

Aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg

Inleiding

Op vrijdag 21 maart 2014 heeft de NBA de Audit Alert 31 gepubliceerd. In deze alert wordt door de NBA gewezen op de grote onzekerheden ten aanzien van het vaststellen van de DBC-omzet. De NBA concludeert dat gegeven die onzekerheden een goedkeurende verklaring niet tot de mogelijkheden behoort.

Naar aanleiding van bovenstaande hebben de afgelopen periode diverse overleggen met de partijen van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord (VWS, NVZ, ZN, NFU, ZKN en de OMS), de NZa en de NBA plaatsgevonden. Het overleg tussen partijen heeft geleid tot een gezamenlijke aanpak die erop is gericht de onzekerheden rondom de verantwoordingen in de medisch specialistische zorg weg te nemen. Deze oplossing is binnen bereik gekomen omdat alle betrokken partijen vanuit hun eigen verantwoordelijkheid een bijdrage hebben geleverd. De minister zal ter maatschappelijke legitimering van de aanpak de Tweede Kamer informeren over de gemaakte bestuurlijke afspraken.

Uitgangspunten ten aanzien van het aanvullend omzetonderzoek

De periode 20 mei 2014 tot 1 september 2014 wordt gebruikt voor het aanvullende omzetonderzoek met een onderscheid in de effecten voor de DOT jaren 2012 en 2013 en de oude jaren (2011-2010). Hieronder wordt puntsgewijs weergegeven waaraan het aanvullende omzetonderzoek moet voldoen:

- In het onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen de DBC jaren (2011 en eerder) en de DOT jaren (2012 en 2013).
- Voor de DBC schadejaren maken de zorgverzekeraars de uiterlijk op 1 mei 2014 reeds uitgezette controles af voor 1 september 2014. De effecten van deze correcties worden verwerkt in de definitieve afrekening van het FB-systeem. Voor DBC's geopend in 2011 en gesloten in 2012 wordt voor het oude A-segment niet gecorrigeerd vanwege de werking van het transitie-model. Het niet verwerken van de correcties in het transitie-model betekent concreet dat de foutieve declaraties ook niet worden teruggevorderd door de zorgverzekeraars.
- Voor de DOT jaren voeren de instellingen de controles uit middels een self assesment op basis van het onderzoeksprotocol. Dit vervangt de (formele, materiële en gepast gebruik) controles door de zorgverzekeraars en de NZa. Binnen dit onderzoek valt de volgende declaratiemassa: DOT-zorgproducten oud-B-segment geopend en gesloten in 2012, DOT zorgproducten geopend in 2012 en gesloten in 2013 en DOT-zorgproducten geopend in 2013 en gesloten in 2013. De DOT-zorgproducten oud-A-segment geopend en gesloten in 2012 worden niet onderzocht en gecorrigeerd vanwege de compenserende werking van het transitie-model. Ook hiervoor geldt dat het niet verwerken van de correcties in het transitie-model betekent concreet dat de foutieve declaraties ook niet worden teruggevorderd door de zorgverzekeraars. De correctie op de DOT zorgproducten oud A geopend in 2012 en gesloten in 2013 wordt verwerkt in de omzet van het jaar 2013 (en dus niet in het onderhandenwerk 2012) om doorwerking in het transitie-model te voorkomen.

A Segment correctie	A Segment geen correctie	A Segment geen correctie	A Segment correctie	A Segment correctie	A Segment correctie
B Segment correctie	B Segment correctie	B Segment -correctie	B Segment -correctie	B Segment correctie	B Segment -correctie
2011		2012		2013	2014

Correctie op basis van eigen controles verzekeraar
Correctie op basis van onderzoek ziekenhuis
Geen correctie i.v.m. effect transitie-model

