



Jaarverslag DGEC

Activiteiten 2018



Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Voorwoord

De impact van 223 personeelsleden op het aanreken- en voorschrijfgedrag van 239.000 zorgverleners hebben we voor u zorgvuldig samengevat op 78 pagina's. Welkom in ons activiteitenverslag over 2018!

De activiteiten van de DGEC staan in dit verslag duidelijk verdeeld per directie: informatie, controle, evaluatie en juridische zaken en geschillen. De realiteit ziet er echter nog mooier uit. Op het terrein vervloeien de verticale directies in transversale samenwerking: onze ICE-werking (informatie – controle – evaluatie) waarvan u een voorbeeld vindt op p. 75.

Het aantal afgesloten individuele controleonderzoeken daalt verder naar 303. Geen paniek! Dit is deels een bewuste keuze. We hebben personeelsmiddelen vrijgemaakt voor andere activiteiten: nationale projecten, sensibilisatie van voorschrijvers/zorgverleners, voorstellen tot nomenclatuurwijzigingen, individuele feedback en opvolging, ...

Niettegenstaande deze spectaculaire daling van individuele controleonderzoeken blijft het aantal fraudeonderzoeken de voorbije jaren gelijk. Dit toont aan dat we wekelijks de juiste keuzes maken met ons filterteam. Voor de belangrijkste dossiers starten we een onderzoek op; onze teams zijn te klein om alle externe meldingen met dezelfde grondigheid te behandelen.

Naast de vele meldingen die we van verzekeren en zorgverleners binnenkrijgen doen we ook eigen risicoanalyses. Dit gebeurt bij de studies/evaluaties en de datacel die gestaag uitbreidt.

Niet enkel uit een hele rist risicoanalyses en meldingen maken we keuzes. Bij elk probleem moeten we ook een gepaste actie zoeken: doelgericht en doelmatig. Hierbij zijn onze impactmetingen richtinggevend. Deze geraken inmiddels ingeburgerd en krijgen een afzonderlijke rubriek op p. 73. Naast de onmiddellijke recuperatie van geld via vrijwillige terugbetalingen, opgelegde terugbetalingen bij administratieve procedures die we als dienst inleiden en teruggevorderde bedragen hebben onze activiteiten ook duidelijk meetbare indirecte financiële impact. Daarenboven creëren we ook anders dan financieel een meerwaarde in het zorglandschap.

In onze zoektocht naar efficiënt gebruik van onze eigen middelen blijven we ook inzetten op samenwerking. Zowel nationaal met de uitbouw van de activiteiten 'audit ziekenhuizen' als internationaal met het EHFCN. Meer hierover op p. 69.

De brandstof voor deze geoliede machine is ons personeel. Als leidend ambtenaar van onze dienst ben ik vaak aangenaam verrast dat de machine blijft draaien want er zijn voldoende redenen om te haperen. Een derde van ons inspecterend personeel heeft minder dan 3 jaar ervaring als sociaal inspecteur. Het administratief personeel zoekt en krijgt nieuwe taken door een snel voortschrijdende digitalisering. De nationale opdrachten vergen een andere -projectmatige- aanpak. Na allerhande aanpassingen tijdens de afgelopen jaren snakken heel wat medewerkers naar consolidatie van de werking. Het aankomend nieuw digitaal dossierbeheer eDos in 2019, de verdere digitalisering en de verhuis van de centrale diensten in 2020 zullen nog inspanningen vergen.

Philip Tavernier
Leidend ambtenaar a.i. van de DGEC

INHOUDSTAFEL

Voorwoord	3
Deel 1 - De organisatie	7
I. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC).....	9
II. Het personeel	11
III. De organisatiestructuur	12
IV. Het werkingsproces	12
Deel 2 - De activiteiten	15
I. De DGEC als dienst van het RIZIV	17
II. Directie Controle	21
a) <i>Algemene resultaten</i>	21
b) <i>Thematische controleonderzoeken</i>	25
c) <i>Apothekers</i>	27
d) <i>De DGEC en de strijd tegen fraude</i>	30
III. Directie Evaluatie	37
a) <i>Studierapporten</i>	37
b) <i>De primaire controle van de V.I.</i>	47
c) <i>Adviesfunctie/vertegenwoordiging van de DGEC in de werkgroepen van de Technische Geneeskundige Raad</i>	49
IV. Directie Informatie.....	51
a) <i>Externe informatie</i>	51
b) <i>Interne informatie</i>	52
V. Directie Juridische zaken en geschillen	55
a) <i>Opleiding nieuwe personeelsleden</i>	55
b) <i>Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid</i>	55
c) <i>Opvolging rechtspraak van de Raad van State</i>	55
d) <i>Opvolging procedurefase</i>	56
e) <i>Recuperatie en maatregelen opgelegd door de bevoegde organen</i>	56
VI. Samenwerkingen met andere diensten en organisaties.....	69
a) <i>Internationale aangelegenheden</i>	69
b) <i>Project 'Audit ziekenhuizen'</i>	70
c) <i>Samenwerking met het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle</i>	71
VII. Impact op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners.....	73

VIII. ICE projecten.....	75
Letterwoorden.....	77
Meer weten?	78

Deel 1 - De organisatie

I. DE DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE (DGEC)

De Missie

Voor een optimale aanwending van het overheidsbudget voor de ziekteverzekering ziet de DGEC van het RIZIV er onder meer op toe dat de belanghebbenden hun verplichtingen correct naleven binnen het wettelijke en reglementaire kader. Belanghebbenden zijn o.a. de zorgverleners, beheerders van verzorgingsinstellingen, verzekeringsinstellingen (V.I.), sociaal verzekerden, enz. Die maatschappelijke rol is nu des te relevanter: vooral in tijden van besparingen moet onze betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg worden gevrijwaard.

De DGEC is één van de actoren bij het toezicht op deze optimale aanwending. De dienst zal zijn opdracht daarom, waar mogelijk, vervullen in een constructieve samenwerking met de belanghebbende partners. Een dergelijk partnership is gebaseerd op wederzijds respect.

Voorheen vervulde de DGEC die opdracht grotendeels door controleonderzoeken na meldingen. Dit zijn klachten of andere signalen van buitenaf. De controleonderzoeken moesten ertoe leiden dat de zorgverleners het bedrag terugbetaalden dat ze ten onrechte hadden aangerekend.

De DGEC wil echter impact verwerven op het aanrekgedrag van zoveel mogelijk zorgverleners. Daarom analyseert de dienst de wijze waarop groepen zorgverleners hun praktijk voeren, zowel op het vlak van voorschrijven als op het vlak van uitvoeren van verstrekkingen. Dergelijke evaluaties vormen vaak de basis van nationale controleonderzoeken en sensibilisatiebrieven. Uiteraard streeft de dienst er ook naar het aanrekgedrag van zorgverleners te beïnvloeden via individuele controleonderzoeken. Bovendien formuleert de dienst regelmatig voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur. De directies Informatie, Controle en Evaluatie (ICE) coördineren deze acties. Omdat die directies hun acties steeds beter op mekaar afstemmen ontstaat er een 'I C E-beleid'.

Wat de oorsprong van de DGEC-acties betreft, vormde de melding vroeger vrijwel de enige aanzet van een controleonderzoek. Tegenwoordig ligt steeds vaker een interne analyse aan de basis van verschillende DGEC-acties zoals sensibilisatieacties, nationale controleonderzoeken, impactmetingen, enz.

Het werkproces wordt nu steeds meer gekenmerkt door drie opeenvolgende stappen: analyse, actie en vervolgens impact. Voor meer doelmatigheid zijn de acties soms opeenvolgend, dan weer simultaan. Ondanks de beperkte personeelsmiddelen is deze werkwijze de impact van de dienst ten goede gekomen.

De wettelijke opdrachten¹:

De wetgever heeft de DGEC de volgende opdrachten gegeven:

- ✦ informatie verstrekken aan de zorgverleners om inbreuken op de reglementering te voorkomen
- ✦ de verstrekkingen, voorgeschreven of uitgevoerd, van de verzekering voor geneeskundige verzorging evalueren, de wijze waarop groepen zorgverleners hun praktijk voeren onderzoeken
- ✦ de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging controleren op het vlak van realiteit en conformiteit volgens de voorschriften van de wet, evenals de overconsumptie
- ✦ uitvoering geven aan de beslissingen van de Leidend ambtenaar (LA), het Comité, de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep.

¹ Art. 139 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet).

Doelstellingen van de bestuursovereenkomst 2016-2018

Een bestuursovereenkomst is een contract tussen de Staat en een openbare instellingen van sociale zekerheid. De bestuursovereenkomst 2016-2018 die het RIZIV heeft gesloten bevat ook doelstellingen die de DGEC dient te behalen:

- ✦ artikel 31 = de interne hervorming van de organisatiestructuur en werking van de DGEC,
- ✦ artikel 32 = het geïnformatiseerd dossierbeheer door de implementatie van de applicatie eDos,
- ✦ artikel 35 = de samenwerking met de cel doelmatige zorg.

II. HET PERSONEEL

Door een grote wervingscampagne stagneerde het aantal personeelsleden in 2018 voor het eerst na enkele jaren van sterke daling (van 321 in 2011 naar 227 in 2017 en 223 in 2018) (tabel 1, figuur 1).

Tabel 1: Aantal personeelsleden DGEAC op 31 december 2018

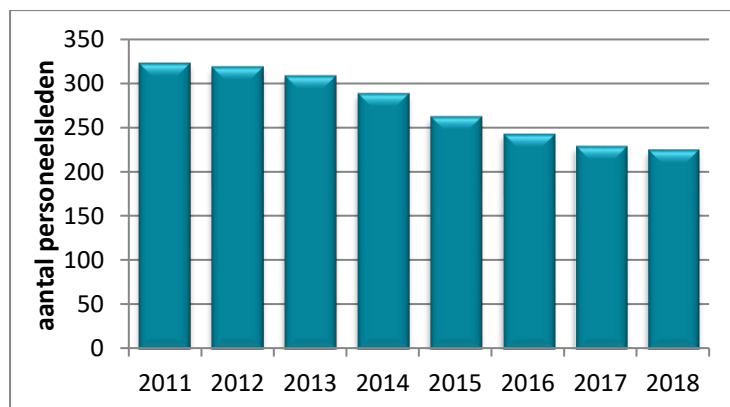
		Centraal		Provinciale regio's		Totaal
		NI	FR	NL	FR	
Leidend ambtenaar / arts-directeur-generaal*		1				1
Arts-inspecteur-generaal* – A4			2			2
Directeurs (Informatie, Juridisch, regio's) – A3		1	1	3	2	7
Expertisedomeincoördinatoren, filtercoördinator en adjuncten directie Controle* – A3		4	2			6
Sociaal-inspecteurs:	artsen (A2-A3-A4)	9	4	23	18	54
	apothekers (A2)	4	3			7
	verpleegkundigen (B)			18	14	32
	wetenschappelijk attachés (A1)	1		2	4	7
Juristen (A1-A2-A3)		4	6			10
ICT, internationaal, ontwikkeling, kennisbeheer (A1, A2, A3)		3	3			6
Data-analisten (A1)		2	2			4
Administratief:	adviseurs (A2)	1	1	2		4
	deskundigen (B)	3	3	6	5	17
	assistent (C)	6	7	22	17	52
	medewerker (D)	3	2	4	3	12
Gedetacheerd (beleidscel)		2				2
TOTAAL		44	36	80	63	223

(*) Waarnemende functies: leidend ambtenaar, arts-inspecteur-generaal van de directie Controle, coördinator van expertisedomein 1, 2 en 5.

In 2018 verwelkomden we 24 nieuwe sociaal inspecteurs. Ze kregen, gegroepeerd in 3 sessies, elk een intensieve basisopleiding van 6 weken, een opvolging door een individuele coach en een maandelijkse opvolging tijdens terugkomdagen.

Die intensieve opleiding van sociaal inspecteurs is essentieel in de overdracht van kennis, vaardigheden en attitudes. 33 % van ons inspecterend personeel heeft minder dan 3 jaar ervaring als sociaal inspecteur.

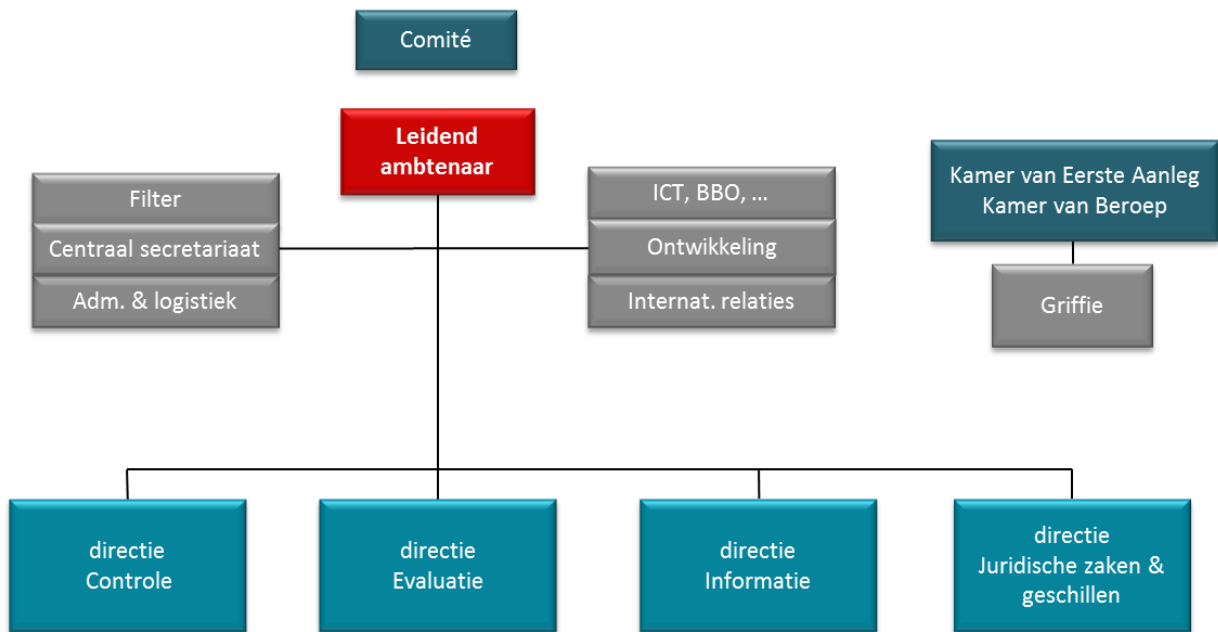
Acht functies van artsen-inspecteurs konden niet worden ingevuld, evenals 2 functies van wetenschappelijk attaché. Daarenboven zijn er heel wat functies voor artsen voorzien in het personeelskader, maar die niet in het personeelsplan zijn opgenomen.



Figuur 1

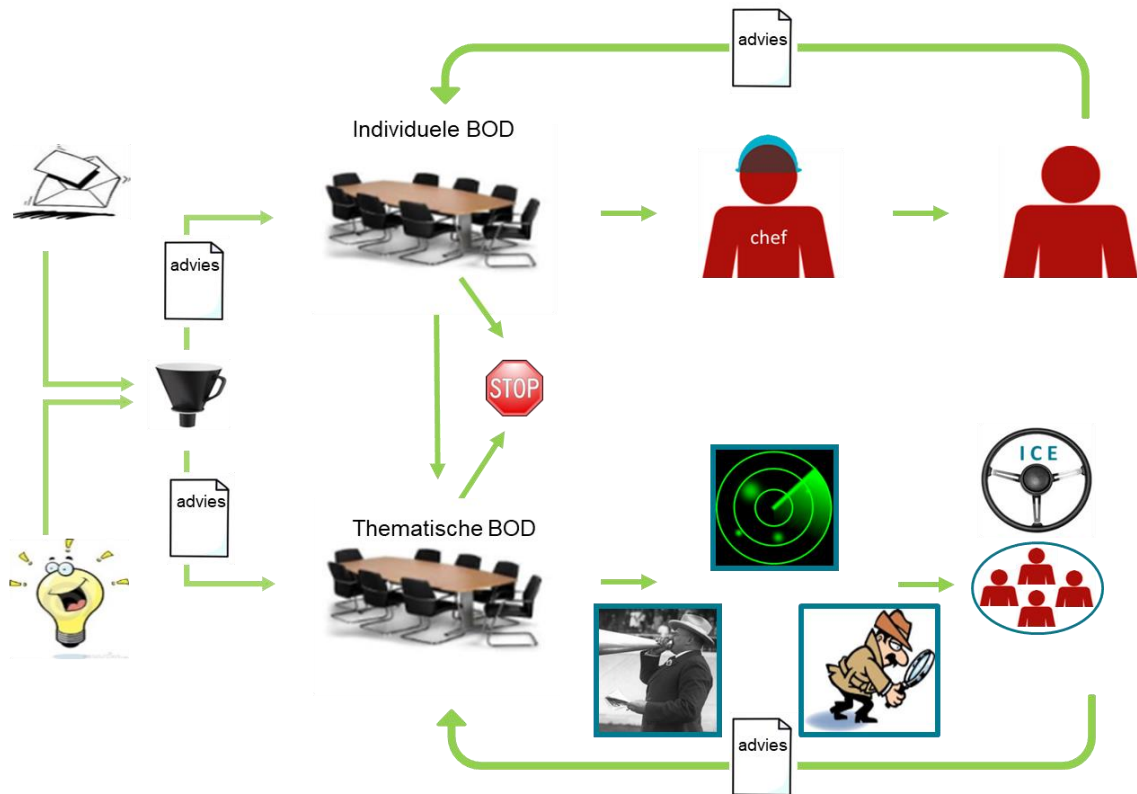
III. DE ORGANISATIESTRUCTUUR

Sinds 2016 heeft de DGEC een nieuw organisatiemodel zoals weergegeven in figuur 2.



Figuur 2

IV. HET WERKINGSPROCES



Figuur 3

Hiernaast staat de schematische weergave van het interne werkingsproces van de DGEC (figuur 3). Een DGEC-actie kan het gevolg zijn van een externe melding of van een intern voorstel. Een melding is een extern signaal zoals een klacht, verzoek of opdracht van buitenaf. Een intern voorstel komt van een personeelslid en na een eigen risicoanalyse.

Het Filterteam ontvangt de meldingen en voorstellen. Het toetst ze o.a. aan de bevoegdheid van de DGEC, de strategische prioriteiten en de beschikbare middelen. Het Filterteam verleent een advies aan het Beslissingsorgaan/Organe Décisionnel (BOD). Het BOD bestaat uit de verantwoordelijken van de Filter en van de directies Informatie, Controle, Evaluatie en Juridische zaken en geschillen. Het BOD beslist welke actie de DGEC zal ondernemen. Het individuele BOD beslist over acties met een individuele strekking, het thematische BOD geeft opdracht tot acties met een algemene of nationale draagwijdte.

Het individuele BOD geeft opdracht aan een leidinggevende die de werkzaamheden van de dossierbeheerder zal opvolgen. Na afloop van zijn opdracht zal de dossierbeheerder verslag uitbrengen aan het BOD en eventueel advies verlenen voor eventuele bijkomende acties.

Het thematische BOD geeft opdrachten tot actie van algemene strekking aan een multidisciplinair team dat meestal is samengesteld uit vertegenwoordigers van de directies Informatie, Controle en Evaluatie. Dergelijke opdrachten kunnen een (risico-)analyse inhouden en/of een informatieverstrekking en/of een thematische of nationaal controleonderzoek. Die acties kunnen simultaan of opeenvolgend gerealiseerd worden.

De analyse kan verschillende aspecten onderzoeken:

- ✦ een kwantitatieve analyse: de evolutie of vergelijking van het aanrekengedrag van zorgverleners op basis van de facturatiegegevens die de V.I. aanleveren
- ✦ een kwalitatieve analyse: de overeenstemming met richtlijnen, interpretatieregels, enz.
- ✦ een terreinanalyse: via een bevraging van een groep vergelijkbare zorgverleners.

De informatieverstrekking kan verschillende vormen aannemen:

- ✦ informatiebrochures bijwerken
- ✦ sensibilisatiebrieven verzenden naar een groep vergelijkbare zorgverleners
- ✦ lezingen organiseren voor welomschreven doelgroepen
- ✦ persberichten opstellen.

Het nationaal of thematisch controleonderzoek strekt ertoe na te gaan of zorgverleners een inbreuk hebben gepleegd en ten onrechte verstrekkingen hebben aangerekend aan de ziekteverzekering. Op basis van een voorafbepaalde methodologie wordt het aanrekengedrag van een grote en vergelijkbare groep zorgverleners onderzocht op basis van dezelfde criteria. Een controleonderzoek kan uiteenlopende gevolgen hebben (zie omschrijvingen op p. 22):

- ✦ negatief
- ✦ informatief
- ✦ waarschuwing
- ✦ doorverwijzing naar derden
- ✦ uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling van het ten laste gelegde bedrag
- ✦ vrijwillige terugbetaling en eventueel procedure tot recuperatie van het ten laste gelegde bedrag en/of voor bijkomende sanctie.

