



Activiteitenverslag DGEC over het jaar 2014

Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Mei 2015

VOORWOORD VAN DE LEIDEND AMBTENAAR

In 2014 was het een ware uitdaging om onze missie te vervullen niettegenstaande de inkrimping van ons personeelsbestand en de interne reorganisatie die daar een gevolg van was.

Daarom heeft de DGEC zijn beslissingsproces aangepast voor een efficiënter strategisch en dagelijks beheer van onze dienst. De strategische beslissingen die de drie directies (Informatie, Controle en Expertise) aanbelangen, worden genomen door een beperkt « BeslissingsOrgaan – Organe de Décisions (BOD) ».

De directie Controle heeft het zwaartepunt van zijn werking verder verlegd van de individuele naar de thematische onderzoeken. De aandacht werd ook gelegd op een verkorting van de doorlooptijd van de onderzoeken. Voor het eerst heeft het Comité van de DGEC 175 dossiers behandeld op basis van een grootschalige monitoring. Het betrof 998 tandartsen in het kader van een thematisch onderzoek naar de herattestering van conserverende tandverzorging binnen het jaar.

De Evaluatie, thans omgevormd tot de directie Expertise, heeft haar bevoegdheidsdomein gereorganiseerd in vijf expertisedomeinen. Daartoe heeft zij de aanwezige competenties en interessegebieden van zijn personeelsleden in kaart gebracht. Het is de bedoeling om via een kennisnetwerk, met meer kennis over Evidence Based Medicine en het werkveld meer inhoud te geven aan het enquêtebeleid en aan de adviesfunctie.

Zo heeft de directie Expertise alle urgentiediensten doorgelicht en vervolgens met de directie Informatie samengewerkt om in 2015 al die diensten aan te schrijven. Met die brievenactie wil de DGEC de urgentiediensten aanzetten tot een correcte aanrekening van hun prestaties.

De directie Informatie heeft ook twee brochures aangepast aan de wijzigende regelgeving: de Infobox voor huisartsen en de brochure 'Opdrachten en procedures'.

Nieuw was het concept 'Aanklampend beleid' dat de DGEC samen met de Dienst voor geneeskundige verzorging heeft uitgewerkt. Bedoeling hiervan is op een gestructureerde manier de verspilling in de uitgaven voor geneeskundige verzorging te bestrijden en alle gezondheidsactoren aan te zetten tot een optimale aanwending van de middelen van de verzekering GUV. Dit concept is nu reeds geïntegreerd in de strategische beslissingen van de Dienst.

In een ruimer perspectief heeft onze Dienst als lid van het European Health Fraud and Corruption Network (EHFCN) een voortrekkersrol gespeeld bij de totstandkoming van een 'waste typology'. Dit is een begrippenkader dat alle vormen van verspilling nauwkeurig definieert. Het vormt de basis voor een meer efficiënte en uniforme bestrijding van de verspilling op Europees niveau.

Tenslotte genoot de DGEC einde 2014 heel wat positieve aandacht in de pers. Aanleiding was onze doeltreffende controleactie tegen fraude in de thuisverpleging. In de toekomst willen we onze inspanningen voortzetten in samenwerking met alle betrokken sectoren.

Bovenstaande ingrijpende wijzigingen en doeltreffende acties zouden onmogelijk zijn geweest zonder de inzet en de expertise van onze personeelsleden. Ik hou eraan hen daarvoor uitdrukkelijk te bedanken.

Veel leesgenot!

Dokter Bernard Hepp
Geneesheer-directeur-generaal
Leidend ambtenaar.

HOE LEEST U DIT ACTIVITEITENVERSLAG?

We hebben dit activiteitenverslag zo gestructureerd dat het geschikt is voor elk type lezer. De inhoudstafel op de bladzijde hiernaast zet u alvast op weg.

- Als u gehaast bent, maar toch wat meer wil weten over de activiteiten en de organisatiestructuur van de DGEC, lees dan de vijf gekleurde bladzijden onder de titel “**In een oogopslag**”.
- Neemt u graag de tijd, lees dan het tweede deel “**Resultaten**”. U vindt er alle details, cijfers en tabellen die het eindresultaat van de werking van onze dienst weergeven.
- Meer achtergrondinformatie hebben we voor u achteraan gebundeld in het vierde deel “**Documentatie**”.

Aandacht: dit rapport verzamelt de acties uitgevoerd in de loop van het jaar 2014. Houd er rekening mee dat een enquête niet wordt opgestart, uitgevoerd, afgesloten en overgedragen aan de bevoegde organen voor een definitieve beslissing in de loop van hetzelfde jaar. De tabellen betreffen dus verschillende dossiers: men moet er geen chronologie van eenzelfde dossier in gaan zoeken.

Veel leesgenot!

Dit verslag werd opgesteld door de Directie Informatie van de DGEC.

Stand van zaken 31 maart 2015.

Het werd voorgesteld op de zitting van het Comité van de DGEC op 8 mei 2015.

INHOUDSTAFEL

Voorwoord van de Leidend ambtenaar.....	3
Hoe leest u dit activiteitenverslag?.....	4
Inhoudstafel	5
1^{ste} deel: in een oogopslag.....	7
I. De DGEC	8
II. 2014: Realisaties	9
III. DGEC-Activiteiten 2014: enkele cijfers	10
IV. Het personeel	11
V. Structuur.....	11
2^{de} deel: resultaten.....	13
I. De impact van de acties van de dienst, het indirect voordeel.....	15
II. Informatie.....	17
III. Evaluatie	19
IV. Controle geneeskundige verzorging	31
1. Thematische onderzoeken « CENEC »	31
2. Controle « unieke streepjescode »	50
3. De individuele onderzoeken	51
V. Administratiefrechtelijke procedures	57
1. Organen van actief bestuur	61
2. De administratieve rechtscolleges.....	64
VI. Controle arbeidsongeschiktheid.....	69
1. Controle van arbeidsongeschiktheid na het eerste jaar.....	69
2. Controle van arbeidsongeschiktheid op vraag van de adviserend geneesheren	69
3. Controle op de werking van de adviserend geneesheren inzake primaire arbeidsongeschiktheid.....	70
4. Expertises en onderzoeken op verzoek van de arbeidsrechtbanken.	70
5. De geneeskundige controle betreffende arbeidsongeschiktheid van mindervalide gerechtigden en van bepaalde zelfstandigen	70
6. Medische onderzoeken op vraag van buitenlandse instellingen voor sociale zekerheid.	71
VII. Primaire controle van de verzekeringinstellingen	73

3^{de} deel: thematisch.....	77
4^{de} deel: vooruitzichten 2015-2016	81
5^{de} deel: documentatie.....	85
I. DE WET INZAKE DE RESPONSABILISERING VAN DE ZORGVERLENERS	87
1. <i>Historiek</i>	87
2. <i>Inbreuken</i>	87
3. <i>Maatregelen</i>	88
4. <i>Commentaar</i>	89
5. <i>Aandachtspunten</i>	89
6. <i>Administratieve rechtscolleges</i>	90
7. <i>De procedures inzake overconsumptie en overdreven voorschrijfgedrag</i>	91
8. <i>Conclusie</i>	92
II. DE DGEC BINNEN HET RIZIV	93
III. DE DGEC: BEHOORLIJK BESTUUR	95
1. <i>Beheer van de DGEC</i>	95
2. <i>Het Comité van de DGEC</i>	95
IV. DE DGEC: SOORTEN ACTIES	97
1. <i>Informatie</i>	97
2. <i>Evaluatie</i>	97
3. <i>Controle</i>	97
4. <i>De rechtspraak</i>	98
V. ACRONIEMEN.....	99
VI. MEER WETEN?.....	100

1^{ste} deel: in een oogopslag

I. DE DGEC

OPDRACHT

De DGEC draagt bij tot een optimale aanwending van de middelen van de Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (VGUV).

Hiertoe ziet de DGEC er onder meer op toe dat alle betrokkenen (zorgverleners, beheerders van verzorgingsinstellingen, verzekeringsinstellingen, sociaal verzekerden, ...) hun verplichtingen correct naleven binnen een adequaat wettelijk en reglementair kader.

STRATEGIE

Het beleid van de DGEC steunt op drie pijlers: Informatie, Controle en Evaluatie.

Alle opdrachten en verantwoordelijkheden van de DGEC zijn complementair.

Door een algemene en efficiënte aanpak maakt de DGEC op het gepaste ogenblik gebruik van de juiste combinatie van instrumenten om bij te dragen tot een optimale aanwending van de middelen van de VGUV.

De DGEC is slechts één van de actoren die toeziet op deze optimale aanwending. De dienst zal zijn opdracht daarom, waar mogelijk, vervullen in een open win-win samenwerking met zijn partners. Een dergelijk partnership is gebaseerd op wederzijds respect.

ACTIES

- Informatie verstrekken aan de zorgverleners
- De verstrekkingen, voorgeschreven of uitgevoerd, van de verzekering voor geneeskundige verzorging evalueren
- De verstrekkingen van de Verzekering voor geneeskundige verzorging controleren op het vlak van realiteit en conformiteit volgens de voorschriften van de wet, evenals de overconsumptie
- De geneeskundige controle van de prestaties van de uitkerings- en moederschapsverzekering verzekeren
- Uitvoering geven aan de beslissingen van zijn Leidend ambtenaar, zijn Comité, de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep.

WAARDEN

Integriteit, Respect, Vertrouwen, Teamgeest, Professionalisme.

ENGAGEMENT

De DGEC verbindt er zich jegens de samenleving toe om zijn opdracht efficiënt te vervullen.

DOELSTELLINGEN VAN DE 4^{de} BESTUURSOVEREENSKOMT (2013-2015)

Artikel 22. Geïnformatiseerd dossierbeheer.

Artikel 23. Reorganisatie van de DGEC met het oog op het verzekeren van de continuïteit en de toekomstige uitdagingen.

Artikel 25. Controle met betrekking tot de onterechte aflevering van arbeidsongeschiktheidsattesten in de uitkeringsverzekering.

II. 2014: REALISATIES

Informatie - communicatie:

Publicatie:

- Infobox huisarts, bijgewerkte versie
- DGEC, Opdrachten en procedures, bijgewerkte versie.

Op 25 november 2014 nodigde de DGEC enkele journalisten uit op de voorstelling van zijn Activiteitenverslag 2013 en van zijn controleacties inzake fraude en misbruik in de thuisverpleging.

Controle:

1.122 individuele onderzoeken werden afgerond, voor vaststellingen ter waarde van 8,83 miljoen EUR.

Drie nationale onderzoeken zijn afgewerkt:

- IP018 Tandheelkunde: herattestering van conserverende zorgen
- IP023 Anesthesiologie: verboden peroperatieve cumuls
- IP025 Controle van de aanrekening van de codes 476125 (meten van hartdebiet) en 471564 (exsufflatie van spontane pneumothorax).

Evaluatie:

Twee evaluatieprojecten werden afgerond:

- 13/008 Spoeddiensten: resultaten van de terreinstudie
- 14/002 Orthopedische heekunde: aanrekenen van de behandelingen van breuken en luxaties.

Administratiefrechtelijke procedures:

Aantal beslissingen van de organen van het contentieux:

- Leidend ambtenaar: 57
- Kamer van eerste aanleg: 108
- Kamers van beroep: 134

Uitkeringen:

6.215 geneeskundige onderzoeken werden uitgevoerd in de Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit.

Internationale samenwerking:

- Actieve deelname aan het Europese netwerk ter bestrijding van fraude en corruptie in de gezondheidszorg « European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN) »
- Actieve deelname aan de COOPAMI, samenwerkingsplatform voor de ontwikkeling en modernisering van de systemen van sociale zekerheid in andere landen
- Informatie-uitwisseling in het kader van het bilaterale akkoord tussen België en Frankrijk.

III. DGEC-ACTIVITEITEN 2014: ENKELE CIJFERS

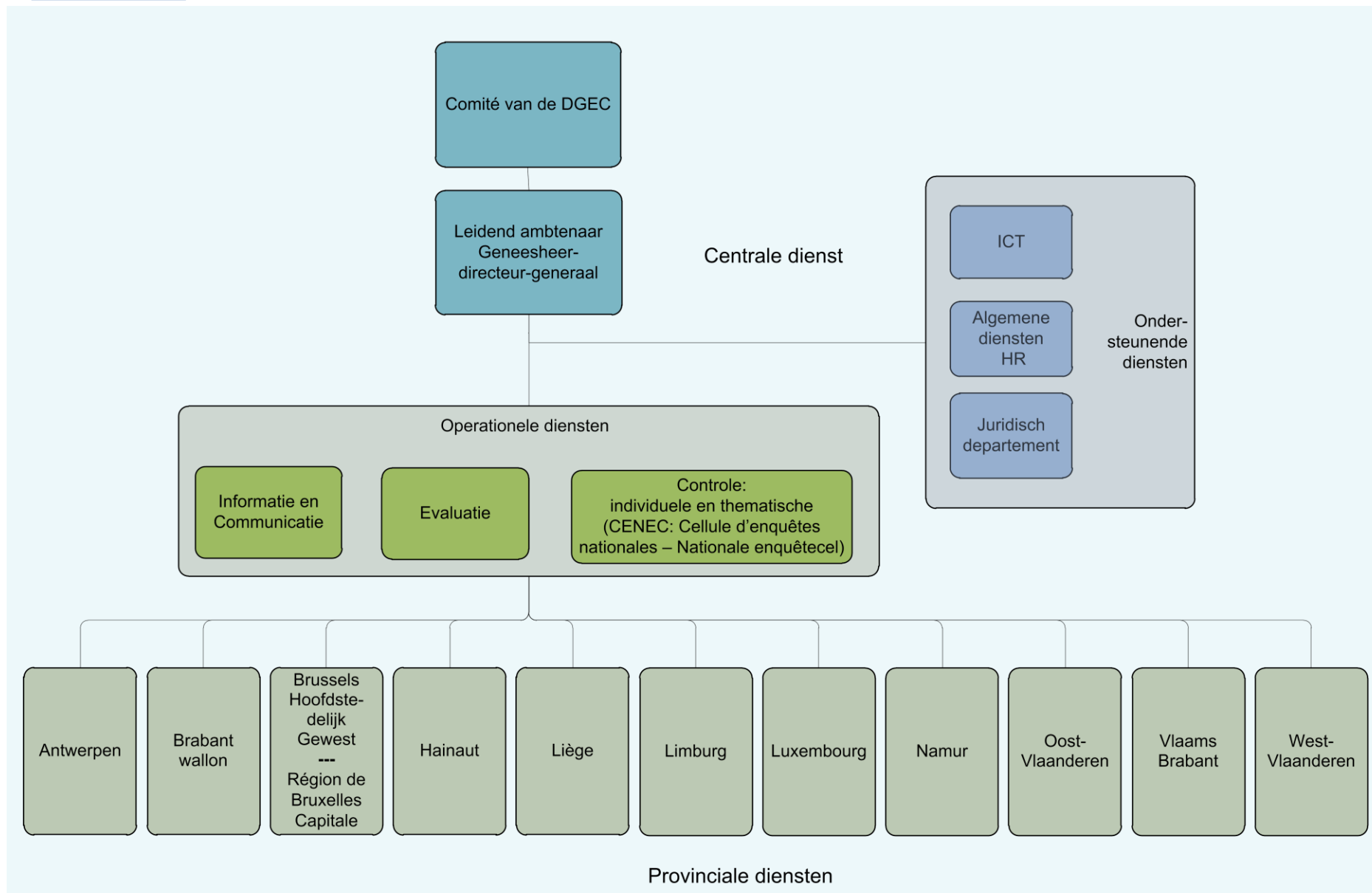
2014	
Informatie	
Infobox huisarts	bijgewerkte versie
DGEC, Opdrachten en procedures	bijgewerkte versie
Evaluatie	
Aantal geanalyseerde thema's (beëindigd)	2
Controle	
Aantal afgesloten individuele onderzoeken	1.122
Bedrag uitgevoerde vrijwillige terugbetalingen (afgesloten onderzoeken "verwittiging met vrijwillige terugbetaling")	3.579.898 EUR
Aantal thematische onderzoeken (CENEC) uitgevoerd en afgerond	3
Administratiefrechtelijke procedures	
1. Beslissingen van de Leidend ambtenaar	
Aantal uitgesproken beslissingen	57
Bedrag bevolen terugbetalingen	664.533 EUR
Bedrag opgelegde effectieve administratieve boetes	179.815 EUR
Bedrag opgelegde administratieve boetes met uitstel	56.759 EUR
2. Beslissingen van de Kamer van eerste aanleg	
Aantal uitgesproken beslissingen	108
Bedrag bevolen terugbetalingen	2.823.001 EUR
Bedrag opgelegde effectieve administratieve boetes	116.009 EUR
Bedrag opgelegde administratieve boetes met uitstel	62.662 EUR
3. Beslissingen van de Kamer van beroep	
Aantal uitspraken	134
Bedrag bevolen terugbetalingen	3.270.504 EUR
Bedrag opgelegde effectieve administratieve boetes	34.643 EUR
Bedrag opgelegde administratieve boetes met uitstel	6.913 EUR
Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit	
Aantal uitgevoerde lichamelijke onderzoeken	6.215

IV. HET PERSONEEL

Personeel DGEK op 31-12-2014	Centraal			Provincies			TOTAAL
	NL	FR	Sub-tot	NL	FR	Sub-tot	
Geneesheer-directeur-generaal	1		1				1
Geneesheer-inspecteur generaal	2		2				2
Geneesheer-inspecteur-directeur		1	1	4	6	10	11
Geneesheer-inspecteur	4	6	10	38	27	65	75
Apotheker-inspecteur	4	3	7				7
Verpleegkundig-controleur				23	15	38	38
Jurist (niveau attaché)	5	5	10				10
Adviseur-jurist	1	1	2				2
Expert SMALS (statistieken, data-analyse,)	2	2	4				4
Adviseur (centrale dienst)	1		1				1
Attaché (centraal & provinciaal)	6	3	9	4	2	6	15
Administratief deskundige (niv B)	1	1	2	7	2	9	11
Administratief assistent (niv C)	10	9	19	32	26	58	77
Administratief medewerker (niv D)	5	4	9	13	10	23	32
Detachering (niv A, jurist)	1		1				1
TOTAAL	43	35	78	121	88	209	287

V. STRUCTUUR

Zie organigram op de volgende bladzijde.



2^{de} deel: resultaten

I. DE IMPACT VAN DE ACTIES VAN DE DIENST, HET INDIRECT VOORDEEL

De Dienst voor Geneeskundige Controle werd in 2002 omgedoopt tot de Dienst voor geneeskundige **evaluatie** en controle. Dit wees op de wil om naast louter repressieve acties ook informatie- en preventie-initiatieven te nemen.

Maar zoals men in de geneeskunde beweert, hoewel het beter is te voorkomen dan te genezen, is het moeilijker om de besparingen die voortvloeien uit die acties in te schatten, aangezien het om niet besteed en dus niet terug te vorderen geld gaat.

Een onderzoek dat dit jaar is uitgevoerd, geeft ons echter wel een idee over deze stelling.