- In het controle- en onderzoeksprotocol is een lijst met door de NZa bepaalde controlepunten opgenomen, aangevuld met door zorgverzekeraars aangeleverde controlepunten. Deze zogeheten 22+ controlepuntenlijst met alle uit te voeren controlepunten is op 20 mei 2014 definitief vastgesteld na een laatste technisch overleg tussen NZa, zorgverzekeraars en instellingen. Per controlepunt is in een gezamenlijk door zorgverzekeraars en instellingen opgesteld onderzoeksprotocol de meest optimale wijze van controle bepaald. Indien mogelijk zal een query op de relevante declaratiemassa worden gedraaid waarmee alle fouten, uitgesplitst naar zorgverzekeraar, worden bepaald. Voor sommige controlepunten is dit niet mogelijk en zal middels alternatieve methoden de controles worden uitgevoerd en een zo goed mogelijk uitsplitsing van de resultaten naar zorgverzekeraars worden gemaakt. De wijze van uitsplitsing in deze situaties wordt nog verder geconcretiseerd en vastgelegd in overleg tussen de NVZ, NFU OMS, ZKN, en de gezamenlijke zorgverzekeraars.
- Alleen in die situatie dat een specifieke controle, door het karakter van de controle, niet door de instelling is uit te voeren zal de verzekeraar de controle zelf uitvoeren en dit afronden voor 1 september 2014. Dit kan alleen als de specifieke controle niet leidt tot dubbele correctie wegens samenloop met door het ziekenhuis uitgevoerde controles en correcties. Deze controles moeten ook voor 20 mei bekend zijn bij de instelling.
- Afgesproken is dat de NZa voor en tijdens de looptijd van het onderzoek na overleg met het veld duidelijkheid zal geven over onduidelijke normen en tevens uitspraken doet over hoe om te gaan met hiaten in de administratieve organisatie bij ziekenhuizen waardoor bepaalde zaken niet meer toetsbaar zijn. Partijen kunnen hun vragen schriftelijk indienen en toelichten bij de NZa. Daarna vindt oordeelvorming door de NZa plaats. Uitspraken hierover worden in een verboden-toegestaan-lijst vastgelegd. De 'oranje kwalificaties'¹ uit de onderzoeken worden daarmee door de NZa als verboden dan wel toegestaan gekwalificeerd. Deze oordelen van de NZa zullen sectorbreed gaan gelden en worden gepubliceerd.
- De duidelijkheid over de te gelden normen wordt door de NZa formeel gepubliceerd op 1 juni als streefdatum, met een uitloop naar uiterlijk 1 juli.
- Met deze oordelen van de NZa kunnen de rode kwalificaties uit het onderzoek worden gekwantificeerd voor de totale massa en wordt een specificatie per verzekeraar geraamd.
- De instelling rapporteert de uitkomsten van het onderzoek aan verzekeraars waarbij inzicht wordt gegeven in welke fouten in de declaratiemassa zijn aangetroffen en welke correcties daaruit voortvloeien. Voor de bepaling van de correcties per verzekeraar is de wijze van controle per controlepunt bepalend. Voor controles die door het draaien van een query worden uitgevoerd is een meer exacte bepaling mogelijk, voor andere controlewijzen zal een toerekening plaatsvinden.
- Het onderzoek betreft voor 2013 alle in 2013 geopend en gesloten zorgproducten ongeacht of deze al gefactureerd zijn. De uitkomsten van dit onderzoek worden voor het onderhanden werk ultimo 2013 (zorgproducten geopend in 2013 en te sluiten in 2014) representatief geacht voor de bepaling van de waardering hiervan in de jaarrekening. De controle op deze zorgproducten (geopend in 2013 en gesloten in 2014) wordt op de gebruikelijke wijze door de zorgverzekeraars uitgevoerd.

¹ Oranje kwalificaties betekent dat een DBC declaratie op een of meer controlepunten onzekerheden bevat als gevolg van onduidelijkheden of tekortkomingen rondom registratie- en declaratiebepalingen.

