

**BESLISSING VAN DE LEIDEND AMBTENAAR**  
**(Artikel 143, § 1, 2 en 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)**

Betreft:        **A...**  
                  **XXXX X**  
                  **XXXX XXXX**  
                  **KBO-nr.: XXXX**  
                  **RIZIV-nr.: XXXX**  
                  **BRS/N/2022/13**

gelet op de resultaten van dat onderzoek die zijn gebundeld in het dossier 2018-XXXXXX-P-XX-XXX-XXXXX en dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd;

gelet op het proces-verbaal van vaststelling van 28/08/2021, opgesteld lastens A..., waarvan een afschrift ter kennisgeving werd aangeboden aan het A... via een aangetekende brief opgestuurd op 06/09/2021;

gelet op de ter post aangetekende brief van 01/12/2022 waarin de synthesenota aan het A... ter kennisgeving werd aangeboden, waarin het A... werd verzocht zich schriftelijk te verantwoorden;

gelet op de schriftelijke namens het A... van 26/01/2023;

gelet op de artikelen 2, n), 73bis, 142, 143, 156 en 157 van de GUV-wet<sup>1</sup>.

## **1. GEFORMULEERDE TENLASTELEGGING**

### **1.1 Algemeen**

A... heeft in de periode van 08/06/2018 tot en met 31/01/2021 (ontvangstdatum bij de verzekeringsinstelling van 28/08/2018 tot en met 24/03/2021) volgende inbreuk begaan op de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering:

Het in rekening brengen van niet-conforme verstrekkingen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, terwijl er niet aan de voorwaarden voor terugbetaling was voldaan. Deze verstrekkingen hadden moeten aangerekend worden onder het nomenclatuurnummer 243154-243165, met een lagere sleutelletterwaarde.

Voor die tenlastelegging bedraagt het totale bedrag van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen € 10.217,63.

---

<sup>1</sup> Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 27/08/1994.

Wettelijke basis:

**Niet-conforme verstrekkingen:**

Art. 73bis, 2° GUV-wet:

*Onverminderd eventuele straf- en/of tuchtrechtelijke vervolging, en onafgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen bedoeld in Titel III, is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden, op straffe van de maatregelen voorzien in artikel 142, § 1 :*

(...)

*Van 09/04/2012 tot en met 25/11/2018:*

*2° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet;*

*Vanaf 26/11/2018:*

*2° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet en/of verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep;*

(...)

Reglementaire basis:

**Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:**

[...]

**HOOFDSTUK V – SPECIALE TECHNISCHE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN**

[...]

**Afdeling 5 - Heelkunde**

[...]

**Art. 14.** Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming is vereist van geneesheer, specialist voor één van de specialismen die tot de **uitwendige pathologie behoren :**

[...]

**d) de verstrekkingen die tot het specialisme heelkunde (D) behoren : verstrekkingen inzake heelkunde op het abdomen.**

[...]

244871 244882 Appendectomie met noodzakelijke resectie van de caecumbodem N 400

[...]

## 1.2 Ten gronde

De tenlastelegging is gebaseerd op het onterecht aanrekenen van code 244871-244882.

<b>Codenummer verstrekking</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Sleutelletter en coëfficiënt</b>	<b>Datum inwerkingtreding</b>
244871-244882	Appendectomie met noodzakelijke resectie van de caecumbodem	N 400	01/05/2007

Het aanrekenen van code 244871-244882 geeft aanleiding tot het attesteren van andere verstrekkingen die eveneens ten laste worden gelegd.

<b>Codenummer verstrekking</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Sleutelletter en coëfficiënt</b>	<b>Datum inwerkingtreding</b>
156332-156343	Geheel van gebruiksmateriaal en implanteerbaar materiaal gebruikt tijdens de verstrekking 244871-244882 van de nomenclatuur, via endoscopische weg		01/07/2014
156354-156365	Geheel van gebruiksmateriaal en implanteerbaar materiaal gebruikt tijdens de verstrekking 244871-244882 van de nomenclatuur, bij open chirurgie		01/07/2014
200196-200200	Anesthesie verricht tijdens een verstrekking : Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 240 of N 400 of I 450 en hoger dan K 180 of N 300 of I 350	K 105	01/03/2002

Om het verschil te bepalen tussen het bedrag dat effectief is aangerekend en het bedrag dat maximaal kon worden aangerekend, moeten we rekening houden met volgende verstrekkingen:

