



Jaarverslag DGEC

Activiteiten 2017



Voorwoord van de Leidend ambtenaar

Het opmaken van een activiteitenverslag is elk jaar een bijzonder moment van aandacht. We zijn reeds een eind gevorderd in het nieuwe jaar. Veel acties uit het operationeel plan-2018 zijn al in uitvoering. Toch nemen we de tijd om terug te blikken op 2017.

Dat heeft dus een goede reden: terugblikken om de toekomst nog beter voor te bereiden. Misschien zijn er aspecten die nu pas duidelijker worden, nu de operationele band met de dagdagelijkse opvolging is losgelaten.

Want ze zijn er elk jaar weer, de meerdere honderden onderzoeken of projecten die worden aangevat en uitgewerkt in de directies Informatie, Controle en Expertise. Het aantal controleonderzoeken zakte van ongeveer 1000 per jaar naar zowat 600 en maakten daarmee plaats voor meer acties door de directie Expertise.

Dit ging niet vanzelf, maar door een gepaste prioriteitsbepaling na voorbereidend analysewerk in de 'Filter'. Expertise stelde meerdere eindverslagen voor aan het Comité en technische werkgroepen binnen het RIZIV, steeds met de bedoeling om grotere groepen zorgverleners te beïnvloeden door een aangepast kader. De plaatsbepaling van het globaal medisch dossier was zo'n uitgewerkt voorbeeld.

Het blijft een uitdaging om partners te zoeken op het terrein om effectief de gewenste verschuivingen te verkrijgen.

De zogenaamde 'adviesfunctie' (waarbij inspecteurs van de DGEC adviserend actief zijn in meer dan 30 raden en commissies) leverde knap werk in aanpassingen van de nomenclatuur en van de regelgeving. Het instellen van bv. een terugbetalingsplafond bij de verpleegkundigen, naar analogie van dat bij de tandheelkundigen en kinesisten, werd sterk gemotiveerd, maar nog niet vastgelegd. Het blijft o.i. een haalbare en noodzakelijk ingreep gezien de blijvende zware inbreuken in de sector: spookzorg, zware upcoding van zorg, niet-bevoegde derden, problematische wondzorg.

Het meest opmerkelijke aan het voorbije jaar is de daadwerkelijke omschakeling van vooral individuele controleonderzoeken na een klacht naar thematische controleonderzoeken die onze dienst opstart na een eigen analyse en screening binnen de DGEC zelf. Thema's, waarvan we de facturatie als risicovol inschatten, worden uitgewerkt op dezelfde manier voor heel België. Vaak zijn er trouwens inbreuken verspreid over geheel België, over de communautaire grenzen heen.

We pogen de impact van deze onderzoeken te verhogen door gerichte informatieverstrekking erover binnen en buiten het RIZIV. Zo hebben we bv. een belangrijke spin-off van het project rond de opioïden, waar intussen meerdere andere partners zijn betrokken (opleiding, navorming, Orde, Provinciale Geneeskundige Commissies, FAGG, wetenschappelijke bijdragen ...).

De oplopende uitgaven in de uitkeringsverzekering roepen nieuwe vragen op: onze dienst krijgt meer te maken met klachten rond de zogenaamde welwillendheidsattesten (al dan niet met uitkeringen RIZIV na de periode van het gewaarborgd loon) en met specifieke vragen van Arbeidsauditeurs over mogelijke fraude bij de erkenning als arbeidsongeschikte. We nemen die nieuwe verantwoordelijkheid op, niettegenstaande ons dalend aantal inspecteurs.

Mij rest alleen nog een woord van dank aan al de medewerkers, die bijdroegen aan de realisaties van 2017 en de jaren daarvoor. Ik hoop dat ze met voldoening terugkijken op wat we samen gerealiseerd hebben en op hun specifieke bijdrage.

Hun ideeën waren de waardevolste aanzetten en hun opvolging leidde tot de gerealiseerde meerwaarde.

Ik wens hen alle succes toe, nu ik na meer dan 22 jaar afscheid neem als collega.
Een sterk functionerende DGEC: het is en blijft de moeite (en de maatschappelijke investering) waard!

Jo Maebe

INHOUDSTAFEL

| | |
|---|-----------|
| Voorwoord van de Leidend ambtenaar | 3 |
| Deel 1 - De organisatie | 7 |
| I. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)..... | 9 |
| II. Het personeel | 10 |
| III. De organisatiestructuur | 12 |
| Deel 2 - De activiteiten | 13 |
| I. Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017 | 15 |
| II. Controle | 20 |
| III. Recuperatie en maatregelen opgelegd door de bevoegde organen..... | 37 |
| IV. Expertise..... | 48 |
| V. Informatie & Communicatie..... | 65 |
| VI. Juridische zaken en geschillen..... | 67 |
| VII. ICE projecten | 69 |
| Letterwoorden | 75 |
| Meer weten? | 76 |

Deel 1 - De organisatie

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

Missie

Voor een optimale aanwending van het overheidsbudget voor de ziekteverzekering ziet de DGEC er onder meer op toe dat de betrokkenen (zorgverleners, beheerders van verzorgingsinstellingen, verzekeringsinstellingen (V.I.), sociaal verzekerden,...) hun verplichtingen correct naleven binnen een adequaat wettelijk en reglementair kader. Die maatschappelijke rol is nu nog relevanter om, ook in tijden van besparingen, een duurzame en kwaliteitsvolle gezondheidszorg te vrijwaren.

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

Hiervoor volgt de DGEC een beleid dat steunt op drie pijlers: Informatie, Controle en Evaluatie (ICE-beleid). Dit toont de wil aan om niet enkel te focussen op repressieve acties, maar ook in te zetten informatie- en preventie-acties.

Mogelijke acties:

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

Doelstellingen van de bestuursovereenkomst 2016-2018

Artikel 31 = interne hervorming

Artikel 32 = geïnformatiseerd dossierbeheer

Artikel 35 = samenwerking met de cel doelmatige zorg

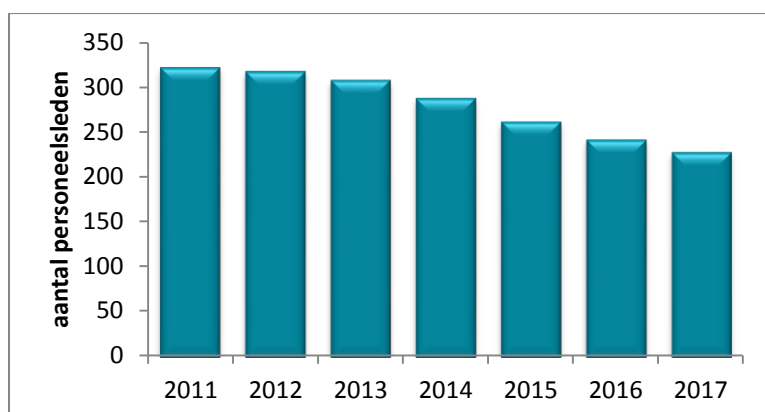
II. HET PERSONEEL

Aantal personeelsleden DGEC op 31 december 2017

Tabel 1

| | Centraal | | | Provincies | | | TOTAAL |
|---|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|------------|
| | NL | FR | Sub-tot | NL | FR | Sub-tot | |
| Leidend ambtenaar | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Adviseur generaal | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Regionaal directeur | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 | 6 | 6 |
| Domeincoördinatoren | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Adviseurs | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 6 |
| Arts-inspecteur | 4 | 5 | 9 | 23 | 19 | 42 | 51 |
| Apotheker-inspecteur | 4 | 3 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Verpleegkundige-controleur | 1 | 1 | 2 | 19 | 10 | 29 | 31 |
| Jurist (niveau attaché) | 5 | 5 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| Expert SMALS (statistieken, data-analyse) | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| Attaché | 5 | 4 | 9 | 5 | 1 | 6 | 15 |
| Administratief deskundige (niveau B) | 2 | 3 | 5 | 6 | 5 | 11 | 16 |
| Administratief assistent (niveau C) | 7 | 6 | 13 | 26 | 18 | 44 | 57 |
| Administratief medewerker (niveau D) | 3 | 4 | 7 | 6 | 4 | 10 | 17 |
| Detachering (niveau A) | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| TOTAAL | 40 | 35 | 75 | 90 | 62 | 152 | 227 |

Het aantal personeelsleden is tussen 2011 en 2017 **gedaald van 321 naar 227**.



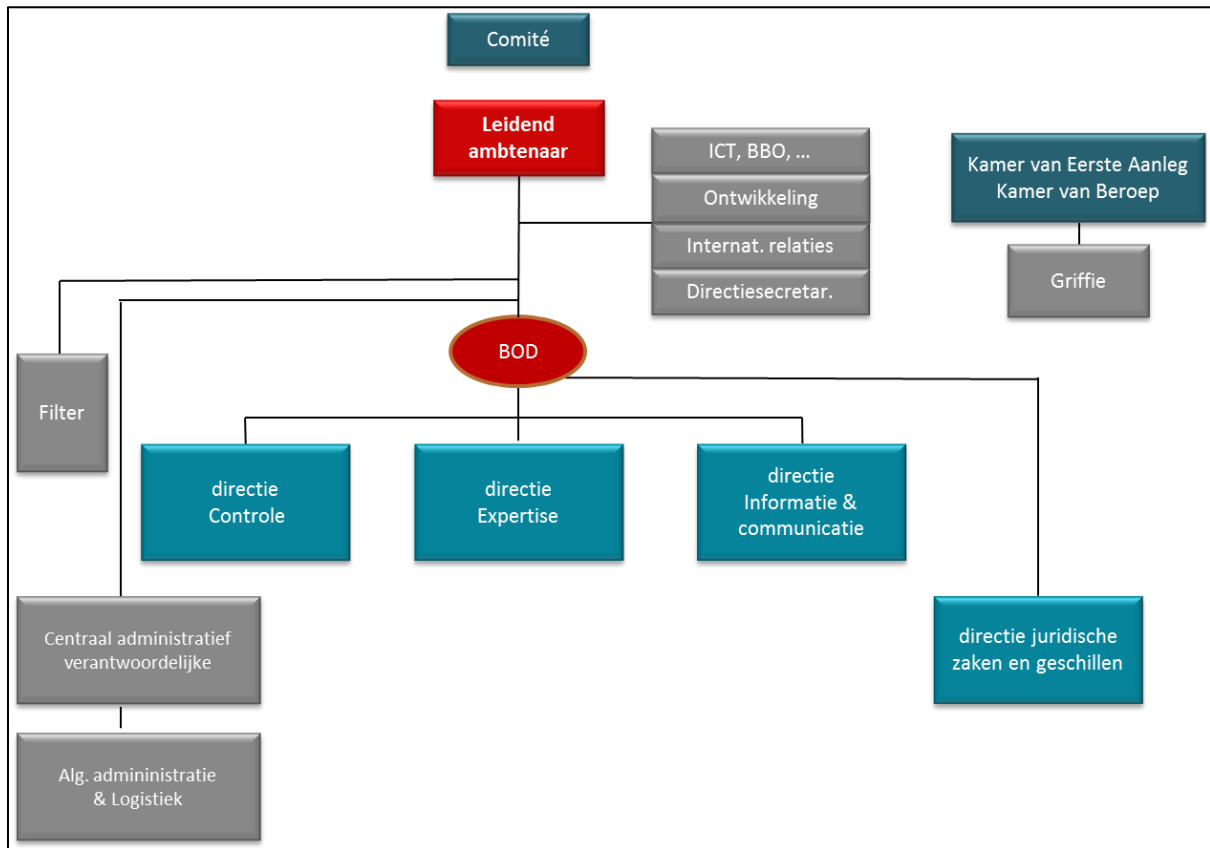
Figuur 1

Deze daling is te wijten aan:

- ✦ de pensioneringsgolf;
- ✦ het beperkt aantal nieuwe aanwervingen door de wervingsstop;
- ✦ de overheveling van taken en personeel voor de Gewestelijke Commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GC-GRI) naar de Dienst uitkeringen.

III. DE ORGANISATIESTRUCTUUR

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



Figuur 2

Het BOD (Beslissings Orga(a)n(e) Décisionnel) neemt beslissingen rond het ICE-beleid. Het BOD bestaat uit de verantwoordelijken van de 4 directies en van de Filter. De LA zit het voor. Een beschrijving van de werking van de Filter vindt u op p. 24.

Deel 2 - De activiteiten

I. ACTIEPLAN HANDHAVING IN DE GEZONDHEIDSZORG 2016-2017

Omschrijving

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

Concreet bevat het 'Actieplan handhaving 2016-2017'¹:

- ✦ 15 structurele maatregelen inzake handhaving,
- ✦ 9 specifieke maatregelen om de doelmatigheid in de gezondheidszorg te verhogen,
- ✦ 10 specifieke maatregelen en acties tegen fraude.

Deze maatregelen moeten leiden tot bijstellingen in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg op korte, middellange en lange termijn.

Acties van de DGEC

De DGEC is actief in onderstaande hoofdstukken van het actieplan.

Hoofdstuk 4: Structurele maatregelen inzake de handhaving

4.0 Uitwisseling van gegevens

De wettelijke basis om de facturatiegegevens van de V.I.'s via een interface beschikbaar te maken voor het RIZIV staat in de GVVU-wet (zie p. 67).

4.1 Systematische lezing van de eID kaart

Deze systematische lezing van de eID kaart is effectief ingevoerd in de sector thuisverpleging vanaf 1 oktober 2017. Dit systeem kan helpen om fraude te bestrijden waarbij thuisverpleegkundigen verstrekkingen aanrekenen zonder dat er werkelijk een contact is geweest tussen de zorgverlener en de verzekerde.

4.3 Adequaat reglementair kader voor verbod van toepassing derdebetalersregeling

Bepaalde zorgverleners passen de derdebetalersregeling toe en plegen via deze weg zware inbreuken.

Het zou dus bij deze zorgverleners nuttig zijn om een verbod op te leggen om dit systeem te gebruiken, als extra sanctie naast een administratieve boete.

Daarom diende de DGEC medio 2017 een wetsontwerp in met aanpassing van art. 142 van de GVVU-wet (als onderdeel wet houdende diverse bepalingen). Deze wet is nog niet aangenomen door het Parlement.

4.4 Uitvoering van artikel 77 sexies GVVU-wet

Art. 77 sexies zegt dat de Leidend ambtenaar van de DGEC een schorsing van de uitbetaling van facturen in de derdebetalersregeling kan opleggen, gedurende maximaal 1 jaar, in geval van ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van fraude.

De Leidend ambtenaar legde in totaal 18 dergelijke schorsingen op (zie p.34).

¹ Het volledige actieplan handhaving is terug te vinden bij de publicaties op de RIZIV website.
<https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/actieplan-handhaving-gezondheidszorg.aspx#.Wt75Vq3r0iR>

4.7 Uitbouw methodiek patiëntenprofielen

De DGEC heeft dit onderzoek in november 2017 afgerond (rapport zie p. 54).

In 2018 zal het vervolgproject 'patiëntenprofielen': aangepaste methodiek' starten. Dit project is opgenomen in het actieplan handhaving 2018 in punt 4.1.

4.8 Protocol met het auditoraat / parket en andere instanties

De DGEC behandelt zo'n 80 fraudedossiers per jaar, waarbij er voor een 20-tal contacten zijn met Auditoraat of Parket.

In individuele dossiers verloopt de samenwerking goed, maar er is nood aan een afgesproken kader om die samenwerking structureel te onderbouwen en in elk geval elkaar hinderende onderzoeken en/of sanctioneringsprocedures te vermijden.

De tekst van het protocol is binnen het RIZIV afgewerkt, en wacht nu op officiële goedkeuring door het College van Procureurs-Generaal.

4.10 Systematische audit ziekenhuizen

Tijdens dit project zal een generieke methodologie ontwikkeld worden voor de uitvoering van ziekenhuisaudits als onderdeel van een meerjarenprogramma. De audits zullen het goed gebruik van middelen in de ziekenhuizen analyseren.

De DGEC heeft een visienota opgesteld in januari 2017. Uit deze nota blijkt dat coördinatie tussen alle betrokken inspectiediensten een toegevoegde waarde is. Er werd een team van 10 artsen samengesteld (interne en externe rekrutering).

4.11 Bestelling getuigschriften voor verstrekte hulp GVVH (SPEOS)

Zorgverleners bestellen hun nieuwe getuigschriften voor verstrekte hulp bij Medattest. Eens gedrukt kwamen die voorheen soms in verkeerde handen terecht. Fraudeurs gebruikten ze om fictieve verstrekkingen aan te rekenen aan de ziekteverzekering. Het RIZIV heeft maatregelen genomen tegen dergelijke fraude. Deze zijn van kracht sinds mei 2017:

- ✦ Een zorgverlener die getuigschriften per post of fax bestelt, ontvangt de orderbevestiging en het overschrijvingsformulier voortaan alleen op zijn officiële adres.
- ✦ Een zorgverlener die via het callcenter een nieuw paswoord aanvraagt om getuigschriften online te bestellen, ontvangt dat voortaan per post op zijn officiële adres.

4.12 Terugbetalingsplafond verpleegkundigen

Het is voor een thuisverpleegkundige materieel onmogelijk om in één jaar verstrekkingen te verrichten boven een bepaald financieel plafond. Een hogere omzet maakt het voor de thuisverpleegkunde haast onmogelijk om de zorgverlening kwaliteitsvol en volgens de reglementering uit te oefenen.

Onze controleonderzoeken naar de realiteit en conformiteit van de uitgevoerde verstrekkingen bij dergelijke hoge profielen leiden vaak tot vaststelling van inbreuken: met voornamelijk niet-verrichte verstrekkingen, zware overscoreningen op de Katz-schaal (met 2 trappen), inbreuken bij aanrekening van complexe wondzorg, verstrekkingen uitgevoerd door niet-bevoegd personeel (zie p. 25).

In de overeenkomstencommissie is herhaald overlegd over de invoering van een maximum bedrag van de aanrekening via de ziekteverzekering. Er zijn nog geen definitieve beslissingen genomen.

Hoofdstuk 5: Maatregelen in het kader van fraudebestrijding

5.1 Controle hoge profielen verpleegkundigen

In de periode 2016-2017 opende de DGEC 41 dossiers over hoge aanrekeningsprofielen. Tot op heden werden er vaststellingen betekend in 24 van deze dossiers. In 16 van de 24 dossiers ligt de vastgestelde schade boven de 25 000 EUR. (zie p. 25)

5.2 Niet-vergunde MRI-toestellen

De activiteiten en de facturatie aan het RIZIV van verstrekkingen door niet-erkende MRI toestellen werd volledig geanalyseerd. De DGEC heeft gefactureerde verstrekkingen van 18 niet-erkende MRI-toestellen in 15 ziekenhuizen tenlastegelegd voor een totaal bedrag van 14,8 miljoen EUR. (zie p. 72)

5.3 Dringend ziekenvervoer

In dit onderzoek gingen we na of er onterechte betalingen gebeuren voor dringend ziekenvervoer door ambulancediensten, terwijl dit vervoer niet gebeurde na een oproep via het eenvormig oproepstelsel. Bij een uitgebreide steekproef (*1.599 ritten verspreid over het gehele land met referentieperiode van 1/12/2015 tot en met 08/12/2015*) werden geen significante overtredingen vastgesteld.

5.4 Controle bandagisten

De laatste jaren heeft de DGEC via een beperkt aantal onderzoeken bij enkele bandagisten zeer grote schades vastgesteld (van minimaal 100.000 EUR tot meer dan 0,5 miljoen EUR) Ingevolge het handhavingsplan voerden we 8 geselecteerde controleonderzoeken uit.

5.5 Fraudegevoelige medicatie

Inzake de medicatiegroep 'opioiden' werden 32 controleonderzoeken uitgevoerd, waarvan

- ✦ 17 met verzekerden als verdachte personen,
- ✦ 14 dossiers waarbij artsen mogelijks mee verantwoordelijk waren en
- ✦ 1 apotheker.

De dossiers met fraude in de voorschriften door verzekerden (de voorschriften worden hier door de verzekerden zelf opgesteld) worden voor sanctionering steeds doorgestuurd naar de DAC.

Drie artsen werden onder monitoring geplaatst.

We werken intensief samen met de Orde der artsen en de Provinciale Geneeskundige Commissies. Ook een uitgebreide informatiecampagne is opgezet met reeds 25 presentaties (Orde, LOK groepen, wetenschappelijke symposia ...) met als bedoeling om de grote groep voorschrijvende artsen te vormen en te beïnvloeden in hun voorschrijfgedrag. (zie p. 69)

5.6 Obsoleete verstrekkingen

Wanneer een verstrekking slechts door enkele zorgverleners wordt aangerekend; kunnen we vermoeden dat dit of verouderde ingrepen zijn of super gespecialiseerde zorgverleners. We startten 17 controleonderzoeken naar zorgverleners die een belangrijk aandeel hadden in de aanrekening van dergelijke verstrekkingen.