- Het product dat de externe accountant oplevert is een rapport van feitelijke bevindingen volgens standaard 4400 over het door de instelling uitgevoerde onderzoek en de rapportage daarover.
- De controleaanpak leidt tot correcties op het totaalniveau per zorgverzekeraar.
- Zorgverzekeraars voeren hun gebruikelijke doelmatigheidscontroles door middel van vergelijkingen tussen instellingen uit. Deze onderzoeken zijn er op gericht om tot verbeterafspraken, voor de toekomst, te komen en dienen niet voor financiële correctie (mede om dubbele correctie te voorkomen).
- Zorgverzekeraars hechten aan het zelfstandig vormen van een oordeel over de door de instellingen uitgevoerde self assessments. Er zal een externe expertgroep worden gevormd door zorgverzekeraars met een onafhankelijk voorzitter die door zorgverzekeraars, NVZ en NFU gezamenlijk wordt benoemd. Het staat (leden van) NVZ en NFU vrij om expertise in te brengen in de expertgroep. De expertgroep zal zich zelfstandig een oordeel vormen over de door de ziekenhuizen uitgevoerde onderzoeken. Deze expertgroep maakt gebruik van het rapport van het ziekenhuis en het rapport van bevindingen van de externe accountant. Indien noodzakelijk zal een review op onderliggende dossiers worden uitgevoerd. De aanpak vervangt voor de jaren 2012 en 2013 de reguliere controles door zorgverzekeraars. De al lopende controles door zorgverzekeraars over de jaren vóór 2012 worden voor 1 september 2014 afgerond.
- De NZa zal op korte termijn in een circulaire kenbaar maken dat als het aanvullend omzetonderzoek de benoemde controlepunten meeneemt, het onderzoek op toereikende wijze is uitgevoerd en het ziekenhuis de NZa informeert over de uitkomsten van het onderzoek, zorgaanbieders en zorgverzekeraars er vanuit mogen gaan dit voor NZa ook voldoende is.

Verrekening

Uit het bovenstaande vloeit de maximale terugbetaling voort. De periode van 1 september tot 1 november wordt gebruikt om met inachtneming van de contractafspraken, nadere afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar te maken over feitelijke terugbetalingen op basis van de uitkomsten van het aanvullend omzetonderzoek. Zorgaanbieders die reeds voor 1 september gereed zijn met het aanvullende controleonderzoek, kunnen het overleg met de zorgverzekeraars over terugbetalingen ook eerder starten. Zorgverzekeraars hebben hun commitment uitgesproken dan ook binnen 2 maanden tot afspraken te komen.

Gezien het groot maatschappelijk belang om de onzekerheden die er nu zijn rondom de verantwoording over de zorguitgaven zo snel en efficiënt mogelijk weg te nemen, worden de uitkomsten van het uit te voeren onderzoek door instellingen tussen zorgverzekeraars en instellingen op totaalniveau verrekend. Hiermee wordt afgezien van correcties op het niveau van declaraties en daarmee afgezien van een automatische correctie op het eigen risico: hierbij is met name in de afweging meegenomen dat er in die gevallen wel degelijk zorg is geleverd en ook kosten zijn gemaakt, maar in die gevallen de verkeerde declaratie tussen ziekenhuis en verzekeraar heeft plaatsgevonden. In het geval een verzekerde zelf bij zijn zorgverzekeraar aanklopt zal deze alsnog een onderzoek instellen en tot correctie overgaan als de rekening niet correct was indien dit voor de verzekeraar is vast te stellen en als het leidt tot bijstelling eigen risico. Dit laat onverlet dat indien er wel gedeclareerd is terwijl er geen zorg geleverd is (fraude) het eigen risico wel automatisch worden gecorrigeerd op het niveau van de individuele verzekerde.

