

**BESLUIT
OPENBARE VERSIE**Kenmerk
JZPagina
1 van 59

Besluit van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als bedoeld in artikel 85 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Zaak: 11J0155/Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep (voorheen St. Lucas Ziekenhuis)

1. Inleiding

1. Naar aanleiding van de bevindingen van een onderzoek bij de Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep (hierna: het ziekenhuis), hebben daartoe aangewezen toezichthouders van de NZa onderzocht of artikel 35 van de Wmg is overtreden door het ziekenhuis.
2. De door de betreffende toezichthouders geconstateerde feiten en omstandigheden inzake de gedragingen van het ziekenhuis zijn weergegeven in een conceptrapport. De NZa heeft het conceptrapport bij brief van 9 augustus 2010 aan het ziekenhuis toegezonden om het ziekenhuis de mogelijkheid te bieden om op het feitelijk deel van dit rapport te reageren.
3. Op 1 november 2010 heeft het ziekenhuis een schriftelijke reactie gegeven op het feitelijk deel van het conceptrapport.¹
4. De directeur Toezicht en Handhaving van de NZa heeft op 31 maart 2011 een rapport opgemaakt. Hierin is vastgesteld dat het ziekenhuis artikel 35, eerste lid, onder c en onder d, van de Wmg heeft overtreden.
5. De NZa heeft het rapport bij brief van 26 april 2011 aan het ziekenhuis toegezonden, waarbij de gelegenheid is geboden een zienswijze over het voornemen tot het opleggen van een bestuurlijke boete naar voren te brengen.²
6. Bij brief van 11 mei 2011 heeft het ziekenhuis kenbaar gemaakt dat zij haar mondelinge zienswijze naar voren wenst te brengen.³ In dezelfde brief verzoekt het ziekenhuis om toezending van een aantal ontbrekende dossierstukken.

¹ Deze schriftelijke reactie is integraal in het boeterapport opgenomen, als bijlage 6.

² Kenmerk 11D0008892

³ Kenmerk 195276/TAM/mdb

7. Bij brief van 24 mei 2011 heeft de NZa een aantal ontbrekende dossierstukken aan gemachtigde gezonden. Bij brief van 1 juni 2011 heeft de NZa een uitnodiging voor de hoorzitting aan gemachtigde verzonden, alsmede de nog ontbrekende dossierstukken.⁴
8. Bij brief van 22 juni 2011 heeft gemachtigde om uitstel verzocht voor het indienen van een schriftelijke zienswijze. Bij brief van 23 juni 2011 is namens de NZa uitstel verleend.
9. Bij brief van 29 juni 2011 heeft gemachtigde een schriftelijke zienswijze ingediend.⁵ De hoorzitting heeft plaatsgevonden op 7 juli 2011. Van deze hoorzitting is een verslag opgesteld⁶ (Bijlage 1). Naar aanleiding van deze hoorzitting heeft de NZa op 11 juli 2011 een aanvullend verzoek om informatie gezonden aan gemachtigde.⁷ Gemachtigde heeft bij brief van 18 juli 2011 schriftelijk gereageerd.⁸
10. De NZa heeft in haar vergadering van 20 september 2011 besloten om een bestuurlijke boete op te leggen aan het ziekenhuis vanwege de vastgestelde overtreding van artikel 35 van de Wmg. Hieronder volgt de motivering hiervan. Hiertoe zal worden ingegaan op de achtergronden van het onderzoek en de algemene kenmerken van het ziekenhuis (hoofdstuk 2), het juridisch kader (hoofdstuk 3), de relevante feiten en omstandigheden (hoofdstuk 4), de zienswijze van het ziekenhuis (hoofdstuk 5) de beoordeling (hoofdstuk 6), en de boete (hoofdstuk 7).

Kenmerk
JZ

Pagina
2 van 59

2. Achtergronden

Achtergrond onderzoek

11. De NZa is in juni 2008 een toezichtonderzoek gestart naar het declaratiegedrag van het ziekenhuis.⁹ Het onderzoek strekt ertoe te beoordelen of het ziekenhuis artikel 35, eerste lid, van de Wmg heeft

⁴ Kenmerk 11D00017739

⁵ Kenmerk 11D0023846.

⁶ Zie bijlage.

⁷ Kenmerk 11D0025265.

⁸ Kenmerk 11D0017739.

⁹ Het onderzoek had aanvankelijk betrekking op het St. Lucas Ziekenhuis te Winschoten, onderdeel van Stichting St. Lucas. Met ingang van 27 augustus 2008 zijn het Delfzicht ziekenhuis en het St. Lucas Ziekenhuis echter gefuseerd en is de naam van de nieuwe rechtspersoon Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep, met een vestiging St. Lucas Ziekenhuis te Winschoten. Het object van het onderzoek en dit rapport is thans Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep omdat deze de rechtsoptvolger is van het St. Lucas Ziekenhuis. Waar in dit rapport en de bijbehorende dossierstukken nog wordt gesproken over het St. Lucas Ziekenhuis of Stichting St. Lucas Ziekenhuis, wordt bedoeld de vestiging te Winschoten van Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep.

nageleefd. Volgens een destijds verkregen signaal zou het ziekenhuis in de periode van 1 januari 2008 tot aan de start van het onderzoek ten onrechte een klinische diagnose-behandelingcombinatie (hierna: DBC) in rekening brengen voor patiënten die langer dan 2-2½ uur aanwezig waren op de afdeling spoedeisende eerste hulp (SEH). Dit zou gelden voor patiënten die onder behandeling zijn gekomen van in het bijzonder de specialismen cardiologie, interne geneeskunde, longziekten en chirurgie.

Kenmerk
JZ

Pagina
3 van 59

12. Op grond van de regelgeving is het, uitzonderingen daargelaten, niet toegestaan een DBC te declareren voor een opname die korter dan een kalenderdag duurt. Het onderzoek van de NZa is er daarom in het bijzonder op gericht geweest om na te gaan of het ziekenhuis voor patiënten die langer dan 2-2½ uur op de SEH waren en die als klinisch werden geregistreerd, tarieven voor DBC's voor opnamen heeft gedeclareerd, terwijl slechts DBC's voor poliklinische behandeling hadden mogen worden gedeclareerd. Indien dit daadwerkelijk is gebeurd, hebben het ziekenhuis alsmede de medisch specialisten die werkzaam zijn binnen het ziekenhuis, extra inkomsten ontvangen voor SEH, aangezien voor een klinische DBC een hoger tarief in rekening kan worden gebracht dan voor een poliklinische DBC.
13. Het toezichtonderzoek heeft uit een aantal stappen bestaan. Deze zijn:
 - het vorderen van inzage in de (digitale) gegevens en bescheiden bij de directie, het management en een aantal medewerkers van het ziekenhuis;
 - het afnemen van verklaringen;
 - het nemen van een steekproef uit medische dossiers van patiënten die langer dan 2 uur maar niet langer dan één kalenderdag op de SEH zijn geweest;
 - het onderzoeken van de opgevraagde medische statussen;
 - het opvragen en onderzoeken van factuurgegevens behorend bij de medische statussen.

Het toezichtonderzoek heeft betrekking op zorg die is geleverd in de periode 1 januari 2008 tot en met 6 juni 2008.

Kenmerken Ommelander Ziekenhuis, SEH en observatorium

Kenmerk
JZ

14. Kenmerken Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep

Pagina
4 van 59

Kenmerken	Stichting De Ommelander Ziekenhuisgroep
Gegevens handelsregister¹⁰	
Naam zorgaanbieder	Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep
Naam website	www.delfzicht.nl
Nr. inschrijving handelsregister KvK	01136210
Rechtsvorm	Stichting
Adresgegevens zorgaanbieder	Jachtlaan 50 9934 JD Delfzijl
Vestiging	St. Lucas Ziekenhuis
Identificatienummer NZa	010-0107
Concernrelatie	nevenvestiging
Naam bestuurder + adres gegevens	Voorzitter van de raad van bestuur [geanonimiseerd]
Hoofdactiviteit	Algemeen ziekenhuis
Contract specialisten	De onderzochte specialismen en daarbij behorende specialisten zijn vrijgevestigd en niet in loondienst. Elke specialist heeft met het ziekenhuis een schriftelijk standaard contract afgesloten. De maatschappen hebben geen contract met het ziekenhuis afgesloten.
Korte omschrijving inhoud contract	Het contract dat het ziekenhuis met een medisch specialist overeenkomt is een toelatingsovereenkomst. In dit contract is onder andere overeengekomen:"dat de medisch specialist verantwoordelijk is voor het primaire proces; - dat het bestuur van de ziekenhuisstichting verantwoordelijk is voor de leiding en continuïteit van het Geïntegreerd Medisch-Specialistisch Bedrijf.".... Zie sjabloon van toelatingsovereenkomst bijlage 1 documenten 305-325 Het ziekenhuis heeft aangegeven dat de medisch specialisten hun honorarium voor de door hen verrichte werkzaamheden via het ziekenhuis declareren. ¹¹
Noot	Op 11 juni 2008 is een fusievoorstel gedeponereerd. De verkrijgende rechtspersoon is Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep. Verdwijnde rechtspersonen zijn: Stichting Algemeen Ziekenhuis Delfzicht en Stichting St. Lucas. De fusieakte is per 27 augustus 2008 verleden.
Financiële gegevens ziekenhuis¹²	
Omzet	€ 41.661.000,00
Kosten	€ 41.456.000,00
(netto) Winst (operationeel resultaat)	€ 206.000,00
Administratie	
Automatiseringspakket	X-care
Factureringsysteem	X-care
Rechtsbijstand	
Advocatenkantoor ziekenhuis	Nysingh advocaten-notarissen
Advocatenkantoor medisch specialisten	Wijnberg advocaten

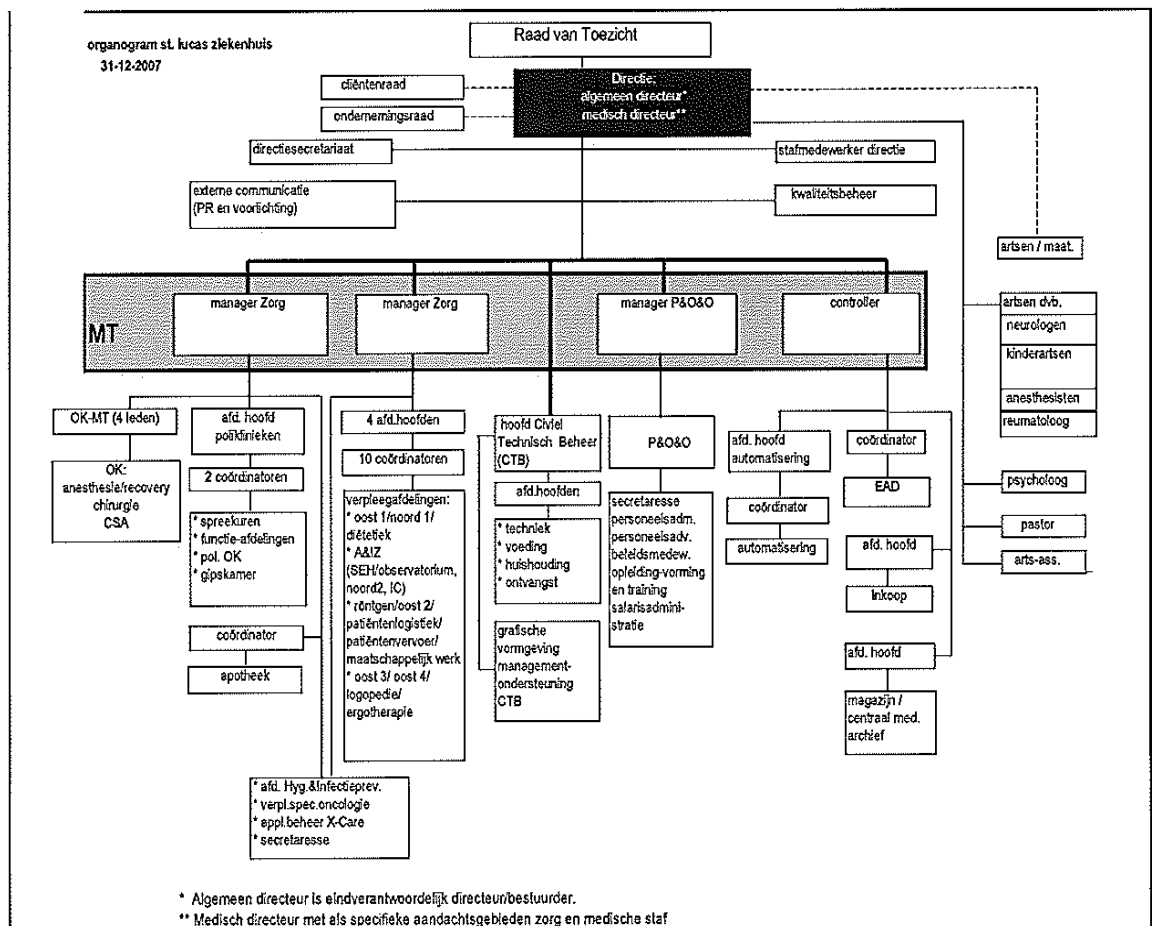
¹⁰ Bijlage 3, uittreksel handelsregister¹¹ Bijlage 3, document 1 en 2¹² bron: jaardocument 2007 St. Lucas Ziekenhuis.

Tot de fusie per 27 augustus 2008 met het Delfzicht Ziekenhuis te Delfzijl was het St. Lucas Ziekenhuis te Winschoten een zelfstandige stichting met twee bestuurslagen, een raad van bestuur en een management team¹³.

Kenmerk
JZ

Pagina
5 van 59

2.2.1.1 Organogram st. Lucas ziekenhuis



Bron: jaardocument 2007 St. Lucas Ziekenhuis

15. Na de fusie zijn het Delfzicht Ziekenhuis en Stichting St. Lucas, waarin het St. Lucas Ziekenhuis was ondergebracht, opgegaan in een nieuwe stichting: Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep. Door de fusie is deze stichting in de rechten en plichten getreden van de verdwenen stichting "Stichting St. Lucas", Kamer van Koophandel nummer 41014145.

¹³ Bron: jaardocument 2007 St. Lucas Ziekenhuis. Het management team bestaat uit: twee managers zorg, een controller en een manager Personeel en Organisatie en Opleiding.

16. *Functie van de SEH*
- Volgens het SEH/Observatorium Reglement Versie 1 (versiedatum 12-07-05 vervaldatum 12-07-08) is de functie van de SEH:
- Kenmerk**
JZ
Pagina
6 van 59

“Het gedurende 24 uren per dag, 7 dagen per week, garanderen van acute hulpverlening. Spoedeisende hulpgeneeskunde is die medische activiteit die als voornaamste doel heeft:

- Diagnosticeren van afwijkend functioneren van één of meerdere vitale orgaansystemen
- Stabilisatie van afwijkend functioneren van één of meer vitale orgaansystemen
- Bepalen en uitvoeren van ambulante-curatieve zorg.”

17. De doelstelling van het Observatorium is:
- “Optimaliseren opvang van de acute zorg en de niet-geplande opnames.
 - Beoordelen cure-behoefte patiënt en de prognose daarvan.
 - Beoordelen care-behoefte patiënt en waar hij/zij die het beste kan krijgen.
 - Beoordelen verwachting herstel ADL-functies.”

Opname en ontslagcriteria observatorium

18. Volgens het SEH/Observatorium Reglement Versie 1 (versiedatum 12-07-05 Vervaldatum 12-07-08) luiden de opname- ontslagcriteria van het Observatorium als volgt:

“Op het observatorium worden acute patiënten opgenomen waarvan men verwacht dat de opnameduur niet langer duurt dan 24 uur.

Uitgezonderde patiëntengroepen zijn:

- patiënten met IC/CC indicatie
 - kraamvrouwen
 - kinderen jonger dan 16 jaar
 - manifeste CVA
- (...)

De medisch specialist beslist of de patiënt opgenomen wordt of met ontslag mag. (...).”

Procedurebeschrijving registratie SEH

19. Het registratiesysteem dat door het ziekenhuis wordt gehanteerd is X-care. In het document “Werkwijze in X-Care” wordt de wijze van DBC-registratie op de SEH beschreven. Hierin staat onder meer het volgende:

“Om een DBC op de SEH in te voeren in X-care moet er het volgende gebeuren:

- De arts moet op een typeringslijst invullen om welke codes het gaat, zodat de medewerkers van de SEH de DBC in de computer kunnen invoeren.
- Deze lijst komt in de status van de patiënt en wordt dus niet weggegooid.

