Richtlijnen van het RIZIV

DERDE WIJZIGINGSCLAUSULE BIJ DE NATIONALE OVEREENKOMST(*) TUSSEN DE VERPLEEGINRICHTINGEN EN DE V.I.

De overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen sloot, gedateerd op 20 mei 2008, een wijzigingsclausule af waarbij 26 nomenclatuurcodes werden toegewezen aan de bestaande "groepen" van het dagziekenhuis.

Het aanrekenen van een raadpleging is mogelijk voor al de in deze wijzigingsclausule vermelde prestaties.

We verwijzen u naar de omzendbrieven V.I. nrs. 2007/253 en 2007/400(**) voor wat betreft de mogelijkheid tot het aanrekenen van een toezichtshonorarium en/of coördinatiehonorarium en/of permanentiehonorarium en/of forfaitair honorarium klinische biologie.

De wijzigingsclausule treedt op 1 juli 2008 in werking.

…

Zie omzendbrief V.I. nr. 2008/346 – 10/312 van 20 augustus 2008.

WIJZIGINGSCLAUSULE BIJ DE NATIONALE OVEREENKOMST(***) TUSSEN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN EN DIENSTEN EN DE V.I.

De overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen sloot, gedateerd op 27 mei 2008, een wijzigingsclausule bij de Nationale overeenkomst van 23 juni 2003 tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten, en de V.I.

Vanaf 1 juli 2008 is er een bijkomende vergoeding voorzien voor het vervoer van patiënten die opgenomen zijn in een psychiatrisch ziekenhuis en die in een algemeen ziekenhuis of in een dienst voor collectieve autodialyse ofwel een chemotherapeutische behandeling of een behandeling door stralingen, ofwel chronische hemodialyse of peritoneale dialyse moeten krijgen.

Zie omzendbrief V.I. nr. 2008/392 – 10/313 van 22 september 2008.

(*) Gepubliceerd in het I.B. nr. 2007/3.
(**) Niet gepubliceerd in het I.B.
(***) Gepubliceerd in het I.B. nr. 2003/4.

NIEUW CONTROLEMECHANISME OP HET CORRECT GEBRUIK VAN DE EVALUATIESCHAAL
NIEUW SANCTIESYSTEEM BIJ HET SIGNIFICANT VERKEERD TOEPASSEN VAN HET EVALUATIE-INSTRUMENT(*)

Vanaf 1 oktober 2008

1. Inleiding

Sinds de erkenning van de eerste RVT-bedden in 1983 werd bij koninklijk besluit een controlemechanisme ingevoerd dat moest nagaan of de zorgbehoevendheid van de rechthebbende correct in kaart werd gebracht.

Gedurende het eerste jaar was het de adviserend geneesheer van het ziekenfonds waarbij de rechthebbende was aangesloten die, ofwel op document, ofwel na een onderzoek ter plaatse van de patiënt, de zorgbehoevendheid controleerde en ook vastlegde. Pas van zodra de rechthebbende meer dan één jaar verbleef in het RVT, werd de evaluatieschaal door het ziekenfonds overgemaakt aan het Nationaal college van adviserend geneesheren bij het RIZIV. Het nationaal college besliste dan, vooral aan de hand van de diagnose die was vermeld in een geneeskundig getuigschrift. Het kon zijn bevoegdheden ook delegeren aan sectorale afdelingen.

De criteria om een tegemoetkoming voor RVT te krijgen waren de volgende:

1) hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties:
   - bedlegerig zijn;
   - moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper hem moet voeden;
   - iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd;
   - lijden aan chronische incontinentie.

2) hetzij ernstig gestoord zijn in de oriëntering voor tijd en ruimte.

Vanaf 1 september 1987 werd er eveneens een tegemoetkoming ingevoerd in de erkende rustoorden voor bejaarden; deze was gebaseerd op dezelfde criteria als deze voor de RVT's.

Vanaf 1 april 1991 werden de huidige categorieën van zorgbehoevendheid ingevoerd, gebaseerd op de zogenaamde Katz-schaal. Vanaf dit ogenblik dienen de aanvragen m.b.t. verblijven van meer dan 1 jaar niet langer te worden overgemaakt aan het Nationaal college van adviserend geneesheren.
Om toch een zicht te houden op de beslissingen van de adviserend geneesheren, wordt voorzien dat elke verzekeringsinstelling per trimester statistische informatie moet overmaken aan het nationaal college.

