



Jaarverslag DGEC

Activiteiten 2021



Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Voorwoord

De resultaten van de inspectieactiviteiten van de DGEC in 2021 staan gebundeld in dit verslag. Ze mogen zeker gezien worden! Onze teams hebben zich vindingrijk aangepast aan de aanhoudende pandemie. Intussen gaat de pensioneringsgolf verder en werken nieuwkomers zich snel in na een intensieve opleiding.

De DGEC organiseert zich intern steeds beter en zoekt permanent naar de meest effectieve acties. We zijn dus geen toeschouwers aan de zijlijn. We willen daadwerkelijk een meerwaarde betekenen voor een grotere toegang tot kwaliteitsvolle zorg door een doelmatiger gebruik van de beschikbare middelen. Vaststellingen van inbreuken in een proces verbaal zijn sinds lang niet meer de eerste keuze van onze sociaal inspecteurs. Sensibilisering, verduidelijking van de regelgeving en synergie met andere actoren staan voorop. Concreet werken we heel actief samen aan de nomenclatuurhervorming en het meerjarenkader op RIZIV-niveau.

Ook pakken we de echte fraudeurs streng aan, gedifferentieerd volgens de ernst van de inbreuk. Speciale aandacht gaat naar de werkelijke uitvoering van eindbeslissingen van de administratieve rechtscolleges. In belangrijke fraudedossiers verloopt de samenwerking met bv. het arbeidsauditoraat steeds vlotter.

Toch willen we nog een stap verder gaan. De DGEC wenst nog meer in te zetten op structurele preventie:

- ✦ meer betrokkenheid van zorgverlener en patiënt via volledige transparantie over aanrekeningen en uitgaven;
- ✦ wetenschappelijke evidentie als vanzelfsprekende eerste toets alvorens het overleg over de terugbetaling start;
- ✦ duidelijke en controleerbare regelgeving in overleg met het terrein;
- ✦ onmogelijkheid tot onterechte facturatie.

Aan ideeën geen gebrek. De implementatie ervan is echter niet eenvoudig. Inspectieactiviteiten en doelmatig gebruik van middelen krijgen vaak pas de nodige aandacht als het serieus verkeerd loopt. Nochtans overstijgt de return on investment van elke medewerker van een inspectiedienst in de sociale zekerheid de louter financiële impact.

Mijn tevreden terugblik op de resultaten van 2021 gaat meteen gepaard met gedrevenheid om verdere stappen te zetten.

Philip Tavernier
Arts-directeur-generaal DGEC

Juni 2022

Inhoudstafel

Voorwoord	2
Deel 1 – DGEC voorgesteld	6
I. Missie.....	6
1. Wettelijke opdrachten	6
2. Doelstellingen van de wijzigingsclausule 2021 bij de bestuursovereenkomst 2016-2018	7
II. Organisatiestructuur	7
III. Werkwijze	8
IV. Personeel en vorming.....	10
Deel 2 – Oorsprong van onze activiteiten.....	13
I. Externe meldingen	13
II. Interne analyses	14
1. Evaluatiestudies	14
a) Impact van het gedeelde elektronisch patiëntendossier op de herhaling van technische onderzoeken.....	14
b) Gebruik van immuuntherapie bij de behandeling van astma.....	16
2. Analyses van de datacel	18
Deel 3 – Acties	19
I. Sensibiliseren en informeren.....	19
1. Sensibiliseringsacties via briefwisseling	19
a) Voorschrijven van elektronenmicroscopie	19
b) Verplicht elektronisch voorschrift voor geneesmiddelen	20
c) Handel in Lyrica®	21
d) Facturatie van de honoraria voor dringende verstrekkingen	21
2. Lezingen	22
a) De zorgverlener en de DGEC van het RIZIV.....	22
b) Oordeelkundig gebruik van de artroscopische meniscectomieën bij patiënten boven de 50 jaar	22
c) Gebruik van 5 opioïden in België (2006-2020).....	22
II. Verzoek tot aanpassing van nomenclatuur	23
1. Structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.....	23
2. Werkgroep Interne Geneeskunde van de Technisch Geneeskundige Raad: wijziging van artikel 34 betreffende de interventionele verstrekkingen.....	23
3. Overeenkomstencommissie Audiciens: aanpassing van de nomenclatuur betreffende de hoortesten aan huis	24
4. Federale Raad voor Paramedische Beroepen: in aanmerking genomen kwaliteitsnormen voor de erkenning van de orthopedische werkplaatsen als stageplaatsen	24

III. Controleren en recupereren.....	25
1. Nationale controleonderzoeken	25
Aanrekening van walker boots volgens de nomenclatuur door de orthopedische verstrekkers	25
2. Individuele controleonderzoeken	26
a) Per type beslissing.....	26
b) Per beroepsgroep.....	28
c) Evolutie 2016-2021	28
d) Opvolging van de administratieve procedures	30
3. Strijd tegen fraude	35
a) Definitie fraude/bedrog	35
b) Afgesloten fraudeonderzoeken in 2021	36
c) Wie pleegt fraude?.....	38
d) Proactieve opvolging fraudeurs: impact	40
e) Schorsing uitbetaling via de derde-betalersregeling	41
IV. Evalueren, sensibiliseren en controleren	42
1. Cholangiopancreaticoscopie	42
a) Oorsprong en doelstelling.....	42
b) Methode	42
c) Resultaten	43
d) Controleonderzoeken	44
e) Conclusie	45
2. Dringendheidshonorarium 599642 bij radiografie van thorax aan bed op intensieve zorgen	45
a) Oorsprong en doelstelling.....	45
b) Methode	45
c) Resultaten en acties	46
d) Opvolging	47
Deel 4 – Impact	48
I. Rechtstreekse impact in 2021	48
II. Impact van voorgaande nationale acties	49
1. Controleonderzoek: ambulante cardiale monitoring	49
2. Sensibiliseringsactie: arthroscopische meniscectomie in geval van degeneratieve knieletsels	49
3. Controleonderzoek: NMR-onderzoeken en dringendheidshonoraria	50
III. Algemene balans	50
Deel 5 – Naar een betere reglementering	51
I. Schorsing van betaling via de derde-betalersregeling – art. 77sexies van de Gvu-wet (art. 99)	51
II. Overbodige of onnodig dure verstrekkingen (art. 113)	51
III. Appropriate care – goedkeuring van de indicatoren (art. 110).....	51

IV. Elektronisch dossier, elektronische diensten en elektronische handtekening (art. 105)	52
V. Nationaal college van adviserend artsen (art. 106).....	52
Deel 6 – Passerelle: Audit ziekenhuizen	53
I. Audit zware medische beeldvorming.....	53
II. Audit COVID-19.....	54
III. Audit keizersneden	54
IV. Audit Laagvariabele Zorg	55
Deel 7 – Samenwerkingen	56
I. Financiële responsabilisering van de verzekerings-instellingen.....	56
1. Medisch onderzoek om de arbeidsongeschiktheid te herbepalen.....	56
2. Mededeling via IDES van voorstellen met motivatie van staat van invaliditeit.....	57
3. Terugbetaling van verstrekkingen kinesitherapie en sommige verstrekkingen klinische biologie	57
4. Kwaliteit van de gegevens via NewAttest	57
II. Internationale aangelegenheden – EHFCN	58
1. 14 ^e internationale conferentie	58
2. Webinars	58
3. Tevredenheidsenquête	60
4. Werkgroep over artificiële intelligentie	60
III. Task force Appropriate care	60
1. Opdrachten	61
2. Acties in 2021	61
IV. Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2021-2023.....	62
Afkortingenlijst.....	63
Meer weten?.....	64

Deel 1 – DGEC voorgesteld

I. MISSIE

Voor een optimale aanwending van het overheidsbudget voor de ziekteverzekering ziet de DGEC van het RIZIV er onder meer op toe dat de belanghebbenden hun verplichtingen correct naleven binnen het wettelijke en reglementaire kader. Daarenboven dienen wetenschappelijke richtlijnen te worden gevolgd om te komen tot doelmatige zorg. Belanghebbenden zijn o.a. de zorgverleners, beheerders van verzorgingsinstellingen, verzekeringsinstellingen (V.I.'s¹), sociaal verzekerden, enz. Die maatschappelijke rol is nu des te relevanter: vooral in tijden van besparingen moet onze betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg worden gevrijwaard.

De DGEC is één van de actoren die toeziet op deze optimale aanwending. De dienst zal zijn opdracht daarom vervullen in een constructieve samenwerking met de partners. Hierbij staat synergie voorop.

Concreet wil de DGEC impact verwerven op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zoveel mogelijk zorgverleners. Het werkproces wordt steeds meer gekenmerkt door drie opeenvolgende stappen: analyse, actie en vervolgens impactmeting. Ondanks de beperkte personeelsmiddelen heeft deze werkwijze de impact van de dienst positief beïnvloed.

Op basis van klachten of signalen van buitenaf en op eigen initiatief analyseert de dienst de wijze waarop zorgverleners hun praktijk voeren, zowel op het vlak van conformiteit, realiteit als doelmatigheid.

Door deze analyses/evaluaties kan de dienst keuzes maken uit een breed gamma aan mogelijke acties: een individueel of nationaal controleonderzoek, sensibilisatiebrieven, voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, uitnodiging tot in regelstelling, tijdelijke schorsing van de uitbetaling van aanrekeningen via derde-betaler, enz.

De directies Informatie, Controle en Evaluatie (ICE) coördineren deze acties. Omdat die directies hun acties steeds beter onderling afstemmen, ontstaat er een meersporenbeleid, ook wel 'ICE-beleid' genoemd.

Tot slot kan de dienst via impactmetingen de gemaakte keuzes omtrent concrete acties evalueren naar hun nut en hardleerse zorgverleners proactief opvolgen.

1. Wettelijke opdrachten²

De wetgever heeft de DGEC de volgende opdrachten gegeven:

- ✦ informatie verstrekken aan de zorgverleners om inbreuken op de reglementering te voorkomen;
- ✦ de verstrekkingen, voorgeschreven of uitgevoerd, van de verzekering voor geneeskundige verzorging evalueren, de wijze waarop groepen zorgverleners hun praktijk voeren, onderzoeken;
- ✦ de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging controleren op het vlak van realiteit en conformiteit volgens de voorschriften van de wet, evenals de overconsumptie;
- ✦ de verstrekkingen controleren van de uitkerings- en moederschapsverzekering (toezicht op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid);
- ✦ uitvoering geven aan de beslissingen van de Leidend ambtenaar, het DGEC-Comité, de Kamers van eerste aanleg en van beroep.

¹ Een afkortingenlijst staat op het einde van het rapport, p. 63.

² Art. 139 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994 (GVU-wet).

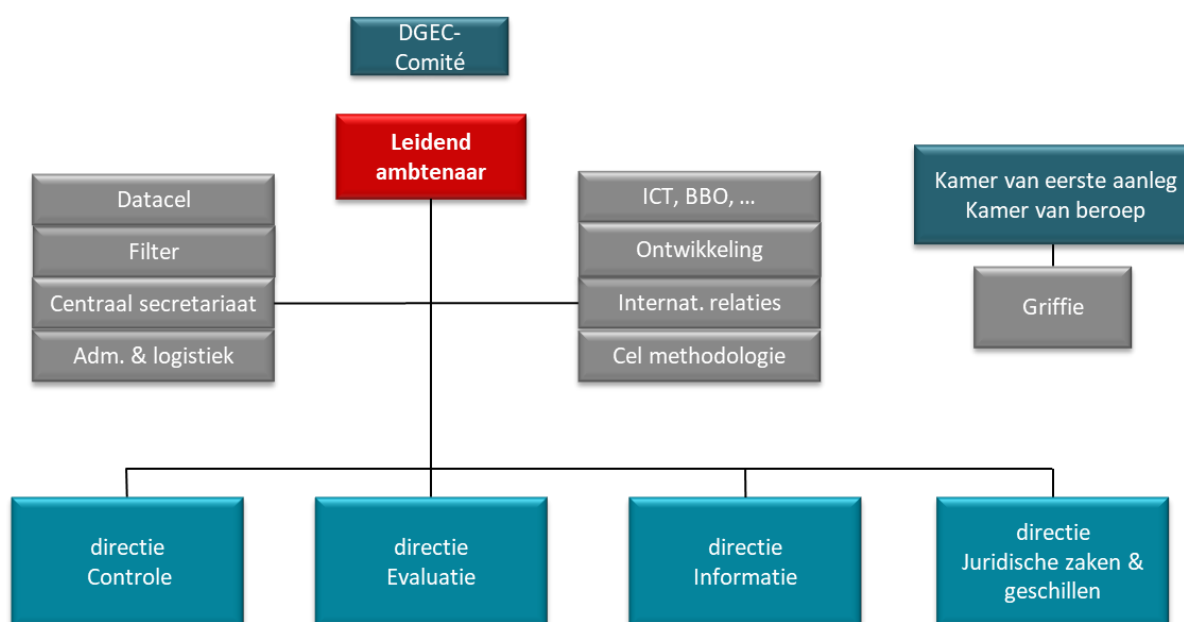
2. Doelstellingen van de wijzigingsclausule 2021 bij de bestuursovereenkomst 2016-2018

Een bestuursovereenkomst is een contract tussen de Staat en een openbare instelling van sociale zekerheid. De bestuursovereenkomst 2016-2018 werd verlengd met een wijzigingsclausule voor de periode 2019-2020 en met een tweede voor 2021. Voor de DGEC zijn volgende artikelen van belang:

- ✦ artikel 38. Verderzetten van de strijd tegen verspillingen: Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2021-2023;
- ✦ artikel 40. Aanpassing van het wetgevend kader binnen het domein van de geneeskundige controle;
- ✦ artikel 41. Digitalisering van de onderzoeksdaten;
- ✦ artikel 42. Facturatiegegevens gezondheidszorgen: toegang, kwaliteit en gebruiksvriendelijkheid.

II. ORGANISATIESTRUCTUUR

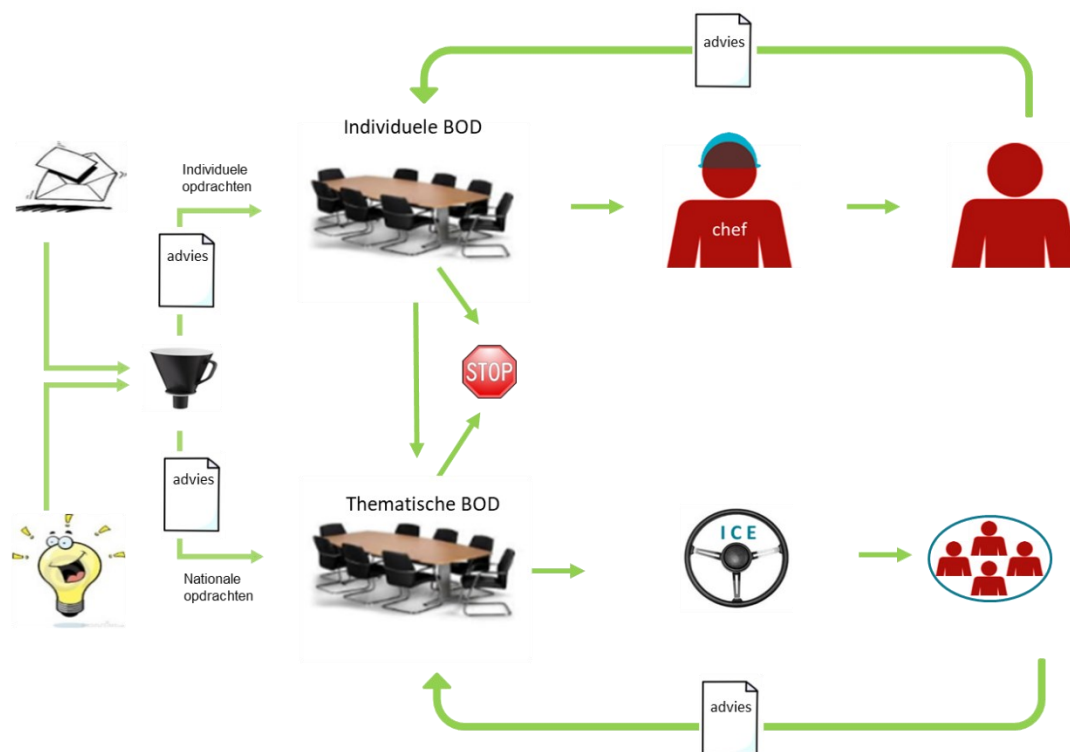
De DGEC is als volgt georganiseerd.



Figuur 1. Organisatiestructuur DGEC

III. WERKWIJZE

Figuur 2 geeft het interne werkingsproces van de DGEC schematisch weer.



Figuur 2. Werkingsproces DGEC

Een DGEC-actie kan het gevolg zijn van een externe melding of van een intern voorstel. Een externe melding is een signaal zoals een klacht, verzoek of opdracht van buitenaf. Een intern voorstel komt van een personeelslid en na een eigen risicoanalyse.

De Filter ontvangt en analyseert de externe meldingen en interne voorstellen. Het toetst ze o.a. aan de bevoegdheid van de DGEC, de strategische prioriteiten en de beschikbare middelen. De Filter verleent een advies aan het Beslissingsorgaan/Organe décisionnel (BOD). Het BOD bestaat uit de verantwoordelijken van de Filter en van de directies Informatie, Controle, Evaluatie en Juridische zaken en geschillen. Het BOD beslist welke actie de DGEC zal ondernemen en welke middelen hiervoor worden ingezet. Het individuele BOD beslist over acties met een individuele strekking, het thematische BOD geeft opdracht tot acties met een algemene of nationale draagwijdte.

Het individuele BOD geeft opdracht aan een leidinggevende die de werkzaamheden van de dossierbeheerder zal opvolgen. De aanpak wordt opgevolgd in de provinciale vergadering.

Het thematische BOD geeft opdrachten tot actie van algemene strekking aan een multidisciplinair team dat meestal is samengesteld uit vertegenwoordigers van de directies Informatie, Controle en Evaluatie. Dergelijke opdrachten kunnen verschillende acties inhouden, zoals een verdere (risico)analyse, een informatieverstrekking en/of een nationaal controleonderzoek. De acties kunnen simultaan of opeenvolgend gerealiseerd worden. De DGEC voert hierbij een meersporenbeleid. De feitelijke omstandigheden geven meestal aan welke acties er in welke volgorde van toepassing zijn.

De DGEC-medewerkers analyseren het aanrekendgedrag van zorgverleners op basis van:

- ✦ de naleving van de nomenclatuur en de toepassing van bijhorende regels;
- ✦ de conformiteit aan de wetenschappelijke kennis (evidence-based medicine [EBM]).

De informatieverstrekking kan verschillende vormen aannemen:

- ✦ informatiebrochures bijwerken;
- ✦ sensibilisatiebrieven verzenden naar een groep vergelijkbare zorgverleners;
- ✦ lezingen organiseren voor welomschreven doelgroepen;
- ✦ persberichten opstellen.

Het nationaal controleonderzoek heeft als doel na te gaan of zorgverleners een inbreuk hebben gepleegd en onterecht verstrekkingen hebben aangerekend aan de ziekteverzekering. Op basis van een vooraf bepaalde methodologie onderzoeken we het aanrekengedrag van een grote en vergelijkbare groep zorgverleners op basis van dezelfde criteria. Een controleonderzoek kan uiteenlopende gevolgen hebben³:

- ✦ negatief,
- ✦ informatief,
- ✦ waarschuwing,
- ✦ vaststelling zonder administratieve procedure,
- ✦ vaststelling met administratieve procedure,
- ✦ zonder gevolg DGEC,
- ✦ stopgezet omwille van operationele redenen.

Bovenstaande acties worden uitgevoerd door een multidisciplinair team, waarvan de aanpak projectmatig wordt opgevolgd door de ICE-stuurgroep. Het team brengt nadien verslag uit aan het thematische BOD en kan daarbij voorstellen tot bijkomende acties formuleren in een advies.

³ Zie “Individuele controleonderzoeken – per type beslissing”, p. 26-27.

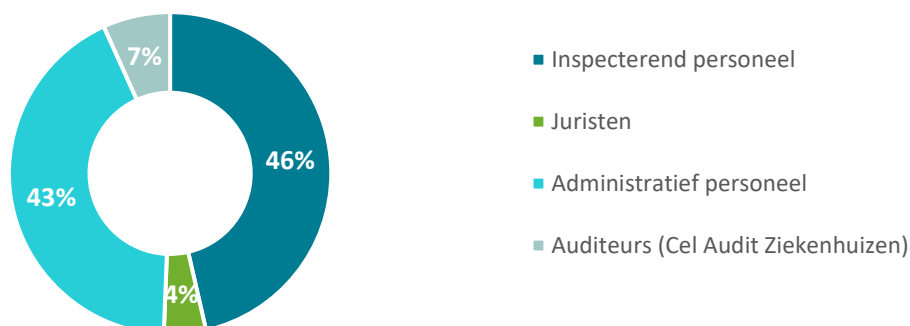
IV. PERSONEEL EN VORMING

De DGEC telde 238 personeelsleden op 31.12.2021. In tabel 1 verdelen we de personeelsleden volgens profiel, standplaats en taalrol.

Tabel 1. Aantal personeelsleden DGEC op 31.12.2021

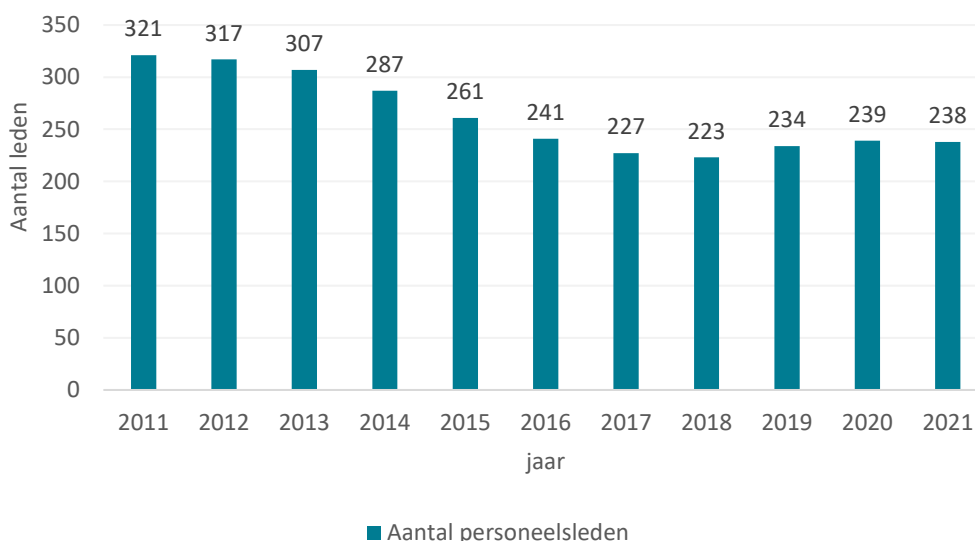
		Centrale diensten		Provinciale regio's		Totaal
		NL	FR	NL	FR	
Leidend ambtenaar / arts-directeur-generaal		1				1
Arts-inspecteur-generaal (A4)			2			2
Directeurs (Informatie, Juridisch, regio's) (A3)		2	1	4	1	8
Artsen-coördinatoren (A3)		5	1			6
Sociaal inspecteurs:	artsen (A2-A3-A4)	4	4	23	21	52
	apothekers (A2)			4	3	7
	tandartsen (A2)			1	1	2
	verpleegkundigen (B-A1)			16	19	35
	wetenschappelijk attachés (A1-A2)				1	1
Auditeurs (B-A2)		9	6			15
Juristen (A1-A2-A3)		3	6			9
ICT, ontwikkeling, kennisbeheer (A1, A2, A3)		2	2			4
Internationale samenwerking (A1-A2)		1	1			2
Data-analisten (A1)		3	7			10
Administratief:	attachés/adviseurs (A1-A2)	2	3	2	1	8
	deskundigen (B)	4	4	5	4	17
	assistenten (C)	5	8	18	18	49
	medewerkers (D)	3	2	4	1	10
TOTAAL		44	47	78	69	238

Het inspecterend personeel, de auditeurs en de juristen hebben een operationele opdracht. De digitale en technologische evoluties hebben een impact op de vraag naar administratieve ondersteuning. Steeds vaker doen we een beroep op administratief ondersteunend personeel voor operationele taken.