<b>Codenummer verstrekking</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Sleutelletter en coëfficiënt</b>	<b>Datum inwerkingtreding</b>
243154-243165	Appendectomie in de koude of in het acute stadium, met of zonder perforatie	N200	01/04/1985
156310-156321	Geheel van gebruiksmateriaal en implanteerbaar materiaal gebruikt tijdens de verstrekking 243154-243165 van de nomenclatuur, via endoscopische weg		01/07/2014
200255-200266	Anesthesie verricht tijdens een verstrekking : Gerangschikt in categorie K120 of N200	K 51	01/03/2002

Daarnaast is er ook nog de aanrekening van de operatieve ingreep via het systeem van Laagvariabele zorg (LVZ). Hierbij wordt het nomenclatuurnummer van de ingreep geattesteerd aan 0 euro, in combinatie met een pseudocode die aanleiding geeft tot een forfait die alle medische verstrekkingen tijdens het verblijf dekt (het gebruiksmateriaal valt hier niet onder).

<b>Codenummer verstreking</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Sleutelletter en coëfficiënt</b>	<b>Datum inwerkingtreding</b>
799002	Globaal prospectief bedrag per opname in het kader van een verblijf laagvariabele zorg : patiëntengroep die een appendectomie (zonder complexe diagnose) ondergaan heeft, in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1.		01/01/2019

Dit forfait geldt zowel voor patiënten bij wie een “appendectomie in de koude of in het acute stadium, met of zonder perforatie” werd aangerekend als voor patiënten bij wie een “appendectomie met noodzakelijke resectie van de caecumbodem” werd geattesteerd, op voorwaarde dat de patiënt aan de specifieke voorwaarden om in aanmerking te komen voor LVZ voldoet.

## **2. VERWEER**

De verweermiddelen werden opgevraagd aan het A... via een aangetekende brief van 1 december 2022.

De verweermiddelen werden ontvangen op 27 januari 2023.

Het ziekenhuis haalt in zijn verweermiddelen aan dat het heel moeilijk en problematisch is een verdediging op te bouwen omdat dokter B..., die de ten laste gelegde prestatie met nomenclatuurnummer 244871-244882 aanrekende in de ten laste gelegde periode, niet meer werkzaam is in het A....

Het ziekenhuis poneert dat indien er geen rekening zou worden gehouden met de aanrekeningen van dokter B..., er geen procedure zou zijn opgestart lastens het A.... Dit verzwaart volgens het ziekenhuis de bewijslast. Het ziekenhuis wijst erop dat de DGEC niet motiveert waarom de grens op 20% als niet-conform wordt beschouwd.

Het ziekenhuis vraagt aan de Leidend ambtenaar om te bevestigen dat dokter C... te allen tijde volledig conform handelde, indien de Leidend ambtenaar *‘in het onwaarschijnlijke geval de tenlastelegging en de vordering gegronnd’* zou verklaren.

Het ziekenhuis stelt dat dokter B... ook het nomenclatuurnummer 244871-244882 correct aanrekende. De noodzaak voor een caecumbodemresectie zou blijken uit de preoperatieve bevindingen, de operatieverslagen en de APO-verslagen. Het nomenclatuurnummer 244871-244882 zou enkel als voorwaarde vooropstellen dat er een caecumbodemresectie moeten worden uitgevoerd.

Het ziekenhuis heeft alle 68 operatieverslagen en APO-verslagen toegevoegd en groene markeringen in de tekst aangebracht. De groene markeringen zouden aantonen de noodzaak voor een caecumbodemresectie aantonen.

De omschrijving “gezonde appendix basis” of het gebruik van het woord “gezond” zou volgens het ziekenhuis verkeerdelijk blijven staan zijn door het gebruik van een standaard operatieverslag.

Het ziekenhuis haalt aan dat de letterlijke omschrijving “harde appendiculaire basis” die kort ervoor als “soepel” zou worden aangeduid, nergens voorkomt in de operatieverslagen van dokter C... en dokter B....

Het ziekenhuis zou volgens haar alle argumenten van de DGEC in de verslagen kunnen weerleggen. Er worden enkele voorbeelden uit de verslagen aangehaald in de verweermiddelen die zouden aantonen dat de chirurgen wel correct aanrekenden. De voorbeelden gaan over de diameter-appendix, de beschrijving van de inflammatie op de appendixbasis, de omschrijving van de stapelnaad, de lengte van de stapelnaad, het verslag van de medische beeldvorming, het materiaalgebruik tijdens de ingreep, het gebruik van een blauwe lader in plaats van een groene lader, de bloedresultaten: sterk verhoogde inflammatoire waarden vs beperkt gestegen inflammatoire waarden en het gebruik van antibiotica.