Indienen jaarrekening

De periode van 1 november tot 1 december wordt gebruikt om de uitkomsten van de afspraken ten aanzien van de verrekening te verwerken in de definitieve jaarrekening 2013. Instellingen krijgen tot uiterlijk 15 december 2014 de mogelijkheid voor uitstel van het

indienen van de jaarverslaglegging. Naast uitstel voor indiening van de jaarverslaggeving krijgende instellingen ook uitstel voor het indienen van de verantwoording over het honorariumbudget van vrijgevestigde medisch specialisten, PAAZ/PUK-verantwoordingen en het indienen van kostprijnsinformatie. Ook hiervoor geldt als uiterste indieningsdatum 15 december 2014.

Transitiemodel 2012

De correcties die voortvloeien uit het aanvullende omzetonderzoek hebben geen effect op de transitieomzet die wordt gebruikt om het transitiebedrag te bepalen, op budgetparameters in het schaduwbudget en eerdere nacalculaties. Het is door deze aanpak ook niet mogelijk, en daarmee verboden, om voorzieningen of niet tot reeds afgewikkelde detail correcties te herleiden creditnota's in de omzet te verwerken.

Dit betekent dat het transitiebedrag over 2012 en 2013 conform het oorspronkelijke tijdpad kan worden vastgesteld. Op uiterlijk 1 juli 2014 dient de aanvraag van het transitiebedrag bij het controleteam van ZN te worden ingediend (nog zonder controleverklaring). De externe accountant heeft dan inmiddels een beoordeling van de aanvraag met uitzondering van het onderdeel omzet uitgevoerd en hier uit voortvloeiende noodzakelijke correcties zijn in de aanvraag doorgevoerd. Het controleteam van ZN neemt in haar beoordeling van de transitie-aanvraag ook de beoordeling van de omzet mee (bv beoordeling creditnota's). Deze extra stap vereist een extra opgave van de ziekenhuizen aan de zorgverzekeraars. Hiervoor hebben verzekeraars een format ontwikkeld dat met accountants en ziekenhuizen wordt afgestemd.

Na beoordeling door ZN geeft de externe accountant een controleverklaring volgens een nog door de NZa op te stellen accountantsprotocol af bij het transitiebedrag. De aanvraag transitiebedrag met bijbehorende controleverklaring dient op 1 september 2014 bij de NZa te worden ingediend. In november 2014 heeft de NZa de definitieve transitiebedragen 2012 en 2013 vastgesteld. Op 1 december kan vervolgens een controleverklaring bij de jaarrekening 2013 van de ziekenhuizen worden afgegeven.

Ten slotte

Hoewel het wenselijk is dat alle instellingen meedoen aan het onderzoek is het mogelijk dat instellingen zich hieraan onttrekken. De NBA heeft aangegeven dat dit, gezien de Audit Alert niet tot een goedkeurende verklaring kan leiden bij de transitiebedragen voor 2012 en 2013 en de jaarrekening 2013. Voor deze ziekenhuizen geldt dat de controles door zorgverzekeraars door zullen lopen en dat NZa toezichtonderzoeken kan starten.

Bijlage

Controlepunten aanvullend omzetonderzoek

De basis van de DOT regelgeving is:

* Nadere regel 'Medisch specialistische zorg' **(NR)**

* Beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' **(BR)**

Per risico wordt aangegeven welke artikelen in de regelgeving hierop van toepassing zijn (NR/BR).²

Deze beleidsregel en nadere regel zijn in de afgelopen 3 jaar twee keer van een extra toelichting voorzien op bepaalde elementen:

* De circulaire 'Toelichting regelgeving MSZ' (CI/14/3c) (febr. 2014)

* De circulaire 'Definitie verpleegdag' (CI/12/63c) (febr. 2012)

Daarnaast is er een lijst met voorbeelden gepubliceerd:

* De zogeheten Verboden/toegestaan-lijst (juni 2013) **(VT)**

Daarnaast zijn handhavingsbesluiten een bron van normatiek:

* Het boetebesluit Ommelander Ziekenhuisgroep (2010) **(BO)**

* Het boetebesluit Antonius (2014) **(BA)**

Omdat de boetebesluiten en de verboden-toegestaanlijst mede aanleiding waren voor de discussie die nadien is ontstaan, wordt per risico ook aangegeven wat de link hiermee is in de vorm van de afkortingen VT, BO, BA.