Kenmerk
JZ

Pagina
7 van 59

*Om een DBC in X-care in te voeren ga je naar tabblad DBC. Indien je dit tabblad niet geactiveerd hebt, doe je het volgende:
1. Klik op de knop personalia en kies vervolgens boven in de balk patiënt > weergave > DBC. Nu is het tabblad DBC geactiveerd.
(...)*

- 3. Vul bij specialisme het betreffende specialisme in en klik vervolgens op toevoegen. Het systeem vult automatisch de datum van de huidige dag in (...).*
- 4. Vul vervolgens de naam van de betreffende specialist in, verander indien nodig het zorgtype.*
- 5. Vul vervolgens de code van de diagnose en de behandeling in.*
- 6. Zet als laatste onder het kopje "eind" dezelfde datum als het begin van de DBC en klik op toepassen. Zie hieronder hoe het er uit ziet als de DBC is ingevoerd."*

Scheiding Observatorium en SEH

20. Het ziekenhuis heeft in haar reactie op het feitelijk deel van het conceptrapport aangegeven dat het Observatorium niet behoort tot de SEH. Het ziekenhuis geeft in deze reactie aan dat het een geheel afgescheiden ruimte betreft, gesitueerd naast de SEH, alwaar 24 uur per dag bewaking en monitoring plaatsheeft. Het Observatorium zou functioneren als volwaardige afdeling, alwaar patiënten gelijk aan een verpleegafdeling te eten en te drinken krijgen. Het Observatorium zou een bouwkundig van de polikliniek gescheiden klinische afdeling zijn waar patiënten die de SEH afdeling van het ziekenhuis bezoeken ter observatie opgenomen kunnen worden. Ter ondersteuning hiervan heeft het ziekenhuis bij de genoemde reactie een aantal foto's gevoegd.
21. In een schriftelijke verklaring van de contractmanager inkoop 2^e lijn Menzis, alsmede in de mondelinge verklaring van dezelfde persoon is het volgende aangegeven over het Observatorium:
- Citaat uit brief van 25 september 2008:
"Er zijn over het observatorium geen specifieke afspraken gemaakt over het registreren van daar opgenomen patiënten. Het was eerder andersom: het observatorium was bedoeld voor dagverpleging, maar patiënten die reeds opgenomen waren, kwamen er ook te liggen, omdat ze de apparatuur daar nodig hadden."
 - Citaat uit verklaring contractmanager inkoop 2e lijn Menzis 5 augustus 2008:

“Het observatorium is een onderdeel van het ziekenhuis. Dit is vanuit de LPC naar voren gekomen. Dit is in het kader van zorgvernieuwing. Er ligt niet een apart contract aan ten grondslag. Bij nacalculatie van budget wordt dit vermeld. Uitgangspunten voor het observatorium: doel is kortdurende observatie, hooguit poli of dagopname. Het was niet de bedoeling dat het een opnamefaciliteit zou worden. Het woord observatorium wordt in meerdere ziekenhuizen gehanteerd. Soms liggen er patiënten op dit bed die wel opgenomen zijn geworden. Op een gegeven moment wordt het toch een opname faciliteit, bijvoorbeeld bij het Martini Ziekenhuis. Het zijn feitelijk overloop bedden. Zorgverzekeraar gaat niet over typering van bedden. Dat is aan het ziekenhuis (...).”

Kenmerk
JZ

Pagina
8 van 59

22. De NZa heeft de feitelijke juistheid van deze informatie niet op alle punten ter plaatse gecontroleerd, zoals bijvoorbeeld de vraag of patiënten op het Observatorium daadwerkelijke eten en drinken en andere verzorging krijgen, overeenkomstig hetgeen gebruikelijk is op verpleegafdelingen. Op grond van foto's en waarnemingen ter plaatse kan wel worden opgemaakt dat het Observatorium een afgescheiden ruimte is, gesitueerd naast de SEH.
23. Het Observatorium is voorzien van diverse apparatuur en voorzieningen voor monitoring en bewaking. Ook hiervoor geldt dat dit niet op alle fronten is geverifieerd. Er vanuit gaande dat de door het ziekenhuis verstrekte informatie op waarheid berust, zal het Observatorium worden aangemerkt als verpleegafdeling als bedoeld in art. 6.1a e.v. van de Regeling declaratiebepalingen.¹⁴

3. Juridisch kader

Tarief- en prestatieregulering

24. De Wmg is onder meer van toepassing op de zorg die ziekenhuizen en medisch specialisten verlenen (hierna: ziekenhuiszorg). 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, van de Wmg).

¹⁴ Vgl. juridisch kader.

25. Op basis van de Wmg kan de NZa tarieven vaststellen voor bepaalde prestaties (artikel 50, 52 en 53 van de Wmg). Uit de definitie van tarief volgt dat 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 van de Wmg). Aan tarief- en prestatiebeschrijvingsbeschikkingen kunnen voorschriften worden verbonden (artikel 52, zevende lid 53, achtste lid en 56, vierde lid van de Wmg).
26. De Wmg bevat geen materiële normen voor de vast te stellen prestaties en tarieven. De materiële normering is vervat in door de NZa vastgestelde beleidsregels. Deze 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, derde en vierde lid, van de Wmg).

Kenmerk
JZ

Pagina
9 van 59

- Tarieven en prestaties voor diagnose-behandelingcombinaties*
27. De meeste tarieven voor de ziekenhuiszorg zijn sinds 2005 tarieven voor DBC's. DBC's zijn prestaties die alle zorg omvatten die voortvloeit uit de vraag waarvoor de patiënt de medisch specialist consulteert (artikel 3.1 van de Regeling declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling).
28. Het tarief van elke DBC bestaat uit twee delen: een bedrag voor de kosten van het ziekenhuis (hierna: kostenbedrag) en één of meer bedragen voor het honorarium van de betrokken medisch specialist(en) (hierna: honorariumbedrag(en)). Voor de tariefstelling van de DBC's is de ziekenhuiszorg verdeeld in twee segmenten: A en B. Het grootste deel van de DBC's behoort nu nog tot het A-segment. De kosten- en honorariumbedragen voor deze DBC's worden door de NZa vastgesteld. De overige DBC's behoren tot het B-segment. Het kostenbedrag voor deze DBC's wordt niet door de NZa vastgesteld; het staat het ziekenhuis vrij al dan niet in onderhandeling met een zorgverzekeraar de hoogte ervan te bepalen. Van het honorariumbedrag wordt een deel door de NZa vastgesteld; een deel wordt niet door de NZa vastgesteld.

Zie:

- Beleidsregels DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling A-segment (CI-1025 en CI-1046);

- Beleidsregel DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling B-segment (CI-1026 en CI-1047).

Kenmerk
JZ

Pagina
10 van 59

29. De NZa heeft bij tariefbeschikking van 15 februari 2008 de met ingang van 1 januari 2008 geldende tarieven voor ziekenhuiszorg vastgesteld. Voor de hoogte van de kostencomponent en de honorariumcomponent(en) verwijst de tariefbeschikking naar de hiervoor genoemde beleidsregels. De beleidsregels verwijzen naar de 'DBC-tariefapplicatie', te raadplegen op de website van de NZa (www.nza.nl → DBC-tariefapplicatie).
30. De tarieven van DBC's met hetzelfde zorgtype en dezelfde diagnose maar met een verschillende behandeling (poliklinisch, dagopname of klinisch) kunnen aanzienlijk uiteenlopen.
31. Aan de tariefbeschikking is het voorschrift verbonden dat de zorgaanbieder de bepalingen van de 'Regeling declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch-specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling' (hierna: de Regeling) in acht neemt. Deze regeling is gebaseerd op de boevoegdheid van de NZa om op grond van artikel 37 Wmg nadere regels te stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht.
- Zie:
- Regeling declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch-specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (CI/NR-100.072), Stcrt. 2007, 211, p. 20.

Klinische eendaagse DBC's

32. Voor dit onderzoek is artikel 6.1a van de Regeling relevant. Dit luidt:
- 'Klinische ééndaagse DBC's (waarbij ééndaagse slaat op een looptijd van één kalenderdag) kunnen niet worden gedeclareerd. Van klinische DBC's is sprake in geval van opname van de patiënt op de verpleegafdeling, IC, high/medium care. In andere gevallen is sprake van poliklinische of dagverpleging DBC's. (...).'*
33. In de DBC's wordt voor de omschrijving van de behandeling steeds onderscheid gemaakt tussen drie behandelingsituaties: poliklinisch, dagopname en klinisch. Deze begrippen zijn in de gezondheidszorg algemeen gangbaar. Met het begrip 'poliklinisch' wordt bedoeld op medische consultatie of een kleine behandeling door een arts in een

ziekenhuis. Hierbij is geen opname in het ziekenhuis voorzien. Daarnaast kent een ziekenhuis (bouwkundig van de polikliniek gescheiden) klinische afdelingen voor opname als een patiënt voor observatie of behandeling moet liggen, zoals verpleegafdeling, IC of high/medium care. Als een patiënt (mogelijk) meer dan één dag moet blijven, is hij 'klinisch' opgenomen. Is het een behandeling waarbij de patiënt wel moet liggen, maar geen nacht overblijft, dan betreft het een dagopname (men gebruikt ook wel de termen dagbehandeling en dagverpleging).

Kenmerk
JZ

Pagina
11 van 59

34. De tarieven voor poliklinische behandeling, dagopname en klinische behandeling lopen sterk uiteen omdat de daaraan verbonden kosten sterk verschillen. Het is dan ook van belang te preciseren in welke gevallen een tarief voor poliklinische behandeling, dan wel voor dagopname of klinische behandeling in rekening mag worden gebracht. Die precisering geeft artikel 6.1 van de Regeling, een regeling die door de verwijzing daarnaar in de tariefbeschikking onderdeel van de tariefbeschikking vormt en daarmee mede deel uitmaakt van de normering van het in rekening te brengen tarief. De verschillende begrippen zijn behalve voor de financiering c.q. de in rekening te brengen tarieven, ook van belang voor de budgettering. In de beleidsregels voor de budgettering zijn daarom diverse begrippen (zoals "opname" en "verpleegdag") nader gedefinieerd specifiek ten behoeve van de budgetvaststelling (zie beleidsregel CI-1040, Functiegerichte budgettering algemene ziekenhuizen 2008). In dit geval heeft men echter te maken met de in rekening te brengen tarieven, zodat men voor de nadere precisering te rade moet gaan bij het daarvoor speciaal gemaakte artikel 6.1 van de Regeling declaratiebepalingen.
35. Artikel 6.1a van de Regeling begint met de regel dat klinische één-daagse DBC's niet mogen worden gedeclareerd. Daarmee is bedoeld dat niet een DBC voor klinische behandeling mag worden gedeclareerd als de DBC binnen een kalenderdag (dus op enig tijdstip tussen 0.00 en 24.00 uur) na opening is gesloten. In dat geval kan wel een DBC voor poliklinische zorg of, indien van toepassing, dagopname worden gedeclareerd. Van klinische DBC's is sprake in geval van opname van de patiënt op de verpleegafdeling, IC, high/medium care.
36. Artikel 6.1b van de Regeling bepaalt dat de bepaling zoals genoemd bij 6.1a niet van toepassing is indien er sprake is van definitieve overname van de patiënt door een andere instelling, op de dag van opname op de verpleegafdeling, IC, high/medium care door de initiële instelling. In dat geval kan er wel een klinische één-daagse DBC worden gedeclareerd.

37. Artikel 6.1c van de Regeling geeft aan dat de bepaling zoals genoemd bij 6.1a niet van toepassing is indien er sprake is van definitieve overname van de patiënt door een ander specialisme binnen dezelfde instelling op de dag van opname op de verpleegafdeling, IC, high/medium care door de initiële instelling. In dat geval kan er wel een klinische ééndaagse DBC worden gedeclareerd.
38. Artikel 6.1d van de Regeling bepaalt dat artikel 6.1a niet van toepassing is indien er sprake is van overlijden van de patiënt op de dag van opname op de verpleegafdeling, IC, high/medium care. In dat geval kan er wel een klinische ééndaagse DBC worden gedeclareerd.
39. Artikel 6.1e van de Regeling bepaalt dat artikel 6.1a niet van toepassing is indien er sprake is van observatie van een patiënt op de verpleegafdeling, IC, high/medium care en ontslag plaatsvindt op de dag van de opname. In dat geval kan er wel een klinische ééndaagse DBC worden gedeclareerd.
40. Er zijn dus verschillende uitzonderingen op de hoofdregel. Voor onderhavige zaak is slechts de in artikel 6.1e van de Regeling genoemde uitzondering relevant.
- Observatie*
41. Het nader definiëren van het begrip observatie is volgens de NZa in eerste instantie niet een overheidsaangelegenheid. Primair is het een taak van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in onderling overleg te bepalen wat precies onder dit medisch begrip 'observatie', als element van een specifiek medisch product, moet worden verstaan. Hierbij moet worden opgemerkt dat observatie niet los kan worden gezien van het specifieke product waarbinnen de observatie plaatsvindt (context). Bij het preciseren van het begrip 'observatie', zal men dat per medisch product moeten bezien, omdat de invulling daarvan per product kan variëren. Wat binnen het ene medisch product kan worden aangemerkt als observatie, is dat binnen een ander medisch product pertinent niet en voor weer andere medische producten zal het begrip in het geheel geen rol spelen.
42. Niettemin is het mogelijk om een aantal aspecten te benoemen aan de hand waarvan getoetst kan worden of in de praktijk ook daadwerkelijk een observatie heeft plaatsgevonden. Het zijn elementen die naar algemeen medisch gebruik bij elke observatie aan de orde zijn, ongeacht hoe men dit begrip nader afbakent. Met andere woorden, als deze elementen ontbreken dan is zeker geen sprake van een observatie.

Kenmerk
JZ

Pagina
12 van 59

43. Logischerwijs zal het doen van dergelijke controles van de conditie van de patiënt plaatsvinden aan de hand van bepaalde parameters zoals bijvoorbeeld bewustzijn, bloeddruk of lichaamstemperatuur. Willen deze controles het karakter van een observatie hebben, dan zullen zij op systematische wijze moeten worden uitgevoerd; hetgeen ook betekent: bij herhaling c.q. meerdere keren met tussenpozen. Ten slotte is ook evident dat de arts met het doen van de observatie een bepaalde bedoeling heeft, namelijk het bepalen van het verdere medische beleid met betrekking tot de patiënt in kwestie.
44. De NZa benadrukt hierbij dat met het bovenstaande de elementen zijn beschreven die ten minste en vanzelfsprekend deel uitmaken van elke observatie. De verleende zorg dient dus in ieder geval de bovenstaande elementen te omvatten, ongeacht hoe men het begrip observatie verder precies afbakt, wil men deze kunnen aanmerken als een observatie. Elke observatie omvat, met andere woorden, ten minste een systematisch controle van de conditie van de patiënt op bepaalde parameters zoals bewustzijn, bloeddruk of lichaamstemperatuur, met het oog op de bepaling van het verdere medische beleid.
45. Verder hanteert de NZa als uitgangspunt dat wanneer observatie heeft plaatsgevonden, ten minste enige verslaglegging daarvan in de medische dossiers is aan te treffen. Een observatie heeft immers tot doel een zorginhoudelijke vraag te beantwoorden, die van belang is voor de verdere bepaling van het beleid. Alleen al daarom mag verwacht worden dat het medisch dossier aantekeningen bevat met betrekking tot een observatie.
46. Resumerend zou de verslaglegging van een observatie in een medisch dossier ten minste de volgende informatie moeten bevatten, om aannemelijk te maken dat de verleende zorg is aan te merken als observatie:
- informatie waaruit blijkt welk diagnostisch/medisch beleidsdilemma reden was tot het besluiten tot een observatie en waarom tot die specifieke wijze van observatie is besloten;
 - informatie waaruit blijkt dat controle van de conditie van de patiënt heeft plaatsgevonden;
 - informatie waaruit blijkt dat deze controle op systematische wijze heeft plaatsgevonden;
 - informatie waaruit blijkt dat deze systematische controle plaatsvond op bepaalde parameters;
 - informatie waaruit blijkt dat de observatie die heeft plaatsgevonden bepalend is geweest voor de bepaling van het verdere medische beleid.

Kenmerk
JZ

Pagina
13 van 59

Als de verslaglegging in het medisch dossier niet alle bovenstaande informatie bevat, moet worden geconcludeerd dat in het medisch dossier geen dan wel onvoldoende verslaglegging aanwezig is die kan worden beschouwd als weerslag van een observatie. Het zijn met andere woorden minimumcriteria. Het CVZ en de IGZ onderschrijven de bovenstaande criteria.

Declaratie tarieven prestaties

47. Een DBC wordt geopend en gesloten. Opening en sluiting zijn administratieve handelingen die verricht worden door personen die werkzaam zijn bij de zorginstelling. Declaratie vindt plaats wanneer een DBC is afgesloten. Sluiting vindt normaliter plaats bij afsluiting van de behandeling. Zie hiervoor en voor andere gevallen van sluiting van een DBC artikel 4.2.1 van de Regeling.
48. Het bij een DBC behorend tarief wordt in zijn geheel, dus met inbegrip van het honorarium van de medisch specialist, gedeclareerd door de zorginstelling. Intramurale specialisten (dat wil zeggen, specialisten die niet in loondienst zijn maar als vrij gevestigde ondernemer zijn verbonden aan de instelling) declareren de honorariumbedragen aan of via de zorginstelling. Het DBC-tarief wordt gedeclareerd aan de patiënt of aan de ziektekostenverzekeraar. Zie de tariefbeschikking en artikelen 4.1 en 4.2.3 van de Regeling.
49. De zorginstelling is een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1, sub c onder 1, van de Wmg: een rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent. Wanneer de zorginstelling het DBC-tarief in rekening brengt aan de patiënt of de verzekeraar, is zij dus met betrekking tot het gehele in rekening gebrachte DBC-tarief (dus inclusief de honorariumbedragen die de medisch specialisten aan de instelling hebben gedeclareerd) gehouden artikel 35, eerste lid, van de Wmg na te leven. Indien de medisch specialisten hun honorariumbedragen declareren aan het ziekenhuis, dienen zij voor wat betreft hun declaraties aan het ziekenhuis eveneens artikel 35, eerste lid, van de Wmg na te leven.
50. Het is ook mogelijk dat de medisch specialisten hun honorarium niet aan, maar via de instelling declareren. In dat geval is de zorginstelling voor wat betreft de door haar aan patiënten en verzekeraars in rekening gebrachte honoraria van medisch specialisten aan te merken als zorgaanbieder in de zin van artikel 1, sub c onder 2, van de Wmg: een rechtspersoon die tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met de levering van zorg door een zorgaanbieder als

bedoeld in artikel 1 sub c onder 1, van de Wmg. Voor het overige deel van het DBC-tarief dat de zorginstelling in rekening brengt is zij in dat geval aan te merken als zorgaanbieder in de zin van eerdergenoemd artikel 1 sub c onder 1, van de Wmg. In dit scenario waarin de medisch specialisten niet aan maar via de instelling declareren, is de zorginstelling echter eveneens met betrekking tot het gehele DBC-tarief dat zij in rekening brengt aan patiënten of verzekeraars (dus inclusief de honorariumbedragen die de medisch specialisten via de zorginstelling declareren) gehouden artikel 35, eerste lid, van de Wmg na te leven. Artikel 35, eerste lid, van de Wmg geldt immers zowel voor zorgaanbieders in de zin van artikel 1 sub c onder 1, van de Wmg als voor zorgaanbieders in de zin van artikel 1 sub c onder 2, van de Wmg.

