjuist is geregistreerd en gedeclareerd.

1.3 Gelet op voornoemde wordt in dit rapport geconcludeerd dat het Antonius ziekenhuis in strijd heeft gehandeld met artikel 35 van de Wmg.

1.4 Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt het voor dit rapport van belang zijnde juridisch kader geschetst. In hoofdstuk 3 wordt een beschrijving gegeven van het verloop van het onderzoek. In hoofdstuk 4 worden de bevindingen van het onderzoek geschetst. In hoofdstuk 5 wordt een beoordeling van de bevindingen gegeven. In hoofdstuk 6 volgt de conclusie.

2. Juridisch kader

2.1 De Wmg is onder meer van toepassing op de zorg die ziekenhuizen en medisch specialisten verlenen (hierna: ziekenhuiszorg, artikel 1 aanhef en onder b Wmg). Twee centrale begrippen in de Wmg zijn prestatie en tarief. Prestatie wordt in de Wmg gedefinieerd als 'de levering van zorg door een zorgaanbieder (...)', tarief als de 'prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of een geheel van prestaties van een zorgaanbieder' (artikel 1 aanhef en onder j en k Wmg).

2.2 Het onderzoek dat beschreven wordt in dit rapport heeft betrekking op de periode 1 januari 2008 tot en met 31 december 2012.

2.3 Met ingang van 1 januari 2012 zijn de wettelijke bepalingen voor tarief- en prestatieregulering en artikel 35 Wmg, die relevant zijn voor dit onderzoek, gewijzigd[1].

2.4 Daarom zullen de tarief- en prestatieregulering en artikel 35 Wmg afzonderlijk worden behandeld : eerst volgt een omschrijving van deze bepalingen zoals die golden in de periode van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2012. Daarna volgt de beschrijving van de relevante bepalingen vanaf 1 januari 2012.

2.5 Op basis van de Wmg[2] kan de NZa tarieven vaststellen voor bepaalde prestaties (artikel 50, 52 en 53 Wmg) in de vorm van een tariefbeschikking. Uit de definitie van tarief volgt dat ook tarieven kunnen worden vastgesteld voor een deel van een prestatie of een geheel van prestaties. De NZa kan daarnaast een prestatiebeschrijving vaststellen zonder voor die prestatie een tarief vast te stellen (artikel 56 Wmg). Aan tarief- en prestatiebeschrijvingsbeschikkingen kunnen voorschriften worden verbonden (artikel 52 lid 7, 53 lid 8 en 56 lid 4 Wmg).

2.6 Aan de algemene bevoegdheid tot vaststellen van prestaties en tarieven geeft de NZa nadere invulling door het opstellen van beleidsregels (op grond van artikel 57 Wmg), waarin concrete normen worden vastgesteld voor de vast te stellen prestaties en tarieven. De beleidsregels kunnen onder meer inhouden welke prestatiebeschrijving moet worden gehanteerd bij het in rekening brengen van een tarief voor een prestatie, of de NZa voor een prestatie een tarief vaststelt, en zo ja wat voor soort tarief - vast tarief, minimumtarief, maximumtarief - de NZa vaststelt (artikel 57 lid 3 en 4 Wmg).

---

[1] Zie Stb. 2011, 596.
[2] De Wmg zoals geldend tot en met 31 december 2012.

2.7 Artikel 35 Wmg bevat de norm voor het in rekening brengen van tarieven door zorgaanbieders. Het is zorgaanbieders verboden een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor de NZa geen prestatie heeft vastgesteld op grond van artikel 56 Wmg (artikel 35 lid 1 sub a Wmg) of waarvoor de NZa een andere prestatie heeft vastgesteld dan wordt gehanteerd op grond van artikel 56 Wmg (artikel 35 lid 1 sub b Wmg). De tekst van deze verboden maakt duidelijk dat zij gelden in de gevallen waarin de NZa een *prestatie*beschrijving kan vaststellen zonder voor die prestatie een *tarief* vast te stellen.

2.8 De onderdelen c en d van artikel 35 lid 1 Wmg betreffen de gevallen waarin de NZa, naast het vaststellen van een prestatie, ook een tarief of tariefruimte heeft vastgesteld. Onderdeel c bepaalt dat het zorgaanbieders is verboden een tarief in rekening te brengen dat niet overeenkomt met het tarief dat op grond van artikel 50 of 52 van de Wmg voor de betrokken prestatie is vastgesteld; onderdeel d bevat een verbod op het in rekening brengen van een tarief dat niet ligt binnen de tarief*ruimte* die op grond van artikel 54 Wmg is vastgesteld.

2.9 Op grond van artikel 35, eerste lid onder e, van de Wmg, ten slotte, is het een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen anders dan op de wijze die overeenkomstig de Wmg is bepaald.

2.10 Op basis van de Wmg zoals die geldt sinds 1 januari 2012 kan de NZa op grond van artikel 50 Wmg tarieven vaststellen voor bepaalde prestaties – eveneens in de vorm van een tariefbeschikking.

2.11 De NZa legt in deze beschikking vast of er sprake is van een vrij tarief, zijnde een tarief waarop artikel 35, eerste lid, onderdelen a en b niet van toepassing zijn (artikel 50, eerste lid, sub a); of er sprake is van een vast tarief (sub b); of er sprake is van een bedrag dat ten minste of ten hoogste als tarief in rekening kan worden gebracht (sub c); of de beschrijving van de prestatie, deel van de prestatie of geheel van prestaties behoort bij het tarief bedoeld in de onderdelen a, b en c (sub d).

2.12 Artikel 35 lid 1 Wmg, zoals gewijzigd met ingang van 1 januari 2012, verwijst naar artikel 50 Wmg en bepaalt allereerst, dat het een zorgaanbieder is verboden een tarief in rekening te brengen dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie is vastgesteld (op grond van artikel 50, eerste lid onder b Wmg) of dat

niet ligt binnen de tariefruimte zoals vastgesteld op basis van artikel 50, eerste lid onder c Wmg[3].