Figuur 3. Verhouding personeelsleden DGEC in 2021

Om de continuïteit van de werking van onze dienst te garanderen, hebben we 21 nieuwe medewerkers aangeworven in 2021. Het merendeel van de nieuwe medewerkers is tewerkgesteld als arts-inspecteur, verpleegkundige-controleur of auditeur. Ondanks die aanwervingen is het aantal personeelsleden gedaald in vergelijking met vorig jaar, wegens pensioneringen.



Figuur 4. Evolutie aantal personeelsleden DGEC

In dienst treden in tijden van COVID-19 was niet evident. We zijn ons onthaal- en opleidingsprogramma voor de nieuwe medewerkers blijven aanpassen aan de geldende coronamaatregelen. De eerste kennismaking en opleidingsmodule probeerden we in de mate van het mogelijke fysiek te laten verlopen. Het grootste deel van het opleidingstraject verliep echter digitaal en de verschillende modules werden meer gespreid in de tijd waar nodig. De intensieve opleiding van inspecteurs en controleurs is essentieel voor de overdracht van kennis, vaardigheden en attitudes. We hebben dan ook geprobeerd zo weinig mogelijk opleidingen te annuleren.

Naast het opleidingstraject voor de nieuwkomers hebben we ook het opleidingstraject voortgezet dat in 2020 was gestart. Die opleidingen zijn gericht op alle DGEC-medewerkers en hebben betrekking op onderwerpen in verband met de opdracht van de dienst, het gebruik van interne informaticatools of opdrachten die onlangs door onze sociaal inspecteurs zijn afgesloten. In 2021 kwamen volgende onderwerpen aan bod:

- ✦ farmacie;
- ✦ invoering en contextualisering van de (pseudo)nomenclatuur;
- ✦ laagvariabele zorg;
- ✦ COVID-19-epidemiologie;
- ✦ kwaliteitsindicatoren: houden meer in dan de bepaling van de effecten;
- ✦ gebruik van facturatie databanken voor de beoordeling van geneesmiddelen;
- ✦ EBM in de dagelijkse praktijk;
- ✦ artikel 8 – werken met zorgpersoneel in een structurele equipe;
- ✦ de informatie over de geneesmiddelen van patiënten raadplegen via MyRiziv;
- ✦ Tresorit: uitwisseling van bestanden in het kader van de onderzoeken;
- ✦ leren werken met Foxit Phantom PDF;
- ✦ een presentatie voorbereiden en geven;
- ✦ gegevensbeheer en GDPR;
- ✦ ziekenhuismanagement vs. DGEC-activiteiten;
- ✦ eDos – eServices: dossiers van de DGEC en de griffies.

Bovendien hebben de sociaal inspecteurs regelmatig andere specifieke opleidingen gevolgd op basis van hun opdrachten.

We hebben eveneens het opleidingstraject voor het administratief personeel voortgezet.

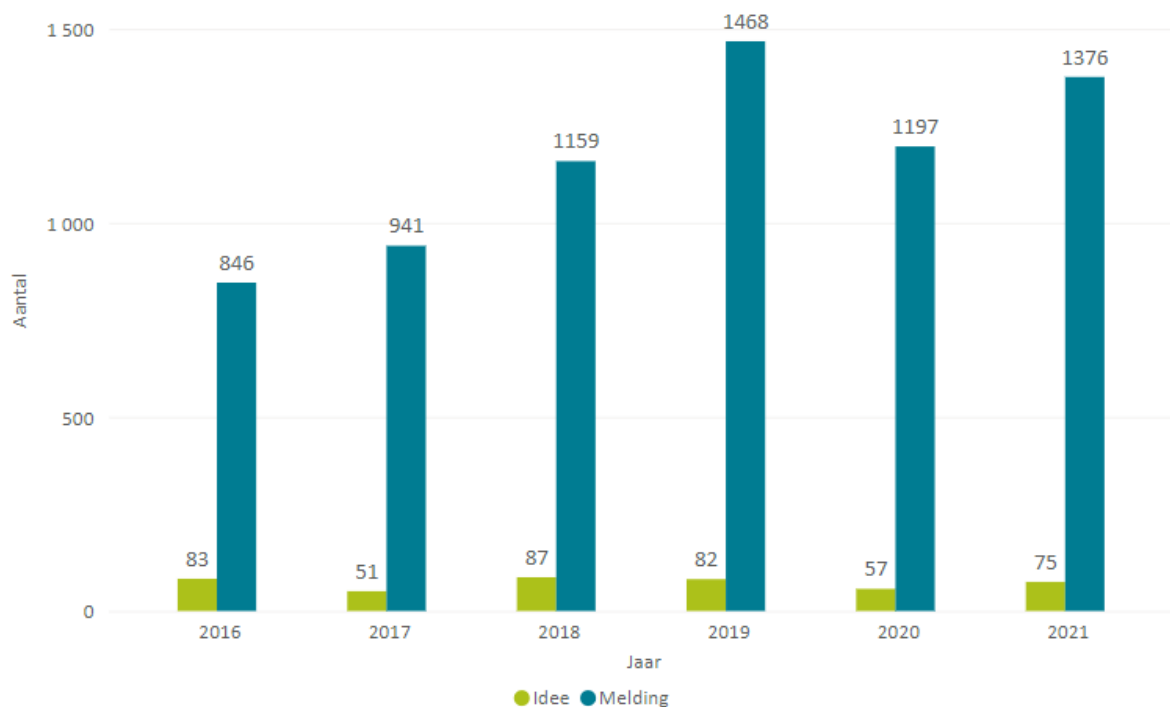
Tot slot hebben we 2 informatiesessies georganiseerd voor het personeel, één online en één fysiek. Tijdens die sessies hebben we de vooruitgang van de werkzaamheden van het project *Appropriate care* toegelicht, alsook het beleidskader 2022-2025 van de DGEC en de nieuwe werkinstrumenten: indicatoren voor de analyse van de facturatiegegevens en de rapporteringstool Power BI.

Deel 2 – Oorsprong van onze activiteiten

We ontvingen 1.376 externe meldingen in 2021. Onder meldingen verstaan we vragen, klachten, verplichte opdrachten enz. komende van buiten de DGEC.

Daarnaast formuleerden de DGEC-medewerkers zelf 75 voorstellen voor acties, gebaseerd op eigen risicoanalyses.

Figuur 5 geeft de evolutie van het aantal externe meldingen en interne voorstellen van 2016 tot 2021 weer. De absolute aantallen verschillen licht t.o.v. de cijfers in onze vorige jaarverslagen, gezien we een nieuwe tool voor de visualisatie van onze gegevens hebben. De tendensen stemmen echter wel overeen met de vorige jaarverslagen. Na een kleine daling vorig jaar, zien we terug een toename van het aantal meldingen.



Figuur 5. Evolutie aantal externe meldingen en interne voorstellen (ideeën) van 2016 tot 2021

Hoewel de interne voorstellen een kleine minderheid vormen ten opzichte van de meldingen, leiden zij vaker tot acties met een belangrijke impact. In 2021 heeft 92 % van de interne voorstellen geleid tot een opdracht. Van de externe meldingen daarentegen leidde 14 % tot een nieuwe opdracht of tot een uitbreiding van een bestaande opdracht. Toch zijn heel wat meldingen waardevol voor de DGEC om fraudeurs of soorten fraude op te sporen.

I. EXTERNE MELDINGEN

Binnenkomende meldingen worden eerst geanalyseerd door de Filter. Dit is een cel die alle meldingen onderzoekt met het oog op een correcte opvolging of een snelle doorverwijzing naar de meest aangewezen persoon of dienst, al dan niet bij het RIZIV. De meldingen komen van verzekerden, zorgverleners en zorginstellingen, V.I.'s maar ook van officiële instanties zoals de FOD Justitie, de Provinciale Geneeskundige Commissie en de Orde der artsen.

De externe meldingen die de DGEC in 2021 ontving, gingen zowel over individuele zorgverleners en verzekerden als over zorginstellingen en V.I.'s.

Van de 1.376 binnengekomen meldingen, heeft de Filter:

- ✦ meldingen administratief afgehandeld. Dit betekent dat de Filtermedewerkers zelf onmiddellijk een correct antwoord hebben geformuleerd of de melding, na ontvangstbevestiging, hebben doorgestuurd naar de juiste instantie;
- ✦ 38 meldingen rechtstreeks doorverwezen naar een DGEC-medewerker. Meestal was dat met het oog op een controleopdracht, maar soms ging het om een evaluatie- of een informatieopdracht;
- ✦ 17 meldingen toegevoegd aan bestaande dossiers over feiten waarvoor we eerder al een controleonderzoek hadden opgestart. Die meldingen werden dus bij een lopend controleonderzoek gevoegd;
- ✦ voor 283 meldingen 301 adviezen aan het BOD verleend, zodat dat beslissingsorgaan de nodige informatie had om een beslissing te nemen over het verdere gevolg. Op basis van die adviezen heeft het BOD beslist tot:
 - ✧ administratieve afhandeling⁴ (57),
 - ✧ toekenning van een nieuwe opdracht (controle, evaluatie of informatie) (102),
 - ✧ toevoeging van de melding aan een lopende opdracht (36),
 - ✧ klassering zonder gevolg (99).
 - ✧ Er zijn 7 dossiers waarin nog geen definitieve beslissing is genomen.
- ✦ Voor 22 meldingen, had de DGEC eind december 2021 nog geen definitieve beslissing genomen.

II. INTERNE ANALYSES

De interne voorstellen van de DGEC-personeelsleden kunnen ook leiden tot verschillende DGEC-acties: individuele of nationale controleonderzoeken, evaluatiestudies, sensibiliseringsacties, enz. Om tot een intern voorstel te komen kan er soms ook een voorafgaande risicoanalyse of studie vereist zijn.

1. Evaluatiestudies

We geven hieronder de samenvattingen van de evaluatiestudies die in 2021 voor het DGEC-comité zijn voorgesteld.

a) Impact van het gedeelde elektronisch patiëntendossier op de herhaling van technische onderzoeken

Oorsprong en doelstelling

De invoering en uitbreiding van het elektronisch patiëntendossier (EPD) impliceert een toenemende gegevensuitwisseling tussen zorgverleners van eenzelfde patiënt, waaronder de resultaten van allerlei technische onderzoeken. Hypothetisch leidt dat onder andere tot minder onnodige herhalingen van dergelijke onderzoeken. De DGEC engageerde zich daarom in de Wijzigingsclausule 2019-2020 bij de 5^e bestuursovereenkomst 2016-2018 tussen de Staat en het RIZIV om de evoluties in het gebruik van technische onderzoeken over de periode 2015-2018 te bestuderen. Het doel was na te gaan of er over die vier jaren inderdaad evidentie was voor een eventueel effect van de informatisering van het medisch dossier op het herhalen van onderzoeken.

⁴ Het BOD geeft de opdracht aan de Filter om het dossier administratief af te handelen volgens afgesproken procedures (antwoord aan klager, doorsturen aan derden, enz.)

Methode

We gingen thematisch te werk en concentreerden ons op twee grote deelverzamelingen van de technische onderzoeken: het klinische biologisch bloedonderzoek en de medische beeldvorming. We concentreerden ons telkens hoofdzakelijk op de onderzoeken uitgevoerd bij ambulante patiënten. Als maat voor het verbruik op zich bepaalden we per kalenderjaar, afzonderlijk voor klinische biologie en medische beeldvorming, het aantal verschillende datums met onderzoeken per verzekerde in de Permanente Steekproef (EPS). Het gebruik van het EPD benaderden we indirect en op twee manieren.

Ten eerste groepeerden we verzekerden naargelang één of meerdere artsen hun onderzoeken voorschreven, waarna we evalueerden hoe deze twee groepen zich qua grootte en verbruik verhielden doorheen de jaren.

Ten tweede gingen we na welke verzekerden één huisarts als voorschrijver hadden, en categoriseerden we de betrokken huisartsen als wel of niet geïnformatiseerd op basis van de hun toegekende premies voor het gebruik van e-Gezondheidsdiensten. Vervolgens vergeleken we het verbruik van de patiënten van geïnformatiseerde en niet-geïnformatiseerde huisartsen.

Resultaten

We vonden noch bij de bloedonderzoeken noch bij de medische beeldvorming eenduidige evidentie voor dalingen in het globale verbruik in de periode 2015-2018. De opdeling van ambulante patiënten in een groep met één voorschrijver en een groep met meerdere voorschrijvers bracht evenmin pertinente evoluties aan het licht. Als toenemende gegevensuitwisseling tussen voorschrijvers een invloed had op het herhalen van onderzoeken – en alles voor het overige gelijk bleef – verwachtten we dat doorheen de jaren het aandeel verzekerden met onderzoeken aangevraagd door meerdere voorschrijvers zou afnemen, of dat het verbruik per verzekerde in deze groep zou dalen. We vonden geen van beide trends in onze data.

Na de opdeling in groepen geïnformatiseerde en niet-geïnformatiseerde huisartsen vonden we een iets lagere verdeling van het aantal bloedonderzoeken bij de patiënten in de geïnformatiseerde groep. Dit klein maar systematisch verschil evolueerde niet doorheen de jaren 2015-2018, en kan het gevolg zijn van andere storende variabelen waarop we weinig of geen vat hadden. Bij de medische beeldvorming vonden we dergelijk verschil helemaal niet terug.

De resultaten waren overwegend negatief maar moeten niet geïnterpreteerd worden als evidentie dat er geen effect van het EPD op de herhaling van technische onderzoeken zoals klinische biologie en medische beeldvorming zou zijn. Op basis van de beschikbare informatie en gegevens is het onmogelijk hierover al sluitende conclusies te trekken.

Acties en voorstellen

In het kader van doelmatige zorg blijft het relevant om de impact te kennen van het EPD-gebruik op onnodige herhalingen van technische onderzoeken. Om eventuele toekomstige studies preciezer te maken, zouden wij moeten kunnen beschikken over meer gedetailleerde gegevens rond het EPD-gebruik: gegevens over alle afzonderlijke zorgverleners, inclusief artsen-specialisten en idealiter zelfs over individuele verzekerden. Los van de beschikbaarheid van die gegevens zou ook een duidelijke definitie van een 'onnodige' herhaling bijdragen tot een beter afgebakende scope. Door eventueel vervolgonderzoek te beperken tot een populatie van concrete gevallen waarin onderzoeken frequent herhaald worden zonder toegevoegde waarde, zouden we krachtigere statistische methoden kunnen gebruiken, beter kunnen controleren op storende variabelen en de financiële impact van eventuele evoluties concreter kunnen inschatten. Meer onderzoek zou dan eerst en vooral nodig zijn om te bepalen welke de belangrijkste gevallen van ondoelmatig gebruik van technische onderzoeken zijn: over welke onderzoeken gaat het, bij welke pathologieën en populaties worden die onnodig en al dan niet herhaaldelijk uitgevoerd.

In de rand van ons onderzoek deden we de volgende opvallende vaststelling: per jaar onderging de helft van de verzekerden uit de EPS bloedonderzoeken en/of medische beeldvorming. De vraag stelt zich of dit grote aandeel van de verzekerden met een onderzoek, los van eventuele herhalingen, al wijst op ondoelmatig gebruik ervan. Deze vaststelling kan voor de DGEC een aanzet zijn om mogelijke ondoelmatigheden vanuit een andere invalshoek te onderzoeken, bijvoorbeeld door toetsing aan de wetenschappelijke evidentie of onderzoek van praktijkvariaties.

b) Gebruik van immuuntherapie bij de behandeling van astma

Oorsprong en doelstelling

Volgens de internationale aanbevelingen van GINA ([Global Initiative for Asthma](#), een organisatie die medische richtlijnen uitwerkt) is immuuntherapie met monoklonale antilichamen (*monoclonal antibodies*, mAb) aangewezen als bijkomende behandeling van ernstige astma. Volgens GINA is ernstige astma per definitie ongecontroleerde astma ondanks optimaal gebruik van een behandeling met inhalatiecorticosteroïden (*inhaled corticosteroids*, ICS) en langwerkende inhalatie- β -agonisten (*long acting β agonists*, LABA).

Momenteel worden in België 4 mAb terugbetaald voor de behandeling van astma: omalizumab voor allergische astma en mepolizumab, benralizumab en reslizumab voor eosinofiele astma. De vergoedingsvoorwaarden in hoofdstuk IV stemmen overeen met de GINA-aanbevelingen. Andere moleculen worden op korte of middellange termijn verwacht. De uitgaven van de ziekteverzekering voor deze geneesmiddelen bedroegen in 2020 ongeveer 60 miljoen EUR.

Onze studie had als doel te evalueren in welke mate de criteria uit de internationale GINA-richtlijnen in België worden nageleefd bij de behandeling van ernstige astma met mAb.

Methode

We hebben van 1.882 astmapatiënten van 18 jaar of ouder die in 2018 en 2019 in België een mAb-behandeling waren begonnen, de behandelingsantecedenten onderzocht op basis van de afgeleverde geneesmiddelen die werden terugbetaald in het jaar voorafgaand aan de start van de mAb-behandeling. De bedoeling was om uit te maken of die patiënten wel degelijk leden aan ernstige astma volgens de GINA-definitie.

'Correcte therapietrouw' werd gedefinieerd als 75 % of meer van het verwachte aantal dagen ICS-LABA-behandeling tijdens het jaar voorafgaand aan de start van de behandeling met mAb (ofwel 365 dagen x 75 % = 274 behandelingsdagen). Die 75 % is tamelijk willekeurig gekozen maar vrij klassiek voor studies van chronische ziekten: het gaat dus om een conservatieve definitie. Op basis van de gegevens waarover wij beschikken, kon het aantal 'hoge dosissen' niet worden berekend.

Wij spraken van ongecontroleerde astma bij een aflevering van methylprednisolone 20 x 32 mg (behandeling van een exacerbatie) OF bij cortico-dependentie (minstens 90 DDD⁵ orale glucocorticosteroïden, ATC-code⁶ H02AB) tijdens het jaar voorafgaand aan de start van de behandeling met mAb. Dit zijn zeer gevoelige criteria.

Resultaten

Bij slechts 47 % van de patiënten waren de afleveringen van ICS en LABA in het jaar voorafgaand aan de start van de behandeling met mAb compatibel met een correcte therapietrouw. Verder schatten wij het aandeel patiënten met ongecontroleerde astma op 77 %.

⁵ Defined daily doses.

⁶ Anatomic therapeutic code.

Door de criteria 'correcte therapietrouw aan een behandeling met ICS-LABA' en 'ongecontroleerde astma' te combineren, hebben we berekend dat volgens GINA slechts 38 % van de patiënten voldeed aan de definitie van ernstige astma en dus in aanmerking kwam voor een mAb-behandeling (patiënten behandeld voor eosinofiele astma: 40 %; allergische astma: 34 %). Deze schattingen overschatten waarschijnlijk het reële aantal patiënten met ernstige astma onder de behandelde patiënten.

Tabel 2. Geschiktheid voor een behandeling met een mAb bij patiënten ≥ 18 jaar die in 2018-2019 behandeld werden voor allergische astma vs. eosinofiele astma

	In het jaar voorafgaand aan de start van Mab, patiënten met:	Allergische astma		Eosinofiele astma	
TOTAAL		620	100 %	1.262	100 %
A	≥ 274 (75 % x 365) dagelijkse dosissen ICS met of zonder LABA	299	48 %	667	53 %
B	≥ 274 dagelijkse dosissen LABA met of zonder ICS	277	45 %	621	49 %
C = A en B	Afleveringen compatibel met een correcte therapietrouw ICS-LABA	272	44 %	608	48 %
D	≥ 90 orale DDD ATC-code H02AB (glucocorticoiden) – proxy bij cortico-dependentie	284	46 %	742	59 %
E	≥ 1 aflevering van methylprednisolone 20 x 32 mg (proxy bij een of meerdere exacerbaties)	413	67 %	919	73 %
F = D of E	Ongecontroleerde astma	434	70 %	989	78 %
C en F	Ernstige astma en geschiktheid voor een behandeling met een mAb	212	34 %	500	40 %

Tot besluit kunnen we zeggen dat minstens 6 volwassen astmapatiënten op 10 die in 2018-2019 in België een behandeling met een mAb zijn begonnen, niet voldeden aan de in de internationale aanbevelingen vastgelegde selectiecriteria en de bijbehorende vergoedingsvoorwaarden.

Acties en voorstellen

Sensibilisering van de voorschrijvers

In oktober 2021 hebben we een sensibiliseringsbrief verstuurd naar alle longartsen in België (ongeacht hun voorschrijfprofiel inzake immuuntherapie bij de behandeling van astma). We stuurden hun een kopie van deze studie en van de studie over Xolair® die in 2020 werd afgerond⁷. In die brief vroegen we hun:

- ✦ de behandeling met monoklonale antilichamen voor te behouden voor de juiste doelgroep;
- ✦ zich strikt te houden aan de cumulatieve vergoedingsvoorwaarden voor monoklonale antilichamen voor de behandeling van allergische en eosinofiele astma;
- ✦ het vereiste bewijsmateriaal in het medisch dossier van de patiënt te bewaren.

Versterkte controle van de verzekeringsinstellingen

Aan de V.I.'s hebben we gevraagd om vanaf 01.11.2021 de eerste 200 aanvragen te controleren voor immuuntherapie voor astma bij volwassen patiënten. Deze 200 controles worden tussen de V.I.'s verdeeld volgens hun respectieve ledenaantallen. De criteria die bij deze controles worden gehanteerd, zijn gebaseerd op de terugbetalingsvoorwaarden. Voor sommige dossiers moet contact worden opgenomen met de voorschrijvers.

⁷ Zie Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2020, p. 17-18.

Regelmatig monitoren van de indicator

Deze studie is conceptueel eenvoudig en makkelijk te reproduceren om de gegevens bij te werken. Het zou nuttig zijn om ze regelmatig te herhalen om de eventuele geboekte vooruitgang te meten.

2. Analyses van de datacel

De sociaal inspecteurs werken nauw samen met de datacel van de DGEC die facturatiegegevens analyseert om een preciezer beeld te krijgen van het aanreken- en voorschrijfgedrag van de zorgverleners. Deze analyses kunnen zowel gebeuren in het kader van controleonderzoeken als voor evaluatieopdrachten.

Bij de analyses voor individuele controleonderzoeken heeft de datacel vooral een ondersteunende rol. De inspecteurs doen hier vooral een beroep op de technische en statistische expertise van de cel om onterecht aangerekende verstrekkingen aan het licht te brengen en ten laste te kunnen leggen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van verschillende methodologieën waarvan de steekproeftrekking en extrapolatie het meest frequent voorkomen. In 2021 zijn er ook grote stappen gezet op het vlak van de primaire desktop data-analyse met de geleidelijke migratie van MS Access naar MS PowerBI en de ontwikkeling van templates en de hierin vervatte indicatoren die het werk van de inspecteurs zal vereenvoudigen, optimaliseren en tijdsefficiënter maken.

De datacel speelt tevens een belangrijke rol in enkele grotere nationale controleonderzoeken zoals de P-waarden voor de tandartsen, de M-waarden voor de kinesitherapeuten en sinds het voorbije jaar ook de W-waarden voor de verpleegkundigen. Hierbij zorgt de datacel enerzijds voor de berekeningen van de verschillende maandelijks, trimestriële of jaarlijkse coëfficiënten en bezorgt ze anderzijds de gedetailleerde informatie van de zorgverstrekkers die deze waarden overschreden hebben aan de sociaal inspecteurs.