Bovenstaande acties worden genomen door een multidisciplinair team waarvan de aanpak projectmatig wordt opgevolgd door de ICE-stuurgroep. Het team brengt naderhand verslag uit aan het thematische BOD en kan daarbij voorstellen tot bijkomende acties formuleren in een advies.

Deel 2 - De activiteiten

I. DE DGEC ALS DIENST VAN HET RIZIV

a) Externe meldingen en eigen risicoanalyses in 2018

In 2018 kreeg de DGEC 1.164 meldingen van buitenaf. Daarnaast hebben de personeelsleden van de DGEC zelf 88 voorstellen voor acties geformuleerd. Deze voorstellen waren telkens gebaseerd op eigen risicoanalyses.

Hieruit startte de DGEC 346 opdrachten, waarvan 48 informatieopdrachten, 204 controleopdrachten², 88 evaluatieopdrachten, en 6 juridische opdrachten.

b) Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020

Omschrijving

Begin 2016 richtte het RIZIV de Taskforce 'doelmatige zorg' op met als doel te onderzoeken waar besparingen mogelijk of wenselijk waren.

Op vraag van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid werd het rapport van de taskforce gebruikt om het actieplan "handhaving in de gezondheidszorg" op te stellen. Dit actieplan liep af eind 2017.

De noodzaak voor een performante aanwending van de financiële middelen in de gezondheidszorg blijft onverminderd actueel, onder andere door de beperkte beschikbaarheid van die middelen en maatschappelijke tendensen zoals de veroudering van de bevolking en de toename van het aantal chronisch zieken. Aan de Algemene Raad van het RIZIV werd daarom ter goedkeuring een nieuw actieplan 'handhaving' in de gezondheidszorg voorgelegd dat betrekking heeft op de periode 2018 – 2020.

Acties van de DGEC

De DGEC is actief in onderstaande hoofdstukken van het actieplan.

Hoofdstuk 3: Samenwerking met de diverse partners in de gezondheidszorg

3.1 Samenwerking V.I. – RIZIV in het kader van een uniforme en efficiënte aanpak van controles, terugvorderingen en sanctioneren, inclusief de uitrol van de meldpunten "fraude"

Doel is transparantie en een uniforme aanpak te creëren over de uitgevoerde onderzoeken en de eventuele financiële recuperaties. Hiervoor wordt gerekend op samenwerking tussen de V.I. en de DGEC, waarbij de V.I. klachten over niet verrichte verstrekkingen zullen overmaken aan de DGEC. De meldpunten bij de V.I. zijn sinds begin 2018 operationeel:

- ✦ T2 2018: kader van samenwerking vastgelegd
- ✦ T2 2018: overleg en uitwisseling jaarplanning belangrijke projecten
- ✦ T2 2018: uitwisseling gegevens uitgevoerde controle onderzoeken 2016 - 2017.

Begin 2019 zal een evaluatie gebeuren van de werking van die meldpunten op basis van het werkingsjaar 2018.

² Waarvan enkele opdrachten op basis van een melding of idee van 2017.

Hoofdstuk 5: Structurele maatregelen

5.3 Audit ziekenhuizen

Verdere uitbouw van de 'Audit Ziekenhuizen' uitgaande van een *co-governance* structuur van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL), het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en het RIZIV waarbij de netwerkgedachte, met een breed gedragen gedeelde verantwoordelijkheid en evenwicht tussen de instellingen van primordiaal belang is.

Het project is gestart op 17 april 2018, met in het najaar een:

- ✦ aanvang proof of concept
- ✦ eerste voorstelling van het project in de Algemene Raad.

De overgang naar de operationele fase gebeurt in de loop van 2019.

5.4 Opsporing van overconsumptie door de zorgverleners via patiëntenprofielen

5.4.1 Case: Patiëntenprofielen – algemene analyse

Voortzetting van het project 2017 om de indicatoren te testen, samen met het InterMutualistisch Agentschap (IMA) en de V.I.

De DGEC verzamelt daarbij alle gegevens over verzekerden op basis van de indicatoren (onbekende pathologie, veelvuldige contacten met zorgverleners per jaar, maximum 3 geraadpleegde artsen).

- ✦ Onderzoeksfase: samenwerking data analyse DGEC en IMA + medische interpretatie DGEC.
- ✦ Terreinfase: samenwerking tussen de V.I. (adviserend artsen) en de DGEC.

5.4.2 Case: Patiëntenprofielen – toepassing op tandheelkundige verstrekkingen

De gegevens uit een vorig onderzoek (2014) legden een aantal afwijkende profielen bloot. Op basis van de hiervoor vermelde globale methodologie zullen de resultaten meegedeeld worden aan de DGEC. Die beslist dan over een terreinstudie en/of controleonderzoeken.

5.6 Verantwoordingsdrempel ZIV-aanrekening thuisverpleegkundigen

Uit controles van de DGEC komen al enkele jaren een aantal hoge jaarprofielen naar voor, met systematisch niet-verrichte verstrekkingen. Als structurele oplossing komt de instelling van een verantwoordingsdrempel, mits akkoord van de bevoegde overeenkomstencommissie, naar voor.

Hoofdstuk 6: fraudebestrijding

6.1 Dagziekenhuisforfaits (IP044)

Een dagziekenhuisforfait is een bedrag dat het ziekenhuis kan aanrekenen bij 191 verschillende ambulante verstrekkingen. Deze verstrekkingen staan vermeld in de lijsten bij groepen 1 tot 7 van bijlage I van de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen (ZH) en de V.I.

Bij verstrekkingen die in de polikliniek plaatsvinden, mogen geen dagziekenhuisforfaits aangerekend worden, want als vergoedingsvoorwaarde werd bepaald: "[...] *en de opname gebeurt niet in de wachtkamer, noch in een poliklinische raadplegingsdienst van de verpleeginrichting,*

De koppeling van gegevens en inspectiebezoeken ter plaatse bevestigde dat ziekenhuizen vaak forfaits aanrekenen voor verstrekkingen die plaatsvonden in een polikliniek.

Gezien de hiaten en de onduidelijke bepalingen in de Nationale overeenkomst besliste de DGEC om geen processen-verbaal van vaststelling op te maken voor de vastgestelde inbreuken.

De DGEC zal de opgedane kennis doorgeven aan de Nationale overeenkomstencommissie en meewerken aan aanpassingen van de regelgeving:

- ✦ eenduidige definitie van begrippen
- ✦ eenvormige Nederlands en Franstalige tekst

- ✦ aanpassing van de lijsten met verstrekkingen van groep 1-7 met voorstel tot schrapping van interventies welke buiten een ziekenhuissetting kunnen doorgaan.

6.2 Hartmonitoring, ambulante en in het ziekenhuis: evaluatie van de toepassing van de nomenclatuur

De DGEC analyseerde de gegevens afkomstig uit de databank Anonieme Ziekenhuisverblijven (AZV).

- ✦ Ambulante monitoring enkel in spoeddienst: conformiteit en fraude
- ✦ Elektronische facturering: geen structurele afdelingscode voor de spoeddienst
- ✦ Verschillen tussen ziekenhuizen

6.3 Geneesmiddelen aangerekend tijdens hospitalisatie

Een steekproef van vijf geneesmiddelen toonde een overfacturatie aan van dagdosissen. Op basis van datamining van de AZV en de analyse daarvan door de DGEC worden die gevallen weerkouden wanneer die hoge doses niet medisch verantwoord zijn. De Dienst voert daarop eventueel controlebezoeken uit.

6.4 Fysiotherapie in ziekenhuizen: controle van het aantal zittingen

De adviserend artsen en de DGEC zullen eventueel oordelen over medische elementen die een nieuwe reeks al dan niet rechtvaardigen.

6.8 Panoramische clichés

We identificeerden 242 verstrekkers die hun aanrekgedrag niet of niet in voldoende mate aanpasten. Om daar een verklaring voor te kennen, bevroegen we deze tandartsen over hun indicatiestellingen. Als de indicaties overeenkwamen met de guidelines, beschouwden we de verstrekking als 'terecht'

- ✦ Voor 26 verstrekkers waren meer dan 75% van de casussen 'terecht'
- ✦ Voor 161 verstrekkers kan een nieuwe, wat dwingender, informatiecampagne opgestart worden
- ✦ Voor 30 verstrekkers met (bijna) allemaal 'onterechte' indicaties voor hun panoramische opnames kunnen controle onderzoeken overconsumptie overwogen worden.

Hoofdstuk 7 'Doelmatige zorg'

7.2 Specifieke thema's 'doelmatige zorg'

7.2.1 Globaal medisch dossier (GMD)

In 2018 deden we een terreinstudie waarbij de GMD's werden gecontroleerd ...

7.2.6 Neurologie EEG/Video EEG

Analyse van het gebruik van codes voor EEG door neurologen met aandacht voor herhalingen op korte termijn. De DGEC zal de EEG's analyseren.

7.2.8 Anatomopathologie

Het is een sector die nog weinig is doorgelicht. Bedoeling is de opsporing van *outliers* qua voorschrijfgedrag een aanrekening, met een preventiecampagne naar grote voorschrijvers en zelfs controle bij flagrante inbreuken. Naast de data-analyse zorgt de DGEC voor een medische interpretatie en eventueel terreinbezoeken.

7.2.9 Klinische biologie

Doel is te komen tot een doelmatig gebruik van labotesten en een correcte tarifiering door laboratoria. Naast de data-analyse zorgt de DGEC voor een medische interpretatie en eventueel terreinbezoeken.

7.2.11 Audit medische beeldvorming 2.0

Dit betreft het opvolgen van de budgetneutrale uitbreiding van MRI-toestellen via een daling van het aantal diagnostische CT-scans.

7.2.12 FANC-vergunning voor verstrekkingen met röntgenstralen

Er werd een nieuwe groep geselecteerd voor een regularisatie.

In de 2^e helft van 2018 werd een impactmeting gedaan bij de eerder aangeschreven groepen.

II. DIRECTIE CONTROLE

In dit jaarverslag geven we de cijfers over onze activiteiten in 2018 weer op basis van de gegevens die op 22 januari 2019 beschikbaar waren. Wanneer we dus evoluties en/of vergelijkingen weergeven met cijfers van voorgaande jaren, kunnen deze soms licht verschillen van de cijfers die terug te vinden zijn in de vorige jaarverslagen.

De cijfers kunnen evolueren omdat er zich intussen nieuwe feiten hebben voorgedaan zoals bijkomende vrijwillige terugbetalingen.

a) Algemene resultaten

In 2018 heeft de DGEC 303 controleonderzoeken afgesloten met een onverschuldigd bedrag van 5.271.820 EUR (Tabel 2, Tabel 3). Dit is 52 % van het aantal dat in 2017 was afgesloten. Het totaal ten laste gelegde onverschuldigde bedrag bedraagt echter 71 % van het bedrag dat in 2017 was ten laste gelegd.

I. Alle afgesloten controleonderzoeken in 2018, volgens betrokken zorgverlener

Tabel 2

Bevoegdheid van betrokkene	Aantal	%
Huisartsen	23	7,6
Arts-specialisten	24	7,9
Apothekers	5	1,7
Tandartsen	18	5,9
Verpleegkundigen	71	23,4
Kinesitherapeuten	38	12,5
Logopedisten	5	1,7
Orthopedisten	2	0,7
Verstrekkers van implantaten, prothesen en verschillende apparaten	3	1,0
Gehoörprothesisten	1	0,3
Zorgverleners groep	1	0,3
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	49	16,2
ROB	4	1,3
Verzekerden	44	14,5
Andere	15	5,0
TOTAAL	303	

II. Alle afgesloten controleonderzoeken in 2018, volgens beslissing

Tabel 3

Type onderzoek	Aantal	%	Bedrag ten laste EUR	Vrijwillige terugbetaling EUR
Te vervolgen	59	19,5	3.289.645	874.574
Waarschuwing met vrijwillige terugbetaling	100	33,0	1.799.102	1.797.852
Actie voor derden	70	23,1	183.073	5.824
Waarschuwing	19	6,3		
Informatief	7	2,3		
Negatief	42	13,8		
Melding zonder gevolg	6	2,0		
Totaal	303		5.271.820	2.678.250

Uitleg bij Tabel 3:

- ✦ Voor de onderzoeken waarbij een inbreuk werd vastgesteld, zijn er verschillende behandelingen mogelijk. We kunnen:
 - ✧ een procedure LA opstarten
 - ✧ een procedure Kamer van eerste aanleg opstarten
 - ✧ het dossier na een volledige vrijwillige terugbetaling afsluiten zonder doorverwijzing;
 - ✧ het dossier doorverwijzen naar derden (wanneer andere instanties bevoegd zijn), zoals:
 - de Dienst voor administratieve controle,
 - de Arbeidsauditeur,
 - de Procureur des Konings,
 - de Orde der artsen,
 - het FAGG,
 - ...

Slechts voor een beperkt aantal dossiers wordt dus een procedure ingeleid.

- ✦ Bij de categorieën 'waarschuwing' en 'waarschuwing met vrijwillige terugbetaling' starten we geen procedure bij de Leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges, maar stuurden we de zorgverlener/zorginstantie een verwittiging na de vrijwillige terugbetaling van het onverschuldigde bedrag.
- ✦ De categorie 'informatief' slaat op de controleonderzoeken die we, na verhoor van de melder en/of de zorgverlener, afsluiten zonder een inbreuk vast te stellen.
- ✦ De categorie 'negatief' omvat die gevallen waar:
 - ✧ of de vermoedens van vergissingen of bedrog negatief blijken
 - ✧ of zonder gevolg zijn.

III. Vastgestelde inbreuken

Het totaal aantal vastgestelde inbreuken in 2018 bedraagt **592.659**.

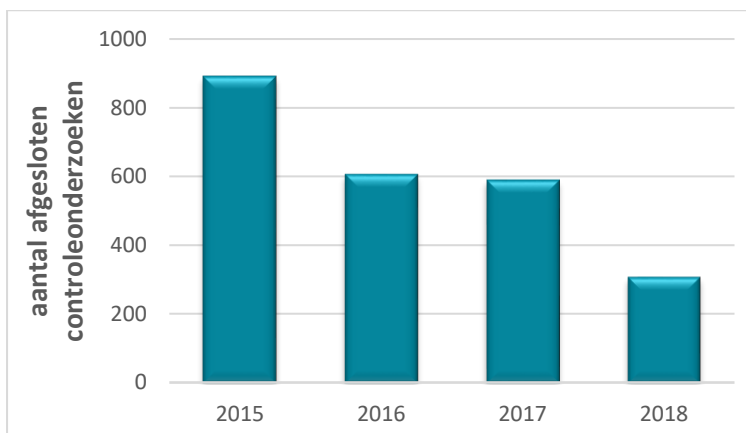
Eenzelfde verstrekking kan verschillende inbreuken omvatten.

Voorbeeld:

- ✦ een niet-uitgevoerde verstrekking in de verpleegkunde wordt ten laste gelegd. Voor deze niet-uitgevoerde verstrekking is er ook geen verpleegkundig dossier. Zowel de niet-uitgevoerde verstrekking als het ontbrekende verpleegkundig dossier zijn inbreuken, maar slechts één van beide wordt ten laste gelegd.

IV. Evolutie 2015-2018

Het aantal afgesloten controleonderzoeken is sinds 2015 sterk gedaald (Figuur 4).



Figuur 4

Enkele verklaringen:

- ✦ **Beperkte middelen**
Het aantal personeelsleden is in vijf jaar met zowat 30 % gedaald. Een interne reorganisatie van de DGEC was nodig om deze daling op te vangen. Thans heeft 30% van ons inspecterend personeel minder dan drie jaar ervaring.
- ✦ **De invoering van de Filter in februari 2015**
De Filter is een team dat meldingen en ideeën analyseert en er een prioriteit aan toekent. De analyse door de Filter zorgde bijvoorbeeld voor een daling van het 'aantal negatieve controleonderzoeken' van 462 in 2015 naar 119 in 2017. Zo verhoogt de Filter de trefzekerheid van onze controleactiviteit.
- ✦ **Meer investering in data-analyse en screening**
De cel 'data-analyse' voert een eerste cijfermatige analyse uit op de facturatiegegevens van de V.I. De cel 'screening' doet vervolgens een meer inhoudelijke analyse om anomalieën op te sporen.
- ✦ **Een nauwere samenwerking tussen de verschillende directies**
Deze geïntegreerde samenwerking maakt een multidisciplinaire aanpak mogelijk. Naast controleonderzoeken (= onderzoeken na de aanrekening) zet de DGEC steeds meer in op analyse en preventieve informatieverstrekking. Ondanks een beperking van de middelen vergroot dit weliswaar de impact van de DGEC, maar tegelijk vermindert het aantal controleonderzoeken. De toename van de impact wordt toegelicht op p. 73.

✦ **Meer thematische onderzoeken**

Door de thematische aanpak kan de DGEC zich concentreren op de zwaarste inbreukplegers. Vroeger volstond een klacht om een individueel onderzoek op te starten dat vaak arbeidsintensief bleek en niet altijd in verhouding stond tot het belang van de mogelijke inbreuk.

De hoger beschreven 303 controleonderzoeken kunnen we op basis van drie criteria indelen:

- ✦ thematische of nationale controleonderzoeken vs. individuele controleonderzoeken
- ✦ apothekers vs. andere beroepen
- ✦ fraude vs. geen fraude

Hierna gaan we in op elk van de drie criteria.

b) Thematische controleonderzoeken

Thematische onderzoeken bestuderen een welbepaald aspect van de praktijkvoering van een groep zorgverleners op nationale schaal. Deze aanpak werkt de uniforme opsporing van inbreuken en een gelijke opvolging van de vaststellingen in de hand. In verhouding tot de vrijgemaakte middelen is de weerslag van thematische onderzoeken veel groter dan die van individuele controleonderzoeken. Bovendien ervaren de zorgverleners het als objectiever, waardoor de pechvogel-perceptie lijkt te verdwijnen.

Thematisch controleonderzoek 1: overschrijding van het M-waarden plafond in 2015

In een nationaal project onderzocht de DGEC bij alle kinesitherapeuten of ze in 2015 het plafond van M-waarden hadden overschreden.

Het doel van dit controleonderzoek was tweërlei:

- ✦ de werkmethode voor de terugvordering van de niet-conforme verstrekkingen bepalen en uittesten;
- ✦ het onverschuldigd bedrag aangerekend aan de ziekteverzekering voor de niet-conforme verstrekkingen terugvorderen.

We openden een controleonderzoek voor 36 kinesitherapeuten die voor meer dan 160.000 M-waarden aan de ziekteverzekering hadden aangerekend in 2015. Deze kinesitherapeuten kregen een proces-verbaal van vaststelling .

- ✦ 29 kinesitherapeuten hebben gekozen voor de vrijwillige terugbetaling en kregen geen boete opgelegd. Hun dossier werd met een waarschuwing afgesloten.
- ✦ 6 dossiers gingen in procedure:
 - ✧ 4 wegens niet (volledig) terugbetaling van het tenlastegelegde bedrag en
 - ✧ 2 wegens antecedenten bij de DGEC, beide hadden wel vrijwillig terugbetaald.
- ✦ 1 dossier sloten we met een waarschuwing af zonder terugbetaling.
- ✦ In 2 dossiers stelden we een proces-verbaal van inregelstelling (PVI) op omdat de betrokken kinesitherapeuten de verstrekkingen van andere kinesitherapeuten hadden aangerekend/lieten aanrekenen op hun boekje met hun RIZIV-nummer. In het PVI vroegen we om alle verstrekkingen vanaf 2 maanden na de datum van het PV van vaststelling op correcte boekjes en onder de correcte RIZIV-nummers aan te rekenen. Ook in deze twee dossiers vroegen we geen terugbetaling van het tenlastegelegde bedrag.

Het totale terugbetaalde bedrag aan niet-conforme verstrekkingen in dit nationaal project is 428.936,29 EUR.

Thematisch controleonderzoek 2: thematische controle van het materiaal gebruikt in de elektrofysiologie

De sector 'Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen', met een uitgave van 698.280.000 EUR in 2016, is tot op heden weinig gecontroleerd. In een eerste thematisch onderzoek binnen deze sector controleerden we de toepassing van de vergoedingsmodaliteiten bij de aanrekening van invasieve medische hulpmiddelen gebruikt in de elektrofysiologie.

Met een elektrofysiologisch onderzoek (EFO) kan een arts nauwkeurige informatie verkrijgen over het soort hartritme stoornis waaraan een patiënt lijdt en waar deze exact ontstaat in het hart. Bij een aantal ritmestoornissen voert de arts als behandeling een ablatie uit.

Voor de terugbetaling van EFO en ablatie is voor verschillende types hartritmestoornis een nomenclatuurnummer voorzien voor de arts en een verstrekingsnummer voor het materiaal (Koninklijk besluit van 25 juni 2014).

Eerst analyseerden we algemeen de attestgegevens van alle ziekenhuizen van de vijf betrokken materiaalverstrekkingen (158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944, 158955-158966). Nadien onderzochten we één testdossier en drie bijkomende ziekenhuizen met inbreuken van ≥ 10.000 EUR tijdens de periode voor het meermaals aanrekenen van de materiaalverstrekkingen 158885, 158900, 158922 en 158944.

