



DGEC: Activiteitenverslag 2011

Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Juni 2012

VOORWOORD VAN DE LEIDEND AMBTENAAR

Twee data hebben een bijzondere invloed gehad op de werking van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) in 2011.

De eerste datum is 19 mei, d.i. de dag waarop het colloquium van de DGEC plaatsvond. Vele actoren uit de wereld van de ziekte- en invaliditeitsverzekering kwamen bijeen om te praten over een thema dat iedereen aanbelangt: “hoe kan men bijdragen tot het optimale beheer van de beschikbare middelen?”. Naast het voorleggen van de resultaten van onze activiteiten werd voor de eerste keer het woord gegeven aan onze externe partners, met name de verzekeringsinstellingen (VI), de artsensyndicaten, de Orde der geneesheren, de vertegenwoordigers van de verdediging van de zorgverleners. Iedereen kon bij die gelegenheid zijn recente verwezenlijkingen voorleggen, zijn mening geven over de toekomst en over de maatschappij, de lopende projecten toelichten, luisteren naar de door anderen opgezette projecten en erover discussiëren. Het was ongetwijfeld een uiterst interessante vergadering die de relaties tussen de actoren positief heeft beïnvloed.

Een andere belangrijke datum was 1 juli, datum van inwerkingtreding van het Sociaal Strafwetboek. Het Strafwetboek dat al sinds één jaar in de steigers stond, heeft echter de werking van onze diensten ietwat verstoord. Dit wetboek was hoofdzakelijk bedoeld om het zwartwerk te bestrijden maar bij de toepassing ervan kwam aan het licht dat bepaalde zaken niet waren aangepast aan ons controledomein en onverenigbaar waren met onze eigen wetgeving. De toepassing ervan leidde op verschillende vlakken ook tot een evolutie van de administratieve rechtspraak. Het einde van het jaar werd bijgevolg gekenmerkt door het vele voorbereidende werk om de verschillende wetgevingen met elkaar in overeenstemming te brengen. Die wetteksten zijn bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 8 maart 2012 en zijn op 18 maart 2012 in werking getreden.

Naast deze twee bijzondere data werd ook het gewone, dagelijkse werk verricht, met onder meer de publicatie van een nieuwe informatiebrochure, nl. een “Infobox” voor de apothekers, de individuele controles, de evaluatieprojecten en de projecten van de CENEC (Cellule d’enquêtes nationales - Nationale enquêtecel), de samenwerking met de Dienst voor geneeskundige verzorging, de uitvoering van de medische onderzoeken in het kader van de Gewestelijke Commissies van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit, de projecten met betrekking tot de primaire controle op de verzekeringsinstellingen en ten slotte het belangrijke werk van de geschillenorganen. U vindt alle details op de volgende pagina’s.

Zoals elk jaar, dank ik alle medewerkers van de DGEC die door hun dagelijkse inzet meewerken aan de verdere uitbouw van de dienst, alsook al onze partners die actief zijn in de sectoren “verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen”. Laat ons alvast afspraak maken volgend jaar voor het activiteitenrapport 2012 maar ook voor de voorbereiding van de vijftigste verjaardag van het RIZIV.

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 zes 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**”.

Veel leesgenot!

Dit verslag werd opgesteld door het i&C-team van de DGEC op basis van de resultaten en inlichtingen die de andere departementen hebben doorgegeven op datum van 18 mei 2012.

Het werd voorgesteld op de zitting van het Comité van de DGEC op 22 juni 2012.

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. 2011 : Realisaties.....	10
III. Activiteiten 2011: enkele cijfers.....	12
IV. Structuur	13
V. Het personeel.....	13
2^{de} deel : resultaten	15
I. De impact van de acties van de dienst, het indirect voordeel	16
II. De informatie	17
1. Informatie voor de zorgverleners	17
2. De adviesfunctie.....	17
III. De evaluatie	18
IV. Controle geneeskundige verzorging.....	32
1. Thematische onderzoeken « CENEC »	32
2. Controle « unieke streepjescode ».....	45
3. De individuele onderzoeken.....	46
V. Recuperatie en maatregelen opgelegd door de bevoegde organen	52
1. Actieve beheersorganen	55
2. De administratieve rechtscolleges	58
VI. Controle arbeidsongeschiktheid	62
1. De controle op het gebied van arbeidsongeschiktheid na het eerste jaar	62
2. De controle op het gebied van arbeidsongeschiktheid op vraag van de adviserend geneesheren	62
3. De controle op de werking van de adviserend geneesheren inzake primaire arbeidsongeschiktheid.....	62
4. Expertises en onderzoeken op verzoek van de arbeidsrechtbanken.....	63
5. De geneeskundige controle betreffende arbeidsongeschiktheid van mindervalide gerechtigden en van bepaalde zelfstandigen.....	63

6. Medische onderzoeken op vraag van buitenlandse instellingen voor sociale zekerheid	63
VII. De primaire controle van de Verzekeringsinstellingen.....	64
3^{de} deel : vooruitzichten 2012-2013.....	67
4^{de} deel : documentatie.....	69
I. De wet inzake de responsabilisering van de zorgverleners	70
1. Inbreuken	70
2. Maatregelen	71
3. Geschillenorganen	73
4. De procedures inzake overconsumptie en overdreven voorschrijfgedrag.....	74
5. Conclusie.....	75
II. De DGEC binnen het RIZIV.....	76
III. De DGEC : behoorlijk bestuur	77
1. Beheer van de DGEC.....	77
2. Het Comité van de DGEC	77
IV. De DGEC : soorten acties	79
1. Informatie	79
2. Evaluatie.....	79
3. Controle.....	79
4. De rechtspraak.....	80
V. ACRONIEMEN	81
VI. Meer weten?.....	82

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 (VGVU).

Hier toe 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 zo bij te dragen tot een optimale aanwending van de middelen van de VGVU.

De DGEC is slechts één van de actoren in het bewaken van deze optimale aanwending. De dienst zal zijn opdracht daarom, waar mogelijk, vervullen in een open win-win samenwerking en partnership. 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

De geneeskundige controle van de prestaties van de uitkering- 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 het publiek en de samenleving toe om zijn opdracht efficiënt te vervullen.

II. 2011 : REALISATIES

Op het vlak van informatie :

Een nieuwe infobox voor de apotheker werd in april gepubliceerd.

Op het vlak van de controle :

1.000 individuele onderzoeken werden afgerond, voor vaststellingen ter waarde van 10,2 miljoen EUR.

Vijf nationale onderzoeken zijn afgewerkt met als onderwerp :

- IP011 CT-scans schedel en wervelkolom : verstrekkingen tweemaal per dag
- IP012 Dolantine® - Fortal® : abnormale hoeveelheden voorschriften
- IP016 Psychiatrie : intake- en ontslagonderzoek
- IP017 Kinesithérapie : aantal dagelijkse verstrekkingen
- IP019 Reanimatieverstrekkingen (impactmeting)

Op het vlak van de evaluatie :

Vier evaluatieprojecten werden afgerond:

- 06/001 Panoramische opname van het gebit in de tandheelkunde
- 06/005 PLAVIX® : terugbetalingprocedure voor een hoofdstuk IV geneesmiddel
- 08/004 Aanrekenen van diagnostische nucleaire onderzoeken
- 09/006 Spoedgevallendiensten : budget voor raadplegingen

Op het vlak van de procedures voor terugbetaling en maatregelen :

- Leidend ambtenaar : 104 beslissingen
- Kamer van eerste aanleg : 89 beslissingen
- Kamers van beroep : 26 beslissingen

Op het vlak van de uitkeringen:

10.888 geneeskundige onderzoeken werden uitgevoerd in de gewestelijke commissies van de GRI.

Op het internationale vlak:

- Actieve deelname aan het Europese netwerk ter bestrijding van fraude en corruptie in de gezondheidszorg "EHFCN".
- Actieve deelname aan de COOPAMI, een samenwerkingsplatform voor het ontwikkelen en moderniseren van de systemen van sociale zekerheid in andere landen (o.a. ontwikkelingslanden)
- Informatie-uitwisseling in het kader van het bilaterale akkoord tussen België en Frankrijk.

Op het vlak van de communicatie :

Op 19 mei 2011 ontvingen we 269 personen op ons colloquium.
Hieronder vindt u het welkomstwoord van dokter Hepp :

Anno 2011 stellen we ons de kernvraag: hoe kunnen we bijdragen tot een optimale aanwending van de middelen van de Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

We openen dit colloquium met enkele interne sprekers. Zij vertellen ons in vogelvlucht hoe de DGEC daar in de voorbije 10 jaar heeft naar gestreefd.

Naast dit administratief standpunt wilden we de kernvraag ook vanuit andere invalshoeken benaderen. Daarom nodigden we diverse externe sprekers uit. Zij komen uit de advocatuur, de mutualiteiten, de artsensyndicaten en de Orde van geneesheren.

Alle sprekers geven eerst afzonderlijk een uiteenzetting en zullen vervolgens met de zaal aan het debat deelnemen. Een debat doet me denken aan een knikkerspel: er zijn verschillende deelnemers. Iedere speler concentreert zich op het spel. Elk heeft zijn eigen invalshoek, maar van zodra er één speler een knikker geschoten heeft, ligt er geen enkele knikker meer op zijn oorspronkelijke positie.

Misschien zullen ook wij, na het debat, onze eigen oorspronkelijke opinie wat hebben aangepast. In zekere zin is dat zelfs wenselijk. Want, in tegenstelling tot het knikkerspel is de gezondheidszorg verre van vrijblijvend en kunnen we ze niet vrijwaren zonder een goede samenwerking met de verschillende partners.

en het programma

Opening, Dr. Hepp, DGEC

Inleiding, Dhr. De Cock, RIZIV

DGEC : individuele aanpak en thematische aanpak

Dr. Hepp, DGEC

Dr. Van Rossen, DGEC

Dr. Vranckx, DGEC

Dr. Vannieuwenhuyse, DGEC

Alles begint bij een goede informatie

Dr. Renault, DGEC

De feedback aan de zorgverleners/de profielencommissies

Dr. Meeus, Dienst voor geneeskundige verzorging

Het standpunt van de verdediging

Mr. Marichal, advocaat

Mutualistisch en intermutualistisch standpunt

Dr. Berkein, Socialistische Mutualiteiten

Dr. Landtmeters, Mutualités Libres

Dr. Van houte, Mutualités Chrésiennes

De geneeskundige controle, het standpunt van de zorgverleners

Dr. Masson, ABSYM

Dr. Rutsaert, ASGB/Kartel

De Orde van geneesheren en de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen

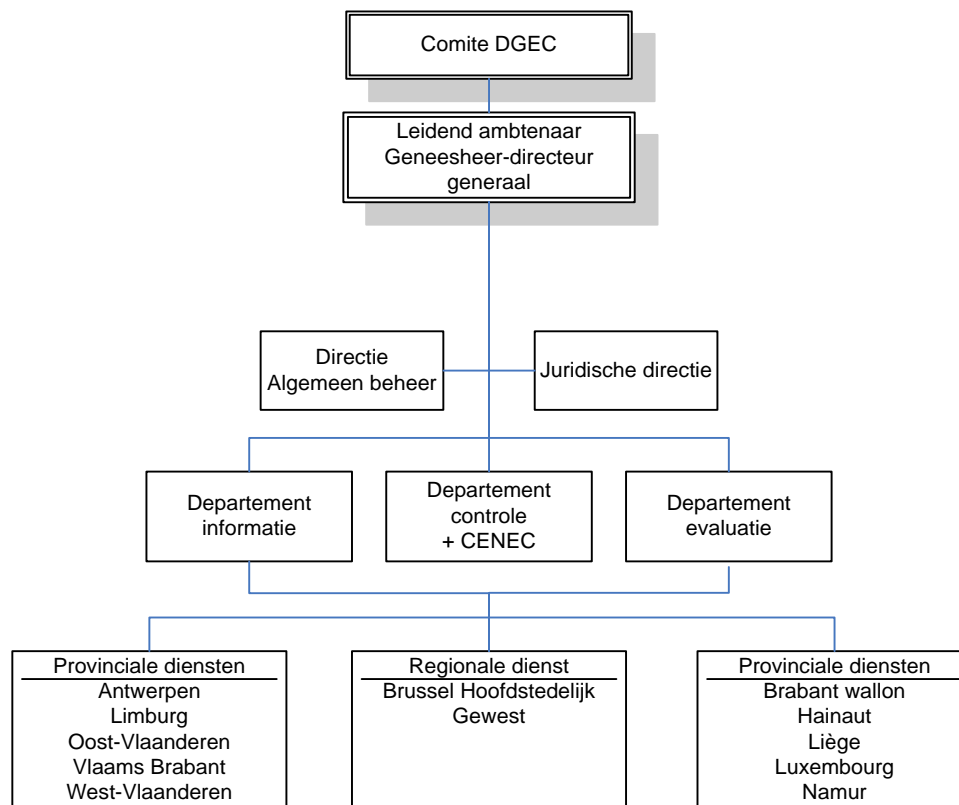
Dr. Beke, Orde van geneesheren

Debat

III.ACTIVITEITEN 2011: ENKELE CIJFERS

	2011
Informatie	
Aantal verspreide brochures	14.350
Evaluatie	
Aantal geanalyseerde thema's (beëindigd)	4
Aantal aangeschreven zorgverleners	158
Controle	
Aantal afgesloten individuele onderzoeken	1.000
Bedrag uitgevoerde vrijwillige terugbetalingen	2.694.252 €
Aantal thematische onderzoeken (CENEC) uitgevoerd en afgerond	5
Interdepartementaal	
Aantal afgesloten thema's	
Procedures en maatregelen	
1. Beslissingen van de Leidend ambtenaar	
Aantal uitgesproken beslissingen	104
Bedrag opgelegde terugbetalingen	570.705 €
Bedrag uitgesproken effectieve administratieve boetes	213.686 €
Bedrag uitgesproken administratieve boetes met uitstel	116.131 €
2. Beslissingen van de Kamer van eerste aanleg	
Aantal uitgesproken beslissingen	89
Bedrag opgelegde terugbetalingen	4.463.679 €
Bedrag uitgesproken effectieve administratieve boetes	1.449.172 €
Bedrag uitgesproken administratieve boetes met uitstel	302.847 €
3. Beslissingen van de Kamer van Beroep	
Aantal uitgesproken beslissingen	26
Bedrag opgelegde terugbetalingen	277.747 €
Bedrag uitgesproken effectieve administratieve boetes	122.128 €
Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit	
Aantal uitgevoerde lichamelijke onderzoeken	10.888

IV. STRUCTUUR



V. HET PERSONEEL

Personeel DGEC op 01-12-2011	Centraal	Provincies	TOTAAL
Geneesheer directeur-generaal	1		1
Geneesheer-inspecteur generaal	3		3
Geneesheer-inspecteur directeur	2	9	11
Adviseur	3	1	4
Apotheker-inspecteur	7		7
Attaché	9	5	14
Attaché jurist	8		8
Geneesheer-inspecteur	5	80	85
Administratief deskundige	1	5	6
Techn. deskundige (verpleegkundig controleur)		46	46
Administratief assistent	17	71	88
Administratief medewerker	13	35	48
TOTAAL	69	252	321

2^{de} deel : resultaten

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

In een activiteitenoverzicht verwacht men cijfers, tabellen en grafieken. U vindt ze op de volgende pagina's: aantal onderzoeken, bedragen en verwezenlijkte activiteiten.

De invloed van de DGEC-werking reikt nog verder. Bijvoorbeeld:

- o wanneer een jonge verpleegkundige na het lezen van een informatiebrochure "infobox" zijn/haar prestaties correct leert attesteren, dan zal de verzekering gedurende zijn/haar volledige beroepsloopbaan niet de financiële gevolgen van een herhaalde vergissing moeten dragen.
- o wanneer een ervaren geneesheer de nomenclatuur correcter gaat toepassen na lezing van een brief van de DGEC, dan voorkomt men wellicht een netto verlies van duizenden euro's.
- o wanneer een ziekenhuis, wegens de impact van de door de geneesheren-inspecteurs in de nabijgelegen verzorgingsinstelling afgelegde bezoeken in het kader van een CENEC-enquête, de aanrekeningswijze van de prestaties aanpast, dan worden de middelen van de ziekteverzekering efficiënter aangewend.

Als een dossier omwille van de ernst van de vastgestelde feiten aan de Procureur des Konings wordt voorgelegd, staan de bedragen in kwestie niet vermeld in dit rapport. In de recente zaak van een tandarts heeft de Rechtbank het onrechtmatig uitbetaalde bedrag van 648.000 EUR toegekend aan het ziekenfonds zoals voorzien in de procedures.

Zelfs via een impactmeting van een vroegere actie kan de reële weerslag van de voornoemde acties niet worden geëvalueerd. Die meting kan hooguit bevestigen dat een actie gevolgen, of spijtig genoeg soms geen gevolg, heeft gehad zoals bijvoorbeeld voor de impactmeting m.b.t. de reanimatieverstrekingen.

Bij wijze van conclusie is het belangrijk in het achterhoofd te houden dat de impact van de DGEC op de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen veel verder reikt dan de cijfers die worden voorgelegd.

II. DE 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 hun ook een idee van wat hen te doen staat op administratief vlak, zonder dat ze de wetgeving dienen op te zoeken.

De brochures staan op de website van het RIZIV en worden in papieren vorm naar de doelgroepen gestuurd (de beginnende zorgverleners, de stagemeesters, ...)

Infobox	2011
April	Infobox voor de apotheker

Lezingen en conferenties

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

Periode	2011
Aantal uiteenzettingen	8

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 om duidelijke wettelijke bepalingen uit te werken die iedereen kan toepassen.

Periode	2011
Aantal aanwezigheden op vergaderingen	141

III.DE EVALUATIE

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

Naast de directe weerslag op de geëvalueerde domeinen, kunnen de projecten uitmonden in individuele onderzoeken of in onderwerpen voor een nationale enquête (CENEC).

Evaluatieprojecten beëindigd in 2011

06/001 Panoramische opname van het gebit in de tandheelkunde

06/005 PLAVIX® : terugbetalingprocedure voor een hoofdstuk IV geneesmiddel

08/004 Aanrekenen van diagnostische nucleaire onderzoeken

09/006 Spoedgevallendiensten : budget voor raadplegingen

De synthese van de resultaten van de evaluatieprojecten vindt u op de volgende bladzijden.

06/001 Panoramische opname van het gebit

Kader

De panoramische opname van het gebit of orthopantogram (OPG) is een radiografie van het geheel van de tanden op één enkel beeld. Die verstrekking wordt slechts één maal per kalenderjaar en per verzekerde vergoed (tenzij er voorafgaandelijke toestemming is van de adviserend geneesheer). Het is een zeer algemeen gebruikt codenummer bij tandartsen en stomatologen.

Er is jaarlijks een belangrijke stijging:

- in aantal vergoede verstrekkingen : + 42% tussen 2002 en 2008
- in vergoed bedrag : + 75% in de zelfde periode

Deze toename vinden we vooral bij de licentiaten tandheelkunde (LTH). Van de actieve tandartsen rekent 33% nooit een verstrekking OPG aan. De helft van de verstrekkingen OPG worden door 700/4730 tandartsen aangerekend.

Doel

Bedoeling is een verklaring te vinden voor de progressieve stijging van het aantal vergoede verstrekkingen OPG.

Methodologie

Daartoe werden de door de LTH gehanteerde indicaties en de redenen voor herhaling bevestigd. We hebben de studie beperkt tot de LTH die in 2008 ten minste 50 OPG hadden aangerekend, terwijl ze in totaal minder dan 10% orthodontieverstrekkingen hadden.

Uit hun facturatiegegevens van het eerste semester van 2009, werd een at random steekproef geselecteerd van 20 OPG's per LTH, in totaal 5.500 OPG verstrekkingen, aangerekend door 275 LTH. Die tandartsen kregen voor elke aangerekende OPG een standaard vragenlijst betreffende de indicaties van die OPG-verstrekking en eventuele voorgaande OPG-verstrekking. In totaal verkregen we zo informatie over 5.436 OPG verstrekkingen.

Deze indicaties werden vergeleken met de standaarden van de internationale guidelines.

Samenvatting resultaten

Voor 1.972 verstrekkingen OPG werd deze verricht ter gelegenheid van het eerste patiëntencontact.

Veel voorkomende indicaties waren

- 'caries' (2.518x),
- 'wijsheidstanden' (1.441x)
- 'mondstatus' of het opzoeken van occulte aandoeningen (3.702x).

In meer dan de helft van de gevallen werd meer dan één indicatie opgegeven (tot 6).

De indicatiestelling van alle verstrekkingen OPG werd geëvalueerd t.a.v. de internationaal aanvaarde guidelines :

- in 21,78% van de OPG was de opgegeven indicatie in overeenstemming met de guidelines ('terecht')
- in 56,20% was dit duidelijk niet het geval ('afwijkend')
- in 20,85% kon dit niet duidelijk bepaald worden ('twijfel')
- en in 1,16% was er geen informatie beschikbaar.

Bij bijna alle bevroegde LTH komt een zelfde patroon van indicatiestelling voor. Er is slechts een lichte stijging van de 'afwijkende' indicaties wanneer het totaal aantal OPG verstrekkingen stijgt.

2.116 verstrekkingen OPG waren een herhaling van een vorige verstrekking OPG, voor een belangrijk deel in de twee voorafgaande jaren en voor 1/3 met volledig identieke indicaties, (waarvan 88% 'afwijkend').

Door extrapolatie kon het vergoed bedrag (2009) voor de 'afwijkende' OPG geraamd worden op 11 miljoen EURO en voor de herhaling na 1 of 2 jaar op 3,5 miljoen EURO, waarvan 1 miljoen voor identieke indicaties.

Er zijn verschillende maatregelen mogelijk.

- Informatiecampagne voor tandartsen in verband met de wetenschappelijk aanvaarde indicaties voor deze verstrekking.
- Beperking van de vergoedbare indicaties voor verstrekkingen OPG.
- Herhaling binnen twee jaar afhankelijk maken van toelating adviserend geneesheer.
- Criteria formuleren voor de adviserend geneesheer om herhaling van verstrekkingen OPG binnen één of twee jaar te kunnen weigeren of toestaan.

06/005: PLAVIX®: terugbetalingprocedure voor een hoofdstuk IV geneesmiddel

Context

Clopidogrel wordt sinds 2001 vergoed voor de preventieve behandeling van atheromateuze aandoeningen.

Tussen augustus 2006 en november 2009 waren de vergoedingscriteria de volgende :

- criterium 1 = contra-indicatie voor aspirine
- criterium 2 = recidief onder aspirinebehandeling
- criterium 3 = acuut coronair syndroom zonder ST-verhoging.

Vergoeding is afhankelijk van de voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer (AG). De verplichting om bewijsstukken bij de aanvraag te voegen werd in 2006 vervangen door een verbintenis op eer deze stukken ter beschikking te houden van de AG.

Doel

De uitgaven voor Clopidogrel behoorden tot één van de sterkste stijgers in de periode 2002 - 2006. Deze studie heeft als doel te achterhalen op basis van welke medische gegevens deze stijging te verantwoorden is.

Methodologie

De aanvragen tot tegemoetkoming van maart 2007 (3.838 aanvragen) werden opgevraagd bij de verzekeringsinstellingen. Hieruit werd een gewogen steekproef genomen (n=748). De aanvragers werden verzocht de nodige bewijsstukken te bezorgen. Voor 709 aanvragen werd deze informatie bekomen. De studie omvat een analyse van de aanvraagformulieren en de dossiergegevens.

Resultaten**Administratieve beoordeling van de aanvragen**

- Bij 13% ontbraken bij de aanvragen niet-medische gegevens (identificatie arts of patiënt, handtekening, datum) bij het indienen.
- Voor de medische gegevens (criteriumkeuze) was dit 40%.
- 12% konden niet worden toegewezen aan één van de drie criteria.
- Op basis van de opgevraagde medische verslagen moesten 19% van de aanvragen aan een andere criterium worden toegewezen.

Conformiteit van de aanvragen

In totaal was 49% van de aanvragen niet conform (= foutieve indicatie en/of onvoldoende motivering).

Dit percentage bedraagt:

- 24% voor criterium 3
- 53% voor criterium 2
- en 61 % voor criterium 1.

Administratieve behandeling van de aanvragen door de adviserend geneesheer

Voor respectievelijk 9 (=1,2 %) en 126 (=18%) aanvragen heeft de AG bijkomende niet-medische en medische informatie (criteriumkeuze) gevraagd. Ondanks deze bijkomende informatie ontbraken op het moment van de beslissing door de AG bij 11% van de aanvragen niet-medische gegevens en bij 27% de nodige medische gegevens (criteriumkeuze) om de aanvraag correct te beoordelen.

8 keer (=1%) werd om een medisch verslag gevraagd waarvan slechts één keer bij een correct ingevulde aanvraag.

Beslissing van de adviserend geneesheer

De overeenkomst tussen de beslissing van de AG en de beoordeling volgens de studie bedraagt 54%.