Het basisprincipe was dat er geen enkele reden bestaat om een kwaliteitsvolle verstrekking onnodig te herhalen binnen een korte termijn, tenzij bij therapeutisch risico. Het aantal herhaalde aanrekeningen gedurende een jaar van conserverende tandverzorging bij eenzelfde verzekerde, op eenzelfde tand en door dezelfde tandarts, is berekend waarna de resultaten ervan per brief aan duizend tandartsen zijn meegedeeld. De impact van die actie was heel groot. De uitgaven van de VGU voor conserverende tandverzorging namen in één jaar met 11 miljoen euro af.

Een ander voorbeeld van de economische impact van een informatie-actie vinden wij terug bij de longfunctietesten. De longspecialisten kregen in februari 2009 een brief waarin ze aan de richtlijnen van het KCE over het verantwoord gebruik van de longfunctietesten werden herinnerd. De weerslag hiervan hebben wij gemeten en het resultaat ervan wees op een vermindering met 6,1 miljoen euro per jaar voor die verstrekkingen!

Alleen voor deze twee voorbeelden is er reeds sprake van 17 miljoen euro aan afgeleide besparingen, die dus geen teruggevorderde onverschuldigde bedragen zijn, wat aantoont welke positieve effecten de overgang van het repressieve naar het preventieve beleid kunnen opbrengen. Hoewel die bedragen niet in de ontvangsten zichtbaar zijn, maken ze wel degelijk deel uit van de positieve resultaten dankzij dit type van aanpak.

Elk thematisch onderzoek, elk evaluatieproject en elke informatie naar de zorgverleners heeft een positieve impact die dikwijls niet meetbaar is. Er dient ook opgemerkt dat vroegere acties zoals de controle van de unieke streepjescodes of de publicatie van de Infoboxen al jaren een blijvende impact hebben op de uitgaven.

Dit betekent dat alle acties van de DGEC vanuit die brede visie moeten worden bekeken. Men mag zich niet beperken tot de analyse van de onverschuldigde bedragen die elk jaar via de administratiefrechtelijke procedures moeten worden teruggevorderd.

II. INFORMATIE

1. Informatie voor de zorgverleners

Informatiebrochures

De DGEC publiceert informatiebrochures voor de zorgverleners. Die brochures willen een antwoord geven op de essentiële juridische en administratieve vragen die zorgverleners, en in het bijzonder de starters, zich stellen in hun dagelijkse praktijk. Ze geven hen ook een idee van wat hen te doen staat op administratief vlak, zonder dat ze de wetgeving moeten opzoeken.

De brochures staan op de website van het RIZIV en de doelgroepen (de beginnende zorgverleners, de stagemeesters, ...) worden op de hoogte gebracht van de publicatie. Op aanvraag kan ook een papieren exemplaar bezorgd worden.

2014	Brochure
November	Infobox huisarts, bijgewerkte versie
December	DGEC, Opdrachten en procedures, bijgewerkte versie

Persontmoeting

Op 25 november 2014 nodigde de DGEC enkele journalisten uit op de voorstelling van zijn Activiteitenverslag 2013 en van zijn controleacties inzake fraude en misbruik in de thuisverpleging.

Lezingen en conferenties

Het personeel van de DGEC geeft lezingen en conferenties voor zorgverleners.

2014	
Uiteenzettingen	11

2. De adviesfunctie

De DGEC zetelt sinds 2003 met raadgevende stem in 33 technische raden en overeenkomstencommissies. Deze hebben o.a. als opdracht nomenclatuurwijzigingen en andere reglementaire teksten voor te stellen. De DGEC maakt gebruik van die vertegenwoordiging om de partners van de Verzekering beter te informeren en reglementaire bepalingen uit te werken die voor iedereen duidelijk zijn.

2014	
Aantal deelnames aan vergaderingen	147

III. EVALUATIE

De Dienst realiseert evaluatieprojecten in diverse domeinen om na te gaan of de terugbetaalde verstrekkingen volgens de reglementering en de richtlijnen voor goede medische praktijken werden voorgeschreven of uitgevoerd.

Deze projecten hebben een directe weerslag op de geëvalueerde sectoren. Ze kunnen daarenboven leiden tot individuele onderzoeken of nationale enquêtes (CENEC).

Evaluatieprojecten beëindigd in 2014:

- 13/008 Spoeddiensten: resultaten van de terreinstudie
- 14/002 Orthopedische heilkunde: aanrekenen van de behandelingen van breuken en luxaties.

13/008 Spoeddiensten: resultaten van de terreinstudie

Context

In 2011 deed een DGEK-studie (09/006) over de attesteringen in spoeddiensten vragen rijzen. Kan een spoeddienst die uit voor noodsituaties getrainde artsen (spoedartsen, acutisten¹ of houders van een brevet acute geneeskunde) en oproepbare specialisten is samengesteld, wel zijn opdracht vervullen, namelijk: de spoedgevallen behandelen?

Doel

Antwoord bieden op de vragen die uit het onderzoek van 2011 naar voren zijn gekomen:

1. Reden om naar een spoeddienst te gaan?
2. Identificatie van de arts die de patiënt heeft onderzocht?
3. Oproepen van specialisten: waarom verschilt het percentage afhankelijk van het ziekenhuis van 0 tot 100%?
4. Behandeling van kinderen?
5. Kwaliteit van de informatie die wordt doorgegeven aan de behandelende geneesheer / de geneesheer die de patiënt heeft gestuurd?
6. Naleven van de reglementering?

Wettelijk kader

1. Sinds 2007 bestaan er codes voor de consultaties in spoeddiensten:
 - voor de permanentieartsen voor spoedgevallen, de “honoraria A”
 - voor de opgeroepen specialisten, de “honoraria C”.
2. Aanrekening door de stagemeester.

De stagemeester mag de verstrekkingen die door de geneesheer-specialist in opleiding (GSO) in het raam van zijn opleiding worden verricht aan 100 % aanrekenen indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- verstrekkingen die tijdens de normale diensturen in de inrichting worden verricht: de stagemeester of een geneesheer-specialist voor dezelfde discipline die door hem is gemandateerd, moet fysiek in de dienst aanwezig zijn
- verstrekkingen die buiten de normale diensturen worden verricht: de stagemeester (of zijn gemandateerde) moet de klok rond kunnen worden opgeroepen door de GSO die de wachtdienst intra-muros verzekert en moet onmiddellijk te zijner beschikking zijn
- verstrekkingen die tijdens de weekends en op feestdagen worden verricht: de stagemeester (of zijn gemandateerde) moet bezoeken afleggen met het oog op de controle op de GSO.

¹ Acutist: neologisme dat door het RIZIV is bedacht en “geneesheer-specialist in de acute geneeskunde” betekent

De stagemeester mag zich laten vervangen door een geneesheer-specialist voor dezelfde discipline die door hem wordt gemandateerd.

Methode

1. Tijdvak

Zondag 27, maandag 28 en dinsdag 29 november 2011 (drie dagen).

2. Steekproef

Voor elke spoeddienst zijn 30 patiënten die tussen 27 en 29 november 2011 onderzocht. Die patiënten zijn zodanig gekozen dat ze voor elke dienst alle leeftijdscategorieën vertegenwoordigen.

Dat betekent 3.173 patiënten in 104 ziekenhuizen.

3. Informatie

a. Wijze van inzameling

- Bij de V.I. de getuigschriften opvragen met codes voor spoedgevallen van het jaar 2011 (honoraria A, C en overeenkomstige dringendheidssupplementen)
- Voor elke spoeddienst 30 patiënten selecteren die tussen 27 en 29 november 2011 zijn onderzocht, en die zodanig gekozen zijn dat ze voor elke dienst alle leeftijdscategorieën vertegenwoordigen
- Voor elk van die patiënten de behandelende geneesheer opzoeken op basis van de geneesmiddelenvoorschriften (Farma-TD-gegevens van een volledig jaar)
- De verslagen opvragen bij de behandelende geneesheren
- Voor elke patiënt alle verstrekkingen tussen 01/11/2011 en 30/06/2012 opvragen (aanrekeningsgegevens).

b. Ontvangen verslagen

Voor 3.038 van de 3.173 gevraagde verslagen hebben de behandelende geneesheren (BG) geantwoord, wat met 1.545 verslagen overeenkomt (ofwel 48,7%).

Daarbij komen nog:

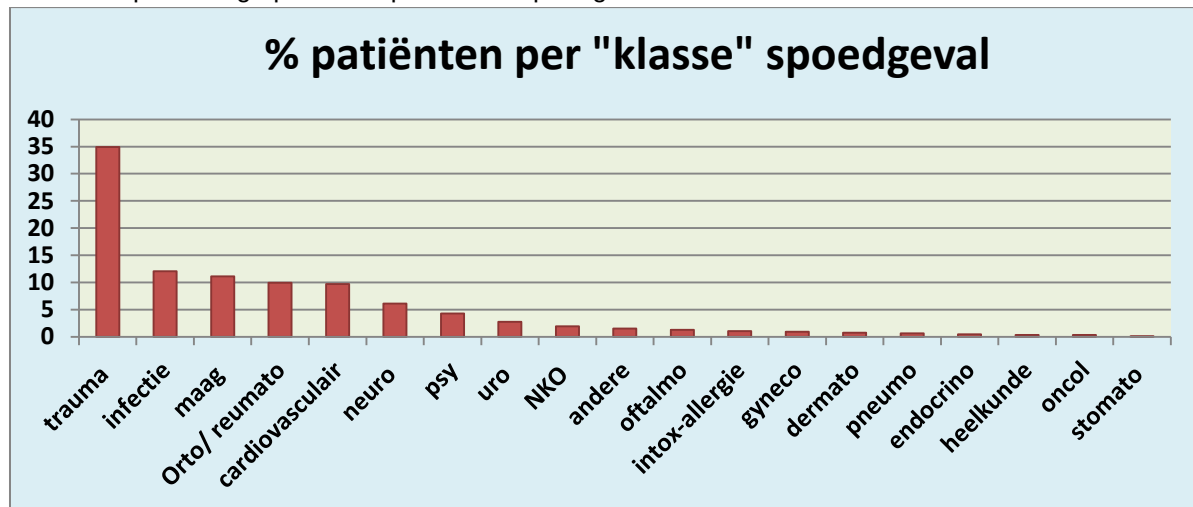
- verslagen van ziekenhuisopnames
- resultaten van onderzoeken die op de dag van het spoedgeval zijn uitgevoerd en die de klachten of de diagnose vermelden
- verslagen van de geraadpleegde specialisten
- informatie van de BG
- enz.

In totaal zijn er voor **2.110** patiënten gegevens verzameld.

Resultaten

1. Reden om naar een spoeddienst te gaan

Grafiek 1: percentage patiënten per klasse spoedgeval



2. Opgeroepen/geraadpleegde specialisten binnen de 3 dagen

Op basis van de geattesteerde honoraria C stellen we vast dat het aantal specialisten dat naar de spoed werd geroepen in verhouding tot het aantal opgenomen patiënten naargelang van het ziekenhuis varieert van 0 tot 95%.

Verklaringen: spoedprotocollen geven aan dat de patiënt door een specialist tijdens zijn ronde op de spoeddienst is onderzocht, ofwel de dag zelf, ofwel de dag nadien. Maar die consultatie wordt niet als consultatie door een opgeroepen specialist aangerekend (honoraria C) maar als een “niet-dringende” consultatie.

3. Identificatie van de geneesheer die de patiënt werkelijk heeft onderzocht?

a. Op basis van het verslag, er bestaan verschillende gevallen:

- de ondertekenaar is aangeduid als de arts die de patiënt onderzocht heeft
- de ondertekenaar is aangeduid als “verantwoordelijke”, maar met de expliciete vermelding van de arts die de patiënt heeft onderzocht
- de ondertekenaar van het verslag is automatisch de dienstchef, zonder vermelding van de arts die de patiënt heeft onderzocht
- er is niets meegedeeld over de functie van de ondertekenaar
- in 1,2% van de gevallen is het onmogelijk om de zorgverlener te identificeren.

b. Op basis van de aanrekenende arts

De studie toont aan dat de zorgverlener die de uitgevoerde verstrekkingen heeft aangerekend niet altijd diegene is die in het verslag wordt vermeld als diegene die de patiënt heeft onderzocht.

Aanrekening:

- door een spoedarts in plaats van een acutist of een Bag

- o door een erkend specialist in plaats van een niet-erkend specialist
- o aan 100% van verstrekkingen verricht door geneesheren-specialisten in opleiding (GSO) op naam van artsen met een andere erkenning: correct voldaan aan de reglementaire voorwaarden?

4. Behandeling van kinderen

a. Redenen voor consultatie

De meest voorkomende redenen om naar een spoeddienst te gaan bij kinderen zijn traumatismen en infecties. In dat geval wordt er zeer vaak, in sommige ziekenhuizen altijd, een pediater opgeroepen.

Ter herinnering: dergelijke bezoeken aan de spoeddienst zijn niet nodig wanneer het ziekenhuis voor een zorgprogramma voor kinderen erkend is² (behoudens medische rechtvaardiging, zoals bijvoorbeeld een ernstig schedeltrauma) en een eigen wachtdienst heeft.

b. Versturen van de verslagen

Het algemene percentage van beschikbare verslagen is 48,7%, maar daalt tot 29,2% voor de leeftijdsgroep van 0-3 jaar.

5. Eigenschappen van de verslagen die naar de behandelende geneesheren zijn gestuurd

- o 3.173 opgevraagde verslagen, 1.545 ontvangen, ofwel 48,7 %
- o De vermelde voorgeschiedenis is soms een pure opsomming en niet relevant in de context van het spoedgeval (automatische overname uit het dossier van de patiënt)
- o Het is soms niet erg duidelijk welke behandelingen zijn toegepast
- o Er wordt niet altijd vermeld of er een specialist is opgeroepen. Bovendien wordt er soms aangeduid dat een specialist is opgeroepen, maar is die op basis van het verslag onmogelijk te identificeren
- o De geplande follow-up wordt niet vermeld (afpraak reeds gemaakt / te maken door de patiënt bij een specialist, ziekenhuisopname, operatie gepland...)

Tabel 1: kwalitatieve tekortkomingen vastgesteld in 1.545 onderzochte verslagen

Gebreken	Aantal	%
Wijze van aankomst ontbreekt	978	63.30
Diagnose ontbreekt	165	10.68
Ondertekenaar niet geïdentificeerd	46	2.98
Klachten ontbreken	25	1.62
Ondertekenaar en RIZIV-nummer onbekend	18	1.17
Totaal	1.232	79,75

² K.B. van 13/07/2006: Zorgprogramma voor kinderen en functie 'chirurgische daghospitalisatie'

6. Naleven van de reglementering

a. Overeenstemming tussen het getuigschrift en de aanwezigheid van een begeleidende brief

Een patiënt die **met** een begeleidende brief van een huisarts (of met een ziekenwagen) komt, zal een lager remgeld betalen dan de patiënt die zonder komt. Voor 356 (dus 1/3) van de in totaal 1.060 gevallen met begeleidende brief zijn er geen elementen waarmee de aanwezigheid van een brief kan worden bevestigd.

Tabel 2: aantal situaties overeenstemmend met een verwijfsbrief

Aangegeven brieven	Ambulance	Huisarts onderzocht D0	Huisarts onderzocht D-1	Nihil
1.060	292	446	97	356

b. Transfers tussen ziekenhuizen

26 patiënten zijn naar een ander ziekenhuis overgeplaatst:

- o voor 15 van de 26 patiënten zijn 2 spoedconsultaties aangerekend (1 per ziekenhuis)
- o 1 van die patiënten is 2 keer na elkaar naar een ander ziekenhuis overgeplaatst met 3 spoedconsultaties aangerekend.

7. Resultaten buiten de scope van de studie: systematisch bezoek aan de spoeddiensten om in het ziekenhuis te worden opgenomen

Uit bepaalde spoedprotocollen blijkt dat sommige patiënten die geen dringende verzorging nodig hebben, toch door hun behandelende geneesheer naar de spoeddienst worden gestuurd om:

- o in het ziekenhuis te worden opgenomen
- o snel door een specialist te worden onderzocht
- o een bijkomend onderzoek te ondergaan

en daar opnieuw zijn onderzocht door een spoedarts, die dan de specialist oproept waar de behandelend geneesheer om had gevraagd. Die procedure leidt tot aanzienlijke meerkosten.

Conclusie

Om een antwoord te bieden op de vragen die uit het onderzoek van 2011 naar voren zijn gekomen:

1. Reden om naar een spoeddienst te gaan?

De motieven zijn te vinden in alle medische domeinen, maar dat is vooral aangetoond voor traumagevallen (met 35% de voornaamste reden om naar een spoeddienst te gaan), waarvan 2/3 “lichte trauma’s” zijn. Veel patiënten die naar een spoeddienst gaan, hebben geen behandeling nodig van zeer gespecialiseerde geneesheren in acute zorg. Veel gevallen zouden door huisarts behandeld kunnen worden, op voorwaarde dat bepaalde technische onderzoeken (RX, bloedonderzoeken, ECG...) ter plaatse kunnen worden uitgevoerd.

2. Identificatie van de arts die de patiënt heeft onderzocht?

Deze studie bevestigt dat het vaak moeilijk is om de geneesheer te identificeren die de patiënt werkelijk heeft onderzocht.

3. Oproepen van specialisten: waarom verschilt het percentage afhankelijk van ziekenhuis van 0 tot 100%?

Sommige consultaties van specialisten worden niet met de code voor spoed (honoraria C geraadpleegde specialist) maar met de normale code aangerekend, ofwel de dag zelf, ofwel de daaropvolgende dagen.

4. Behandeling van kinderen?

Het feit dat de kinderen jonger dan drie vrijwel systematisch door een pediater worden behandeld roept de vraag op naar het nut van het onderzoek door de spoedarts, en nog meer wanneer er een pediatrische wachtdienst is.

5. Kwaliteit van de informatie die wordt doorgegeven aan de behandelende geneesheren / de geneesheren die de patiënt hebben gestuurd

Slechts 48,7% van de verslagen is beschikbaar. Vaak ontbreken veel inlichtingen (wijze waarop de patiënt is gearriveerd, klachten, diagnose, identiteit van de spoedarts, identiteit van de behandelende specialist, toegepaste behandelingen, aangeraden opvolging, ...

6. Naleven van de reglementering

Vastgestelde tekortkomingen:

- discrepantie tussen de werkelijke en de aanrekenende zorgverleners
- code "met begeleidende brief" zonder dat er een spoor van contact met een huisarts is (of van vervoer met een ziekenwagen)
- transfer tussen ziekenhuizen met spoedconsultaties aangerekend bij elke opname
- naleving van de voorwaarde voor het aanrekenen van verstrekkingen door de GSO onduidelijk.