Kenmerk
JZ

Pagina
15 van 59

51. Hieruit volgt dat op de zorginstelling c.q. het ziekenhuis altijd de verantwoordelijkheid rust voor het declareren van het juiste DBC-tarief aan de patiënt of de verzekeraar.

Informatie omtrent het declareren

52. Zorgaanbieders brengen op grond van artikel 38, tweede lid, van de Wmg een tarief in rekening onder vermelding van de daarbij behorende prestatiebeschrijving. De prestatiebeschrijving is in dit geval de DBC.
53. De NZa kan op grond van artikel 38, derde lid, van de Wmg nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen. In de 'Regeling Informatieverstrekking DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling' (hierna: de Regeling informatieverstrekking) is bepaald dat op de rekening onder meer de DBC-declaratiecode en DBC-prestatiecode moet worden vermeld. De DBC-declaratiecode is de zescijferige code waaraan de DBC-bedragen worden gekoppeld. De DBC-prestatiecode is de veertiencijferige code welke het afgesloten en gevalideerde DBC-traject beschrijft. De code bestaat uit het samenstelsel van de codes van het zorgtype, de zorgvraag, de typerende diagnose en de behandeling.

Zie:

- Regeling Informatieverstrekking DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of (CI/NR-100.073), Stcrt. 2007, 211, p. 18 (bijlage 2 document 20-22).

Verbodsbepalingen

54. Het is zorgaanbieders verboden een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor op grond van artikel 56 van de Wmg geen of een andere prestatiebeschrijving is vastgesteld (artikel 35, eerste lid aanhef en onder a, respectievelijk b, van de Wmg). Deze verboden gelden in gevallen waarin de NZa een prestatiebeschrijving kan vaststellen zonder voor die prestatie een tarief vast te stellen. Het is zorgaanbieders voorts 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 (artikel 35, eerste lid, aanhef en onder c, van de Wmg) of dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van artikel 54 is vastgesteld (artikel 35 eerste lid, aanhef en onder d, van de Wmg). Laatstgenoemde verboden gelden indien de NZa zowel een prestatiebeschrijving als een tarief dient vast te stellen.
55. Op grond van artikel 35, eerste lid onder e, van de Wmg is het een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen anders dan op de wijze die overeenkomstig de Wmg is bepaald.
56. Indien een zorgaanbieder tarieven voor DBC's voor opnamen heeft gedeclareerd, terwijl volgens de aan de tariefbeschikking verbonden voorschriften van artikel 6.1 van de Regeling declaratiebepalingen, slechts DBC's voor poliklinische behandeling hadden mogen worden gedeclareerd, is sprake van overtreding van artikel 35, eerste lid onder c en eventueel d van de Wmg¹⁵. De zorgaanbieder heeft in deze gevallen niet het tarief in rekening gebracht dat overeenkomt met het tarief dat (maximaal) is vastgesteld voor de betrokken prestatie c.q. de geleverde, poliklinische zorg.

Kenmerk

JZ

Pagina

16 van 59

4. Relevante feiten en omstandigheden

57. Voor de relevante bewijsvoering met betrekking tot onderhavig boetebesluit wordt in eerste instantie verwezen naar het boeterapport. Dit boeterapport maakt integraal onderdeel uit van onderhavig boetebesluit. Om de feitelijke grondslag van dit boetebesluit te verduidelijken, zal de NZa hieronder de meest relevante feiten en omstandigheden benoemen.

¹⁵ Voor gebudgetteerde instellingen gelden de DBC-tarieven uit het A-segment als vaste tarieven zodat artikel 35, eerste lid onder c, van de Wmg van toepassing is. Voor niet gebudgetteerde zorgaanbieders gelden de DBC-tarieven uit het A-segment als maximumtarieven zodat artikel 35, eerste lid onder d, van de Wmg van toepassing is. Voor DBC's uit het segment B gelden (behoudens het honorariumbedrag) geheel vrije tarieven en is laatstgenoemde bepaling eveneens van toepassing. Voor honorariumbedragen worden verschillende tariefsoorten gehanteerd. Voor zover het gaat om DBC's uit het A-segment gelden de honorariumbedragen als bandbreedtetarief, zodat artikel 35, eerste lid, onder d, van de Wmg van toepassing is (zie beleidsregel CI-1046).

Kenmerk
JZPagina
17 van 59*Beleid registratie patiënt SEH na 2 uur*

58. Uit een uitdraai van de SEH met de gegevens van het aantal bezoeken naar diagnose en verblijfsduur over de periode 1 maart 2008 t/m 6 juni 2008 blijkt dat de gemiddelde verblijfsduur op de SEH 139 minuten is. In totaal zijn 2.230 diagnoses gesteld in die periode. Van deze diagnoses bedraagt 1.243 diagnoses patiënten die 2 uur of langer op de SEH zijn verbleven.
59. Uit een e-mail d.d. 10 januari 2008 van een inmiddels oud-medewerker aan de afdeling SEH blijkt dat per 10 januari 2008 niet-chirurgische patiënten op de SEH die daar langer dan 2 uur verblijven als klinisch moeten worden geregistreerd.

- Citaat e-mail 10 januari 2008:
*"Op verzoek van de EAD zal de registratie van de **niet-chirurgische patiënt** wijzigen. Tot op heden hanteren we voor iedere patiënt de grens van 6 uur alvorens de patiënt als klinisch te registreren. Dit verandert per heden in 2 uur (...)."*

Op 12 februari 2008 is een e-mail verstuurd door de medisch secretaresse aan de afdeling SEH, afdeling Arts-Assistenten en de in het ziekenhuis werkzame cardiologen dat vanaf dat moment voor cardiologie, interne geneeskunde en longgeneeskunde de patiënt van de SEH na 2 uur klinisch moet worden gemaakt.

- Citaat e-mail 12 februari 2008:
*"Met ingang van heden! (in opdracht van.....)
 Een cardio-, intern-, en longpatiënt moet na twee uur verblijf op de SEH, **KLINISCH** worden gemaakt en dus **opgenomen** worden op de **afd. SEH** (...).*

Vanaf mei 2008 geldt deze systematiek, in opdracht van de manager Zorg, ook voor chirurgie.

- Citaat e-mail 27 mei 2008 van coördinator SEH/Observatorium aan coördinator poliklinieken:
*"(...) Inderdaad worden er nu van de chirurgische patiënten, indien die langer dan 2 uur op de SEH aanwezig is, een klinische status gemaakt.
 Deze patiënten worden nu klinisch omdat het ziekenhuis anders veel geld misloopt. (...) Voor de chirurgie is dit sinds 2 weken, in opdracht van (...) manager Zorg (onderstreepte tekst is toevoeging van de NZa in verband met anonimisering)."*

Uit verschillende e-mails maar ook uit notulen blijkt dat een reden voor het klinisch registreren van SEH-patiënten na een verblijfsduur van 2 uur is dat het ziekenhuis anders geld misloopt:

Kenmerk

JZ

Pagina

18 van 59

- Citaat e-mail 16 mei 2008 van coördinator SEH/Observatorium aan de afdeling SEH:
"(...) Op deze manier krijgen wij er meer geld voor (...)."
- Citaat e-mail 14 mei 2008 van de coördinator IC aan afdeling SEH:
*"(...) Dit houdt helaas in dat het ziekenhuis tussen de 2500 en 3000 euro per patiënt misloopt. Dit bedrag is niet voor de doktoren maar zijn inkomsten voor ons!!!
Iedereen is inmiddels wel op de hoogte van de beperkte financiële middelen in dit ziekenhuis dus het is uitermate belangrijk dat dit gebeurt (...). Vergeet niet: jullie doen belangrijk en goed werk, laten de verzekeraars daar dan ook maar voor betalen."*
- Citaat e-mail 16 mei 2008 van arts-assistent aan coördinator SEH/Observatorium:
"(...) natuurlijk probeert het ziekenhuis zoveel mogelijk geld binnen te halen. (...)"
- Citaat e-mail 27 mei 2008 van coördinator SEH/Observatorium aan coördinator poliklinieken:
"(...) Deze patiënten worden nu klinisch gemaakt omdat het ziekenhuis anders veel geld misloopt."
- Citaat notulen BAL 5 juni 2008:
"(...) manager Zorg (onderstreepte tekst van de NZa) heeft gisteren een gesprek gehad met de SEH over registratie. Het kan mogelijk zijn dat specialisten meer gaan aanvragen om meer te verdienen. (...)"
- Citaat notulen BAL 13 mei 2008:
"(...) De kennis bij baliemedewerkers om goed te registreren ontbreekt. Hierdoor kan het ziekenhuis inkomsten missen. (...)"

60. Uit de e-mail van 1 oktober 2007 van administratief medewerker aan de algemeen directeur, de medisch directeur en de manager zorg blijkt dat zowel de medisch specialisten als de directie op de hoogte zijn gebracht van een aantal wijziging in wet- en regelgeving, waaronder de verdwijning van de SEH DBC (zorgtype 12).

Kenmerk
JZ

Pagina
19 van 59

Citaat e-mail 1 oktober 2007:

(...) groot aantal wijzigingen, waaronder:

- *uitbreiding van het B-segment met vrij onderhandelbare ziekenhuistarieven van 10% naar 20%.*
- *Wijzigingen binnen de SEH, waarbij zorgtype 12 is komen te vervallen.*
- *Registratie van de activiteiten op de Intensive Care in aparte trajecten, om deze in relatie tot de DBC beter in kaart te brengen.*
- *(...).*

61. Afgaand op de aangetroffen documenten blijkt dat in ieder geval vanaf 10 januari 2008 voor cardiologie, interne geneeskunde en longgeneeskunde en vanaf medio mei 2008 ook voor chirurgie, patiënten die langer dan 2 uur op de SEH verblijven, klinisch moeten worden geregistreerd en dat dit in ieder geval op 27 mei 2008 nog voortduurde:

- Citaat e-mail 10 januari 2008 een inmiddels oud-medewerker van het ziekenhuis aan de afdeling SEH waaruit blijkt dat per 10 januari 2008 patiënten op de SEH die daar langer dan 2 uur verblijven als klinisch moeten worden geregistreerd.
*"Op verzoek van de EAD zal de registratie van de **niet-chirurgische patiënt** wijzigen. Tot op heden hanteren we voor iedere patiënt de grens van 6 uur alvorens de patiënt als klinisch te registreren. Dit verandert per heden in 2 uur (...)."*
- In reactie op bovenstaande e-mail volgt een e-mailwisseling tussen een inmiddels oud-medewerker van het ziekenhuis en een cardioloog op 14 januari 2008:
"(...) 1 vraag: wat bedoel je nu met die laatste zin; is de patient die na 2 uur nog op SEH 1 of 2 ligt, nu ook klinisch na 2 uur, of niet? (...)"
"(...) het is softwaretechnisch onmogelijk om een patient die op de SEH 1 of 2 ligt klinisch op te nemen. Om echter deze patient toch als klinisch te kunnen registreren hebben we een fictieve klinische afdeling aangemaakt, waar deze wel klinisch kunnen worden geregistreerd (...)."
"Dus op papier is patiënt opgenomen"

"(...) in 1 keer goed (...)."

Kenmerk
JZ

- Citaat e-mail 30 januari 2008 van de manager zorg aan de administratief medewerker en in afschrift aan de cardiologen en een inmiddels oud-medewerker van het ziekenhuis:
"(...) Wederom bleek een patiënt op de SEH niet goed te zijn verwerkt. (...) heeft volgens mij onlangs t/m september 2007 alles nagekeken en is dat ook gecorrigeerd. (...) Toch bleek van de week dat voor de herbevestiging van de afspraken er patiënten niet goed gecodeerd zijn. Is er een mogelijkheid elektronisch een check te doen of in oktober t/m december wij nog opnames missen? (...)".

Pagina
20 van 59

In antwoord op deze e-mail volgt een e-mailwisseling tussen twee cardiologen op 30 januari 2008:

" klopt dit? Ik vond een patiënt die op 5-12-2007 op de spoedpoli was."

- Citaat notulen vergadering 10 januari 2008:
"(...) Alle NIET chirurgische patiënt moeten na twee uur aanwezig te zijn, worden opgenomen (klinisch) op de SEH. Er wordt niemand meer opgenomen als dagverpleging. (...)"
- Citaat uit e-mail 12 februari 2008 van medisch secretaresse aan de afdeling SEH, Afdeling Arts-Assistenten en de cardiologen:
*"Met ingang van heden! (in opdracht van.....)
 Een cardio-, intern-, en longpatiënt moet na twee uur verblijf op de SEH, KLINISCH worden gemaakt en dus opgenomen worden op de afd. SEH (...).*
- Citaat uit e-mail 8 april 2008 van coördinator SEH/Observatorium aan manager zorg:
"(...) Omdat je tegenwoordig een patiënt na 2 uur al klinisch maakt moet dat ook een nieuw veld worden op het scherm worden want anders zie je ook door de bomen het bos niet meer. (...)"
- Citaat uit e-mail 11 april 2008 van medisch secretaresse aan afdeling SEH:
"(...) De papieren/uitslagen van patiënten die na twee uur SEH klinisch worden, kunnen bovenop de 'klinische gele status met tabbladen' gepaperclipt worden. (...)"

- Citaat e-mail 14 mei 2008 van de coördinator IC aan afdeling SEH:
"(...) Het blijkt dat er af en toe patiënten langer dan 2 ½ uur op de SEH liggen zonder dat zij als opname geregistreerd worden. Dit houdt helaas in dat het ziekenhuis tussen de 2500 en 3000 euro per patiënt misloopt. (...)"
- Citaat e-mail 16 mei 2008 van coördinator SEH/Observatorium aan de afdeling SEH:
"(...) Alle chirurgische patiënten moeten ook klinisch worden indien ze langer dan 2 uur op de SEH aanwezig zijn. Bij cardiologische, interne en pulmonale patiënten was deze regel al ingevoerd. (...)"
- Citaat e-mail 16 mei 2008 van een medewerkster van het ziekenhuis aan coördinator SEH/Observatorium:
"(...) een patiënt met een klein wondje 'opnemen' en er zo veel geld voor vragen (...)"
- Citaat e-mail 16 mei 2008 van coördinator SEH/Observatorium aan een medewerkster van het ziekenhuis:
"(...) Alle chirurgische patiënten moeten ook klinisch worden indien ze langer dan 2 uur op de SEH aanwezig zijn. Bij de cardiologische, interne en pulmonale patiënten was deze regel al ingevoerd. Ten aanzien van onderstaande krijg ik veel vragen; Hoe zit het dan met een patiënt met een zere vinger die langer dan 2 uur moet wachten? Moet ik zo'n patiënt klinisch maken? Ik heb dit besproken met [geanonimiseerd] en ook zo'n patiënt moet inderdaad klinisch worden. Op deze manier krijgen wij er meer geld voor. Nog een vraag; ziet de patiënt dit terug op een rekening die hij thuis gestuurd krijgt door de zorgverzekeraar? Nee. Voor deze patiënten moet er dus ook een klinische status gemaakt worden. (...)"
- Citaat notulen werkoverleg secr. Chirurgie/orthopedie 26 mei 2008: *"(...) Op de spoed maakt men voor patiënten die langer dan 2 uur in huis zijn een klinische status. Dit gebeurt nu ook voor de chirurgen. (...)"*
- Citaat e-mail 27 mei 2008 van coördinator poliklinieken aan coördinator SEH/Observatorium :
"(...) op de SEH maakt men van kortdurende opnames een klinische status. Eerst was dit DV en was er geen status nodig."

Kenmerk
JZPagina
21 van 59

Klopt dit? We werden er op het secretariaat chirurgie mee geconfronteerd vandaar de vraag (...)."

Kenmerk
JZ

Pagina
22 van 59

- Citaat e-mail 27 mei 2008 van coördinator SEH/Observatorium aan coördinator poliklinieken:
*"(...) Inderdaad worden er nu van de chirurgische patiënten, indien die langer dan 2 uur op de SEH aanwezig is, een klinische status gemaakt.
 Deze patiënten worden nu klinisch omdat het ziekenhuis anders veel geld misloopt. (...) Voor de chirurgie is dit sinds 2 weken, in opdracht van (...) manager Zorg (onderstreepte tekst is toevoeging van de NZa in verband met anonimisering)."*

62. Uit de onderzochte documenten blijkt verder dat de medisch specialisten verantwoordelijk zijn voor de uiteindelijke code die wordt ingevoerd in X-care. De medisch specialist is verantwoordelijk voor het juist, tijdig en volledig typeren van de (SEH) DBC. Dit blijkt uit het volgende:

- Citaat Protocol DBC SEH openen blz. 1 geldig tot 1 juli 2008:
"(...) Arts-assistent: juist, tijdig en volledig typeren van de SEH-DBC in X-Care. (...)"

Aandachtspunt

De specialist mag de verantwoordelijkheid voor het registreren van de DBC in X-Care delegeren. De typering van de DBC is de verantwoordelijkheid van de specialist en kan niet gedelegeerd worden. (...)."