Bij 91% van de niet conforme aanvragen werd vergoeding toch toegestaan.

Gevolg

Het percentage onterecht afgeleverde clopidogrel bedroeg 41,6% in de steekproef en 38% in de moederpopulatie (na extrapolatie). Voor 2007 komt dit neer op een onterechte uitgave van 18.045.000 EUR (= schatting)

Conclusies en aanbevelingen

Deze studie toont aan dat het huidige toezicht op de vergoeding van clopidogrel niet werkt.

- De kwaliteit van invulling van de aanvraagformulieren is ondermaats (1 op 2 is onvolledig).
- De verklaring op eer van de aanvrager (dat hij over de nodige documenten beschikt die aantonen dat de patiënt zich in de aangegeven medische situatie bevindt), is niet betrouwbaar gebleken. Op te merken valt dat 88% van de geneesmiddelen uit hoofdstuk IV (voorafgaandelijke toelating AG), zoals clopidogrel, aangevraagd wordt met een verklaring op eer.
- Het toezicht van de AG is inefficiënt. 91 % van de niet conforme aanvragen werd aanvaard.

Toelatingscriteria

De toelatingscriteria zijn complex; bij 2,7% van de aanvragen kon ook de DGEC zich niet uit spreken over de conformiteit (deze aanvragen werden bij de conforme aanvragen gerekend).

Aanpassing van de criteria

Het heeft meer dan drie jaar geduurd vooraleer de vergoedingscriteria (bevoegdheid van de CTG en de Minister) rekening hielden met de conclusies van de Charismastudie van 2006.

Administratieve vereenvoudiging

- o Patiënten met een aangetoonde allergie aan acetylsalicylzuur zouden hun aanvraag niet elk jaar moeten hernieuwen. De toelating zou moeten gelden voor onbepaalde duur.
- o De verlenging van de terugbetalingen bekomen onder de oude, medisch niet te rechtvaardigen, criteria zou moeten worden afgeschaft.

08/004: Aanrekenen van diagnostische nucleaire onderzoeken

Context

Met diagnostische radionucleaire onderzoeken of NMI (Nuclear Medicine Imaging) kan men de morfologie of de werking van organen in beeld brengen met behulp van de toediening van kleine hoeveelheden radioactieve stoffen.

Deze onderzoeken worden aangerekend met een combinatie van verschillende codes:

- code(s) voor de eigenlijke scintigrafie
- en code(s) voor het gebruikte isotoop (radiofarmacon).

In 2009 rekenden 238 geneesheer-nuclearisten deze onderzoeken aan. Evenveel nuclearisten rekenen ook consultatiehonoraria aan. In 2009 werden nucleaire onderzoeken volgens art 18 §2 van de nomenclatuur aangerekend voor een totaal bedrag van 129.683.591 euro.

De nomenclatuur van de nucleaire onderzoeken is niet “testspecifiek” :

Voor één bepaalde code die wordt aangerekend staan verschillende testen. Bvb :

- Code 442411-422 met omschrijving “scintigrafie van een orgaan, van een stelsel of van een deel van een orgaan” wordt in de praktijk gebruikt voor de aanrekening van 30 verschillende testen, soms in combinatie met andere codes
- Behalve 2 codes specifiek voor de schildklier maken de omschrijvingen in de NGV geen melding van het onderzochte orgaan
- De in rekening gebrachte isotoopcodes vermelden evenmin exact het gebruikte nucleaire element

Aan de hand van de aangerekende codes is het bijgevolg niet mogelijk om uit te maken welk onderzoek verricht werd en evenmin welk orgaan onderzocht werd.

Er moet teruggegaan worden tot op het niveau van het protocol om te kunnen uitmaken welk onderzoek werd uitgevoerd en of dit op een correcte manier werd aangerekend, waardoor het toezicht ernstig wordt bemoeilijkt. Dit maakt een wetenschappelijke en statistische analyse van het exacte aantal en soort onderzoeken op basis van de facturatiegegevens niet mogelijk

Studie DGEC

Het doel van de studie was de praktijkvoering en aanrekening i.v.m. diagnostische nucleaire onderzoeken in kaart te brengen op basis van de protocollen.

Methodologie

Voor elk van de 105 ziekenhuizen in België die nucleaire testen in rekening brachten, werden uit de aanrekening van juni 2008 50 onderzoeken geselecteerd: die selectie gebeurde naar rato van de verschillende nomenclatuurcodes die het ziekenhuis in die maand aanrekende.

Voor de verzekerden aanwezig in het staal van 50 werden tevens alle onderzoeken in dezelfde maand juni toegevoegd.

Aldus werden er van elk ziekenhuis tussen de 50 en 98 onderzoeken opgenomen in de selectie.

Bij de (hoofd)geneesheer-nuclearisten van de 105 betrokken ziekenhuizen werd informatie ingewonnen (over de organisatie van de dienst, de wijze van factureren, de werkprocedures en de klinische gegevens) en alle nucleaire diensten werden eind 2009 bezocht.

De aanvraagformulieren, de iconografische documenten, de grafieken en protocollen van de geselecteerde onderzoeken werden opgevraagd en geanalyseerd.

Een analyse van PET-scan onderzoeken maakte het voorwerp uit van een vorige studie (08/006) en ze werd in deze analyse niet meer opgenomen.

Resultaten

5.950 nucleaire onderzoeken in 105 ziekenhuizen werden in kaart gebracht.

De tests werden aangevraagd door 209 verschillende geneesheer-nuclearisten. 48 hiervan werken in twee ziekenhuizen, drie nuclearisten werken in drie ziekenhuizen.

Bijna de helft van deze onderzoeken zijn skeletonderzoeken in aantal, gevolgd door hart- en longscintigrafieën.

3% van de onderzoeken gebeuren in het vooruitzicht van een heelkundige ingreep.

Er bestaat een belangrijke variatie in het aantal verschillende testen tussen de ziekenhuizen.

- DE DOCUMENTEN

Bijna steeds waren er aanvraagformulieren voor de testen, hoewel dat niet verplicht is. In 93,5% van de gevallen werden er ook klinische gegevens op vermeld.

Deze formulieren verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis voor wat betreft het aantal en het soort onderzoeken die er op vermeld zijn. Soms kan de aanvrager slechts een keuze maken uit een beperkt aanbod, in andere gevallen worden er op het formulier meer dan 100 testen vermeld. Enkele aan-

vraagformulieren zijn zodanig opgemaakt dat ze de aanvragende geneesheer ertoe aanzetten om in de meeste of in alle gevallen een combinatie-test SPECT/CT aan te kruisen.

De klinische vraagstelling is in de meeste gevallen zeer summier en vaag. Soms ontbreekt ze totaal.

In 96,3 % van de gevallen waren er iconografische documenten voorhanden.

Het valt op dat bij enkele specifieke onderzoeken aangerekend onder code 442610-621 (Functionele scintigrafische test) grafieken, tabellen of parametrische beelden ontbreken in minder dan 20% van de functionele onderzoeken vnl. bij longonderzoeken en sentinel nodus werden deze niet bijgevoegd.

- DE AANREKENINGEN

De NC-bepalingen inzake de verplichte vermelding van het type test op de getuigschriften worden door de ziekenhuizen niet gerespecteerd.

Tien NC-codes worden gebruikt voor het geheel van de nucleaire testen.

Code 442610-621 (functioneel onderzoek) wordt het meest frequent aangerekend voor een drie-fasenbotsintigrafie, maar wordt nog aangerekend voor 41 andere onderzoeken. Code 442595-606 (functioneel onderzoek met dubbele tomografie) wordt, behalve voor de PET-onderzoeken, ook aangerekend in 42 % van de gevallen voor een scintigrafie van gans het lichaam met details SPECT en tevens voor myocardscintigrafie in rust/bij inspanning op één dag (10 % van de gevallen); en verder ook , in mindere mate voor 23 andere onderzoeken .

Er is een zeer grote variatie in het aantal verschillende aangerekende codes per ziekenhuis: bvb de meeste ziekenhuizen brengen de best vergoede code 442595-606 (functioneel onderzoek met dubbele tomo) zelden of nooit in rekening, terwijl enkele andere ziekenhuizen deze code frequent tot zeer frequent (80% van de gevallen) aanrekenen.

Code 442411-422 (planair onderzoek) wordt door vele ziekenhuizen in 20 à 30 % van de onderzoeken aangerekend. Andere ziekenhuizen rekenen deze code nooit aan.

Meer dan 25 % van de onderzoeken werden aangerekend onder codenummer 442396-400 (tomografisch onderzoek) daarna volgen code 442610-621 (functioneel onderzoek) in 22% en code 442514-525 (tomografie tijdens total body scan) in 15,9%. De code 442411-422 (planaire scintigrafie) komt maar voor in 11,3 % van de onderzoeken. Deze codes worden al dan niet in combinatie aangerekend.

Codes 442455-466 (scintigrafie van het ganse lichaam) en 442514-525 (tomografie tijdens total body) daarentegen worden in meer dan 90 % in rekening gebracht voor resp. een total bodyscintigrafie en een total body met SPECT-detail. Ook code 442632-643 (functioneel schildklieronderzoek met scintigrafie) komt in 90% van de gevallen overeen met de uitgevoerde schildklierscintigrafie.

Anderzijds zou men verwachten dat voor schildklieronderzoeken, waarvoor een aantal specifieke codes zijn voorzien, deze onderzoeken ook als dusdanig worden aangerekend. Toch worden ook hier vaak andere algemene codes gebruikt.

Hoe specifiek een NC-code omschreven wordt, hoe eenvormiger deze voor de bedoelde testen wordt aangerekend.

De wijze van aanrekenen, zowel voor de scintigrafie als voor het aangewende isotoop, verschilt ook van ziekenhuis tot ziekenhuis, zelfs wanneer eenzelfde type onderzoek werd uitgevoerd voor eenzelfde indicatie.

Deze vaststelling geldt in belangrijke mate voor onderzoeken van de longen waar bvb. longventilatie, -perfusie uitgevoerd op één dag op zes verschillende manieren wordt aangerekend. Ook voor onderzoeken van de schildklier, infectie- en oncologische onderzoeken wordt dit vastgesteld. Ook myocardonderzoeken hebben veelal een eenduidige indicatie maar worden vaak op een verschillende manier uitgevoerd en aangerekend.

Daarenboven zorgt de toename van gecombineerde onderzoeken SPECT-CT binnen de nucleaire geneeskunde voor problemen bij de aanrekening.

Een aantal ziekenhuizen die over een multimodaal SPECT/CT-toestel beschikken voeren deze combinatie-test zeer frequent uit voor een groot aantal verschillende indicaties en organen.

In deze gevallen lijkt de aanrekening dus eerder af te hangen van het gebruikte toestel dan van de medische indicatie.

Tot op heden moeten deze onderzoeken voor het SPECT-gedeelte aangerekend worden binnen de nucleaire NC en voor het CT-gedeelte door de radioloog, op voorwaarde dat aparte protocollen voor beide deelonderzoeken werden opgesteld.

Een aantal ziekenhuizen rekenen voor deze gecombineerde SPECT-CT-onderzoeken een hogere NC-code (bvb 442595-606 N 435) of meerdere gecumuleerde codes aan. Of er bovendien ook een nummer voor een CT-onderzoek werd aangerekend is verder niet nagegaan in deze studie.

Discussie

Al deze elementen zorgen ervoor dat de nucleaire onderzoeken op niet uniforme manier worden aangerekend met aanzienlijke prijsverschillen voor de ziekteverzekering tot gevolg.

Een aanvraag voor nucleaire onderzoeken is niet verplicht zodat de geneesheer-nuclearist zelf kan beslissen of er een onderzoek en welk onderzoek zal worden uitgevoerd. De reden of de motivatie om bvb een tomografisch onderzoek of een functioneel onderzoek uit te voeren eerder dan een planair onderzoek zijn onduidelijk.

Het huidige RIZIV coderingsstelsel van diagnostische isotopen is onvoldoende transparant om een analyse toe te laten van het gebruik van een specifieke isotoop voor een bepaalde test.

Het valt op dat bij enkele specifieke onderzoeken aangerekend onder code 442610-621 (Functionele scintigrafische test) grafieken, tabellen of parametrische beelden ontbreken in minder dan 20% van de functionele onderzoeken vnl. bij longonderzoeken en sentinel nodus werden deze niet bijgevoegd.

Dit wil evenwel nog niet zeggen dat er geen functioneel onderzoek effectief verricht werd maar wijst er op dat de omschrijving van deze code ruimte laat tot interpretatie. Is het voldoende om bvb bij de long een L/R verhouding te verrichten om een functioneel onderzoek te kunnen aanrekenen? Volstaan twee opeenvolgende metingen om te voldoen aan een functioneel onderzoek ?