Suggesties

- een brief sturen naar de ziekenhuizen waarin wordt herinnerd aan de niet nageleefde wetgeving
- invoeren van een performant triagesysteem voor patiënten, met verwijzing naar een 1^e (algemene geneeskunde) of 2^e lijn

- honoraria van de spoedconsultatie niet langer bepaald in functie van de zorgverlener, maar van de score van de patiënt (bepaald op basis van protocollen die door experts zijn gevalideerd)
- gestandaardiseerd verslag met bepaalde verplicht in te vullen rubrieken, overhandigd aan de patiënt die het ziekenhuis verlaat en snelle verzending naar de behandelende arts en de arts die de patiënt heeft doorverwezen
- wijziging van de regelgeving in geval van opname van kinderen in ziekenhuizen die voor een zorgprogramma erkend zijn (K.B. van 13 juli 2006)
- bepaling van duidelijke regels voor bepaalde situaties:
 - oproeping van specialisten door een zorgverlener met hetzelfde specialisme,
 - voorwaarden voor het aanrekenen van verstrekkingen uitgevoerd door GSO in spoeddiensten.

Communicatie

Dat rapport werd besproken door het Comité van de DGEC op 12 december 2014.

14/002 Orthopedische heekunde: aanrekenen van de behandelingen van breuken en luxaties

Context

De studie 13/008 over de spoeddiensten heeft afwijkingen aan het licht gebracht in de getuigschriften van orthopedische verstrekkingen bij de behandeling van breuken en luxaties.

Doel

Het bestuderen van het aanrekenen van handelingen van orthopedische heekunde bij behandelingen van breuken en luxaties.

Wettelijk kader

Met betrekking tot de behandelingen van breuken en luxaties:

- voor breuken bestaan er bloedige en onbloedige behandelingen
- een bloedige en onbloedige behandeling kunnen niet op dezelfde dag plaatsvinden
- het kan voorvallen dat een onbloedige behandeling de volgende dag of enkele dagen later door een bloedige behandeling wordt gevolgd, maar die gevallen moeten zeldzaam blijven
- het plaatsen van een voorlopig gipsverband in afwachting van een bloedige of onbloedige behandeling moet onder de rubriek “gipstoestellen” worden aangerekend (en niet met de code voor een onbloedige behandeling) (I.R. 18)
- de onbloedige behandeling van een fractuur omvat de contentiemiddelen (de cumulatie van de code voor een onbloedige behandeling en voor het plaatsen van een gipstoestel is dus niet mogelijk)
- het aanleggen van een gipstoestel tijdens een bloedige fractuurbehandeling moet aan 50% worden aangerekend (NGV art. 14k)
- de code voor een onbloedige behandeling mag slechts één keer per behandeling worden aangerekend: elke vernieuwing van een gipsverband (zelfs bij een ascorrectie) moet met een code voor gips worden aangerekend (I.R. 18)
- de voorlopige contentie vóór een repositie wordt volgens de verstrekking aangeduid met de rangnummers 145250 – 145261 getarifeerd. (Voorlopige contentietoestellen voor spoedgevallen van breuken of luxaties mogen slechts één keer per geval in rekening worden gebracht.) (NGV art. 3).

Methode

a. Geselecteerde steekproef

Voor elke van die 104 spoeddiensten, 30 patiënten die tussen 27 en 29 november 2011 zijn onderzocht. Die patiënten zijn zodanig gekozen dat ze voor elke dienst alle leeftijdscategorieën vertegenwoordigen. Dat betekent **3.095** patiënten.

Vervolgens werden de patiënten geselecteerd voor wie een code uit artikel 14k (NGV) werd aangerekend tussen 01-11-2011 en 30-06-2012. Dat was het geval voor **592** patiënten, verspreid over 102 van de 104 ziekenhuizen. Voor alle 592 geselecteerde patiënten zijn alle orthopedische codes geanalyseerd, met inbegrip van de verstrekkingen die geen enkel verband houden met het bezoek van de patiënten aan de spoeddiensten.

b. Tijdvakken

Tijdvakken van **analyse** van alle orthopedische verstrekkingen voor die steekproef: van 01-01-2011 tot 30-06-2012 (8 maanden).

c. Informatie: opvragen

- bij de V.I. van de getuigschriften met codes voor spoedgevallen van het jaar 2011 (honoraria A, C en overeenkomstige dringendheidssupplementen)
- van de verslagen bij de behandelende artsen
- voor elke patiënt: van alle verstrekkingen tussen 01-11-2011 en 30-06-2012 (aanrekeningsgegevens).

Resultaten

a. Afwijkingen in de aanrekeningen

Tabel 1: afwijkingen die bij het aanrekenen van orthopedische verstrekkingen zijn vastgesteld

Afwijkingen	#	Verskil in verschuldigd bedrag (EUR)
cumulatie: onbloedige behandeling breuk (#) en gips (50 % of 100%, zelfde verstrekker)	27	887.48
onbloedige behandeling, meteen ziekenhuisopname, bloedige behandeling de volgende dag	19	1412.48
> 2 gips in 6 weken	11	536.52
behandeling # aangerekend >1 maal (in plaats van een gips)	9	232.00
hoofdverstrekking niet aanrekenbaar	8	556.74
145250: geen fractuur	7	79.64
onbloedige behandeling, meteen ziekenhuisopname, bloedige behandeling 2-3 d later	4	254.15
cumulatie # onbloedige behandeling en gips (50 % of 100%, verschillende verstrekkers)	4	169.44
145250/261 > 1x	3	32.58
# wervelkolom aangerekend + orthese aangerekend 3 dagen later	2	125.99
aangeboren heupluxatie: 2°/3° aanrekening, zou als 299515-299526 moeten zijn aangerekend	2	112.96
Gips 100% + bloedige behandeling + gips 50%	2	94.06
spalk van Zimmer, gipsforfait aangerekend	2	56.64
# met en zonder reductie aangerekend op dezelfde dag	1	112.96
onbloedige (800) en bloedige behandeling dezelfde dag (480)	1	69.51
gips terwijl kneuzing rechterpols, Fastum gel + Velpeau, draagband (geen gipsforfait aangerekend)	1	43.45
behandeling # + bloedige behandeling 2-3 dagen later, geen onmiddellijke opname in het ziekenhuis	1	36.93
gips aangerekend voor spalk (aangerekend 3 dagen later)	1	34.76
2° behandeling, maar toch voor 100% aangerekend	1	23.89
TOTAAL	106	4.872,18

= breuk

b. Aantal betrokken gevallen

Tabel 2: aantal betrokken gevallen, in ziekenhuis en in privé

Ziekenhuis	Privé	Aantal ziekenhuis of zorgverlener	Aantal gevallen orthop.	Betwist		
				Aantal gevallen	Aantal codes	Onverschuldigd verschil EUR
niet OK		49	344	85	104	4.833
OK		53	266			
zonder ortho		2				
	orthopedist	5	5	2	2	39
	heelkundige	1	1			
	huisarts	9	9			
TOTAAL			625	87	106	4.872

Legende:

De ziekenhuizen worden in drie lijnen ondergebracht:

- niet OK: die waar afwijkingen werden ontdekt
- OK: die zonder afwijkingen
- Ziekenhuis zonder ortho: die waar geen enkele aanrekening van orthopedische handelingen werd gevonden.

De 3 laatste lijnen tonen de afwijkingen gevonden bij privé-zorgverleners: orthopedist of heelkundige of huisarts.

De kolommen:

- aantal ziekenhuizen/zorgverleners: aantal betrokken ziekenhuizen of privé-zorgverleners
- aantal gevallen ortho: totaal aantal patiënten bij wie orthopedische verstrekkingen werden uitgevoerd
- aantal gevallen: aantal patiënten met betwiste verstrekkingen
- aantal codes: aantal betwiste codes die bij die patiënten werden opgemerkt.

Ter herinnering:

Totaal aantal in rekening gebrachte patiënten: 3.095

Totaal aantal patiënten met orthopedische codes: 592

Besluit

In de hiervoor vermelde tabel is 48 % van de ziekenhuizen problematisch, en dit voor één geval op vier.

c. Bedrag van de betwiste verstrekkingen:

Totaal aangerekend voor die betwiste verstrekkingen: 5.875 EUR.

Geraamd onverschuldigd verschil (ziekenhuis + privé): 4.872 EUR.

Bespreking

In 49 ziekenhuizen werden afwijkingen vastgesteld bij het aanrekenen van de behandelingen voor breuken en luxaties in de orthopedische heerkunde (dat is 48 % van de ziekenhuizen met orthopedische gevallen). Afwijkingen opsporen en analyseren is soms complex, aangezien het meestal om pathologieën gaat waarvan de eerste behandeling in de spoeddienst van een ziekenhuis gebeurt en de latere follow-up door andere verstrekkers, of zelfs in andere ziekenhuizen, kan gebeuren.

Enkel met de aanrekeningsgegevens-patiënten kunnen alle afwijkingen aan het licht worden gebracht.

Conclusie

De aanrekening van orthopedische handelingen stelt een probleem bij een op zeven patiënten, in 49 ziekenhuizen.

Al naargelang de extrapolaties zou het bedrag van de betwiste verstrekkingen (zonder rekening te houden met het onverschuldigd verschil) tussen 1.723.000 en 3.515.000 EUR per jaar kunnen liggen. Let wel: voor eenzelfde patiënt kunnen meerdere verstrekkers, soms van verschillende specialiteiten, en ook verschillende ziekenhuizen betrokken zijn, wat het opsporen van die verstrekkingen bemoeilijkt.

Suggesties

- Een brief versturen naar de ziekenhuizen (hoofdgeneesheren en verantwoordelijke geneesheren van respectievelijk de spoeddiensten en de orthopedische dienst) om hen aan de geldende regels te herinneren, gevolgd door een impactmeting
- Een themaonderzoek voorstellen
- De nomenclatuur verduidelijken.

Communicatie

Dat rapport werd besproken door het Comité van de DGEC op 12 december 2014.

IV. CONTROLE GENEESKUNDIGE VERZORGING

1. Thematische onderzoeken « CENEC »

(Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecel)

De CENEC bestaat uit onderzoekers (geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs, verpleegkundigen-controleurs). Het is een platform voor het bestuderen en oriënteren van mogelijke onderzoeken. Het coördineert het opzetten van nationale thematische onderzoeken.

Afgewerkte thematische onderzoeken (interprovinciale of IP):

- IP018 Tandheelkundige: herattestering van conserverende zorgen
- IP023 Anesthesiologie: verboden peroperatieve cumuls
- IP025 Controle van de aanrekening van de codes 476125 (meten van hartdebiet) en 471564 (exsufflatie van spontane pneumothorax).

IP018 Tandheelkundige: herattestering van conserverende zorgen

Doel

Doel van dit project was het bepalen en volgen van de *éénjaars-herhalingsgraad (via attesteringen) van vullingen en herstellingen van dezelfde tand bij dezelfde verzekerde en door dezelfde tandarts.*

Fasen van het onderzoek

Dit project omvat drie fasen:

1. een onderzoek met een informatiefase van de verstrekkers
2. de vaststellingen, de acties van de DGEC en de individuele opvolging van de zorgverleners
3. en impactmeting.

1^{ste} fase: onderzoek en informatiefase van de verstrekkers

Methode

Dit onderzoek is gebaseerd op vergoedingsgegevens van de verplichte ziekteverzekering:

- o gedurende de periode van 01-06-2008 tot 30-11-2009
- o enkel betreffende tandvullingen, knobbels- en kroonopbouwen op blijvende tanden bij ambulante verzekerden van 15 jaar of ouder, zonder rekening te houden met de specifiek geattesteerde codes
- o alleen gegevens waarbij het tandnummer vermeld was (80%)
- o alle tandartsen met beroepskwalificaties -001 of -004.

De herattesteringsgraad, voor bepaalde perioden, is het resultaat van de verhouding:

$$\frac{\text{aantal aangerekende attesteringen van conserverende tandzorgen gedurende de referentieperiode dat herhaald werd gedurende de observatieperiode}}{\text{totale aantal van deze zorgen dat aangerekend werd gedurende de referentieperiode}} \times 100$$

De periodes waren:

- o referentieperiode: 01-06-2008 tot 30-11-2008
- o observatieperiode: 01-06-2008 tot 30-11-2009.

Resultaten

De “gemiddelde éénjaars-herattesteringsgraad” van conserverende tandzorgen op dezelfde tand bij dezelfde verzekerde en door dezelfde tandarts werd vastgelegd op **8,3%**, de mediaan op **7,3%**.

Actie

De DGEC beschouwde een herattesteringsgraad (HAG) van maximum 10% als aanvaardbaar, rekening houdend met de beschikbare Belgische en internationale literatuur en het genuanceerd advies van Belgische experts.

De DGEC heeft op 28 maart 2011 een brief verstuurd naar 998 tandartsen die minimaal 300 conserverende verzorgingen hadden geattesteerd tussen juni en september 2008 met een HAG van méér dan 10% binnen het jaar.

Het doel was:

- informeren over hun te hoge herhalingsgraad
- de zorgverleners verwittigen:
 - dat hun praktijk verder zou gevolgd worden volgens dezelfde methodologie en
 - dat ze het risico liepen dat hun praktijk later - indien beterschap uitbleef – zou worden beschouwd als onnodig duur (wettelijke inbreuk van overconsumptie).

Herhaal

27 (3%) van deze tandartsen reageerden en 13 vroegen een gedetailleerde listing van hun prestaties.

2^{de} fase: de vaststellingen, de acties van de DGEC en de individuele opvolging van de zorgverleners

Methode

De Dienst analyseerde op dezelfde wijze als in de eerste fase de vergoedingsgegevens van 01-05-2011 tot 31-10-2012 (18 maanden).

De periodes waren:

- referentieperiode: 01-05-2011 au 31-10-2011
- observatieperiode: 01-05-2011 au 31-10-2012.

Resultaten

Voor **de hele groep van tandartsen** bedroeg de gemiddelde HAG **6,43%** met een mediaan van **5,60%** (respectief **8,30%** et **7,30%** in de eerste fase).

Voor de **998** zorgverleners die een **brief** hadden **ontvangen**:

- vermindering van de gemiddelde HAG van **15,5** tot **8%**
- vermindering van de HAG onder 10% bij ongeveer 801
- 197 zorgverleners behouden een HAG hoger dan 10%.

Voor de tandartsen die **geen brief** hadden ontvangen, zakte de herattesteringsgraad van **7,3** tot **6,3%**.

Actie

Zoals voorzien in de informatiebrief heeft de DGEC een dossier geopend tegen 197 zorgverleners die een herattesteringsgraad van meer dan 10% bleven vertonen. Eén onderzoeksdossier is afgesloten, omdat er al een individueel dossier inzake overconsumptie was geopend.

Voor de overige 196 tandartsen heeft de DGEC:

- een **waarschuwing** gestuurd naar 22 tandartsen met een onverschuldigd bedrag ≤ 100 EUR
- een PJ (**Pro Justitia** = proces-verbaal van vaststelling) ter kennisgeving aangeboden met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling (UVT) aan 174 tandartsen met een onverschuldigd bedrag hoger dan 100 EUR.

Onderstaande tabel vat de acties samen:

Groep	Categorie onverschuldigd bedrag EUR	Aantal tandartsen	Actie DGEC	Onverschuldigd bedrag EUR
A	≤ 100	22	Waarschuwing	0
B	> 3.000	22	Pro Justitia	123.994
C	> 100 en ≤ 3.000	152	Pro Justitia	150.157
Totaal		196		274.151

16 tandartsen signaleerden fouten in de listings die ze van de DGEC ontvangen hadden.

Er is nagegaan in welke mate de lijsten die door de V.I.'s werden gecertificeerd overeenstemmen met de GVH's die ter terugbetaling waren ingediend. Het verschil in de herattesteringsgraad is verwaarloosbaar voor deze zorgverleners.

Reacties van de zorgverleners**Groep A (22 tandartsen)**

Geen van deze 22 tandartsen die een waarschuwing ontvingen reageerde.

Groep B (22 tandartsen)

Onderstaande tabel geeft de manier aan waarop de 22 tandartsen die een PV van vaststelling hebben ontvangen, gereageerd hebben al naargelang:

- ze al dan niet akkoord gingen met een vrijwillige terugbetaling
- het uitblijven van een antwoord of het al dan niet opwerpen van verweermiddelen
- een al dan niet uitgevoerde terugbetaling.

Groep B (22 tandartsen)	Aantal tandartsen	Onverschuldigd EUR	Terugbetaald EUR
Met terugbetaling			
Akkoord met UVT	3	9.774	9.774
Met verweer	2	7.534	7.534
Geen bericht	4	18.400	18.400
Subtotalen	9	35.708	35.708
Geen terugbetaling			
Met verweer	8	52.288	
Geen bericht	5	35.998	3.048*
Subtotalen	13	88.286	3.048*
Totaal	22	123.994	38.756

*Gedeeltelijke terugbetaling die is geklasseerd als "zonder terugbetaling" door het Comité

Groep C (152 tandartsen)

Onderstaande tabel geeft de manier aan waarop de 152 tandartsen die een PV van vaststelling hebben ontvangen gereageerd hebben al naargelang:

- ze al dan niet akkoord gingen met een vrijwillige terugbetaling
- het uitblijven van een antwoord of het al dan niet opwerpen van verweermiddelen
- een al dan niet uitgevoerde terugbetaling.

Groep C (152 tandartsen)	Aantal tandartsen	Onverschuldigd EUR	Terugbetaald EUR
Met terugbetaling			
Akkoord met UVT	42	41.867	41.867
Met verweer	17	15.064	15.064
Geen bericht	26	23.221	23.221
Subtotalen	85	80.152	80.152
Geen terugbetaling			
Met verweer	59	59.608	0
Geen bericht	8	10.397	0
Subtotalen	67	71.905	0
Totaal	152	150.157	80.152

De verweermiddelen van de tandartsen van de groepen B en C zijn:

- data DGEC zijn fout
- methode DGEC is fout
- argumenten van medisch-tandheelkundige aard, in algemene termen gesteld
- argumenten van medisch-tandheelkundige aard gedetailleerd, geval per geval.

De argumenten in de verweren waren, in dalende orde van belangrijkheid:

- vulling zelfde tand maar op een andere locus
- vulling naar aanleiding van endodontische behandeling
- bruxisme
- druk vanwege patiënt: behoud eigen tanden en/of financiële redenen
- trauma
- verzwakt element of gebit
- slechte mondhygiëne (handicap, lagere sociale klasse,...).

Gevolg dat het Comité van de DGEC heeft gegeven aan de vaststellingen

De 174 PJ zijn opgesteld op basis van art. 73 § 4 van de gecoördineerde wet van 14-07-1994 en volgen dus de procedure die wordt beschreven in art. 146bis § 2 van diezelfde wet.

Na onderzoek van de dossiers kan het Comité beslissen om:

- 1° het dossier zonder gevolg te klasseren
- 2° het dossier met een verwittiging af te sluiten
- 3° de leidend ambtenaar ermee te belasten de zaak aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg en indien nodig terzelfder tijd de natuurlijke of rechtspersoon, zoals bedoeld in art. 164 2° lid, daarvan per aangetekende brief te verwittigen.

De twee hiernavolgende tabellen bundelen de beslissingen van het Comité voor die groepen.

