



Jaarverslag DGEC

Activiteiten 2023



Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Voorwoord

In dit jaarverslag overlopen we de resultaten die de DGEC in 2023 wist te behalen. Aansluitend bij de inmiddels gekende impactmetingen rapporteren we dit jaar voor 't eerst ook over de financiële meerwaarde (*return on investment*) van onze sociaal inspecteurs. Onze financiële impact (terugbetaling van onterechte aanrekeningen, betaling van geldboeten en daling van de uitgaven als gevolg van onze acties) blijft hoog; de zware fraude echter ook, met alsmaar grotere financiële gevolgen voor de ziekteverzekering. Dit geeft een dubbel gevoel en stelt ons voor nieuwe uitdagingen die we graag aangaan.

We hebben de wettelijke opdracht erop toe te zien dat de financiële middelen van de ziekteverzekering optimaal worden gebruikt. Onze aandacht gaat vooral uit naar dat deel van het budget dat geen meerwaarde biedt voor onze gezondheid. We willen voorkomen dat er geld wordt besteed aan verstrekkingen die de vertegenwoordigers van de zorgverleners (via het overlegmodel) zelf niet als prioritair of vergoedbaar beschouwen. Ook willen we verhinderen dat er geld wordt gespendeerd aan zorgen die weliswaar worden aangerekend maar niet zijn uitgevoerd.

Dit doen we door enerzijds de naleving van de regelgeving te controleren en anderzijds zorgverleners aan te zetten tot een doelmatiger gebruik van de middelen, *appropriate care*. In 2023 vertaalden we wetenschappelijke evidentie naar duidelijke indicatoren met cut-offs waarover we, eens geformaliseerd, de betrokken zorgverleners sensibiliseerden.

De voorbije jaren boekten we grote efficiëntiewinsten dankzij een selectievere inbreukdetectie (door priorisering van externe meldingen en systematische risicoanalyses), een meer gerichte actiediversificatie (analyse, informatieverstrekking en controle), meer nationale strategieën (in plaats van een individuele aanpak) en een classificering van de inbreuken volgens ernst (fouten, misbruik, fraude).

Toch stoten we op onze limieten. In juli 2023 hebben we onze risicoanalyses tijdelijk moeten stopzetten omdat we meer risico's detecteerden dan we controleonderzoeken konden openen. Ook moeten we steeds vaker keuzes maken tussen ernstige fraudedossiers onderling.

Ondanks bovenstaande redenen tot frustratie blijken onze medewerkers zeer veerkrachtig. In een welzijnsenquête scoort de DGEC zelfs heel goed in vergelijking met andere teams zowel binnen als buiten het RIZIV.

Onze behaalde resultaten waren slechts mogelijk door de positieve houding en de inspanningen van alle medewerkers van de DGEC en bij uitbreiding van iedereen binnen en buiten het RIZIV waarmee we constructief samenwerken. Hiervoor een welgemeende dank!

Philip Tavernier
Arts-directeur-generaal DGEC

Overzicht DGEC-activiteiten in 2023

Financiële impact
p. 91

27,35 M€

3

3 risicoanalyses
(beroepsgroepen)
p. 17



3

3 indicatoren voorgesteld
aan NRKP
p. 41



871

871 controleonderzoeken
afgesloten
p. 24

18,3 M€

5

Voor Na
5 impactmetingen
p. 82



77k

77.203 sensibiliseringsbrieven
verzonden
p. 18



65

Fraude
onderzoeken: 65
p. 35

8 M€



806

Niet-fraude
onderzoeken: 806
p. 24

10,3 M€



16

16 rapporten over nationale opdrachten
voorgesteld aan DGEC-Comité
p. 43



10

10 lezingen voor
zorgverleners
p. 19



273

Gemiddelde ROI van sociaal
inspecteurs: 273 %
p. 13



Inhoudstafel

| | |
|---|----|
| Voorwoord | 2 |
| Overzicht DGEC-activiteiten in 2023 | 3 |
| Deel 1 – De DGEC voorgesteld | 7 |
| I. Missie | 7 |
| 1. Wettelijke opdrachten | 7 |
| 2. Strategisch plan 2022-2025 | 8 |
| II. Organisatiestructuur | 10 |
| III. Werkwijze..... | 10 |
| IV. Personeel en vorming | 12 |
| Deel 2 – Oorsprong van onze acties..... | 15 |
| I. Externe meldingen | 15 |
| II. Interne voorstellen..... | 17 |
| Deel 3 – Acties..... | 18 |
| I. Sensibilisatie en informatie..... | 18 |
| 1. Sensibiliseringsacties via briefwisseling..... | 18 |
| 2. Lezingen | 19 |
| 3. Informatiebrochures | 20 |
| II. Voorstellen tot verbetering van de reglementering..... | 20 |
| 1. Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen..... | 20 |
| 2. Structurele hervorming van de nomenclatuur | 21 |
| 3. Aanpassingen van de nomenclatuur..... | 22 |
| III. Controle en terugvordering | 24 |
| 1. Beslissingen van de arts-inspecteur-generaal | 24 |
| 2. Betrokkenen..... | 25 |
| 3. Evolutie 2019-2023 | 27 |
| 4. Opvolging van de administratieve procedures..... | 28 |
| 5. Strijd tegen fraude | 35 |
| IV. <i>Appropriate care</i> | 41 |
| 1. Voorstel van indicatoren..... | 41 |
| 2. Informatie over nieuwe indicatoren | 42 |
| V. Nationale opdrachten | 43 |
| 1. Huisartsen met een toenemend aanrekenprofiel door het elektronische derde-betalerscircuit (eFact)..... | 43 |

| | | |
|-------------------------------|--|----|
| 2. | Aanrekening van dringende raadplegingen en bezoeken door huisartsen | 46 |
| 3. | Aanrekening van dringende ambulante NMR's | 47 |
| 4. | Aanrekening van medische beeldvorming van de wervelzuil..... | 49 |
| 5. | Aanrekening van het PET-forfait | 50 |
| 6. | Niet-conform aanrekenen van lumbale punctie bij antalgische infiltraties | 52 |
| 7. | Onterechte aanrekening van Rezum-ingreep als TURP | 53 |
| 8. | Upcoding bij appendectomie | 55 |
| 9. | Afwijkende aanrekeningen in ziekenhuizen | 58 |
| 10. | Aanrekening van de nomenclatuurnummer voor 8 zittingen cryotherapie..... | 59 |
| 11. | Aanrekening ‘per handeling’ door zorgverleners verbonden aan een medisch huis | 60 |
| 12. | Samenwerking van thuisverpleegkundigen met zorgkundigen in structurele equipes.... | 62 |
| 13. | Aanrekening van kinesitherapeutische verstrekkingen voor patiënten in instellingen voor mindervaliden..... | 66 |
| 14. | Aanrekening van identieke unieke streepjescodes in verschillende apotheken..... | 67 |
| 15. | Stijging van de aflevering van pregabaline | 68 |
| 16. | Primocontrole van de verzekeringsinstellingen..... | 71 |
| Deel 4 – Samenwerkingen | | 73 |
| I. | Passerelle: Audit Ziekenhuizen | 73 |
| 1. | Audit COVID-19 | 73 |
| 2. | Audit zware medische beeldvorming | 73 |
| 3. | Audit Hip Replacement | 74 |
| 4. | Audit chronisch nierfalen..... | 74 |
| 5. | Audit complexe chirurgie..... | 75 |
| II. | Internationale aangelegenheden: EHFCN..... | 75 |
| 1. | Internationale conferentie..... | 75 |
| 2. | Gemeenschappelijke conferentie met de International Association of Mutual Benefit Societies..... | 76 |
| 3. | Webinars | 76 |
| 4. | Werkgroep over artificiële intelligentie..... | 78 |
| 5. | Algemene Vergadering en strategisch plan | 78 |
| III. | Evaluatie van de beheersprestatie van de verzekeringsinstellingen | 78 |
| 1. | Mededeling van voorstellen met motivatie van staat van invaliditeit via IDES..... | 79 |
| 2. | Naleving van de regels betreffende de vergoeding van bepaalde verstrekkingen | 79 |
| 3. | Kwaliteit van NewAttest-gegevens | 80 |
| IV. | Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2021-2023 | 80 |

| | |
|---|----|
| Deel 5 – Impact | 82 |
| I. Impact van onze acties van 2020 | 82 |
| 1. Algemene methodologie..... | 82 |
| 2. Impact van de processen-verbaal van vaststelling op de aanrekening | 83 |
| 3. Impact van de nationale opdrachten..... | 86 |
| II. Totale financiële impact in 2023 | 91 |
| 1. Terugbetalingen en boetes | 91 |
| 2. Verminderde uitgaven | 92 |
| 3. Globale financiële impact | 92 |
| Afkortingenlijst..... | 93 |
| Meer weten?..... | 94 |

Deel 1 – De DGEC voorgesteld

I. MISSIE

Voor een optimale aanwending van het overheidsbudget voor de ziekteverzekering ziet de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC¹) van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) er onder meer op toe dat de belanghebbenden hun verplichtingen correct naleven binnen het wettelijke en reglementaire kader. Daarenboven volgt de DGEC de evolutie van de wetenschappelijke kennis om te komen tot meer *appropriate care* (nodige, wetenschappelijk onderbouwde en doelmatige zorg). Belanghebbenden zijn o.a. de zorgverleners, beheerders van verzorgingsinstellingen, verzekeringsinstellingen (V.I.'s) en sociaal verzekerden. De maatschappelijke rol van de DGEC is nu des te relevanter: vooral in tijden van besparingen moet onze betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg worden gevrijwaard.