In 2021 was de cel bovendien nauw betrokken bij de ondersteuning van de ingediende projecten over doelmatige zorg en talrijke monitoring- of evaluatiedossiers, waaronder:

- ✦ het toezicht op het gebruik van immunotherapie bij de behandeling van ernstige astma,
- ✦ de overconsumptie laserbehandeling secundair cataract,
- ✦ de outliers artsen,
- ✦ de forfaits klinische biologie,
- ✦ de evolutie repetitiegraad technische prestaties (eHealth),
- ✦ de COVID-premies tandartsen.

Verder speelde de datacel een actieve rol bij de kwaliteitsverbetering van de gegevens die via verschillende datastromen of via NewAttest-aanvragen ter beschikking gesteld worden en in de controle van de V.I.'s door middel van de VARAK-analyses.

Tenslotte deelt de datacel haar kennis met de sociaal inspecteurs via opleidingen over de vele databronnen die de DGEC ter beschikking heeft en over de steekproef- en extrapolatiemethode. In de nabije toekomst zal de cel hen ook begeleiden bij het gebruik van de nieuwe ontwikkelde analysemogelijkheden. Tevens zijn de voorbereidingen gestart data-gedreven risicoanalyses uit te werken waaraan we alle domeinen van de ziekteverzekering vanaf 2022 willen onderwerpen.

Deel 3 – Acties

I. SENSIBILISEREN EN INFORMEREN

We informeren de zorgverleners over de relevante reglementeringen via verschillende kanalen: per brief of e-mail, lezingen en informatiebrochures. Wij houden hen ook op de hoogte van de resultaten van onze evaluatiestudies en nationale controleonderzoeken. Het is onze bedoeling om de zorgverleners te informeren zodat zij geen overtredingen uit onwetendheid begaan. Op die manier streven we naar een bijkomende positieve impact op het aanreken- en voorschrijfgedrag van de zorgverleners en verzorgingsinstellingen. We delen de resultaten van onze acties tevens mee aan de pers en beantwoorden hun vragen.

1. Sensibiliseringsacties via briefwisseling

In 2021 hebben we bij verschillende beroepsgroepen 6 sensibiliseringsacties gevoerd per brief.

Tabel 3. Sensibiliseringsacties per brief in 2021

Onderwerp	Doelgroepen	Verzendingsperiode
Voorschrijven van elektronenmicroscopie	Voorschrijvers	Februari 2021
Bijkomend honorarium voor dringende verstrekking 599642 bij radiografie van de thorax op intensieve zorg ⁸	Ziekenhuizen - diensten voor radiologie	April 2021
Verplicht elektronisch voorschrift geneesmiddelen	Huisartsen en specialisten en tandartsen	Juli 2021
Vergoedingsvoorwaarden voor de monoklonale antilichamen bij de behandeling van ernstige astma ⁹	Pneumologen	Oktober 2021
Handel in Lyrica	Apothekers	November 2021
Aanrekening van dringendheidshonoraria door huisartsen	Huisartsen	December 2021

a) Voorschrijven van elektronenmicroscopie

Naar aanleiding van een evaluatiestudie over de elektronenmicroscopie¹⁰ hebben we de facturatiegegevens van dat onderzoek in 2019 geanalyseerd. Daaruit blijkt dat 570 artsen samen 1.726 keer elektronenmicroscopie voorschreven. De meerderheid (61 %) beperkte zich tot één voorschrift. Slechts 12 artsen schreven minstens 15 keer elektronenmicroscopie voor. De 3 grootste voorschrijvers namen samen 461 aanvragen voor dat onderzoek voor hun rekening, of 27 % van alle aanvragen.

We hebben naar die 3 grootste voorschrijvers een sensibiliseringsbrief geschreven om hen te informeren over de meest recente wetenschappelijke ontdekkingen over het Ehlers-Danlos syndroom (EDS). Er is een consensus dat de huid bij deze patiënten geen pathognomonische afwijkingen vertoont en dat een elektronenmicroscopie van een huidbiopsie slechts in twee zeldzame subtypes, maar niet bij het hypermobile EDS, de klinische diagnose kan ondersteunen zonder deze evenwel te bevestigen. De grote variatie tussen de verschillende voorschrijvers en het beperkte aantal artsen die dit onderzoek frequent voorschrijven, kunnen erop wijzen dat ze de elektronenmicroscopie op ondoelmatige wijze voorschrijven.

⁸ Zie "Evalueren, sensibiliseren en controleren – Dringendheidshonorarium 599642 bij radiografie van de thorax aan bed op intensieve zorgen, p. 45-47.

⁹ Zie "Evaluatiestudie - Gebruik van immuuntherapie bij de behandeling van astma, p. 16-18.

¹⁰ Zie *Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2020*, p. 20-21.

We hebben hun bijgevolg gevraagd om hun voorschrijfgedrag aan te passen en we hebben meegedeeld dat ze in de toekomst zullen worden gevolgd.

Slechts één voorschrijver heeft op de brief gereageerd en wees er met name op dat verschillende collega's patiënten naar hem doorverwijzen om de diagnose van hypermobile EDS aan de hand van de elektronenmicroscopie te bevestigen, door zijn bekendheid in dat domein. Hij meent dat dit onderzoek het enige is waarmee de diagnose van hypermobile EDS objectief kan worden gesteld en dat zo wordt vermeden dat de patiënt die lijdt, een medische zoektocht moet afleggen.

b) Verplicht elektronisch voorschrift voor geneesmiddelen

Sinds 01.01.2020 zijn artsen, vroedvrouwen en tandartsen verplicht om geneesmiddelen elektronisch voor te schrijven, met uitzondering van enkele specifieke situaties¹¹.

We hebben een sensibiliseringsbrief gestuurd naar de artsen, vroedvrouwen en tandartsen in de leeftijdscategorie van 25 tot 64 jaar, die tussen 01.09.2020 en 28.02.2021 nog voor 100 % papieren voorschriften gebruikten. Het ging om 265 zorgverleners: 173 huisartsen, 84 artsen-specialisten en 8 tandartsen. We hebben hen de regelgeving in herinnering gebracht en we hebben hen gevraagd om ons mee te delen waarom ze niet elektronisch voorschrijven.

Van 47 % van de gesensibiliseerde zorgverleners hebben we een antwoord ontvangen. Hun antwoorden kunnen in 8 categorieën worden onderverdeeld:

- ✦ elektronische problemen (38 %): geen aangepast informaticamateriaal, problemen met de informaticatool, enz.;
- ✦ stappen ondernomen om elektronisch voor te schrijven (25 %), informatisering, inschrijving voor de aankoop van software, enz.;
- ✦ zorgverleners bij Kind en Gezin (15 %), niet-geïnformateerde organisatie;
- ✦ zorgverleners van niet-geïnformateerde instellingen (9 %);
- ✦ leeftijd (5 %): een aantal zorgverleners wilde zich niet meer informatiseren voor hun laatste werkjaren;
- ✦ assistent huisartsgeneeskunde (4 %); elektronisch voorschrift met RIZIV-nummer van de stagemeester;
- ✦ ideologische redenen (2 %): weigering om het noodzakelijke materiaal te betalen, om zich te informatiseren voor de patiënt of de apotheker, enz.;
- ✦ zorgverleners in een ziekenhuis (2 %) die geen toegang hebben tot het noodzakelijke informaticamateriaal.

Naargelang van de categorie van het ontvangen antwoord hebben we elke zorgverlener een aangepaste brief gestuurd. We hebben oplossingen voorgesteld voor de aangekaarte problemen en hebben ook de directie van Kind en Gezin gevraagd om de informaticaprocedure te versnellen.

¹¹ Uitzonderingen op het verplicht elektronisch voorschrift:

- ✦ als de voorschrijver de leeftijd van 64 jaar bereikt heeft op 01.01.2020;
- ✦ als het voorschrift buiten het kabinet van de voorschrijver opgesteld werd, bijvoorbeeld op huisbezoek bij de patiënt of in een rusthuis (en verzorgingstehuis), en dit onafhankelijk van de leeftijd van de voorschrijver;
- ✦ in geval van overmacht:
 - ✧ dringende medische hulp is ontegensprekelijk noodzakelijk,
 - ✧ het betreft een buitenlandse voorschrijver zonder INSZ-nummer (of bisnummer),
 - ✧ het betreft een buitenlandse patiënt zonder INSZ-nummer (of bisnummer),
 - ✧ voor een pasgeborene in afwachting van een INSZ-nummer,
 - ✧ een tweevoudige authenticatie van de voorschrijver is niet mogelijk (eHealth- eID-kaart),
 - ✧ technisch probleem (softwareleverancier).

c) Handel in Lyrica®

Naar aanleiding van een contact met het parket over het gebruik van valse voorschriften hebben we alle apothekers geïnformeerd over frauduleuze praktijken met betrekking tot de farmaceutische specialiteiten op basis van pregabaline (Lyrica® en generische middelen) om hen op te roepen tot verhoogde waakzaamheid. Sommige verzekerden proberen die farmaceutische specialiteit immers te verkrijgen door valse medische voorschriften te gebruiken. Zo waren we op de hoogte van een fenomeen van 'medisch en farmaceutisch shoppen': patiënten of personen die misbruik maken van hun identiteit, raadplegen verschillende artsen om voorschriften te verkrijgen die ze zelf niet nodig hebben. Daarna gaan ze naar verschillende apotheken om geen argwaan te wekken.

We hebben aan de apothekers gevraagd om bijzonder waakzaam te zijn wanneer ze een voorschrift voor pregabaline aangeboden krijgen en:

- ✦ de identiteit van de patiënt op wie het voorschrift betrekking heeft, te controleren;
- ✦ nauwkeurig het voorschrift te controleren (handtekening, voorgeschreven omschrijving(en)) en de voorschrijver in geval van twijfel te contacteren;
- ✦ indien mogelijk het gedeelde farmaceutisch dossier van de betrokken patiënt te controleren.

Sommige apothekers hebben gereageerd door ons gevallen te melden waarin een frauduleus voorschrift werd voorgelegd. We behandelen die meldingen en werken nauw samen met de parketten.

d) Facturatie van de honoraria voor dringende verstrekkingen

We hebben de aanrekening van dringendheidshonoraria door de huisartsen in 2019 geanalyseerd aan de hand van de volgende codenummers van verstrekkingen: 102410, 102432, 102454, 102476, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613 en 104635. 12.163 huisartsen hebben in 2019 minstens een van de voormelde codenummers geattesteerd. De mediaan ligt op 70 gefactureerde codenummers per huisarts.

We hebben een sensibiliseringsbrief gestuurd naar de 756 outliers om hen te herinneren aan de reglementering inzake de honoraria voor dringende verstrekkingen en om hen te vragen om:

- ✦ na te gaan of ze de honoraria voor dringende verstrekkingen correct en volgens de regels van de geldende nomenclatuur hebben gefactureerd;
- ✦ in geval van foutieve facturatie, na te gaan of die toe te schrijven was aan een fout in het facturatieprogramma;
- ✦ de eventuele foutieve facturatie recht te zetten door de V.I.'s terug te betalen.

Bovendien hebben we de 72 extreme outliers van die selectie gevraagd om ons een ingevuld formulier terug te sturen zodat we hun aanrekeningen grondiger kunnen analyseren. We hebben alle outliers meegedeeld dat we hun facturatievolume in de toekomst zullen volgen en dat we indien nodig bijkomende acties zullen ondernemen.

Volgens de ontvangen antwoorden kennen de artsen de nomenclatuur niet goed en hebben ze ten onrechte bepaalde honoraria gefactureerd door een fout in hun facturatieprogramma.

Om de vele reacties op onze sensibiliseringsactie te beantwoorden, hebben we vervolgens een bericht gepubliceerd op de website van het RIZIV waarin we herinneren aan de reglementering en aan het feit dat alleen de behandelend arts gemachtigd is om te oordelen over de specifieke eis van de patiënt, alsook over de reden van de dringendheid.

2. Lezingen

De DGEC geeft eveneens lezingen over de verzekering voor geneeskundige verzorging, de algemene werking van de dienst en over specifieke, actuele onderwerpen. Onze doelgroepen bestaan vooral uit onderwijsinstellingen, erkende beroepsorganisaties, LOK's, enz.

a) De zorgverlener en de DGEC van het RIZIV

Het doel van deze lezing is de DGEC en zijn opdracht voor te stellen en de zorgverleners te wijzen op de naleving van de GvU-wet, in het bijzonder de nomenclatuur en de specifieke reglementering voor elke beroepsgroep. We geven ook uitleg over het verloop van een controleonderzoek, de sancties en de procedures in geval van overtreding van de GvU-wet. Ten slotte verstrekken we praktische raadgevingen in geval van een controleonderzoek. We passen die opleiding aan aan de beroepsgroep tot welke we ons richten.

In maart 2021 hebben we de lezing 'De tandarts en de DGEC van het RIZIV' gegeven in het Frans, op verzoek van de 'Chambre syndicale dentaire'. Die lezing is in november 2021 in het Nederlands gehouden in het Nascholingsinstituut Verbond der Vlaamse tandartsen in Brugge.

Op verzoek van de organisatie 'Arts in nood' hebben we de lezing inzake de artsen-specialisten in november 2021 online gehouden (een sessie in het Frans en een in het Nederlands).

b) Oordeelkundig gebruik van de artroscopische meniscectomieën bij patiënten boven de 50 jaar

In het kader van de 40^e dag voor orthopedie van het UVC Brugmann in februari 2021, hebben we online een lezing gehouden over het gebruik van artroscopische meniscectomieën bij patiënten boven de 50 jaar. We hebben de resultaten van de evaluatie uit 2019 meegedeeld, met name dat een conserverende aanpak (gewichtverlies, kinesitherapie, infiltraties, geneesmiddelen, enz.) de voorkeur verdient volgens de recente klinische EBM-richtlijnen¹².

c) Gebruik van 5 opioïden in België (2006-2020)

In het kader van het symposium 'Pain refrained', georganiseerd door de dienst anesthesie van het ziekenhuis KLINA in Brasschaat in oktober 2021, hebben we gesproken over het gebruik van 5 opioïden in België van 2006 tot 2020. We hebben de statistieken voorgesteld van het gebruik van tramadol, oxycodon, tilidine, fentanyl en piritramide in België tussen 2006 en 2020. Vervolgens hebben we de richtlijnen van het actieplan opioïden 2021-2024 toegelicht.

¹² Zie Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2019, p. 46-47.

II. VERZOEK TOT AANPASSING VAN NOMENCLATUUR

De DGEC zetelt met adviserende stem in verschillende technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen. Hij heeft als opdracht aanpassingen voor te stellen van de nomenclatuur en van andere reglementaire teksten. Hij gebruikt zijn vertegenwoordiging om de partners van de verzekering correct te informeren en om duidelijke wettelijke bepalingen op te stellen die op iedereen van toepassing zijn.

1. Structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

In het kader van de structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen heeft de coördinerend arts van het RIZIV (Dienst voor geneeskundige verzorging) gevraagd dat de DGEC een bijkomend advies zou geven over de analyses die worden uitgevoerd door het gemengde team RIZIV-GEDIS¹³ en dit met het oog op de standaardisering van de omschrijvingen van de technische medisch-heelkundige verstrekkingen. Onze inspecteurs beschikken immers over een zekere ervaring op het vlak van de toepassingsregels van de nomenclatuur.

De DGEC

- ✦ keurt de schrappingen en de technische toevoegingen goed;
- ✦ verduidelijkt de opmerkingen bij de omschrijvingen;
- ✦ stelt schrappingen van verstrekkingen voor;
- ✦ vertaalt de omschrijvingen, indien nodig, en/of corrigeert de verkeerde vertalingen;
- ✦ identificeert de slecht geklasseerde verstrekkingen in de gemeenschappelijke classificatie;
- ✦ ziet toe op de nauwkeurigheid en de duidelijkheid van de omschrijvingen teneinde individuele interpretaties en afwijkingen te voorkomen.

Bovendien helpt de DGEC op dezelfde manier ook het team van consultants dat belast is met de structurele hervorming van de nomenclatuur voor pathologische anatomie (artikel 32) en klinische biologie.

2. Werkgroep Interne Geneeskunde van de Technisch Geneeskundige Raad: wijziging van artikel 34 betreffende de interventionele verstrekkingen

Uit een analyse die de DGEC in 2019 had uitgevoerd, is gebleken dat een groot aantal interventionele cardiologische verstrekkingen worden gecumuleerd met andere verstrekkingen van de nomenclatuur die vaak deel uitmaken van de uitgevoerde procedure en die dus door die procedure al gedekt zijn. Bovendien wordt er een aanzienlijke variatie van het ene ziekenhuiscentrum tot het andere in België vastgesteld.

De belangrijkste cumulaties hebben betrekking op de volgende verstrekkingen die in artikel 34 opgenomen zijn:

- ✦ de verstrekkingen betreffende de percutane coronaire interventies;
- ✦ de verstrekkingen betreffende de elektrofysiologische procedures;
- ✦ de verstrekkingen betreffende het sluiten van een atrium septum defect.

Uit onze analyse hebben wij geconcludeerd dat een aanpassing van de nomenclatuur wenselijk is om, enerzijds, effectieve besparingen te realiseren en, anderzijds, niet-conforme aanrekeningen te voorkomen.

Naar analogie met de nieuwe TAVI¹⁴-nomenclatuur heeft de DGEC aan de werkgroep Interne geneeskunde voorgesteld om de cumulaties te beperken en zoveel mogelijk met "all in"-formules te werken. Die formule maakt besparingen mogelijk ten opzichte van de financiering per eenheid van elke verstrekking die in de hoofdverstrekking is opgenomen en maakt het mogelijk om de schommelingen in de facturatie tussen de ziekenhuizen af te vlakken.

¹³ GEDIS asbl – Centre universitaire de gestion, économie et droit appliqués aux institutions de soins et de santé.

¹⁴ TAVI: *Transcatheter Aortic Valve Implantation*

Na overleg met de experts uit het domein, werden wijzigingen van de nomenclatuur voorgesteld, waaronder:

- ✦ de creatie van een verstrekking voor de coronarografie onmiddellijk gevolgd door een percutane coronaire interventie;
- ✦ de vermindering met 10% van de honoraria hiervan;
- ✦ het verbod op cumulatie tussen het sluiten van een atrium septum defect en de coronarografie;
- ✦ het verbod op cumulatie van alle medische verstrekkingen, alle controles en alle verstrekkingen inzake medische beeldvorming met elektrofysiologische procedures, aangezien ze hierin reeds opgenomen zijn.

Dit voorstel zou moeten leiden tot een besparing van 5,136 miljoen EUR (3,122 miljoen EUR binnen de medische honoraria en 2,014 miljoen EUR binnen de laagvariabele zorg).

3. Overeenkomstencommissie Audiciens: aanpassing van de nomenclatuur betreffende de hoortesten aan huis

Om oneerlijke praktijken op het terrein tegen te gaan, wensten de leden van de Overeenkomstencommissie Audiciens de hoortesten aan huis te beperken. Bovendien hebben ze ook opgemerkt dat de kwaliteit van de tests minder is wanneer ze thuis worden uitgevoerd. De DGEC heeft voorgesteld om die tests enkel om gemotiveerde medische redenen toe te laten.

Dit voorstel is aanvaard en artikel 31 van de nomenclatuur is in juli 2021 als volgt gewijzigd met een inwerkingtreding in oktober 2021:

"Voor rechthebbenden die zich omwille van medische redenen niet kunnen verplaatsen, geeft de arts-specialist voor otorinolaryngologie op het voorschrift de toestemming om de testen uitzonderlijk thuis (thuisvervangende, tijdelijke of definitieve verblijfplaats) te laten geschieden. De arts-specialist voor otorinolaryngologie dient hiervoor de medische reden op het voorschrift te vermelden en motiveert deze omstandig in het medisch dossier dat hij bijhoudt. Deze motivering kan door de adviserend arts en/of de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden opgevraagd."

4. Federale Raad voor Paramedische Beroepen: in aanmerking genomen kwaliteitsnormen voor de erkenning van de orthopedische werkplaatsen als stageplaatsen

In december 2020 hebben de Federale Raad voor Paramedische Beroepen en de Technische Commissie voor Paramedische Beroepen gezamenlijk een advies met betrekking tot de opleiding van orthopedisch technoloog opgesteld waarbij een 4^e jaar beroepsstage na het behalen van het diploma wordt ingevoerd.

Er wordt een procedure ingevoerd voor de stages met begeleiding van de stagemeesters en feedback aan de stagiairs met definiëring van criteria voor de erkenning van de stagemeester, de onderneming en toelichting van de inhoud van de stage.

De DGEC heeft in februari 2021 voorgesteld om rekening te houden met de normen van de Verordening van 27.09.2004 waaraan de werkplaats van de erkende orthopedisten voor de praktische opleiding momenteel moet voldoen. Het ontbreken van deze normen zou nadelig zijn voor de kwaliteit van het op maat gemaakte materiaal en voor de opleiding van de toekomstige orthopedisch technoloog. Bovendien is het van belang dat deze normen worden gecontroleerd en opgenomen in de erkenningscriteria voor ondernemingen die voor de stages zijn geaccrediteerd.

Dit voorstel werd in aanmerking genomen en opgenomen in het addendum bij het gezamenlijke voorstel van de Federale Raad voor Paramedische Beroepen en de Technische Commissie voor Paramedische Beroepen met het oog op de aanpassing van de kwaliteitswet.

III. CONTROLEREN EN RECUPEREREN

Onderstaande cijfers van onze controleonderzoeken in 2021 zijn gebaseerd op de gegevens die beschikbaar waren op 31.05.2022. Als we ontwikkelingen en/of vergelijkingen met cijfers uit voorgaande jaren presenteren, kunnen deze dus enigszins afwijken van cijfers in eerdere jaarverslagen. De cijfers kunnen evolueren omdat nieuwe feiten zich ondertussen hebben voorgedaan, zoals bijkomende vrijwillige terugbetalingen, of wegens onze nieuwe rapporteringstool voor onze gegevens.

1. Nationale controleonderzoeken

In onze nationale controleonderzoeken evalueren we simultaan en voor heel België het aanreken- en/of voorschrijfgedrag van een bepaalde groep zorgverleners of zorginstellingen. Dat doen we via een uniforme methodologie voor de hele groep. Een nationaal controleonderzoek kan uitmonden in individuele controleonderzoeken voor een zorgverlener of zorginstelling, maar ook in andere acties zoals bijkomende analyses of sensibiliseringsacties.

Hieronder vindt u de samenvatting van het nationale controleonderzoek uit 2021.

Aanrekening van walker boots volgens de nomenclatuur door de orthopedische verstrekkers

Orsprong en doelstelling

Naar aanleiding van 2 succesvolle individuele controleonderzoeken over de aanrekening van walker boots volgens de nomenclatuur, besloot de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) dit nationaal uit te breiden naar de top 16 orthopedische verstrekkers voor de verstrekking 697071-697082 ("behandeling met een orthese van een fractuur van de botstructuren van voet en/of onderbeen of de toestand na hechting van een volledige achillespeesruptuur. De orthese bestaat uit een voetsegment, een onderbeensegment en een loopzool") in 2017. De 16 zorgverleners rekenen samen 27 % aan van het totale aantal verstrekkingen 697071-697082 in 2017 en het 1^e semester van 2018 samen (18 maanden).

Het doel van dit controleonderzoek is na te gaan of de diagnose op het voorschrift een indicatie is die terugbetaling door de ziekteverzekering toelaat. Enkel voor de in de nomenclatuur vermelde indicaties is terugbetaling van de verstrekking 697071- 697082 wettelijk toegelaten:

- ✦ een fractuur van de botstructuren van voet en/of onderbeen
- ✦ of de toestand na hechting van een volledige achillespeesruptuur.