Groep B (22 zorgverleners)	Aantal tandartsen	Onverschuldigd (EUR)	Terugbetaald (EUR)	Geschil	Beslissing Comité
Met terugbetaling					
Akkoord met UVT	3	9.774	9.774		Verwittiging
Met verweer	2	7.534	7.534		Verwittiging
Geen bericht	4	18.400	18.400		KEA
Geen terugbetaling					
Met verweer	8	52.288		52.288	KEA
Geen bericht	5	35.998	3.048*	32.950	KEA
Totalen	22	123.994	38.756	85.238	

*Gedeeltelijke terugbetaling die is geklasseerd als "zonder terugbetaling" door het Comité

Groep C (152 zorgverleners)	Aantal tandartsen	Onverschuldigd (EUR)	Terugbetaald (EUR)	Geschil	Beslissing Comité
Met terugbetaling					
Akkoord met UVT	42	41.867	41.867		zonder gevolg
Met verweer	17	15.064	15.064		zonder gevolg, terugbetaling RIZIV
Geen bericht	26	23.221	23.221		zonder gevolg
Geen terugbetaling					
Met verweer	59	59.608	0		zonder gevolg
Geen bericht	8	10.397	0	1.866	7 verwittigingen 1 KEA
Totalen	152	150.157	80.152	1.866	

3^{de} fase: impactmeting

Het algemeen effect van de actie kan gemeten worden via de vergelijking van de bedragen van de terugbetalingen voor de desbetreffende verstrekkingen in twee volledige perioden:

- o van maart 2010 tot februari 2011 (voor de informatiebrief van maart 2011)
- o van mei 2011 tot april 2012 (na de actie).

Totaal terugbetalingen voor conserverende verzorging

Terugbetalingen voor conserverende verzorging	Bedrag EUR
maart 2010 tot februari 2011	230.186.543
mei 2011 tot april 2012	219.173.772
Evolutie	- 11.012.771

Meerdere factoren spelen een rol bij de vermindering van de terugbetalingen:

1. De eerste is gelinkt aan de terugbetalingen binnend e groep van de 998 zorgverleners die een brief hebben gekregen.

Bedragen van de terugbetalingen van de 998 tandartsen met brief	Bedrag EUR
maart 2010 tot februari 2011	59.985.827
mei 2011 tot april 2012	51.971.200
Evolutie	- 8.014.627

2. De tweede betreft de daling van de herattesteringsgraad die ook wordt vastgesteld bij tandartsen die geen informatiebrief hebben gekregen.

Bedragen van de terugbetalingen van de tandartsen zonder brief	Bedrag EUR
maart 2010 tot februari 2011	170.200.716
mei 2011 tot april 2012	167.202.571
Evolutie	- 2.998.145
Vermindering door de daling van de herattesteringsgraad (7,3 tot 6,3%)	- 1.602.137

3. Er zijn ook andere, niet evalueerbare, factoren, zoals:
- een daling door het niet attesteren van verstrekkingen waarvan de zorgverleners dachten dat het herattesteringsgraad waren, maar dat volgens het onderzoek niet waren
 - een effect 'schrik van de politieman' waardoor alle zorgverleners voorzichtiger gingen zijn bij het aanrekenen van verzorging.

Besluit van IP018

Het onderzoek IP018 analyseert de herattesteringsgraad van vullingen en opbouw van tanden binnen het jaar voor een zelfde tand van dezelfde patiënt door dezelfde zorgverlener.

Een eerste analyse leidde tot de verzending van een informatiebrief op 28 maart 2011 naar 998 tandartsen bij wie de herattesteringsgraad hoger lag dan 10% (aanvaardbare waarde rekening houdend met de literatuur en het advies van, al dan niet universitaire, Belgische experts).

Een tweede analyse met de impact van die brief. Daardoor waren volgende vaststellingen mogelijk:

1. voor alle tandartsen:
 - een vermindering van 11 miljoen EUR in de uitgaven van de VGVU voor conserverende tandverzorging
 - een vermindering van de gemiddelde herattesteringsgraad van 8,30 tot 6,43%
2. voor de 998 zorgverleners die een brief ontvingen:
 - een vermindering van 8 miljoen EUR in de uitgaven van de VGVU voor conserverende tandverzorging
 - een vermindering van de gemiddelde herattesteringsgraad van 15,5 tot 8%
 - een vermindering van de herattesteringsgraad tot minder dan 10% voor 801 zorgverleners
 - een herattesteringsgraad die boven de 10% blijft bij 197 zorgverleners. Die zorgverleners werden het voorwerp van maatregelen.

Voorstellen

- Een nieuwe impact van de actie meten
- De tandartsen regelmatig informeren aangaande hun profiel van aanrekenen

- De kost van tandverzorging per verzekerde analyseren en niet per zorgverlener (opsporing tandartspraktijken)
- De rechthebbenden informeren over de terugbetaalde bedragen door de VGVU voor hun tandverzorging
- De NGV aanpassen: op een bepaald niveau van herattesteringen van conserverende verzorging van eenzelfde tand wordt een voorafgaande goedkeuring van de adviserend geneesheer, na gemotiveerde vraag van de tandarts, verplicht.

Communicatie

De informatie van deze synthese werd middels een nota aan het Comité meegedeeld op 04 februari en op 12 december 2014.

IP023 Anesthesiologie: verboden peroperatieve cumuls

Context

Een onderzoek gevoerd in drie ziekenhuizen van eenzelfde provincie, heeft verboden peroperatieve cumuls aan het licht gebracht, namelijk de aanrekening van:

- o technische prestaties
- o verschillende monitorings

samen met de anesthesie.

Doel

Nagaan of die verboden cumuls op nationaal niveau voorkwamen.

Wettelijke basis

Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Art. 12. § 1. Honoraria voor de geneesheren-specialisten voor anesthesie.

a) Anesthesie verricht tijdens een verstrekking:

Gerangschikt in een hogere categorie dan K 600 of N 1000 of I 1500

200012 – 200023

K360

....

b) Honoraria voor de geneesheer-specialist voor anesthesie, wanneer hij, bij de verloskundige verstrekkingen nrs. 423010 - 423021 of 424012 - 424023, voor één van de volgende verstrekkingen wordt bijgeroepen (...)

c) Epidurale anesthesie en het toezicht erop, gedurende de verschillende stadia van de verlossing, (...)

Art 12§ 3, 2°.

De honoraria voor anesthesieverstrekkingen vermeld in de rubrieken a), b) en c) omvatten: (...)

a) het voorafgaande onderzoek van de zieke door de geneesheer die de anesthesie verricht; (...)

b) de voorbereiding tot de anesthesie;

c) de toepassing van de anesthesietechnieken, het peroperatief toezicht op de algemene toestand van de zieke en het verrichten van alle technische verstrekkingen die nodig zijn om dat doel te verwezenlijken;

"d) het postoperatief toezicht op de gevolgen van die anesthesie. Niettemin mogen de verstrekkingen nrs. 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 211175 - 211186, 211190 - 211201, 212111 - 212122, 212214 - 212225, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045, 214115 - 214126 worden aangerekend bij een patiënt bij wie een heelkundige ingreep is verricht waarvan de betrekkelijke waarde gelijk is aan of hoger is dan K 500 of N 700 of I 700."

Weerhouden verstrekkingen:

Art 3 §1 C

128052 – 128063 Meten van de geactiveerde coagulatietijd (Maximum 1)

B250

Art 11 §1

350033 – 350044 *Larynxintubatie* K24

351035 – 351046 *Tracheo- en/of laryngoscopie, met of zonder afname voor biopsie.* K30

353275 – 353286 *Blootleggen van bloedvat, inclusief punctie of inspuiting.* K12

354255 – 354266 *Plaatsen van een centrale veneuze katheter (buiten de narcose) bij een kind jonger dan 7 jaar* K30

Art 11§4

355530 - 355541 *Slagaderpunctie voor afname(n), inspuitingen, inbrengen van catheter, enz* K 6

355552 - 355563 *Punctie van de vena jugularis, de vena subclavia of vena femoralis (buiten narcose) voor het inbrengen van een catheter* K19

Art 12 §1

201272 - 201283 *Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis) verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel.* K30

202716 – 202720 *Plaatsen, subcutaan tunnels en fixeren van een epidurale, intrathecale of plexuscatheter met het oog op een langdurige infusie van analgetica, al dan niet met gebruik van medische beeldvorming.* K90

Art 13§1

212015 – 212026 *Continu toezicht op de vitale en niet-vitale functies met een waaktoestel dat op zijn minst bestendig het elektrocardiogram volgt, inclusief de eventuele registraties, buiten de narcoses, de heelkundige en verloskundige bewerkingen en buiten de functionele harttests: De eerste dag:* N40

212214 - 212225 *Hartcatheterisme met het oog op het plaatsen van één of meerdere catheters langs veneuze weg voor tijdelijke atriale en/of ventriculaire stimulatie en/of voor monitoring van de drukken of van de hartdebieten, inclusief de eventuele radioscopische controles met televisie, denudatie, elektrocardiografische controles* N128

214314 - 214325 *Bronchoscopie zonder biopsie bij geintubeerde patiënten in het raam van een ventilatie* N103

Art 14 i)

257294 – 257305 *Bronchoscopie zonder afname voor biopsie en/of bronchoscopie met therapeutische aspiratie.* K57

Art 17 quater §1

Bidimensionele echografie met geschreven protocol en iconografische drager die ontstaat na digitale beeldverwerking van de gegevens ongeacht het aantal echogrammen:

469350 - 469361 *Van de hals* N42

469475 - 469486 *Van het mannelijk bekken.* N35

469490 -469501 *Van het vrouwelijk bekken.* N50

469534 - 469545 *Van één of meerdere ledematen* N42

469674 - 469685 *Beperkt transoesofagaal echografisch bilan van het hart, waarbij bidimensionele beelden bekomen worden, en kleuren-Doppler signalen in spectraal mode. De opname en archivering van het onderzoek is vereist, evenals een beknopte beschrijving die een antwoord geeft op het klinisch probleem* N90

469836 - 469840 *Volledig transoesofagaal echografisch bilan van het hart, waarbij bidimensionele beelden bekomen worden in minstens drie verschillende snedevlakken, en kleuren Doppler signalen ter hoogte van minstens 3 klepopeningen. De opname en archivering van het onderzoek op magneetband of digitale drager is vereist, evenals een gedetailleerd protocol* N175

Art 20 §1 a)

470492 – 470503 Extrarenale zuivering, verricht volgens de techniek van de continue hemodialyse/filtratie, verricht in een dienst voor intensieve verzorging voor de behandeling van een acute nierinsufficiëntie, een intoxicatie, een toestand van ernstige volume-overbelasting of een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen volgens de techniek van de plasmafiltratie, per 24 uur, en maximum 6 weken behandeling, inclusief het hemofiltratiemateriaal. K 464

Art 20 §1 d)

474191 – 474202 Punctie van slagader of ader na blootleggen van bloedvat bij kind jonger dan zeven jaar. K13,56

Methodologie

a) Periode

Het onderzoek betreft de periode van 01-04-2011 tot 31-03-2012 (12 maanden).

b) Analyses

1. De aanrekeningen van alle zorgverleners met kwalificatie 100 of 109 (anesthesisten) werden nagekeken.
2. In een voorbereidende analyse is in elk ziekenhuis gezocht naar cumuls op dezelfde datum:
 - van een code anesthesie voor een verstrekking van art. 12 § 1 a) b) en c)
 - met een code voor een technische prestatie of een monitoring die peroperatief kan worden toegepast.

Een verboden cumul in een ziekenhuis en voor een gegeven verstrekking wordt vermoed op basis van de verhouding:

$$\frac{\text{aantal verstrekkingen op de dag van een anesthesie}}{\text{totaal aantal verstrekkingen}}$$

Hoe dichter het resultaat bij 1 is, hoe hoger het vermoeden dat er sprake is van een systematische en niet-conforme tarifiering.

3. Bij dit onderzoek waren 44 ziekenhuizen uit negen provincies betrokken. Slechts in 31 van die ziekenhuizen uit de negen provincies, met een vermoedelijk onverschuldigd bedrag hoger dan 5.000 EUR, werd het diensthoofd anesthesie verhoord.
4. Het verhoor bracht het volgende op:
 - de exacte samenstelling van het team anesthesisten en de precieze activiteit van elk lid
 - inlichtingen over de verschillende verstrekkingen waarvan vermoed werd dat ze niet-conform waren (een lijst van de specifieke verstrekkingen voor elk ziekenhuis werd opgemaakt: wanneer, hoe, door wie, waarom en waar?).

5. Dankzij de gegevens die tijdens de verhoren zijn verzameld, kon worden achterhaald welke vermoedelijke verboden cumuls waren aangerekend. In geval van twijfel (bij drie ziekenhuizen) werden een tiental anesthesieverslagen per ziekenhuis geanalyseerd. Indien er dan nog twijfel bleef bestaan, werd de cumul niet weerhouden.

Acties

Er is een proces-verbaal van vaststelling met uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling gericht aan het diensthoofd anesthesie, met kopie aan de beheerder, van de 30 ziekenhuizen waar verboden cumuls zijn vastgesteld.

Er is een proces-verbaal van vaststelling met uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling gericht aan het diensthoofd anesthesie, met kopie aan de beheerder, van de 15 ziekenhuizen waar de andere niet-conforme prestaties zijn vastgesteld.

Er is een proces-verbaal van vaststelling gericht aan twee ziekenhuizen wegens administratieve fouten.

Resultaten

Het onderzoek IP023 heeft in de anesthesiologie verboden peroperatieve cumuls vastgesteld in 30 ziekenhuizen voor een totaal onverschuldigd bedrag van 1.317.862 EUR.

De analyse heeft ook andere niet-conforme verstrekkingen aan het licht gebracht in 15 ziekenhuizen voor een totaal onverschuldigd bedrag van 612.689 EUR:

- niet-conforme aanrekening van hartcatheterisatie
- niet-conforme aanrekening van wegnemen van vreemd lichaam uit de pharynx
- cumul tijdens eenzelfde zitting van een anesthesie voor een verstrekking lager dan K120 of N200
- niet-conform aanrekenen van ingewikkeld dermatologisch verband
- dubbele aanrekening van centrale katheter
- foutief aangerekende anesthesie voor conserverende tandzorg
- dubbele aanrekening van extracorporele circulatie
- code “advies” aangerekend voor de preoperatieve raadpleging
- niet-invasieve monitoring aangerekend zowel in ambulante chirurgie als in de klassieke chirurgie
- centrale en arteriële katheter systematisch aangerekend de dag na de ingreep.

In twee ziekenhuizen zijn er administratieve fouten vastgesteld.

Opvolging

Alle ziekenhuizen zijn ingegaan op de vraag tot vrijwillige terugbetaling, behalve één ziekenhuis dat in procedure is gegaan (Kamer van eerste aanleg) (bedrag: 51.683 EUR).

Conclusie

Tijdens het onderzoek IP023 werd vastgesteld dat er verboden peroperatieve cumuls in de anesthesiologie werden aangerekend in meerdere ziekenhuizen. Het onderzoek heeft tevens een aantal andere niet-conforme prestaties aan het licht gebracht.

Alle ziekenhuizen, behalve één, hebben de onverschuldigde bedragen vrijwillig terugbetaald. **(1.878.867 EUR)**

Communicatie

Het rapport werd door het Comité besproken op 26 juni 2014.

IP025 Controle van de aanrekening van de codes 476125 (meten van hartdebiet) en 471564 (exsufflatie van spontane pneumothorax)

Context

Onderzoek van een provinciale dienst dat in 2013 voor de Kamer van Eerste Aanleg (KEA) voorkwam.

Doel

Studie van de aanrekening van twee nomenclatuurcodes:

476125 Meten van het hartdebiet in de dienst voor intensieve verzorging

471564 Exsufflatie van spontane pneumothorax door voortdurende aspiratie.

Wettelijk kader

1. Meten van het hartdebiet

NGV

Art 20 e) De verstrekkingen die tot het specialisme cardiologie behoren

476125 Meten van het hartdebiet door de curven van thermodilutie of door de curven van kleurstof-dilutie en berekenen van de circulatietijden: Bij rust, minimum twee afzonderlijke metingen K60

Artikel 13 § 2 8°

Het continu toezicht in vivo, met of zonder registraties van fysiologische of biochemische parameters, mag niet worden aangerekend op basis van de verstrekkingen die zijn opgenomen in de artikelen 3, 14, 20, 22 of 24.

Artikel 13 § 1 (in werking tot 30/11/2012)

Installatie van en toezicht op gecontroleerde of geassisteerde continue kunstmatige beademing, onder tracheale intubatie of tracheotomie buiten de narcose

211024 De eerste dag N192

211046 Van de tweede tot de eenentwintigste dag, per dag N168

Continu toezicht op de hartfunctie (met of zonder toezicht op andere vitale waarden) met een waaktoestel dat, benevens het elektrocardiogram, op zijn minst bestendig een van de volgende parameters volgt: de arteriële druk door middel van een intra-arteriële catheter, de intracavitaire of pulmonale druk door middel van een intracardiale catheter, de intracraniële druk door middel van een intracraniële catheter (buiten de narcoses, de heerkundige en verloskundige bewerkingen en buiten de functionele harttests), inclusief de eventuele registraties:

214023 De eerste dag N192

214045 De tweede, derde, vierde en vijfde dag, per dag N168

214126 Toeslag bij de verstrekkingen nrs. 214012 - 214023 of 214034 - 214045 indien bovendien metingen van het hartdebiet door thermodilutiecuren of kleurstofdilutiecuren worden verricht, per dag N92

Artikel 13 § 1 B (in werking vanaf 01-12-2012)

Honorarium voor de installatie van en het continu toezicht op een patiënt verpleegd in de lokalen van een erkende functie intensieve zorg:

211223 De eerste dag N 190

211245 De tweede dag en de volgende dagen, per dag N 190

Bijkomend honorarium bij de verstrekkingen 211223 en 211245 indien bovendien een meting van het hartdebiet door thermodilutiecurven of kleurstofdilutiecurven wordt verricht:

211326 Van de eerste tot en met de vijfde dag, per dag N92

Jurisprudentie: beslissing KEA 25-04-2013.

2. Exsufflatie van spontane pneumothorax

NGV

Art 20 § 1 b) De verstrekkingen die tot het specialisme pneumologie behoren:

471564 Exsufflatie van spontane pneumothorax door voortdurende aspiratie, inclusief radioscopisch onderzoek bij het plaatsen van de drain K40

Jurisprudentie: beslissing KEA 25-04-2013.

Methode

a. Bestudeerde populatie

De groep van alle ziekenhuizen. Werden ten laste gelegd:

- 16 ziekenhuizen die het meten van hartdebiet op intensieve verzorging aanrekenen gedurende het continu toezicht.
- 11 ziekenhuizen die de code van exsufflatie van pneumothorax meerdere malen per behandeling aanrekenen.

b. Periode

1. Meten van het hartdebiet

Periode van ten laste gelegde verstrekkingen: van 14-02-2012 tot 31-07-2013, ontvangstdatum bij de VI's. (18 maand).

2. Exsufflatie van spontane pneumothorax

Periode van ten laste gelegde verstrekkingen: van 30-05-2012 tot 30-09-2013, ontvangstdatum bij de VI's. (18 maand).

c. Wijze van gegevensinzameling

1. Meten van het hartdebiet

- Opvraging van de gegevens bij de V.I.'s.