Het ziekenhuis benadrukt dat de impact van de ten laste gelegde prestaties op de artsen niet mag worden onderschat.

Ze haalt aan dat geldgewin geen drijfveer was voor de chirurgen aangezien een verschil van minder dan 500 euro per jaar niet heel veel is.

Het ziekenhuis poneert dat door de aanrekening van caecumbodemresectie zelfs een besparing inhoudt voor de sociale zekerheid aangezien er daarna minder post-operatieve complicaties optreden.

Ze stelt dat er geen antecedenten zijn in hoofde van het A... en het materiaalforfait door de uiteengezette argumenten terecht werd aangerekend. Het A... wijst erop steeds te goeder trouw aan het onderzoek te hebben meegewerkt.

In ondergeschikte orde vraagt het ziekenhuis aan de Leidend ambtenaar geen geldboete op te leggen en in meest ondergeschikte orde een geldboete met uitstel.

### **3. BEOORDELING**

#### **3.1 Algemeen**

Overeenkomstig artikel 143, § 1, 1° van de GvU-wet neemt de Leidend ambtenaar kennis van de betwistingen betreffende de inbreuken bedoeld in artikel 73bis, 2° van de GvU-wet) wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 euro. Onder “waarde van de betwiste verstrekkingen” moet het verschuldigde bedrag begrepen worden dat overblijft na aanrekening van elke terugbetaling uitgevoerd tussen de kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling en het aanhangig maken van de zaak bij de Leidend ambtenaar of de Kamer van eerste aanleg.<sup>2</sup> Het ten laste gelegd bedrag in dit dossier is € 10.217,63 euro. Er gebeurde geen vrijwillige terugbetaling. De waarde van de betwiste verstrekkingen bedraagt € 10.217,63. Het dossier behoort dus tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar.

---

<sup>2</sup> Wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *Parl.St.* Kamer DOC 53, 2600/001, 14

*In casu* werden de feiten ten laste gelegd aan het A... als zorgverlener in de zin van artikel 2, n) van de GvU-wet.

De tenlastelegging, de wettelijke en reglementaire basis en de argumentatie van de Dienst zijn opgenomen in de synthesenota die ter kennisgeving werd aangeboden aan het A.... De synthesenota maakt deel uit van het dossier, er wordt hier dan ook verwezen naar dat document.

### **3.2 Ten gronde**

De tenlastelegging is bewezen omwille van volgende redenen:

#### **3.2.1. Variatie tussen de artsen**

De ratio voor het A... (Rizivnr. XXXX) bedroeg voor de bestudeerde periode van 3 jaar **26,47%**, ruim boven de Belgische mediaan van 14,52%.

Er bestaat een grote variatie onder de chirurgen die quasi exact evenveel appendectomieën uitvoerden in de beschouwde periode van 3 jaar:

- Dr. B...: 36 % (45/126)
- Dr. C...: 20 % (25/125)

Concreet betekent dit dat dr. B... in meer dan 1 appendectomie op 3 een noodzakelijke caecumbodemresectie zou hebben moeten uitvoeren terwijl collega dr. C... in 1 op 5 gevallen. En dat terwijl de mediaan voor België ligt op 1 op 7 gevallen.

Een grote variatie tussen chirurgen onderling voor een gelijkaardige pathologie bij eenzelfde patiëntenpopulatie doet non-conformiteit vermoeden. Dr. B... is momenteel niet meer werkzaam in het A....