Methode

We vroegen attestgegevens per orthopedische verstrekker op bij alle V.I.'s voor de periode van 01.01.2017 tot 06.11.2018 (prestatiedatum), 22 maanden.

Op basis van deze gegevens vroegen we aan de V.I.'s alle voorschriften en getuigschriften voor verstrekte hulp op van de verstrekkingen 697071-697082 voor diezelfde periode en voor elk van de top 16 zorgverleners.

We hebben de voorschriften en getuigschriften nagekeken op conformiteit van indicatie zoals vermeld in de nomenclatuur.

Resultaten en opvolging

We controleerden 4.516 voorschriften op indicatie.

We hebben in totaal voor 16 zorgverleners 638 verstrekkingen weerhouden waarvan de indicatie niet voldeed aan de voorwaarden in de nomenclatuur.

We pasten de verschilregel toe met nummer 646995 ("Enkeltoestel, hard, met of zonder scharnieren T 105,45"). De verstrekkingen die niet conform nomenclatuurnummer 697071 werden aangerekend, mogen wel met nummer 646995 worden aangerekend. Bij toepassing van de verschilregel moet de zorgverlener het verschil terugbetalen tussen beide nomenclatuurnummers. Het terugbetaald bedrag voor 646995 is 528 EUR lager dan voor 697071. Dit betekent per inbreuk een tenlastelegging van 528 EUR.

Bij 3 zorgverleners waren telkens 8 verstrekkingen niet conform aangerekend, voor een bedrag van 4.226,24 EUR per zorgverlener. Deze 3 zorgverleners kregen een waarschuwingsbrief omdat het onverschuldigde bedrag voor elk van hen minder was dan 5.000 EUR.

We legden 311.636,22 EUR ten laste voor 614 verstrekkingen van 13 zorgverleners.

10 zorgverleners gingen akkoord met een vrijwillige terugbetaling voor een totaal bedrag van 247.243,72 EUR.

3 zorgverleners gingen niet over tot vrijwillige terugbetaling (64.392,50 EUR). Deze dossiers gaan in procedure.

2. Individuele controleonderzoeken

De individuele controleonderzoeken kunnen voortkomen uit een nationaal controleonderzoek of uit een externe melding.

In 2021 hebben we 670.145 inbreuken vastgesteld op de geldende wetgeving en we hebben 208 processen-verbaal van vaststelling (PV Va) opgesteld.

a) Per type beslissing

De arts-inspecteur generaal van de directie Controle beslist welk gevolg zal worden gegeven aan een individueel controleonderzoek. Tabel 4 geeft de beslissingen weer die de arts-inspecteur-generaal heeft genomen in de individuele controleonderzoeken die in 2021 zijn afgesloten.

Tabel 4. Afgesloten controleonderzoeken in 2021, volgens beslissing

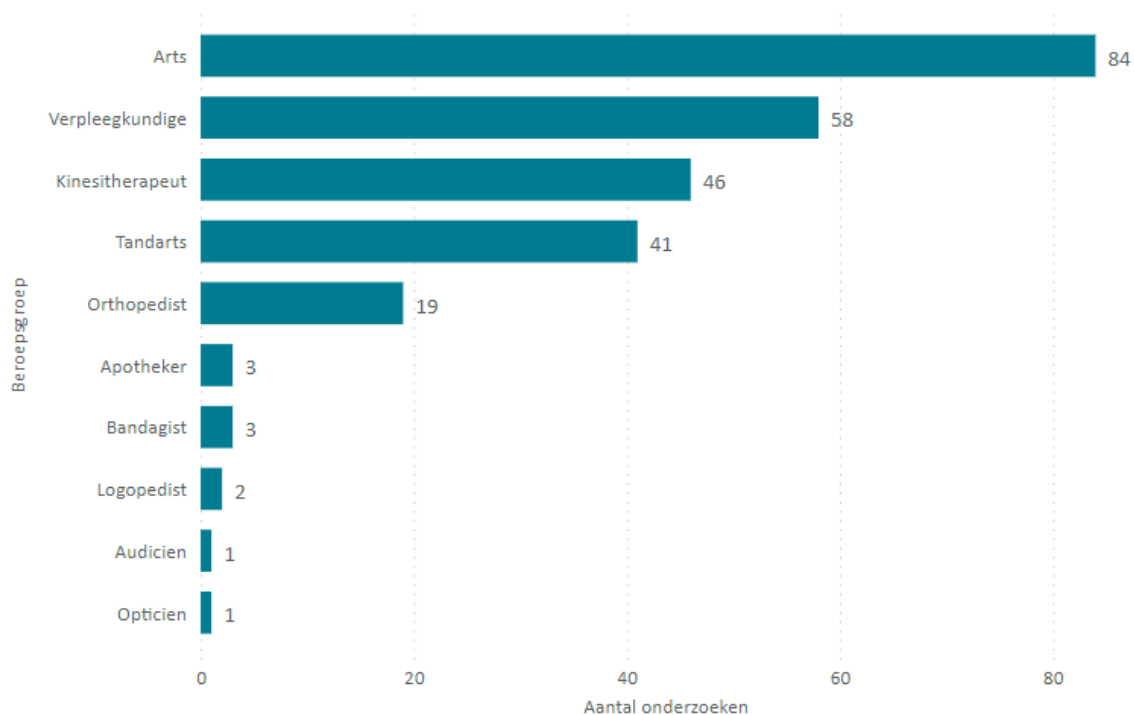
Beslissing arts-inspecteur generaal	Aantal onderzoeken	%	Ten laste gelegd bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
Negatief	61	15	0,00	0,00
Informatief	35	9	0,00	0,00
Waarschuwing	46	11	0,00	0,00
Vaststelling zonder adm. procedure	132	33	6.255.625,46	6.130.434,25
Vaststelling met adm. procedure	51	13	4.631.741,92	619.697,02
Zonder gevolg DGEC	62	15	278.699,61	97.887,47
Stopgezet omwille van operationele redenen	18	4	0,00	0,00
Totaal	405	100	11.166.066,99	6.848.018,74

Toelichting bij tabel 4

- ★ *Negatief*: gevallen waar de vermoedens van vergissing of bedrog na onderzoek ongegrond blijken te zijn. De reden waarom een melding 'negatief', is staat expliciet vermeld in de beslissing.
- ★ *Informatief*: controleonderzoeken die we beëindigen
 - ✧ zonder dat we een inbreuk hebben vastgesteld en
 - ✧ waarbij we de betrokkene enkel informeren over de toepasselijke regelgeving.
- ★ *Waarschuwing*: beëindigde controleonderzoeken waarbij we de zorgverlener aansporen om voortaan de reglementering na te leven. Als de zorgverlener een inbreuk heeft gepleegd, vragen we hem soms ook om die te regulariseren door het ten onrechte aangerekende bedrag rechtstreeks terug te betalen aan de V.I. Een waarschuwing verwijst steeds naar de toepasselijke nomenclatuur of regelgeving.
- ★ *Vaststelling zonder administratieve procedure*: controleonderzoeken waarvoor we geen procedure inleiden bij de Leidend Ambtenaar of administratieve rechtscolleges omdat de zorgverlener/zorginstelling:
 - ✧ een minder ernstige inbreuk heeft gepleegd en het volledige ten laste gelegde bedrag vrijwillig heeft terugbetaald. We sturen een bericht naar de zorgverlener/zorginstelling met de bevestiging van vrijwillige terugbetaling na PV Va en laten hem weten dat zijn aanrekeningen in de toekomst kunnen opgevolgd worden;
 - ✧ een afbetalingsplan volgt voor de terugbetaling van het ten laste gelegde bedrag.
- ★ *Vaststelling met administratieve procedure*: controleonderzoeken waarbij de zorgverlener het ten laste gelegde bedrag niet (helemaal) heeft terugbetaald en controleonderzoeken waarbij er ernstige inbreuken zijn vastgesteld. Deze kunnen op verschillende manieren behandeld worden. We starten ook een procedure op bij zorgverleners waarbij het volledige bedrag is terugbetaald, maar die de inbreuken intentioneel hebben gepleegd. We kunnen een procedure inleiden:
 - ✧ bij de Leidend Ambtenaar,
 - ✧ bij de Kamer van eerste aanleg.
- ★ *Zonder gevolg DGEC*: controleonderzoeken waarbij het gevolg niet door de DGEC wordt gegeven, maar bijvoorbeeld door een andere instantie zoals:
 - ✧ de Dienst voor administratieve controle,
 - ✧ de Arbeidsauditeur,
 - ✧ het Parket van de Procureur des Konings,
 - ✧ de Orde der artsen,
 - ✧ het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten,
 - ✧ enz.
- ★ *Stopgezet omwille van operationele redenen*: controleonderzoeken die worden stopgezet omdat er andere prioriteiten zijn.

b) Per beroepsgroep

258 individuele controleonderzoeken betroffen zorgverleners. Figuur 6 toont het aantal afgesloten individuele controleonderzoeken per beroepsgroep.

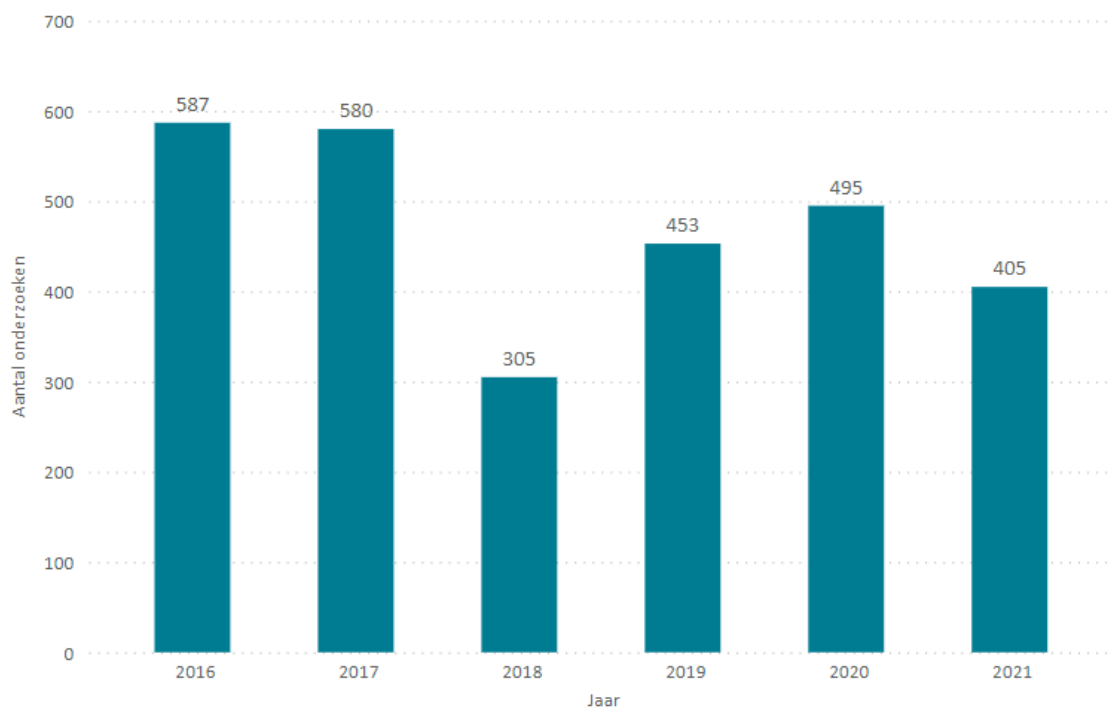


Figuur 6. Aantal controleonderzoeken met 1ste beslissing van de arts-inspecteur generaal in 2021, per beroepsgroep

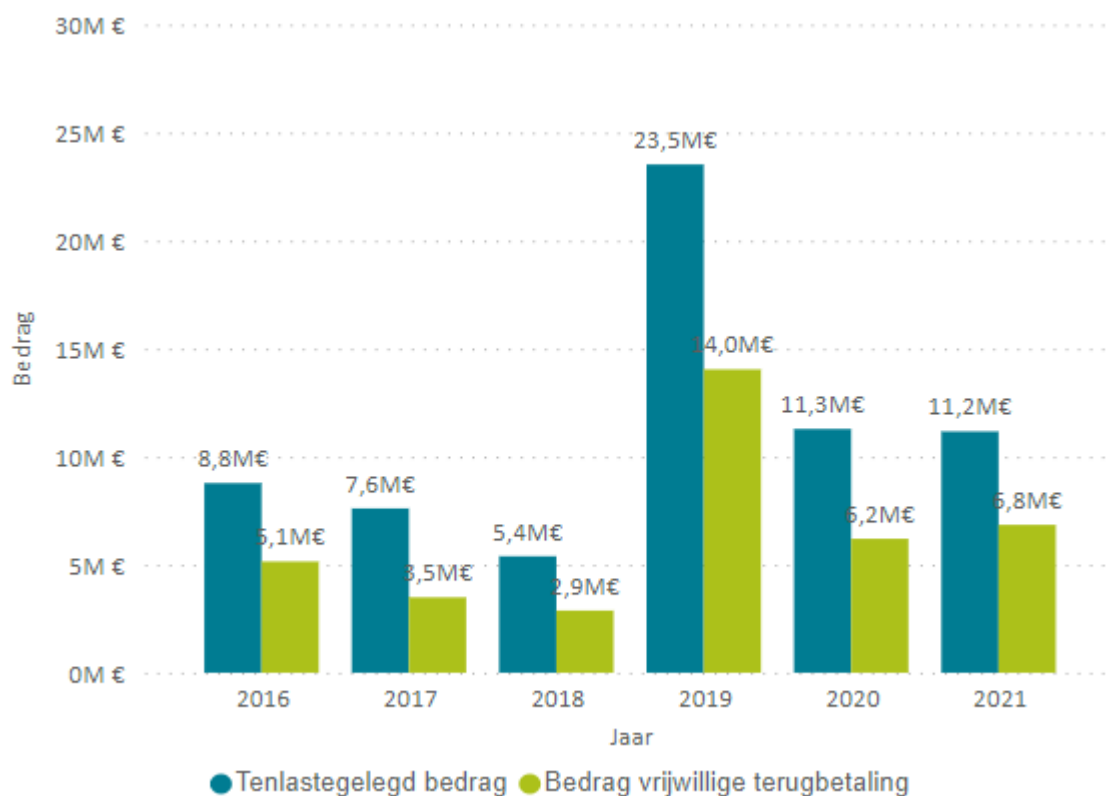
105 individuele controleonderzoeken betroffen zorginstellingen (waarvan 83 algemene ziekenhuizen). 42 controleonderzoeken betroffen verzekerden.

c) Evolutie 2016-2021

In 2021, hebben we 405 controleonderzoeken afgesloten. Het aantal afgesloten controleonderzoeken is licht gedaald, maar het ten laste gelegde bedrag is ongeveer gelijk gebleven. Een mogelijke verklaring is dat we zwaardere fraudedossiers hebben onderzocht die meer tijd vergen.



Figuur 7. Evolutie aantal afgesloten controleonderzoeken



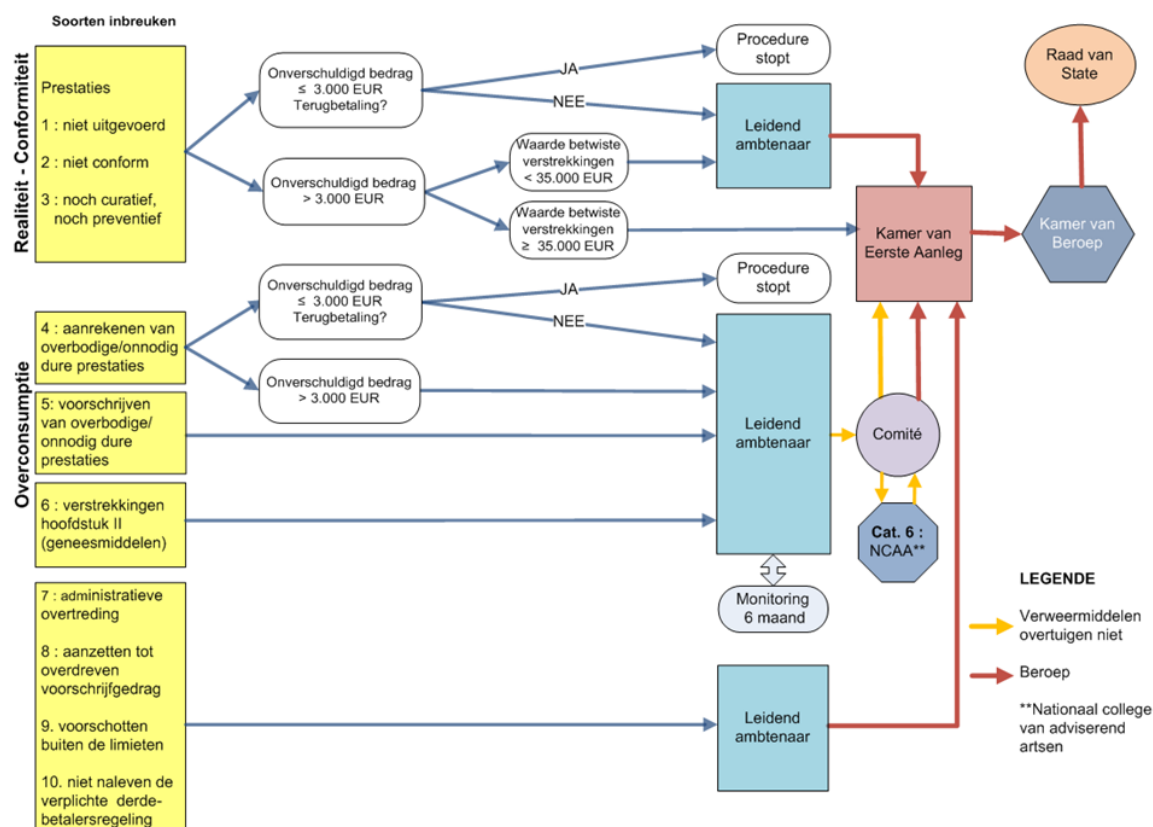
Figuur 8. Evolutie van de ten laste gelegde bedragen en de vrijwillige terugbetalingen

In 2021 hebben we een totaal bedrag van 11.166.066,99 EUR ten laste gelegd, waarvan een totaal bedrag van 6.848.018,74 EUR vrijwillig werd terugbetaald.

d) Opvolging van de administratieve procedures

Naargelang van de ernst van de feiten kan een procedure worden ingeleid. Wanneer een zorgverlener het totale ten laste gelegde bedrag niet vrijwillig terugbetaalt zal er sowieso een procedure worden opgestart. Deze wordt ingeleid, hetzij bij de Leidend Ambtenaar (LA), hetzij bij de Kamer van Eerste Aanleg (KEA). Er kan beroep worden aangetekend, hetzij bij de KEA tegen de beslissing van de LA, hetzij bij de Kamer van Beroep (KvB) tegen de beslissing van de KEA.

De te volgen procedure wordt bepaald door verschillende criteria. Daarbij kan het gaan om de type inbreuk, het ten laste gelegde bedrag en de waarde van de betwiste verstrekkingen, zoals hieronder wordt geïllustreerd.



Figuur 9. Gevolgde procedure volgens het type inbreuk, het ten laste gelegde bedrag en de waarde van de betwiste verstrekkingen

Onder "waarde van de betwiste verstrekking" verstaan we het bedrag van ten onrechte aangerekende verstrekkingen dat de zorgverlener nog niet heeft terugbetaald op het moment dat de procedure opgestart wordt.

Als het ten laste gelegde bedrag lager is dan of gelijk aan 3.000 EUR en na de gehele terugbetaling binnen de twee maanden vanaf de dag van de betekening van het PV Va, dooft de administratiefrechtelijke vervolging uit en wordt het dossier afgesloten.

Onderstaande tabellen tonen het aantal beslissingen die in 2021 definitief werden en de gerelateerde gegevens, per type betrokkene. We beschouwen een beslissing als 'definitief' wanneer ze niet meer vatbaar is voor hoger beroep.

De DGEC streeft ernaar de te betalen bedragen te recupereren via verschillende kanalen zoals artikel 206bis GvU-wet, afbetalingsplannen, niet-fiscale invordering, enz.

Tabel 5. Beslissingen van de LA beschouwd als definitief in 2021, per type betrokkene

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegd bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (EUR)	Opgelegde terugbetaling ¹⁵ (EUR)	Effectieve boete (EUR)	Boete met uitstel ¹⁶ (EUR)	Totaal te betalen bedrag (EUR)	Betaald bedrag ¹⁷ (EUR)	Openstaand saldo (EUR)
				1	2	3	1+2		
Arts	1	5.706,64	5.706,64	5.706,64	1.426,67	0,00	7.133,31	7.133,31	0,00
Tandarts	1	10.858,41	0,00	10.858,41	2.714,60	0,00	13.573,01	13.573,01	0,00
Verpleegkundige (groepering)	9	124.891,15	59.866,50	124.890,79	33.858,46	44.955,94	158.749,25	130.131,31	28.617,94
Kinesitherapeut	2	51.673,05	37.213,30	51.673,05	22.221,59	18.606,67	73.894,64	55.820,01	18.074,63
Orthopedist	1	18.112,46	0,00	18.112,46	4.528,11	0,00	22.640,57	22.640,57	0,00
TOTAAL	14	211.241,71	102.786,44	211.241,35	64.749,43	63.562,61	275.990,78	229.298,21	46.692,57

¹⁵ De opgelegde terugbetalingen omvatten de bedragen die vóór de beslissing vrijwillig werden terugbetaald.

¹⁶ Een boete met uitstel is een boete die niet ten uitvoer wordt gelegd zolang de persoon geen nieuwe inbreuk pleegt tijdens de periode van uitstel (art. 157 GvU-wet).

¹⁷ De verrichte terugbetalingen omvatten zowel de vóór de procedure vrijwillig terugbetaalde bedragen als de na de beslissing terugbetaalde bedragen.

Tabel 6. Beslissingen van de KEA beschouwd als definitief in 2021, per type betrokkene

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegd bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (EUR)	Opgelegde terugbetaling ¹⁸ (EUR)	Effectieve boete (EUR)	Boete met uitstel ¹⁹ (EUR)	Totaal te betalen bedrag (EUR)	Betaald bedrag ²⁰ (EUR)	Openstaand saldo (EUR)
				1	2	3	1+2		
Verpleegkundige (groepering)	10	1.113.308,01	45.157,00	1.113.308,01	750.415,09	292.270,29	1.863.723,10	436.450,42	1.298.102,27
Kinesitherapeut	1	61.143,60	0,00	61.143,60	61.143,60	0,00	122.287,20	0,00	122.287,20
TOTAAL	11	1.174.451,61	45.157,00	1.174.451,61	811.558,69	292.270,29	1.986.010,30	436.450,42	1.549.559,88

¹⁸ De opgelegde terugbetalingen omvatten de bedragen die vóór de beslissing vrijwillig werden terugbetaald.

¹⁹ Een boete met uitstel is een boete die niet ten uitvoer wordt gelegd zolang de persoon geen nieuwe inbreuk pleegt tijdens de periode van uitstel (art. 157 GvU-wet).

²⁰ De verrichte terugbetalingen omvatten zowel de vóór de procedure vrijwillig terugbetaalde bedragen als de na de beslissing terugbetaalde bedragen.

