



Activiteitenverslag

DGEC 2013

Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

VOORWOORD VAN DE LEIDEND AMBTENAAR

Ik beschouw het jaar 2013 als een overgangsjaar.

Die overgang is merkbaar in de interne en externe werking van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC).

Op intern vlak waren er de verwachte gevolgen van de pensionering van vele personeelsleden. Enerzijds evolueerde de DGEC naar een nieuwe manier van werken met de opleiding van onderzoeksassistenten. Daardoor kunnen controleurs en inspecteurs sommige taken nu delegeren. Iedereen wordt polyvalenter en er wordt meer in team gewerkt. Anderzijds hebben werkgroepen zich toegelegd op de ontwikkeling van de toekomstige structuur van de DGEC. Dit gebeurde via het programma 'DGEC-SECM 2015'.

Ook de externe werking is geëvolueerd.

De DGEC heeft als opdracht bij te dragen tot het efficiënte gebruik van de middelen van de verzekering. Hoewel de controles van de DGEC tot nu toe vooral gericht waren op de realiteitsconformiteit van de verstrekkingen, ziet men nu dat de focus op de eis om kwaliteitsvolle verstrekkingen komt te liggen. Hierbij verwijs ik naar de studie van de longfunctietests (blz. 20). Rekening houdende met de belangen van de patiënt en de belastingbetaler moet een terugbetaalde verstrekking kwaliteitsvol en nuttig zijn.

Niettegenstaande deze intern en externe veranderingen gaat gewone werk verder.

Om ervoor te zorgen dat iedere zorgverlener altijd toegang heeft tot kwaliteitsvolle informatie, kregen de Infoboxen er laatst twee brochures bij: "Tandarts" en "Paramedici". Bovendien werd de Infobox voor de "Geneesheer-specialist" bijgewerkt.

De individuele en thematische enquêtes werden voortgezet. Zoals elk jaar werden er evaluatieprojecten uitgevoerd. De details hiervan vindt u in dit verslag.

Zoals elk jaar maak ik van de gelegenheid gebruik alle medewerkers te bedanken die zich elke dag inzetten en momenteel bij die overgangen betrokken zijn, met de onrust die elke verandering teweegbrengt.

Veel leesgenot!

Dokter Bernard Hepp
Geneesheer-directeur-generaal
Leidend ambtenaar.

HOE LEEST U DIT ACTIVITEITENVERSLAG?

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

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

Aandacht: dit rapport verzamelt de acties uitgevoerd in de loop van het jaar 2013. Men moet zich ervan bewust zijn dat een enquête niet wordt opgestart, uitgevoerd, afgesloten en overgedragen aan de bevoegde organen voor een definitieve beslissing in de loop van hetzelfde jaar. De tabellen betreffen dus verschillende dossiers: men moet er geen chronologie van eenzelfde dossier in gaan zoeken.

Veel leesgenot!

Dit verslag werd opgesteld door de Directie Informatie van de DGEC op basis van de resultaten en inlichtingen die de andere departementen hebben doorgegeven op datum van 31 maart 2014. Het werd voorgesteld op de zitting van het Comité van de DGEC op 9 mei 2014.

INHOUDSTAFEL

Voorwoord van de Leidend ambtenaar	3
Hoe leest u dit activiteitenverslag?	4
Inhoudstafel	5
1^{ste} deel: in een oogopslag.....	7
I. De DGEC	8
II. 2013: Realisaties	9
III. DGEC Activiteiten 2013: enkele cijfers	10
IV. Het personeel	11
V. Structuur.....	11
2^{de} deel: resultaten.....	13
I. De impact van de acties van de dienst, het indirect voordeel.....	15
II. De informatie	17
1. Informatie voor de zorgverleners	17
2. De adviesfunctie	17
III. De evaluatie	19
IV. Controle geneeskundige verzorging	35
1. Thematische onderzoeken « CENEC »	35
2. Controle « unieke streepjescode »	50
3. De individuele onderzoeken	51
V. Recuperatie en maatregelen opgelegd door de bevoegde organen.....	57
1. Actieve beheersorganen.....	63
2. De administratieve rechtscolleges.....	66
VI. Controle arbeidsongeschiktheid.....	71
1. De controle op het gebied van arbeidsongeschiktheid na het eerste jaar.....	71
2. De controle op het gebied van arbeidsongeschiktheid op vraag van de adviserend geneesheren	71
3. De controle op de werking van de adviserend geneesheren inzake primaire arbeidsongeschiktheid	72
4. Expertises en onderzoeken op verzoek van de arbeidsrechtbanken.....	72
5. De geneeskundige controle betreffende arbeidsongeschiktheid van mindervalide gerechtigden en van bepaalde zelfstandigen.....	72

6. Medische onderzoeken op vraag van buitenlandse instellingen voor sociale zekerheid	72
VII. De primaire controle van de verzekeringinstellingen	75
3^{de} deel: vooruitzichten 2014-2015	79
4^{de} deel: documentatie.....	83
I. DE WET INZAKE DE RESPONSABILISERING VAN DE ZORGVERLENERS	85
1. Historiek	85
2. Inbreuken	85
3. Maatregelen	86
4. Uitleg	87
5. Gerechtelijke instanties	87
6. De procedures inzake overconsumptie en overdreven voorschrijfgedrag	88
7. Conclusie	90
II. DE DGEC BINNEN HET RIZIV	91
III. DE DGEC: BEHOORLIJK BESTUUR	93
1. Beheer van de DGEC	93
2. Het Comité van de DGEC.....	93
IV. DE DGEC: SOORTEN ACTIES	95
1. Informatie	95
2. Evaluatie	95
3. Controle	95
4. De rechtspraak.....	96
V. ACRONIEMEN.....	97
VI. MEER WETEN?.....	98

1^{ste} deel: in een oogopslag

I. DE DGEC

OPDRACHT

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

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

STRATEGIE

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

Alle opdrachten en verantwoordelijkheden van de DGEC zijn complementair.

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

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

ACTIES

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

WAARDEN

Integriteit, Respect, Vertrouwen, Teamgeest, Professionalisme

ENGAGEMENT

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

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

Artikel 22. Geïnformatiseerd dossierbeheer.

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

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

II. 2013: REALISATIES

Informatie - communicatie:

Publicatie:

- Infobox geneesheer-specialist, bijgewerkte versie
- Infobox tandarts, eerste editie
- Infobox paramedici, eerste editie.

Op 4 juni 2013 nodigde de DGEC enkele journalisten uit om het Activiteitenverslag 2012 voor te stellen en de directe en indirecte impact van zijn acties te illustreren met praktijkvoorbeelden.

Controle:

983 individuele onderzoeken werden afgerond, voor vaststellingen ter waarde van 9,17 miljoen EUR.

Drie nationale onderzoeken zijn afgewerkt:

- IP014 Aanrekenen van een neurolyse bij het syndroom van carpale tunnel
- IP022 Facturering van percutane endovasculaire dilataties
- IP024 Kinesitherapie: impactmeting van de overschrijdingen van de daggemiddelden

Evaluatie:

Drie evaluatieprojecten werden afgerond:

- 10/001 Impactmeting van de campagne « longfunctietests »
- 11/004 Protonpompinhibitoren: studie over de implementatie van de indicatoren.
- 13/006 Meting van de impact van de versterkte controle door de VI van de aanvragen voor een machtiging tot vergoeding van de geneesmiddelen onder hoofdstuk IV.

Procedures voor terugbetaling en maatregelen:

Aantal beslissingen van de organen van het contentieux:

- Leidend ambtenaar: 92
- Kamer van eerste aanleg: 131
- Kamers van beroep: 122

Uitkeringen:

8.563 geneeskundige onderzoeken werden uitgevoerd in de Gewestelijke commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit.

Internationale samenwerking:

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

III. DGEC ACTIVITEITEN 2013: ENKELE CIJFERS

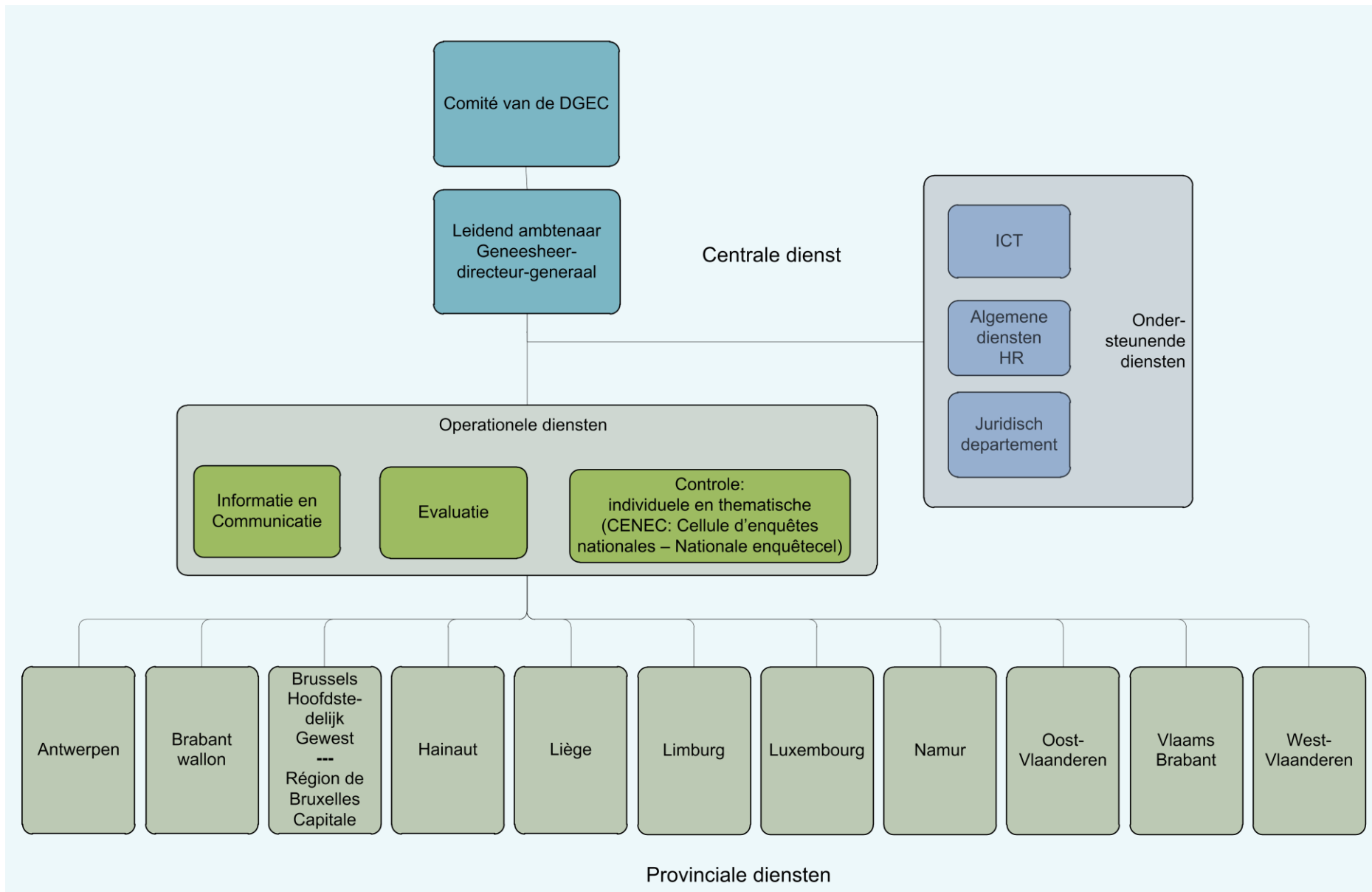
2013	
Informatie	
Infobox geneesheer-specialist, bijgemerkte versie	
Infobox tandarts, eerste editie	
Infobox paramedici, eerste editie	
Evaluatie	
Aantal geanalyseerde thema's (beëindigd)	3
Controle	
Aantal afgesloten individuele onderzoeken	983
Bedrag uitgevoerde vrijwillige terugbetalingen (afgesloten onderzoeken "verwittiging met vrijwillige terugbetaling")	3.659.642 €
Aantal thematische onderzoeken (CENEC) uitgevoerd en afgerond	3
Procedures en maatregelen	
1. Beslissingen van de Leidend ambtenaar	
Aantal uitgesproken beslissingen	92
Bedrag opgelegde terugbetalingen	1.061.914 €
Bedrag uitgesproken effectieve administratieve boetes	15.384 €
Bedrag uitgesproken administratieve boetes met uitstel	33.423 €
2. Beslissingen van de Kamer van eerste aanleg	
Aantal uitgesproken beslissingen	131
Bedrag opgelegde terugbetalingen	4.057.497 €
Bedrag uitgesproken effectieve administratieve boetes	1.358.747 €
Bedrag uitgesproken administratieve boetes met uitstel	305.195 €
3. Beslissingen van de Kamer van beroep	
Aantal uitgesproken beslissingen	122
Bedrag opgelegde terugbetalingen	3.085.539 €
Bedrag uitgesproken effectieve administratieve boetes	631.459 €
Bedrag uitgesproken administratieve boetes met uitstel	29.207 €
Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit	
Aantal uitgevoerde lichamelijke onderzoeken	8.563

IV. HET PERSONEEL

Personeel DGEC op 01-12-2013	Centraal			Provincies			TOTAAL
	NL	FR	Sub-tot	NL	FR	Sub-tot	
Geneesheer-directeur-generaal	1		1				1
Geneesheer-inspecteur generaal	1	1	2				2
Geneesheer-inspecteur-directeur		1	1	5	5	10	11
Adviseur	2	1	3				3
Apotheker-inspecteur	3	3	6				6
Attaché	7	4	11	4	2	8	17
Attaché jurist	4	4	8				8
Geneesheer-inspecteur	3	8	11	44	29	73	84
SMALS deskundige	2	3	5				5
Administratief deskundige	1	1	2	2	2	4	6
Technische deskundige (verpleegkundige controleur)				26	15	41	41
Administratief assistent	11	7	18	37	33	70	88
Administratief medewerker	4	4	8	15	12	27	35
TOTAAL	39	37	76	133	98	232	307

V. STRUCTUUR

Zie organigram op de volgende bladzijde.



2^{de} deel: resultaten

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

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

Het is moeilijk om besparingen die voortvloeien uit die proactieve acties in te schatten aangezien het om niet uitgegeven en dus niet teruggevorderd geld gaat.

