

# Jaarverslag DGEC

## Activiteiten 2016





# Voorwoord van de Leidend ambtenaar

Dit is mijn laatste voorwoord in een DGEC-activiteitenverslag. In oktober eerstkomend verlaat ik de dienst na meer dan 18 jaar de leiding ervan te hebben gehad, en draag ik de fakkel over aan mijn stafmedewerkers. Mijn opvolger komt later.

Dit gaat gepaard met veel emoties en voor een deel met wat gemengde gevoelens. Fierheid en voldoening voor het gedane werk domineren het geheel. Wat spijt voor het vertrek en een beetje onvoldaanheid omdat er in de ziekteverzekering nog zoveel uitdagingen zijn, zijn ook van de partij... Sinds juli 1999 (vorige eeuw) is er heel wat gebeurd op het vlak van geneeskundige controle. De missie van onze dienst werd verruimd met informatie en evaluatie (2002), en de 'DGC' werd 'DGEC'. Nieuwe structuren werden gecreëerd, met ruime terugvorderings- en sanctiebevoegdheden voor de Leidend ambtenaar, met gespecialiseerde Kamers van Eerste aanleg en Kamers van Beroep (sinds 2007). Het comité van de DGEC is bovendien een verwijskamer in overconsumptiedossiers geworden. De juridische procedures werden duidelijker en scherper. Het handhavingsbeleid richtte zich meer op preventie en thematische aanpak. De dienst heeft in dit kader in 2016 een voortrekkersrol gespeeld in het grootse project "Doelmatige zorg", dit in nauwe samenwerking met de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Meer dan 30 % van het inspecterend en administratief personeel tijdens de laatste jaren is vertrokken door pensionering. Toch zijn de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de dienst toegenomen. Dit is te danken aan :

- een goed uitgebouwd geïntegreerd elektronisch dossier
- de verbeterde beschikbaarheid van de ZIV-gegevens
- de projectmatige en thematische aanpak van controle en evaluatie
- de opgebouwde en gestructureerde expertise
- en aan de filtering en prioritering.

Vooraf het steeds gemotiveerde en meewerkende personeel van alle niveaus en disciplines waren daarbij cruciaal. Vertrekkende van 115 artsen-inspecteurs rond het jaar 2000, zijn wij nu onder de kritische minimumgrens van 75 beland. Dit is een belangrijk aandachtspunt!

De dienst heeft de laatste 15 jaar een indrukwekkend groot en diepgaand veranderingsproces gekend. Vanaf 2015 kantelde hij naar een nieuwe matrix-structuur met provinciale sites in regionale diensten en vijf expertisedomeinen. Op centraal niveau kwamen de ondersteunende diensten voor communicatie, juridische aangelegenheden, directiesecretariaat, internationale relaties, HR, data-analyse, screening, filter, ICT en logistiek. Sinds 2016 zijn haast alle leidinggevende en technische functies voor deze nieuwe structuren via werving of promotie ingevuld. Het grote veranderingswerk is met andere woorden 'bijna' af.

'Bijna', want ondertussen bieden zich ook andere uitdagingen aan. De dienst is recent aangesproken om een essentiële rol te spelen in de uitbouw van een gestructureerde audit van de ziekenhuizen. Die zal inter-institutioneel zijn, dus in samenwerking met de DGV, de FOD Volksgezondheid en het Federaal agentschap voor nucleaire controle (FANC). Hier heeft Minister De Block een specifiek budget voor uitgetrokken. Dat is een enorme opportuniteit voor de toekomst van de DGEC! Het project ligt ook in lijn met de verhuis naar het Galilei-gebouw, waar de nodige passerellen tussen de betrokken instellingen (FOD Volksgezondheid en FAGG) zullen uitgebouwd worden.

2016 was ook het jaar van de CoHabitat-verhuizing van Aarlen en Gent, van de wettelijke verankering van het "extrapolatie"-principe voor vaststellingen van inbreuken, van de uitbreiding van de verjaringstermijn van vaststellingen van twee naar drie jaar, en van de eerste tijdelijke schorsingen van de derdebetalersregeling bij ernstige en nauwkeurige aanwijzingen van bedrog.

Allemaal recente, niet-onbelangrijke missie- en bevoegdheidsveranderingen voor de DGEC!  
De dienst is ondertussen uitgegroeid tot een volwaardige, professionele en goed gestructureerde entiteit binnen de ziekteverzekering in het algemeen, en binnen het RIZIV in het bijzonder.

De toekomst wordt gekenmerkt door een steeds verdergaande technologische en wetenschappelijke evolutie, een verouderende bevolking, steeds mondigere patiënten, - maar ook door een blijvende beperktheid van beschikbare middelen. Daarom wordt onze dienst meer dan ooit een belangrijk onderdeel van het sociaal verzekeringssysteem. Hij heeft een kapitale rol te spelen in de juiste besteding van middelen en in de strijd tegen de geldverspilling in de gezondheidszorg die niet alleen via fraude of corruptie gebeurt. De DGEC kan de zaken controleren, analyseren en evalueren op medisch vlak, tot op het niveau van de individuele patiënt en zorgverlener, via het medisch dossier en desnoods na medisch onderzoek. Een unieke, te koesteren bevoegdheid voor de DGEC!

Vandaag zitten wij volop in een paradigmashift: van terugbetalen van (correct en waarlijk) verrichte gezondheidszorg naar een terugbetaling van kwalitatieve zorg. Eenvoudig gezegd, maar met een wereld van verschil. Opnieuw een enorme opportuniteit voor de DGEC! Dit is meteen ook een hoopvolle kijk op de toekomst ... en op de edele missie van onze dienst.

Tenslotte wil ik dit laatste voorwoord beëindigen met een warme, welgemeende en oprechte dank aan alle personeelsleden van de DGEC, die doorheen (en soms ten koste van) het dagelijkse werk meegewerkt hebben aan dit geweldige veranderingsproces. Ook aan alle medewerkers in de andere diensten, afdelingen en directie van het RIZIV!

Aan allen die blijven en voortwerken aan het kathedraalproject 'Ziekteverzekering': het allerbeste toegewenst!

Bernard Hepp

# INHOUDSTAFEL

<b>Voorwoord van de Leidend ambtenaar .....</b>	<b>3</b>
<b>Deel 1 - De organisatie .....</b>	<b>7</b>
I.    De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC).....	9
II.   Het personeel .....	10
III.  De organisatiestructuur .....	12
<b>Deel 2 : De activiteiten .....</b>	<b>13</b>
I.    Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016- 2017 .....	15
II.   Controle .....	17
III.  Recuperatie en maatregelen opgelegd door de bevoegde organen.....	30
1. <i>Actieve beheersorganen</i> .....	33
2. <i>De administratieve rechtscolleges</i> .....	36
IV.   Expertise.....	41
V.    Informatie.....	49
VI.   Juridische zaken en geschillen.....	51
VII.  Communicatie .....	52
<b>Meer weten? .....</b>	<b>53</b>



# Deel 1 - De organisatie





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

## Missie

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

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

Hiervoor volgt de DGEC een beleid dat steunt op drie pijlers: Informatie, Controle en Evaluatie (ICE-beleid).

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

## Mogelijke 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
- Uitvoering geven aan de beslissingen van zijn Leidend ambtenaar, zijn Comité, de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep.

## Doelstellingen van de bestuursovereenkomst 2016-2018

Artikel 31 = interne hervorming

Artikel 32 = geïnformatiseerd dossierbeheer

Artikel 35 = samenwerking met de cel doelmatige zorg

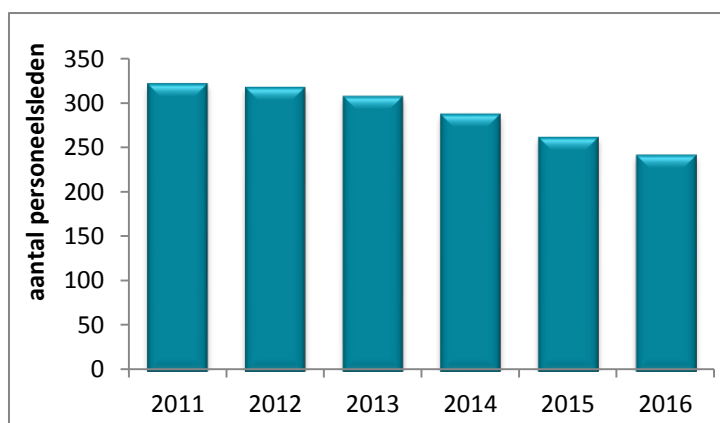
## II. HET PERSONEEL

### Aantal personeelsleden DGEC op 31 december 2016

Tabel 1

	Centraal			Provincies			TOTAAL
	NL	FR	Sub-tot	NL	FR	Sub-tot	
Geneesheer-directeur-generaal	1		1				1
Geneesheer-inspecteur-generaal	1	1	2				2
Geneesheer-inspecteur-directeur				2	6	8	8
Geneesheer-inspecteur	5	5	10	31	24	55	65
Apotheker-inspecteur	4	3	7				7
Verpleegkundige-controleur				20	13	33	33
Jurist (niveau attaché)	5	5	10				10
Adviseur-jurist		1	1				1
Expert SMALS (statistieken, data-analyse)	1	1	2				2
Adviseur (centrale dienst)	1						1
Attaché (centraal & provinciaal)	6	2	8	5	1	6	14
Administratief deskundige (niveau B)	2	1	3	3	4	7	10
Administratief assistent (niveau C)	7	8	15	30	19	49	64
Administratief medewerker (niveau D)	4	5	9	7	5	12	21
Detachering (niveau A, jurist)	1	1	2				2
<b>TOTAAL</b>	<b>38</b>	<b>33</b>	<b>71</b>	<b>98</b>	<b>72</b>	<b>170</b>	<b>241</b>

Het aantal personeelsleden is tussen 2011 en 2016 **gedaald van 321 naar 241**.

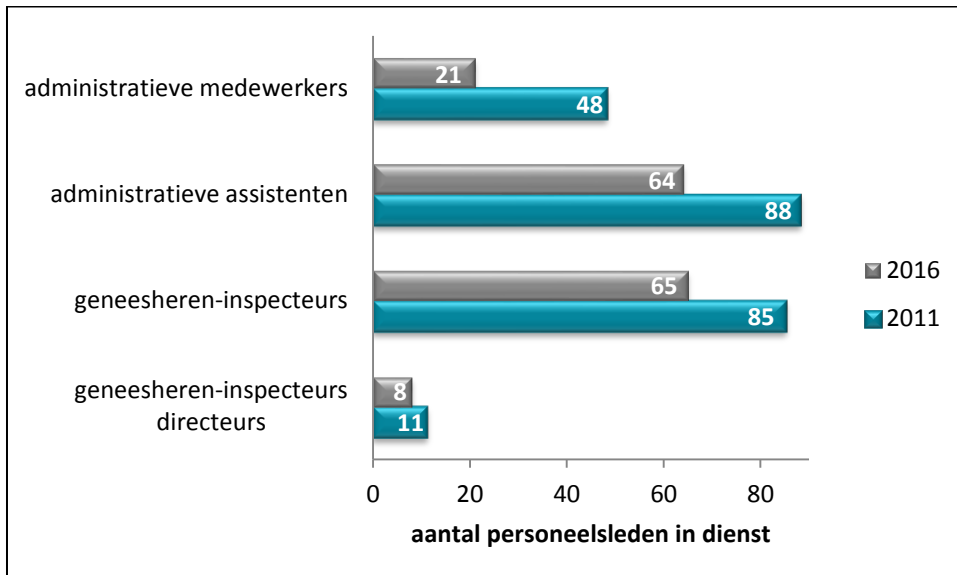


Figuur 1

Deze daling is te wijten aan

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

Het aantal vertrekkers is het grootste in onderstaande types personeelsleden:

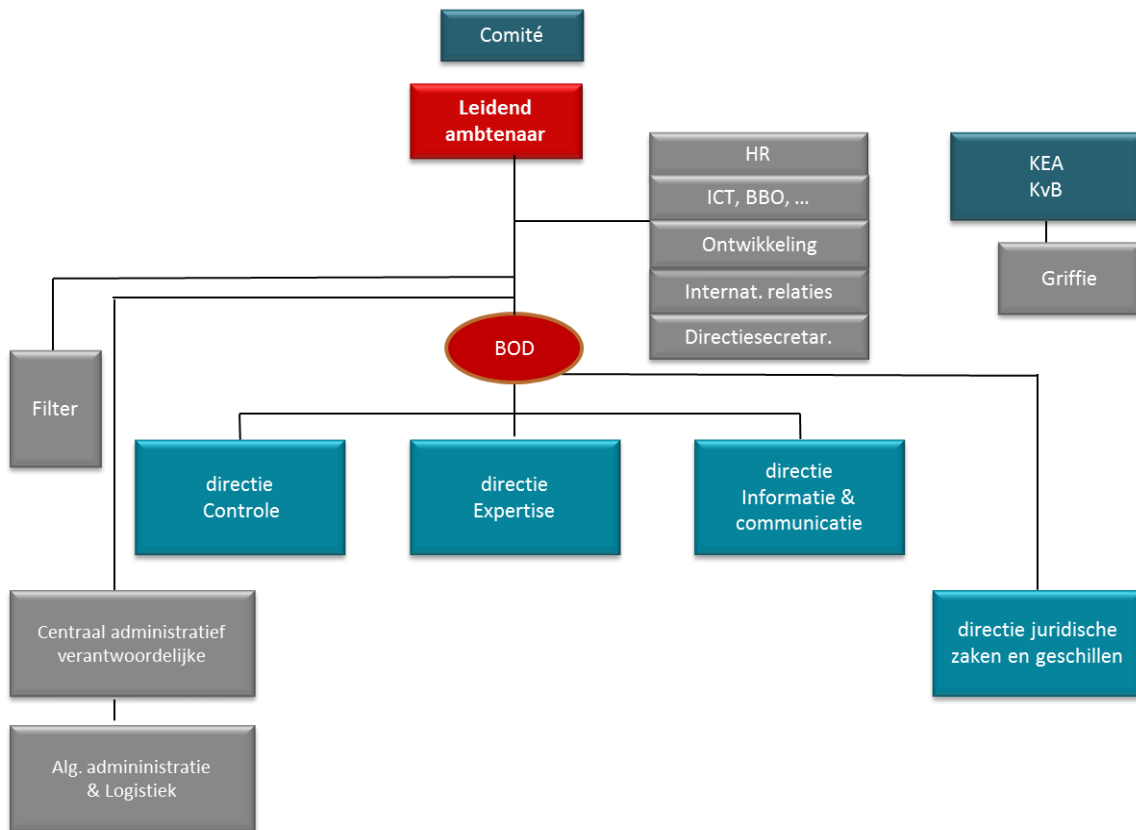


**Figuur 2**

### III. DE ORGANISATIESTRUCTUUR

De daling van het personeelsbestand is al enkele jaren gaande. Ze heeft de DGEC ertoe verplicht zijn werking grondig te herzien. Daarom startte de DGEC in 2013 een hervormingsprogramma voor een betere organisatiestructuur met weloverwogen strategie, doelmatige werkprocessen, kennisbeheer en multidisciplinaire samenwerking. Alleen zo kan de DGEC zijn doelstellingen halen ondanks de inkrimping van zijn personeelsbestand.

2016 is een belangrijk jaar want het nieuwe organisatiemodel krijgt vaste vorm zoals in figuur 3 wordt weergegeven.



**Figuur 3**

Het meetinstrument Activiteiten-Middelen-Projecten (AMP) was een tweede stap die in 2015 van start ging voor een deel van het personeel en werd in 2016 uitgerold voor alle personeelsleden van de Dienst.

De AMP geeft een overzicht van de lopende projecten en van de daarvoor ingezette middelen en competenties. Hierdoor kan men de te verwachten investering aan middelen, de prioritering, en een optimale spreiding van de werklast duidelijker vastleggen. Bovendien geeft de AMP aan welke human resources er voor elke opdracht nodig zijn.

Het BOD (Beslissings Orga(a)n(e) de Décision), bestaande uit de verantwoordelijken van de 4 directies en van de Filter en voorgezeten door de LA, neemt beslissingen rond het ICE-beleid.

## Deel 2 : De activiteiten



# I. ACTIEPLAN HANDHAVING IN DE GEZONDHEIDSZORG 2016- 2017

## Omschrijving

In tijden van besparing streeft ook de gezondheidszorg naar een goede besteding van de middelen, doelmatigheid van de zorg en een performante handhaving.

Begin 2016 werd door het RIZIV de Taskforce 'doelmatige zorg' opgericht, voorgezeten door de heer J. De Cock, Administrateur-generaal van het RIZIV. Ook de V.I. en de zorgverleners waren vertegenwoordigd.

Het doel van de Taskforce is te onderzoeken waar besparingen mogelijk of wenselijk zijn.

Tijdens de besprekingen van de Taskforce kaartten de belanghebbenden gedetecteerde verspillingen aan en werkten ze voorstellen uit voor meer doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid. De Taskforce inventariseerde alle mogelijke initiatieven en deelde die mee aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

De minister wilde ook sterker inzetten op het aanklampend beleid om frauduleuze aanrekeningen, medische overconsumptie en verspilling terug te dringen.

Zij gaf opdracht om de voorstellen van de Taskforce te concretiseren in een realistisch actieplan. Daarop werkten zij een algemene strategie uit in het 'Actieplan handhaving 2016-2017'.

Concreet bevat het 'Actieplan handhaving':

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

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

## Input van de DGEC

We namen als belanghebbende een actieve rol op in de Taskforce en formuleerden vele voorstellen.

Dankzij de inzet van vele personeelsleden uit de gewestelijke en centrale diensten hadden we een grote inbreng:

- We formuleerden 22 eigen voorstellen.
- We gaven bij 13 voorstellen van de DGV opmerkingen en extra informatie, of bijkomende voorstellen rond hetzelfde thema.
- We antwoordden op 6 specifieke vragen van de Taskforce.

Van onze 41 ingestuurde documenten zijn er 32 deels of volledig hernomen in het uiteindelijke actieplan.

## Acties voor de DGEC

De DGEC zal actief zijn in de volgende hoofdstukken van het actieplan:

### Hoofdstuk 4: Structurele maatregelen inzake de handhaving

- Uitvoering van artikel 77sexies GvU-wet (tijdelijke schorsing van derdebetalersregeling)
- Uitbouw methodiek patiëntenprofielen
- Systematische audit ziekenhuizen
- Terugbetalingsplafond verpleegkundigen

### Hoofdstuk 5: Maatregelen in het kader van fraudebestrijding

- Controle hoge profielen verpleegkundigen
- Niet-vergunde NMR-toestellen
- Dringend ziekenvervoer
- Controle bandagisten
- Fraudegevoelige medicatie
- Nacontrole CT Rotsbeenderen
- Opvolging plafond prestaties kinesitherapie
- Controle E-statuuat kinesitherapie
- Outliercontrole logopedie

### Hoofdstuk 6: Maatregelen doelmatige zorg

- Diagnostische prestaties bij connexisten
- Doorlichting cardiale centra
- Medische beeldvorming voorgeschreven door huisartsen
- Actieplan "Pertinence des soins" (Frankrijk)
- Patiëntenprofielen bij tandartsen
- Voorschrijfgedrag artsen inzake bandagisterie
- Screening artikel 17 en audit protocolakkoord zware medische beeldvorming

Deze acties zijn opgenomen in het operationeel plan van de DGEC van 2017.

### **Meer weten?**

Meer info over bovenstaande acties vindt u op de website van het RIZIV:  
[www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be) > Publicaties > Actieplan handhaving in de gezondheidszorg



## II. CONTROLE

In dit jaarverslag over de activiteiten van 2016 geven we de cijfers weer op basis van de gegevens die op 18 juli 2017 beschikbaar waren. Wanneer we dus evoluties en/of vergelijkingen weergeven met cijfers van voorgaande jaren, kunnen deze om bovenstaande redenen soms licht verschillen van de cijfers die terug te vinden zijn in de vorige jaarverslagen.

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

### 1. Algemene resultaten

In 2016 heeft de DGEC 602 controleonderzoeken afgesloten met een onverschuldigd bedrag van 8.766.783 EUR.

#### a. Afgesloten controleonderzoeken in 2016

Tabel 2

Bevoegdheid van betrokkene	Aantal	%
Huisartsen	71	11,8
Geneesheer-specialisten	61	10,1
Apothekers	22	3,6
Tandartsen	29	4,8
Vroedvrouwen	2	0,3
Verpleegkundigen	153	25,4
Kinesitherapeuten	27	4,5
Logopedisten	9	1,5
Orthopedisten	2	0,3
Bandagisten	6	1,0
Ergotherapeuten	1	0,2
Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging	1	0,2
Zorgverleners groep	10	1,7
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	72	12,0
Rustoorden voor bejaarden	2	0,3
Rust- en verzorgingstehuizen	1	0,2
Medische huizen	1	0,2
Erkende laboratoria	13	2,2
Verzekerden	82	13,6
Andere	37	6,1
<b>TOTAAL</b>	<b>602</b>	

## b. Overzicht van alle afgesloten controleonderzoeken in 2016, volgens beslissing

Tabel 3

	Type onderzoek	Aantal	%	Bedrag ten laste EUR	Vrijwillige terugbetaling EUR
Negatief	klacht geklasseerd zonder vervolg		0,50		
	klacht buiten competenties van de DGEC		0,60		
	na onderzoek	107	17,80		
	informatief	44	7,30		
Positief	actie voor derden	107	17,80	432.295	537
	waarschuwing	54	9,00		
	waarschuwing na vrijwillige terugbetaling	203	33,70	3.908.762	3.916.207
	te vervolgen	78	13,00	4.423.419	1.184.098
	te klasseren	2	0,30	2.307	2.307
<b>TOTAAL</b>		<b>602</b>	<b>100</b>	<b>8.766.783</b>	<b>5.103.149</b>

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

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

De subcategorie 'informatief' slaat op de controleonderzoeken die, na verhoor van de melder en/of de zorgverlener, werden afgesloten zonder dat er een inbreuk werd vastgesteld.

De categorie '**positief**' omvat de gevallen waarbij een inbreuk werd vastgesteld. Soms wordt een dossier afgesloten na een volledige vrijwillige terugbetaling. Deze worden verwezen naar de Leidend ambtenaar of de Kamer van eerste aanleg. Voor bepaalde dossiers zijn andere instanties bevoegd. Dergelijke gevallen worden doorverwezen naar derden, zoals de Dienst voor administratieve controle, de Arbeidsauditeur, de Procureur des Konings, de Orde der artsen, het FAGG, ... Slechts voor een beperkt aantal dossiers wordt een procedure ingeleid.

Bij de subcategorieën 'waarschuwing' en 'waarschuwing met vrijwillige terugbetaling' wordt geen procedure bij de Leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges ingeleid, maar een verwittiging verzonden met desgevallend de vrijwillige terugbetaling van de onverschuldigde prestaties.

## c. Vastgestelde inbreuken

Het totaal aantal vastgestelde inbreuken in 2016 bedraagt **538.433**.

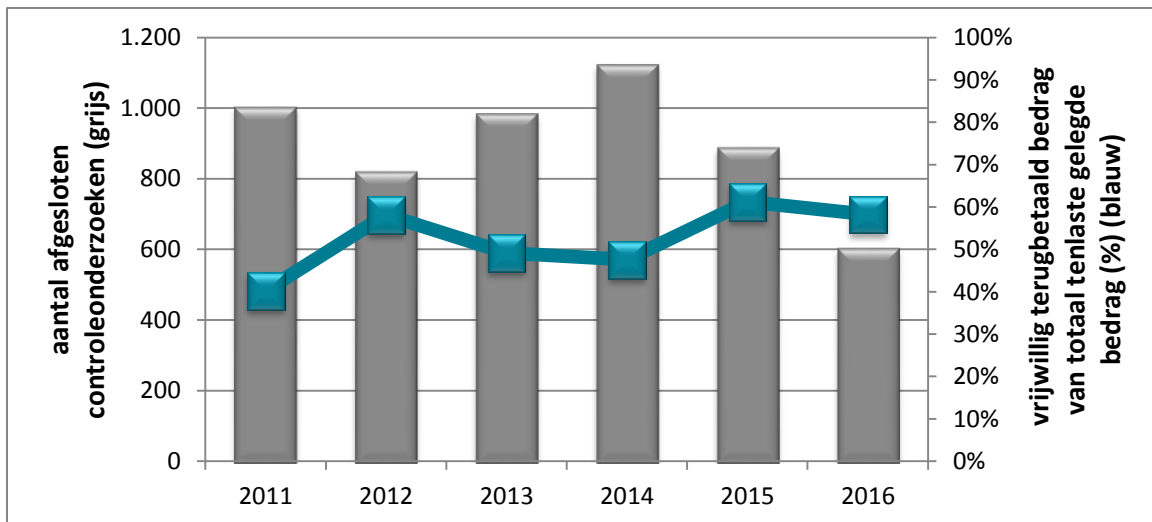
Eenzelfde verstrekking kan het voorwerp uitmaken van verschillende inbreuken.