- Analyse van de ontvangen gegevens, opzoeking van de aanrekeningen van de verstrekking 476125 na de vijf eerste dagen in de dienst voor intensieve verzorging (duidelijk door de cumul met de verstrekking 211046 voor 01-12-2012 en 211245 vanaf 01-12-2012).

2. Exsufflatie van spontane pneumothorax

- Opvraging van de gegevens bij de V.I.'s
- Analyse van de ontvangen gegevens, opzoeking van de verstrekking 471564 (meer dan eenmaal per behandeling).

Resultaten

1. Code 476125 (Meten van het hartdebiet) aangerekend na de 5^e dag op de dienst voor intensieve verzorging en gelijktijdig controle van code 471654 (exsufflatie van pneumothorax) meer dan één keer aangerekend voor dezelfde behandeling, voor de ziekenhuizen betrokken bij de eerste inbreuk.

Referentie	476125 < 01/12/2012 TLL (EUR)	476125 ≥ 01/12/2012 TLL (EUR)	471564 TLL (EUR)	Vrijwillige terugbetaling per ziekenhuis (EUR)
1	99.049	185.620	13.201	297.871
2	9.037		10.831	19.868
3	17.752			17.752
4	19.554			19.554
5	14.808	10.422		25.230
6	2.579		2.655	5.234
7	6.111	8.758	1.497	16.366
8	4.613	394	1.295	6.302
9	10.963			10.963
10	8.135	3.155	1.305	12.595
11	3.980		2.988	6.967
12	2.115		984	3.099
13	61.207	17.800	8.074	87.081
14	10.939*		2.940	2.940
15	2.419	2.928		5.347
TOTAAL	273.261	229.077	45.770	537.169

*Geen vrijwillige terugbetaling, procedure voor de KEA.

2. Code 471654 (exsufflatie van pneumothorax) meer dan één keer aangerekend per behandeling en gelijktijdig controle van code 476125 (meten van hartdebiet) aangerekend na de 5^e dag op de dienst voor intensieve verzorging, voor de ziekenhuizen betrokken bij de eerste inbreuk.

Referentie	476125 ≥ 01/12/2012 TLL (EUR)	471564 TLL (EUR)	Vrijwillige terugbetaling per ziekenhuis (EUR)
16		4.329	4.329
17	550	1.315	1.865
18	395	6.657	7.053
19		1.134	1.134
20		1.959	1.959
21		12.403	12.403
22		999	999
23		23.697	23.697
24	2.418	629	3.047
25		9.498	9.498
26		4.208	4.208
TOTAAL	3.364	66.828	70.192

Actie

Processen-verbaal van vaststelling van niet-conforme verstrekkingen werden met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling gestuurd:

- naar de geneesheer-diensthoud
- naar het ziekenhuis.

Vervolg

Vrijwillige terugbetaling door alle ziekenhuizen, op één ziekenhuis na dat de aanrekening van verstrekking 476125 betwist (procedure KEA).

Conclusie

De studie van het aanrekenen van de twee nomenclatuurcodes:

- 476125 Meten van het hartdebiet op de dienst voor intensieve verzorging, voor de periode van 14-02-2012 tot 31-07-2013
- 471564 Exsufflatie van spontane pneumothorax door voortdurende aspiratie voor de periode van 30-05-2012 tot 30-09-2012,

maakte de vaststelling mogelijk van het aanrekenen van niet-conforme verstrekkingen:

- voor de verstrekking 476125, aanrekenen na de 5^e dag in de dienst voor intensieve verzorging, in 15 ziekenhuizen
- voor de verstrekking 471564, meer dan één keer aanrekenen per behandeling, in 11 ziekenhuizen.

Dat gaf onverschuldigde bedragen van respectievelijk 505.702 EUR et 112.598 EUR, gevolgd door een vrijwillige terugbetaling van 607.361 EUR door alle ziekenhuizen op één ziekenhuis na, dat de aanrekening van verstrekking 476125 betwist voor een bedrag van 10.939 EUR.

Communicatie

Dat rapport werd besproken door het Comité van de DGEC op 12 december 2014.

2. Controle « unieke streepjescode »

De unieke streepjescode (USC) is een uniek nummer dat men in de vorm van een streepjescode terugvindt op elke verpakking van farmaceutische specialiteiten. Met die controle wil het RIZIV nagaan of geneesmiddelen daadwerkelijk worden afgeleverd.

Eenzijds verzenden de bedrijven, die terugbetaalbare geneesmiddelen op de Belgische markt brengen, om de drie maanden de USC van de op de markt gebrachte geneesmiddelen naar de DGEC. De tarifieringsdiensten anderzijds sturen via geïntegreerde bestanden de USC van de aangerekende geneesmiddelen naar de DGEC op.

Door het bestand afkomstig van de tarifieringsdiensten na te kijken kan de DGEC vaststellen of een USC meer dan één maal werd ingebracht en aangerekend, hetzij door dezelfde apotheker, hetzij door verschillende apothekers.

Via het bestand van de bedrijven kan worden nagegaan of de USC die de apothekers aanrekenden, daadwerkelijk op de markt werden gebracht door de bedrijven.

Controle USC oktober 2012 tot en met september 2014 (= 24 maanden)	
Aantal betrokken apotheken	5.049
Totaal aantal tarifieringslijnen	269.295.188
Aantal tarifieringslijnen die voorzien kunnen zijn van een USC	217.241.297
% zonder USC	0,99%
% aantal USC die dubbel ingelezen wordt in dezelfde apotheek	0,11%
% het aantal USC waarvan het controlegetal (check digit) niet correct is	0,02%
% correct ingelezen USC en correcte USC	98,89%
% dezelfde USC aanwezig in verschillende apotheken	0,04%

Het inlezingpercentage van de USC stijgt door de jaren heen. De oorzaken van niet-inlezing en van dubbele inlezingen binnen dezelfde apotheek liggen bij de apothekers en zijn meestal onvrijwillig. In enkele gevallen werden door de industrie dubbele codes op de markt gebracht.

Een aantal fraudegevallen werd vastgesteld bij apothekers die codes inlazen die ook nog in andere apotheken voorkwamen.

Besluit

De USC is een efficiënt instrument om de effectieve aflevering van geneesmiddelen door apothekers te controleren, afwijkende profielen bij hen te detecteren en aldus een doelgerichtere controle uit te oefenen.

3. De individuele onderzoeken

De geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs en verpleegkundigen-controleurs zijn bevoegd om alle inbreuken vast te stellen op de wet betreffende de Verplichte Verzekering voor Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen, en haar uitvoeringsbesluiten.

a. Aantal

Tabel C1: Aantal **afgesloten** individuele onderzoeken in 2014

Afgesloten onderzoeken in 2014 Kwalificatie van betrokkene	Aantal	%
Huisartsen	85	7,6
Geneesheer-specialisten	201	17,9
Apothekers	18	1,6
Tandartsen	274	24,4
Vroedvrouwen	1	0,1
Verpleegkundigen	233	20,8
Kinesitherapeuten	61	5,4
Diëtisten	1	0,1
Logopedisten	7	0,6
Orthopedisten	13	1,2
Bandagisten	10	0,9
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	1	0,1
Ergotherapeuten	1	0,1
Opticiens	2	0,2
Zorgverlenersgroepering	13	1,2
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	76	6,8
ROB	14	1,2
RVT	1	0,1
Medische huizen	1	0,1
Verzekerden	65	5,8
Andere	44	3,9
TOTAAL	1.122	

Tabel C2: Aantal **opgestarte** individuele onderzoeken in 2014

Aangevatte onderzoeken in 2014 Kwalificatie van betrokkene	Aantal	%
Huisartsen	80	9,3
Geneesheer-specialisten	148	17,1
Apothekers	18	2,1
Tandartsen	96	11,1
Vroedvrouwen	1	0,1
Verpleegkundigen	235	27,2
Kinesitherapeuten	45	5,2
Diëtisten	1	0,1
Logopedisten	8	0,9
Orthopedisten	10	1,2
Bandagisten	9	1,0
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	1	0,1
Ergotherapeuten	2	0,2
Opticiens	2	0,2
Zorgverlenersgroepering	1	0,1
Gehoorthoesisten	18	2,1
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	62	7,2
ROB	11	1,3
RVT	2	0,2
Medische huizen	1	0,1
Verzekerden	75	8,7
Andere	38	4,4
TOTAAL	864	

Tabel C8: aantal individuele **lopende** onderzoeken op 31-12-2014.

Individuele lopende onderzoeken op 31-12-2014 Kwalificatie van betrokkene	Aantal	%
Huisartsen	57	8,82
Geneesheer-specialisten	104	16,10
Apothekers	14	2,17
Tandartsen	99	15,33
Vroedvrouwen	1	0,15
Verpleegkundigen	198	30,65
Kinesitherapeuten	20	3,10
Logopedisten	8	1,24
Orthopedisten	8	1,24
Bandagisten	5	0,77
Ergotherapeuten	1	0,15
Opticien	1	0,15
Gehoorsprothesisten	1	0,15
Zorgverlenersgroepering	14	2,17
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	53	8,20
ROB	7	1,08
RVT	1	0,15
Verzekerden	38	5,88
Andere	16	2,48
TOTAAL	646	

b. Resultaten

Tabel C3: Uitsplitsing van de dossiers in functie van het resultaat

Type van dossiers 2014	Aantal	%	Aantal	%
Negatief	462	41,2		
Na verhoor (informatief)			135	12,1
Na onderzoek			327	29,1
Positief	660	58,8		
Actie voor derden			101	9,1
Verwittiging			96	8,5
Verwittiging met vrijwillige terugbetaling			360	32,1
Te vervolgen			103	9,1
TOTAAL	1.122	100		

De categorie 'informatief' slaat op de dossiers die, **na verhoor van de klager en/of de zorgverlener**, werden afgesloten zonder dat er een inbreuk werd vastgesteld.

De categorie 'negatief' omvat die gevallen waar, **na onderzoek**:

- de klacht buiten de bevoegdheid van de DGEC viel
- of de vermoedens van vergissing of bedrog niet gegrond bleken.

De categorie 'actie voor derden' bevat alle vaststellingen gedaan voor derden en overgemaakt aan andere instellingen (bijv. Procureur des Konings, Orde van geneesheren, Dienst administratieve controle, ...). De zwaarste dossiers werden doorgestuurd naar het Parket.

Tabel C9: dossiers doorgestuurd naar het Parket

Bevoegdheid van de betrokkene	Aantal
Huisartsen	2
Geneesheren-specialisten	1
Verpleegkundigen	2
Bandagisten	1
Verzekerden	7
Andere	1
Totaal	14

De categorieën 'verwittiging' en 'verwittiging met vrijwillige terugbetaling' omvatten die gevallen waar de zorgverlener bij vergissing, maar te goeder trouw, verstrekkingen ten onrechte aanrekende. In dat laatste geval wordt geen administratiefrechtelijke procedure opgestart, maar een verwittiging verzonden, met desgevallend de vrijwillige terugbetaling van de onverschuldigde prestaties.

Tabel C4: vrijwillige terugbetalingen na verwittiging

Vrijwillige terugbetaling in 2014 Bevoegdheid van betrokkene	Bedrag (EUR)	%
Huisartsen	236.039	6,6
Geneesheren-specialisten	1.167.813	32,6
Apothekers	21.204	0,6
Tandheelkundigen	329.454	9,2
Vroedvrouwen	1.777	0,0
Verpleegkundigen	638.578	17,8
Kinesitherapeuten	146.791	4,1
Orthopedisten	5.233	0,1
Bandagisten	31.289	0,9
Verstrekkingen van implantaten, prothesen en divers materiaal	29.631	0,8
Zorgverlenersgroepering	40.984	1,1
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	861.703	24,1
Anderen	69.401	1,9
TOTAAL	3.579.899	

De categorie 'te vervolgen': deze omvat de dossiers die werden ingediend bij één van de administratiefrechtelijke of strafrechtelijke organen. De statistische gegevens komen aan bod in hoofdstuk "Administratiefrechtelijke procedures".

c. Vastgestelde inbreuken

De tabel geeft het totaal van de inbreuken weer die de enquêteurs vaststelden voor alle enquêtes die binnen het jaar waren afgesloten. Vermelden we nog dat eenzelfde verstrekking het voorwerp kan uitmaken van verschillende inbreuken.

Voorbeelden:

- een radiografie van de tanden kan niet conform zijn, deel uitmaken van een niet toegelaten cumulatie, het protocol ervan kan ontbreken en daarbij kan het röntgenapparaat ook niet in orde zijn
- het ontbreken van het verpleegkundig dossier is een inbreuk.

Tabel C5: Aantal vastgestelde inbreuken (exclusief geneesmiddelen)

	2014
Aantal vastgestelde inbreuken	635.325

d. Onderzoeken na een klacht of een aangifte

De burger kan klacht neerleggen bij zijn mutualiteit of de DGEK op de hoogte brengen van eventuele inbreuken.

Men verstaat onder:

- **klacht:** wordt ingediend door een verzekerde of een zorgverlener
- **aangifte:** verklaring, de informatie die een instelling, een dienst, een verzekeringsinstelling doorgeeft.

De DGEK onderzoekt alle klachten die aan hem worden gericht. Naargelang van de elementen van de klacht kan die aanleiding geven tot een enquête of, wanneer de DGEK niet bevoegd is, een doorverwijzing naar een andere instelling.

De gegevens worden in de tabellen C6 en C7 weergegeven.

Anonimiteit

De anonimiteit van de klagers is de regel. Ze wordt door de wet gewaarborgd. Artikel 59 van het Sociaal Strafwetboek bepaalt immers dat « *Behoudens uitdrukkelijke machtiging van de indiener van een klacht of van een aangifte betreffende een overtreding van de bepalingen van de wetgevingen waarop zij toezicht uitoefenen, mogen de sociale inspecteurs (geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs, verpleegkundigen controleurs, sociale controleurs) in geen enkel geval, zelfs niet vóór de rechtbanken, de naam van de indiener van deze klacht of van deze aangifte bekend maken.* »

Tabel C6

Onderzoeken naar aanleiding van een klacht	2010	2011	2012	2013*	2014
Aantal klachten	147	184	244	266	244
Aantal dossiers geopend op basis van klachten	147	184	244	266	244
Aantal dossiers geopend op basis van klachten/ totaal aantal tijdens het jaar geopende dossiers	16%	21%	27%	27%	28%
Aantal dossiers geopend op basis van klachten waarvoor het onderzoek is afgerond **	147	180	241	246	180
Aantal dossiers geopend op basis van klachten waarvoor een onverschuldigd bedrag is vastgesteld**	39	49	74	88	61
Aantal dossiers geopend op basis van klachten waarvoor een geldboete is opgelegd ** (de meeste dossiers geopend sinds 2012 zijn nog in procedure)	17	22	5	1	

* nieuw registratiesysteem

** situatie op 26-03-2015

Tabel C7

Onderzoeken naar aanleiding van een aangifte	2010	2011	2012	2013*	2014
Aantal aangiftes	220	188	187	206	220
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes	220	188	187	206	220
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes/ totaal aantal tijdens het jaar geopende dossiers	13%	13%	15%	24%	20%
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes waarvoor het onderzoek is afgerond **	220	186	179	192	143
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes waarvoor een onverschuldigd bedrag is vastgesteld **	122	78	66	58	27
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes waarvoor een geldboete is opgelegd ** (de meeste dossiers geopend sinds 2011 zijn nog in procedure)	22	33	12	2	

* nieuw registratiesysteem

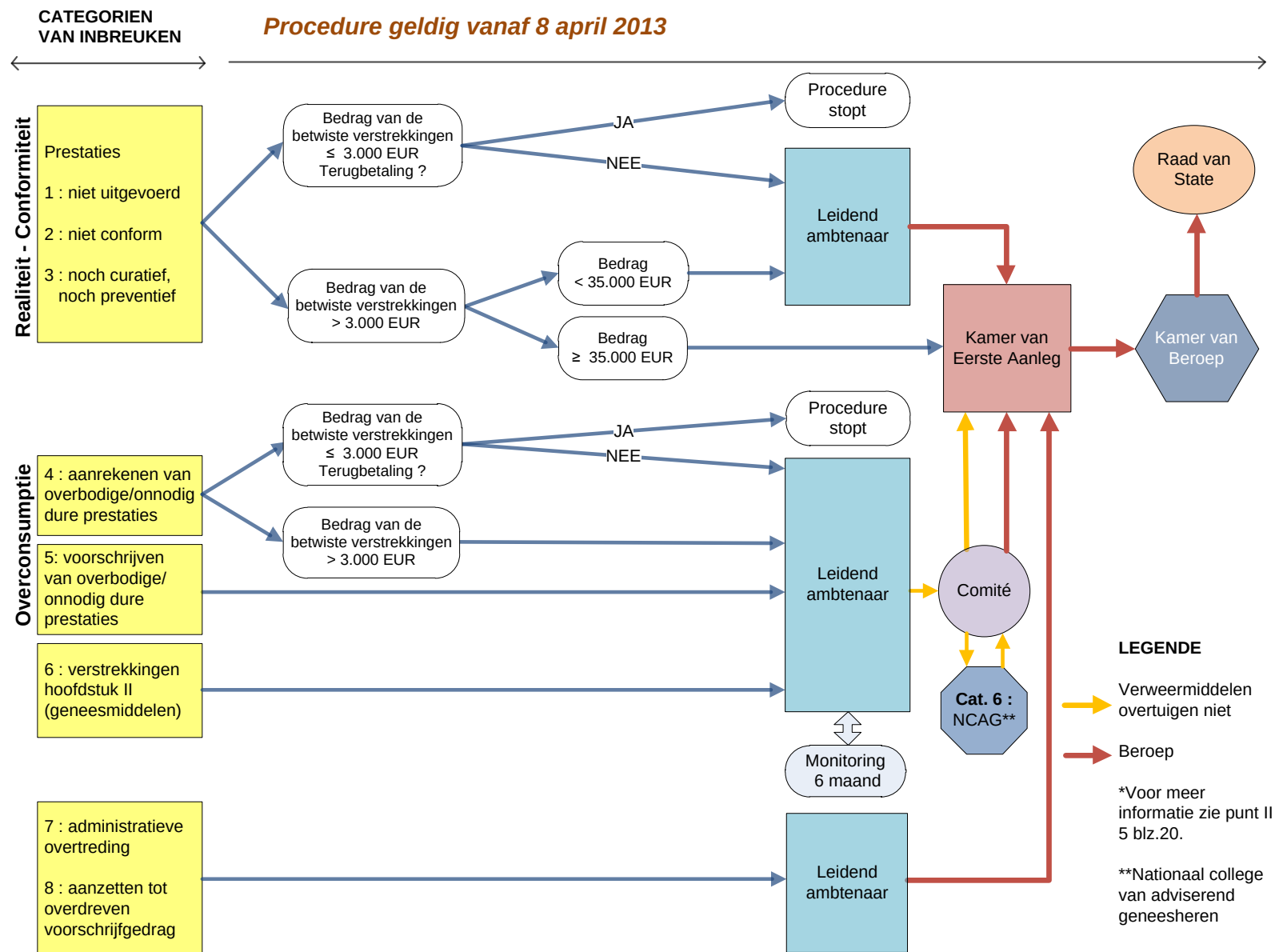
** situatie op 26-03-2015

V. ADMINISTRATIEFRECHTELIJKE PROCEDURES

De dossiers die tot een procedure hebben geleid voor één van de bevoegde organen volgen een verschillend traject naargelang van de vastgestelde inbreuken. Dit wordt weergegeven op het schema hiernaast.