Bij de vier geselecteerde ziekenhuizen stelden we twee soorten inbreuken vast, nl. onterecht meermaals op dezelfde dag aanrekenen van de materiaalverstrekking en de verkeerde materiaalverstrekking aanrekenen.

Uit onze briefwisseling met de ziekenhuisapotheken kunnen we niet altijd duidelijk opmaken of de inbreuken al dan niet per (administratieve) vergissing waren gepleegd.

We stelden bij elk ziekenhuis een proces-verbaal van vaststelling op voor een totaal bedrag van 42.060,03 EUR. Alle ziekenhuizen betaalden hun ten onrechte aangerekende bedrag vrijwillig terug.

In de toekomst zullen we deze materiaalverstrekkingen ook in andere ziekenhuizen onderzoeken in combinatie met de regelgeving uit het hoofdstuk 'bloedvatenheelkunde'.

Thematisch controleonderzoek 3: dagziekenhuisforfaits aangerekend op de polikliniek

Een dagziekenhuisforfait is een bedrag dat het ziekenhuis kan aanrekenen bij ambulante verstrekkingen van de lijsten bij groepen 1 tot 7 van bijlage I van de Nationale overeenkomst tussen de ZH en de V.I. Voorwaarde is dat de verstrekking niet op de poliklinische raadplegingsdienst doorgaat. De DGEC deed een nationaal onderzoek naar de aanrekening in 2016 van dagziekenhuisforfaits bij verstrekkingen op de poliklinische raadplegingsdienst.

Via een risicoanalyse van de aanrekeningen selecteerden we 25 ziekenhuizen die voor 12,49 Mio EUR aan dagziekenhuisforfaits aanrekenden.

Koppeling van klinische en financiële gegevens bracht aan het licht dat vermoedelijk op de poliklinieken urologie en mond-keel-aangezichts chirurgie interventies met een dagziekenhuisforfait gebeurden en in mindere mate op de poliklinieken pneumologie en gynaecologie.

64 inspectiebezoeken in 20 ziekenhuizen toonden aan dat vooral cystoscopie, lithotripsie, curettage van tandbeen ostitis, apicectomie, bronchoscopies en amniospuncties/vlokkentesten op de poliklinische raadplegingsdienst doorgingen.

Anderzijds bleek het dikwijls onmogelijk om de situaties in de ziekenhuizen helder te beoordelen wegens hiaten en onduidelijkheden in de Nationale overeenkomst ZH-V.I.

Daarom besliste de DGEC geen processen-verbaal van vaststelling op te maken voor de vastgestelde inbreuken maar de Nationale Overeenkomstcommissie aan te zetten om de opgedane kennis te vertalen naar aanpassingen in de regelgeving.

c) Apothekers

I. Controle 'unieke streepjescode' (USC)

De DGEC wil erop toezien dat de aangerekende geneesmiddelen

- ✦ daadwerkelijk worden afgeleverd en/of
- ✦ niet meer dan eenmaal worden aangerekend hetzij door dezelfde apotheker, hetzij door verschillende apothekers.

Daarom ontwikkelden we het controlesysteem van de unieke streepjescode. Die code is een uniek nummer dat men in de vorm van een streepjescode terugvindt op elke verpakking van door de ziekteverzekering vergoede farmaceutische specialiteiten.



Figuur 5: Schematische voorstelling van de procedure:

De bedrijven die terugbetaalbare geneesmiddelen op de Belgische markt brengen, sturen ons van hun kant om de drie maanden de USC van de op de markt gebrachte vergoedbare geneesmiddelen. Zo kunnen we nagaan of de USC die worden aangerekend door de apothekers, wel degelijk op de markt werden gebracht door de bedrijven

Resultaten:

Tabel 4

Controle USC juli 2016 tot en met juni 2018 (= 24 maanden)	
Aantal betrokken apotheken	4.944
Totaal aantal tarifieringslijnen	217.703.022
Aantal tarifieringslijnen die moeten voorzien zijn van een USC	205.267.038
% zonder USC	1,10 %
% aantal USC die dubbel ingelezen wordt in dezelfde apotheek	0,06 %
% het aantal USC waarvan het controlegetal (check digit) niet correct is	0,01 %
% correct ingelezen USC en correcte USC	98,83 %
% dezelfde USC aanwezig in verschillende apotheken	0,03 %

- ✦ Het aantal apotheken die niet inscannen, daalt. Dat betekent dat er meer unieke streepjescodes worden ingelezen en dat er meer kan worden gecontroleerd.
- ✦ De verplichte ziekteverzekering moet dus minder onterecht aangerekende vergoedingen uitbetalen.
- ✦ Het percentage niet-gescande medicatie stabiliseert.

Besluit: de USC blijft een efficiënt instrument om:

- ✦ effectieve aflevering van medicatie te controleren,
- ✦ afwijkende profielen tussen de apotheken op te sporen.

USC gaat Europees

Op 9 februari 2019 trad in (bijna) alle Europese lidstaten, waaronder België, de wetgeving in de strijd tegen de vervalste geneesmiddelen, in werking³. Dit betekent dat de klassieke lineaire unieke code vervangen wordt door een 2D-datamatrixcode.

Het project 2D-datamatrixcode België werd gerealiseerd door een werkgroep samengesteld uit:

- ✦ de BeMVO (Belgian Medicines Verification Organisation)
- ✦ het FAGG
- ✦ de DGV en de DGEC van het RIZIV

De DGEC heeft dus een actieve rol in de ontwikkeling van de 2D-datamatrixcode.

De werkwijze is als volgt.

De bedrijven dienen veiligheidskenmerken aan te brengen op de geneesmiddelenverpakkingen, bestaande uit:

- ✦ een uniek identificatiekenmerk (datamatrix barcode) en
- ✦ een middel tegen knoeien (verzegeling van de verpakking)

De datamatrix (het uniek identificatiekenmerk) bestaat uit volgende elementen:

- ✦ productcode = GTIN-code = (Global Trade Item Number)
- ✦ vervaldatum
- ✦ lotnummer
- ✦ serieel nummer (at random nummer)

De bedrijven laden alle datamatrixen in een gegevensbank.

³Richtlijn 2011/62/EU van 8 juni 2011 tot wijziging van richtlijn 2001/83/EU tot vaststelling van een communautair wetboek betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik, om te verhinderen dat vervalste geneesmiddelen in de legale distributieketen belanden.

Vanaf 9 februari 2019, dient de apotheker de datamatrix te scannen en via de apotheeksoftware zal onmiddellijk worden nagaan of het gescande uniek identificatiekenmerk zich effectief in de gegevensbank bevindt. Indien dit zo is kan er worden vanuit gegaan, dat die verpakking een authentieke verpakking is, op de markt gebracht door het desbetreffend bedrijf. Het uniek identificatiekenmerk wordt dan “gedecommissioneerd” (gedesactiveerd): het is dan niet langer beschikbaar in de gegevensbank.

- ✦ Er dient een 2D-datamatrix code te worden aangebracht op alle voorschriftplichtige geneesmiddelen en alle terugbetaalbare geneesmiddelen.
- ✦ Uitzonderingen:
 - ✧ radiogeneesmiddelen, medische gassen vb: O₂, infusen, parenterale voeding, contrastmiddelen, homeopathie, allergeenextracten (= “white list”)
 - ✧ Voorschriftvrije geneesmiddelen (OTC’s) waarvan vermoed wordt dat ze gevaarlijk zijn (“black list”).

De CNK (nationaal codenummer) blijft behouden, maar is niet vervat in de datamatrix. De apotheeksoftware zal dus op basis van conversietabellen een gescande GTIN moeten omzetten in de overeenstemmende CNK.

De GTIN en het serieel nummer van de code wordt door de apotheker geregistreerd in het facturatiebestand.

II. Analyse van de afwijkende profielen in de bestanden ‘Anonieme ziekenhuisverblijven’ en ‘Anonieme daghospitalisatie’ (AZV/ADH)

Jaarlijks analyseert de DGEC de aangerekende geneesmiddelen, implantaten en verstrekkingen in deze AZV/ADH bestanden om proactief onregelmatigheden in de tarifiering op te sporen. In 2018 zijn in totaal 6 controleonderzoeken geopend, waarvan 2 negatief, 2 nog lopend en 2 afgesloten met een verwittiging en vrijwillige terugbetaling van het totale onverschuldigd bedrag van 250.567,93 EUR.

III. Andere projecten van de apothekers-inspecteurs

- ✦ Afwijkende farmaceutische profielen detecteren(PharmaOT) o.b.v. de geïntegreerde bestanden: apothekers; artsen, verzekeren
- ✦ Thematisch onderzoek fraudegevoelige geneesmiddelen (opioïden)
- ✦ Thematisch onderzoek implantaten, invasieve medische hulpmiddelen (uro-gyneco)
- ✦ Screening en controle van de aanrekeningen van geneesmiddelen, bandagisterie
- ✦ Vragen beantwoorden en informatie geven aan:
 - ✧ het FAGG
 - ✧ de PGC
 - ✧ de Orde van Artsen
 - ✧ het Gerecht

d) De DGEC en de strijd tegen fraude

Bij concrete fraudeonderzoeken en voor een structurele beveiliging van fraudegevoelige processen, werkt de DGEC samen met andere diensten van het RIZIV en met de V.I.

Na het onderzoek blijkt slechts een klein deel van de controleonderzoeken over fraude te gaan, zoals hieronder gedefinieerd wordt.

I. Definitie fraude/bedrog

Op 19 april 2017 nam de Anti Fraude Commissie van het RIZIV de richtlijnen aan over de definiëring van het begrip "ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog" zoals bedoeld in artikel 77sexies van de GVVU-wet.⁴

De richtlijn verduidelijkt wat het begrip 'bedrog/fraude' exact betekent:

- ✦ Bedrog houdt kwaadwilligheid, opzettelijke misleiding en oneerlijkheid in met de bedoeling schade of een financieel voordeel te behalen voor zichzelf of voor een derde, in het nadeel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.
- ✦ Gewone nalatigheid, materiële vergissingen, te goeder trouw begane onjuistheden, enz. vallen niet onder dat begrip.

Het opzettelijke karakter is essentieel om over fraude te spreken maar in de praktijk is dit niet zo eenvoudig te bepalen. Dat opzettelijke karakter is ook geen wettelijke voorwaarde om onze controleonderzoeken af te handelen noch om naast de uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling een bijkomende sanctie op te leggen via een administratieve procedure.

Vermits frauderende zorgverleners of verzekerden per definitie de intentie hebben om bedrog te plegen, mogen we bij hen in grotere mate recidief verwachten. Daarom is het essentieel om deze specifieke groep te identificeren en proactief op te volgen.

Om de opvolging van fraudeurs te concretiseren, labelt de DGEC o.a. de volgende gevallen als fraude:

- ✦ niet-verrichte verstrekkingen voor meer dan 3.000 EUR (uitgezonderd administratieve fouten);
- ✦ niet-conforme verstrekkingen voor meer dan 25.000 EUR met duidelijke aanwijzingen voor opzettelijke onwettelijke facturatie;
- ✦ fraude door verzekerden met een bedrag ten laste (verder afgehandeld door de Dienst van administratieve controle (DAC));
- ✦ recidief in overconsumptie.

II. Afgewerkte fraudeonderzoeken in 2018

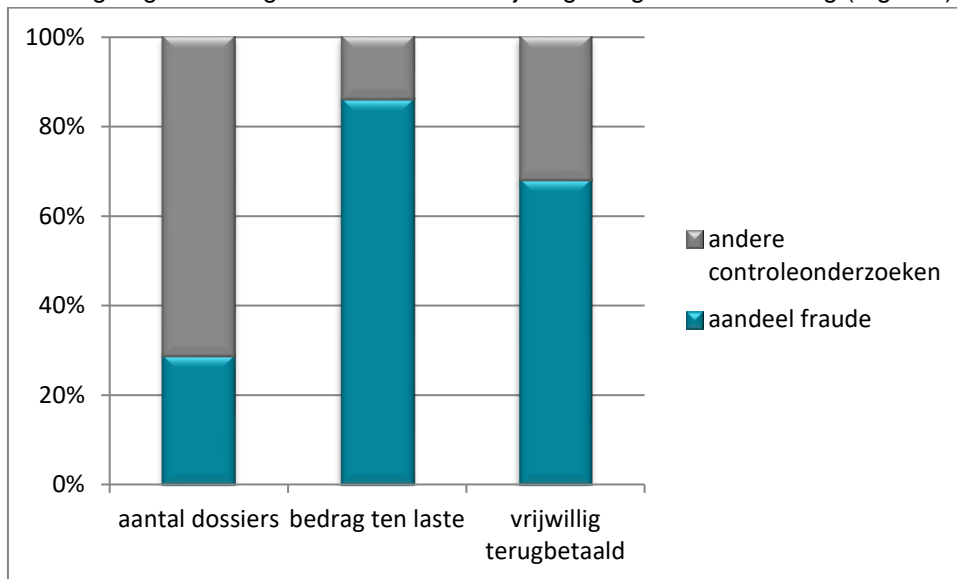
Van de in totaal 303 afgewerkte controleonderzoeken (Tabel 3) zijn er 87 fraudeonderzoeken voor een totaal bedrag ten laste van 4.541.687 EUR (Tabel 5). In 51 % van de fraudeonderzoeken gaat het voornamelijk om niet-verrichte verstrekkingen.

Tabel 5: Overzicht afgewerkte fraudeonderzoeken in 2018, volgens type fraude

Type fraude	Aantal onderzoeken	Tenlastelegging (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
Niet-verrichte verstrekkingen	44	1.812.066	747.153
Niet-conforme verstrekkingen	39	2.701.773	1.226.777
Misbruik maken van onduidelijkheden in de nomenclatuur	4	27.848	9.068
Totaal	87	4.541.687	1.982.998

⁴ Richtlijnen van 19 april 2017 tot uitvoering van artikel 13bis, § 2, 6° GVVU-wet, BS 15 september 2017.

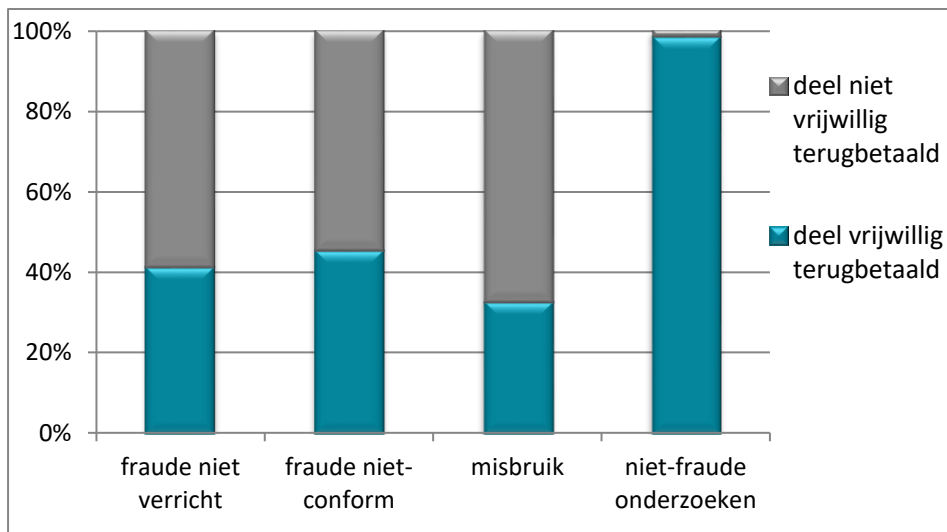
De fraudeonderzoeken vormen 29 % van de afgesloten controleonderzoeken, 86 % van het tenlastegelegde bedrag en 68 % van het vrijwillig terugbetaalde bedrag (Figuur6).



Figuur 6: Aandeel fraude in 2018 t.o.v. alle controleonderzoeken

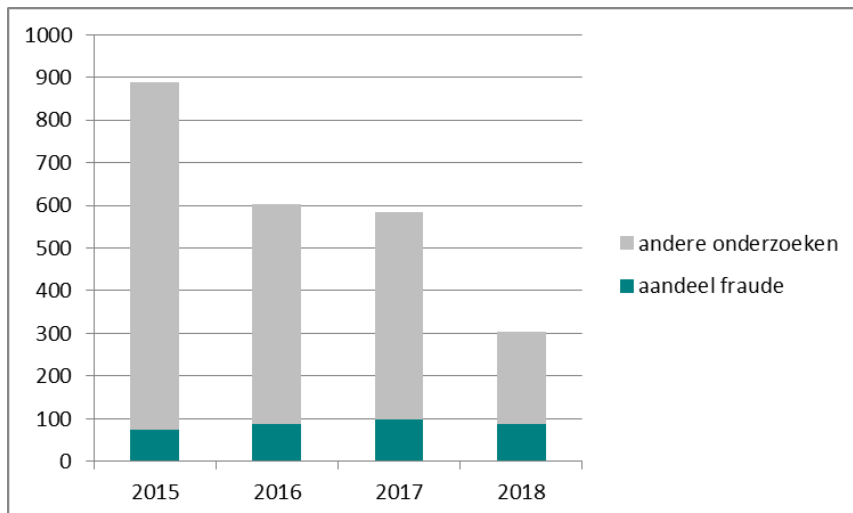
44 % van het bedrag ten laste in fraudeonderzoeken wordt vrijwillig terugbetaald. Bij fraude met niet-verrichte verstrekkingen beperkt de vrijwillige terugbetaling zich tot 41 % van het ten laste gelegde bedrag (Figuur 7).

Ter vergelijking: bij de groep controleonderzoeken die niet als fraude worden gelabeld wordt maar liefst 98 % vrijwillig terugbetaald.

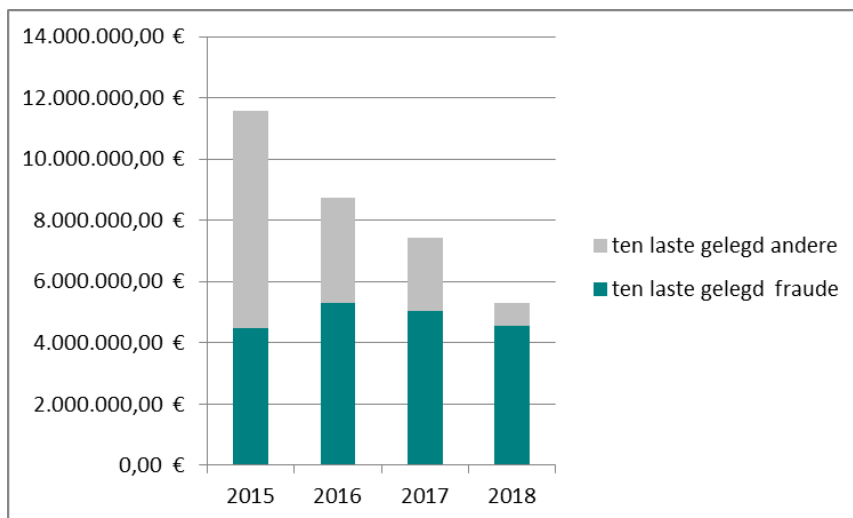


Figuur 7: Aandeel vrijwillig terugbetaald bedrag t.o.v. bedrag ten laste per type fraude

Als we de afgelopen jaren vergelijken blijft het aantal fraudeonderzoeken evenals het tenlastegelegde bedrag in fraudeonderzoeken gelijkaardig. Gezien het sterk dalend totaal aantal controleonderzoeken in dezelfde periode stijgt het aandeel fraudeonderzoeken t.o.v. alle controleonderzoeken. Dit wordt duidelijk in figuur 8 en 9.