Resultaat onderzoek:

- ✦ Bij 5 zorgverleners stelden we inbreuken vast voor 903.596 EUR: niet-verrichte verstrekkingen; niet-conforme aanrekening.
- ✦ 2 zorgverleners werden onder monitoring geplaatst en kort opgevolgd.
- ✦ 2 zorgverleners kregen een waarschuwing.
- ✦ 1 controleonderzoek bleek negatief. Het ging over een supergespecialiseerde zorgverlener.
- ✦ 5 controleonderzoeken zijn nog niet afgesloten.
- ✦ Bij 2 dossiers werd de interpretatieregel aanvaard. De nomenclatuur werd gewijzigd om toekomstige misbruiken te vermijden.
Dat was ook het geval in één dossier met vaststelling inbreuk en één dossier met monitoring.
- ✦ Enkele inhoudelijke discussies over andere verstrekkingen zijn nog niet afgerond in het kader van de Technisch Geneeskundige Raad.

5.7 Nacontrole CT-Rotsbeenderen

Na eerdere vaststelling van inbreuken in 13 ziekenhuizen gingen we na of zij in de periode na de vaststellingen hun facturatie van CT-verstrekkingen in de regio van het hoofd correct aanrekenden. Eén ziekenhuis blijft foutief CT-rotsbeenderen verstrekkingen aanrekenen in het kader van PET/CT onderzoeken. We stelden een nieuwe inbreuk vast voor 682.879 EUR.

Door de controle zien we dat het aantal gefactureerde CT-rotsbeenderen aanhoudend daalt (74 %) en het aantal CT en Cone Beam CT faciaal massief en CT schedel stijgt (5 %). Bij de gecontroleerde ziekenhuizen is de stijging in absoluut aantal CT en Cone Beam CT faciaal massief en CT schedel (5.811) wel groter dan de verwachte daling (shift) van CT-rotsbeenderen (4.533).

5.8 Opvolging plafond verstrekkingen kinesitherapie

We gingen voor alle kinesitherapeuten in België na of de plafondwaarden van 40.000 M-waarden per trimester en/of het jaarplafond van 156.000 M-waarden werden overschreden in het jaar 2015.

36 kinesitherapeuten hadden dit plafond niet gerespecteerd. We stelden processen-verbaal van vaststelling op voor een totaal van 591.869 EUR.

Intussen is er 410.724 EUR effectief vrijwillig terugbetaald.

Bij 2 verstrekkers bleek de inbreuk te bestaan in het administratief foutief aanrekenen van alle verstrekkingen in de groep op naam van één zorgverlener.

5.9 Controle E-statuut kinesitherapie

In 2016 vermoedden de V.I.'s dat het aantal aanvragen voor het E-statuut voor het syndroom van Ehlers-Danlos (EDS) en het primair syndroom van Sjögren (PSS) aanzienlijk was gestegen. Een gemengde werkgroep (1 arts-inspecteur van de DGEC en 1 adviserend arts van de V.I. 100, 300 en 500) onderzocht of:

- ✦ het aantal aanvragen werkelijk gestegen was
- ✦ er inbreuken waren gepleegd.

We stelden vast dat de klinische criteria bij EDS algemeen zijn opgesteld (diagnose en ernstige gewrichtsdysfunctie), terwijl de diagnoses wetenschappelijk nog ter discussie staan (voornamelijk het onderscheid tussen EDS en gewone hypermobiliteit) en de klinische repercussie in de aanvragen vaak beperkt is weergegeven.

Aangezien registratie door de V.I.'s per pathologie van de E-lijst niet verplicht is, ontbreken cijfers uit het verleden. Het was dus onmogelijk vast te stellen of het aantal aanvragen al dan niet gestegen was.

De analyse van de aanvragen van verzekerden die een akkoord ontvingen van de adviserend arts kon geen inbreuken aantonen op de regelgeving.

We zullen de twee voornaamste voorschrijvers van het E-statuut nog aanspreken op hun aanvragen in het kader van het EDS, met het oog op een wetenschappelijke situering en een verduidelijking van de reglementaire bepalingen.

5.10 Outliercontrole logopedie

De commissie Controle en Datamining bij het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) voerde een proefproject uit over logopedisten met hoge profielen, hiervoor werkten ze samen met de DGEC.

Het NIC vroeg aan 27 logopedisten zich te verantwoorden voor hun hoog profiel. Gelijktijdig liep er een onderzoek bij 3 andere logopedisten met een hoog profiel bij de DGEC.

Drie zorgverleners antwoordden helemaal niet op de brieven en herinneringsmails. De dossiers werden doorgegeven aan DGEC. Nog 3 andere van de 27 dossiers werden naar de DGEC doorverwezen

Voor al deze doorverwezen dossiers hebben we een controleonderzoek opgestart.

Hoofdstuk 6: Maatregelen doelmatige zorg

6.7 Patiëntenprofielen tandartsen

In dit project analyseerden we de patiëntprofielen in de tandheelkunde om abnormale profielen te detecteren en zo mogelijks abnormale praktijken bij tandartsen op te sporen. Het project is gekoppeld aan het actiepunt '4.7 Uitbouw methodiek patiëntenprofielen' en is een proefproject.

(zie p. 54)

6.8 Voorschrijfgedrag artsen inzake bandagisterie

Het doel van dit project was om voorschrijvers te sensibiliseren om gericht voor te schrijven, een goede kwaliteit van het voorschrift te garanderen en de meest geschikte orthese voor de patiënt voor te schrijven.

In april 2017 stuurden we een gepersonaliseerde sensibiliseringsbrief naar

- ✦ 809 huisartsen en specialisten voor de lumbosacrale orthese,
- ✦ 544 orthopedisch chirurgen voor knieorthesen.

De DGEC neemt deel aan discussies binnen de groep "Spine" (CT-chirurgie) met het oog op de hervorming van de nomenclatuur van de lumbosacrale orthesen.

In 2018 zal een impactmeting plaatsvinden op het budget van uitgaven (momenteel 21.000.000 EUR).

6.9 Screening artikel 17 en audit protocolakkoord zware medische beeldvorming

- 1) Dit project ondersteunt de doelstellingen van het protocolakkoord op het vlak van zware medische beeldvorming en bestond uit het uitvoeren van een continue (halfjaarlijkse) audit van de evolutie van het aantal zware beeldvormingsdiensten, in het bijzonder CT-scanners en MRI's. Uit de laatste analyse van de cijfers over 2016 blijkt nog niet dat er een substantiële verschuiving van CT-scanners naar MRI wordt verwacht. Over het geheel genomen lijkt het voorbarig om op basis van de cijfers voor 2016 conclusies te trekken, aangezien de daling ten opzichte van de nieuwe bepalingen (bv. het register van uitrusting werd pas medio 2016 ingevoerd) nog steeds onvoldoende is voor de gegevens voor 2016. De analyse zal moeten worden uitgevoerd op de cijfers voor 2017, hetgeen in 2018 zal gebeuren.
- 2) Wat de screening van verstrekkingen beeldvorming volgens artikel 17 van de nomenclatuur betreft, had een eerste studie betrekking op niet-toegelaten MRI's. Naast de beschikbare facturatiegegevens werd informatie over de toestellen verkregen vanwege de gemeenschappen en gewesten en werden deze in kaart gebracht; de resultaten werden gebruikt voor controleacties die worden beschreven in actiepunt 5.2 Controle van niet-toegestane MRI.
- 3) Verscheidene andere werkpakketten in het kader van deze screening van verstrekkingen van artikel 17 zijn nog steeds aan de gang en zullen in 2018 worden voortgezet.
- 4) Daarnaast is een evaluatieproject gestart over de kwaliteit van het voorschrijven en protocol van CT-scanners en MRI-onderzoeken (op een steekproef van 12.000 onderzoeken die in 2016 in alle ziekenhuizen zijn uitgevoerd). De analyse is aan de gang en de resultaten zullen later worden voorgesteld.
- 5) Daarnaast zijn in samenwerking met het FANC en in het kader van een Europees project, bij 13 ziekenhuizen gezamenlijke acties uitgevoerd op het gebied van de rechtvaardiging van medische beeldvorming; in een tweede fase is de actie door de dienst in andere ziekenhuizen voortgezet om in totaal 51 bezochte ziekenhuizen te bereiken. De dienst kon vaststellen dat er in de sector van de medische beeldvorming een mobilisatie was naar een bewustwording voor een nog betere kwaliteit, in de zin van het realiseren van het adequaat onderzoek volgens de medische indicatie en dit aan een correcte prijs. Veel mensen in de beeldvormingsindustrie werken voortdurend aan deze kwaliteitsverbetering.

II. CONTROLE

In dit jaarverslag over de activiteiten van 2017 geven we de cijfers weer op basis van de gegevens die op 23 februari 2018 beschikbaar waren. Wanneer we dus evoluties en/of vergelijkingen weergeven met cijfers van voorgaande jaren, kunnen deze soms licht verschillen van de cijfers die terug te vinden zijn in de vorige jaarverslagen.

De cijfers kunnen evolueren omdat ze naderhand werden gewijzigd of omdat er zich intussen nieuwe feiten hebben voorgedaan zoals bijkomende vrijwillige terugbetalingen.

1. Algemene resultaten

In 2017 heeft de DGEC 585 controleonderzoeken afgesloten met een onverschuldigd bedrag van 7.413.383 EUR (Tabel 2, Tabel 3).

Van deze 585 afgesloten controleonderzoeken waren er 371 (63 %) individuele en 214 (37 %) thematische controleonderzoeken (meer info over de thematische controleonderzoeken van 2017 vind je op p. 24).

a. Alle afgesloten controleonderzoeken in 2017, volgens betrokken zorgverlener

Tabel 2

| Bevoegdheid van betrokkene | Aantal | % |
|--|------------|------|
| Huisartsen | 51 | 8,7 |
| Arts-specialisten | 86 | 14,7 |
| Apothekers | 10 | 1,7 |
| Tandartsen | 32 | 5,5 |
| Vroedvrouwen | 2 | 0,3 |
| Verpleegkundigen | 108 | 18,5 |
| Kinesitherapeuten | 20 | 3,4 |
| Logopedisten | 11 | 1,9 |
| Orthoptisten | 1 | 0,2 |
| Orthopedisten | 1 | 0,2 |
| Bandagisten | 3 | 0,5 |
| Verstreckers van implantaten, prothesen en verschillende apparaten | 6 | 1,0 |
| Ergotherapeuten | 1 | 0,2 |
| Opticiens | 2 | 0,3 |
| Gehoorthesisten | 2 | 0,3 |
| Zorgverleners groep | 5 | 0,9 |
| Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra | 124 | 21,2 |
| Medische huizen | 1 | 0,2 |
| Erkende laboratoria | 1 | 0,2 |
| Verzekerden | 92 | 15,7 |
| Andere | 26 | 4,4 |
| TOTAAL | 585 | |

b. Alle afgesloten controleonderzoeken in 2017, volgens beslissing

Tabel 3

| Type onderzoek | Aantal | % | Bedrag ten laste EUR | Vrijwillige terugbetaling EUR |
|--|------------|------|----------------------|-------------------------------|
| Te vervolgen | 60 | 10,3 | 4.425.678 | 607.477 |
| Waarschuwing met vrijwillige terugbetaling | 191 | 32,7 | 2.802.549 | 2.802.549 |
| Actie voor derden | 108 | 18,5 | 185.156 | |
| Waarschuwing | 19 | 3,2 | 0 | |
| Informatief | 64 | 10,9 | 0 | |
| Negatief | 119 | 20,3 | 0 | |
| Melding zonder vervolg | 24 | 4,1 | 0 | |
| Totaal | 585 | | 7.413.383 | 3.410.026 |

Uitleg bij Tabel 3:

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

Merk op dat slechts voor een beperkt aantal dossiers een procedure wordt ingeleid.

- ✦ Bij de categorieën *'waarschuwing'* en *'waarschuwing met vrijwillige terugbetaling'* starten we geen procedure bij de Leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges, maar sturen we de zorgverlener/zorginstantie een verwittiging met desgevallend de uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling van het onverschuldigde bedrag.
- ✦ De categorie *'informatief'* slaat op de controleonderzoeken die we, na verhoor van de melder en/of de zorgverlener, afsluiten zonder een inbreuk vast te stellen.
- ✦ De categorie *'negatief'* omvat die gevallen waar:
 - ✧ de klacht buiten de bevoegdheid van de DGEC valt;
 - ✧ of de vermoedens van vergissingen of bedrog niet gegrond blijken of niet te bewijzen zijn.

c. Oorsprong van de afgesloten controleonderzoeken

Van de afgesloten controleonderzoeken waren:

- ✦ 259 onderzoeken het gevolg van een eigen initiatief of idee van de DGEC;
- ✦ 326 onderzoeken het gevolg van een externe melding (Tabel 4).

Met *'eigen initiatief of idee'* bedoelen we interne voorstellen geformuleerd door de personeelsleden die gebaseerd zijn op eigen risicoanalyses en datamining (= proactief)

Onder externe *'meldingen'* verstaan we klachten, vragen, doorverwijzingen e.d. afkomstig van buiten de DGEC.

Tabel 4

| Oorsprong | Aantal controleonderzoeken | Bedrag ten laste (EUR) |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|
| melding | 326 | 1.904.458 € |
| eigen initiatief DGEC | 259 | 5.508.925 € |

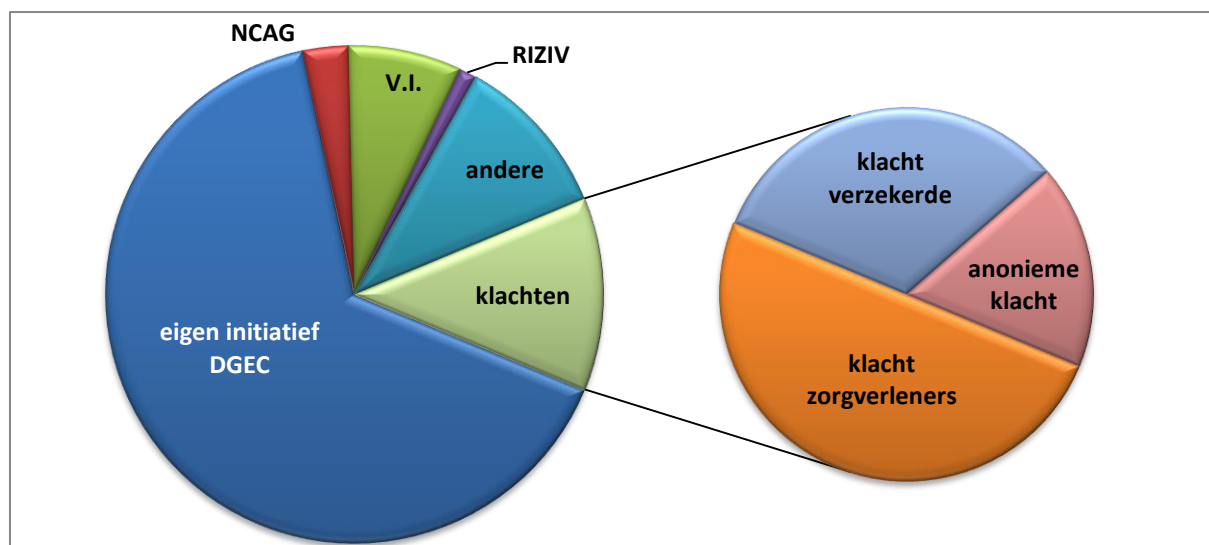
In 279 van deze afgesloten controleonderzoeken was er een bedrag ten laste. Bij 216 van deze werd deels of volledig vrijwillig terugbetaald.

Opvallend is dat een initiatief van de DGEC zelf aan de basis lag van 66 % van de controleonderzoeken waarbij een bedrag ten laste werd gelegd (Figuur 3). Deze onderzoeken waren ook verantwoordelijk voor 74 % van het totale ten laste gelegde bedrag (Figuur 4).

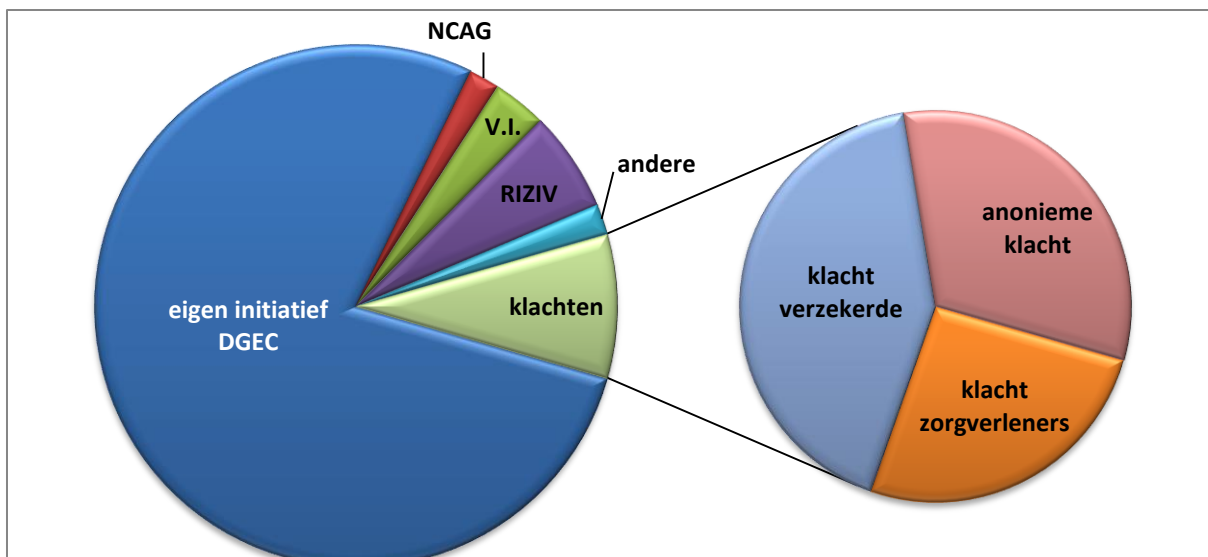
Dit toont het belang aan van onze proactieve aanpak via eigen risicoanalyses en datamining.

Ter vergelijking: controleonderzoeken o.b.v. meldingen van

- ✦ de V.I. en het Nationaal College van Adviserend Artsen (NCAA):
 - ✧ 10 % van de controleonderzoeken met een bedrag ten laste,
 - ✧ 5 % van het totale ten laste gelegde bedrag.
- ✦ verzekerden, zorgverleners en instellingen:
 - ✧ 12 % van de controleonderzoeken met een bedrag ten laste,
 - ✧ 9 % van het totale ten laste gelegde bedrag.



Figuur 3: Aantal controleonderzoeken met een bedrag ten laste, volgens oorsprong



Figuur 4: Bedrag ten laste, volgens oorsprong controleonderzoek

d. Vastgestelde inbreuken

Het totaal aantal vastgestelde inbreuken in 2017 bedraagt **959.224**.

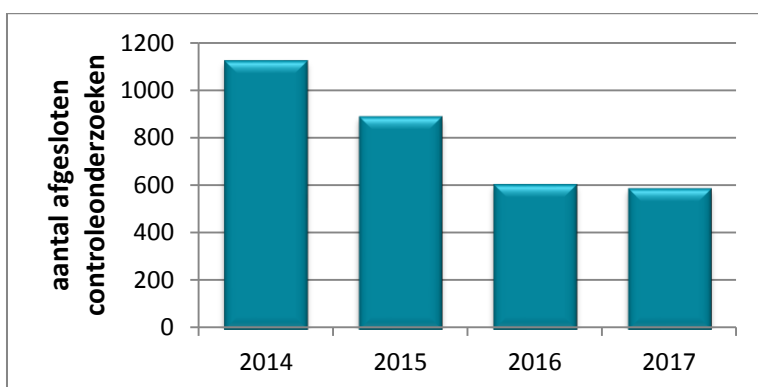
Eenzelfde verstrekking kan verschillende inbreuken omvatten.

Voorbeeld:

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

e. Evolutie 2011-2017

Het aantal afgesloten controleonderzoeken is sinds 2014 bijna gehalveerd (Figuur 5).



Figuur 5

Enkele verklaringen:

- ✦ **Beperkte middelen**
Het aantal personeelsleden is in 5 jaar met zowat 30 % gedaald. Een interne reorganisatie van de DGEC was nodig om deze daling op te vangen.

✦ **De invoering van de Filter in februari 2015**

De Filter is een cel die meldingen en ideeën analyseert en er een prioriteit aan toekent. De analyse door Filter zorgde bijvoorbeeld voor een daling van het 'aantal negatieve controleonderzoeken' van 462 in 2015 naar 119 in 2017. Zo verhoogt de Filter de trefzekerheid van onze controleactiviteit.