#### **3.2.2. Verslagen anatomopathologie (APO):**

- Hoewel het ziekenhuis beweert alle verslagen te hebben toegestuurd in verband met de uitgevoerde caecumbodemresecties, ontbreken er 2 verslagen voor de patiënten van Dr. C... en 18 verslagen voor de patiënten van Dr. B..., die in tenlastelegging werden opgenomen (zie lijst in punt 1.6 van het proces-verbaal van vaststelling). We kregen daarentegen wel verslagen van patiënten die niet opgenomen waren in het proces-verbaal van vaststelling. Deze werden uiteraard niet geanalyseerd voor dit verweer. 1 ontbrekend verslag was ons reeds toegestuurd naar aanleiding van een eerdere selectie van 15 ingrepen, waardoor in totaal 19 APO-verslagen ontbreken. Dit grote aantal ontbrekende verslagen roept vragen op.
- Slechts 7x wordt de aanwezigheid van een caecumbodem bij de beschrijving van het macroscopisch onderzoek vermeld.
- Slechts 5 x wordt de caecumbodem ook beschreven bij het microscopisch onderzoek.
- In een aantal gevallen (11) wordt de lengte van de nietnaad vermeld. Een nietnaad van 2 of 2.5 cm past niet bij een resectie van de caecumbodem (afstand nietnaad is altijd groter dan de breedte van de appendix gezien deze platgedrukt wordt bij het afnieten, cf. illustratie op pagina 9 van de synthesenota). Een nietnaad van 3, 6 of 7 cm kan wel passen bij een caecumbodemresectie, wat ook uit het operatieverslag zelf kon worden afgeleid.
- Opvallend: Dr. B... heeft 3x een appendectomie met noodzakelijke resectie van de caecumbodem aangerekend terwijl uit het verslag blijkt dat de appendix reeds in een

eerdere ingreep verwijderd werd. Het gaat hier dus zeker over een non-conformiteit: de uitgevoerde ingreep correspondeert niet met de aangerekende nomenclatuurcode.

### 3.2.3. Operatieverslagen

- Ondanks het feit dat het ziekenhuis beweert alle operatieverslagen te hebben bezorgd, ontvingen we voor 5 patiënten geen verslag; voor 1 patiënt werd een verslag bezorgd in verband met een galblaasresectie in plaats van een appendectomie.
- In alle bezorgde verslagen, wordt vermeld dat wordt overgegaan tot een caecumbodemresectie.
- Diverse verslagen spreken zichzelf tegen. Voorbeelden:
  - o “*appendix en caecumbodem waren **flegmoneus ontstoken**. Afcoaguleren tot op een **gezonde caecumbasis**”;*Dit zou te wijten zijn aan een onnauwkeurige aanpassing van een standaardverslag.
- Bij resectie van een afgekoelde appendicitis is volgens het verslag steeds een caecumbodemresectie noodzakelijk. Dat lijkt wat vreemd gezien de afkoelingsperiode net bedoeld is om de ingreep zo beperkt mogelijk te kunnen houden.
- Ook een verbrede appendiculaire basis is volgens de chirurg een reden om bijkomend een deel van de caecumbodem weg te nemen. Nochtans kan op een brede appendiculaire basis probleemloos een stapler worden geplaatst indien een endoloop minder geschikt is.

### 3.2.4. Materiaalvoorschriften (opgevraagd voor een selectie van 15 patiënten)

- Bij 12 van de 15 aanrekeningen via code 244771-244882 werd een stapler 45 mm gebruikt, wat de standaardmaat is voor het afnieten van de appendix ter hoogte van de appendiculaire basis.
- Slechts in 3 gevallen werd een stapler 60 mm gebruikt (waarvan 1x voor een effectieve caecumbodemresectie, cf. supra, waarbij echter geen appendix aanwezig was).

### 3.2.5. Antibioticagebruik (opgevraagd voor een selectie van 15 patiënten)

- 8/15 patiënten kregen enkel bij inductie of voor maximum 24 uur antibiotica toegediend wat doet vermoeden dat de infecties niet zeer uitgesproken waren. ([https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute\\_appendicitis/antibiotica\\_bij\\_acute\\_appendicitis/antibiotica\\_profylaxe\\_bij\\_acute\\_appendicitis.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute_appendicitis/antibiotica_bij_acute_appendicitis/antibiotica_profylaxe_bij_acute_appendicitis.html)).
- Bij een gangreneuze/geperforeerde appendicitis is het immers aangewezen om de antibiotherapie gedurende minstens 3 dagen verder te zetten. ([https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute\\_appendicitis/antibiotica\\_bij\\_acute\\_appendicitis/postoperatieve\\_antibiotica\\_duur\\_bij\\_acute\\_appendicitis.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute_appendicitis/antibiotica_bij_acute_appendicitis/postoperatieve_antibiotica_duur_bij_acute_appendicitis.html))

### 3.2.6 Aanrekening door de anatomo-pathologen:

We hebben AZV-gegevens aangerekend in de periode 01/07/2018-30/06/2021 (3 jaar), en ADH-gegevens aangerekend in de periode 01/01/2019-30/06/2021 (2,5 jaar), onderzocht.