Voorbeeld:

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

## d. Evolutie 2011-2016

Het aantal afgesloten controleonderzoeken is sinds 2014 bijna gehalveerd (aangegeven met grijze staven in figuur 4). Maar het percentage vrijwillige terugbetalingen op het totaal ten laste gelegde bedrag is met 10 % gestegen (aangeduid met de blauwe lijn).



**Figuur 4**

Enkele verklaringen:

- **Beperkte middelen**

Het aantal personeelsleden is in 5 jaar met 25 % gedaald. Een interne reorganisatie van de DGEC was nodig om deze daling op te vangen.

- **De invoering van de filter**

Het aantal afgesloten controleonderzoeken is sinds 2014 bijna gehalveerd. Dit kunnen we deels verklaren door de invoering van de 'Filter' in februari 2015. De Filter is een cel die meldingen en ideeën analyseert, en er een prioriteit aan toekent. Het BOD kent die toe aan de juiste diensten.

Onder 'meldingen' verstaan we klachten, vragen, doorverwijzingen e.d. afkomstig van buiten de DGEC. Met 'ideeën' bedoelen we interne voorstellen geformuleerd door de personeelsleden.

In 2016 creëerde en verwerkte de Filter 936 filterdossiers, waarvan 850 meldingen en 86 ideeën. Daaruit kwamen 384 controleopdrachten: 125 verplichte opdrachten, 239 individuele opdrachten en 20 thematische opdrachten. Elk van deze opdrachten kan leiden tot meerdere controleonderzoeken.

De overige 314 meldingen en ideeën werden administratief verwerkt of doorgestuurd naar andere instanties.

De werking van de Filter draagt er toe bij dat we onze middelen doelgerichter inzetten. Dat blijkt onder meer uit:

- o het 'aantal negatieve controleonderzoeken' (waarin de DGEC dus geen inbreuken kon vaststellen) daalde van 462 in 2015 naar 158 in 2016.
- o het beperkte aantal dagen dat we gemiddeld nog spendeerden aan dergelijke negatieve controleonderzoeken daalde tot 7 dagen. Dat betekent een besparing van 2.128 werkdagen in één jaar.

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

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

- **Een nauwere samenwerking tussen de verschillende directies**  
Deze nauwere samenwerking maakt een multidisciplinaire aanpak mogelijk. De simultane toepassing van preventieve, analytische en repressieve acties vergroot de impact van de DGEC ondanks een beperking van zijn middelen.
- **Meer thematische onderzoeken**  
Door de thematische aanpak kan de DGEC zich concentreren op de zwaarste inbreukplegers. Vroeger volstond een klacht om een individueel onderzoek op te starten dat vaak arbeidsintensief bleek en niet altijd in verhouding stond tot het belang van de mogelijke inbreuk.
- **De snellere verzending van de uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling**  
De verkorting van de termijn tussen de vaststelling van de inbreuk en het verzoek tot vrijwillige terugbetaling leidt tot meer vrijwillige terugbetalingen.

De hoger beschreven 602 controleonderzoeken kunnen we in verschillende manieren indelen:

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

## 2. Thematische controleonderzoeken

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

### IP 030 - Intensieve zorgen: honoraria voor permanentie 's nachts en in het weekend.

In 2012 werd artikel 13 van de nomenclatuur (reanimatie) gewijzigd met een dubbele bedoeling:

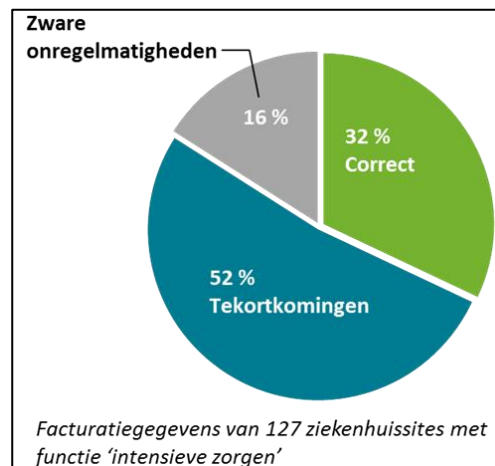
- het beroep van “geneesheer-specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg” financieel aantrekkelijker maken en
- de kwaliteit van de verstrekte zorgen op de afdeling intensieve zorgen verhogen door de permanente aanwezigheid aan te moedigen van de betrokken geneesheren-specialisten.

Omdat die financiële aanmoediging via bijkomend honorarium onvermijdelijk budgettaire consequenties had, werd de bijkomende kost op voorhand geraamd. In 2014 werd het voorziene budget van 158 miljoen EUR met bijna 29 miljoen EUR overschreden. Daarom drong de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen er in haar akkoord op aan dat de DGEC de aanrekening van honoraria tijdens een verblijf op intensieve zorgen zou doorlichten.

In een thematisch controleonderzoek gingen we na of ziekenhuizen met een erkende functie ‘intensieve zorgen’ artikel 13 van de nomenclatuur correct toepasten, in het bijzonder de honoraria voor de permanentie 's nachts en in het weekend. We deden dat bij alle 96 ziekenhuizen met een functie ‘intensieve zorgen’. Ze waren over 127 sites verspreid.

Per brief vroegen we aan alle 127 sites om ons de lijst te bezorgen van artsen die van 01 december 2012 tot 30 november 2014 permanentie hadden op de dienst ‘intensieve zorgen’. Aan de V.I. vroegen we de gewaarmerkte facturatiegegevens over de honoraria. Na vergelijking van die artsenlijsten met de facturatiegegevens konden we de sites in drie groepen indelen:

1. 41 van de 127 sites (32 %): rekenden de prestaties correct aan. We bedankten hen voor hun correcte medewerking.
2. 66 van de sites (52 %): vertoonden enige tekortkomingen waarvoor we geen bedrag ten laste legden omdat het een pure administratieve tekortkoming was of een matige non-conformiteit (van minder dan 5.000 EUR). Zij ontvingen van ons een typebrief met de lijst van alle vastgestelde tekortkomingen, een herinnering aan de reglementering en een verzoek om zich in regel te stellen.



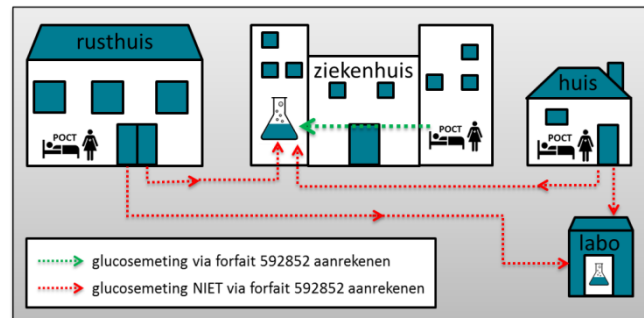
**Figuur 5**

3. 20 van de sites (16 %): vertoonden zwaardere onregelmatigheden waarvoor we wel een bedrag ten laste legden. We openden een controleonderzoek naar hen en vroegen hun het teveel aangerekende terug te betalen. Samen betaalden zij het volledige onverschuldigde bedrag van 689.174 EUR terug.

Er was geen reglementering over de manier waarop de namenlijsten met de artsen die permanentie hadden aan de controleorganen moesten worden bezorgd. Daarom hebben we aan de Technisch Geneeskundige Raad (TGR) van het RIZIV voorgesteld om het artikel 13 van de nomenclatuur als volgt te wijzigen: “De lijst is opgesteld op een document goedgekeurd door het Verzekeringscomité en wordt op hun vraag elektronisch overgemaakt aan de verzekeringsinstelling of aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.” De TGR keurde ons voorstel goed. Het werd gepubliceerd in het Belgisch staatsblad van 29 februari 2016. Het modelformulier dat ziekenhuizen moeten gebruiken verscheen in het Belgisch staatsblad van 8 maart 2017.

## IP 031 - POCT (POINTS OF CARE TESTING): Controle van de aanrekening van de code 592852

Een ziekenhuislabo mag een POCT-meting (Point Of Care Testing) aanrekenen via een ambulant forfait klinische biologie met nomenclatuurcode 592852, op voorwaarde dat die werd uitgevoerd binnen het ziekenhuis. Dergelijke meting kan bij ambulante patiënten bijvoorbeeld plaatsvinden op de spoeddienst of op de afdeling nierdialyse. Buiten het ziekenhuis mag deze POCT-meting dus niet worden aangerekend.



Figuur 6

Naar aanleiding van een klacht voerde de DGEC een individueel onderzoek waaruit bleek dat een ziekenhuislabo een ongeoorloofde samenwerking had met 2 rusthuizen. Dit ziekenhuislabo liet rusthuispersoneel glycemiemetingen uitvoeren met sticks en glucosemeter en rekende dit zelf onterecht aan via een ambulant forfait klinische biologie met nomenclatuurcode 592852.

Ook perifere labo's mogen geen glycemiemetingen aanrekenen via een ambulante forfait klinische biologie (592852), als ze deze thuis bij de patiënt uitvoeren. Als ze de glycemiebepaling of andere analyses (vb. stolling van het bloed) via code 592852 willen aanrekenen, moeten ze deze in het labo zelf uitvoeren.

In dit thematisch controleonderzoek wilden we nagaan of er nog andere ziekenhuislabo's of perifere labo's de POCT-metingen ten onrechte buiten het ziekenhuis of buiten het perifere labo aanrekenden. We vroegen alle verstrekkingen 592852 op geattesteerd bij de V.I. tussen 1 juni 2013 en 31 maart 2015 (22 maanden). We analyseerden hiervan enkel de verstrekkingen waarvan een huisarts de voorschrijver was. Zo zaten de bloedanalyse van ambulante nierdialysepatiënten, waarvoor drie keer per week dergelijk forfaits wordt aangerekend, niet in onze selectie, aangezien deze gewoonlijk voorgeschreven is door een nefroloog. Hiervan analyseerden we enkel de gevallen waarbij een ziekenhuislabo of perifere labo:

- meer dan 100 verstrekkingen per jaar per patiënt aanrekende en/of
- meer dan 10 verstrekkingen per maand per patiënt aanrekende (niet alle rusthuispatiënten verblijven een volledig jaar in een rusthuis).

In de onderzochte perifere labo's stelden we geen inbreuken vast. De analyse van de stalen gebeurde telkens in het perifere labo.

We stelden echter wel inbreuken vast bij 3 ziekenhuizen:

- Ziekenhuis uit de oorspronkelijke klacht:  
Het labo liet POCT-metingen uitvoeren in 2 rusthuizen bij 11 verzekerden. Ze attesteerden onterecht 1.358 verstrekkingen voor een bedrag van 29.473 EUR.
- Ziekenhuis 2:  
Het labo liet POCT-metingen uitvoeren in 3 rusthuizen bij 41 verzekerden. Ze attesteerden onterecht 9.056 verstrekkingen voor een bedrag van 185.659 EUR.
- Ziekenhuis 3:  
Het labo liet POCT-metingen uitvoeren in 2 rusthuizen bij 12 verzekerden. Ze attesteerden onterecht 725 verstrekkingen voor een bedrag van 14.916 EUR.

We maakten een PV van vaststelling op voor de drie betrokken ziekenhuizen, met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling. Ze betaalden het volledige onverschuldigd bedrag van 230.048 EUR vrijwillig terug. Na dit onderzoek stopten de 3 ziekenhuislabo's met deze foutieve aanrekening.

**IP 032 - Facturering van een coronarografie tijdens een dilatatieprocedure binnen de 15 dagen die op een andere coronarografie volgt.**

Artikel 34 §1 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen verbiedt de facturering van een coronarografie tijdens een dilatatieprocedure, wanneer deze verstrekking binnen de 15 dagen op een andere coronarografie volgt. Tijdens een individueel onderzoek stelden we dergelijke herhaalde facturering vast. Daarom besloten we in een thematisch controleonderzoek alle Belgische instellingen die coronarografieën uitvoeren voor deze foutieve herhaalde facturering te controleren.

We vroegen aan de V.I. alle gegevens op over de verstrekkingen coronarografie met codes 464181 – 464203 en 589024 – 589046 die tussen 1 december 2013 en 30 juni 2015 (19 maanden) zijn ingediend.

Bij al deze gegevens controleerden we of er coronarografieën binnen de 15 dagen volgend op een andere coronarografie werden gefactureerd.