- Citaat Protocol DBC registratie ~functionele verantwoordelijkheden en bevoegdheden~ geldig tot 1 maart 2010:

"Verantwoordelijkheidstabel DBC-registratie

Functie	Taakomschrijving
<i>Medisch specialist</i>	<ul style="list-style-type: none"> • verantwoordelijkheid typeren DBC • registreren DBC (afhankelijk van lokale afspraken) • zelfcontrole DBC-registratie • verantwoordelijkheid autoriseren DBC. • Na wijzigingen DBC-code na sluiting van DBC opnieuw autoriseren DBC. • Uitvoeren wijzigingen DBC-code en looptijd indien uit controles (o.a. signaallijst) onjuistheden m.b.t. tijdigheid, juistheid en volledigheid blijken. • Zorgdragen dat DBC's binnen 365 dagen worden afgesloten en eventueel tijdig, juist en volledig een vervolg DBC geopend wordt. Dit door wekelijkse controle.
<i>Ondersteunende specialismen/afdelingen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • registreren ondersteunende producten en verrichtingen • zelfcontrole registratie.
<i>Ziekenhuis medewerkers uitvoerende afdelingen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • registreren verrichtingen • registreren DBC na machtiging specialist • controle op juistheid, volledigheid en tijdigheid DBC registratie • uitvoeren wijzigingen (na machtiging specialist) DBC-code en looptijd indien uit controles onjuistheden m.b.t. tijdigheid, juistheid en volledigheid blijken.
<i>Team validatie EAD</i>	<ul style="list-style-type: none"> • valideren DBC-dataset • opvragen en correctie van 9999 DBC's. • periodiek naar specialisten signaallijsten distribueren.

Bron: Ziekenhuis DBC registratie~functionele verantwoordelijkheden en definities
Versie 2, 01-03-2007/01-03-2010."

63. Uit de documenten blijkt niet expliciet wie opdracht heeft gegeven voor het beleid dat in ieder geval gold vanaf 10 januari 2008 om patiënten van de afdeling cardiologie, interne geneeskunde en longgeneeskunde die langer dan 2 uur op de SEH verblijven, als klinisch te registreren. Uit de stukken blijkt dat daartoe was verzocht door de EAD.

- Citaat email 10 januari 2008 van een inmiddels oud-medewerker van het ziekenhuis aan de afdeling SEH waaruit blijkt dat per 10 januari 2008 patiënten op de SEH die daar langer dan 2 uur verblijven als klinisch moeten worden geregistreerd.
"Op verzoek van de EAD zal de registratie van de niet-chirurgische patiënt wijzigen. Tot op heden hanteren we voor iedere patiënt de grens van 6 uur alvorens de patiënt als klinisch te registreren. Dit verandert per heden in 2 uur (...)."

64. Uit de documenten blijkt dat de manager zorg medio mei 2008 opdracht heeft gegeven aan de coördinator SEH (en bij diens afwezigheid aan de coördinator IC) om patiënten van chirurgie die langer dan 2 uur op de SEH aanwezig waren als klinische patiënt te registreren. Dit blijkt uit het volgende:

Kenmerk

JZ

Pagina

24 van 59

- Citaat e-mail 16 mei 2008 van coördinator SEH/Observatorium aan de afdeling SEH:
"(...) Alle chirurgische patiënten moeten ook klinisch worden indien ze langer dan 2 uur op de SEH aanwezig zijn. Bij de cardiologisch, interne en pulmonale was deze regel al ingevoerd. Ten aanzien van onderstaande krijg ik veel vragen; Hoe zit het dan met een patiënt met een zere vinger die langer dan 2 uur moet wachten? Moet ik zo'n patiënt ook klinisch maken? Ik heb dit besproken met (...) manager Zorg (onderstreepte tekst betreft toevoeging NZa in verband met anonimisering) en ook zo'n patiënt moet inderdaad klinisch worden. Op deze manier krijgen wij er meer geld voor. (...)"
- Citaat e-mail 26 mei 2008 van coördinator SEH/Observatorium aan de manager zorg:
"(...) Nog even over een patiënt van vorige week; opgenomen met niet lekker zijn en benauwd. 1x ecg gedaan en 1x lab en binnen anderhalf uur de deur weer uit. Is dit klinisch? Het is niet langer dan 2 ½ uur en volgens de cardioloog moet bij 1 ½ uur het dan ook klinisch worden?"

In antwoord hierop stuurt manager zorg op 27 mei 2008 een e-mail aan coördinator SEH/Observatorium:

"maak maar klinisch"

- Citaat e-mail 27 mei 2008 van coördinator SEH/Observatorium aan coördinator poliklinieken:
"(...)Inderdaad worden er nu van de chirurgische patiënten, indien die langer dan 2 uur op de SEH aanwezig is, een klinische status gemaakt. Deze patiënten worden nu klinisch omdat het ziekenhuis anders veel geld misloopt. Voor de cardio, interne en longgeneeskunde is dit sinds een aantal maanden al zo. Voor de chirurgie is dit sinds 2 weken, in opdracht van (...) manager Zorg (onderstreepte tekst betreft toevoeging NZa in verband met anonimisering) . Als het voor jullie gevolgen heeft van welke aard dan ook moet je bij hem zijn. (...)"

Via de coördinatoren is de opdracht aan de betreffende medewerkers van het ziekenhuis gegeven, dat de patiënten die langer dan 2 uur op de SEH verblijven klinisch geregistreerd moeten worden.

Kenmerk
JZ

Pagina
25 van 59

Zowel de medewerkers van de afdeling managementteam, de afdeling SEH, de afdeling arts-assistenten als enkele medisch specialisten van het ziekenhuis waren blijkens de aangetroffen documenten op de hoogte van de opdracht om patiënten die langer dan 2 uur op de SEH verblijven klinisch te registreren. Dit blijkt uit de adressering van deze documenten:

65. Ook uit de verklaringen van (ex)medewerkers, managers en directie van het ziekenhuis als ook van de medisch specialisten blijkt dat het ziekenhuis en de medische specialisten het beleid voeren om patiënten die langer dan 2 uur op de SEH verblijven als klinische opname te registreren. Hieronder wordt geciteerd uit de verklaringen waar dit uit blijkt.
66. De coördinator SEH/Observatorium van 6 juni 2008 verklaart dat vanaf 12 februari 2008 geldt dat patiënten op de SEH na 2 - 2 ½ uur klinisch geregistreerd moeten worden voor de afdelingen cardiologie, longeneeskunde en interne geneeskunde.

- Citaat verklaring coördinator SEH/Observatorium uit het verhoor van 6 juni 2008:
"Op 12 februari is een e-mail gestuurd door [geanonimiseerd] dat vanaf dat moment voor cardio, long en interne de patiënt van de SEH na 2 - 2 ½ uur klinisch moest worden gemaakt."

Daarnaast wordt in deze verklaring aangegeven dat tijdens haar vakantie in opdracht van de manager Zorg door de coördinator IC, een e-mail is gestuurd (zie citaat e-mail paragraaf 3.3.). In die e-mail geeft de coördinator IC aan dat het ziekenhuis geld misloopt als de SEH bezoeken van langer dan 2½ uur niet klinisch worden gemaakt .

- Citaat verklaring coördinator SEH/Observatorium uit het verhoor van 6 juni 2008:
"Tijdens mijn vakantie is een e-mail gestuurd door (...) coördinator van de IC (onderstreepte tekst betreft toevoeging NZa in verband met anonimisering). Deze e-mail is gericht aan de SEH en de arts-assistenten. In die mail vertelt hij dat het ziekenhuis geld misloopt als we SEH bezoeken van 2 ½ uur niet klinisch maken. Later heb ik een e-mail gestuurd aan (...) manager Zorg (onderstreepte tekst betreft toevoeging NZa in

verband met anonimisering) met de vraag of een indicatie zere vinger ook klinisch gemaakt moest worden. (...) heeft dit bevestigd in die zin dat een zere vinger ook klinisch zou kunnen worden indien er daadwerkelijk iets aan die vinger gedaan is, bijvoorbeeld foto/incisie/antibiotica iv. Deze mail heb ik 16 mei verstuurd."

Kenmerk
JZ

Pagina
26 van 59

De coördinator SEH/Observatorium verklaart ook dat het beleid sinds enkele weken voordat het verhoor plaatsvond ook geldt voor de afdeling chirurgie.

- Citaat verklaring coördinator SEH/Observatorium uit het verhoor van 6 juni 2008:
"Sinds drie weken moet het in opdracht van het management ook voor de chirurgie. (...) Manager Zorg (onderstreepte tekst betreft toevoeging NZa in verband met anonimisering) heeft mij/ons dat mondeling meegedeeld. Van deze werkwijze zijn geen schriftelijke procedures alleen mondeling en per e-mail. Patiënten die langer dan 2 ½ uur op de SEH waren moesten klinisch worden gemaakt vanuit de gedachte dat er ook wezenlijk iets was gedaan, namelijk foto's maken, bloed afnemen, een hechting of snijden."

Voor die tijd zou volgens de coördinator nog als beleid hebben gegolden dat patiënten na een verblijf van 6 uur op de SEH klinische geregistreerd werden.

- Citaat verklaring coördinator SEH/Observatorium uit het verhoor van 6 juni 2008:
"Tot vier of vijf maanden terug gebeurde alles wat ongeveer 6 uur duurde op de SEH. Na 6 uur werd de patiënt dan klinisch gemaakt."

Volgens de coördinator SEH controleren de medisch specialisten nu scherp of een patiënt klinisch wordt geregistreerd.

- Citaat verklaring coördinator SEH/Observatorium uit het verhoor van 6 juni 2008:
"Specialisten zitten hier heel erg op. Specialisten geven opdracht dat een patiënt een klinische status krijgt."

Het beleid zou niet gelden wanneer het alleen om puur wachttijd op de SEH gaat. Dan zou het een SEH bezoek blijven.

- Citaat verklaring coördinator SEH/Observatorium uit het verhoor van 6 juni 2008:

"Patiënt wordt klinisch gemaakt wanneer er veel handelingen worden gedaan. Naar mijn idee wordt een patiënt klinisch gemaakt wanneer een foto, lab en/of gehecht moet worden, bij alleen maar een zere vinger niet. Wanneer het alleen om puur wachttijd gaat op de SEH blijft het een SEH bezoek. Met wachttijd bedoel ik zitten in de wachtkamer en wachten op een behandeling."

Kenmerk
JZ

Pagina
27 van 59

Volgens de coördinator SEH/Observatorium wordt een klinische status pas aangemaakt als de patiënt daadwerkelijk als klinisch wordt geregistreerd of opgenomen wordt.

- Citaat verklaring coördinator SEH/Observatorium uit het verhoor van 6 juni 2008:

"Een klinische status wordt pas gemaakt als de patiënt daadwerkelijk opgenomen wordt."

67. De coördinator IC verklaart dat hij op 14 mei 2008, tijdens de vakantie van de coördinator SEH, een e-mail heeft gestuurd aan de afdeling SEH en de arts-assistenten met het bericht dat patiënten die langer dan 2 ½ uur op de SEH waren, klinisch moesten worden gemaakt. Dit bericht heeft hij gestuurd omdat diverse specialisten, onder andere een longarts, hem erop attent hadden gemaakt, dat dit niet gebeurde. De coördinator IC heeft hieromtrent navraag gedaan bij de manager Zorg. Die informeerde hem dat het klinisch registreren al gedurende enige tijd verplicht was. Van de betreffende longarts begreep de coördinator IC dat het klinisch registreren van SEH-patiënten niet ten goede komt aan de honoraria van de arts, maar aan de inkomsten van het ziekenhuis. De manager Zorg heeft dit tegenover de coördinator IC bevestigd.

- Citaat verklaring coördinator IC uit het verhoor van 6 juni 2008:
"Op 14 mei, tijdens de vakantie van (...), heb ik een e-mail gestuurd met het bericht dat patiënten op de SEH die langer dan 2 – 2 ½ waren klinisch moesten worden gemaakt. Dit bericht heb ik gestuurd omdat diverse specialisten mij erop attent hadden gemaakt, dat dit niet gebeurde. Onder andere (...) longarts. Hij was zijn patiënten aan het verwerken. Daaruit bleek dat een x aantal patiënten niet als klinische opname waren aangemerkt, waarbij dat wel had moeten. Dit moet bij patiënten die langer dan 2 ½ uur op de SEH verbleven met een bepaalde mate van zorg. Achteraf komt de controle van de betreffende specialist. Mij

was hierover tot die tijd niets bekend. Ik heb navraag gedaan bij de manager zorg (...). Hij zei dat dit al een tijdje moest."

Kenmerk
JZ

Pagina
28 van 59

68. De controller van het ziekenhuis geeft aan dat het beleid niet nieuw is, maar dat dit beleid al sinds de start van zijn werkzaamheden van toepassing zou zijn.
- Citaat verklaring controller uit het verhoor van 30 juli 2008:
"Wat er in die mail staat is geen nieuw beleid. Zo lang ik hier werk is de spelregel die bij opname geldt dat je bij 2-2½ uur een opname mag registreren, maar altijd in combinatie met patiëntenzorg. Dit is niet alleen de opname, er moet ook wat diagnose plaatsvinden. Dat ligt op het bord van de medisch specialist, die bepaalt of een patiënt op een bed komt te liggen of niet en welke handelingen daarvoor moeten worden verricht. Dit is altijd al zo geweest. Volgens mij is die norm er al sinds 6 jaar. Mij is de wijziging zoals genoemd in deze e-mail, waarom er vanaf nu op verzoek van de EAD na 2- 2 ½ uur in plaats van 6 uur een opname geregistreerd moet worden, niet bekend. Die norm, opname na 2- 2 ½ uur, is al zo lang ik hier werk."
69. De manager Zorg geeft aan dat het beleid sinds twee jaar bestaat en dat de opname ingaat wanneer de patiënt langer dan 2 - 2 ½ uur op de SEH verblijft en waarbij sprake is van diagnostiek, behandeling en medische en verpleegkundige zorg.
- Citaat verklaring manager zorg uit het verhoor van 6 juni 2008:
"Een opname gaat in wanneer de patiënt langer dan 2 - 2,5 uur op de SEH verblijft waarbij sprake is van diagnostiek, behandeling en medische en verpleegkundige zorg."
70. In de verklaring van cardioloog wordt aangegeven dat het beleid is dat de patiënt na 2 - 2 ½ uur klinisch geregistreerd moet worden.
- Citaat verklaring cardioloog 2 uit het verhoor van 11 juni 2008:
"Omstreeks midden vorig jaar kwam ik erachter dat de verpleging op de SEH was vergeten een opname in te voeren voor een patiënt die twee en half uur op de SEH verbleef. Ik heb een steekproef genomen, waaruit bleek dat zo'n tien opnames niet waren gedeclareerd."

71. De longarts geeft aan dat het beleid zo is, omdat het niet anders kan.
- Kenmerk**
JZ
- Pagina**
29 van 59
- Citaat verklaring longarts uit het verhoor van 11 juni 2008:
"Longpatiënten verblijven vaak lang op de SEH en gaan meestal ook naar het observatorium. Poliklinisch registreren kan niet, omdat de hulp niet planbaar is, dagbehandeling kan niet, omdat de hulp spoedeisend is. Blijft over: een klinische opname. We kunnen op geen andere wijze verantwoorden wat er op de SEH gebeurt. We registreren nog steeds zo."
72. Door de verhoorde personen worden dus twee verschillende tijdstippen genoemd waarop het beleid om patiënten die meer dan 2 uur op de SEH verblijven klinisch te registreren in werking zou zijn getreden.
73. Volgens de verklaringen van de controller, de manager Zorg, de algemeen directeur en de medisch directeur zou het klinisch registreren van een patiënt op de SEH die daar langer dan 2 uur verblijft, al omstreeks zes jaar (sinds 2002) gelden. Het beleid zou op het moment van verhoor nog steeds worden voortgezet.
74. Een ex-medewerker van het ziekenhuis, een cardioloog, en de coördinator SEH/Observatorium zeggen echter dat deze norm van 2 – 2 ½ uur medio 2007 respectievelijk begin 2008 is ingevoerd.
75. Volgens een aantal verklaringen was het voor 1 januari 2008 de norm dat een patiënt klinisch geregistreerd mocht worden bij een verblijf van meer dan 6 uur op de SEH. Dit blijkt uit de verklaringen van de coördinator SEH/Observatorium en een cardioloog.
76. Uit de verklaringen blijkt dat de directie en het management van het ziekenhuis alsook de medisch specialisten en de medewerkers op de hoogte zijn van het klinisch registreren van patiënten op de SEH die daar langer dan 2 uur verblijven. Voorts blijkt dat de manager zorg opdracht zou hebben gegeven tot het klinisch registreren van patiënten die langer dan 2 uur op de SEH verblijven.
77. Uit verklaringen van de directie, managementteamleden, medisch specialisten en werknemers blijkt men het van belang te vinden dat patiënten die langer dan 2 uur op de SEH verbleven klinisch te registreren, omdat anders niet alleen het ziekenhuis maar ook de medisch specialisten inkomsten zouden mislopen. Het niet klinisch registreren zou gevolgen hebben voor de financiële positie van het ziekenhuis en voor de medisch specialisten. Hieronder wordt een aantal citaten van gehoorde personen weergegeven waar dit uit blijkt.