Het anatomopathologisch onderzoek van de appendices, weggenomen in het A..., worden geanalyseerd door het labo anatomopathologie van het D.... In dit labo worden uiteraard ook de stalen van het D... zelf onderzocht.

In de onderzochte periode rekenden de anatomo-pathologen van het D... voor patiënten, waarvoor door de chirurgen (zowel van het D... als van het A...) een appendectomie met caecumbodemresectie werd aangerekend, 110x code 588022 aan (is de code die de patholoog kan aanrekenen voor het microscopisch onderzoek van een appendix) en slechts 19x code 588302 (is de code die de patholoog kan aanrekenen voor een partiële colonresectie waaronder dus ook een caecumbodemresectie valt).

Ook dit is een bijkomende indicatie dat een caecumbodemresectie in realiteit slechts zelden effectief werd uitgevoerd (19x op 129 stalen komt overeen met 1 geval op 7 of 14,7% wat de mediaan voor België sterk benadert).

### 3.2.7 Antwoord op enkele bijkomende verweermiddelen van het A... van 27 januari 2023

Dokter B... is niet meer werkzaam in het A.... Hij was echter wel de zorgverlener die de prestatie met het desbetreffende nomenclatuurnummer aanrekende in de ten laste gelegde periode als chirurg in het A.... Omdat dokter B... niet meer werkt in het A..., is het niet automatisch zo dat de bewijslast verzwaart of de verdediging moeilijker of problematischer wordt. Met een zorgverlener die werkzaam is in het ziekenhuis kan de samenwerking bijvoorbeeld veel stroever en moeizamer verlopen dan met een zorgverlener die niet meer werkt in het ziekenhuis.

De DGEC motiveert wel degelijk waarom 20 procent van de appendectomieën als aanvaardbaar worden beschouwd (appendectomie met caecumbodemresectie / totaal aantal appendectomieën). Er werd nationaal gekeken wat de ratio is in elk ziekenhuis. De mediaan is 14.5%, het gemiddelde (omhoog getrokken door de topverstrekkers) is iets meer dan 16%. Er werd nog een kleine marge aan toe gevoegd. A... bevindt zich duidelijk aan de rechterzijde van de grafiek (zie synthesesnota).

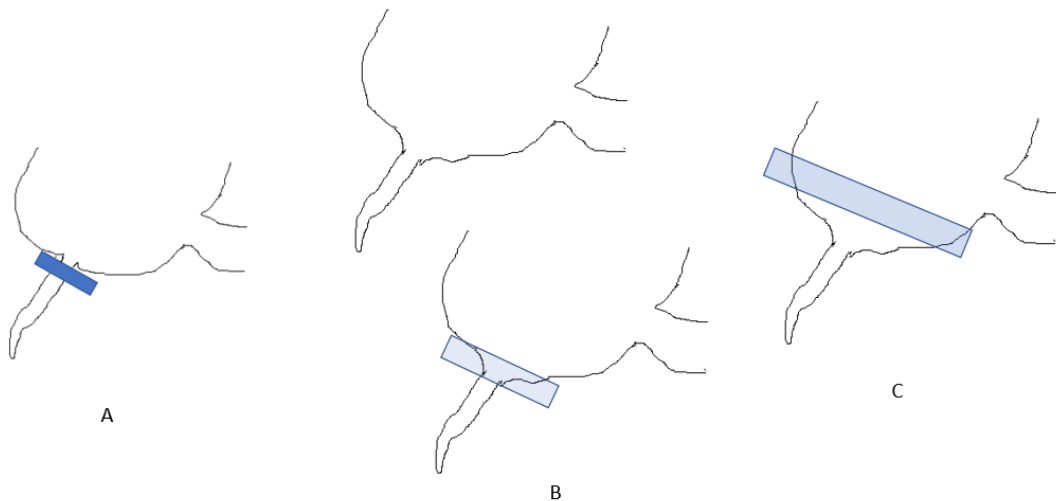
De DGEC beweert helemaal niet dat de indicatie voor een caecumbodemresectie wordt nagegaan aan de hand van CT-scanner of bloedafname. In de synthesesnota op pagina 13 staat dat van deze informatie indirect wordt gebruik gemaakt maar dat vooral de argumentatie in het operatieverslag en het verslag van de patholoog werd bekeken.