Het BOD verwijst de geanalyseerde meldingen en ideeën dan door naar de juiste directies en/of diensten.

✦ **Meer investering in data-analyse en screening**

De cel 'data-analyse' voert een eerste cijfermatige analyse uit op de facturatiegegevens van de V.I. De cel 'screening' doet vervolgens een meer inhoudelijke analyse om anomalieën op te sporen.

✦ **Een nauwere samenwerking tussen de verschillende directies**

Deze geïntegreerde samenwerking maakt een multidisciplinaire aanpak mogelijk. De simultane toepassing van preventieve, analytische en repressieve acties vergroot de impact van de DGEC ondanks een beperking van zijn middelen.

✦ **Meer thematische onderzoeken**

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

✦ **De snellere verzending van de uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling**

De verkorting van de termijn tussen de vaststelling van de inbreuk en het verzoek tot vrijwillige terugbetaling leidt tot meer vrijwillige terugbetalingen.

De hoger beschreven 585 controleonderzoeken kunnen we op verschillende manieren indelen:

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

2. Thematische controleonderzoeken

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

Thematisch controleonderzoek 1: Profielen verpleegkundigen

Elk jaar stellen we vast dat een aantal (180-200) thuisverpleegkundigen voor meer dan 200.000 EUR aan verstrekkingen aanrekenen. Omdat het weinig waarschijnlijk is dat deze verstrekkingen altijd terecht aangerekend zijn, voert de DGEC controleonderzoeken uit bij een groot aantal van deze hoge profielen. Het doel bestaat erin:

- ✦ niet-verrichte en niet-conform aangerekende verstrekkingen op te sporen, het onterecht aangerekende bedrag te recupereren en een proactief effect te hebben op toekomstig aanrekendegedrag;
- ✦ een signaal te geven aan de groep thuisverpleegkundigen dat we deze overtredingen opsporen met terugvordering en mogelijke verdere sancties tot gevolg.

We analyseerden de profielen van thuisverpleegkundigen via de databank van aangerekende verstrekkingen van zorgverleners². Na analyse van de profielen bepaalden we welke thuisverpleegkundigen we eerst controleren.

Voor elk controleonderzoek vroegen we de attestgegevens op bij de V.I.'s. Na analyse van deze gegevens verhoorden we telkens de verzekerden, getuigen en de zorgverstrekker.

Resultaten

Sinds juli 2015 zijn 51 controleonderzoeken 'hoge profielen thuisverpleegkundigen' geopend. Bijna alle controleonderzoeken leidden tot tenlasteleggingen.

In 2017 hebben we 10 controledossiers afgesloten voor een totale tenlastelegging van 1.256.145 EUR. Vele van deze onderzoeken doorlopen nadien langdurige en tijdrovende procedures voor de administratieve rechtscolleges.

Bij een kwart van de in 2017 afgesloten controleonderzoeken 'hoge profielen thuisverpleegkundigen' ging het over niet-verrichte verstrekkingen. In totaal werd er voor 310.893 EUR ten laste gelegd aan niet-verrichte verstrekkingen.

Bij de afgesloten controleonderzoeken over niet-conforme verstrekkingen, stelden we voornamelijk overscoring van de afhankelijkheidsgraad van de verzekerde vast.

Verdere opvolging en voorstellen

Deze zorgverleners met hoge profielen blijven we de jaren na de vaststelling verder opvolgen.

Jaar na jaar inventariseren en evalueren we alle thuisverpleegkundigen met hoge profielen.

De DGEC zoekt ook actief naar bijkomende maatregelen om de aanrekening van dergelijke niet-verrichte en niet-conforme verstrekkingen tegen te gaan. De verplichte inlezing van de eID bemoeilijkt de aanrekening van niet-verrichte verstrekkingen.

De invoering van een aanrekenplafond voor thuisverpleegkundigen zou een fraude beperkende maatregel kunnen zijn.

² Artikel 348 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Thematisch controleonderzoek 2: Herhaling van holters (codenummer 476254)

Een holtermonitor is een compact draagbaar elektrocardiogramtoestel. Het registreert de elektrische activiteit van het hart gedurende een lange periode (minstens 24 uur). Hierdoor kan de arts het hartritme van de patiënt onderzoeken in het kader van zijn normale dagelijkse activiteiten en vaak hartritmestoornissen opsporen die niet zichtbaar zijn op een basiselektrocardiogram, waarbij een korte periode wordt geanalyseerd.

Voor de onderzoeken met de holtermonitor kan de arts verschillende nomenclatuurcodenummers gebruiken, waaronder het codenummer 476254 (ambulant), met de volgende omschrijving³ :

Monitoring Holter: continue elektrocardiografische analyse gedurende ten minste 24 uur, door middel van een draagbaar toestel, inclusief de raadpleging bij het plaatsen en het wegnemen van het toestel met protocol en mogelijkheid tot het reproduceren van een deel van de tracés

Tijdens een individueel onderzoek hebben we vastgesteld dat het codenummer 476254 gedurende meerdere opeenvolgende dagen werd aangerekend. Het gaat om een inbreuk, want in de nomenclatuur wordt duidelijk gesteld dat het toezicht "ten minste" 24 uur duurt. Dit betekent dat als een onderzoek langer dan 24 uur duurt, het codenummer niet opnieuw mag worden aangerekend.

Voor de hospitalisaties bestaat er een interpretatieregel (01 voor art. 20 §1e)⁴, die een nieuwe monitoring tijdens dezelfde hospitalisatieperiode toelaat wanneer dat medisch verantwoord is.

Het doel van dit thematisch onderzoek bestond erin om op nationaal vlak te bepalen of het codenummer 476254 en 476265 vaak gedurende meerdere opeenvolgende dagen werd aangerekend.

We hebben bij de V.I.'s alle facturatiegegevens opgevraagd van het codenummers 476254 en 476265 voor de periode (datum van verstrekking) van 1 januari 2014 tot 26 maart 2016 en datum van ontvangst van 19 maart 2014 tot 3 mei 2016.

Vervolgens hebben we de gegevens geanalyseerd per code, per zorgverlener en per ziekenhuis.

Uit de algemene analyse blijkt dat vooral het ambulante codenummer 476254 gedurende meerdere opeenvolgende dagen werd aangerekend.

We hebben weinig herhalingen gevonden voor de code 476265 (gehospitaliseerd), maar we hebben gezien dat verschillende ziekenhuizen die code vaak aanrekenden.

Na de algemene analyse hebben we 20 controleonderzoeken geopend

- ✦ 7 ziekenhuizen en 5 zorgverleners die de code 476254 het vaakst aanrekenden;
- ✦ 7 ziekenhuizen die het codenummer 476265 het vaakst aanrekenden.

We hebben de verantwoordelijken van de diensten cardiologie (voor de ziekenhuizen) of de individuele zorgverleners verhoord. We hebben hun gevraagd waarom ze de codenummers herhaaldelijk aanrekenden en hebben hun ook gevraagd om de protocollen en de tracés voor te leggen.

Na de verhoren over de code 476265, vormden de gegevensanalyse en de inlichtingen bekomen in die 7 ziekenhuizen het onderwerp van een onderzoeksrapport.

Voor code 476254, werden onderzoeksdossiers geopend.

³ Artikel 20, § 1, e), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

⁴ KB 13/03/2002, in werking 13/03/2002

We hebben vastgesteld dat de 7 ziekenhuizen en de 5 zorgverleners onnodige herhalingen van de code 476254 hebben aangerekend.

Voor de periode van januari 2015 tot november 2016 werden processen-verbaal van vaststelling van non-conformiteit opgesteld (actualisering van de eerste gegevens van de V.I.'s), voor een totaal onverschuldigd bedrag van 432.248 EUR. De zorgverleners hebben het totaal onverschuldigd bedrag vrijwillig terugbetaald.

Het resultaat van het onderzoek stemt overeen met de verwachtingen. Het codenummer 476254-476265 zal in de toekomst opnieuw moeten worden geëvalueerd. Men zou kunnen overwegen om de omschrijving van het codenummer te wijzigen of dit codenummer te schrappen.

3. Apothekers

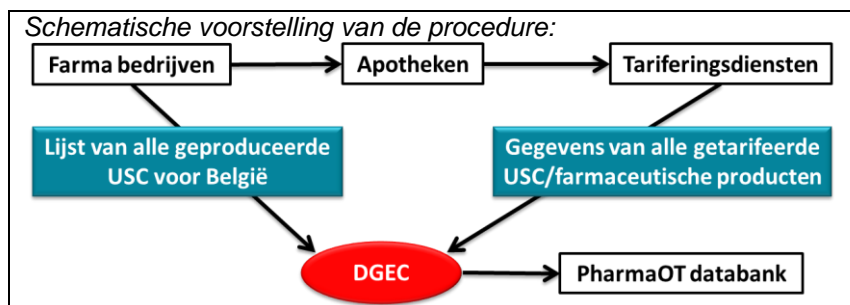
a) Controle 'unieke streepjescode' (USC)

Op 1 januari 2005 werd de unieke streepjescode (USC) ingevoerd. Via dit systeem kan de DGEC de uitgaven van de door de ziekteverzekering vergoede farmaceutische specialiteiten beter bewaken.

Werking van de USC

De USC is een uniek nummer dat men in de vorm van een streepjescode terugvindt op bijna elke verpakking van door de ziekteverzekering vergoede farmaceutische specialiteiten (uitzonderingen: o.a. anticonceptiva voor vrouwen jonger dan 21 jaar en magistrale bereidingen).

De apotheken lezen deze USC in wanneer ze een geneesmiddel afleveren. De tarifieringsdiensten, die instaan voor de opmaak van de facturen van de apotheken ter attentie van de V.I.'s, sturen de statistische gegevens van de USC door aan de DGEC. Daarnaast leveren de bedrijven die terugbetaalbare geneesmiddelen op de Belgische markt brengen, driemaandelijks de bestanden met de USC van de op de markt gebrachte vergoedbare geneesmiddelen aan de DGEC.



Jaarlijks vergoedt de ziekteverzekering farmaceutische specialiteiten met USC voor ongeveer 2,6 miljard EUR. De hierboven beschreven procedure zorgt ervoor dat de DGEC dit budget overzichtelijk kan bewaken.

Vroeger startten we meestal een onderzoek na een klacht van een collega-apotheker. Omdat we de desbetreffende apotheker niet konden plaatsen ten opzichte van de andere Belgische apotheken, konden we de omvang en echtheid van de klacht moeilijk inschatten. Dit zorgde vaak voor nutteloze onderzoeken met weinig tot geen resultaat.

Dankzij de invoer van de USC beschikken we wel over dergelijk globaal overzicht van het inleesprofiel van alle apotheken in België. Via de analyse van deze gegevens (uit de PharmaOT databank) kunnen we nu doeltreffender de apotheken met afwijkende inleesprofielen van USC opsporen en deze onderwerpen aan een gerichte controle.

De invoer van de USC is dus ook positief voor het beroep zelf. De apothekers die correct werken, zullen niet meer gehinderd worden door controles op basis van ongegronde klachten.

Sinds de start van de controle van de USC wordt er in minstens 98 % van de getarifeerde verpakkingen niets afwijkends opgemerkt.

In de overige 2 % stellen we 4 soorten onregelmatigheden vast:

- ✦ Niet-ingelezen USC
- ✦ Eenzelfde USC is meermaals ingelezen in dezelfde apotheek.
- ✦ Eenzelfde USC is meermaals ingelezen in verschillende apotheken.
- ✦ De check digit (controlegetal in de USC) van de vermelde USC is verkeerd.

Deze onregelmatigheden kunnen een teken van fraude zijn, maar we houden er ook rekening mee dat een vergetelheid of slordigheid aan de basis kan liggen.

Enkel die apotheken waarbij we een sterke afwijking vaststellen van het gemiddelde inleesprofiel onderwerpen we aan een controle.

Tabel 5

| Controle USC (= 24 maanden) | Eerste controle: okt 2006 – sept 2008 | Recentste controle: juli 2015 – juni 2017 | Stijging/daling % recentste vs. eerste controle |
|---|---|---|---|
| Aantal betrokken apotheken | 5.190 | 4.976 | |
| Totaal aantal tarifieringslijnen | 234.500.000 | 219.899.411 | |
| Aantal tarifieringslijnen die moeten voorzien zijn van een USC | 208.145.087 | 207.534.826 | |
| % correct USC en correcte ingelezen | 98,00 % | 98,86 % | + 1 % |
| % zonder USC | 1,42 % | 1,07 % | - 25 % |
| % aantal USC dubbel ingelezen in dezelfde apotheek | 0,22 % | 0,06 % | - 73 % |
| % dezelfde USC aanwezig in verschillende apotheken | 0,31 % | 0,03 % | - 90 % |
| % aantal USC met foute check digit | 0,05 % | 0,01 % | - 80 % |

Sinds de eerste controles 10 jaar geleden is het aantal onregelmatigheden die we vaststellen sterk gedaald (Tabel 5).

Zo is onder andere het percentage apotheken die niet inscannen gedaald met 25 %. Dit betekent dat er meer USC worden ingelezen en dat er meer kan worden gecontroleerd.

Ook het percentage dubbel ingelezen USC in dezelfde apotheek is gedaald met 73 %, in verschillende apotheken met 90 %.

De verplichte ziekteverzekering moet dus minder onterecht aangerekende vergoedingen uitbetalen.

De DGEC heeft via het systeem van de USC en de pharmaOT databank permanent overzicht over de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten afgeleverd in de officina apotheken in België. Dit waterdichte systeem zorgt er ook voor dat apothekers nu minder snel geneigd zijn om te frauderen omdat ze weten dat de USC zo efficiënt controleerbaar is.

De USC is en blijft dus een efficiënt instrument om:

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

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

Het RIZIV verzamelt gegevens per ziekenhuisverblijf in statistische bestanden. Er zijn 2 types bestanden:

- ✦ de AZV bestanden (Anonieme ziekenhuisverblijven) waarin de geanonimiseerde details van de uitgaven opgenomen zijn van de klassieke ziekenhuisverblijven in algemene ziekenhuizen.
- ✦ de ADH bestanden (Anonieme daghospitalisatie) waarin diezelfde gegevens voor de daghospitalisaties zijn opgenomen.

Jaarlijks analyseert de DGEC de aangerekende geneesmiddelen, implantaten en verstrekkingen in deze AZV/ADH bestanden om proactief onregelmatigheden in de tarifiering op te sporen.

Om de geneesmiddelen te analyseren, rangschikken we deze per CNK (code nationa(a)l(e) codenummer)⁵ volgens hoeveelheid en kostprijs. Ook de implantaten en verstrekkingen ordenen we op een gelijkaardige manier.

De DGEC voert nadien een controleonderzoek bij afwijkende profielen.

Enkele voorbeelden van mogelijke afwijkende profielen:

- ✦ Bij een patiënt werden 5 pacemakers op eenzelfde dag aangerekend.
- ✦ Aanrekening van meer dan 3000 ampullen dexmedetomidine op één dag.

De afgelopen vier jaar zijn er binnen dit thematisch onderzoek 114 controleonderzoeken geopend voor een totale tenlastelegging van 1.724.657 EUR (Tabel 6).

De weergegeven negatieve onderzoeken bevatten ook die onderzoeken waarbij het ziekenhuis zelf de fouten bij de aanrekening van geneesmiddelen of implantaten rechtzet via creditering aan de V.I.'s.

Tabel 6: Overzicht controleonderzoeken voor afwijkende profielen in de AZV/ADH bestanden

| | Geanalyseerde bestanden* | Aantal controleonderzoeken | Ten laste gelegde bedrag (EUR) | Negatieve onderzoeken |
|------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| 2014 | AZV20 / ADH9 | 15 | 359.607 | 0 |
| 2015 | AZV21 / ADH10 | 21 | 405.466 | 7 |
| 2016 | AZV22 / ADH11 | 29 | 566.035 | 4 |
| 2017 | AZV23 / ADH12 | 49 | 393.549 | 19 |

*Telkens wanneer de bestanden geüpdatet worden, wordt er een nieuw versie nummer toegevoegd.

In 2017 zijn in totaal 49 controleonderzoeken geopend met een totale tenlastelegging van 393.549 EUR (Tabel 7).

⁵ Het code nationa(a)l(e) codenummer (CNK) is toegekend aan alle geneesmiddelen en parafarmaceutische producten die worden afgeleverd in de apotheek. Het CNK is een administratief nummer. Het wordt toegekend aan elk product op basis van zijn: naam, galenische vorm, samenstelling, dosering, verpakking, vergunning voor in de handel te brengen

Tabel 7: Geopende controleonderzoeken voor afwijkende profielen in de AZV/ADH bestanden in 2017, volgens provincie/gewest

| Provincie of regio | Aantal controle-onderzoeken | Ten laste gelegde bedrag (EUR) |
|--------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Antwerpen | 6 | 69.350 |
| Brussels gewest | 1 | 1.309 |
| Waals-Brabant | 9 | 89.566 |
| Henegouwen | 8 | 141.298 |
| Luik | 3 | 41.946 |
| Limburg | 5 | 18.264 |
| Luxemburg | 1 | 6.687 |
| Namen | 1 | 3.131 |
| Oost-Vlaanderen | 4 | 18.043 |
| Vlaams-Brabant | 8 | 2.054 |
| West-Vlaanderen | 3 | 1.902 |
| Totaal | 49 | 393.549 |

Conclusie:

Een dergelijke analyse van de AZV/ADH bestanden is en blijft nuttig en efficiënt om fouten in de facturatie door de ziekenhuizen te detecteren en recht te zetten.

c) Andere projecten van de apothekers-inspecteurs:

- ✦ Detecteren van afwijkende farmaceutische profielen (PharmaOT) op basis van de geïntegreerde bestanden: apothekers; artsen, verzekerden
- ✦ Thematisch onderzoek implantaten, invasieve medische hulpmiddelen (art 35, art35 bis): screening en controle van de aanrekeningen van geneesmiddelen, bandagisterie
- ✦ Vragen beantwoorden en informatie geven aan:
 - ✧ het FAGG
 - ✧ de Provinciaal Geneeskundige Commissies
 - ✧ de Orde der artsen
 - ✧ het Gerecht

4. De DGEC en de strijd tegen fraude

We werken samen met andere diensten van het RIZIV en met de V.I.'s bij concrete fraudeonderzoeken en voor een structurele beveiliging van fraudegevoelige processen.

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

a) Definitie fraude

Het *European healthcare fraud and corruption network* (EHFCN) definieert fraude als: "het onwettelijk verwerven van een voordeel van om het even welke aard, door bewust en intentioneel de reglementering te overtreden".⁶ Er is een belangrijk onderscheid met mogelijke andere vaststellingen zoals misbruik, fouten en corruptie.

Het intentioneel karakter is bijgevolg essentieel om over fraude te spreken maar in de praktijk is dit niet zo eenvoudig te bepalen. Dat intentioneel karakter is ook geen wettelijke voorwaarde om onze controleonderzoeken af te handelen noch om de strafmaat te bepalen.

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

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

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

b) Afgewerkte fraudeonderzoeken in 2017

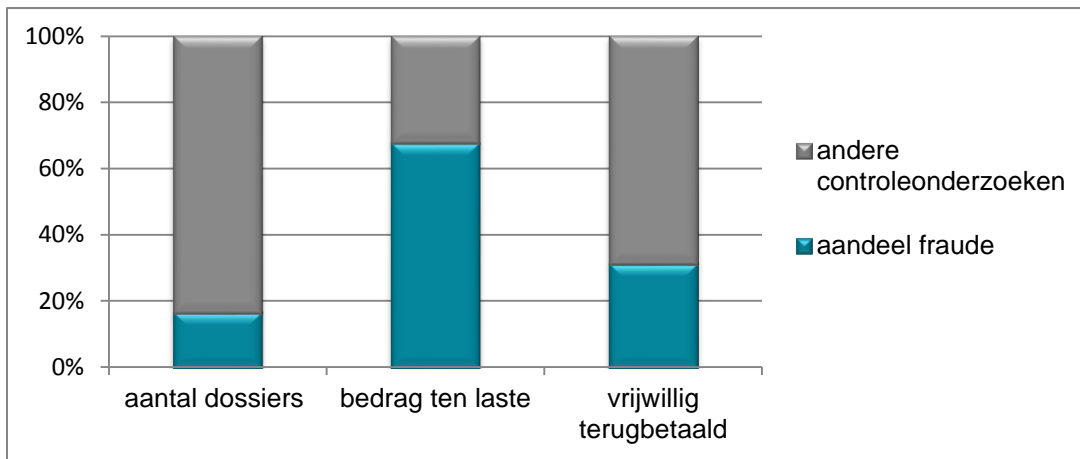
Van de in totaal 585 afgewerkte controleonderzoeken (Tabel 3) zijn er 97 fraudeonderzoeken voor een totaal bedrag ten laste van 5.025.755 EUR (Tabel 8). In 65 % van de fraudeonderzoeken gaat het voornamelijk om niet-verrichte verstrekkingen.