Vanaf diezelfde datum werd meer beroep gedaan op de sectorale afdelingen van het nationaal college: minstens twee leden van het college onderzoeken "intermutualistisch" de rechthebbenden van een inrichting.

Naar aanleiding van problemen bij de toepassing van de evaluatieschaal werden op 25 november 1993 (aangepast op 24.12.1997, 18.11.2004 en 29.5.2006) richtlijnen meegedeeld betreffende de vaststelling van de scores inzake fysieke afhankelijkheid.

(*) Zie omzendbrief V.I. nr. 2008/422 - 02/32, 1740/117, 1741/330 en 1743/9 van 13 oktober 2008 - "Nieuwe controleprocedure Kappa".

Vanaf 22 juni 1996 kan de evaluatieschaal worden ingediend bij de adviserend geneesheer binnen de 7 kalenderdagen, i.p.v. binnen de 3 werkdagen. Met als doel een beter inzicht te krijgen in de zorgafhankelijkheid van de rechthebbenden, en met de bekommernis van een betere verzorging voor ogen, worden vanaf diezelfde datum een aantal minimumvereisten ingevoerd voor het verzorgingsdossier; daarbij wordt ondermeer het zorgplan voorzien en de precieze opsomming van een aantal verwarrende gedragsstoornissen voor de rechthebbenden die gedesoriënteerd zijn.

Vanaf 1 mei 1997 kunnen de adviserend geneesheren zich, bij het vervullen van bepaalde opdrachten laten bijstaan door paramedische medewerkers die zij mandateren.

In de loop der jaren is het aantal aanpassingen in de categorieën van zorgbehoevendheid afgenomen. Wel werd vastgesteld dat in een aantal inrichtingen dit aantal sterk boven het gemiddelde lag. Vandaar de uitdrukkelijke vraag van de Regering (eind 2002) om een nieuwe controleprocedure uit te werken die meerdere objectieven moet bereiken:

- het optimaliseren van de controles;
- ervoor zorgen dat de kans op controle overal even groot is;
- het uniform toepassen van de reglementering;
- optreden op een meer preventieve dan repressieve manier;
- inrichtingen die op significante wijze het evaluatie-instrument verkeerd toepassen, moeten worden gesanctioneerd.

Deze objectieven worden bereikt door twee koninklijke besluiten:

- aanpassing van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 m.b.t. de werking van het Nationaal college van adviserend geneesheren;
- het Koninklijk besluit van 4 april 2003 tot uitvoering van artikel 37*quater* van de Wet van 14 juli 1994, vervangen door het Koninklijk besluit van 21 augustus 2008 (sanctiemechanisme “Kappa”).

2. Aanpassing van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 m.b.t. de werking van het Nationaal college van adviserend geneesheren

De wettelijke basis van het Nationaal college van adviserend geneesheren vinden wij terug in artikel 153 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994. Daarin wordt bepaald dat de opdrachten en de werking van het nationaal college en van de lokale colleges die onder zijn toezicht staan bij koninklijk besluit kunnen worden vastgelegd. Het college bestaat uit 13 leden.

De opdrachten van dit college zijn omschreven in artikel 120 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 (gewijzigd bij het K.B. van 4.4.2003). De voornaamste opdrachten zijn:

- De opvolging verzekeren van de beslissingen die adviserend geneesheren in het kader van de tegemoetkomingen in de ROB’s, de RVT’s, de CDV’s en in de thuisverpleging, en de nodige initiatieven nemen in geval van vaststellingen van onregelmatigheden.

- Het college kan ter plaatse de rechthebbenden onderzoeken en desgevallend de categorie van zorgbehoevendheid aanpassen.

Het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 voorziet dat deze opdrachten ook kunnen uitgevoerd worden door **afdelingen van het nationaal college en door lokale colleges.**

2.1 Afdelingen van het nationaal college

Het gaat hier om de sectorale afdelingen die reeds bestaan sinds het ontstaan van het nationaal college in 1983.

Zo een afdeling bestaat uit:
- ten minste twee adviserend geneesheren die lid zijn van het nationaal college, en
- een aantal andere adviserend geneesheren en/of verpleegkundigen, ervoor zorgend dat ten minste drie verschillende verzekeringsinstellingen in de afdeling zijn vertegenwoordigd.

