



# Verslag DGEC

## Activiteiten 2015

Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Juni 2016



# VOORWOORD VAN DE LEIDEND AMBTENAAR

2015 zou voor de DGEC in eerste instantie als een "moeilijk jaar" kunnen worden bestempeld.

Niettemin werden de gebruikelijke acties voortgezet: de Directie Informatie heeft naast vier Infobox-brochures (in plaats van de gebruikelijke twee), ook de "Opdrachten en procedures" geactualiseerd. De Directie Expertise heeft, ondanks de organisatorische moeilijkheden, drie studieprojecten beëindigd. De Directie Controle heeft onder andere een uitgebreide themacontrole over de attesteringen van CT-scans van de rotsbeenderen uitgevoerd, waarmee zij vorig jaar was gestart. De details ervan gaan als bijlage bij dit verslag. Die actie werd tijdens het persmoment in december toegelicht.

De samenwerking tussen de directies werd voortgezet, met informatieve acties naar de zorgverleners toe, die werden georganiseerd onder andere op basis van elementen die door onderzoeken of studies aan het licht zijn gebracht.

Maar eerste was er de vermindering met 20 % van de werkingskosten van het RIZIV die door de regering werd gevraagd. Dat heeft natuurlijk bijkomende en aanzienlijke inspanningen gevraagd van het personeel om het productie niveau van de Dienst te handhaven en zelfs te verhogen.

Het aantal personeelsleden en onderzoekers is door de pensioneringen gedaald: het personeel van de dienst is in 2015 van 287 tot 261 personen gedaald. Die daling wordt niet gecompenseerd, onder andere door problemen bij de aanwerving van geneesheren-inspecteurs. De Dienst zag zich daardoor genoodzaakt de voogdijminister te informeren dat, indien het aantal geneesheren-inspecteurs onder de 75 daalt, de productiviteit zal verminderen.

De hervorming van de structuren werd "on hold" gezet, in afwachting van de benoeming van de geneesheer-inspecteur-generaal die verantwoordelijk is voor de Directie Expertise. Daardoor was het onmogelijk om de geplande expertisedomeinen op te starten.

Niettegenstaande dit allemaal, zijn de resultaten erop vooruitgegaan. Dat is te danken aan de inspanningen die al jarenlang worden geleverd om de doeltreffendheid van de dienst te verhogen. Ook dankzij de professionele inzet van iedereen. Ik neem de gelegenheid te baat om iedereen voor dit resultaat te feliciteren en te bedanken.

Dat belooft dus veel goeds voor 2016, een jaar waarin men de uitgewerkte projecten eindelijk concreet zou kunnen maken en waarin men de verwachte resultaten nog beter in de verf zou kunnen zetten. Afspraak volgend jaar!

Veel leesgenot!

Dokter Bernard Hepp  
Geneesheer-directeur-generaal  
Leidend ambtenaar.

## HOE LEEST U DIT ACTIVITEITENVERSLAG?

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

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

**Aandacht:** dit rapport verzamelt de acties uitgevoerd in de loop van het jaar 2015. Men moet zich ervan bewust zijn dat een enquête niet wordt opgestart, uitgevoerd, afgesloten en overgedragen aan de bevoegde organen voor een definitieve beslissing in de loop van hetzelfde jaar. De tabellen betreffen dus verschillende dossiers: men moet er geen chronologie van eenzelfde dossier in gaan zoeken.

Veel leesgenot!

Dit verslag werd opgesteld door de Directie Informatie van de DGEC. De resultaten en inlichtingen die de andere departementen hebben doorgegeven op datum van 31 maart 2016.  
Het werd voorgesteld op de zitting van het Comité van de DGEC op 17 juni 2016.

# INHOUDSTAFEL

Voorwoord van de Leidend ambtenaar.....	3
Hoe leest u dit activiteitenverslag?.....	4
Inhoudstafel .....	5
<b>1<sup>ste</sup> deel: in een oogopslag.....</b>	<b>7</b>
<b>I. De DGEC .....</b>	<b>8</b>
<b>II. 2015: Realisaties .....</b>	<b>9</b>
<b>III. DGEC Activiteiten 2015: enkele cijfers .....</b>	<b>11</b>
<b>IV. Het personeel .....</b>	<b>12</b>
<b>V. Structuur.....</b>	<b>12</b>
<b>VI. Organisatie .....</b>	<b>14</b>
<b>2<sup>de</sup> deel: resultaten.....</b>	<b>17</b>
<b>I. De impact van de acties van de dienst, het indirect voordeel.....</b>	<b>19</b>
<b>II. De communicatie .....</b>	<b>21</b>
<b>III. De informatie .....</b>	<b>23</b>
1. <i>Informatie voor de zorgverleners .....</i>	<i>23</i>
2. <i>De adviesfunctie.....</i>	<i>24</i>
<b>IV. De evaluatie .....</b>	<b>25</b>
<b>V. Controle geneeskundige verzorging .....</b>	<b>45</b>
1. <i>Thematische onderzoeken « CENEC » .....</i>	<i>45</i>
2. <i>Controle « unieke streepjescode » .....</i>	<i>59</i>
3. <i>De individuele onderzoeken.....</i>	<i>60</i>
<b>VII. Recuperatie en maatregelen opgelegd door de bevoegde organen.....</b>	<b>67</b>
1. <i>Actieve beheersorganen.....</i>	<i>71</i>
2. <i>De administratieve rechtscolleges.....</i>	<i>75</i>

<b>VI. Controle arbeidsongeschiktheid.....</b>	<b>82</b>
1. <i>De controle op het gebied van arbeidsongeschiktheid na het eerste jaar .....</i>	<i>82</i>
2. <i>De controle op het gebied van arbeidsongeschiktheid op vraag van de adviserend geneesheren .....</i>	<i>82</i>
3. <i>De controle op de werking van de adviserend geneesheren inzake primaire arbeidsongeschiktheid .....</i>	<i>83</i>
4. <i>Expertises en onderzoeken op verzoek van de arbeidsrechtbanken. ....</i>	<i>83</i>
5. <i>De geneeskundige controle betreffende arbeidsongeschiktheid van mindervalide gerechtigden en van bepaalde zelfstandigen .....</i>	<i>83</i>
6. <i>Medische onderzoeken op vraag van buitenlandse instellingen voor sociale zekerheid .....</i>	<i>84</i>
<b>VII. De primaire controle van de verzekeringinstellingen .....</b>	<b>86</b>
<b>3<sup>de</sup> deel: thematisch .....</b>	<b>88</b>
<b>4<sup>de</sup> deel: vooruitzichten 2016-2017 .....</b>	<b>92</b>

1<sup>ste</sup> deel: in een oogopslag

## I. DE DGEC

### OPDRACHT

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

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

### STRATEGIE

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

Alle opdrachten en verantwoordelijkheden van de DGEC zijn complementair.

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

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

### ACTIES

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

### WAARDEN

Integriteit, Respect, Vertrouwen, Teamgeest, Professionalisme

### ENGAGEMENT

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

### DOELSTELLINGEN VAN DE 4<sup>de</sup> BESTUURSOVEREENSKOMT (2013-2015)

Artikel 22. Geïnformatiseerd dossierbeheer.

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

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



## II. 2015: REALISATIES

### Communicatie

9 juni 2015: besloten persconferentie over:

- o het activiteitenverslag 2014
- o de terreinanalyse van de urgentiediensten.

14 december 2015: besloten persconferentie over:

- o de controleacties inzake fraude en misbruik van de aanrekening van CT-rotsbeenderen
- o de verscherpte controle van de thuisverpleegkunde
- o de terreinanalyse van het verpleegkundig patiëntendossier

### Informatie

Publicatie:

- o Infobox Verpleegkundige, bijgewerkte versie in april en oktober
- o Infobox Tandarts, bijgewerkte versie in oktober
- o Infobox Paramedici, bijgewerkte versie in december
- o DGEC, Opdrachten en procedures, bijgewerkte versie in december.

Drie informatiebrieven voor bepaalde groepen van zorgverleners.

### Controle

886 individuele onderzoeken werden afgerond, voor vaststellingen ter waarde van 11,587 miljoen EUR. (De gerechtelijke instanties kunnen de onverschuldigde bedragen wijzigen in de loop van de procedure).

Drie nationale onderzoeken zijn afgewerkt:

- o IP026 Oftalmologie: nazicht bepalingen Artikel 14h § 2. 1° van de nomenclatuur (aanrekening “per zitting” en niet “per oog”)
- o IP027 Aanrekenen van verstrekkingen van «parenterale» voeding thuis in plaats van «enterale» voeding
- o IP028 Aanrekenen van de prestatie “CT rotsbeenderen” in plaats van de uitgevoerde prestatie “CT hersenen” of “CT faciaal massief”

### Evaluatie

Drie evaluatieprojecten werden afgerond:

- o 11/002 Verwijderen van wijsheidstanden
- o 13/001 Logopedische verstrekkingen
- o 14/001 Naleving van de regelgeving betreffende het statuut van « palliatieve thuispatiënt »

### **Procedures voor terugbetaling en maatregelen**

Aantal beslissingen van de organen van het contentieux:

- Leidend ambtenaar: 73
- Kamer van eerste aanleg: 55
- Kamers van beroep: 55

### **Uitkeringen**

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

### **Internationale samenwerking**

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

### III. DGEC ACTIVITEITEN 2015: ENKELE CIJFERS

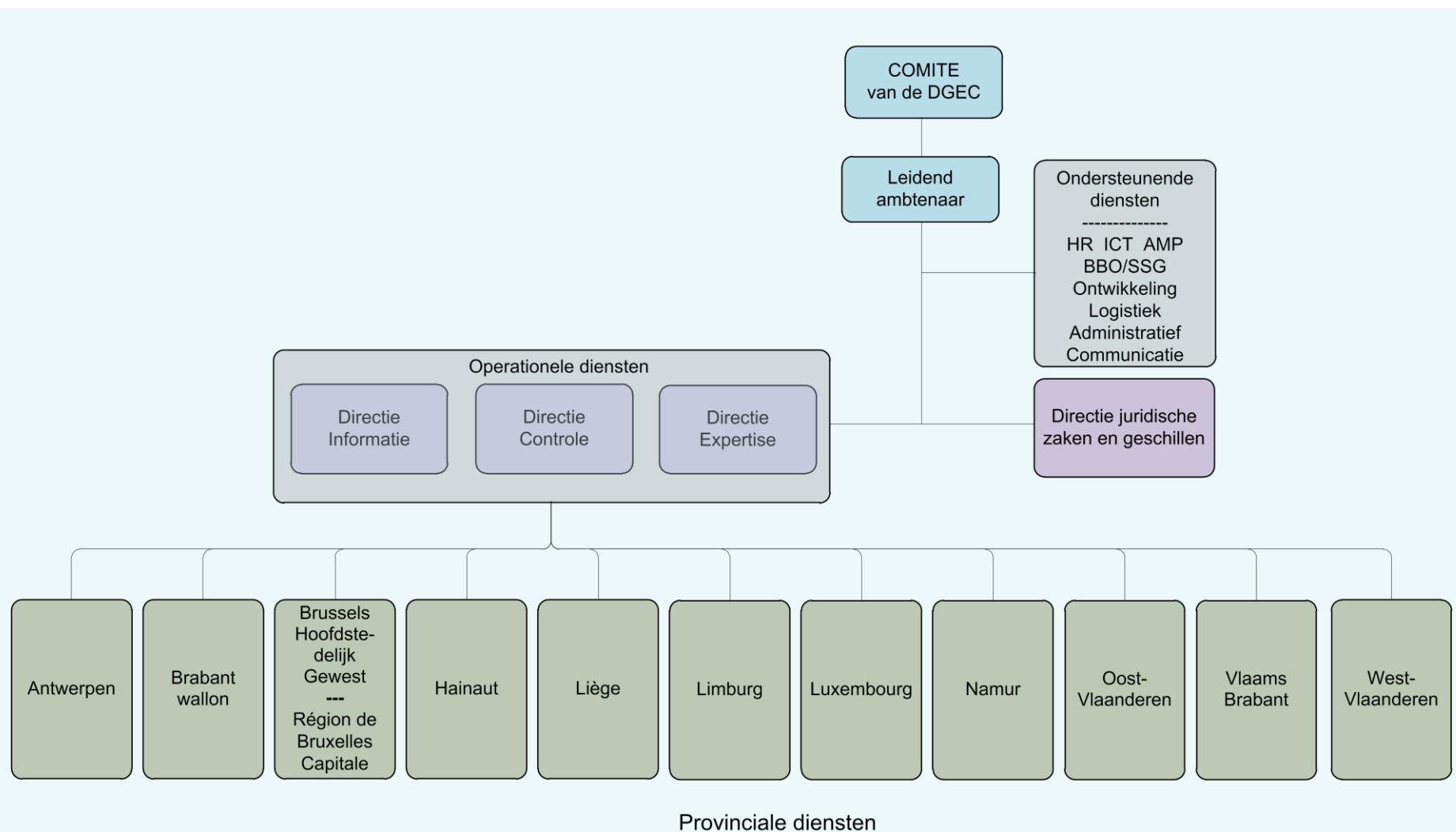
2015	
<b>Informatie</b>	
Infobox Verpleegkundige	2 bijgewerkte versie
Infobox Tandarts	bijgewerkte versie
Infobox Paramedici	bijgewerkte versie
DGEC, Opdrachten en procedures,	bijgewerkte versie
<b>Evaluatie</b>	
Aantal geanalyseerde thema's (beëindigd)	3
<b>Controle</b>	
Aantal afgesloten individuele onderzoeken	886
Bedrag uitgevoerde vrijwillige terugbetalingen (afgesloten onderzoeken "verwittiging met vrijwillige terugbetaling")	5.335.740 EUR
Aantal thematische onderzoeken (CENEC) uitgevoerd en afgerond	3
<b>Procedures en maatregelen</b>	
<b>1. Beslissingen van de Leidend ambtenaar</b>	
Aantal uitgesproken beslissingen	73
Bedrag opgelegde terugbetalingen	1.604.457 EUR
Bedrag uitgesproken effectieve administratieve boetes	989.047 EUR
Bedrag uitgesproken administratieve boetes met uitstel	185.660 EUR
<b>2. Beslissingen van de Kamer van eerste aanleg</b>	
Aantal uitgesproken beslissingen	55
Bedrag opgelegde terugbetalingen	2.413.235 EUR
Bedrag uitgesproken effectieve administratieve boetes	193.286 EUR
Bedrag uitgesproken administratieve boetes met uitstel	265.105 EUR
<b>3. Beslissingen van de Kamer van beroep</b>	
Aantal uitgesproken beslissingen	55
Bedrag opgelegde terugbetalingen	1.401.512 EUR
Bedrag uitgesproken effectieve administratieve boetes	42.271 EUR
Bedrag uitgesproken administratieve boetes met uitstel	511.978 EUR
<b>Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit</b>	
Aantal uitgevoerde lichamelijke onderzoeken	2.814

## IV. HET PERSONEEL

Personeel DGEC op 31-12-2014	Centraal			Provincies			TOTAAL
	NL	FR	Sub-tot	NL	FR	Sub-tot	
Geneesheer-directeur-generaal	1						1
Geneesheer-inspecteur generaal	2		2				2
Geneesheer-inspecteur-directeur		1	1	4	6	10	11
Geneesheer-inspecteur	5	5	10	36	26	62	72
Apotheker-inspecteur	4	3	7				7
Verpleegkundig-controleur				22	11	33	33
Juriste (niveau attaché)	5	5	10				10
Adviseur-jurist		1	1				1
Expert SMALS (statistieken, data-analyse,)	1	2	3				3
Adviseur (centrale dienst)	1		1				1
Attaché (centraal & provinciaal)	6	3	9	4	1	5	14
Administratief deskundige (niv B)	1	2	3	4	4	8	11
Administratief assistent (niv C)	6	9	15	32	23	55	70
Administratief medewerker (niv D)	5	4	9	9	6	15	24
Detachering (niv A, jurist)	1		1				1
<b>TOTAAL</b>	<b>38</b>	<b>35</b>	<b>73</b>	<b>111</b>	<b>77</b>	<b>188</b>	<b>261</b>

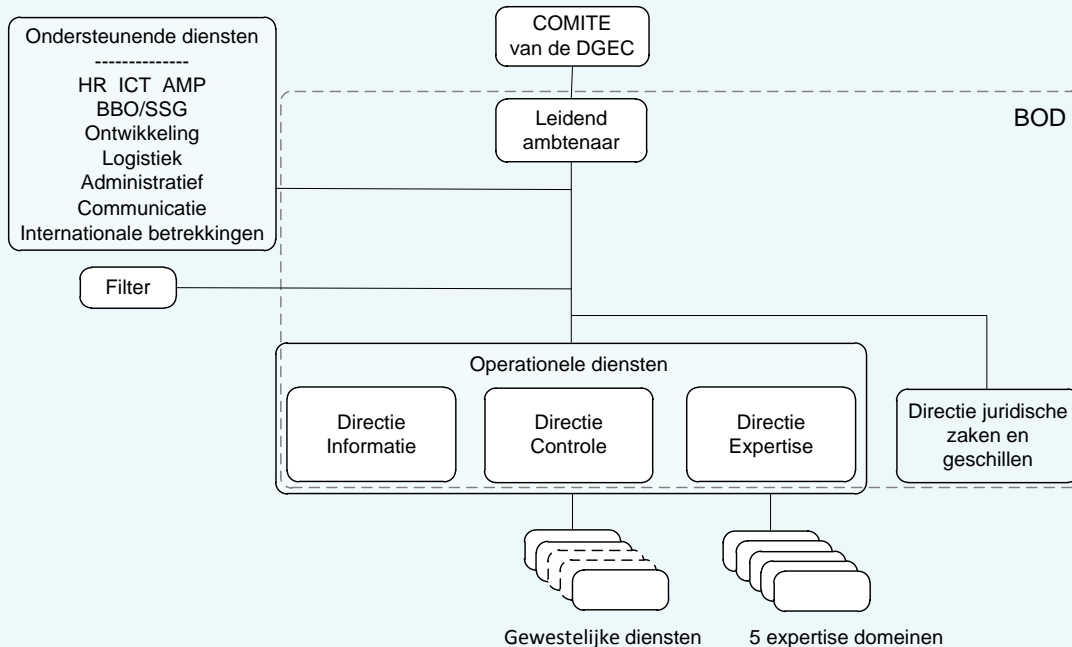
## V. STRUCTUUR

Zie organigram op de volgende bladzijde.