Tabel 8: Overzicht afgewerkte fraudeonderzoeken in 2017, volgens type fraude

| Type fraude | Aantal onderzoeken | Tenlastelegging (EUR) | Vrijwillige terugbetaling (EUR) |
|-------------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Niet-verrichte verstrekkingen | 63 | 3.422.952 | 334.063 |
| Niet-conforme verstrekkingen | 34 | 1.602.803 | 733.499 |
| Totaal | 97 | 5.025.755 | 1.067.562 |

De fraudeonderzoeken vormen 17 % van de afgesloten controleonderzoeken, 68 % van het tenlastegelegde bedrag en 31 % van het vrijwillig terugbetaalde bedrag (Figuur 6).

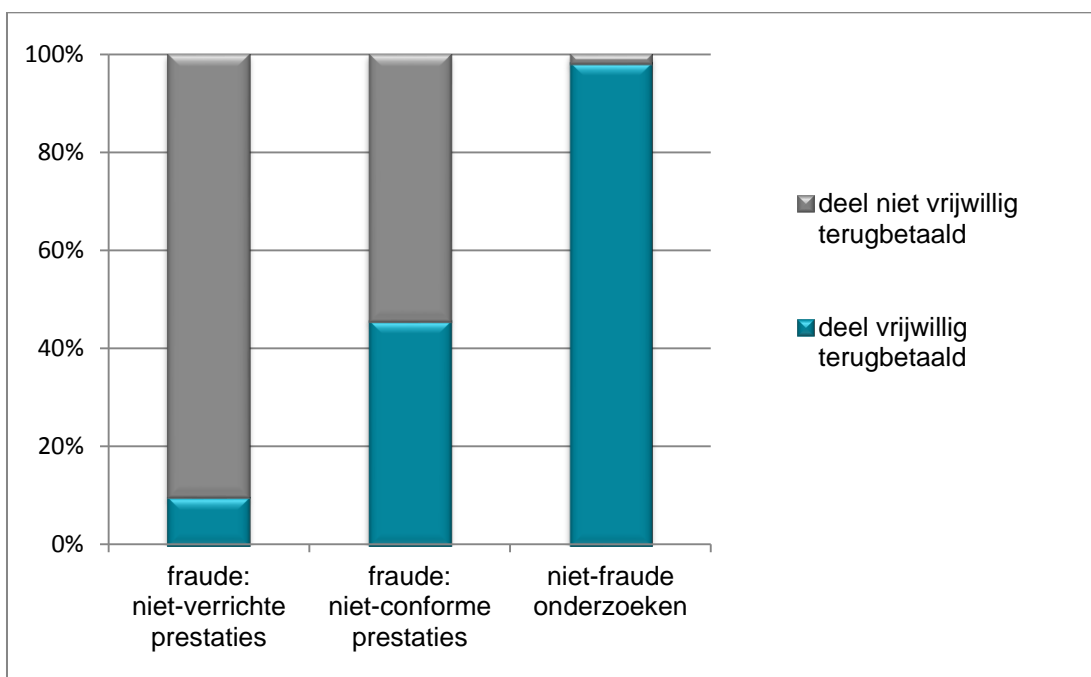
⁶ Zie de EHFCN waste typology.



Figuur 6: Aandeel fraude in 2017 t.o.v. alle controleonderzoeken

21 % van het bedrag ten laste in fraudeonderzoeken wordt vrijwillig terugbetaald. Bij fraude met niet-verrichte verstrekkingen beperkt de vrijwillige terugbetaling zich tot 10 % van het ten laste gelegde bedrag (Figuur 7).

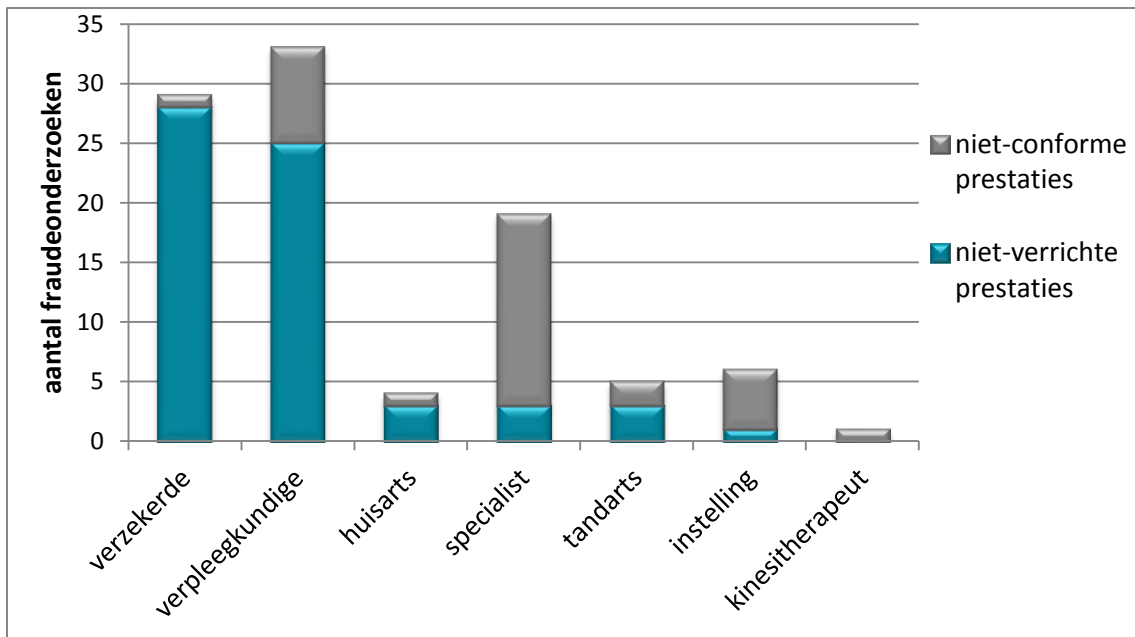
Ter vergelijking: bij de groep controleonderzoeken die niet als fraude worden gelabeld wordt maar liefst 98 % vrijwillig terugbetaald.



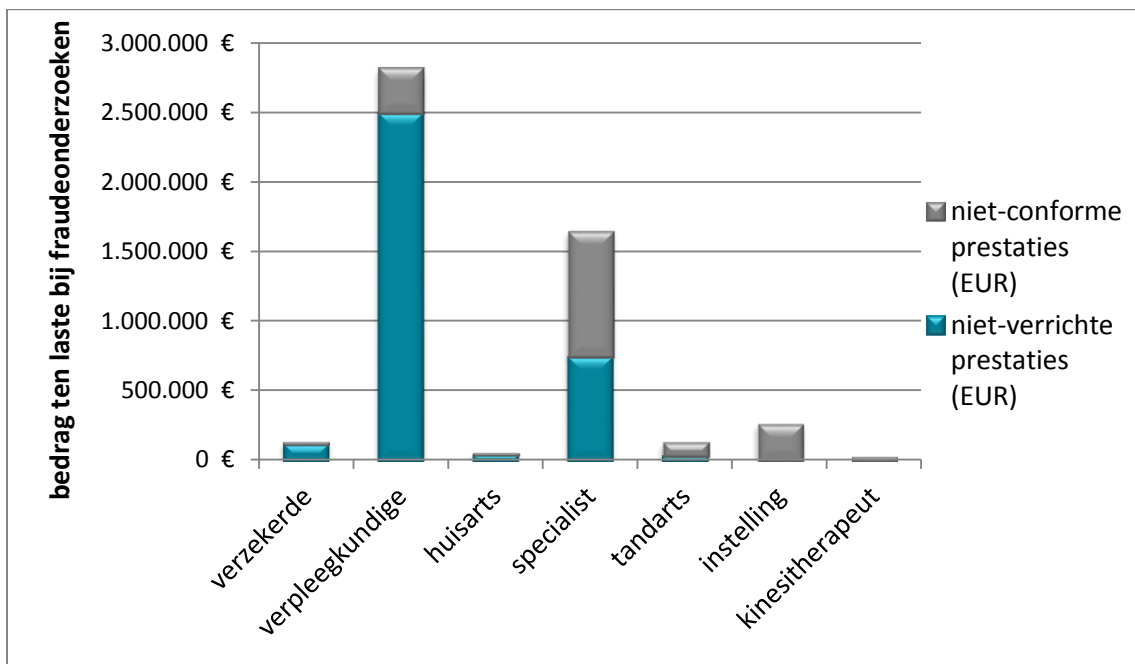
Figuur 7: Aandeel vrijwillig terugbetaald bedrag t.o.v. bedrag ten laste per type fraude

c) Wie pleegt fraude

- ✦ 33 **thuisverpleegkundigen** zijn goed voor 34 % van het aantal fraudeonderzoeken en 56 % van het ten laste gelegde bedrag in alle fraudeonderzoeken (Figuur 8, Figuur 9).
- ✦ **Specialisten** zijn met 19 onderzoeken de nummer 2 in het bedrag ten laste bij de fraudeonderzoeken.
- ✦ Er zijn 29 fraudeonderzoeken (30 %) van **verzekerden** (valse voorschriften en valse getuigschriften voor verstrekte hulp) maar in elk onderzoek is er sprake van een relatief beperkt bedrag ten laste.



Figuur 8: aantal onderzoeken per soort betrokkene en type inbreuk



Figuur 9: bedrag ten laste per soort betrokkene

d) Schorsing uitbetaling via derdebetalende

Op basis van art. 77sexies van de GvU-wet⁷ bestaat de mogelijkheid om de betaling van verstrekkingen via de derdebetalersregeling tijdelijk te schorsen voor maximaal 12 maanden. Dit is een extra middel om hardleerse fraudeurs, die graag gebruik maken van de derdebetalersregeling, af te remmen terwijl het inspecterend personeel het onderzoek ten gronde voert en desgevallend een formele tenlastelegging opstelt.

In 2017 heeft de leidend ambtenaar van de DGEK de uitbetaling van negen derdebetalersnummers tijdelijk geschorst betreffende zes fraudeurs. Zeven van deze nummers betreffen thuisverpleegkundigen (Tabel 9).

⁷ GvU-wet: Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994

Tabel 9: Overzicht van de schorsingen van uitbetaling via derdebetalersregeling (art. 77sexies)

| Schorsing | Start schorsing | Einde schorsing | Type | Vermoedelijke verantwoordelijke* |
|-----------|-----------------|-----------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 | 22-07-2016 | 21-07-2017 | Groepering thuisverpleegkundigen | A |
| 2 | 15-09-2016 | 14-09-2017 | Groepering thuisverpleegkundigen | B |
| 3 | 15-09-2016 | 14-09-2017 | Groepering thuisverpleegkundigen | B |
| 4 | 04-11-2016 | 03-11-2017 | Groepering thuisverpleegkundigen | A |
| 5 | 04-11-2016 | 03-11-2017 | Chirurg | C |
| 6 | 17-02-2017 | 16-02-2018 | Thuisverpleegkundige | D |
| 7 | 17-02-2017 | 16-02-2018 | Groepering thuisverpleegkundigen | D |
| 8 | 17-02-2017 | 16-02-2018 | Groepering thuisverpleegkundigen | D |
| 9 | 16-03-2017 | 15-03-2018 | Groepering thuisverpleegkundigen | E |
| 10 | 27-03-2017 | 26-03-2018 | Kinesitherapeut | F |
| 11 | 16-05-2017 | 15-05-2018 | Thuisverpleegkundige | G |
| 12 | 12-09-2017 | 11-09-2018 | Groepering thuisverpleegkundigen | H |
| 13 | 12-09-2017 | 11-09-2018 | Thuisverpleegkundige | H |
| 14 | 31-10-2017 | 30-10-2018 | Huisarts | I |

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

e) Impact

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

We hebben inmiddels gegevens van 101 zorgverleners-fraudeurs (Tabel 10). Hierbij zien we dat hun gezamenlijke aanrekening het jaar na de vaststelling met 5.324.305 EUR daalt. Dit komt bijna overeen met het totale bedrag ten laste voor deze groep (5.359.439 EUR) en is 3,8 maal het bedrag van de vrijwillige terugbetaling.

Tabel 10: Overzicht van de financiële impact op de groep fraudeurs

| Aantal zorgverleners | Bedrag ten laste (EUR) | Vrijwillige terugbetaling (EUR) | Jaarlijkse aanrekening (jaarpromiel) | | |
|----------------------|------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | | | Jaar vóór de vaststelling (EUR) | Jaar van de vaststelling (EUR) | Jaar na de vaststelling (EUR) |
| 101 | 5.359.439 | 1.388.293 | 25.581.651 | 23.022.925 | 20.257.346 |

Ook in het jaar van vaststelling zelf kunnen we een daling vaststellen voor een bedrag van 2.558.726 EUR (door een vaststelling in het begin van het jaar en impact door eerdere verhoren). Dit is 1,8 maal het vrijwillig terugbetaalde bedrag.

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

De individuele fraudeurs waar we geen daling merken in hun jaarpromielen zullen we opnieuw controleren.

Hoewel we een duidelijke impact hebben op de fraudeurs, is het totale bedrag ten laste gelegd in fraudeonderzoeken van dit jaar ongeveer gelijk met vorig jaar (5.298.846 EUR). Dit kunnen we als volgt verklaren:

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

f) Samenwerking DAC

In 2017 maakte de DGEC duidelijke afspraken met de DAC over het afhandelen van fraude bij verzekerden. Zo zal de DGEC bij valse voorschriften zelf het PV van vaststelling opmaken terwijl bij valse getuigschriften voor verstrekte hulp de DAC het PV van vaststelling zal opmaken. In deze onderzoeken blijft de rol van de DGEC beperkt tot het verhoren van de betrokken zorgverlener(s).

g) Samenwerking auditeurs

Verscheidene onderzoeken van verzekerden en zorgverleners werden in 2017 doorgestuurd naar het auditoraat/parket. In 1 van de grote fraudeonderzoeken werd intensief samengewerkt (gemeenschappelijke verhoren) met de gerechtelijke politie.

h) Structurele maatregelen

Vanaf 1 oktober 2017 dienen de thuisverpleegkundigen verplicht de eID⁸ in te lezen van de verzekerde bij elke aangerekende verstrekking. In principe mag de 10 % niet-inlezing van de eID niet worden overschreden en dient elke niet-inlezing te worden gemotiveerd.

i) Uitdagingen voor 2018

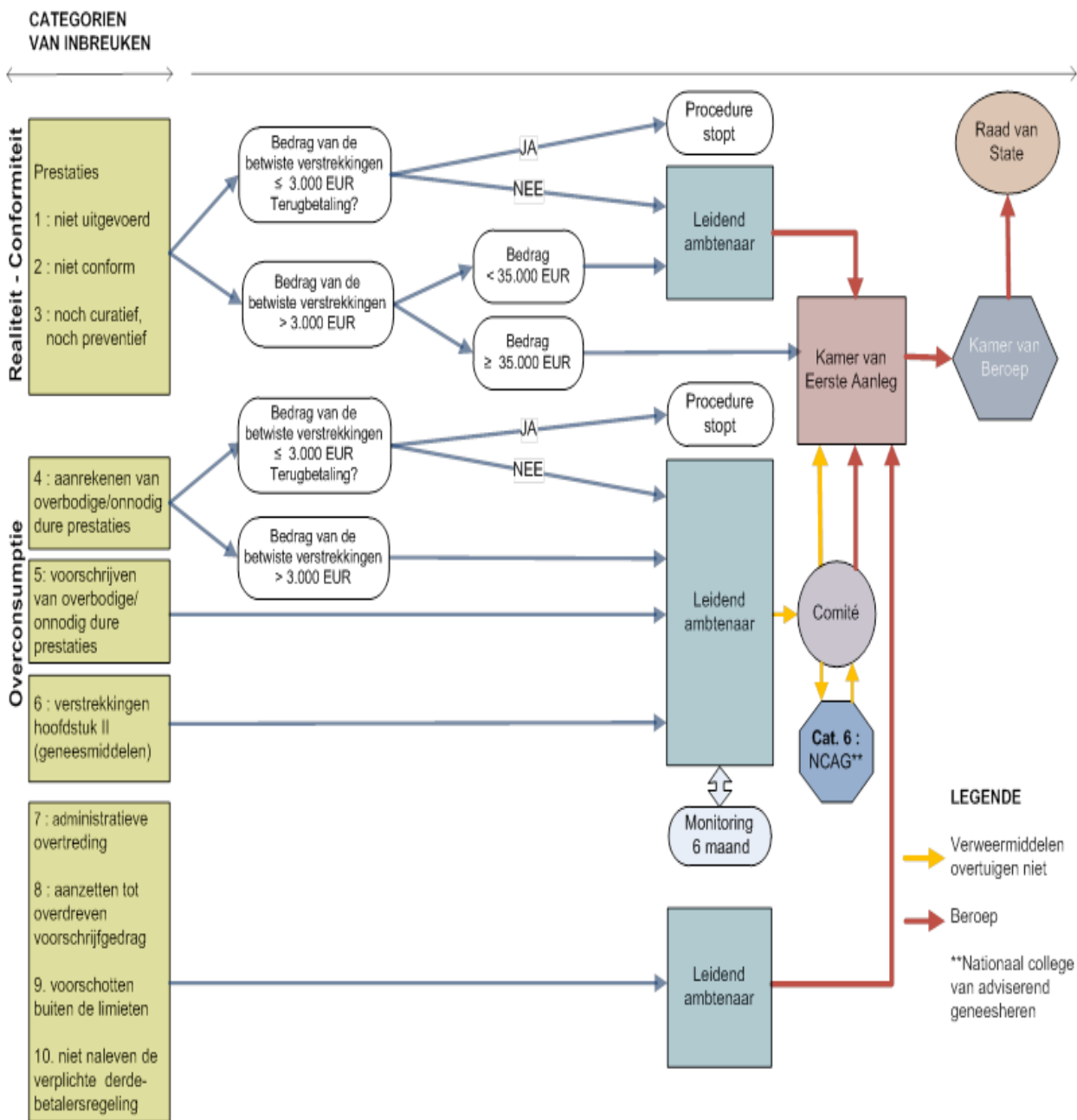
- ✦ verdere uitwerking en opvolging van het actieplan handhaving 2018-2020
- ✦ art 77sexies: proactieve opvolging en tijdig een PV van vaststelling opmaken
- ✦ duidelijke afspraken met de V.I.'s om te komen tot meer synergie
- ✦ monitoring eID + proactieve opvolging fraudeurs via indicatoren op basis van twee nieuwe datafluxen
- ✦ start van postcontroles op basis van de proactieve opvolging van jaarprofielen

⁸ KB 21 juli 2017

III. RECUPERATIE EN MAATREGELEN OPGELEGD DOOR DE BEVOEGDE ORGANEN

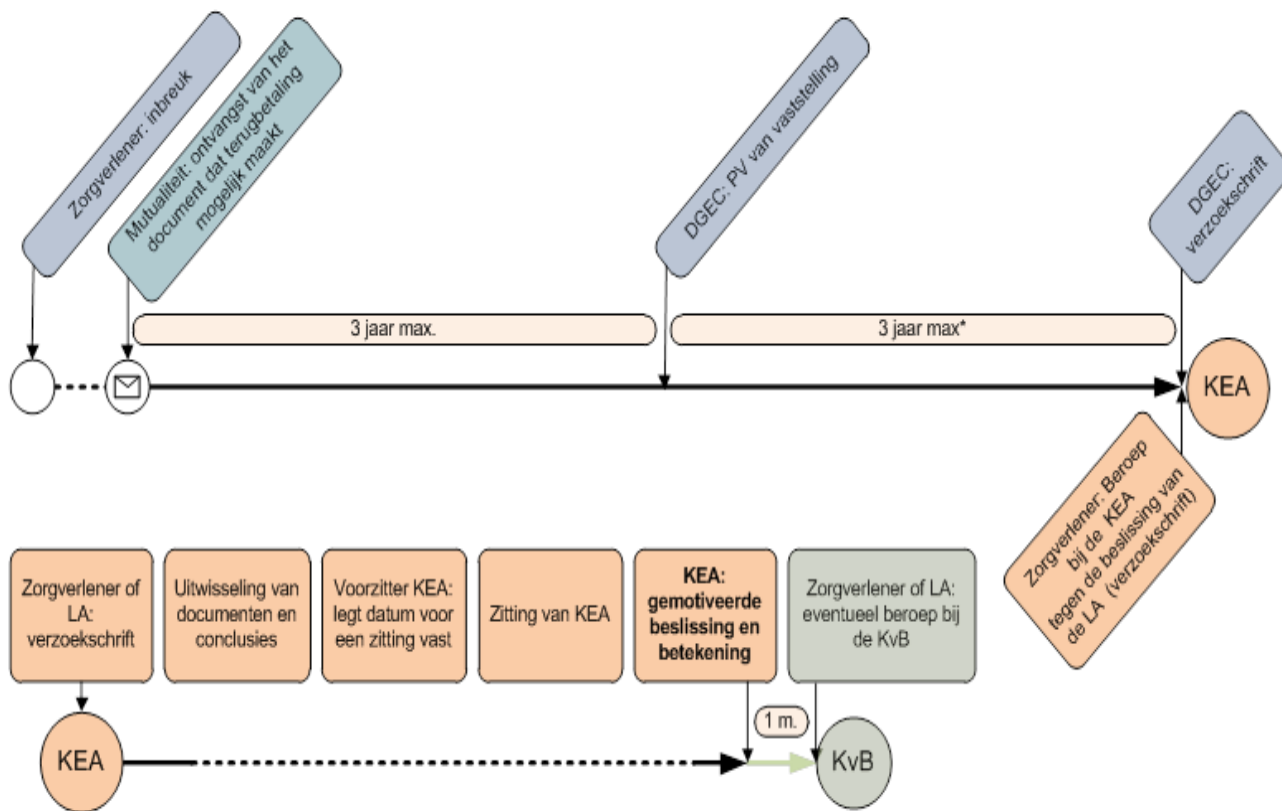
De controleonderzoeken die afgesloten zijn als “te vervolgen” (zoals bedoeld in Tabel 3), worden in procedure gebracht voor het daarvoor bevoegde orgaan. Welk orgaan dit is en welk traject precies gevolgd moet worden, hangt af van de vastgestelde inbreuk(en).