Deze afdelingen kunnen te allen tijde de afhankelijkheidscategorie onderzoeken van alle rechthebbenden. Het enige verschil met de lokale colleges bestaat erin dat het hier gaat om een afdeling die bestaat uit ten minste twee adviserend geneesheren die lid zijn van het nationaal college.

2.2 Lokale colleges

Deze zijn samengesteld uit:
- een adviserend geneesheer die verantwoordelijk is voor een provincie. Het nationaal college kan per provincie meerdere verantwoordelijken aanwijzen die, ofwel om beurt, ofwel op grond van een geografische spreiding, de taken op zich nemen;
- ten minste drie adviserend geneesheren en/of verpleegkundigen, ervoor zorgend dat ten minste drie verschillende verzekeringsinstellingen in dit lokaal college zijn vertegenwoordigd.

In dit geval is het mogelijk dat niemand lid is van het Nationaal college van adviserend geneesheren.

3. Nieuw controlemechanisme van de evaluatieschaal

Een eerste nieuwigheid bestaat erin dat, naar analogie met de huidige werkwijze voor het overmaken van een aanvraag voor de categorie 0, de adviserend geneesheer géén akkoord meer dient te geven. Dit betekent dat de inrichting voor alle categorieën van zorgbehoevendheid, enkel nog een kennisgeving van huisvesting – of categoriewijziging – zal versturen, met daarbij gevoegd, de evaluatieschaal.

De adviserend geneesheer kan nog steeds de individuele rechthebbende ter plaatste onderzoeken.

In het verleden moesten de verzekeringsinstellingen op jaarbasis minstens 20% van de rechthebbenden in de categorieën A, B en/of C ter plaatse onderzoeken. Dit had als groot nadeel dat elke adviserend geneesheer zich individueel moest verplaatsen om dan enkel het lid dat is aangesloten bij zijn ziekenfonds te onderzoeken. Door deze individuele aanpak was de kans op verschillende interpretaties van de evaluatieschaal reëel. Ook werd vastgesteld dat het voor de verzekeringsinstellingen interessanter was om de rechthebbenden in een grote inrichting te onderzoeken om op die wijze vlugger het objectief van 20% te halen.

Om de doelstellingen die de Regering in 2002 had vooropgezet, met name het optimaliseren van de controles, de gelijke spreiding van de controles over alle inrichtingen, en de uniforme toepassing van de reglementering te realiseren, wordt in het Koninklijk besluit van 4 april 2003, geamendeerd door het Koninklijk besluit van 21 augustus 2008, het volgende controlemechanisme ingevoerd.

3.1 Selectie van de inrichtingen

Het RIZIV maakt elke maand een willekeurige selectie van een 200-tal inrichtingen (ongeveer 10% van alle inrichtingen). Deze selectie houdt rekening met de geografische spreiding van de inrichtingen en het aantal bedden waarvoor deze inrichtingen zijn erkend.

Deze inrichtingen ontvangen van het RIZIV een brief waarin hen wordt meegedeeld dat er een kans bestaat dat de patiënten die zij huisvesten, de komende maand zullen worden onderzocht door de lokale colleges.

Op die manier krijgt elke inrichting een waarschuwing en kan het, indien nodig, de evaluatieschalen van zijn patiënten bijsturen.

Het RIZIV maakt dan, de maand die daarop volgt, binnen deze 200 geselecteerde inrichtingen, een tweede selectie. Deze inrichtingen worden dan effectief in de loop van die maand gecontroleerd door de lokale colleges.

Opgelet: het nationaal college blijft hiernaast de mogelijkheid hebben om controles uit te voeren die NIET op voorhand zijn aangekondigd.

3.2 Aankondiging van de controle door het lokaal college

De verantwoordelijke adviserend geneesheer van een provincie deelt maximum één week voor het bezoek, de datum mee aan de inrichting en dit via een aangetekende brief.

De datum van deze aangetekende brief is belangrijk; in het kader van het onderzoek naar het significant verkeerd toepassen van het evaluatie-instrument wordt geen rekening meer gehouden met de aanpassingen van de schaal tussen deze datum en de dag van de controle door het lokaal college (zie verder).