Het hieronder beschreven onderzoek dat dit jaar is uitgevoerd, geeft ons echter wel een idee.

Het basisprincipe was dat er geen enkele reden bestaat om een kwaliteitsvolle verstrekking onnodig te herhalen binnen een korte termijn, tenzij bij therapeutisch risico. We berekenden het aantal herhaalde aanrekeningen van conserverende tandverzorging gedurende één jaar bij eenzelfde verzekerde, voor eenzelfde tand, door dezelfde tandarts. Daarna informeerden we duizend tandartsen per brief over de resultaten van die berekening. De impact van die informatie was heel groot want de uitgaven van de VGU voor conserverende tandverzorging namen in één jaar met 11 miljoen euro af.

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

In totaal is hier dus sprake van 17 miljoen euro aan afgeleide besparingen, die dus geen teruggevorderde onverschuldigde bedragen zijn. Dat toont aan welke winst de overgang van het repressieve naar het preventieve beleid kan opleveren. Hoewel die bedragen niet in de ontvangsten te zien zijn, maken ze wel degelijk deel uit van de activa van het werk van de dienst.

Dit is wat voor die twee voorbeelden is gemeten maar elk thematisch onderzoek, elk evaluatieproject en elke informatie naar de zorgverleners hebben een positieve impact die soms echter niet meetbaar is. Vroegere acties, zoals de controle van de unieke streepjescodes of de publicatie van de Infoboxen, hebben al jaren een blijvende impact op de onaangepaste uitgaven.

Dit betekent dat **alle** acties van de DGEC vanuit die brede visie moeten worden onderzocht. Men mag zich niet dus niet beperken tot het onderzoeken van de cijfers van de onverschuldigde bedragen die elk jaar door repressieve acties worden teruggevorderd.

II. DE INFORMATIE

1. Informatie voor de zorgverleners

Informatiebrochures

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

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

2013	Brochure
April	Infobox geneesheer-specialist, bijgewerkte versie
December	Infobox tandarts, eerste editie
December	Infobox paramedici, eerste editie

Lezingen en conferenties

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

2013	
Uiteenzettingen	9

2. De adviesfunctie

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

2013	
Aantal aanwezigheden op vergaderingen	167

III. DE EVALUATIE

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

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

Evaluatieprojecten beëindigd in 2013:

- 10/001 Impactmeting van de campagne « longfunctietests »
Berekening impact van de campagne in 2009 naar de pneumologen toe.

- 11/004 Protonpompinhibitoren: studie over de implementatie van de indicatoren.
Haalbaarheidsstudie voor een controle a posteriori van het voorschrift van protonpompinhibitoren op basis van de gepubliceerde indicatoren.

- 13/006 Impactmeting van de versterkte controle door de Verzekeringsinstellingen (V.I.) van de aanvragen voor een machtiging tot vergoeding van de geneesmiddelen onder hoofdstuk IV.

10/001 Impactmeting van de campagne “Longfunctietesten”

Context

In februari 2009 voerde het departement Evaluatie van de DGEC een preventiecampagne over het oordeelkundig gebruik van longfunctietesten (LFT). 426 van 499 geneesheren specialisten die regelmatig deze onderzoeken uitvoeren, kregen een gepersonaliseerd schrijven omdat ondoelmatig gebruik vermoed werd. De evaluatie was gebaseerd op guidelines die het Kennis Centrum (KCE) anderhalf jaar voordien had gepubliceerd.

De Technisch geneeskundige raad (TGR) werd eveneens op de hoogte gebracht van het evaluatieproject en het ondoelmatig gebruik van de longfunctietesten.

Onmiddellijk na de campagne was er een sterke reactie van de verenigingen van longartsen. Ze betwistten zelfs de KCE-guidelines. De verenigingen startten een eigen studie om het nut van bepaalde gespecialiseerde testen in een standaard diagnosestelling aan te tonen.

In de TGR werd een debat gestart over het nut van sommige testen in standaard diagnostische setting en over alternatieve vergoedingssystemen..

Doel

De impact van de richtlijnen van het KCE, bekendgemaakt in augustus 2007, en van de informatiecampagne van de DGEC in februari 2009.

Methode

Er werden twee metingen uitgevoerd:

1. aantal testen en uitgaven **op nationaal vlak**

De controleperiode liep van februari 2009 tot januari 2011 (24 maanden). De gegevens werden vergeleken met die van de twee voorgaande jaren (februari 2007 tot januari 2009, 24 maanden).

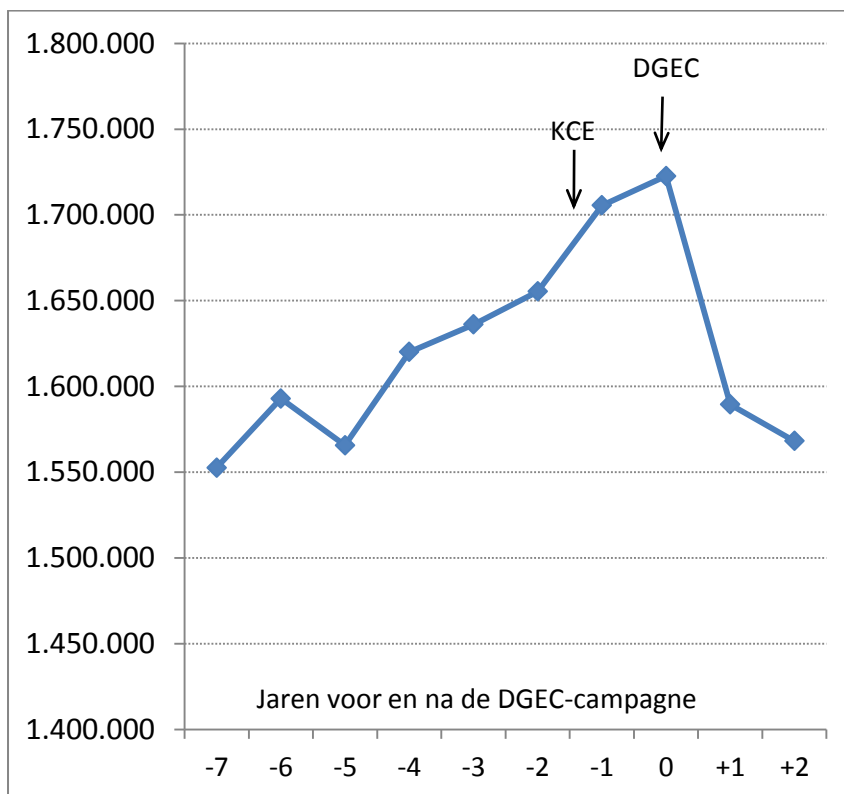
2. aantal testen en combinatie **met de doelgroep**

De controleperiode liep van juli 2009 tot januari 2010 (zeven maanden). De gegevens werden vergeleken met die van de dezelfde periode van het vorige jaar (juli 2008 tot januari 2009, zeven maanden).

Resultaten

I. Op nationaal vlak

1. Impact op het aantal longfunctietesten.

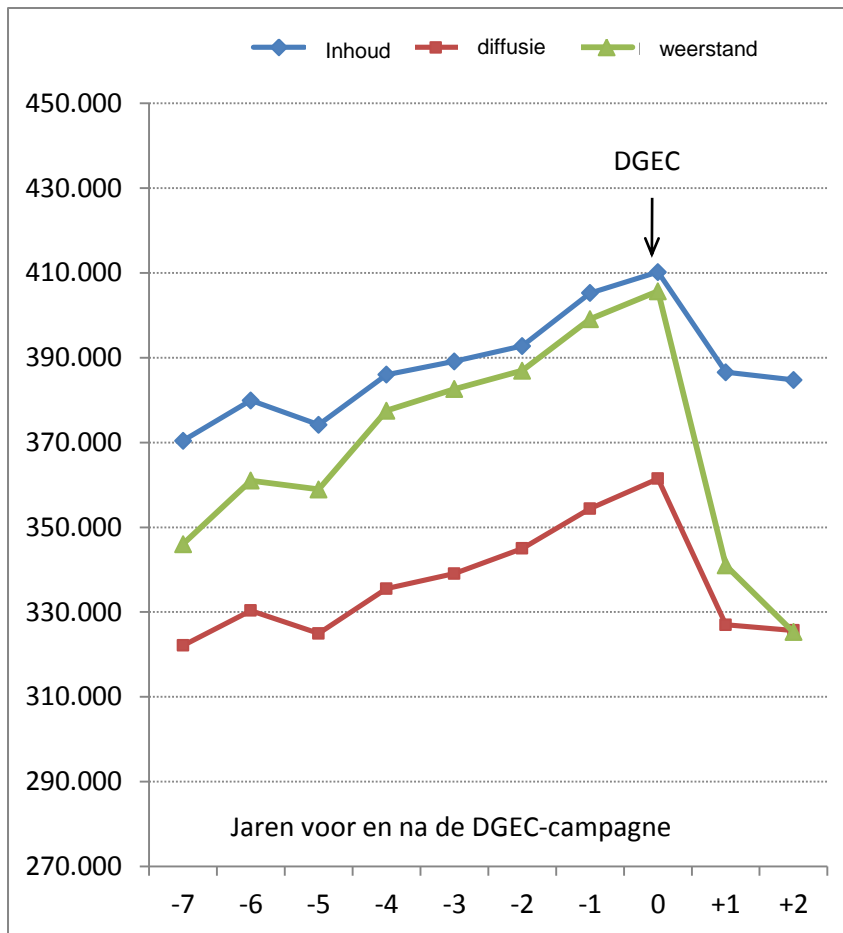


We stelden vast dat de publicatie van de KCE-guidelines anderhalf jaar voor de campagne geen effect had op de medische praktijk. Het aantal testen bleef stijgen na de publicatie.

Analyse van de evolutie van het aantal testen **gedurende acht jaar** voor de campagne toont **een jaarlijkse stijging van gemiddeld 1.5%**.

Na de campagne is er een duidelijke daling van het aantal testen. De trendbreuk valt samen met het tijdstip van de campagne, gedurende de maand februari 2009. Het effect van de campagne blijft stabiel gedurende minimum twee jaar en negen maanden na de lancering.

Details: de vergelijking van het totaal aantal LFT-testen verricht twee jaar na de campagne (februari 2009 tot januari 2011) met het aantal verricht twee jaar ervoor (februari 2007 tot januari 2009), toont een verschil van 270.555 testen vast. Dat komt overeen met een daling van 8%. Detailanalyse toont de grootste daling in testen met het meest ondoelmatig gebruik: de weerstandstest (17%) gevolgd door de diffusietest (9%).



2. Impact op de uitgaven

Voor de campagne was er een stijgende trend van deze uitgaven. Analyse van de evolutie van de uitgaven voor LFT **gedurende acht jaar voor** de campagne toont **een jaarlijkse gemiddelde groei van 3%**.

De jaarlijkse landelijke uitgaven voor LFT gedurende de twee jaren voor de campagne (februari 2007 tot januari 2009) bedroegen 108,4 miljoen EUR; de uitgaven twee jaar erna (februari 2009 tot januari 2011) waren gedaald naar 103,2 miljoen EUR. Dat betekent een verschil van 5.2 miljoen EUR. Dit was hoofdzakelijk te wijten aan de weerstandstest (4.3 miljoen EUR) en de diffusietest (1.1 miljoen EUR).

Wanneer we de natuurlijke evolutie van de uitgaven voor LFT in acht nemen (trendextrapolatie), dan zou de kost hiervoor 115,5 miljoen EUR zijn gedurende twee jaar na de campagne. De reële uitgave was echter 103,2 miljoen EUR. Dit betekent een besparing van 12,3 miljoen EUR tijdens een follow-up van twee jaar dankzij meer doelmatigheid. Op jaarbasis betekent dit een besparing van 6,1 miljoen EUR.

II. De doelgroep

Doelgroep: de 426 artsen die een brief kregen in 2009.

1. Impact op het aantal tests

Het totaal aantal testen toont een daling van 126.501 tests (kostequivalent van 5,0 miljoen EUR) tijdens een periode van zeven maanden (van 871.785 pre-campagne naar 745.284 post-campagne).

Verdere analyse toont dat de frequentie van viervoudig testen (spirometrie met of zonder dilatatie of provocatie + volume + diffusie + weerstandstest) gedaald is van 71% der patiënten pre-campagne naar 55% post-campagne. Volgens de guidelines is er **geen indicatie** voor deze viervoudige combinatie.

De gegevens van de 390 zorgverleners van voor en na de campagne werden vergeleken:

- o 90 van de 390 zorgverleners vertoonden geen criteria van overconsumptie meer
- o 300 bleven positief voor één of meerdere criteria. Dat betekent echter niet dat er helemaal geen impact is; deze kan bijvoorbeeld beneden de drempel van de criteria liggen.

De analyse van de evolutie van het absoluut aantal testen voor en na de campagne geeft een heterogeen beeld; bij sommige zorgverleners is er een duidelijk effect, bij andere minder of geen.

In sommige gevallen is de vastgestelde daling van het aantal testen niet veroorzaakt door een meer doelmatige praktijk maar door globale activiteitsvermindering (bijvoorbeeld door einde loopbaan).

2. Evolutie van de relatieve frequentie van speciale testen of testcombinaties

Bij sommige artsen is er een sterke daling na de campagne, bij andere is het effect beperkt of afwezig.

Besluit

De publicatie van de KCE-guidelines anderhalf jaar voordien had geen merkbaar effect op de medische praktijk.

De DGEC-preventiecampagne had daarentegen een duidelijk effect:

- er was een trendbreuk in het voordien langzaam stijgend aantal longfunctietesten
- en een besparing van 12.3 Mio EUR werd gerealiseerd tijdens een follow-up van twee jaar.

De praktijk was meer conform de guidelines daar de daling zich vooral voordeed in testen met ondoelmatig gebruik.

Ondanks dit aanzienlijk effect, toont de analyse dat slechts een minderheid van de zorgverleners hun praktijk grondig heeft aangepast (90 van de 390); in veel gevallen is er slechts een matige of mineure verandering. Er is dus nog veel ruimte voor verbetering.

Na de campagne ontstond in de Technisch geneeskundige raad een debat over de vergoeding en het nut van deze testen. Het tarief voor de test met het meest ondoelmatige karakter, nl. de weerstandstest, werd gereduceerd van 38,54 EUR tot 29,34 EUR. Deze maatregel op zich zal een besparing van ong. 3 miljoen EUR teweegbrengen, bovenop het rechtstreekse effect van 6,1 miljoen EUR.