Figuur 8: Aandeel aantal fraudeonderzoeken 2015-2018 t.o.v. alle controleonderzoeken

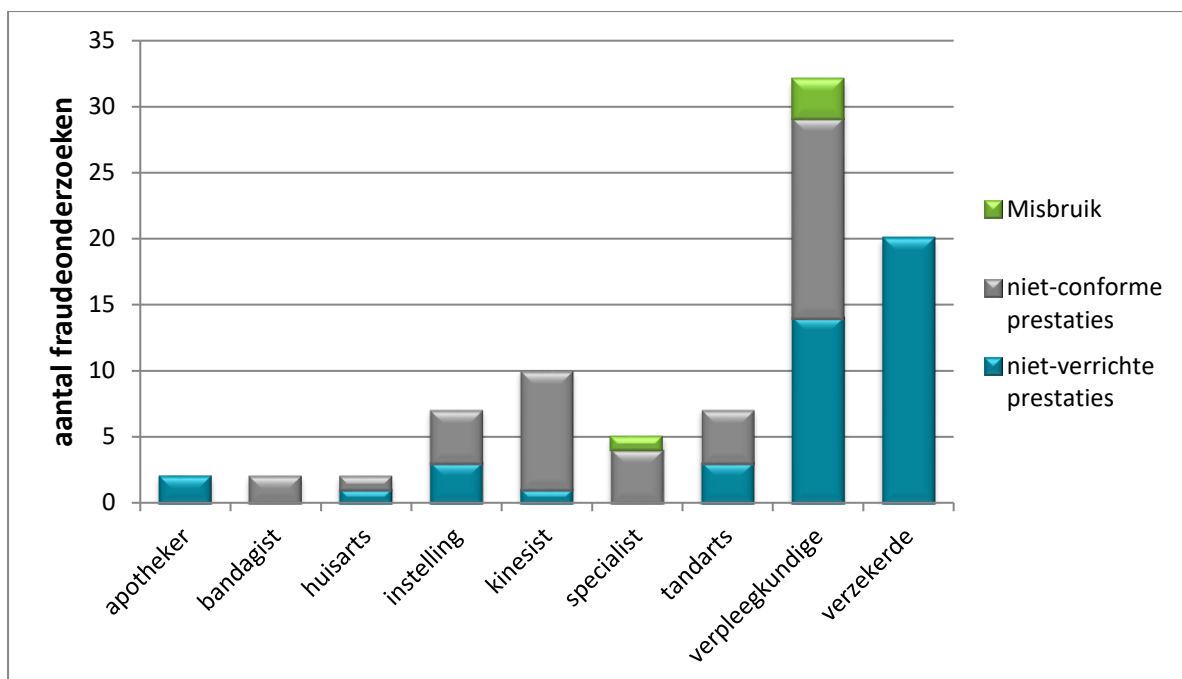


Figuur 9: Aandeel tenlastegelegd bedrag in fraude 2015-2018 t.o.v. alle controleonderzoeken

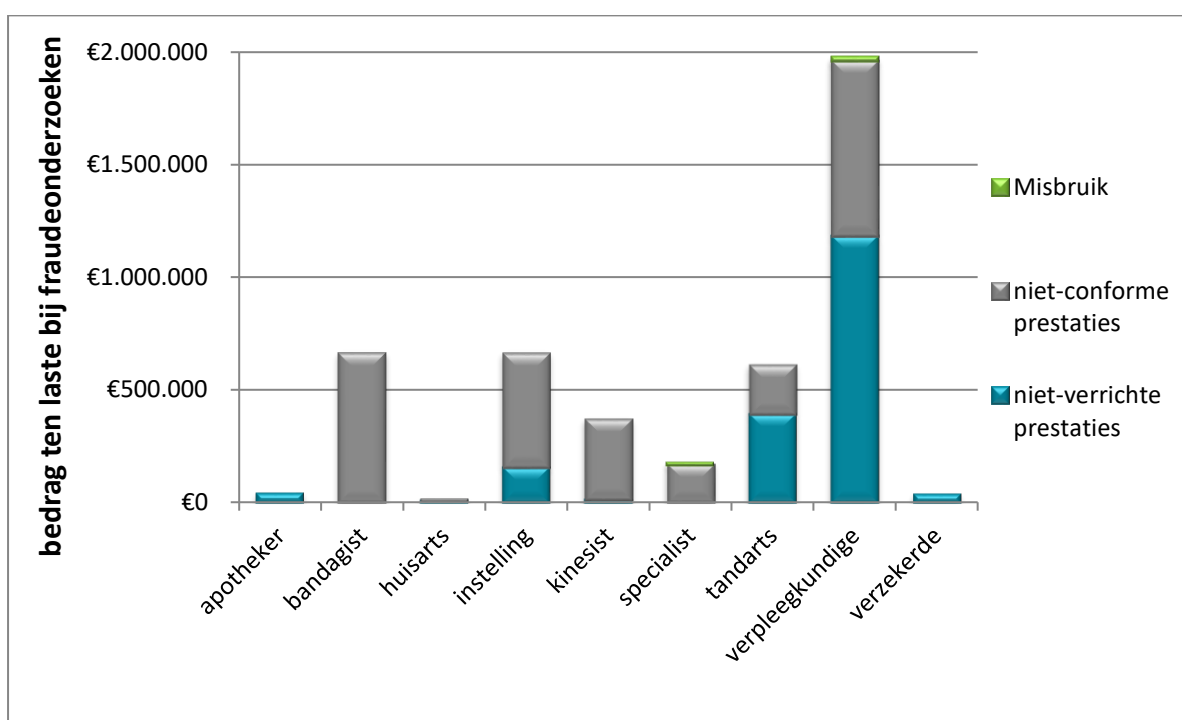
Uit de figuren 8 en 9 blijkt dat we erin slagen evenveel fraudeurs op te sporen en voor hetzelfde totale ten laste gelegde bedrag. Dat is opvallend gelet op de daling van het aantal personeelsleden en de daling van het aantal controleonderzoeken. Ook dit wijst erop dat het Filterteam heel gericht die externe meldingen en interne voorstellen weet te selecteren die het meest trefzeker zijn voor onze controleactiviteit.

III. Wie pleegt fraude

- ✦ 32 thuisverpleegkundigen zijn goed voor 37 % van het aantal fraudeonderzoeken en 43,5 % van het ten laste gelegde bedrag in alle fraudeonderzoeken (figuur 10, **Figuur** figuur 11).
- ✦ Er zijn 20 fraudeonderzoeken (22,98 %) van verzekerden (valse voorschriften en valse getuigschriften voor verstrekte hulp) maar in elk onderzoek is er sprake van een relatief beperkt bedrag ten laste.



Figuur 10: aantal onderzoeken per soort betrokkene en type inbreuk



Figuur 11: bedrag ten laste per soort betrokkene

IV. Schorsing uitbetaling via derdebetalende

Op basis van art. 77sexies van de GvU-wet bestaat de mogelijkheid om de betaling van verstrekkingen via de derdebetalersregeling tijdelijk te schorsen voor maximaal 12 maanden. Dit kan bij ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog. Het is een extra middel om hardleerse fraudeurs, die graag gebruik maken van de derdebetalersregeling, af te remmen terwijl het inspecterend personeel het onderzoek ten gronde voert en desgevallend een formele tenlastelegging opstelt.

In 2018 heeft de LA de uitbetaling van aanrekening via acht derdebetalersnummers tijdelijk geschorst betreffende vijf fraudeurs. Het betreft allemaal thuisverpleegkundigen (Tabel 6).

Tabel 6: Overzicht van de schorsingen van uitbetaling via derdebetalersregeling (art. 77sexies)

Schorsing	Start schorsing	Einde schorsing	Type	Vermoedelijke verantwoordelijke*
1	02-02-2018	01-02-2019	Groepering thuisverpleegkundigen	A
2	16-02-2018	15-02-2019	Thuisverpleegkundige	B
3	16-02-2018	15-02-2019	Groepering thuisverpleegkundigen	B
4	06-07-2018	05-07-2019	Thuisverpleegkundige	C
5	06-07-2018	05-07-2019	Groepering thuisverpleegkundigen	C
6	06-07-2018	05-07-2019	Thuisverpleegkundige	D
7	06-07-2018	05-07-2019	Groepering thuisverpleegkundigen	D
8	15-05-2018	14-05-2019	Thuisverpleegkundige	E

*De vermoedelijke verantwoordelijke fraudeurs hebben soms meerdere derdebetalersnummers op hun naam staan. In de laatste kolom van deze tabel geeft elke letter een verschillende individuele fraudeur weer.

V. Impact

We volgen de geïdentificeerde fraudeurs (zorgverleners) proactief op. We vergelijken het bedrag aan aangerekende verstrekkingen van het jaar na een vaststelling met het bedrag aan aangerekende verstrekkingen van het jaar vóór de vaststelling. Wanneer dit bedrag niet gedaald is, kan dit erop wijzen dat de zorgverlener zijn gedrag niet heeft aangepast en verder/opnieuw fraude pleegt.

We hebben inmiddels facturatiegegevens van 177 zorgverleners-fraudeurs het jaar na de vaststelling (Tabel 7). Hierbij zien we dat hun gezamenlijke aanrekening het jaar na de vaststelling met 10.531.663 EUR daalt. Dit komt ongeveer overeen met het totale bedrag ten laste voor deze groep en is groter dan het bedrag van de vrijwillige terugbetaling.

Ook in het jaar van vaststelling zelf kunnen we een daling vaststellen voor een bedrag van 4.596.475 EUR (door een vaststelling in 't begin van 't jaar en een financiële impact door verhoren het jaar voordien).

Tabel 7: Overzicht van de financiële impact van de controleacties bij de groep fraudeurs

Aantal zorgverleners -fraudeurs	Jaarlijkse aanrekening aan het RIZIV (jaarprofiel)				
	1 jaar vóór de vaststelling (EUR)	het jaar van de vaststelling (EUR)	1 jaar na de vaststelling (EUR)	2 jaar na de vaststelling (EUR)	3 jaar na de vaststelling (EUR)
totaal: 177	45.649.434	41.052.959	35.117.770		
waarvan: 111	30.372.570	27.644.589	24.479.861	23.039.877	
waarvan: 43	11.957.402	10.945.250	9.785.404	9.209.133	8.424.860

Van de 177 fraudeurs die we proactief opvolgen, hebben we voor 111 onder hen twee jaar na de vaststelling de facturatiegegevens ontvangen en geanalyseerd. Voor 43 fraudeurs hebben we de evolutie van hun facturatiegegevens al kunnen bekijken tot 3 jaar na de vaststelling. Op basis van de facturatiegegevens kunnen we besluiten (tabel 7) dat de financiële impact verschillende jaren stand houdt.

We zullen dit verder opvolgen en bekijken hoe lang deze impact duurt. Het is nu al duidelijk dat de financiële impact op fraudeurs veel groter is dan het gerecupereerde bedrag via vrijwillige terugbetaling.

Bij de individuele fraudeurs waarvan we geen daling merken in hun jaarprofielen starten we opnieuw een controleonderzoek. We startten in 2018 bij drie fraudeurs een nieuw onderzoek op basis van deze opvolging.

Hoewel we een duidelijke impact hebben op de fraudeurs, is het totale bedrag ten laste gelegd in fraudeonderzoeken van dit jaar ongeveer gelijk met vorig jaar (5.025.755 EUR). Dit kunnen we als volgt verklaren:

- ✦ Er zijn een deel recidieven bij de fraudeurs.
- ✦ In nieuwe onderzoeken ontdekken we elk jaar ook andere/nieuwe fraudeurs.

VI. Structurele maatregelen

De DGEC heeft concrete voorstellen gedaan in het kader van het Actieplan Handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020 om bij thuisverpleegkundigen een verantwoordingsdrempel (180.000 EUR per jaar) in te voeren.

III. DIRECTIE EVALUATIE

Het doel van de directie Evaluatie is de efficiëntie te verbeteren in het domein van de gezondheidszorgen en uitkeringen. Om dit doel te bereiken selecteert ze coherente groepen zorgverleners op basis van hun praktijk (volgens hun attesteringen en /of voorschriften) met een bepaald thema.

Hun praktijk wordt nadien geconfronteerd met de regels van goede praktijk (EBM, guidelines, nomenclatuur,...) uit de literatuur en /of met de reglementering en /of met statistische elementen door middel van data-analyses of terreinobservaties.

De resultaten van de evaluaties zullen daarna acties toelaten met het oog op een verandering van de praktijk van de zorgverleners om de efficiëntie te verhogen, door:

- ✦ een sensibilisering van de zorgverleners
- ✦ aanpassingen aan de reglementering
- ✦ vragen om controleonderzoeken uit te voeren aan de Directie Controle.

a) Studierapporten

Rapport 1: screening zelfstandige kinesisten

Voor veel door de ziekteverzekering vergoede kinesitherapeutische verstrekkingen is in de nomenclatuur een M-waarde toegekend.

De M-waarden werden in het leven geroepen om de gemiddelde wettelijk vastgelegde duur van de verstrekking en dus ook de kwaliteit van de kinesitherapeutische verstrekkingen te verzekeren. Het maximaal aantal M-waarden dat een kinesitherapeut mag aanrekenen, is vastgesteld op⁵:

- ✦ 40.000 M-waarden voor een gegeven periode van drie maanden,
- ✦ 156.000 M-waarden voor een gegeven periode van één kalenderjaar.

In 2015 rekenden 19.967 kinesitherapeuten verstrekkingen uit art. 7 'kinesithérapie' van de nomenclatuur aan aan de ziekteverzekering voor een totaal van 664.944.068 EUR.

Art. 7 § 19 maakt geen onderscheid tussen kinesitherapeuten die enkel M-waarde gebonden activiteiten uitvoeren en diegenen die hiernaast niet-M-waarde gebonden betaalde activiteiten uitvoeren, zoals bv. lesgever of zelfstandige fitness coach.

Dit strookt niet met de achterliggende gedachte van art. 7 § 19 om de kwaliteit van de verstrekkingen hoog te houden en de gemiddelde duur besteed aan de patiënten (afhankelijk van de verstrekking) te verzekeren.

Het doel van deze screening was om na te gaan

- ✦ in welke mate de kinesitherapeuten buiten hun M-waarde gebonden activiteit ook andere bezoldigde activiteiten uitvoeren.
- ✦ wat de mogelijke invloed is van deze activiteiten op het aantal M-waarden aangerekend door deze kinesitherapeuten in 2015.

Van de 17.877 kinesitherapeuten die in elk trimester van 2015 verstrekkingen hadden aangerekend aan de ziekteverzekering, kozen we *ad random* 150 kinesitherapeuten.

34 van de 150 kinesitherapeuten waren ook ingeschreven als werknemer in loondienst.

⁵Koninklijk besluit van 21 februari 2014 tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (in werking 1 mei 2014).

Om M-waarde gebonden activiteiten en activiteiten gepresteerd in loondienst te vergelijken, hebben we elk uur gepresteerd in loondienst gelijkgesteld met 48 M-waarden.

We stellen na de herberekening van het aantal gepresteerde M-waarden bij slechts één kinesitherapeut extra overschrijdingen van de plafonds M-waarden vast. Deze kinesitherapeut heeft 26 uur per week gewerkt in loondienst gedurende het hele jaar bovenop zijn zelfstandige M-waarde gebonden activiteit als kinesitherapeut.

Conclusie

Op dit moment is het voor onze dienst niet mogelijk om snel en efficiënt de activiteiten van de zorgverstreker in loondienst of buiten de RIZIV nomenclatuur op te zoeken.

Ook de beschikbare wetgeving laat ons op dit moment nog niet toe om recuperaties uit te voeren op basis van extra activiteiten buiten RIZIV nomenclatuur.

De conclusie van dit onderzoek hebben we doorgegeven aan de Commissie Kinesithérapie van de Dienst geneeskundige verzorging.

We hebben wel een controleonderzoek gevoerd voor het jaar 2015 louter op basis van M-waarden aangerekend door de kinesitherapeut zelf. We hebben vastgesteld dat 36 kinesitherapeuten het plafonds van M-waarden voor het jaar 2015 hebben overschreden. We stuurden hen een proces verbaal van vaststelling met terugvordering van alle M-waarden boven 156.000. Het ten laste gelegde bedrag bedroeg 591.868,55 EUR.

Rapport 2: Kinesithérapie tijdens het verblijf op de kraamafdeling na een bevalling of keizersnede

Het budget van de ziekteverzekering Kinesithérapie en fysiotherapie in de kraamzorg na de bevalling of keizersnede wordt vergoed door de verplichte ziekteverzekering. In 2015 was het voor deze sector 1.700.000 EUR.

Om na te gaan of de beschikbare middelen optimaal en adequaat gebruikt worden, heeft de DGEC tijdens deze studie een nationaal overzicht gemaakt van alle Belgische praktijken. Daarnaast hebben we 10 ziekenhuizen *ad random* geselecteerd die minstens 10 verblijven op de kraamafdeling met natale⁶ fysio/kinesithérapie hadden geattesteerd voor elk type bevalling (natuurlijke en via keizersnede). Voor elk van deze 10 ziekenhuizen hebben we 10 dossiers kine willekeurig geselecteerd voor de twee types bevalling (in totaal dus 200 dossiers).

Voor het totaal van 101.692 bevallingen in 2015 hebben de ziekenhuizen 65.973 verstrekkingen natale kine en 25.084 verstrekkingen postnatale kine aangerekend. Tussen de verschillende ziekenhuizen varieert het percentage verstrekkingen kine tussen 0 en 98 %. Die ongelijkheid hebben we zowel in de universitaire als niet-universitaire ziekenhuizen vastgesteld.

In de steekproef stelden we een grote variatie vast tussen het aantal verstrekkingen fysiotherapie en kinesithérapie afhankelijk van de ziekenhuizen (universitair en niet-universitair) en de soorten bevallingen (in onze steekproef tussen de 6 en 89 % voor de natuurlijke bevallingen en tussen de 38 en 99% voor de bevallingen via keizersnede)

Op basis van de kinesithérapie-dossiers die we hebben ontvangen, die heel onvolledig en weinig gedocumenteerd waren, stelden we vast dat de verstrekkingen die we terugvonden een quasi systematisch karakter hebben, voortvloeien uit comfort en niet aangewezen zijn in de literatuur.

⁶ Nataal: periode vanaf de dag van de bevalling tot 6 dagen erna.

De conclusie van dit onderzoek hebben we doorgegeven aan de Commissie Kinesithérapie van de Dienst geneeskundige verzorging.

Rapport 3: de indicaties van CT- en NMR-onderzoeken

In 2015 rekenden de artsen 3.266.624 CT- en NMR-onderzoeken aan voor een bedrag van 353.155.999 EUR. In dit onderzoek wilden we de indicaties voor het voorschrijven van een CT- of NMR-onderzoek in kaart brengen en nagaan of er al dan niet overconsumptie is van bepaalde indicaties. We bestudeerden ook de vorm en inhoud van het voorschrift en het verslag.

Voor elk van de 104 ziekenhuizen onderzochten we voor het jaar 2015 de CT- en NMR-onderzoeken van de dag waarop het ziekenhuis globaal er het meeste heeft aangerekend. We vroegen van deze CT- en NMR-onderzoeken de aanvragen en de radiologische verslagen in elektronische versie op.

In totaal onderzochten we de aanvragen en verslagen van 15.035 onderzoeken bij 14.310 verzekerden. 8.151 artsen, waarvan 2.923 huisartsen en 5.228 specialisten, schreven minstens één van de onderzoeken voor. Zij schreven respectievelijk $\frac{1}{4}$ en $\frac{3}{4}$ van de onderzoeken voor.

- ✦ Bij 52 % (=1.600 onderzoeken) van de wervelzuil CT's en NMR's is de voorgeschreven indicatie "lage rugpijn met of zonder uitstraling". Huisartsen schreven deze onderzoeken even vaak voor als specialisten, terwijl deze verhouding voor de andere indicaties 1 op 4 is. De radiologische afwijkingen waren niet noodzakelijk gerelateerd aan de (rug)klachten.
- ✦ 10 % van alle CT- en NMR-onderzoeken gebeuren binnen een oncologische pathologie. Bij de codes met CT Thorax + Abdomen gaat het om 75 % waarvan 15 % in combinatie met een PET-onderzoek.
- ✦ Traumatologie is eveneens een belangrijke indicatie. De aanvraag omvat meestal een combinatie van verschillende onderzoeken die uitgevoerd worden op de spoedgevallendienst.
- ✦ 601 van de 14.310 patiënten (4,20 %) hebben meer dan 1 CT- en/of NMR-onderzoek op 1 dag waarvan minstens 175 (30 %) ten gevolge van een polytrauma.
- ✦ Soms is de indicatie voor het CT-onderzoek (\pm 4 %) louter technisch zoals bv. het begeleiden van een punctie, biopsie, infiltratie, radiotherapieplanning, scintigrafie en PET.
- ✦ Voor de lokalisatie CT bij een scintigrafie en de diagnostische CT bij een PET-onderzoek zijn in 2016 specifieke nomenclatuurcodes gecreëerd.
- ✦ Abnormale resultaten van andere diagnostische onderzoeken (bloedonderzoek, ander beeldvormend onderzoek,...) vormen ongeveer 2 % van de indicaties voor een CT of NMR. De indicaties voor een NMR-onderzoek van een orgaan zijn zeer gericht en specifiek, dit in tegenstelling tot de aanvragen voor CT abdomen.
- ✦ Bij 50 % van de onderzoeken van de gewrichten gaat het om de knie.
- ✦ Bij de onderzoeken van het hoofd is hoofdpijn in 15 % van de gevallen de voorgeschreven indicatie.

We krijgen de indruk dat het voorschrift bijna uitsluitend een administratieve rol heeft (gekregen).

- ✦ We constateerden 143 gevallen van substitutie⁷ op 15.035 voorschriften (0,95 %).
- ✦ Bij 25 % van de aanvragen zijn de rubrieken 'relevante klinische inlichtingen' en/of 'diagnostische vraagstelling' niet ingevuld. Soms werden deze 2 rubrieken zelfs tot 1 rubriek samengevoegd.
- ✦ Wanneer 'relevante klinische inlichtingen' toch is ingevuld is de medische informatie zéér summier.
- ✦ De diagnostische vraagstelling blijft eerder vaag dan duidelijk omschreven.
- ✦ De rubriek 'relevante vorige onderzoek(en)' is evenmin zorgvuldig ingevuld.
- ✦ De keuzemogelijkheid "er is geen voorafgaand onderzoek gebeurd" bestaat niet. Bij de onderzoeken in de indicatie 'follow-up' blijkt deze rubriek ook regelmatig niet ingevuld.