Bij 43 ziekenhuizen stelden we dergelijke inbreuken vast. Hiervan kregen 21 ziekenhuizen met minder dan 10 ten onrechte uitbetaalde verstrekkingen een waarschuwing. De 22 ziekenhuizen, die meer dan 10 ten onrechte aangerekende verstrekkingen hadden gefactureerd, kregen een proces-verbaal van vaststelling met het verzoek tot vrijwillige terugbetaling.

Zes ziekenhuizen hebben aangetoond dat ze sommige verstrekkingen al aan de Verzekeringsinstellingen hebben terugbetaald. Hun onverschuldigd bedrag werd bijgevolg aangepast. In totaal hebben 21 ziekenhuizen vrijwillig terugbetaald voor een onverschuldigd bedrag van 242.359 EUR. Eén ziekenhuis gaat niet akkoord met de tenlastelegging en start een procedure op.

### 3. Apothekers

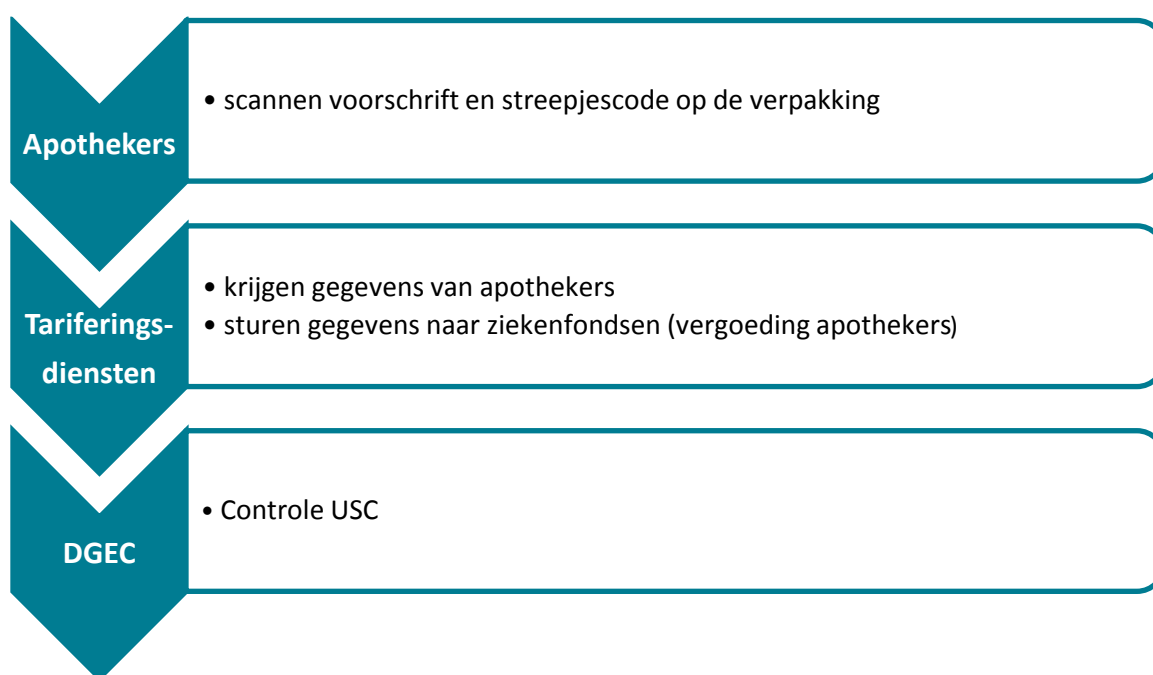
#### a) Controle 'unieke streepjescode' (USC)

De DGEC wil erop toezien dat de aangerekende geneesmiddelen

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

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

*Schematische voorstelling van de procedure:*



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



Resultaten :

**Tabel 4**

<b>Controle USC juli 2014 tot en met juni 2016 (= 24 maanden)</b>	
Aantal betrokken apotheken	5.014
Totaal aantal tarifieringslijnen	234.238.413
Aantal tarifieringslijnen die moeten voorzien zijn van een USC	211.995.595
% zonder USC	1,08%
% aantal USC die dubbel ingelezen wordt in dezelfde apotheek	0,06%
% het aantal USC waarvan het controlegetal (check digit) niet correct is	0,01%
% correct ingelezen USC en correcte USC	98,85%
% dezelfde USC aanwezig in verschillende apotheken	0,03%

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

Besluit: de USC blijft een efficiënt instrument om:

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

**b) Thematisch onderzoek fraudegevoelige medicatie:**

In verschillende individuele onderzoeken stelden we de afgelopen jaren geneesmiddelenmisbruik (van o.a. opioïden, verdovende middelen en psychotrope stoffen) vast. Daarom richtten we in 2015 een thematische werkgroep op om dit misbruik op een gecoördineerde manier op te sporen.

Het doel van deze werkgroep is verzekeren en zorgverleners te screenen en diegenen te controleren waar een vermoeden is van overdreven voorschrijfgedrag door de zorgverlener of misbruik van het geneesmiddel (toxicomanie, handel) door de verzekerde.

In de eerste screeningsopdracht binnen dit thematisch onderzoek screenen we het geneesmiddel 'fentanyl' (ATC N02AB03), omwille van:

- gekend misbruik (onderhouden toxicomanie, valse voorschriften, medical shopping) van fentanyl in recente onderzoeken,
- zijn relatief hoge kostprijs,
- het KB van 31/12/1930 houdende regeling van de slaapmiddelen en de verdovende middelen en betreffende risicobeperking en therapeutisch advies, waarin fentanyl is opgenomen.

We ontwikkelden binnen de werkgroep een uniforme werkmethode om het voorschrijfprofiel van de top-20 voorschrijvers en het medicatieprofiel van de top-20 verbruikers van fentanyl in België te analyseren. Deze analyse gebeurde op basis van de tarifieringsdata afkomstig van alle apotheken open voor het publiek in België van de periode oktober 2013 - maart 2015.

We screenen het volledige voorschrijfprofiel (niet alleen fentanyl) van de top-20 voorschrijvers van fentanyl op overdreven voorschrijfgedrag van geneesmiddelen. In het bijzonder keken we naar het voorschrijfgedrag van de opioïden uit de door de werkgroep opgestelde lijst (oxycodone, fentanyl,

piritramide, pentazocine, tilidine, tramadol, hydromorfon, morfine, buprenorfine, methylfenidaat, methadon).

Per voorschrijver weerhielden we dan de verzekerden waaraan hij/zij geneesmiddelen in overdreven hoeveelheden voorschreef. Van deze verzekerden analyseerden we het volledig medicatieprofiel (ook wat voorgeschreven is door andere voorschrijvers) en in het bijzonder de lijst opioïden.

De ontwikkeling van de werkmethode en de screening gebeurde tussen oktober 2015 en december 2016.

Uit deze analyse weerhielden we 23 onderzoeken voor controle: 17 onderzoeken van een verzekerde en 6 onderzoeken van een arts. Hiervan zijn in 2016 al 11 onderzoeken gestart/afgewerkt.

**c) Andere projecten van de apothekers-inspecteurs:**

- Analyse van de gegevens van de anonieme daghospitalisaties: detectie van outliers in de aanrekeningen
- Detecteren van afwijkende farmaceutische profielen (PharmaOT) o.b.v. de geïntegreerde bestanden
- Thematisch onderzoek implantaten, invasieve medische hulpmiddelen (art 35, art35 bis): Screening en controle van de aanrekeningen
- Vragen beantwoorden en informatie geven aan:
  - het FAGG
  - de PGC
  - de Orde van Artsen
  - het Gerecht

## 4. De DGEC en de strijd tegen fraude

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

### Wat is fraude?

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

Het intentioneel karakter is bijgevolg essentieel om over fraude te spreken maar in de praktijk is dit niet zo eenvoudig te bepalen. Het is ook geen wettelijke voorwaarde voor de afhandeling van onze onderzoeken noch voor de bepaling van de strafmaat.

Vermits we bij frauderende zorgverleners of verzekerden in grotere mate recidief mogen verwachten is het essentieel om deze specifieke groep te identificeren en proactief op te volgen. Om deze opvolging te concretiseren, labelen we o.a. de volgende onderzoekstypen als fraude:

- niet-uitgevoerde prestaties voor meer dan 3.000 EUR (uitgezonderd administratieve fouten)
- niet-conforme prestaties voor meer dan 25.000 EUR waarbij duidelijke aanwijzingen zijn voor opzettelijke onwettelijke facturatie
- intentionele overconsumptie na verwittiging.

### Afgewerkte fraudeonderzoeken in 2016

87 van de 602 afgewerkte controleonderzoeken zijn fraudeonderzoeken voor een totaal bedrag ten laste van 5.298.846,22 EUR.

De fraudeonderzoeken vormen ‘slechts’ 14 % van de afgesloten controleonderzoeken, maar zijn wel goed voor 60 % van het tenlastegelegde bedrag en 36 % van het vrijwillig terugbetaalde bedrag.

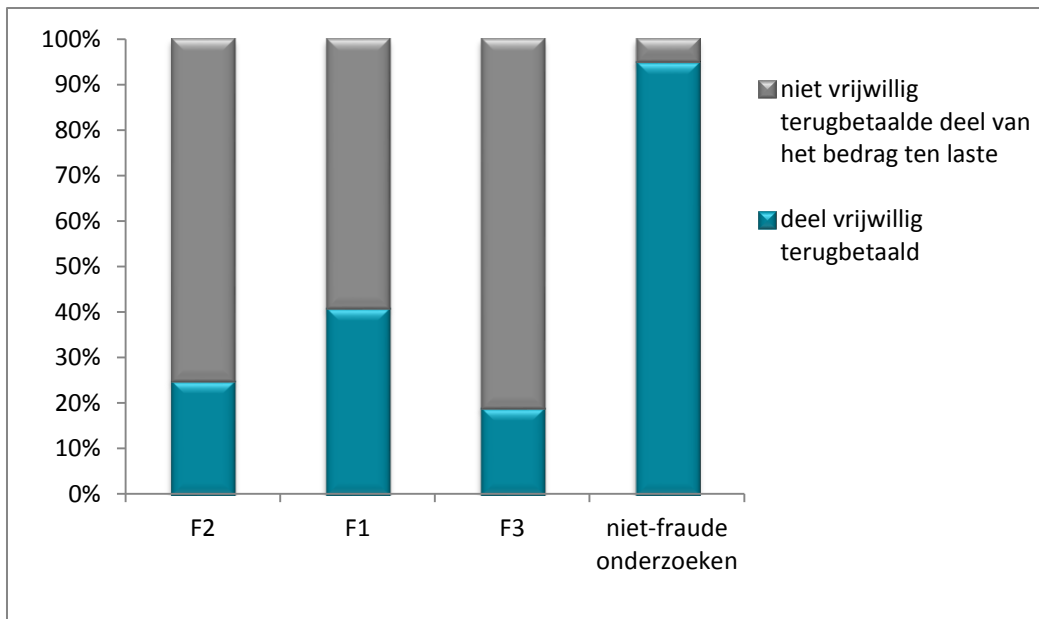
Overzicht afgewerkte fraudeonderzoeken in 2016, volgens type fraude

Tabel 5

	Aantal onderzoeken	Tenlastelegging EUR	Vrijwillige terugbetaling EUR
<b>Fraude – niet-verrichte prestaties (F2)</b>	53	1.938.297	482.513
<b>Fraude – niet-conforme prestaties (F1)</b>	33	3.348.447	1.361.733
<b>Fraude – overconsumptie (F3)</b>	1	12.102	2.262
<b>Totaal</b>	<b>87</b>	<b>5.298.846</b>	<b>1.846.508</b>

35 % van het ten laste gelegde bedrag in fraudeonderzoeken wordt vrijwillig terugbetaald. Bij fraude met niet-verrichte prestaties beperkt de vrijwillige terugbetaling zich tot 25% van het ten laste gelegde bedrag.

Ter vergelijking: bij onderzoeken die niet als fraude kunnen bestempeld worden, wordt maar liefst 95% vrijwillig terugbetaald.



**Figuur 7: Vrijwillig terugbetaald bedrag t.o.v. bedrag ten laste per type fraude**

### Wie pleegt fraude?

34 thuisverpleegkundigen zijn goed voor 39 % van het aantal fraudeonderzoeken en 35 % van het ten laste gelegde bedrag in die fraudeonderzoeken. Specialisten zijn met 9 onderzoeken de nummer 2 in het bedrag ten laste bij de fraudeonderzoeken, voornamelijk met niet-conforme prestaties.

Twee fraudeonderzoeken van bandagisten zijn goed voor een totaal bedrag van 618.426,45 EUR ten laste. Hiermee vormen ze het grootste gemiddelde per onderzoek. Net zoals bij de specialisten gaat het voornamelijk om niet-conforme prestaties.