Communicatie

Het rapport werd aan het Comité bezorgd op 15 februari 2013.

11/004 Protonpompinhibitoren (PPI): studie betreffende de implementatie van indicatoren

Context

Het protonpompinhibitoren(PPI)-verbruik steeg in de periode 2006-2009 gemiddeld met 14%. De uitgaven voor terugbetaling van PPI bedroegen 111 miljoen EUR in 2010.

De Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) heeft de aanbevelingen¹ voor het gebruik en voorschrijven van PPI herzien in 2010. De aanbevelingen werden gepubliceerd in het Belgisch staatsblad van 20 augustus 2010².

Het Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen (CEG) bepaalt welke indicatoren er kunnen op wijzen dat een zorgverlener deze bindende aanbevelingen niet naleeft. Na de publicatie van de aanbevelingen van het CTG in het staatsblad heeft het CEG twee indicatoren voorgesteld: de prevalentie-indicator en de behandelingsduurindicator. Het is de bedoeling ze alleen toe te passen op voorschrijvers met minimum 20 patiënten.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) ging op basis van de indicatoren na of een zorgverlener in concreto in aanmerking kwam voor een monitoringcontrole op de naleving van de aanbevelingen.

Doel

Nagaan of het gebruik van de door de CEG voorgestelde indicatoren mogelijk is voor controle.

Methodologie

We voerden deze studie uit op basis van de data van de tarificatiediensten van het volledige jaar 2010. Ook hanteerden we de lijst van codes voor PPI medicatie (2010) Hoofdstuk II.

De **beginpopulatie** werd gevormd door de huisartsen (bevoegdheidscodes 000-009: 16.574 artsen). Zij vertegenwoordigden 40 % van de voorschrijvers en waren goed voor 85 % van de PPI omzet.

¹www.riziv.be > Geneesmiddelen en andere farmaceutische verstrekkingen > geneesmiddelen > aanbevelingen > protonpompinhibitoren.

²Aanbevelingen over het gebruik van protonpompinhibitoren, B.S. 20 augustus 2010, blz. 54.469.

De groep van **geselecteerde huisartsen** (11.146) schreven bij minstens 20 patiënten PPI voor. Die laatsten moesten max twee PPI voorschrijvers hebben en enkel PPI vergoed in Hoofdstuk II gebruiken.

De twee voorgestelde indicatoren zijn de:

- o prevalentie-indicator (in %): $\frac{\text{aantal patiënten PPI}}{\text{aantal patiënten}}$
- o behandelingsduurindicator (in dagen): $\frac{\text{aantal DDD PPI}}{\text{aantal patiënten PPI}}$

We pasten de indicatoren, evenals een combinatie van beide, toe op de gekozen groep. Verschillende scenario's werden in overweging genomen als toepassingstests: P80, P90, P95, P99, outlier. Een outlier bevindt zich boven de waarde $(P75 - P25) \times 1,5 + P75$.

De drempels (in % en in behandelingsdagen), het aantal geselecteerde artsen en het maximale rechtstreeks effect (in % van het budget en het aantal patiënten) werden berekend.

Resultaten

Drempelwaarden, in % of in behandelingsduur, en aantallen geselecteerde artsen volgens elk getest scenario:

Indicator	Voorschrijver		SCENARIO				
			P80	P90	P95	P99	outlier
Prevalentie	alleen *	drempel (%)	/	/	/	/	/
		aantal artsen	/	/	/	/	/
	meerdere	drempel (%)	14,74	17,03	19,32	24,77	22,33
		aantal artsen	2139	1070	535	107	206 ^a
Behandelingsduur	alleen	drempel (dagen)	221	246,5	271	318	341
		aantal artsen	2139	1070	535	107	40
	meerdere	drempel (dagen)	211	232	251,5	292,5	310,5
		aantal artsen	2139	1070	535	107	49 ^b
Combinatie	alleen	aantal artsen.	629 ^c	195	57	8	5
	meerdere	aantal artsen.	696	231	73	9	7

* Berekeningen niet getoond. Aangenomen werd dat de indicator « prevalentie » alleen toegepast op de solo-artsen niet toeliet ze voldoende te differentiëren.

De groepen van 206^a en 49^b artsen vormen een groep van 248 artsen (sommigen zitten in beide groepen) die samen 3,8% van de totale omzet PPI van de doelgroep vertegenwoordigen.

De 629^e artsen behandelden 14,7% van hun patiënten gemiddeld gedurende 211 dagen per jaar. Ze vormden 5,9% van de doelgroep huisartsen met minimum 20 patiënten en genereerden 8,4% van de totale PPI-omzet.

Bespreking

De thans gepubliceerde indicatoren zijn niet voor alle PPI aanbevelingen een maatstaf. Ze zijn ook alleen toepasbaar op artsen die minimum 20 verschillende patiënten behandelen met PPI.

De uitkomsten van de indicatoren krijgen maar betekenis als men ze vergelijkt met een drempelwaarde.

De wetenschappelijke basis ontbreekt om aan te tonen dat een bepaalde drempelwaarde de grens uitmaakt tussen good medical practice en overbodig voorschrijfgedrag.

Wanneer men niet alleen indicatoren maar ook de bijhorende 'hoge' drempelwaarden publiceert en toepast, dan geeft men ongewild de indruk dat artsen die onder deze drempelwaarden blijven de aanbevelingen naleven.

Voor het bereiken van uitsluitend financiële doelstellingen is het toepassen van de indicatoren in een controleprocedure weinig effectief in vergelijking met andere pistes.

Als het de bedoeling is overbodig voorschrijfgedrag in te perken, kan eventueel een a posteriori controle opgestart worden op basis van de indicatoren. Maar dergelijke controle is een langdurig, ingewikkeld en arbeidsintensief proces waarmee men slechts een zeer beperkt aantal artsen op een nuttige manier kan bereiken, met zeer beperkt rechtstreeks effect op het globale voorschrijfgedrag. De aankondiging van de publicatie van de indicatoren en van DGEC controles kan de voorschrijvers er wel toe aanzetten na te denken over hun PPI voorschrijfgedrag.

Het CEG rekent vooral op het ontradend effect van de aankondiging van een a posteriori controle van de outliers op basis van de indicatoren. Dan rijst de vraag echter hoe de boodschap zal overkomen bij de voorschrijvers. Er ligt immers een dubbelzinnigheid in de boodschap en die wordt veroorzaakt door de toepassing van zeer hoge drempelwaarden inherent aan het outlier concept.

Besluit

Het doel van dit rapport is de indicatoren te evalueren in functie van een mogelijke implementatie.

In de studie werden verschillende mogelijke doelstellingen vooropgesteld, wanneer men zich:

- richt op de 'outliers' (gecombineerd), zoals CEG voorstelt, viseert men **0,15%** van het verbruik en 0,14% van de omzet bij huisartsen. Het te verwachten rechtstreekse **effect** hiervan is **minimaal**
- wanneer men zich baseert op de drempelwaarden P80, zou een a posteriori controle:
 - de uitgaven terugdringen met 1.794.393 EUR of **slechts 1,6%**
 - het aantal behandelde patiënten verminderen met 16.200 of 1,2%.

Anderzijds is het een illusie te verwachten dat sanctionering kan optreden binnen een termijn van zes jaar na publicatie van de indicatoren. Die lange termijn wordt verklaard door de praktische uitvoering van alle stappen van de wettelijk vastgelegde procedure.

(Cfr de brochures "De DGEC: Opdrachten en procedures" en "PPI en statines: gebruik en voorschrijven" op de website www.riziv.be

www.riziv.fgov.be/care/nl/infos/secm-dgec/pdf/dgec_1.pdf

www.riziv.fgov.be/drug/nl/drugs/recommendation/pdf/brochure.pdf)

Bijgevolg is de sanctionering, sluitstuk van elke controle, onbruikbaar als "stok achter de deur".

Communicatie

Dat rapport werd besproken door het Comité van de DGEC op 15 februari 2013.

13/006 Meting van de impact van de versterkte controle door de verzekeringsinstellingen van de aanvragen voor een machtiging tot vergoeding van de geneesmiddelen onder hoofdstuk IV

Context

De Verzekeringsinstellingen (V.I.) voeren sedert april 2012 op verzoek van de minister een versterkte controle uit op aanvragen voor een machtiging tot vergoeding van de volgende geneesmiddelen van hoofdstuk IV:

- Anti-Alzheimer
- Anti-TNF
- CLOPIDOGREL
- LANTUS®
- LYRICA®
- RILATINE®

De adviserend geneesheren moesten de vergoedingscriteria systematisch controleren op basis van een steekproef van de aanvragen.

De financiële inzet was hoog: het bedrag van de uitgaven voor die zes groepen van geneesmiddelen liep in 2011 op tot 274 miljoen EUR wat een vrij sterke stijging is sinds 2007.

De studie Evaluatie 06/005 in 2011 over Plavix® had al aangetoond dat de tests/bewijzen die nodig waren om te voldoen aan de criteria voor de machtiging tot vergoeding van het geneesmiddel voor een groot aantal machtigingsaanvragen niet in het medisch dossier voorkwamen.

Doel

De minister heeft aan de DGEC gevraagd om de impact van de versterkte controle van de aanvragen voor een machtiging tot vergoeding te meten.

Methodologie

Het onderzoek liep van april 2012 tot maart 2013 (twaalf maanden).

Voor alle geselecteerde geneesmiddelen zijn de volgende gegevens onderzocht:

- het aantal aanvragen tot machtiging, weigering en nieuwe aanvragen tot vergoeding die aan de adviserend geneesheren van de VI waren gericht, op basis van de kwartaalgegevens van de adviserend geneesheren

- het aantal nieuwe patiënten die in de facturatie voorkwamen op basis van de tarifieringsgegevens van 2008 tot maart 2013
- de uitgaven op basis van de tarifieringsgegevens van 2007 tot maart 2013.

Resultaten

1. Over de aanvragen

Er waren ongeveer 320.000 aanvragen voor een machtiging tot vergoeding per jaar voor alle VI's samen. Het aantal aanvragen die aan een versterkte controle waren onderworpen, was niet gekend.

De versterkte controle van de aanvragen heeft zich vertaald in een toename van de weigeringen vanaf het tweede kwartaal 2012 (tussen 10 en 30% volgens de VI's), gevolgd door een lichte afname.

Hierop volgde een kortstondige toename van nieuwe aanvragen, van 1.000 tot ongeveer 2.300 in het derde kwartaal, maar kort daarna werd een sterke afname opgetekend.

2. Over de nieuwe patiënten

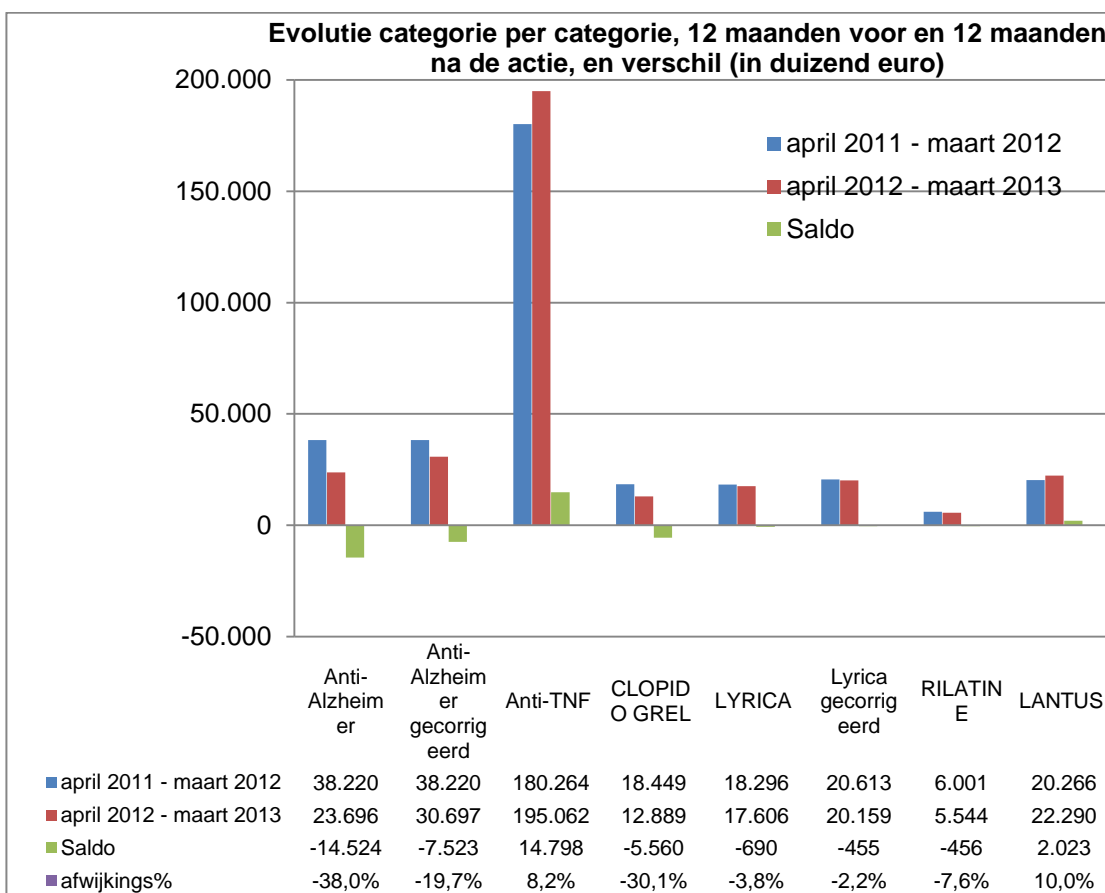
De toename van de weigeringen leidde tot een daling van het globale aantal nieuwe patiënten.

Van maart 2012 tot februari 2013 was er een daling van 50 % voor alle categorieën samen.

Er bestonden echter grote verschillen tussen de categorieën:

- voor Lantus[®] was er geen verandering merkbaar, maar het maakt deel uit van het diabeteszorgtraject en er konden slechts 400 aanvragen per kwartaal worden gecontroleerd in het kader van de CAPRIO-akkoorden
- Lyrica[®] verminderde met 80%, maar dat was het gevolg van een verschuiving van de voorschriften naar gabapentine (Neurontin[®]) dat niet onder hoofdstuk IV valt en generisch is
- de anti-TNF bleven stabiel
- voor de drie andere categorieën was er een sterke afname van het aantal nieuwe patiënten in mei 2012 (tussen de 50 en 80% nieuwe patiënten in vergelijking met vorig jaar). Die daling zette zich door voor de drie categorieën maar was minder sterk vanaf juli (vermindering van 0 tot 30 % van het aantal nieuwe patiënten in vergelijking met vorig jaar).