## VI. ORGANISATIE

Het veranderingstraject, opgestart in 2013, krijgt steeds vastere vorm, onder andere in een nieuwe structuur die geleidelijk aan wordt ingevoerd :



Het beslissingsorgaan “BeslissingsOrgaan – Organe de Décision (BOD)” is sinds 2014 in werking.

Op 1 februari 2015 werd “de Filter” ingesteld. Deze stafdienst centraliseert alle informatie die de DGEC van buitenaf ontvangt en alle actievoorstellen van personeelsleden. Voor de activiteiten zie pagina 64.

Het meetinstrument Activiteiten-Middelen-Prioriteiten (AMP) was een tweede stap die in 2015 van start ging voor een deel van het personeel. De implementatie zal in 2016 afgerond worden. De AMP geeft een overzicht van de lopende projecten en van de daarvoor ingezette middelen en competenties. Het bepaalt de te verwachten investering aan middelen, de prioritering, en een optimale spreiding van de werklust. Bovendien geeft de AMP aan welke human resources we nodig hebben.

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

Tenslotte zal de synergie tussen de verschillende directies en personeelsprofielen verder toenemen. Dit alles moet leiden tot gestroomlijnde werkprocessen en meer subsidiariteit qua organisatie van het werk.

De reorganisatie zal meer gewicht hechten aan de preventie en de strijd tegen georganiseerde fraude. Gerichte informatie- en communicatieacties zullen daarbij een cruciale rol spelen. Bij de directie Controle zal de thematische aanpak aan belang winnen. Via een netwerk van inspecteurs en controleurs, experts ter zake, zal de directie Expertise een structuur van expertisedomeinen opbouwen om de sectoren ten gronde te kunnen analyseren.

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





## 2<sup>de</sup> deel: resultaten



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

De Dienst voor Geneeskundige Controle werd in 2002 omgedoopt tot de Dienst voor Geneeskundige **Evaluatie** en Controle. Dit wees op de wil om van louter repressieve acties ook over te schakelen op informatie- en preventie-acties.

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

Uit een onderzoek dat enkele jaren geleden werd gevoerd naar de gevolgen op lange termijn van enkele gerealiseerde acties, blijkt dat het positief effect van deze acties zich doorzet. Zo blijft de actie betreffende de herattesteringen binnen de tandzorg die in 2011 werd gelanceerd, elk jaar een besparing van 8 miljoen EUR opleveren. Ook de sensibiliseringsbrief aan de neurologen in 2010, betreffende het correcte gebruik van de geëvoeerde potentialen, heeft geleid tot een vermindering van het budget met bijna 7 miljoen EUR per jaar, een trend die zich nu nog doorzet. Een oudere actie uit 2005, betreffende de acute en chronische hemodialyse, levert vijf jaar later nog altijd een besparing van 2,7 miljoen EUR per jaar op.

De stijgende vraag naar de Infobox voor nieuwe zorgverleners leidt tot een betere kennis van de regelgeving en dus ook tot een betere toepassing ervan door hen.

De nieuwe acties van de directie Informatie om een brief te sturen aan doelgroepen van zorgverleners over een welbepaald thema dat in de thematische enquêtes aan bod komt, zullen de komende jaren gevolgen hebben voor het gedrag van die zorgverleners.

De aandacht die in de studies "stand van zaken" van de directie Expertise wordt gevestigd op anomalieën in de nomenclatuur of de reglementering zal bovendien bijdragen tot de wijziging ervan en tot definitieve rechtzettingen van die anomalieën.

Uit deze concrete voorbeelden blijkt dat er effecten op lange termijn bestaan, ook al worden ze niet elk jaar geboekt. Dit betekent dat alle acties van de DGEC vanuit die brede visie moeten worden bekeken, en men zich niet louter mag beperken tot de analyse van de onverschuldigde bedragen die elk jaar door repressieve acties worden teruggevorderd.



## II. DE COMMUNICATIE

De reglementering van de Verzekering-GVU is een complex onderwerp. Een juiste en bevattelijke berichtgeving over de controle op de naleving van die reglementering vormt een ware uitdaging voor de pers. Daarom organiseert de Stafdienst Communicatie van de DGEC in samenwerking met de betrokken projectleiders regelmatig een ontmoeting met journalisten van de medische en de algemene pers.

De DGEC treedt er met de journalisten in dialoog over zijn acties, vastgestelde resultaten en voorgestelde maatregelen.

Twee persontmoetingen vonden plaats in 2015:

1. Op 09 juni lichtte de DGEC de resultaten toe van zijn terreinanalyse over de aanrekening van verstrekkingen door de urgentiediensten. Tevens stelde de DGEC zijn activiteitenverslag over 2014 voor.
2. Op 14 december kregen de journalisten informatie over de resultaten van het onderzoek van de aanrekening van de CT-rotsbeenderen en over de verscherpte controle op de thuisverpleegkunde. Ook de terreinanalyse van het verpleegkundig patiëntendossier werd er aangekondigd.

De persontmoetingen van de DGEC hebben een meervoudige impact. Ze leiden tot een correcte en bevattelijke berichtgeving over de DGEC-activiteiten. Verder stelt de DGEC vast dat zorgverleners na de verslaggeving door de media hun voorschrijfgedrag aanpassen en hun prestaties correcter aanrekenen. Dit heeft een positieve weerslag op de uitgaven in de gezondheidszorg. Tenslotte wordt de burger zich meer bewust van het belang van een financieel duurzame ziekteverzekering.



### III. DE INFORMATIE

#### 1. Informatie voor de zorgverleners

##### Informatiebrochures

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

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

2015	Brochure
April	Infobox Verpleegkundige, bijgewerkte versie
Oktober	Infobox Verpleegkundige, 2 <sup>e</sup> bijgewerkte versie
Oktober	Infobox Tandarts, bijgewerkte versie
December	Infobox Paramedici, bijgewerkte versie
December	DGEC, Opdrachten en procedures, bijgewerkte versie

##### Lezingen en conferenties

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

##### Brief informatie

De directie Informatie heeft dit jaar een nieuwe actievorm ingevoerd. Die bestaat erin dat een brief wordt gestuurd naar een doelgroep van zorgverleners, waarin de aandacht wordt gevestigd op een punt van de reglementering waarvoor er anomalieën werden vastgesteld tijdens een thematische enquête of een evaluatieproject. Het is de bedoeling te informeren en op die manier die anomalie(ën) recht te zetten. Het is niet de bedoeling verantwoording te vragen, noch een waarschuwing te geven.

Deze actie is van start gegaan met brieven over de volgende thema's:

- de attestering van de verstrekking 211260 (permanentiehonarium in de intramurale intensieve zorg 's nachts en tijdens het weekend)
- vier fouten in de attesteringen van verstrekkingen in de spoeddiensten
- de attestering in orthopedische heilkunde van de behandelingen van fracturen en luxaties in de spoeddiensten en tijdens de daaropvolgende tenlasteneming.

## 2. De adviesfunctie

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



## IV. DE EVALUATIE

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

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

### **Evaluatieprojecten beëindigd in 2015:**

- 11/002 Verwijderen van wijsheidstanden
- 13/001 Logopedische verstrekkingen
- 14/001 Naleving van de regelgeving betreffende het statuut van « palliatieve thuispatiënt »

## **11/002 Verwijderen van wijsheidstanden**

---

### **Context**

Het verwijderen van wijsheidstanden kan gebeuren door licentiaten in de tandheelkunde (tandartsen) en door geneesheren-stomatologen. Er bestaan verschillende nomenclatuurcodes voor met een verschillende vergoedingswaarde. De toegankelijkheid van deze nomenclatuurcodes en eventueel bijkomende prestaties is echter niet gelijk voor alle verstrekkers. Dit resulteert in een zeer grote variatie wat betreft de totale kostprijs voor de ziekteverzekering. Daarnaast worden er in KCE rapport 182A van 06-07-2012 ook vragen gesteld over de zin van de extractie van wijsheidstanden vrij van pathologie.

### **Oorsprong van de studie**

Het aanrekenen van verwijderen van wijsheidstanden is op verschillende manieren mogelijk. Er zijn drie codes die in aanmerking komen en frequent gebruikt worden, één code met waarde K75 en twee codes met waarde K120.

Verstrekking 312410-312421 K120 behoorde in 2009 tot de sterke stijgers.

De omzet voor de drie verstrekkingen samen nam toe van 26,9 miljoen EUR in 2009 tot 30,5 miljoen EUR in 2012. In 2013 was er een daling tot 29,1 miljoen EUR.

Niet alle verstrekkers hebben toegang tot alle mogelijke codenummers: tandartsen hebben enkel toegang tot code 317236-317240 K75. Aanrekenen van operatieve hulp is hier onmogelijk gezien hiervoor een minimum K waarde van 120 vereist is.

Het verschil in K-waarde tussen de verstrekkingen heeft ook een verschil in vergoede anesthesie tot gevolg.

Verstrekkingen worden aangerekend aan 100% en 50%; voor de 312\* nummers voor codes met waarde K120 wordt ook operatieve hulp aan 10% aangerekend.

Er zijn grote regionale verschillen en verschillen tussen ziekenhuizen in aanrekenen van deze verstrekkingen : globaal wordt 73% van het totale budget voor deze verstrekkingen vergoed in Vlaamse ziekenhuizen (slechts 27% voor Brusselse en Waalse ziekenhuizen), waar die slechts 55% van het aantal ziekenhuizen uitmaken. Het gemiddeld vergoed bedrag per verstrekker in een ziekenhuis varieert ook sterk.

### **Doel**

We willen een uitleg te vinden voor de ongelijke verdeling tussen ziekenhuizen en verstrekkers : welke zijn de reële ingrepen die verricht worden en hoe worden die gekoppeld aan de nomenclatuur-nummers?

Ook kan de indicatiestelling voor het verwijderen van wijsheidstanden geëvalueerd worden in functie van de resultaten van de KCE studie "profylactisch verwijderen van verstandskiezen in afwezigheid van pathologie: rapid assesment"(182A).

**Wettelijk kader**

Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen artikel 14 ...

*I) de verstrekkingen die tot het specialisme stomatologie (DR) behoren*

317236-317240	+ ** <i>Extractie van geïmpacteerde of geretineerde tand</i>	K 75
312410-312421	<i>Osteotomie rond een geretineerde tand waarbij een pericoronaire botresectie en desgevallend een tandsectie wordt uitgevoerd</i>	K 120
312432-312443	<i>Osteotomie boven en rond een tandkiem met eventuele tandsectie met verwijdering van de tandkiem</i>	K 120

Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen artikel 12 ...

200255 200266	<i>Anesthesie verricht tijdens een verstreking gerangschikt in categorie K 120 of N 200</i>	K 51
201110 201121	<i>Algemene, rachi-, epidurale of plexus brachialisanesthesie verricht tijdens een verstreking gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 75 of N 125 of I 125 en hoger dan K 24 of N 40 of I 40</i>	K 3
201250 201261	<i>Algemene anesthesie bij extractie van minder dan acht tanden met of zonder alveolotomie en/of conserverende tandverzorging</i>	K 45
<b>"§ 2. Honoraria voor de geneesheren-specialisten in oftalmologie en instomatologie:</b>		
203335 203346	<i>Anesthesie verricht tijdens een verstreking gerangschikt in een categorie gelijk aan of hoger dan N 200 of K 120 en lager dan N 300 of K 180</i>	K 24

Verstreking 203335-203346 werd geschrapt vanaf 01-03-2013.

**Methode**

Dit project bestaat uit twee delen:

- analyses op documenten P (profielen), SHA (gehospitaliseerden) en ADH (dagziekenhuis)
- terreinstudie met bevraging van verstrekkers.

**a. Bestudeerde populatie**

Voor de gegevensanalyse werd gebruik gemaakt van:

- documenten P
- SHA en ADH gegevens.

Voor de terreinstudie werden 50 verstrekkers bevraged over 20 casussen.

**b. Periode**

Gegevensanalyse gebeurde op:

- documenten P voor 01-01-2009 tot 31-12-2013 (60 maanden)
- en SHA en ADH gegevens voor 01-01-2009 tot 30-06-2010 (18 maanden).

Voor de terreinstudie gebruikten we terugbetalingsgegevens van de VI's voor de verstrekkingen 312410, 312432 en 317236 voor de periode 01-01-2011 tot 30-09-2012 (21 maanden).

### c. Steekproef

Voor de gegevensanalyse werden uiteraard alle gegevens bestudeerd.

Voor de terreinstudie werden alle verstrekkers die in deze periode minstens 50 contacten hadden met aanrekenen van één of meerdere prestatiecodes geselecteerd. Het ging zowel om geneesheren-stomatologen (erkenning 1-520 of 3-005) als om licentiaten in de tandheelkunde (3-001). Het ging om 280 verstrekkers.

We verdeelden deze verstrekkers in 4 groepen :

Groep		% Aantal verstrekkingen met 317236 in verhouding tot som van 312410+312432+317236	Bevraagden
Tandarts	Licentiaten in de tandheelkunde		10
Veel	Geneesheren-stomatologen	> 25%	7
Tussen	Geneesheren-stomatologen	Tussen 3% en 25%	19
Weinig	Geneesheren-stomatologen	< 3%	14

### d. Representativiteit

De aantallen per groep die ondervraagd werden zijn gekozen in functie van de relatieve grootte van deze groep binnen de totale groep van 280 verstrekkers.

## Resultaten en bespreking

### a. Cijfergegevens

Analyse van SHA en ADH gegevens leert dat bijna alle verstrekkingen in daghospitalisatie gebeuren. Verstrekkingen buiten het ziekenhuis worden hier echter niet in aanmerking genomen. De gemiddelde kostprijs voor de ZIV van alle vergoede verstrekkingen in daghospitaal varieert van 450 EUR tot 800 EUR al naargelang het ziekenhuis. Er is een duidelijk prijsverschil al naargelang de gebruikte code voor extractie : 572 EUR wanneer code 312410 werd aangerekend, 706 EUR wanneer code 312432 werd aangerekend en 472 EUR wanneer code 317236 werd aangerekend.

In dagziekenhuis worden de verstrekkingen voor wijsheidstanden eerder zelden gecumuleerd met andere ingrepen. Wel blijken bij 2/3 van de gevallen meerdere verstrekkingen 312410, 312432 en/of 317236 aangerekend te worden. Daarbij wordt rekening gehouden met de 50% regel der opereerstreken.

In 38/108 ziekenhuizen wordt geen operatieve hulp aangerekend bij code 312410, in 45/107 ziekenhuizen gebeurde dit niet bij code 312432.

**b. Indicatiestelling**

Voor 40% van de casussen werden geen redenen opgegeven of werden enkel redenen opgegeven waarvoor in het KCE rapport werd vermeld dat verwijdering van wijsheidstanden niet nodig was. Het gaat om wijsheidstanden vrij van pathologie. Als voornaamste pathologie worden beschouwd: wijsheidstanden die klachten veroorzaken en wijsheidstanden die geïnfecteerd zijn.