Concreet willen we impact hebben op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zoveel mogelijk zorgverleners. Ons werkproces wordt steeds meer gekenmerkt door 3 opeenvolgende stappen: systematische risicoanalyse, actie en vervolgens impactmeting. Ondanks de beperkte personeelsmiddelen heeft deze werkwijze onze impact positief beïnvloed.

Op basis van meldingen van buitenaf en eigen risicoanalyses onderzoeken we de wijze waarop zorgverleners hun praktijk voeren, zowel op het vlak van conformiteit en realiteit (regelgeving) als doelmatigheid (wetenschappelijke evidentie).

Door deze analyses kunnen we 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 inregelstelling, tijdelijke schorsing van de uitbetaling van verstrekkingen via derde-betaler, enz. De directies Informatie, Controle en Evaluatie (ICE) coördineren deze transversale acties. Dat meersporenbeleid, ook wel 'ICE-beleid' genoemd, leidt tot een betere onderlinge afstemming van de acties van die directies.

Tot slot kunnen we via impactmetingen het nut van de concrete acties evalueren en hardleerse zorgverleners proactief opvolgen.

1. Wettelijke opdrachten

De wetgever heeft de DGEC voornamelijk de volgende opdrachten² gegeven:

- ✦ informatie verstrekken aan de zorgverleners om inbreuken tegen de reglementering te voorkomen;
- ✦ de voorgeschreven of uitgevoerde verstrekkingen van de ziekteverzekering evalueren en de wijze onderzoeken waarop groepen zorgverleners hun praktijk voeren;
- ✦ de verstrekkingen van de ziekteverzekering controleren op het vlak van realiteit en conformiteit volgens de voorschriften van de wet, ook de *appropriate care*;

¹ Een [afkortingenlijst](#) staat op het einde van het rapport, p. 93.

² Art. 139 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet).

- ✦ uitvoeren van de beslissingen van de Leidend ambtenaar, de kamers van eerste aanleg en van beroep.

2. Strategisch plan 2022-2025

a) Efficiënte inzet van beschikbare middelen

Om onze missie te kunnen uitvoeren, definieerde de DGEC 4 visiedomeinen. Daarin bepaalden alle teams essentiële acties en aandachtspunten die we vertaalden in 11 strategische doelstellingen als onderdeel van een strategisch plan voor de DGEC van 2022 tot 2025.

Zo'n strategisch plan met duidelijke prioriteiten verhoogt de efficiëntie en transparantie van de inspectieactiviteiten. Het biedt ook duidelijkheid over de inzet van overheidsmiddelen. Verder is het een uitgestrekte hand binnen en buiten het RIZIV om gezamenlijk onze verantwoordelijkheid op te nemen voor een optimaal gebruik van de beschikbare middelen in de gezondheidszorg.

b) Visie

We focussen in dit jaarverslag op de eerste 2 visiedomeinen: enerzijds de werking en anderzijds de relatie met partners en belanghebbenden. De 2 andere visiedomeinen betreffen de interne werking en onze medewerkers.

Als inspectiedienst is het belangrijk om met de werking concrete resultaten te bereiken en een meetbare impact te hebben. Binnen de sociale zekerheid betreft dit voornamelijk financiële resultaten, maar dit staat niet los van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. De focus op financiële resultaten moet wel in evenwicht zijn met de ernst van de inbreuken. Daarom is het belangrijk dat de DGEC zowel resultaatgericht als rechtvaardig is.

De relatie van de DGEC met zijn partners en belanghebbenden moet efficiënt verlopen. Dit kan enkel door samen te werken en synergieën te zoeken in een context waarbij alle betrokkenen transparant gegevens uitwisselen zodat iedereen zijn/haar verantwoordelijkheid kan opnemen.

c) Strategische doelstellingen

6 van de 11 strategische doelstellingen van de DGEC zijn gelinkt aan de eerste 2 visiedomeinen 'werking' en 'relatie met partners en belanghebbenden'.

1. Systematische en ruime risicoanalyses met duidelijke prioriteiten

De DGEC krijgt jaarlijks voldoende externe meldingen om met de huidige personeelsbezetting daadwerkelijk impact te hebben. Door deze meldingen van meet af aan te filteren op basis van bijkomende analyses, kan de DGEC meer aandacht besteden aan de belangrijkste inbreuken en de aanwijzingen van fraude. Zo komt er tijd vrij voor eigen risicoanalyses om zo andere fraude en inbreuken te ontdekken.

Sinds 2022 gebeuren deze eigen risicoanalyses systematisch – over een periode van 3 tot 4 jaar – voor elk onderdeel van het gezondheidsbudget waarvoor de DGEC bevoegd is.

2. Impact op aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners

Dit is niet nieuw, maar wel essentieel. Elke actie van de DGEC heeft tot doel om een concrete en meetbare impact te hebben op het aanreken- en het voorschrijfgedrag van zorgverleners. Dit betekent ook dat de DGEC de meest geschikte actie zoekt om eenzelfde impact te hebben met activiteiten die minder tijdrovend zijn.

3. Structurele preventie van administratieve fouten, onduidelijke regelgeving en intentionele inbreuken op de regelgeving (fraude)

Dweilen met de kraan open is weinig zinvol. Inbreuken voorkomen is essentieel, maar als DGEC hebben we daar slechts deels de hand in. Verschillende soorten inbreuken vergen ook een andere aanpak. Een *administratieve fout* kan vaak worden voorkomen door een aanpassing in de facturatiesoftware; door onmogelijk te maken wat niet toegelaten is. *Misbruik van onduidelijke regelgeving* moet dan weer aangepakt worden op het niveau van de regelgeving zelf: door een nomenclatuurwijziging of een interpretatieregel. *Intentionele inbreuken* (fraude) betreft een zeer kleine groep zorgverleners die vaak voor zeer grote bedragen frauduleus aanrekenen. Ze zoeken steeds de mazen in het net, maar te vaak worden systemen geconcipieerd voor de grote groep goed menende zorgverleners zonder rekening te houden met fraudegevoeligheid.

4. Gevoel van rechtvaardige aanpak door de DGEC onder zorgverleners en verzekerden

Intentionele inbreuken (fraude) zijn ernstiger dan een administratieve fout en moeten ook strenger worden aangepakt. Het aanrekengedrag van een zorgverlener die fraude heeft gepleegd, zal proactief opgevolgd worden. Een belangrijk aandachtspunt is ook de effectieve betaling van het ten laste gelede bedrag en van de administratieve sanctie na een eindbeslissing.

5. Betrokkenheid en responsabilisering verzekerden en zorgverleners

Zowel de zorgverleners als de verzekerden dienen hun verantwoordelijkheid op te nemen. Maar dit kunnen ze pas ten volle als er transparantie is en ze ook volledig betrokken worden. Voor de zorgverlener betekent dit: zicht hebben op het eigen aanrekengedrag t.o.v. zorgverleners met een vergelijkbaar patiënteel. Voor verzekerden betreft het daadwerkelijk zicht krijgen op wat op hun naam werd aangerekend (via getuigschriften maar ook rechtstreeks bij de V.I.'s door de derde-betalersregeling).