Een jaarlijkse toename van het bedrag voor nucleaire onderzoeken is vnl. te wijten aan de stijging van code 442514-525: tomografisch onderzoek bij volledig skelet en van code 442595-606: functionele test met dubbele tomo. Deze laatste code wordt ook aangerekend voor PET-onderzoeken.

Enkele voorstellen voor een meer adequate en één vormige aanrekening van nucleaire onderzoeken

Het invoeren in de NGV van één code per specifiek onderzoek waarbij de nuclearist zelf kan uitmaken welke techniek of onderzoeksprotocol het best wordt toegepast.

D.w.z. één code per specifieke test ongeacht de gebruikte techniek.

Bvb één code voor:

- sentinelnodus, ongeacht de gevolgde procedure (scintigrafie, tomo of functioneel onderzoek.)
- longonderzoek ongeacht
 - het al dan niet uitvoeren van een bijkomende ventilatietest,
 - of het onderzoek in één of in meerdere sessies gebeurt

- de uitvoering van tomografieën
- of het meten van functionele parameters.
- myocardperfusieonderzoek al dan niet uitgevoerd op meerdere dagen, onafhankelijk van het gevolgde protocol.

In de NC zouden aldus een 50-tal specifiek gedefinieerde codes de 14-tal huidige specifieke testen kunnen vervangen.

Om de aanrekening van het radiofarmacon éénduidiger te maken kan men opteren voor:

- het invoeren van één code per specifiek aangewend isotoop of radiofarmacon (Tc, Ga, I, In....).
- een “isotoopforfait” inbegrepen in de vergoeding voor het eigenlijke nucleaire onderzoek.

Een specifiek probleem vormen de onderzoeken met multimodale toestellen: de tussenkomst in terugbetaling van een onderzoek, dat onder meerdere specialisaties ressorteert die elk aan specifieke vereisten dienen te voldoen, is organisatorisch en qua aanrekening niet aangepast aan de huidige evolutie in de beeldvormingstechnieken.

Een mogelijke oplossing kan zijn: één code per test waarin zowel het nucleaire als het CT-onderzoek zijn opgenomen.

Het verplicht stellen van een aanvraagformulier met een beperkende lijst van onderzoeken per type test kan ook bijdragen tot een heldere en éénduidige aanrekening.

Dit document dient te worden opgesteld door de geneesheer die de patiënt in behandeling heeft, zoals bij de andere beeldvormingstechnieken. Deze aanvraag bevat een verduidelijking van de diagnostische vraagstelling naar de nuclearist toe met aanduiding van het gewenste type van onderzoek en de motivering.

09/006 Spoeddiensten : budget voor raadplegingen

Kader

01/07/2007 : inwerkingtreding van een nieuwe nomenclatuur betreffende raadplegingen in spoeddiensten.

In een analyse stelden de actuarissen een overschrijding vast van de voor 2008 voorziene bedragen:

	Vooruitzichten	Cijfers 2008	Overschrijding
Aantal verstrekkingen	2,4 miljoen	1,9 miljoen	
Globale begroting *	11,4 miljoen EUR	37,4 miljoen EUR	26 miljoen EUR
Totale kost **	43 miljoen EUR	59,5 miljoen EUR	16,5 miljoen EUR

*De globale begroting geeft de geraamde meerkost weer van de nieuwe nomenclatuur, rekening houdend met de vroegere aangerekende raadplegingen in spoeddiensten.

**De totale kost omvat alle raadplegingen in spoeddiensten (van de artsen die de permanentie verzorgen en van de opgeroepen specialisten).

De overschrijding wordt onder andere veroorzaakt door:

- o het hoge percentage spoedartsen (minder acutisten¹ en huisartsen met brevet voor acute geneeskunde (BAG) dan voorzien)
- o een hoger aantal opgeroepen specialisten
- o een hoger aantal patiënten met verwijfsbrief.

Het akkoord artsen-ziekenfondsen 2011 vermeldt :

- o een grote variabiliteit bij het aanrekenen van spoedverstrekkingen in ziekenhuizen,
- o vraag naar evaluatie door de DGEC.

Doel van de studie

De studie had tot doel de ziekenhuizen onderling te vergelijken en de vastgestelde verschillen proberen te begrijpen.

1De raadplegingen in urgentiegeneskunde mogen worden aangerekend door

- spoedartsen, geneesheren-specialisten met de beroepstitel in de urgentiegeneskunde
- « acutisten », neologisme dat de geneesheren specialist in de acute geneeskunde aanduidt
- artsen met een brevet in acute geneeskunde (BAG)

Methode

Op basis van de « P documenten » van 2008, 2009 en 2010, analyseerden we voor elk ziekenhuis:

- de samenstelling van de spoedploeg (spoedartsen/acuteisten/BAG)
- het aantal keren dat een specialist werd opgeroepen
- de discipline van die specialisten
- het aantal verwijsbrieven
- en de gemiddelde kostprijs per patiënt.

Van 21 ziekenhuizen werd de facturatie van de maand september 2010 opgevraagd. De voormelde parameters werden bestudeerd, net als de handelingen uitgevoerd in de spoeddienst.

Resultaten

Grote verschillen tussen de ziekenhuizen voor wat betreft

- de samenstelling van de spoedploeg (aantal spoedartsen, type)
- het aantal opgeroepen specialisten (tussen 0 en 100 %)
- bepaalde verstrekkingen werden in sommige ziekenhuizen door spoedartsen uitgevoerd, in andere alleen door de opgeroepen specialisten
- het gemiddeld aantal verstrekkingen per ambulante patiënt (tussen 4 en 8).

Discussie

- Het feit dat de patiënt door een spoedarts moet onderzocht worden om een specialist te kunnen oproepen, kan voor problemen zorgen (kind, patiënt met oogwond) : honoraria A (hoger)
 - onnodig of
 - niet uitgevoerd of
 - in de plaats van honoraria C (lager)
- De toestand van een aantal patiënten is waarschijnlijk niet echt spoedeisend
- Het is heel waarschijnlijk dat de raadplegingen (honoraria A)
 - worden uitgevoerd door een andere arts dan degene die aanreket (stagemester, spoedarts in de plaats van BAG), of
 - in feite overeenstemmen met de raadpleging van de opgeroepen specialist.

Acties

- Het rapport werd voorgesteld in verschillende commissies : Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, Comité van de DGEC
- Concretere acties (studie op het terrein) worden overwogen.

IV. CONTROLE GENEESKUNDIGE VERZORGING

1. Thematische onderzoeken « CENEC »

(Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecel)

De Cenec is bemand met 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.

Vijf thematische onderzoeken (interprovinciale - IP) afgewerkt

IP011 CT-scans schedel en wervelkolom : verstrekkingen tweemaal per dag

IP012 Dolantine® - Fortal® : abnormale hoeveelheden voorschriften

IP016 Psychiatrie : intake- en ontslagonderzoek

IP017 Kinesitherapie : aantal dagelijkse verstrekkingen

IP019 Reanimatieverstrekkingen (impactmeting)

IP011 CT-scans : schedel en wervelkolom : verstrekkingen tweemaal per dag

Context

Een onderzoek toont aan dat voor volgende CT onderzoeken:

- **458673 – 458684**: Computergestuurde tomografie van de schedel en/of van faciaal massief
- **458850 – 458861**: Computergestuurde tomografie van een wervellichaam of een tussenwervelruimte,

een tweede aanrekening op dezelfde dag ten onrechte gebeurt.

De eerste prestatie omdat deze verschillende onderzoeken omvat die soms in verschillende lokalen en op verschillende tijdstippen worden uitgevoerd. Omwille van de organisatorische en administratieve procedures die erop van toepassing zijn, wordt deze prestatie ten onrechte een tweede maal aangerekend.

De tweede prestatie wordt ten onrechte een tweede maal aangerekend indien een CT van verschillende regio's wordt uitgevoerd, vb. cervicaal en lumbaal.

Wettelijke basis

Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen, Artikel 17 § 1, °11 Computergestuurde tomografieën

458673 – 458684: *Computergestuurde tomografie van de schedel en/of van faciaal massief, met en/of zonder contrast, met registreren en clichés, minimum 10 coupes, voor het hele onderzoek* N 180

458850 – 458861: *Computergestuurde tomografie van een niveau in de vorm van een wervellichaam of een tussenwervelruimte, met of zonder contrastmiddel, minimum 6 coupes voor twee of meer niveaus* N 180

De verstrekking inzake computergestuurde tomografie mag pas na een tijdvak van 30 dagen opnieuw worden aangerekend.

K.B.. 31.8.1998 :

"Als het onderzoek binnen 30 dagen om medische reden wordt herhaald, moet de motivering in het dossier van de patiënt ter beschikking zijn van de adviserend geneesheer."

De Technisch Geneeskundige Raad bepaalt dat voor de wervelzuil de verstrekking 458850/861 maximaal één maal kan aangerekend worden, onverschillig hoeveel wervels (niveaus) worden onderzocht.

Methode

Het verschillende keren per dag aanrekenen van bovenvermelde CT scans uitgevoerd bij één verzekerde in hetzelfde ziekenhuis werd onderzocht voor de periode van 1/8/2008 tot 31/8/2009 (ontvangstdatum verzekeringsinstelling).

De diensthoofden radiologie zijn gehoord en de lijst met dubbele verstrekkingen is hen voorgelegd. Een verandering in de klinische toestand (verergering of postoperatief) wordt aanvaard als motivatie voor een terechte tweede aanrekening. De aanvragen en protocollen van de verstrekkingen welke volgens de radiologen terecht een tweede of derde maal zijn aangerekend werden opgevraagd en nagekeken.

Resultaten

Er waren 8.348 verstrekkingen voor heel België (het betreft de dubbele aanrekeningen). Zestig procent van deze verstrekkingen werd verricht in 19 ziekenhuizen.

De dienst is ervan uit gegaan dat 10% van de herhalingen verantwoord kan zijn. Dat verklaart de 45% bij de schatting van het onterecht aangerekende aantal verstrekkingen en het onverschuldigde bedrag.

Het totaal bedrag aan CT scans die ten onrechte een tweede of derde maal op dezelfde dag zijn aangerekend, bedraagt 202.075,28 EUR. In 9 van de 10 gevallen betreft het een CT van de schedel.

Het ten onrechte aanrekenen was een gevolg van administratieve fouten of een verkeerde interpretatie van de nomenclatuur. Bij de CT wervelzuil speelt vooral het laatste een rol.

Actie

De dossiers werden afgesloten met een waarschuwing en vrijwillige terugbetaling.

Al de ziekenhuizen waren bereid tot vrijwillige regularisatie.

IP012 Dolantine[®] / Fortal[®]: abnormale hoeveelheden voorschriften

Context

In 2006 attesteerde een huisarts bij één verzekerde gemiddeld vier maal per dag een huisbezoek en spoot hierbij telkens Fortal[®] of Dolantine[®] in. De totale vergoedingswaarde van deze huisbezoeken bedroeg meer dan 50.000 EUR. Ter afsluiting van dit onderzoek werd door de dienst een klacht inzake overconsumptie (art.73§4) geformuleerd.

Hierdoor besloot de DGEC het excessief gebruik van deze producten op nationaal vlak op te sporen en te documenteren.

Wettelijke basis

De geldende reglementering over Dolantine[®] (= pethidine, verdovend middel) en Fortal[®] (= pentazocine, psychotrope stof) vermeldt het volgende :

Koninklijk Besluit van 31 december 1930 houdende regeling van de slaapmiddelen en de verdovende middelen en betreffende risicobeperking en therapeutisch advies:

Art. 23, "...Ieder geneesheer of veearts, die overdreven hoeveelheden verdovende middelen heeft voorgeschreven of aangeschaft, moet het gebruik ervan kunnen verantwoorden ten overstaan van de geneesheer die door de Provinciale Geneeskundige Commissie is afgevaardigd..."

Koninklijk besluit van 22 januari 1998 tot houdende regeling van sommige psychotrope stoffen en betreffende risicobeperking en therapeutisch advies.

Wat betreft de psychotrope stoffen opgenomen in artikel 38, §1-3 (oa. Pentazocine) gelden de bepalingen van hoofdstuk IV (Art. 38 tem 40).

Art 39, §3: "Ieder geneesheer, dierenarts of beoefenaar van de tandheelkunde, die psychotrope stoffen heeft voorgeschreven of verkregen, moet in voorkomend geval, het voorschrijven of het gebruik ervan kunnen verantwoorden ten overstaan van de bevoegde provinciale geneeskundige commissie ..."