Kenmerk

JZ

Pagina

30 van 59

- Citaat uit de verklaring van de algemeen directeur uit het verhoor van 5 augustus 2008:
"In die mail vertelt hij dat het ziekenhuis geld misloopt als we SEH bezoeken van 2½ uur niet klinisch maken. Ik heb contact gehad met de manager Zorg en hij heeft deze e-mail en werkwijze bevestigd"
"Het verhaal van de specialisten is dat er te weinig geld wordt gekregen voor patiënten van de SEH."
- Citaat uit de verklaring van de controller uit het verhoor van 30 juli 2008:
"Vanaf januari zijn we ons volledig bewust geworden dat een goede registratie belangrijk is, omdat dit afhankelijk is voor onze eigen inkomsten."
- Citaat uit de verklaring van de manager Zorg uit het verhoor van 4 augustus 2008:
"Als we patiënten niet goed registreren die 2-2 ½ uur of langer op de SEH zijn geweest, dan missen we die dus en lopen we bedragen mis zoals genoemd in de mail van de coördinator IC. Namelijk 2500 tot 3000 euro. Die bedragen zijn gebaseerd op een x-bedrag voor een opname, een wegingsfactor voor een dokter. Als je enkele opnamen mist, ik weet niet hoe die rekensom in elkaar zit, maar dan kom je op dat soort bedragen. Als wij wel zorg verlenen maar niet goed administratief mee omgaan en goed registreren, dan missen wij inkomsten"
- Citaat uit de verklaring van een ex-werknemer uit het verhoor van 15 juli 2008:
"De reden was dat de cardiologen te weinig opnames kregen en daardoor te weinig inkomsten."
- Citaat uit de verklaring van de coördinator: SEH/observatorium uit het verhoor van 6 juni 2008:
"Het verhaal van de specialisten is dat er te weinig geld wordt gekregen voor patiënten van de SEH. Tot vier of vijf maanden terug gebeurde alles wat ongeveer 6 uur duurde op de SEH. Na 6 uur werd de patiënt dan klinisch gemaakt. Specialisten zitten hier heel erg op. Specialisten geven opdracht dat een patiënt een klinische status krijgt."

- Tussenconclusie 2-uurscriterium*
78. Op grond van de aangetroffen documenten en de verklaringen tijdens verhoor blijkt dat in ieder geval vanaf 10 januari 2008 de patiënten van de afdelingen cardiologie, interne geneeskunde en longgeneeskunde en vanaf medio mei 2008 de patiënten van de afdeling chirurgie die langer dan 2 uur op de SEH verblijven, klinisch moeten worden geregistreerd. In de documenten wordt hiervoor als reden opgegeven dat het ziekenhuis anders geld misloopt.
79. Uit de aangetroffen documenten blijkt dat het 2-uurscriterium ziekenhuisbreed is gecommuniceerd. Zowel de medewerkers van de managementteam, de medewerkers van de SEH, de arts-assistenten als de medisch specialisten van het ziekenhuis waren blijkens de aangetroffen documenten op de hoogte van de opdracht om patiënten die langer dan 2 uur op de SEH verblijven klinisch te registreren.
80. Uit de documenten en verhoren blijkt niet expliciet wie opdracht heeft gegeven voor het beleid dat in ieder geval gold vanaf 10 januari 2008 om patiënten van de afdeling cardiologie, interne geneeskunde en longgeneeskunde die langer dan 2 uur op de SEH verblijven, als klinisch te registreren. Uit de stukken blijkt dat daartoe was verzocht door de EAD.
81. Ook blijkt uit de aangetroffen documenten dat de manager zorg medio mei 2008 de opdracht heeft gegeven aan de coördinator SEH (en bij diens afwezigheid aan de coördinator IC) om ook patiënten van chirurgie die langer dan 2 uur op de SEH aanwezig waren als klinische patiënt te registreren.
82. Op grond van genoemde feiten concludeert de NZa dat het ziekenhuis vanaf in ieder geval 10 januari 2010 een 2-uurscriterium hanteert ten aanzien van het declareren van klinische ééndaagse DBC's.

Kenmerk

JZ

Pagina

31 van 59

- Zorginhoudelijke criteria voor klinische registratie patiënt SEH*
83. Deze tussenconclusie laat onverlet dat het ziekenhuis naast het 2-uurscriterium ook nog aanvullende zorginhoudelijke criteria zou kunnen hebben gehanteerd gedurende de relevante periode. In het boeterapport is hierover opgemerkt dat niet is gebleken dat het ziekenhuis schriftelijke instructies heeft gehanteerd om haar medewerkers te instrueren omtrent zorginhoudelijke criteria. Aangezien het ziekenhuis ondanks herhaaldelijke vorderingen daartoe geen schriftelijke instructies heeft overgelegd, gaat de NZa er vanuit dat deze schriftelijke instructies ontbreken.

84. Uit het boeterapport blijkt dat omtrent het al dan niet hanteren van zorginhoudelijke criteria de volgende verklaringen zijn afgelegd.

Kenmerk
JZ

Pagina
32 van 59

85. De medisch directeur verklaart dat naast tijdsduur, ook een bepaalde zorgvraag en het verlenen van zorg bepalend is voor een klinische registratie van patiënten van de SEH.

- Citaat uit de verklaring van de medisch directeur d.d. 5 augustus 2008:

"(...) Van een opname zou ik spreken als iemand op een gegeven moment voor langere tijd op het bed komt te liggen en daar dus op een gegeven moment bewaakt wordt, geobserveerd wordt, dan wel dat er bepaalde diagnostiek wordt gepleegd, dan wel een bepaalde handeling wordt ingezet. Wat ik onder observeren zou verstaan weet ik niet zo duidelijk. Het vervelende van patiënten is dat die zich meestal niet presenteren met een etiket op hun voorhoofd. Ik denk dat je gewoon nog niet zeker bent over wat de diagnose is en wat je zou moeten doen met die patiënt. Ik denk niet dat er zo'n verschil is tussen diagnosticeren en observeren. Soms denk ik dat de diagnostiek een observatie vereist. Ja, je legt de patiënt neer, gaat kijken hoe het zich ontwikkeld terwijl er een bepaalde diagnostiek is ingezet. Diagnostiek is heel divers en je kan er tegenwoordig veel onder verstaan; het lichaamonderzoek, laboratoriumonderzoek, röntgenopname of een CT scan. Het kan zelfs zijn dat je een hartkatheterisatie doet en dat het onder diagnostiek valt. Als je al die diagnoses doet krijg je een differentiaal diagnose en heb je bepaalde zaken uitgesloten en bepaalde zaken niet. Dus je hebt dan de mogelijkheden misschien teruggebracht naar 3 of 4. En van daar ga je verder. Dan ga je dus nog langer observeren of dan ga je nog wat meer diagnostiek doen. Observeren kan op diverse plaatsen plaatsvinden. Dat is vakjargon van dat je iemand op een afdeling opneemt (...). Wij hanteren nog steeds de systematiek dat een SEH-patiënt na een aanwezigheid van 2-2 1/2 uur op de SEH, mits dat gekoppeld is aan een bepaalde zorgvraag en het verlenen van zorg, klinisch wordt geregistreerd. Er is geen wijziging in dit beleid gekomen. Ook niet begin dit jaar.(...)"

86. Volgens de algemeen directeur hanteert het ziekenhuis de norm 2 -2 1/2 alsmede zorginhoud als bepalende factoren voor het klinisch maken.

- Citaat verklaring van de algemeen directeur uit het verhoor van 5 augustus 2008:

"Zoals ik in het begin ook al heb uitgelegd hebben wij altijd, al jaar en dag, de politiek gehad dat 2-2½ uur en zorginhoud de bepalende factoren zijn voor het klinisch maken."

Kenmerk
JZ

Pagina
33 van 59

De algemeen directeur heeft niet gespecificeerd welke zorginhoud daarbij bepalend is.

87. De criteria die volgens de 'manager zorg' gelden zijn diagnostiek, behandeling en medische en verpleegkundige zorg.
- Citaat verklaring van de manager zorg uit het verhoor van 6 juni 2008:
"Een opname gaat in wanneer een patiënt langer dan 2-2,5 uur op de SEH verblijft waarbij sprake is van diagnostiek, behandeling en medische en verpleegkundige zorg."
88. De coördinator SEH/Observatorium geeft aan dat bij het klinisch maken er wel wat wezenlijks aan de hand moet zijn.
- Citaat uit verklaring van de coördinator SEH/Observatorium op 6 juni 2008:
"Patiënten die langer dan 2 ½ uur op de SEH waren moesten klinisch worden gemaakt vanuit de gedachte dat er ook wezenlijk iets was gedaan, namelijk foto's maken, bloed afnemen, een hechting of snijden."
89. Daarnaast hebben cardiologen in hun verhoren aangegeven dat op een vergadering van de NVVC (Nederlandse Vereniging voor Cardiologen) dan wel door de NVVC zelf zou zijn aangegeven dat iedere acute patiënt die niet planbaar is na 2 uur mag worden geregistreerd als opname.
- Citaat verklaring van cardioloog uit het verhoor van 20 juni 2008:
"Tijdens de voorjaarsvergadering van de NVVC, waar (...)I en (...) van de beroepsbelangencommissie van de NVVC ook aanwezig waren, en waar ik ook aanwezig was, heb ik gehoord dat iedere acute patiënt die niet planbaar is na 2 – 2 ½ uur mag worden geregistreerd als opname."
 - Citaat verklaring van cardioloog 2 uit het verhoor van 11 juni 2008:
"Begin dit jaar heeft de NVVC de norm van twee tot twee en half uur via de tamtam onder de cardiologen verspreid."

Conclusie

90. Directie, de manager zorg en coördinator SEH/Observatorium stellen dat er zorginhoudelijke criteria zijn gehanteerd om te komen tot een klinische registratie. Daarbij is genoemd: diagnostiek, behandeling en medische en verpleegkundige zorg, het maken van foto's, bloedafname, een hechting of snijden. De verklaringen bevatten geen eenduidige en afgebakende omschrijving van de gehanteerde zorginhoudelijke criteria. Enkele medisch-specialisten hebben verklaard dat zij geen zorginhoudelijke criteria hanteren.

Kenmerk

JZ

Pagina

34 van 59

91. De NZa kan het feitenrelaas uit het boeterapport en de daaraan verbonden conclusie dat het ziekenhuis niet aannemelijk heeft gemaakt dat zij bij het declareren van een klinische eendaagse DBC, naast het gehanteerde 2-uurscriterium, aanvullende zorginhoudelijke criteria zou hebben gehanteerd, volgen. De gevolgen die de NZa hieraan wenst te verbinden, zullen in hoofdstuk 6 volgen bij de beoordeling van de gedragingen van het ziekenhuis.

Onderzoek van de medische dossiers

92. De rapporteurs hebben aanvullend onderzoek verricht. Daarbij is een analyse gemaakt van een aantal casus van patiënten die langer dan 2 uur op de SEH zijn geweest en die als klinisch zijn geregistreerd, terwijl zij nog dezelfde kalenderdag zijn ontslagen. Voor de feitelijke grondslag van het onderhavige besluit is het volgende van belang.
93. Bij het onderzoek hebben de rapporteurs de medische statussen en de overgelegde X-Care-uitdraaien als bronnen gehanteerd.
94. Ten behoeve van dit onderzoek zijn 100 casus geselecteerd. Vervolgens zijn daaruit 48 casus c.q. SEH-bezoeken geselecteerd voor nader onderzoek, waarbij in totaal 80 medische dossiers zijn onderzocht. De kopieën van de medische statussen zijn aan de NZa overgedragen op 16 februari 2010. Deze kopieën zijn geanonimiseerd. De medische statussen zijn vervolgens gerangschikt naar casus.
95. Met betrekking tot de medische dossiers van de 48 casus is in het boeterapport getoetst of er sprake is van 'observatie' in de zin van de Regeling. Slechts als er sprake is van een 'observatie', is het immers toegestaan om een DBC voor klinische ééndaagse behandeling in rekening te brengen. Daarbij is het, zoals gezegd, van belang om vast te stellen wat de feitelijk geleverde zorg is en de omstandigheden waaronder deze zorg is geleverd.

96. Op basis van de verslaglegging in de medische dossiers hebben de rapporteurs vastgesteld dat, afgaand op de daarin vermelde informatie, in een aantal casus (25) niet is voldaan aan de criteria die gelden om een klinische DBC in rekening te mogen brengen. Voor deze gevallen is door de medische adviseurs van de NZa een casusbeschrijving gemaakt. De casusbeschrijving bevat een zakelijke weergave van de feitelijke medische behandeling en de omstandigheden waaronder die is toegepast, voor zover dit uit de medische verslaglegging kan worden afgeleid. Voorts bevat elke casusbeschrijving een weergave van de toetsing aan de criteria met bijbehorende conclusie.
97. De rapporteurs hebben blijkens het boeterapport niet alleen de medische status bij het onderzoek betrokken, maar ook de rest van het medische dossier. Daarbij zijn dus ook de door het ziekenhuis overgelegde uitdraaien uit X-care in het onderzoek betrokken. De NZa kan het feitenrelaas alsmede de daarop gebaseerde conclusies omtrent het aanvullend onderzoek volgen.
98. Het ziekenhuis heeft in aanvulling van haar grieven ook betoogd dat de 25 casus wel degelijk zouden voldoen aan de minimumcriteria. Daarbij heeft zij aanvullend bewijs overgelegd. Zowel het commentaar op de feiten als het aanvullend bewijs is in de beoordeling betrokken.
99. Het commentaar en het bewijs van het ziekenhuis is ten dele reeds in het boeterapport geadresseerd. Hoofdstuk 6 van dit besluit bevat een bespreking en beoordeling van het aanvullend commentaar en het bewijs dat eerst na bekendmaking van het boeterapport door het ziekenhuis is overgelegd.

5. Zienswijze Ommelander

100. Het ziekenhuis heeft op 29 juni 2011 haar schriftelijke zienswijze ingediend. Tijdens de hoorzitting op 7 juli 2011 heeft het ziekenhuis haar zienswijze mondeling toegelicht en aangevuld.¹⁶ Bij brief van 18 juli 2011 heeft het ziekenhuis nog een nadere schriftelijke reactie overgelegd. De zienswijze van het ziekenhuis kan als volgt worden samengevat.

¹⁶ De medisch specialisten van het ziekenhuis, hebben eveneens ter hoorzitting d.d. 7 juli 2011 een zienswijze naar voren gebracht. Deze zienswijze is ook in de beoordeling betrokken.

101. Het ziekenhuis wijst op het tijdsverloop van ruim 3 jaar sedert de start van het onderzoek. Dit is in strijd met de behoefte aan rechtszekerheid. Daarbij bevat het definitieve boeterapport volgens het ziekenhuis een koerswijziging ten opzichte van het conceptraapport. Eerst in het definitieve boeterapport staat de uitleg van het begrip 'observatie' centraal. Voorts ontbreekt volgens het ziekenhuis een concreet boetebedrag in het boeterapport.
102. Volgens het ziekenhuis ligt een onjuist wetsartikel ten grondslag aan de Regeling, nu artikel 37 van de Wmg slechts betrekking kan hebben op organisatorische maatregelen van technische aard. De in de Regeling opgenomen declaratiebepalingen zijn niet als zodanig te kwalificeren. Voorts bevat de toelichting bij de Regeling een voorbeeld van een situatie als bedoeld in artikel 6.2e (lees: artikel 6.1e) van de Regeling. Juist dit voorbeeld, handelend om een patiënt die is blootgesteld aan giftige stoffen, zou volgens het ziekenhuis de onhoudbaarheid van de koerswijziging van de NZa illustreren.
103. Verder is volgens het ziekenhuis van belang dat er geen door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijving van de prestatie 'klinische eendaagse DBC' bestaat. De NZa heeft nu juist bepaald dat de invulling hiervan wordt overgelaten aan het Lokaal Overleg. Verder zou het in strijd met wet- en regelgeving zijn om de Regeling in te vullen dan wel te wijzigen via de bandbreedte van een nog te nemen boetebesluit. Hiervoor zou de NZa conform artikel 57 van de Wmg een beleidsregel moeten opstellen.
104. Verder miskent de NZa volgens het ziekenhuis de eigen prestatiebeschrijving van een klinische eendaagse DBC. Uit de Wmg zou volgens het ziekenhuis volgen dat de NZa uitsluitend mag controleren of er sprake is van een opname op het Observatorium en, daarmee samenhangend, of er sprake is van een juiste declaratie. De NZa kan hieromtrent geen zorginhoudelijk oordeel geven.
105. De medisch specialisten declareren via het ziekenhuis. Dat maakt volgens het ziekenhuis niet dat daarmee het ziekenhuis uitsluitend verantwoordelijk zou zijn voor deze veronderstelde onjuiste declaraties. Verder weerspreekt het ziekenhuis dat zij opdracht zou hebben gegeven tot het hanteren van een 2-uurscriterium. Er is slechts sprake geweest van een toelichting die dient te worden gezien tegen de achtergrond van het gehele beleid. Van het stelselmatig registreren van SEH-patiënten als klinisch zodra die langer dan 2 uur op de SEH aanwezig waren, zonder dat sprake zou zijn van observatie op de verpleegafdeling, is geen sprake.

Kenmerk
JZ

Pagina
36 van 59

106. Volgens het ziekenhuis introduceert de NZa in het definitieve boeterapport een eigen zorginhoudelijke definitie van de term 'observatie'. Ditzelfde geldt voor de ondersteunende verklaringen van IGZ en CVZ omtrent de invulling van het begrip 'observatie', die eveneens pas in het definitieve rapport zijn geïntroduceerd. Het ziekenhuis betwist de inhoud ervan, nu gespreksverslagen ontbreken. Volgens het ziekenhuis is de NZa niet bevoegd om een eigen zorginhoudelijke definitie te introduceren, en bovendien acht zij deze definiëring onjuist. Voorts acht het ziekenhuis deze werkwijze in strijd met het Lex Certa-beginsel, nu de norm eerst in het boeterapport is geïntroduceerd. Daarbij verwijst het ziekenhuis naar de MvT en een tweetal uitspraken van de Afdeling. Verder is bij de invulling van de norm ten onrechte geen visie gevraagd aan de zorgverzekeraars en wetenschappelijke verenigingen.
107. De beoordeling of een patiënt dient te worden opgenomen op het Observatorium is slechts voorbehouden aan de medisch specialist. Volgens het ziekenhuis staat vast dat het Observatorium een verpleegafdeling is. Verder zou vaststaan dat de patiënten daadwerkelijk zijn opgenomen in het Observatorium. Verder blijkt uit de (internationale) literatuur dat aan opname op een Observatorium, al dan niet met observatie, zelfstandige betekenis toekomt en bovendien kostenbesparend is.
108. De verboden gedraging is niet een onvoldoende verslaglegging. Door 'observatie' ingevolge de Regeling uit te breiden met de verplichting tot adequate verslaglegging wordt een niet-bestuursrechtelijke norm opeens beboetbaar. Bovendien is er wel verslaglegging, via ZIS en X-care. De NZa miskent dat deze verslaglegging voldoende is om 'observatie' in de zin van de Regeling aannemelijk te maken. Bovendien geldt volgens het ziekenhuis dat de verslaglegging in de medische dossiers tot het domein van de medisch specialist behoort. Zij is slechts gehouden om de medisch specialisten te faciliteren in het kunnen voldoen aan deze verplichting.
109. Verder impliceert de werkwijze van de NZa een omkering van de bewijslast, door de eis te stellen dat het ziekenhuis schriftelijk dient aan te tonen dat er daadwerkelijk een observatie zou hebben plaatsgevonden.