Er zijn 20 fraudeonderzoeken (23 %) van verzekerden maar in elk onderzoek is er sprake van een relatief beperkt bedrag ten laste.

### Schorsing uitbetaling via derdebetalende

Op basis van art 77sexies van de gecoördineerde wet bestaat de mogelijkheid om de betaling van prestaties via de derdebetalersregeling tijdelijk te schorsen tot een maximum periode van 12 maanden. Dit is een extra middel om grote fraudeurs –die graag gebruik maken van de derdebetalersregeling- te kunnen afremmen terwijl het inspecterend personeel het onderzoek ten gronde voert en desgevallend een formele tenlastelegging opstelt.

Na voorbereidend werk in 2015 en begin 2016 was de eerste schorsing een feit in juli 2016. In totaal heeft de leidend ambtenaar van de DGEC de uitbetaling van vijf derdebetalersnummers tijdelijk geschorst in 2016. Vier ervan betreft een groepering thuisverpleegkundigen.

### Samenwerking auditeurs

Om sommige fraudenetwerken op te sporen zijn onze onderzoeksmiddelen ontoereikend. Grote fraudeurs zijn ook niet te stoppen met een administratieve boete.

Daarom geven we een beperkt aantal fraudeonderzoeken door aan het parket en/of het arbeidsauditoraat.

Om die samenwerking vlotter te laten verlopen werd in oktober 2016 een ontwerp van protocolakkoord opgesteld. Deze samenwerking moet op basis van concrete onderzoeken in 2017 vorm krijgen. Eén fraudeonderzoek van een verpleegkundige met een schade van 1 miljoen EUR werd reeds doorgestuurd eind 2016.

### Samenwerking RIZIV - V.I.

Er zijn verschillende platformen waar we samenwerken met andere diensten van het RIZIV en met de V.I. Concreet gaat het om de CAFC (Commission Anti Fraude Commissie) en de antifraudewerkgroep

van de Hoge Raad van Geneesheren Directeurs (HRGD).

Verder werken we bilateraal samen met DAC en de Commissie controle en datamining van het NIC.

### **Structurele maatregelen**

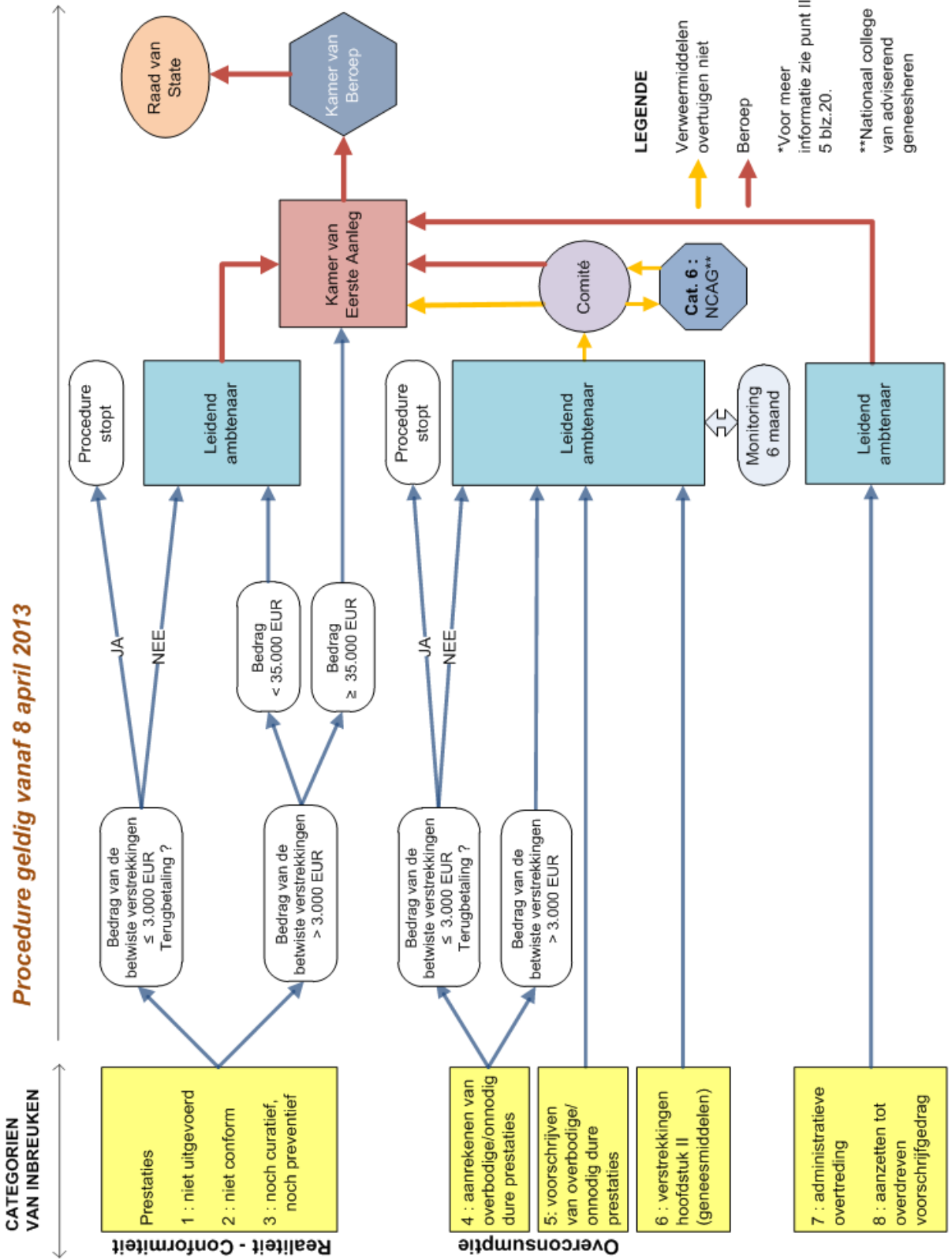
In augustus 2015 bleek uit een concreet fraudeonderzoek dat bepaalde processen in de bestelling van getuigschriften voor verstrekte hulp (GVVH) zeer fraudegevoelig zijn. In 2016 werden belangrijke concrete stappen gezet om de bestelling van GVVH te beveiligen.

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

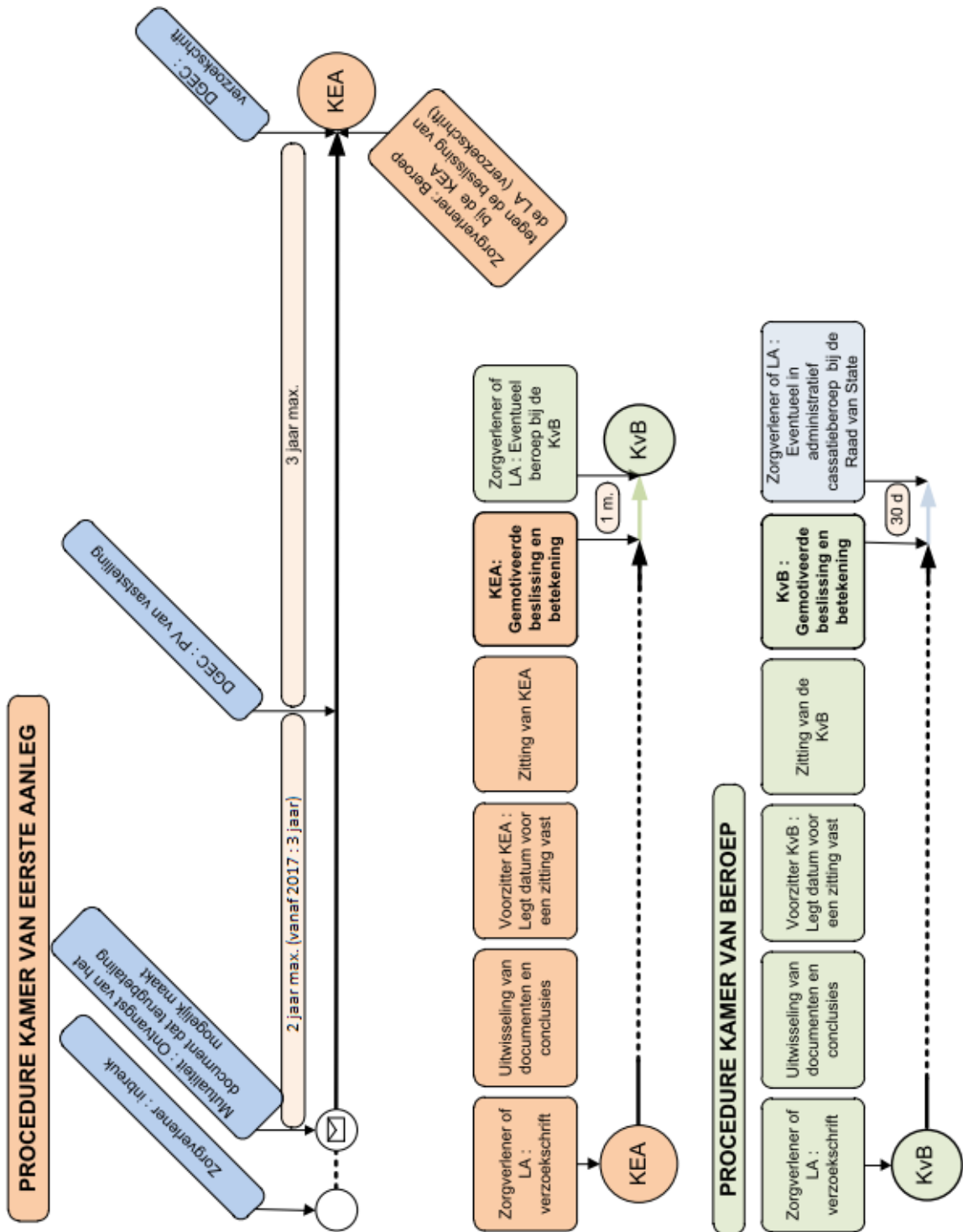
De controleonderzoeken die afgesloten zijn als “te vervolgen” (zoals bedoeld II.1, tabel 3), worden in procedure gebracht voor het daarvoor bevoegde orgaan. Welk orgaan dit is en welk traject precies gevolgd moet worden, hangt af van de vastgestelde inbreuk(en).

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

**Procedure geldig vanaf 8 april 2013**



Figuur 8



Figuur 9



## 1. Actieve beheersorganen

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

De controleonderzoeken die aanwijzingen bevatten van overconsumptie<sup>1</sup> worden voorgelegd aan het Comité, opdat het zou beslissen om ofwel:

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

**Aantal zittingen:** 5

**Gevallen van overconsumptie:** 3

**Beslissing:** De Leidend ambtenaar werd in de drie gevallen gevraagd de zaak aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg.

---

<sup>1</sup> Het uitvoeren of voorschrijven van geneeskundige verstrekkingen die overbodig of onnodig duur zijn, zoals bedoeld in artikel 73bis, 4° en 5° van de gecoördineerde ZIV-wet.

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

De Gezondheidswetten van 2006 geven de Leidend ambtenaar de bevoegdheid om kennis te nemen van bepaalde vaststellingen ten laste van zorgverleners die onterecht prestaties hebben aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering. De Leidend ambtenaar is onder meer bevoegd, wanneer de betrokken zorgverlener prestaties heeft aangerekend die hij niet of niet conform de regelgeving heeft uitgevoerd, op voorwaarde dat de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 euro.<sup>2</sup> De Leidend ambtenaar kan, afhankelijk van het geval, de terugbetaling bevelen van de onterechte aanrekeningen aan de ziekteverzekering en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

In tabel 6 vindt u de gegevens omtrent de beslissingen die de Leidend ambtenaar in 2016 heeft genomen. Sommige van deze beslissingen hebben betrekking op controleonderzoeken die al in 2015 werden afgesloten.

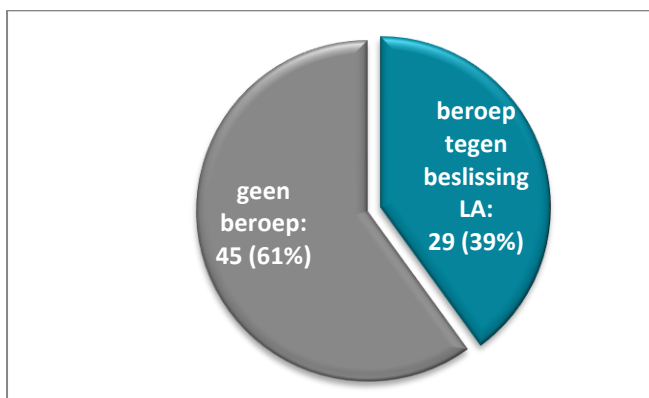
De figuur 10 onder de tabel geeft aan tegen hoeveel beslissingen van de Leidend ambtenaar er hoger beroep werd ingesteld door de betrokken zorgverlener. De meeste beroepen hadden geen betrekking op de geformuleerde tenlastelegging(en), maar wel op de opgelegde maatregel(en).