2.13 Daarnaast bepaalt subonderdeel c van artikel 35 lid Wmg, dat het een zorgaanbieder is verboden een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor de NZa (op grond van artikel 50, eerste lid, onder d Wmg) geen prestatiebeschrijving heeft vastgesteld of (subonderdeel d) waarvoor een *andere* prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan op grond van artikel 50, eerste lid onder d, is vastgesteld[4].

2.14 Op grond van artikel 35, eerste lid onder e, van de Wmg, ten slotte, is het een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen anders dan op de wijze die overeenkomstig de Wmg is bepaald[5].

2.15 Daarnaast zijn de hieronder genoemde beleidsregels, nadere regels en andere onderliggende stukken van toepassing in het onderhavige onderzoek.

2.16 De beleidsregels *'DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling A-segment'* en *'DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling B-segment'* bepalen hoe de tarieven opgebouwd zijn en welke tariefsoorten er zijn.

2.17 De beleidsregels *'Verplichte DBC-registratie'* en *'Verrichtingenlijst in verband met de introductie van DBC's'* bepalen dat er geregistreerd moet worden conform de vigerende typeringslijst, typeringsinstructies en verrichtingenlijst.

2.18 In de beleidsregel *'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'* beschrijft de NZa haar beleid met betrekking tot de prestaties en tarieven voor de medisch specialistische zorg.

2.19 De beleidsregel *'Definities curatieve tweedelijns somatische zorg'* beschrijft de definities van begrippen die binnen de curatieve somatische zorg worden gehanteerd.

2.20 De *beleidsregel 'Functiegerichte budgettering algemene en academische ziekenhuizen'* bepaalt op welke wijze het budget voor

---

[3] Artikel 35 lid 1 onder a en b (geldend sinds 1 januari 2012) vormen daarom de opvolger van artikel 35, lid onder c en d Wmg (oud).
[4] Artikel 35 lid 1 onder c en d (geldend sinds 1 januari 2012) vormen daarmee de opvolger van artikel 35 Wmg lid onder a respectievelijk b Wmg (oud).
[5] Voor de volledigheid zij opgemerkt dat de bevoegdheid tot vaststellen van beleidsregels door de NZa, zoals vervat in artikel 57 Wmg, ongewijzigd is gebleven, evenals de mogelijke doelen van de beleidsregels (vaststellen welke prestatiebeschrijving moet worden gehanteerd bij het in rekening brengen van een tarief voor een prestatie, of de NZa voor een prestatie een tarief vaststelt, en zo ja wat voor soort tarief (vast tarief, minimumtarief, maximumtarief).

curatieve somatische tweedelijns zorg in algemene en academische ziekenhuizen wordt vastgesteld.

2.21 De nadere regels *'Declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling'* en *'Regeling medisch specialistische zorg'* bepalen hoe DBC's geregistreerd en gedeclareerd moeten worden.

2.22 De typeringsinstructies dienen als algemene leidraad bij het typeren en registreren van DBC's volgens de vigerende typeringslijst en geeft richtlijnen en voorbeelden inzake het typeren, openen en sluiten van DBC´s. Per specialisme zijn een typeringslijst en typeringsinstructies beschikbaar.

2.23 De verrichtingenlijst bestaat uit verrichtingen opgebouwd uit een unieke code en bijbehorende omschrijving. De verrichtingen op de verrichtingenlijst dienen als basis voor de registratie van DBC's en worden daarnaast geregistreerd voor de ontwikkeling van een (kostenhomogene) productstructuur.

2.24 De NZa houdt op grond van artikel 16, sub a, van de Wmg toezicht op tarief- en prestatieregulering, op het terrein van de gezondheidszorg.

2.25 Op grond van artikel 85 Wmg kan de NZa een bestuurlijke boete opleggen aan het Antonius ziekenhuis ter zake van overtreding van artikel 35 Wmg. De boete voor een afzonderlijke overtreding bedraagt op grond van het tweede lid van artikel 85 ten hoogste € 500.000, of indien dat meer is, tien procent van de omzet van de onderneming in Nederland.

3. Verloop onderzoek

3.1 De NZa beschikt over aanwijzingen op grond waarvan de verdenking is gerechtvaardigd dat binnen het Antonius ziekenhuis structureel onjuiste prestaties in rekening worden gebracht. Hierdoor zou het Antonius ziekenhuis te hoge bedragen hebben gedeclareerd bij patiënt of zorgverzekeraar.

3.2 Naar aanleiding van de hierboven genoemde aanwijzingen heeft de NZa op 15 april 2013 een onaangekondigd bedrijfsbezoek gebracht aan het Antonius ziekenhuis. Op 17 april 2013 is het bedrijfsbezoek beëindigd.

3.3 Het onderzoek heeft betrekking op de Stichting Sint Antonius Ziekenhuis alsmede op alle andere natuurlijke en andere rechtspersonen waarmee Stichting Sint Antonius Ziekenhuis rechtens is verbonden, alsmede op alle rechtspersonen waarbinnen de bedrijfsuitoefening van Stichting Sint Antonius Ziekenhuis in de periode van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2012 heeft plaatsgehad en op alle andere (rechts)personen waarmee die betreffende rechtspersoon in een groep verbonden is (geweest).

3.4 Het onderzoek is ingesteld door medewerkers van de NZa op grond van het Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa ingevolge artikel 72 van de Wmg aangewezen zijnde belast met het toezicht op de naleving van het bij of krachtens de Wmg bepaalde. De bepalingen van hoofdstuk 5 van de Awb zijn hierbij in acht genomen.

3.5 Tijdens het bedrijfsbezoek heeft een toezichthouder van de NZa inzage gevorderd in alle digitale- en op papier vastgelegde (verder analoge) gegevens die als noodzakelijk voor het doel van het onderzoek worden verondersteld. Daartoe behoort tevens een selectie van medische dossiers. Aan het einde van het bedrijfsbezoek zijn aan het Antonius ziekenhuis kopieën overhandigd van de analoge- en digitale data welke ten behoeve van het onderzoek zijn gekopieerd.