Tabel 7. Beslissingen van de KEA (als beroepsinstantie) beschouwd als definitief in 2021, per type betrokkene

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegd bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (EUR)	Opgelegde terugbetaling ²¹ (EUR)	Effectieve boete (EUR)	Boete met uitstel ²² (EUR)	Totaal te betalen bedrag (EUR)	Betaald bedrag ²³ (EUR)	Openstaand saldo (EUR)
				1	2	3	1+2		
Tandarts	3	293.151,24	298.316,99	269.846,62	1.712,93	3.814,79	271.559,55	318.168,79	-46.609,24
Verpleegkundige (groepering)	6	182.023,10	56.012,92	178.542,35	46.107,52	57.983,59	224.649,87	106.942,27	117.707,60
Kinesitherapeut	1	16.981,65	16.981,56	16.981,65	4.245,41	4.245,41	21.227,06	21.226,97	0,09
TOTAAL	10	492.155,99	371.311,47	465.370,62	52.065,86	66.043,79	517.436,48	446.338,03	71.098,45

Het negatieve totaal te betalen bedrag bij de beroepsgroep ‘tandarts’ is te wijten aan een vrijwillige terugbetaling die groter was dan het totaal te betalen bedrag.

²¹ De opgelegde terugbetalingen omvatten de bedragen die vóór de beslissing vrijwillig werden terugbetaald.

²² Een boete met uitstel is een boete die niet ten uitvoer wordt gelegd zolang de persoon geen nieuwe inbreuk pleegt tijdens de periode van uitstel (art. 157 GvU-wet).

²³ De verrichte terugbetalingen omvatten zowel de vóór de procedure vrijwillig terugbetaalde bedragen als de na de beslissing terugbetaalde bedragen.

Tabel 8. Beslissingen van de KvB beschouwd als definitief in 2021, per type betrokkene

Beroepsgroep van de zorgverlener/type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegd bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (EUR)	Opgelegde terugbetaling ²⁴ (EUR)	Effectieve boete (EUR)	Boete met uitstel ²⁵ (EUR)	Te betalen totaalbedrag (EUR)	Betaald bedrag ²⁶ (EUR)	Verschuldigd saldo (EUR)
				1	2	3	1+2		
Arts	11	594.149,81	56.965,89	71.450,55	4.909,24	4.909,24	76.359,79	76.359,77	0,02
Verpleegkundige (groepering)	1	85.960,90	645,03	85.960,90	5.488,42	42.362,45	91.449,32	91.449,32	0,00
TOTAAL	12	680.110,71	57.610,92	157.411,45	10.397,66	47.271,69	167.809,11	167.809,09	0,02

Het verschil tussen het ten laste gelegde bedrag en de opgelegde terugbetaling bij de beroepsgroep ‘artsen’ is te verklaren door het feit de bevoegde rechtsinstantie een bepaald type van tenlastelegging, dat een groot bedrag betrof, niet bewezen heeft geacht.

²⁴ De opgelegde terugbetalingen omvatten de bedragen die vóór de beslissing vrijwillig werden terugbetaald.

²⁵ Een boete met uitstel is een boete die niet ten uitvoer wordt gelegd zolang de persoon geen nieuwe inbreuk pleegt tijdens de periode van uitstel (art. 157 GvU-wet).

²⁶ De verrichte terugbetalingen omvatten zowel de vóór de procedure vrijwillig terugbetaalde bedragen als de na de beslissing terugbetaalde bedragen.

3. Strijd tegen fraude

In dit onderdeel beschrijven we bondig de voornaamste activiteiten van onze dienst in 2021 in het kader van de fraudebestrijding in de gezondheidszorg. Bij concrete fraudeonderzoeken en voor een structurele beveiliging van fraudegevoelige processen, werken we samen met andere diensten van het RIZIV en met de V.I.'s en het NIC.

Slechts een klein deel van de controleonderzoeken gaat over fraude, zoals we dat hieronder definiëren.

a) Definitie fraude/bedrog

Op 19.04.2017 heeft de Anti Fraude Commissie van het RIZIV richtlijnen opgesteld over de definiëring van het begrip "ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog" zoals bedoeld in artikel 77sexies van de GVO-wet²⁷. De richtlijn verduidelijkt wat het begrip 'bedrog/fraude' exact betekent:

- bedrog houdt kwaadwilligheid, opzettelijke misleiding en oneerlijkheid in met de bedoeling schade of een financieel voordeel te behalen voor zichzelf of voor een derde, in het nadeel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
- gewone nalatigheid, materiële vergissingen, te goeder trouw begane onjuistheden enz. vallen niet onder dat begrip.

Het opzettelijke karakter is essentieel om over fraude te spreken, maar in de praktijk is dit niet eenvoudig te bepalen.

Zowel zorgverleners of -instellingen als verzekerden kunnen frauderen. Bij verzekerden die bv. voorschriften voor geneesmiddelen vervalsen, kunnen we een bedrag ten laste leggen. De Dienst voor administratieve controle handelt deze dossiers verder af.

Vermits frauderende zorgverleners of verzekerden per definitie de intentie hebben om bedrog te plegen, mogen we bij hen in grotere mate recidief verwachten. Daarom is het essentieel om deze specifieke groep te identificeren en proactief op te volgen.

We evalueren bij de beëindiging van een controleonderzoek of er duidelijke aanwijzingen zijn voor opzettelijke onwettelijke facturatie en dus fraude.

Om de opvolging van fraudeurs te concretiseren, gebruikt de DGEC de '[Waste Typology Matrix](#)' van het Europees netwerk voor fraude en corruptie in de gezondheidszorg (EHFCN) om de vastgestelde inbreuken in te delen in categorieën. De dossiers met beslissing 'vaststelling zonder administratieve procedure', 'vaststelling met administratieve procedure' en 'zonder gevolg DGEC' kunnen bij vermoeden van fraude of corruptie één van de volgende codes toegewezen krijgen.

Tabel 9. Waste typology matrix voor fraude en corruptie (EHFCN)

	Niet-conforme verstrekkingen	Niet-uitgevoerde verstrekkingen	Overconsumptie (aantal verstrekkingen)	Overconsumptie (onnodig dure verstrekkingen)
Fraude	F1	F2	F3	F4
Corruptie (fraude met betrokkenheid 3 ^e partij)	C1	C2	C3	C4

²⁷ Richtlijnen van 19.04.2017 tot uitvoering van art. 13bis, § 2, 6° GVO-wet, B.S. 15.09.2017.

Fraude in het kader van niet-conforme verstrekkingen (categorie 'F1') kan bv. gaan over de veelvuldige en intentionele aanrekening van een bijkomend honorarium voor verstrekkingen die 's nachts zijn uitgevoerd terwijl ze overdag plaatsvonden. Als deze aangerekende verstrekkingen opzettelijk niet zijn uitgevoerd, kunnen we deze dossiers plaatsen in de categorie 'F2'.

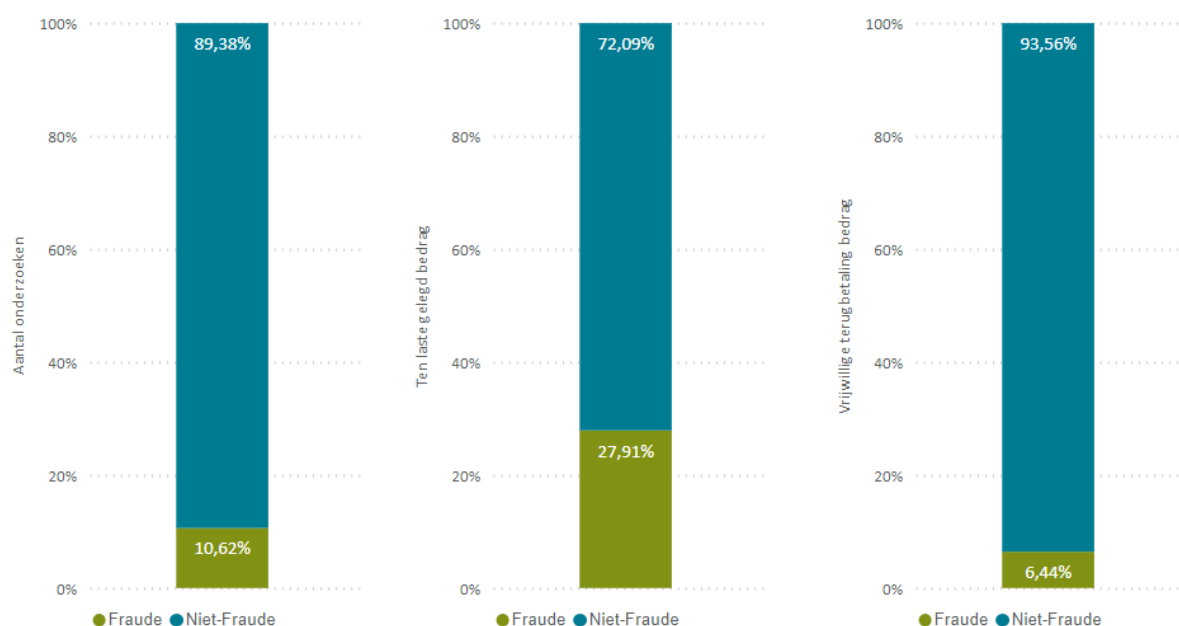
b) Afgesloten fraudeonderzoeken in 2021

Van 405 afgesloten controleonderzoeken zijn er 43 fraudeonderzoeken voor een totaal bedrag ten laste van 3.115.907,78 EUR. 74,68 % van het totale ten laste gelegde bedrag voor fraudeonderzoeken in 2021 betreft voornamelijk tenlasteleggingen voor niet-uitgevoerde verstrekkingen. We categoriseerden geen enkel onderzoek als 'corruptie' of als 'overconsumptie'.

Tabel 10. Afgesloten fraudeonderzoeken in 2021, volgens type fraude

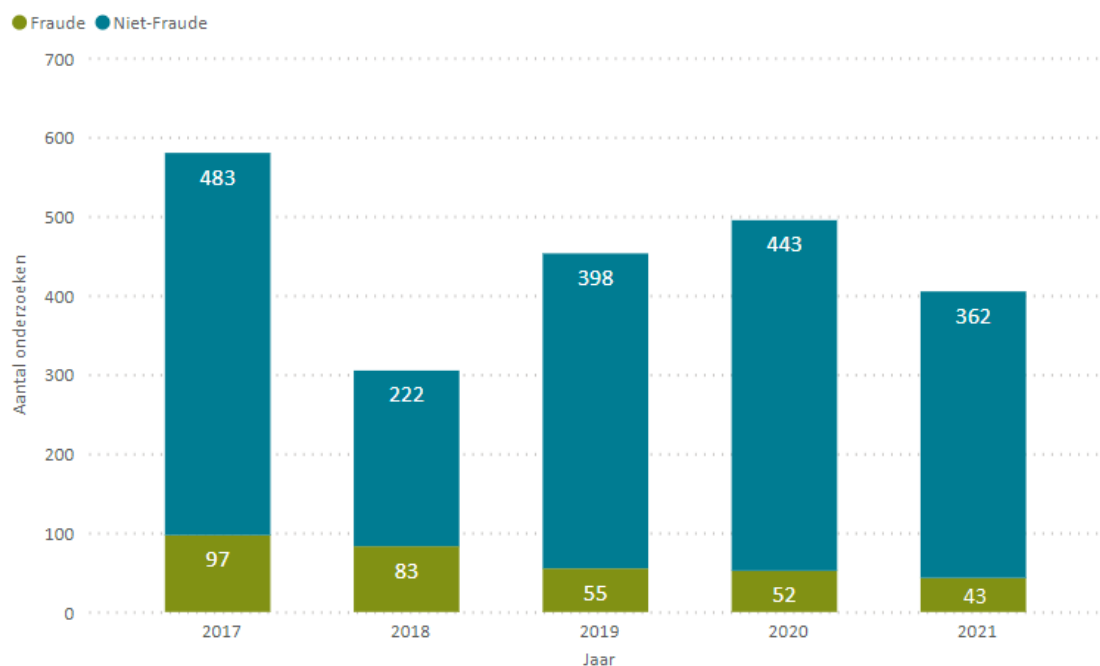
Type fraude	Aantal onderzoeken	Ten laste gelegd bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
F1 – niet conform	8	788.925,42	11.878,51
F2 – niet uitgevoerd	35	2.326.982,36	429.001,18
Totaal	43	3.115.907,78	440.879,69

De fraudeonderzoeken vormen 10,62 % van de afgesloten controleonderzoeken, 27,91 % van het ten laste gelegde bedrag en 6,44 % van het vrijwillig terugbetaalde bedrag.

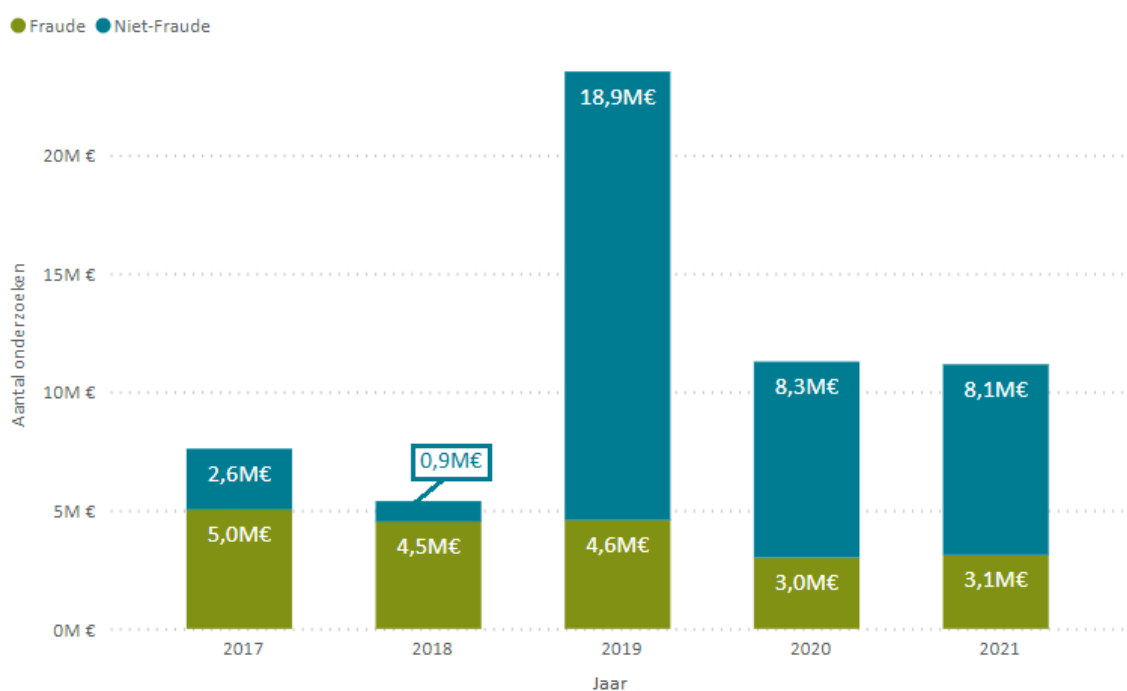


Figuur 10. Afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken in 2021

Uit onderstaande figuren blijkt dat het totale aantal afgesloten controleonderzoeken en het aantal fraudeonderzoeken gedaald is t.o.v. 2020. Hoewel het aantal fraudeonderzoeken is gedaald blijft het totale ten laste gelegde bedrag ongeveer gelijk t.o.v. 2020.



Figuur 11. Evolutie van het aantal afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken, 2017-2021



Figuur 12. Evolutie van het ten laste gelegde bedrag bij afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken, 2017-2021

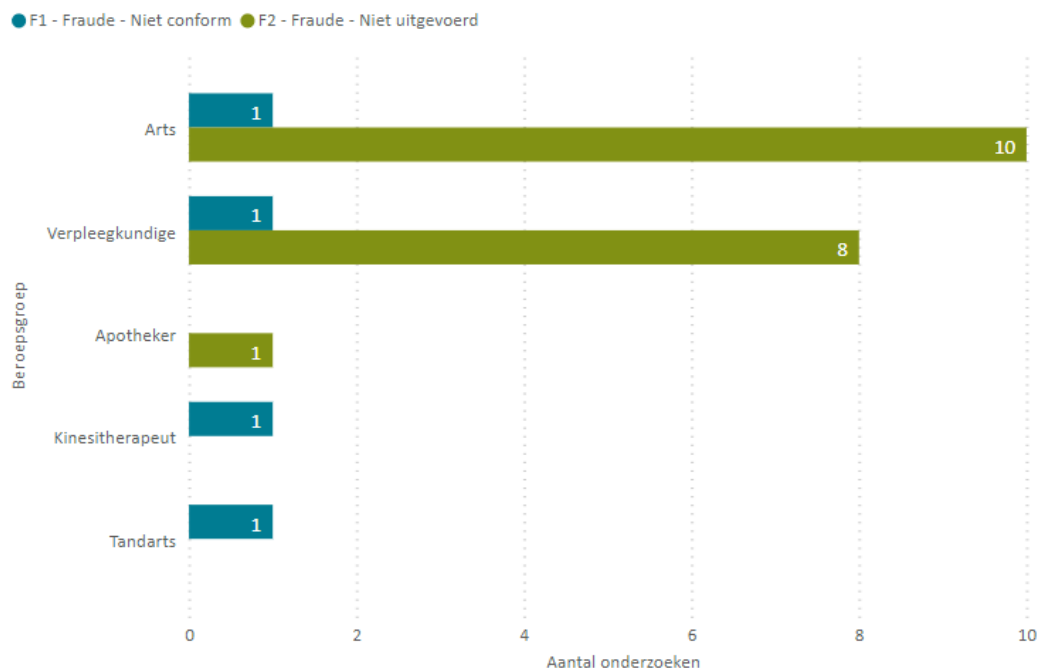
c) Wie pleegt fraude?

De meeste van onze fraudeonderzoeken in 2021 betreffen zorgverleners (23 onderzoeken of 53,49 %), voor een ten laste gelegd bedrag van 1.607.282,79 EUR (of 51,58 % van het totaalbedrag). 7 onderzoeken betroffen zorginstellingen, voor een ten laste gelegd bedrag van 1.503.743,20 EUR (of 48,26 % van het totaalbedrag). Het aantal onderzoeken betreffende verzekerden ligt iets hoger (12), maar het ten laste gelegde bedrag is veel lager (601,36 EUR). Tot slot betreft één onderzoek een organisatie van verpleegkundigen zonder RIZIV-nummer.

Tabel 11. Afgesloten fraudeonderzoeken in 2021, volgens type fraude en type betrokkene

Type fraude	Aantal onderzoeken	Ten laste gelegd bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
F1 – niet conform	8	788.925,42	11.878,51
Zorgverlener	4	70.493,87	11.378,51
Zorginstelling	3	718.431,55	500,00
Verzekerde	1	0,00	0,00
F2 – niet uitgevoerd	35	2.326.982,36	429.001,18
Zorgverlener	19	1.536.788,92	355.989,89
Zorginstelling	4	785.311,65	73.011,29
Verzekerde	11	601,36	0,00
Organisatie zonder RIZIV-nr.	1	4.280,43	0,00
Totaal	43	3.115.907,78	440.879,69

Zoals uit onderstaande figuur blijkt, heeft het merendeel van de fraudeonderzoeken in 2021 betrekking op artsen en verpleegkundigen (respectievelijk 47,83 % en 39,13 % van de onderzoeken betreffende zorgverleners). Deze zorgverleners zijn echter in de minderheid binnen hun beroepsgroep: deze 11 artsen en 9 verpleegkundigen vertegenwoordigen minder dan 0,1 % van alle actieve artsen en verpleegkundigen in België.



Figuur 13. Aantal afgesloten fraudeonderzoeken in 2021, volgens beroepsgroep en type fraude

Het ten laste gelegde bedrag in de fraudeonderzoeken beloopt 802.829,22 EUR voor artsen (of 49,95 % van het totaalbedrag van de onderzoeken betreffende zorgverleners) en 677.447,62 EUR voor verpleegkundigen (of 42,15 %).

Tabel 12. Afgesloten fraudeonderzoeken in 2021, volgens type fraude en beroepsgroep zorgverleners

Type fraude	Aantal onderzoeken	Ten laste gelegd bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
F1 – niet conform	4	70.493,87	11.378,51
Arts	1	11.378,51	11.378,51
Verpleegkundige	1	29.996,88	0,00
Kinesitherapeut	1	29.118,48	0,00
Tandarts	1	0,00	0,00
F2 – niet uitgevoerd	19	1.536.788,92	355.989,89
Arts	10	791.450,71	247.740,91
Verpleegkundige	8	647.450,74	10.361,51
Apotheker	1	97.887,47	97.887,47
Totaal	23	1.607.282,79	367.368,40

6 groeperingen van verpleegkundigen vormen het voorwerp van fraudeonderzoeken, voor een ten laste gelegd totaalbedrag van 1.479.207,45 EUR, of 98,37 % van het totaalbedrag van de onderzoeken betreffende zorginstellingen. Er dient ook op te worden gewezen dat deze groeperingen in de minderheid zijn wat het totale aantal actieve groeperingen van verpleegkundigen in België betreft, maar dat zij ten onrechte zeer hoge bedragen aanrekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, wat ten koste gaat van de duurzaamheid ervan.

Tabel 13. Afgesloten fraudeonderzoeken in 2021, volgens type fraude en beroepsgroep zorgverleners

Type fraude	Aantal onderzoeken	Ten laste gelegd bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
F1 – niet conform	3	718.431,55	500,00
Groepering verpleegkundigen	3	718.431,55	500,00
F2 – niet uitgevoerd	4	785.311,65	73.011,29
Groepering verpleegkundigen	3	760.775,90	73.011,29
Publieke apotheek	1	24.535,75	0,00
Totaal	7	1.503.743,20	73.511,29

d) Proactieve opvolging fraudeurs: impact

We volgen de geïdentificeerde fraudeurs (zorgverleners) proactief op via de jaarlijkse aanrekening van verstrekkingen.

We vergelijken het totale bedrag van de aangerekende verstrekkingen van het jaar na een vaststelling met het totale bedrag van de aangerekende verstrekkingen van het jaar vóór de vaststelling. Wanneer dit bedrag niet gedaald is, kan dit erop wijzen dat de zorgverlener zijn gedrag niet heeft aangepast en blijft frauderen.

We voegden de gegevens van 2021 toe en hebben inmiddels gegevens over 249 zorgverleners-fraudeurs. De cijfers weerspiegelen de cumulatieve aanrekening van de fraudeurs, waarbij de oudste vaststelling dateert van 2013. We zien dat hun gezamenlijke aanrekening van het jaar na de vaststelling met 15.857.938,03 EUR daalt ten opzichte van het jaar voor de vaststelling.

Ook in het jaar van de vaststelling is er een daling van 9.358.730,01 EUR (door een vaststelling in het begin van het jaar en een financiële impact door verhoren het jaar voordien).

Tabel 14. Financiële impact van de controleonderzoeken bij de groep fraudeurs

Aantal fraudeurs	Jaarlijkse aanrekening aan het RIZIV (EUR)								
	1 jaar vóór de vaststelling	het jaar van de vaststelling	1 jaar na de vaststelling	2 jaar na de vaststelling	3 jaar na de vaststelling	4 jaar na de vaststelling	5 jaar na de vaststelling	6 jaar na de vaststelling	7 jaar na de vaststelling
249	67.308.301,30	55.717.347,86							
224	59.692.255,08	50.333.525,07	43.834.317,05						
213	56.748.535,90	48.206.240,31	41.943.410,02	38.455.220,30					
180	43.830.883,80	37.396.101,52	31.159.642,01	29.009.163,39	26.957.156,93				
136	34.718.786,46	29.961.792,92	24.699.771,83	22.739.392,21	20.398.730,60	18.243.856,80			
85	22.561.136,96	19.482.939,40	16.721.699,25	15.295.175,77	14.014.744,60	12.514.794,36	11.470.674,13		
38	8.589.562,17	7.734.512,73	6.698.718,15	6.085.074,56	5.401.527,45	5.365.740,70	4.922.548,37	5.153.895,89	
1	493.123,78	303.979,50	356.725,64	231.229,81	256.348,81	294.677,77	223.878,76	227.442,46	202.866,53

Van de 249 geïdentificeerde fraudeurs hebben we reeds voor 213 fraudeurs een opvolging van hun aanrekengedrag 2 jaar na de vaststelling en voor 180 fraudeurs tot 3 jaar na de vaststelling. Voor 85 fraudeurs hebben we zelfs een opvolging tot 5 jaar na de vaststelling. Op basis van de facturatiegegevens kunnen we vermoeden dat de financiële impact op de groep fraudeurs verschillende jaren standhoudt. Gezien het aantal fraudeurs waarvoor we gegevens hebben tot 5 jaar na de vaststelling nog relatief klein is, trekken we uit dit overzicht nog geen definitieve conclusies.

e) Schorsing uitbetaling via de derde-betalersregeling

Op basis van artikel 77sexies van de GvU-wet bestaat de mogelijkheid om de betaling van verstrekkingen via de derde-betalersregeling tijdelijk te schorsen voor maximaal 12 maanden wanneer er in hoofde van een zorgverlener ernstige, nauwkeurige en overeenstemmende aanwijzingen van bedrog zijn.