Bijna alle verstrekkers (47/50) hebben casussen die in deze categorie vallen. Per groep verstrekkers zijn de aantallen casussen vergelijkbaar. Enkel wanneer naar de vergoede prestatiecodes gekeken wordt, zien we dat er beduidend meer verstrekkingen 312432 (verwijderen van tandkiemen) binnen deze groep vallen. Let wel: de casussen dateren van voor de publicatie van het KCE rapport in 2012. Vermelden we nog dat 44% van de verzekerden klachten hadden en dat er in 38% van de gevallen sprake was van een infectie. Voor twee derde van de casussen werden meerdere indicaties opgegeven.

**c. Operatietechniek**

De operatietechniek voor de drie codenummers is gelijkaardig. De enige verschillen zijn dat er al of niet osteotomie en/of tandsectie wordt uitgevoerd. We zien dat enkel tandartsen extracties doen zonder het verrichten van osteotomie en dat in 2/3 van de casussen. Zij doen ook geen tandsectie in 2/3 van de gevallen. Voor stomatologen gaat het om 1/3 van de casussen waar geen tandsectie vermeld wordt.

Bij aanrekenen van verstrekking 317236 wordt beduidend minder tandsectie verricht. Een verklaring voor deze verschillen is er niet. Mogelijk behandelen tandartsen eerder minder gecompliceerde gevallen.

**d. Sedatie en anesthesie**

Algemene anesthesie werd steeds verricht door een geneesheer-anesthesist. Sedatie en/of anesthesie door de verstrekker zelf was steeds een locoregionale verdoving. Voor verstrekking 317236 kan deze niet aangerekend worden. Dit geldt voor bijna alle casussen verricht door tandartsen. Ook bij stomatologen kwam dit wel voor. Sinds 01-03-2013 kan sedatie of anesthesie door de stomatoloog zelf niet meer aangerekend worden. Welke de redenen zijn om voor een bepaalde vorm van sedatie of anesthesie te kiezen is niet uit te maken.

**e. Operatieve hulp**

Voor de meeste casussen (810/997) werd operatieve hulp vermeld. Deze werd in de helft van de gevallen geleverd door een paramedicus, bij de andere helft door een arts. In ongeveer de helft van de casussen werd de operatieve hulp niet beschreven. Voor de andere werden elementen opgegeven zoals aspireren, instrumenteren, ecarteren. Al deze taken werden door paramedici verricht (en waren niet aanrekenbaar). Er zijn geen elementen die aantonen dat de operatieve hulp op een andere wijze gebeurt wanneer ze aanrekenbaar is omdat ze door een geneesheer gebeurde. Het vergoeden van deze operatieve hulp voor artsen kan dan ook in vraag gesteld worden.

#### **f. Vergoeding van extractie van meerdere tanden**

Bij ongeveer 60% van de casussen werd verwijdering van drie of vier wijsheidstanden verricht, al of niet in één zitting. Bij stomatologen ligt dit percentage zelfs wat hoger. Meestal wordt daar de regel van de opereerstreken gebruikt om meerdere prestatiecodes aan te rekenen. De vraag kan gesteld worden of niet beter geopteerd wordt voor een nomenclatuurcode die voor het geheel van alle wijsheidstanden geldt.

#### **g. Reglementering**

Er bestaan verschillende codes om de extractie van wijsheidstanden aan te rekenen. Deze codes hebben een wisselend gebruik. Is het niet beter om één code te hebben die voor alle verstrekkers een zelfde vergoedingswaarde heeft?

Stomatologen zijn niet verplicht om tandnummers te vermelden bij hun facturatie. De hier beschouwde codes kunnen voor extractie van wijsheidstanden gebruikt worden maar ook voor extractie van andere geretineerde of geïmpacteerde tanden. Voor controle en statistische analyses zou het beter zijn dat stomatologen verplicht zouden worden tandnummers te vermelden of dat een specifiek codenummer voor wijsheidstanden wordt ingevoerd.

### **Conclusie**

- Er zijn grote verschillen in de manier waarop verstrekkers en (dag)ziekenhuizen het verwijderen van wijsheidstanden aanrekenen. Dit heeft niet enkel te maken met het bestaan van verschillende nomenclatuurcodes, maar ook het al dan niet (kunnen) aanrekenen van operatieve hulp en anesthesie spelen hier een rol
- Operatieve hulp werd op sommige plaatsen door geneesheren verricht, op andere door niet-geneesheren, hoewel het steeds om dezelfde handelingen gaat
- Anesthesie en/of sedatie worden niet aangerekend, of aangerekend door een anesthesist of aangerekend door de verstrekker zelf. Hier zijn verschillende mogelijkheden die echter niet voor elk type verstrekker toegankelijk zijn. Op te merken is wel dat de anesthesie verricht door de verstrekker bij verstrekkingen 312410 en 312432 sinds 01-03-2013 geschrapt werd
- Voor 40% van de casussen kan gesteld worden dat de indicatiestelling te ruim is, rekening houdend met het geciteerde KCE rapport
- Qua techniek is er niet veel verschil tussen de drie verschillende nomenclatuurcodes. De enige verschillen tussen casussen bestaan uit het al of niet uitvoeren van een tandsectie en/of een osteotomie. Enkel bij code 317236 worden deze laatste (bijna) niet vermeld

### **Voorstellen**

- Mogelijkheid tot het nemen van maatregelen in de reglementering om de globale vergoeding van de verwijdering van wijsheidstanden in dagziekenhuis te harmoniseren. Daarbij kan rekening gehouden worden met het al dan niet vergoedbaar houden van operatieve hulp en het standaardiseren van sedatie/anesthesie
- Mogelijkheid om een apart codenummer in te voeren specifiek voor het verwijderen van wijsheidstanden. Men kan de vraag stellen of dat verschillend moet zijn voor tandartsen en stomatologen. Uiteindelijk zijn er niet zo veel tandartsen die deze wijsheidstanden zelf verwijderen
- Misschien is het zinvol een codenummer uit te werken voor de volledige behandeling van de vier wijsheidstanden samen
- Een campagne om de conclusies van het KCE rapport beter bekend te maken kan leiden tot een vermindering van het aantal casussen en een correctere indicatiestelling.

### **Communicatie**

Dat rapport werd besproken door het Comité van de DGEC op 23 oktober 2015.

## **13/001 Logopedische verstrekkingen**

---

### **Oorsprong van de studie**

Tussen 2007 en 2011 is de totale vergoedingswaarde aan terugbetaalde verstrekkingen logopedie toegenomen van 58.795.000 EUR tot 77.657.000 EUR, zijnde +18.862.00 EUR (+ 32%). Het aantal vergoede verstrekkingen nam toe van 3.643.673 tot 4.028.868 (+12%). Wanneer de bilan verstrekkingen buiten beschouwing gelaten worden, zijn 80% van de verstrekkingen type b 2 (problemen met taalontwikkeling) en type b 3 (dyslexie, dysorthografie, dyscalculie).

### **Doel**

Gestelde vragen zijn :

- Voor wie worden deze verstrekkingen verricht? Beantwoorden deze verzekeren aan alle in de nomenclatuur gestelde voorwaarden (NGV)?
- Welke zijn de concrete indicaties voor deze verstrekkingen? Welke testen worden voorafgaandelijk verricht en in hoeverre beantwoorden deze aan de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen?
- Wie zijn de voorschrijvers voor logopedie?
- Is de in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen voorgestelde (aanvraag) procedure voldoende werkbaar?

### **Wettelijk kader**

Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen: artikel 36 logopedische verstrekkingen.

De nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen maakt een onderscheid tussen twee soorten logopedische verstrekkingen:

- het bilan (voor het aanvangs- en evolutiebilan): dit beschrijft de testen die gebeuren voor de diagnostiek en bevat het voorstel voor de behandeling
- de logopedische behandelingszitting: dit zijn de eigenlijke behandelingen.

Binnen de verschillende problematieken worden de verstrekkingen ingedeeld volgens de plaats van verstrekking. De meest voorkomende zijn:

- in het kabinet van de logopedist
- ten huize van de rechthebbende
- op de school van de rechthebbende.

De meest voorkomende behandelingen zijn van de types :

- stoornissen in de receptieve en/of expressieve taalontwikkeling (b 2)
- dyslexie en/of dysorthografie en/of dyscalculie (b 3).



De chronologie van logopedische behandeling is als volgt :

1. Voorschrift voor bilan
2. Uitvoering van het bilan (maximum 5 zittingen vergoedbaar)
3. Voorschrift voor behandelingen
4. Aanvraag voor vergoeding van aanvangsbilan en/of behandelingen (dient mede ondertekend door de verzekerde of zijn vertegenwoordiger)
5. Goedkeuring door de adviserend geneesheer
6. Uitvoering van de behandelingen (max. 384 behandelingen per jaar voor pathologie b2 en 192 behandelingen per jaar voor pathologie b3)
7. Voorschrift voor evolutiebilan
8. Uitvoering evolutiebilan binnen periode van eerste toestemming (1 zitting vergoedbaar)
9. Voorschrift voor behandelingen
10. Aanvraag voor vergoeding van evolutiebilan en/of behandelingen
11. Uitvoering van de behandelingen (zelfde aantallen per jaar per type pathologie).

De voorschriften en het bilan moeten bijgevoegd worden bij het aanvraagformulier waarop de logopedist apart kan aanduiden of hij vergoeding wil van een bilan en/of van behandelingen.

Een cyclus van behandelen van 2 jaar voor pathologie type b2 kan gevolgd worden door een cyclus van behandelen voor pathologie type b3. Omgekeerd kan niet.

Voor pathologie type b2 dienen behalve de aanvraag en het bilan, ook het resultaat van intelligentietesten en een audiogram toegevoegd te worden aan het dossier. Het bilan moet de resultaten van een taaltest bevatten.

Voor pathologie type b3 dienen de resultaten van een lees-, schrijf- en/of rekentest toegevoegd te worden naargelang de specificiteit van het dossier.

### **Methode : bestudeerde gegevens**

In dit onderzoek gebruikten we:

- analyse van docP gegevens over de uitgaven voor logopedie periode 01-01-2007 – 31-12-2011(60 maanden).
- analyse van uitbetalingsgegevens van de verzekeringsinstellingen voor logopedie periode 1/1/2010 – 30/09-2012 (33 maanden).
- analyse van de aanvragen voor 1000 verzekerden voor wie in de periode 2010 – 2012 verstrekkingen logopedie vergoed werden. Oudere documenten werden ook opgevraagd.
- een beperkte literatuurstudie

De specifieke inhoud van de behandelingen werd niet geëvalueerd omdat de geraadpleegde gegevens daar weinig over bevatten. Ook de omschrijvingen van de verstrekkingen in de NGV gaan daar niet op in.

## **Staal**

Een staal van 1.000 verzekerden werd samengesteld op basis van de aanrekengegevens ontvangen voor de periode van 01-01-2010 tot 31-12-2012. Het waren allen verzekerden waarvoor in 2011 behandelingen logopedie type b2 en/of b3 werden gestart. De totale populatie bestond uit 27.472 verzekerden.

We vroegen aan de verschillende verzekeringsinstellingen alle gegevens over deze 1.000 verzekerden op.

## **Resultaten**

Als we een uur activiteit gelijkstellen met een waarde R 35, dan evolueerde de gemiddelde activiteit van 481 uur in 2007 naar 468 uur in 2011, wat overeenkomt met 12 weken voltijdse activiteit.

De gemiddelde totale vergoedingswaarde voor een verstrekker evolueert van 12.000 EUR in 2007 tot bijna 15.000 EUR in 2011.

In 2011, hebben 32 verstrekkers een profiel boven 60.000 EUR en 3 verstrekkers hebben een profiel boven 100.000 EUR.

Een overzicht van de vergoede verstrekkingen voor 2011 (attestgegevens) :

probleem (excl. Bilan)	code	verstrekkers	verzekerden	voorschrijvers	aantal	bedrag	R waarde
Taal, spraak of stemstoornis beroepsmatig	a	482	1.079	457	23.345	359.528	408.537
Afasie	b1	1.125	2.201	1.079	86.088	1.585.102	1.690.821
Taalontwikkeling	b2	3.956	26.190	5.357	1.050.622	16.587.288	18.385.885
Dyslexie, dysorthogr, dyscalculie	b3	4.405	36.946	7.646	1.080.698	20.506.693	22.827.770
Gespleten lip, verhemelte, tandkas	b4	425	460	246	13.787	218.788	241.972
Radiotherapie, chirurgie hoofd hals	b5	257	446	211	7.565	122.629	132.387
Traumatisch of proliferatieve dysglossie verworven	b 6,1	52	46	52	1.327	21.332	23.222
Dysarthrie verworven	b 6,2	798	1.397	727	37.818	627.148	661.815
Spraakstoornissen tgv neuromusc aand	b 6,3	691	807	477	35.084	596.533	613.970
Stotteren	b 6,4	579	1.890	1.124	49.845	863.481	972.285
Interceptieve orthodontie	b 6,5	2.152	5.956	1.512	57.694	898.154	1.009.645
Sequellen laryngectomie	c1	99	156	77	3.104	51.650	54.260
Larynx, stembanden letsel	c2	562	903	400	20.268	320.711	354.690
Gehoorstoorntissen	d	261	363	86	18.436	312.777	322.630
Dysfagie	e	305	423	273	8.781	146.871	153.737
Dysfasie	f	551	707	256	33.143	590.198	654.570

80% van de verstrekkingen logopedie zijn type b2 en b3. Alle andere indicaties samen vertegenwoordigen minder dan 20%.

**Terreinstudie over aanvraagdossiers voor 1000 verzekerden:**

De voorschriften, bilans, aanvraagformulieren en beslissingen van de adviserend geneesheren betreffende het staal van 1000 verzekerden werden geanalyseerd. Het ging om ongeveer 20.000 documenten.

Problemen met aanvragen:

Probleem	Aantal
Geen datering	242
Niet ondertekende aanvraag	13
Naam van logopedist ontbreekt	17
Leeg formulier	1
Ontbrekend formulier	5

Aanvragen voor vergoeding van bilans:

De aanvraagformulieren kunnen gebruikt worden voor 2 verschillende aanvragen:

- vraag voor vergoeding van een uitgevoerd bilan
- vraag voor vergoeding van geplande behandelingen

De twee elementen moeten niet beiden gevraagd worden. Zo kan bvb. een logopedist geen aanvraag doen voor vergoeding van een bilan wanneer hij meent dat aan bepaalde voorwaarden niet voldaan is. Het bilan is dan enkel toegevoegd om aan te tonen dat de verzekerde beantwoordt aan de voorwaarden voor vergoeding van de behandelingen.

Gezien de herhaling van de procedure na 1 jaar zijn verscheidene bilans per casus mogelijk.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verschillende mogelijke situaties:

Situatie : vergoeding	Aanvang	Evolutie	Totaal
Aangevraagd, goedgekeurd, vergoed	585	62	647
Aangevraagd, goedgekeurd, geen vergoeding terug gevonden in attest			307
Aangevraagd, niet goedgekeurd geen vergoeding terug gevonden in attest			311
Aangevraagd, niet goedgekeurd, vergoed	70	9	79
Niet aangevraagd, niet goedgekeurd, geen vergoeding terug gevonden in Attest			127
Niet aangevraagd, niet goedgekeurd, vergoed	5	3	8
Niet aangevraagd, goedgekeurd, geen vergoeding terug gevonden in attest			28
Niet aangevraagd, goedgekeurd, vergoed	14	2	16
<b>Totaal</b>	<b>674</b>	<b>76</b>	<b>1.523</b>

79 gevraagde aanvragen en bilans ontbreken.

Aanvragen, bilans en behandelingen:

Werd de chronologie zoals beschreven onder 2.3. gerespecteerd ?

- 291 bilans werden niet gevolgd door behandelingen,
- 158 daarvan werden mogelijk gevolgd door behandeling buiten de periode van de gevraagde gegevens.
- Voor 44 aanvragen komt het type behandeling dat gevraagd werd niet overeen met het type behandeling dat uiteindelijk vergoed werd.

Voorschrijvers:

Volgende tabel geeft een overzicht van de kwalificatie van voorschrijvers van bilan en behandelingen:

Voorschrijver	Aanvangsbilan		1ste reeks		Evolutiebilan		2de reeks	
	Aant.	%	Aant.	%	Aant.	%	Aant.	%
Huisarts	4		6		238		282	
ORL	626	67	615	66	127	25	123	24
Pediatrie	210	23	216	23	56	11	65	13
Neuro + psychiatrie	55	6	56	6	19	4	19	4
Niet terug te vinden	38		40		71		22	

Beslissing adviserend geneesheer en ontvangen documenten van vi:

De documenten ontvangen van de verzekeringsinstellingen zijn onvolledig:

- Voor 10 verzekerden ontvingen we geen documenten.
- Bestaande bilans hebben we niet ontvangen, ze werden vergoed volgens de attestgegevens.
- Gegevens over de goedkeuring van het bilan en de behandeling konden niet steeds terug gevonden worden in de meegeedeelde dossiers (67 dossiers).
- Vergoeding van bilans die door de adviserend geneesheer geweigerd werden; bijvoorbeeld 35 bilans met een datum meer dan 60 dagen voor datum van ontvangst werden toch vergoed.
- Soms werd vergoeding toegestaan die niet gevraagd werd.
- Afwezigheid van datum:
  - van ontvangst voor 122 aanvragen.
  - van de beslissing voor 298 beslissingen over bilan en 195 beslissingen over behandelingen.