3.6 Tijdens het bedrijfsbezoek zijn van vijftien medewerkers van het Antonius ziekenhuis verklaringen afgenomen. Al deze medewerkers werden bij het afnemen van de verklaringen bijgestaan door een advocaat.

3.7 Op 15 april 2013 zijn op de afdeling Zorgadministratie van het Antonius ziekenhuis aanwijzingen gevonden die het vermoeden deden ontstaan van overtredingen van de artikel 35 en artikel 36 van de Wmg met betrekking tot andere behandelingen dan die, die aanvankelijk werden onderzocht.

3.8 Daarnaast is het onderzoek uitgebreid naar overtredingen van artikelen 35 en 36 van de Wmg binnen de afdelingen gynaecologie, urologie en de bekkenbodempoli.

3.9 Inzake de hierboven benoemde uitbreiding zijn op 17 april 2013 vier informatieverzoeken[6] aan het Antonius ziekenhuis overhandigd.

3.10 Na afloop van het bedrijfsbezoek is het Antonius ziekenhuis in de gelegenheid gesteld om aan te geven met betrekking tot welke documenten legal privilege wordt geclaimd.

Op 16 april 2013 heeft de Raad van bestuur van het Antonius ziekenhuis aan de NZa aangegeven te hebben besloten een intern onderzoek te laten uitvoeren.

3.11 Medio mei 2013 heeft het ziekenhuis hiertoe een *'Instellingsbesluit externe onderzoekscommissie compliance St. Antonius Ziekenhuis'* genomen.

3.12 In dat besluit is aangegeven dat aan een externe onafhankelijke onderzoekscommissie (commissie Bruggeman) de opdracht verstrekt wordt een onderzoek uit te voeren met als doelen het vaststellen van onregelmatigheden, het maken van 'schoon schip' en de organisatie, besturing en control van het Antonius ziekenhuis onder de loep te nemen.

3.13 De commissie Bruggeman heeft haar onderzoek uitgevoerd in de periode medio mei 2013 tot en met oktober 2013. De onderzoeksperiode beslaat de jaren 2008 tot en met 2012.

3.14 Tijdens het bedrijfsbezoek van de NZa is een lijst aangetroffen met 31 punten , waarin aangegeven staat dat er op die punten onjuist wordt geregistreerd. Deze lijst maakt onderdeel uit van het boetedossier[7].

3.15 De commissie Bruggeman heeft deze lijst tijdens haar onderzoek uitgebreid met 13 eveneens mogelijk onjuist geregistreerde en in rekening gebrachte prestaties.

3.16 Van de vervolgens 28 als onjuist geregistreerde en in rekening gebrachte punten zijn er 7 ziekenhuisbrede en 19 specialismespecifieke issues die voor het ziekenhuis ten onrechte een positieve financiële impact hebben gehad. Deze punten worden in hoofdstuk 4 van dit rapport nader toegelicht.

---

[6] De informatieverzoeken hadden betrekking op KNO, bekkenbodem, bronregistratie en spiraaltjes.
[7] Lijst met onjuiste registraties

3.17 De NZa heeft de uitkomsten van het onderzoek en rapport van de commissie Bruggeman getoetst in diverse gesprekken met de heren Bruggeman en Voetelink. De NZa is van mening dat het onderzoek voldoende onafhankelijk is uitgevoerd. Wel moet worden aangetekend dat de omvang van de overtredingen in het onderzoek veelal zijn geschat aan de hand van steekproeven en extrapolaties.

3.18 Het Antonius ziekenhuis onderschrijft – op drie onderdelen na – alle bevindingen van het rapport van de commissie Bruggeman en heeft het rapport ter beschikking gesteld aan de NZa. Daarmee verklaart het Antonius ziekenhuis zelf de wet te hebben overtreden op de wijze en in de omvang die in het rapport van de commissie Bruggeman beschreven staat. Voorlopige aanvulling daarop vormen de drie volgende onderdelen waarvan het Antonius ziekenhuis aangeeft dat de overtreding (mogelijk) omvangrijker is dan door de commissie Bruggeman becijferd:

- Eendaags klinische opnames (mogelijk omvangrijkere overtreding);
- Radiologische stents (omvangrijkere overtreding);
- SEH – Dagverpleging (omvangrijkere overtreding.

Inzake de eendaagse klinische opnames en de radiologische stents hebben het Antonius ziekenhuis en de zorgverzekeraars VGZ en Achmea afgesproken dat de definitieve materialiteit zal worden bepaald middels lopende reguliere materiele controles die beide zorgverzekeraars gaan uitvoeren.
In dit rapport zijn de door de commissie Bruggeman benoemde bedragen op beide onderdelen (0,7 miljoen euro voor de eendaags klinische opnames én 0,1 miljoen euro voor de radiologische stents) opgenomen. Definitieve omvang van de mogelijk ten onrechte in rekening gebrachte bedragen zal eerst worden vastgesteld nadat de lopende reguliere materiële controles van de zorgverzekeraars VGZ en Achmea zijn afgerond.

De bevindingen van de commissie Bruggeman op het aspect SEH – Dagverpleging hebben betrekking op de periode 2011 – 2012 en betreffen 3,1 miljoen euro. Het ziekenhuis heeft na verdere verdieping in de toentertijd geldende definities vastgesteld dat bij strikte interpretatie van de regelgeving tevens de registratie over de periode 2008 - 2010 als onjuist zou moeten worden gecategoriseerd. Daarmee is de omvang van het onrechtmatig in rekening gebracht, door het Antonius ziekenhuis en de zorgverzekeraars VGZ en Achmea vastgesteld op 5,8 miljoen euro.