Kenmerk
JZ

Pagina
37 van 59

110. Het ziekenhuis verwijst naar de discussie tussen de ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de toepasselijke norm, in het bijzijn van de NZa. Niet is gebleken dat de NZa zou zijn opgetreden tegen andere ziekenhuizen, terwijl daar reeds om zou zijn verzocht. Dit acht het ziekenhuis in strijd met het gelijkheidsbeginsel.
111. Voorts bevat de zienswijze van het ziekenhuis een reactie per casus, inclusief aanvullend bewijs, waaruit volgens het ziekenhuis zou blijken dat wel zou zijn voldaan aan de door de NZa gehanteerde minimumcriteria voor observatie.
112. Voor zover er in weerwil van het voorgaande sprake is van een overtreding, stelt het ziekenhuis hiervan geen financieel profijt te hebben gehad.
113. Bij het eventueel opleggen van een boete dient volgens het ziekenhuis niet te worden uitgegaan van de omzet van de totale Ommelandergroep, maar slechts van de omzet van de vestiging van het ziekenhuis die de overtreding heeft begaan. Op het moment van de overtreding was er immers nog geen fusie. Daarbij zou ook dienen te worden uitgegaan van de omzet van deze vestiging vóór de fusie, omdat de omzet per vestiging na de fusie niet mogelijk zou zijn.

Kenmerk

JZ

Pagina

38 van 59

6. Beoordeling

114. In dit hoofdstuk zal op grond van het hiervoor beschreven feitencomplex (zie hoofdstuk 2 en 4) worden beoordeeld of sprake is van overtreding van artikel 35 van de Wmg. Hierbij zal de NZa tevens ingaan op de hiervoor weergegeven zienswijze van het ziekenhuis.

Het boeterapport en de duur van het onderzoek

115. De doelstelling van het onderzoek¹⁷ valt binnen de reikwijdte van de Wmg. Het daaropvolgende onderzoek is eveneens rechtmatig. De NZa is immers bevoegd om gegevens op te vragen ten behoeve van haar toezicht op en handhaving van de relevante wettelijke bepalingen. Voor zover het ziekenhuis zich beroept op een discrepantie tussen het normenkader in het conceptrapport en het definitieve boeterapport, is van belang dat het ziekenhuis middels kennisname van de feitelijke grondslag van het conceptboeterapport in ieder geval in staat is gesteld om een reactie te geven op de relevante feiten en omstandigheden. Deze reactie is ook op transparante wijze verwerkt in het definitieve rapport.

¹⁷ Vgl. par. 1.2 van het boeterapport.

116. In dit verband verwijst de NZa naar de overwegingen van het CBb in de uitspraak van 11 februari 2010¹⁸ omtrent de aan het ziekenhuis opgelegde last onder dwangsom, waarin het College overweegt dat *“duidelijk (is) dat het doel dat de NZa met het onderzoek voor ogen had en heeft, steeds is geweest na te gaan of in de periode vanaf 1 januari 2008 met betrekking tot patiënten die op de afdeling SEH van het ziekenhuis zijn binnengekomen – mede gelet op het bepaalde in artikel 6.1 van de Regeling declaratiebepalingen – ten onrechte klinische DBC’s zijn geregistreerd.”* Deze scope van het onderzoek is in de onderzoeksfase nimmer gewijzigd.
117. Het bezwaar van het ziekenhuis tegen het ontbreken van een boetebedrag dient eveneens te worden gepasseerd, reeds vanwege de voorgeschreven scheiding tussen de rapportfase en besluitvormingsfase. De rapportfase is immers primair gericht op het onderzoek rondom een gedraging; eerst in de besluitvormingsfase komt de eventuele boete en boetehoogte aan bod.
118. Voor de gestelde lange duur van de onderzoeksfase sedert de start van het onderzoek in 2008, geldt dat hier geldige redenen voor zijn aan te wijzen. De NZa is dan ook van mening dat dit onderzoek niet onredelijk lang heeft geduurd. Voorts geldt dat de bevoegdheid tot het opleggen van een bestuurlijke boete eerst vervalt na vijf jaren nadat de overtreding heeft plaatsgevonden. De overtreding heeft betrekking op de periode vanaf 9 januari 2008 tot en met 6 juni 2008. De besluitvorming is derhalve ruimschoots binnen deze fatale termijn afgerond.
- Bevoegdheid en de gehanteerde normen*
119. Het juridisch kader is geschetst in hoofdstuk 3. In aanvulling hierop wenst de NZa nog het volgende op te merken.
120. Het is op grond van artikel 35 lid 1 onder c en d van de Wmg verboden voor een zorgaanbieder om een tarief in rekening te brengen dat niet overeenkomt met het tarief dat is vastgesteld voor de betrokken prestatie. In de relevante tariefbeschikking d.d. 15 februari 2008 zijn de met ingang van 1 januari 2008 geldende tarieven voor ziekenhuiszorg vastgesteld. De tarieven die (maximaal) in rekening mogen worden gebracht voor de voor deze casus relevante SEH zijn vastgesteld in genoemde tariefbeschikking alsmede de aan deze tariefbeschikking verbonden voorschriften ingevolge de Regeling.

Kenmerk
JZ

Pagina
39 van 59

¹⁸ CBb d.d. 11 februari 2010, LJN: BL3730, rechtsoverweging 5.4.2.

121. Het ziekenhuis is in casu aan te merken als zorgaanbieder in de zin van artikel 1 sub c onder 1 van de Wmg, aangezien sprake is van een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent. Dit geldt ook met betrekking tot de declaraties van de medisch-specialisten via het ziekenhuis. Op het ziekenhuis rust derhalve de verplichting op grond van artikel 35 om een juist tarief in rekening te brengen.
122. Het ziekenhuis betwist niet, althans niet gemotiveerd, dat zij in juridische zin verantwoordelijk is voor de rechtmatigheid van haar declaraties. Bovendien is in het boeterapport aannemelijk gemaakt dat het ziekenhuis een 2-uurscriterium heeft gehanteerd voor onderhavige declaraties. Voor zover het ziekenhuis weerspreekt dat zij opdracht zou hebben gegeven tot het hanteren van een 2-uurscriterium, merkt de NZa op dat zij de mening van het ziekenhuis niet deelt. In randnummer 91 is toegelicht dat de interne instructies wijzen op het hanteren van een 2-uurscriterium, en dat het ziekenhuis niet aannemelijk heeft gemaakt dat er aanvullende zorginhoudelijke criteria zouden zijn gehanteerd. Beide redenen bieden afzonderlijk voldoende grondslag om de overtreding aan het ziekenhuis toe te rekenen.
123. Het ziekenhuis heeft met betrekking tot de voor de boeteoplegging relevante 25 casus uit het boeterapport een klinische eendaagse DBC in rekening gebracht. Voor een dagopname is dit slechts toegestaan voor zover er sprake is van één van de in artikel 6.1 van de Regeling genoemde uitzonderingsgronden. Niet in geschil is dat in geen van de relevante casus sprake is van één van de uitzonderingssituaties, genoemd in artikel 6.1b. tot en met 6.1d. van de Regeling. Verder is in het boeterapport toegelicht dat evenmin is voldaan aan de in artikel 6.1e. van de Regeling genoemde uitzonderingsgrond, onder meer omdat er geen sprake is van een 'observatie' in de zin van dit artikel. Het boeterapport concludeert vervolgens tot overtreding van artikel 35, eerste lid van de Wmg.
124. Daarbij is de NZa in tegenstelling tot het ziekenhuis van mening dat artikel 37 van de Wmg de grondslag biedt voor de declaratievoorschriften ex artikel 6.1 van de Regeling. Bovendien geldt dat ook in het tariefbesluit zelf is bepaald dat prestaties mogen worden gedeclareerd met inachtneming van de declaratievoorschriften, zoals opgenomen in de Regeling. De verbindende kracht van deze declaratiebepalingen kan daarmee tevens worden gebaseerd op artikel 52, zevende lid, van de Wmg.

Kenmerk
JZ

Pagina
40 van 59

125. In reactie op de stelling van het ziekenhuis dat de nadere invulling van de toepasselijke normen en de verdere prestatiebeschrijving door het Lokaal Overleg zou moeten plaatsvinden, en dat de NZa deze afspraak met onderhavige boetezaak zou doorkruisen, wijst de NZa op het volgende. In het boeterapport is reeds gewezen op de totstandkomingsgeschiedenis van de Regeling en de daarin opgenomen declaratiebepalingen.¹⁹ Aanleiding voor deze Regeling was dat de NZa kort na introductie van het DBC-systeem signalen ontving dat in toenemende mate ten onrechte kortdurende (eendaagse) SEH-zorg als klinische zorg werd gedeclareerd. De NZa heeft vervolgens de bestaande definities verduidelijkt en aangescherpt. Dit heeft uiteindelijk zijn beslag gekregen in de huidige regeling. De NZa wijst er op dat zowel de ziekenhuizen als de zorgverzekeraars zijn betrokken bij de totstandkoming van de Regeling.
126. Niet in geschil is dat het begrip 'observatie' zoals gehanteerd in artikel 6.1e. van de Regeling, ruimte laat voor interpretatie. Dit is overigens niet uitzonderlijk; dit geldt voor de meeste normen waarop de NZa toezicht houdt. In eerste instantie is het een taak van de zorgaanbieders om in overeenstemming met de zorgverzekeraars te bepalen wat precies onder het medisch begrip 'observatie' moet worden verstaan. Voor zover het ziekenhuis zich er op beroept dat verdere invulling van de relevante norm(en) in het Lokaal Overleg zou moeten plaatsvinden, stelt de NZa vast dat dit kennelijk tot op heden nog niet heeft plaatsgevonden.
127. Overigens lijken de NZa en het ziekenhuis het eens te zijn over het feit dat het begrip 'observatie' niet los gezien kan worden van het specifieke zorgproduct waarbinnen de observatie plaatsvindt. Zoals in het boeterapport is terug te lezen onderschrijft de NZa dat 'observatie' geen statisch begrip is. Volgens het boeterapport geldt dat *"wat binnen het ene medisch product kan worden aangemerkt als observatie, dat binnen een ander medisch product pertinent niet (is) en voor weer andere medische producten zal het begrip in het geheel geen rol spelen."*
128. Bij het preciseren van wat men verstaat onder observatie, zal men dit dus per medisch product moeten doen. De inhoud zal immers per product variëren.

Kenmerk
JZ

Pagina
41 van 59

¹⁹ Vgl. par. 7.1.4, bijlage 7C en Regeling CI/NR-100.072.

129. De kenmerken van de patiënt (bijvoorbeeld klachten, voorgeschiedenis etc.) zijn dus ook in de ogen van de NZa belangrijk en veelal bepalend voor de beoordeling of er een 'observatie' heeft plaatsgevonden. Een dergelijk medisch-inhoudelijk oordeel kan en wil de NZa echter niet vellen, en dat heeft zij dus ook niet gedaan. Zoals in het boeterapport is beschreven heeft de NZa minimumcriteria opgesteld waar een observatie minimaal aan dient te voldoen. Hierbij wordt dus niet gekeken naar de kenmerken van de patiënt en de 'passendheid/noodzakelijkheid' van de observatie, maar puur of er sprake zou kunnen zijn geweest van een observatie, met inachtneming van de verslaglegging van de systematische waarnemingen.

Kenmerk
JZ

Pagina
42 van 59

Minimumcriteria

130. De ruimte voor nadere invulling van de norm laat onverlet dat er naast een gebied dat ruimte laat voor interpretatie, een ondergrens bestaat van zorgverlening die evident niet valt te kwalificeren als 'observatie'. En dit impliceert dat deze zorgverlening evident geen grondslag kan bieden voor afwijking van de hoofdregel dat geen klinische eendaagse DBC kan worden gedeclareerd voor SEH.
131. De NZa is de door de wetgever aangewezen instantie om hier toezicht op te houden. De eventuele nalatigheid van de ziekenhuizen en zorgverzekeraars om tot nadere definiëring van het begrip observatie over te gaan, laat de eigen verantwoordelijkheid van de NZa onverlet om toe te zien op eventuele schending van de toepasselijke normen voor het declareren van klinische eendaagse DBC's.
132. Tegen deze achtergrond dienen de geformuleerde 'minimumcriteria' te worden gezien. Het zijn elementen die naar algemeen medisch gebruik bij elke observatie aan de orde zijn, ongeacht hoe men dat begrip nader afbakt. Als deze elementen ontbreken, dan is er zeker geen sprake van een observatie.
133. Niet valt dan ook in te zien dat de handhaving van deze minimumcriteria in een boetebesluit, in strijd zou zijn met het Lex Certa-beginsel of met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur. De NZa mag er redelijkerwijs vanuit gaan dat het ziekenhuis op zijn minst genomen deze minimumcriteria in acht neemt.
134. Paragraaf 5.2 van het boeterapport bevat de minimumcriteria die de rapporteurs hebben gehanteerd om de evidente casus te onderscheiden. Volgens deze criteria kan het medisch dossier in ieder geval niet als verslaglegging van een observatie worden beschouwd als niet is voldaan

aan alle daar genoemde vijf eisen. Deze eisen houden in dat ten minste de volgende informatie moet worden aangetroffen:

Kenmerk
JZ

Pagina
43 van 59

- informatie waaruit blijkt welk diagnostisch/medisch beleidsdilemma reden was tot het besluiten tot een observatie en waarom tot die specifieke wijze van observatie is besloten;
- informatie waaruit blijkt dat controle van de conditie van de patiënt heeft plaatsgevonden;
- informatie waaruit blijkt dat deze controle op systematische wijze heeft plaatsgevonden;
- informatie waaruit blijkt dat deze systematische controle plaatsvond op bepaalde parameters;
- informatie waaruit blijkt dat de observatie die heeft plaatsgevonden bepalend is geweest voor de bepaling van het verdere medische beleid.

135. Zoals reeds hiervoor is toegelicht doet het feit deze minimumcriteria eerst in onderhavig boetebesluit zijn geëxpliciteerd, geen afbreuk aan de geldigheid ervan. Deze criteria zijn immers gebaseerd op een redelijke uitleg van de geldende regelgeving.

136. Volgens het ziekenhuis is de NZa niet bevoegd om de zorginhoudelijke noodzaak tot 'observatie' te beoordelen. In aanvulling op randnummer 129 wijst de NZa op het onderscheid tussen twee soorten beoordelingen:

- de beoordeling op medisch-inhoudelijke gronden of een bepaalde behandeling, die mogelijk als observatie kan worden beschouwd, geïndiceerd is; en
- de beoordeling op grond van algemeen aanvaarde medische kennis dat een behaalde behandeling kan worden beschouwd als een vorm van observatie.

Voor de eerste vorm van beoordeling is een medisch-inhoudelijk oordeel over de gevolgde handelswijze noodzakelijk. Een zodanige beoordeling ligt niet ten grondslag aan het boeterapport. Voor de tweede beoordeling is weliswaar medische kennis nodig, maar geen medisch oordeel. Deze beoordeling ligt wel ten grondslag aan dit boeterapport. Niet valt in te zien dat de medisch adviseurs van de NZa niet bevoegd en in staat zouden zijn tot deze vorm van beoordeling.

137. De NZa acht het opmerkelijk dat het ziekenhuis wel ingaat op de volgens hen onjuiste totstandkoming van de minimumcriteria, maar dat de zienswijze geen enkele inhoudelijke betwisting bevat van de criteria zelf. Wel bevat deze zienswijze in paragraaf 5.2 verwijzingen naar de medische literatuur omtrent het Observatorium dan wel observatie op het Observatorium.

De NZa is van mening dat de inhoud hiervan geen aanleiding biedt om te twifelen aan de juistheid van de in het boeterapport gehanteerde criteria.

Kenmerk
JZ

Pagina
44 van 59

138. Nu het ziekenhuis geen argumenten heeft aangevoerd die afbreuk doen aan de inhoud van deze criteria, ziet de NZa hierin een bevestiging van haar standpunt dat het ziekenhuis deze criteria had kunnen en ook moeten voorzien.
139. De IGZ onderschrijft per e-mail de uitgangspunten en de minimumcriteria die de NZa in haar boeterapport heeft gehanteerd. De stelling van het ziekenhuis dat de inhoud van deze e-mail in strijd zou zijn met de wetenschappelijke inzichten, motiveert het ziekenhuis niet. Deze stelling dient daarom te worden gepasseerd.
140. Hiervoor in randnummer 129 is reeds toegelicht dat medewerkers en directie weliswaar stellen dat het ziekenhuis naast een 2-uurscriterium zorginhoudelijke criteria zou hebben gehanteerd bij de relevante declaraties, maar dat uit geen van de documenten en verklaringen duidelijk wordt hoe het ziekenhuis deze zorginhoudelijke criteria nader invult. Dit valt evenmin af te leiden uit de schriftelijke zienswijze van het ziekenhuis.
141. Tijdens de hoorzitting is namens het ziekenhuis bepleit dat de opname op een Observatorium voldoende aannemelijk zou maken dat er sprake is geweest van 'observatie' in de zin van de Regeling. De NZa volgt het ziekenhuis in de stelling dat het Observatorium kan worden beschouwd als een verpleegafdeling in de zin van artikel 6.1 van de Regeling.
142. Dit biedt evenwel geen aanleiding om van de conclusies in het boeterapport af te wijken. De locatie op zichzelf kan immers geen rol spelen bij de beoordeling van de vraag of er sprake is van 'observatie' in de zin van de Regeling. Niet de locatie is immers bepalend, maar de verleende zorg.
143. Voor zover het ziekenhuis van mening is dat opname op het Observatorium zou impliceren dat er naast een opname daadwerkelijk sprake zou zijn van 'observatie', deelt de NZa dit standpunt evenmin. De enkele opname op het Observatorium is hiervoor onvoldoende. De vraag of er sprake is van 'observatie' in de zin van de Regeling dient te worden beoordeeld op basis van de daadwerkelijk verleende zorg. De rapporteurs hebben dit terecht beoordeeld aan de hand van de documenten en verklaringen omtrent de interne declaratiecriteria, alsmede aan de hand van het medisch dossier.