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



Figuur 10

PROCEDURE KAMER VAN EERSTE AANLEG



PROCEDURE KAMER VAN BEROEP



Figuur 11

1. Actieve beheersorganen

a. De beslissingen van het Comité van de DGEC

De controleonderzoeken die aanwijzingen bevatten van overconsumptie⁹ worden voorgelegd aan het Comité, opdat het zou beslissen om ofwel:

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

Aantal zittingen: 5

Gevallen van overconsumptie: 0

⁹ Het uitvoeren of voorschrijven van geneeskundige verstrekkingen die overbodig of onnodig duur zijn, zoals bedoeld in artikel 73bis, 4° en 5° van GvU-wet.

b. De beslissingen van de Leidend ambtenaar van de DGEC

De Gezondheidswetten van 2006 geven de Leidend ambtenaar de bevoegdheid om kennis te nemen van bepaalde vaststellingen ten laste van zorgverleners die onterecht verstrekkingen hebben aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering. De Leidend ambtenaar is onder meer bevoegd, wanneer de betrokken zorgverlener verstrekkingen heeft aangerekend die hij niet of niet conform de regelgeving heeft uitgevoerd en de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 EUR.¹⁰ De Leidend ambtenaar kan, afhankelijk van het geval, de terugbetaling bevelen van de onterechte aanrekeningen aan de ziekteverzekering en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

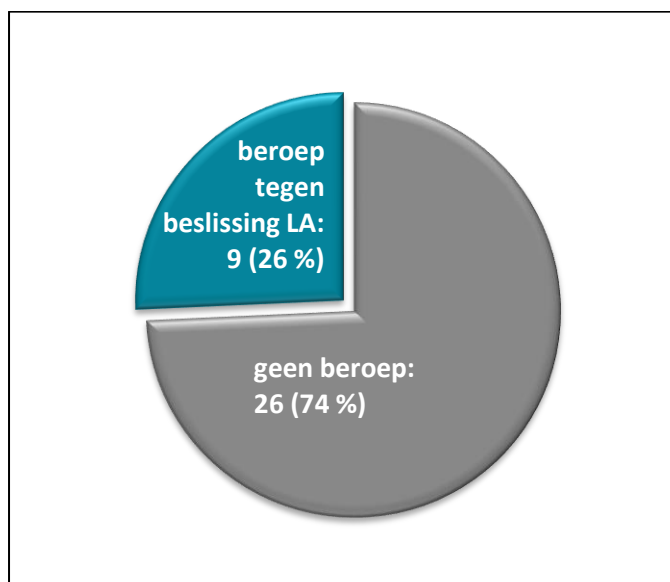
In Tabel 11 staan de gegevens omtrent de beslissingen die de Leidend ambtenaar in 2017 heeft genomen. Sommige van deze beslissingen hebben betrekking op controleonderzoeken die al in 2016 werden afgesloten.

De Figuur 12 onder de tabel geeft aan tegen hoeveel beslissingen van de Leidend ambtenaar er hoger beroep werd ingesteld door de betrokken zorgverlener. De meeste beroepen hadden geen betrekking op de geformuleerde tenlastelegging(en), maar wel op de opgelegde maatregel(en).

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

Tabel 11: de beslissingen genomen door de Leidend ambtenaar in 2017

| Bevoegdheid van de verstreker | Beslissingen | Onverschuldigd bedrag | Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing | Beslissingen | | | Bedragen | | |
|-------------------------------|--------------|-----------------------|--|--|-------------------|--------------------|---|------------------|-----|
| | | | | Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen) | Effectieve boetes | Boetes met uitstel | Betaald in uitvoering van de beslissing | Totaal betaald | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1+5 |
| | | | | Aantal | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Huisartsen | 6 | 86.832 | 33.151 | 82.436 | 63.173 | 29.488 | 73.748 | 106.899 | |
| Artsen-specialisten | 8 | 691.028 | 674.052 | 691.028 | 381.291 | 363.846 | 381.291 | 1.055.344 | |
| Apothekers | 2 | 41.182 | 17.300 | 41.144 | 61.716 | 0 | 6.000 | 23.300 | |
| Verpleegkundigen | 15 | 438.927 | 234.454 | 433.164 | 315.836 | 150.116 | 50.375 | 284.829 | |
| Kinesitherapeuten | 1 | 22.025 | 22.025 | 22.025 | 22.025 | 0 | | 22.025 | |
| Logopedist | 1 | 18.804 | 212 | 18.044 | 9.434 | 9.022 | | 212 | |
| Anderen | 2 | 38.969 | 1.834 | 38.969 | 18.371 | 18.371 | | 1.834 | |
| TOTAAL | 35 | 1.337.767 | 983.027 | 1.326.810 | 871.846 | 570.843 | 511.414 | 1.494.443 | |



Figuur 12

2. De administratieve rechtscolleges

a. de beslissingen van de Kamers van eerste aanleg

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

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

De Kamers van eerste aanleg kunnen zowel uitspraak doen in graad van beroep als in eerste aanleg. In graad van beroep oordelen de Kamers van eerste aanleg over de beroepen tegen de beslissingen van de Leidend ambtenaar.¹¹ In eerste aanleg oordelen zij over de vaststellingen ten laste van zorgverleners die onterecht verstrekkingen hebben aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering, wanneer deze niet tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar behoren. De Kamers van eerste aanleg zijn onder meer bevoegd, wanneer de betrokken zorgverlener verstrekkingen heeft aangerekend die hij niet of niet conform de regelgeving heeft uitgevoerd, wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 EUR.¹²

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

In Tabel 12 vindt u de gegevens omtrent alle beslissingen die de Kamers van eerste aanleg in 2017 hebben genomen. Tabel 13 en Tabel 14 splitsen die beslissingen vervolgens op in de beslissingen die de Kamers van eerste aanleg genomen hebben in graad van beroep (Tabel 13) en de beslissingen die ze genomen hebben in eerste aanleg (Tabel 14).

Figuur 13 geeft aan tegen hoe veel beslissingen van de Kamer van eerste aanleg er hoger beroep werd ingesteld.

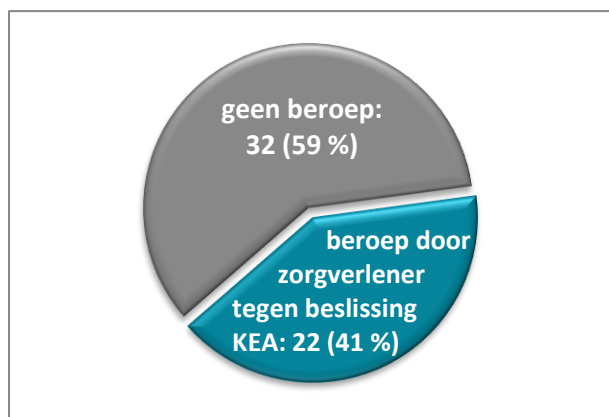
De meeste beroepen hadden geen betrekking op de geformuleerde tenlastelegging(en), maar wel op de opgelegde maatregel(en).

¹¹ Artikel 144, § 2, 2° van de GVVU-wet. De Kamers van eerste aanleg doen in graad van beroep eveneens uitspraak in de (zeldzame) gevallen waarin de Leidend ambtenaar beroep aantekent tegen een beslissing van het Comité om een controleonderzoek af te sluiten zonder gevolg of met een waarschuwing.

¹² Artikel 73bis, 1° en 2° en artikel 144, § 2, 1° van de GVVU-wet. Daarnaast zijn de Kamers van eerste aanleg bevoegd wanneer de zorgverlener niet-preventieve, niet-curatieve verstrekkingen heeft aangerekend aan de ziekteverzekering, wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 EUR (artikelen 73bis, 3° en 144, § 2, 1° van de GVVU-wet), wanneer de zorgverlener verstrekkingen heeft uitgevoerd of voorgeschreven die overbodig of onnodig duur zijn (artikelen 73bis, 4° en 5° en 144, §2, 1° van de GVVU-wet) en wanneer de zorgverlener geneesmiddelen heeft voorgeschreven boven bepaalde drempels (artikelen 73bis, 6° en 144, §2, 1° van de GVVU-wet).

Tabel 12: Beslissingen in KEA in 2017

| Bevoegdheid van de verstrekker | Beslissingen in KEA | Onverschuldigd bedrag | Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing | Beslissingen | | | Bedragen | |
|--|---------------------|-----------------------|--|--|-------------------|--------------------|---|------------------|
| | | | | Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen) | Effectieve boetes | Boetes met uitstel | Betaald in uitvoering van de beslissing | Totaal betaald |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1+5 |
| | | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Huisartsen | 4 | 96.998 | 61.183 | 63.284 | 96.270 | 13.605 | 98.371 | 159.553 |
| Artsen-specialisten | 8 | 574.148 | 17.223 | 395.679 | 47.809 | 36.312 | 131.132 | 148.355 |
| Apothekers | 1 | 15.441 | 15.441 | 15.441 | | 7.721 | | 15.441 |
| Tandartsen | 1 | 18.592 | | 18.592 | 1.375 | 1.375 | | |
| Verpleegkundige | 29 | 1.137.675 | 273.359 | 1.097.933 | 662.601 | 402.756 | 176.853 | 450.212 |
| Kinesitherapeut | 1 | 109.094 | | | | 54.532 | 27.266 | 27.266 |
| Orthopedisten | 7 | 1.870.660 | 169.223 | 1.844.981 | 607.071 | 98.135 | 635.180 | 804.403 |
| Bandagisten | 1 | 310.412 | | | | 31.041 | | |
| Opticiens | 1 | 168.087 | | 168.087 | 84.043 | | | |
| Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra | 1 | 8.104.214 | | | | | | |
| Verzekerden | 1 | 20.787 | | 20.787 | 31.181 | | | |
| Anderen | 2 | 128.503 | 34.247 | 111.562 | 122.770 | | 16.941 | 51.188 |
| TOTAAL | 57 | 12.554.611 | 570.675 | 3.736.345 | 1.653.120 | 645.477 | 1.085.743 | 1.656.418 |



Figuur 13

Tabel 13: Beslissingen van de KEA in 2017, als beroepsinstantie

| Bevoegdheid van de verstrekker | Beslissingen | Onverschuldigd bedrag | Vrijwillige terugbetalingen | Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen) | Effectieve boetes | Boetes met uitstel |
|--------------------------------|--------------|-----------------------|-----------------------------|--|-------------------|--------------------|
| Huisartsen | 1 | 61.182 | 61.182 | 61.182 | 83.770 | 0 |
| Apothekers | 1 | 15.441 | 15.441 | 15.441 | 0 | 7.721 |
| Tandartsen | 1 | 18.592 | | 18.592 | 1.375 | 1.375 |
| Verpleegkundigen | 15 | 307.733 | 167.390 | 280.663 | 122.742 | 109.506 |
| Orthopedisten | 2 | 150.205 | 100.000 | 124.526 | 0 | 6.226 |
| Verzekerden | 1 | 20.787 | | 20.787 | 31.181 | 0 |
| Andere | 1 | 16.941 | | | 0 | 0 |
| TOTAAL | 22 | 590.881 | 344.013 | 521.191 | 239.068 | 124.828 |

Tabel 14: Beslissingen van de KEA in 2017 in eerste aanleg

| Bevoegdheid van de verstrekker | Beslissingen | Onverschuldigd bedrag | Vrijwillige terugbetalingen | Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen) | Effectieve boetes | Boetes met uitstel |
|--|--------------|-----------------------|-----------------------------|--|-------------------|--------------------|
| Huisartsen | 3 | 23.125 | | 2.101 | 12.500 | 13.105 |
| Artsen-specialisten | 8 | 574.148 | 17.223 | 395.679 | 47.809 | 36.312 |
| Verpleegkundigen | 14 | 829.942 | 105.969 | 817.269 | 539.859 | 293.250 |
| Kinesitherapeuten | 1 | 109.094 | | 0 | 0 | 54.532 |
| Orthopedisten | 5 | 1.720.455 | 69.223 | 1.720.455 | 607.071 | 91.909 |
| Bandagisten | 1 | 310.412 | | 0 | 0 | 31.041 |
| Opticiens | 1 | 168.087 | | 168.087 | 84.043 | 0 |
| Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra | 1 | 8.104.214 | | 0 | 0 | 0 |
| Andere | 1 | 111.562 | 34.247 | 111.562 | 122.770 | 0 |
| TOTAAL | 35 | 11.951.039 | 226.661 | 3.215.153 | 1.414.054 | 520.149 |

b. de beslissingen van de Kamers van beroep

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

De Kamers van beroep oordelen in graad van beroep over de beroepen die worden ingesteld tegen de beslissingen van de Kamer van eerste aanleg.¹³

In Tabel 15 vindt u de gegevens omtrent de beslissingen die de Kamer van beroep in 2017 heeft genomen.

¹³ Artikel 144, §3, 1° van de GUVU-wet. De Kamers van beroep doen eveneens uitspraak in de (zeldzame) beroepen tegen beslissingen van het Comité in tuchtzaken (artikel 144, §3, 2° van de GUVU-wet).

Tabel 15: Beslissingen van de Kamers van beroep in 2017

| Bevoegdheid van de verstrekker | Beslissingen | | Onverschuldigd bedrag | Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing | Beslissingen | | | Bedragen | |
|--|--------------|------|-----------------------|--|--|-------------------|--------------------|---|----------------|
| | | | | | Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen) | Effectieve boetes | Boetes met uitstel | Betaald in uitvoering van de beslissing | Totaal betaald |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1+5 | | | |
| | Aantal | % | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | |
| Huisartsen | 4 | 7,3 | 103.947 | | | 1.800 | 600 | 18.000 | 18.000 |
| Artsen-specialisten | 9 | 16,4 | 1.212.846 | 43.918 | 12.177 | 138 | 0 | 11.818 | 55.736 |
| Apothekers | 6 | 10,9 | 596.070 | 12.867 | 12.665 | | | | 12.867 |
| Tandartsen | 10 | 18,2 | 401.911 | 32.671 | 320.360 | 21.630 | 8.803 | 45.629 | 78.301 |
| Verpleegkundigen | 15 | 27,3 | 1.048.539 | 157.074 | 653.171 | 482.667 | 158.047 | 240.525 | 397.600 |
| Kinesitherapeuten | 3 | 5,4 | 26.000 | | | | | | 0 |
| Orthopedisten | 1 | 1,8 | 1.139 | | | | | | 0 |
| ROB | 1 | 1,8 | 7.298 | | | | | | 0 |
| Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra | 5 | 9,1 | 382.149 | 8.294 | 100.215 | 0 | 34.207 | 36.023 | 44.317 |
| Andere | 1 | 1,8 | 3.621 | 3.621 | | 0 | 0 | | 3.621 |
| TOTAAL | 55 | | 3.783.520 | 258.445 | 1.098.588 | 506.235 | 201.657 | 351.995 | 610.442 |

IV. EXPERTISE

De directie Expertise onderzoekt hoe groepen zorgverleners hun praktijk (voorschrijven en uitvoeren van verstrekkingen) voeren. Ze vergelijkt de door hun vastgestelde praktijkvoering met de geldende reglementering, de Evidence Based Medicine en/of de algemene regels voor een goede praktijkvoering omtrent:

- ✦ overconsumptie
- ✦ doelmatigheid
- ✦ realiteit/conformiteit.

Dit alles gebeurt op basis van data-analyse, screening en terreinanalyses.

1. Studierapporten

Rapport 1: Analyse van het Globaal Medisch Dossier, verstrekking 102771

Het globaal medisch dossier (GMD) is een elektronisch medisch dossier. Het GMD bevat de algemene en medische gegevens van een patiënt. De huisarts beheert het GMD en werkt het regelmatig bij¹⁴. De arts kan het beheer één maal per jaar en per patiënt aanrekenen met verstrekking 102771 (*Beheer van het globaal medisch dossier*).

Tussen 2008 en 2014 zijn de uitgaven voor het GMD met 50 % gestegen. In 2014 zijn 5.766.416 verstrekkingen 102771 aangerekend voor een totaal van 172 miljoen EUR met gemiddeld 16.000 EUR per huisarts.

Het doel van deze terreinstudie was een representatief nationaal beeld schetsen van het gebruik en de kwaliteit van het GMD. Daarnaast peilden we ook naar de kennis en het gebruik van de verschillende informaticatools bij de huisartsen (o.a. elektronisch medisch dossier (EMD), software en eHealth).

Bovendien kan de studie ook beoordelingscriteria aanreiken om het GMD te kunnen evalueren naar realiteit en conformiteit.

Op vraag van de Dienst voor geneeskundige verzorging evalueerden we ook de zorgtrajecten.

Van de 10.259 artsen, die minstens 13 GMD's hebben aangerekend tijdens de onderzoeksperiode van 31-12-2013 tot 30-12-2014 (12 maanden) selecteerden we 200 artsen en 20 medische huizen (MH). Deze selectie gebeurde in een afzonderlijke aselechte steekproef, waarbij disproportioneel gestratificeerd werd naar taalgroep (gelijk aantal in beide taalgroepen). Per arts kozen we aselekt 10 patiënten met GMD (GMD₁) en 10 patiënten zonder GMD (GMD₀). Bij de MH selecteerden we geen GMD₀ patiënten, omdat het GMD vervat zit in het forfait.

De kans dat een arts of MH gekozen werd, was proportioneel met het aantal GMD's dat op de naam van de arts werd aangerekend. Zo had elk GMD een gelijke selectiekans. Bij de analyse zijn de resultaten gewogen om de resultaten van de steekproef correct te kunnen interpreteren.

Uiteindelijk bestudeerden we via een standaard vragenlijst 2.128 DMG₁ en 1.660 DMG₀ bij 217 artsen tussen oktober 2015 en februari 2016. De overige geselecteerde dossiers konden we niet onderzoeken wegens overlijden patiënt, ziekte of verhuis van de arts ...

¹⁴ Koninklijk besluit van 26 januari 2017 tot wijziging van het artikel 2, B, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (inwerking 1 januari 2016)

Informatica

Uit de analyse blijkt dat 209 van de 217 artsen een EMD hebben. Het gebruik van eHealth is beperkt, maar veel artsen verklaarden recent met eHealth te zijn begonnen en/of een opleiding te volgen.

Buiten de MH waren de resultaten van groepspraktijken in het algemeen beter dan die van solopraktijken. Artsen jonger dan 55 jaar scoorden doorgaans beter.

GMD

Bij 120 GMD's (6 %) waren alle wettelijk vereiste gegevens correct ingevuld. Voor de preventiemodule bedroeg dit 2 %. In totaal waren 43 % van de verplicht aanwezige items ingevuld en 21 % van de GMD's bevatte een volledig overzicht van de chronische behandelingen.

Verschil GMD₁ / GMD₀

De GMD₁ patiënten waren gemiddeld 11 jaar ouder dan de GMD₀ patiënten en hadden een significant hoger consumptiepatroon (gemiddeld 13,7 vs. 9,1 contacten; P<0,0001).

De GMD₁ patiënten hebben gemiddeld per jaar 3 contacten meer met hun huisarts (4,8 vs. 1,8 contacten huisarts; P<0,05). Hun dossier scoort beter voor preventie en de aanwezigheid van verslagen.

Zorgtrajecten

Bloedonderzoeken worden meestal goed opgevolgd. Preventieve maatregelen scoren minder (Tabel 16). De communicatie van de huisarts naar de specialist toe is beperkt.