3. Over de uitgaven



De uitgaven per categorie voor de periode april 2011 – maart 2012 (voor de versterkte controle) werden vergeleken met die van april 2012 tot maart 2013 (na).

a. De anti-TNF

Het viel meteen op dat hun aandeel in de uitgaven groot was: ze vertegenwoordigden 70% ervan en stegen met 14,798 miljoen EUR.

b. De anti-Alzheimer

Hier stelde men een daling vast van 14,5 miljoen EUR. Een van de redenen hiervoor was dat sommige CNK als generisch geneesmiddel op de markt zijn gebracht waardoor de eenheidsprijs van de geneesmiddelendozen met 50 tot 75 % zijn gedaald.

Om de vermindering van de uitgaven zonder de impact van die prijsdalingen te meten, werd de gemiddelde prijs van elke CNK in het jaar vóór de actie berekend en toegepast op het aantal dozen van de gecontroleerde periode.

De daling van de uitgaven voor anti-Alzheimer was dus te verklaren:

- voor 7,5 miljoen EUR door een vermindering van het aantal dozen (versterkte controle)
- voor 7 miljoen EUR door de overschakeling naar de generische variant.

c. Clopidogrel

De daling van Clopidogrel met 5.5 miljoen EUR was toe te schrijven aan meerdere zaken die niets te maken hebben met een versterkte controle door de VI:

- o een prijsdaling van ongeveer 5 % in april 2012
- o een geleidelijke uitdoving van personen die al jaren Clopidogrel innemen (de eerste voorschriften dateerden bijvoorbeeld al van 2000), en die altijd een beroep kunnen doen op de oude vergoedingscriteria die een quasi chronisch voorschrift mogelijk maken. Het verdwijnen van die personen wordt niet gecompenseerd door de komst van nieuwe patiënten, rekening houdende met de gewijzigde reglementering in 2009. Dit leidde tot een forse daling van het aantal patiënten sedert 2010 zoals onderstaande grafiek aantoont.

d. Lyrica®

De daling van Lyrica® was voornamelijk toe te schrijven aan een verschuiving naar voorschriften voor gabapentine (Neurontin®), een gelijkaardig geneesmiddel dat niet in hoofdstuk IV was opgenomen en dat generisch werd.

Aangezien de kosten bij constante prijzen niet meetbaar zijn, omdat men van de ene CNK naar de andere overstapt, zijn de uitgaven voor Lyrica® en Neurontin® samen genomen om hun evolutie te kunnen vaststellen. Lyrica® en Neurontin® dalen gezamenlijk met 455.000 EUR.

e. Rilatine®

Rilatine® daalde met 456.000 EUR. Dit was door geen enkele factor te verklaren..

f. Lantus®

Lantus® kent een stijging (zie hierboven: maakt deel uit van de zorgtrajecten).

Conclusies

De versterkte controle van de aanvragen voor een machtiging tot vergoeding door de VI's heeft zich vertaald in:

- o een toename van het aantal machtigingsweigeringen (10 tot 30%)
- o een daling van het aantal nieuwe patiënten (50%)
- o variabele gevolgen op de uitgaven afhankelijk van de geneesmiddelen categorie. Om die gevolgen in cijfers te kunnen uitdrukken, zou men de invloed van andere factoren moeten kunnen meten:
 - o prijsdaling
 - o overschakeling naar generische variant
 - o verschuiving van de voorschriften naar andere geneesmiddelen die niet in hoofdstuk IV zijn opgenomen
 - o daling van het aantal patiënten.



Communicatie

Het rapport werd aan het Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen bezorgd op 15 april 2013.

IV. CONTROLE GENEESKUNDIGE VERZORGING

1. Thematische onderzoeken « CENEC »

(Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecel)

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

Afgewerkte thematische onderzoeken (interprovinciale of IP)

- IP014 Aanrekenen van een neurolyse bij het syndroom van carpale tunnel
Studie van de implicatie van de aanrekening van een neurolyse bij het syndroom van carpale tunnel.
- IP022 Facturering van percutane endovasculaire dilataties
Vaststelling van de toestand inzake tarifiering van niet coronaire percutane endovasculaire dilataties en de omstandigheden waarin die werden uitgevoerd.
- IP024 Kinesitherapie: impactmeting van de overschrijdingen van de daggemiddelden
Becijferd overzicht en actualisering van de voorgaande enquête.

IP014 Aanrekenen van een neurolyse bij het syndroom van carpale tunnel

Context

In 2006 wees een studie uit dat sommige chirurgen vaak de code voor interne neurolyse aanrekenden en praktisch nooit de code voor het vrijmaken van het handwortelkanaal bij de primaire behandeling van het carpaal tunnel syndroom.

Een systematisch overzicht van de wetenschappelijke literatuur toonde aan dat die neurolyse geen enkel nut had, noch intern noch extern, bij de primaire chirurgische behandeling van het carpaal tunnel syndroom.

De Dienst Evaluatie van de DGEC startte daarop een preventiecampagne: 194 chirurgen die minstens 20 neurolyses per jaar aanrekenden, kregen een gepersonaliseerde brief waarin herinnerd werd aan de nomenclatuur en aan de overbodigheid van de neurolyse. De impact van die campagne was aanzienlijk want men tekende een daling van 62 % tot 33 % op voor de aanrekening van de neurolysecode, een impact die drie jaar na de campagne nog waarneembaar was.

Daarna was een impactmeting gepland.

Doel

De IP014 die in het begin werd gehanteerd als impactmeting van de informatiecampagne (die alleen gebaseerd was op facturatiegegevens), is veel vollediger want ze omvat een studiegebied met dossieranalyse om:

- de realiteit van de verstrekkingen te onderzoeken
- op precieze wijze te bepalen hoeveel neurolyses zijn uitgevoerd in het kader van de primaire chirurgische behandeling van het carpaal tunnel syndroom. Die ingreep wordt in de literatuur altijd beschreven als nutteloos bij de primaire chirurgische behandeling van de carpale tunnel. Het gaat dus om een overbodige en onnodig dure verstrekking (overconsumptie)
- de zorgverleners te controleren die hun gedrag na de campagne niet hadden veranderd.

Wettelijk kader

Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, artikel:

14b) neurochirurgie

230252-263: Intrafasciculaire neurolyse onder operatiemicroscoop (K180).

Vergoed bedrag op 01/01/2010 = 282,81 EUR.

Het laatstgenoemde codenummer beantwoordt nooit aan de eigenlijke handeling in die heekunde, aangezien een intrafasciculaire neurolyse op de mediaanzenuw onmogelijk is.

14k) orthopedische chirurgie

287836-840: Vrijmaken van handwortelkanaal (N125).

Vergoed bedrag op 01/01/2010 = 120,49 EUR.

Methodologie

Het onderzoek van de gegevens liep van 01-11-2009 tot 31-10-2010 (12 maanden).

De chirurgen (in orthopedie, neurochirurgie en algemene heekunde) die de code van interne neurolyse aanrekenden, werden op basis van de volgende criteria geselecteerd:

- een verhouding

$$\frac{\text{aantal neurolyses}}{\text{aantal neurolyses} + \text{aantal vrijmaken van handwortelkanaal}} \geq 90\%$$

en een vergoed bedrag voor neurolyses hoger dan 10.000 EUR

of

- een vergoed bedrag voor neurolyses hoger dan 40.000 EUR.

39 zorgverleners beantwoordden aan die criteria. 30 onder hen hadden de brief van de Dienst Evaluatie in 2006 ontvangen.

Voor elk van die zorgverleners is een willekeurige selectie uitgevoerd van 20 dossiers waarin minstens één neurolysecode was aangerekend. Daarna werden de volgende documenten opgevraagd:

- de operatieverslagen
- de anesthesiefiches
- de opnemingsverslagen.

In de meeste gevallen, tenslotte, ondervroegen we de chirurg om eventueel bijkomende en/of ontbrekende informatie te verkrijgen (geen, vaag of onbegrijpbaar operatieverslag).

Resultaten

Realiteit-conformiteit: er werden 85 onterechte verstrekkingen (voor 45.575 EUR) opgespoord bij 5 zorgverleners.

Overconsumptie: 35 zorgverleners waren in dat geval.

Acties

Realiteit-conformiteit:

De processen-verbaal van vaststelling met de tenlasteleggingen van onterechte aanrekening en de onverschuldigde bedragen zijn naar de vijf betrokken zorgverleners opgestuurd.

De vergoede bedragen voor de tenlastelegging van onterechte aanrekening, stemden overeen met het differentieel onverschuldigd bedrag tussen de (aangerekende) neurolysecodes en de (de prestatie die ze in werkelijkheid uitvoerden. Dit komt neer op ongeveer 160 EUR per geval.

Er is geen rekening gehouden met het feit dat bij dit onverschuldigde bedrag ook de aanrekeningen voor de operatie-assistentie en de anesthesie moeten worden toegevoegd.

Overconsumptie:

De zorgverleners bij wie sprake was van overconsumptie (35 van de 39) zijn per brief van 26/03/2012 ingelicht op dat zij onder toezicht waren geplaatst tussen 01-04-2012 en 30-09-2012.

Bij de aanvang van de monitoring bedroeg het percentage aan neurolyse voor alle 35 chirurgen samen 94% (3.454 verstrekkingen neurolyse, 234 verstrekkingen vrijmaken van het handwortelkanaal, 3.688 verstrekkingen in totaal). Tijdens de monitoring is het percentage gezakt tot 28% (823 verstrekkingen neurolyse, 2.089 verstrekkingen vrijmaken van het handwortelkanaal, 2.912 verstrekkingen in totaal).

Individueel gezien hebben de meeste geneesheren hun gedrag veranderd.

Bij acht chirurgen kon de respons als ontoereikend worden beschouwd. Voor die zorgverleners zullen de operatieverslagen worden opgevraagd waarna er eventueel een proces-verbaal van bevinding kan worden opgesteld.

Tot slot zouden er maximum acht "overconsumptiedossiers" kunnen worden voorgelegd aan het Comité met de verweermiddelen van de zorgverleners.

Suggesties

De oplossing bestond in een aanpassing van de nomenclatuur.

Die noodzakelijke aanpassingen werden in de Technische geneeskundige raad besproken in augustus 2011 en toen is beslist om een nieuwe omschrijving aan de code 287836-840 te geven.

Het K.B. van 24-10-2013 voerde de volgende aanpassingen door, die op 01-01-2014 in werking traden:

287836-287840: de bestaande omschrijving "vrijmaken van het handwortelkanaal" zal worden vervuldigd door: "ongeacht de aangewende techniek" en de waarde stijgt van N125 tot N200.

230252-230263: de bestaande omschrijving *“intrafasciculaire neurolyse onder operatiemicroscoop”* wordt behouden maar wordt vervolledigd door: *“behalve voor het vrijmaken van het handwortelkanaal”*.

Communicatie

Het rapport werd aan het Comité voorgesteld op 13 december 2013.

IP022: Facturering van percutane endovasculaire dilataties

Context

In 2009 zijn er ongeveer 25.000 percutane endovasculaire dilataties (geen kransslagaders) uitgevoerd in België.

Uit onze analyse bleek dat:

- 94 % van die interventies betrekking hadden op de onderste ledematen;
- de stijging tussen 2006 en 2009 uitsluitend te wijten was aan de chirurgen;
- het aantal traditionele interventies aan de onderste ledematen en de carotis-slagader niet was gedaald.

Toch leek ten gronde niets te zijn veranderd aan de indicaties voor revascularisatie, zoals die staan vermeld in de wetenschappelijke guidelines.

We stelden geen compensatie vast: de toename van het aantal percutane endovasculaire ingrepen ging niet gepaard met een daling van de traditionele interventies.

Na analyse van de gegevens kon men bovendien vermoeden dat er bepaalde problemen waren met betrekking tot de realiteit / conformiteit op het vlak van de attestering van deze verstrekkingen.

Doel

Doel van deze studie was een foto van dit domein te maken met betrekking tot:

- de voorwaarden waaronder deze ingrepen worden uitgevoerd in België;
- het aspect realiteit / conformiteit van deze ingrepen.

Dit onderzoek kan argumenten aanreiken voor een nomenclatuurwijziging met als doelstellingen:

- het aantal ongerechtvaardigde ingrepen verminderen,
- attestering van ongepaste codes voorkomen en
- de controle van de verstrekkingen vergemakkelijken via gegevensanalyse.

Wettelijke basis

Verstrekkingen van artikel 34 van de NGV:

589050 589061: Percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stents(s) onder controle door medische beeldvorming van een arteriële vernauwing en/of occlusie inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, exclusief de dilatatiecatheter(s), de farmaca en de contrastmiddelen. Voor de andere slagaders dan de coronaire

1 800

589072 589083: *Bijkomend honorarium bij de verstrekking nr. 589050 - 589061 voor de dilatatie van een of meerdere bijkomende vernauwing(en) van een andere arteriële as, voor de andere slagaders dan de coronaire, maximum per operatiezitting* I 400

589094 589105: *Percutane endovasculaire dilatatie onder controle door medische beeldvorming van een arteriële vernauwing en/of occlusie, inclusief de manipulaties en controles, tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, exclusief de dilatatiecatheter(s), de farmaca en de contrastmiddelen. Voor de andere slagaders dan de coronaire tijdens een heelkundige bewerking, maximum per operatiezitting* I 450

De verstrekkingen met codenummers 589050 - 589061, 589094 - 589105, 589116 - 589120, 589131 - 589142, 589175 - 589186 en 589411 - 589422 mogen onderling niet worden gecumuleerd.

In § 2 is bepaald dat "De verstrekkingen opgenomen in dit artikel aanleiding geven tot een protocol dat de gebruikte procedure omschrijft, het verloop van de verstrekking, zijn eventuele risico's, alsook het bekomen resultaat."

In de CINOM 11/M/3349 is vastgesteld dat men het begrip "andere arteriële as" moet interpreteren als een splitsing tussen twee slagaders."