De volgende controlepunten zijn van toepassing

1. Het onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek, intercollegiaal consult of medebehandeling.
BR: art. 11.1, 11.29, 11.30
NR: art. 6.3, 7.2
VT: polikliniekbezoek
BA: face-to-face contact, SEH-meerdere consulten, heekunde-bariatric.
2. Het vastleggen van twee polikliniekbezoeken bij een langer durend consult.
BR: art. 11.1
NR: art. 6.3
VT: polikliniekbezoek
BA: Dubbele consulten
3. Het vastleggen van een telefonisch consult als een polikliniekbezoek
BR: art. 11.1
NR: art. 6.3
BA: CTC-telefonische patiëntbespreking.
4. Het onterecht vastleggen van een dagverpleging of langdurige observatie.
BR: art. 11.5, 11.6
NR: art. 6.3
VT: dagverpleging
BA: dagverpleging, SEH-dagverpleging, gynaecologie-bekkenbodencentrum, gynaecologie-hysteroscopie, interne geneeskunde-diabetes mellitus, kindergeneeskunde-opeenvolging separate consulten.

² Uitgangspunt bij de artikelnummering zijn de nadere regel met nummer NR/CU-240 en de beleidsregel met nummer BR/CU-2111. In voorgaande versies zou de artikelnummering anders kunnen zijn, echter is de opbouw ook van eerdere versies hetzelfde.

5. Het onterecht vastleggen van een verpleegdag of IC-dag.
BR: art. 11.8, 11.9, 13.1
NR: art. 6.3, 7.4, 15.5, 15.8
VT: verpleegdag
BO: registreren van verpleegdag voor observatie op SEH
BA: eendaagse opnamen
6. Het onterecht vastleggen van een complexe zorgactiviteit, terwijl een lichte handeling is uitgevoerd (upcoding).
BR: art. 11, 13, 14, 15, 16
NR: art. 6.3, 15
BA: KNO-oorsmeer
7. Het vastleggen van een zorgactiviteit terwijl er geen handeling heeft plaats gevonden.
NR: art. 6.3
8. Het vastleggen van een onjuiste (zwaardere) diagnose of het niet aanpassen van een werkdiagnose naar een definitieve diagnose.
BR: art. 10.4
NR: art. 6.6
BA: KNO-Rendu Osler Weber
9. Het meermaals vastleggen van een handeling terwijl deze maar één keer is uitgevoerd (al dan niet multidisciplinair).
BR: art. 11, 13, 14, 15, 16
NR: art. 6.3, 6.4, 15
VT: registratie dubbelzijdige onderzoeken (meerdere foto's)
10. Het onterecht registreren en declareren van add-ons, terwijl er niet voldaan wordt aan de indicatievereisten op de add-on lijst.
BR: art. 13.2
VT: dure geneesmiddelen
11. Een tweede zorgtraject openen voor hetzelfde specialisme terwijl er geen sprake is van een nieuwe zorgvraag met diagnosestelling en behandeling.
NR: art. 6.2, 7.1, 14.2
BA: Kindergeneeskunde-Prader Willi Syndroom, radiologie-stents, radiologie-embolisatie.
12. Een tweede zorgtraject openen voor hetzelfde specialisme terwijl de diagnoses opgenomen zijn in de diagnose-combinatietabel of het tweede zorgtraject niet voldoet aan de minimale eisen zoals gesteld in de nadere regel.
NR: art. 7.1, 14.4
13. Een tweede zorgtraject openen voor een ander specialisme terwijl er geen sprake is van een eigen zorgvraag met diagnosestelling en behandeling, waarbij ook geen sprake is van definitief doorverwijzen na diagnosestelling (zie coulancebepaling).
NR: art. 6.2, 7.1, 14.2
BA: SEH-meerdere consulten.
14. Het registreren van los declarabele overige zorgproducten naast een zorgtraject, terwijl deze verrichtingen worden uitgevoerd in het kader van het zorgtraject.
BR: art. 14, 15
NR: art. 7.3, 15.2
15. Het openen van een zorgtraject door niet-poortspecialist (of specialist die poortfunctie uitoefent).
BR: art. 7.24, 7.25, 10.4
NR: art 6.1, 6.2, 6.6, 7, 15.12