Het volledige dossier:

Onderstaande tabellen geven voor problematiek b2 respectievelijk b3 aan in hoeverre aan de minimale voorwaarden voor het volledige dossier voldaan werd: diverse testen, audiogram, intelligentietesten.

B 2	ALLE	AANVANG	EVOLUTIE	TYPE NIET DUIDELIJK
Aantal	731	432	236	63
Taaltest +	675	407	213	55
Taaltest -	56	25	23	8
Intelligentietest -	430	397	4	29
Intelligentietest -	301	35	232	34
Audiogram +	431	399	31	31
Audiogram -	270	33	205	32
Rekentest*	10	6	3	1
Schrijftest*	24	17	6	1
Leestest*	26	18	7	1

\* test onnodig voor type b2, nodig voor type b3

B 3	ALLE	AANVANG	EVOLUTIE	TYPE NIET DUIDELIJK
Aantal	902	493	276	133
Rekentest +	338	195	101	42
Schrijftest +	579	324	180	75
Leestest +	547	301	169	77
Leestest en schrijftest +	483	272	149	62
Taaltest*	20	13	4	3
Intelligentietest*	16	13	2	1
Audiogram*	70	59	8	3

\* test onnodig voor type b3, nodig voor type b2

#### Kwaliteit van het bilan

**Alle** bilans werden in aanmerking genomen.

a. 6 groepen **tekorten** werden beschreven :

- Identificatie logopedist
- Identificatie verzekerde
- Administratieve voorwaarden
- Gegevens en besluit over testen
- Gegevens over behandeling
- Specifieke voorwaarden b3

b. De verdeling van het **aantal** tekorten was als volgt:

Aard bilan	0	1	2	3	4	5	6
<b>b 2</b> aanvang	32	90	163	116	24	7	
<b>b 2</b> evolutie	22	50	78	70	10	6	
<b>b 2</b> totaal	<b>54</b>	<b>140</b>	<b>241</b>	<b>186</b>	<b>34</b>	<b>13</b>	
<b>b 3</b> aanvang	6	49	127	164	104	36	6
<b>b 3</b> evolutie	5	30	59	84	72	24	2
<b>b 3</b> totaal	<b>11</b>	<b>79</b>	<b>186</b>	<b>248</b>	<b>176</b>	<b>60</b>	<b>8</b>
<b>totaal</b> aanvang	38	139	290	280	128	43	6
<b>totaal</b> evolutie	27	80	137	154	82	30	2
<b>totaal</b> totaal	<b>65</b>	<b>219</b>	<b>427</b>	<b>434</b>	<b>210</b>	<b>73</b>	<b>8</b>

### **Samenvatting**

Slechts 4,5% van de bilans zijn volledig in orde.

60% van de bilans vertonen tekorten in 2 of 3 groepen. Het weergeven van de testresultaten varieert van zeer minimaal tot zeer gedetailleerd. De indicaties zijn vaak gestandaardiseerd naar hun omschrijving in de nomenclatuur.

De taalsituatie wordt slechts vermeld op 8,6% van de bilans. Dit is niet expliciet vereist bij pathologie type b2, maar bij pathologie type b3 is het onmogelijk om vergoeding voor logopedie te krijgen voor problemen te wijten aan anderstaligheid of meertalige opvoeding.

### **Conclusies**

De kwaliteit van de dossiers van de adviserend geneesheer kan verbeterd worden.

De kwaliteit van de logopedische bilans kan verbeterd worden. Tekortkomingen bestaan op alle vlakken. De variatie in weergave van testresultaten maakt dat deze niet echt reproduceerbaar zijn voor voorschrijver en adviserend geneesheer.

Het chronologisch verloop van logopediebehandeling van eerste voorschrift tot einde behandeling is een vrij zware procedure waar tal van problemen kunnen optreden.

### **Voorstellen**

Een gestandaardiseerde registratie van data en beslissingen door de adviserend geneesheer kan de kwaliteit van het dossier verbeteren. Dit maakt controle en communicatie van de gegevens eenvoudiger. Mogelijk kunnen normen voor een elektronisch dossier voor de adviserend geneesheer hier helpen.

Een beter uitwerken van de minimale vereisten voor het weergeven van testresultaten kan de kwaliteit van het bilan verbeteren.

Het vereenvoudigen van de administratieve procedure kan een aantal problemen verminderen.

Een informatiecampagne rond het logopedisch bilan bij logopedisten kan de kwaliteit ervan verbeteren. Een infobrochure specifiek voor logopedisten kan de reglementering in al zijn facetten verduidelijken.

Ook het responsabiliseren van de adviserend geneesheren kan een gelijkaardig effect hebben.

### **Communicatie**

Dat rapport werd besproken door het Comité van de DGEC op 11 december 2015.

## **14/001 : naleving van de regelgeving betreffende het statuut van « palliatieve thuispatiënt »**

---

### **Context**

De vergoeding van verpleegkundige verzorging is duidelijk hoger voor palliatieve patiënten dan voor andere.

Het bedrag van de terugbetaling van verpleegkundige verstrekkingen voor palliatieve patiënten stijgt elk jaar. Tussen 2007 en 2012 steeg het van 50 miljoen EUR tot 95 miljoen EUR (dat is een stijging met 69%). Dat is te wijten aan een stijging van het aantal aanvragen voor het palliatief forfait. In 2012 waren er ongeveer 16.000.

De aanvraag voor het palliatief forfait houdt in dat de mogelijke resterende levensduur van de patiënt door de arts wordt geschat op maximum 3 maanden vanaf de datum van aanvraag. Uit vroeger onderzoek blijkt dat deze 3 maanden vaak en vaak zeer ruim worden overschreden.

### **Doel**

De aanvankelijke bedoeling van de studie was :

- bepalen welke patiënten het palliatief statuut kunnen krijgen
- bepalen welke verzorging werd terugbetaald. Kunnen we een verschil in zorg vinden tussen palliatieve patiënten en andere patiënten en verantwoordt dit verschil een andere vergoeding door de ZIV van bijvoorbeeld verpleegkundige zorgen ?
- indien mogelijk de redenen nagaan van de overschrijding van de termijn van 3 maanden ?
- nagaan of de kost voor de ziekteverzekering vermindert voor personen met het palliatief statuut, zoals een rapport van het KCE aantoont?
- een nieuwe definitie voorstellen van de palliatieve patiënt, om :
  - de reglementering aan te passen
  - te komen tot een juist gebruik van de specifieke nomenclatuurcodes voor verpleegkundigen en kinesisten.
  - de eventuele misbreuken in die sectoren beter te bepalen.
  - het aspect van controle door de adviserend geneesheer (beter) te definiëren.

### **Procedure om het statuut van « palliatieve thuispatiënt » te verkrijgen**

In het Koninklijk Besluit is een formulier vastgelegd voor de aanvraag van het palliatief forfait waarin de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om het forfait te verkrijgen worden uiteengezet :

### Recto:

#### Diagnose met betrekking tot palliatieve verzorging:

- ofwel(1) \* Patiënt met ondersteuning van de palliatieve equipe:
  - Naam van de equipe, eventueel netwerk:
  - Datum van de eerste ondersteuning:
- ofwel(1) \* Patiënt zonder ondersteuning van de palliatieve equipe, enkel ondersteund door de eigen hulpverleners, die zich ertoe verbinden de totaalzorg binnen de palliatieve zorgcultuur deskundig waar te maken.

De continuïteit van de door de huisarts georganiseerde geneeskundige verzorging wordt gegarandeerd, ook tijdens de wachtdienst en tijdens het weekend (de vervanger wordt ingelicht). Elke week moet een interdisciplinaire vergadering worden gehouden waarop minstens de huisarts moet aanwezig zijn. Een formeel verzorgingsplan en/of een mededelingsschrift moet(en) worden bijgehouden. Na het overlijden van de patiënt bewaart de huisarts die documenten in het dossier van de patiënt.

Twee van de 3 hierna vermelde voorwaarden zijn vervuld (2):

■ (1) Permanente ondersteuning en toezicht die op een of meer van de hierna vermelde manieren kan worden geconcretiseerd:

- a) een persoon uit de directe mantelzorg
- b) palliatief verlof aangevraagd door... relatie tot patiënt:...
- c) inschakelen van bijkomende mantelzorg, eventueel vrijwilligers, bijgeschoold door erkende instanties
- d) gezinshulp
  - dagopvang;
  - nachtopvang;
  - weekendopvang.

■ (2) Nood aan minstens 2 van de 5 onderstaande elementen (3):

- a) specifieke palliatieve medicatie (analgetica, antidepressiva, sedativa, corticoïden, antiëmetica, laxativa);
- b) verzorgingsmateriaal (incontinentiemateriaal, materiaal voor wondverzorging/stomaverzorging);
- c) hulpmiddelen (matrassen, ziekenhuisbed, toilettoestel en toebehoren);
- d) spuitaandrijver of pijnpomp;
- e) dagelijkse psychosociale bijstand voor het gezin.

■ (3) Dagelijks toezicht of dagelijkse verzorging door een verpleegkundige voor een patiënt ten minste afhankelijk zich te wassen en te kleden, om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan, wegens incontinentie en/of om te eten. (De afhankelijkheid veronderstelt op zijn minst een score 3 op de Katzschaal, en dit voor elke afhankelijkheidsgroep).

### Verso

Onder "palliatieve thuispatiënt" in de zin van dit besluit moet worden verstaan de patiënt :

1° die lijdt aan één of meerdere irreversibele aandoeningen;

2° die ongunstig evolueert, met een ernstige algemene verslechtering van zijn fysieke/psychische toestand;

3° bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapie geen invloed meer hebben op die ongunstige evolutie;

4° bij wie de prognose van de aandoening(en) slecht is en het overlijden op relatief korte termijn verwacht wordt (levensverwachting meer dan 24 uur en minder dan drie maand);

5° met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen; indien nodig wordt een beroep gedaan op hulpverleners met een specifieke bekwaamheid, en op aangepaste technische middelen;

6° met een intentie om thuis te sterven;

7° en die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in het formulier dat als bijlage bij dit besluit gaat

De huisarts vult het formulier, dat naar het ziekenfonds van de patiënt wordt verstuurd, in en ondertekent het.



### **Gevolg van het verkrijgen van het palliatief statuut**

Binnen de 15 dagen na ontvangst van het formulier betaalt het ziekenfonds het palliatief forfait aan de verzekerde.

Na een maand kan dit herhaald worden. In het Koninklijk Besluit is geen vermelding van de eventuele mogelijkheid tot het beëindigen van het palliatief statuut. Het K.B. voorziet eigenlijk een “erkenning” en een automatische uitbetaling van het forfait.

Het palliatief statuut geeft de verzekerde het recht op:

- volledige terugbetaling van het remgeld voor huisbezoeken door de huisarts (KB 23 maart 1982, art 7octies);
- een forfaitaire vergoeding van 647,16 EUR voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en medische die de palliatieve thuispatiënten zelf moeten financieren. Die vergoeding kan na 30 dagen een tweede keer aangevraagd worden.

Het palliatief statuut heeft voor de zorgverleners tot gevolg dat ze voor verpleegkundige verzorging en kinesitherapeutische verzorging specifieke nomenclatuurcodes kunnen gebruiken.

De specifieke verpleegkundige verstrekkingen zijn vermeld in artikel 8 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen, de specifieke kinesitherapeutische verstrekkingen zijn vermeld in artikel 7 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen (in bijlage). Deze laatsten worden hier niet geciteerd aangezien ze slechts een zeer beperkte financiële impact hebben.

### **Methode**

#### **Bestudeerde gegevens**

Volgende gegevensbronnen onderzocht:

- de actuaariaatsgegevens van de dienst voor geneeskundige verzorging (Bredadocumenten)
- de profielgegevens over kinesitherapie voor palliatieve patiënten
- de profielgegevens over thuisverpleging
- een steekproefsgewijze terreinstudie over de bij de verzekeringsinstellingen ingediende aanvragen voor palliatief forfait
- uitbetalingsgegevens van de verzekeringsinstellingen over alle verstrekkingen vergoed voor patiënten uit onze steekproef
- uitbetalingsgegevens van de verzekeringsinstellingen over forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorg en de daaraan gekoppelde pseudocodes voor palliatieve en niet palliatieve patiënten

#### **Bestudeerde periode**

Voor de actuaariaatsgegevens werden de cijfers voor 2007 tot 2012 onderzocht (72 maanden).

Voor de profielgegevens werden de gegevens werden de cijfers voor 2007 tot 2013 onderzocht (84 maanden).

Voor de steekproef werden verzekerden geselecteerd die prestaties hadden in januari 2011.

De vergelijking over forfaitaire honoraria betrof deze verricht in de maand januari 2014.

### Bestudeerde populatie

Twee groepen werden geselecteerd :

- o groep 1: 1.227 verzekerden waarvoor een eerste palliatief forfait werd toegekend in januari 2011
- o groep 2: 792 verzekerden waarvoor in januari 2009 minstens 1x palliatieve verpleegkunde werd aangerekend en die in januari 2011 nog in leven waren, d.i. na 2 jaar.

### Analyse

Alle formulieren met aanvraag voor palliatief forfait (zowel het eerste als het eventuele tweede) werden in de verschillende verzekeringsinstellingen opgevraagd;

De elektronische gegevens over de toekenning van de palliatieve forfaits voor 612 verzekerden waarvoor deze aanvragen niet werden meegedeeld aan de VI's;

Attestgegevens werden voor alle verzekerden opgevraagd voor de periode 01-01-2011 tot 31-12-2012;

Gegevens over het eventuele overlijden werden voor alle verzekerden opgezocht in het Rijksregister waarbij gecontroleerd werd tot 31-05-2013.

### Resultaten en bespreking

- o In 2012 ging het om bijna 16.000 aanvragen van het palliatief forfait. Aan al deze mensen werd het palliatief statuut toegekend.
- o Het palliatief statuut is onomkeerbaar : de uitbetaling van het palliatief forfait gebeurt automatisch. Het is niet mogelijk het te weigeren. Er is geen enkele mogelijkheid om het stop te zetten.
- o De meeruitgave voor verpleegkundige zorgen voor deze verzekerden vertegenwoordigt ongeveer 45% van de uitgaven voor verpleegkunde.

Volgende tabel geeft de evolutie weer tussen 2007 en 2013:

	Aantal verstrekkingen	Vergoed bedrag (EUR)	Bedrag enkel tgv palliatief zijn (EUR)
2007	932.520	50.740.484	21.913.952
2008	1.076.683	59.189.899	25.896.564
2009	1.185.937	67.483.854	30.031.489
2010	1.278.650	73.075.343	32.449.318
2011	1.372.045	79.181.475	35.924.125
2012	1.474.857	85.844.396	39.426.866
2013	1.592.963	95.562.687	43.957.407

- o Er duiken problemen op op het niveau van bewaring en terugvinden door de verzekeringsinstellingen van de aanvraagformulieren voor palliatief forfait. Oude aanvraagformulieren bleken niet meer terug te vinden (voor 612/792 verzekerden van groep 2). Nochtans ging dat om verzekerden die nog steeds in leven waren op het moment van de opvraging van deze documenten. Deze formulieren bevatten toch de elementen waaruit het palliatief worden van de verzekerde blijkt...

- Aanvraagformulieren worden niet steeds volledig ingevuld. Dit kan mogelijk te wijten zijn aan een niet zo duidelijke lay-out van het formulier.
- 65% van de verzekerden overlijden in de periode “van minimum 24 uur en maximum 3 maanden”. Als een grens van 6 maanden zou gehanteerd worden, komen we op 78%. Er bestaat een groep van 81 verzekerden met een overleving van meer dan twee jaar. Van de 792 verzekerden met palliatieve verzorging in januari 2009, waren er 326 (41 %) 52 maanden later (31-05-2013) nog in leven.
- In meer dan 30% van de casussen overleed de verzekerde niet thuis.
- Analyse van de pseudocodes bij forfaitaire verpleegkundige honoraria leert dat voor palliatieve verzekerden iets meer bezoeken door de verpleegkundige worden afgelegd dan voor niet-palliatieve verzekerden met een vergelijkbaar aangerekend forfait. Voor de andere pseudocodes blijkt er weinig verschil te zijn. De enige pseudocodes – naast het verplichte toilet - die frequenter gebruikt worden zijn die voor inspuitingen en voor handelingen buiten de nomenclatuur, maar daar is weinig verschil tussen palliatieve en niet-palliatieve patiënten.
- Analyse van de pseudocodes die enkel bij palliatieve verzekerden kunnen gebruikt worden leert dat deze slechts voor 15% van deze verzekerden gebruikt worden. Voor iets minder dan 10% van deze verzekerden wordt het pseudocodenummer voor overleg met de huisarts vermeld. Dit wekelijks overleg is nochtans een voorwaarde bij het aanvragen van het palliatief statuut. Als het vermeld wordt, dan gebeurt dat gemiddeld 2 keer per maand.