Verstrekkingen van de artikelen 35 en 35bis van de nomenclatuur

683616 683620: *Geheel van dilatatiemateriaal en stent(s) gebruikt bij revascularisatie van de onderste ledematen, aorto-iliacaal, femoraal, (infra)popliteaal niveau* U 1650

Verstrekking 683616-683620 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 715595-715606, 715610-715621, 715632-715643, 715654-715665, 683734-683745, 683756-683760 en 683631-683642.

683631 683642: *Geheel van dilatatiemateriaal en stent(s) gebruikt bij revascularisatie van renale, mesenteriale en supra aortische bloedvaten, met uitzondering van de carotisbloedvaten* U 1650

De verstrekking 683631-683642 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 715595-715606, 715610-715621, 715632-715643, 715654-715665, 683734-683745, 683616-683620 en 683756-683760.

683653 683664: *Geheel van dilatatiemateriaal en stent(s) gebruikt bij revascularisatie van een arterie aan de contralaterale zijde of van een andere anatomische as, met uitzondering van de carotisbloedvaten* U 1200

De verstrekking 683653-683664 mag niet worden gecumuleerd met verstrekkingen 683771-683782 en 715632-715643.

715595 715606: *Geheel van dilatatiemateriaal en beklede stent(s) gebruikt bij revascularisatie van de onderste ledematen, aorto-iliacaal, femoraal, (infra) popliteaal niveau* U2400

De verstrekking 715595-715606 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 715610-715621, 715654-715665, 683616-683620, 683631-683642, 683734-683745 en 683756-683760.

715610 715621: Geheel van dilatatiemateriaal en beklede stent(s) gebruikt bij revascularisatie van renale, mesenteriale en supra aortische bloedvaten, met uitzondering van de carotisbloedvaten U 2400

De verstrekking 715610-715621 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 715595-715606, 715654-715665, 683616-683620, 683631-683642, 683734-683745 en 683756-683760.

715632 715643: Geheel van dilatatiemateriaal en beklede stent(s) gebruikt bij revascularisatie van een arterie aan de contralaterale zijde of van een andere anatomische as, met uitzondering van de carotisbloedvaten U1950

De verstrekking 715632-715643 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 683616-683620, 683631-683642, 683771-683782 en 683653-683664

683734 683745: Geheel van dilatatiemateriaal gebruikt bij revascularisatie van de onderste ledematen, aorto-iliacaal, femoraal, (infra)popliteaal niveau U 450

De verstrekking 683734-683745 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 715595-715606, 715610-715621, 715654-715665, 683616-683620, 683756-683760 en 683631-683642.

683756 683760: Geheel van dilatatie- en revascularisatiemateriaal gebruikt bij infrapopliteale revascularisatie voor critical limb ischemia bij patiënten met niet helende ulceratieve wonden of nachtelijke rustpijn, met lasertechniek U1650

De verstrekking 683756-683760 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 715595-715606, 715610-715621, 715654-715665, 688155-688166, 683734-683745, 683616-683620 en 683631-683642.

683771 683782: Geheel van dilatatiemateriaal gebruikt bij revascularisatie van een arterie aan de contralaterale zijde of van een andere anatomische as, met uitzondering van de carotisbloedvaten U 250

De verstrekking 683771-683782 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 715632-715643 en 683653-683664.

715654 715665: Geheel van dilatatiemateriaal gebruikt bij revascularisatie van renale, mesenteriale en supra-aortische bloedvaten, met uitzondering van carotisbloedvaten U 450

De verstrekking 715654-715665 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 683616-683620, 683631-683642, 715595-715606, 715610-715621, 683734-683745 en 683756-683760.

In de interpretatieregels 35/06 en 35bis/18 is vastgesteld dat “met ‘andere anatomische as’ wordt bedoeld een andere arteriële as of de aanwezigheid van een gewricht tussen 2 arteries”.

Methodologie

De bestudeerde gegevens werden opgevraagd voor de periode van 01-01-2010 tot 31-12-2010 (12 maanden) voor de verstrekkingen van niet coronaire endovasculaire dilataties en de daaraan verbonden implantaten.

Er zijn vier categorieën van zorgverleners omschreven:

1. categorie 1:
 - o een verhouding

<u>aantal verstrekkingen 589072-589083 (tweede dilatatie in dezelfde zitting)</u>	>50%
aantal verstrekkingen 589050-589061 (eerste dilatatie)	
 - en**
 - o een aantal verstrekkingen 589072-589083 (tweede dilatatie in eenzelfde zitting) ≥ 40
2. categorie 2: een aantal verstrekkingen 589050 - 589061 (eerste dilatatie) gekoppeld aan vasculaire heelkundige ingrepen ≥ 20
3. categorie 3: een bedrag voor implantaten gekoppeld aan carotisdilataties ≥ 5.000 EUR en ≥ 10 carotisdilataties per jaar.
Aangezien de dilataties op het niveau van de halsslagaders niet kunnen worden herkend met behulp van de nomenclatuurcode, is de selectie van zorgverleners die welke daadwerkelijk werd gerealiseerd door koppeling van de AZV (anonieme ziekenhuisverblijven) met de MKG (minimale klinische gegevens).
4. categorie 4: een universitair ziekenhuis.

Op basis van die vier categorieën zijn 40 zorgverleners geselecteerd.

Bij die zorgverleners waren er twee die onlangs het voorwerp uitmaakten van een traditioneel individueel onderzoek, en zij zijn uit de selectie verwijderd. Er bleven uiteindelijk 38 zorgverleners over, verdeeld over 30 ziekenhuizen, die deelnamen aan het onderzoek.

Voor elke zorgverlener werden 20 endovasculaire dilatatiezittingen geselecteerd, naargelang van de categorie waartoe de zorgverlener behoorde. De dienst controleerde de tarifiering van 760 zittingen voor endovasculaire dilatatie.

De steekproef is niet representatief, want zij werd geselecteerd aan de hand van specifieke en niet-willekeurige criteria.

Voor elke geselecteerde zitting zijn volgende documenten verzameld:

- o operatieprotocollen
- o anesthesiefiches
- o verslagen van ziekenhuisopname
- o verslagen van medische beeldvorming
- o verslagen van raadpleging(en) vóór en / na de heelkundige ingreep
- o en alle relevante documenten.

De zorgverleners zijn vervolgens bevraagd over hun praktijk en, indien uit het dossier bleek dat er zorgverstrekkingen waren aangerekend op een niet-conforme manier, over de erkenning (of niet-erkenning) van de inbreuk.

Onze geneesheren-inspecteurs analyseerden die documenten aan de hand van een interpretatiekader dat werd opgesteld per verzekerde en per verstrekkingdatum.

De projectstuurgroep heeft een tweede lezing uitgevoerd van alle dossiers om een uniforme interpretatie te waarborgen en een lijst van de verschillende inbreuken op te stellen.

Resultaten

Deze studie had als doel een foto van het terrein te maken over de aanrekening van niet-coronaire percutane endovasculaire dilataties en de voorwaarden waaronder ze werden gemaakt.

De analyse heeft afwijkingen aangetoond over de realiteit / conformiteit:

- er is geen enkele endovasculaire percutane dilataties van een stenose en/of occlusie van een slagader uitgevoerd want de uitgevoerde verstrekking had betrekking op een aneurysma van een slagader of van een ader of van een galblaasleider
- de verstrekkingen 589050/589061 of 589072/589083 zijn aangerekend terwijl de verstrekking 589094/589105 moest worden aangerekend omdat ze werd uitgevoerd tijdens een heelkundige ingreep
- de verstrekking 589050/589061 mocht niet worden gecumuleerd met de verstrekking 589175/ 589186
- de verstrekkingen 589050/589061 of 589072/589083 of 589094/589105 mochten slechts één keer worden aangerekend per heelkundige zitting
- de verstrekkingen 589050/589061 (en 589072/589083) mochten niet worden aangerekend want het operatieprotocol geeft geen beschrijving van de gebruikte procedure, het verloop van de verstrekking, de eventuele risico's en het bereikte resultaat
- de verstrekking 589072/589083 mocht niet worden aangerekend want er is niet aangetoond dat een bijkomende stenose is gedilateerd.

Dat gaf een totaalbedrag van 282.072 EUR voor 35 zorgverleners (3 negatieve dossiers)

Op het terrein zijn eveneens tal van vaststellingen gedaan over:

- de aanrekening van de verstrekking 589072/589083 of 589094/589105
- het gebruikte materiaal en de tarifiering ervan
- de bewaring van de beelden van de peroperatieve arteriografie

- de kwaliteit van de operatieprotocollen
- het multidisciplinaire karakter van de behandeling.

Acties

De processen-verbaal van vaststelling werden met een voorstel tot terugbetaling van het onverschuldigde bedrag naar de betrokken zorgverleners gezonden.

De dienst heeft ter attentie van de technische geneeskundige raad voorstellen geformuleerd tot wijziging van de nomenclatuur.

Follow-up

32 zorgverleners aanvaardden een vrijwillige terugbetaling. 3 startten een procedure op (voor een totaalbedrag van 41.448 EUR).

De dienst werkt momenteel, samen met de Dienst voor Geneeskundige Verzorging aan een wijziging van de nomenclatuur.

Voorstellen

De Dienst stelt voor om het begrip “percutane karakter” met betrekking tot de verstrekking 589094/589105 en de omschrijving van “andere arteriële as” met betrekking tot de verstrekking 589072/589083 te verduidelijken.

De Dienst vraagt dat de arteriografiebeelden die tijdens een PTA-zitting zijn genomen in het dossier worden bewaard. Het moet gaan om beelden van stenose vóór, tijdens en na de behandeling. Met het oog op de objectivering van de behandelde letsels moeten de beelden beschikbaar zijn voor de dienst.

De operatieprotocollen moeten van een hoogstaande kwaliteit zijn en een schematische voorstelling bevatten van de vaatboom met aanduiding van de stenosen en behandelde letsels.

Bij claudicatio intermittens stelt de dienst voor de verstrekkingen 589050-589061 en 589072-589083 slechts te vergoeden wanneer gedurende minstens zes maanden een correcte medische behandeling is gevolgd. Dit laatste zou niet gelden als het om een goed gedocumenteerd geval gaat. Ingeval die conserverende behandeling na de termijn van zes maanden mislukt, kan de dilatatie van het (de) letsel(s) na multidisciplinair overleg in overweging worden genomen. Het multidisciplinair team zal op zijn minst bestaan uit een radioloog, een geneesheer-internist en een vaatchirurg. In het schriftelijk verslag van het

overleg moet worden uitgelegd waarom is gekozen voor de dilatatie van de letsels in plaats van voor de klassieke heelkunde en die redenen moeten in het dossier worden bewaard.

Indien een andere verstrekking 589050-589061 en 589072-589083 moet worden aangerekend alvorens een termijn van een jaar is verstreken, kan de beslissing pas na een nieuwe pluridisciplinaire raadpleging worden genomen.

In het dossier wordt een schriftelijk verslag van die raadpleging met de redenen voor het recidief bewaard.

Communicatie

Dat rapport werd door het Comité van de DGEC besproken op 31 mei 2013.

IP024 Kinesithherapie: impactmeting inzake het overschrijden van de toegelaten dagelijkse gemiddelde aantallen

Inleiding

Het CENEC-onderzoek IP024 is het vervolg op CENEC-onderzoek IP017.

Ter herinnering: enquête IP017 had als doel die kinesitherapeuten op te sporen die op basis van de profielen 2008 gemiddeld meer dan 20 verstrekkingen van 20 à 30 minuten per dag aanrekenden of meer dan 30 prestaties in totaal (maximum toegelaten door art. 7 § 19 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen (NGV)).

Resultaten: 28 kinesisten werden weerhouden voor de prestaties van 01-10-2008 tot 30-09-2009 (twaalf maanden).

Doel

Het doel van dit onderzoek was

- enerzijds een postcontrole van het vorig onderzoek. (Hebben de kinesisten waarbij er toen vaststellingen werden gedaan en die al dan niet de onverschuldigde bedragen hebben terugbetaald zich nadien gehouden aan het plafond van gemiddeld maximaal 20 tijdsgebonden prestaties van 20 of 30 minuten per dag?)
- anderzijds een poging tot vaststelling van dezelfde feiten bij andere kinesitherapeuten.

Wettelijk kader

NGV artikel 7

§ 7: Onder « persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut » moet worden verstaan, de tijd die de kinesitherapeut persoonlijk en uitsluitend besteedt aan de behandeling of evaluatie van de betrokken rechthebbende.

De “globale gemiddelde duur” persoonlijke betrokkenheid wordt geëvalueerd op grond van een periode die, voor alle betrokken verstrekkingen en voor alle patiënten van de kinesitherapeut samen, niet korter mag zijn dan 3 maanden.

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

Voor de bepaling van het gemiddeld aantal verstrekkingen per dag stemmen de verstrekkingen met een minimumduur van 60 en 120 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut overeen met respectievelijk twee en vier verstrekkingen waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist. De verstrekking met een minimumduur van 45 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut stemt overeen met 1,5 verstrekkingen waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist.

Methode

a. Periode

De gegevens werden opgevraagd bij de verzekeringsinstellingen voor het volledige kalenderjaar 2011.

b. Bestudeerde populatie:

Onderzochte kinesisten: 53 kinesisten. Deze hadden in 2011 het hoogste aantal prestaties (meer dan 6.800) van een selectie van kinesisten die volgende zorgverleners omvatte:

- de zorgverleners geïnccludeerd in het vorig onderzoek
- de zorgverleners die in het vorig onderzoek niet weerhouden werden maar in 2010 meer dan 6.000 prestaties hadden geattesteerd.

Uiteindelijk werd er bij 34 van de 53 gevallen verder onderzoek gevoerd.

Resultaten

Van de 34 gevallen

- 4 dossiers bleken negatief (attestatie van prestaties verricht door een collega, meer dagen gewerkt)
- zijn er 26 die tot terugbetaling hebben geleid (waarvan 2 die een afbetalingsplan volgen)
- 4 dossiers werden verwezen naar de Leidend ambtenaar.

In totaal is er 248.163 EUR terugbetaald.

Conclusie

Het tweede CENEC-onderzoek kinesitherapie toont aan dat de acties van het eerste CENEC-onderzoek een blijvend resultaat opleveren: men vindt er slechts 7 (25%) van de 28 positieve dossiers uit IP017 terug en met bovendien een duidelijke verbetering. Vier van deze verstrekkingen waren in het eerste CENEC-onderzoek niet bereid terug te betalen maar zijn dat nu wel.