De DGEC stelt dat als de stapelnaad kort is, er geen caecumbodemresectie kan worden uitgevoerd. Volgens het A... gaat het dan om een beperkte caecumbodemresectie die de pathologen niet terugvinden in het resectiespecimen. De bepalingen van de nomenclatuur zijn echter van openbare orde en moeten dus strikt toegepast worden, zonder enige toevoeging of weglating, gesteund op een eigen persoonlijke interpretatie, omwille van zogenaamde billijkheidsgronden, sociale overwegingen en/of het belang en comfort van de patiënt.<sup>3</sup> Het is niet verdedigbaar dat een chirurg dubbel zoveel mag aanrekenen in situatie B dan in situatie A (idem voor anesthesist), hieronder weergegeven, en 4x zoveel voor het materiaal. Wat wel te verdedigen valt in situatie C.

---

<sup>3</sup> Cfr. Noot onder Arbeidshof te Bergen van 13 december 1995, Informatieblad RIZIV, 1996/3, blz. 365 e.v.; Arb.h. Luik, 14 oktober 2011, nr. 2010/AL/650, Informatieblad RIZIV 2011, afd. 3, 329.





Op pagina 18 van de verweermiddelen staat een illustratieve casus. Er is een nietnaad van 1,7 centimeter. Door het afnieten en het dus platdrukken van de appendix bekomt men een afmeting die wat langer is dan de werkelijke diameter van de appendix (illustratie op pagina 9 van synthesenota). Dat valt niet te rijmen met een caecumbodemresectie zoals vermeld in het operatieverslag.

Op pagina 18 van de verweermiddelen wordt een casus weergegeven waarin het volgende wordt beschreven:

**Oppervlakkig mid-appendix wordt een mucusplasje gezien op de appendixwand: post-inflammatoir ?  
Mucocele moet uitgesloten worden.**

Het APO dat bij deze casus hoort spreekt van een nietnaad van 1.7 cm/

Indien er maligniteit wordt vermoed, zijn er twee mogelijkheden:

- o Meteen overgaan tot een ruimere resectie bijvoorbeeld ileocaecale resectie of rechter hemicolectomie of heel uitzonderlijk een flinke caecumbodemresectie (maar dan zal je meerdere staplers nodig hebben)
- o Appendectomie met afhankelijk van APO-resultaat een heringrijpen. Het uitvoeren van een heel kleine caecumbodemresectie (nietnaad 1.7 cm ...) zal hier geen enkele invloed hebben op het eventueel voorkomen van heringrijpen of indien het effectief gaat om een maligniteit, op de outcome.

Dit argument kan dus niet worden ingeroepen om de aanrekening van een caecumbodemresectie te rechtvaardigen.

Het APO-verslag zou volgens het ziekenhuis altijd de aanwezigheid van een caecumbodem vermelden: dat is in vele gevallen inderdaad waar (maar niet altijd, zie bijvoorbeeld pagina 15 van het verweer), maar vaak enkel in de klinische info die door de chirurg geleverd wordt en integraal wordt overgenomen in het APO-verslag (zie bijvoorbeeld op pagina 13 van het verweer). Het feit dat de patholoog de caecumbodem zelden vermeldt bij macroscopie, is problematisch. Bovendien, in effectieve aanwezigheid van een caecumbodem kan de patholoog een voor hem ook gunstiger nomenclatuurnummer aanrekenen namelijk de code voor het microscopisch onderzoek van een partiële colonresectie. De pathologen die de specimens van A... onderzoeken

doen dit echter heel zelden (ratio aangerekende microscopische onderzoeken van partiele colonresecties op het aantal aangerekende microscopische onderzoeken van een appendix valt binnen de norm en ligt veel lager dan 20%). Het argument dat het APO-verslag de aanwezigheid van een caecumbodem vermeldt, is niet afdoende gezien het hier vooral gaat om overname van informatie aangeleverd door de chirurg en de patholoog de caecumbodem zelden herneemt bij de beschrijving van de macroscopie.

In het voorbeeld van het gebruik van materiaal tijdens de ingreep voert het ziekenhuis aan dat nomenclatuurnummer 244871-244882 enkel een caecumbodemresectie vereist voor het vervullen van de voorwaarden van de nomenclatuur. Dat is echter niet juist aangezien de caecumbodemresectie ook noodzakelijk moet zijn.

In het voorbeeld van het verslag van de medische beeldvorming (pagina 8 van verweer) wordt ons een standpunt aangemeten dat wij nooit hebben ingenomen. Bovendien is het tweede standpunt DGEC vermoedelijk een lapsus en geeft het ziekenhuis haar eigen standpunt weer waardoor ze ons (wellicht ongewild) dus volkomen gelijk geven.