⁷ Op basis van de expertise, bestaande richtlijnen en de specifieke klinische context van de patiënt dient de radioloog het voorschrift te beoordelen vooraleer het wordt uitgevoerd. Vanaf 1 april 2014 wordt aan de radioloog de mogelijkheid geboden tot substitutie van het voorgestelde onderzoek door een meer aangewezen onderzoek.

Hier moeten nochtans voorafgaandelijke onderzoeken gebeurd zijn gezien het opvolgingsonderzoeken zijn waarbij de diagnostische vraagstelling zich concentreert op de evolutie van de aandoening aan de hand van radiologische beelden.

- ✦ Het geschrift is soms onleesbaar, er wordt onzorgvuldig omgesprongen met medische terminologie en men gebruikt regelmatig niet uniforme ('officiële') afkortingen.

In de nomenclatuur is er weinig aandacht voor de opbouw en de inhoud van een verslag wat zich vertaalt in de praktijk:

- ✦ Bij 1/3 van de verslagen is de (diagnostische) vraagstelling niet opgenomen.
- ✦ Meestal zijn de radiologische beelden uitgebreide beschreven, soms gestructureerd, soms in de vorm van proza. Bij 1/3 van de verslagen ontbreekt een bondig besluit die een link legt naar de diagnostische vraagstelling van de voorschrijver.
- ✦ De gebruikte medische terminologie is niet uniform. Men beschrijft eerder aan de hand van kwalitatieve dan kwantitatieve begrippen zoals vb. "het betreft een matige stenose".
- ✦ Bij gebruik van contraststof wordt het gebruikte product en de hoeveelheid ervan, niet systematisch vermeld.

Conclusie

Op basis van het voorschrift is het niet vanzelfsprekend om na te gaan of het onderzoek medisch geïndiceerd en gerechtvaardigd is. Er zijn aanpassingen nodig in nomenclatuur, de inhoudelijke vorm van het voorschrift en verslag.

De resultaten van deze studie zijn voorgelegd aan de strategische cel van de minister in het kader van het audit protokolakkoord MBV (cfr rapport 7).

Rapport 4: Impactmeting van de ondernomen acties van de studie van 2013 over de aanrekeningen in de spoeddiensten

In 2013 heeft de DGEC de aanrekeningen in de spoeddiensten grondig geanalyseerd.⁸ Als gevolg van deze analyse werden verscheidene acties ondernomen:

- ✦ In 2014 stuurde de DGEC de ziekenhuizen een sensibilisatiebrief. Hierin herinnerden we hen:
 - ✧ aan de regels voor de attestering van verstrekkingen in de spoeddiensten en
 - ✧ dat de verstrekkingen moeten worden geattesteerd volgens de bewaking van de arts die de verstrekking in werkelijkheid heeft uitgevoerd.
- ✦ In februari 2016 werden 4 nieuwe codenummers ingevoerd voor de raadplegingen die worden verricht in de spoeddiensten door artsen-specialisten die niet erkend zijn als spoedartsen, met lagere honoraria dan die van de specialisten-spoedartsen, van toepassing op 1 mei 2016.⁹
- ✦ In maart 2016 werd een interpretatiereguleering ingevoerd die beschrijft wanneer in de gespecialiseerde spoedgevallenzorg A- en C-honoraria (artikel 25, § 3bis) aangerekend kunnen worden.¹⁰
- ✦ We werkten een methode uit om vast te stellen welke diensten gecontroleerd moeten worden.

Deze impactmeting had als doel de korte termijnimpact van onze acties op het aanrekeninggedrag van de spoeddiensten na te gaan. Ook wilden we bepalen welke acties we eventueel in de toekomst nog moeten ondernemen.

Resultaten

⁸ De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. (2015, mei). 13/008 Spoeddiensten: resultaten van de terreinstudie. Activiteitenverslag DGEC over het jaar 2014, 20–26. Geraadpleegd van <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/evaluatie-controle-activiteitenverslag-2014.pdf>.

⁹ Art. 1 1° van het KB van 19 februari 2016 betreffende de wijziging van artikel 25, § 3bis, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

¹⁰ Interpretatiereguleering 23 betreffende de verstrekkingen van artikel 25 (toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, BS 10 maart 2016.

De vergelijking van de aanrekeningsgegevens van het jaar 2015 en 2016 toonde aan dat:

- ✦ bepaalde diensten de meeste verstrekkingen blijven aanrekenen op naam van het diensthoofd
- ✦ voor bepaalde diensten nog steeds een zeer groot aantal specialisten wordt opgeroepen
- ✦ de aanrekening nog vaak gebeurt door een senior arts voor artsen-specialisten in opleiding, zonder dat de eigenlijke zorgverlener wordt vermeld en zonder te weten of de senior arts werkelijk aan de voorwaarden voldeed om te mogen aanrekenen
- ✦ het aantal opnames in de spoeddienst met 4,96 % is toegenomen en de toegekende bedragen slechts met 2,73 % (uitgave van 80.475.658 EUR terwijl 81.810.158 EUR verwacht was).

Dat is onder meer toe te schrijven aan gedragswijzigingen:

- ✧ proportioneel minder opgeroepen specialisten (+ 2,2 % in 2016 tegen + 3,3 % in 2015) zonder hierbij rekening te houden met recente vaststellingen door de DGEC tijdens het project Cardiale Monitoring (cf. infra) waardoor deze bevinding in een ander daglicht moet worden gezien
- ✧ vermindering van de dringendheidssupplementen (- 5 % in plaats van + 3 %)
- ✧ groter aandeel raadplegingen aangerekend door de spoedartsen die minder hoog gekwalificeerd zijn (acutisten en houders van een BAG)
- ✧ de nieuwe nomenclatuurcodenummers met lagere honoraria (van toepassing vanaf 1 mei 2016)
- ✧ het lager aantal handelingen aangerekend door de spoedartsen

In een andere DGEC-studie, het onderzoek over de cardiale monitoring op de spoeddienst, stelden we vast dat in verschillende ziekenhuizen opgeroepen specialisten niet via art. 25 van de nomenclatuur¹¹ aanrekenen, maar wel via een consultatie volgens art. 2¹². Dit is toegelaten volgens interpretatieregel 1 van art. 2.¹³

Gezien opgeroepen artsen hun advies zowel via art. 25 als art. 2 kunnen aanrekenen, is het dus onmogelijk om een link te leggen tussen het aantal spoedopnames en het aantal opgeroepen specialisten.

De bovenstaande bevinding maakt een impactmeting moeilijk. Het is niet mogelijk om efficiënt de financiële impact te berekenen.

Het bleek eveneens onmogelijk om de namen van de zorgverleners die op de permanentielijsten werden vermeld te vergelijken met de zorgverleners die de raadpleging hadden geattesteerd. Die vergelijking was noodzakelijk omdat voor dezelfde verstrekking (anamnese en onderzoek van de patiënt), het honorarium afhangt van de bekwaming van de zorgverlener die attesteert.

Sommige diensten attesteren echter alle verstrekkingen op naam van het diensthoofd met het hoogste honorarium.

De permanentielijsten werden gevraagd in de vorm van een nauwkeurig Excel-bestand. Bij ontvangst van de lijsten zijn verschillende problemen aan het licht gekomen:

- ✦ geen antwoord waardoor er herinneringsprocedures nodig waren
- ✦ onvolledige of onduidelijke gegevens waardoor aanvullende informatie nodig was
- ✦ sterk uiteenlopende formaten:
 - ✧ pdf-bestanden die manueel moesten worden gehercodeerd
 - ✧ Excel-bestanden die niet beantwoordden aan de vraag en waarvan de opmaak moest worden aangepast
- ✦ permanentielijsten waaruit niet kon worden afgeleid welke artsen fysiek aanwezig waren op de spoeddiensten en op welke tijdstippen
- ✦ bewijs dat ziekenhuizen niet over die lijsten beschikten en deze moesten opstellen om aan de aanvraag te beantwoorden
- ✦ onbevredigende inhoud van de lijsten:

¹¹ Art. 25 van de nomenclatuur: toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

¹² Art. 2 van de nomenclatuur: raadplegingen, bezoeken en adviezen, psychotherapieën en andere verstrekkingen.

¹³ Interpretatieregel 1 betreffende de verstrekkingen van artikel 2 (Raadplegingen, bezoeken, adviezen psychotherapieën en andere verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, BS 13 maart 2002.

- ✧ niet-identificeerbare artsen
- ✧ uurroosters die niet waren vermeld
- ✧ assistenten zonder vermelding van de stagemeesters
- ✦ aflevering van permanentielijsten van alle diensten van het ziekenhuis
- ✦ ziekenhuis met spoeddiensten op meerdere sites: één enkel bestand met de aanrekeningsgegevens, maar verschillende bestanden met de permanentielijsten voor elke site.

In de praktijk stonden al die moeilijkheden de vergelijking van de aanrekeningen met de permanenties in de weg en konden de diensten die eventueel moesten worden gecontroleerd, niet worden opgespoord.

Voorstel

Aangezien het onmogelijk is de bestaande permanentielijsten te gebruiken, omdat in de reglementering niets wordt opgelegd voor die lijsten (formaat, inhoud, ...), zal de DGEC via haar adviesfunctie vragen dat de onderstaande tekst wordt toegevoegd in artikel 25 van de nomenclatuur, zoals men ook heeft gedaan in artikel 13 voor de diensten voor intensieve zorg.

"De lijst is opgesteld op een document goedgekeurd door het Verzekeringscomité en wordt op hun vraag elektronisch overgemaakt aan de verzekeringsinstelling of aan de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle"

Met die regel kunnen we de inhoud en het gebruik van die lijsten definiëren en standaardiseren en is het mogelijk om elke zorgverlener die van wacht is te identificeren, met zijn uurroosters, alsook de arts-stagemeester voor de artsen-specialisten in opleiding.

Rapport 5: Impactmeting van de informatieactie over verstrekking 102410 (dringendheidstoeslag voor een raadpleging op zaterdag)

Inleiding

Begin 2016 heeft de DGEC een studie uitgevoerd over de zeer frequente aanrekening van verstrekking 102410, een toeslag voor dringende raadplegingen, op zaterdag tijdens de vrije raadpleging of raadplegingen op afspraak.¹⁴

We beslisten toen om per brief de 77 huisartsen te sensibiliseren die:

- ✦ verstrekking 102410 als supplement aanrekenen bij meer dan 20 % van hun raadplegingen op zaterdag, en
- ✦ in 2013 en 2014 minstens 750 raadplegingen op zaterdag buiten de wachtdienst hadden aangerekend.

Ze ontvingen op 29 februari 2016 een preventiebrief waarin we hen wezen op hun eigen attesteringspercentage en waarin we ze aan de wetgeving herinnerden.

Wettelijk kader

Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

Art. 2, B:

102410: Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging zaterdags, zondags, op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden

Art. 2, F:

¹⁴ De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. (2017, september). Aanrekenen code 102410 door huisartsen tijdens raadplegingen op zaterdag buiten de wachtdienst. Activiteitenverslag DGEC over het jaar 2014, 50. Geraadpleegd van <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/evaluatie-control-e-activiteitenverslag-2016.pdf>

De verstrekkingen 102410 ..., mogen alleen maar worden aangerekend ... wanneer de toestand van de patiënt op die dagen en uren dringende verzorging vergt, die niet kan worden uitgesteld. Die verstrekkingen mogen niet worden aangerekend wanneer de geneesheer om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt na afspraak...

Doelstelling

In deze studie wilden we de impact meten van de informatieactie rond de aanrekening van code 102410.

Methodologie

Voor de 77 artsen die de preventiebrief hebben ontvangen, vergeleken we de aanrekening van code 102410 het jaar voor en na de ontvangst van de preventiebrief.

We hielden bij de impactmeting geen rekening met de artsen die ons na de preventiebrief gemeld hadden dat hun verstrekkingen op zaterdag telkens plaatsvonden in een wachtpost.

Resultaten

Tabel 8

	periodes		resultaten	
	01-03-2015 t.e.m. 29-02-2016	01-03-2016 t.e.m. 28-02-2017	numeriek	%
aantal 102410	26.381	4.966	- 21.415	- 81
bedrag EUR	322.774	61.513	- 261.261	- 81

Conclusie

De impact, op korte termijn, van de informatieactie over verstrekking 102410 is uitermate positief. Het bedrag voor de geattesteerde verstrekkingen 102410 daalde met 81 %.

Rapport 6: Het verpleegdossier

Context

De inspecteurs van de DGEC stelden tijdens controles vaak vast dat de verpleegdossiers niet voldoen aan de voorwaarden uit art. 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Het verpleegdossier bijhouden, is nochtans een vergoedingsvoorwaarde voor de verzorging die door thuisverpleegkundigen wordt verleend.

In dit evaluatieonderzoek bestudeerden we de inhoud van het verpleegdossier voor 2014 op basis van zes criteria:

- ✦ toiletten
- ✦ wondzorg
- ✦ forfaitaire honoraria
- ✦ specifieke technische verstrekkingen
- ✦ palliatieve verzorging
- ✦ zorgkundigen.

Methode

We selecteerden 120 verpleegkundigen (78 Nederlandstaligen en 42 Franstaligen) via een willekeurige steekproef. Voor elk van deze verpleegkundigen selecteerden we maximaal 10 verpleegdossiers. Tussen 1 december 2015 en 31 maart 2016 (4 maanden) bezochten we de 120 verpleegkundigen. In totaal vroegen we 1.181 patiëntendossiers op.

Voor de analyse baseerden we ons op het onderzoek van het dossier dat we bestudeerden in aanwezigheid van de verpleegkundige tijdens het verhoor.

Resultaten

We controleerden uiteindelijk 1.147 dossiers. Er ontbraken 34 dossiers (3 %).

- ✦ 13 % van de dossiers waren volledig elektronisch, 20 % bestond enkel in papieren vorm. De overige dossiers waren gemengd (deels elektronisch, deels papier voor éénzelfde verzekerde).
- ✦ 54 % van de dossiers liggen volledig bij de verpleegkundige thuis of op het secretariaat, 5 % volledig bij de verzekerde.

Tabel 9: De resultaten van de gecontroleerde gegevens en criteria

Naam onderdeel	Aantal dossiers	Item in onderdeel	Aanwezig en correct		Afwezig of niet correct	
			#	%	#	%
Identificatiegegevens	1.147	zorgverlener	1.090	95	57	5
		verzekerde	1.124	98	23	2
		verleende zorg	1.101	96	46	4
Toiletten	384	evaluatieschaal (Katz)	358	93	26	7
		planning	214	56	170	44
		evaluatie om de 2 maanden	234	61	150	39
Vermelding "bijkomende verzorging"	170	voorschrift	83	49	87	51
Toiletten aanwezigheid zorgkundigen	124	aantekening maandelijks controlebezoek (verpleegkundige)	19	15	105	85
		motivering in dossier (verpleegkundige/zorgkundige)	9	7	115	93
Forfaitaire honoraria A,B,C aanwezigheid zorgkundigen	37	aantekening maandelijks controlebezoek (verpleegkundige)	37	100	0	0
		motivering in dossier (verpleegkundige/zorgkundige)	9	25	28	75
Eenvoudige wondzorg	333	voorschrift	219	66	114	34
Complexe wondzorg	239	voorschrift	148	62	91	38
		specifiek verpleegdossier	114	48	125	52
		verpleegkundige anamnese	102	43	137	57
		klinische evaluatie	110	46	129	54
		identificatie wondtype	194	81	45	19
Forfaits A, B, C	394	evaluatieschaal (Katz)	369	94	25	6
		planning	147	37	247	63
		evaluatie om de 2 weken	187	47	207	53
Forfaits A,B,C vermelding "bijkomende verzorging"	194	voorschrift	36	19	158	81
Parenterale voeding	26	voorschrift	21	81	5	19
		wekelijks zorgplan	19	73	7	27
		kennisgeving zorgplan aan de adviserend arts	22	85	4	15
		debiet en hoeveelheid/24 uur	21	81	5	19
Palliatieve verzorging	121	evaluatieschaal (Katz)	105	87	16	13
		kennisgeving aan adviserend arts	91	75	30	25
		permanente tenlasteneming	89	74	32	26
		naam referentieverpleegkundige	79	66	42	34
		verpleegdossier palliatieve verzorging	121	100	0	0
		registratie van de symptomen	65	54	56	46
		pijnschaal	47	39	74	61
		contacten met de familie	64	53	57	47
		verslag coördinatievergadering	30	25	91	75
		planning	50	41	71	59
		wekelijkse evaluatie	54	45	67	55
Verpleegkundig consult	165	identificatie van de verzekerde	147	89	18	11
		datum verpleegkundig consult:	151	92	14	8
		model/classificatie	150	91	15	9

	type verpleegkundige gezondheidsproblemen	150	91	15	9
	zorgdoelstellingen bij verzekerde	149	90	16	10
	identificatie verpleegkundige	150	91	15	9

Conclusies

Gelet op de selectiemethode, levert deze analyse significante resultaten op die representatief zijn voor een groot aantal items die **onvoldoende zijn ingevuld** en die het goed bijhouden van het verpleegdossier negatief beïnvloeden.

Deze resultaten bevestigen bovendien die van de studie uit 2008 'Het verpleegdossier in de praktijk'. Hierbij gaat het niet alleen om een probleem met het correct attesteren van de verstrekkingen, maar ook om de kwaliteit van de relatie tussen de patiënt en de professionele zorgverlener(s).¹⁵

De resultaten van deze studie zijn voorgelegd aan de Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen - Verzekeringsinstellingen

Voorstellen

- ✦ Herziening van artikel 8 van de NGV en verduidelijking van de gebruikte terminologie. Voorbeelden:
 - ✧ wat is een verpleegkundige diagnose?
 - ✧ duidelijker onderscheid maken tussen evaluatie en "relevante(?)" observaties
- ✦ De infosessies voor de thuisverpleegkundigen voortzetten
- ✦ Bekendheid van de Infobox Verpleegkundigen vergroten
- ✦ Een opleidingssessie plannen bij het verkrijgen van het RIZIV-nummer.
- ✦ Voorstellen om het verpleegdossier op te nemen in een e-patiëntendossier, net zoals het globaal medisch dossier, het kinesitherapeutisch dossier, het tandheelkundig dossier,...

Rapport 7: Medische beeldvorming: audit protocolakkoord

Het protocolakkoord zware medische beeldvorming¹⁶ definieert een aantal afspraken tussen de bevoegde overheden en de sector van de medische beeldvorming. De Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle is aangezocht om de uitvoering van deze gemaakte afspraken te auditen.

Er is gevraagd om in dit verslag de afspraken rond CT en MRI te auditen. Hiervoor zijn de longitudinale gegevens van 2006 tot 2016 gebruikt om een globale evolutie te schetsen. Voor de meer gerichtere analyse zijn meer gedetailleerde gegevens van 2014 tot en met 2016 gebruikt.

De audit heeft aangetoond dat, vanwege de sector, de gemaakte afspraken in het protocolakkoord zware medische beeldvorming niet zijn nagekomen: er is geen budgetneutraliteit, er is geen shift van CT naar MRI, er is geen daling met 20 % voor CT onderzoeken van schedel en wervelzuil, wel een stijging. De audit heeft aanleiding gegeven tot handavingsacties naar niet vergunde, niet erkende of niet voor klinisch onderzoek erkende MRI toestellen. Het landelijk kadaster voor de toestellen zware medische beeldvorming is in navolging van het kadaster opgericht en er zijn 12 nieuwe toestellen in programmatie genomen. Er is aangetoond dat er duidelijke verschillen zijn tussen de Gewesten onderling en de Arrondissementen onderling in het uitvoeren van aantallen onderzoeken per 1.000 inwoners en in het gebruik van de toestellen CT en MRI. De wenselijkheid van een moratorium voor CT toestellen is aangetoond en er zijn meerdere te gebruiken parameters in kaart gebracht voor een optimale verdere uitbouw van het MRI park. Er is een marge voor optimalisatie in het gebruik van CT zichtbaar gemaakt. Een bijkomende analyse heeft de impact aangetoond van een nomenclatuur die niet alleen de verstrekking omschrijft maar ook de criteria waaraan het uitvoeren dient te voldoen. Het justificatieproces voor het uitvoeren van beeldvorming is doorgelicht en er zijn verbeterpunten vastgesteld.

¹⁵ Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

¹⁶ Protocolakkoord inzake de medische beeldvorming Gelet op de specifieke bevoegdheden waarover de Federale overheid en Overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet, BS 20-06-2014.

De rode draad doorheen de deelresultaten van de audit is dat een verplicht gebruik van een *Clinical Decision System*, met weging van het voorschrift en weging van de justificatie bij de dienst beeldvorming kan bijdragen tot een kwalitatievere, meer doelmatige zorg en een optimale besteding van de middelen.

Deze audit ligt mee aan de basis van de aanvulling op het protocolakkoord van 24 februari 2014 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 14 december 2018. Deze audit zal tevens bijdragen aan het ontwikkelen van criteria voor een verdere optimale uitbouw van het MRI park.

b) De primaire controle van de V.I.

De samenstelling en de grootte van de administratiekosten die de V.I. en de Kas voor geneeskundige verzorging van HR Rail jaarlijks krijgen, staan beschreven in art. 195 van de GvU-wet.