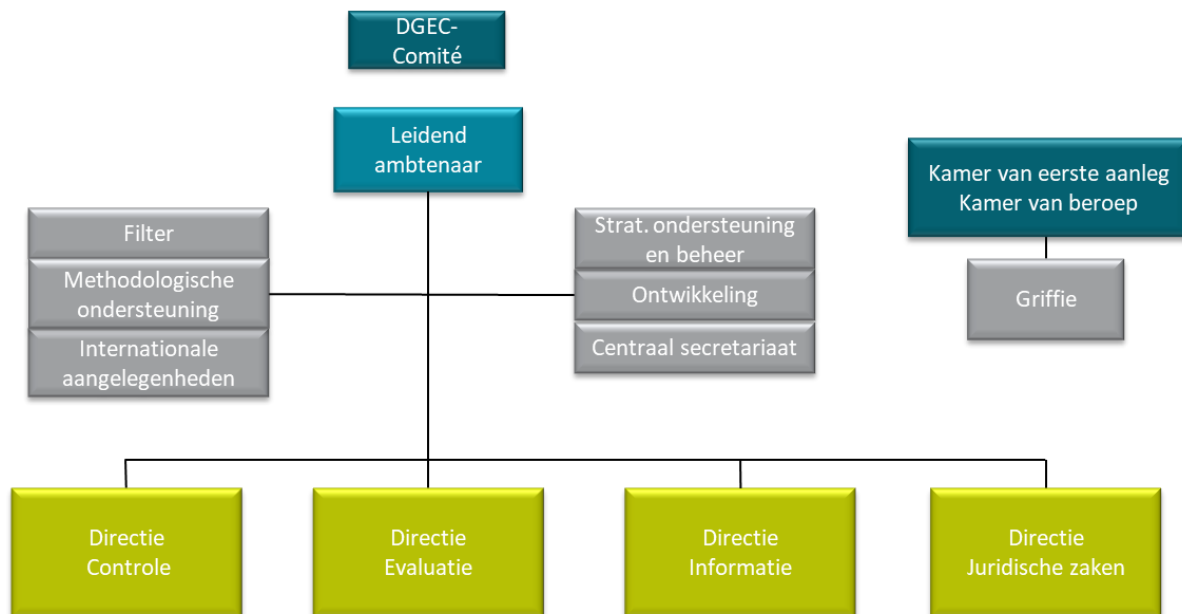
6. Efficiënt gebruik van externe expertise en inspectiemiddelen in het kader van samenwerking/synergie, informatie-uitwisseling en gezamenlijke expertiseopbouw/kennisdeling

Concreet gaat het om een betere samenwerking met andere diensten binnen het RIZIV, de V.I.'s en de zorgverleners. Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM) worden belangrijke partners in het kader van *appropriate care*.

Om deze en de andere strategische doelstellingen op te volgen, heeft de DGEC key performance indicators (KPI's) bepaald die worden opgevolgd in een boordtabel.

II. ORGANISATIESTRUCTUUR

De DGEC is als volgt georganiseerd.



Figuur 1. Organisatiestructuur DGEC

III. WERKWIJZE

Een DGEC-actie kan het gevolg zijn van een externe melding of van een intern voorstel op basis van systematische risicoanalyses. Met externe melding bedoelen we een klacht, verzoek of opdracht van buitenaf. Een intern voorstel komt van eigen risicoanalyse. Dit voeren we sinds 2022 systematisch uit voor alle beroepsgroepen (over een periode van 3 tot 4 jaar).

Een gecentraliseerd team, de Filter, ontvangt en analyseert de externe meldingen en interne voorstellen. Het team toetst ze o.a. aan de bevoegdheid van de DGEC, de strategische prioriteiten en de beschikbare middelen. Het formuleert dan een advies voor het Beslissingsorgaan/Organe Décisionnel (BOD). Het BOD bestaat uit de verantwoordelijken van de Filter en van de directies Informatie, Controle, Evaluatie en Juridische zaken. Het BOD beslist welke actie de DGEC zal ondernemen en welke middelen hiervoor worden ingezet.

Het individuele BOD vertrouwt individuele opdrachten toe aan een leidinggevende die de werkzaamheden van de dossierbeheerder zal opvolgen. De opdrachten worden opgevolgd in de provinciale vergadering.

Het thematische BOD geeft opdrachten tot actie met algemene of nationale reikwijdte aan een multidisciplinair team dat meestal is samengesteld uit vertegenwoordigers van de directies Informatie, Controle en Evaluatie. Dit team wordt ondersteund door de Datacel die de facturatiegegevens analyseert en de sociaal inspecteurs technische ondersteuning biedt (met name voor staalname en extrapolatie). Het wordt ook ondersteund door de cel Methodologische Ondersteuning. Die opdrachten, beslist door het BOD, kunnen verschillende acties inhouden, zoals een verdere analyse, een informatieverstrekking en/of een nationaal controleonderzoek. De DGEC

voert hier een meersporenbeleid: informeren, controleren en evalueren (ICE). De acties kunnen simultaan of opeenvolgend gerealiseerd worden. De feitelijke omstandigheden geven in het algemeen aan welke acties gepast zijn er in welke volgorde.

De DGEC-medewerkers analyseren het aanreken- en voorschrijfgedrag 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]) in het kader van *appropriate care*.

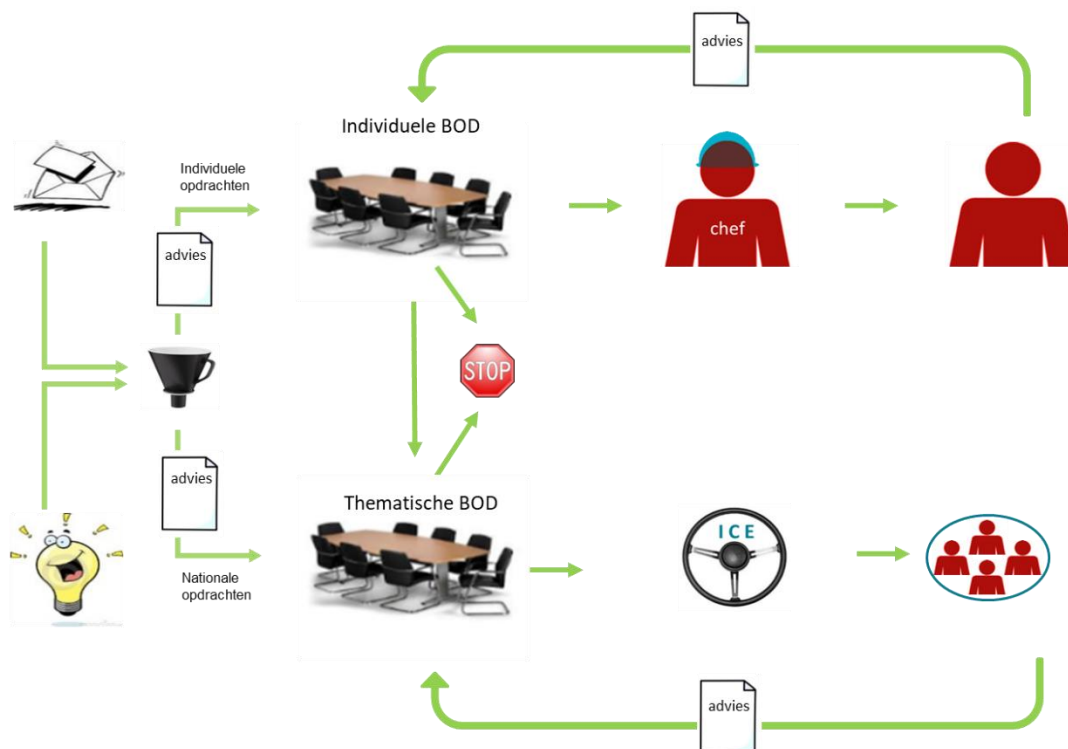
De informatieverstrekking kan verschillende vormen aannemen:

- ✦ informatiebrochures publiceren;
- ✦ sensibilisatiebrieven verzenden naar een groep vergelijkbare zorgverleners;
- ✦ lezingen geven voor welomschreven doelgroepen;
- ✦ informatie publiceren op de website van het RIZIV;
- ✦ persvragen beantwoorden.

Het nationale 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.

Bovenstaande acties worden uitgevoerd door een multidisciplinair team, waarvan de aanpak projectmatig wordt opgevolgd door de ICE-stuurgroep. De cel Methodologische Ondersteuning staat de groep bij om de methodologie uit te werken. Het team brengt nadien verslag uit aan het thematische BOD en kan bijkomende acties voorstellen.

Onderstaande figuur geeft het interne werkingsproces van de DGEC schematisch weer.