## **Conclusie**

De erkenning van het palliatief statuut voor verzekerden heeft een belangrijke meeruitgave voor de ZIV voor gevolg.

Verskillende problemen bij de toepassing van deze reglementering kwamen aan het licht:

- aanvraagformulieren waren niet beschikbaar
- formulieren waren niet correct ingevuld.

Hierdoor blijft een gedeelte van de vragen in deze studie onbeantwoord.

De informatie op de ontvangen documenten verklaarde niet waarom er heel wat verzekerden gedurende langere tijd een palliatief statuut hebben (tot meerdere jaren). Ze liet ons niet toe dat aan diagnostiek, of aan meegedeelde hulpbehoefendheid koppelen.

## **Voorstellen**

- Aanpassing van het aanvraagformulier: de levensverwachting moet het eerste criterium zijn dat op het formulier verschijnt (momenteel op de achterkant, als het al niet gewoon afwezig is)
- Aanpassing van de reglementering :
  - de vergoedingen voorbehouden voor verpleegkundigen gespecialiseerd in palliatieve verzorging;
  - een controlemogelijkheid voorzien bij de toekenning van het palliatief forfait
  - een mogelijkheid voorzien om het palliatief statuut te herzien bij een gewijzigde situatie

- de verwachte levensduur verlengen tot 6 maanden (voorstel KCE). Dit beantwoordt meer aan de huidige realiteit;
  - vragen dat samenvattingen van de wekelijkse ontmoetingen naar de adviserend geneesheren worden gestuurd na 3 (of 6) maanden om het palliatief statuut te verlengen;
  - onderscheid maken tussen een palliatieve en een terminale situatie (voorstel KCE). Een palliatieve situatie kan veel langer duren en veronderstelt niet steeds een snel overlijden. Een terminale situatie is dan de echte laatste levensfase;
  - de “intentie om thuis te sterven” schrappen. Een patiënt kan vragen om thuis de palliatieve verzorging te krijgen, maar elders sterven;
  - de doelgroep van verzekerden beter aflijnen? De meeste verzekerden met gekende diagnose hebben een maligniteit, maar nu komen allerhande diagnoses in aanmerking.
- 
- Het functioneren van adviserend geneesheer en verzekeringsinstelling kan verbeterd worden: het aanvraagformulier voor palliatief forfait met daarop de elementen bepalend voor het verwerven van een palliatief statuut moet beschouwd worden als een wezenlijk element van het dossier van de adviserend geneesheer en moet gedurende voldoende lange tijd bewaard worden.
- 
- Het functioneren van huisarts en verpleegkundige in de palliatieve setting verdient meer aandacht. Er moet wekelijks overleg zijn. Er zijn specifieke dossiervoorwaarden zowel voor arts als verpleegkundige... Op basis van de in dit evaluatieproject bekomen gegevens kan onvoldoende nagegaan worden hoe dit in de praktijk functioneert. Als we voortgaan op de vermelde pseudocodes bij verpleegkundige forfaits, dan bestaat daar een belangrijke leemte.
- 
- Er kunnen vragen gesteld worden over de forfaitaire verpleegkundige verstrekkingen voor palliatieve patiënten. Er is een belangrijke meerkost voor de ZIV per forfaitair honorarium. Dit komt eigenlijk niet overeen met een melding van significant meer pseudocodes door de verpleegkundigen. Misschien is het beter terug te keren naar de ‘gewone’ forfaits en bijkomende vergoeding te voorzien voor specifieke tussenkomsten voor palliatieve patiënten.

### **Communicatie**

Dat rapport werd besproken door het Comité van de DGEC op 23 oktober 2015.

## V. CONTROLE GENEESKUNDIGE VERZORGING

### 1. Thematische onderzoeken « CENEC »

#### (Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecel)

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

Afgewerkte thematische onderzoeken in 2015 (interprovinciale of IP)

- IP026 Oftalmologie: nazicht bepalingen Artikel 14h § 2. 1° van de nomenclatuur (aanrekening “per zitting” en niet “per oog”)
- IP027 Aanrekenen van verstrekkingen van «parenterale» voeding thuis in plaats van «enterale» voeding
- IP028 Aanrekenen van de prestatie “CT rotsbeenderen” in plaats van de uitgevoerde prestatie “CT hersenen” of “CT faciaal massief”

## **IP026 Oftalmologie: nazicht bepalingen Artikel 14h § 2. 1° van de nomenclatuur (aanrekening “per zitting” en niet “per oog”)**

### **Oorsprong**

Naar aanleiding van een onderzoek waar werd vastgesteld dat verstrekkingen vervat in Art. 14h § 1. II. 2° van de Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen (NGV), “per oog” in plaats van “per zitting” werden aangerekend.

### **Doel**

Studie of er rekening wordt gehouden met de bepalingen van Art. 14h § 2. 1° bij de aanrekening van de nomenclatuurcodes met betrekking tot de diagnostische handelingen van Art. 14h § 1. II. 2°.

### **Wettelijk kader**

Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen (bijlage van K.B van 14-09-1984)

#### **Art. 14h) de verstrekkingen die tot het specialisme oftalmologie behoren § 1 (...)**

II. Niet-heelkundige verstrekkingen

2° Diagnostische handelingen

248511 - 248522 <i>Curve van retinale adaptatie met adaptometer van Goldmann-Weekers of gelijkaardig toestel + grafiek</i>	N 45
248533 - 248544 <i>Elektroretinografie + grafiek</i>	N 75
248555 - 248566 <i>Tonografie met elektronische tonometer + grafiek</i>	N 50
248570 - 248581 <i>Provocatieproef bij glaucoom (watertest, ten minste vier tonometrieën)</i>	N 30
248592 - 248603 <i>Metten van de sclerale rigiditeit + grafiek (techniek van Friedenwald of soortgelijke techniek)</i>	N 15
248614 - 248625 <i>Drukcurve (vier tonometrieën over 24 uur gedurende vier dagen) + grafiek</i>	N 50
248636 - 248640 <i>Dynamometrie en/of tonometrie (Schiötz en/of aplanatietonometer)</i>	N 10
248975 - 248986 <i>Onrechtstreekse binoculaire oftalmoscopie met of zonder sclerale insnijding</i>	N 10
249211 - 249222 <i>Kwantitatieve computer perimetrie met verschillende gevoeligheidswaarden, computergestuurd met perimeter van Humphrey, Octopus of gelijkaardig toestel, met reële of virtuele koepel, met grafiek en besluit</i>	N 35
249233 - 249244 <i>Binoculaire biomicroscopie van het voorste segment met protocol of iconografie</i>	N 10
248673 - 248684 <i>Biomicroscopie van het achterste segment en/of van de oogkamerhoek met contactglazen</i>	N 15
248710 - 248721 <i>Omstandig functioneel onderzoek van de oogmotiliteit bij strabismus concomitans of heteroforieën met synoptofoor of soortgelijk toestel (mag slechts tweemaal per jaar worden aangerekend)</i>	N25

248732 - 248743 Omstandig functioneel onderzoek van de oogmotiliteit bij paralytisch strabisme (test van Lancaster of soortgelijke test) + grafiek	N 25
248754 - 248765 Juiste diagnose en rangschikking van de aangeboren of verworven dyschromatopsieën (test van Farnsworth 100 HUE en/of anomaloscoop) + grafieken	N 15
248776 - 248780 Topografische keratometrie	N 15
248791 - 248802 Angiografie van netvlies met contrastmiddel, met protocol en minimum acht clichés	N 75
249270 - 249281 Digitale beeldvorming van de retina na injectie van een contrastmiddel of een kleurstof, met protocol	N250
248813 - 248824 Kwantitatieve perimetrie met perimeter van Goldmann of soortgelijke met grafiek en conclusie	N 20
248835 - 248846 Refractometrie door de objectieve methode	N 8
249255 - 249266 Oogbiometrie en berekening van de sterkte van een intra-oculair implantaat, met het oog op een heelkundige ingreep, met inbegrip van monodimensionele echografie en keratometrie, met document en protocol	N125
248850 - 248861 Eenzijdige of tweezijdige exploratie van de traanwegen door inspuiten in de traanpunten (mag niet worden gecumuleerd met de nrs. 245011 - 245022 en 245033 - 245044)	N 10
248872 - 248883 Door visuele stimulatie opgewekte hersenpotentialen met protocol en uittreksels uit de tracés	N125
248894 - 248905 Gelijktijdig registreren van de druk in beide arteriae brachiales en in beide arteriae ophthalmicae met dynamograaf van het type Otto Hager, inclusief referentie-elektrocardiogram met protocol en uittreksel uit de tracés	N 75
248916 - 248920 Beiderzijds en gelijktijdig meten van de humeroretinale circulatietijden door angiofluoretineoscopie	N 65
248953 - 248964 Tellen van de endotheliale cellen van de cornea met hulp van een spiegelmicroscoop, met fotografisch document, dat betrekking heeft op een oppervlakte van ten minste 0,1 mm <sup>2</sup> of 300 cellen, met het oog op een heelkundige ingreep op het voorste segment van het oog	N 75

#### Art. 14h § 2. 1°

De verstrekkingen die zijn bepaald in titel II, 2° “Diagnostische handelingen” beogen onderzoeken **“per zitting”**, d.w.z. onderzoeken van één of beide ogen

### **Methode**

#### **a. Bestudeerde populatie**

Zorgverleners die de nomenclatuurnummers van Art. 14h § 1. II. 2° hebben aangerekend in de periode van 01-10-2012 tot en met 30-06-2014, ontvangstdatum bij de V.I.’s.

#### **b. Periode**

Periode van ten laste gelegde verstrekkingen : van 01-10-2012 tot en met 30-06-2014, ontvangstdatum bij de V.I.'s. (20 maanden).

#### **c. Wijze van gegevensinzameling**

Opvraging van de gewaarmerkte bestanden van de verstrekkingen bij alle landsbonden.

#### **d. Analyse**

Vergelijking van deze gegevens per zorgverlener en per verzekerde, waar meer dan één keer per dag nomenclatuurnummers van Art. 14h § 1. II. 2° op dezelfde plaats van verstrekking worden aangerekend.

### **Resultaten**

Vaststelling van een onverschuldigd bedrag van meer dan 1.000 EUR bij 19 zorgverleners.

### **Actie**

Al naar gelang de situatie werden processen-verbaal van vaststelling van niet-conforme verstrekkingen met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling (UVT) gestuurd naar:

- de zorgverlener als fysieke persoon en/of
- het ziekenhuis als rechtspersoon en/of
- de vennootschap die de honoraria int voor de zorgverlener.

### **Vervolg**

- a. Vrijwillige terugbetaling: 68.766 EUR voor 17 zorgverleners
- b. Geen terugbetaling, geen UVT ondertekend: 28.520 EUR voor 2 zorgverleners.

### **Conclusie**

Het onderzoek IP026 heeft duidelijk gemaakt dat de bepalingen uit artikel 14h) § 2 1° niet werden gerespecteerd.

Dat leidde tot een vrijwillige terugbetaling van **68.766 EUR** door 17 zorgverleners.

Twee zorgverleners betwisten de niet-conforme aanrekening voor een bedrag van 25.820 EUR en zullen in een procedure L.A. verder worden behandeld.

### **Communicatie**

Dat rapport werd besproken door het Comité van de DGEC op 04 september 2015.



## IP027 Aanrekenen van verstrekkingen van « parenterale » voeding thuis in plaats van « enterale » voeding

### Oorsprong

Bij individuele enquêtes werd vastgesteld dat bepaalde thuisverpleegkundigen verstrekkingen van **parenterale** voeding aanrekenen voor verzekerden die werden gevoed via maagsonde (**enterale** voeding met een polymeer of semi-elementair product), zonder intraveneuze of subcutane perfusie die een terugbetaling zou rechtvaardigen.

### Doel

Nagaan of het aanrekenen van verstrekkingen voor parenterale voeding in de plaats van enterale voeding op nationaal vlak terug te vinden is.

### Wettelijk kader en andere inlichtingen

Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen, art. 8:

De code voor « **enterale voeding** » is te vinden in rubriek I. B. en **diezelfde code** wordt ook voor 4 andere verstrekkingen gebruikt! Er is een verschil naar gelang de plaats en het moment waarop de verstrekking(en) werd(en) uitgevoerd.

*Technische verpleegkundige verstrekkingen (rubriek I.B)*

(...)

- *manueel verwijderen van faecalomen*
- *lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde*
- *gastro-intestinale tubage en drainage*
- *darmspoeling*
- **enterale voeding** *via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde*

Art. 8 § 1	plaats waar de verstrekking wordt verleend	code	W	EUR
1°	woon- of verblijfplaats van de rechthebbende	425213	0,730	3,22
2°	woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekeind of op een feestdag	425611	1,094	4,83
3°	een hersteloord	426016	0,730	3,22
3°bis	gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden (sinds 01/04/2014)	429074	0,730	3,22
4°	dagverzorgingscentrum voor bejaarden	426414	0,730	3,22

De code voor « **parenterale voeding** » is te vinden in rubriek III. en **diezelfde code** wordt ook voor 2 andere types van perfusie! Er is een verschil naar gelang de plaats en het moment waarop de verstrekking(en) werd(en) uitgevoerd.

*Specifieke technische verstrekkingen (rubriek III)*

*Forfaitair honorarium per verzorgingsdag voor patiënten die verzorging met één of meerdere van de volgende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen vereisen*

- *plaatsen van en/of toezicht op (intraveneuze of subcutane) perfusie)*
- *toediening van en/of toezicht op **parenterale voeding***

<i>Art. 8 § 1</i>	<i>plaats waar de verstrekking wordt verleend</i>	<i>code</i>	<i>W</i>	<i>EUR</i>
1°	<i>woon- of verblijfplaats van de rechthebbende</i>	425375	8,934	39,43
2°	<i>woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekeind of op een feestdag</i>	425773	13,401	59,14
3°	<i>een hersteloord</i>	426171	8,934	38,43
3°bis	<i>gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden (sinds 01/04/2014)</i>	429155	8,934	38,43

## **Methodologie**

Bestudeerde populatie: alle verpleegkundigen die ambulante verstrekkingen voor parenterale voeding/perfusie (« par/perf ») hebben aangerekend.

Periode: 01/03/2013 tot 30/06/2014 (16 maanden).

## **Voorstudie**

Om de realiteit van het attesteren van parenterale voeding in plaats van enterale voeding te onderstrepen werden de gegevens gekruist van verzekerden voor wie:

1. codes voor **parenterale**/perfusie (« par/perf ») voeding opgenomen in de verstrekking van specifieke technische handelingen (rubriek III van art. 8 § 1). Die dagelijkse forfaitaire honoraria zijn via het derdebetalerssysteem uitbetaald aan de **verpleegkundigen**
2. pseudocodes voor zakken met polymere of semi-elementaire producten voor een **enterale** voeding via sonde. Die dagelijkse tegemoetkomingen worden **maandelijks** uitbetaald aan de **verzekerden**, door de VI's.

In de periode van 01/01/2013 tot 31/03/2014, vonden we bij wel 301 verzekerden zowel:

- verstrekkingen « par/perf » als
- pseudocodes voor zakken van enterale voeding via sonde.

## **Enquête**

De gegevens van de verstrekkingen « par/perf » werden opgevraagd voor de periode van 01/03/2013 tot 30/06/2014 (ofwel 16 maanden = 545 dagen). In die periode hebben 532 verpleegkundigen verstrekkingen « par/perf » aangerekend voor een bedrag van 1.223.599 EUR.

Omwille van de haalbaarheid werd beslist enquêtedossiers te openen voor de 82 verpleegkundigen die verstrekkingen « par/perf » hadden aangerekend voor een bedrag van meer dan 4.000 EUR (dat zijn ongeveer 90 verstrekkingen). Alle provincies werden daarbij betrokken.

Elke provincie kreeg een lijst met alle verpleegkundigen die verstrekkingen « par/perf » hadden aangerekend.