3.19 De meest voorname conclusies die de commissie Bruggeman trekt in haar onderzoek met betrekking tot de onjuist geregistreerde en gedeclareerde punten, heeft de NZa na onderzoek voldoende

aannemelijk geacht. De NZa baseert zich daarom voor haar onderzoek op die onderdelen en tevens op verklaringen daaromtrent van het Antonius ziekenhuis. Het Antonius ziekenhuis heeft aan de NZa en zorgverzekeraars VGZ en Achmea toegezegd alle (dus ook bij overige verzekeraars) onrechtmatig voor vergoeding ingediende bedragen te restitueren.

4. Bevindingen

Ziekenhuisbrede issues

Dagverpleging

4.1 Een van de criteria waaraan de registratie van dagverpleging dient te voldoen betreft het aspect dat er sprake moet zijn van *'enkele uren durende verpleging'*. Dit criterium wordt, in strijd met de regelgeving van de NZa, door het Antonius ziekenhuis geïnterpreteerd *als 'meer dan twee uur aanwezig zijn in het ziekenhuis'*. Het is daarbij in het Antonius ziekenhuis niet gebruikelijk het opnametijdstip en het tijdstip van vertrek van een patiënt te registreren.

4.2 Er is door de commissie Bruggeman geconstateerd dat er in het Antonius ziekenhuis ten onrechte dagverpleging werd geregistreerd, omdat er niet voldaan werd aan de volgende voorwaarden:
- de patiënt is meer dan twee uur aanwezig;
- er is sprake van een voor dagverpleging ingerichte afdeling;
- er is sprake van voorzienbare zorg.

Dubbele consulten

4.3 Bij verschillende specialismen kan het voorkomen dat de arts vaststelt dat de patiënt meerdere zorgvragen binnen een specialisme heeft. In die situatie worden in het Antonius ziekenhuis meerdere DBC's geopend en wordt aan die betreffende DBC's ten onrechte een afzonderlijk polikliniekbezoek toegekend.

4.4 De afhandeling van twee of meerdere zorgvragen binnen één consult is mogelijk; van belang voor de DBC-registratie is of de afhandeling substantieel meer tijd kost en of er een apart diagnostiek- en of behandeltraject volgt. Er mag echter slechts één consult worden geregistreerd.

4.5 Volgens de regelgeving mogen er slechts twee (of meer) DBC's worden geopend, indien er sprake is van twee (of meer) zorgvragen, er voor iedere zorgvraag een separate diagnose wordt gesteld en er per zorgvraag een separate behandeling wordt gestart. Deze basisbegrippen zijn door het Antonius niet juist toegepast en hebben geleid tot onterechte declaraties.

Face to face contact

4.6 Om een (eerste) polikliniekbezoek te mogen registreren, moet er (naast andere criteria) sprake zijn van face to face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent).

4.7 In de registratierichtlijn van het ziekenhuis staat dat alleen bij contact tussen patiënt en medisch specialist een (eerste)

polikliniekbezoek mag worden geregistreerd. In de instructie voor registratie van herhaalconsulten wijkt het ziekenhuis af van wet- en regelgeving door dit toe te staan; ook wanneer er slechts contact is met een nurse practitioner of een physician assistant, wetende dat het aantal herhaalconsulten kan leiden tot het in rekening brengen van een duurdere DBC.

4.8 In het Antonius Ziekenhuis werden er desondanks toch bij meerdere specialismen consulten ten onrechte geregistreerd, hoewel de patiënt alleen contact had gehad met een verpleegkundig specialist (nurse practitioner), met een physician assistant en/of een doktersassistent/verpleegkundige.

Eendaagse klinische opnames

4.9 De definitie van 'verpleegdag' is per 1 januari 2012 door de NZa verduidelijkt. Het criterium *'overnachting'* is daarbij toegevoegd aan de omschrijving.

4.10 In het Antonius Ziekenhuis wordt voorafgaand aan een opname reeds vastgelegd of er sprake is van een klinische opname. Omdat er geen sprake is van een controle achteraf of een patiënt daadwerkelijk in het ziekenhuis heeft overnacht, is vastgesteld dat een patiënt uiteindelijk niet in het ziekenhuis overnacht, terwijl er wel een verpleegdag is geregistreerd.

4.11 Geconstateerd is dat door het Antonius ziekenhuis ten onrechte verpleegdagen zijn geregistreerd en een eendaagse klinische opname in rekening is gebracht, terwijl er geen overnachting heeft plaatsgevonden en er tevens geen sprake was van enige uitzondering die daarop in de regelgeving van de NZa is beschreven.

Vervroegd sluiten ultimo 2011

4.12 Een DBC mocht in 2011 pas gesloten worden in de volgende situaties:

- nadat de diagnosestelling en eventuele behandeling is afgerond en de patiënt uit controle/behandeling ontslagen wordt;
- nadat de diagnosestelling en initiële behandeling zijn afgerond en de patiënt voor deze diagnose "overgaat" naar een langdurig periodiek controletraject;
- na maximaal 365 dagen.

Het is niet toegestaan DBC's geopend in 2011 standaard te sluiten per 2011 in verband met de introductie van DOT.

Binnen het specialisme urologie is geconstateerd dat er ten onrechte sprake is van het vervroegd sluiten van DBC's ultimo 2011.

SEH; SEH-arts

4.13 Een DBC kan alleen worden geopend door een poortspecialist. Een (eerste) polikliniekbezoek mag alleen worden geregistreerd bij face to face contact tussen patiënt en poortspecialist. Een SEH-arts is geen poortspecialist en kan derhalve geen DBC's openen en polikliniekbezoeken registreren.

4.14 In het Antonius ziekenhuis openen SEH-artsen namens diverse poortspecialismen DBC's. Daarnaast registreren deze artsen namens deze specialismen polikliniekbezoeken.

4.15 De door de SEH-arts geopende DBC's en geregistreerde contacten zijn aldus onterecht geregistreerd en in rekening gebracht.

SEH; dagverpleging

4.16 Voor registratie van dagverpleging dient er (naast andere criteria) sprake te zijn van zorg die als 'voorzienbaar' kan worden aangemerkt. Op de afdeling SEH kan hier geen sprake van zijn omdat spoedeisende hulp in beginsel niet als 'voorzienbaar' kan worden aangemerkt.