Figuur 2. Werkingsproces DGEC

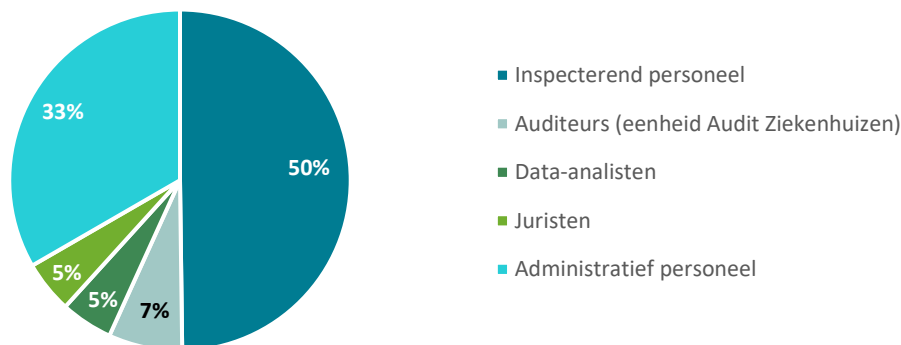
IV. PERSONEEL EN VORMING

De DGEC telde 243 personeelsleden op 31 december 2023. In onderstaande tabel delen we de personeelsleden in volgens profiel, administratieve standplaats en taalrol.

Tabel 1. Verdeling van de personeelsleden van de DGEC op 31 december 2023

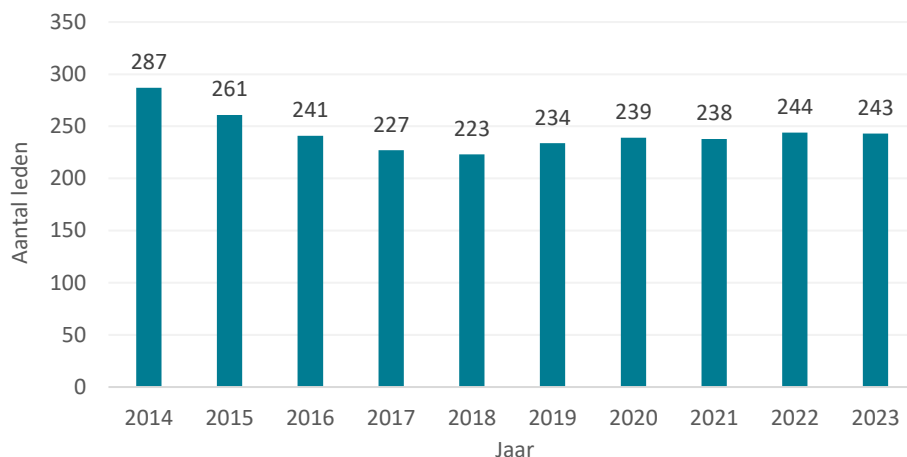
| | | Centrale diensten | | Provinciale kantoren | | Totaal |
|---|---------------------------|-------------------|-----------|----------------------|-----------|------------|
| | | NL | FR | NL | FR | |
| Leidend ambtenaar/arts-directeur-generaal | | 1 | | | | 1 |
| Artsen-inspecteurs-generaal | | 1 | 1 | | | 2 |
| Directeurs | | 1 | 1 | 4 | 2 | 8 |
| Verantwoordelijke en coördinatoren | | 5 | 3 | | | 8 |
| Sociaal inspecteurs: | artsen | 2 | 1 | 30 | 20 | 53 |
| | apothekers | | | 4 | 3 | 7 |
| | tandartsen | | | 1 | 2 | 3 |
| | verpleegkundigen | | | 16 | 17 | 33 |
| | wetenschappelijk attachés | 1 | | 5 | 4 | 10 |
| Auditeurs | | 9 | 7 | | | 16 |
| Juristen | | 5 | 6 | | | 11 |
| ICT, ontwikkeling, kennisbeheer | | 3 | 2 | | | 5 |
| Internationale samenwerking | | 1 | 1 | | | 2 |
| Data-analisten | | 4 | 7 | | | 11 |
| Administratief personeel: | attachés en adviseurs | 4 | 3 | 1 | | 8 |
| | deskundigen | 2 | 3 | 6 | 3 | 14 |
| | assistenten | 5 | 8 | 12 | 16 | 41 |
| | medewerkers | 3 | 2 | 4 | 1 | 10 |
| TOTAAL | | 47 | 45 | 83 | 68 | 243 |

Het inspecterend personeel, de auditeurs, de data-analisten en de juristen hebben een operationele opdracht. Door de digitale en technologische evoluties is er minder nood aan administratieve ondersteuning. Daarom doen we steeds vaker een beroep op administratief ondersteunend personeel voor operationele taken en niet meer alleen voor ondersteuning.



Figuur 3. Indeling personeelsleden DGEC volgens hun opdracht in 2023

Om de continuïteit van de werking van onze dienst te garanderen hebben we 15 nieuwe medewerkers aangeworven in 2023. De meeste van hen zijn aangeworven als sociaal inspecteur. Ondanks die aanwervingen en wegens pensioneringen zijn we er niet in geslaagd ons personeelsbestand uit te breiden. Dat is nochtans nodig om onze wettelijke opdracht te vervullen.



Figuur 4. Evolutie aantal personeelsleden DGEC

We zijn er de laatste jaren weliswaar in geslaagd om fraudeurs met onrealistische facturatieprofielen beter op te sporen. Hiervoor zijn meerdere verklaringen: onze multidisciplinaire aanpak, meer nationale inspectiestrategieën, betere samenwerking met andere inspectiediensten en het Openbaar Ministerie, snellere aanlevering van facturatiegegevens door de V.I.'s, efficiëntere prioritering van onze inspectie-opdrachten, performantere data-analyse, enz.

Toch blijkt deze betere detectie van fraudeurs niet toereikend om hun fraude te bewijzen en om onterechte aanrekeningen daadwerkelijk te doen terugbetalen aan de ziekteverzekering. Dit zijn arbeidsintensieve processen die voldoende sociaal inspecteurs vergen.

De aanwerving van sociaal inspecteurs is de beste investering in onze strijd tegen fraude: in 2023 bedraagt hun return on investment 273 %. Dit betekent concreet dat ze minstens 2,7 keer opbrengen wat ze bruto kosten. Het weerspiegelt de toegevoegde waarde van de bijdrage van de inspecteurs aan de organisatie. Om de grootte van dat terugverdieneffect te berekenen, analyseerden we de bedragen die de inspecteurs ten laste hebben gelegd³ en de impact van hun acties⁴ ten opzichte van hun gemiddelde loonkost.

³ Ten laste gelegde bedrag in de controleonderzoeken die in 2023 afgesloten worden. Zie "[Controle en terugvordering](#)", p. 24.

⁴ Zie "Totale financiële impact in 2023 – [Verminderde uitgaven](#)", p. 92.

Tabel 2. Gemiddelde return on Investment (ROI) van de sociale inspecteurs van de DGEC in 2023

| Sociaal inspecteurs | Gemiddelde ten laste gelegde bedrag per inspecteur (€) (a) | Gemiddelde impact per inspecteur (€) (b) | Gemiddelde loonkost per inspecteur (€) (c) | Gemiddelde ROI (%) $\left(\frac{a + b}{c} * 100\right)$ |
|---------------------|--|--|--|--|
| Artsen | 229.102,15 | 201.029,47 | 161.549,98 | 266 |
| Apothekers | 196.139,91 | 57.302,96 | 104.459,43 | 243 |
| Tandartsen | 275.215,40 | - | 105.343,67 | 261 |
| Verpleegkundigen | 99.841,27 | 145.207,79 | 69.524,64 | 352 |
| GEMIDDELDE | 200.074,68 | 100.885,06 | 110.219,43 | 273 |

We houden eraan om de overdracht te garanderen van kennis, vaardigheden en attitudes naar de nieuwe medewerkers. Dit is belangrijker dan ooit omdat ongeveer een derde van ons inspecterend personeel 3 jaar of minder ervaring heeft bij de DGEC. We organiseren dus nog steeds een intensieve basisopleiding voor al onze nieuwe medewerkers. De nieuwe sociaal inspecteurs krijgen bovendien een individuele coaching en een persoonlijke opvolging tijdens de terugkomdagen.