Tabel 16

| Activiteiten | Geen datum vermeld (in %) | |
|---|---------------------------|--------------------|
| | Diabetes | Nierinsufficiëntie |
| Glycemie | 6 | 12 |
| Bloeddruk | 12 | 19 |
| Influenza vaccinatie | 42 | 38 |
| Rapport verzonden aan diabetoloog/nefroloog | 61 | 54 |
| Laatste voedingsadvies door diëtist | 81 | 86 |
| Pneumokokken vaccinatie | 78 | 65 |

Voorstellen

Na dit onderzoek had de DGEC enkele suggesties om de kwaliteit/het gebruik van het GMD te bevorderen:

- ✦ De continuïteit bevorderen door de vergoeding los te koppelen van een jaarlijks contact en de keuze van de patiënt voor een GMD-houder meer bewust te doen verlopen.
- ✦ Alle actoren in de gezondheidszorg sensibiliseren over het belang van het GMD (patiënt, huisarts, tweede lijn).
- ✦ De homologatiecriteria van de softwareprogramma's verstrengen, ze valideren op het terrein, opleiding en een helpdesk voorzien.
- ✦ De ter beschikking stelling van een verslag voor de GMD-houder (met akkoord van de patiënt) verplichten, als vergoedingsvoorwaarde voor consultaties in de tweede lijn.
- ✦ De huisarts ondersteunen, zowel op administratief als op paramedisch (verpleegkundigen) vlak.
- ✦ Het GMD evalueren naar realiteit/conformiteit door de elementen uit de nomenclatuur als operationele vergoedingsvoorwaarden te nemen, o.a.:
 - ✧ sociaal-administratieve gegevens
 - ✧ antecedenten
 - ✧ probleemlijst
 - ✧ chronische behandelingen.

- ✦ De elementen van de Sumehr (Summarized Electronic Health Record) volledig beschrijven

De Medicomut hield rekening met de resultaten van de studie om aanbevelingen te doen met betrekking tot GMD in het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019.

Rapport 2: Terreinactie: voorschrijvers arbeidsongeschiktheid in het kader van de verplichte ziekteverzekering

De DGEC houdt in de sector uitkeringen toezicht op de realiteit, conformiteit en het doelmatig gebruik van beslissingen die aanleiding geven tot uitgaven in de verplichte ziekteverzekering. Door de stijgende uitgaven van de ziekteverzekering in de sector arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is er een grotere aandacht voor de rol van voorschrijvers van getuigschriften arbeidsongeschiktheid (GAO). In het kader van het actieplan 'arbeidsongeschiktheid (AO)' resulteerde dit in een beperkte terreinactie.

Het doel van deze studie is om een eerste beeld te krijgen van de voorschrijvers AO.

Uit de database CIT 3.0 van de DGEC blijkt dat de 498.449 GAO met een einde AO in 2014 zijn opgesteld door 27.329 verschillende voorschrijvers, waarvan 70 % huisartsen waren. Het merendeel van de voorschrijvers huisartsen stelde tussen 10 en 49 GAO op. De huisartsen die meer dan 50 GAO voorschreven in 2014 (15 %) zijn verantwoordelijk voor 44 % van alle GAO.

Voor de terreinactie selecteerden we 20 huisartsen (2 per provincie m.u.v. Luxemburg). Tijdens de algemene bevraging beschreven de onderzochte huisartsen hun patiënteel als een standaard huisartsenpopulatie. Per arts controleerden we ook het medisch dossier van 10 patiënten waar er een GAO werd opgesteld in 2014. We keken na of er in het medisch dossier een contact terug te vinden was waarvan de datum overeenstemt met de begindatum van de AO op het GAO.

Eén arts hield geen medische dossiers bij van zijn patiënten, één arts werkt voornamelijk in een ziekenhuis. Zij konden hierdoor niet alle vragen beantwoorden.

In 73 % van de onderzochte dossiers zijn de datum van het contact en medische gegevens teruggevonden in het medisch dossier.

14 van de 18 artsen schreven alleen maar GAO voor hun eigen patiënten. Vier artsen verklaarden een GAO te hebben opgesteld voor één of meerdere verzekerden die niet hun eigen patiënten waren.

In deze steekproef kunnen we geen rechtstreeks verband aantonen tussen de algemene profielgegevens (totaal profiel, aantal contacten, aantal GMD) en het voorschrijfgedrag. Maar door de kleinschaligheid van het terreinonderzoek kunnen we geen algemene conclusies formuleren.

De kwaliteit en volledigheid van de medische dossiers is zeer wisselend bij de onderzochte artsen.

De relatie tussen de kwaliteit van het medisch dossier van de huisarts en de gegrondheid van het GAO zou verder moeten onderzocht worden. Een correct ingevuld medisch dossier kan mogelijk een indicator zijn voor een correct GAO.

Rapport 3: Analyse personeelsbestand adviserend artsen van de V.I.'s

In de sector uitkeringen houdt de DGEC toezicht op de realiteit, conformiteit en het doelmatig gebruik van beslissingen die leiden tot uitgaven in verplichte ziekteverzekering. Door de stijgende uitgaven van de ziekteverzekering in de sector arbeidsongeschiktheidsuitkeringen krijgt de rol van de adviserend artsen (AA) van de V.I.'s een grotere aandacht.

De belangrijke opdracht van de AA is de controle uitoefenen op de geneeskundige verstrekkingen en de arbeidsongeschiktheid. Hun beslissingen zijn bindend voor de V.I.'s.

De AA krijgen ook nieuwe taken toegewezen in de sector uitkeringen. Dit zijn voornamelijk nieuwe initiatieven voor de professionele re-integratie van arbeidsongeschikte verzekerden.

Hoewel er een toenemende delegatie van de taken van de AA is, blijven zij de eindverantwoordelijken voor de genomen beslissingen. Het is dus belangrijk dat het personeelsbestand van de AA behouden blijft.

Het doel van deze studie is om een eerste beeld te krijgen van de evolutie van het personeelsbestand en de leeftijds piramide van de AA in de verschillende V.I.'s.

Dit eerste beeld kan ons meer inzicht geven in de problematiek van beschikbaarheid van de AA voor hun verschillende opdrachten

Elke AA moet door de DGEC erkend worden en beëdigd zijn voor de voorzitter van het Comité van de DGEC vóór hij officieel zijn activiteiten start. Hierdoor beschikt de DGEC over een database van alle AA met erkenning.

Voor deze studie gingen we er vanuit dat alle AA actief zijn tot 65 jaar en dat er geen vroegtijdige vertrekken zijn. We hielden geen rekening met de rekrutering van nieuwe AA vanaf december 2016.

Uit de analyse van de database blijkt dat er 304 AA (jonger dan 65 jaar) actief zijn voor alle V.I.'s samen op 1 december 2016. Dat betekent 281 'full time equivalents'.

Twee AA zijn actief in twee verschillende V.I.'s en zijn dubbel geteld. Eén bijkomende arts, ouder dan 65 jaar is nog steeds actief. De gemiddelde leeftijd van de AA, die momenteel actief zijn, bedraagt 54 jaar.

Tussen 2017 en 2021 zullen jaarlijks 17 à 21 AA met pensioen gaan. Op 1 januari 2022 zullen er nog 207 AA overblijven (daling van 32 % op 6 jaar).

Het aantal nieuwe erkenningen als AA schommelt tussen 12 en 19 per jaar. Zes van de 74 nieuw erkende AA in de periode 2012-2016 waren al werkzaam in een andere V.I. De nieuwe erkenningen compenseren het aantal AA dat met pensioen gaat slechts gedeeltelijk.

Als compensatiemechanisme is er een toenemende delegatie van de taken van de AA.

Deze analyse toont aan dat het personeelsbestand van de AA een toenemende vergrijzing kent. Dit houdt ook in dat in de nabije toekomst veel AA de pensioenleeftijd zullen bereiken.

Tot nu toe kunnen de rekruteringen van nieuwe AA het verlies maar gedeeltelijk opvangen.

De wettelijke pensioenleeftijd van de AA blijft een discussiepunt.

De evolutie van het personeelsbestand aan AA moet zeker verder opgevolgd worden en het personeelsbestand van de gedelegeerde medewerkers zou ook in kaart moeten gebracht worden om een volledig beeld te krijgen van de activiteit van de AA en hun equipes.

Rapport 4: Supplementen spoed bij in vitro fertilisatie (IVF)

Context

In 2015 heeft de DGEC alle verstrekkingen geanalyseerd die in 2013 en 2014 werden aangerekend door gynaecologen. Die analyse heeft verschillen aangetoond tussen de ziekenhuizen met betrekking tot de aanrekening van bijkomende honoraria voor dringende technische verstrekkingen in het kader van IVF- behandelingen. Onder de 34 ziekenhuizen die in België IVF toepassen, zijn er die deze honoraria in hoge mate aanrekenden, terwijl andere ze bijna niet aanrekenden.

Doel

De bedoeling van dit project bestond erin tot maatregelen te komen om de praktijk in de ziekenhuizen te harmoniseren

- ✦ Nagaan of de wettelijke basis voldoende stevig was om controle- en terugvorderingsmaatregelen te overwegen;
- ✦ wijziging van de nomenclatuur: verbod om een supplement spoed aan te rekenen voor verstrekkingen die in het kader van IVF worden uitgevoerd.

Wettelijk kader

Uittreksels uit de NGV, artikel 26 "Bijkomend honorarium voor dringende technische verstrekkingen":

§ 5. "Het bijkomend honorarium voor dringende technische verstrekkingen mag alleen maar worden aangerekend in de gevallen waarin de toestand van de patiënt vergt dat die verzorging dringend wordt verleend tijdens de opgegeven uren en dagen. (...)"

§ 13. "Voor de verstrekkingen inzake echografie van artikel 17quater wordt alleen een bijkomend honorarium betaald voor de hierna opgesomde verstrekkingen:

469291 - 469302, (...).

De verstrekkingen die worden verricht door een geneesheer-specialist, mogen worden aangerekend voor zover ze dringend zijn gevraagd door de voorschrijvende geneesheer tijdens de hierboven vermelde uren, en de resultaten onmiddellijk zijn meegedeeld aan de geneesheer die verantwoordelijk is voor de spoedbehandeling van de patiënt."

Methode

- 1) Juridisch advies aanvragen
- 2) Nagaan of het probleem nog steeds bestaat sinds de analyse van de gegevens voor 2012 en 2013
- 3) Een nota opstellen voor de werkgroep "Heelkunde"

Resultaten

- 1) Het juridisch advies was negatief. De wetgeving liet niet toe controleacties op te zetten.
- 2) De attesteringsgegevens voor 2015 bevestigen dat het probleem voortduurt: 14 van de 32 betrokken ziekenhuizen rekenen op significante wijze dit supplement spoed aan.
- 3) Opstellen van een nota voor de werkgroep "Heelkunde" met vermelding van de vaststellingen van beginanalyse en die van het nazicht op basis van de gegevens voor 2015, waarin voorgesteld werd een wijziging van de nomenclatuur te vragen: een verbod om supplementen spoed in deze context aan te rekenen.

Communicatie

Onze vertegenwoordiger van de DGEC heeft de nota op 9 november 2017 aan de werkgroep "Heelkunde" voorgesteld.

Rapport 5: Detectie van uitzonderlijke patiëntenprofielen

Context

De opdracht van het Actieplan handhaving inzake geneeskundige verzorging 2016-2017 was het terugdringen van frauduleuze facturering, medische overconsumptie en verspilling in de gezondheidszorg. Dit project is opgenomen in het actieplan onder punt 4.7: Implementatie van een methodiek voor het detecteren van patiënten die afwijken van de zorg consumptienormen. Het was een van de acties van de DGEC.

Doel

De bedoeling van dit project was om een methode voor te stellen om patiënten die buiten de norm vallen te kunnen opsporen, hetgeen onrechtstreeks ook zorgverleners die buiten de norm vallen kan aantonen. In functie van de resultaten zal eventueel een vervolg volgen.

Methode

We gebruikten de gegevens voor 2015 uit de permanente steekproef (EPS)¹⁵, een representatief staal voor het geheel van de populatie. Van de 281.780 patiënten uit de EPS, hebben we 134.449 patiënten geselecteerd, in principe zonder pathologie die een regelmatige opvolging vereist.

Voor deze patiënten werden verschillende indicatoren getest, alleen of gecombineerd:

- ✦ aantal contacten met de arts
- ✦ aantal verschillende artsen
- ✦ bedragen van vergoede verstrekkingen en geneesmiddelen
- ✦ aantal verschillende apotheken
- ✦ aantal verschillende voorschrijvers
- ✦ enz.

Die testen lieten niet toe de patiënten die buiten de norm vielen te identificeren en we hebben een selectie uitgevoerd op basis van de twee indicatoren die volgens de DGEC het pertinentst zijn, met name:

- ✦ de indicator “gezondheidsverstrekking”, dat is het aantal contacten met de arts op 1 jaar ≥ 24 (gemiddeld 2 contacten per maand). 377 patiënten beantwoordden aan deze indicator, maar er was een grote variabiliteit van de andere indicatoren, waardoor het niet mogelijk was om de gezochte patiënten rechtstreeks te selecteren
- ✦ de “farmaceutische” indicator: het aantal verschillende apotheken die op 1 jaar werden bezocht ≥ 10 . Slechts 15 patiënten beantwoordden aan die indicator en vooral omdat ze samenhangen met het gebruik van opioïden. Een deel van hen bevond zich ook in de 1^e groep.

Resultaten

De keuze van de indicatoren “gezondheidsverstrekking” blijkt een globalere benadering, met een grotere diversiteit op het vlak van gedrag (van de patiënten of van de zorgverleners) dan de benadering met de “farmaceutische” indicator die meer beperkingen inhoudt en die heel specifieke profielen zal tonen.

Sommige patiënten **en** artsen die afwijkend leken te zijn, werden onder de aandacht gebracht op basis van de initiële indicator “gezondheidsverstrekking”, de analyse van de andere indicatoren en de profielen van sommige artsen. De methode lijkt echter niet kosteneffectief.

¹⁵ Artikel 278 van de Programmawet (I) van 24 december 2002

Immers:

- ✦ Het is momenteel niet mogelijk de combinaties van relevante indicatoren te definiëren, noch de drempelwaarden waarboven er een ernstige aanwijzing van overconsumptie is. Het onderzoek moet worden aangevuld met een veldstudie om ze beter te kunnen identificeren
- ✦ De gemiddelde bedragen voor de 377 onderzochte patiënten zijn laag: 1.630 EUR aan gezondheidsverstrekkingen en 312 EUR aan farmaceutische producten.
- ✦ Iedere op de patiënt gerichte actie zal individueel zijn en zal dus veel middelen vergen voor een miniem effect, zowel wat de uitgaven als wat de kwaliteit van de patiëntenzorg betreft.

Er zouden dus veel middelen moeten worden ingezet, voor een, zoals verwacht, relatief miniem resultaat.

Als de arts verantwoordelijk is voor de overconsumptie, toont het project duidelijk aan dat het effectiever is om te werken aan de gegevens van de artsen.

Opvolging

In 2018 zal een project met een aanzienlijkere populatie en met medewerking van de adviserend-artsen van de V.I.'s gerealiseerd worden: "Patiëntenprofielen: aangepaste methode" (project opgenomen in "Handhaving 2018 - punt 4.1").

Rapport 6: Voorschriften lumbosacrale orthesen (LSO) en knieorthesen

Context

Het Actuarieat van de Dienst voor geneeskundige verzorging heeft vastgesteld dat de uitgaven voor lumbosacrale orthesen (LSO) een sterke stijging kenden tussen 2013 en 2015 (van 16.175.000 EUR tot 17.695.000 EUR).

In 2009 heeft de DGEC een terreinonderzoek uitgevoerd naar het gebruik van orthesen. Onze belangrijkste conclusies waren:

- ✦ slechte voorschrijfkwaliteit waarbij de aflevering van dure orthesen wordt bevoordeeld
- ✦ voorschrijven voor slechte indicaties
- ✦ ongelijkheid tussen de voorschrijvers.

De medische literatuur brengt uiteenlopende informatie aan, naargelang het onderwerp.

Voor de LSO worden sommige aangeraden voor heel specifieke pathologieën (bijvoorbeeld ernstige scoliose bij het kind). Anderzijds zijn er, wat betreft de indicaties die het vaakst opduiken op het terrein, geen richtlijnen van niveau A maar enkel van niveau C.

Wat de knieorthesen betreft, bestaan er richtlijnen van niveau A voor bepaalde indicaties, en niet voor andere.

Doel

De doelstelling van dit project was de voorschrijvers sensibiliseren:

- ✦ om heel doelgericht voor te schrijven
- ✦ toe te zien op een goede kwaliteit van het voorschrift
- ✦ de geschiktste orthese voor de patiënt voor te schrijven, rekening houdend met de pathologie van de patiënt.

Methode voor de selectie van de te sensibiliseren zorgverleners

a. Voor het voorschrift van LSO

- ✦ Selectie van de specialisten
 - ✧ Behoren tot volgende disciplines: orthopedische heelkunde, neurochirurgie, reumatologie, fysiotherapie maar niet gespecialiseerd in de pediatrie heelkunde.
 - ✧ Minstens 10 voorschriften in 2015 en een voorgeschreven bedrag \geq 5.000 EUR.
 - ✧ Minder dan 5 maal de verstrekking 645912 (*Orthopedisch corset - Corrigerend: Correctief met steunstok of/en drukkussentjes of/en regelbaar deel ...*) hebben voorgeschreven.
- ✦ Selectie van huisartsen
 - ✧ Ten minste 5 voorschriften in 2015,
 - of
 - ✧ Minder dan 5 maar ten minste 3 voorschriften gedurende het 1^e semester van 2016.

b. Voor het voorschrift van knieorthesen

- ✦ Selectie van de specialisten
 - ✧ Uitsluitend orthopedisch chirurgen gelet op de verdeling van de voorschrijvers,
 - ✧ Uitsluiting van de artsen die voornamelijk voor kinderen voorschrijven,
 - ✧ Aantal voorgeschreven knieorthesen in 2015 \geq 10 voor een bedrag \geq 2.500 EUR.

Resultaten

a. Selectie van de te sensibiliseren zorgverleners

In totaal hebben we 809 artsen die LSO's voorschreven en 544 artsen die knieorthesen voorschreven geselecteerd (Tabel 17).

Tabel 17

| | Met brief | | | | | | Zonder brief | | |
|----------------------------|---------------|----|---------------|----|-------------------|----|---------------|---------------|------------|
| LSO | voorschrijver | | voorschriften | | bedragen | | voorschrijver | voorschriften | bedragen |
| | <i>aantal</i> | % | <i>aantal</i> | % | <i>EUR</i> | % | <i>aantal</i> | <i>aantal</i> | <i>EUR</i> |
| specialisten | 398 | 25 | 12 224 | 77 | 7 396 814 | 77 | 1 314 | 3 608 | 2 191 326 |
| huisartsen | 411 | 13 | 3 438 | 44 | 1 286 894 | 44 | 2 649 | 4 297 | 1 616 280 |
| totaal | 809 | 17 | 15 662 | 66 | 8 683 708 | 70 | 3 963 | 7 905 | 3 807 606 |
| Knieorthesen | | | | | | | | | |
| specialisten (= totaal) | 544 | 26 | 35 777 | 79 | 12 954 805 | 77 | 1 523 | 9 537 | 3 966 209 |

We hebben aan ieder van hen een sensibiliseringsbrief gestuurd.

b. Inhoud van sensibiliseringsbrief

- ✦ De indicaties voor die orthesen, met verwijzing naar de medische literatuur,
- ✦ De inhoud van een kwaliteitsvol voorschrift
- ✦ De vaststellingen die we tijdens de terreinstudie hebben gedaan,
- ✦ De cijfers van hun eigen voorschriften en de vergelijking met die van hun collega's van hetzelfde specialisme, gebaseerd op de gegevens van 2015.

c. Verzenden van brieven

Op 4 en 5 april 2017, hebben we de sensibiliseringsbrieven verstuurd naar de artsen die LSO voorschreven.

Op 19 april 2017, hebben we de sensibiliseringsbrieven verstuurd naar de artsen die knieorthesen voorschreven.

Communicatie

Het rapport werd voorgelegd

- ✦ aan de technische werkgroep bandagisterie op 5 december 2017
- ✦ aan de groep 'Spine' (CT heilkunde) met het oog op een hervorming van de nomenclatuur betreffende de LSO.

Opvolging

We hebben een impactmeting van onze sensibiliseringsbrieven voorzien in 2018.