Het verslag van medische beeldvorming:

*standpunt DGEC:* omschrijving inflammatie, perforatie, appendicoliet basis, vocht...tonen noodzaak tot een caecumbodemresectie niet aan;

*standpunt DGEC:* dit argument is niet sluitende. Een appendicitis met een distale inflammatie en perforatie en daarbij peritonitis kan immers nog altijd een normale appendixbasis hebben;

De DGEC beweert nergens dat chirurgen enkel keuzes maken op basis van pre-operatieve onderzoeken, zoals het A... aanhaalt.

Het A... beweert dat een caecumbodemresectie een besparing voor de sociale zekerheid inhoudt. Allereerst is er in de literatuur quasi niets terug te vinden over een caecumbodemresectie als mogelijke behandeling van een appendicitis. Wel is veel literatuur te vinden over de diverse mogelijkheden om de appendiculaire stomp af te sluiten: met een endoloop, een stapler, clips... Er is nog steeds onvoldoende evidentie om aan te raden om de endoloop te verlaten in het voordeel van een stapler bij ongecompliceerde appendicitis (zie bijlage 2, 3 en 4). Het is onwaarschijnlijk dat A... net bij die ziekenhuizen hoort die heel erg veel onbetrouwbare appendiculaire basissen hebben en dat hun appendices veel ernstiger ontstoken zijn dan in andere ziekenhuizen waardoor je in A... sneller kan spreken van een gecompliceerde casus.

Het is bovendien onwaarschijnlijk dat er meer zware ontstekingen zijn bij dr. B... dan bij dr. C... terwijl beiden dezelfde patiëntenpopulatie behandelen.

Hieronder enkele conclusies voor de patiënten die in het proces-verbaal van vaststelling zijn opgenomen en waarvoor we verslagen in verband met een caecumbodemresectie hebben ontvangen:

**Voor de ingrepen van C... (22) (lichtgroen in tabel bijlage 1):**

- In elk operatieverslag is sprake van caecumbodemresectie
- 1x werd hiervoor geen motivatie opgegeven
- 1x werd als motivatie 'verbrede basis' gegeven maar ook op brede appendiculaire basis kan een stapler worden geplaatst
- 1 APO-verslag blijkt niet over een appendectomie te gaan, een ander ontbreekt
- 15 x vinden we in het APO-verslag 'caecumbodem' terug in de klinische informatie (geschreven door chirurg op de aanvraag en letterlijk overgenomen)

- 3x wordt effectief een caecumbodem letterlijk beschreven in het macroscopisch onderzoek van het resectiespecimen ; in twee bijkomende gevallen past de beschrijving van de nietnaad bij een caecumbodemresectie
  - 2x wordt caecumbodem beschreven bij de microscopie
- ➔ Enkel afgaan op het operatieverslag om te stellen dat er effectief een caecumbodemresectie heeft plaatsgevonden lijkt niet correct. Er zijn slechts zelden objectieve bewijzen voor terug te vinden ; indien er effectief een caecumdeel in het specimen aanwezig is, wordt dit ook vermeld.

**Voor de ingrepen van B... (32) (lichtblauw in tabel):**

- In elk operatieverslag is sprake van caecumbodemresectie behalve eentje waarin het gaat over een galblaasoperatie
  - 18 APO-verslagen ontbreken in het verweer wat toch vragen oproept. In realiteit ontbreken er 17 want eentje hadden we al bij onze analyse opgevraagd en ontvangen (en het ging om een niet-conforme aanrekening want er gebeurde geen appendectomie)
  - In 3 gevallen ging het zelfs enkel om een caecumbodemresectie zonder appendectomie (appendix al eerder weggenomen): niet conforme aanrekening.
  - 10 x vinden we in het APO-verslag 'caecumbodem' terug in de klinische informatie (geschreven door chirurg op de aanvraag en letterlijk overgenomen)
  - 4x wordt effectief een caecumbodem letterlijk beschreven in macroscopisch onderzoek van het resectiespecimen ; in 3 bijkomende gevallen past de beschrijving van de nietnaad (3 cm, 6 cm, 7 cm) bij een caecumbodemresectie ; een nietnaad van 2.5 cm is vrij twijfelachtig (twee gevallen)
  - 2x wordt caecumbodem ook in de microscopie vermeld
  - 3x wordt caecumbodem ook in het besluit van het APO-verslag vermeld
- ➔ Enkel afgaan op het operatieverslag om te stellen dat er effectief een caecumbodemresectie heeft plaatsgevonden lijkt niet correct. Er zijn zelden objectieve bewijzen voor terug te vinden; indien er effectief een caecumdeel in het specimen aanwezig is, wordt dit ook vermeld. Opvallend is hier het ontbreken van heel wat APO-verslagen en het ontbreken van een appendix in het resectiespecimen in 3 gevallen.