Methode

Fase A

In een eerste fase, in de periode van januari 2006 tot september 2007 (21 maanden of 638 dagen), werd het voorschrijven en afleveren nagegaan van

- pethidine (Dolantine[®], verpakking van 5 amp 100 mg/2ml) en van
- pentazocine (Fortal[®], verpakking van 10 amp 30 mg/1 ml)

via het bestand Farma - Tarifieringsdienst (inventaris van de afleveringen van de officina buiten de ziekenhuizen)

Fase B

In een tweede fase, periode van 1/06/2006 tot 31/12/2008 (31 maanden), werd bij de 10 grootste gebruikers van elk product (de verzekerden aan wie de grootste hoeveelheden werden afgeleverd) bijkomend onderzoek verricht.

Per verzekerde werd nagegaan welke de voornaamste afleverende apotheken waren. De voorschriften werden opgehaald. De voornaamste voorschrijvers werden gecontacteerd, evenals de Algemene Farmaceutische Inspectie en de Provinciale Geneeskundige Commissies.

Resultaten

Fase A

In de onderzochte periode van 21 maanden schreven 1.373 geneesheren 43.687 verpakkingen Dolantine[®] voor aan 1.612 verzekerden en 651 artsen schreven 21.287 verpakkingen Fortal[®] ampullen voor aan 659 verzekerden.

Voor Dolantine[®] zijn de 10 grootste gebruikers goed voor 24,6 % van het totaal verbruik in België en de 33 grootste gebruikers zelfs voor de helft. Voor Fortal[®] is de top-10 goed voor 30 % van het nationaal verbruik en de top-25 voor de helft.

Het betreft twee relatief goedkope farmaceutische specialiteiten: in de bewuste periode werd in gans België voor de twee samen slechts voor een bedrag van 255.000 EUR afgeleverd. Toch roept het voorschrijven en afleveren van dergelijke hoeveelheden ernstige vragen op qua deontologie en qua volksgezondheid.

Fase B

Verdeling van de 10 grootste gebruikers per provincie voor elk van de twee producten; het betreft dus 20 verzekerden:

- 1 verzekerde in Luik en Oost-Vlaanderen
- 2 verzekerden in Henegouwen, Namen en Luxemburg
- 3 verzekerden in Vlaams-Brabant
- 4 verzekerden in Antwerpen
- en 5 verzekerden in Limburg

Er werden 39 PV's van Verhoor afgenomen:

- 15 bij artsen,
- 23 bij apothekers en
- 1 bij een verzekerde.

Algemene conclusies fase B:

Er zijn geen aanwijzingen dat:

- de Fortal[®]/Dolantine[®] ampullen getarifeerd worden via gebruik van vervalste voorschriften. De meeste apothekers hebben de voorschrijver(s) gecontacteerd ivm het grote aantal voorschriften of waren vertrouwd met het handschrift van de lokale artsen.
- verzekerden aan hen voorgeschreven ampullen zouden verhandeld/verkocht hebben.
- er op grote schaal door artsen of verpleegkundigen patiëntencontacten worden aangerekend om deze producten in te spuiten. Er zijn weinig huisbezoeken, (slechts bij één verzekerde mogelijk één bezoek per dag) en er zijn over het algemeen meer raadplegingen, (bij één verzekerde ongeveer dagelijks). Veruit de meeste ampullen worden dus door de verzekerden of hun naaste omgeving ingespoten.

Acties

De DGEC wenst preventie te ondersteunen. In dit kader werden de provinciale geneeskundige commissies gecontacteerd. Er wordt gedacht aan een samenwerking/monitoring waarbij de Dienst op periodieke basis automatisch de gegevens van verzekerden aan wie grote hoeveelheden van dergelijke medicaties worden afgeleverd aan de PGC's zou meedelen.

Ook tarifieringsdata van (voorschrijvende) artsen waarvoor in de geïntegreerde bestanden grote hoeveelheden verdovende middelen/psychotrope stoffen worden gevonden zouden aan de PGC's kunnen doorgegeven worden.

Deze piste wordt momenteel onderzocht op zijn juridische haalbaarheid en toe te passen praktische modaliteiten.

De juridische basis hiervoor is art.146, §3 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

“De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kan bij de betrokken tuchtrechterlijke instanties eveneens de feiten, verzameld tijdens zijn onderzoeken, aanklagen, in zoverre die inlichtingen deze laatsten kunnen aanbelangen bij de uitoefening van het toezicht waarmee ze belast zijn...”.

De opvolging van de hierboven besproken individuele dossiers - bvb. eventuele verwijzing van voorschrijvende artsen naar de PGC of de Orde der Geneesheren, het inschakelen van de farmaceutische inspectie enz.. - zal niet langer door de CENEC gebeuren, maar via een klassiek provinciaal onderzoek afgehandeld.

IP016 Psychiatrie: intake- en ontslagonderzoek

Context

Het psychiatrisch intake-onderzoek (597726) en het psychiatrisch ontslag-onderzoek (597741) mogen slechts één keer per opname worden aangerekend, respectievelijk in de eerste en de laatste week van een opname.

In artikel 25 van de nomenclatuur is anderzijds bepaald dat in de psychiatrie dezelfde hospitalisatie verder loopt indien de onderbreking tussen opeenvolgende ziekenhuisopnames minder dan 30 dagen bedraagt.

Anders geformuleerd: er is in deze context slechts sprake van een nieuwe opname als er tussen de ziekenhuisverblijven een onderbreking is van langer dan 30 dagen.

Doel

Het opsporen en corrigeren van de veelvuldige factureringen van die verstrekkingen wanneer het verblijf minder dan 30 dagen werd onderbroken en dit op nationaal vlak.

Wettelijke basis

Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen:

597726: *Honorarium voor het psychiatrisch intake-onderzoek met verslag voor de patiënt opgenomen op een dienst A, K, T of een Sp-psychogeriatric van een ziekenhuis uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de psychiatrie of in de neuropsychiatrie C 30*

Het psychiatrisch intake-onderzoek mag eenmaal worden aangerekend tijdens de eerste week opname van een patiënt op de bedoelde dienst en omvat de bepaling en verfijning van de diagnose en behandeling via anamnese en heteroanamnese, aanvullende psychologische testen en het opstellen van een psychotherapeutisch en farmacotherapeutisch behandelingsplan.

597741: *Honorarium voor het psychiatrisch ontslag-onderzoek met verslag, voor de patiënt opgenomen op een dienst A, K, T of een Sp-psychogeriatric van een ziekenhuis uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de psychiatrie of in de neuropsychiatrie C 30*

Het psychiatrisch ontslag-onderzoek mag eenmaal worden aangerekend tijdens de laatste week opname van een patiënt op de bedoelde dienst en omvat naast de omstandige weergave van de diagnose en behandeling, de psychotherapeutische conclusies en de richtlijnen voor de verdere ambulante nazorg.

Het omstandig schriftelijk verslag van de verstrekkingen 597726 en 597741 (intake- en/of ontslag-onderzoek) wordt verstuurd aan de verwijzend geneesheer en bevindt zich tevens in het medisch dossier.

De verstrekkingen 597726 en 597741 mogen worden gecumuleerd met het honorarium voor toezicht."

Art. 25. § 2. a) 1° *Het honorarium voor dagtoezicht dat verschuldigd is voor een bepaalde periode, wordt berekend vanaf de eerste vergoede dag opneming in een verplegingsinrichting, ongeacht de dienst of de afdeling waarin de rechthebbende aanvankelijk wordt opgenomen.*

Wordt de opneming één, twee of drie dagen onderbroken, dan mag het honorarium dat is bepaald bij de aanvang van de opneming, niet opnieuw worden aangerekend."

*"In de diensten K, A, T, Sp, Tp en Tf, mag **na een onderbreking in de opneming van niet langer dan 30 dagen,** het honorarium waarin is voorzien bij de aanvang van de opneming,*

Samengevat

In de diensten K, A, T, Sp, Tp en Tf wordt de hospitalisatieperiode niet beëindigd als een opname niet langer dan dertig dagen wordt onderbroken.

Zodoende kan het psychiatrisch intake-onderzoek van de "heropname" niet worden geattesteerd en moet ook de aanrekening van het initieel geattesteerde en gefactureerde psychiatrisch ontslag-onderzoek worden herbekeken in functie van de nieuwe opname en dit vermits uiteindelijk maar **één verstrekking 597726 en één verstrekking 597741** voor een **ganse** hospitalisatieperiode mag aangerekend en geattesteerd worden.

Methode

Er werd een gecentraliseerde data-analyse uitgevoerd voor de periode van 01/07/2008 tot 30/06/2009 (datum van ontvangst).

Een intake-onderzoek (597726) werd als ten onrechte aangerekend beschouwd als één of beide van volgende criteria werden vervuld:

- er werd een vorig intake-onderzoek aangerekend, minder dan 30 dagen tevoren
- er werd een ontslag-onderzoek aangerekend minder dan 30 dagen tevoren

Een ontslag-onderzoek (597741) werd als ten onrechte aangerekend beschouwd als één of beide van volgende criteria waren vervuld:

- er werd nogmaals een ontslag-onderzoek aangerekend, minder dan 30 dagen later
- er werd een intake-onderzoek aangerekend minder dan 30 dagen later

De resultaten betreffen uitsluitend prestaties binnen hetzelfde ziekenhuis.

De onterecht aangerekende verstrekkingen werden ten laste gelegd aan de hoofdgeneesheer. Het gaat hier immers om bepalingen betreffende een "hospitalisatie-periode", die slechts via een overzicht op de volledige facturatie en alle aanrekeningen kunnen toegepast worden

Vaak zijn er ook meerdere psychiaters betrokken bij het aanrekenen van verstrekkingen voor één zelfde patiënt tijdens één zelfde hospitalisatieperiode, zodat ook om praktische redenen dergelijke benadering aangewezen was.

Resultaten en acties

Tegen de 42 hoofdgeneesheren van de betrokken ziekenhuizen werd een proces-verbaal van **vaststelling** opgesteld.

Het totale onverschuldigde bedrag beloopt 195.209 EUR.

Dubbel aangerekende verstrekkingen werden eveneens nagekeken. Voor de twee ziekenhuizen met meer dan 100 dubbel aangerekende verstrekkingen werd een spin-off dossier opgesteld voor een globale terugbetaling van 9.232,24 EUR.

Opvolging

40 van 42 ziekenhuizen hebben het onverschuldigde bedrag vrijwillig terugbetaald.

Tegen de twee andere hoofdgeneesheren of ziekenhuizen werden administratieve procedures ingeleid.

IP017 Kinesithherapie : aantal dagelijkse verstrekkingen

Kader

In 2007 attesteerden 49 kinesitherapeuten meer dan 7.300 verstrekkingen met een gemiddelde duur van 30 of 20 minuten (profielgegevens). In 2008 waren er 42 verstrekkers met meer dan 7000 verstrekkingen. Het aantal van 20 maximaal toegelaten verstrekkingen per dag, werd dus overschreden.

Wettelijke basis

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen gepubliceerd als bijlage bij het K.B. van 14 september 1984 bepaalt in zijn art.7:§19:

Per verstrekker mogen gemiddeld slechts 30 verstrekkingen per dag worden aangerekend, waarvan maximum 20 verstrekkingen waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 of 20 minuten of een minimumduur van 20 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist. Deze dagelijkse gemiddelde aantallen worden geraamd over een periode die niet korter dan 90 dagen mag zijn en rekening houdt met de dagen met effectieve activiteit zoals aangetoond uit de kinesitherapeutische dossiers en/of het register en dit voor het geheel van de verstrekkingen en voor alle patiënten van de kinesistherapeut samen.

Methode

Voor de periode van 1 oktober 2008 tot 30 september 2009 werden de gegevens onderzocht van 42 kinesitherapeuten die volgens de profielen 2008 meer dan 7000 verstrekkingen attesteerden.

Het aantal verstrekkingen waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 of 20 minuten of een minimumduur van 20 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist, werd voor ieder van deze zorgverstrekkers berekend.

Het aantal gewerkte dagen in die periode werd berekend door eerst alle kalenderdagen waarop verstrekkingen werden aangerekend te beschouwen als dagen waarop de kinesist "effectief" actief was

Vervolgens werden de weerhouden zorgverleners verhoord, teneinde op basis van hun dossiers en hun register het aantal effectief gewerkte dagen vast te stellen. Dat aantal werd dan gebruikt om het gemiddelde te berekenen (aantal verstrekkingen op aantal effectief gewerkte dagen).