In deze brief wordt het volgende voorzien:

- datum en tijdstip van het bezoek;
- vraag dat twee vertegenwoordigers (bij voorkeur zorgpersoneel) van de inrichting beschikbaar zijn. Het lokaal college zal zijn werk verdelen over twee ploegen. Het is aangewezen dat er een vertegenwoordiger van de inrichting aanwezig is per ploeg;
- vraag dat één verantwoordelijke van de inrichting aanwezig is die, in voorkomend geval, kan tekenen voor ontvangst van de beslissingen;
- vraag dat de inrichting drie lijsten ter beschikking stelt:
  a) één lijst van de PATIËNTEN aangesloten bij een verzekeringsinstelling, gerangschikt per alfabet (met het kamernr.), zonder vermelding van de verzekeringsinstelling, de score en de categorie van zorgbehoevendheid;
  b) onder gesloten omslag, één lijst van de PATIËNTEN aangesloten bij een verzekeringsinstelling, gerangschikt per alfabet, met de vermelding van de verzekeringsinstelling (3 cijfers), hun rijksregisternummer, de score en de categorie, **op de datum van het aangetekend schrijven** waarin de instelling op de hoogte is gebracht van de dag van het controlebezoek;
  c) een overzichtslijst van het **totaal** aantal aanwezige patiënten per categorie en van de contractuele en statutaire personeelsleden per kwalificatie op de dag van het bezoek (model geleverd door de Dienst), opdat deze inlichtingen achteraf niet meer zouden moeten worden opgevraagd;

- vraag dat per patiënt het zorgdossier en alle andere informatie ter beschikking is, bij voorkeur zonder daarin de evaluatieschaal en zonder de vermelding van de categorie;
- alle nodige wettelijke verwijzingen (onder meer naar de besluiten waarin de opdracht wordt voorzien).

3.3 Aantal te onderzoeken patiënten

In een inrichting - voor de gemengde inrichtingen (degenen die tegelijkertijd ROB en RVT zijn) worden alle patiënten genomen - van 50 of minder patiënten, worden alle patiënten onderzocht.

Indien er in totaal meer dan 50 patiënten aanwezig zijn, worden minstens 20% van de patiënten onderzocht met een minimum van 50 patiënten.

In het kader van de nieuwe sanctieregeling (zie verder) wordt dit aantal meer dan representatief beschouwd.

3.4 Selectie van de te onderzoeken patiënten

In grotere inrichtingen waarbij niet alle patiënten moeten worden onderzocht, gebeurt de selectie van de te onderzoeken patiënten op een willekeurige wijze. Ofwel zal het lokaal college, ofwel het nationaal college, een willekeurige letter trekken uit de letters van het alfabet.

Vervolgens wordt aan de hand van de alfabetische lijst die door de inrichting is ter beschikking gesteld, het nodige aantal patiënten onderzocht, te beginnen met degene wiens naam begint met de gekozen letter, of bij gebreke daaraan, met de persoon wiens naam begint met een volgende letter uit het alfabet.

3.5 Verdeling van het aantal te onderzoeken patiënten

Het lokaal college zal op basis van de geselecteerde patiënten, een taakverdeling opstellen. De bedoeling is dat de patiënten worden onderzocht door twee ploegen. In elk geval moet één ploeg bestaan uit minstens twee personen van het lokaal college.

3.6 Onderzoek van de patiënten

Het onderzoek van de patiënten moet verlopen volgens een aantal principes:

- De patiënt wordt onderzocht, zonder voorafgaandelijke kennis van de score en de categorie die de inrichting heeft ingediend en die van toepassing was op de datum van de aankondiging van het bezoek (datum aangetekend schrijven).

- Bij het onderzoek kan rekening worden gehouden met alle info die ter beschikking is (zonder katz-score en categorie). Daartoe is de aanwezigheid van het zorgpersoneel aangewezen.

- De beslissing wordt in consensus genomen door het lokaal college; de verantwoordelijke adviserend geneesheer tekent deze beslissing.

3.7 Mededeling van de beslissingen

Op het ogenblik dat het lokaal college zijn beslissingen heeft genomen, moeten die worden meegedeeld aan de inrichtingen en aan het ziekenfonds van de patiënt. Dit gebeurt volgens de volgende principes:

- Aan de verantwoordelijke van de inrichting moeten enkel de aanpassingen van categorie worden meegedeeld; zowel de nieuwe categorie als de nieuwe score (8 cijfers) worden meegedeeld. Het volstaat dat één lijst wordt opgemaakt met daarop de identificatie van de patiënten met vermelding van de score en de categorie.