Voorstellen

Toekomstige informatiecampagnes met de hulp van de beroepsorganisaties.

Samenwerking met de dienst Geneeskundige Verzorging opdat algemene profielgegevens zouden worden aangereikt.

Communicatie

Het rapport werd door het Comité besproken op 13 december 2013.

1. Controle « unieke streepjescode »

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

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

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

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

Controle USC oktober 2011 tot en met september 2013 (= 24 maanden)	
Aantal betrokken apotheken	5.086
Totaal aantal tarifieringslijnen	271.245.970
Aantal tarifieringslijnen die voorzien kunnen zijn van een USC	217.975.487
% zonder USC	1,14%
% aantal USC die dubbel ingelezen wordt in dezelfde apotheek	0,13%
% het aantal USC waarvan het controlegetal (check digit) niet correct is	0,02%
% correct ingelezen USC en correcte USC	98,71%
% dezelfde USC aanwezig in verschillende apotheken	0,04%

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

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

Besluit

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

2. De individuele onderzoeken

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

a. Aantal

Tabel C1: Aantal **afgesloten** individuele onderzoeken in 2013

Afgesloten onderzoeken in 2013 Bevoegdheid van betrokkene	Aantal	%
Huisartsen	108	11
Geneesheer-specialisten	231	24
Apothekers	23	2
Tandartsen	51	5
Verpleegkundigen	209	21
Kinesitherapeuten	87	9
Logopedisten	2	0,2
Orthopedisten	7	0,7
Bandagisten	7	0,7
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	3	0,3
Gehoorsprothesisten	4	0,4
Apothekers biologen	2	0,2
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	97	10
ROB	13	1
RVT	1	0,1
Erkende laboratoria	4	0,4
Verzekerden	66	7
Andere	68	7
TOTAAL	983	100

Tabel C2: Aantal **begonnen** individuele onderzoeken in 2013

Aangevatte onderzoeken in 2013 Bevoegdheid van betrokkene	Aantal	%
Huisartsen	103	10,3
Geneesheer-specialisten	184	18,3
Apothekers	18	1,8
Tandartsen	257	25,6
Verpleegkundigen	160	15,9
Kinesitherapeuten	57	5,7
Logopedisten	6	0,6
Orthopedisten	11	1,1
Bandagisten	8	0,8
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	1	0,1
Opticiens	1	0,1
Apothekers biologen	4	0,4
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	67	6,7
ROB	10	1,0
RVT	3	0,3
Erkende laboratoria	2	0,2
Verzekerden	44	4,4
Andere	68	6,8
TOTAAL	1.004	100

Tabel C8: aantal individuele **lopende** onderzoeken op 31-12-2013.

Individuele lopende onderzoeken op 31-12-2013 Bevoegdheid van betrokkene	Aantal	%
Huisartsen	62	6,8
Geneesheer-specialisten	158	17,3
Apothekers	15	1,6
Tandartsen	271	29,7
Verpleegkundigen	198	21,7
Kinesitherapeuten	35	3,8
Logopedisten	5	0,6
Orthopedisten	10	1,1
Bandagisten	6	0,7
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	1	0,1
Gehoorsprothesisten	2	0,2
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	63	6,9
ROB	8	0,9
RVT	3	0,3
Erkende laboratoria	1	0,1
Verzekerden	28	3,1
Andere	48	5,3
TOTAAL	914	100

b. Resultaten

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

Type van dossiers 2013	Aantal	%
Informatief	50	5,1
Negatief	288	29,3
Negatief met actie voor derden	130	13,2
Verwittiging	114	11,6
Verwittiging met vrijwillige terugbetaling	284	28,9
Te vervolgen	117	11,9
TOTAAL	983	100

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

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

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

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

Tabel C9: dossiers doorgestuurd naar het Parket

Bevoegdheid van de betrokkene	Aantal
Huisartsen	1
Geneesheren-specialisten	3
Apothekers	2
Tandheelkundigen	1
Verpleegkundigen	3
Gehoorsprothesisten	1
Apothekers biologen	1
Verzekerden	3
Andere	1
Totaal	16

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

Tabel C4: vrijwillige terugbetalingen na verwittiging

Vrijwillige terugbetaling in 2013 Bevoegdheid van betrokkene	Bedrag (EUR)	%
Huisartsen	188.947	5,2
Geneesheren-specialisten	1.861.207	50,9
Apothekers	3.978	0,1
Tandheelkundigen	175.915	4,8
Verpleegkundigen	360.488	9,8
Kinesitherapeuten	249.859	6,8
Orthopedisten	63.336	1,7
Bandagisten	22.494	0,6
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	8.163	0,2
Gehoorsprothesisten	382	0,01
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	611.945	16,7
ROB	16.762	0,5
Verzekerden	4.675	0,1
Anderen	91.490	2,5
TOTAAL	3.659.642	100

De categorie 'te vervolgen': deze omvat de dossiers die werden ingediend bij één van de administratiefrechtelijke of strafrechtelijke organen. De statistische gegevens komen aan bod in hoofdstuk "Recuperatie en maatregelen opgelegd door de bevoegde organen".

c. Vastgestelde inbreuken

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

Voorbeelden:

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

Tabel C5: Aantal vastgestelde inbreuken (exclusief geneesmiddelen)

	2013
Aantal vastgestelde inbreuken	639.145

d. Onderzoeken na een klacht of een aangifte

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

Men verstaat onder:

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

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

De gegevens worden in de tabellen C6 en C7 weergegeven.

Anonimiteit

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

Tabel C6

Onderzoeken naar aanleiding van een klacht	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal klachten	172	147	184	242	259
Aantal dossiers geopend op basis van klachten	172	147	184	242	259
Aantal dossiers geopend op basis van klachten/ totaal aantal tijdens het jaar geopende dossiers	16%	16%	21%	27%	26%
Aantal dossiers geopend op basis van klachten waarvoor het onderzoek is afgerond *	172	147	174	211	141
Aantal dossiers geopend op basis van klachten waarvoor een onverschuldigd bedrag is vastgesteld*	59	39	47	66	55
Aantal dossiers geopend op basis van klachten waarvoor een geldboete is opgelegd * (de meeste dossiers geopend sinds 2011 zijn nog in procedure)	11	13	19	3	2
*= situatie op 31-03-2014					

Tabel C7

Onderzoeken naar aanleiding van een aangifte	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal aangiftes	162	220	187	187	143
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes	162	220	187	187	143
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes/ totaal aantal tijdens het jaar geopende dossiers	15%	24%	21%	21%	14%
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes waarvoor het onderzoek is afgerond *	162	219	175	156	93
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes waarvoor een onverschuldigd bedrag is vastgesteld *	80	122	75	55	25
Aantal dossiers geopend op basis van aangiftes waarvoor een geldboete is opgelegd * (de meeste dossiers geopend sinds 2011 zijn nog in procedure)	31	19	26	7	
*= situatie op 31-03-2014					

e. De dossiers postcontrole

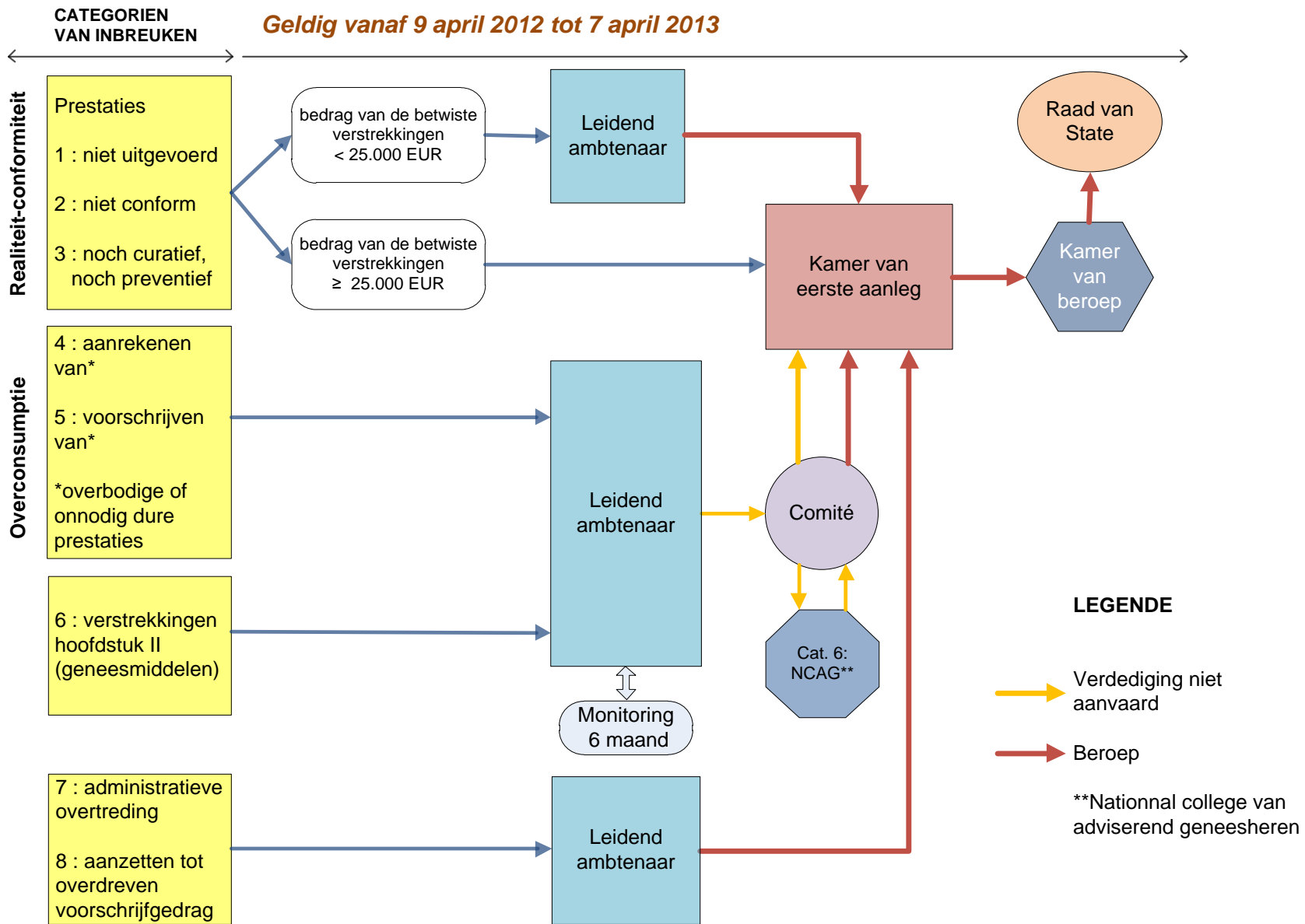
Na een onderzoek kan men via een elektronische opvolging en verificatie de wijziging nagaan in het gedrag van de zorgverlener. Desgevallend wordt een post-controle opgestart.