Resultaten

De dossiers van 30 zorgverleners werden in overweging genomen :

- 29 zorgverleners hadden gemiddeld meer dan 20 verstrekkingen per dag aangerekend waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 of 20 minuten of een minimumduur van 20 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist.
- 1 geval waarbij er gemiddeld meer dan 30 niet tijdsgebonden verstrekkingen op een dag werden aangerekend.

30 onderzoeken werden uitgevoerd:

- 1 was negatief omdat de verstrekkingen van meerdere (erkende) zorgverleners op één naam werden aangerekend.
- bij 1 onderzoek werden er andere inbreuken vastgesteld: verstrekkingen van niet als kinesitherapeut erkende helpers werden aangerekend op naam van een kinesitherapeut.
- 28 waren positief en er werd effectief een te hoog gemiddeld aantal verstrekkingen per werkdag vastgesteld.

Acties

- Voor het negatieve onderzoek: de betrokkenen ontvingen een waarschuwing aangezien die handelswijze niet reglementair is.
- Voor het onderzoek met andere inbreuken: dat onderzoek zal zijn eigen weg volgen en dient binnen het CENEC-onderzoek IP017 als een spin-off te worden beschouwd.
- Voor de 28 positieve onderzoeken: er werd een PV van Vaststelling opgesteld en de zorgverleners kregen de vraag tot vrijwillige terugbetaling.
 - 24 zorgverleners verklaarden zich akkoord met de vaststellingen van de dienst DGEC.
 - 17 zorgverleners betaalden het onterecht vergoede bedrag al volledig terug,
 - 7 betalen het onterechte bedrag in maandelijkse schijven terug.
 - 4 zorgverleners gingen niet akkoord met onze vaststellingen. Voor hen zal een administratieve procedure worden opgestart.

	aantal	totaal onterecht vergoed bedrag
Negatieve dossiers	1	
Spin-off	1	
Positieve dossiers met vrijwillige terugbetaling	24	327.801,77 €
Positieve dossiers met procedure	4	107.719,05 €
Totalen	30	435.520,82 €

Verdere acties

Nacontrole voor de behandelde dossiers en opzoeken van eventuele nieuwe gevallen

IP019 reanimatieverstrekingen (impactmeting)

Kader

In 2007 heeft het CENEC-onderzoek IP003 aangetoond dat een aantal ziekenhuizen niet-conforme verstrekingen hadden aangerekend met betrekking tot reanimatieverstrekingen (artikel 13 van de NGV). Om praktische redenen is enkel een terugbetaling geëist van de ziekenhuizen met een onverschuldigd bedrag van meer dan 1.000 EUR.

Hetzelfde onderzoek was verricht in het kader van het VARAK-project 2007. De inbreuken die de verpleeginrichtingen ten laste zijn gelegd hadden konden immers door de V.I.'s opgespoord worden aangezien het om cumulaties ging die in een elektronische database kunnen worden opgespoord.

Wettelijke basis

Verstrekingen art. 13 van de NGV

§1. Worden beschouwd als verstrekingen waarvoor de bekwaming is vereist van geneesheer, specialist voor inwendige geneeskunde, voor cardiologie, voor pneumologie, voor gastro-enterologie, voor reumatologie, voor pediatrie, voor anesthesiologie, voor heelkunde, voor neurochirurgie, voor orthopedie, voor plastische heelkunde, voor urologie of voor neurologie:

- *Installatie van en toezicht op gecontroleerde of geassisteerde continue ademhaling, onder tracheale intubatie of tracheotomie buiten de narcose; de onder nr. 350033 - 350044 bedoelde verstreking mag worden bijgerekend:*

211013-211024 De eerste dag N 192

211035-211046 Van de tweede tot de eenentwintigste dag, per dag N 168

- *Continu toezicht op de hartfunctie (met of zonder toezicht op andere vitale waarden) 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:*

212015-212026 De eerste dag N 80

212030-212041 De tweede en derde dag, per dag N 60

- *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 intracavitare of pulmonale druk door middel van een intracardiale catheter, de intracraniale druk door middel van een intracraniale catheter (buiten de narcoses, de heelkundige en verloskundige bewerkingen en buiten de functionele harttests), inclusief de eventuele registraties:*

214012 214023 De eerste dag N 192

214034 214045 De tweede, derde, vierde en vijfde dag, per dag N 168

Toepassingsregels opgenomen in §2 van hetzelfde artikel:

- 4° *De verstrekkingen nrs. 214012 - 214023 en 214034 - 214045 mogen niet worden samengevoegd met de verstrekkingen nrs. 212015 - 212026 en 212030 - 212041.*
- 7° *Het aantal dagen dat is opgegeven in de omschrijving van de verstrekkingen 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 211175 - 211186, 212015 - 212026, 212030 - 212041, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045, is het maximum aantal dagen dat voor een zelfde opnemingsstijdvak mag worden aangerekend.*
De verstrekkingen 212015 - 212026 of 212030 - 212041 mogen niet worden aangerekend indien tijdens een zelfde opnemingsstijdvak drie of meer dan drie verstrekkingen 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142 of 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045 worden aangerekend.

Methode

Het VARAK-project 2009 met betrekking tot het eerste kwartaal van 2009, is uitgevoerd om de impact van het eerste project te meten.

De tenlasteleggingen, zijn geformuleerd op basis van de niet-naleving van voormelde punten 4° en 7°:

- 4°, niet-toegestane cumulatie van verstrekkingen cardiaal toezicht:
 - ‘invasief toezicht’ (214012-214023, 214034-214045) en
 - ‘niet invasief’ toezicht (212015-212026, 212030-212041)²
- 7°, eerste lid:
 - overschrijding van het aantal dagen
 - meer dan één verstrekking per dag (bijvoorbeeld een ambulante codenummer en een codenummer voor een patiënt die in het ziekenhuis is opgenomen,...)
- 7°, tweede lid: aanrekenen van verstrekkingen voor ‘niet invasief cardiaal toezicht terwijl minstens drie andere verstrekkingen uit de lijst zijn aangerekend.

Besluiten

Aangezien dezelfde niet-conforme verstrekkingen in 2007 en 2009 werden vastgesteld, is beslist om de betrokken verpleeginrichtingen in drie categorieën onder te verdelen:

- ziekenhuizen die niet waren aangeschreven in 2007 maar met een onverschuldigd bedrag van meer dan 1.000 euro in 2009
- ziekenhuizen die niet waren aangeschreven in 2007 maar met een onverschuldigd bedrag van minder dan 1.000 euro in 2009
- ziekenhuizen die reeds een PVV hadden gekregen in 2007 en die hebben terugbetaald .

Acties

Wat de verstrekkingen betreft die tijdens het eerste trimester van 2009 zijn aangerekend:

- 99 ziekenhuizen kregen een proces verbaal van vaststelling en
- 51 ziekenhuizen hebben een onverschuldigd bedrag van in totaal 107.257 EUR terugbetaald.

Bovendien heeft elke verpleeginrichting een waarschuwingsbrief ontvangen.

² De woorden ‘invasief’ en ‘niet invasief’ worden gebruikt voor de leesbaarheid van de tekst.

2. Controle « unieke streepjescode »

Met de controle “unieke streepjescode” 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 unieke streepjescodes (USC) van de op de markt gebrachte geneesmiddelen naar de DGEC. De tarifieringdiensten anderzijds sturen via geïntegreerde bestanden de unieke streepjescodes van de aangerekende geneesmiddelen naar de DGEC op.

Door het nakijken van het bestand afkomstig van de tarifieringdiensten kan de DGEC vaststellen of een unieke streepjescode meer dan één maal werd ingebracht en aangerekend, hetzij door dezelfde apotheker, hetzij door verschillende apothekers.

Via het bestand van de bedrijven kan nagezien worden of de unieke streepjescodes die worden aangerekend door de apothekers, wel degelijk op de markt werden gebracht door de bedrijven.

EVALUATIEPERIODE oktober 2009 tot en met september 2011 = 24 maanden

Aantal betrokken apotheken: **5.129**

Totaal aantal tarifieringslijnen: **270.075.288**

Aantal tarifieringslijnen die voorzien kunnen zijn van een unieke streepjescode = **217.417.071**

- % zonder USC = **1,07%**
- % 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 = **98,79%**
- % dezelfde USC aanwezig in verschillende apotheken = **0,04%**

Het inlezingpercentage van de unieke streepjescodes stijgt door de jaren heen. De oorzaken van niet-inlezing en het voorkomen 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 unieke streepjescode is een efficiënt instrument om de effectieve aflevering van geneesmiddelen door apothekers te controleren en 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 onderzoeken

Tabel C1 : Aantal **afgesloten** individuele onderzoeken

Afgesloten onderzoeken in 2011 Bevoegdheid van betrokkene	Aantal dossiers	% dossiers
Huisartsen	121	12,1
Geneesheer-specialisten	200	20,0
Apothekers	32	3,2
Tandartsen	85	8,5
Verpleegkundigen	176	17,6
Kinesitherapeuten	64	6,4
Logopedisten	4	0,4
Orthopedisten	8	0,8
Bandagisten	17	1,7
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	16	1,6
Opticiens	1	0,1
Gehoorsprothesisten	5	0,5
Apothekers biologen	2	0,2
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	135	13,5
ROB	7	0,7
RVT	54	5,4
Andere	73	7,3
TOTAAL	1.000	100

Tabel C2 : Aantal **begonnen** individuele onderzoeken

Aangevatte onderzoeken in 2011 Bevoegdheid van betrokkene	Aantal dossiers	% dossiers
Huisartsen	109	12,2
Geneesheer-specialisten	239	26,6
Apothekers	26	2,9
Tandartsen	70	7,8
Verpleegkundigen	183	20,3
Kinesitherapeuten	19	2,1
Logopedisten	4	0,4
Orthopedisten	8	0,9
Bandagisten	14	1,6
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	5	0,6
Gehoorsprothesisten	2	0,2
Apothekers biologen	2	0,2
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	91	10,1
ROB	8	0,9
RVT	3	0,3
Erkende laboratoria	2	0,3
Verzekerden	45	5,0
Andere	67	7,5
TOTAAL	897	100

b. Resultaten van de onderzoeken

De onderzoeken worden ondergebracht in een bepaalde categorie in functie van het resultaat van het onderzoek. Dat overzicht is weergegeven in tabel C3.

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

Type van dossier 2011	Aantal dossiers	% dossiers
Informatief	26	2,6%
Negatief	212	21,2%
Negatief met actie voor derden	91	9,1%
Verwittiging	162	16,2%
Verwittiging met vrijwillige terugbetaling	334	33,4%
Te vervolgen	175	17,5%
TOTAAL	1.000	100%

Resultaten

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” geeft die gevallen waar de vermoedens van vergissingen of bedrog na onderzoek niet gegrond bleken.

De categorie “negatieve dossiers met actie voor derden” bevat alle vaststellingen gedaan voor derden en overgemaakt aan andere instellingen (bijv. Procureur des Konings, Orde van geneesheren).

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 procedure bij de administratieve rechtsinstanties ingeleid maar een verwittiging verzonden, met desgevallend de vrijwillige terugbetaling van de onverschuldigde prestaties.

De bedragen van die situatie worden weergegeven in tabel C4.

Tabel C4 : vrijwillige terugbetalingen.

Vrijwillige terugbetaling in 2011 Bevoegdheid van betrokkene	Vrijwillige terug betaling	%
Huisartsen	87.187,90 €	3,24
Geneesheren-specialisten	511.214,16 €	18,97
Apothekers	88.526,93 €	3,29
Tandheelkundigen	25.474,17 €	0,95
Verpleegkundigen	284.133,68 €	10,55
Kinesitherapeuten	288.292,67 €	10,70
Logopedisten	154,69 €	0,01
Orthesisten	7.782,78 €	0,29
Bandagisten	6.962,73 €	0,26
Prothesisten	297.429,45 €	11,04
Gehoorsprothesisten	21.000,00 €	0,78
Apothekers biologen	488.481,02 €	18,13
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	393.958,49 €	14,62
Anderen	193.653,69 €	7,19
TOTAAL	2.694.252,36 €	

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 “Recuperatie en maatregelen opgelegd door de bevoegde organen”.

c. De vastgestelde inbreuken

De tabel geeft alle inbreuken weer, vastgesteld door de enquêteurs voor alle enquêtes afgesloten binnen het jaar. 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 al niet in orde zijn,
- het ontbreken van het verpleegkundig dossier is een inbreuk.

Tabel C5 : Aantal vastgestelde inbreuken (exclusief geneesmiddelen)

	2011
Aantal vastgestelde inbreuken	810.322

d. Onderzoeken na een klacht

De burger kan klacht neerleggen bij zijn mutualiteit of de DGEC 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 DGEC 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 DGEC niet bevoegd is, wordt zij doorverwezen naar een andere instelling.