BA: neurologie-KNF-artsen.

16. Het openen van een intercollegiaal consult DBC terwijl er geen klinisch zorgtraject aanwezig is.
BR: art. 11.29
NR: art. 6.3, 7.2
17. Het opknippen van een verpleegperiode (verdelen van verpleegdagen) om zo meerdere klinische DBC-zorgproducten te kunnen declareren.
BR: art. 11.8, 11.9
NR: art. 7.1c
BA: Cardiologie-opnamen in samenwerking met CTC, Neurochirurgie-opname in samenwerking met neurologie
18. Het in rekening brengen van eigen DBC-zorgproducten terwijl deze zorg onderdeel uitmaakt van een zorgtraject van een andere zorgaanbieder (onderlinge dienstverlening).
BR: art. 7.12, 7.16, 7.20
NR: art. 13.4, 15.3
VT: onderlinge dienstverlening
19. Het in rekening brengen van zorg die via andere financieringsstromen reeds wordt gefinancierd. Te denken valt aan U-bocht constructies zoals met spiraaltjes of het in rekening brengen van zorg geleverd in kader van wetenschappelijk onderzoek.
BR: art. 10
VT: u-bocht
BA: cardiologie-innovatieve producten, gynaecologie-mirenaspiraal
20. Het in rekening brengen van zorg t.l.v. de ZVW terwijl er geen verwijzer aanwezig is (uitzondering acute zorg).
NR: art. 17.
VT: verwijzer
BA: gynaecologie-verloskundige als verwijzer.
21. Het vastleggen van een andere zorgactiviteit, die als wel verzekerde zorg wordt vergoed (vb. circumcisie).
NR: art. 6.3
22. Het registreren van zorg alsof er sprake is van een indicatie conform de ZVW, terwijl hier geen sprake van is (bijvoorbeeld spataders onder een bepaalde graad die als hogere graad worden vastgelegd, Sclerocompressietherapie bij Varices, Bariatrie).
NR: art. 6.3, 6.5.
CVZ: overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcodering.
23. Het declareren van MRI's door ziekenhuizen op verzoek van de eerste lijn die niet voldoen aan de NHG voorwaarden.
NHG voorwaarden
24. Het declareren van meer dan 3 pogingen IVF binnen een ziekenhuis.
Zorgverzekeringswet
25. Het onterecht in rekening brengen van declaratie verloskundige naast een DBC zorgproduct van de gynaecoloog
BU/CU: art. 15
26. Declareren van WBMV zonder vergunning
WBMV vergunning VWS

27. De controles die uitgevoerd worden door verzekeraars via de DOT Controle Module <https://www.zn.nl/zoekresultaten/resultaat/?fromSearch=true&contentId=2765883C-7908-46C5-A6D2-BA46218B77D7§ionName=Nieuws%20-%20Persberichten>

Bovenstaande punten worden verder uitgewerkt door zorgaanbieders en zorgverzekeraars in een zogenaamde handreiking, waarin wordt aangegeven wat gecontroleerd moet worden uitgaande van de vigerende regelgeving. De uitwerking hangt samen met de uitwerking van de normen door de NZa.