---

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

**Tabel 6: de beslissingen genomen door de Leidend ambtenaar in 2016**

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
	Aantal	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
Huisartsen	5	101.107	84.158	101.107	122.399	7.665	157.840	241.998
Geneesheren-specialisten	1	20.189	3.095	20.189		10.095	17.094	20.189
Apothekers	5	103.114	100.578	109.999	121.942	28.638	66.003	166.581
Tandartsen	1	20.759	659	19.086	14.315	4.772		659
Verpleegkundigen	48	856.093	405.345	828.530	510.449	350.656	239.648	644.993
Kinesitherapeuten	2	30.935	16.111	30.935	38.347	8.055	16.111	32.222
Logopedist	2	23.104	23.104	23.104	7.527	19.326	1.506	24.609
orthopedisten	2	150.205	100.000	150.205	12.839	75.102	63.044	163.044
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	3	76.325	45.080	76.325	72.686		99.224	144.304
Rustoord voor bejaarden	1	24.029		24.029	24.029	12.014	24.029	24.029
verzekerden	1	20.787		20.787	20.787	10.394		
Anderen	3	211.594	183.771	211.594		117.646	16.941	200.713
<b>TOTAAL</b>	<b>74</b>	<b>1.638.241</b>	<b>961.901</b>	<b>1.615.890</b>	<b>945.320</b>	<b>644.363</b>	<b>701.440</b>	<b>1.663.340</b>



**Figuur 10**

## 2. De administratieve rechtscolleges

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

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

De Kamers van eerste aanleg zijn samengesteld uit een stemgerechtigde voorzitter, die een magistraat (of op rust gesteld) is, en vier stemgerechtigde leden, waarvan twee leden, artsen, op voordracht van de V.I. en twee leden op voordracht van de beroepsgroep van de betrokken zorgverlener. De leden zetelen steeds in eigen naam als vertegenwoordigers (bewakers) van de verplichte ziekteverzekering, niet als afgevaardigde van de organisatie die hen heeft voorgedragen.

De Kamers van eerste aanleg kunnen zowel uitspraak doen in graad van beroep als in eerste aanleg. In graad van beroep oordelen de Kamers van eerste aanleg over de beroepen tegen de beslissingen van de Leidend ambtenaar.<sup>3</sup> In eerste aanleg oordelen zij over de vaststellingen ten laste van zorgverleners die onterecht prestaties hebben aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering, wanneer deze niet tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar behoren. De Kamers van eerste aanleg zijn onder meer bevoegd, wanneer de betrokken zorgverlener prestaties heeft aangerekend die hij niet of niet conform de regelgeving heeft uitgevoerd, wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 euro.<sup>4</sup>

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

In tabel 7 vindt u de gegevens omtrent alle beslissingen die de Kamers van eerste aanleg in 2016 hebben genomen. De tabellen 8 en 9 splitsen die beslissingen vervolgens op in de beslissingen die de Kamers van eerste aanleg genomen hebben in graad van beroep (tabel 8) en de beslissingen die ze genomen hebben in eerste aanleg (tabel 9).

De figuur 11 geeft aan tegen hoe veel beslissingen van de Kamer van eerste aanleg er hoger beroep werd ingesteld.

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

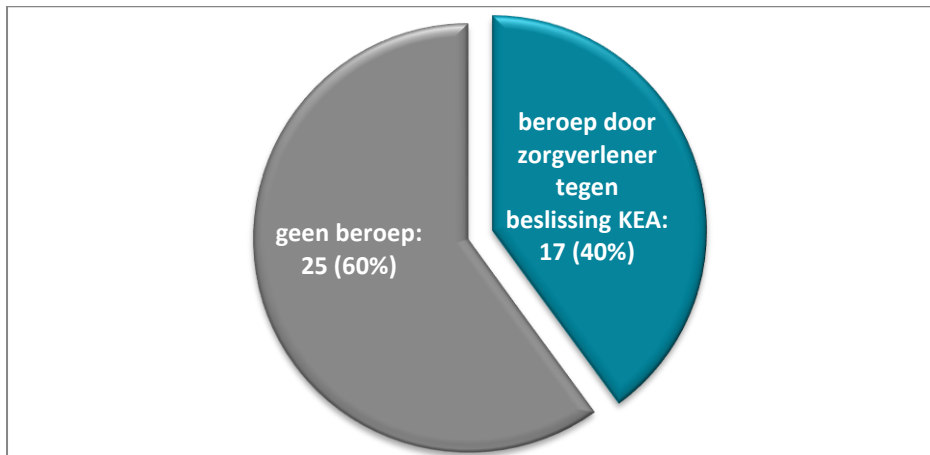
---

<sup>3</sup> Artikel 144, § 2, 2° van de gecoördineerde ZIV-wet. De Kamers van eerste aanleg doen in graad van beroep eveneens uitspraak in de (zeldzame) gevallen waarin de Leidend ambtenaar beroep aantekent tegen een beslissing van het Comité om een controleonderzoek af te sluiten zonder gevolg of met een waarschuwing.

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

**Tabel 7: Beslissingen in KEA in 2016**

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen in KEA	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen		
				Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald	
				1	2	3	4	5	1+5
				EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	4	115.753		115.159	93.500	97.164	44.275	44.275	
Geneesheren-specialisten	3	720.014	544	645.468	2.750		222.964	223.508	
Apothekers	2	33.748	28.418	33.748	17.496	26.603	17.021	45.439	
Tandartsen	11	498.120	17.137	448.008	208.974	105.021		17.137	
Verpleegkundige	18	1.441.950	263.625	1.531.724	944.135	294.823	487.535	751.161	
Kinesitherapeut	1	20.110	185	20.110		185	19.925	20.110	
Ziekenhuizen, Instellingen, diensten of zorgcentra	1	24.925		24.925	11.752	10.251			
Anderen	2	34.684	29.313	34.684	23.279	20.777	29.363	58.676	
<b>TOTAAL</b>	<b>42</b>	<b>2.889.305</b>	<b>339.222</b>	<b>2.853.826</b>	<b>1.301.886</b>	<b>554.824</b>	<b>821.083</b>	<b>1.160.306</b>	



**Figuur 11**

**Tabel 8: Beslissingen van de KEA in 2016, als beroepsinstantie**

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen	Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel
Huisartsen	2	22.602		22.602	10.639	15.802
Apothekers	2	33.748	28.418	33.748	17.496	26.603
Tandartsen	1	23.711		23.711	23.711	
Verpleegkundigen	3	201.239	158.073	201.239	106.180	82.564
Kinesitherapeuten	1	20.110	185	20.110		185
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	1	24.925		24.925	11.751	10.252
Andere	2	34.684	29.313	34.684	23.279	20.777
<b>TOTAAL</b>	<b>12</b>	<b>361.019</b>	<b>215.989</b>	<b>361.019</b>	<b>193.056</b>	<b>156.183</b>

**Tabel 9: Beslissingen van de KEA in 2016 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	93.151		92.558	82.862	81.362
Geneesheren-specialisten	3	720.014	544	645.468	2.750	
Tandartsen	10	474.410	17.137	424.297	185.263	105.021
Verpleegkundigen	15	1.240.710	105.552	1.330.484	837.955	212.258
<b>TOTAAL</b>	<b>30</b>	<b>2.528.285</b>	<b>123.233</b>	<b>2.492.807</b>	<b>1.108.830</b>	<b>398.641</b>

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

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

De Kamers van beroep oordelen in graad van beroep over de beroepen die worden ingesteld tegen de beslissingen van de Kamer van eerste aanleg.<sup>5</sup>

In tabel 10 vindt u de gegevens omtrent de beslissingen die de Kamer van beroep in 2016 heeft genomen.

---

<sup>5</sup> Artikel 144, §3, 1° van de gecoördineerde ZIV-wet. De Kamers van beroep doen eveneens uitspraak in de (zeldzame) beroepen tegen beslissingen van het Comité in tuchtzaken (artikel 144, §3, 2° van de gecoördineerde ZIV-wet).

**Tabel 10: Beslissingen van de Kamers van beroep in 2016**

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen		Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen			Bedragen	
	Aantal	%			1	2	3	4	5
			EUR	EUR					
Huisartsen	2	5,3	199.111		34.684	2.700		19.500	19.500
Geneesheren-specialisten	5	13,2	1.155.608	3.722	904.103	825		934.662	934.385
Apothekers	2	5,3	140.010	36.114	21.161				36.114
Tandartsen	5	13,2	142.279	2.354	23.944	1.575		48.734	51.087
Verpleegkundigen	16	42,1	661.006	3.277	619.280	31.864	7.278	315.723	319.000
orthopedist	1	2,6	145.809		145.809	1.375		147.184	147.184
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	3	7,9	76.259	41.329	29.164			201.351	242.680
andere	4	10,5	173.422		116.500	3.350	28.838	99.567	99.567
<b>TOTAAL</b>	<b>38</b>		<b>3.093.504</b>	<b>86.796</b>	<b>1.894.645</b>	<b>41.689</b>	<b>36.115</b>	<b>1.766.721</b>	<b>1.853.517</b>



## IV. EXPERTISE

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

- overconsumptie
- doelmatigheid
- realiteit/conformiteit.

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

### 1. Studierapporten

#### **Herziening van het gebruik en de controle van de terugbetalingsvoorwaarden voor een geneesmiddel van hoofdstuk IV (Ambisome®)**

Geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV zijn geneesmiddelen die de ziekteverzekering terugbetaalt onder specifieke voorwaarden en waarvoor de adviserend geneesheer van de V.I. vooraf zijn goedkeuring moet geven. Voor die geneesmiddelen afgeleverd in een ziekenhuis is zo een voorafgaande toelating niet nodig. Ziekenhuizen moeten wel een rechtvaardiging meesturen samen met de facturatie. We onderzochten de kwaliteit van de controle op de voorwaarden tot terugbetaling van Ambisome®, een geneesmiddel uit hoofdstuk IV dat wordt toegediend in geval van ernstige systematische schimmelinfectie.

In de periode 01 januari 2014 tot en met 31 maart 2015 (15 maanden) rekenden 42 ziekenhuizen Ambisome® aan. De tussenkomst van het RIZIV daarvoor bedroeg 3.235.605 EUR. Op basis van een analyse van facturatiegegevens van de V.I. werden 6 ziekenhuizen geselecteerd: 3 in Vlaanderen, 1 in Brussel en 2 in Wallonië, waaronder 3 universitaire en 3 niet-universitaire ziekenhuizen. De Dienst heeft bij hen verslagen en bewijsstukken opgevraagd.

De ziekenhuizen bezorgden de specialistische verslagen zoals die in algemene bewoordingen staan beschreven in Hoofdstuk IV. Die verslagen verschillen echter onderling qua vorm en inhoud omdat hoofdstuk IV geen nauwkeurige definitie geeft van 'bewijsstuk'. Dat bemoeilijkt een uniforme controle op de naleving van de vergoedingsvoorwaarden.

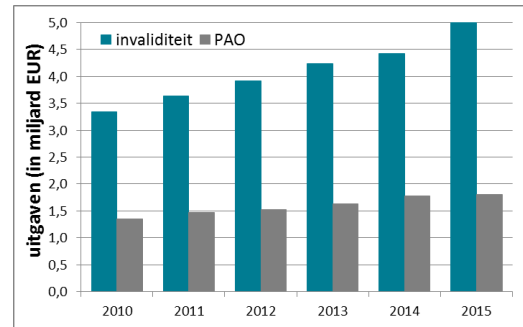
In de praktijk controleren de V.I. dus niet of de ziekenhuizen de vergoedingscriteria voor Ambisome® naleven. Bovendien zijn bepaalde vergoedingsvoorwaarden niet (meer) relevant. Om de naleving van die voorwaarden echt te kunnen controleren, zou de adviserend geneesheer het verpleegkundig dossier moeten kunnen raadplegen. Dat is praktisch niet haalbaar.