4.17 Geconstateerd is dat behandelingen op de afdeling SEH ten onrechte zijn aangemerkt als dagverpleging en derhalve onjuist geregistreerd en in rekening zijn gebracht.

Specialismespecifieke issues

4.18 Naast deze 7 ziekenhuisbrede issues, zijn er 19 punten genoemd die specialismespecifiek zijn met een ten onrechte positieve financiële impact voor het ziekenhuis.

Cardio thoracale chirurgie

Telefonische patiëntbespreking hartchirurg-cardioloog

4.19 Indien er sprake is van overleg tussen hartchirurgen en verwijzend cardiologen – vallend onder de registratie van een *'DBC-hartteam'*, is het noodzakelijk dat daarbij een cardioloog aanwezig is. Niet in alle gevallen is daar door het Antonius ziekenhuis aan voldaan waardoor ten onrechte *'DBC's-hartteam'* zijn geregistreerd en in rekening gebracht.

Bespreking hartteam over patiënt die ingebracht is door een cardioloog uit het ziekenhuis

4.20 Ongeveer de helft van de patiënten die in het hartteam worden besproken zijn huis-patiënten. In het geval dat tijdens hartteam-overleg wordt besloten dat een patiënt geen operatie hoeft te ondergaan, mag de chirurg geen DBC declareren voor de bespreking omdat deze patiënt niet als tertiaire verwijzing is ingebracht. Deze

foutieve werkwijze heeft ertoe geleid dat het Antonius ziekenhuis betreffende behandelingen ten onrechte in rekening heeft gebracht.

Cardiologie

Innovatie producten

4.21 Binnen de zorgeenheid 'Harten' is sprake van samenloop van bekostiging van projecten vanuit de lokale productiegebonden toeslag (LPT) en vanuit DBC's. Zorgproducten die via deze afspraken ten onrechte zijn gedeclareerd zijn onder andere de mitraclips en TAVI's.

Opnames cardiologie in samenwerking met cardiothoracale chirurgie

4.22 Zowel binnen de afdelingen cardiothoracale chirurgie en cardiologie worden voor één specifieke zorgvraag ten onrechte meerdere DBC's geopend.

Registratie DBC's bij stents

4.23 De registratie en declaratie van stents gebeurt niet in overeenstemming met de richtlijnen. Het kan voorkomen dat meerdere stents worden geplaatst in meerdere vaten. Volgens de richtlijnen mag hiervoor dan maar één DBC worden geregistreerd. Ten onrechte zijn hiervoor meerdere DBC's in rekening gebracht.

Gynaecologie

Bekkenbodemcentrum

4.24 Het bekkenbodemcentrum is een traject waarbinnen een gynaecoloog, een uroloog, een bekkenfysiotherapeut en een proctoloog nauw samenwerken.

4.25 Binnen het bekkenbodemcentrum zijn dagverplegingen geregistreerd en in rekening gebracht terwijl dit niet was toegestaan. De behandeling kent namelijk een poliklinisch karakter.

Mirena spiraal

4.26 De kosten voor in het ziekenhuis toegediende hulpmiddelen en geneesmiddelen, maken onderdeel uit van de betreffende DBC. Als een patiënt zelf een spiraal haalt bij de apotheek en deze meeneemt naar het ziekenhuis, moet het ziekenhuis de rekening van de apotheek overnemen van de patiënt, opdat niet tweemaal wordt betaald voor de spiraal.
Bij de bekostiging van de Mirena spiraal maakte het Antonius ziekenhuis echter gebruik van de zogenaamde U-bochtconstructie, waardoor deze spiraal ten onrechte tweemaal werd bekostigd, namelijk via de apotheek en middels een DBC via het ziekenhuis.

Hysteroscopie

4.27 Hysteroscopieën en hysteroscopische sterilisaties worden ten onrechte als dagverpleging geregistreerd en in rekening gebracht.

Interne geneeskunde

Diabetes mellitus

4.28 De behandeling van patiënten met de diagnose diabetes mellitus is ten onrechte als dagverpleging geregistreerd en gedeclareerd.

Kindergeneeskunde

Prader Willi Syndroom

4.29 Het Prader Willi Syndroom betreft een weinig voorkomende genetische afwijking. Binnen het Antonius ziekenhuis werden hiervoor ten onrechte twee DBC's geregistreerd bij kinderartsen met diverse subspecialisaties.

Opeenvolging separate consulten

4.30 De patiënt (kind) bezoekt op een dag diverse specialisten. De patiënt is meer dan twee uur aanwezig. Echter feitelijk is er sprake van een opeenvolging van separate consulten bij separate zorgverleners (veelal subspecialisten), hetgeen niet kwalificeert als dagbehandeling. Dit is wel als zodanig in rekening gebracht, hetgeen dus onterecht was.

KNO

Verwijderen van oorsmeer

4.31 Voor het verwijderen van oorsmeer werden door het Antonius ziekenhuis ten onrechte verrichtingen geregistreerd en in rekening gebracht.

Rendu Osler Weber

4.32 Patiënten met de ziekte Rendu Oslu Weber (een erfelijke vaatziekte) krijgen regelmatig lastig te stelpen bloedneuzen Het ziekenhuis heeft patiënten met de ziekte Rendu Oslu Weber ten onrechte geregistreerd als zijnde patiënten met een diagnose 'tumor neus' in combinatie met de behandeling 'septumcorrectie'.

Neurochirurgie

Opname in samenwerking met neurologie

4.33 In de periode van 2008 tot heden zijn verschillende werkafspraken gemaakt tussen de neuroloog en de neurochirurg met betrekking tot de registratie van operatieve neurochirurgische patiënten (rugoperaties). In 2010 is gekozen voor een werkwijze waarbij de verpleegdagen bij de rug-OK verdeeld werden: de opnamedag werd geregistreerd binnen de DBC van de neurochirurg, de overige verpleegdagen werden geregistreerd in de DBC van de neurologen.