Anonimiteit

De anonimiteit van de klagers is de regel, gewaarborgd door de wet. In artikel 59 van het Sociaal Strafwetboek wordt immers gezegd 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.* »

Resultaten

Onderzoeken naar aanleiding van een klacht	2007	2008	2009	2010	2011
Aantal klachten	97	241	172	146	188
Aantal dossiers geopend op basis van klachten	97	241	172	146	188
Aantal dossiers geopend op basis van klachten/ totaal aantal tijdens het jaar geopende dossiers	10%	26%	16%	16%	21%
Aantal dossiers geopend op basis van klachten waarvoor het onderzoek is afgerond *	97	240	166	128	89
Aantal dossiers geopend op basis van klachten waarvoor een onverschuldigd bedrag is vastgesteld*	28	93	57	33	19
Aantal dossiers geopend op basis van klachten waarvoor een geldboete is opgelegd * (de meeste dossiers geopend sinds 2009 zijn nog in procedure)	8	19	6	2	1
*= situatie op 22-03-2012.					

Onderzoeken naar aanleiding van een aangifte	2007	2008	2009	2010	2011
Aantal aangiftes	123	121	162	220	177
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes	123	121	162	220	177
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 *	123	114	150	172	72
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes waarvoor een onverschuldigd bedrag is vastgesteld *	59	67	77	96	24
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes waarvoor een geldboete is opgelegd * (de meeste dossiers geopend sinds 2009 zijn nog in procedure)	20	21	8	0	0
*= situatie op 22-03-2012.					

e. De dossiers postcontrole

Met de onderzoeken “ postcontrole” kan men de impact van de uitgevoerde onderzoeken meten en opvolgen.

Elk jaar wordt een percentage van de afgewerkte individuele onderzoeken onderworpen aan postcontrole.

In 2008 heeft postcontrole van 20 % van de dossiers afgesloten in 2007 aangetoond dat er in 84% van de gevallen geen recidive was.

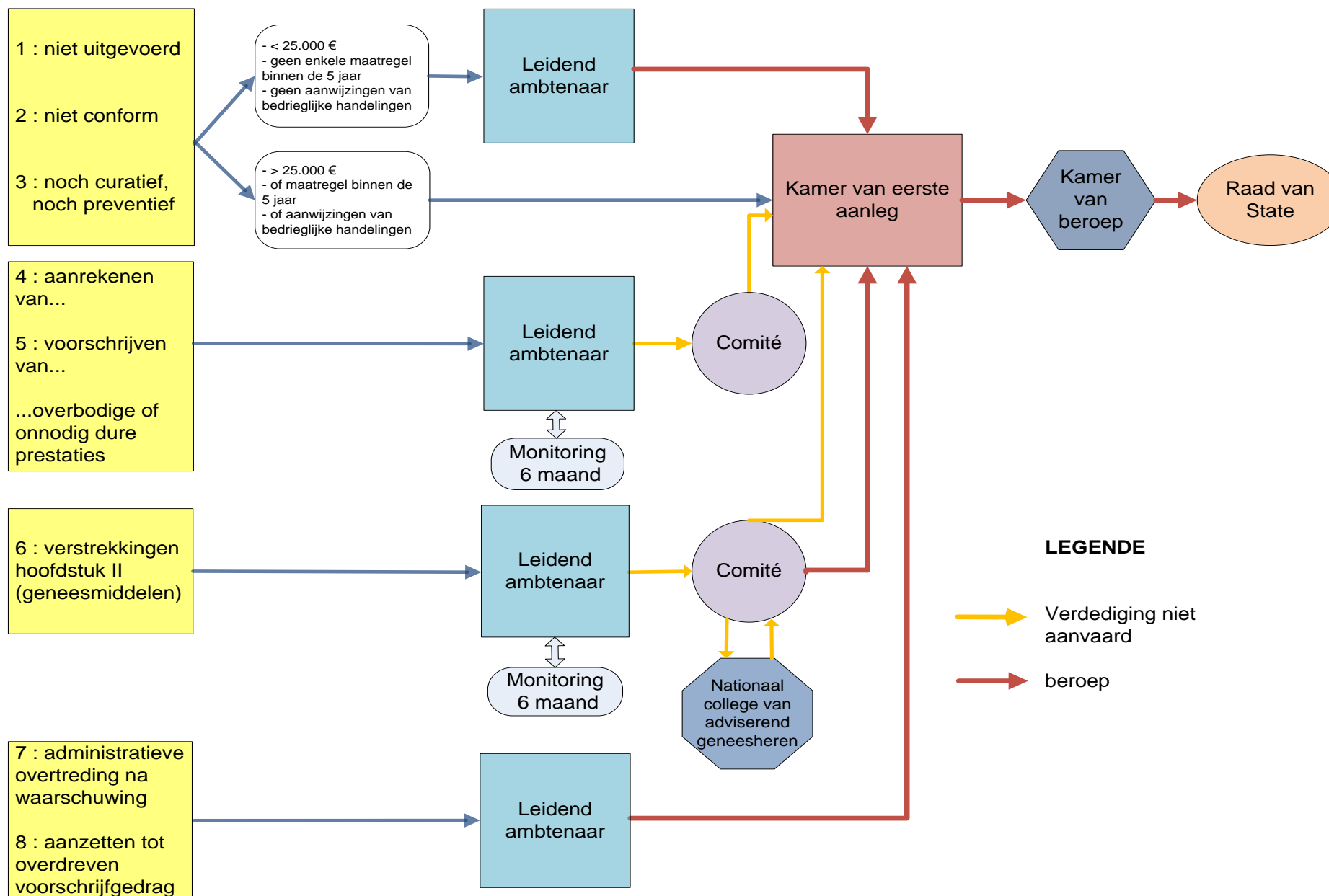
V. RECUPERATIE EN MAATREGELEN OPGELEGD DOOR DE BEVOEGDE ORGANEN

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.

Vervolgens worden de beslissingen van deze organen nader bekeken.

CATEGORIEEN VAN INBREUKEN

OVERCONSUMPTE REALITEIT-CONFORMITEIT



1. Actieve beheersorganen

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,
- aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg.

Aantal zittingen: 5.

Dossiers overconsumptie: 2, doorgestuurd naar de Kamer van eerste aanleg

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. Drie cumulatieve voorwaarden beperken zijn bevoegdheid:

- hij behandelt slechts die zaken waarbij het bedrag van de betwiste verstrekkingen lager is dan 25.000 euro,
- er mogen geen aanwijzingen zijn van bedrieglijke handelingen,
- in de vijf jaar voorafgaand aan de vaststelling van een inbreuk, werd de zorgverlener nog geen maatregel opgelegd.

In tabel S1.1 vindt u de gegevens over de beslissingen genomen door de Leidend ambtenaar in 2011.

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

Tabel S1.1

Bevoegdheid van de verstreker	Beslissingen		Opsplitsing van de beslissingen			Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen	
			Verwezen naar KEA	Tenlastelegingen niet gegrond	Tenlastelegingen gegrond		Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
	1	2				3					
	Aantal	%	Aantal	Aantal	Aantal	€	€	€	€	€	€
Huisartsen	4	3,9	0	1	3	10.475,29	12.121,09	6.348,64	3.487,75	8.017,77	18.493,06
Geneesheren-specialisten	9	8,7	0	0	9	20.253,20	60.492,48	22.058,89	6.915,98	48.250,01	68.503,21
Apothekers	5	4,8	0	0	5	35.624,23	37.875,96	49.158,65	4.272,28	51.410,38	87.034,61
Tandartsen	9	8,6	0	0	9	23.036,78	42.696,84	11.275,53	6.200,51	41.377,87	64.414,65
Verpleegkundigen	69	66,3	6	0	63	157.965,42	343.659,38	85.958,51	88.692,28	217.047,62	375.013,04
Kinesitherapeuten	3	2,9	0	0	3	5.981,63	31.598,75	17.014,99	4.775,35	10.426,81	16.408,44
Orthopedisten	1	1,0	0	0	1	0,00	809,73	0,00	0,00	809,73	809,73
Gehoorsprothesissen	1	1,0	0	0	1	0,00	15.940,25	7.970,12	0,00	0,00	0,00
ROB	1	1,0	0	0	1	0,00	11.448,45	7.224,22	0,00	0,00	0,00
Anderen	2	1,9	0	0	2	3.574,41	14.061,60	6.676,19	1.787,21	0,00	3.574,41
TOTAAL	104	100	6	1	97	256.910,96	570.704,53	213.685,73	116.131,36	377.340,19	634.251,15

Tabel S1.2

Aantal beslissingen van de LA	Aantal beroepen bij de KEA	%
104	46 (waarvan 36 verpleegkundigen)	44

2. De administratieve rechtscolleges

a. de beslissingen van de Kamer van eerste aanleg

Dit is een administratief rechtscollege voorgezeten door 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.

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.

De eerste zitting van de Kamer van eerste aanleg vond plaats op 5 februari 2009.

In tabel S2.1 vindt u de gegevens over de beslissingen genomen door de Kamer van eerste aanleg in 2011.

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.

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	%											
	€	€	€	€	€	€		€	€	€	€	€	€
Huisartsen	5	5,6	0	0	3	2	0	28.163,88	142.051,20	63.058,97	46.572,85	20.254,43	48.418,31
Geneesheren-specialisten	20	22,5	0	1	15	3	1	183.975,91	715.085,62	29.009,43	104.396,37	248.158,95	432.134,86
Apothekers	16	18,0	0	1	11	0	4	309.395,11	442.529,52	546.390,96	99.470,05	351.346,77	660.741,88
Tandartsen	9	10,1	0	0	4	4	1	37.462,04	204.808,13	39.685,67	13.715,86	77.338,37	114.800,41
Verpleegkundigen	29	32,6	0	0	23	4	2	107.001,30	1.642.172,75	733.270,99	38.692,23	539.353,21	646.354,51
Kinésitherapeuten	2	2,2	0	0	1	0	1	500,00	14.481,17	21.034,20	0,00	1.350,00	1.850,00
Orthopedisten	3	3,4	0	0	3	0	0	0,00	203.593,76	16.721,55	0,00	119.986,00	119.986,00
Ziekenhuizen, instellingen	4	4,5	0	0	4	0	0	247.208,92	1.094.347,55	0,00	0,00	544.704,99	791.913,91
Anderen	1	1,1	0	0	0	1	0	0,00	4.608,94	0,00	0,00	4.608,94	4.608,94
TOTAAL	89	100	0	2	64	14	9	913.707,16	4.463.678,64	1.449.171,77	302.847,35	1.907.101,65	2.820.808,81

Tabel S2.2

Aantal beslissingen KEA	Aantal beroepen bij de KvB door de zorgverlener	%	Aantal beroepen bij de KvB door de DGEC	%
89	24 (waarvan 10 verpleegkundigen)	27	2	2

b. de beslissingen van de Kamer van beroep

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

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

De eerste zitting van de Kamer van beroep vond plaats op 12 januari 2009.

In tabel S3 vindt u de gegevens over de beslissingen genomen door de Kamer van beroep in 2011.

Tabel S3

Bevoegdheid van de ver- strekker	Beslissingen		Beslissingen in beroep		Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Beslissingen		Bedragen	
			Beroep niet gegrond	Beroep gegrond			Effectieve boetes	Boetes met uitsel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
	Aantal	%	Aantal	Aantal	€	€	€	€	€	€
Huisartsen	3	12	1	2	0,00	18.724,31	30.719,99	0,00	0,00	0,00
Geneesheren-specialisten	5	18	1	4	0,00	56.210,91	0,00	0,00	56.210,91	56.210,91
Apothekers	3	12	3	0	97.872,86	45.952,74	69.186,78	0,00	74.186,78	172.059,64
Tandartsen	1	4	0	1	0,00	410,46	0,00	0,00	410,46	410,46
Verpleegkundigen	13	50	4	9	31.720,17	136.892,61	12.443,44	2.425,78	31.507,11	63.227,28
Bandagisten	1	4	1	0	19.556,28	19.556,28	9.778,14	9.778,16	9.778,14	29.334,42
TOTAAL	26	100	10	16	149.149,31	277.747,31	122.128,35	12.203,94	172.093,40	321.242,71

VI. CONTROLE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

1. De controle op het gebied 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 worden 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	2011
Aantal zittingen	2.013
Aantal opgeroepen verzekerden	14.091
Aantal uitgevoerde geneeskundige onderzoeken	10.888
Aantal uitsluitingen ("verlies van erkenning van arbeidsongeschiktheid")	4.713

2. De controle op het gebied 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, zoals bijvoorbeeld in gevangnissen.

3. De controle op de werking van de adviserend geneesheren inzake primaire arbeidsongeschiktheid

De DGEC 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.