Dit is een extra middel om hardleerse fraudeurs, die graag gebruik maken van de derde-betalersregeling, af te remmen terwijl het inspecterend personeel het onderzoek ten gronde voert en desgevallend een formele tenlastelegging opstelt.

In 2021 heeft de Leidend ambtenaar van de DGE de uitbetaling van 7 derde-betalersnummers van 5 fraudeurs tijdelijk geschorst. Deze groep zorgverleners rekent voornamelijk aan via de derde-betalersregeling.

Indien het vermoeden van fraude een groepering van verpleegkundigen betreft, wordt art. 77sexies toegepast op het derde-betalersnummer van deze groepering en op het RIZIV-nummer van de verantwoordelijke van deze groepering (als de verantwoordelijke een zorgverlener is).

Tabel 15. Schorsingen van uitbetaling via de derde-betalersregeling (art. 77sexies) in 2021

Schorsing	Startdatum	Einddatum	Type betrokkene	Waarschijnlijke verantwoordelijke*
1	27.01.2021	26.01.2022	Thuisverpleegkundige	A
2	05.03.2021	04.03.2022	Logopedist	B
3	18.06.2021	17.06.2022	Groepering thuisverpleegkundigen	C
4	18.06.2021	17.06.2022	Thuisverpleegkundige	C
5	19.07.2021	18.07.2022	Arts specialist	D
6	30.07.2021	29.07.2022	Groepering thuisverpleegkundigen	E
7	30.07.2021	29.07.2022	Thuisverpleegkundige	E

** De vermoedelijke verantwoordelijke fraudeurs hebben soms meerdere derde-betalersnummers op hun naam staan. In de laatste kolom van deze tabel geeft elke letter een verschillende individuele fraudeur weer.*

In 2019 zijn we gestart met de implementatie van een systematische opvolging van thuisverpleegkundigen bij wie de uitbetaling via de derde-betalersregeling tijdelijk geschorst werd. We selecteerden deze groep zorgverleners omdat zij hun verstrekkingen hoofdzakelijk aanrekenen via de derde-betalersregeling, zonder remgeld te vragen.

We beogen de impact van de tijdelijke schorsing op het aanrekeninggedrag op lange termijn te evalueren. Hierdoor kunnen we bestaande fraudeurs nauwer opvolgen en eventuele verdere fraude sneller detecteren.

Dit zijn de bevindingen van deze opvolging. Thuisverpleegkundige A heeft een buitengewoon hoog profiel voor 2019 én 2020. De schorsing startte in januari 2021. In het eerste trimester van 2021 zijn er nog aanrekeningen voor deze thuisverpleegkundige, aangezien de schorsing pas aanvang nam eind januari. Voor de laatste 3 trimesters van 2021 zijn er geen aanrekeningen voor de thuisverpleegkundige A via de gegevensstromen van de elektronische derde-betalersregeling.

Voor de groeperingen thuisverpleegkundigen C en E startte de schorsing respectievelijk in juni en juli 2021. Gezien de startdatum van de schorsing is het nog te vroeg om conclusies te trekken uit de gegevensstromen van de elektronische derde-betalersregeling.

IV. EVALUEREN, SENSIBILISEREN EN CONTROLEREN

Aanvankelijk waren onze acties hetzij uitgesproken preventief (zoals bij sensibilisering of nomenclatuurwijziging), hetzij analytisch (zoals bij evaluatiestudies), hetzij gericht op recuperatie (zoals bij controleacties).

De laatste jaren voeren we meer acties waarbij we een combinatie van de drie strategieën volgen, soms opeenvolgend, soms simultaan. De 2 onderstaande nationale acties zijn daar sprekende voorbeelden van.

1. Cholangiopancreaticoscopie

a) Oorsprong en doelstelling

Op 01.11.2016 werd nieuwe nomenclatuur geïntroduceerd in artikel 20 (inwendige geneeskunde). Vanaf dan konden gastro-enterologen een endoscopisch onderzoek van de gal- en pancreaswegen aanrekenen met het nieuwe nomenclatuurnummer 474736-474740 en het bijhorende hoge materiaalforfait via de pseudocodes 173972-173983, op voorwaarde dat ze een speciaal daartoe ontwikkelde cholangioscoop introduceren tot in de gal- en pancreaswegen.

Eind juni 2018 stelde het actuaariaat een uitgesproken overschrijding van het daartoe voorziene budget vast met meer dan 2 miljoen EUR op jaarbasis. Een verkennende analyse van de DGEC toonde aan dat heel wat gastro-enterologen, door een foutieve interpretatie van de nieuwe nomenclatuur, de nummers onterecht aanrekenden voor onderzoeken waarbij een gewone endoscoop tot aan de gal- en pancreaswegen werd gebracht maar niet erin.

Dit nationale project had meerdere objectieven:

- ✦ een interpretatieregel bekomen om het correcte gebruik van de nieuwe nomenclatuur toe te lichten;
- ✦ in afwachting van de publicatie van deze interpretatieregel de zorgverstrekkers via een sensibiliseringsbrief informeren over het correcte gebruik van de nieuwe nomenclatuur en een spontane regularisatie voorstellen;
- ✦ de impact van de sensibiliseringsbrief en interpretatieregel bestuderen;
- ✦ terugbetaling bekomen van onterecht aangerekende verstrekkingen.

b) Methode

In eerste instantie voerden we een verkennend onderzoek uit om het probleem duidelijk in kaart te brengen. We bestudeerden de verstrekkingen 474736-474740 en pseudocodes 173972-173983 die waren aangerekend in de prestatieperiode 01.11.2016 t.e.m. 31.03.2018 (15 maanden) evenals de werkdocumenten waarop de Technische Geneeskundige Raad (TGR) zich had gebaseerd om de nieuwe nomenclatuur in het leven te roepen en de budgettaire weerslag te berekenen. We vroegen aan de firma BOSTON, in België de enige verdeler van de cholangioscoop die voor dit onderzoek noodzakelijk is, welke ziekenhuizen in die periode minstens één cholangioscoop hadden aangekocht bij hen.

Op 20.11.2018 stelden we in de werkgroep Inwendige geneeskunde van de TGR een interpretatieregel voor.

Omdat de totstandkoming van een interpretatieregel doorgaans enige tijd vergt, stuurden we op dezelfde datum een sensibiliseringsbrief naar de 46 ziekenhuizen die de nieuwe verstrekking en/of het materiaalforfait hadden aangerekend. Daarin verstrekten we niet alleen informatie over het correcte gebruik van de nieuwe nomenclatuur, maar vroegen we ook om de onterecht gefactureerde verstrekkingen te regulariseren via de V.I.'s.

We voerden een impactanalyse uit om het effect van de sensibiliseringsbrief en de interpretatieregulering na te gaan. We bestudeerden opnieuw de verstrekkingen 474736-474740 en pseudocodes 173972-173983, maar nu over een periode van 38 maanden (prestatieperiode 01.11.2016 t.e.m. 31.12.2019).

Aansluitend recupereerden we een bijkomend bedrag via een aantal controleonderzoeken.

c) Resultaten

Regularisatie na sensibiliseringsbrief

Tussen de ontvangstdatum van de sensibiliseringsbrief en de publicatie van de interpretatieregulering regulariseerden de ziekenhuizen spontaan voor een bedrag van 1.624.583 EUR. Bovendien stopten – op enkele uitzonderingen na – alle ziekenhuizen met de onterechte facturatie van zowel de verstrekking als het forfait.

Publicatie van de interpretatieregulering

Na de werkgroep Inwendige Geneeskunde keurde op 15.01.2019 ook de TGR de voorgestelde interpretatieregulering goed. In deze interpretatieregulering legden we de nadruk op de nood aan een specifieke cholangioscoop en de introductie ervan tot in de gal- en pancreaswegen als voorwaarden om 474736-474740 te kunnen aanrekenen. De interpretatieregulering vond zijn weg naar het Belgisch Staatsblad van 17.05.2019.

Impactmeting van de sensibiliseringsbrief en de interpretatieregulering

De regularisaties vonden voornamelijk plaats in de periode tussen de ontvangstdatum van de sensibiliseringsbrief en de publicatie van de interpretatieregulering.

Tabel 16. Beperkt bijkomend effect van de interpretatieregulering t.o.v. het effect van de sensibiliseringsbrief

	Regularisatie vóór 18.05.2019 (na ontvangst brief maar voor publicatie interpretatieregulering)	Regularisatie in periode 18.05.2019 – 31.12.2019 (na publicatie interpretatieregulering)
474736-474740	1.874 verstrekkingen	339 verstrekkingen
	224.634 EUR	40.604 EUR
173972-173983	1.171 verstrekkingen	139 verstrekkingen
	1.399.949 EUR	166.469 EUR
TOTAAL	1.624.583 EUR	207.073 EUR
	TOTALE SPONTANE REGULARISATIE = 1.831.656 EUR	

Het totaal van de uitgaven in de periode van 38 maanden (prestatieperiode 01.11.2016 t.e.m. 31.12.2019) valt, zelfs na de spontane regularisatie, nog altijd veel hoger uit dan de TGR aanvankelijk had ingeschat bij de introductie van de nieuwe nomenclatuur. Daarvoor kunnen we meerdere oorzaken weerhouden:

- ✦ de TGR heeft het aantal procedures onderschat. Vermoedelijk zullen de artsen jaarlijks minstens dubbel zoveel procedures uitvoeren (> 200/jaar);
- ✦ niet alle ziekenhuizen zijn tot regularisatie overgegaan;
- ✦ een aantal ziekenhuizen rekenen nog altijd 474736-474740 (en in de meeste gevallen ook het materiaalforfait) aan zonder te voldoen aan de voorwaarden die omschreven zijn in de interpretatieregulering.

d) Controleonderzoeken

Tenlastelegging type 1

3 ziekenhuizen gingen na ontvangst de sensibiliseringsbrief over tot regularisatie van de medische verstrekking, maar betaalden het ontvangen materiaalforfeit niet terug. Omdat de uitvoering van de medische verstrekking een vergoedingsvoorwaarde is voor de aanrekening van het materiaalforfeit, vroegen we een terugbetaling van alle forfaits 173972-173983 waarvoor de V.I.'s de aanrekening ontvangen hadden in de 3 jaar voorafgaand aan de vaststelling.

Tabel 17. 3 ziekenhuizen (ZH) regulariseerden spontaan 474736-474740 en betaalden na ontvangst van een PV Va vrijwillig ook de onterecht geïnde materiaalforfaits terug

ZH	Aantal forfaits 173972-173983	Prestatieperiode	Ontvangstperiode V.I.	Ten onrechte aangerekend bedrag= terugbetaald bedrag (EUR)
ZH 1	43	02.02.2017 – 18.10.2017	15.03.2018 – 31.12.2018	51.303,60
ZH 2	38	12.09.2017 - 23.10.2018	28.02.2018 – 28.11.2018	45.292,20
ZH 3	6	21.01.2019 – 20.03.2019	06.03.2019 – 04.06.2019	7.131,60
TOTAAL				103.727,40

Tenlastelegging type 2

Een aantal ziekenhuizen gingen niet over tot regularisatie en/of bleven verder zowel de medische verstrekking als het materiaalforfeit factureren terwijl zij geen aankoopbewijzen voor de cholangioscopen konden voorleggen.

Omdat we verstrekkingen en forfaits, aangerekend voor ontvangst van de sensibiliseringsbrief, hebben geëxcludeerd om alle discussies over de toen onduidelijke nomenclatuur te vermijden, kwamen maar 2 ziekenhuizen in aanmerking voor een PV Va, rekening houdende met een cutoff van 10.000 EUR als minimaal terug te betalen bedrag en de verjaringstermijn. Allen betaalden vrijwillig terug.

Tabel 18. 2 ziekenhuizen bleven ook na de ontvangst van de sensibiliseringsbrief verstrekkingen en materiaal aanrekenen terwijl zij niet over de nodige apparatuur beschikten om de verstrekking uit te voeren

ZH	Aantal verstrekkingen 474736-474740	Prestatieperiode	Ontvangstperiode V.I.	Ten onrechte aangerekend bedrag= terugbetaald bedrag (EUR)
ZH 1	123	03.12.2018- 28.07.2020	21.02.2019- 08.09.2020	15.027,73
ZH 2	19	21.12.2018- 20.03.2020	29.01.2019- 30.06.2020	2.317,81
	Aantal forfaits 173972-173983			
ZH 1	122	03.12.2018- 28.07.2020	21.02.2019- 08.09.2020	145.009,20
ZH 2	13	21.12.2018- 20.03.2020	29.01.2019- 30.06.2020	15.451,80
TOTAAL				177.806,54

e) Conclusie

De financiële impact van het ICE-project, dat plaatsvond in de periode 2018-2021, is groot. De V.I.'s inden via een spontane regularisatie 1.831.656 EUR. Bijkomend recupereerde de DGEC 281.534 EUR. Samen levert dit nu al een impact op van 2.113.190 EUR.

Bovendien is het aantal onterechte facturaties tot een minimum herleid waardoor de jaarlijkse uitgaven voor de Gvu-verzekering beperkt zullen worden tot ongeveer het dubbele van het vooraf (duidelijk te laag) geschatte bedrag.

2. Dringendheidshonorarium 599642 bij radiografie van thorax aan bed op intensieve zorgen

a) Oorsprong en doelstelling

Zorgverleners kunnen het nomenclatuurnummer 599642²⁸ als bijkomend honorarium aanrekenen bij een dringende verrichting als deze dringende verrichting 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag moet uitgevoerd worden.

De spoedtoeslag 599642 kan volgens de bepalingen van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen niet automatisch aangerekend worden wanneer de radiografie van de thorax wordt verricht tijdens de nacht, weekend of op een feestdag; er moet ook voldaan worden aan andere voorwaarden waaronder het spoedeisende/dringende karakter van het onderzoek. Voor geplande onderzoeken buiten de diensturen kunnen radiologen dus geen bijkomend honorarium 599642 aanrekenen.

Doel van het nationaal onderzoek was na te gaan of het dringendheidshonorarium 599642 correct werd aangerekend en dus voorbehouden bleef voor aanrekening bij dringende onderzoeken.

Om praktische redenen beperkten we het nationale controleonderzoek tot de aanrekening van dit bijkomende honorarium bij de aanrekening van één radiografie van de thorax (1 cliché) (hierna kortweg 'RX-thorax' genoemd) genomen op de afdeling intensieve zorgen (IZ) en op weekdays. In de praktijk betekent dit de aanrekening van een dringende RX-thorax aan bed waarvoor een mobiel toestel wordt ingezet. Radiografieën van de thorax aan bed op de dienst intensieve zorgen worden immers meestal 's morgens vóór 8 uur afgenomen, zodat de intensivist bij het opvolgen van de patiënten al beschikt over de radiografieën die een hulp zijn bij het sturen van de behandeling. Ons vermoeden was dat het afnemen van een RX-thorax aan bed op IZ vóór 8 uur 's morgens leidde tot een automatische facturatie van het bijkomend honorarium 599642.

b) Methode

Bepaling percentage dringend aangerekende RX-thorax op totaal aantal RX-thoraxen

We vroegen hiertoe datagegevens op van de afdelingen IZ van alle Belgische ziekenhuizen voor de prestatieperiode van 01.10.2017 tot en met 31.12.2019. We onderzochten dan in welke mate deze 'spoedtoeslag 599642' aangerekend werd in combinatie met een RX-thorax aan bed.

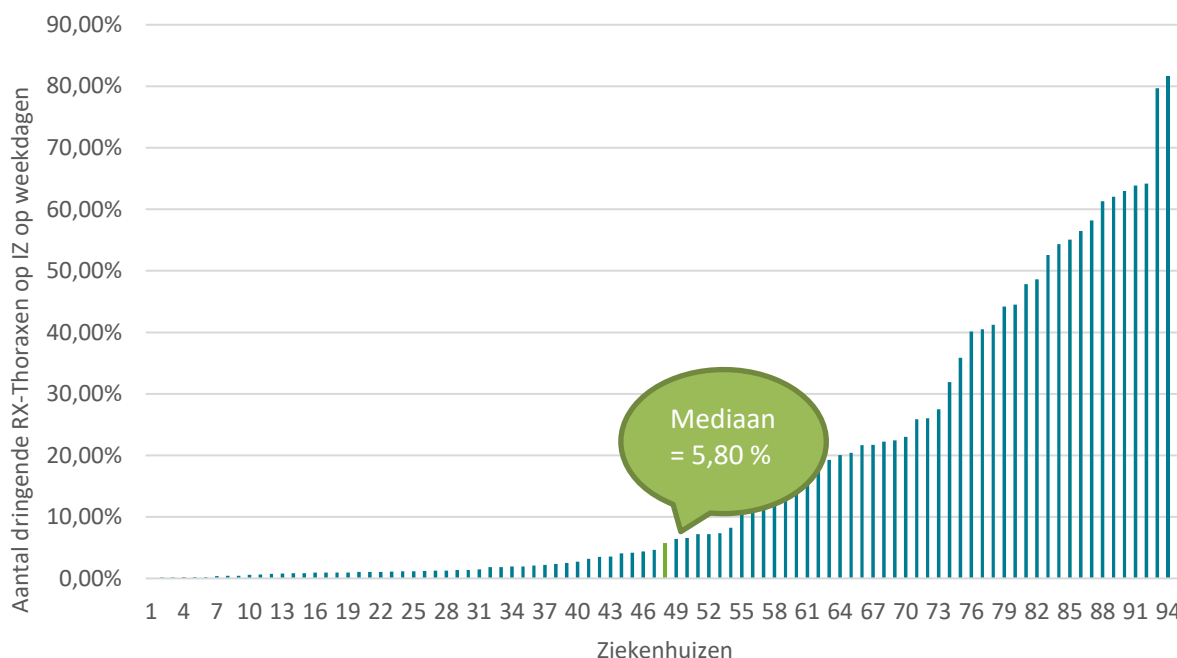
Bij 95 ziekenhuizen vonden we aanrekeningen 599642 bij de aanrekening van een RX-thorax aan bed op de afdeling IZ. We merkten een grote variatie op in de aanrekening van deze spoedtoeslag 599642 in de ziekenhuizen, nl. gaande van 0,08 % tot 83,72 % van alle aangerekende RX-thoraxen op IZ.

De mediaan van het aangerekende percentage dringend bijkomende honoraria op IZ voor de 95 Belgische ziekenhuizen die deze spoedtoeslag aanrekenden, was laag en lag op 5,80 %. Dit betekent dat 48 van de 95 ziekenhuizen code 599642 slechts aanrekenden in 5,80 % of minder bij de aanrekening van een RX-

²⁸ Bijkomend honorarium voor de 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag verrichte dringende verstrekkingen.

thorax op IZ op weekdays. Deze ziekenhuizen werden niet nader onderzocht, aangezien er geen aanwijzingen waren voor een onterechte aanrekening van nomenclatuurnummer 599642.

Figuur 14. Percentage dringend aangerekende RX-thoraxen op totaal aantal RX-thoraxen in de periode 10.2017-12.2019



Tussen 6% en 40 % dringend aangerekende RX-thoraxen

Aan de ziekenhuizen die een percentage 599642/452701 hadden tussen 6 en 40 %, stuurden we een sensibiliseringsbrief.

Aan de ziekenhuizen met een percentage aanrekeningen 599642 tussen 20 en 40 %, stuurden we eveneens een sensibiliseringsbrief en vroegen we bijkomend om ons een verklaring te geven voor dit hoge percentage.

40 % en meer dringend aangerekende RX-thoraxen

De ziekenhuizen met een percentage van 40 % of meer, kregen, na een telefonisch overleg met het diensthoofd radiologie, een PV Va met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling. De ziekenhuizen kregen de mogelijkheid om na ontvangst van het PV Va verhoord te worden.

Omdat we er ons van bewust waren dat er dringende radiografieën van de thorax kunnen gebeuren tussen 21 uur en 8 uur, beschouwden we 5,8 % van de aangerekende dringende RX-thoraxen (zijnde de mediaan) als effectief dringend en dit aantal verstrekkingen en het hieraan verbonden bedrag werd in mindering gebracht bij de tenlastelegging.

c) Resultaten en acties

We merkten op dat in de ziekenhuizen met een hoog percentage dringendheidshonoraria quasi elke patiënt die op IZ verbleef 's ochtends een 'dringende' RX-thorax kreeg of dat bij patiënten die meerdere dagen op IZ verbleven dagelijks een dringende RX-thorax werd aangerekend. Het vroege uur van afname van de RX-thorax aan bed op de dienst IZ leidde – zoals we op het terrein konden vaststellen – meestal tot een automatische facturatie van het dringendheidscode 599642, ondanks het niet-dringende karakter van het onderzoek.

Zelfs als de intensivist erop staat om 's morgens vroeg te kunnen beschikken over de RX-thorax, is dit geen geldige reden om de verstrekking als 'dringend' aan te rekenen. Immers, zoals duidelijk gestipuleerd wordt in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, zijn de persoonlijke redenen van de arts geen reden om het dringendheidshonorarium toe te passen.

15 ziekenhuizen met aanrekening van code 599642 van 6 tot 20 % van de RX-thoraxen op IZ kregen dus een sensibiliseringsbrief met de vraag na te kijken of codenummer 599642 correct werd toegepast en, zo nodig, de gepaste maatregelen te nemen.

12 ziekenhuizen met aanrekening van code 599642 van 20 tot 40 % van de RX-thoraxen op IZ kregen een sensibiliseringsbrief waarbij we hun een verklaring voor hun percentage vroegen.

Als reden voor de aanrekening van het bijkomende dringendheidshonorarium 599642 bij de uitvoering van een RX-thorax tussen 21 uur en 8 uur, zonder dat de RX-thorax dringend moest uitgevoerd worden, gaven de ziekenhuizen volgende argumenten.

- ✦ Bij implementatie van het Radiologie Informatie Systeem (RIS) bij een RX-thorax aan bed tussen 21 uur en 8 uur wordt de procedurecode voor een dringend bijkomend honorarium toegevoegd. Dit bij elke RX-thorax aan bed, dus ook indien de prestatie niet dringend is aangevraagd.
- ✦ In een aantal ziekenhuizen gebeurde de registratie wel correct op niveau van de afdeling radiologie, maar liep het fout tussen het softwareprogramma van de radiologie en de facturatedienst. Een aantal softwareprogramma's voegden dus automatisch de code 599642 toe aan elke verstrekking uitgevoerd tussen 21 uur en 8 uur.
- ✦ Indien de RX-thorax tussen 21 uur en 8 uur niet dringend is aangevraagd, dient het uitvinken van het urgentienummer manueel te gebeuren door de medewerkers. Menselijke fouten zijn dan uiteraard mogelijk.

De maatregelen die de ziekenhuizen intussen genomen hebben om het probleem in de toekomst te voorkomen, waren de volgende:

- ✦ uitschakeling van de automatische aanrekening van verstrekingsnummer 599642 wanneer de verstrekking 452701 tussen 21 uur en 8 uur gebeurt;
- ✦ gerichte communicatie aan de medewerkers bij het manueel uitvinken van het urgentienummer wanneer de RX-thorax niet dringend wordt aangevraagd, en hieraan gekoppeld een interne opvolging.