Rapport 7: Analyse van het gebruik van prothesen van de onderste ledematen

Context

De prothesen onderste ledematen (POL) zijn ingedeeld in vijf types:

- ✦ Cat. 1: Patiënten zonder vooruitzicht op een loopfunctie (cosmetische prothese)
- ✦ Cat. 2: Patiënten met een zeer beperkte loopfunctie en die aangewezen zijn op hulp van derden voor transfer/verplaatsingen (transferprothese)
- ✦ Cat. 3: Patiënten met een beperkte loopfunctie die gebruik maken van loophulpen en zich zonder hulp van derden verplaatsen en die aan sociale activiteiten buitenshuis deelnemen (evaluatieprothese en definitieve prothese)
- ✦ Cat. 4: Actieve patiënten die bij het stappen met prothese geen loophulp(en) gebruiken (evaluatie-prothese en definitieve prothese)
- ✦ Cat. 5: Zeer actieve patiënten, waarvan de mogelijkheden met de prothese moeten beantwoorden aan de in NGV, art. 29 §13, C, 2°, bedoelde looptest zonder loophulp of andere steun.

Uit de audit 2008 van het actuaariaat van de DGV bleek dat opvallend veel prothesen uit categorie 5 werden aangerekend.

In 2012 bedroeg het budget voor de POL 18,5 miljoen EUR. Ongeveer 30 % van dit bedrag betrof de prothesen van categorie 5 (± 5,5 miljoen EUR).

Wettelijke en reglementaire bepalingen

Fysische test voor categorie 5, NGV art. 29 § 13 C, 2°:

Om in aanmerking te komen voor een prothese van categorie 5, dient de patiënt een fysieke test te ondergaan bij de zorgverlener: de uitslag van deze test is bepalend en wordt ingevuld in het evaluatiegetuigschrift.

De test bestaat uit de volgende looptest zonder loophulp of andere steun:

- ✦ *voor amputaties onder het kniegewricht: stappend met zijn prothese een snelheid kunnen aanhouden van 5 km/uur gedurende minstens 10 minuten.*
- ✦ *voor amputaties boven of door het kniegewricht: stappend met zijn prothese een snelheid kunnen aanhouden van 3 km/uur gedurende minstens 10 minuten.*
- ✦ *voor bilaterale onderbeenamputaties: stappend met zijn prothesen een snelheid kunnen aanhouden van 4 km/uur gedurende minstens 5 minuten.*
- ✦ *voor bilaterale amputaties waarvan minstens één een mechanisch kniegewricht vereist: stappend met zijn prothesen een snelheid kunnen aanhouden van 3 km/uur gedurende minstens 5 minuten.*

Doel

- ✦ *Nagaan of de bepalingen uit de nomenclatuur werden gerespecteerd:*
 - ✧ de toewijzing van categorie 4 of 5 o.a. volgens de resultaten van de looptest
 - ✧ de technische kwaliteitsvereisten
 - ✧ het jaarlijks onderhoud met inbegrip van het opvolgingsboekje
 - ✧ de termijn voor vernieuwing van de prothese
- ✦ *Nagaan in welke mate de prothese beantwoordt aan de behoeften en de wensen van de gebruiker. De volgende elementen werden onderzocht:*
 - ✧ het gebruik van de prothese (frequentie, gebruik van hulpmiddelen)
 - ✧ de tevredenheid over de prothese

Methode

We selecteerden ad random 80 verzekerden met een POL. Eén verzekerde had een dubbele amputatie. We onderzochten in totaal dus 81 prothesen. We gebruikten standaard vragenlijsten om de verzekerden te ondervragen.

Resultaten

Het onderzoek toont dat 67 van de 81 onderzochte prothesen gedragen worden door patiënten die niet de door de nomenclatuur vereiste fysieke capaciteit bezitten. Zo gebruikt 68 % van de patiënten een loophulpmiddel en 44 % zelfs (al of niet occasioneel) een rolwagen. Ook de resterende stapcapaciteit beantwoordt vaak niet aan wat men kan verwachten van een actieve patiënt.

De stappentest voor categorie 5 beantwoordt bij ongeveer de helft aan de wettelijke vereisten (17/35). Het belangrijkste technisch tekort situeert zich ter hoogte van de voet (14 prothesen). Het opvolgboekje beantwoordt slechts in 50 % aan de vereisten van de nomenclatuur. Het jaarlijks onderhoud gebeurt in 84 % van de gevallen. Het initiatief hiertoe wordt hoofdzakelijk genomen door de zorgverlener (73 %). Volgens een derde van de verzekerden brengt het onderhoud geen verbetering.

Van de 21 verzekerden die voltijds werkten voor amputatie en nog niet gepensioneerd zijn, werken er 8 nog voltijds, 3 deeltijds en zijn 10 zonder werk.

De fysieke en sociale score op 10 punten is gemiddeld met respectievelijk 2,9 en 2,2 afgenomen sinds de amputatie.

De aanvraag voor vernieuwing kwam in 2 op 3 van de zorgverlener. In 16 % van de hernieuwingen vond de patiënt dat deze laatste niet nodig was. 16 % vond vernieuwing geen verbetering. 12 % consulteerde geen arts bij vernieuwing.

Bij nieuwe prothese wordt in 1/5 geen evaluatieprothese gemaakt, bij vernieuwing is er nooit een evaluatieprothese.

De meerkosten voor de ziekteverzekering door overscoring (categorie 4 en 5) geraamd op basis van deze studie bedraagt op jaarbasis ongeveer 142.000 EUR.

De DGEC heeft na de studie enkele voorstellen geformuleerd om ervoor te zorgen dat de patiënt die voor hem geschikte prothese krijgt en er geen onnodige vernieuwingen gebeuren:

- ✦ Een betere definitie van de criteria voor toekenning categorie 4 en 5 is nodig.
- ✦ De vernieuwing van een prothese moet afhangen van de vraag van de patiënt (mogelijkheid tot vernieuwing om de drie jaar betekent niet dat dit ook om de drie jaar moet gebeuren).
- ✦ Bij hernieuwing moet de zorgverlener nagaan of de patiënt nog steeds in aanmerking komt voor dezelfde prothese (verlies van capaciteit met leeftijd en/of ziekteproces).
- ✦ Cumulatieverbod tussen prothesen categorie 4 en 5 en alle andere hulpmiddelen uit de nomenclatuur.
- ✦ Voor meer objectiviteit zou de evaluatie van de restactiviteit (o.a. stappentest) beter gebeuren door een andere zorgverlener dan diegene die de prothese uitvoert.
- ✦ Een betere responsabilisering van de voorschrijver: onze dienst moet, daar waar nodig steeds de voorschrijver van niet-geïndiceerde (orthopedische) zorgen betrekken bij het onderzoek (zie dossiers zitschelpen, beenprothesen).

2. Samenwerking met het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC)

De missie van het FANC is de bevolking, de werknemers en het leefmilieu beschermen tegen het gevaar van ioniserende straling. Zijn voornaamste prioriteiten zijn:

- ✦ instaan voor een zo hoog mogelijk veiligheidsniveau tegen de negatieve effecten van ioniserende straling;
- ✦ waken over de beveiliging;
- ✦ versterken van de stralingsbescherming bij therapeutisch gebruik om de toegediende dosis ioniserende straling te beperken tot het laagst mogelijke niveau en om elke overbodige blootstelling te vermijden.

Het FANC is dus ook in de medische sector actief als nucleaire inspectie. De DGEC werkt voor meerdere projecten met hen samen. Recent is de samenwerking van het FANC en de DGEC gelabeld als 'Good Practice' door de Europese auditoren.

a. Audit protocolakkoord zware medische beeldvorming

De thema's 'verlaging van de stralingsbelasting voor de patiënt' en 'reductie van het aantal CT-onderzoeken' zijn opgenomen in dit protocolakkoord. Hiervoor heeft de DGEC meegewerkt aan een Europees project van het FANC in opdracht van HERCA (Heads of the European Radiological Protection Competent Authorities). Zij wilden in verschillende Europese landen het traject in kaart brengen vanaf de aanvraag van de beeldvorming tot de uitvoering ervan.

In dit Europees project waren in België 12 ziekenhuizen voor bevraging geselecteerd met een groot volume aan CT-onderzoeken. De DGEC heeft deze bevraging uitgebreid met 39 bijkomende ziekenhuizen, die bezocht werden voor een onderzoek over MRI-toestellen. In totaal zijn 17 Belgische bevragingen opgenomen in de algemene analyse. Dit is het op één na hoogste aantal analyses van de 17 deelnemende landen. De resultaten van de HERCA-studie zijn gepresenteerd op het congres van het International Atomic Energy Agency in december 2017¹⁶.

b. Koninklijk besluit betreffende de uitwisseling en koppeling van informatie en gegevens tussen het Federaal Agentschap voor nucleaire controle en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (KB 20-12-2016; BS 19-01-2017)

Een uitwisseling van gegevens tussen het FANC en het RIZIV over de medische toepassingen van ioniserende stralingen was noodzakelijk om hun respectieve toezichts- en controleopdrachten zo efficiënt mogelijk te kunnen uitvoeren. Hiervoor was een wettelijke reglementering noodzakelijk. Meer dan 10 jaar geleden werd gestart met een ontwerp voor een KB hierover. De DGEC heeft in 2016 actief meegewerkt om de uitwerking van dit KB opnieuw op te nemen en te finaliseren.

c. Regularisatiecampagnes naar artsen-connexisten en tandheelkundigen

Om verstrekkingen met gebruik van ioniserende stralen uit te voeren en aan te rekenen moeten de artsen-connexisten, radiologen en tandheelkundigen een gebruikersvergunning van het FANC bezitten.

De DGEC en het FANC merkten tijdens een gemeenschappelijke screening dat een groot aantal artsen-connexisten, radiologen en tandheelkundigen verstrekkingen met gebruik van ioniserende stralen aanrekenen, maar hiervoor niet vergund was door het FANC.

In 2016 startten het FANC en de DGEC in een eerste fase samen een regularisatiecampagne op, waarbij de cardiologen-connexisten die niet in regel waren, werden aangeschreven. In 2017 zijn campagnes opgestart naar pediaters, radiologen en vaatheelkundigen. In 2018 zullen we andere specialisten-connexisten aanschrijven en zullen we een impactmeting uitvoeren naar de regularisatie van de cardiologen-connexisten. Daarna voorzien we controles waar dat nodig blijkt.

¹⁶ Abstract van de resultaten van de HERCA-studie vanaf p8 in volgend document:
<https://www.iaea.org/sites/default/files/18/02/rpop-session1.pdf>

3. De primaire controle van de V.I.'s

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

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

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

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

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

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

De evaluatie van de performantie van de V.I.'s is sinds 2016 beschreven in het KB betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten van 10 april 2014. De DGEC doet 2 soorten analyses:

- ✦ Ten eerste bestuderen we voor welbepaalde thema's of de V.I.'s een primaire controle uitvoerden vooraleer de verstrekkingen geneeskundige verzorging terug te betalen (Tabel 18)¹⁷.

Tabel 18: thema's geanalyseerd in 2017

| Deelanalyses DGEC 2017 |
|--|
| <u>Verpleegkundige verstrekkingen (NGV art. 8):</u> Verstrekkingen voor perfusie of parenterale voeding kunnen uitgevoerd worden door een verpleegkundige in de woon-of verblijfplaats van de patiënt of in een hersteloord. Voorwaarde voor terugbetaling van de verstrekkingen door de V.I. is dat de verpleegkundige een kennisgeving van die specifieke technische handelingen via MyCareNet met een elektronisch formulier opstuurt ten laatste binnen de 10 dagen na aanvang van de behandeling. De betaling verloopt vervolgens via derdebetalersregeling. Indien een verlenging nodig blijkt, moet de verpleegkundige een nieuwe kennisgeving opsturen via MyCareNet. De kennisgeving is slechts 3 maanden geldig binnen onze onderzoeksperiode, nl verstrekkingen ontvangen bij de V.I. tussen 1 september 2016 en 30 november 2016. Vanaf 1 juli 2017 werd de geldigheid van de kennisgeving verlengd tot 12 maanden. |
| <u>Reanimatie 1 (NGV art. 13):</u> Het KB van 22 februari 2016 § 3 bepaalt dat reanimatieverstrekkingen 212015 en 214012 moeten worden uitgevoerd in een erkende dienst spoedgevallen. Hetzelfde KB § 5 verbiedt bij eenzelfde patiënt op dezelfde dag in hetzelfde ziekenhuis een |

¹⁷ Processus 3 in het KB van 10/04/2014

cumul tussen:

- ✦ de reanimatie- of monitoringverstrekkingen 212026, 212041, 211013 (buiten een spoedgevallendienst), 211024, 211046, 214023, 214045, 211223 en 211282;
- ✦ en “een kleine anesthesieverstrekking” (= alle anesthesieverstrekkingen behalve de zware anesthesie 200023 of 200045 of 200060).

Heelkunde (NGV art. 14):

Na een amygdalectomie en/of een adenoïdectomie bij kinderen mag de anatomopatholoog voor de analyse van de amandelen en/of neuspoliepen een verstrekking 588232 – 588243 aanrekenen. Dit is een verstrekking met een geringe waarde van B 707 d.w.z. een honorarium van 30,51 EUR in 2016.

Medische beeldvorming (NGV art. 17):

In deze studie gingen we na of bepaalde zones van de elektromagnetische facturaties correct werden ingevuld, namelijk:

- ✦ zone 14 (plaats van verstrekking) van het recordtype 50;
- ✦ en zone 18 (uniek nummer toestel medische beeldvorming) van het recordtype 52.

Interne geneeskunde (NGV art. 20):

Enkele verstrekkingen van interne geneeskunde uit artikel 20 mogen alleen gefactureerd worden indien het ziekenhuis beschikt over een erkend zorgprogramma of over een erkende ziekenhuisafdeling.

- ✦ Ten tweede evalueert de DGEC of de V.I.'s de opgevraagde gewaarmerkte gegevens binnen de maximumtermijn van 30 dagen aan het RIZIV afleveren (Tabel 19)¹⁸.

Tabel 19: resultaten van 2017¹⁹

| V.I. | % laattijdige of niet-ontvangen antwoorden |
|------|--|
| 100 | 0,40 |
| 200 | 0,00 |
| 300 | 0,00 |
| 400 | 0,18 |
| 500 | 1,55 |
| 600 | 0,61 |
| 900 | 0,59 |

Hoe hoger het percentage, hoe slechter de V.I. zijn wettelijke taak heeft uitgevoerd.

¹⁸ Processus 6 in het KB van 10/04/2014

¹⁹ Gegevens volgens stand van zaken op 12/07/2018.

4. Adviesfunctie

a) Bijdrage van de vertegenwoordiger van de DGEC aan de werkgroep 'Heelkunde' en de werkgroep ad hoc 'Spine'.

De bijdrage is drievoudig, namelijk:

- I. Uitgewerkt en gemotiveerd voorstel van nomenclatuurwijzigingen
(schrapping/wijziging/toevoeging van nomenclatuurcodenummer, wijziging toepassingsregel of creatie nieuwe interpretatieregel, ...)

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

De voorstellen kunnen worden

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

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

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

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

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

b) Balans kalenderjaar 2017: enkele voorbeelden

I.1. Aanvaarde voorstellen van de DGEC

★ **Creatie van een codenummer voor een nieuwe verstrekking: 'het plaatsen van een punctum plug'**

Voor het plaatsen van een punctum plug bestond er geen overeenkomstige verstrekking met een nomenclatuurcodenummer.

De DGEC heeft vastgesteld dat er een duur codenummer wordt gebruikt om deze verstrekking te attesteren, namelijk: codenummer 245136-245140 *Mono- of bicanaliculaire traanwegenintubatie ... N200 (200,36 EUR) uit art. 14h)*

- ✧ *Er wordt een nieuw codenummer gecreëerd in art. 14 h): 245151-245162 Plaatsen van een punctum plug, per oog N 40*
- ✧ *De DGEC heeft ook een interpretatieregel voorgesteld om het probleem snel op te lossen in afwachting van de bekendmaking van het nieuwe codenummer in het Belgisch Staatsblad:*

Nieuwe interpretatieregel art. 14 h):

Het plaatsen van meatusspijkers mag niet worden geattesteerd met de verstrekking 245136–245140 Mono- of bicanaliculaire traanwegenintubatie... N200

- ★ **Schrapping van het verouderde codenummer 248555-248566 *Tonografie met elektronische tonometer + grafiek...N50 (36,83 EUR) uit art. 14h)***

- ✦ **Schrapping van het verouderde codenummer 220216-220220** *Exeresis van antrax...K50 (70,70 EUR)* uit art. 14a)

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

- ✦ **Schrapping van het codenummer 239035-239046:** *Draineren van onderhuids oedeemvocht bij elephantiasis... N 33 (27,96 EUR)* uit art. 14f)
- ✦ **Wijziging van de omschrijving van het codenummer 239050-239061:** *Heelkundige bewerking wegens elephantiasis... N 300 (322,70 EUR)* uit art. 14f)
- ✦ **Aanpassingen van de nomenclatuur aan de realiteit van de complexe aandoening 'lymfoedeem'**

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

- ✦ **Vraag van de heelkundigen voor een herwaardering van de verstrekking 353231-353242:** ° *Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procedé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumors van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet-traumatische letsels, volledige behandeling... K 26,47 (31,73 EUR)* uit art. 11.
- ✦ **Vraag over de laseramygdalectomie: 256476-256480:** *Elektrocoaguleren van de amandelen in verscheidene zittingen, volledige behandeling... K75 (106,05 EUR)* uit art. 14i)
- ✦ **Met betrekking tot de financiering van de optische coherentietomografie (OCT), werd de hulp van de DGEC gevraagd bij het vrijmaken van een budget voor de financiering van deze handeling:**
Aan de hand van de voorstellen van de DGEC kan er 2.800.000 EUR worden vrijgemaakt in het budget van de oftalmologie. Dit budget kan worden besteed aan de terugbetaling van de OCT.
- ✦ **In het kader van het 'spine'-project**
 - ✧ Actieve bijdrage aan de uitwerking van de nieuwe wettelijke context van de "spine unit" en van de nieuwe nomenclatuur betreffende de heelkunde van de wervelkolom.

V. INFORMATIE & COMMUNICATIE

De directie Informatie & Communicatie verzorgt zowel de interne communicatie als externe informatie.

1. Externe informatie

a) Informatiebrochures

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

Jaarlijks werken we enkele brochures bij (Tabel 20).

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

Tabel 20

| 2017 | Brochure |
|-----------|--|
| mei | Infobox Huisarts, bijgewerkte versie |
| september | Jaarverslag DGEC – activiteiten 2016 |
| oktober | Infobox Verpleegkundigen, bijgewerkte versie |

b) Brievencampagne

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

In 2017 werd de directie Informatie actief betrokken bij 1 dergelijke brievencampagne:

- ✦ Een waarschuwingsbrief naar de pediaters-connexisten waarvan de verplichte gebruikersvergunning voor verstrekkingen met ioniserende stralen niet in orde was.

c) Pers

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

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

In september 2017 hebben we een besloten persmoment gehouden. We hebben drie onderwerpen voorgesteld aan de pers:

- ✦ De pensionering van Dr. Bernard Hepp als Leidend ambtenaar van de DGEC;
- ✦ Blikvangers uit het DGEC-jaarverslag over 2016;
- ✦ Evolutie van het verbruik van vijf opioïden in België.

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

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

d) Lezingen

De DGEC geeft lezingen over de algemene werking van de dienst en de ziekteverzekering en over specifieke actuele thema's. In 2017 heeft de DGEC 16 lezingen gegeven.

- ✦ 15 lezingen als bewustmakingscampagne van het overmatig gebruik van opioïden (zie ICE project). De dienst maakt met lezingen deze problematiek uitgebreid bekend. LOK-groepen, artsenkringen, de Orde van Apothekers en de Orde der artsen uit verschillende provincies, nodigden de DGEC al uit om de resultaten voor te stellen.
- ✦ 1 lezing voor de Vereniging van tandheelkundige experts over de werking van de dienst: 'De DGEC in het RIZIV, de ziekteverzekering en de samenleving'.

Deze lezingen komen het imago van de dienst ten goede. Zorgverleners leren de DGEC op een andere manier kennen en begrijpen meer onze functie binnen de ziekteverzekering.

2. Interne informatie

a) Informeren van het personeel van de DGEC

De DGEC vindt het belangrijk om zijn personeel goed op de hoogte te houden. Dit geldt zowel voor interne als voor externe veranderingen en nieuwigheden zoals bijvoorbeeld de interne reorganisatie, Health on the Move, wetsaanpassingen.

Die communicatie werd vooral gevoerd via o.a.:

- ✦ 2 elektronische nieuwsbrieven,
- ✦ 2 personeelsbladen,
- ✦ informatiesessies in de hoofdzetel en in de provinciale kantoren,
- ✦ personeelsvergaderingen,
- ✦ 16 personeelsmededelingen.

b) Begeleiding studierapporten

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

De directie Informatie begeleidt inspecteurs bij het maken van hun studierapport om zo de grootste mogelijke impact van hun werk te kunnen verzekeren.