- De kennisgeving voorziet de mogelijkheid voor de inrichting om, indien zij niet akkoord gaat met (sommige van) die beslissingen, binnen een termijn van 15 dagen haar argumenten mee te delen aan het secretariaat van het nationaal college (zie 3.9).

- Ofwel wordt de beslissing ter plaatse betekend; in dat geval tekent de verantwoordelijke van de inrichting het dubbel van dit document voor ontvangst.

- Ofwel wordt de beslissing nadien overgemaakt; in dat geval wordt dit gedaan met een aangetekend schrijven.

- Aan het secretariaat van het nationaal college worden alle (ook degenen waar er geen aanpassing van categorie is) individuele schalen overgemaakt, die na het onderzoek werden aangevuld met de score en de categorie op de datum van het aangetekend schrijven waarin het bezoek wordt aangekondigd.

- Het secretariaat van het nationaal college deelt de aanpassingen van categorieën mee aan de medische directie van elke V.I. (nationaal secretariaat).

3.8 Datum van inwerkingtreding van de beslissing

Ingeval het lokaal college de betekenis rechtstreeks doet aan de verantwoordelijke van de inrichting, treedt de beslissing in voege vanaf **de dag die volgt op de dag van het onderzoek**.

Ingeval de betekenis van de beslissingen via een aangetekend schrijven gebeurt, dan gaat de beslissing in op **de dag die volgt op de datum van het aangetekend schrijven**.

Het secretariaat van het nationaal college deelt deze datum mee aan de medische directie van de V.I.

3.9 Beroepsmogelijkheden tegen de beslissing

Er werden 2 types van beroep voorzien: een intern beroep (informeel) en een extern beroep (juridisch en wettelijk).

a) Intern beroep

Na het bezoek ontvangt de instelling zo snel als mogelijk ter inzage de beslissingen die door het college zijn genomen, zodat zijzelf haar Kappa (zie 4.2) kan berekenen. Indien zij niet akkoord gaat met (sommige van) die beslissingen, beschikt zij over een termijn van **15 kalenderdagen** om haar argumenten mee te delen. Dit dient te gebeuren via een aangetekend schrijven aan het secretariaat van het Nationaal college van adviserend geneesheren, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel, ter attentie van het lokaal college welke de beslissingen heeft genomen.

Het lokaal college kan zijn beslissingen herzien met terugwerkende kracht op de datum van de controle (eventueel na een nieuw bezoek ter plaatse). Het resultaat van die eventuele herziening wordt aan het RIZIV meegedeeld binnen **twee maanden** na de datum van de (eerste) controle. Indien het binnen die termijn geen enkel antwoord van het college ontvangt, worden de herzieningsaanvragen van de instelling geacht te zijn goedgekeurd met terugwerkende kracht vanaf de datum van de (eerste) controle.

Voorbeeld: een rustoord wordt op 15 oktober gecontroleerd. Het ontvangt de nieuwe categorieën vastgesteld door het college via een aangetekend schrijven gedateerd op 16 oktober. Het kan dus tot 31 oktober eventuele bezwaren aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV sturen die deze aan het betrokken lokaal college bezorgt. Laatstgenoemde moet daarop uiterlijk op 15 december antwoorden. Zo niet zal de Dienst ervan uitgaan dat met de bezwaren van de instelling wordt ingestemd.

b) Extern beroep

Zodra het RIZIV over de definitieve beslissing (uitdrukkelijk of stilzwijgend) van het lokaal college beschikt, of wanneer na 15 dagen de inrichting geen intern beroep heeft ingesteld, brengt het RIZIV de instelling op de hoogte van haar Kappa en van de berekening van de sanctie (zie 4.3).

De instelling beschikt dan over een termijn van **30 dagen** om via dagvaarding beroep in te stellen bij de Arbeidsrechtbank.

Dit beroep, in tegenstelling tot het voorgaande, *is niet opschortend* en dient uitsluitend te worden gericht tegen het RIZIV, ook al gaat het om beslissingen van het lokaal college die worden aangevochten.