4.34 Verpleegdagen dienen te worden gekoppeld aan het subtraject van de specialist die verantwoordelijk is voor deze opnamen. Het

verdelen van verpleegdagen is niet toegestaan. Het Antonius ziekenhuis heeft derhalve op foutieve wijze deze verpleegdagen geregistreerd en in rekening gebracht.

Neurologie

Klinische neurofysiologie(KNF)

4.35 Door de afdeling KNF worden verrichtingen uitgevoerd op voorspraak van 'derden'. Vanaf 2010 opende het Antonius ziekenhuis ten onrechte een 'eigen eenvoudige DBC' bij verrichtingen voor 'derden'. Deze DBC mag niet geregistreerd en in rekening gebracht worden, omdat er geen sprake is van een eigen patiënt. Het betreft namelijk onderlinge dienstverlening.

Radiologie

Stents

4.36 In de situatie waarbij meerdere stents worden geplaatst in meerdere vaten mag hiervoor een DBC worden geregistreerd. Echter heeft het Antonius ziekenhuis bij het plaatsen van meerdere stents bij één zorgvraag, ten onrechte meerdere DBC's geregistreerd en in rekening gebracht.

Embolisatie

4.37 Registratie van de embolisatie van vaten gebeurt binnen het Antonius ziekenhuis niet op correcte wijze. Bij lang durende interventies met hoge materiaalkosten (meerdere stents) worden ten onrechte meerdere DBC's geregistreerd en in rekening gebracht.

Dermatologie

Dagbehandeling psoriasis en eczeem

4.38 In de periode 2008 tot en met 2010 is de DBC dagbehandeling voor psoriasis en eczeem ten onrechte per keer gedeclareerd (dus meerdere malen), in plaats van dat er één DBC voor het gehele traject werd geregistreerd en in rekening gebracht.

Heelkunde

Bariatrie

4.39 Het registreren en in rekening brengen van de contactmomenten bij bariatrie, waaronder die van de groepssessies, geschiedt niet volgens de wet- en regelgeving.

Samenvatting

4.40 Alle hierboven genoemde manieren van declareren zijn in strijd met artikel 35 van de Wmg en derhalve als onrechtmatig aan te merken.

5. Beoordeling van de bevindingen

Overtreding

5.1 Uit het onderzoek van de NZa naar het registratie- en declaratiegedrag van het Antonius ziekenhuis, is gebleken dat het ziekenhuis onjuist geregistreerd en gedeclareerd heeft.

5.2 Het Antonius ziekenhuis heeft tarieven in rekening gebracht die niet overeenkomen met het tarief dat voor de betrokken prestatie is vastgesteld, dan wel die niet liggen binnen de voor die prestatie vastgestelde tariefruimte, dan wel voor prestaties waarvoor geen prestatieomschrijving is vastgesteld, dan wel voor prestaties waarvoor een andere prestatieomschrijving is vastgesteld, dan wel op een wijze anders dan overeenkomstig de Wmg is vastgesteld

5.3 Op grond van de in hoofdstuk 4 beschreven bevindingen constateert de NZa dat het Antonius ziekenhuis met het onjuist registreren en declareren op de genoemde punten in strijd heeft gehandeld met artikel 35 Wmg.

Duur overtreding

5.4 De geconstateerde overtredingen hebben betrekking op de jaren 2008 tot en met 2012.

Omvang overtreding

5.5 De overtredingen die ten grondslag liggen aan dit boeterapport hebben een omvang van € 24,2 miljoen, zo volgt uit de verklaringen van het Antonius ziekenhuis en de zorgverzekeraars VGZ en Achmea. Het Antonius ziekenhuis heeft de bevindingen van de commissie Bruggeman – op enkele onderdelen na - volledig overgenomen en op deze onderdelen aangevuld (zie tevens randnummer 3.18). Dit bedrag wordt uitgesplitst in onderstaande tabel.

Punt	Kostendeel a-segment	Kostendeel b-segment	Honorarium
Dagverpleging	0,3	0,7	0,2
Dubbele consulten			0,2
Face to face contact		0,3	0,4
Eendaagse			

opnamen		0,7	
Vervroegd Sluiten (geringe materialiteit)			
SEH Dagverpleging	totale schade: 5,8		
SEH Meerdere consulten	1,1	0,2	0,3
Hartteam	0,2		0,1
Consulten andere Ziekenhuizen (geringe materialiteit)			
Innovatie producten			0,5
CTC en cardiologie		2,4	0,8
Stents Cardiologie (geringe materialiteit)			
Bekkenbodem-centrum		0,1	
Mirena Spiraal (U-bocht)	Zie toelichting onder aan deze tabel		
Hysteroscopie	0,6	0,9	0,2
Diabetes mellitus		4,2	0,3
Prader Willi Syndroom (geringe materialiteit)			
Opeenvolging separate consulten	0,1		
Oorsmeer			0,3
Rendu Osler Weber (geringe materialiteit)			
Neurochirurgie en neurologie		1,6	
KNF artsen	0,5	0,2	0,5
Stents radiologie			

		0,1	
Embolisatie radiologie		0,1	
Dagbehandeling Psoriasis en eczeem (geringe materialiteit)			
Bariatrie		0,3	
Totaal *	**24,2**		

Bedragen in miljoen euro

* Het totaalbedrag in de tabel bedraagt 24,2 miljoen euro, uitgesplitst in kostendeel a-segment, kostendeel b-segment en honorarium. Daarnaast is een bedrag van € 400.000 ten onrechte door het ziekenhuis in rekening gebracht. De Mirena-spiraal is zowel door de (ziekenhuis) apotheek alsook het ziekenhuis (middels een DBC) ten onrechte in rekening gebracht. Patiënten hebben door deze wijze van declareren hun Mirena-spiraal dubbel betaald.