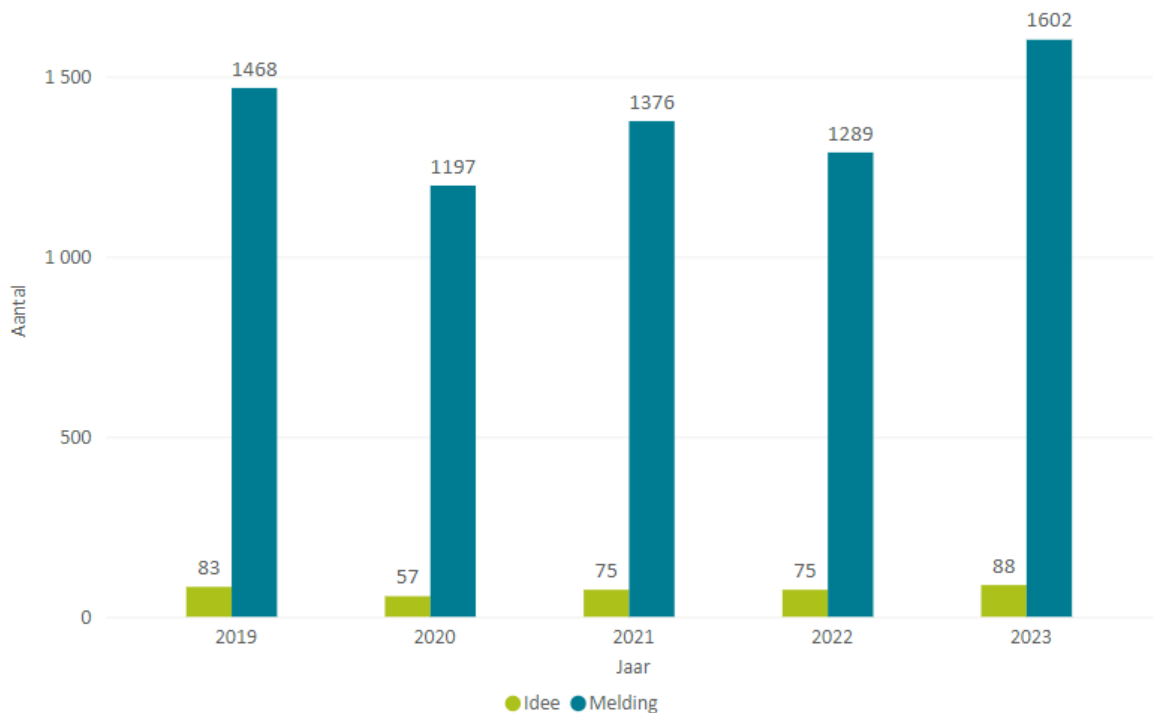
Naast het opleidingstraject voor nieuwkomers blijven we ook de voortgezette vorming organiseren die we hebben opgestart in 2020, zowel online als fysiek. Die opleidingen zijn gericht op alle DGEC-medewerkers en hebben betrekking op onderwerpen in verband met de opdracht van de dienst, het gebruik van interne informaticatools of opdrachten die onlangs door onze sociaal inspecteurs zijn volbracht.

Deel 2 – Oorsprong van onze acties

In 2023 ontvingen we 1.602 meldingen komende van buiten de DGEC. Onder meldingen verstaan we aangiftes van mogelijke fraude, vragen, klachten, verplichte opdrachten enz.

Daarnaast formuleerden de DGEC-medewerkers 88 voorstellen voor acties, gebaseerd op eigen risicoanalyses.

Het aantal meldingen en het aantal interne voorstellen zijn beide gestegen ten opzichte van de vorige jaren.



Figuur 5. Evolutie aantal externe meldingen en interne voorstellen (ideeën)

Hoewel de interne voorstellen een kleine minderheid vormen ten opzichte van de meldingen, leiden ze vaker tot acties met een belangrijke impact. In 2023 heeft 76 % van de interne voorstellen geleid tot een opdracht of tot een uitbreiding van een bestaande opdracht. Van de externe meldingen daarentegen leidde 9 % tot een nieuwe opdracht of tot een uitbreiding van een bestaande opdracht. Toch zijn heel wat meldingen waardevol voor de DGEC om fraudeurs of fraudesystemen op te sporen.

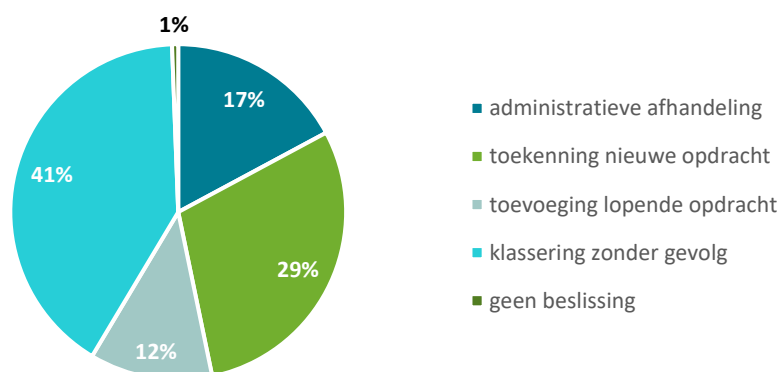
I. EXTERNE MELDINGEN

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. We ontvangen meldingen vanwege verzekerden, zorgverleners, zorginstellingen, V.I.'s en van officiële instanties zoals de Federale commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg en de Orde der artsen. Ook de parketten, arbeidsauditoraten en politiediensten sturen ons meldingen.

De externe meldingen die de DGEC in 2023 ontving, gingen zowel over zorgverleners en verzekerden als over zorginstellingen.

Van de 1.602 binnengekomen meldingen heeft de Filter:

- ✦ de meerderheid van de meldingen (1.185) administratief afgehandeld. Dit betekent dat de Filtermedewerkers zelf onmiddellijk een correct antwoord hebben geformuleerd of de melding (na ontvangstbevestiging aan de melder) hebben doorgestuurd naar de bevoegde instantie;
- ✦ 93 meldingen rechtstreeks doorverwezen naar een DGEC-medewerker, omdat het verplichte opdrachten waren. Meestal was dat met het oog op een controleopdracht, maar soms ging het om een evaluatie- of een informatieopdracht;
- ✦ 1 melding toegevoegd aan een lopend controleonderzoek;
- ✦ voor 322 meldingen 338 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 afhandeling⁵ (58),
 - ✧ toekenning van een nieuwe opdracht⁶ (controle, evaluatie of informatie) (100),
 - ✧ toevoeging van de melding aan een lopende opdracht (40),
 - ✧ klassering zonder gevolg (138).
 - ✧ 2 adviezen zijn nog in behandeling.
- ✦ 1 melding is nog in behandeling.



Figuur 6. Beslissingen van de BOD over externe meldingen in 2023 op basis van de adviezen van de Filter

⁵ 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.).

⁶ Het creëren van een nieuwe opdracht kan betrekking hebben op verschillende zorgverleners of zorginstellingen. Dit maakt dat één opdracht kan leiden tot meerdere individuele dossiers.

II. INTERNE VOORSTELLEN

We zetten er onze personeelsleden toe aan voorstellen tot actie te formuleren. Ze hebben in 2023 88 voorstellen opgesteld. De goedgekeurde voorstellen worden daarna meestal onderworpen aan een pre-analyse door de Datacel om de hypothese van de sociaal inspecteur af te toetsen aan de geregistreeerde facturatiegegevens. Als we het opdrachtvoorstel verder uitwerken, voeren we nog een diepgaandere data-analyse uit. Afhankelijk van dossier tot dossier bekijken we de beschikbare informatie vanuit verschillende invalshoeken, wat zal leiden tot de onderbouwing van verdere stappen (informatie, controle of evaluatie).

Acties op basis van onze interne voorstellen hebben een hogere impact, dus is het van primordiaal belang om een voldoende en kwalitatief aanbod van deze ideeën te behouden. Hiervoor zijn we in 2022 gestart met de uitvoering van systematische en domeinspecifieke risicoanalyses voor elke beroepsgroep. Deze datagedreven en periodieke risicoanalyses focussen op trends en evoluties en hierbij beogen we een evenredige verdeling van de verschillende domeinen van de ziekteverzekering. Bij de analyse van elk domein zijn er 3 belangrijke aandachtspunten: primocontrole van de V.I.'s, doelmatigheid/efficiëntie en handhaving van de regelgeving.

In 2023 hebben we 3 projecten risicoanalyse uitgewerkt, zijnde:

- ✦ medische beeldvorming bij radiologen;
- ✦ tandheelkunde;
- ✦ heelkunde op de thorax, bloedvaten, abdomen, urologie en gynaecologie, met inbegrip van raadplegingen/adviezen, technische handelingen, en beeldvorming (artikels 17ter & 17quater van de nomenclatuur).

We identificeerden 11 mogelijke acties in het domein van medische beeldvorming bij radiologen. We voerden hiervan 2 diepgaandere analyses uit om de volgende acties te bepalen en we startten ook 3 individuele opdrachten.

In het domein van tandheelkunde hebben we 10 actievoorstellen geselecteerd. Eén diepgaandere analyse is in uitvoering. Later zullen we nog andere opdrachten uitvoeren.

