

■ MEDISCHE WERELD – DEBAT FRAUDE – PLEIDOOI VOOR MEER OPLEIDING ■

Heksenjacht unaniem afgewezen

Hoe kijken artsen(syndicaten), ziekenfondsen en thuisverpleegkundigen aan tegen het fenomeen van fraude in de gezondheidszorg? Hoe bestrijd je dat?

In Duitsland, zo wist prof. dr. **Jan Gutermuth**, diensthoofd dermatologie UZ Brussel te vertellen, werden negen personen veroordeeld tot celstraffen na een ophefmakend schandaal. Als een zogenaamde Pflege-dienstmafia rekenden ze systematisch niet uitgevoerde prestaties door. Wat Duitsland omgerekend 17 miljard euro zou kosten. Kortom, fraude in de gezondheidszorg is meer dan zomaar een probleem.

Breder dan pure oplichterij

In tegenstelling tot de andere debaters zag dr. **Sam Proesmans**, lid van de Vrijdaggroep (1) een verschil. "Ik vind toch een andere mindset bij artsen in loondienst van een UZ dan bij privéartsen, die vaker een sterk terugbetaald onderzoek kiezen. Niemand weet of lijkt te beseffen wat een opname per dag kost. Er worden bloedtesten verricht zonder bij de prijs stil te staan. Een aantal economische principes laat fraude toe. Asymmetrie van informatie is er een van: de-patiënt-weet-niet-welke-zorg-verstrekking-er-nodig-is, dus de hulpverlener zit in een luxepositie. Een andere is dat de hulpverlener creatief kan omspringen met de Riziv-nummers en er is ten derde de *supply-driven demand* – het ziekenhuis en het personeel zijn er, dus het moet gevuld geraken, want alles wordt toch terugbetaald. Je werkt zo een situatie in de hand van harde en zachte fraude – een echo te veel bijvoorbeeld. Ook die zachte fraude moeten we er subtiel proberen uit te halen. Laten we het breder zien dan pure oplichterij."

"Alles wat onterecht wordt aangerekend, zouden we liever houden voor andere zorgverstrekkers en collega's om hun werk op te waarderen", meende dr. **Marc Moens**, Bvas-voorzitter. "Het is een ingewikkeld kluwen geworden en er zijn er altijd die geneigd zijn de rand op te zoeken. Wij vertrouwen heel veel toe aan onze IT-diensten, maar je moet je opdrachten heel precies geven. Want als zij een foutje maken en een verstrekking die je bijvoorbeeld maar een keer per jaar mag leveren niet juist programmeren, kan je systematische fouten krijgen. Fraude in de gezondheidszorg is in België ook niet duidelijk gespecificeerd."

Signalen capteren

"Als ziekenfondsen proberen we op basis van *datamining* signalen te capteren die kunnen wijzen op fraude", zegt ir. **Frank De Smet**, medische directie CM. "Maar we verzamelen ook graag signalen van zorgverstrekkers om gericht te detecteren. Daarom hebben we met het Riziv sinds 1 januari een meldpunt fraude. Maar er komt ook veel 'ruis' binnen. We gaven er nog niet veel ruchtbaarheid aan, want we willen ook geen hekstenjacht. In januari zagen we een piek in signalen, daarna is het verminderd."

Het mag, benadrukte Marc Moens, geen kliklijn worden. "Het gaat maar om een klein aantal, 99,9% van de artsen werkt goed."

"Ik kan mij ook moeilijk gelukkig verklaren met een kliklijn", zegt **Willy Vertongen**, CEO van Mederi, een koepel-

organisatie die zelfstandige praktijken van thuisverpleging en huisartsen ondersteunt. "Wij werken meer preventief door de boekhoudkundig te screenen. De Profielencommissie is overigens perfect in staat om een aantal signalen te geven."



"In januari zagen we een piek aan signalen, daarna is het verminderd."
(Dr. Frank De Smet, CM)

"We organiseren ons op ziekenfondsniveau om de fraudedetectie en de handhaving meer uniform en transparant uit te voeren", gaf De Smet nog mee. "We kunnen bijvoorbeeld een brief sturen om feedback te vragen als we een afwijkend profiel zien. We hebben daarin als mutualiteiten een eerstelijnsfunctie. Maar fraudedetectie is arbeidsintensief en de procedures zijn zwaar."

"Er is ook een tekort aan opleiding in deze materie en in een goede kennis van het systeem zodat (onopzettelijke) fouten vermeden worden", zegt Marc Moens. "Ook de ziekenhuizen moeten als zorgverstrekker aan bod komen. In bepaalde zie-

kenhuizen ten zuiden van de taalgrens werd op de spoedgevallen altijd eerst een spoedarts gezien en daarna werd er altijd een specialist bij geroepen. Nooit is dat ziekenhuis op het matje geroepen."

"Ja, er moet meer opleiding komen", beaamde Willy Vertongen. "Want afstuderende verpleegkundigen weten bijvoorbeeld niet wat ze moeten factureren voor een prestatie." ■

Raoul De Groot

Noot
1. Denktank ondersteund door de Koning Boudewijnstichting.

Weekwacht vanuit de wachtposten?

De niet-planbare zorg roept uiteenlopende meningen op, niet alleen tussen huisartsen en spoedartsen, maar ook binnen de betrokken beroepsgroepen.

Moet de deur van de spoeddienst dicht, zoals **Jan De Maeseneer** het stelt? "Men moet mensen op hun plicht wijzen", aldus dr. **Demeyer**. "Ze mogen niet zomaar een spoeddienst of een wachtpost binnestappen, zoals ze dat zouden doen in een supermarkt. Met tandpijn kom je toch niet om 2 uur 's nachts naar de spoedgevallen?" En de triage, biedt die een oplossing? De spoedarts is sceptisch: "Als

een patiënt in het holst van de nacht aan de deur van de spoeddienst staat, ga je toch nooit zeggen: Sorry, maar we doen dit niet?"

Minister **De Block** zag niet wat er mis zou zijn met de 1733-triage. Ze is niet zomaar meteen bereid de wachtdienst tijdens de week te organiseren vanuit de wachtposten. Tot slot plaatste ze een nieuwe mijlpaal in de overigens weinig gestructureerde communicatie

rond het project-1733: in juni-juli van dit jaar zou de uitrol starten. Gezondheidseconoom **Lieven Annemans** wees erop dat men zich voor de organisatie van de niet-planbare zorg in eerste instantie moet baseren op onderzoeksresultaten. Uit een Cochrane-review blijkt dat systemen zoals de 1733-triage als terugverdieneffect driemaal de investering opleveren, omdat ze onnodige uitgaven vermijden. En een voorbeeld: "In Denemarken heeft men een combinatie van wachtposten met een telefonische triage. Dat is betrouwbaar: er vallen niet meer doden dan nu bij ons." ■

M.L.

1733:
uitrol start in
juni-juli van dit jaar.