4. Nieuw sanctiemechanisme

In het Koninklijk besluit van 21 augustus 2008 wordt een sanctiemechanisme voorzien voor de inrichtingen die op significante wijze het evaluatie-instrument verkeerd gebruiken. Daarbij wordt rekening gehouden met zowel het overscoren als het onderscoren.

4.1 Op significante wijze het evaluatie-instrument verkeerd gebruiken

In het Koninklijk besluit wordt bepaald vanaf wanneer een inrichting het evaluatie-instrument significant verkeerd toepast. Dit wordt bepaald aan de hand van een concordantietest. Doorgaans wordt hier gesproken over de berekening van de “Kappa”.

Door het berekenen van de Kappa (dit is de concordantiecoëfficiënt) wordt nagegaan in welke mate de aanvragen die zijn ingediend door de inrichting overeenstemmen met de vaststellingen van het lokaal college.

Het resultaat is steeds een waarde tussen 0 en 1. Indien het resultaat gelijk is aan 1, zou dit een perfecte overeenstemming betekenen tussen de inschaling door de inrichting en de inschaling door het lokaal college. Indien het resultaat gelijk zou zijn aan 0, zou dit betekenen dat de inrichting de evaluatieschaal totaal willekeurig (vogelpik) heeft ingevuld.

In het Koninklijk besluit wordt het volgende onderscheid gemaakt:

<u>de Kappa bedraagt 0,55 of meer</u>
In dit geval is er geen significante afwijking tussen de inschaling door de inrichting en de inschaling door het lokaal college.

de Kappa ligt tussen 0,4 en 0,55
In dit geval gaat het om een twijfelachtige situatie die leidt tot hetzij een gewone waarschuwing, hetzij een terugvordering, of een beperkte sanctie, in functie van de financiële weerslag van de discordantie (zie 4.3).

de Kappa is kleiner dan 0,4
In dit geval betekent dit dat de inrichting de evaluatieschaal op een significante wijze verkeerd toepast.

4.2 Hoe wordt de concordantiecoëfficiënt "Kappa" berekend?

Het lokaal college of de sectorale afdeling van het nationaal college maakt aan het secretariaat van het nationaal college alle scores over die van toepassing waren op de datum van het aangetekend schrijven waarin het bezoek werd aangekondigd. Ook worden alle scores meegedeeld zoals die werden vastgesteld na het onderzoek ter plaatse.

De categorieën van zorgbehoevendheid die overeenkomen met deze scores worden door de Dienst in een grafiek gezet:
- links (vertikaal) de categorieën vóór onderzoek;
- bovenaan (horizontaal) de categorieën na onderzoek.

Op de diagonaal bekomt men dan het aantal rechthebbenden waar de categorie niet werd aangepast.
Boven de diagonaal bekomt men dan het aantal rechthebbenden die werden verhoogd van categorie.
Onder de diagonaal bekomt men dan het aantal rechthebbenden waar de categorie werd verlaagd.

Aan de hand van een voorbeeld wordt dit duidelijk.

In een inrichting werden 44 rechthebbenden onderzocht; dit geeft de volgende resultaten:

4.2.1 Zonder aanpassing van categorie

Cat 0:	4
Cat A:	3
Cat B:	6
Cat C:	8
Cat Cd:	9

4.2.2 Aanpassing van de categorie naar boven

Van Cat 0 naar:	A = 0	B = 0	C = 0	Cd = 0
Van Cat A naar:		B = 0	C = 0	Cd = 0
Van Cat B naar:			C = 0	Cd = 0

4.2.3 Aanpassing van de categorie naar onder

Van Cat A naar	0 = 1			
Van Cat B naar	0 = 0	A = 4		
Van Cat C naar	0 = 0	A = 0	B = 5	
Van Cat Cd naar	0 = 0	A = 0	B = 0	C = 4

Als deze gegevens in een grafiek worden gezet, bekomt men het volgende resultaat:

	Categorie na onderzoek: Ci					
Categorie vóór onderzoek Li	0	A	B	C	Cd	Totaal
0	**4**	0	0	0	0	4
A	1	**3**	0	0	0	4
B	0	4	**6**	0	0	10
C	0	0	5	**8**	0	13
Cd	0	0	0	4	**9**	13
Totaal	5	7	11	12	9	44

Op deze gegevens worden de volgende formules toegepast:

Po = (∑LiCi)/N (geobserveerde overeenkomst in de populatie)
of met andere woorden, de verhouding van het aantal rechthebbenden waar de categorie niet werd aangepast, t.o.v. het totaal aantal rechthebbenden. Dit is de som van het aantal rechthebbenden op de diagonaal gedeeld door het totaal aantal onderzochte rechthebbenden:
Po = [4 + 3 + 6 + 8 + 9] / 44 = 0.6818

Pe = (∑Li x Ci)/N² (verwachte overeenkomst in de populatie)
of met andere woorden, de som van de vermenigvuldiging van de totalen per categorie, gedeeld door het kwadraat van alle rechthebbenden:
Pe = [(5 x 4) + (7 x 4) + (11 x 10) + (12 x 13) + (9 x 13)] / 44² = 0.22

Kappa = (Po – Pe)/(1 – Pe)
Kappa = (0.6818 – 0.22)/(1 – 0.22) = 0.59

4.3 Financiële weerslag van significant verkeerd toepassen van de schaal

Bij de bepaling van de Kappa wordt geen rekening gehouden met het verschil in de tegemoetkomingen tussen de categorieën van zorgbehoevendheid.
Het is dus mogelijk dat de Kappa van een inrichting kleiner is dan 0,4 en dat, indien deel A1 van de tegemoetkomingen vóór het onderzoek (F1) wordt vergeleken met deel A1 van de tegemoetkomingen na het onderzoek (F2), wordt vastgesteld dat de financiële weerslag van de aanpassingen gering, of zelfs negatief is (bij systematisch onderscoren).

Om die reden voorziet het Koninklijk besluit dat in de gevallen van twijfelachtig of significant verkeerd toepassen van de schaal, eerst deze financiële weerslag moet worden bepaald. In functie daarvan zal er al dan niet een vermindering van de forfaits worden toegepast.

Bij de bepaling van de financiële weerslag (F1 en F2) zoals hiervoor bedoeld, zijn er de volgende mogelijke situaties:

a) Kappa kleiner dan 0,55 maar ook gelijk aan of groter dan 0,4:

- Als het verschil tussen het deel A1 van het forfait vóór de controle (F1) en het deel A1 van het forfait na de controle (F2) kleiner is dan of gelijk is aan 5%, ontvangt de instelling een gewone waarschuwing.
  Het besluit benadrukt dat deze waarschuwing «een nieuwe **onaangekondigde** controle van de patiënten binnen een termijn van een jaar na de eerste controle» tot gevolg kan hebben. De uitdrukking "*onaangekondigde controle*" betekent dat, daar de inrichting niet willekeurig geselecteerd zal worden, zij geen brief zal ontvangen die haar op de hoogte brengt van een *mogelijke* controle (zie 3.1), maar enkel een aangetekende brief die, enkele dagen voordien, de datum meedeelt van het bezoek van het lokaal college (zie 3.2).

- Als F1 groter is dan F2 en het verschil meer dan 5% bedraagt, dan wordt enkel dat verschil gedurende de 6 volgende maanden teruggevorderd zonder bijkomende sanctie.

- Als F1 kleiner is dan F2 en het verschil meer dan 5% bedraagt en als de instelling niet over voldoende personeel beschikt om te beantwoorden aan de financieringsnormen van het personeel, wordt het bedrag van het deel A1 van het forfait gedurende een periode van 6 maanden met 5% verminderd.

b) Kappa is kleiner dan 0,4:

- Als F1 kleiner is dan F2 en als blijkt dat de instelling niet over voldoende personeel beschikt om te beantwoorden aan de normen, wordt het bedrag van het deel A1 van het forfait gedurende een periode van 6 maanden met 5% verminderd.

- Als F1 groter is dan F2 en het verschil is 5% of minder, wordt het bedrag van het deel A1 van het forfait gedurende een periode van 6 maanden verminderd met dat percentage *vermenigvuldigd met* 1,01.

- Als F1 groter is dan F2 en het verschil is meer dan 5%, wordt het bedrag van het deel A1 van het forfait gedurende een periode van 6 maanden verminderd met dat percentage *vermenigvuldigd met* 1,5.

Deze vermindering gaat in op de eerste dag van het kalenderkwartaal dat volgt op de datum van kennisgeving en geldt voor 6 maand.