Er werd beslist:

- de verzekerden te ondervragen die werden verzorgd door die 82 zorgverleners (Noot: een verzekerde kan door 1 à 3 verpleegkundigen werden verzorgd)
- in geval van overlijden van de verzekerde, de zorgverlener te ondervragen die het meest had aangerekend
- in de enquête ook alle verpleegkundigen op te nemen die verstrekkingen « par/perf » hebben aangerekend voor een verzekerde wanneer die als positief werd aangenomen (**parenterale** voeding aangerekend wanneer het **enterale** voeding betrof), zelfs al bedroeg het bedrag voor « par/perf » voor die verpleegkundigen minder dan 4.000 EUR
- elke provincie toe te laten (in functie van de haalbaarheid) een enquête te openen voor andere verpleegkundigen (vermeld op de lijst) met een bedrag tussen de 1.000 en 4.000 EUR voor verstrekkingen « par/perf ».

In totaal werden zo **134 enquêtedossiers** geopend.

## **Resultaten**

### **Negatieve dossiers: 25**

De dossiers worden als negatief geklasseerd wanneer:

- de verzekerde wel degelijk een parenterale voeding heeft gekregen gedurende een bepaalde periode
- de verzekerde voeding kreeg via sonde maar ook een perfusie voor hydratatie of een glucosé of een morfiepomp/Litican<sup>®</sup>/scopolamine
- de verpleegkundige vermeld in de gegevensbank met verstrekkingen « par/perf » zelf niets heeft aangerekend. De verpleegkundige die heeft getarifeerd, heeft aanvaard het onverschuldigde bedrag van de medewerker terug te betalen voor wie hij ten laste gelegde verstrekkingen heeft aangerekend.

### **Positieve dossiers: 109**

109 dossiers werden als positief in aanmerking genomen, voor een totaalbedrag van 699.932 EUR.

Verdediging van de zorgverleners

- a) Fout bij de facturatie
- b) Onvoldoende kennis van de nomenclatuur
- c) Enteraal = van de mond naar de maag en parenteraal = anders
- d) Met de software is het niet mogelijk om onmiddellijk de enterale voeding te herkennen onder code 425213. Die omschrijving staat aan het einde van het **rolmenu**. De eerste omschrijving die verschijnt betreft « manueel verwijderen van faecalomen»
  1. manueel verwijderen van faecalomen
  2. lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde
  3. gastro-intestinale tubage en drainage
  4. darmspoeling
  5. **enterale voeding** via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde

- e) De voorschrijvende arts heeft een voorschrift getekend met vermelding van het woord « parenteraal »: Bijvoorbeeld
  - o « parenterale voeding »
  - o « parenterale voeding via gastrostomiesonde »
- f) De VI heeft de terugbetaling van de verstrekkingen par/perf niet geweigerd
- g) De VI heeft de « parenterale » verstrekkingen terugbetaald, zonder dat enige kennisgeving was ingediend
- h) De fout wordt bij de tarifierende medewerker gelegd.

### Berekening van het onverschuldigde bedrag: totaal of differentieel

Indien de verzekerde enkel een enterale voeding kreeg via sonde en de zorgverlener verstrekkingen « par/perf », heeft aangerekend, dan is de berekening van het onverschuldigde bedrag ofwel totaal ofwel differentieel, volgens de afhankelijkheid van de verzekerde.

De verzekerde is	De zorgverlener	het onverschuldigde bedrag is	cf NGV art. 8
Afhankelijk (forfait A, B, C en/of palliatief)	kan geen enkel honorarium voor enterale voeding aanrekenen	totaal	§ 5 2° a) et b) § 5bis 3° a) et b)
niet afhankelijk	kan een verstrekking enterale voeding aanrekenen	differentieel	

### Actie

Elke in aanmerking genomen verpleegkundige ontving een proces-verbaal van vaststelling, met vraag tot vrijwillige terugbetaling.

### Opvolging:

Aantal dossiers	note	EUR	procedures LA
82	terugbetaling van het onverschuldigde bedrag	504.770	2 dossiers (verstrekkingen niet werden verleend)
16	terugbetaling bezig want spreiding gevraagd	87.858	
11	geen terugbetaling	107.303	11 dossiers
<b>TOTAAL</b>	<b>109</b>	<b>699.932</b>	

## **Besluiten**

De enquête CENEC IP027 bewijst de realiteit van het aanrekenen van verstrekkingen van « **parentérale** » voeding thuis in de plaats van « **enterale** ». Het onverschuldigde bedrag bedraagt voor de periode 01/03/2013 tot 30/06/2014 (16 maanden of 545 dagen) 699.932 EUR voor 134 verpleegkundigen.

Op jaarbasis betekent dat 524.949 EUR of 6 % van het totale aangerekende bedrag ENKEL voor de parenterale verstrekkingen ZONDER de perfusies.

## **Voorstel**

Men moet de zorgverstrekkers nog beter informeren, onder andere via onze website, die reeds vrij volledig is, alsook via de VI's die alle gegevens hebben voor een controle via kruising

- de codes « par/perf »
- de pseudocodes voor produits alimentaires et
- de kennisgevingen ingediend via MyCareNet.

## **Communicatie**

Dat rapport werd besproken door het Comité van de DGEC op 23 oktober 2015.

## **IP028 Aanrekenen van de prestatie “CT rotsbeenderen” in plaats van de uitgevoerde prestatie “CT hersenen” of “CT faciaal massief”**

---

### **Oorsprong**

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) had opgemerkt dat drie radiologen opvallend veel CT-rotsbeenderen aanrekenden. Daarom hebben we enkele voorschriften van de voorschrijvende artsen vergeleken met de protocols van de radiologen en de facturatiegegevens van de verzekeringsinstellingen (V.I.). Hieruit is gebleken dat de meerderheid van de aangerekende CT rotsbeenderen/sella tursica eigenlijk CT schedel of CT/Cone Beam CT faciaal massief waren. Zo rekenden de radiologen voor een CT schedel 50 EUR teveel aan en voor een CT/Cone Beam CT faciaal massief 80 EUR te veel.

### **Doel**

Onderzoeken welke diensten medische beeldvorming CT-rotsbeenderen aanrekenen terwijl er eigenlijk een ander onderzoek wordt uitgevoerd.

Indien er dergelijke vaststellingen gebeuren, dient het verschil met de werkelijk uitgevoerde prestaties te worden gec recupereerd.

### **Wettelijk kader**

Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen, art. 17.

Voor het aanrekenen van een CT-onderzoek in de hoofdstreek zijn er 4 nomenclatuurnummers:

- |  |       |
|--|-------|
| ○ CT hersenen  | N180  |
| ○ CT/Cone Beam CT faciaal massief zonder contrast <sup>1</sup> | N117  |
| ○ CT faciaal massief met contrast                              | N180  |
| ○ CT rotsbeenderen   | N 275 |

### **Art 17, 11° Computergestuurde tomografieën.**

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

*"De verstrekking 458673 - 458684 wordt bij een trauma enkel vergoed bij één van de volgende situaties :*

- 1. Algemene of focale neurologische symptomen.*
- 2. Laceratie tot op het bot of meer dan 5 cm.*
- 3. Inadequate anamnese of onderzoek (epilepsie, alcohol, kind, enz. ...)*
- 4. Verdenking op opzettelijk toegebracht letsel of gespannen fontanel bij een kind van minder dan 5 jaar.*
- 5. Verdenking op corpus alienum of penetrerend schedelletsel.*
- 6. Schedelfractuur of naaddiastase op RX-schedel of liquor verlies uit de neus of liquor-of bloedverlies uit het oor."*

**459675 459686** *Computergestuurde tomografie (CT) met contrast van het faciaal massief* N 180

---

<sup>1</sup> Ten tijde van ons onderzoek gold voor CT en Cone Beam CT van het faciaal massief slechts één nomenclatuurnummer

**459690 459701** Computergestuurde tomografie (CT) of Cone Beam computergestuurde tomografie (CBCT) zonder contrast van het faciaal massief N117<sup>2</sup>

**458732 458743** Computergestuurde tomografie van de rotsbeenderen en/of sella tursica met of zonder contrastmiddel, met registreren en clichés, in een opeenvolgende reeks coupes, gelijk aan of minder dan 2 mm : minimum 20 coupes N 275

## **Methodologie**

### **Voorstudie**

Het voorbereidend kwalitatief onderzoek van de voorschriften en protocols van drie radiologen toonde aan dat zij CT-rotsbeenderen aanrekenden, terwijl ze in werkelijkheid een CT schedel of CT/Cone Beam CT faciaal massief zonder contrast uitvoerden.

### **Finale onderzoek**

Bestudeerde populatie: eerst alle ziekenhuizen, daarna 14 ziekenhuizen geselecteerd op basis van een indicator.

Periode: de verstrekkingen werden geanalyseerd voor de periode van 01/04/2013 tot en met 31/08/2014 (17 maanden).

#### Gegevens aangevraagd

Aan de V.I. hebben we de gegevens opgevraagd betreffende het aanrekenen van:

- alle tomografieën voor het hoofd
- voor alle ziekenhuizen
- ingediend bij de VI in de periode van 01.03.2013 tot en met 31.08.2014.

#### Creatie van een indicator

Om radiologen te identificeren die systematisch CT-rotsbeenderen aanrekenden in plaats van een andere CT in de hoofdstreek hebben we een formule bepaald:

$$\text{Indicator (\%)} = \frac{\text{\# CT-rotsbeenderen}}{\text{\# CT-schedel} + \text{\# CT rotsbeenderen} + \text{\# CT faciaal massief}} \times 100$$

Uit deze analyse blijkt dat de waarde van de indicator gelijkloopt tussen radiologen die op dezelfde dienst medische beeldvorming werken terwijl er enorme verschillen bestaan tussen enkele diensten medische beeldvorming onderling. Daarom werd beslist om in het onderzoek te focussen op de diensten medische beeldvorming i.p.v. op individuele radiologen.

Verder blijkt uit een totaal van 105 ziekenhuizen die CT-rotsbeenderen voorschrijven dat de indicator gemiddeld 9,3% bedraagt terwijl slechts enkele diensten medische beeldvorming veel hoger scoorden (tot 92%).

De DGEC besliste dus om alle diensten met een drempel > **10%** (voor de vermelde indicator) nader te onderzoeken..

#### Selectie van te onderzoeken ziekenhuizen

Uit de gecertificeerde gegevens werden op basis van de eerder beschreven indicator (indien >**10%**) in totaal 14<sup>3</sup> ziekenhuizen geselecteerd.

<sup>2</sup> Na het onderzoek, vanaf 1 juni 2015, werd voor elk van beide type scans een apart nummer ingevoerd.

### Wijze van gegevensinzameling – aleatoire steekproef

Een aleatoire lijst van 100 voorschriften/protocols werd opgevraagd per geselecteerde dienst medische beeldvorming. Om het aleatoir karakter van de steekproef hard te kunnen maken in een proces verbaal, werd in alle diensten dezelfde aleatoire methode gebruikt.

### Resultaten van de analyse van de voorschriften en protocols

Uit een analyse van de 1.400 voorschriften en protocols uit de steekproef bleek dat bij 13 van de 14 geselecteerde diensten medische beeldvorming een belangrijk aantal CT-rotsbeenderen verkeerd werden aangerekend (tot 99% verkeerd – zie tabel).

Een deel van de ziekenhuizen voerde een CT faciaal massief (of heel specifiek Dental Scan) uit, die ze als CT rotsbeenderen aanrekenden. Andere ziekenhuizen voerden in werkelijkheid een CT schedel uit.

Eén ziekenhuis rekende naast de toegelaten prestatie van een niet-erkende PET-scan (442595-442606) systematisch 2 CT's aan (CT-rotsbeenderen + CT hals/thorax/abdomen).

Tijdens dit onderzoek deden we twee bijkomende vaststellingen die niet rechtstreeks vielen onder het opzet van deze studie:

1. één ziekenhuis voerde het voorschrift voor één complete dental scan uit op twee verschillende dagen: één voor de bovenkaak en een tweede voor de onderkaak. Het rekende elk van beide prestaties aan als CT-rotsbeenderen. Dit is een niet-conforme ontdebelling van het voorschrift, met bovendien een ongeoorloofde dubbele aanrekening van een forfait en het “*consultance-honorarium*”.
2. een ander ziekenhuis rekende bij elke niet-erkende PET-scan naast een CT-rotsbeenderen systematisch ook een CT hals/thorax/abdomen aan. In meer dan 60% van deze gevallen was er geen voorschrift.

### Verhoor

We verhoorden al de betrokken diensthoofden medische beeldvorming. Meestal bleek de verkeerde aanrekening een gesystematiseerde praktijk te zijn die reeds verscheidene jaren gaande was. Soms was die intentioneel, soms ten gevolge van een administratieve fout.

Alle diensthoofden aanvaardden de methodologie en bevestigden dat de bevindingen van de steekproef representatief waren voor de onderzochte periode. Dit stelde ons in staat om de bevindingen te extrapoleren naar de gehele onderzochte periode.

---

<sup>3</sup> Eigenlijk werden 15 ziekenhuisnummers geselecteerd maar 1 ziekenhuis heeft na een fusie nog 2 nummers. Op expliciete vraag van het diensthoofd radiologie werden de gegevens onder beide nummers bij mekaar gevoegd en deze ziekenhuisgroep als 1 ziekenhuis beschouwd.



**Resultaten**

ZIEKEN- HUIS	DATA & SELECTIE		STEEKPROEF	ACTIE		GEVOLG
	# CT rotsbeenderen	% CT rotsbeenderen/ totaal CT hoofdstreek	# fout gefactureerd	TEN LASTE (EUR)	BIJKOMEND TEN LASTE (EUR)	
1	1613	12,6%	32/100	37.927	-	terugbetaling
2	743	10,2%	30/100	16.840	-	terugbetaling
3	4494	78,8%	99/100	212.679	-	terugbetaling
4	1244	20,0%	95/100	88.938	-	terugbetaling
5	1323	14,0%	83/100	88.598	-	terugbetaling
6	7460	65,1%	91/100	313.220	-	terugbetaling
7	111	23,7%	5/94	-	-	-
8	13011	73,4%	95/100	710.976	12.167	terugbetaling
9	307	11,2%	88/100	11.794	-	terugbetaling
10	4743	18,3%	80/100	291.765	-	terugbetaling
11	3033	26,8%	94/100	382.256	361.539	terugbetaling
12	3978	32,9%	93/100	258.637	-	terugbetaling
13	4577	25,7%	89/97	320.089	-	terugbetaling
14	2138	25,3%	91/100	135.537	-	terugbetaling

**Actie**

We verstuurden naar de 13 betrokken ziekenhuizen een proces-verbaal van vaststelling met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling. We verzonden die naar:

- o het ziekenhuis als rechtspersoon
- o het diensthoofd radiologie
- o de medisch directeur.

Met één ziekenhuis werd in 't begin geen akkoord bereikt, zodat daar het proces-verbaal van vaststelling ook werd verzonden naar de zes desbetreffende radiologen.

**Opvolging**

Alle ziekenhuizen hebben de vrijwillige terugbetaling van het onverschuldigde bedrag aanvaard, wat overeenkomt met een totaalbedrag van **2.869.263 EUR**. Daarvan werd 2.475.212 EUR terugbetaald in 2015.

Daarenboven betaalde het ziekenhuis met de niet-conforme ontdubbeling van complete dental scans (zie hoger) bijkomend 12.168 EUR vrijwillig terug.

Aan het ziekenhuis dat PET-scans door een niet erkend toestel aanrekende, legden we bijkomend 361.539 EUR ten laste wegens het ontbreken van een correct voorschrift. Dat bedrag zou in 2016 moeten terugbetaald worden.

Zo werd in 2015 en 2016 in totaal 3.242.970 EUR vrijwillig terugbetaald.

### **Conclusie**

Dit CENEC-onderzoek IP028 toont aan dat de helft aangerekende CT-rotsbeenderen in werkelijkheid een CT-schedel of een CT-faciaal-massief waren. Eén van de onderzochte ziekenhuizen rekende een CT-rotsbeenderen en een CT-hals/thorax/abdomen aan met een niet-erkende PET-scan.

Slechts 13 van de 105 ziekenhuizen die CT-rotsbeenderen aanrekenen waren hierbij betrokken.

Zo werd in 2015 en 2016 in totaal 3.242.970 EUR vrijwillig terugbetaald.

### **Communicatie**

Dat rapport werd besproken door het Comité van de DGEC op 11 december 2015.

### **Impact**

Een eerste analyse toont al een vermindering van het aantal aangerekende tomografieën van rotsbeenderen van 50.435 in 2014 naar 31.978 in 2015, wat overeenkomt met een vermindering van het budget voor die tomografieën van 7.028.709 EUR in 2014 naar 4.468.870 EUR in 2015.