De Leidend ambtenaar acht de tenlastelegging bewezen en weerhoudt de tenlastelegging.

### 3.2.8 Administratieve geldboete

Uit bovenstaande argumentatie blijkt dat het A... zich schuldig heeft gemaakt aan 'upcoding', dit wil zeggen het aanrekenen van prestaties met codes die een hogere vergoeding representeren in de nomenclatuur in de plaats van het aanrekenen van prestaties met codes die geschikt zijn voor de toegepaste behandeling maar die een lagere tussenkomst door de ziekteverzekering impliceren. Naast de chirurg krijgt ook de anesthesist een hogere vergoeding, gezien de nomenclatuurcode van de anesthesist gelinkt is aan de code van de chirurg. De ziekenhuisapothek werd op die manier ook beter vergoed aangezien er bij een caecumbodemresectie een hoger materiaalforfait kan worden aangerekend dat de kosten van de duurdere staplers beter dekt. Ook bij een klassieke, eenvoudige appendectomie kan men een stapler gebruiken; alleen is het materiaalforfait dat hierbij gegenereerd wordt, lager en dekt dit forfait niet altijd de kosten. Wanneer een ingreep in het systeem van de laagvariabele zorg valt, heeft noch de chirurg noch de anesthesist enig voordeel en wordt enkel de apotheek beter vergoed.

Stellen dat de upcoding enkel tot een bijkomende vergoeding van 500 euro per chirurg per jaar heeft geleid, is de waarheid dus geweld aandoen. De upcoding gaf aanleiding tot een meeruitgave voor de ziekteverzekering van 10.217,63 euro.

Een administratieve geldboete lijkt ons gepast om de het ziekenhuis eraan te herinneren dat '*upcoding*' de bepalingen van de nomenclatuur die bovendien van openbare orde zijn, schendt en verdere inbreuken op de nomenclatuur in de toekomst te ontraden. Daarom lijkt een administratieve geldboete van 25 % van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, zijnde 2554,40 euro, ons geschikt.

Inventaris:

Bijlage 1: Excel-tabel gegevens PVVa A... en verweer

Bijlage 2: Laparoscopic appendectomy: State of the art. Tailored approach to the application of laparoscopic appendectomy?, Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 28 (2014) 211–224, 2014.

Bijlage 3: Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines; Di Saverio et al. World Journal of Emergency Surgery, 2020.

Bijlage 4: Closure methods of the appendix stump for complications during laparoscopic appendectomy (Review), 2017.

## **OM DIE REDENEN,**

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,

## **NA ER OVER BERAADSLAAGD TE HEBBEN,**

De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- stelt vast dat de feiten die vastgesteld zijn in het proces-verbaal van vaststelling van 28/08/2021 bewezen zijn en houdt ze dus aan;

- stelt vast dat de ten laste gelegde feiten een inbreuk zijn op artikel 73bis, 2° van de GVU-wet;

- veroordeelt A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 2° van de GVU-wet tot de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende prestaties, 10 217,63 euro;

- veroordeelt A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 2° van de GVU-wet tot een administratieve geldboete van 25 % van de waarde van de ten onrechte aangerekende prestaties (10 217,63 euro), zijnde 2554,40 euro;

Het A... moet het bedrag van € 12 772,03 , waarvan 10.217,63 euro ten titel van terugbetaling en 2554,40 euro ten titel van administratieve geldboete, betalen door overschrijving op het rekeningnummer IBAN: BE56 6790 0197 7988 / BIC: PCHQBEBB van het RIZIV, binnen de dertig dagen te rekenen vanaf de kennisgeving van de beslissing. Bij gebrek aan betaling binnen die termijn, brengen de nog verschuldigde sommen van rechtswege interesten op tegen de wettelijke rentevoet in sociale zaken zoals voorzien in artikel 2, § 3, van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening, te rekenen vanaf het verstrijken van die termijn.

Aldus beslist te Brussel 3 maart 2023

De Leidend ambtenaar, dokter P. Tavernier

## Bijlage 1: Gegevens PVVa A... en verweer