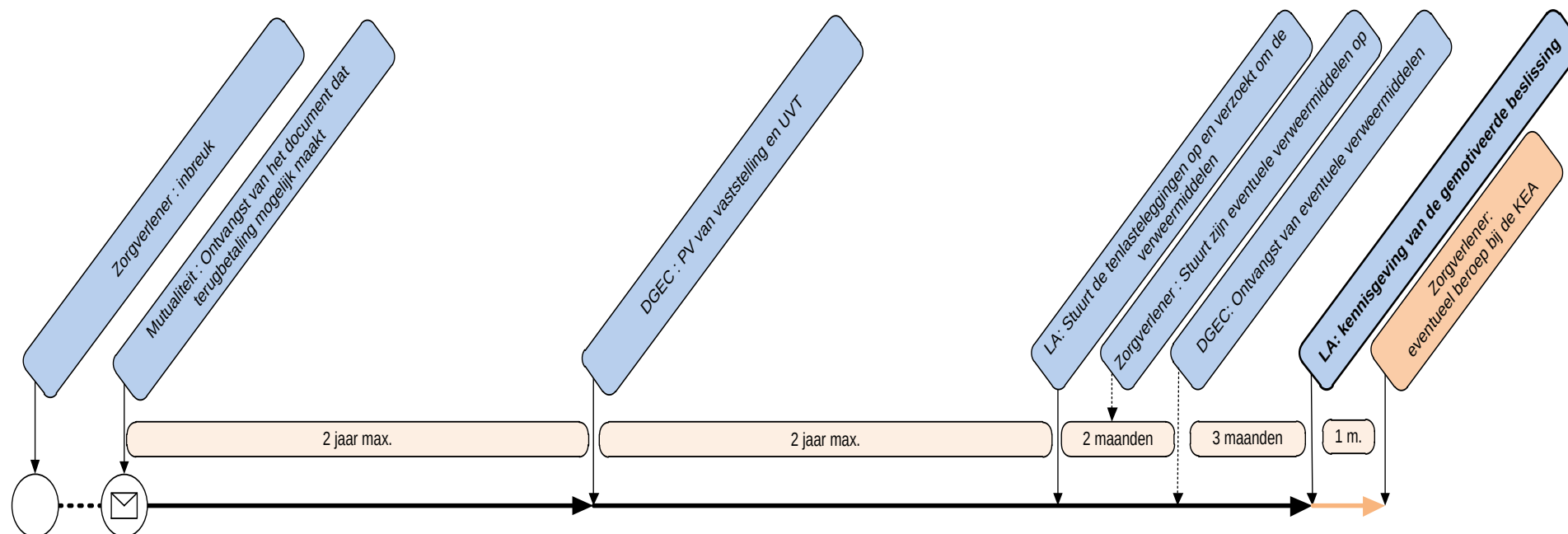
We geven ook de tijdslijnen die van toepassing zijn bij de respectieve procedures. Ze tonen duidelijk aan dat in een zelfde dossier beslissingen kunnen worden genomen door verschillende organen en dit verspreid over meerdere jaren.

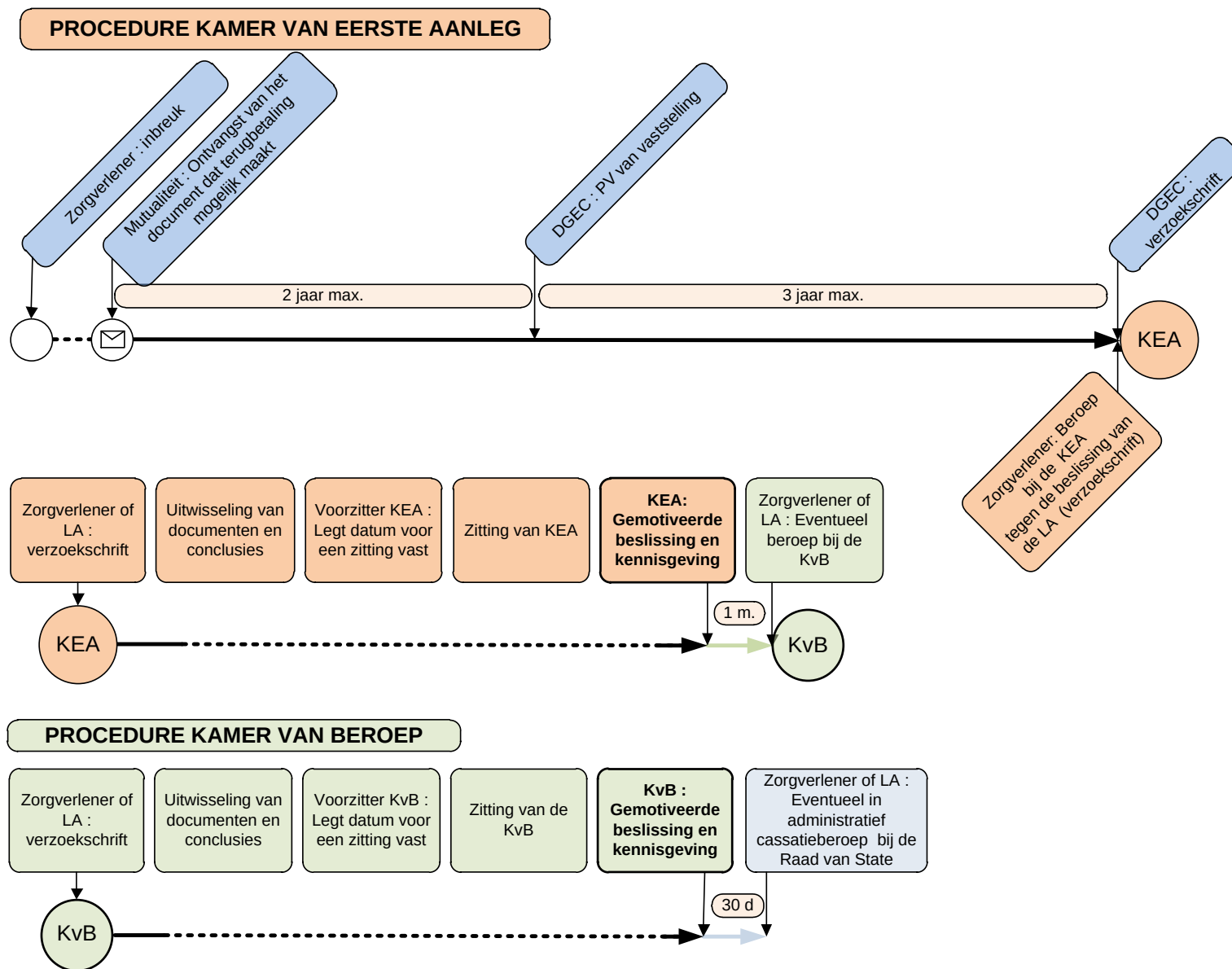
Vervolgens worden de beslissingen van deze organen nader bekeken.



Van toepassing sinds 9 april 2012

PROCEDURE LEIDEND AMBTENAAR





1. Organen van actief bestuur

a. de beslissingen van het Comité van de DGEC

De dossiers met aanwijzingen van overconsumptie (aanrekenen of voorschrijven) worden aan het Comité voorgelegd opdat het zou beslissen om ze ofwel:

- zonder gevolg af te sluiten
- met een waarschuwing af te sluiten
- de Leidend ambtenaar op te dragen het dossier aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg.

Aantal zittingen: 6

Dossiers overconsumptie: 175

Beslissingen:

- administratiefrechtelijke uitdoving: 68
- afsluiting zonder gevolg af te sluiten: 76
- waarschuwing: 12
- opdracht aan Leidend ambtenaar: 18.

b. de beslissingen van de Leidend ambtenaar

De Gezondheidswetten van 2006 geven de Leidend ambtenaar de bevoegdheid om kennis te nemen van de vaststellingen ten laste van zorgverleners die niet-uitgevoerde of niet-conforme prestaties hebben aangerekend. Hij kan op basis van deze vaststellingen de terugbetaling bevelen van deze onterechte aanrekeningen aan de ziekteverzekering en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

Hij is bevoegd voor zaken waarin de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 EUR.

In tabel S1.1 vindt u de gegevens over de beslissingen genomen door de Leidend ambtenaar in 2014.

In tabel S1.2 vindt u de beroepen die werden ingesteld tegen de beslissingen van de Leidend ambtenaar.

Tabel S1.1

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen		Opsplitsing van de beslissingen			Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen	
			Verwezen naar KEA	Tenlasteleggingen niet gegrond	Tenlasteleggingen gegrond		Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
	Aantal	%	Aantal	Aantal	Aantal	1	2	3	4	5	1+5
						EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	2	3,5			2	3.617	3.757			139	3.757
Geneesheren-specialisten	19	33,3		13	6	23.710	36.356	8.732	2.750	14.516	38.226
Apothekers	8	14,0			8	131.194	131.194	80.788	6.617	80.788	211.982
Tandartsen	4	7,0			4	4.301	51.003	5.605		27.326	31.628
Verpleegkundigen	10	17,5			10	168.529	256.157	54.246	45.617	117.719	286.248
Kinesitherapeuten	8	14,0			8	14.736	80.702	8.790	1.775	54.516	69.251
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	3	5,3			3	25.858	48.729	3.000			25.858
Anderen	3	5,3			3	43.241	56.633	18.654		27.296	70.538
TOTAAL	57			13	44	415.186	664.533	179.815	56.759	322.300	737.488

Tabel S1.2

Aantal beslissingen van de LA	Aantal beroepen bij de KEA	%
57	2	3,5

2. De administratieve rechtscolleges

a. de beslissingen van de Kamers van eerste aanleg

Deze Kamers zijn administratieve rechtscolleges.

Eén Kamer neemt kennis van alle zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld. De andere Kamer neemt kennis van de zaken die in het Frans en in het Duits moeten worden behandeld. Ze zijn allen samengesteld uit een magistraat van de rechterlijke orde, bijgestaan door vier leden, benoemd door de Koning: twee leden, artsen, op voordracht van de Verzekeringsinstellingen, de twee andere op voordracht van de beroepsgroepen van de comparanten. De leden zetelen niet als afgevaardigde van hun groep, maar omwille van hun technische kennis van de behandelde materie.

Dit rechtscollege doet uitspraak over de beroepen die werden ingesteld tegen de beslissingen van de Leidend ambtenaar.

Het doet in eerste aanleg ook uitspraak in alle zaken die niet tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar behoren. Zoals de Leidend ambtenaar kan de Kamer van eerste aanleg de terugbetaling bevelen van de onterechte aanrekeningen aan de ziekteverzekering en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

In tabel S2.1 vindt u de gegevens over de beslissingen genomen door de Kamer van eerste aanleg in 2014.

In tabel S2.2 vindt u de beroepen die werden ingesteld tegen de beslissingen van de Kamer van eerste aanleg, door de zorgverlener of door de DGEC.

De meeste beroepen betreffen niet de geformuleerde tenlastelegging(en) maar wel de opgelegde maatregel.

Tabel S2.1

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen		Beslissingen in eerste aanleg		Beslissingen in beroep*		Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen		
	In KEA		Verwezen naar de LA	Tenlasteleggingen niet gegrond	Tenlasteleggingen gegrond	Beroep niet gegrond		Beroep gegrond	Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitsel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
	Nb	%	Nb	Nb	N b	Nb	Nb	1	2	3	4	5	1+5
								EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	7	6,5		1	3		3	51.167	105.355	5.500	1.375	57.584	108.752
Geneesheren-specialisten	20	18,5		12	2		6	205.266	257.521	1.375	22.444	71.372	276.639
Apothekers	6	5,6		2	3		1	162.358	142.722	3.438	688	18.613	180.972
Tandartsen	5	4,6			2	1	2	32.960	92.920	6.719	3.386	54.717	87.677
Verpleegkundige	41	38,0		1	15	10	15	45.237	809.779	46.439	27.485	167.965	213.202
Kinesitherapeut	5	4,6			1	1	3	16.728	137.269	1.925	2.063	47.461	64.189
Bandagisten	1	0,9			1				56.264		1.375		
Verstrekken van implantaten, prothesen en divers materiaal	7	6,5		7									
Gehoorsprothesisten	1	0,9			1				32.842	1.500		34.342	34.342
Ziekenhuizen, instellingen	9	8,3			7		2	555.508	801.241	14.000	2.100	236.012	791.520
ROB	1	0,9			1				41.303	1.375		42.678	42.678
Anderen	5	4,6			3	1	1	112.773	345.785	33.738	1.746	241.886	354.659
TOTAAL	108			23	39	13	33	1.181.997	2.823.001	116.009	62.662	972.130	2.154.130

*De meeste beroepen betreffen niet de geformuleerde tenlastelegging(en) maar wel de opgelegde maatregel

Tabel S2.2

Aantal beslissingen KEA	Aantal beroepen bij de KvB door de zorgverlener	%	Aantal beroepen bij de KvB door de DGEC	%
108	28	26	2	2

b. de beslissingen van de Kamers van beroep

Dit zijn eveneens administratieve rechtscolleges, met een identieke samenstelling als de Kamer van eerste aanleg, met dit verschil dat enkel de voorzittende magistraat stemgerechtigd is. De andere leden hebben een adviserende stem.

Zij spreken zich in beroep uit over de beroepen ingesteld tegen de beslissingen van de Kamer van eerste aanleg.

In tabel S3 vindt u de gegevens over de beslissingen genomen door de Kamer van beroep in 2014.

Tabel S3

Bevoegheid van de verstrekker	Beslissingen		Beslissingen in beroep*		Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen	
			Beroep niet gegrond	Beroep gegrond		Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitsel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
	Aantal	%	Aantal	Aantal		2 EUR	3 EUR	4 EUR	5 EUR	1+5 EUR
Huisartsen	6	4,5		6	34.401	116.052	2.575	1.200	45.844	80.245
Geneesheren-specialisten	21	15,7	5	16	16.291	2.010.153	7.983		2.002.135	2.018.425
Apothekers	5	3,7	1	4	121.167	126.224	1.375		23.083	144.250
Tandartsen	2	1,5		2		1.192	1.375		11.696	11.696
Verpleegkundigen	91	67,9	9	82	142.719	633.828	7.740	5.713	291.504	434.223
Kinesitherapeut	2	1,5		2	12.729	32.060	1.500		7.200	19.929
Gehoorsprothesisten	1	0,7	1			15.940	7.970		23.910	23.910
Ziekenhuizen	3	2,2	1	2	65	287.057	2.750		283.432	283.496
ROB	1	0,7		1		18.257				
Anderen	2	1,5		2	234	29.741	1.375		31.116	31.350
TOTAAL	134		17	112	327.606	3.270.504	34.643	6.913	2.719.920	3.047.524

*De meeste beroepen betreffen niet de geformuleerde tenlastelegging(en) maar wel de opgelegde maatregel

VI. CONTROLE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

1. Controle van arbeidsongeschiktheid na het eerste jaar

Na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid begint de periode van invaliditeit, waarin de controle wordt toevertrouwd aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit. Dit orgaan, samengesteld uit artsen van de Verzekeringsinstellingen en artsen (ambtenaren) van het RIZIV, beoordeelt de arbeidsongeschiktheid op basis van de medische dossiers die de adviserend geneesheren hebben meegedeeld. Soms kan de Geneeskundige raad voor invaliditeit zich niet uitspreken op basis van de stukken. Hij vraagt dan één van zijn Gewestelijke commissies de betrokken verzekerde uit te nodigen voor een lichamelijk onderzoek.

Deze Gewestelijke commissies zijn samengesteld uit twee adviserend geneesheren en voorgezeten door een geneesheer-inspecteur van de DGEC. Om de objectiviteit van de beslissingen te waarborgen, heeft de adviserend geneesheer van de Verzekeringsinstelling waar hij/zij is bij aangesloten geen stemrecht bij het nemen van de beslissing.

De Gewestelijke commissies hebben nu twee mogelijkheden:

- ofwel stellen ze de Hoge commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit voor de arbeidsongeschiktheid te erkennen
- ofwel beslissen ze deze stop te zetten.

Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit	2014
Aantal zittingen	1.257
Aantal opgeroepen verzekerden	7.542
Aantal uitgevoerde geneeskundige onderzoeken	6.215
Aantal uitsluitingen ("verlies van erkenning van arbeidsongeschiktheid")	2.976

Bron: Dienst Uitkeringen van het RIZIV.

2. Controle van arbeidsongeschiktheid op vraag van de adviserend geneesheren

De controle op de arbeidsongeschiktheid (algemeen stelsel en zelfstandigen) tijdens het eerste jaar wordt uitgevoerd door adviserend geneesheren. De geneesheren-inspecteurs oefenen deze bevoegdheid eveneens uit op verzoek van een adviserend geneesheer, in bijzondere omstandigheden, bijvoorbeeld in gevangenen.

3. Controle op de werking van de adviserend geneesheren inzake primaire arbeidsongeschiktheid

De DGEK is aan een cartografie begonnen over de uitvoering van de controleopdrachten van de adviserend geneesheren inzake de opvolging van de primaire arbeidsongeschiktheidsperiode.

4. Expertises en onderzoeken op verzoek van de arbeidsrechtbanken.

De beslissingen tot weigering van verdere erkenning van de arbeidsongeschiktheid, genomen door de Gewestelijke commissie van de Gemeenschappelijke raad voor invaliditeit, kunnen worden betwist voor de arbeidsrechtbanken.

Omdat het om medische betwistingen gaat, wijst de rechtbank meestal een medisch deskundige aan, die belast wordt met de verduidelijking van de voorliggende problematiek. Tijdens de volledige expertiseprocedure kan de geneesheer-inspecteur, die als voorzitter van de Gewestelijke commissie de betwiste beslissing genomen heeft, zijn standpunt verdedigen.

In sommige gevallen vraagt het Arbeidsauditoraat de Dienst om verduidelijking in verband met een geschillendossier.

5. De geneeskundige controle betreffende arbeidsongeschiktheid van mindervalide gerechtigden en van bepaalde zelfstandigen

Onder bepaalde administratieve en geneeskundige voorwaarden kunnen personen met een handicap en zelfstandigen recht hebben op een volledige of een gedeeltelijke terugbetaling van hun gezondheidszorgen.

Het onderzoek naar de graad van ongeschiktheid wordt uitgevoerd door de geneesheren-inspecteurs van de DGEK. Dit vindt u terug in onderstaande tabel.

Dossiers "H"	2014
Geneeskundige onderzoeken	
o voor eerste erkenning van arbeidsongeschiktheid	6
o voor verlenging van de ongeschiktheid	11
Totaal	17
Beslissingen	
o verzekerden met arbeidsongeschiktheid van > 66 %	17
o verzekerden met arbeidsongeschiktheid <66 %	-

6. Medische onderzoeken op vraag van buitenlandse instellingen voor sociale zekerheid

Bepaalde rechthebbenden op prestaties van een sociale zekerheidsinstelling uit het buitenland (Europa) verblijven in België of zijn hier gedomicilieerd. Het gebeurt dat de buitenlandse instelling waarbij ze zijn aangesloten haar verzekerden wenst te onderwerpen aan een geneeskundig onderzoek.