Dit bedrag wordt verdeeld tussen de verschillende V.I. Hoe groot het bedrag is dat een V.I. krijgt, is afhankelijk van haar werkelijke uitgaven en van het soort leden (leeftijd, chronisch zieken, socio-economische status,...).

Sinds 2004 is 10 % van het bedrag dat een V.I. jaarlijks ontvangt afhankelijk gemaakt van hoe goed ze haar wettelijke opdracht uitvoert. Deze 10 % (of ongeveer 100 miljoen EUR) wordt de 'variabele administratiekost' genoemd.

Alle diensten van het RIZIV en de Controle Dienst Ziekenfondsen (CDZ-OCM) doen analyses naar de kwaliteit waarmee de V.I. hun wettelijke opdracht uitvoeren.

Het RIZIV geeft de resultaten van deze analyses door aan de CDZ. Zij zetten via scoreschalen de resultaten van de analyses om in geldelijke waarden en verminderen per V.I. de variabele administratiekosten met deze geldelijke waarde.

Merk op dat deze responsabilisering van de V.I. een bestraffingssysteem is. Als de V.I. slecht scoren, wordt er een deel van de 10 % variabele kosten afgehouden. Als de V.I. goed scoren, krijgen ze maximaal de volledige 10 % (er zijn geen beloningen).

De evaluatie van de performantie van de V.I. is beschreven in het KB betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten van 10 april 2014.

Processus 1 analyses

In het kader van de financiële responsabilisering van de V.I. werd voor evaluatiejaar 2018 voorgesteld om enkele reeds bestaande indicatoren 1 jaar sneller in de online "geneeskundige zorgen" Atlas van het IMA te publiceren. Het betreft variabelen die niet berusten op ambulante papieren getuigschriften (vb. contacten huisartsen) of op specifieke populatiegegevens (vb. maximumfactuur). Voor deze variabelen zal de overdracht van gegevens in de loop van het jaar 2017 versnellen.

Voor de volgende thema's moesten de bestaande statistieken ten laatste op 1 december 2018 publiekelijk online geplaatst zijn in de IMA Atlas:

- ✦ Antibioticumconsumptie ambulante praktijk van 1 juli 2016 tot en met 30 juni 2017 (criterium doelmatige zorg): totale antibiotica, aandeel amoxicillines, aandeel chinolones, aandeel respiratoire chinolones
- ✦ Proxy alcoholintoxicatie% rechthebbenden per 10.000 rechthebbenden tussen 12 en 17 jaar dat tussen 1 januari 2017 en 31 december 2017 op de spoeddienst werd opgevangen en waarbij op dezelfde dag de concentratie alcohol in het bloed werd bepaald (criterium gezondheidstoestand van de bevolking: Rapport 2015 performantie van het Belgische gezondheidssysteem – RIZIV + KCE + WIV Binge drinking bij jonge mannen is verontrustend)
- ✦ Thuisverplegingsindicatoren op 31 maart 2017 (criterium doelmatige zorg): thuisverpleging 65-plussers, thuisverpleging per geslacht en leeftijd en thuisverpleging per type forfait.
- ✦ Daarnaast wordt voorgesteld om een nieuwe indicator in de IMA Atlas op te nemen, die eveneens op 1 december 2018 ter beschikking moet gesteld zijn. Het betreft de status van het percentage volledig geconventioneerde, deels geconventioneerde en niet geconventioneerde zorgverstrekkers volgens hun adres zoals opgenomen in het referentiebestand van het RIZIV, per arrondissement op 1 juli 2018. Voor de artsen moet elke specialiteit afzonderlijk beschouwd worden.

De DGEC stelde vast dat het IMA alle bovenstaande statistieken correct en op tijd heeft aangeleverd en op de website heeft opgeladen.

Processus 2 analyses

Ten tweede bestuderen we voor onderstaande thema's of de V.I. een primaire controle uitvoerden vooraleer de verstrekkingen geneeskundige verzorging terug te betalen (Tabel 10) .

Tabel 10: thema's geanalyseerd in 2018

Deelanalyses DGEC 2018
<p><u>Tandverzorging :</u> Art 5 van de nomenclatuur maakt bij de vulling van wortelkanalen een onderscheid tussen de vulling van één wortelkanaal van éénzelfde tand, de vulling van drie wortelkanalen of de vulling van vier of meer wortelkanalen. Bij tanden die slechts over 1 wortelkanaal beschikken, kan uiteraard geen vulling gefactureerd worden voor 2 of meer wortelkanalen.</p> <p>Vanaf de 18e verjaardag wordt het recht op de verzekeringstegemoetkoming voor tandsteenverwijderingsverstrekkingen afhankelijk gemaakt van de voorwaarde dat de rechthebbende in de loop van het kalenderjaar voorafgaand aan dat waarin de verstrekking wordt verricht, hetzij een raadpleging uitgevoerd door een tandheeskundige, of een in artikel 5 vermelde en terugbetaalde tandheeskundige verstrekking, heeft genoten. Voor de rechthebbenden die niet aan deze voorwaarde voldoen, wordt een lagere vergoeding voorzien.</p>
<p><u>Zone van het radio-isotoop (pseudonummer) en de technische verstrekking nucleaire geneeskunde</u> Volgens de elektromagnetische facturatie-instructies van het RIZIV moet de code van het radio – isotoop steeds worden ingevuld wanneer een verstrekking nucleaire geneeskunde in vivo vergoed moet worden.</p>
<p><u>Nomenclatuur en pseudonomenclatuur bij raadplegingen en toezicht door artsen en (para)medici</u> Art 20 bepaalt dat het uitgebreide reumaconsult 478030 478041 (Standaardevaluatie van het actief ziekteproces, de evolutie en de prognose, door de geaccrediteerde geneesheerspecialist voor reumatologie) slechts twee maal per jaar gefactureerd mag worden bij een patiënt met chronisch inflammatoir reumatisch lijden. Een bijkomende voorwaarde is dat deze patiënt met reumatoïde artritis, spondylitis ankylosans of psoriatische artritis behandeld wordt <i>met disease modifying antirheumatic drugs</i> of met een biologische basisfarmacotherapie (« biologicals ») .</p>
<p><u>Overeenkomsten met gespecialiseerde centra en revalidatiecentra</u> Er bestaat een netwerk van revalidatiecentra die druggebruikers residentieel behandelen zodat ze zich nadien terug drugsvrij in de maatschappij kunnen integreren. De centra worden vergoed per revalidatiedag. Als de patiënt opgenomen wordt in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis, is op dezelfde dag een cumul van de forfaitaire revalidatiedagvergoeding met een verpleegdagvergoeding voor het ziekenhuis uiteraard niet toegelaten.</p>

c) Adviesfunctie/vertegenwoordiging van de DGEC in de werkgroepen van de Technische Geneeskundige Raad (TGR)

I. Bijdrage van de vertegenwoordiger van de DGEC aan de werkgroep 'Heelkunde' en de werkgroep *ad hoc* 'Spine'.

De bijdrage is drievoudig, namelijk:

I.I Uitgewerkt en gemotiveerd voorstel van nomenclatuurwijzigingen

(schrapping/wijziging/toevoeging van nomenclatuurcodenummer, wijziging toepassingsregel of creatie nieuwe interpretatieregel, ...)

Een voorstel volgt steeds op de resultaten van een vaststelling op het terrein.

De voorstellen kunnen worden

1. aanvaard
2. besproken met vraag om aanvullend onderzoek
3. geweigerd

I.II Actieve hulp bij concrete voorstellen van de verschillende projecten die ter reflectie of studie van de werkgroep zijn voorgelegd.

De DGEC geeft adviezen over de concrete voorstellen, de voorstellen die zijn gebaseerd op de terreinkennis en de gegevensanalyse.

I.III Een adviserende stem tijdens de plenaire vergadering van de Technische Geneeskundige Raad (TGR).

Alle beslissingen van de medische werkgroepen worden vervolgens voor definitieve goedkeuring voorgelegd aan de plenaire vergadering van de TGR. De vertegenwoordiger van de DGEC heeft in deze groep een adviserende stem. Dit betekent dat alle opmerkingen op papier moeten worden gezet, zichtbaar moeten zijn voor alle betrokken partijen, ook buiten het traject van het RIZIV (bijvoorbeeld: de Minister van Sociale Zaken, de Raad van State, ...).

II. Balans kalenderjaar 2018: enkele voorbeelden

I.I.1 Aanvaarde voorstellen van de DGEC

- ✦ **Aanpassing van de bewaartermijnen inzake verslagen, documenten, tracés en grafieken, protocollen van radiografieën en laboratoriumonderzoeken,.... naar 5 jaar en dit consequent in de gehele nomenclatuur.**

Eerste voorstel dateert van 2017. In 2018 werd het finale voorstel ingediend waarbij eenmalig in art. 1, § 8 als bewaartermijn 5 jaar wordt genoteerd en in alle andere artikels die een bewaartermijn vermelden naar art. 1, § 8 wordt verwezen (begin 2019 werd dit voorstel goedgekeurd door de plenaire zitting).

- ✦ **Invoering van een interpretatieregel die het aanrekenen van 469335-469346 (echografie van één of beide ogen) bij de uitvoering van een OCT-onderzoek (Tomografie door Optische Coherentie) onmogelijk moet maken en dit in afwachting van het verschijnen van specifieke nomenclatuur voor OCT.**

- ✦ **Invoering van een interpretatieregel om het gebruik van 474736-474740 (onderzoek van de gal- en pancreaswegen door middel van endoscopie) te beperken tot die interventies waarvoor het nomenclatuurnummer is bedoeld nl. die onderzoeken waarbij een specifiek daartoe ontworpen endoscoop in de gal- en pancreaswegen wordt opgeschoven.** Deze interpretatieregel verduidelijkt het correcte gebruik van een recent (november 2016) ingevoerd nomenclatuurnummer voor gastro-enterologie.

I.I.2 Voorstellen die ter bespreking zijn voorgelegd, waarover momenteel een beslissing wordt genomen en waarvoor een oplossing wordt gezocht

- ✦ **Aanpassingen van de nomenclatuur aan de realiteit van de complexe aandoening 'lymfoedeem';** bijkomend advies werd gevraagd aan het KCE.

I.II. Inbreng van terreingegevens voor hulp bij het oplossen van punten die tijdens de vergadering zijn besproken

- ✦ **Vraag van de *Belgian College of Emergency Physicians* inzake collectieve terugvordering door DGEC van 'ambulante cardiale monitoring' tijdens MUG-interventies.**

De DGEC licht de resultaten toe van de uitgevoerde analyse in verband met het aanrekenen van 'ambulante cardiale monitoring' en geeft uitleg bij de collectieve terugvordering van non-conforme verstrekkingen. De TGR kan op basis van de aangebrachte elementen duidelijk stellen dat 212015 en 214012 niet aanrekenbaar zijn tijdens het MUG-transport en wacht het volledige rapport inzake cardiale monitoring af om verdere stappen te ondernemen.

- ✦ **Vraag inzake het attesteren van rhinomanometrie uit art. 14 door internisten en pediaters op basis van een beslissing van het College van Geneesheren uit 1994.**

- ✦ **In het kader van een nieuwe Werkgroep *ad hoc* 'MOC' (Multidisciplinair Oncologisch Consult)**

- ✧ Actieve bijdrage aan de uitwerking van een aangepaste nomenclatuur inzake MOC op basis van terreingegevens.

IV. DIRECTIE INFORMATIE

De directie Informatie verzorgt zowel de interne communicatie als de externe informatieverstrekking.

a) Externe informatie

I. Informatiebrochures

De informatiebrochures, uitgegeven onder de naam 'Infobox', geven een antwoord op essentiële juridische en administratieve vragen die zorgverleners, en in het bijzonder de starters, zich stellen in hun dagelijkse praktijk. Zo weten ze wat hun administratieve verplichtingen zijn, zonder dat ze de wetgeving moeten doorzoeken.

Jaarlijks werken we enkele brochures bij (Tabel 11).

De brochures staan op de website van het RIZIV en de doelgroepen worden op de hoogte gebracht van de publicatie.

Tabel 11

2018	Brochure
januari	Juridisch vademecum
mei	Infobox specialisten
september	Activiteitenverslag DGEC – over 2017
december	Opdrachten & procedures

II. Brievencampagne

Via brievencampagnes treedt de DGEC in dialoog met zorgverleners. We brengen op die manier bepaalde doelgroepen van zorgverleners op de hoogte van afwijkende resultaten die werden vastgesteld tijdens een thematisch onderzoek of een evaluatieproject. Deze brieven hebben een informerende en sensibiliserende functie. Ze stimuleren de zorgverlener om zijn gedrag aan te passen en waarschuwen soms ook voor mogelijks volgende controles.

In 2018 werd de directie Informatie actief betrokken bij volgende brievencampagnes, gericht tot:

- ✦ een 30-tal apothekers om hen te vragen waakzaam te zijn voor identiteitsfraude door verzekerden;
- ✦ een 50-tal verpleegkundigen in de thuiszorg met een hoog facturatie totaal om hun bijkomende inlichtingen te vragen over hun aangerekende verstrekkingen
- ✦ de ZH over de facturatie van het endoscopisch onderzoek van de gal- en pancreaswegen (Cholangiopancreaticoscopie). De DGEC herinnerde de hoofdartsen, de diensthoofden Apotheek en de diensthoofden gastro-enterologie de facturatieregels en vroeg hun om het ten onrechte gefactureerde bedrag terug te betalen aan de V.I.

III. Pers

De DGEC treedt regelmatig met journalisten in dialoog over zijn acties, vastgestelde resultaten en voorgestelde maatregelen. Dat bevordert de juistheid van de berichtgeving door de algemene en de medische pers. Een duidelijke berichtgeving over onze werking bevordert de correcte toepassing van de reglementering. Het toont zowel bij zorgverleners als bij de publieke opinie de maatschappelijke relevantie aan van de ziekteverzekering en van de DGEC.

Dit alles heeft een positieve impact op de uitgaven in de gezondheidszorg. De zorgverlener en de burger worden zich meer bewust van het belang van een financieel duurzame ziekteverzekering.

In september 2018 heeft de DGEC een besloten persconferentie georganiseerd. Vier onderwerpen werden aan de pers voorgesteld:

- ✦ Jaarverslag 2017 van de DGEC
- ✦ Nationaal controleonderzoek op facturatie van ambulante cardiale monitoring
- ✦ Sensibilisatie ter preventie van overbodige uitgaven voor lumbosacrale orthesen
- ✦ Opvolging fraudeurs

Doorheen het jaar hebben we tal van vragen van de media beantwoord. Die vragen hadden vooral betrekking op:

- ✦ de thematische controle van de aanrekening van MRI-scans die met niet-vergunde toestellen waren uitgevoerd;
- ✦ de onrechtmatige aanrekeningen van verstrekkingen, vooral door verpleegkundigen in de thuiszorg;
- ✦ het opioïdenverbruik in België.

IV. Lezingen

De DGEC geeft lezingen over de algemene werking van de dienst en de ziekteverzekering en over specifieke actuele thema's.

Onze sprekers benadrukken het belang van een correcte aanrekening van verstrekkingen voor de duurzaamheid van een toegankelijke en kwaliteitsvolle zorgverlening. Ze geven de zorgverleners relevante informatie over de reglementering. Zorgverleners vernemen zo dat de DGEC naast onderzoeken na de aanrekening ook preventieve acties onderneemt en hun aanrekeningdrag analyseert voor een optimale aanwending van de financiële middelen van de ziekteverzekering.

De mogelijkheid tot rechtstreekse dialoog tussen sprekers en zorgverleners bevordert hun onderlinge samenwerking.

In 2018 heeft de DGEC o.a. volgende lezingen gegeven.

- ✦ 16 lezingen als bewustmakingscampagne van het overmatig gebruik van opioïden. De dienst maakt met lezingen deze problematiek uitgebreid bekend. LOK-groepen, artsenkringen, de Orde van Apothekers en de Orde der artsen uit verschillende provincies, nodigden de DGEC al uit om de resultaten voor te stellen.
- ✦ 1 lezing voor de Vlaamse Beroepsvereniging tandartsen over de werking van de dienst: **'De DGEC in het RIZIV, de ziekteverzekering en de samenleving'**.
- ✦ 18 lezingen voor verpleegkundigen over verschillende thema's, zoals art. 8 van de nomenclatuur, het verpleegdossier, de werking van de DGEC, het verpleegdossier, de Katz-schaal,...

b) Interne informatie

I. Informeren van het personeel van de DGEC

De inkrimping van het personeelsbestand, de interne reorganisatie en de toenemende digitalisatie hebben het personeel van de DGEC niet onberoerd gelaten. De leiding van de DGEC vindt het belangrijk om alle personeelsleden goed op de hoogte te houden van de voortdurende ontwikkelingen. Dit geldt ook voor externe veranderingen zoals CoHabitat, Health on the Move en diverse wetswijzigingen.

Die communicatie werd vooral gevoerd via verschillende interne kanalen zoals :

- ✦ elektronische nieuwsbrieven over wijzigingen van de wetgeving en de reglementering,
- ✦ informatiesessies in de hoofdzetel en in de provinciale kantoren,
- ✦ personeelsvergaderingen
- ✦ personeelsmededelingen.

II. Begeleiding bij de redactie van studierapporten

Nadat een thematische controleonderzoeken of expertiseonderzoek gevoerd is, is het belangrijk dat de bevindingen en eventuele gevolgen duidelijk gepubliceerd worden in een studierapport.

De directie Informatie begeleidt inspecteurs bij de redactie van hun studierapport om de impact van hun bevindingen te vergroten. De conclusies van de studierapporten vormen vaak de aanzet tot

- ✦ verbetering van de nomenclatuur of aanpassing van de reglementering
- ✦ sensibilisatie van de zorgverleners
- ✦ gerichte controleonderzoeken.

V. DIRECTIE JURIDISCHE ZAKEN EN GESCHILLEN

De juridische directie van de DGEC werkt nauw samen met de overige directies. Ze heeft een divers takenpakket:

- ✦ advies geven;
- ✦ meewerken aan lopende onderzoeken;
- ✦ noodzakelijke voorstellen tot wetswijziging uitwerken;
- ✦ de procedurefase van concrete controleonderzoeken afhandelen.

In 2018 werkte de directie onder meer mee aan de volgende projecten:

a) Opleiding nieuwe personeelsleden

In 2018 gaf de juridische directie, net zoals de voorbije jaren, een deel van de opleidingen die voorzien worden voor de nieuwe personeelsleden. Het inspecterend personeel krijgt onder meer een eerste uitleg over hun rechten en plichten als sociaal inspecteur in de zin van het Sociaal Strafwetboek.¹⁷ Zo leren zij bijvoorbeeld dat zij het recht hebben om inlichtingen in te winnen die zij nodig hebben en dat zij de plicht hebben de vertrouwelijkheid van die gegevens te garanderen.¹⁸

b) Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid

De wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid van 30 oktober 2018 werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 16 november 2018. De relevante bepalingen voor de DGEC zijn terug te vinden in artikel 2 tot en met 8 van de wet. Die bepalingen treden in werking op 26 november 2018, tien dagen na de publicatie in het Belgisch Staatsblad.

De belangrijkste aanpassingen zijn:

- ✦ Artikel 4: het verbod op de toepassing van de derdebetalersregeling wordt ingevoerd als een tijdelijke bijkomende maatregel die de Kamers van eerste aanleg en beroep kunnen opleggen (op vraag van de DGEC) ten aanzien van zorgverleners die misbruik maken van de derdebetalersregeling. Die maatregel kan opgelegd worden naast een terugbetaling en eventuele administratieve geldboete.
- ✦ Artikel 5: verstrekkingen voorschrijven tijdens een periode van een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep wordt als een inbreuk beschouwd onder artikel 73bis, 2° GVVU-wet. Verstrekkingen uitvoeren tijdens die periode was al een inbreuk onder artikel 73bis, 1° GVVU-wet.
- ✦ Artikel 6: artikel 77sexies GVVU-wet ondergaat enkele aanpassingen met als belangrijkste het feit dat een beroep tegen een beslissing LA 77sexies voortaan behandeld zal worden door de Kamer van eerste aanleg en niet meer door de Arbeidsrechtbank.

c) Opvolging rechtspraak van de Raad van State

De juridische directie volgt steeds de rechtspraak op van de Raad van State over geschillen tussen zorgverleners en de DGEC. Daaruit bleek in 2018 onder meer dat de vaststaande rechtspraak van de Raad van State bevestigd werd. De Raad van State herhaalde dat:

¹⁷ Art. 146, § 1, derde lid GVVU-wet.

¹⁸ Art. 25 SSW en art. 58 SSW.

- ✦ de Kamer van beroep de in artikel 6 EVRM bepaalde waarborgen inzake onafhankelijkheid en onpartijdigheid biedt.¹⁹
- ✦ de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen geen straf is maar een herstelmaatregel.²⁰

d) Opvolging procedurefase

De juridische directie is mee verantwoordelijk voor de afhandeling van de procedurefase van de controleonderzoeken. Dat houdt onder meer in dat de juristen, in samenspraak met de sociaal inspecteurs, de conclusies opstellen die in naam van de DGEC neergelegd worden bij de griffie van de administratieve rechtscolleges. Een ander gevolg daarvan is dat de DGEC voor de Kamers van eerste aanleg en van beroep in principe vertegenwoordigd zal worden door een jurist samen met een sociaal inspecteur.