Ernst van de overtreding

5.6 De NZa beschouwt de overtreding van artikel 35 als zeer zware overtreding.[8]

5.7 Een overtreding van artikel 35 Wmg schaadt immers direct het financiële belang van consumenten.

5.8 Tevens betreft het in een formele wet strafbaar gestelde gedragingen waarop de NZa toezicht houdt uit het oogpunt van het consumentenbelang in het algemeen en kostenbeheersing in het bijzonder.

5.9 Dat ook de wetgever de overtreding van de voornoemde bepaling in abstracto zwaar acht, blijkt uit het feit dat bij de beboetbaarheid van een overtreding van artikelen 35 Wmg is uitgegaan van een relatief hoog maximumbedrag voor een bestuurlijke boete.

5.10 Voorts is overtreding van deze bepaling op grond van artikel 1, tweede lid, van de Wet Economische Delicten strafrechtelijk vervolgbaar.

5.11 Aansluitend zal de NZa de concrete gevolgen van de overtredingen schetsen. Ten aanzien van de schending van artikel 35 Wmg is het relatief hoge aantal overtredingen, de lange duur van de

[8] Beleidsregel bestuurlijke boete Wet marktordening gezondheidszorg AL/BR-008. Zie www.nza.nl.

overtredingen en de totale omvang van de onrechtmatige declaraties van belang. Zoals hiervoor toegelicht betreft het onrechtmatige declaratiebedrag 24,6 miljoen euro. Zoals hiervoor toegelicht is dit bedrag te specificeren naar A-segment, B-segment en honorarium alsook € 400.000 met betrekking tot de U-bocht Mirena spiraal, zoals beschreven in randnummer 5.5.

5.12 Ten aanzien van het A-segment is relevant dat dit gedeelte van de onrechtmatige declaraties betrekking heeft op de budgetsystematiek. Evenwel is er ook binnen de budgetsystematiek een financieel belang voor het ziekenhuis met betrekking tot de overtredingen. Dat belang kan zich op twee manieren voordoen. Ten eerste kan dit leiden tot een hoger budget dan feitelijk gerechtvaardigd is op basis van de nu geldende regelgeving.

5.13 Ten tweede kent de budgetsystematiek verschillende parameters, zoals bijvoorbeeld verpleegdagen en poliklinische behandelingen.[9] Het ziekenhuis heeft er in de onderhandeling met de zorgverzekeraars belang bij dat het kan laten zien dat bijvoorbeeld het aantal verpleegdagen is toegenomen. Voor een volgend tijdvak kan het ziekenhuis dan in de onderhandelingen claimen dat een hoger budget nodig is. Het ten onrechte of onjuist boeken van DBC's kan op die manier een opdrijvend effect hebben op het ziekenhuisbudget.

5.14 Het onrechtmatig gedeclareerde bedrag in het B-segment leidt tot direct financieel voordeel voor het ziekenhuis. . Voor dit B-segment leidt dit derhalve direct tot een aanzienlijk bedrag aan onrechtmatige omzet voor het ziekenhuis. De betaalbaarheid van de medisch specialistische zorg komt hierdoor meer in het gedrang.

5.15 Naast het onrechtmatig voordeel voor het ziekenhuis hebben ook de medisch specialisten rechtstreeks voordeel genoten als gevolg van de overtredingen. Het ziekenhuis is medeverantwoordelijk voor de totstandkoming van dit onrechtmatig voordeel. Ook deze schade kan hen worden aangerekend.

5.16 De effecten van de overtredingen gaan ten koste van de belangen van zorgverzekeraars en de zorgconsumenten. Voor de zorgverzekeraar leidt een onrechtmatige declaratie tot onterechte betalingen. Dit gaat uiteraard ten koste van zijn financiële belangen.

5.17 Het heeft tevens nadelige gevolgen voor de zorgconsumenten doordat de zorgpremies omhoog gaan en/of de belastinggelden omhoog gaan middels vergoeding van de zorgkosten via het Zorgverzekeringsfonds.

---

[9] Vgl. hoofdstuk 4 van dit besluit.

5.18 Het financiële voordeel voor de overtreder gaat bovendien ten koste van een level playing field ten opzichte van zorgaanbieders die wel rechtmatig declareren. Dit strookt dus niet met de beoogde marktwerking.

5.19 Op de langere termijn kan dit de houdbaarheid van het zorgstelsel bemoeilijken.

Verwijtbaarheid

5.20 De AO/IC van het St. Antonius Ziekenhuis was vanaf 2005, na de invoering van de DBC-systematiek, lange tijd niet op orde. In 2008-2009 was er sprake van een zwakke bezetting van de financiële functie. Vanaf 2010 werd duidelijk dat het ziekenhuis niet meer in control was en dat er in het ziekenhuis rondom de registratie en declaratie grote achterstanden waren ontstaan. Er was sprake van onvoldoende managementinformatie en de financiële sturing op de rechtmatigheid van de declaraties was ook niet op orde.

5.21 Dat de financiële sturing niet op orde was blijkt onder meer uit het tijdens het bedrijfsbezoek op de SEH aangetroffen 'Handboek Bronregistratie' d.d. 18 maart 2010. Dit (concept)document bevat instructies over de gewenste wijze van registreren, inclusief voorbeelden. Deze instructies zijn evident niet in lijn met de vigerende wet- en regelgeving.

5.22 Sinds 2011 is het ziekenhuis gestart met een verbetertraject om de financiële sturing weer op het vereiste niveau te krijgen. Dit heeft geleid tot enige verbetering van de financiële beheersing, de administratieve organisatie en interne controle.

5.23 Dit leidt de NZa af uit zowel het rapport van de commissie Bruggeman alsook uit een document dat de NZa tijdens haar bedrijfsbezoek heeft aangetroffen, genaamd 'onrechtmatige bronregistratie' (d.d. 01-02-2013). Een van de resultaten was een lijst met 31 verbeterpunten (zie ook 3.15), om de onjuiste declaratiewijze in het Antonius ziekenhuis te corrigeren.