De Europese regelgeving en de bilaterale overeenkomsten die België heeft ondertekend voorzien een wederzijdse administratieve hulp tussen de inspectiediensten van de lidstaten. De DGEC voert in dit kader een aantal geneeskundige onderzoeken uit.

Medische onderzoeken op vraag van buitenlandse instellingen voor sociale zekerheid	2014
Aantal medische onderzoeken	178

VII. PRIMAIRE CONTROLE VAN DE VERZEKERINGINSTELLINGEN

Het bedrag van de administratiekosten bedoeld in artikel 195, § 1, 2°, van de wet betreffende de VGVU (14 juli 1994), wordt toegekend aan de Landsbonden van ziekenfondsen en aan de Kas voor geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen op basis van de door de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de Landsbonden van ziekenfondsen, hierna "de Controledienst" genoemd, verrichte evaluatie van hun beheersprestaties en deze van de bij hen aangesloten ziekenfondsen.

De evaluatie bedoeld in het eerste lid betreft vanaf het jaar 2004 de beheersprestaties vastgesteld gedurende de periode van 1 januari tot 31 december van het jaar waarop het bedrag bedoeld in het eerste lid betrekking heeft.

Het deel van dat bedrag waarop iedere Landsbond van ziekenfondsen maximaal aanspraak kan maken wordt vastgesteld overeenkomstig het verdelingspercentage, bedoeld in artikel 195, § 1^{er}, 2°, 7^e lid, van voormelde wet van 14 juli 1994, van toepassing op het bedrag van de administratiekosten betreffende het boekjaar waarop de evaluatie betrekking heeft.

De aldus toegekende bedragen worden over de sectoren en regelingen van de geneeskundige verzorging en uitkeringen verdeeld in dezelfde verhouding als de hoofdsom van de administratiekosten.

(Koninklijk besluit van 28 augustus 2002 betreffende de responsabilisering van de Verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten)

N°	Criterium	Weging
1	mededeling aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van de gegevens nodig voor het bereiken van de doelstellingen vervat in de beheersovereenkomst	15%
2	maximumfactuur - MAF	10%
3	overmaken aan het RIZIV van de documenten van de verplichte Verzekering en de gegevens ten behoeve van de experts	5%
4	deelname aan studies	5%
5	interne controle en audit: naleving van de bijzondere modaliteiten voor terugbetaling van verstrekkingen	25%
6	modaliteiten inzake de verplichting tot het betalen van de facturen in chronologische volgorde	5%
7	naleving van termijnen: toewijzing aan een bepaalde boekingsmaand van de geboekte verstrekkingen	10%
8	beheer van de middelen van de verplichte Verzekering...	10%
9	termijnen voor de stukken en gegevens nodig voor de uitvoering van de opdrachten van de DGEC en hun kwaliteit	10%
10	gezondheidsopvoeding	5%

Resultaten

De DGEC kreeg de opdracht om in het kader van criterium 5 na te gaan of de terugbetalingsmodaliteiten voor verstrekkingen (toepassingsregels, het cumulverbod, bevoegdheid,...) correct werden nageleefd.

Realisatie en resultaten

Criterium 5, doorgaans « primaire controle » genoemd, leidde tot volgende projecten:

Subproject	Gloobaal % van ontdekte anomalieën
Verboden cumuls in de oftalmologie NGV art. 14h § 2 3°, 5° en 8°	0,007
Tandheelkunde: aanrekenen van een vervanging van de basis vaneen prothese binnen de 30 dagen volgend op de aflevering van een uitneembare tandprothese NGV art. 5 § 2 en art. 6 § 5	2,42
Verboden cumuls in de anesthesie NGV art. 12 § 1a	0,04
Logopedie: meerdere keren per jaar het evolutiebilan aanrekenen NGV art. 36 § 1	0,96
Tandheelkunde: verboden cumuls in de conserverende verzorging. NGV art. 5	0,28
Nummering van tanden binnen de tandheelkunde Omzendbrieven VI en Gvu-wet art. 138	23,46
Percutane endovasculaire behandelingen: verboden cumuls NGV Art. 34 § 1a, art. 17ter B 2 K en art. 17q	8,11
Behandelen van chronische pijn: overschrijding van het toegestane aantal NGV Art. 12e	0,154
Pluridisciplinaire revalidatie, meer dan tweemaal per week NGV Art. 22 II b	1,20
Extractie van gereteneerde tand: opereerstreken NGV Art. 14 I en art. 15 §§ 3-4	5,6
Nummering van tanden binnen de stomatologie NGV Art. 14 I	59,8
Verboden cumuls bij acute pijn behandeling NGV Art. 12 § 1d	0,38
Volledige anesthesie in de tandheelkunde, meer dan een maal per dag NGV art. 12 § 1a	0,62

Met behulp van projectmanagementtechnieken slaagde de DGEC erin om op tijd aan de Controledienst een degelijk verslag te bezorgen.

Besluit

De bedoeling van dit project was de V.I.'s te stimuleren hun primaire controle op de VGVU uitgaven te verbeteren.

Daarenboven wordt aangetoond dat een synergie tussen de Verzekeringsinstellingen, de Controledienst der ziekenfondsen en het RIZIV een optimale aanwending van de middelen van de VGVU ten goede komt.

3^{de} deel: thematisch

THEMATISCHE ENQUÊTE VAN DE DIRECTIE CONTROLE OVER FRAUDE EN MISBRUIK IN DE THUISVERPLEGING

De DGEC wil de impact van zijn controleactiviteit vergroten via meer thematische enquêtes. In tegenstelling tot de individuele enquêtes, onderzoeken zij op nationale schaal, een welbepaald aspect van de praktijkvoering bij een groep zorgverleners. Dergelijke aanpak bevordert de uniforme opsporing van inbreuken en een gelijke opvolging van de vaststellingen. In verhouding tot de ingezette middelen is de impact van de thematische onderzoeken daarenboven veel groter dan bij de individuele enquêtes.

Een sprekend voorbeeld van deze thematische aanpak was het onderzoek over fraude en misbruik in de thuisverpleging. In 2014 heeft de DGEC 233 controledossiers uit de sector thuisverpleging afgewerkt. Het ging zowel om individuele verpleegkundigen als om samenwerkingsverbanden. Van de 233 dossiers waren er 133 met inbreuken. Alle inbreuken samen vormden een vergoedingstotaal van 2.382.827 EUR dat de thuisverplegers te veel hadden aangerekend aan de Verzekering Gvu. Opvallend was ook dat het bij 25 van de 133 dossiers ging om een tenlastelegging van meer dan 25.000 EUR. De verpleegkundigen betaalden in de 133 dossiers een totaal van 638.578 EUR vrijwillig terug.

De DGEC legde 30 dossiers voor aan de administratieve rechtscolleges met het oog op een boete. Meestal gaat het om niet-verrichte prestaties of niet-conforme aanrekeningen die de verpleegkundigen weigeren terug te betalen aan de Verzekering Gvu. In de voorbije jaren stelde de DGEC gelijkaardige feiten in dezelfde grootteorde vast. Dit bevestigt de noodzaak van structurele maatregelen om foutieve aanrekeningen te voorkomen.

Deze thematische enquête bracht volgende opvallende fenomenen aan het licht.

1. Meer dan 140 verpleegkundigen rekenen aan de Verzekering Gvu in één jaar meer dan 200.000 EUR aan. De DGEC acht het materieel niet haalbaar om zoveel prestaties in die tijdspanne te verrichten. Dit geldt des te meer voor de tientallen zorgverleners met een jaaromzet groter dan 300.000 EUR.
2. Tientallen verpleegkundigen rekenen jaarlijks prestaties aan die ze niet verrichtten. Enkelen van hen blijven dit doen, hoewel dergelijke inbreuken al in eerdere controledossiers van hen waren vastgesteld.
3. Voor een grotere tussenkomst van de Verzekering Gvu attesteerden vele verpleegkundigen een hogere zorgafhankelijkheid van hun patiënten dan in werkelijkheid het geval was (de overscoring op de KATZ-schaal).

4. Vaak rekenen thuisverplegers een complexe wondzorg aan, terwijl het in feite een eenvoudige en dus goedkopere wondzorg was. Vele nochtans verplichte wondzorgdossiers bleken onvolledig ingevuld of ontbraken zelfs.

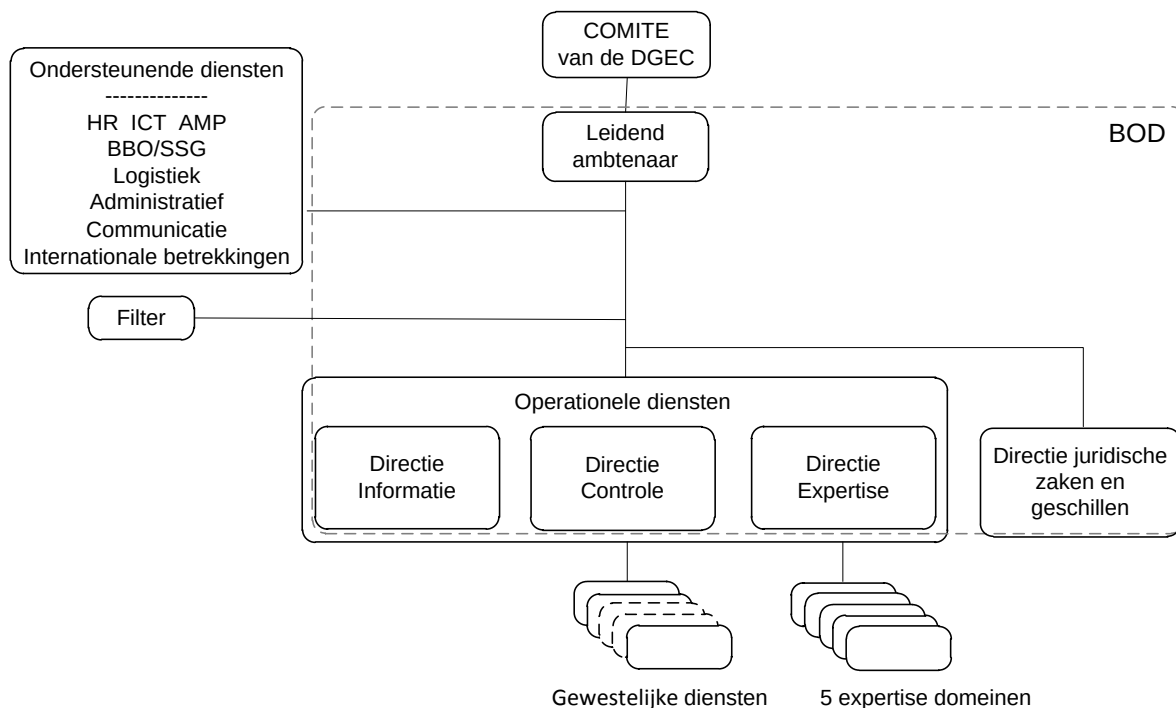
De DGECC zal de controle op de thuisverpleging verscherpen om te voorkomen dat de Verzekering GVV ten onrechte wordt aangesproken. Via een thematische onderzoek zal hij vooral de fraude aanpakken, wat een intentionele fout onderstelt. Dit zal gebeuren op basis van de verpleegkundige dossiers die garant zouden moeten staan voor een kwaliteitsvolle verzorging en een correcte aanrekening aan de Verzekering GVV.

4^{de} deel: vooruitzichten 2015-2016

DE VOORUITZICHTEN

De herstructurering die werd opgestart in 2013, krijgt stilaan vaste vorm en zal in 2015 volledig operationeel te worden (zoals voorzien in artikel 23 van de Bestuursovereenkomst 2013-2015: Reorganisatie van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle om de continuïteit te garanderen en de toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden).

Hiervoor wordt geleidelijk een nieuwe structuur ingevoerd:



Het « BeslissingsOrgaan – Organe de Décision (BOD) is al actief sinds 2014.

In 2015 is de oprichting van de Filter een eerste initiatief. Deze stafdienst centraliseert alle informatie die de DGEC van buitenaf ontvangt en alle actievoorstellen van onze personeelsleden. Hij zal het BOD adviseren over het gevolg dat er moet worden aan verleend.

De uitbouw van het meetinstrument Activiteiten Middelen Projecten (AMP) is een tweede stap in die richting. De AMP zal een overzicht geven van de lopende projecten en van de erop ingezette middelen en competenties. Het zal de te verwachten investering bepalen, alsook de spreiding van de werklust. Bovendien zal de AMP duidelijk aangeven welke human resources we nodig hebben.

De Filter, de AMP en de nieuwe beslissingsprocessen van het BOD en de Staf bieden meerdere voordelen. Onze acties zullen in de toekomst alsmaar meer kaderen in een weloverwogen strategie. Deze zal in al onze gewestelijke diensten op uniforme wijze worden gerealiseerd.

Tenslotte zal de synergie tussen de verschillende directies en personeelsprofielen verder toenemen. Dit alles moet leiden tot gerationaliseerde werkprocessen en meer subsidiariteit in de taakverdeling.

Deze reorganisatie zal meer aandacht geven aan preventie en fraudebestrijding. Gerichte informatie- en communicatieacties zullen daarbij een cruciale rol spelen. Bij de directie Controle zal de thematische aanpak aan belang winnen. De directie Expertise zal voor een professioneel netwerk van kennisbeheer, een kennis- en screening cel oprichten om de sectoren grondig te kunnen doorlichten.

Al deze maatregelen moeten bijdragen tot een optimale besteding van de middelen van de ziekteverzekering.

5^{de} deel: documentatie

I. DE WET INZAKE DE RESPONSABILISERING VAN DE ZORGVERLENERS

1. Historiek

Op 15 mei 2007 traden de wetten van 13, 21 en 27 december 2006 in werking. Zij hebben de wet betreffende de verplichte Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet), op ingrijpende wijze gewijzigd. Op dat moment onderging de DGEC een grondige hervorming die een sterke invloed zou hebben op zijn structuren, opdrachten en de wijze waarop die worden uitgevoerd.

De in 2003 ingevoerde onderzoeksprocedure bleek onvoldoende de rechten van de verdediging van de zorgverleners te garanderen. In dit systeem behandelde het Comité van de DGEC immers de dossiers “realiteit/conformiteit” en de dossiers “overconsumptie” in eerste aanleg en legde, indien nodig, straffen op. In die procedure kon een zorgverlener niet rechtstreeks en persoonlijk voor het Comité verschijnen. Het Comité verhoorde de zorgverlener alleen onrechtstreeks, via de aanwijzing van twee auditeurs die leden van het Comité waren.

Een andere kritiek was dat zelfs indien de leden van het Comité wettelijk, en dus objectief gezien, helemaal onafhankelijk waren van de inspecteurs van de DGEC, de indruk kon bestaan dat ze “zouden kunnen samenspannen”.

Een oplossing voor dit probleem was nodig opdat de zorgverlener zou merken dat zijn zaak volledig onafhankelijk en onpartijdig wordt behandeld. Die verschillende overwegingen hebben de wetgever ertoe aangezet om de organisatie van de DGEC en de controleprocedures grondig te herzien. Zo hief hij de sanctiebevoegdheid van het Comité voor overconsumptie en realiteit/conformiteit op en schuift die door naar de Kamers van eerste aanleg en naar de Leidend ambtenaar van de DGEC.

De wetten van december 2006 hebben ook de opdrachten die aan de DGEC zijn toegewezen, aangevuld en aangepast. Ze wijzigen de definities van de overtredingen alsook de sancties en de maatregelen die van toepassing zijn op die overtredingen, wanneer zij gegrond worden verklaard. Ten slotte wijzigen ze de procedures inzake overconsumptie.

2. Inbreuken

De inbreuken worden in acht categorieën onderverdeeld:

1. niet-uitgevoerde verstrekkingen
2. verstrekkingen die niet in overeenstemming zijn met de wetgeving (“niet-conform”)

3. verstrekkingen die noch curatief noch preventief zijn (bijvoorbeeld, de “zuiver” esthetische chirurgie of sommige verstrekkingen in de sportgeneeskunde. De palliatieven verzorging of de diagnostische handelingen vallen niet onder die definitie)
4. overbodige of onnodig dure verstrekkingen
5. overbodige of onnodig dure verstrekkingen voorschrijven
6. farmaceutische specialiteiten voorschrijven die onvoldoende de aanbevelingen van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) naleven
7. zuiver administratieve inbreuken (die betrekking hebben op de overtredingen van sommige administratieve formaliteiten die de essentiële terugbetalingsvoorwaarden voor een verstrekking niet in het gedrang brengen)
8. aanzetten tot overconsumptie of overdreven voorschrijven.

3. Maatregelen

1. De zorgverlener die niet-uitgevoerde verstrekkingen aanrekent kan veroordeeld worden tot de terugbetaling van het onverschuldigde bedrag en tot de betaling van een administratieve geldboete tussen 50% en 200% van het onverschuldigde bedrag.
2. De zorgverlener die niet-conforme verstrekkingen aanrekent kan veroordeeld worden tot de terugbetaling van de schade die de Verzekering voor geneeskundige verzorging heeft geleden en/of tot de betaling van een administratieve geldboete die tussen 5% en 150% van de waarde van de terugbetaling ligt.
3. De zorgverlener die niet-curatieve en niet-preventieve verstrekkingen aanrekent moet de waarde ervan terugbetalen en kan een geldboete krijgen tussen 5% en 100% van het onverschuldigde bedrag.
4. De zorgverlener die overbodige of onnodig dure verstrekkingen aanrekent moet de schade die de Verzekering voor geneeskundige verzorging heeft geleden vergoeden en kan een administratieve geldboete krijgen tussen 5% en 100% van het bedrag van de terugbetaling.
5. De zorgverlener die overbodige of onnodig dure verstrekkingen voorschrijft kan een administratieve geldboete krijgen tussen 500 en 50.000 EUR.
6. De zorgverlener die farmaceutische specialiteiten voorschrijft, bedoeld in artikel 35bis § 10 2^e lid van de GVO-wet, en hierbij de drempels overschrijdt die door de indicatoren zijn vastgesteld en die de aanbevelingen van de CTG onvoldoende heeft nageleefd, riskeert een administratieve geldboete van 500 tot 20.000 EUR.
7. De zorgverlener die na een schriftelijke waarschuwing van de DGEC verstrekkingen aanrekent en daarbij een administratieve formaliteit niet naleeft die geen essentiële voorwaarde is voor terugbetaling, riskeert een administratieve geldboete van 50 tot 500 EUR.

8. De natuurlijke of rechtspersoon die een zorgverlener ertoe aanzet overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven of te verlenen kan worden veroordeeld tot de betaling van een administratieve geldboete voor een bedrag van 1.000 tot 250.000 EUR. Laatstgenoemde inbreuk viel tot deze wetswijziging onder de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV. Voortaan zal de Leidend ambtenaar van de DGEC dergelijke inbreuken bestraffen.