Voor de 20 ziekenhuizen met een spoedtoeslag bij meer dan 40 % van de RX-thoraxen op IZ, stelden we een PV Va op: ze rekenden samen 61.726 verstrekkingen 599642 ten onrechte aan voor een totaal bedrag van 2.108.560,16 EUR. Al deze ziekenhuizen vonden bij hun nazicht een automatische facturatie van nomenclatuurnummer 599642 bij uitvoering van een RX-thorax tussen 21u en 8u als oorzaak, gingen akkoord met de tenlastelegging en betaalden het volledige bedrag vrijwillig terug.

d) Opvolging

Alle ziekenhuizen die een PV Va hebben ontvangen, hebben het ten laste gelegde bedrag volledig en vrijwillig terugbetaald. Hoewel ze de mogelijkheid kregen om na ontvangst van het PV Va verhoord te worden, heeft geen enkel ziekenhuis van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

Tijdens onze contacten met de ziekenhuizen vroegen we de zorgverleners in de toekomst strikt toe te zien op de correcte aanrekening van het dringendheidshonorarium 599642 bij geplande radiografieën van de thorax op IZ tussen 21 uur en 8 uur en 'vergissingen' in de facturatie te voorkomen.

De DGEC zal deze aanrekening in de Belgische ziekenhuizen blijven opvolgen.

Deel 4 – Impact

Het uiteindelijke doel van de DGEC als inspectiedienst is impact te hebben op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners en zorginstellingen.

Deze impact meten we vooral met financiële, maar ook met niet-financiële indicatoren (aanpassing of toelichting van de nomenclatuur bijvoorbeeld). Naast de bedragen van vrijwillige terugbetalingen, eventueel aangevuld met administratieve boetes (rechtstreekse impact in 2021), proberen we hier de financiële impact van bepaalde voorgaande nationale acties te verduidelijken. De impact van de acties uit 2021 zullen we immers pas de volgende jaren kunnen evalueren wanneer we over de opvolgingsgegevens beschikken.

We zijn momenteel een nieuwe methodologie aan het ontwikkelen om de impactmetingen op een systematische en gestandaardiseerde manier te verduidelijken. Via die methode zullen de voorgestelde cijfers kunnen worden geconsolideerd en zullen die cijfers voor iedereen beter te interpreteren zijn. We hopen die nieuwe methode binnenkort te gebruiken. Voor dit jaar zijn de cijfers die in de tabellen hieronder worden weergegeven nog het resultaat van een ‘manuele’ analyse.

I. RECHTSTREEKSE IMPACT IN 2021

Tabel 19. Rechtstreekse betalingen in 2021

Actie	Aantal betrokken zorgverleners	Bedrag (EUR)
Vrijwillige terugbetaling na de inleiding van de administratieve procedure	35	169.266,82
Betaling na een definitieve uitspraak (LA, KEA, KvB)	676	2.121.328,41
Recuperatie via FOD Financiën (art. 206bis)	178	380.078,61
Recuperatie via V.I.'s (art. 206bis)	35	61.746,33
Totaal	924	2.732.420,17

Die rechtstreekse betalingen in 2021 hebben betrekking op afgesloten controleonderzoeken die het voorwerp uitma(a)k(t)en van een administratieve procedure.

Tabel 20. Verminderde aanrekening door fraudeurs in 2021 als gevolg van DGEC-acties

Actie	Aantal betrokken zorgverleners	Bedrag (EUR)
Opvolging fraudeurs	224	15.857.938,03

Dit bedrag van 15.857.938,03 EUR betreft de proactieve opvolging van 224 zorgverleners waarvan de dienst intentionele inbreuken heeft opgemerkt en waarvan hij het facturatiegedrag een jaar na de vaststelling kon opvolgen; hierbij hebben we slechts één jaar financiële impact in rekening genomen, terwijl de impact gedurende verscheidene jaren aanhoudt²⁹.

²⁹ Zie “Strijd tegen fraude”, p. 35-41.

II. IMPACT VAN VOORGAANDE NATIONALE ACTIES

1. Controleonderzoek: ambulante cardiale monitoring³⁰

Dit onderzoek was gericht op 50 ziekenhuizen die honoraria voor cardiale monitoring niet conform aanrekenden, want die hingen niet samen met een behandeling op de spoedgevallendienst op dezelfde dag (12,15 % van alle aangerekende cardiale monitoring). Het onderzoek heeft immers geleid tot een daling van het percentage non-conformiteit dat van 12,15 % naar 3 % is gedaald. Naast de bedragen die konden worden gerecupereerd tijdens PV Va's, kunnen we de impact van die nationale opdracht hierdoor redelijkerwijze op ongeveer 620.000 EUR op jaarbasis schatten.

Tabel 21. Verminderde aanrekening van de ambulante cardiale monitoring op de spoedgevallendienst als gevolg van het nationale controleonderzoek

Actie	Aantal betrokken ziekenhuizen	Bedrag (EUR)	Jaar van de actie
Aangerekende ambulante cardiale monitoring zonder dat er een aanrekening van een behandeling op de spoedgevallendienst via een honorarium A of C was	50	620.000,00	2017, 2018

Aangezien het budget voor ambulante cardiale monitoring op de spoedgevallendienst echter is blijven toenemen en er een grote variabiliteit tussen ziekenhuizen is vastgesteld, is in 2020 een aanpassing van de nomenclatuur voorgesteld teneinde dit budget voor cardiale monitoring in de verstrekking "behandeling op de spoedgevallendienst" te integreren. Die wijziging is reeds door de werkgroep van de TGR en de deskundigen spoedgevallen in 2021 goedgekeurd. Ze zal binnenkort aan de Technische Raad ter goedkeuring worden voorgelegd. Hoewel die wijziging van de nomenclatuur op korte termijn geen financiële gevolgen heeft, zal ze op middellange tot lange termijn ervoor zorgen dat de stijging een halt wordt toegeroepen en het budget tussen de verschillende ziekenhuizen evenwichtiger wordt verdeeld.

2. Sensibiliseringsactie: arthroscopische meniscectomie in geval van degeneratieve knieletsels³¹

Dit is een sensibiliseringsactie die gericht was op alle orthopedische chirurgen en vervolgens op de huisartsen. De impact van die meting werd geschat door de facturatiegegevens van de 5 maanden na de verzending van de brieven aan de orthopedische chirurgen te analyseren. Wegens de COVID-19-pandemie was het niet mogelijk om die meting op een jaar uit te voeren en de voorgestelde resultaten zijn bijgevolg een extrapolatie op jaarbasis.

Uit die analyse blijkt dat het aantal meniscectomieën bij patiënten van 50 jaar en ouder sterk is gedaald na de sensibiliseringsactie en het zo bespaarde bedrag 1.283.906 EUR in die 5 maanden zou bedragen, hetzij 3.081.374 EUR op jaarbasis. Die nogal conservatieve schatting houdt geen rekening met de eventuele herallocatie van de middelen aan alternatieve behandelingen voor die patiënten.

Tabel 22. Verminderde aanrekening van meniscectomieën bij patiënten van 50 jaar en ouder als gevolg van de nationale sensibiliseringsactie

Actie	Aantal betrokken zorgverleners	Bedrag (EUR)	Jaar van de actie
Afgeraden arthroscopische meniscectomie in geval van degeneratieve arthropathie	568	3.081.374,00	2019

³⁰ Zie *Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2019*, p. 27-28.

³¹ Zie *Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2019*, p. 46-47.

3. Controleonderzoek: NMR-onderzoeken en dringendheidshonoraria³²

Dit onderzoek had betrekking op 51 ziekenhuizen die dringendheidshonoraria niet conform aanrekenden voor op feestdagen, in het weekend of 's avonds uitgevoerde NMR-onderzoeken. Alle betrokken ziekenhuizen hadden destijds een vrijwillige terugbetaling gedaan en de impact op lange termijn van die meting wordt bijgevolg berekend via het totale budget dat wordt toegekend aan dringendheidshonoraria voor NMR-onderzoeken. Op basis van die berekening en door rekening te houden met de jaren 2018, 2019 en 2021 (en niet met 2020 gelet op de COVID-19-pandemie en de beperking tot essentiële zorg in de ziekenhuizen) schatten we dat dit onderzoek geleid heeft tot een vermindering van het budget met 465.000 EUR op jaarbasis.

Tabel 23. Verminderde aanrekening van de dringendheidshonoraria tijdens NMR-onderzoeken als gevolg van het nationale controleonderzoek

Actie	Aantal betrokken ziekenhuizen	Bedrag (EUR)	Jaar van de actie
Dringendheidshonoraria die zijn aangerekend voor een NMR-onderzoek, terwijl het gaat om een gepland NMR-onderzoek	51	465.000,00	2017

Blijkbaar stijgt het budget 2021 echter opnieuw. Aangezien eind 2018 nieuwe NMR-codes zijn ingevoerd waardoor een dringendheidshonorarium kan worden verkregen, analyseren we momenteel de facturatiegegevens om vast te stellen of die stijging een sectorale toename is, of dat het slechts om een beperkt aantal ziekenhuizen gaat. Op basis van de resultaten van die analyse zullen er binnenkort bijkomende acties worden gevoerd.

III. ALGEMENE BALANS

Op basis van de bovenstaande gegevens hebben we de financiële impact voor 2021 op **22,7 miljoen EUR** kunnen becijferen.

Onze impact reikt uiteraard verder en is niet altijd te becijferen. Het loutere bestaan van een inspectiedienst heeft op zich al een ontradend effect op wie overweegt om een inbreuk te plegen.

Door zorgverleners preventief te informeren via brochures, sensibiliseringsbrieven en lezingen willen we voorkomen dat zij uit onwetendheid een inbreuk plegen. Ook de persberichten en dit jaarverslag maken zorgverleners en verzekeren meer bewust van het belang van een correcte aanrekening van verstrekkingen. Dat is heel belangrijk voor de duurzaamheid van een toegankelijke en kwaliteitsvolle medische zorgverlening.

³² Zie *Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2019*, p. 31-32.

Deel 5 – Naar een betere reglementering

De Gvu-wet evolueert constant, enerzijds om de efficiëntie van sommige wetsbepalingen te verbeteren en anderzijds om in overeenstemming te blijven met de evoluties in de samenleving waarvan zij ten dienste staat. De wijzigingen ingevolge de inwerkingtreding van de wet van 18.05.2022 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid (1)³³ beantwoorden aan die twee doelstellingen.

De wet behandelt talrijke onderwerpen voor verschillende instellingen. Eén afdeling is gewijd aan de bepalingen van de Gvu-wet voor de DGEC (art. 98 en volgende). De belangrijkste wijzigingen voor de DGEC zijn de volgende.

I. SCHORSING VAN BETALING VIA DE DERDE-BETALERSREGELING – ART. 77SEXIES VAN DE Gvu-WET (ART. 99)

Wanneer er ernstige nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van fraude zijn in hoofde van een zorgverlener, kunnen de uitbetalingen door de V.I.'s aan die zorgverlener in het kader van de derde-betalersregeling geheel of gedeeltelijk worden geschorst voor een periode van maximaal twaalf maanden.

Het principe blijft hetzelfde, maar er werden verbeteringen aangebracht. Er werd een paragraaf toegevoegd om de zorgverlener te verplichten de verstrekkingen die hij verleent tijdens de schorsingsperiode in rekening te brengen. Dat moet de DGEC in staat stellen de nodige controles uit te voeren. Daarenboven is nu voorzien dat men de opgeschorte terugbetalingen kan aanwenden voor de betaling van een eventuele schuld van de zorgverlener bij het RIZIV.

II. OVERBODIGE OF ONNODIG DURE VERSTREKKINGEN (ART. 113)

Artikel 73 van de Gvu-wet is aangepast om de zorgverleners duidelijk te maken dat zij geen overbodige of onnodig dure verstrekkingen mogen voorschrijven, uitvoeren of laten uitvoeren.

Ook wordt de procedure voor de behandeling van dat type dossiers aangepast:

- ✦ De wet voorziet niet meer in monitoring. Het blijft evenwel mogelijk om de aanrekening van een zorgverlener op te volgen en hem daarvan op de hoogte te brengen;
- ✦ De inspecteur moet geen verweermiddelen meer opvragen wanneer hij een PV VA verstuurt;

De beoordeling over de grond ligt bij de Leidend ambtenaar of de Kamer van eerste aanleg. De eerste beoordeling door het Comité van de DGEC wordt geschrapt.

III. APPROPRIATE CARE – GOEDKEURING VAN DE INDICATOREN (ART. 110)

De mogelijkheid om voorstellen van indicatoren in te dienen is aangepast. Enerzijds is er voorzien dat ook wetenschappelijke verenigingen en instellingen die een algemene bekendheid genieten, een wetenschappelijk dossier kunnen indienen bij de Nationale raad voor kwaliteitspromotie en het Comité voor evaluatie van medische praktijken. Anderzijds is er voorzien in een termijn van drie maanden om het voorstel te beoordelen. Als de bevoegde organen binnen de voorziene termijn geen oordeel hebben geveld, worden de voorgestelde indicatoren goedgekeurd.

³³ Wet van 18.05.2022 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid (1), BS 30.05.2022.

IV. ELEKTRONISCH DOSSIER, ELEKTRONISCHE DIENSTEN EN ELEKTRONISCHE HANDTEKENING (ART. 105)

Het gebruik van het elektronisch dossier en de elektronische diensten krijgt een wettelijke basis. Dat is een belangrijke ontwikkeling die de bereikbaarheid van de DGEC voor burgers en gebruikers van de diensten zal verbeteren. Het zal ook het werk vergemakkelijken van het personeel van de DGEC, in het bijzonder dat van de inspecteurs. Het elektronisch dossier bestaat al enkele jaren, maar het is nieuw dat men officieel met particulieren via elektronische weg kan communiceren over onderzoeksdaten of procedures.

De bepalingen over de elektronische dossiers en diensten voorzien bijvoorbeeld dat de toegang tot de elektronische diensten beveiligd is en dat identificatie via CSAM (eID of itsme) noodzakelijk is. Er is ook een wettelijke basis voor de elektronische handtekening, bijvoorbeeld voor de beslissingen van de administratieve rechtscolleges.

V. NATIONAAL COLLEGE VAN ADVISEREND ARTSEN (ART. 106)

Het Nationaal college van adviserend artsen wordt overgeheveld van de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het RIZIV naar de DGEC. De huidige structuur blijft behouden en kan dienst doen als platform voor een nauwere en meer diepgaande en samenwerking tussen de V.I.'s en de DGEC.

Deel 6 – Passerelle: Audit ziekenhuizen

De Audit Ziekenhuizen³⁴ is ontstaan vanuit het eerste en het tweede actieplan 'handhaving in de gezondheidszorg' en de redesign van de gezondheidszorgadministraties via onder meer passerellen en een gemeenschappelijke sokkel. Door een deel van het personeel en de middelen van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het FAGG samen te brengen in een transversale structuur, met name de eenheid Audit Ziekenhuizen, moet er een efficiëntere, eenvoudigere en transparantere opvolging komen van de ziekenhuizen.

I. AUDIT ZWARE MEDISCHE BEELDVORMING

De voornaamste bezorgdheden in verband met medische beeldvorming zijn de blootstelling van patiënten aan straling te beperken en de federale middelen doelmatig aan te wenden. In deze audit wordt de evolutie in de tijd van het aantal CT- en MRI-onderzoeken onder de loep genomen alsook de factoren die een invloed hebben op de keuze om een CT- of MRI-onderzoek uit te voeren. We hebben dit onderzocht aan de hand van een online vragenlijst en een grondige gegevensanalyse. Door de COVID-19-pandemie kon er geen audit ter plaatse worden uitgevoerd. Deze audit werd uitgewerkt in samenwerking met de Belgian Medical Imaging Platform en de Belgian Society of Radiology.

Wij hebben vastgesteld dat het absolute aantal CT- en MRI-onderzoeken jaarlijks sneller toeneemt dan de demografische groei. Er is een duidelijk verschil in het aantal MRI-onderzoeken tussen de regio's en tussen de ziekenhuizen. Dat verschil kan niet worden verklaard op basis van patiëntkenmerken zoals leeftijd, sociale status, de V.I. waarbij de patiënt is aangesloten en het geslacht.

We hebben opgemerkt dat er meer CT-toestellen zijn in Wallonië en dat de huisartsen er per raadpleging ook meer CT-onderzoeken voorschrijven. Sommige ziekenhuizen hebben een vorm van change management ingevoerd en zetten in op een daling van het aantal CT- en MRI-onderzoeken: de gevolgen van dit management zijn zichtbaar in de gegevens.

De belangrijkste conclusies van deze audit zijn de efficiëntie van het management in de ziekenhuizen, de geografische spreiding van de toestellen en het voorschrijfgedrag alsook de weerlegging van de argumenten in verband met de invloed van patiëntkenmerken op het gekozen type beeldvorming.

Wij raden dus aan om het aantal CT-toestellen te beperken om overcapaciteit en een aanbodgestuurde gezondheidszorg te voorkomen. Een andere mogelijkheid is de beperking van het aantal onderzoeken op basis van het totale aantal unieke patiënten dat een ziekenhuis voor medische beeldvorming bedient op jaarbasis, ongeacht de woonplaats.

Ten slotte is een klinisch beslissingsondersteunend systeem (Clinical Decision Support System, CDSS) volgens ons ook een logische stap die verder moet worden uitgewerkt. Dankzij een CDSS kan namelijk de meest geschikte verstrekking op het voorschrift worden vermeld zonder de therapeutische vrijheid disproportioneel te beperken. Hiervoor is een meer doorgedreven en geharmoniseerde digitalisering van de patiëntengegevens nodig. De invoering van een CDSS zal de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de patiënt verbeteren dankzij een doelmatig gebruik van de beschikbare middelen en de verminderde blootstelling aan ioniserende straling.

³⁴ U kunt meer informatie vinden over de activiteiten van de eenheid Audit Ziekenhuizen in zijn jaarverslag 2021.

II. AUDIT COVID-19

Sinds het begin van de COVID-19-pandemie in ons land werd het comité Hospital and Transport Surge Capacity verzocht om toe te zien op de naleving van het crisisbeleid. Hiervoor gebruikt men de gegevens van het Incident & Crisis Management System en de gegevensstromen van het Intermutualistisch Agentschap.

In 2021 heeft de eenheid Audit Ziekenhuizen twee rapporten opgesteld die op de [website van het RIZIV](#) zijn geplaatst:

- ✦ Uitgestelde zorg: 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} golf,
- ✦ Tussentijds rapport (gegevens tot augustus 2021).

III. AUDIT KEIZERSNEDEN

Volgens een verklaring van de WGO bestaat er geen ideaal aantal keizersneden en moeten alle vrouwen toegang hebben tot de ingreep in geval van medische noodzaak. De organisatie preciseert echter dat niet alle keizersneden die wereldwijd worden uitgevoerd aan deze criteria beantwoorden. Op internationaal niveau wordt een stijgende trend vastgesteld van 7 % van de bevallingen in 1990 naar 21 % in 2021 met een duidelijke geografische variatie (marge van 5 % tot 43 %). "Het over- en ondergebruik en verkeerd gebruik" kunnen op korte en lange termijn nefaste gevolgen hebben voor moeder en kind en voor toekomstige zwangerschappen.

De bedoeling van de audit is om de huidige situatie en de medische praktijken rond keizersneden in België te observeren en te onderzoeken. Een bijkomende doelstelling is de opvolging van de 'laagvariabele zorg' met inbegrip van de ziekenhuisverblijven na keizersnede (SOI 1). Voorts hebben de 23.170 keizersneden (nomenclatuurcodenummer 424104) die in 2019 werden verricht een groot aandeel in de ziekenhuisverblijven.

De audit werd uitgevoerd met de medewerking van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en de '*Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique*'.

Na een eerste analyse van de documenten en van de beschikbare gegevens hebben wij een onlinevragenlijst verstuurd naar alle ziekenhuisinstellingen die momenteel over een materniteitsafdeling beschikken (n=92). De inhoud van de vragenlijst bestond uit 3 delen: organisatie van de materniteit, traject van de patiënte en pijnbestrijding. Alle bevroegde ziekenhuisinstellingen hebben de vragenlijst ingevuld.

Er werden 21 ziekenhuizen geselecteerd voor een onderzoek op het terrein. Daarvan werden 17 ziekenhuizen fysiek bezocht door een multidisciplinair team van auditoren. Wegens de COVID-19-maatregelen en de extra werklust voor de ziekenhuizen werd het terreinbezoek in 1 ziekenhuis geannuleerd en in 3 ziekenhuizen vervangen door een onlineaudit. De onderdelen van het terreinbezoek, met name de bespreking van de organisatie van de materniteit, het zorgtraject voor keizersneden en het onderzoek van de verblijfdossiers werden volledig uitgevoerd. Alle individuele rapporten van de bezoeken ter plaatse werden aan de betrokken ziekenhuizen bezorgd en door hen gevalideerd. Een algemeen rapport met de conclusies van de verschillende stappen van de audit zal binnenkort worden afgerond.

IV. AUDIT LAAGVARIABELE ZORG

Ter herinnering: de 2 eerste auditrapporten over de financiering van de laagvariabele zorg werden in 2020 opgesteld zonder dat alle gegevens beschikbaar waren. De eenheid Audit Ziekenhuizen beschikte namelijk over de facturatiegegevens 2019, maar nog niet over de gekoppelde³⁵ gegevens van 2019 noch over de MZG-gegevens³⁶ van 2019.

Het 3^{de} auditrapport kon in augustus 2021 worden uitgewerkt toen we over bijna alle gegevens van 2019 beschikten, met inbegrip van de gekoppelde gegevens.

Via dit rapport hebben we het gedrag van de ziekenhuizen onderzocht naar aanleiding van de invoering van de laagvariabele zorg wat een nieuwe functioneringswijze is.

We hebben ons eerst vergewist van de kwaliteit van de gegevens door onder andere de koppelingsgraad van de facturatie- en MZG-gegevens onder de loep te nemen alvorens te starten met de analyses.

De verschillende analyses die in 2021 werden uitgevoerd rekening houdende met verschillende inclusie- (bv. nomenclatuurnummer van de trigger, SOI 'Severity Of Illness', APR-DRG) en exclusiecriteria (bv. nomenclatuurnummer, ICD-10-CM-code en de hoofd- en secundaire diagnose) die zijn opgenomen in bijlage 1 van het koninklijk besluit tot uitvoering van de wet van 19.07.2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg van 02.12.2018. Deze analyses werden uitgevoerd per MDC (Major Diagnostic Categories) en per specifiek pseudocodenummer voor de verschillende patiëntengroepen die voor laagvariabele zorg in aanmerking komen. Ze werden eerst voor alle ziekenhuizen en daarna specifiek voor elk ziekenhuis uitgevoerd.

Uit deze analyses is gebleken dat het aantal verblijven waarvoor effectief een forfait werd aangerekend in 2019 relatief lager lag dan het verwachte aantal berekend op basis van de vorige jaren. De verschillen zijn echter vrij klein.

Hoewel de filosofie achter de financiering van de laagvariabele zorg gebaseerd is op een theoretische mate van standaardisering of uniformiteit, moet toch worden vermeld dat er aanzienlijke verschillen tussen ziekenhuizen kunnen bestaan, zowel wat het verblijf (bv. ernstgraad bij appendectomiepatiënten) als de waarde en de samenstelling van de 'zorgpakketten'³⁷ betreft.

Deze vaststellingen kunnen tijdens de volgende audits verder worden onderzocht.

³⁵ Kruising van de facturatiegegevens en de MZG-gegevens.

³⁶ Minimale ziekenhuisgegevens.

³⁷ Geheel van nomenclatuurnummers die tijdens een verblijf worden gebruikt.