## 2. Controle « unieke streepjescode »

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

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

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

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

Controle USC januari 2014 tot en met december 2015 (= 24 maanden)	
Aantal betrokken apotheken	5.026
Totaal aantal tarifieringslijnen	246.552.656
Aantal tarifieringslijnen die voorzien kunnen zijn van een USC	214.206.424
% zonder USC	1,06 %
% aantal USC die dubbel ingelezen wordt in dezelfde apotheek	0,06 %
% het aantal USC waarvan het controlegetal (check digit) niet correct is	0,02 %
% correct ingelezen USC en correcte USC	98,86 %
% dezelfde USC aanwezig in verschillende apotheken	0,03 %

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

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

### Besluit

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

### 3. De individuele onderzoeken

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

#### a. Aantal

Tabel C1: Aantal **afgesloten** individuele onderzoeken in 2015

Afgesloten onderzoeken in 2015 Bevoegdheid van betrokkene	Aantal	%
Huisartsen	69	7,8
Geneesheer-specialisten	120	13,5
Apothekers	20	2,3
Tandartsen	96	10,8
Verpleegkundigen	301	34,0
Kinesitherapeuten	21	2,4
Logopedisten	11	1,2
Orthopedisten	8	0,9
Bandagisten	8	0,9
Ergotherapeuten	3	0,3
Opticien	1	0,1
Gehoorsprothesisten	2	0,2
Zorgverleners groep	14	1,6
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	83	9,4
ROB	7	0,8
RVT	1	0,1
Erkende laboratoria	3	0,3
Verzekerden	90	10,2
Andere	28	3,2
<b>TOTAAL</b>	<b>886</b>	

Tabel C2: Aantal **begonnen** individuele onderzoeken in 2015

Aangevatte onderzoeken in 2015 Bevoegdheid van betrokkene	Aantal	%
Huisartsen	45	6,2
Geneesheer-specialisten	80	11,1
Apothekers	19	2,6
Tandartsen	26	3,6
Verloskundigen	2	0,3
Verpleegkundigen	264	36,6
Kinesitherapeuten	20	2,8
Logopedisten	13	1,8
Orthopediste	1	0,1
Bandagisten	5	0,7
Ergotherapeuten	2	0,3
Gehoorsprothesisten	2	0,3
Geïntegreerde thuiszorg	1	0,1
Zorgverleners groep	9	1,2
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	76	10,5
ROB	2	0,3
Medische huizen	1	0,1
Erkende laboratoria	7	1,0
Verzekerden	89	12,3
Andere	58	8,0
<b>TOTAAL</b>	<b>722</b>	

## Resultaten

Tabel C8: aantal individuele **lopende** onderzoeken op 31-12-2015.

Individuele lopende onderzoeken op 31-12-2015 Bevoegdheid van betrokkene	Aantal	%
Huisartsen	34	7,1
Geneesheer-specialisten	64	13,3
Apothekers	13	2,7
Tandartsen	28	5,8
Verloskundigen	3	0,6
Verpleegkundigen	161	33,5
Kinesitherapeuten	19	4,0
Logopedisten	10	2,1
Orthopedisten	1	0,2
Bandagisten	2	0,4
Gehoorsprothesisten	1	0,2
Geïntegreerde thuiszorg	1	0,2
Zorgverleners groep	9	1,9
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	46	9,6
ROB	2	0,4
RVT	1	0,2
Medische huizen	4	0,8
Verzekerden	37	7,7
Andere	44	9,1
<b>TOTAAL</b>	<b>480</b>	

### b. Resultaten

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

Type van dossiers 2015	Aantal	%	Aantal	%	Bedrag
Negatief					
Na verhoor (informatief)	56	6,3			
Na onderzoek	273	29,1			
			329	30,8	
Positief					
Actie voor derden	110	12,4			1.243.606
Verwittiging	58	6,3			
Verwittiging met vrijwillige terugbetaling	278	31,4			5.335.740
Te vervolgen	111	12,5			5.002.626
			557	69,2	
<b>TOTAAL</b>			<b>886</b>	<b>100</b>	

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

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

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

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

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

Tabel C4: vrijwillige terugbetalingen na verwittiging

Vrijwillige terugbetaling in 2015 Bevoegdheid van betrokkene	Bedrag (EUR)	%
Huisartsen	67.418	1,3
Geneesheren-specialisten	1.479.132	27,7
Apothekers	672	0,0
Tandheelkundigen	250.177	4,7
Verpleegkundigen	904.993	17,0
Kinesitherapeuten	17.771	0,3
Logopedist	18.953	0,4
Orthopedisten	50	0,0
Bandagisten	42.581	0,8
Ergotherapeuten	18.321	0,3
Zorgverleners groep	17.672	0,3
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	2.487.851	46,6
ROB	30.150	0,6
<b>TOTAAL</b>	<b>5.335.740</b>	

De categorie '**te vervolgen**': deze omvat de dossiers die werden ingediend bij één van de administratiefrechtelijke of strafrechtelijke organen.

Tabel C9 : Te vervolgen

<b>Te vervolgen 2015 Bevoegdheid van betrokkene</b>	<b>Bedrag EUR</b>	<b>Aantal</b>	<b>%</b>
Huisartsen	206.323	9	1,0
Geneesheren-specialisten	499.279	8	0,9
Apothekers	249.015	10	1,1
Tandheelkundigen	231.579	4	0,4
Verpleegkundigen	1.874.142	58	6,6
Kinesitherapeuten	60.394	2	0,2
Logopedisten	36.507	3	0,3
Orthopedisten	714.941	5	0,6
Bandagisten	474.613	5	0,6
Opticiens	168.087	1	0,1
Zorgverleners groep	395.497	4	0,4
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	71.462	1	0,1
Verzekerden	20.787	1	0,1
<b>TOTAAL</b>	<b>5.002.626</b>	<b>111</b>	<b>12,1</b>

### c. Vastgestelde inbreuken

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

Voorbeelden:

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

Tabel C5: Aantal vastgestelde inbreuken (exclusief geneesmiddelen)

	<b>2015</b>
Aantal vastgestelde inbreuken	<b>1.225.585</b>

### d. Onderzoeken na een klacht of een aangifte

Men verstaat onder:

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

Anonimiteit

De anonimiteit van de klagers is de regel. Ze wordt door de artikel 59 van het Sociaal Strafwetboek gewaarborgd.



« Behoudens uitdrukkelijke machtiging van de indiener van een klacht of van een aangifte betreffende een overtreding van de bepalingen van de wetgevingen waarop zij toezicht uitoefenen, mogen de sociale inspecteurs in geen enkel geval, zelfs niet vóór de rechtbanken, de naam van de indiener van deze klacht of van deze aangifte bekend maken. »

De behandeling van de klachten en verklaringen is sinds februari 2015 opgenomen in een nieuw proces, de "Filter" genaamd, dat werd ingevoerd om alle gegevens die bij de DGEC binnenkomen, eenvormig en doeltreffend te behandelen. De klachten en verklaringen worden verzameld onder de term "melding"; de Filter ontvangt ook "ideeën" (suggesties voor uit te voeren onderzoeken, de te onderzoeken thema's,...)

Dossiers die door de Filter zijn behandeld		2015
Meldingen (klacht, aangifte)		979
Ideeën (dienst voorstellen)		87
<b>Totaal</b>		<b>1.066</b>

Afhankelijk van de aard van de meegedeelde informatie, behandelt de Filter het dossier op een andere manier:

- administratieve verwerking
- overdracht aan andere diensten van het RIZIV of aan andere instanties en FOD's
- verzending als verplichte opdracht naar de afdelingen Informatie, Controle of Expertise
- verzending naar het BOD (zie pagina 14) voor beslissing

Beslissingen Filter		
Administratieve verwerkingen of overdracht		403
Verplichte opdrachten (299)	Informatieverstrekking	179
	Controle	105
	Expertise	15
Overdracht aan het BOD		351
<b>Totaal</b>		<b>1.053</b>

Beslissingen BOD*			
Afgesloten zonder gevolg			32
Administratieve verwerkingen			15
Toewijzing aan een bestaand dossier			28
Verplichte opdrachten	Informatieverstrekking		20
	Controle	individueel	214
		thematisch	12
	Expertise	Expertise	20
		Pre-analyse	6
		Screening	8

\*Er zijn meer beslissingen BOD dan meldingen aan het BOD want **elke** melding kan het voorwerp uitmaken van **meerdere** beslissingen voor actie.

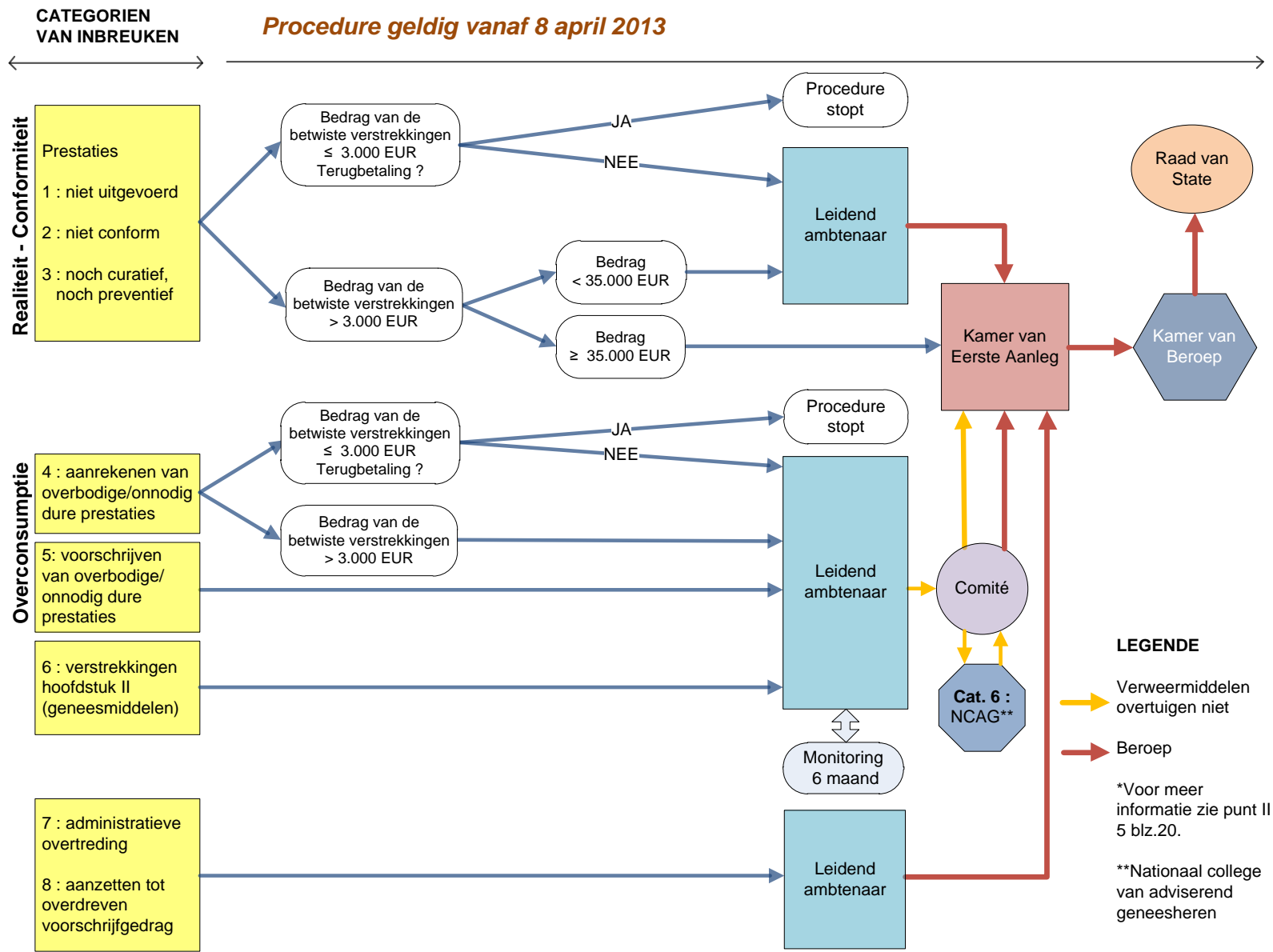


## VII. RECUPERATIE EN MAATREGELEN OPGELEGD DOOR DE BEVOEGDE ORGANEN

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

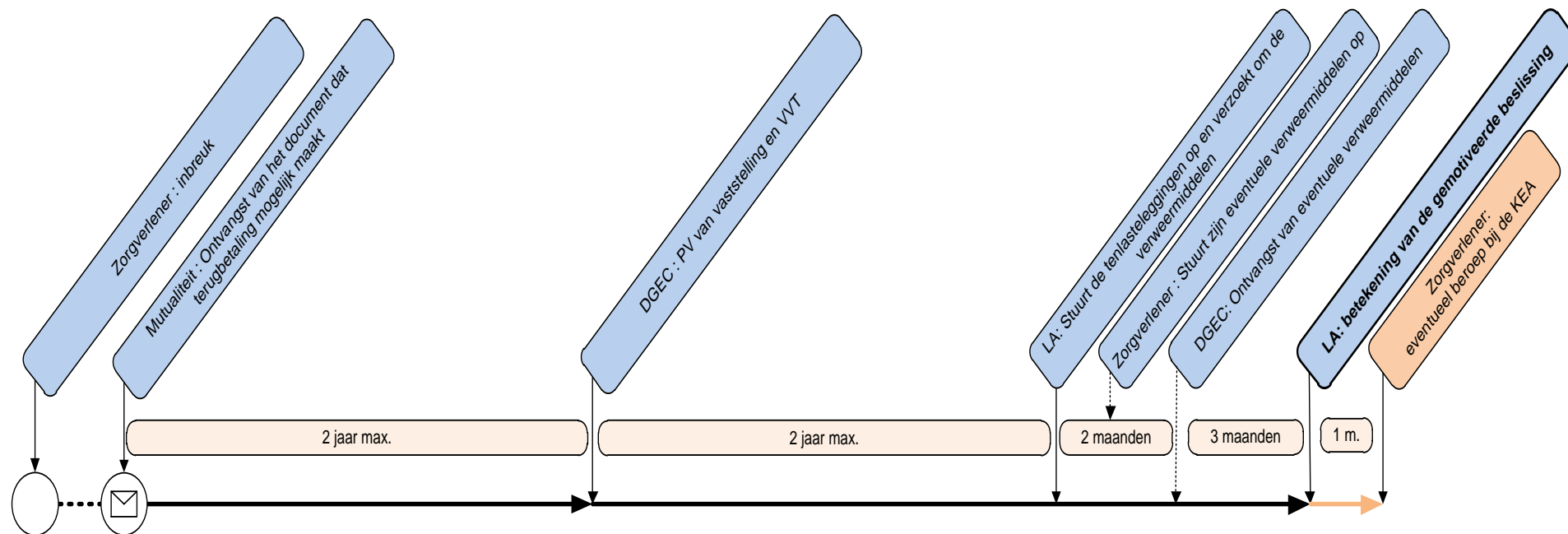
We geven ook de tijdslijnen die van toepassing zijn bij de respectieve procedures. Ze tonen duidelijk aan dat in een dossier beslissingen kunnen genomen worden door verschillende organen en dit verspreid over meerdere jaren.