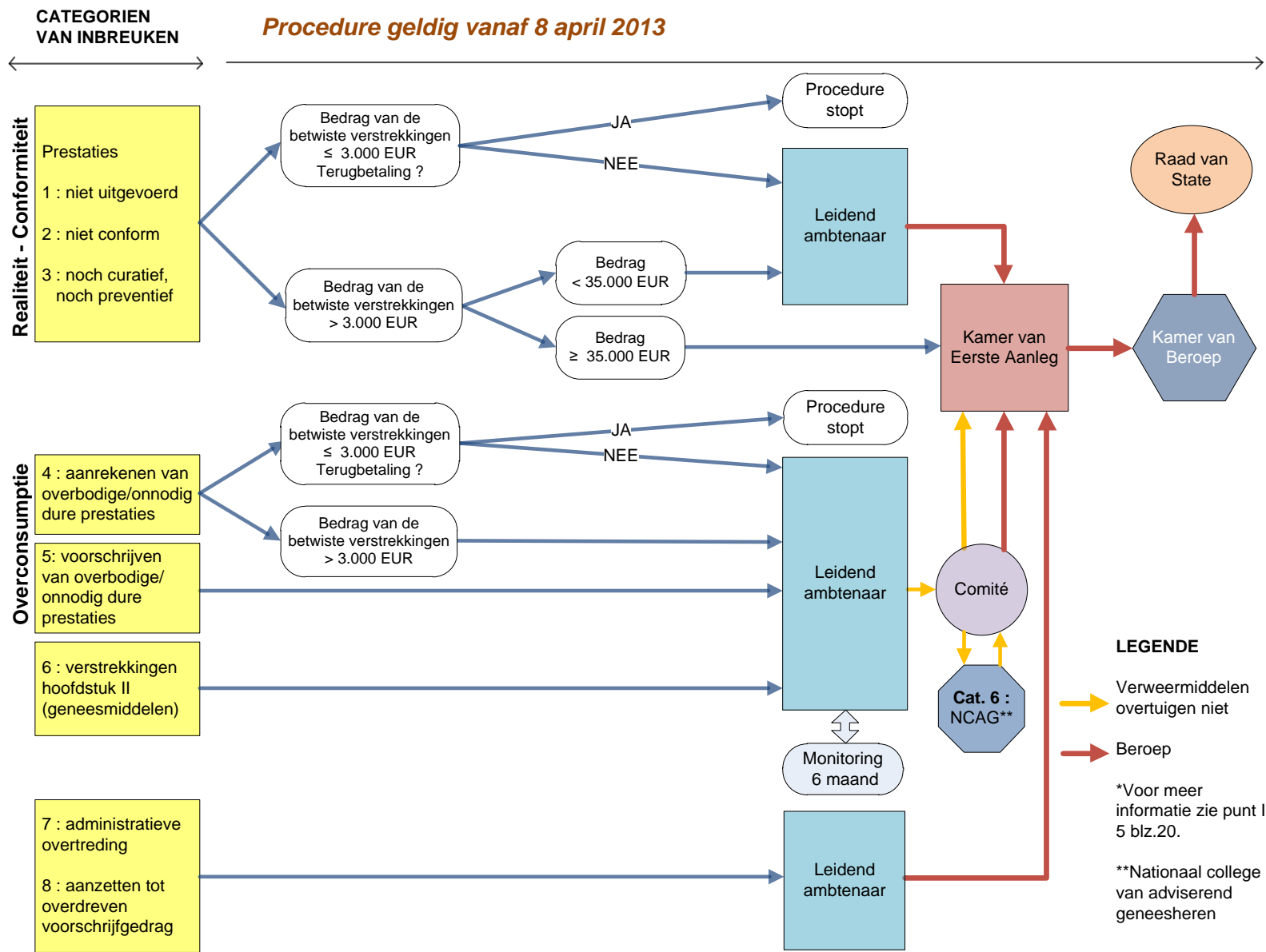
V. RECUPERATIE EN MAATREGELEN OPGELEGD DOOR DE BEVOEGDE ORGANEN

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

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

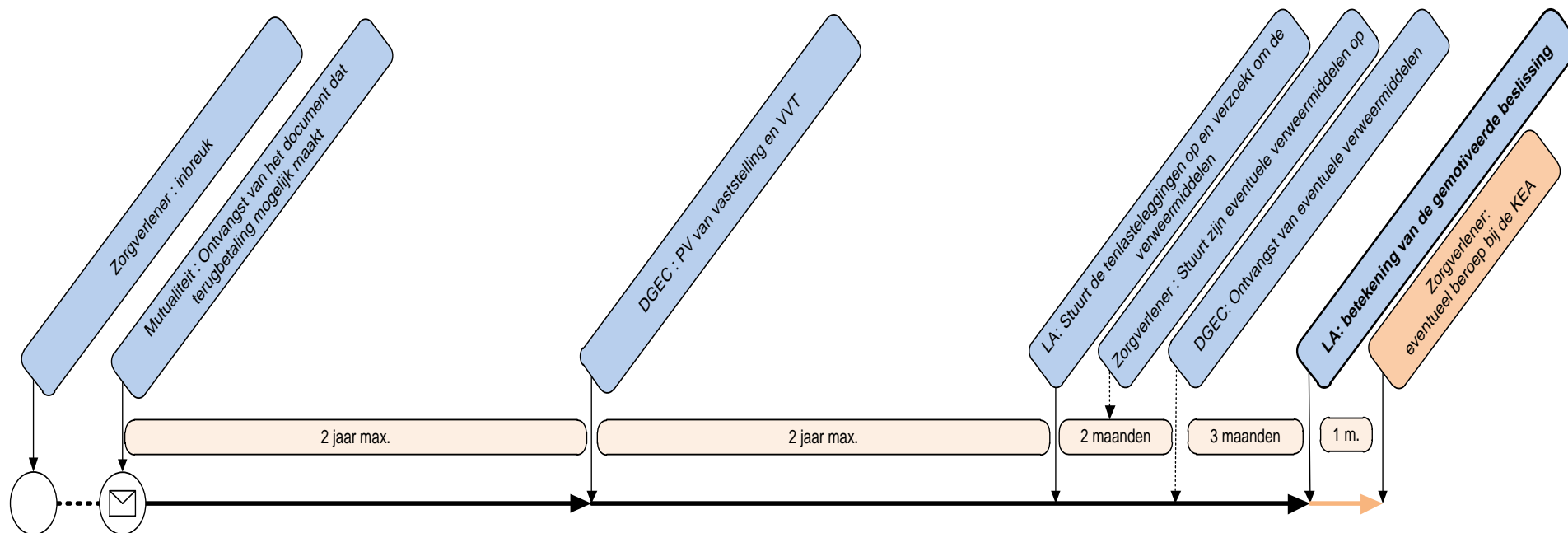
Vervolgens worden de beslissingen van deze organen nader bekeken.

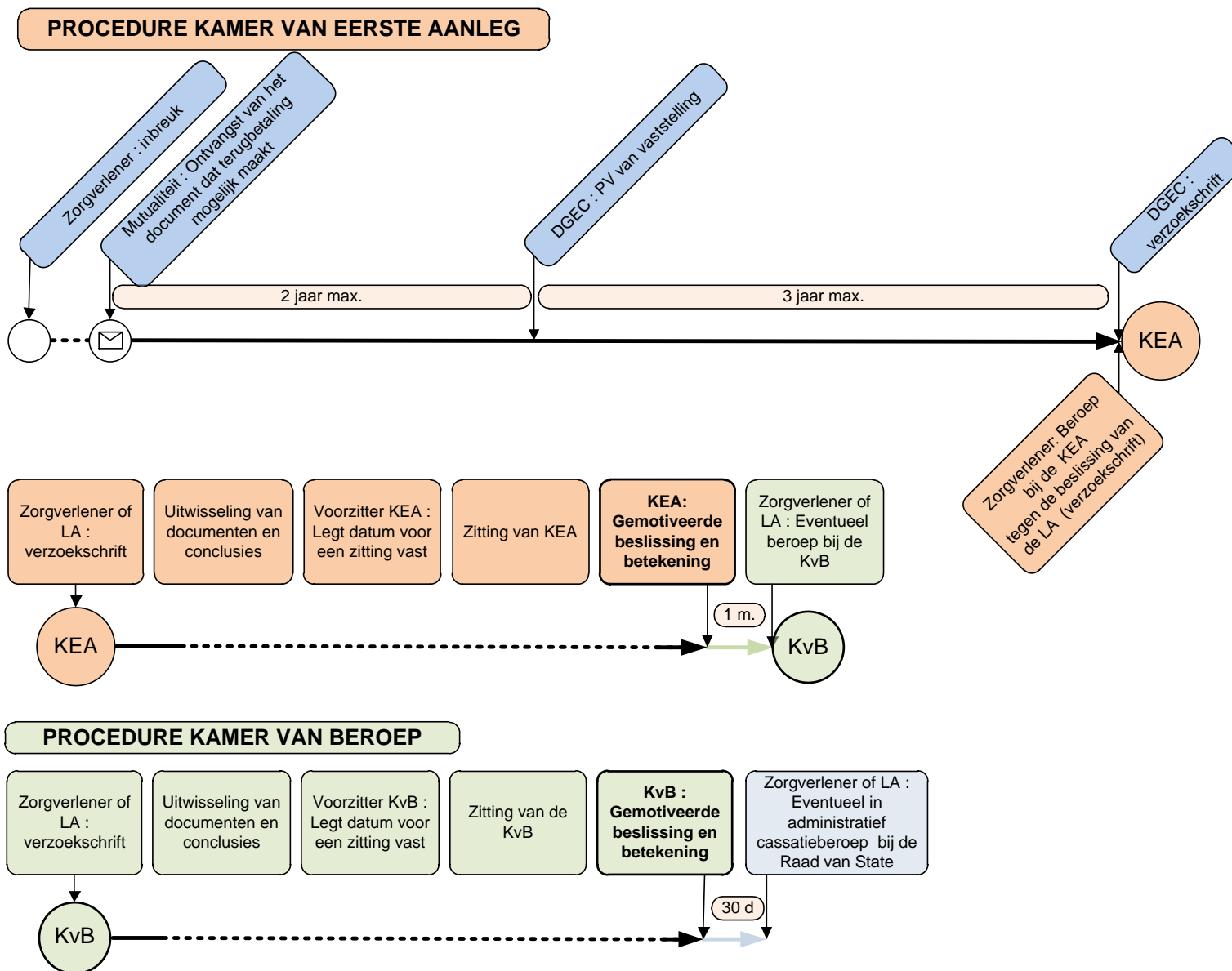




Geldig sinds 9 april 2012

PROCEDURE LEIDEND AMBTENAAR





1. Actieve beheersorganen

a. de beslissingen van het Comité van de DGEC

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

- zonder gevolg af te sluiten
- met een waarschuwing af te sluiten
- aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg.

Aantal zittingen: 5

Dossiers overconsumptie: 3, één geklasseerd zonder gevolg en twee doorverwezen naar de Kamer van eerste aanleg.

b. de beslissingen van de Leidend ambtenaar

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

Er is maar één voorwaarde: hij behandelt enkel de zaken waarin de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan:

- o 25.000 EUR voor de vaststellingen gedaan tussen 9 april 2012 en 7 april 2013
- o 35.000 EUR voor de vaststellingen gedaan vanaf 8 april 2013.

In tabel S1.1 vindt u de gegevens over de beslissingen genomen door de Leidend ambtenaar in 2013.

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

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

Tabel S1.1

Bevoegdheid van de verstrekkers	Beslissingen		Opsplitsing van de beslissingen			Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen	
			Verwezen naar KEA	Tenlasteleggingen niet gegrond	Tenlasteleggingen gegrond		Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
	1	2				3					
	Aantal	%	Aantal	Aantal	Aantal	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	7	9		1	6	7.699	44.266	7.344	275	46.289	53.988
Geneesheren-specialisten	11	10			11	59.526	71.903	7.361	2.925	19.715	79.241
Apothekers	7	11			7	78.591	84.591	8.750	3.275	12.250	90.841
Tandartsen	6	6			6	25.510	77.302	10.888	1.138	5.669	31.179
Verpleegkundigen	45	50		1	44	259.993	502.685	98.008	23.748	177.614	437.607
Kinesitherapeuten	9	7			9	67.683	100.865	10.038	2.063	24.278	91.961
Logopedisten	1	1			1		5.944	1.375		7.319	7.319
Verstrekkers van implantaten	1	1			1	118.105	118.105	1.375		1.375	119.480
Apothekers biologen	1				1	10.537	10.537				10.537
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	2	2			2	874	28.712	4.125			874
Anderen	2	2			2	294	17.004	3.121			294
TOTAAL	92	100		2	90	628.812	1.061.914	152.384	33.423	294.509	923.321

Tabel S1.2

Aantal beslissingen van de LA	Aantal beroepen bij de KEA	%
92	22	24

2. De administratieve rechtscolleges

a. de beslissingen van de Kamers van eerste aanleg

Deze Kamers zijn administratieve rechtscolleges.

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

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

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

In tabel S2.1 vindt u de gegevens over de beslissingen genomen door de Kamer van eerste aanleg in 2013.

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

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

Tabel S2.1

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen			Beslissingen in eerste aanleg		Beslissingen in beroep		Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen	
	In KEA		Verwezen naar de LA	Tenlasteleggingen niet gegrond	Tenlasteleggingen gegrond	Beroep niet gegrond	Beroep gegrond		Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitsel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
	Nb	%											
	1	2	3	4	5	1+5							
EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR								
Huisartsen	6	5			5			189.110	21.043	26.793	126.652	126.652	
Geneesherspecialisten	16	12		1	14		1	11.488	1.491.614	822.736	1.335	595.039	606.527
Apothekers	5	4		1	3		1	200.609	182.707	15.866	13.116	90.912	291.521
Tandartsen	8	6			4	1	3	69.097	536.389	10.581	4.007	25.691	94.788
Verpleegkundigen	80	61		3	23	2	52	104.864	926.698	419.092	133.125	302.607	407.471
Orthopedisten	1	1				1			12.780	12.780			
Gehoorsprothesisten	1	1				1			15.940	7.970		23.910	23.910
Ziekenhuizen, instellingen	10	8		4	6			112.090	624.220	26.584	109.894	180.988	293.078
ROB	1	1				1			14.448	7.224			
Anderen	3	2			2		1		63.589	14.870	16.924	38.667	38.667
TOTAAL	131			9	57	6	58	498.148	4.057.497	1.358.747	305.195	1.384.468	1.882.616

Tabel S2.2

Aantal beslissingen KEA	Aantal beroepen bij de KvB door de zorgverlener	%	Aantal beroepen bij de KvB door de DGEC	%
131	27	20	6	5

b. de beslissingen van de Kamers van beroep

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

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

In tabel S3 vindt u de gegevens over de beslissingen genomen door de Kamer van beroep in 2012.

Tabel S3

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen		Beslissingen in beroep		Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Beslissingen		Bedragen	
			Beroep niet gegrond	Beroep gegrond			Effectieve boetes	Boetes met uitsel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
	Aantal	%	Aantal	Aantal	1	2	3	4	5	1+5
					EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	3	2,46		3	28.164	93.146	21.692	18.942	46.254	74.418
Geneesheren-specialisten	12	9,84	3	9	50.382	710.927	1.375	1.500	1.456.838	1.507.219
Apothekers	3	2,46		3	33.027	230.976	80.622		47.622	80.649
Tandartsen	7	5,74	2	5	257.865	613.769	29.004	103	203.052	460.918
Verpleegkundigen	91	74,59	38	53	33.189	1.266.099	494.251	5.522	421.891	455.080
Logopedisten	2	1,64		2	31.405	58.164	4.516	3.141	10.000	41.405
Verstrekkers van implantaten	1	0,82		1		3.047			100.329	100.329
Ziekenhuizen	2	1,64	2		1.447	109.412			107.965	109.412
Anderen	1	0,82		1						
TOTAAL	122		45	77	435.479	3.085.539	631.459	29.208	2.393.952	2.829.431

VI. CONTROLE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

1. De controle op het gebied van arbeidsongeschiktheid na het eerste jaar

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

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

De Gewestelijke commissies hebben nu twee mogelijkheden:

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

Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit	2013
Aantal zittingen	1.582
Aantal opgeroepen verzekerden	11.074
Aantal uitgevoerde geneeskundige onderzoeken	8.563
Aantal uitsluitingen ("verlies van erkenning van arbeidsongeschiktheid")	4.163

Bron: Dienst Uitkeringen van het RIZIV

2. De controle op het gebied van arbeidsongeschiktheid op vraag van de adviserend geneesheren

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

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

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

4. Expertises en onderzoeken op verzoek van de arbeidsrechtbanken.

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

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

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

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

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

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

Dossiers "H"	2013
Geneeskundige onderzoeken	
o voor eerste erkenning van arbeidsongeschiktheid	28
o voor verlenging van de ongeschiktheid	9
Totaal	37
Beslissingen	
o verzekerden met arbeidsongeschiktheid van > 66 %	33
o verzekerden met arbeidsongeschiktheid <66 %	4

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

Bepaalde rechthebbenden op prestaties van een sociale zekerheidsinstelling uit het buitenland (Europa) verblijven in België of zijn hier gedomicilieerd. Het gebeurt dat de buitenlandse

instelling waarbij ze zijn aangesloten haar verzekerden wenst te onderwerpen aan een geneeskundig onderzoek.