De V.I. eisen in een omzendbrief niet meer dat de ziekenhuizen de bewijsstukken met de facturatie meesturen. Ze mogen die nu ter plekke bewaren en steeds beschikbaar houden voor controle. Omdat de a priori controle zeer moeilijk is, kan men zich de vraag stellen of Ambisome® thuishoort in hoofdstuk IV. Het is mogelijk om dit geneesmiddel in te schrijven in Hoofdstuk I, dat geen controle voorziet of in Hoofdstuk II, mits vereenvoudigde en dus beter controleerbare vergoedingsvoorwaarden (controle a posteriori). In dat geval dringt een duidelijkere omschrijving van wat 'bewijsstukken' zijn zich op.

## Terreinanalyse werking adviserend geneesheren 2015

Bij de hervormingen in de sector uitkeringen van 1 januari 2016 werden de adviserend geneesheren (AG) van de V.I. in grotere mate geresponsabiliseerd bij het nemen van al hun beslissingen. Eén van hun taken is de opvolging van de verzekerden die arbeidsongeschikt verklaard zijn. Hun rol in het volledige evaluatieproces van de arbeidsongeschiktheid (AO) is door de hervorming nog crucialer geworden. De DGEC kreeg de opdracht een externe audit uit te voeren die o.a. de controle op de werking van de AG bevat. In een algemene analyse stelden we tussen 2010 en 2015 een stijging vast bij:

- verzekerden in primaire AO (PAO; het eerste jaar AO) van:
  - de duur van de periode PAO (van 32,8 mio vergoede dagen naar 40,3 mio);
  - de uitgaven in PAO (van 1.353 mio EUR naar 1.811 mio EUR);
- verzekerden in invaliditeit (vanaf het tweede jaar AO) van:
  - het aantal verzekerden in invaliditeit (van 278.071 verzekerden naar 370.408);
  - de uitgaven in invaliditeit (van 3.345 mio EUR naar 4.992 mio EUR).



Figuur 12

Daarom wilden we de activiteiten van de AG en zijn equipe in kaart brengen. Zo konden we een algemeen beeld schetsen van de efficiëntie van de controle op de AO door de AG. Concreet analyseerden we tussen november 2015 en januari 2016 via een terreinactie bij de 50 grootste verbonden van de verschillende V.I.:

- de werkomstandigheden van de AG;
- de kwaliteit van individuele medische dossiers van primaire AO;
- de kwaliteit van de dossiers invaliditeit.

Over hun werkomstandigheden stelden we het volgende vast:

- De AG besteden meer dan 3/4 van hun tijd aan de controle op AO.
- Consultaties PAO duurt gemiddeld 13 min.
- Consultaties voor overgang naar en verlenging van invaliditeit duren gemiddeld 20 en 18 min.
- De AG geven gemiddeld een globale score van:
  - 7/10 voor hun arbeidsvoorwaarden en werkomgeving;
  - 8/10 voor de uitrusting per onderzoekssite;
  - 6/10 voor hun persoonlijke veiligheid tijdens consultaties;
  - 8/10 voor de kwaliteit van het medische sociaal administratief team.

Algemeen scoren hun werkomstandigheden en ondersteunend team dus goed. Pijnpunten zijn de slechte veiligheid, het dringend tekort aan beschikbaar personeel en bij sommige V.I. ook het aantal verschillende onderzoekssites per verbond, waardoor de AG veel tijd verliezen door verplaatsingen.

Over de kwaliteit van de dossiers kwamen we tot de volgende bevindingen:

- 80% van de verzekerden in PAO werd in de eerste vier maanden AO gezien met gemiddeld 2 contacten per periode PAO.
- Bij de 567 onderzochte medische PAO dossiers waren sommige te summier ingevuld, vooral in de dossiers met korte periode AO (4-6 maanden).
- Voor 93% van de 634 onderzochte dossiers invaliditeit konden we een positieve beoordeling geven. Deze dossiers waren beter ingevuld dan de onderzochte PAO dossiers.

Deze studie was een nulmeting. De resultaten kunnen in de toekomst als vergelijkingsbasis dienen bij een volgend onderzoek.

## Een evaluatie van de huisartsactiviteiten in 2014

In deze deskstudie wilden we nagaan hoe een doorsnee huisartspraktijk in België eruit ziet en wat de activiteiten van de huisartsen waren tijdens het boekingsjaar 2014.

Een peiling uit 2012 van het Academisch centrum voor huisartsgeneeskunde<sup>6</sup> geeft aan dat de doorsnee Vlaamse huisarts (met bevoegdheidscode 00X) in zijn praktijk:

- gemiddeld 1.249 patiënten heeft;
- elke patiënt gemiddeld 4,83 keer per jaar op consultatie ziet;
- voor elk huisbezoek 3 consultaties doet;
- een werkdag heeft van ongeveer 7.24 u. patiëntencontacten.

Volgens de studie van Deveugele et al.<sup>7</sup> duurt een consultatie bij de huisarts in België gemiddeld 15 min.

Wij gebruikten de P-documenten om de voorgeschreven, aangerekende en/of uitgevoerde prestaties van de huisartsen te analyseren. Om de grootte van het patiënteel te schatten, zochten we in de pharmaOT databank op voor hoeveel verschillende patiënten de arts een voorschrift had afgeleverd. Wanneer dit aantal kleiner was dan het aantal GMD's die de arts beheerde, gebruikten we het aantal GMD's om de grootte van het patiënteel te benaderen.

In 2014 hebben 20.566 huisartsen een geneesmiddelenvoorschrift afgeleverd. Hiervan hebben 9.481 artsen een actieve praktijk met per jaar:

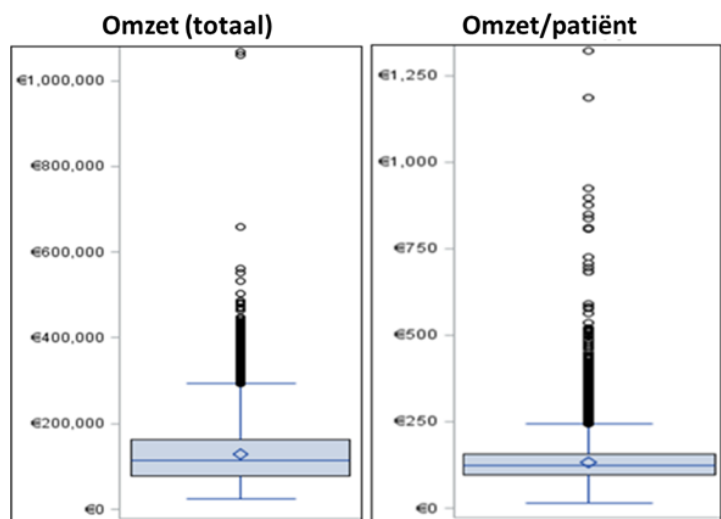
- > 25.000 EUR omzet;
- > 1.250 contacten;
- > 100 patiënten;
- niet actief in andere specialiteiten.

De kost van de geneesmiddelen, voorgeschreven door de actieve huisartsen, bedroeg 1.565.656.026 EUR. Dit is 92 % van het totaal bedrag (1.705.774.533 EUR) voorgeschreven door alle huisartsen.

De grootste activiteiten van de actieve huisartsen waren consultaties, huisbezoeken en GMD's. De uitgaven voor deze aangerekende prestaties bedroegen 1.174.807.410 EUR of 96 % van hun totale uitgaven in aangerekende prestaties.

Bij de actieve huisarts in 2014 was de mediaan van:

- de omzet: 114.560 EUR;
- het aantal patiënten: 976;
- de omzet per patiënt: 124 EUR;
- het aantal patiëntencontacten: 4.205;
- het aantal contacten met een patiënt per jaar: 4,5;
- de verhouding consultaties/huisbezoeken: 3/1.



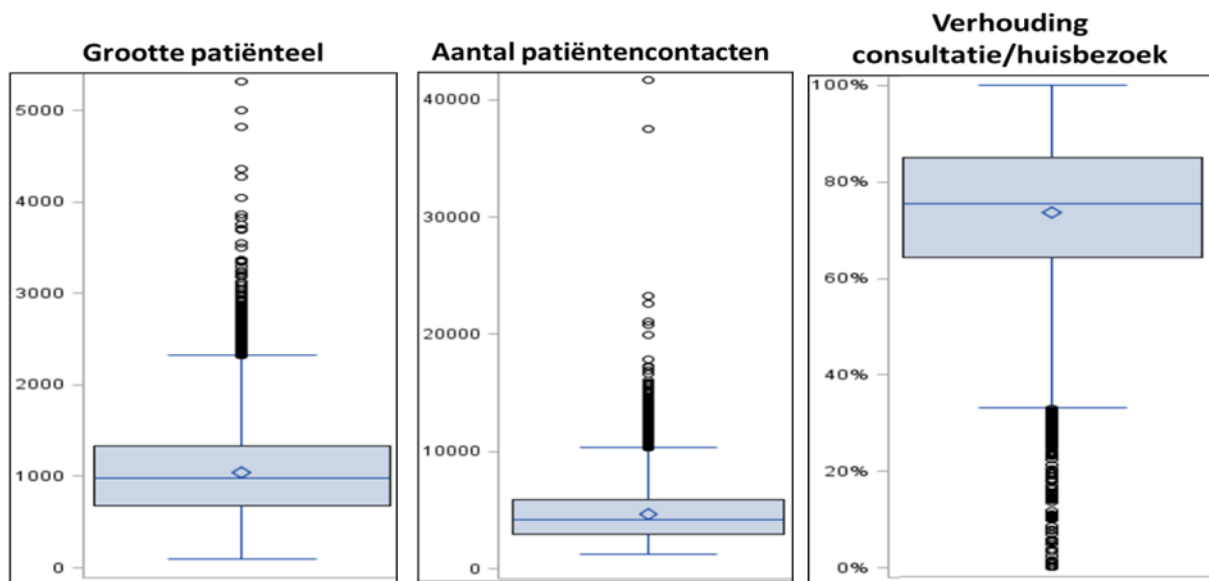
Figuur 13

Figuur 14

<sup>6</sup><http://www.academiegeneeskunde.be/sites/default/files/atoms/files/Lessons%20learned%20from%20general%20practice.pdf>

<sup>7</sup> Deveugele, M., Derese, A., Van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., & De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325(472).

Deze gegevens stemmen overeen met het beeld van de huisartspraktijk in de geciteerde literatuur.



**Figuur 15**

**Figuur 16**

**Figuur 17**

Daarnaast toont onze analyse aan dat 25 % van de actieve huisartsen meer dan 1.333 patiënten heeft en dat de verhouding consultaties/huisbezoeken bij 25 % van de artsen al 3/2 is en gaat tot 100 % huisbezoeken.

De analyse moet echter ook met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, aangezien de grootte van patiënteel een schatting is.

Uit deze analyse kunnen we afleiden dat de gemiddelde arts een werkbaar profiel heeft. Daarnaast zijn er artsen met grote tot zeer grote praktijken.

Men kan zich de vraag stellen of deze praktijken de kwaliteit van de zorg steeds kunnen garanderen. Wanneer bijvoorbeeld een arts met een praktijk van 2.500 patiënten elke patiënt gemiddeld 5 keer ziet in een consultatie van 15 min, moet deze arts het hele jaar 6 dagen per week minstens 10 uur per dag consultaties houden.

Een herverdeling van de patiënten onder de actieve artsen zou de beheersbaarheid van grote huisartspraktijken kunnen bevorderen.

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

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

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

Het FANC is dus ook in de medische sector actief als nucleaire inspectie. De DGEC werkt voor meerdere projecten met hen samen.

### a. Audit protocolakkoord zware medische beeldvorming

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

In dit Europees project waren in België 12 ziekenhuizen geselecteerd met een groot volume aan CT-onderzoeken. Voor deze ziekenhuizen brachten we onder andere volgende items in kaart:

- Bestaan er uitgeschreven procedures die het traject van aanvraag tot uitvoering doorlopen?
- Past het ziekenhuis deze procedures daadwerkelijk toe?
- Gebruiken ze guidelines?
- Welke informatie krijgt de patiënt over de stralingsrisico's? Hoe gebeurt dit?
- Op welke manier detecteren ze zwangere patiënten?
- Bevat de procedure de nodige instructies om de onderzoeken waar mogelijk te vervangen door niet straling belastende onderzoeken?

De DGEC heeft deze bevraging uitgebreid met 39 bijkomende ziekenhuizen, die bezocht werden in kader van een onderzoek naar MRI toestellen. De resultaten van de HERCA-studie zijn in analyse.