144. Overigens geldt dat niet ter discussie staat dat het Observatorium van het ziekenhuis meer functies heeft dan slechts opname ter 'observatie'. Declaratie van een klinisch eendaagse DBC is dus slechts voor een beperkt gedeelte van de opnames op het Observatorium aan de orde. Dat wil niet zeggen dat opname in andere gevallen niet nuttig of noodzakelijk zou zijn, zoals bijvoorbeeld in geval van wachttijd of het verrichten van aanvullende diagnostiek. Er is dan alleen geen mogelijkheid tot het declareren van een klinische eendaagse DBC.
145. Overigens geldt dat ook het in de gaten houden van de patiënt, ergo het bewaken van de klinische toestand van de patiënt, in de beoordeling door de NZa als relevante parameter kan worden gezien. Deze dient echter wel te voldoen aan de minimumcriteria. Dit betekent onder meer dat ook dan geldt dat de controle op de betreffende parameter blijkens de verslaglegging in het medisch dossier systematisch dient te zijn uitgevoerd en tevens een bijdrage dient te leveren aan het bestaande dilemma. Wachttijd tot aanvullend onderzoek of kortdurende opname op het Observatorium zonder verdere klinische vraag voldoen hier niet aan.
146. De NZa hecht eraan om nogmaals op te merken dat zij geen medisch-inhoudelijk oordeel velt over de noodzaak tot observatie. De rapporteurs hebben slechts gecontroleerd of de inhoud van de medisch dossiers informatie bevat, die mogelijk kan worden beschouwd als verslaglegging van een 'observatie'. De rapporteurs hebben op geen enkele wijze beoordeeld of in de relevante casus al dan niet een 'observatie' zou zijn geïndiceerd.
147. De stelling van het ziekenhuis dat opname op het Observatorium, met of zonder observatie, volgens de literatuur zinvol zou kunnen zijn in termen van kwaliteitsverbetering en kostenbesparing en zelfs in bepaalde gevallen als noodzakelijk betiteld kan worden voor bepaalde patiëntengroepen, bestrijdt de NZa niet. Om een klinische DBC te mogen declareren moet er echter wel in het individuele geval sprake zijn van opname op een verpleegafdeling **en** een observatie (cfm. artikel 6.1e van de Regeling). Het enkele feit dat de patiënt deel uitmaakt van een populatie waarvoor op grond van de literatuur opname op het Observatorium zinvol zou kunnen zijn, wil dit dus niet zeggen dat dit in het individuele geval ook noodzakelijk is en dat dit vervolgens ook daadwerkelijk gebeurd is.

Kenmerk

JZ

Pagina

45 van 59

148. Tijdens de hoorzitting is nog gesteld dat de indicatie van de medisch specialist bepalend zou moeten zijn voor de beoordeling of sprake is van 'observatie'. Ook deze stelling is naar de mening van de NZa niet houdbaar, omdat ook hier geldt dat de daadwerkelijk verleende zorg bepalend is voor de vraag of sprake is van 'observatie' in de zin van de Regeling. In aanvulling op de vorige randnummers impliceert deze stelling dat deze indicatiestelling een interne aangelegenheid van het ziekenhuis respectievelijk de medisch specialist zou zijn. Dit is onjuist. De wet- en regelgeving, met de NZa als toezichthouder, bevat verplichtingen op grond waarvan op het ziekenhuis de verplichting rust om haar declaraties op adequate wijze te kunnen verantwoorden. Daarvan is geen sprake als deze zienswijze van het ziekenhuis zou worden gevolgd.
149. In reactie op het standpunt in paragraaf 1.4.3 van de schriftelijke zienswijze van het ziekenhuis dat het voorbeeld dat de NZa heeft opgenomen in artikel 6.2e (lees: 6.1e) van de Regeling niet zou stroken met het standpunt in het boeterapport, volgt de NZa dit standpunt evenmin. Het voorbeeld heeft betrekking op een patiënt die in aanraking is gekomen met giftige stoffen. Stel dat een patiënt een giftige stof inademt, waarvan bekend is dat dit kan leiden tot zwelling van de luchtwegen en uiteindelijk tot verstikking. Het is dan van belang om vast te kunnen stellen of deze blootstelling al dan niet tot ademhalingsproblemen zal leiden. Het kan zijn dat het ter vaststelling daarvan noodzakelijk is gedurende langere tijd op systematische wijze te kijken of zich na verloop van tijd problemen voordoen met de ademhaling. Dit om te bepalen of de patiënt veilig huiswaarts kan gaan dan wel dat nadere behandeling noodzakelijk is.
150. Een ziekenhuis zal de patiënt in voorkomend geval ter observatie opnemen, waarbij bijvoorbeeld met vaste regelmaat de ademhalingsfrequentie en de zuurstofsaturatie in het bloed zal worden gemeten en ook zal worden vastgelegd. De onzekerheid en daarmee de duur van de observatie is afhankelijk van het soort en de ernst van de intoxicatie alsook van de kenmerken van de patiënt. De observatie zal duren tot het medische vraagstuk is beantwoord en duidelijk is wat het te voeren beleid moet zijn.

Beoordeling bewijs

151. In hoofdstuk 4 zijn de relevante feiten beschreven rondom de door het ziekenhuis gehanteerde criteria bij het declareren van een klinische eendaagse DBC. Deze feiten rechtvaardigen de conclusie dat het ziekenhuis niet aannemelijk heeft gemaakt dat zij bij het declareren van een klinische eendaagse DBC, naast het gehanteerde 2-uurscriterium,

Kenmerk
JZ

Pagina
46 van 59

aanvullende zorginhoudelijke criteria zou hebben gehanteerd. Op grond hiervan bestaat het vermoeden dat het ziekenhuis een onjuiste maatstaf heeft gehanteerd voor het declareren van klinische eendaagse DBC's.

Kenmerk
JZ

Pagina
47 van 59

152. Vervolgens hebben de rapporteurs de medische dossiers beoordeeld. De rapporteurs hebben daarbij als bronnen gehanteerd de medische statussen en de overgelegde X-Care-uitdraaien. Uit het boeterapport blijkt welke uitgangspunten de rapporteurs daarbij hebben gehanteerd voor hun beoordeling, waaronder de gehanteerde minimumcriteria. Korthedshalve verwijst de NZa hieromtrent naar het boeterapport. In aanvulling hierop wenst de NZa nog het volgende op te merken. Uit de beoordeling in het boeterapport blijkt dat telkens als opname-indicatie is vermeld in X-care: OBSERV. Zoals reeds is aangegeven valt hieruit af te leiden dat in die gevallen op enig moment als indicatie voor de opname het uitvoeren van een 'observatie' is gekozen en dit in de daartoe bestemde kolom in X-care is ingevoerd door of onder verantwoordelijkheid van de arts. Dit kan echter niet worden opgevat als informatie waaruit specifiek blijkt welk diagnostisch/medisch beleidsdilemma reden is geweest voor het besluit om tot een observatie over te gaan en evenmin om welke reden tot die specifieke wijze van observatie is besloten.
153. Voorts staan in X-care onder de categorie Verrichtingen in een scrollschermoveerzicht verrichtingencodes aangevinkt. Zoals is op te maken uit de beoordeling van de rapporteurs van de NZa zijn deze handelingen echter aan te merken als diagnostiek (zoals labtesten, een ecg, een fietsproef) of als administratieve gegevens. Een administratief gegeven is bijvoorbeeld de vermelding van een zorgactiviteit, zoals 'poliklinisch consult'. Ook wanneer dergelijke diagnostiek wordt verricht op het Observatorium, is overigens nog niet meteen sprake van een observatie. Daarvoor moet minimaal ook zijn voldaan aan de andere elementen die een observatie kenmerken.
154. In een aantal gevallen is de beschreven handeling in het medische dossier mogelijk wel aan te merken als een controle van de conditie van de patiënt aan de hand van een bepaalde parameter, maar in geen van de gevallen is sprake van systematische controle zoals bij observatie is vereist, omdat de controle op de betreffende parameter blijkens de verslaglegging in het medisch dossier niet systematisch is uitgevoerd en tevens geen bijdrage heeft geleverd aan het bestaande dilemma. Aangezien noch in de medische status noch in de overige stukken handelingen staan vermeld die als observatie kunnen gelden, ontbreekt ook informatie waaruit blijkt dat de observatie die zou hebben

plaatsgevonden bepalend is geweest voor de keuze van het verdere medische beleid.

Kenmerk
JZ

Pagina
48 van 59

155. De NZa deelt de conclusie uit het boeterapport dat het ziekenhuis in de beschreven casuïstiek niet heeft voldaan aan de minimumcriteria voor 'observatie'. Het eerdere bewijsvermoeden van het hanteren van een onjuiste maatstaf (2-uurscriterium), en daarmee het vermoeden van het ten onrechte declareren van een eendaagse klinische DBC, is met deze controle van de medische dossiers bevestigd.
156. Uit het boeterapport blijkt dat de rapporteurs bij de beoordeling van de medisch dossiers als uitgangspunt hanteren dat bij een opname verwacht mag worden dat het medisch dossier, waaronder de klinische status die juist hiervoor bestemd is, adequate verslaglegging bevat van de medische behandeling.
157. Voor zover het ziekenhuis stelt dat de NZa ten onrechte een verslagleggingsplicht zou introduceren, miskent het ziekenhuis dat de NZa aannemelijk heeft gemaakt dat het ziekenhuis een onjuiste maatstaf (2-uurscriterium) hanteert. De vereiste verslaglegging aan de zijde van het ziekenhuis dient dan ook te worden gezien tegen deze achtergrond.
158. Dit laat overigens onverlet dat het vereiste van een adequate verslaglegging ook op zichzelf gerechtvaardigd is. Er is immers een wettelijke verplichting tot verslaglegging, waaronder de verplichting voor zorgverleners om ingevolge artikel 7:454 WGBO een medisch dossier bij te houden. Dit biedt derhalve een tweede argument voor het hanteren van een verslagleggingsplicht.
159. Overigens laat dit onverlet dat het ziekenhuis uiteraard tegenbewijs kan leveren. Het ziekenhuis heeft ook gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Het ziekenhuis heeft naast de reeds in de boeterapport overgelegde en beoordeelde bescheiden ook na kennisname van het boeterapport nog aanvullende stukken overgelegd. Daarmee tracht het ziekenhuis in weerwil van de conclusie in het boeterapport, alsnog te onderbouwen dat wel degelijk zou zijn voldaan aan de minimumcriteria voor 'observatie'. Deze aanvullende stukken zijn bij brief van 29 juni 2011 overgelegd. Vervolgens heeft de NZa het ziekenhuis nogmaals in de gelegenheid gesteld om aanvullend bewijs te overleggen, van welke gelegenheid het ziekenhuis bij brief 18 juli 2011 gebruik heeft gemaakt.

160. De aanvullende stukken in de brief van 29 juni betreft casusspecifieke informatie; relevante kopieën uit het medisch dossier en verklaringen van medisch specialisten. De bijgevoegde kopieën waren merendeels al in het bezit van de NZa. Deze hebben dan ook als basis gediend voor het boeterapport.
161. In een specifieke casus (casuscode 48228204) blijken de overlegde stukken echter voor de beoordeling relevante informatie te bevatten die de rapporteurs nog niet in hun bezit hadden. Dit betrof kopieën van documenten die melding maken van het index SEH bezoek. Deze documenten bevatten tevens een diagnose die niet uitsluit dat dit aanleiding zou kunnen zijn voor een 'observatie' in de zin van de Regeling
162. Dit wijkt af van de initiële beoordeling door de rapporteurs. In het boeterapport staat namelijk vermeld dat de verslaglegging rond betreffende patiënt geen melding maakt van het index SEH bezoek en bevat evenmin aanwijzingen voor een diagnose die tot een 'observatie' zou kunnen leiden. Op deze status is de opmerking 'meerling' aangebracht. Hierop is extra navraag bij de rapporteurs gedaan, maar een andere status van een patiënt met dezelfde naam en geboortedatum kon niet worden gevonden.
163. Nu de nieuw overgelegde informatie voor deze casus tot een heroverweging zou kunnen leiden ten opzichte van de beoordeling in het boeterapport, zou aanvullend onderzoek aangewezen zijn naar de originele documenten om de conclusie van de rapporteurs te kunnen beoordelen. De NZa verkiest echter bij de huidige stand van zaken om dit aanvullend onderzoek achterwege te laten. Dit leidt ertoe dat de NZa het ziekenhuis het voordeel van de twijfel dient te geven. De NZa zal deze casus derhalve niet meer ten grondslag leggen aan een boete-oplegging.
164. Voor de overige casus is geen nieuwe informatie overgelegd die zou kunnen leiden tot een heroverweging.
165. Voor 18 casus is in de zienswijze tevens een verklaring bijgevoegd. De kennelijke bedoeling van de verklaringen is om alsnog aannemelijk te maken dat is voldaan aan de minimumcriteria die in het boeterapport worden gehanteerd. Reden tot observatie, systematische wijze van controle en de wijze waarop de observatie heeft bijgedragen aan de bepaling van het verdere medische beleid worden in de verklaringen per casus beschreven.

Kenmerk
JZ

Pagina
49 van 59

166. De verklaringen zijn ter beoordeling naast het medisch dossier gelegd, inclusief het aanvullend bewijs van 29 juni 2011. Een deel van de informatie uit de verklaringen is niet terug te vinden in de medische verslaglegging. In de verklaring wordt bijvoorbeeld meerdere malen gesteld dat een systematische controle van de klinische toestand van de patiënt, de bloeddruk, pols, saturatie en temperatuur heeft plaatsgevonden, terwijl dit in de medische verslaglegging geen of slechts een eenmalige meting betreft van de betreffende parameter.
167. Ten aanzien van de verklaringen wijst de NZa er op dat deze verklaringen per casus eerst achteraf zijn opgesteld. En wel eerst in juni 2011, terwijl deze verklaringen betrekking hebben op behandelingen in 2008. Er is dus sprake van een aanzienlijk tijdsverloop tussen de behandelingsdatum en de datum van de opstelling van de verklaringen.
168. Nu de informatie uit de verklaringen zijn te kwalificeren als 'van algemene aard' zonder dat er sprake is van tot de casus herleidbaar bewijs, hecht de NZa hier niet de waarde aan die het ziekenhuis hieraan wenst te hechten.
169. Ten overvloede wijst de NZa er nog op dat deze verklaringen per casus niet zijn voorzien van een handtekening door de betreffende behandelend arts. Het is derhalve onduidelijk welke betrokken arts alsnog in 2011 verklaart welke behandeling voor de betreffende patiënt in 2008 heeft plaatsgevonden.
170. De NZa concludeert derhalve dat deze verklaringen geen afbreuk doen aan de feitelijke grondslag van het boeterapport.
171. Voorts heeft de NZa het ziekenhuis gelegenheid geboden aanvullende informatie te overleggen ter onderbouwing van de verklaringen. Het ziekenhuis heeft hier bij brief van 18 juli 2011 gebruik van gemaakt en heeft ter onderbouwing van de verklaringen kopieën van medische dossiers aangeleverd
172. Ook voor deze kopieën geldt dat zij merendeels reeds in het bezit van de NZa waren. Voor zover zij in ons bezit waren zijn zij dus meegenomen bij zowel de beoordeling in het boeterapport alsook de beoordeling van de verklaringen

Kenmerk
JZ

Pagina
50 van 59

173. De kopieën die eerst na publicatie van het boeterapport zijn overgelegd zijn getoetst, maar doen evenmin afbreuk aan de feitelijke grondslag van het boeterapport. Bijlage 2 bevat een overzicht van de casus waarvoor geldt dat het ziekenhuis in de boetebesluitfase alsnog nieuwe informatie heeft overgelegd.
174. Overigens geldt dat het ziekenhuis met betrekking tot een viertal dossiers erkent dat ten onrechte een klinische eendaagse DBC is gedeclareerd. Dit betreft casus 48034101, casus 48033209, casus 48034102 en casus 48034104. Dit impliceert dat voor 4 casus niet meer in geschil is dat het ziekenhuis onrechtmatig een eendaagse DBC heeft gedeclareerd.
175. Gelet op het voorgaande concludeert de NZa dat in 24 van de 25 casus die zijn genoemd in het boeterapport, niet is voldaan aan de vereisten voor het in rekening brengen van een klinische eendaagse DBC.
176. In deze gevallen is voor de verleende zorg een DBC voor een opname in rekening gebracht in plaats van een DBC voor een poliklinische behandeling. Derhalve heeft het ziekenhuis in al deze gevallen een tarief in rekening gebracht dat niet overeenstemt met het tarief dat voor de betrokken prestatie (maximaal) is vastgesteld.
177. Conclusie is dat het ziekenhuis hiermee artikel 35, eerste lid, onder c (voorzover het betreft het kostenbedrag voor het ziekenhuis) en d (voorzover het betreft het in rekening gebrachte honorariumtarief) van de Wmg heeft overtreden.