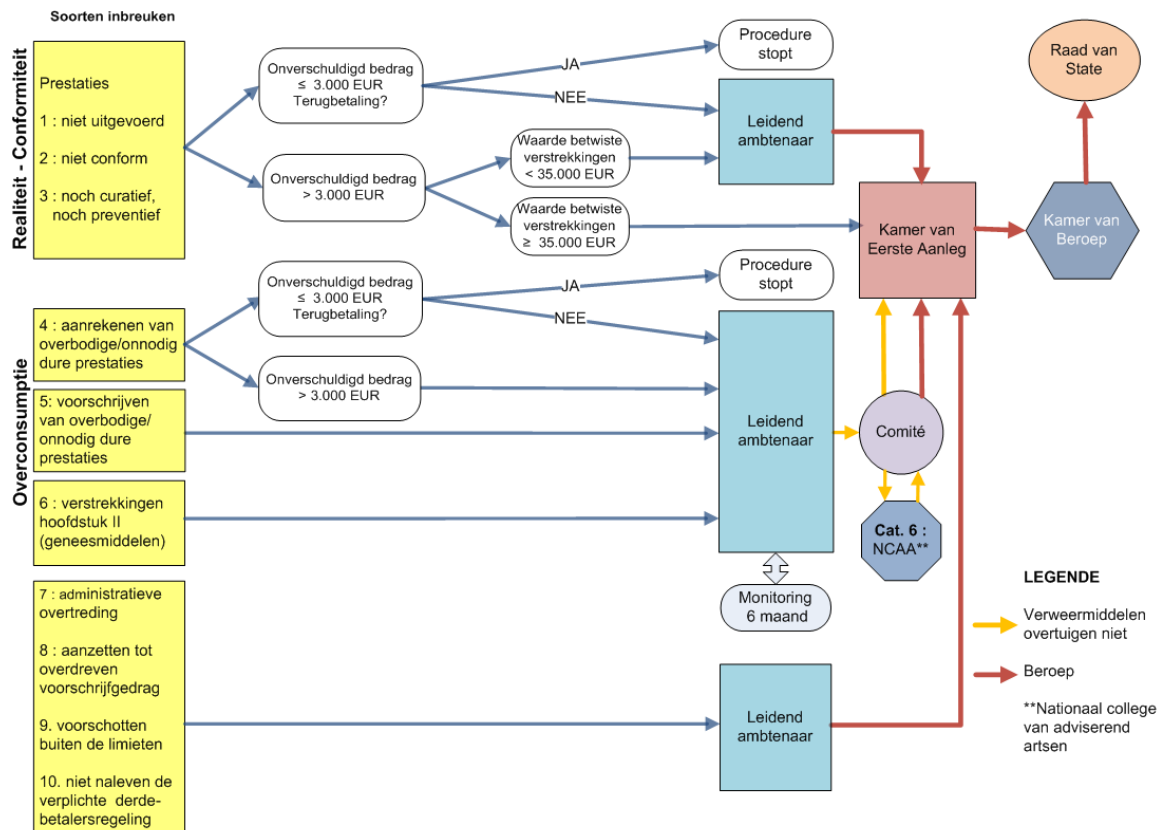
e) Recuperatie en maatregelen opgelegd door de bevoegde organen

De controleonderzoeken die afgesloten zijn als “te vervolgen” (zoals bedoeld in Tabel 3), worden in procedure gebracht voor het daarvoor bevoegde orgaan. Welk orgaan dit is en welk traject precies gevolgd moet worden, hangt af van de vastgestelde inbreuk(en).

Hieronder worden eerst de mogelijke trajecten schematisch weergegeven. Daarna worden de verschillende organen en hun beslissingen nader bekeken.

¹⁹ RvS (7e k.) 29 januari 2018, nr. 240.601; RvS (7e k.) 18 oktober 2018, nr. 242.690.

²⁰ RvS (7e k.) 29 januari 2018, nr. 240.601.

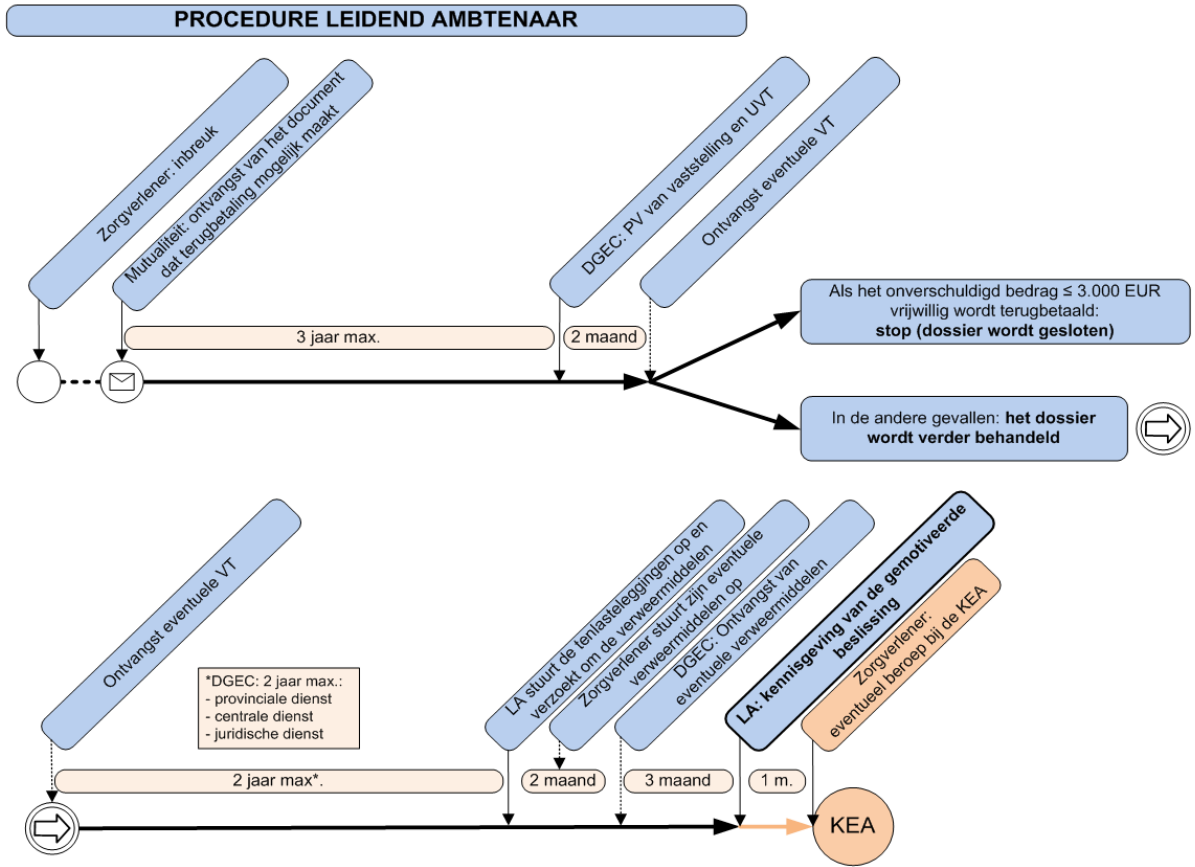


Figuur 12

Uitleg bij figuur 12:

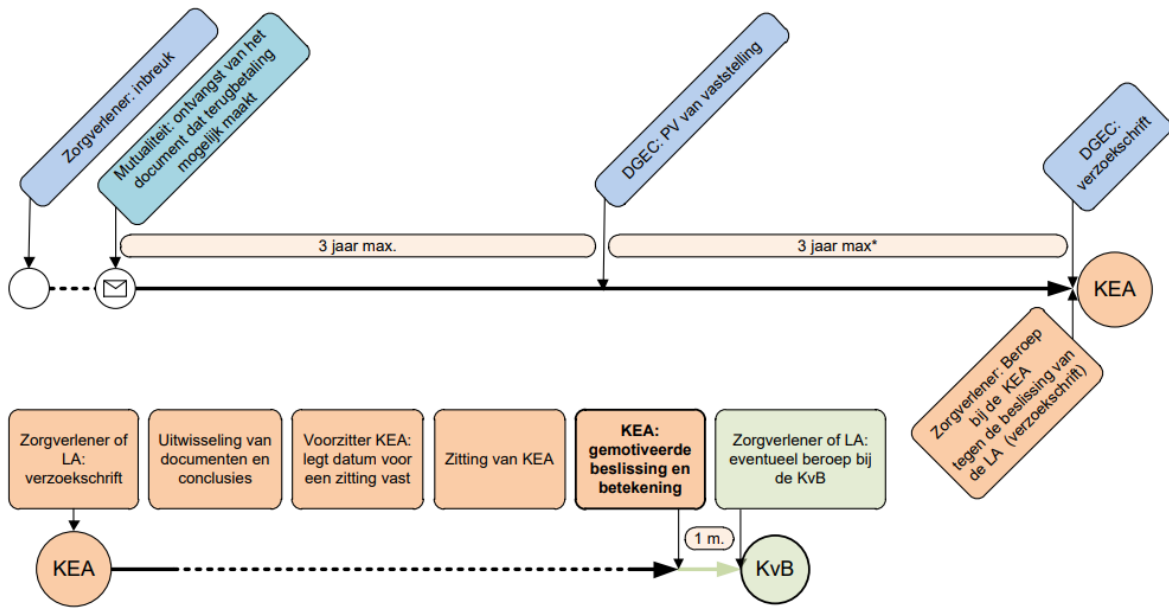
Onder **waarde van de betwiste verstrekking** wordt verstaan het bedrag van ten onrechte aangerekende verstrekkingen dat de zorgverlener nog niet heeft terugbetaald op het moment dat de procedure opgestart wordt.

Indien het **onverschuldigde bedrag** lager is dan of gelijk aan 3.000 EUR, en na de gehele terugbetaling binnen de twee maanden vanaf de dag van de betekening van het proces-verbaal van vaststelling, dooft de administratiefrechtelijke vervolging uit en wordt het dossier afgesloten.

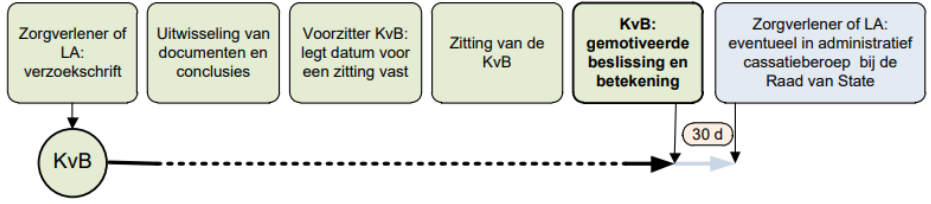


Figuur 13

PROCEDURE KAMER VAN EERSTE AANLEG



PROCEDURE KAMER VAN BEROEP



Figuur 14

I. Actieve beheersorganen

I.I Beslissingen van het Comité van de DGEC

De controleonderzoeken die aanwijzingen bevatten van overconsumptie²¹ worden voorgelegd aan het Comité, opdat het zou beslissen om ofwel:

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

Aantal zittingen: 5

Gevalen van overconsumptie: 0

²¹ Geneeskundige verstrekkingen die overbodig of onnodig duur zijn uitvoeren of voorschrijven, zoals bedoeld in artikel 73bis, 4° en 5° GVO-wet.

I.II De beslissingen van de Leidend ambtenaar van de DGEC

De Leidend ambtenaar is onder meer bevoegd, wanneer de betrokken zorgverlener verstrekkingen heeft aangerekend die hij niet of niet conform de regelgeving heeft uitgevoerd en de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 EUR.²²

De Leidend ambtenaar kan, afhankelijk van het geval, de terugbetaling bevelen van de onterechte aanrekeningen aan de ziekteverzekering en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

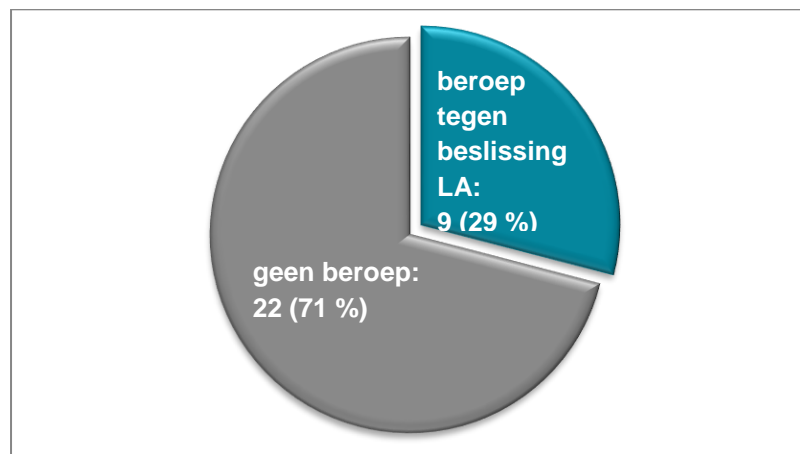
In Tabel 12 staan de gegevens omtrent de beslissingen die de Leidend ambtenaar in 2018 heeft genomen. Sommige van deze beslissingen hebben betrekking op controleonderzoeken die al in 2017 werden afgesloten.

De figuur 15 onder de tabel geeft aan tegen hoeveel beslissingen van de Leidend ambtenaar er hoger beroep werd ingesteld door de betrokken zorgverlener.

²² Artikel 73bis, 1° en 2° en artikel 143, § 1, 1° GVVU-wet. Daarnaast is de Leidend ambtenaar bevoegd wanneer de zorgverlener niet-preventieve, niet-curatieve verstrekkingen heeft aangerekend aan de ziekteverzekering, op voorwaarde dat de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 EUR (artikelen 73bis, 3° en 143, § 1, 1° GVVU-wet), wanneer de zorgverlener onregelmatige documenten heeft opgesteld zonder dat de vergoedingsvoorwaarden in het gedrang komen (artikelen 73bis, 7° en 143, § 1, 2° GVVU-wet), wanneer de zorgverlener een andere zorgverlener er toe heeft aangezet overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven of uit te voeren (artikelen 73bis, 8° en 143, § 1, 2° GVVU-wet, wanneer zorgverleners voorschotten ontvangen buiten de in artikel 53, § 1/1 bedoelde grenzen (artikelen 73bis, 9° en 143, § 1, 2° GVVU-wet) en wanneer de zorgverlener de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling niet naleeft (artikelen 73bis, 10° en 143, § 1, 2° GVVU-wet).

Tabel 12: de beslissingen genomen door de Leidend ambtenaar in 2018

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen	
				Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
			1	2	3	4	5	1+5
	Aantal	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	4	34.501	34.501	34.501	28.387	14.414	21.647	56.148
Artsen-specialisten	8	239.789	146.802	239.789	102.654	54.250	135.012	281.814
Apothekers	1	3.492	1.492	3.492	3.294	1.746		1.491
Tandartsen	3	114.038	78.768	114.038	114.038	39.384		78.768
Verpleegkundigen	13	281.293	151.220	281.311	252.675	96.619	104.262	255.481
Kinesitherapeuten	1	10.908	10.908	10.908		10.761	10.760	21.669
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	1	54.995	54.995	54.995	35.813	33.891	23.328	78.323
TOTAAL	31	739.016	478.686	739.016	536.861	251.065	295.009	773.694



Figuur 15

II. De administratieve rechtscolleges

II.1 Beslissingen van de Kamers van eerste aanleg

De Kamers van eerste aanleg zijn administratieve rechtscolleges.²³ Ze bestaan uit een Kamer die kennis neemt van alle zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld en een Kamer die kennis neemt van de zaken die in het Frans en in het Duits moeten worden behandeld.²⁴

De Kamers van eerste aanleg zijn samengesteld uit een stemgerechtigde voorzitter, die een magistraat (of op rust gestelde magistraat) is, en vier stemgerechtigde leden, waarvan twee leden, artsen, op voordracht van de V.I. en twee leden op voordracht van de beroepsgroep van de betrokken zorgverlener.²⁵ De leden zetelen steeds in eigen naam, niet als afgevaardigde van de organisatie die hen heeft voorgedragen. Zij oordelen dus vrij en naar eigen goeddunken en hebben geen instructies te ontvangen van de V.I. of beroepsgroep die hen heeft voorgedragen.²⁶

De Kamers van eerste aanleg kunnen zowel uitspraak doen in graad van beroep als in eerste aanleg. In graad van beroep oordelen de Kamers van eerste aanleg over de beroepen tegen de beslissingen van de Leidend ambtenaar.²⁷ In eerste aanleg oordelen zij over de vaststellingen ten laste van zorgverleners die onterecht verstrekkingen hebben aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering, wanneer deze niet tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar behoren. De Kamers van eerste aanleg zijn onder meer bevoegd, wanneer de betrokken zorgverlener verstrekkingen heeft aangerekend die hij niet of niet conform de regelgeving heeft uitgevoerd, wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 EUR.²⁸

Net als de Leidend ambtenaar, kunnen de Kamers van eerste aanleg, afhankelijk van het geval, de terugbetaling bevelen van de onterechte aanrekeningen aan de ziekteverzekering en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

In tabel 13 vindt u de gegevens omtrent alle beslissingen die de Kamers van eerste aanleg in 2018 hebben genomen. Tabel 14 en Tabel 15 splitsen die beslissingen vervolgens op in de beslissingen die de Kamers van eerste aanleg genomen hebben in graad van beroep (Tabel 14) en de beslissingen die ze genomen hebben in eerste aanleg (Tabel 15).

Figuur 16 geeft aan tegen hoeveel beslissingen van de Kamer van eerste aanleg er hoger beroep werd ingesteld.

²³ Artikel 144, § 1 GVVU-wet.

²⁴ Artikel 145, § 1 GVVU-wet.

²⁵ Artikel 145, § 1, tweede lid GVVU-wet.

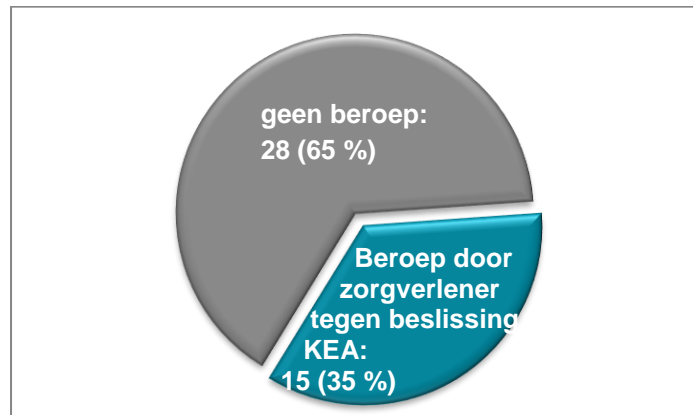
²⁶ RvS (7e k), 29 januari 2018, nr. 240.601; RvS (7e k.) 18 oktober 2018, nr. 242.690.

²⁷ Artikel 144, § 2, 2° GVVU-wet. De Kamers van eerste aanleg doen in graad van beroep eveneens uitspraak in de (zeldzame) gevallen waarin de Leidend ambtenaar beroep aantekent tegen een beslissing van het Comité om een controleonderzoek af te sluiten zonder gevolg of met een waarschuwing.

²⁸ Artikel 73bis, 1° en 2° en artikel 144, § 2, 1° GVVU-wet. Daarnaast zijn de Kamers van eerste aanleg bevoegd wanneer de zorgverlener niet-preventieve, niet-curatieve verstrekkingen heeft aangerekend aan de ziekteverzekering, wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 EUR (artikelen 73bis, 3° en 144, § 2, 1° GVVU-wet), wanneer de zorgverlener verstrekkingen heeft uitgevoerd of voorgeschreven die overbodig of onnodig duur zijn (artikelen 73bis, 4° en 5° en 144, § 2, 1° GVVU-wet) en wanneer de zorgverlener geneesmiddelen heeft voorgeschreven boven bepaalde drempels (artikelen 73bis, 6° en 144, § 2, 1° GVVU-wet).