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

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

### c. Regularisatiecampagnes naar artsen connexisten en tandheekkundigen:

Om prestaties met gebruik van ioniserende stralen uit te voeren en aan te rekenen moeten de artsen-connexisten, radiologen en tandheekkundigen een gebruikersvergunning van het FANC bezitten. De DGEC en het FANC merkten tijdens een gemeenschappelijke screening dat een groot aantal artsen-connexisten, radiologen en tandheekkundigen prestaties met gebruik van ioniserende stralen aanrekenen, maar hiervoor niet vergund waren door het FANC.

In 2016 startten het FANC en de DGEC in een eerste fase samen een regularisatiecampagne op, waarbij de cardiologen-connexisten die niet in regel waren, werden aangeschreven. Campagnes naar andere doelgroepen zijn reeds opgestart in 2017 of zullen nog opgestart worden.

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

De samenstelling en de grootte van de administratiekosten die de V.I.'s en de Kas voor geneeskundige verzorging van HR Rail jaarlijks krijgen, staat beschreven in art. 195 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994. Voor 2016 bedroegen deze kosten respectievelijk 1.050.174.000 EUR en 18.037.000 EUR.

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

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

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

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

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

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

- Ten eerste bestuderen we voor welbepaalde thema's of de V.I.'s een primaire controle uitvoerden vooraleer de prestaties geneeskundige verzorging terug te betalen.

**Tabel 11: thema's geanalyseerd in 2016**

Deelanalyses DGEC 2016	Gemiddeld percentage fouten van alle V.I.'s samen*
<u>Reanimatie 1</u> : hartmonitoring attesteerbaar indien uitgevoerd in de lokalen van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg of van een erkende functie eerste opvang van spoedgevallen – invulling van dienstcode. NGV art. 13 § 3	1,00
<u>Reanimatie 2</u> : hartmonitoring attesteerbaar indien uitgevoerd in de lokalen van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg of van een erkende functie eerste opvang van spoedgevallen – invulling van plaats van prestatie. NGV art. 13 § 3	1,35
<u>Analyse van de aparte opereerstreken</u> : Slechts eenmaal terugbetaling van de prestaties 353231-353242 aan 100 % per dag. NGV art. 15 §§ 3 en 4	1,77
<u>Aanwezigheid van het identificatienummer</u> van de erkende dienst bij aanrekening via magnetische facturatie van bepaalde prestaties medische beeldvorming is verplicht. NGV art. 6 § 16	17,64
<u>Implantaten</u> : verboden dubbele aanrekeningen en verplichte invulling van de zone betrekkelijke verstrekking. Cfr limitatieve lijst – instructies magnetische facturatie	35,05

\*deze percentages zijn gemiddeldes voor alle V.I.'s samen. Dit foutenpercentage is dus niet noodzakelijk voor elke V.I. hetzelfde. Het kan bijvoorbeeld dat 4 van de 6 minder dan 1 % fouten hebben en 2 van de 6 100 % fouten hebben. Dit geeft een gemiddelde van 35 %.<sup>8</sup>

- Ten tweede evalueert de DGEK of de V.I.'s de opgevraagde gewaarmerkte gegevens binnen de maximumtermijn van 30 dagen aan het RIZIV afleveren.

**Tabel 12: resultaten van 2016**

V.I.	% van laattijdige of niet-ontvangen antwoorden
100	0,47
200	0,40
300	1,12
400	11,91
500	1,56
900	0,29

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

---

<sup>8</sup> Artikel 150, tweede lid van de gecoördineerde ZIV-wet



## V. INFORMATIE

### 1. Informatiebrochures

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

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

**Tabel 13**

2016	Brochure
juli	Infobox Kinesithérapie, bijgewerkte versie
maart	Infobox Verpleegkundigen, bijgewerkte versie
oktober	Infobox Tandarts, bijgewerkte versie
september	DGEC, Opdrachten en procedures, bijgewerkte versie

### 2. Brievencampagne

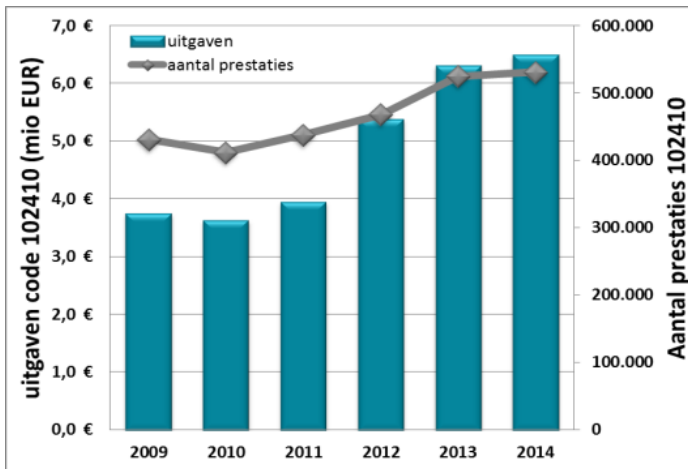
Via brievencampagnes treedt de DGEC in dialoog met zorgverleners. We brengen op die manier bepaalde doelgroepen van zorgverleners op de hoogte van afwijkende resultaten die werden vastgesteld tijdens een thematisch onderzoek of een evaluatieproject. Deze brieven hebben een informerende en sensibiliserende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

In 2016 werden 3 dergelijke brievencampagnes op touw gezet:

- Een waarschuwingsbrief naar de cardiologen-connexisten waarvan de verplichte gebruikersvergunning voor prestaties met ioniserende stralen niet in orde was;
- Een herinneringsbrief aan de cardiologen-connexisten die de bovenvermelde vergunning niet in orde gebracht hadden in de termijn vooropgesteld in de eerste brief;
- Een sensibilisatiebrief naar de huisartsen die bij meer dan 20 % van hun zaterdagraadplegingen buiten de wachtdienst een toeslag voor dringende verzorging (code 102410) aanrekenden.

### 3. Studierapport:

#### Aanrekenen code 102410 door huisartsen tijdens raadplegingen op zaterdag buiten de wachtdienst



Figuur 18

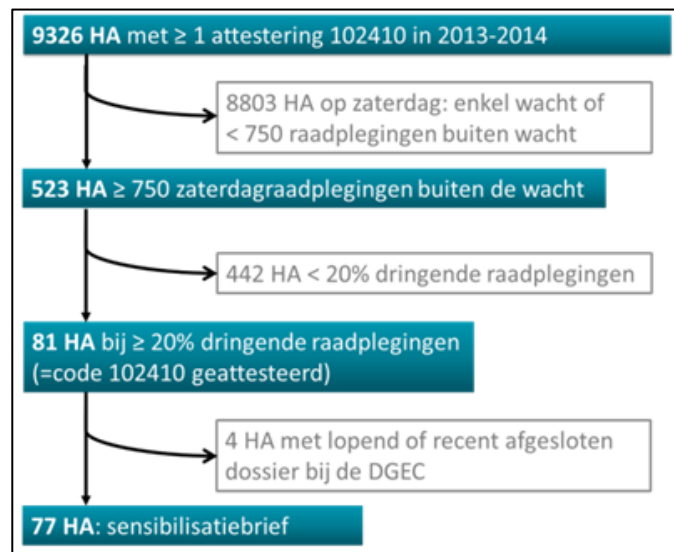
Volgens art. 2 F van de nomenclatuur mag de huisarts tijdens het weekend of op feestdagen bovenop zijn raadpleging een toeslag, nomenclatuurcode 102410, aanrekenen voor patiënten die dringende verzorging vergen die niet kan worden uitgesteld. Voor een gewone zaterdagraadpleging die niet dringend is, mag de arts de toeslag dus niet aanrekenen. Uit een analyse bleek dat het aantal aangerekende toeslagen voor een dringende raadpleging tussen 2009 en 2014 met 23 % gestegen was en de uitgaven met 74% tot 6,5 mio EUR.

We wilden in dit thematisch onderzoek

nagaan bij hoeveel zaterdagraadplegingen in 2013-2014 de toeslag 102410 voor een dringende raadpleging werd aangerekend. Daarbij lieten we de zaterdagraadplegingen tijdens de wachtdienst buiten beschouwing omdat men kan veronderstellen dat een patiënt enkel naar de wachtdienst gaat wanneer het dringend is.

9326 huisartsen met bevoegdheidscode -003 en -004 hadden toeslag 102410 minstens één keer aangerekend. Daarvan selecteerden we 523 huisartsen, die in 2013 en 2014 minstens 750 zaterdagraadplegingen buiten de wachtdienst hadden geattesteerd.

Voor deze 523 artsen bepaalden we het percentage 'dringende' raadplegingen (=code 102410 geattesteerd) op het totaal aantal zaterdagraadplegingen buiten de wacht. Dit percentage varieerde bij de 523 onderzochte artsen tussen 0 en 99 %, waarbij 0% dus betekent 'geen dringende raadplegingen' en 99% betekent 'bij 99% van de zaterdagraadplegingen buiten de wachtdienst werd de toeslag aangerekend'.



Figuur 19

Na de analyse werd besloten om de 15% artsen die de toeslag het vaakst attesteren per brief te sensibiliseren. Concreet ging het over 81 artsen die de code bij meer dan 20% van hun zaterdagraadplegingen attesteren. Vier onder hen hadden een lopend of recent gesloten onderzoek bij de DGEC en werden verder buiten beschouwing gelaten. De 77 overige huisartsen ontvingen een preventiebrief over het gebruik van code 102410. 21 van hen reageerden.

Uit hun reacties bleek dat de nomenclatuur voor hen onduidelijk was en dat het woord 'dringend' voor interpretatie vatbaar is. Daarom zal de DGEC adviseren om de nomenclatuur van weekendprestaties te herzien. In de toekomst zal ook een impactmeting van de sensibilisatiecampagne volgen.

## VI. JURIDISCHE ZAKEN EN GESCHILLEN

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

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

Voor deze laatste taak deed de juridische directie in 2016 bijvoorbeeld het voorbereidende werk voor de aanpassingen die mee opgenomen werden in de Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid van 18 december 2016, zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 27 december 2016.

In afdeling 12 van titel 2 van die Wet, kan men de aanpassingen in verband met geneeskundige controle terugvinden.

De twee meest opvallende aanpassingen van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de DGEC zijn:

1. het feit dat de vaststellingen van de DGEC moeten gebeuren binnen de drie jaar in plaats van binnen de twee jaar (art. 27); en
2. het invoeren van de onderzoeksmethode extrapolatie (art. 31).

Zoals blijkt uit de memorie van toelichting, hebben beide aanpassingen tot doel om de DGEC toe te laten zijn wettelijke bevoegdheden efficiënter te kunnen uitoefenen om misbruik van het budget van de ziekteverzekering beter te kunnen vaststellen en herstellen.<sup>9</sup>

Met een onderzoekstermijn van drie jaar krijgt de dienst enerzijds een ruimer zicht op de aanrekeningen van de zorgverleners. Anderzijds kan de schade aan de ziekteverzekering die ontstaat door zorgverleners die de gelden van de ziekteverzekering reeds langer niet correct besteden, beter hersteld worden.

De invoering van de onderzoeksmethode extrapolatie in de wet van 14 juli 1994 biedt zowel het inspecterend personeel van de DGEC als de zorgverleners een rechtszekerheid over het gebruik van extrapolatie en hoe de berekening van het ten onrechte aangerekende bedrag zal gebeuren. De onderzoeksmethode werd in de wet ingeschreven rekening houdende met de vereisten van de statistische wetenschap zodat er voor iedere zorgverlener een uniforme berekening kan gebeuren.

De concrete toepassing van beide aanpassingen zal in de toekomst het effect ervan duidelijk maken.

---

9

<https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/flwb&language=nl&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?lang=N&legislat=54&dossierID=2154>.

## VII. COMMUNICATIE

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

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

In 2016 hebben we mededelingen gepubliceerd op de website van het RIZIV en vragen van de media beantwoord. Die vragen hadden vooral betrekking op

- de onrechtmatige aanrekeningen van verstrekkingen, vooral in de sector van de thuisverpleegkunde
- de beslissingen van de leidend ambtenaar en de administratieve rechtscolleges.

De invoering van de nieuwe organisatiestructuur bracht ingrijpende veranderingen met zich voor het DGEC-personeel. Dat vergde verregaande inspanningen en aanpassingen van de personeelsleden. Daarom legden we in 2016 de klemtoon vooral op de interne communicatie ter ondersteuning van het veranderingsbeheer. Het was de bedoeling de ingrijpende hervormingen duidelijk uit te leggen en de nieuwe strategische objectieven aan te geven. Die communicatie werd vooral gevoerd via o.a.:

- elektronische nieuwsbrieven
- informatiesessies in de hoofdzetel en de provinciale kantoren
- personeelsvergaderingen
- personeelsmededelingen.

# 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