VI. JURIDISCHE ZAKEN EN GESCHILLEN

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

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

In 2017 werkte de directie onder meer mee aan de volgende vier projecten:

1. Gegevensstroom 'NewAttest'

Om onze wettelijke bevoegdheden te kunnen uitoefenen, vroeg de DGEC vroeger gewaarmerkte gegevens op bij de verschillende V.I.'s.²⁰ De juridische dienst van de DGEC heeft meegeholpen aan de uitwerking van een nieuwe wet die dit proces zal vereenvoudigen.

De Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid van 11 augustus 2017 verscheen op 28 augustus 2017 in het Belgisch Staatsblad. In artikel 44 en 45 van deze wet werd er een nieuw artikel 9quater ingevoegd in de GvU-wet, en werd artikel 166 van dezelfde wet aangevuld met een nieuwe administratieve geldboete. Door die bepalingen werd de gegevensstroom tussen de V.I.'s en het RIZIV, via het Intermutualistisch agentschap (IMA), formeel ingeschreven in de wet. Hierdoor kunnen we alle gegevens die we nodig hebben (van alle V.I.'s samen) in één keer opvragen.

In het nieuwe artikel 9quater staat omschreven welke gegevens het RIZIV kan opvragen voor de uitoefening van welke wettelijke bevoegdheden.

Het nieuwe artikel 9quater doet geen afbreuk aan de bevoegdheden die reeds vooraf bestonden. De nieuwe bepaling heeft voor de DGEC onder meer tot doel om sneller en efficiënter te kunnen werken. De technische kant van de gegevensstroom werd in 2017 verder ontwikkeld. De gegevensstroom zou normaal in de loop van 2018 volledig functioneel moeten zijn.

2. Ontwerp KB over de accreditering van de adviserend artsen

Het koninklijk besluit van 11 juni 2011 bevat de bepalingen over de spreiding van de punten die adviserend artsen moeten behalen tijdens algemene en specifieke opleidingen.²¹

We werkten een ontwerp van KB uit over de accreditering van de adviserend artsen om deze bepalingen te wijzigen. Het koninklijk besluit van 10 december 2017 is gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 10 januari 2018.

3. Richtlijn over het begrip 'ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog'

De juridische directie neemt ook deel aan de vergaderingen van de Anti Fraude Commissie.²² We hielpen mee aan de richtlijnen over het begrip "ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog" zoals bedoeld in artikel 77sexies GvU-wet.²³ Die

²⁰ Artikel 138 GvU-wet.

²¹ Tot uitvoering van artikel 154, zesde lid van de GvU-wet.

²² Artikel 13bis GvU-wet.

²³ Artikel 13bis, § 2, 6° GvU-wet.

richtlijn moet mee helpen bij de beoordeling van de dossiers waarin de Leidend ambtenaar onderzoekt of het nodig is om de uitbetalingen aan een zorgverlener in het kader van de derdebetalersregeling geheel of gedeeltelijk te schorsen.

De Anti Fraude Commissie heeft deze richtlijn aangenomen op 19 april 2017. Ze is gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 15 september 2017.

4. Opvolging rechtspraak van de Raad van State

De juridische directie volgt steeds de rechtspraak op van de Raad van State over geschillen tussen zorgverleners en de DGEC. Daaruit bleek in 2017 onder meer dat:

- ✦ de DGEC niet bevoegd is om de voorwaarden te controleren die gesteld worden in een besluit dat geen uitvoeringsbesluit is van de GVU-wet.²⁴
- ✦ het bewijs door extrapolatie in combinatie met andere bewijsmiddelen beschouwd kan worden als gewichtige precieze en met elkaar overeenstemmende vermoedens in de zin van artikel 1353 van het Burgerlijk wetboek en dat de DGEC zich daarop mag baseren.²⁵
- ✦ voor de berekening van de interesten die mogelijks verschuldigd zouden zijn op een betaling er steeds toepassing gemaakt moet worden van artikel 156, § 1 GVU-wet.²⁶
- ✦ de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen geen straf is maar een herstelmaatregel en dat de Kamer van beroep een onafhankelijk en onpartijdig administratief rechtcollege is.²⁷ Daarmee werd de vaststaande rechtspraak van de Raad van State bevestigd.²⁸

²⁴ RvS (7e k.) 26 januari 2017, nr. 237.164.

²⁵ RvS (7e k.) 28 september 2017, nr. 239.245.

²⁶ RvS (7e k.) 31 oktober 2017, nr. 239.727.

²⁷ RvS (7e k.) 31 oktober 2017, nr. 239.729.

²⁸ Zie bijvoorbeeld: RvS (7e k.) 3 november 2016, nr. 236.344 en RvS (7e k.) 3 november 2016, nr. 236.345.

VII. ICE PROJECTEN

Project opioïden

Opioïden zijn morfineachtige pijnstillers voor matige tot ernstige pijn. Ze zijn bij de meest efficiënte geneesmiddelen voor pijnbestrijding, maar brengen helaas ook risico tot misbruik en afhankelijkheid met zich mee. Foutief (medisch) gebruik en misbruik van opioïden is hierdoor wereldwijd een ernstig gezondheidsprobleem.

Ook in België zien we deze problematiek. Er verschijnen steeds vaker berichten in de media over het gestegen misbruik en overdosissen. Daarnaast ontvangt de DGEC regelmatig meldingen van o.a. de Orde der artsen en het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG) over zorgverleners die veel opioïden voorschrijven en patiënten die er hoge dosissen van gebruiken. Wanneer we in de medicatie- en voorschrijfprofielen hoge dosissen vaststellen bij zorgverleners en verzekerden, voeren we ook al enkele jaren op eigen initiatief individuele controleonderzoek uit bij desbetreffende zorgverlener en/of verzekerden (zie actieplan punt 5.5).

Om een globaal beeld te krijgen van het verbruik van de opioïden in België, startten we begin 2016 dit ICE-project over opioïden.

De DGEC onderzocht het verbruik van de volgende 5 opioïden:

- ✦ tramadol (vb. Contramal[®])
- ✦ oxycodone (vb. Oxynorm[®])
- ✦ tilidine (vb. Valtran[®])
- ✦ fentanyl pleisters (vb. Durogesic[®])
- ✦ piritramide. (vb. Dipidolor[®])

Het verbruik van deze 5 opioïden vertegenwoordigde in 2016 ongeveer 80 % van het totale verbruik van alle door de ziekteverzekering vergoedbare opioïden in België.

Algemeen verbruik 5 onderzochte opioïden

Hun verbruik is in het algemeen gestegen. We vergeleken de cijfers van 2006 met die van 2016:

- ✦ Het aantal patiënten dat in 1 jaar minstens 1 verpakking van één van de onderzochte opioïden afhaalde bij de apotheker (buiten ziekenhuis) steeg van 638.939 in 2006 naar 1.186.943 patiënten in 2016 (+86 %). Dit is ongeveer 10 % van de bevolking.
- ✦ Het aantal afgehaalde dagdosissen (in DDD = onderhoudsdosissen voor één dag) steeg van 43.771.008 naar 78.621.901 (+82 %).
- ✦ In 2006 kostte het verbruik van opioïden de ziekteverzekering 44.355.549 EUR. Dat bedrag liep op tot 55.410.271 EUR voor 2016 (+25 %). De kosten stijgen minder sterk doordat generieken op de markt kwamen, waardoor de prijs per verpakking van veel producten is gedaald.

Patiënten met een hoog en chronisch verbruik

Uit deze totale patiëntenpopulatie selecteerden we de patiënten met een hoog en chronisch verbruik. Zij hebben voldoende opioïden afgehaald bij de apotheek om op één jaar meer dan 365 dagdosissen te kunnen innemen. Er waren 30.353 patiënten die in 2016 voldoende opioïden afhaalden om dagelijks dus gemiddeld meer dan één dagdosis te kunnen gebruiken. Hiervan hadden 7.232 patiënten zelfs voldoende opioïden afgehaald om gemiddeld 2 dagdosissen per dag te kunnen innemen gedurende heel 2016.

We stelden vast dat meer dan 20 % van die patiënten met een hoog en chronisch verbruik jonger was dan 50. Dat is verrassend omdat men chronische pijn eerder bij ouderen zou verwachten.

De kans is groot dat het verbruik door die patiënten van onder de 50 in de komende jaren nog zal stijgen. Langdurig gebruik van opioïden kan namelijk verslavend zijn en een grotere gevoeligheid voor pijn in de hand werken. Op lange termijn stijgt dus de behoefte naar die morfineachtige pijnstillers.

Medical shopping

Sommige gebruikers van opioïden doen aan medical shopping. Ze vragen hun voorschriften aan meerdere artsen en/of halen hun medicatie af bij meerdere apotheken. Noch de voorschrijvers noch de apothekers zijn daarvan onderling op de hoogte. Zij weten dus niet wat hun patiënt zich elders laat voorschrijven of gaat afhalen.

Er zijn zelfs gebruikers die op tientallen artsen en apotheken beroep doen om zich te bevoorraden. Dit wijst duidelijk op oneigenlijk gebruik.

Gevolgen van het bovenmatig verbruik van opioïden

Hoog en chronisch verbruik van opioïden kan heel gevaarlijk zijn, in de eerste plaats voor de patiënt zelf. Enkele mogelijke nevenwerkingen zijn:

- ✦ gewenning aan de medicatie, zodat een hogere dosis vereist is voor een zelfde effect
- ✦ toenemende gevoeligheid voor pijn, wat ook tot een hoger verbruik leidt
- ✦ verslaving met gevaar voor de gezondheid
- ✦ sufheid met risico's voor verkeers- en arbeidsongevallen, minder efficiëntie op de werkvloer.

De stijging van de consumptie van opioïden is ook nefast voor de:

- ✦ ziekteverzekering: door de stijgende uitgaven voor de medicatie, behandelingen
- ✦ uitkeringsverzekering: door toenemende arbeidsongeschiktheid
- ✦ verkeersveiligheid: door sufheid achter het stuur
- ✦ veiligheid in de samenleving: door criminaliteit zoals vervalsing van medische voorschriften of dealen
- ✦ economische productiviteit: door concentratiestoornissen of onbeschikbaarheid voor de arbeidsmarkt.

Een integrale aanpak

Om te voorkomen dat oneigenlijk gebruik van opioïden een bedreiging vormt voor de samenleving pleit de DGEC voor een integrale aanpak door de verschillende actoren op het terrein. Die omvat:

- ✦ wetenschappelijk onderzoek over opioïden en hun gevolgen
- ✦ alle actoren van het terrein bijscholen en informeren over de regels voor het juiste gebruik van opioïden
- ✦ een betere opsporing van oneigenlijk gebruik en medical shopping
- ✦ geneesmiddelenprofielen van patiënten zichtbaar maken voor voorschrijvers en apotheken.

De DGEC heeft al verschillende initiatieven genomen. Hij heeft:

- ✦ het gebruik van vijf opioïden in kaart gebracht
- ✦ controleacties opgestart om oneigenlijk gebruik van opioïden aan te pakken
- ✦ meerdere actoren gesensibiliseerd via
 - ◇ de pers
 - ◇ overleg met de Orde der artsen, de Orde van apotheken, wetenschappelijke verenigingen, waaronder de Belgian Pain Society, Provinciale Geneeskundige Commissies, het FAGG, FOD Volksgezondheid, beroepsverenigingen van apothekers, ...
 - ◇ lezingen voor LOK-groepen en huisartsenkringen, universiteiten en op verschillende congressen (e.a. the International Conference on Opioids, in Boston)
 - ◇ ...

Een ICE-Project

Dit project is een voorbeeld van synergetische aanpak binnen de DGEC. De directies Controle, Informatie en Expertise van de DGEC hebben intens samengewerkt voor een grotere impact van het project. De directie Expertise analyseerde de facturatiegegevens. Met die analyse kon de directie Controle gerichte controleonderzoeken voeren. De directie Informatie maakte de resultaten van het project bekend, zowel bij de belanghebbenden als bij de publieke opinie. De DGEC stelt in samenwerking met de verschillende actoren op het terrein structurele oplossingen voor aan de betrokken instanties om de kwaliteit van het voorschrijven en afleveren van opioïden en het toezicht op het gebruik door de patiënt te verbeteren.

Project Medische beeldvorming: MRI

Sommige scanners stellen de patiënt bloot aan schadelijke röntgenstralen. Dat is het geval bij CT-scans. De Federale, de Gemeenschaps- en Gewestministers bevoegd voor volksgezondheid wilden dat risico beperken. Zij sloten daartoe op 24 februari 2014 een protocolakkoord over de zware medische beeldvorming²⁹. Daarin werd onder meer afgesproken om de CT-onderzoeken te beperken in het voordeel van MRI-onderzoeken. MRI-toestellen werken zonder röntgenstralen. Dat is veiliger voor de patiënt.

Om de stijgende vraag naar MRI-scans op te vangen, waren er meer MRI-toestellen nodig. Die uitbreiding vergde een weloverwogen spreidingsplan om de toestellen op een haalbare afstand en binnen een redelijke termijn ter beschikking te stellen van de patiënt. Een wildgroei van MRI-toestellen zou financieel onverantwoord zijn. Daarom is er een erkenningsprocedure voor zware apparatuur medische beeldvorming. De ziekteverzekering vergoedt alleen MRI-scans verricht met toestellen die erkend zijn overeenkomstig de federale programmatie. Alle erkende toestellen worden met een identificatienummer geregistreerd in een nationaal kadaster. Dat vergroot de controlemogelijkheden op niet-erkende MRI-toestellen.

De DGEC heeft tijdens dit ICE-project de programmatie van MRI-toestellen en het gebruik van al dan niet erkende toestellen nagekeken. We controleerden ook of ziekenhuizen geen MRI-scans aanrekenen die met niet-erkende toestellen waren verricht.

Het onderzoek gebeurde in 3 fases:

a. stap 1: Desktop analyse

We analyseerden en toetsten de volgende gegevens onderling af:

- ✦ volume aan aangerekende MRI-scans per ziekenhuis facturatienummer
- ✦ erkenningen Gewesten & Gemeenschappen (G&G) en programmering
- ✦ gegevens aangeleverd door FOD Volksgezondheid
- ✦ kadaster zware medische beeldvorming
- ✦ opgevraagde originele erkenningsbesluiten.

Dit leverde een set op van 39 ziekenhuizen waarbij onduidelijkheden zijn vastgesteld (Tabel 21). Bij deze 39 ziekenhuizen voerden we in een volgende stap een terreinstudie uit.

Tabel 21

| Redenen voor nader onderzoek | Aantal ZH |
|---|-----------|
| Vermoeden niet-erkende MRI-scanner (volume analyse) | 14 |
| 2 ^{de} niet-erkende MRI-scanner | 7 |
| 3 ^{de} of 4 ^{de} niet-erkende MRI-scanner | 5 |
| MRI-verstrekingen aanrekenen vóór erkenningsdatum | 4 |
| "Kluwen" (situatie onvoldoende begrepen) | 3 |
| Niet-erkende MRI-scanner | 2 |
| 1 geprogrammeerd; 2 erkend; 1 in kadaster | 1 |
| 1 geprogrammeerd; 2 erkend; 3 in kadaster | 1 |
| 1 geprogrammeerd; 2 erkend; 4 in kadaster | 1 |
| In gebruik – Ergens anders aangerekend? | 1 |
| Eindtotaal | 39 |

²⁹ BS 20-06-2014

b. Stap 2: terreinanalyse

Tijdens de terreinanalyse vroegen we bij elk van de geselecteerde ziekenhuizen volgende gegevens op:

- ✦ erkenningsbesluiten ad hoc
 - ➔ om de aangeleverde informatie door G&G te verifiëren
- ✦ een selectie van MRI onderzoeken, uitgevoerd in maart 2015
 - ➔ per ziekenhuis, per dag van week, per type onderzoek selecteerden we een onderzoek
 - ➔ hierbij lazen we het toestelnummer uit via DICOM header
 - ➔ om eenduidig vast te stellen hoeveel toestellen werden gebruikt
- ✦ de openingstijden en wachttijden per toestel
 - ➔ om correlaties te zoeken tussen het aantal aangerekende MRI-scans en de openingstijden en wachttijden

Tijdens de terreinanalyse vonden we 7 types afwijkingen die betrekking hebben op 25 MRI toestellen in 21 ziekenhuizen (Tabel 22).

Tabel 22

| Type afwijking | Aantal MRI toestellen |
|--|-----------------------|
| Extra serienummer gevonden in onderzochte periode | 10 |
| Wetenschappelijk toestel | 4 |
| Extra toestel aangegeven buiten onderzochte periode in PVV | 3 |
| Opgesplitste erkenning tussen ziekenhuizen | 3 |
| Erkend- niet geprogrammeerd- | 2 |
| Niet-erkende MRI-dienst, facturatie via ander ziekenhuis | 2 |
| Foutieve analyse | 1 |

c. Stap 3: thematische controle

De DGEC nam een nieuwe steekproef van MRI-scans om de proportie van het gebruik van de niet-erkende toestellen vast te stellen.

We stelden vast dat er 25 niet-vergunde toestelnummers waren waarop in 21 ZH gefactureerd werd. Vaak kwamen we tijdens ons onderzoek tot de volgende vaststellingen op het terrein.

- ✦ De sluiting van niet-vergunde MRI's leidt tot uitbreiding van de openingsuren van andere MRI('s) in ziekenhuizen. Als radiologen werken van 8u30 tot 17 u en niet in het weekend leidt dit tot extreem lange wachttijden.
- ✦ Historische feiten: het 'erven' van een erkenning, zoals een ziekenhuis dat een erkende geprogrammeerde MRI en een facturatie nummer heeft, zonder ooit in de programmatie opgenomen te zijn
- ✦ Sommige ziekenhuizen hebben niet-erkende toestellen waarop men niet aanrekent
- ✦ Niet-courante, tijdrovende MRI onderzoeken maken slechts een beperkt deel uit van de bezettingstijd van een MRI toestel.

Voorstellen

- ✦ Uitwerken van sluitende procedures van federale programmering tot toekennen van facturatie nummers
- ✦ Uitwerken van sluitende controlemechanismen bij elke wijziging van kenmerk van een toestel

- ✦ Informatiseren van deze procedures, d.m.v. relationele databank? (in afwachting van, en ten dienste van, CoBRHA+)
- ✦ Uniek nummer per onderzoek per toestel, met timestamp
- ✦ Cijfermatige ondersteuning van het beleid via:
 - ✧ evoluties in Audit protocolakkoord
 - ✧ screening medische beeldvorming
 - ✧ lopende terreinanalyses:
 - ✧ traject en inhoud vanaf aanvraag beeldvorming tot uitvoering beeldvorming
- ✦ Upgraden van SZV bestand RIZIV (databank met gegevens over verstrekkers en instellingen en rechten tot factureren)
- ✦ Sneller en kwalitatiever aanleveren van data
- ✦ Limiteren van retrograde erkenningen

ICE project

Dit project is een tweede voorbeeld van synergetische aanpak binnen de DGEC. De directies Controle, Informatie en Expertise van de DGEC hebben intens samengewerkt voor een grotere impact van het project. De directie Expertise bekeek in eerste instantie welke ziekenhuizen in regel waren met de federale programmatie. Bij de ziekenhuizen waar er onduidelijkheden waren, voerden ze een terreinanalyse uit. Met die analyse kon de directie Controle gerichte controleonderzoeken voeren bij die ziekenhuizen waar afwijkingen waren vastgesteld. De directie Informatie maakte de resultaten van het project bekend via een persbericht in juli 2017 en beantwoordde nadien verschillende persvragen rond dit thema.

Letterwoorden

| | |
|------|---|
| AA | Adviserend Arts |
| ADH | Anonieme daghospitalisatie |
| AZV | Anonieme ziekenhuisverblijven |
| CNK | Code nationale / Nationaal codenummer |
| DAC | Dienst voor administratieve controle |
| DGEC | Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle |
| EMD | Elektronisch medisch dossier |
| FAGG | Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten |
| FANC | Federaal agentschap voor nucleaire controle |
| GAO | Getuigschrift arbeidsongeschiktheid |
| GMD | Globaal medisch dossier |
| KEA | Kamer van eerste aanleg |
| LOK | Lokale kwaliteitsgroep |
| LSO | Lombosacrale orthesen |
| MH | Medisch huis |
| NCAA | Nationaal college adviserend artsen |
| NGV | Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen (Nomenclatuur) |
| USC | Unieke streepjescode |
| V.I. | Verzekeringsinstellingen |

Meer weten?

Hebt u vragen of opmerkingen over deze publicatie?

Contacteer ons:

- ✦ per e-mail: infoteam.dgec.secm@riziv.fgov.be
- ✦ per post: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Directie Informatie
Tervurenlaan 158
1150 Brussel