In het domein van heelkunde en beeldvorming werden er 10 mogelijke acties voorgesteld. Hiervan weerhielden we 2 diepgaandere analyses (in het kader van de primocontrole van de V.I.'s) en 2 individuele opdrachten.

Door een gebrek aan middelen hebben we in juli 2023 tijdelijk onze systematische risicoanalyses moeten opschorten, omdat we meer risico's opmerken dan we op het terrein kunnen opvolgen.

Deel 3 – Acties

I. SENSIBILISATIE EN INFORMATIE

We informeren de zorgverleners en zorginstellingen over de relevante regelgeving via verschillende kanalen: via briefwisseling of e-mail, via lezingen, op de website van het RIZIV en via informatiebrochures. We informeren hen ook over de resultaten van onze evaluatiestudies en onze nationale controleonderzoeken. Ons doel is om inbreuken door onwetendheid te voorkomen en om zorgverleners bewust te maken van het belang van een optimaal gebruik van het budget van de ziekteverzekering voor de duurzaamheid van de toegang tot zorg. Tot slot informeren we ook de pers over de resultaten van onze acties en beantwoorden we zijn vragen.

1. Sensibiliseringsacties via briefwisseling

In 2023 hebben we 10 sensibiliseringsacties per brief of e-mail georganiseerd bij verschillende beroepsgroepen van zorgverleners. Daarbij ging het over de volgende onderwerpen:

- ✦ de verhoogde waakzaamheid met betrekking tot het onaangepaste gebruik van pregabaline⁷;
- ✦ de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van 6 nieuwe indicatoren van manifeste afwijking van goede medische praktijk⁸ voor:
 - ✧ de arthroscopische meniscectomie in geval van degeneratief knieletsel,
 - ✧ de dringende ambulante NMR-onderzoeken,
 - ✧ het interval tussen de eerste raadpleging en de bariatrische ingreep,
 - ✧ antibiotica (3 indicatoren);
- ✦ de aanrekening van de Rezum-procedure bij de behandeling van een benigne prostaathyperplasie⁹;
- ✦ de fraude met inactieve RIZIV-nummers¹⁰;
- ✦ de aanrekening van de medische beeldvorming van de wervelzuil¹¹;
- ✦ de kwaliteit van de gegevensoverdracht door de software voor het beheer van het medisch dossier voor de huisartsen¹²;
- ✦ de aanrekening van de arthroscopische meniscectomie bij degeneratief knieletsel (ten opzichte van de indicator van manifeste afwijking van goede medische praktijk).¹³

⁷ Zie “Nationale opdrachten – [Stijging van de aflevering van pregabaline](#)”, p. 68.

⁸ Zie “*Appropriate care* – [Informatie over nieuwe indicatoren](#)”, p. 42.

⁹ Zie “Nationale opdrachten – [Onterechte aanrekening van Rezum-ingreep als TURP](#)”, p. 53.

¹⁰ Zie “[Informatiebrochures](#)”, p. 20.

¹¹ Zie “Nationale opdrachten – [Aanrekening van medische beeldvorming van de wervelzuil](#)”, p. 49.

¹² Zie “Nationale opdrachten – [Huisartsen met een toenemend aanrekenprofiel door het elektronische derde-betalerscircuit \(eFact\)](#)”, p. 43.

¹³ Zie “*Appropriate care* – [Informatie over nieuwe indicatoren](#)”, p. 42.

2. Lezingen

We geven lezingen over de reglementering van de ziekteverzekering, onze algemene werking en over specifieke actuele onderwerpen. Onze doelgroepen zijn voornamelijk onderwijsinstellingen, erkende beroepsorganisaties en LOK's (lokale kwaliteitsgroepen).

a) De zorgverlener en de DGEC van het RIZIV

Het doel van deze lezing is de DGEC, zijn opdracht en strategie (ICE) voor te stellen en de zorgverleners te sensibiliseren om de GVO-wet na te leven, in het bijzonder de nomenclatuur en de specifieke reglementering voor elke beroepsgroep. We geven ook toelichting bij het verloop van een controleonderzoek, de sancties en de procedures in geval van een inbreuk op de GVO-wet. Ten slotte verlenen we praktisch advies in geval van een controleonderzoek. We stemmen deze opleiding af op de beroepsgroep tot wie we ons richten.

In 2023 hebben we de lezing “De orthopedist, de bandagist en de DGEC van het RIZIV” gegeven, in het Frans en in het Nederlands, op verzoek van de Belgische beroepsvereniging van orthopedische technologieën.

We hebben de lezing voor verpleegkundigen ook meermaals in het Nederlands gegeven, op verzoek van ZorgConnect, Care-Support, het e-Vita-kartel en het Wit-Gele Kruis.

De lezing voor tandartsen wordt in het Frans gegeven, op uitnodiging van de ‘Chambre de médecine dentaire’.

Tot slot hebben we een Nederlandstalige lezing “Hoe de reglementering correct toepassen bij het aanrekenen van gastro-enterologische interventies?” gegeven tijdens een LOK die werd georganiseerd in het Ziekenhuis AZ Maria Middelaars, voor abdominaal chirurgen en gastro-enterologen.

b) Versterkte controle op de multidisciplinaire oncologische consults door de verzekeringsinstellingen

Tijdens een vergadering van de Hoge raad van artsen-directeuren hebben we een lezing gegeven over de controle op de MOC-verstrekkingen (multidisciplinaire oncologische consults) door de V.I.'s. We hebben immers vastgesteld dat MOC's worden aangerekend voor goedaardige aandoeningen en dat follow-up-MOC's regelmatig worden aangerekend zonder dat aan de terugbetalingsvoorwaarden is voldaan. We hebben dus aanbevolen om die verstrekkingen door de V.I.'s sterker te laten controleren en we gaven tips voor een vlotte uitvoering.

c) Immunotherapie bij de behandeling van astma

In het kader van het congres van de Europese Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde en Sociale Zekerheid over verzekeringsgeneeskunde 2.0 in een veranderende wereld, hebben we een Engelstalige lezing gegeven over de toepassing van immunotherapie bij de behandeling van astma. Daarbij hebben we de resultaten van onze evaluatiestudie over het onderwerp voorgesteld, alsook de ondernomen acties (sensibilisering van de voorschrijvers, versterkte controle door de V.I.'s, follow-up via een gelijkaardige studie) en de impactmeting met betrekking tot de sensibiliseringsbrief.¹⁴

¹⁴ Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2021](#), p. 16-18.

3. Informatiebrochures

We stellen informatiebrochures op die bestemd zijn voor de zorgverleners en toegespitst op bepaalde beroepsgroepen.

In 2023 hebben we een folder opgesteld voor de verpleegkundigen, met als titel “[Mijn RIZIV-nummer als verpleegkundige, daar draag ik zorg voor!](#)”. De folder richt zich in het bijzonder tot startende verpleegkundigen en heeft tot doel hen bewust te maken van fraude door identiteitsdiefstal via hun RIZIV-nummer. Sommige inactieve RIZIV-nummers worden immers buiten het medeweten van de betrokken verpleegkundigen gebruikt om in hun naam ten onrechte aan de ziekteverzekering aan te rekenen. In de folder wordt uitgelegd in welke gevallen een RIZIV-nummer noodzakelijk is om het beroep van verpleegkundige te kunnen uitoefenen en hoe men zijn RIZIV-nummer tegen die fraude kan beschermen.

Het hoge aantal inactieve RIZIV-nummers van verpleegkundigen is deels te verklaren door het feit dat sommige scholen systematisch een RIZIV-nummer aanvragen voor al hun afgestudeerde studenten, zonder dat ze dat altijd nodig hebben, bijvoorbeeld wanneer ze ervoor kiezen in een ziekenhuis te werken. Daarom hebben we de folder verstuurd naar de scholen voor verpleegkundigen die systematisch een RIZIV-nummer voor hun studenten aanvragen, samen met een sensibiliseringsbrief waarin hun met aandrang het volgende wordt gevraagd:

- ✦ niet meer systematisch een RIZIV-nummer aan te vragen voor alle pas afgestudeerde studenten;
- ✦ hen te informeren over de procedure voor de aanvraag van een RIZIV-nummer;
- ✦ hun de bij de brief gevoegde folder te bezorgen.

Bovendien stuurt de Dienst voor geneeskundige verzorging de folder mee op bij elke aanvraag voor een RIZIV-nummer.