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

Medische onderzoeken op vraag van buitenlandse instellingen voor sociale zekerheid	2013
Aantal medische onderzoeken	136

VII. DE PRIMAIRE CONTROLE VAN DE VERZEKERINGINSTELLINGEN

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

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

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

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

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

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

Resultaten

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

Realisatie en resultaten

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

Subproject	Globaal % van ontdekte anomalieën
Cumulverbod van angio/arteriografieën NPS art. 17§1 et 17ter A 5°	0%
Cumul verbod van audiometrien NPS art. 14i	0,02%
Leeftijdsvoorwaarde voor audiometrie NPS art. 14i	0%
Cumul verbod van diagnostische en therapeutische hysteroscopies NPS art. 14g	0%
Follow-up vaginaal uitstrijkpreparaat 2x/jaar max NPS art.3 §1c	0,42%
Cumul verbod van abdominale echographie en gastro-enterologische echo-endoscopieën NPS Art. 20§1c et art. 17q	5,05%
Bezoek aan een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende 1x/week max. NPS Art. 2 J	2,65%
Cumul verbod van radiografie van de thorax NPS Art. 17 4° et 7°	0,02%
Cumul verbod van toezichtshonoraria en nierdialyse NPS Art. 20 §1 et § 5 et Art. 25	0,15%
Cumul verbod van verstrekkingen NPS Art. 14 J	0,01%
Cumul verbod met mondonderzoek NPS Art. 5	1,49%
Echografieën die verboden zijn voor gynecologen NPS Art. 17quater	0,07%

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

Besluit

De bedoeling van dit project was de Verzekeringsinstellingen te stimuleren hun primaire controle op de VGVU uitgaven te verbeteren.

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

3^{de} deel: vooruitzichten 2014-2015

DE VOORUITZICHTEN

De continuïteit verzekeren van onze dienstverlening vormt een grote uitdaging.

Tussen 2010 en 2015 gaan een honderdtal medewerkers met pensioen. Dat betekent een derde van het huidig personeelsbestand. Die (toekomstige) gepensioneerden bezetten vaak belangrijke functies. Het gaat daarenboven om medewerkers die kritische kennis bezitten, onderzoekers (medisch en paramedisch) en leden van de directie.

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

De in overweging genomen principes zijn onder andere:

- een geïntegreerde aanpak van acties, gaande van informatie, preventie en analyse tot de recuperatieprocedures en sancties
- interne en externe synergie tussen de directies, de diensten van het RIZIV, de externe partners om de coördinatie te optimaliseren
- uitbouw van expertise-domeinen van de Dienst, met de realisatie van studies en het gebruik van middelen als screening, met verwijzing naar de 'Evidence based medicine' (EBM)
- meer nadruk op de preventie met gerichte informatiecampagnes over een onderwerp of een groep zorgverleners
- een thematische aanpak voor onderzoeken en studies

In onze samenwerking met de V.I. zullen we de activiteit van de adviserend geneesheren bij de opvolging van de periode van primaire arbeidsongeschiktheid analyseren op basis van de opgestelde cartografie.

4^{de} deel: documentatie

I. DE WET INZAKE DE RESPONSABILISERING VAN DE ZORGVERLENERS

1. Historiek

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

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

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

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

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

2. Inbreuken

De inbreuken worden in acht categorieën onderverdeeld:

1. niet-uitgevoerde verstrekkingen
2. verstrekkingen die niet in overeenstemming zijn met de wetgeving (“niet-conform”)
3. verstrekkingen die noch curatief noch preventief zijn (bijvoorbeeld, de “zuiver” esthetische chirurgie of sommige verstrekkingen in de sportgeneeskunde. De palliatieven verzorging of de diagnostische handelingen vallen niet onder die definitie)

4. overbodige of onnodig dure verstrekkingen
5. overbodige of onnodig dure verstrekkingen voorschrijven
6. farmaceutische specialiteiten voorschrijven die onvoldoende de aanbevelingen van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) naleven
7. zuiver administratieve inbreuken (die betrekking hebben op de overtredingen van sommige administratieve formaliteiten die de essentiële terugbetalingsvoorwaarden voor een verstrekking niet in het gedrang brengen)
8. aanzetten tot overconsumptie of overdreven voorschrijven.

3. Maatregelen

1. De zorgverlener die niet-uitgevoerde verstrekkingen aanrekent, kan veroordeeld worden tot de terugbetaling van het onverschuldigde bedrag en tot de betaling van een administratieve geldboete tussen 50% en 200% van het onverschuldigde bedrag.
2. De zorgverlener die niet-conforme verstrekkingen aanrekent, kan veroordeeld worden tot de terugbetaling van de schade die de Verzekering voor geneeskundige verzorging heeft geleden en/of tot de betaling van een administratieve geldboete die tussen 5% en 150% van de waarde van de terugbetaling ligt.
3. De zorgverlener die niet-curatieve en niet-preventieve verstrekkingen aanrekent moet de waarde ervan terugbetalen en kan een geldboete krijgen tussen 5% en 100% van het onverschuldigde bedrag.
4. De zorgverlener die overbodige of onnodig dure verstrekkingen aanrekent, moet de schade die de Verzekering voor geneeskundige verzorging heeft geleden, vergoeden en kan een administratieve geldboete krijgen tussen 5% en 100% van het bedrag van de terugbetaling.
5. De zorgverlener die overbodige of onnodig dure verstrekkingen voorschrijft, kan een administratieve geldboete krijgen tussen 500 en 50.000 EUR.
6. De zorgverlener die farmaceutische specialiteiten voorschrijft, bedoeld in artikel 35bis, § 10, tweede lid van de GvU-wet, en hierbij de drempels overschrijdt die door de indicatoren zijn vastgesteld en die de aanbevelingen van de CTG onvoldoende heeft nageleefd, riskeert een administratieve geldboete van 500 tot 20.000 EUR.
7. De zorgverlener die na een schriftelijke waarschuwing van de DGEC verstrekkingen aanrekent en daarbij een administratieve formaliteit niet naleeft die geen essentiële voorwaarde is voor terugbetaling, riskeert een administratieve geldboete van 50 tot 500 EUR.
8. De natuurlijke of rechtspersoon die een zorgverlener ertoe aanzet overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven of te verlenen, kan worden veroordeeld tot de betaling van een administratieve geldboete voor een bedrag van 1.000 tot 250.000 EUR. Laatstgenoemde

inbreuk viel tot deze wetswijziging onder de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV. Voortaan zal de Leidend ambtenaar van de DGEC dergelijke inbreuken bestraffen.

4. Uitleg

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

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

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

Voorbeelden:

De Orde van Apothekers schorst een apotheker die in de officina wordt vervangen maar onder wiens naam de verstrekkingen verder worden aangerekend. De geneesmiddelen zijn wel degelijk door een bevoegd persoon voorgeschreven en afgeleverd maar ze moesten in naam van de vervanger worden aangerekend. In dit geval bestaat er geen enkele financiële schade voor de Verzekering.

De zorgverlener die een verstrekking aanrekent met een codenummer dat beter wordt terugbetaald dan het correcte codenummer. In dit geval is de financiële schade het verschil tussen het terugbetaalde bedrag en het bedrag dat effectief moest worden terugbetaald.

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

De verjaringstermijnen zijn de volgende, te rekenen vanaf het proces-verbaal van vaststelling:

- o voor de zaken die tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar behoren, moeten de tenlasteleggingen verstuurd worden binnen de twee jaar
- o een zaak voor de Kamer van eerste aanleg moet, op straffe van verval van recht, binnen de drie jaar aanhangig worden gemaakt.

5. Gerechtelijke instanties

Met de nieuwe wet worden twee administratieve rechtscolleges ingesteld:

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

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

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

Terwijl de overconsumptie en het overdreven voorschrijfgedrag uitsluitend tot de bevoegdheid van de Kamers van eerste aanleg behoren, vallen de niet-uitgevoerde of niet-conforme verstrekkingen ofwel onder de bevoegdheid van de Kamers van eerste aanleg, ofwel onder die van de Leidend ambtenaar van de DGEC.

Daarbij behandelt de Leidend ambtenaar de zaken waar de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan:

- 25.000 EUR voor de vaststellingen gedaan tussen 9 april 2012 en 7 april 2013
- 35.000 EUR voor de vaststellingen gedaan vanaf 8 april 2013.

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

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

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

6. De procedures inzake overconsumptie en overdreven voorschrijfgedrag

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

houden met wetenschappelijke informatie die aanvaard wordt door verenigingen en instellingen die algemene bekendheid genieten.

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

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

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

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

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

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

7. Conclusie

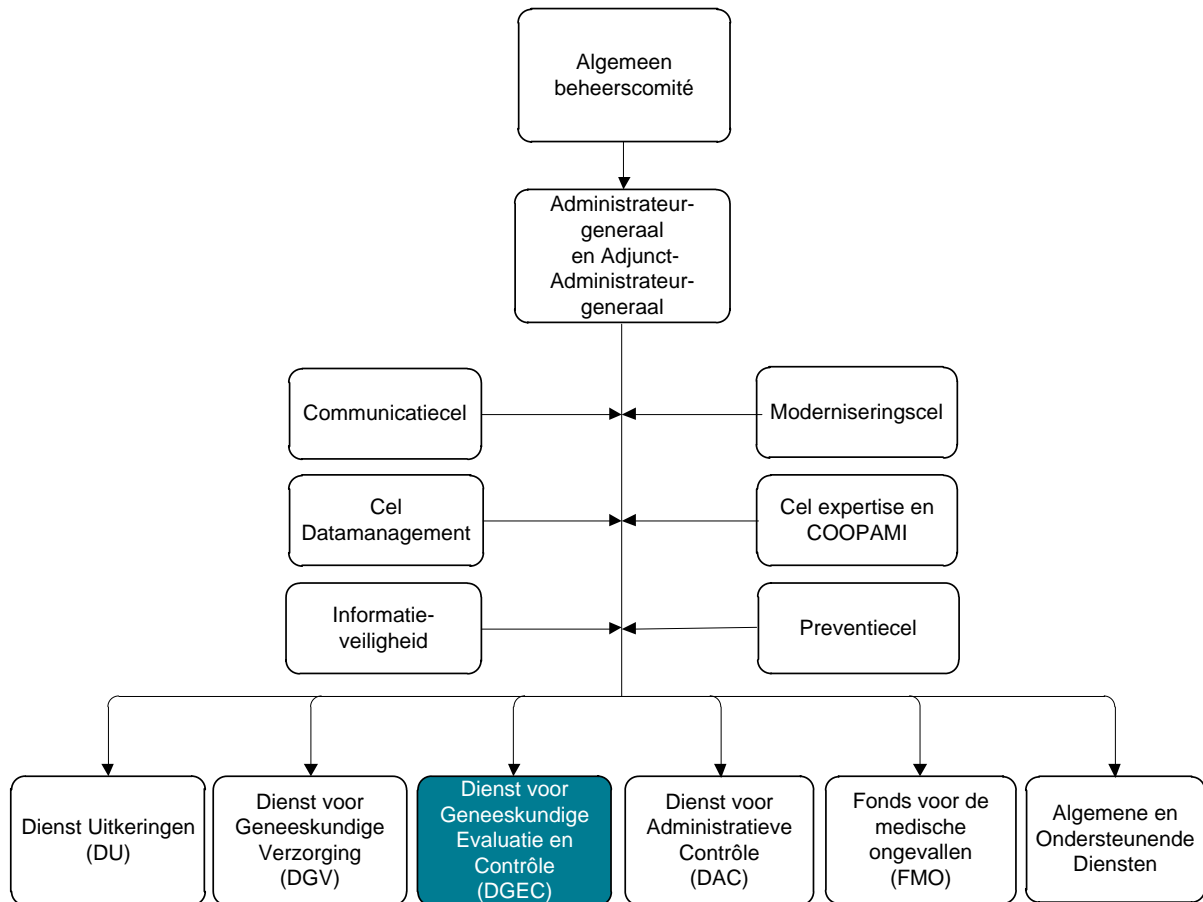
De nieuwe bepalingen die door de wetten van december 2006 werden ingevoerd, versterken de doeltreffendheid van de controle die de DGEC uitoefent.

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

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

II. DE DGEC BINNEN HET RIZIV

2013



III.DE DGEC: BEHOORLIJK BESTUUR

1. Beheer van de DGEC

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

Strategisch plan van het RIZIV en de vierde Bestuursovereenkomst

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

2. Het Comité van de DGEC

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. DE DGEC: SOORTEN ACTIES

1. Informatie

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

- praktische brochures voor de zorgverleners
- feedback over de resultaten van de evaluatie- en controleactiviteiten
- de publicatie van nuttige informatie op de website, www.riziv.be (bekendmaking van de beslissingen van de administratieve instanties, ...)

2. Evaluatie

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

- overconsumptie
- doelmatigheid
- realiteit/conformiteit.

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

De evaluatie kan uitmonden in:

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

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

3. Controle

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

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

Met betrekking tot de uitkeringsverzekering en de moederschapsverzekering neemt de Dienst samen met de adviserend geneesheren van de verzekeringinstellingen, deel aan de controle van de arbeidsongeschiktheid in de Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GC-GRI).

4. De rechtspraak

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

www.riziv.be > zorgverleners
> algemene informatie
> rechtspraak van de bestuurlijke en jurisdictionele instanties bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
> anonieme beslissingen.

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

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

V. ACRONIEMEN

BS	Belgisch Staatsblad
CENEC	Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecel
COOPAMI	samenwerkingsplatform dat landen ondersteunt die een universele, solidaire en duurzame sociale bescherming in het belang van de bevolking wensen te ontwikkelen of te moderniseren
CTG	Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen
DGEC	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
GC-GRI	Gewestelijke commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit
GRI	Geneeskundige raad voor invaliditeit
GVU	Geneeskundige verzorging en uitkeringen
HCGRI	Hoge Commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit
KB	Koninklijk besluit
KCE	Kenniscentrum
KEA	Kamer van eerste aanleg
KvB	Kamer van beroep
LA	Leidend ambtenaar
MAF	Maximumfactuur
NCAG	Nationaal college van adviserend geneesheren
NGV	Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen
NRKP	Nationale raad voor kwaliteitspromotie
PJ	Pro Justitia (proces-verbaal van vaststelling)
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
ROB	rustoord voor bejaarden
RVT	rust- en verzorgingstehuis
USC	Unieke streepjescode
UVT	Uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling
VGUV	Verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen
V.I.00	Verzekeringsinstellingen
ZIV	Ziekte- en invaliditeitsverzekering

VI. MEER WETEN?

Hebt u vragen of opmerkingen over deze publicatie?

Contacteer ons:

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

en: i&C-team@riziv.fgov.be

per post: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Directie Informatie
Tervurenlaan 158
1150 Brussel.

Versie van 09 mei 2014.