5.24 Voorts blijkt nog uit het rapport van de commissie Bruggeman dat beslissingen omtrent registreren en declareren worden genomen in het zogenaamde driehoeksoverleg, bestaande uit vertegenwoordigers van de maatschap/vakgroep, de manager zorgeenheid en een DBC-consulent. Volgens dit rapport is de beslissingsvrijheid van medisch specialisten binnen de driehoeksoverleggen groot.

5.25 Volgens de commissie Bruggeman en de verklaringen die zijn afgelegd gedurende het onderzoek, werden besluiten om op een

bepaalde wijze te declareren niet op het niveau van de Raad van Bestuur genomen, ook niet als er mogelijke dilemma's rondom rechtmatigheid waren. Hiervoor bestond geen procedure. Ook is niet gebleken gedurende het onderzoek dat de Raad van Bestuur volledig op de hoogte was van dergelijke besluiten. De Raad van Bestuur was dus niet in control en heeft onvoldoende invulling gegeven aan haar bestuurlijke verantwoordelijkheid.

5.26 Resumerend blijkt uit het voorgaande dat de interne controle tijdens de onderzoeksperiode gebrekkig was, de competentie van de controle medewerkers gering en de beslissingsvrijheid van de medisch specialisten binnen het driehoeksoverleg groot, zonder dat was voorzien in de mogelijkheid voor de Raad van Bestuur om tijdig in te grijpen. De Raad van bestuur heeft dan ook onvoldoende actief gestuurd op rechtmatig declareren. Dit rechtvaardigt de conclusie dat het Antonius ziekenhuis verwijtbaar heeft gehandeld met betrekking tot de geconstateerde overtredingen.

Het feit dat de afdeling Zorgadministratie van het Antonius ziekenhuis reeds vóór het onderzoek van de NZa is gestart met projectmatige verbetering van de organisatie en de inhoud van de registratie en declaratie van de verleende zorg doet hieraan niets af. De NZa zal dit echter wel meenemen als boeteverlagende omstandigheid.

Boeteverhogende en/of verlagende omstandigheden

5.27 Gedurende het onderzoek van de NZa heeft het Antonius ziekenhuis te kennen gegeven 'schoon schip' te willen maken. Niet alleen wat bestuurlijke verantwoordelijkheid betreft, maar ook wat de verantwoordelijkheid betreft van alle medisch specialisten. Het ziekenhuis heeft daartoe onder meer een onderzoekscommissie ingesteld om nader onderzoek te doen naar de rechtmatigheid naar de wijze van registreren en declareren door het ziekenhuis. De scope van dit onderzoek is breder dan de scope die de NZa heeft gehanteerd. Dankzij het onderzoek dat het Antonius ziekenhuis zelf heeft ingesteld zijn er meer overtredingen aan het licht gekomen.

5.28 Het ziekenhuis heeft de onderzoeksresultaten van de commissie Bruggeman per omgaande aan de NZa ter beschikking gesteld. Deze vergaande medewerking aan het onderzoek is een boeteverlagende omstandigheid; deze medewerking gaat immers beduidend verder dan de 'normale' medewerking tijdens een boeteonderzoek.

5.29 Voorts heeft het Antonius ziekenhuis kenbaar gemaakt dat men beheersmaatregelen heeft getroffen om herhaling van de overtredingen te voorkomen. Ter preventie van onjuist registreren

en declareren in de toekomst zal het ziekenhuis verbeteringen in het proces en de inhoud doorvoeren. De bevindingen in het door de commissie Bruggeman opgestelde rapport vormen daarvoor een goede leidraad.

5.30 Hiervoor is reeds geschetst dat de afdeling Zorgadministratie van het Antonius ziekenhuis reeds vóór het boeteonderzoek van de NZa is begonnen met een projectmatige verbeterslag ten aanzien van de registratie en declaratie. Dit is eveneens een boeteverlagende omstandigheid.

5.31 Ten slotte is relevant dat het Antonius ziekenhuis heeft verklaard om het gehele bedrag aan onrechtmatige declaraties te restitueren aan de zorgverzekeraars. Hierover hebben NZa, Antonius ziekenhuis en de zorgverzekeraars VGZ en Achmea afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn gebaseerd op de uitkomsten van het onderzoek dat het Antonius ziekenhuis heeft laten uitvoeren en diverse gesprekken tussen het Antonius ziekenhuis en Achmea en VGZ die in dat kader hebben plaatsgevonden. Voor zover in eventuele detailonderzoeken van de zorgverzekeraars mocht blijken dat de exacte schadebedragen hoger zijn dan in het onderzoek van de commissie Bruggeman is beschreven, zal het Antonius ziekenhuis dit extra bedrag restitueren.

Overtreder

5.32 De tarieven voor de zorgverlening zoals genoemd in hoofdstuk 4 van onderhavig rapport, zijn in rekening gebracht door het Antonius ziekenhuis.

5.33 Als overtreder voor de in dit rapport genoemde overtredingen van artikel 35 Wmg, wordt derhalve aangemerkt het Antonius ziekenhuis.

5.34 De omzet van het Antonius ziekenhuis, inclusief het honorarium van de vrijgevestigde medisch specialisten bedraagt over de periode 2008-2012 circa € 2.050 miljoen.

5.35 Er is geen aanleiding om een bepaalde persoon in het ziekenhuis ook persoonlijk als overtreder aan te merken.

6. Conclusie

De NZa is tot het oordeel gekomen dat het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, door het onjuist registreren en in rekening brengen van de door hen geleverde zorg, artikel 35, van de Wmg heeft overtreden.

Dit rapport is geen besluit in de zin van artikel 1:3 van de Algemene wet bestuursrecht. Tegen dit rapport staat dan ook geen bezwaar of beroep open. Indien de Nederlandse Zorgautoriteit een besluit (in het kader van het opleggen van een boete) zal nemen, zal duidelijk kenbaar worden gemaakt op welke wijze u daartegen rechtsmiddelen kunt instellen.