II. VOORSTELLEN TOT VERBETERING VAN DE REGLEMENTERING

Tijdens onze analyses en controleonderzoeken stellen we regelmatig onterechte aanrekeningen vast als gevolg van verkeerde interpretaties van of onduidelijkheden in de reglementering. We willen deze inbreuken voorkomen door bij te dragen aan een zo duidelijk en ondubbelzinnig mogelijke reglementering. Om dit te bereiken, stellen we wijzigingen voor van de GVO-wet en van de nomenclatuur in de overlegorganen van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

1. Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

De GVO-wet is voortdurend in ontwikkeling om de doeltreffendheid van sommige bepalingen te verbeteren. Ze is gewijzigd door de wet van 6 november 2023 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg¹⁵. De volgende wijzigingen zijn voor de DGEC het meest relevant.

¹⁵ B.S. 23 november 2023.

De termijn om dossiers in te leiden bij de Kamer van eerste aanleg wordt verkort naar 2 jaar (vroeger 3 jaar). Zo is de termijn dezelfde dan voor de procedures bij de Leidend ambtenaar.

De leden van de administratieve rechtscolleges kunnen niet benoemd worden of benoemd blijven wanneer ze:

- ✦ in de 5 jaar voor hun benoeming veroordeeld zijn geweest door de Leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges;
- ✦ nog een schuld moeten voldoen ten aanzien van het RIZIV.

De mogelijkheid tot compensatie die voorzien is tussen de V.I.'s en de zorgverleners geldt nu ook voor het RIZIV. Elk bedrag dat door de V.I.'s of het RIZIV aan een zorgverlener moet worden betaald, kan dus worden aangewend voor de terugbetaling van onterecht ontvangen bedragen door deze zorgverlener of voor de vereffening van eventuele andere schulden aan het RIZIV. Dat wil zeggen dat een zorgverlener die nog een schuld heeft bij het RIZIV bijvoorbeeld geen telematicapremie zou kunnen ontvangen, maar dat we die premie zouden kunnen gebruiken om de schuld af te betalen.

2. Structurele hervorming van de nomenclatuur

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-GEDIS¹⁶ bij de standaardisering van de omschrijvingen van de technische medisch-heelkundige verstrekkingen. Wij hebben namelijk een zekere ervaring op het vlak van de toepassingsregels van de nomenclatuur.

De ongeveer 2.800 handelingen van de huidige nomenclatuur werden gestandaardiseerd op basis van 3 pijlers (topografie, actie, middelen) en werden voor advies voorgelegd aan deskundigen van elk specialisme. Het resultaat is een nieuwe gemeenschappelijke classificatie van de handelingen, die nu ongeveer 4.000 handelingen omvat in overeenstemming met de internationale normen en is gebaseerd op medische logica.

De 'afwerkingsfase' van de classificatie is aan de gang, specialisme per specialisme. De specialismen die in 2023 werden afgewerkt, zijn:

- ✦ heilkunde op het abdomen (artikel 14d van de nomenclatuur);
- ✦ heilkunde op de thorax (artikel 14e);
- ✦ bloedvatenheilkunde (artikel 14f);
- ✦ oftalmologie (artikel 14h);
- ✦ medische beeldvorming (artikelen 17, 17bis, 17ter en 17quater);
- ✦ pneumologie (artikel 20b);
- ✦ cardiologie (artikel 20e);
- ✦ gastro-enterologie (artikel 20c);
- ✦ reumatologie (artikel 20g);
- ✦ fysische geneeskunde en revalidatie (artikelen 22 en 23);
- ✦ nefrologie en hematologie.

¹⁶ 'GEDIS asbl – Centre universitaire de gestion, économie et droit appliqués aux institutions de soins et de santé'.

Sommige nomenclatuurnummers van deze specialismen zouden kunnen worden geschrapt. De DGEC heeft van deze nummers per artikel een lijst opgesteld, met vermelding van:

- ✦ de motivering van hun schrapping;
- ✦ het aantal verstrekkingen die in 2019, 2020 en 2021 werden aangerekend;
- ✦ de overeenkomstige uitgaven;
- ✦ alsook de totale som die zo zou kunnen worden vrijgemaakt en doelmatiger worden aangewend.

3. Aanpassingen van de nomenclatuur

De DGEC zetelt met adviserende stem in verschillende technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen. We hebben de opdracht om aanpassingen van de nomenclatuur voor te stellen en van andere reglementaire teksten. Via onze vertegenwoordiging willen we de partners van de verzekering correct informeren en hen helpen om duidelijke wettelijke bepalingen op te stellen zodat iedereen ze kan toepassen.

Hierna volgen enkele verzoeken tot aanpassing van de nomenclatuur die in 2023 werden voorgelegd aan de Technische geneeskundige raad (TGR) en aan de overeenkomstencommissies.

a) Orthopedie: problematiek betreffende de vergoeding van niet-geleverde verstrekkingen

Naar aanleiding van meldingen betreffende de aflevering van drukkledij, hebben we een analyse uitgevoerd in de sector van de orthopedie. We hebben meerdere problemen vastgesteld.

- ✦ Sommige orthopedisten leveren materiaal af dat niet door de ziekteverzekering wordt vergoed, dat ze echter onterecht aanrekenen en waarvoor ze zeer dure nomenclatuurnummers gebruiken. Het voorgeschreven materiaal dat aan de ziekteverzekering wordt aangerekend, wordt dus niet afgeleverd. Het afgeleverde materiaal voldoet dan weer niet aan de behoeften van de patiënt.
- ✦ De omschrijvingen van de voorschriften zijn te vaag, wat leidt tot slechte interpretaties.
- ✦ Het personeel dat het materiaal aflevert, is vaak niet gekwalificeerd en is geen zorgverlener, wat in strijd is met de reglementaire bepalingen.

Deze fraude heeft een zeer hoge kostprijs voor de ziekteverzekering en levert ook problemen op voor de kwaliteit van de zorg.

We hebben deze problemen uitgelegd aan de werkgroep Orthopedie van de Overeenkomstencommissie bandagisten-orthopedisten, aan de hand van het voorbeeld van de drukkledij voor patiënten met het syndroom van Ehlers-Danlos.

De beroepsorganisatie die in de werkgroep vertegenwoordigd is, zal een sensibiliseringsactie voeren bij haar leden. Als het probleem aanhoudt, zal de werkgroep de mogelijkheid onderzoeken om de nomenclatuur te wijzigen.

b) Oftalmologie: wijziging van de vergoedingsvoorwaarden voor plastie wegens dermatochalasis van het bovenste ooglid, per ooglid

Wij hebben een wijziging voorgesteld van de vergoedingsvoorwaarden voor plastie wegens dermatochalasis van het bovenste ooglid¹⁷, teneinde:

- ✦ de vergoeding van zuiver esthetische ingrepen uit te sluiten;
- ✦ de kwaliteit te verbeteren van de resultaten van de perimetrieën die aan de V.I.'s worden doorgegeven;
- ✦ de tekst van de nomenclatuur bij te werken volgens de laatste technische ontwikkelingen.

Deze wijziging zou de uitgaven van de ziekteverzekering moeten verminderen, evenals de regionale verschillen die momenteel worden waargenomen in de aanrekening van dit nomenclatuurnummer.

De TGR heeft deze wijziging goedgekeurd.

c) Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden: wijziging van de 5^e toepassingsregel van artikel 25

In de 5^e toepassingsregel van artikel 25 van de nomenclatuur wordt het volgende gepreciseerd:

“De honoraria voor het schriftelijk verslag voorzien in de omschrijving van de verstrekkingen 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796 of 590811 is inbegrepen in de honoraria voor opvang in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg. Het verslag maakt deel uit van het medische dossier van de patiënt. Afhankelijk van de omschrijving van de verstrekking, wordt dit verslag overgemaakt aan de behandelende huisarts en/of verwijzend huisarts.”

We hebben voorgesteld om deze toepassingsregel te verduidelijken en aan te vullen. Daarin wordt immers bepaald dat het verslag in het medisch dossier moet worden opgenomen, maar er ontbreken preciseringen over de verzending van dit verslag aan de huisarts: de omschrijvingen van de verstrekkingen maken geen melding van deze verzending.

Wij hebben daarom voorgesteld om de vermelding *“afhankelijk van de omschrijving van de verstrekking”* te schrappen, zodat het verslag aan het medisch dossier van de patiënt moet worden toegevoegd en aan de huisarts moet worden bezorgd. We hebben ook toegevoegd dat, als de patiënt geen behandelend huisarts heeft of een arts die zijn of haar medisch dossier beheert, het verslag in het dossier moet worden bewaard en moet worden bezorgd zodra de identiteit van de huisarts bekend is. Het doel van deze wijziging is om de kwaliteit van de zorg en de communicatie tussen de artsen te verbeteren in het belang van de patiënt.