Tabel 13: Beslissingen in KEA in 2018

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen in KEA	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen	
				Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
			1	2	3	4	5	1+5
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	7	96.426	3.104	30.488	31.095	43.194	28.758	31.862
Artsen-specialisten	3	273.448	3.862	273.448	140.696	181.000	8.258	12.119
Apothekers	1	23.882		23.844	11.922	11.922	13.500	13.500
Tandartsen	1	20.759	852	5.039		5.039	4.379	5.232
Verpleegkundige	26	1.896.639	297.844	1.892.244	1.983.152	345.723	192.276	490.120
Kinesitherapeuten	1	22.025	22.025	22.025	5.506	5.506		22.025
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	3	205.023	13.915	205.023	87.524	68.534	93.130	107.045
Anderen	1	36.742	1.834	36.742	18.371	18.371		1.834
TOTAAL	43	2.574.944	343.436	2.488.853	2.278.266	679.289	340.301	683.737



Figuur 16

Tabel 14: Beslissingen van de KEA in 2018, als beroepsinstantie

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen	Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel
Huisartsen	3	18.326	842	17.606	7.935	8.194
Apothekers	1	23.882		23.844	11.922	11.922
Tandartsen	1	20.759	852	5.039		5.039
Verpleegkundigen	12	231.584	105.767	227.819	128.964	113.953
Kinesitherapeuten	1	22.025	22.025	22.025	5.506	5.506
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	1	24.065		24.065	12.032	6.017
Andere	1	36.742	1.834	36.742	18.371	18.371
TOTAAL	20	377.383	131.320	357.140	184.730	169.002

Tabel 15: Beslissingen van de KEA in 2018 in eerste aanleg

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen	Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel
Huisartsen	4	78.100	2.262	12.882	23.160	35.000
Artsen-specialisten	3	273.448	3.862	273.448	140.696	181.000
Verpleegkundigen	14	1.665.055	192.077	1.664.425	1.854.188	231.770
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	2	180.958	13.915	180.958	75.492	62.517
TOTAAL	23	2.197.561	212.116	2.131.713	2.093.536	510.287

II.II Beslissingen van de Kamers van beroep

Net als de Kamers van eerste aanleg, zijn de Kamers van beroep administratieve rechtscolleges, die bestaan uit een Kamer die kennis neemt van alle zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld en een Kamer die kennis neemt van de zaken die in het Frans en in het Duits moeten worden behandeld.²⁹ Hun samenstelling is identiek aan die van de Kamers van eerste aanleg, met dit verschil dat enkel de voorzitter stemgerechtigd is. De andere leden hebben een adviserende stem.³⁰

De Kamers van beroep oordelen in graad van beroep over de beroepen die worden ingesteld tegen de beslissingen van de Kamer van eerste aanleg.³¹

In tabel 16 vindt u de gegevens omtrent de beslissingen die de Kamer van beroep in 2018 heeft genomen.

²⁹ Artikel 145, § 1 GVVU-wet.

³⁰ Artikel 145, § 1, derde lid GVVU-wet.

³¹ Artikel 144, § 3, 1° GVVU-wet. De Kamers van beroep doen eveneens uitspraak in de (zeldzame) beroepen tegen beslissingen van het Comité in tuchtzaken (artikel 144, § 3, 2° GVVU-wet).

Tabel 16: Beslissingen van de Kamers van beroep in 2018

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen		Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen	
					Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
	Aantal	%	EUR	1	2	3	4	5	1+5
				EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	3	8,6	1.475.449	186.565	313.256	7.546		178.124	364.689
Artsen-specialisten	2	5,7	1.588.533	83.981	933.784			849.803	933.784
Tandartsen	1	2,8	18.592		18.592	1.375	1.375		
Verpleegkundigen	17	48,6	1.034.097	35.000	1.029.490	309.249	209.784	10.250	45.250
Kinesitherapeuten	1	2,9	109.094			27.266	27.266	27.266	27.266
Orthopedisten	1	2,9	124.526	100.000	80.239		4.012	24.526	124.526
Opticiens	3	8,6	193.785		168.087	84.043			
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	6	17,1	570.727	39.887	482.743			338.217	378.104
Verzekerden	1	2,8	20.787		20.787				
TOTAAL	35		5.135.590	445.433	3.046.978	429.479	242.437	1.428.186	1.873.619

VI. SAMENWERKINGEN MET ANDERE DIENSTEN EN ORGANISATIES

a) Internationale aangelegenheden

De **Cel Internationale Aangelegenheden** heeft als doel de internationale opdrachten en onderwerpen te introduceren en te verankeren binnen de werking van de DGEC. Daarnaast deelt de cel de kennis en *knowhow* (procedures, processen, ervaringen, kennis) van de DGEC met de externe partners en organisaties, als input voor de door hen te ontwikkelen aanpak. Hierdoor wil men garanderen dat de beslissingen coherent met de nationale en internationale reglementering worden uitgevoerd bij de aanwending van de middelen van het Belgisch zorgstelsel, conform de reglementering aangaande de ziekteverzekering en de reglementering van toepassing in de Europese Unie.

In 2018 voerde de Cel Internationale Aangelegenheden onder meer volgende opdrachten uit:

- 1) Ze is sedert 2005 verantwoordelijk voor het **financieel beheer en management** van het *Europees Netwerk voor de bestrijding van fraude en corruptie in de gezondheidszorg* (EHFCN) en vertegenwoordigt het netwerk bij binnenlandse en buitenlandse partners in een Europese en internationale context.³²Ook in 2018 verzorgde de cel de dagelijkse werking van het EHFCN.
- 2) De Cel treedt op als **vertegenwoordiger van het RIZIV** bij overleg en onderhandelt met externe partners en organisaties in **projectmatige samenwerking**. Zo verzorgde de Cel in 2018 **de aansturing van het Benelux project CERBEUROS over grensoverschrijdende fraude in de gezondheidszorg** in samenwerking met het Secretariaat-generaal van de Benelux Unie.
Dit Benelux project staat genoteerd in het Meerjarenplan 2017-2020 van de Benelux³³ en wordt uitgevoerd in samenwerking met EHFCN. Het CERBEUROS project werd officieel opgestart op 12 mei 2017 tijdens een Kick-Off meeting op het Secretariaat-Generaal van de Benelux Unie. Daar tekenden de vertegenwoordigers van de drie landen een Intentieverklaring waarbij zij zich engageerden om de grensoverschrijdende fraude in de gezondheidszorg preventief en effectief samen aan te pakken. De klemtoon ligt op drie domeinen:
 - ✦ **Informatie** uitwisselen **over gesanctioneerde zorgverleners** die een beroepserkenning in een andere lidstaat aanvragen
 - ✦ **het misbruik van de Europese Ziekteverzekeringskaart** bij het verstrekken van zorgen in een andere lidstaat
 - ✦ de mogelijke aantasting door fraude van de **financiële stromen** tussen de Benelux-landen in het kader van de patiënten mobiliteit.

Voor elk van deze domeinen wordt een project uitgewerkt met volgende opdracht: een gericht onderzoek ter zake opzetten, een wettelijke omkadering alsook een netwerk platform voor informatie-uitwisseling opzetten en gebruiken. In 2018 vond een vergadering plaats van de Technische Werkgroepen en een vergadering Strategisch Overleg 'Grensoverschrijdende fraude in de gezondheidszorg' waarbij de voortgang in de drie deelprojecten werd voorgelegd aan de hoge vertegenwoordigers van de drie landen die de intentieverklaring hadden ondertekend.

- 3) De Cel **organiseert bilaterale meetings, workshops en conferenties** in een internationale context, voor het bevorderen van kennisdeling en overleg.

³² International partners: International Social Security Association (ISSA), Global Healthcare Anti-Fraud Network (GHCAN), World Health Organisation (WHO).

³³Gemeenschappelijk Werkprogramma | 2017-2020, <http://www.benelux.int/nl/publicaties/publicaties-overzicht/gemeenschappelijk-werkprogrammagemenschappelijk-werkprogramma-2017-2020>.

In 2018 werden 2 *Open House events* georganiseerd, waarbij een EHFCN lid andere (potentiële) leden uitnodigt in zijn gastland:

- ✦ Op 25-26 april 2018 organiseerde het EHFCN met de AIM (Association Internationale de la Mutualité) het EU Open House in het Europees Parlement (Brussel) over het thema “Addressing cross-border healthcare fraud” waarbij werd gereflecteerd over de *Cross-Border Care* studie van de Europese Commissie. Ook bilaterale en multilaterale projecten tussen EU-lidstaten werden besproken (waaronder het Benelux Project CERBEUROS, zie hierboven).
- ✦ Op 18-19 oktober 2018 organiseerde het EHFCN bij de EOPYY (Nationale Organisatie voor de gezondheidszorg in Griekenland) het Open House in Athene, gevolgd door een opleidingsdag op 20 oktober 2018 over “Statistical tools and machine learning techniques to fight fraud and corruption”.

In 2018 werden de meetings en conferenties die in 2019 plaatsvinden, al voorbereid:

- ✦ Het bilateraal overleg RIZIV-Cnam (Caisse Nationale d’Assurance Maladie, Frankrijk) dat plaats vond op 24 januari 2019 op het RIZIV, waarbij goede werkpraktijken werden uitgewisseld, bilateraal overleg werd gepleegd en mogelijke SPOCS in beide organisaties werden geïdentificeerd.
- ✦ Het Open House dat op 13 en 14 juni 2019 zal plaatsvinden in Utrecht (Nederland) bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- ✦ De 13^e EHFCN Internationale conferentie die op 18 en 19 november 2019 zal plaats vinden in Berlijn (Duitsland) bij GKV-Spitzenverband (Nationale vereniging van ziekenfondsen)

- 4) De Cel legt zich toe op het **verzamelen van expertise en goede praktijken** (*best practices*) van Europese en internationale partners en het produceren van aanbevelingen. In 2018 voerde het EHFCN een studieopdracht uit voor de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO).³⁴ De cel schreef een background paper over *General risks and vulnerabilities of corruption within public health care services at local level*, en verzamelde en bundelde 20 goede werkpraktijken van Europese en internationale partners. Dit project wordt in 2019 vervolgd, waarbij aanbevelingen door een experten groep worden geschreven en een toolkit met praktische handvaten wordt uitgewerkt.

b) Project ‘Audit ziekenhuizen’

In het kader van de *redesign* van de federale gezondheidszorgadministraties m.n. de as ‘Beleid’ worden in een nauwe samenwerking tussen het RIZIV, de FOD VVVL en het FAGG 4 programma’s uitgewerkt, waaronder het programma ‘Passerelles’ dat specifiek gericht is op het aligneren van business processen.

Zo werkt de DGEC mee aan het project ‘Audit ziekenhuizen’ waarbij de betrokken inspectie- en beleidsdiensten van het RIZIV, de FOD VVVL en het FAGG personeel en middelen samenbrengen onder een co-governance-structuur om ziekenhuizen te auditen. Dit project werd opnieuw opgenomen in het ‘Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020’.

De algemene doelstellingen van het project zijn:

- ✦ de verbetering van de kwaliteit en de efficiëntie van de zorgverlening aan de burger en
- ✦ de optimalisering van de besteding van de overheidsmiddelen.

³⁴ (een samenwerkingsverband van 36 landen om sociaal en economisch beleid te bespreken, te bestuderen en te coördineren. De aangesloten landen proberen gezamenlijke problemen op te lossen en trachten internationaal beleid af te stemmen).

In een context van efficiënter, eenvoudiger en transparanter toezicht op de ziekenhuizen door de betrokken administraties, zal dit nieuw team welbepaalde auditmethodieken hanteren en thematische audits in de ziekenhuissector uitvoeren.

In elk onderzoek zullen zowel conformiteit aan normen en regels van deze administraties als doelmatigheid van de geleverde zorg worden geëvalueerd. De audits nodigen uit tot verbetertrajecten op het niveau van de ziekenhuizen en de zorgverleners met de nadruk op het opvolgingsproces, waarbij feedback geven, toelichting vragen, verbeterinitiatieven aanmoedigen en monitoring centraal staan. Een wettelijk kader waardoor de auditoren van de verschillende administraties binnen elkaars bevoegdheden kunnen auditen, wordt daartoe ontwikkeld.

Het project heeft in 2018 o.a. de volgende werkzaamheden uitgevoerd:

- ✦ oprichting van een gemengd team met o.a. artsen-auditoren, verpleegkundig-auditoren en apothekers-auditoren (RIZIV/FOD VVVL/FAGG);
- ✦ opmaak van de auditmethodologie, alsook een algemeen *governance*-model;
- ✦ opleidingen tot auditor en de basisopleidingen voor het verwerven van kennis over de andere betrokken administraties;
- ✦ terreinoefening voor het testen van auditcompetenties en organisatie in twee ziekenhuizen;
- ✦ voorbereiding van een *proof of concept* ter validatie van een aantal aspecten van het project.

c) Samenwerking met het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC)

Artsen die toestellen met ioniserende stralen gebruiken, moeten hiervoor een geldige gebruikersvergunning hebben.

Sinds 2016 werkt de DGEC samen met het FANC om de betrokken artsen aan de verplichting van deze gebruikersvergunning voor 'het gebruik van de ioniserende stralen voor medische beeldvorming' te herinneren via een brievenactie.

In 2018 hebben we een impactmeting gedaan voor de groep van cardiologen die als eerste werd aangeschreven:

- ✦ We stelden een netto daling vast van 188 naar 24 cardiologen die niet in orde zijn met hun vergunning.
- ✦ De cardiologen zijn zich bewust(er) de noodzaak van een FANC-vergunning (veiligheid op het gebied van de volksgezondheid en de restitutenomenclatuur voor de terugbetaling).

VII. IMPACT OP HET AANREKEN- EN VOORSCHRIJFGEDRAG VAN ZORGVERLENERS

Het uiteindelijke doel van de DGEC als inspectiedienst is impact te hebben op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners, groeperingen en instellingen.

Die impact kan financieel zijn maar ook kwalitatief. Bovenop de in het oog springende bedragen van vrijwillige terugbetalingen van vastgestelde inbreuken eventueel aangevuld met administratieve boetes wensen we in dit hoofdstuk verschillende vormen van impact te verduidelijken en, waar mogelijk, te becijferen.

De impact van de activiteiten uit 2018 zullen we pas de volgende jaren kunnen evalueren. Hieronder vermelden we een aantal activiteiten van de voorbij jaren waarvoor we een impact hebben kunnen meten in 2018.

Tabel 17: Rechtstreekse betaling in 2018

Actie	Betrokken zorgverleners	Bedrag (EUR)	Jaar van de actie
Vrijwillige terugbetaling na een tenlastelegging	159	2.898.881,59	2016, 2017, 2018
Betaling na een definitieve uitspraak (LA, KEA, KVB)	109	2.063.496,00	2014, 2015, 2016, 2017
Recuperatie via Domeinen	46	586.454,23	2018
Totaal		5.548.831,82	

Dit betreft de vrijwillige terugbetalingen bij vaststellingen tijdens controleonderzoeken die de DGEC afsloot in 2018 evenals de opgelegde terugbetaling van definitieve beslissingen (bedragen ten laste + administratieve sancties).

Tabel 18: Voorkomen inbreuken in 2018

Welke actie	Betrokken zorgverleners	Bedrag (EUR)	Jaar van de actie
Opvolging fraudeurs	177	10.531.663,00	2015, 2016, 2017

Dit betreft de proactieve opvolging van 177 zorgverleners waarvan de dienst meent dat ze reeds eerder intentioneel inbreuken pleegden.

Tabel 19: Andere acties met een impact gemeten in 2018

Welke actie	Betrokken zorgverleners	Bedrag (EUR)		Jaar van de actie
Zaterdagssupplement bij huisartsen	77 huisartsen	261.000	Gedragswijziging bij (correcte) toepassing nom.	2016
Voorschrijvers lumbosacrale ortheses	809 artsen	2.780.000	Bewustwording bij voorschrijvers over belang van kwaliteitsvol voorschrift	2017
Spoedgevallendiensten	105 ziekenhuizen	1.334.500	Bewustwording beleidsmakers over complexiteit reglementering	2014, 2015, 2016
Totaal		4.375.500		

Op basis van bovenstaande gegevens hebben we voor het jaar 2018 een impact van de DGEC kunnen berekenen op meer dan 20 miljoen EUR. In de toekomst zullen we systematischer impactmetingen doen over onze activiteiten.

Onze impact reikt uiteraard verder en is niet altijd te berekenen. Het loutere bestaan van een inspectiedienst heeft ongetwijfeld een ontradend effect op wie overweegt om een inbreuk te plegen. De informatieverstrekking via brochures voorkomt dat zorgverleners uit onwetendheid een inbreuk plegen. De sensibilisatiebrieven en persmededelingen maken de zorgverleners en de verzekerden in het algemeen meer bewust van het belang van een correcte aanrekening van verstrekkingen. Dat is heel belangrijk voor de duurzaamheid van een toegankelijke en kwaliteitsvolle medische zorgverlening.

VIII. ICE PROJECTEN

Aanpak 'facturatiekampioenen' onder de thuisverpleegkundigen.

De DGEC heeft een arsenaal aan acties waarmee we impact kunnen hebben op het voorschrijf- of aanrekeninggedrag van zorgverleners. Na elke risicoanalyse bepaalt de DGEC welke actie of set aan acties zo efficiënt mogelijk de grootste impact kan opleveren. De mogelijke activiteiten van de verschillende directies Informatie, Controle en Evaluatie staan per directie vermeld. In dit hoofdstuk wensen we een voorbeeld te geven van het samengaan van activiteiten uit verscheidene directies: de ICE-aanpak bij 'facturatiekampioenen' onder de thuisverpleegkundigen.

Elk jaar krijgen we tientallen meldingen van niet-conforme of niet-uitgevoerde verstrekkingen bij thuisverpleegkundigen. Daarnaast doet de DGEC eigen risicoanalyses. Zo weten we dat de thuisverpleegkundigen die voor meer dan 200.000 EUR per jaar aanreken meestal ook niet-uitgevoerde verstrekkingen aanrekenen. Er zijn zo'n 180 thuisverpleegkundigen die jaarlijks boven dat bedrag zitten. Tot voor kort deden we elk jaar bij een aantal van hen een intensief controleonderzoek om de onterecht aangerekende verstrekkingen op te sporen. Met 32 verpleegkundigen sociaal inspecteurs kunnen we onmogelijk alle 'facturatiekampioenen' onderzoeken. Verhoren van alle verzekerden over verstrekkingen van 1, 2 of 3 jaar terug vragen veel energie. Verstrekking per verstrekking, euro per euro dient de DGEC te bewijzen wat onterecht werd aangerekend.

Indien we impact op deze groep wensen door enkel controleactiviteiten uit te voeren kunnen we zelfs deze kleine groep (t.o.v. in totaal 17.000 verpleegkundigen) niet op het goede pad krijgen. Daarom zetten we in op verschillende fronten.

In plaats van enkele thuisverpleegkundigen per jaar te controleren, willen we de hele groep sensibiliseren via brieven en vragenlijsten. Eind 2018 werden de eerste 50 brieven verstuurd als test van deze nieuwe methodologie. De ingewonnen informatie en de impact op het toekomstig aanrekeninggedrag zullen proactief worden gemonitord. Bij een positief resultaat zullen we deze acties uitbreiden.

Zorgverleners die niet antwoorden of waarbij we geen impact hebben zullen alsnog een controleonderzoek krijgen.

Bij kinesitherapeuten en tandartsen bestaat in de nomenclatuur al een jaarlijkse limiet op het aanrekenbedrag. De DGEC heeft in het kader van het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020 een gelijkaardige verantwoordingsdrempel voorgesteld voor de thuisverpleegkundigen. Alles dat wordt aangerekend boven de 180.000 EUR per jaar dient te worden gemotiveerd, of terugbetaald. Dit voorstel wordt in 2019 voor de betreffende representatieorganen besproken en hopelijk goedgekeurd.

Sensibilisatiebrieven (directie Informatie), nomenclatuurwijzigingen (directie Evaluatie) en tenlasteleggingen (directie Controle) gaan hand in hand in het kader van een efficiënte aanpak van een groep thuisverpleegkundigen. Ook bij andere groepen zorgverleners willen we onze activiteiten beter op mekaar afstemmen.

Letterwoorden

AA	Adviserend Arts
ADH	Anonieme daghospitalisatie
AZV	Anonieme ziekenhuisverblijven
BOD	Beslissingsorgaan/Organe Décisionnel
CDZ-OCM	Controle Dienst Ziekenfondsen – Office de contrôle des mutualités
CNK	Code national / Nationaal codenummer
CT	Computer Tomografie
DAC	Dienst voor administratieve controle
DGEC	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
DGV	Dienst voor geneeskundige verzorging
EBM	Evidence based medicine
EEG	Elektro-encefalografie
EFO	Elektrofysiologisch onderzoek
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
FAGG	Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten
FANC	Federaal agentschap voor nucleaire controle
FOD VVVL	FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
GAO	Getuigschrift arbeidsongeschiktheid
GMD	Globaal medisch dossier
GTIN	Global Trade Item Numbere
GVU	Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
ICE	Informatie, Controle & Evaluatie
IMA	InterMutualistisch Agentschap
KCE	Kenniscentrum
KEA	Kamer van eerste aanleg
KvB	Kamer van beroep
LA	De Leidend ambtenaar van de DGEC
LOK	Lokale kwaliteitsgroep
MOC	Multidisciplinair Oncologisch Consult
MRI	Magnetic resonance imaging, kernspintomografie
NGV	Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen (Nomenclatuur)
NMR	Nucleaire Magnetische Resonantie i
OTC	Voorschriftvrije geneesmiddelen, Over The Counter geneesmiddelen
PET	Positron Emissie Tomografie
PVI	Proces-verbaal van inregelstelling
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
ROB	Rustoord voor bejaarden
TGR	Technisch Geneeskundige Raad
USC	Unieke streepjescode
V.I.	Verzekeringsinstellingen
ZH	Ziekenhuis

Meer weten?

Hebt u vragen of opmerkingen over deze publicatie?

Contacteer ons:

- ✦ per e-mail: infoteam.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be
- ✦ per post: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Directie Informatie
Tervurenlaan 211
1150 Brussel