7. BOETE

178. De NZa acht het op grond van het voorgaande passend om de overtredingen van het ziekenhuis te beboeten.

7.1 Algemene uitgangspunten boeteoplegging

179. Op grond van artikel 85, eerste lid, van de Wmg beschikt de NZa over de bevoegdheid bestuurlijke boetes op te leggen aan degene die het bepaalde bij of krachtens de artikelen 23, 34 t/m 45, 48, 49, 61, 62 of 68 van de Wmg overtreedt. Onderhavige zaak ziet op de vastgestelde overtredingen van artikel 35 van de Wmg.
180. Artikel 85, tweede lid, van de Wmg stelt de boete voor zodanige overtredingen op ten hoogste € 500.000 of, indien dat meer is, 10% van de omzet van de onderneming in Nederland.

Kenmerk
JZ

Pagina
51 van 59

181. Ingevolge artikel 85, derde lid, Wmg geschiedt de berekening van de omzet op de voet van hetgeen artikel 377, zesde lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek bepaalt voor de netto-omzet.²⁰ De NZa gaat hierbij uit van de totale netto-jaaromzet van de overtreder (zoals opgenomen in de jaarrekening) in het laatst afgesloten boekjaar, tenzij deze naar de mening van de NZa geen passende beboeting toelaat.
182. De NZa houdt bij de vaststelling van de hoogte van de boete in ieder geval rekening met de ernst, de duur en de frequentie van overtredingen en de mate waarin deze aan de overtreder kunnen worden verweten, waarbij zonedig rekening wordt gehouden met de omstandigheden waaronder de overtredingen zijn gepleegd.
183. Om tot een evenredige boete te komen, doorloopt de NZa bij de boetetoemeting de volgende stappen.
184. De NZa heeft de overtredingen van artikelen die op grond van de Wmg beboetbaar zijn ingedeeld in zeer zware, zware en minder zware overtredingen. Aan de hand daarvan wordt de ernst van de overtreding (in abstracto) vastgesteld. Hiervoor wordt een boetegrondslag bepaald. De boetegrondslag is uitgedrukt als percentage van de netto-omzet van de betreffende overtreder in het laatst afgesloten boekjaar. Voor zeer zware overtredingen geldt een percentage van 2,5%. Voor zware overtredingen geldt een percentage van 1,25% en voor minder zware overtredingen geldt een percentage van 0,63%. Op die manier wordt de ernst van de overtreding (in abstracto) tot uitdrukking gebracht in het boetebedrag. Vervolgens beoordeelt de NZa de ernst van de overtreding in concreto.
185. Vervolgens stelt de NZa de boete eventueel bij aan de hand van bijkomende (boeteverzwarende of boeteverlichtende) omstandigheden. Deze omstandigheden worden van geval tot geval beoordeeld. Als boeteverzwarende omstandigheid kan bijvoorbeeld worden aangemerkt recidive. Als boeteverlichtende omstandigheid kan bijvoorbeeld worden aangemerkt de omstandigheid dat de overtreder op eigen initiatief de overtreding heeft beëindigd. Boeteverzwarende of boeteverlichtende omstandigheden worden in beginsel in het boetebedrag verwerkt met een verhoging of verlaging van het boetebedrag.

Kenmerk
JZ

Pagina
52 van 59

²⁰ De netto-omzet is gedefinieerd als: de opbrengst uit levering van (goederen en) diensten uit het bedrijf van de rechtspersoon, onder aftrek van kortingen en dergelijke en van over de omzet geheven belastingen.

7.2. Ernst van de overtreding in abstracto

Kenmerk

JZ

Pagina

53 van 59

186. De NZa is van oordeel dat een overtreding van artikel 35 van de Wmg in algemene zin (in abstracto) beschouwd moet worden als zeer zware overtreding. Een overtreding van artikel 35 van de Wmg schaadt immers direct het financiële belang van consumenten. Tevens betreft het een, in een formele wet strafbaar gestelde gedraging waarop de NZa toezicht houdt uit het oogpunt van het consumentenbelang in het algemeen en kostenbeheersing. Dat ook de wetgever (de overtreding van) voornoemde bepaling zwaar acht blijkt uit het feit dat bij de beboetbaarheid van een overtreding van artikel 35 van de Wmg is uitgegaan van een relatief hoog maximumbedrag voor een bestuurlijke boete. Voorts is overtreding van deze bepaling op grond van de Wet Economische Delicten strafrechtelijk vervolgbaar.²¹
187. De NZa acht het niet redelijk om in dit geval de totale omzet van Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep tot uitgangspunt te nemen bij de vaststelling van de boetegrondslag. Slechts de omzet van de vestiging die de overtreding heeft begaan wordt hierin betrokken. Het ziekenhuis stelt immers terecht dat de overtreding dateert van vóór de fusie. Ook de stelling van het ziekenhuis dat na de fusie de omzet per vestiging niet meer separaat kan worden vastgesteld, zal de NZa uit praktische overwegingen honoreren. Dit bij wijze van uitzondering op de hoofdregel dat de NZa de omzet van het jaar voorafgaand aan het boetebesluit als grondslag hanteert.
188. De NZa hanteert op grond van het voorgaande de omzet over 2007 om de boetegrondslag vast te stellen. Deze omzet bedraagt € 41.661.000,-.
189. Gelet op de kwalificatie van onderhavige overtredingen als zeer zwaar, acht de NZa het passend om uit te gaan van een boetegrondslag van 2,5% van deze omzet. Voor onderhavige geval wenst de NZa de boetegrondslag te maximeren op € 500.000,-.

7.3. Ernst van de overtreding in concreto

190. Op grond van de vastgestelde feiten en de juridische beoordeling daarvan staat volgens de NZa vast dat het ziekenhuis artikel 35 van de Wmg heeft overtreden. De NZa heeft de relevante tariefbeschikking en de Regeling op de voorgeschreven wijze bekend gemaakt, zodat het ziekenhuis hiervan op de hoogte is dan wel had moeten zijn.

²¹ Op grond van artikel 5:44, lid 3, sub a Awb en conform het (concept)protocol tussen het College van Procureurs-generaal van het Openbaar Ministerie, de FIOD-ECD, en de NZa is tijdens het tripartiete overleg besloten dat de NZa de onderhavige overtredingen bestuursrechtelijk zou handhaven.

191. De behandelingen waarvoor ten onrechte een klinische eendaagse DBC in rekening is gebracht behoren tot het A-segment en vallen dus onder de budgetsystematiek. Het ziekenhuis stelt dat zij geen financieel gewin heeft bij het onjuist typeren van de DBC vanwege deze budgetsystematiek.

Kenmerk
JZ

Pagina
54 van 59

192. In het boeterapport is er reeds op gewezen dat er wel een financieel belang voor het ziekenhuis kan zijn om een klinische eendaagse DBC te declareren in gevallen waarin dat niet is toegestaan. Dat belang kan zich op twee manieren voordoen:

- De budgetsystematiek kent verschillende parameters voor verpleegdagen en poliklinische behandelingen. Het ziekenhuis heeft er in de onderhandeling met de verzekeraar dus belang bij dat het kan laten zien dat 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 boeken van klinische eendaagse DBC's kan op die manier (op termijn) een opdrijvend effect hebben op de budgetten. Op langere termijn kan het onjuist typeren van de DBC dus tot financieel voordeel leiden voort het ziekenhuis.
- Er zijn signalen (zie volgende alinea) die erop wijzen dat de overtreding in feite een voortzetting is van gedrag dat al bestond voordat de regeling voor klinische eendaagse DBC's (c.q. de regeling vervat in artikel 6.1a t/m e van de Regeling declaratiebepalingen) van kracht werd. In die situatie kan worden gesteld dat de beperkende werking die beoogd was met de aangescherpte regeling ten aanzien van het declareren van klinische eendaagse DBC's, zal uitblijven. Ook in dat geval is sprake van een financieel gewin bij het ziekenhuis. Er is dan immers sprake van een hoger budget dan feitelijk gerechtvaardigd is op basis van de nu geldende regelgeving. Met andere woorden: het budget zou lager zijn geweest als het ziekenhuis ná invoering van de regeling voor klinische eendaagse DBC's per 1 juli 2007 wél was overgegaan tot een juiste toepassing van deze regeling.

In het geval van het onderzochte ziekenhuis kunnen beide mogelijkheden om financieel profijt te behalen uit het onterecht declareren van klinische eendaagse DBC's zich hebben voorgedaan.

193. Het onjuiste declareergedrag van het ziekenhuis – zoals hierboven is aangegeven – kan dus in de praktijk een financieel voordeel voor het ziekenhuis opleveren en het is aannemelijk dat dit zich daadwerkelijk heeft voorgedaan. Ook voor de langere termijn is het van belang dat de declaratiediscipline van ziekenhuizen wordt verbeterd omdat dit noodzakelijk is voor een goede invoering van volledige prestatiebekostiging.
194. Voorts wijst de NZa er in dit verband nog op dat ook de specialisten via het honorariumdeel rechtstreeks financieel gewin hebben gehad bij het onjuist declareren. Ook dit is evident in strijd met het consumentenbelang.
195. De stelling van het ziekenhuis dat ook de medisch specialisten een aanzienlijk feitelijk aandeel zouden hebben in het onjuist declareren, doet naar de mening van de NZa niets af aan de juridische verantwoordelijkheid van het ziekenhuis voor de rechtmatigheid van haar declaraties. Het ziekenhuis betwist immers niet, althans niet gemotiveerd, dat zij in juridische zin verantwoordelijk is voor de rechtmatigheid van haar declaraties. Bovendien blijkt uit het boeterapport dat het ziekenhuis een 2-uurscriterium heeft gehanteerd voor onderhavige declaraties, zodat ook vanwege de feitelijke context geen reden bestaat om de overtredingen niet aan het ziekenhuis toe te rekenen.
196. De NZa passeert ook het beroep op het gelijkheidsbeginsel. Immers de NZa heeft geen vergelijkbaar onderzoek gedaan in andere ziekenhuizen. De NZa heeft ook geen handhavingsverzoeken ontvangen om deze vermeende praktijken aan nader onderzoek te onderwerpen. Alleen al daarom kan er geen sprake zijn van gelijke gevallen.
197. Resumerend is de NZa van mening dat de gedragingen van het ziekenhuis in strijd zijn met de beoogde tariefregulering. Dit gaat ten koste gaat van het consumentenbelang en het belang van kostenbeheersing. De NZa kwalificeert in dit geval daarom deze overtredingen van artikel 35 van de Wmg als 'zeer ernstig'.

Kenmerk
JZ

Pagina
55 van 59

7.4 Duur van de overtredingen

198. Ten aanzien van de duur van de overtredingen hebben de rapporteurs aangegeven dat de overtredingen in de periode van januari 2008 tot met juni 2008 hebben plaatsgevonden. De NZa is van mening dat het onderzoeksrapport hiervoor voldoende basis biedt. De NZa kwalificeert deze duur als relatief lang.

7.5 Verwijtbaarheid

Kenmerk

JZ

Pagina

56 van 59

199. Op verzoek van de minister van VWS heeft de NZa in 2006 onderzoek gedaan naar de vraag of, gezien de presentatie van analyses van Vektis in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland, sprake is van onrechtmatig declareren door ziekenhuizen en medisch specialisten. Het rapport 'Declaraties Beter Controleerbaar'²² bevat de resultaten van dit onderzoek.
200. In dat rapport heeft de NZa onder meer aangegeven dat een verduidelijking of aanscherping van bestaande definities nodig was. Als uitvloeisel hiervan heeft de NZa per 1 juli 2007 een aantal nieuwe declaratiebepalingen ingevoerd, waaronder de regeling voor het declareren van klinische eendaagse DBC's. De sector is daarover geïnformeerd door middel van de brief van 23 februari 2007 met kenmerk MVRN/cwoe/CI/07/22c²³ en per brief van 21 mei 2007 met kenmerk MVRN/mbrd/CI/07/43c²⁴.
201. Het zijn deze aangepaste, per 1 juli 2007 in werking getreden, voorschriften voor het in rekening brengen van klinische eendaagse DBC's, waarvan in dit onderzoek wordt beoordeeld of deze zijn nageleefd door het ziekenhuis. Bij de start van het tijdvak waarover het onderzoek zich uitstrekt, waren deze voorschriften derhalve reeds een halfjaar van toepassing. Het ziekenhuis wordt geacht om van deze voorschriften op de hoogte te zijn.
202. Het ziekenhuis betoogt dat de regelgeving niet eenduidig zou zijn en voorts dat het opleggen van een boete in strijd zou zijn met het Lex Certa-beginsel. De NZa is van mening dat weliswaar de betekenis van het begrip 'observatie' per specifiek medisch product kan verschillen, maar dat vanzelfsprekend is dat iedere observatie in ieder geval de elementen dienen te bevatten die de NZa in eerdergenoemde minimumcriteria heeft vevat. Vanaf randnummer 130 is toegelicht dat het voor het ziekenhuis duidelijk had kunnen en moeten zijn, dat eerst sprake kan zijn van 'observatie' indien aan deze minimumcriteria is voldaan. Zoals hiervoor reeds is geconcludeerd, voldoen de declaraties van het ziekenhuis niet aan deze minimumcriteria.

²² Bijlage 7, document A

²³ Bijlage 7, document B

²⁴ Bijlage 7, document C

203. De stelling dat het ziekenhuis geen opdracht zou hebben gegeven tot het hanteren van een 2-uurscriterium doet geen afbreuk aan de verwijtbaarheid met betrekking tot de overtredingen. Het ziekenhuis is immers volledig verantwoordelijk voor de rechtmatigheid van de door haar ingediende declaraties.

Kenmerk
JZ

Pagina
57 van 59

204. Overigens wijst de NZa er op dat in het boeterapport terecht is geconcludeerd dat zowel de directie, de medewerkers alsmede de betrokken medisch specialisten van het ziekenhuis op de hoogte waren van de instructie om patiënten die langer dan 2 uur op de SEH verblijven klinisch te registreren, zonder dat het ziekenhuis aannemelijk heeft gemaakt dat zij bij het declareren van een klinische eendaagse DBC, naast het gehanteerde 2-uurscriterium, aanvullende zorginhoudelijke criteria zou hebben gehanteerd. Ook op grond van deze feiten ziet de NZa geen aanleiding om deze gedraging als minder verwijtbaar te kwalificeren.

7.6 Boeteverhogende/boeteverlagende omstandigheden

205. De NZa acht geen boeteverhogende- of verlagende omstandigheden aanwezig die moeten worden betrokken bij de vaststelling van de hoogte van de overtredingen.

7.7 Conclusie hoogte boetebedrag

206. Hiervoor is reeds vastgesteld dat, gelet op de zwaarte van de overtredingen en de concrete omstandigheden waarbinnen deze hebben plaatsgevonden, sprake is van zeer ernstige overtredingen. Uit de zienswijze van het ziekenhuis is geen reden gebleken, op grond waarvan de overtreder geen verwijt kan worden gemaakt van de overtredingen of op grond waarvan de overtredingen anderszins niet aan het ziekenhuis kan worden toegerekend.

207. In beginsel is de NZa bevoegd om in voorkomende gevallen voor iedere overtreding afzonderlijke een maximale boete per overtreding op te leggen. De NZa kan evenwel – indien er, zoals in casu, sprake is van meerdere overtredingen – in plaats van elke overtreding afzonderlijk te beboeten, een boete opleggen voor het geheel van deze overtredingen. Nu het in deze zaak gaat om een aanzienlijk aantal overtredingen die in hoge mate vergelijkbaar zijn en die in onderling verband moeten worden beschouwd, ligt het niet in de rede om per casus een aparte boete op te leggen. Daarom zal de NZa deze overtredingen aanmerken als één samenhangende overtreding.

208. Bij de vaststelling van de hoogte van de boete neemt de NZa in acht dat de boete het ziekenhuis van toekomstige overtredingen dient te weerhouden, en ook andere potentiële overtreders dient af te schrikken (speciale en generale preventie). Voorts neemt de NZa in ogenschouw dat de nadelige gevolgen van de op te leggen boete niet onevenredig mogen zijn in verhouding tot de met het besluit te dienen doelen.
209. Het voorgaande leidt tot de vaststelling dat de NZa met inachtneming van de ernst duur en omvang van de overtredingen en de verwijtbaarheid van de overtreder, aan de Ommelander Ziekenhuis Groep een boete wordt opgelegd van € 500.000 voor de overtreding van artikel 35 van de Wmg.

Kenmerk
JZ

Pagina
58 van 59

8. BESLUIT

210. De NZa stelt vast dat De Ommelander Ziekenhuis Groep artikel 35 van de Wmg heeft overtreden doordat zij in de periode van januari tot en met juni 2008 ten onrechte klinische eendaagse DBC's heeft gedeclareerd.
- 2.11 Op grond hiervan legt de NZa aan De Ommelander Ziekenhuis Groep een boete op van € 500.000,-.

Utrecht, 30 september 2011

De Nederlandse Zorgautoriteit

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Ingevolge artikel 106 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 7:1 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post of per fax (dus niet via e-mail), indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Juridische Zaken, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht.

Kenmerk
JZ

Pagina
59 van 59

Het bezwaar moet volgens artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, de dagtekening, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Wij verzoeken u een kopie van het bestreden besluit bij te voegen.

De NZa wijst op de mogelijkheid die de Algemene wet bestuursrecht de indiener van een bezwaarschrift biedt, om in dat geschrift de NZa te verzoeken de bezwaarschriftenfase over te slaan. Indien de NZa uw verzoek inwilligt, zal uw bezwaarschrift worden doorgezonden naar de rechtbank en daar als beroepschrift worden behandeld. De procedure kan daardoor worden verkort. Indien de NZa uw verzoek niet inwilligt, staat tegen deze beslissing geen beroep open en zal uw bezwaarschrift door de NZa worden behandeld.