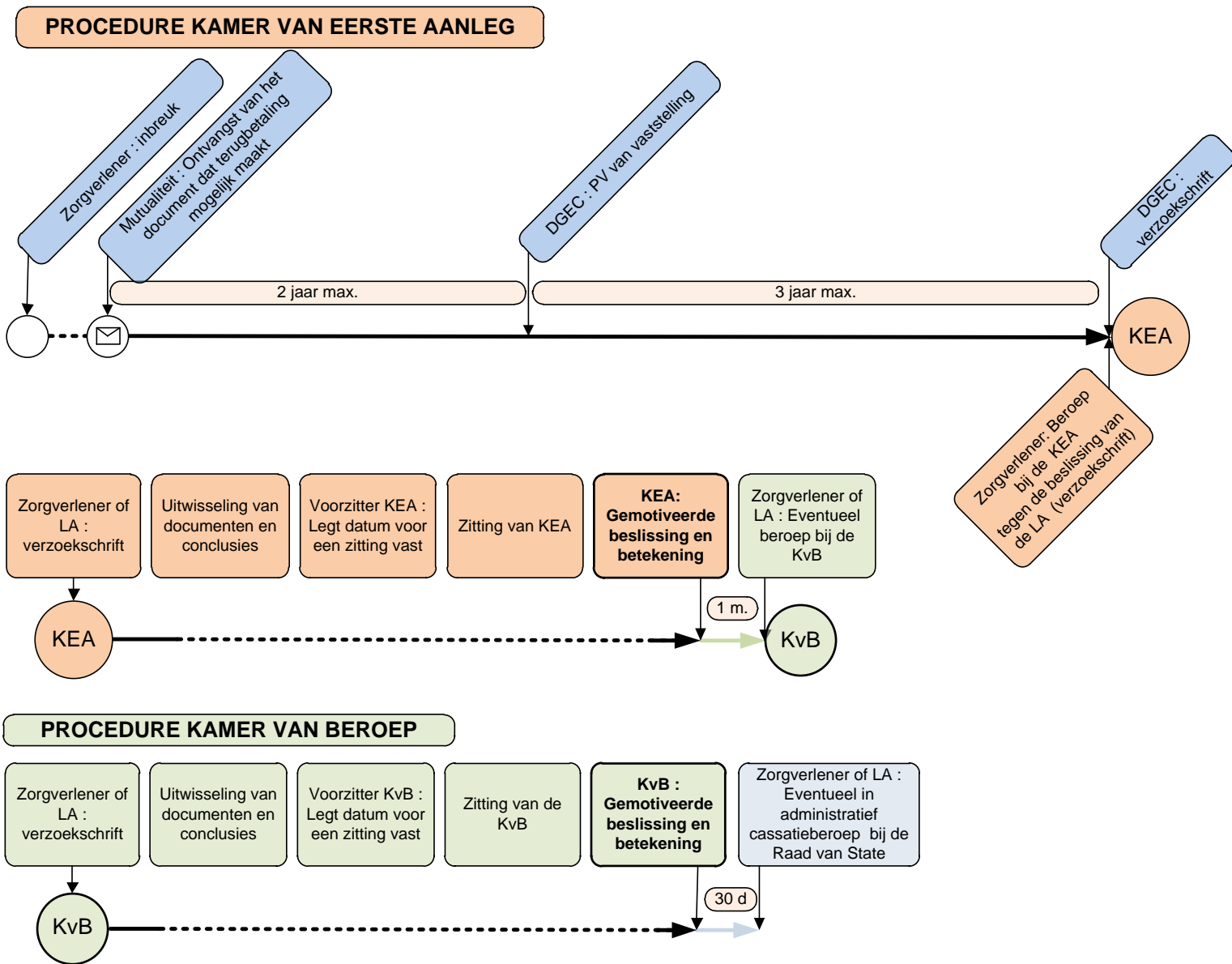
Vervolgens worden de beslissingen van deze organen nader bekeken.



**Geldig sinds 9 april 2012**

**PROCEDURE LEIDEND AMBTENAAR**





## 1. Actieve beheersorganen

### a. de beslissingen van het Comité van de DGEC

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

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

**Aantal zittingen:** 4

**Dossiers overconsumptie:** 2

Beslissingen: de LA wordt gevraagd de 2 dossiers bij de KEA aanhangig te maken.

## **b. de beslissingen van de Leidend ambtenaar**

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

Er is maar één voorwaarde: hij behandelt enkel de zaken waarin de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 EUR.

In tabel S1.1 vindt u de gegevens over de beslissingen genomen door de Leidend ambtenaar in 2015.

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

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



Tabel S1.1: de beslissingen genomen door de Leidend ambtenaar in 2015

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen	
				Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
			1	2	3	4	5	1+5
	Aantal	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	5	70.861	30.100	58.170	44.668	19.947	58.904	89.004
Geneesheren-specialisten	3	89.227	35.483	59.835	30.569	29.266	18.393	53.877
Apothekers	14	276.166	262.835	276.166	330.244	35.695	306.527	569.362
Tandartsen	6	188.139	132.313	169.315	90.769	24.156	52.519	184.832
Verpleegkundigen	33	883.299	564.291	858.226	382.256	343.179	201.149	765.440
Kinesitherapeuten	3	54.759	19.222	54.759	37.316	2.414	22.375	41.596
Logopedist	3	34.844	17.959	34.844	18.059	19.462	11.257	29.216
Bandagisten	1	600		600		300	600	600
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	2	40.831		40.831	19.783	16.783		
Anderen	3	51.712	29.313	51.712	35.382	20.777	7.000	36.313
<b>TOTAAL</b>	<b>73</b>	<b>1.690.438</b>	<b>1.091.515</b>	<b>1.604.457</b>	<b>989.047</b>	<b>511.978</b>	<b>678.724</b>	<b>1.770.239</b>

Tabel S1.2

Aantal beslissingen van de LA	Aantal beroepen bij de KEA	%
73	22	30



## 2. De administratieve rechtscolleges

### a. de beslissingen van de Kamers van eerste aanleg

Deze Kamers zijn administratieve rechtscolleges.

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

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

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

In tabel S2.1 vindt u **alle** gegevens over de beslissingen genomen door de Kamer van eerste aanleg in 2015. De tabellen S2.3 en S2.4 specificeren die beslissingen, respectievelijk het beroep tegen een beslissing van de Leidend ambtenaar en die in eerste aanleg.

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

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

## Resultaten

Tabel S2.1 : Beslissingen In KEA in 2015

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 uitsel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald	
				1	2	3	4	5	1+5
				EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	3	194.769		21.486	1.500	1.375	38.357	38.357	
Geneesheren-specialisten	6	1.427.307	77.447	374.163	4.388		25.734	103.181	
Tandartsen	11	125.824	15.136	84.827	3.000	5.875	71.398	86.534	
Verpleegkundige	18	1.054.452		1.002.352	144.432	80.284	166.594	166.594	
Kinesitherapeut	2	24.028		23.757	2.063	2.063	15.323	15.323	
Orthopedisten	2	648.362	34.909	648.362	33.403	96.063	164.890	199.799	
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	1	317	317	317				317	
Ziekenhuizen, instellingen	7	3.796.351	2.332.102	253.415	3.000		206.143	2.538.245	
RVT	1	49.152							
Anderen	4	199.819	9.678	4.557	1.500			9.678	
<b>TOTAAL</b>	<b>55</b>	<b>7.520.380</b>	<b>2.469.589</b>	<b>2.413.235</b>	<b>193.286</b>	<b>185.660</b>	<b>688.440</b>	<b>3.158.029</b>	

Tabel S2.2

Aantal beslissingen KEA	Aantal beroepen bij de KvB door de zorgverlener	%	Aantal beroepen bij de KvB door de DGEC	%
55	16	29	8	14

Tabel S2.3 - Beslissingen van de KEA in 2015, als beroepsinstantie

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Onverschuldigd bedrag	Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel
Huisartsen	1	21.486	21.486		
Geneesheren-specialisten	1	13.025	2.027		
Tandartsen	1	29.993	29.993		2.875
Verpleegkundigen	7	67.676	67.675	1.842	4.015
Kinesitherapeuten	2	24.028	23.757	2.063	2.063
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	1	22.871	22.871	3.000	
<b>TOTAAL</b>	<b>13</b>	<b>179.079</b>	<b>167.809</b>	<b>6.905</b>	<b>8.953</b>

Tabel S2.4 - Beslissingen van de KEA in 2015 in eerste aanleg

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen	Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel
Huisartsen	2	173.283			1.500	1.375
Geneesheren-specialisten	5	1.414.282	77.447	372.136	4.388	
Tandartsen	10	95.831	15.136	54.834	3.000	3.000
Verpleegkundigen	11	986.776		934.676	142.590	76.269
Orthopedisten	2	648.362	34.909	648.362	33.403	96.063
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	1	317	317	317		
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	6	3.773.480	2.332.102	230.544		
ROB	1	49.152				
Anderen	4	199.819	9.678	4.557	1.500	
<b>TOTAAL</b>	<b>42</b>	<b>7.341.301</b>	<b>2.469.589</b>	<b>2.245.426</b>	<b>186.381</b>	<b>176.707</b>



## **b. de beslissingen van de Kamers van beroep**

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

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

In tabel S3 vindt u de gegevens over de beslissingen genomen door de Kamer van beroep in 2015.

## Resultaten

Tabel S3 - Beslissingen van de Kamers van beroep in 2015

Bevoegheid van de verstrekker	Beslissingen		Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen	
	Aantal	%			EUR	1	2	3	4
			EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	4	7,3	37.871	14.006	34.704	1.375			14.006
Geneesheren-specialisten	12	21,8	659.886	25.327	401.630	1.100		151.191	176.518
Apothekers	1	1,8	58.933	680	37.437				680
Tandartsen	6	10,9	366.110	227	338.985	2.750		37.915	38.142
Verpleegkundigen	16	29,1	554.778	50.722	348.446	16.436	64.214	225.858	276.580
Kinesitherapeut	7	12,7	228.285	3.327	131.303	12.234	199.392	131.310	134.637
Ziekenhuizen	6	10,9	768.455	34.857	109.007	8.375	1.500	75.617	110.474
RVT	3	5,5	68.944						
<b>TOTAAL</b>	<b>55</b>		<b>2.743.262</b>	<b>129.146</b>	<b>1.401.512</b>	<b>42.271</b>	<b>265.105</b>	<b>621.890</b>	<b>751.036</b>





## VI. CONTROLE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

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

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

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

De Gewestelijke commissies hebben nu twee mogelijkheden:

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

Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit	2015
Aantal zittingen	574
Aantal opgeroepen verzekerden	2.814
Aantal uitsluitingen ("verlies van erkenning van arbeidsongeschiktheid")	1.270

Bron: Dienst Uitkeringen van het RIZIV

Ingevolge een nieuwe procedure voor de controle van invaliditeit, werden de regionale commissies vanaf 1 juli 2015 geannuleerd. In Henegouwen daarentegen ging dit in op 1 september.

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

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

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

In november 2015 ging het project "stand van zaken betreffende de organisatie en het werk van de adviserend geneesheren" van start. Het zal als basis dienen voor de analyses die vervolgens noodzakelijk zullen zijn (nieuwe opdrachten van de adviserend geneesheer, hervorming van de GRI's, professionele re-integratie,...).

### 4. Expertises en onderzoeken op verzoek van de arbeidsrechtbanken.

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

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

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

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

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

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

Dossiers "H"	2015
Geneeskundige onderzoeken	50
Beslissingen	
○ verzekerden met arbeidsongeschiktheid van > 66 %	30
○ verzekerden met arbeidsongeschiktheid <66 %	20

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

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

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

<b>Medische onderzoeken op vraag van buitenlandse instellingen voor sociale zekerheid</b>	<b>2015</b>
Aantal medische onderzoeken	<b>285</b>



## VII. DE PRIMAIRE CONTROLE VAN DE VERZEKERINGINSTELLINGEN

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

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

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

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

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

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

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

## Realisatie en resultaten

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

Subproject	Gloobaal % van ontdekte anomalieën
Verbod > 3 diagnostische blokkades / jaar NPS art. 12 § 1	0,42
Cumulverboden neurochirurgie, heerkunde en ortopedie NPS art. 14 b d k	0,75
Cumulverboden bij chirurgie van de knie NPS art. 14 k	0
cumulverbod chirurgie en endoscopie sinussen NPS art. 14 i	1,19
Verbod meerdere coronaro's / dag NPS art. 17 et 17ter	0,47
Verbod cumul amygdalect. + adenoïdect. NPS art. 14 i et 15 § 3	20,54
Verbod cumul aanwezig. Ped. + maagcath. NPS Art. 20 d	0,10
Aangepaste terugbetaling indien leveringen door niet-geconvent. opticiens NPS Art. 30	2,64
Verpleegkundige toediening medicatie max. 1 x / dag NPS Art. 8	0,12
Cumulverbod PETscan met meerdere technische prestaties NPS Art. 17, 17ter et 18	1,28
Laattijdige indieningen prestaties PETscan NPS Art. 17, 17ter et 18	0,04
Perfusieverstrekkingen door verpleegkundige zonder kennisgeving NPS Art. 8	7,38

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

## Besluit

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

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

## 3<sup>de</sup> deel: thematisch





## THEMATISCHES ONDERZOEKEN

De DGEC wil de impact van zijn controleactiviteit vergroten door meer thematische enquêtes uit te voeren. In tegenstelling tot de individuele enquêtes bestuderen thematische enquêtes een welbepaald aspect van de praktijkvoering van een groep zorgverleners op nationale schaal. Een dergelijke benadering werkt de uniforme opsporing van inbreuken en een gelijke follow-up van de vaststellingen in de hand. In verhouding tot de vrijgemaakte middelen is de weerslag van thematische enquêtes veel groter dan die van individuele enquêtes.

Een goed voorbeeld van die thematische aanpak is het onderzoek naar fraude en misbruiken bij attesteringen van tomografieën van de rotsbeenderen/sella turcica. Tijdens drie individuele onderzoeken werd immers vastgesteld dat de meeste geattesteerde tomografieën van de rotsbeenderen/sella tursica in werkelijkheid tomografieën van de schedel of tomografieën/Cone Beam-tomografieën van het faciaal massief waren. Zo werd voor een tomografie van de schedel 50 EUR te veel terugbetaald, en voor een tomografie/Cone Beam-tomografie van het faciaal massief werd 80 EUR te veel terugbetaald.

Voor alle 105 ziekenhuizen die tomografieën van de rotsbeenderen/sella tursica attesteerden, kon er dankzij het onderzoek worden aangetoond dat 13 geselecteerde diensten medische beeldvorming ten onrechte een groot aantal tomografieën van de rotsbeenderen hadden geattesteerd (tot 99 %).

De diensthoofden van de betrokken diensten medische beeldvorming gaven over het algemeen toe dat de foutieve attestering een praktijk was die al sinds meerdere jaren systematisch werd toegepast. Soms was die intentioneel, soms ten gevolge van een administratieve fout.

Dat thematisch onderzoek heeft de volgende specifieke fenomenen aan het licht gebracht.

1. om een hogere terugbetaling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen te krijgen, hebben 13 ziekenhuizen in plaats van de verrichte verstrekking, niet-verrichte, maar beter terugbetaalde verstrekkingen geattesteerd.
2. één ziekenhuis voerde het voorschrift voor één complete dental scan uit op twee verschillende dagen: één voor de bovenkaak en een tweede voor de onderkaak. Het rekende elk van beide prestaties aan als CT-rotsbeenderen. Het voorschrift werd onterecht opgesplitst. Bovendien stemmen de dubbele attestering van een forfait en het consultancy-honorarium niet overeen met de reglementering.
3. een ander ziekenhuis rekende bij elke PET-scan met een niet-erkend toestel naast een CT-rotsbeenderen systematisch ook een CT hals/thorax/abdomen aan. In meer dan 60% van deze gevallen was er geen voorschrift.

De 13 ziekenhuizen hebben de vrijwillige terugbetaling van het onverschuldigde bedrag aanvaard, wat overeenkomt met een totaalbedrag van 2.869.263 EUR, of het verschil tussen de werkelijk uitgevoerde handelingen en de aangerekende.

Elk jaar zal de impact van die actie op de begroting te zien zijn, aangezien de ten onrechte aangerekende bedragen dat niet meer zullen zijn. Een eerste analyse toont al aan dat het budget voor aanrekenen van tomografieën van rotsbeenderen van 7.028.709 EUR in 2014 tot 4.468.870 EUR werd teruggebracht in 2015.

Verdere controle is voorzien en in geval van recidive zal een bijkomende maatregel worden opgelegd.

De DGEC zal de controles in alle domeinen opdrijven om onterechte tegemoetkomingen door de GVVU-verzekering te vermijden. Via de thematische enquêtes zal de dienst vooral fraude bestrijden; fraude veronderstelt een opzettelijke fout.

Een thematische benadering van de studies van de directie Expertise houdt echter ook een observatiefunctie in, waarmee er anomalieën in de reglementering en/of de toepassing ervan kunnen worden opgespoord en vervolgens aan de beslissingsorganen kunnen worden doorgegeven met het oog op het aanbrengen van wijzigingen.

## 4<sup>de</sup> deel: vooruitzichten 2016-2017



## VOORUITZICHTEN

In 2016 zou er een hele reeks wijzigingen moeten worden aangebracht.

Op het vlak van de interne structuur zal de AMP-tool tot het hele personeel worden uitgebreid. De functies van geneesheer-directeur zouden toegewezen worden aan de gewensten en aan de vijf expertisedomeinen.

De HR-dienst zal erop toezien dat de personeelsvermindering wordt gecompenseerd om de gevraagde opdrachten te kunnen blijven uitvoeren.

Om te voldoen aan de eisen van de bestuursovereenkomst 2016-2018, zal de DGEC onder andere meewerken aan de opstart van de Cel "doelmatige zorg".

Op extern vlak zal de verdwijning van de GRI's leiden tot de invoering van nieuwe instrumenten voor de externe controle van de arbeidsongeschiktheid en de invaliditeit.

De DGEC zal bovendien samen met de geneeskundige verzorging deelnemen aan acties van het project "aanklampend beleid" om aldus bij te dragen tot een beter gebruik van de middelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Installatie van een wettelijke verankering voor het gebruik, bij onderzoeken en procedures, van de techniek van extrapolatie van vastgestelde inbreuken naar het geheel van de praktijk.

## ACRONIEMEN

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

## MEER WETEN?

Hebt u vragen of opmerkingen over deze publicatie?

Contacteer ons:

per e-mail: [infoteam.dgec.secm@riziv.fgov.be](mailto: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.