Gezien het medische betwistingen betreft, wijst de rechtbank in de meerderheid van de gevallen 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 DGEC. Dit vindt u terug in onderstaande tabel.

Dossiers "H"	2011
Geneeskundige onderzoeken	
• voor eerste erkenning van arbeidsongeschiktheid	26
• voor verlenging van de ongeschiktheid	27
Totaal	53
Beslissingen	
• verzekerden met arbeidsongeschiktheid van > 66 %	40
• verzekerden met arbeidsongeschiktheid <66 %	13

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 organiseren 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	2011
Aantal medische onderzoeken	164

VII. DE PRIMAIRE CONTROLE VAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

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

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%

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:

N°	Projecten	Globaal percentage van vastgestelde anomalieën
11.1	Cholangiowirungografie (NGV art. 17)	0,05
11.2	Hartdefibrillatie (NGV art. 13§1)	7,93
11.3	Toezichtshonoraria (NGV art. 25 §1)	1,12
11.4	Functioneel onderzoek van de oogmobilititeit bij strabismus (NGV art. 14h)	1,26
11.5	Onderzoek van de pelvische bloedvaten voor gynecologen (NGV art 17quater §1 2°)	19,9
11.6	Tracheo- en/of laryngoscopie (NGV art. 11)	0,08
11.7	Regel van operatievelden (NGV art. 15 §3 et §5)	12,33
11.8	Farmacodynamische proef en Tilt-test (NGV art 20 §1e)	0,028
11.9	Intrathecale pomp (NGV 11 §1)	1,86
11.10	Radio-isotopen (KB 21-12-2001 Hoofdstuk VI)	28,33

De DGEC gebruikte alle technieken voor het projectmanagement om binnen de termijn een verslag van de best mogelijke kwaliteit af te leveren bij de Controledienst..

Besluiten

De bedoeling van dit project was de Verzekeringsinstellingen 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 doeltreffend kan zijn voor een optimale aanwending van de middelen ter beschikking gesteld van de VGVU.

3^{de} deel : vooruitzichten 2012-2013

DE VOORUITZICHTEN

Tijdens de volgende jaren zal de DGEC de opgezette dynamiek verder zetten en acties in het kader van de ontwikkelde “ I C E ”-strategie (Informatie, Controle, Evaluatie) blijven uitvoeren, om bij te dragen tot het optimale gebruik van de middelen van de Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor een goede informatieverstrekking aan de zorgverleners zal het Departement Informatie en Communicatie nieuwe brochures uitgeven, waaronder een Infobox voor de tandartsen. De bestaande brochures worden voortdurend bijgewerkt:

- De DGEC – opdrachten en procedures - herziene uitgave 2011
- INFOBOX huisarts - herwerkte uitgave 2009
- INFOBOX geneesheer specialist - eerste uitgave - 2008
- INFOBOX kinesitherapeut - eerste uitgave - 2010
- INFOBOX verpleegkundigen - eerste uitgave - 2010
- INFOBOX apothekers - eerste uitgave - 2011

De Departementen Controle en Evaluatie zullen hun gezamenlijke thematische aanpak overeenkomstig de strategie van de laatste jaren verder ontwikkelen.

Op juridisch vlak gaat de aandacht verder naar de individuele dossiers met de zwaarste inbreuken.

Met het oog op de continuïteit van de DGEC na 2014 mag men niet uit het oog verliezen dat een honderdtal medewerkers tussen 2010 en 2015 met pensioen gaan. In totaal gaat het om 28 % van het personeelsbestand. Als we het profiel van de pensioneringen bekijken, zien we dat het om zeer cruciale functies gaat. De afvloeiingen betreffen vooral de onderzoekers (medische en paramedische beroepen), de houders van kritische kennis, en directieleden. De continuïteit verzekeren van onze dienstverlening vormt een grote uitdaging.

In partnership met de Verzekeringsinstellingen zal een cartografie worden opgemaakt voor wat betreft de invulling van de controleopdracht van de adviserend geneesheren inzake de opvolging van de primaire arbeidsongeschiktheidsperiode.

4^{de} deel : documentatie

I. DE WET INZAKE DE RESPONSABILISERING VAN DE ZORGVERLENERS

Op 15 mei 2007 wijzigt met de inwerkingtreding van de wetten van 13, 21 en 27 december 2006 de wet betreffende de verplichte Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet) op ingrijpende wijze. Op dat moment ondergaat de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) een grondige hervorming die een sterke invloed zal hebben op zijn structuren, opdrachten en de wijze waarop ze 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 1e 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 2 auditeurs die leden van het Comité zijn.

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 bemerkingen hebben de wetgever ertoe aangezet om de organisatie van de DGEC en de controleprocedures grondig te herzien. Zo heft 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.

1. Inbreuken

De inbreuken worden in acht categorieën onderverdeeld:

1. de niet-uitgevoerde verstrekkingen
2. de verstrekkingen die niet in overeenstemming zijn met de wetgeving (“niet-conform”)
3. de 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. de overbodige of onnodig dure verstrekkingen
5. het voorschrijven van overbodige of onnodig dure verstrekkingen
6. het voorschrijven van farmaceutische specialiteiten die onvoldoende de aanbevelingen van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) naleven
7. de 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.

2. Maatregelen

1. De zorgverlener die niet-uitgevoerde verstrekkingen aanreket, 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 aanreket, 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 aanreket 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 aanreket, 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, tweede lid van de GVU-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 aanreket 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 wetwijziging 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

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 bevoegde 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 aanreket 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.

De vastgestelde sancties kunnen bovendien gepaard gaan met een opschorting, of tot het dubbele van het vastgestelde maximum bedragen indien de zorgverlener een nieuwe overtreding begaat binnen 3 jaar na een veroordeling.

De regels met betrekking tot de verjaring zijn de volgende:

- Over de zaken die tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar behoren, moet worden beslist binnen 2 jaar te rekenen vanaf het proces-verbaal van vaststelling.
- Een zaak moet, op straffe van verval van recht, uiterlijk 3 jaar na datum van het proces-verbaal van bevinding bij de Kamer van eerste aanleg aanhangig worden gemaakt.

3. Geschillenorganen

Met de nieuwe wet worden twee administratieve rechtscolleges ingesteld:

- De Kamer van eerste aanleg bestaat uit een magistraat-voorzitter en vier leden benoemd door de Koning : twee leden op voordracht van de Verzekeringsinstellingen en twee op voordracht van de beroepsgroep van de comparant. Allen zijn stemgerechtigd.
- In hoger beroep is de Kamer van beroep samengesteld op dezelfde wijze 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, voortaan kan de zorgverlener dankzij het voorgestelde systeem in een openbare zitting verschijnen en worden bijgestaan of vertegenwoordigd door de raadgever 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.

Enkel de gevallen die voldoen aan de volgende cumulatieve voorwaarden vallen onder de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar:

- In de vijf jaar vóór de vaststelling van de inbreuk kreeg de zorgverlener geen maatregel opgelegd van de Beperkte kamers of hun Beroepscommissies, de Controlemcommissie of haar Commissies van beroep, het Comité of de vroegere Kamers van beroep, de Leidend ambtenaar, de Kamer van 1^e aanleg of de nieuwe Kamer van beroep.
- De feiten waarvoor de zorgverlener op dat ogenblik wordt vervolgd, wijzen niet op bedrieglijke handelingen.
- De waarde van de betwiste verstrekkingen is lager dan 25.000 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.

4. De procedures inzake overconsumptie en overdreven voorschrijfgedrag

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” 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 6 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, dan brengt het de DGEC daarvan op de hoogte die dan 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.

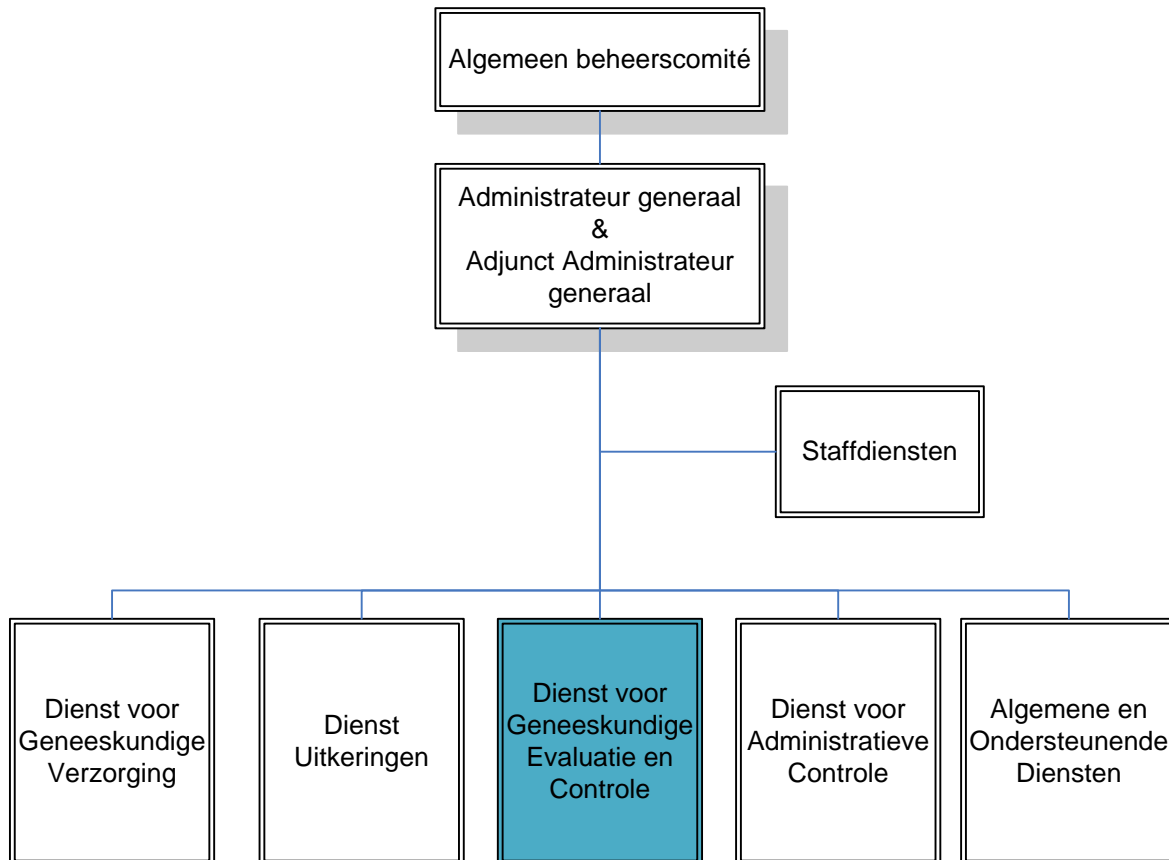
5. Conclusie

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

De rechten van de verdediging zijn nog beter beschermd aangezien de zorgverlener voortaan zelf voor de rechters van eerste aanleg en daarenboven nog in hoger beroep kan verschijnen.

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



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 en 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 zijn sterk verweven met de strategische plannen en de bestuursovereenkomst van het Instituut.

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, tandheelkundigen, apothekers, verplegingsinrichtingen, verpleegkundigen, enz.).

Het Comité is belast, met de medewerking van het personeel van de Dienst, in te staan 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, voor vervolging en sancties.

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;
- het aanbieden van nuttige informatie op de website, www.riziv.fgov.be (bekendmaking van de beslissingen van de administratieve instanties, nomenclatuur, ...)

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 naggaan 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 > zorgverleners
> algemene informatie
> Rechtspraak van de bestuurlijke en jurisdictionele instanties bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
> anonieme beslissingen.

De beslissingen worden gepubliceerd per jaargang (volgens de datum van uitspraak), met vermelding van

- de proceduretaal,
- de instantie die de uitspraak deed
 - Leidend ambtenaar = LA,
 - Kamer van eerste aanleg = KEA
 - Kamer van beroep = KVB)
- de betrokken zorgverlener (bijvoorbeeld geneesheer, tandarts, ...).

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
HCGRI	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
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
ROB	rustoord voor bejaarden
RVT	rust- en verzorgingstehuis
USC	Unieke streepjescode
VGUV	Verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen
VI	Verzekeringsinstellingen
ZIV	Ziekte- en invaliditeitsverzekering

VI. MEER WETEN?

Hebt u vragen of opmerkingen over deze publicatie ?

Contacteer ons:

per e-mail: i&C-team@riziv.fgov.be

per post : Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

i&C-team

Tervurenlaan 158

1150 Brussel