4. Commentaar

De wet inzake de responsabilisering van de zorgverleners introduceert een nieuw gegeven op het vlak van de terugbetaling: **de financiële schade** die de Verzekering voor geneeskundige verzorging heeft geleden. De DGEC raamt het bedrag van die schade, welke nog niet mag zijn vergoed op basis van een andere bepaling van de wet.

In geval van niet-uitgevoerde of niet-curatieve en niet-preventieve verstrekkingen slaat het terug te betalen bedrag op de totale waarde van de verstrekkingen die onrechtmatig zijn aangerekend ten laste van de Verzekering voor geneeskundige verzorging.

Bij overconsumptie en niet-conformiteit daarentegen, wordt alleen de financiële schade die de Verzekering voor geneeskundige verzorging heeft geleden vergoed. Vroeger veroorzaakte de volledige terugvordering van de onrechtmatig aangerekende verstrekkingen soms de recuperatie van enorme bedragen terwijl de Verzekering voor geneeskundige verzorging geen enkele financiële schade had geleden.

Voorbeelden:

- De Orde van Apothekers schorst een apotheker die in de officina wordt vervangen maar onder wiens naam de verstrekkingen verder worden aangerekend. De geneesmiddelen zijn wel degelijk door een bevoegd persoon voorgeschreven en afgeleverd maar ze moesten in naam van de vervanger worden aangerekend. In dit geval bestaat er geen enkele financiële schade voor de Verzekering.
- De zorgverlener die een verstrekking aanrekent met een codenummer dat beter wordt terugbetaald dan het correcte codenummer. In dit geval is de financiële schade het verschil tussen het terugbetaalde bedrag en het bedrag dat effectief moest worden terugbetaald.

5. Aandachtspunten

De inspecteurs en controleurs van de DGEC voegen bij een verhoor of de betekening van een proces-verbaal van vaststelling een **uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling** (UVT). Het is een uitnodiging om het, door de DGEC berekende, totale onverschuldigde bedrag, terug te betalen. Sinds 8 april 2013:

- als het terug te betalen bedrag lager of gelijk is aan 3.000 EUR, dooft de gehele terugbetaling binnen de twee maanden vanaf de dag van de kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling de administratiefrechtelijke vervolging uit, en wordt het dossier onherroepelijk

afgesloten. Dit geldt niet meer wanneer er binnen de drie jaar na de eerste UVT een nieuw proces-verbaal van vaststelling wordt opgemaakt

- als het terug te betalen bedrag hoger is dan 3.000 EUR, dooft de gehele terugbetaling de administratiefrechtelijke vervolging niet uit, en staat dat het opleggen van terugbetaling en/of administratieve geldboetes niet in de weg.

De **vervaltermijnen voor het instellen van de administratiefrechtelijke vordering** zijn de volgende, te rekenen vanaf het proces-verbaal van vaststelling, voor de zaken die tot de bevoegdheid van de:

- Leidend ambtenaar behoren, moeten de vaststellingen worden ingeleid binnen de twee jaar
- Kamer van eerste aanleg behoren, moeten de vaststellingen worden ingeleid binnen de drie jaar.

De voorziene maatregelen kunnen al dan vergezeld gaan van een **opschorting**.

6. Administratieve rechtscolleges

Met de nieuwe wet worden twee administratieve rechtscolleges ingesteld:

- de Kamers van eerste aanleg: een Kamer die kennis neemt van alle zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld, de andere Kamer neemt kennis van de zaken die in het Frans en in het Duits moeten worden behandeld. Ze zijn samengesteld uit een magistraat als voorzitter en vier leden benoemd door de Koning waarvan twee artsen voorgedragen werden door de Verzekeringsinstellingen, de twee anderen door de beroepsgroep van de comparant. Allen zijn stemgerechtigd
- voor hoger beroep de Kamers van Beroep: een Kamer die kennis neemt van alle zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld, de andere Kamer neemt kennis van de zaken die in het Frans en in het Duits moeten worden behandeld. Hun samenstelling is dezelfde als de Kamer van eerste aanleg, met dit verschil dat enkel de magistraat stemgerechtigd is.

Het mandaat van voormelde magistraten en leden is onverenigbaar met elk ander mandaat dat in de DGEC of als lid van het Comité wordt uitgeoefend. De onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van die rechtscolleges zijn dus volledig gewaarborgd.

Wat de rechten van de verdediging betreft, kan de zorgverlener voortaan dankzij het voorgestelde systeem in een openbare zitting verschijnen en worden bijgestaan of vertegenwoordigd door de raadsman van zijn keuze.

Terwijl de overconsumptie en het overdreven voorschrijfgedrag uitsluitend tot de bevoegdheid van de Kamers van eerste aanleg behoren, vallen de niet-uitgevoerde of niet-conforme verstrekkingen ofwel onder de bevoegdheid van de Kamers van eerste aanleg, ofwel onder die van de Leidend ambtenaar van de DGEC. Daarbij behandelt de Leidend ambtenaar de zaken waar de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 EUR.

Alle andere zaken vallen onder de bevoegdheid van de Kamer van eerste aanleg. Ze worden door de Leidend ambtenaar van de DGEC aanhangig gemaakt.

De maatregelen die de Leidend ambtenaar uitspreekt kunnen in eerste instantie voor de Kamers van eerste aanleg worden betwist. De beslissingen die door die Kamers worden genomen, kunnen op hun beurt voor de Kamers van beroep worden betwist en dit zowel door de zorgverlener als door de DGEC die bij die twee instanties partij in het geding is.

Voor de zaken die onder de bevoegdheid van de Kamers van eerste aanleg vallen, wordt het hoger beroep van hun beslissingen bij de Kamers van beroep ingesteld.

7. De procedures inzake overconsumptie

De eventuele overconsumptie of het overdreven voorschrijfgedrag wordt geëvalueerd op basis van de aanbevelingen van goede medische praktijk en manifeste afwijkingsindicatoren of, bij gebrek aan die gegevens, in vergelijking met de praktijk, met die van normaal voorzichtige en toegewijde zorgverleners die zich in gelijkaardige omstandigheden bevinden. Men moet onder andere rekening houden met wetenschappelijke informatie die aanvaard wordt door verenigingen en instellingen die algemene bekendheid genieten.

De Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP) werkt de aanbevelingen en de indicatoren met betrekking tot de overconsumptie uit. Voor overdreven voorschrijfgedrag van geneesmiddelen van Hoofdstuk II brengt de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) de aanbevelingen uit en definieert het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen (CMG) de indicatoren.

De DGEC verzamelt de gegevens over de verstrekkingen waarop de indicatoren betrekking hebben. Hij vraagt aan de zorgverleners waarvan de praktijk boven de indicatoren uitsteekt, om zich schriftelijk te verantwoorden.

Na de verweermiddelen te hebben onderzocht, beslist de Leidend ambtenaar van de DGEC om het dossier zonder gevolg te klasseren of om de praktijk van de zorgverlener gedurende ten minste zes maanden onder monitoring te plaatsen.

Het Comité van de DGEC beslist uiteindelijk om het dossier zonder gevolg te klasseren, het met een waarschuwing af te sluiten of de Leidend ambtenaar te gelasten om de zaak bij de Kamer van eerste aanleg aanhangig te maken.

In het geval van overdreven voorschrijfgedrag voor bepaalde geneesmiddelen (type “Hoofdstuk II”) is er nog een fase voorzien vóór de uiteindelijke beslissing van het Comité. Het Nationaal college van adviserend geneesheren moet worden geraadpleegd. Het evalueert of de zorgverlener de aanbevelingen van de CTG heeft nageleefd. Indien het College op basis van die evaluatie vaststelt dat de zorgverlener in ten minste 20% van de gevallen onvoldoende de aanbevelingen naleeft, brengt het de DGEC daarvan op de hoogte, die op zijn beurt het dossier naar het Comité doorstuurt.

In het geval dat het evaluatiecriterium de “normaal voorzichtige en toegewijde zorgverlener” is, zal het Comité beslissen over de noodzaak om het dossier al dan niet door te sturen naar de Kamer van eerste aanleg.

8. Conclusie

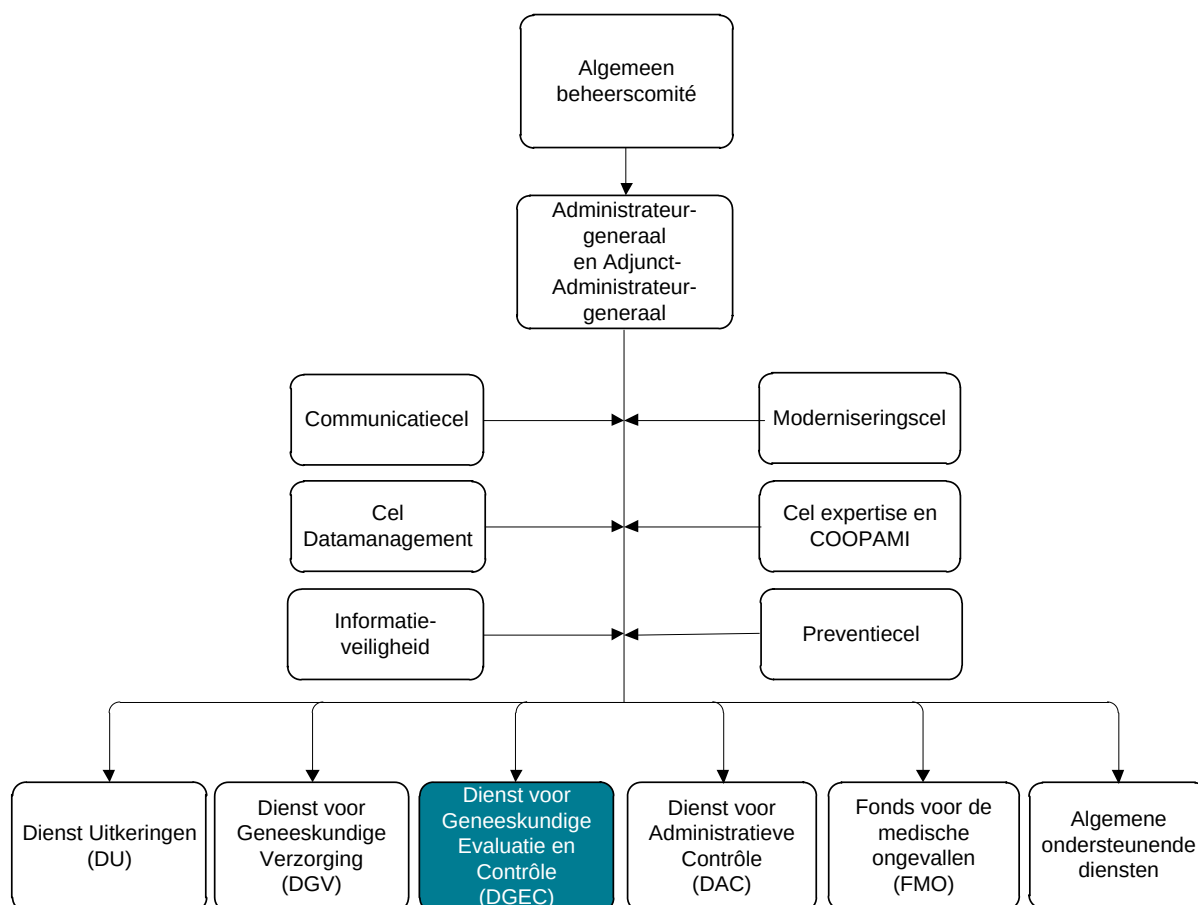
De nieuwe bepalingen die door de wetten van december 2006 werden ingevoerd, versterken de doeltreffendheid van de controle die de DGEC uitoefent.

De zorgverlener kan zijn verdediging voortaan rechtstreeks uitoefenen omdat hij van nu af zowel in persoon als bijgestaan door een raadsman kan verschijnen voor de Kamers van eerste aanleg en van beroep.

De invoering van het begrip 'financiële schade geleden door de Verzekering voor geneeskundige verzorging' draagt ook bij tot het gevoel van een 'betere rechtspraak' bij de zorgverlener.

II. DE DGEC BINNEN HET RIZIV

2014



III.DE DGEC: BEHOORLIJK BESTUUR

1. Beheer van de DGEC

De laatste jaren heeft de Dienst veel geïnvesteerd in het moderniseringsproces, opgestart na de nieuwe taken en opdrachten die hem werden toevertrouwd. Diverse procedures werden herzien en het managementteam van de Dienst ontwikkelde instrumenten voor het beheer en de opvolging van de doelmatigheid van het gevoerde beleid.

Strategisch plan van het RIZIV en de vierde Bestuursovereenkomst

De activiteiten van de DGEC kaderen in de strategie van het RIZIV betreffende het beheer van de Verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen. De acties sluiten nauw aan bij de strategische plannen en de bestuursovereenkomst van het Instituut (zie bladzijde 8).

2. Het Comité van de DGEC

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) wordt geleid door een Comité dat is samengesteld uit vertegenwoordigers (artsen) van de Verzekeringsinstellingen, vertegenwoordigers van de Orde der geneesheren en van de Orde der apothekers en vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de verschillende betrokken zorgverleners (artsen, tandheekkundigen, apothekers, verplegingsinrichtingen, verpleegkundigen, enz.).

Het Comité staat, in samenwerking met het personeel van de Dienst, in voor de controle van de geneeskundige verzorging, uitkeringen en moederschapsverzekering.

Tot 14-05-2007 was het bevoegd voor alle inbreuken op de ZIV-wetgeving, zowel overconsumptie, het teveel voorschrijven, als het aanrekenen van niet uitgevoerde of niet-conforme verstrekkingen.

Sinds 15-05-2007 is het Comité bevoegd in overconsumptiedossiers en in het overbodig of onnodig voorschrijven van verstrekkingen of producten.

In geval van uitvoeren of voorschrijven van overbodige of onnodig dure verstrekkingen spreekt het Comité zich uit over het te verlenen gevolg aan de dossiers die door de Dienst worden voorgelegd. Er zijn drie mogelijkheden:

- ofwel blijft het dossier zonder gevolg
- ofwel wordt het afgesloten na verwittiging
- ofwel krijgt de Leidend ambtenaar de opdracht de zaak aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg..

Wanneer een zorgverlener ten laste gelegd wordt bepaalde farmaceutische specialiteiten (type “Hoofdstuk II”) te hebben voorgeschreven zonder de aanbevelingen van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen te hebben nageleefd, moet het Comité het voorafgaand advies van het Nationaal college voor adviserend geneesheren inwinnen, alvorens de Leidend ambtenaar de opdracht te geven de zaak aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg.

De beslissingen tot klassering zonder gevolg of afsluiting na verwittiging kunnen betwist worden door de Leidend ambtenaar, die hoger beroep kan instellen bij de Kamer van eerste aanleg.

IV. DE DGEC: SOORTEN ACTIES

1. Informatie

Beter informeren en sensibiliseren van de zorgverleners moet zorgen voor minder inbreuken op de wetgeving. Dit wordt gerealiseerd door middel van:

- praktische brochures voor de zorgverleners
- feedback over de resultaten van de evaluatie- en controleactiviteiten
- de publicatie van nuttige informatie op de website, www.riziv.be.

2. Evaluatie

De evaluatie is voornamelijk preventief. Ze bestaat erin de zorgverleners te informeren over hun praktijkvoering. Ze kan onregelmatigheden opsporen in hun praktijkvoering in het kader van de Verzekering GVVU. De aandachtspunten zijn:

- overconsumptie
- doelmatigheid
- realiteit/conformiteit.

De afdeling Evaluatie onderzoekt onder andere het praktijkgedrag van groepen zorgverleners die worden geselecteerd op basis van criteria zoals de discipline, het voorschrijf- of prestatieprofiel. De zorgverleners die een afwijkend gedrag vertonen, worden uitgenodigd om hun praktijkvoering toe te lichten.

De evaluatie kan uitmonden in:

- een individuele preventie: de zorgverlener die geen aanvaardbare uitleg kan geven voor zijn gedrag ontvangt een geïndividualiseerde preventiebrief
- een algemene preventie: het verslag van de (thematische) evaluatie met inbegrip van de conclusies wordt ruim verspreid in de betrokken beroepsgroep en kan op de website, www.riziv.be, worden geplaatst
- een voorstel tot aanpassing van de geldende nomenclatuur aan de bevoegde instanties.

De acties van Evaluatie zijn niet vrijblijvend. De effecten worden nagegaan via een impactmeting en kunnen aanleiding zijn voor controleacties.

3. Controle

De Dienst heeft de opdracht om na te gaan of de geneeskundige verstrekkingen aangerekend door de individuele zorgverleners en de inrichtingen enerzijds, en de toekenning van de uitkeringen aan de verzekerden anderzijds, overeenkomstig de wettelijke bepalingen en voorwaarden gebeuren.

Wat de geneeskundige verzorging betreft, voert de DGEC onderzoeken uit die kunnen leiden tot informatieve, preventieve of repressieve stappen.

Met betrekking tot de uitkeringsverzekering en de moederschapsverzekering neemt de Dienst samen met de adviserend geneesheren van de verzekeringinstellingen deel aan de controle van de

arbeidsongeschiktheid in de Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GC-GRI).

4. De rechtspraak

Artikel 157 § 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt dat de beslissingen van de Leidend ambtenaar, de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep anoniem worden gepubliceerd op het internetadres van het RIZIV:

www.riziv.be > Professionals

> Rubriek Info voor allen: Rechtspraak over inbreuken

> Welke beslissingen werden reeds genomen?

U kan dan kiezen uit de beslissingen:

- Per jaar > beslissingen genomen in 20xx
- Per professional > bekwaming x van de professional > rechtspraak over de x (bekwaming).

V. ACRONIEMEN

BS	Belgisch Staatsblad
CENEC	Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecel
COOPAMI	samenwerkingsplatform dat landen ondersteunt die een universele, solidaire en duurzame sociale bescherming in het belang van de bevolking wensen te ontwikkelen of te moderniseren
CTG	Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen
DGEC	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
GC-GRI	Gewestelijke commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit
GRI	Geneeskundige raad voor invaliditeit
GVU	Geneeskundige verzorging en uitkeringen
HCGR	Hoge Commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit
KB	Koninklijk besluit
KCE	Kenniscentrum
KEA	Kamer van eerste aanleg
KvB	Kamer van beroep
LA	Leidend ambtenaar
MAF	Maximumfactuur
NCAG	Nationaal college van adviserend geneesheren
NGV	Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen
NRKP	Nationale raad voor kwaliteitspromotie
PJ	Pro Justitia (proces-verbaal van vaststelling)
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
ROB	rustoord voor bejaarden
RVT	rust- en verzorgingstehuis
USC	Unieke streepjescode
UVT	Uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling
VGUV	Verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen
V.I.	Verzekeringsinstellingen
ZIV	Ziekte- en invaliditeitsverzekering

VI. MEER WETEN?

Hebt u vragen of opmerkingen over deze publicatie?

Contacteer ons:

per e-mail: infoteam.dgec.secm@riziv.fgov.be

per post: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Directie Informatie

Tervurenlaan 158

1150 Brussel.