Deel 7 – Samenwerkingen

I. FINANCIËLE RESPONSABILISERING VAN DE VERZEKERINGS-INSTELLINGEN

De samenstelling en de grootte van het bedrag voor de administratiekosten dat de V.I.'s en de Kas voor geneeskundige verzorging van HR Rail jaarlijks krijgen, staan beschreven in artikel 195 van de GVVU-wet. Dit bedrag wordt verdeeld tussen de verschillende V.I.'s. De grootte van het bedrag dat een V.I. krijgt, is afhankelijk van haar werkelijke uitgaven en van het type leden (leeftijd, chronisch zieken, socio-economische status, enz.)

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. Op 11.04.2019 werd artikel 195 van de GVVU-wet aangepast. Vanaf 2019 wordt de variabele administratiekost jaarlijks verhoogd met 2,5 %. In 2021 bedraagt ze 17,5 %. In 2022 bereikt ze het maximum van 20 %.

Alle diensten van het RIZIV en de Controledienst voor de ziekenfondsen 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 Controledienst voor de ziekenfondsen. Deze zet via scoreschalen de resultaten van de analyses om in geldelijke waarden en vermindert per V.I. de variabele administratiekosten met deze geldelijke waarde.

Merk op dat deze responsabilisering van de V.I.'s een bestraffingssysteem is. Als de V.I.'s slecht scoren, wordt er een deel van de variabele kosten afgehouden. Als de V.I.'s goed scoren, krijgen ze het volledige bedrag. Het zijn dus geen beloningen. De evaluatie van de prestatie van de V.I.'s is beschreven in het koninklijk besluit betreffende de responsabilisering van de V.I.'s met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten van 10.04.2014.

In 2021 was onze dienst betrokken bij de evaluatie van de hiernavolgende indicatoren. Omdat de beroepsperiode lopende is, kunnen we enkel de voorlopige resultaten meedelen.

1. Medisch onderzoek om de arbeidsongeschiktheid te herbepalen

Een arbeidsongeschikte die een uitkering trekt, mag zonder de goedkeuring van de adviserend arts van zijn/haar V.I. geen activiteit uitoefenen. Als de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV een niet-toegelaten activiteit vaststelt, meldt ze dit aan de betrokken V.I. De regelgeving bepaalt dat de adviserend arts in die gevallen binnen de 30 dagen een medisch onderzoek uitvoert om de arbeidsongeschiktheid te herbepalen.

We onderzochten of dit medisch onderzoek op tijd plaatsgreep bij 2 groepen van uitkeringsgerechtigden. De eerste groep bestaat uit dossiers waarin de sociaal controleurs van de Dienst voor administratieve controle op het terrein niet-toegelaten activiteiten vaststelden (het zogenaamde zwartwerk). De tweede groep zijn niet-toegelaten cumulaties van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met door bezoldiging gedekte dagen die bij de Rijksdienst voor sociale zekerheid werden aangegeven (zogenaamde dossiers van witte fraude).

We constateerden dat het percentage van de dossiers waarin het vereiste geneeskundig onderzoek door de adviserend arts niet plaatsvond binnen de 30 werkdagen varieert van **12,9 % tot 40 %**.

2. Mededeling via IDES van voorstellen met motivatie van staat van invaliditeit

Opdat de Dienst uitkeringen van het RIZIV vlot haar controlerende taak zou kunnen vervullen, deelt de adviserend arts aan de medische directie van zijn/haar V.I. tussen de eerste dag en de laatste dag van de elfde maand van de primaire arbeidsongeschiktheid een voorstel mee waarin de staat van invaliditeit bij de patiënt wordt gemotiveerd. De medische directies van de V.I.'s moeten deze gegevens (de fluxen INV01) opsturen via IDES naar het RIZIV.

We onderzochten of ze deze gegevens opstuurden ten laatste gedurende de eerste 7 dagen van de twaalfde maand van primaire arbeidsongeschiktheid. Omdat de V.I.'s niet verantwoordelijk zijn voor alle vertragingen, voerde het Algemeen beheerscomité van het RIZIV een tolerantie- of immunitetsmarge in van 7,5 %. Indien het aantal laattijdige dossiers minder dan 7,5 % bedraagt, wordt geen fouten- of laattijdigheidsscore toegekend.

De resultaten zijn sterk verschillend en variëren tussen 0 % en 29,5 %.

3. Terugbetaling van verstrekkingen kinesithérapie en sommige verstrekkingen klinische biologie

We onderzochten de correcte toepassing van de regels bij de terugbetaling van een verstrekking kinesithérapie en van enkele verstrekkingen klinische biologie.

Per patiënt en per kalenderjaar mag slechts één enkele vergoeding betaald worden om een dossier kinesithérapie te openen, ongeacht het aantal kinesitherapeuten die de patiënt behandeld hebben gedurende dat jaar en ongeacht het aantal pathologieën. We constateerden dat de V.I.'s deze regel correct controleren. Het percentage verzekeren waarbij meer dan 1 dergelijke verstrekking werd terugbetaald, varieert tussen de 0 % en 2 %.

In de klinische biologie onderzochten we of de V.I.'s rekening hielden met de diagnostische regels 94, 97 en 154.

- ✦ Diagnostische regel 94 bepaalt dat enkel bij kinderen en jongeren van minder dan 18 jaar terugbetaald mag worden. De foutenpercentages bij de V.I.'s variëren van 15 % tot 51 %.
- ✦ Diagnostische regel 97 bepaalt dat slechts 1 keer per 12 maanden bij mannen van 40 jaar of meer terugbetaald mag worden. De foutenpercentages bij de V.I.'s variëren van 0,1 % tot 11 %.
- ✦ Diagnostische regel 154 bepaalt dat slechts één van de prestaties van een bepaalde groep vergoed mag worden. De foutenpercentages bij de V.I.'s variëren van 0 % tot 9 %.

4. Kwaliteit van de gegevens via NewAttest

Net zoals in 2020 evalueerden we de kwaliteit van de gegevens die de V.I.'s ons via het platform NewAttest bezorgden. We voerden een kwaliteitscontrole uit van de zones die verband hielden met:

- ✦ de bij ingrepen behandelde zijde van het lichaam (Li/Re),
- ✦ de derde-betalersregeling bij verstrekkingen van orthopedisten,
- ✦ de identificatie van de plaats van verstrekking,
- ✦ de norm van de zorgverlener,
- ✦ het tandnummer,
- ✦ de betrekkelijke verstrekking,
- ✦ het KBO-nummer,
- ✦ het IBAN-nummer (international bank account number).

De spreiding van de globale foutenscore ligt dit jaar tussen 0,5 en 15 % fouten.

II. INTERNATIONALE AANGELEGENHEDEN – EHFCN

Sinds 2005 is de cel "Internationale Aangelegenheden" verantwoordelijk voor het financiële en strategische beheer van het European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN). Ze vertegenwoordigt het netwerk bij binnenlandse en buitenlandse partners in een Europese en internationale context.

Het EHFCN werd opgericht om de bestrijding van fraude, corruptie en verspilling in de gezondheidszorg te coördineren en te optimaliseren. Het biedt een forum waarop zijn leden nuttige informatie kunnen uitwisselen over de "goede praktijken" in de strijd tegen fraude, corruptie en verspilling, zowel op het niveau van de huidige reglementering in de Europese landen (*legal database*) als op het niveau van de controletechnieken en -instrumenten die daartoe worden ingezet.

In 2021 heeft het EHFCN beslist om meer naar de buitenwereld toe te communiceren over zijn activiteiten en opdrachten aan de hand van 2 bedrijfsvideo's. De eerste video richt zich tot de experts en organisaties die de fraude en corruptie in de gezondheidszorg bestrijden. De tweede video is bedoeld voor het grote publiek en licht op eenvoudige en didactische wijze toe welke de grote uitdagingen zijn bij de fraudebestrijding in Europa.

1. 14^e internationale conferentie

In oktober 2021, heeft het EHFCN zijn 14^e internationale conferentie op virtuele wijze georganiseerd wegens de COVID-19-pandemie. De deelnemers waren leden van het EHFCN-netwerk, internationale experts inzake corruptie, fraude en verspilling in de gezondheidszorg, hoge ambtenaren en vertegenwoordigers van Europese en internationale organisaties.

Het thema van de conferentie luidde: "hoe de integriteit in de gezondheidssector bij veranderende maatschappijen versterken: strijd leveren tegen de fraude, de verspilling en de corruptie om het recht op gezondheid te garanderen".

Integriteit, transparantie en verantwoordelijkheid zijn samenstellende elementen van elk globaal kader binnen de strijd tegen corruptie, fraude en verspilling in de gezondheidszorg. Gedragscodes kunnen helpen bij het opstellen van ethische en professionele normen van organisaties, van zorgverleners en van burgers en zo bijdragen aan een cultuur van integriteit. Integriteit vormt de basisnorm voor elke actor in de gezondheidszorg, maar is ook één van de hoekstenen van de fraudepreventie. Een deontologische code moedigt integriteit juist aan.

Aan de conferentie werd deelgenomen door een aantal sprekers van hoog niveau, waaronder de vicevoorzitter van het Europees Parlement en vertegenwoordigers van de Raad van Europa, de Wereldgezondheidsorganisatie, de Internationale Vereniging voor sociale zekerheid, het Agentschap van de Europese Unie voor cyberveiligheid, Transparency International en de European Public Health Association, alsook verscheidene prominente academici.

Na de conferentie zijn verschillende contacten voortgezet, onder meer met het Europees Parlement, het InterMutualistisch Agentschap en de European Public Health Association.

2. Webinars

In 2021 werden er voor de leden van het EHFCN 7 webinars georganiseerd. Tijdens die webinars worden actuele onderwerpen over de strijd tegen fraude en corruptie in de gezondheidszorg besproken en is er ruimte om de vragen van de leden te beantwoorden. De sprekers van de webinars zijn deskundigen uit de gezondheidssector die ook lid zijn van het EHFCN.

In de afgelopen webinars kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- ✦ *Het belang van een vroegtijdige toegang tot gegevens om de fraude te bestrijden:* de opsporing en de preventie van de fraude binnen het domein van de gezondheidszorg hangt in ruime mate af van de beschikbaarheid van de gegevens. De vertragingen en beperkingen die inherent zijn aan archaïsche en deels gedigitaliseerde ziekteverzekeringssystemen kunnen aanzienlijke problemen opleveren bij de fraudebestrijding. Modernere systemen met bepaalde digitale nieuwigheden stellen ons in staat de doeltreffendheid van onze inspecties te vergroten. Dankzij dit webinar kon beter worden omschreven welke gegevens in aanmerking moeten worden genomen en welke de voordelen zijn van digitaal te werken.
- ✦ *Integriteit en veerkracht van de gezondheidszorgsystemen in de nasleep van de COVID-19-pandemie:* het belang van het hebben en ontwikkelen van integriteitsprogramma's is van fundamenteel belang voor de organisaties. Ook de wijze waarop deze programma's worden uitgevoerd is van belang, met name wat betreft overheidsopdrachten en de verwerking van ermee verband houdende gegevens, overeenkomstig de aanbeveling van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO 2020). In deze webinar is toegelicht hoe het integriteitskader voor zorgverleners wordt geauditeerd.
- ✦ *Tips en tricks om de juiste zorg te stimuleren:* studies over de verspilling in de gezondheidszorgdiensten hebben aangetoond dat de grootste verspilling bij het onjuiste gebruik van de gezondheidsdiensten ligt. Onze inspectiediensten doen zware inspanningen om de realiteit en de naleving van de gezondheidsdiensten te controleren, op basis van bestaande reglementeringen. De aanpak van "onaangepaste zorg" vereist echter een ander referentiekader, wetenschappelijke gegevens of indicatoren van goede praktijken voor acties om een passend gebruik van gezondheidsdiensten te stimuleren.
- ✦ *Artificiële intelligentie in het domein van de gezondheidszorg: onze toekomst:* Artificiële intelligentie (AI) kan de manier veranderen waarop gezondheidszorg wordt verleend. De voordelen van AI zijn legio, maar er zijn vragen gerezen over de mogelijke gevolgen ervan voor de gezondheidszorg, vanwege het gebruik van persoonsgegevens, ethische kwesties en de integriteit van de gegevens. Wat is correct en wat is fout? De discussies gingen vooral over de huidige en toekomstige toepassingen van AI in de gezondheidszorg.
- ✦ *Problemen en uitdagingen die met het delen van gegevens zijn verbonden: casestudy en toekomstige ontwikkeling:* deze webinar ging over een aantal uitdagingen in verband met gegevensuitwisseling, waaronder belemmeringen voor de openbaarmaking van gegevens, privacy- en vertrouwelijkheidskwesties, en kwesties in verband met geïnformeerde toestemming.
- ✦ *Cyberveiligheid in de sector van de gezondheidszorg, GDPR en gezondheidsrechten:* in het eerste deel van het webinar werd het EU-agentschap voor cyberbeveiliging, voorgesteld, evenals een situationele analyse van cyberbeveiliging in de gezondheidszorg en een overzicht van het beleids- en regelgevingskader van de EU. Het tweede deel van het webinar was gewijd aan de GDPR en zijn impact op de volksgezondheid.
- ✦ *Wijdverspreide corruptie verzwakt de reactie van COVID-19: hoe hiermee omgaan?:* sinds zijn invoering in 1995 is de corruptieperceptie-index van Transparency International uitgegroeid tot de belangrijkste mondiale indicator van corruptie in de publieke sector. Uit hun verslag blijkt dat aanhoudende corruptie de gezondheidssystemen ondermijnt en bijdraagt tot de achteruitgang van de democratie, vooral sinds de COVID-19-pandemie. Tijdens het webinar werden hierover toelichtingen en aanbevelingen gegeven.

3. Tevredenheidsenquête

Het EHFCN heeft in mei 2021 een groot tevredenheidsonderzoek gelanceerd om de meningen van de leden te verzamelen en beter in te spelen op hun behoeften. De eerste analyses en conclusies zijn gepresenteerd tijdens de Algemene Vergadering in oktober 2021.

Aangezien de meerderheid van de EHFCN-leden de enquête heeft beantwoord, zijn de volgende resultaten representatief.

De resultaten zijn over het algemeen positief: de meeste respondenten zijn van mening dat het EHFCN werk van goede kwaliteit levert en zijn tevreden over de bestaande instrumenten. Het delen van kennis en ervaring wordt bijzonder op prijs gesteld, evenals het netwerken met andere deskundigen uit verschillende landen. De focus op digitale platforms, die de laatste jaren aan belang heeft gewonnen, wordt ook genoemd als een voordeel van het EHFCN-lidmaatschap. Voorts is de meerderheid van de respondenten tevreden over de organisatie van evenementen, zoals de internationale conferentie, de webinars, de algemene vergadering, de werkgroepen en de open dagen.

De door de respondenten genoemde nadelen houden verband met de verschillende rechtskaders en wetgevingen, die een Europees programma bemoeilijken en sommige organisaties meer gewicht geven dan andere. Bovendien zijn de behandelde onderwerpen van een hoog niveau en soms moeilijk toe te passen in het dagelijkse werk van de leden.

Ons doel is om deze enquêtes regelmatig te houden, zodat we voortdurend kunnen inspelen op de behoeften en verwachtingen van onze leden.

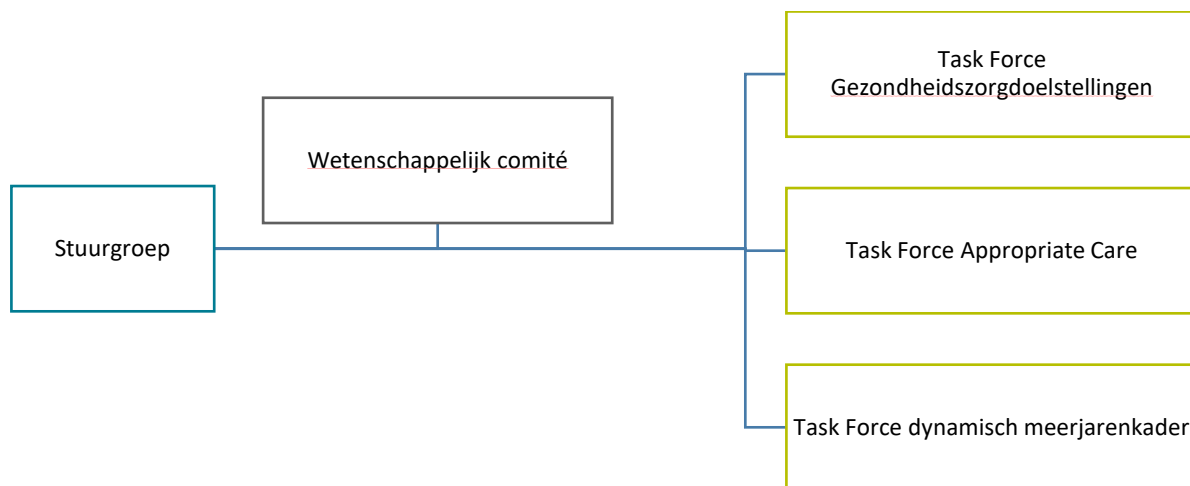
4. Werkgroep over artificiële intelligentie

De werkgroep artificiële intelligentie in de gezondheidszorg, die in 2020 is opgericht en bestaat uit experts van de organisaties die lid zijn van het EHFCN, heeft zijn werkzaamheden voortgezet. Het doel is de toepasbaarheid van bestaande artificiële-intelligentietechnologieën voor fraudedetectie in de gezondheidssector te beoordelen. De werkgroep deelt beste praktijken en nieuwe methodologieën voor fraudedetectie met behulp van algoritmen op basis van artificiële intelligentie. Ten slotte wordt de mogelijke toepassing van deze nieuwe methodologieën in verschillende gezondheidssystemen onderzocht.

III. TASK FORCE APPROPRIATE CARE

Binnen de context van de aanpassing van het budgettair kader van de ziekteverzekering werd er in 2021 een task force Appropriate Care (AC) opgericht om een programma 'appropriate care' uit te werken: doelmatige zorg op de juiste plaats en tijdstip.

De werkzaamheden worden geleid door een stuurgroep onder voorzitterschap van het RIZIV, met afgevaardigden van de V.I.'s, van de beroepsorganisaties zetelend in het Verzekeringscomité en van de beleidscel. De leidend ambtenaar van de DGEC maakt ook deel uit van de stuurgroep. Meerdere leden van de DGEC zijn zeer actief binnen de équipe van de taskforce AC.



Figuur 15. Organisationele structuur Appropriate Care

1. Opdrachten

De task force AC werkt voorstellen uit die leiden tot een bijkomende *health value*. Ze steunt zich daarbij op de principes van de juiste zorg op de juiste plaats. Dit betekent niet langer investeren in ondoelmatige zorg, praktijkvariëaties terugdringen, financiële middelen uit “overconsumptie” herinvesteren in “onderconsumptie” en nieuwe initiatieven.

De over- en onderconsumptie van zorg en medicatiegebruik worden aangepakt onder meer door technologische innovatie te promoten.

Er worden 3 concrete opdrachten voorzien:

- ✦ als eerste missie moet men een antwoord vinden op de ‘vraag van 40 miljoen EUR’ die in het akkoord artsen-ziekenfondsen 2020 staat. Deze vraag moet in principe beantwoord worden in 2021. Ze vormt een afzonderlijk en tijdelijk project. Er zijn hier twee luiken aan verbonden, nl. de zoektocht naar de 40 miljoen EUR en vervolgens de besteding ervan;
- ✦ de tweede missie omvat een aantal te nemen structurele en flankerende maatregelen voor een snelle en efficiënte doorvoering van de eigenlijke maatregelen voor doelmatige zorg;
- ✦ de derde missie omvat de verdere uitrol van de eigenlijke maatregelen voor de optimalisatie van de doelmatige zorg, waarbij allerlei voorstellen worden bekeken. Deze missie omvat ook de implementatie van eventuele maatregelen die voortvloeien uit de vastgelegde gezondheidszorgdoelstellingen door de eerste task force.

2. Acties in 2021

De task force AC heeft van maart tot juni 2021 alle belanghebbenden op gezondheidsgebied opgeroepen om voorstellen in te dienen. Niet minder dan 185 voorstellen werden ingediend door akkoorden- en overeenkomstencommissies, universiteiten, onderzoeksinstituten, bedrijven, burgers en sociaal inspecteurs van de DGEC.

Het selectieproces bestond uit 5 afzonderlijke delen:

- 1) De administratie kende aan elk voorstel een kleurcode toe (groen - oranje - rood) op basis van een door haar leden en door de WCS gevalideerde prioriteringstool.
 - ✦ groen: GO zonder voorbehoud
 - ✦ oranje: GO met voorbehoud
 - ✦ rood: NO GO.
- 2) De leden van de task force AC konden deze rangschikking in vraag stellen en pasten ze aan mits consensus tijdens de plenaire zittingen.

- 3) Zodra de definitieve rangorde was vastgesteld, konden de leden van de task force bepaalde voorstellen die in het rood waren gerangschikt, opnieuw naar voren halen.
- 4) Voor alle aanvaarde voorstellen werd een "Follow-Up"-fiche opgesteld om de feiten te controleren en de volgende stappen vast te leggen.
- 5) Voor alle voorstellen werd een "Feed-Back"-formulier gemaakt, waarop alle discussies over het voorstel worden vermeld en dat zal worden gebruikt wanneer het nodig is te antwoorden aan de personen/organisaties die het voorstel hebben ingediend.

Aan het einde van deze oefening werden er 81 voorstellen weerhouden (geklasseerd onder groen of oranje).

De werkzaamheden van de task force AC werden meer in detail voorgesteld in het tussentijdse rapport [*Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024*](#) te raadplegen op de website van het RIZIV. Dit rapport diende als inspiratiebron voor de budgettaire voorstellen van de akkoorden- en overeenkomstencommissies binnen het RIZIV voor het jaar 2022, en vormde tevens de basis voor de redactie van het finaal rapport over het meerjarige budgettaire kader 2022-2024.

IV. ACTIEPLAN HANDHAVING IN DE GEZONDHEIDSZORG 2021-2023

Het actieplan 'handhaving in de gezondheidszorg' bevat maatregelen en actiepunten voor een meer performante aanwending van de middelen in de gezondheidszorg. Het was op vraag van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid dat het RIZIV het eerste actieplan opstelde in 2016.

In 2021 werd een nieuw actieplan opgesteld met een focus op acties waarbij de verschillende actoren een toegevoegde waarde hebben om zo te komen tot meer synergie. Het actieplan werd pas in december 2021 goedgekeurd en zal in 2022 en 2023 worden uitgewerkt.

Afkortingenlijst

AC	Appropriate care
ATC	Anatomic therapeutic classification
BOD	Beslissingsorgaan / organe décisionnel
CDSS	Clinical decision support system – klinisch beslissingsondersteunend systeem
DDD	Defined daily doses
EBM	Evidence-based medicine
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
EPD	Elektronisch patiëntendossier
EDS	Ehlers-Danlos syndroom
EPS	Échantillon permanent(e) steekproef
GINA	Global Initiative for Asthma
GVU-wet	Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994
KvB	Kamer van beroep
ICE	Directies Informatie, Controle, Evaluatie van DGEC
IZ	Intensieve zorgen
KEA	Kamer van eerste aanleg
ICS	Inhaled corticosteroids – inhalatiecorticosteroïden
LA	Leidend Ambtenaar
LABA	Long acting β agonist – langwerkende inhalatie- β -agonisten
mAb	Monoclonal antibody – monoklonale antilichaam
PV Va	Proces-verbaal van vaststelling
RIS	Radiologie Informatie Systeem
RX-thorax	Radiografie van de thorax
TGR	Technische Geneeskundige Raad
V.I.	Verzekeringsinstelling
ZH	Ziekenhuis

Meer weten?

Hebt u vragen of opmerkingen over deze publicatie?

Contacteer ons: com.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be