De TGR heeft deze wijziging goedgekeurd.

d) Werkgroep Interpretatie van de nomenclatuur: informele vergaderingen

De werkgroep Interpretatie van de nomenclatuur van de TGR werd in 2022 door de Dienst voor geneeskundige verzorging gereactiveerd, met leden van de DGEC, de artsensyndicaten en de V.I.'s. Het doel is om in overleg de vragen te beantwoorden die aan het RIZIV worden gesteld over de toepassing van de nomenclatuur. De antwoorden worden vervolgens gepubliceerd op de website van het RIZIV.

¹⁷ Nomenclatuurnummers 245733-245744.

In 2023 werden er informele vergaderingen tussen de Dienst voor geneeskundige verzorging en de DGEC georganiseerd, in afwachting van de organisatie van regelmatige vergaderingen van de volledige werkgroep, die nog niet hebben plaatsgevonden.

III. CONTROLE EN TERUGVORDERING¹⁸

Onze controleonderzoeken worden uitgevoerd als onderdeel van een nationale opdracht of op individuele basis bij een specifieke zorgverlener, na een externe melding of een intern voorstel. Het doel is om te controleren of zorgverleners en zorginstellingen de wettelijke bepalingen naleven.

In 2023 hebben we 871 controleonderzoeken afgesloten, voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 18.331.122,30 euro. In het kader van deze controleonderzoeken hebben we 683.802 inbreuken tegen de regelgeving vastgesteld en hebben we 272 processen-verbaal van vaststelling opgesteld.

1. Beslissingen van de arts-inspecteur-generaal

De arts-inspecteur generaal van de directie Controle beslist welk gevolg zal worden gegeven aan een controleonderzoek. Onderstaande tabel geeft de beslissingen weer die de arts-inspecteur-generaal heeft genomen in de controleonderzoeken die in 2023 zijn afgesloten.

Tabel 3. Afgesloten controleonderzoeken in 2023, volgens beslissing van de arts-inspecteur-generaal

| Beslissing | Aantal onderzoeken | % | Ten laste gelegde bedrag (€) | Vrijwillige terugbetaling (€) |
|------------------------------------|--------------------|------------|------------------------------|-------------------------------|
| Negatief | 164 | 19 | 0,00 | 0,00 |
| Informatief | 341 | 39 | 0,00 | 0,00 |
| Waarschuwing | 64 | 7 | 0,00 | 0,00 |
| Vaststelling zonder adm. procedure | 141 | 16 | 8.085.213,92 | 8.085.212,22 |
| Vaststelling met adm. procedure | 89 | 10 | 9.084.779,82 | 3.685.408,87 |
| Zonder gevolg DGEC | 72 | 8 | 1.161.128,56 | 5.500,00 |
| TOTAAL | 871 | 100 | 18.331.122,30 | 11.776.121,09 |

Toelichting bij tabel 3

- ✦ *Negatief*: controleonderzoeken die we afsluiten zonder een inbreuk te hebben vastgesteld.
- ✦ *Informatief*: controleonderzoeken waarbij we:
 - ✧ een beperkte onregelmatigheid opmerken die noch een proces-verbaal van vaststelling noch een waarschuwing noch een vraag naar inregelstelling rechtvaardigt
 - ✧ en de betrokkene enkel informeren over de toepasselijke regelgeving.
- ✦ *Waarschuwing*: controleonderzoeken waarbij we een inbreuk hebben opgemerkt, maar geen proces-verbaal van vaststelling hebben opgesteld. We brengen de zorgverlener of de zorginstelling op de hoogte van de vastgestelde inbreuk en sporen hem aan om voortaan de reglementering na te leven. We vragen soms ook om inbreuken te regulariseren door het ten onrechte aangerekende bedrag rechtstreeks terug te betalen aan de V.I.'s.

¹⁸ Onderstaande resultaten van onze controleonderzoeken die in 2023 zijn afgesloten, zijn gebaseerd op de gegevens die beschikbaar waren op 31 januari 2024.

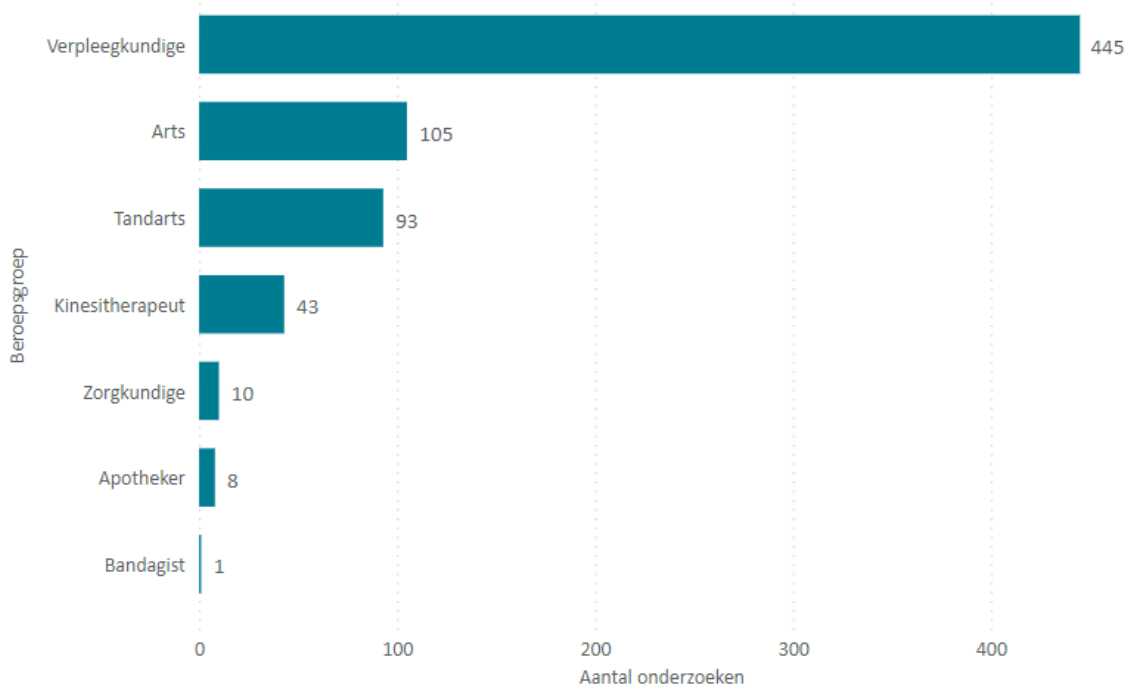
- ✦ *Vaststelling zonder administratieve procedure*: controleonderzoeken waarvoor we geen procedure inleiden bij de Leidend ambtenaar of administratieve rechtscolleges, omdat de zorgverlener of de zorginstelling een minder ernstige inbreuk heeft gepleegd en het volledige ten laste gelegde bedrag vrijwillig heeft terugbetaald. We sturen een bericht naar de zorgverlener of de zorginstelling met de bevestiging van de ontvangst van de vrijwillige terugbetaling na proces-verbaal van vaststelling en informeren dat we de aanrekeningen in de toekomst opnieuw kunnen opvolgen.
- ✦ *Vaststelling met administratieve procedure*: controleonderzoeken waarbij de zorgverlener of de zorginstelling het ten laste gelegde bedrag niet (helemaal) heeft terugbetaald en controleonderzoeken waarbij er ernstige en/of intentionele inbreuken zijn vastgesteld.¹⁹ We kunnen een procedure inleiden:
 - ✧ bij de Leidend ambtenaar of
 - ✧ bij de Kamer van eerste aanleg.
- ✦ *Zonder gevolg DGEC*: controleonderzoeken die geen aanleiding geven tot verdere vervolging door de DGEC, maar bijvoorbeeld door een andere instantie zoals:
 - ✧ de Dienst voor administratieve controle,
 - ✧ de arbeidsauditoraat,
 - ✧ het Parket van de procureur des Konings,
 - ✧ de Orde der Artsen,
 - ✧ het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG),

In zaken die we naar het arbeidsauditoraat of naar het Parket hebben doorverwezen, blijven de inspecteurs regelmatig verhoren en onderzoeken uitvoeren op vraag van de magistraten. Als de aangegeven feiten aanleiding geven tot een gerechtelijke procedure, kan het RIZIV zich in principe burgerlijke partij stellen om de door de ziekteverzekering onverschuldigd terugbetaalde bedragen terug te vorderen.

2. Betrokkenen

705 van de 871 controleonderzoeken (81 %) betroffen zorgverleners voor een totaal bedrag ten laste van 11.273.248,93 euro (of 61 % van het totaalbedrag). Onderstaande figuur geeft het aantal afgesloten controleonderzoeken per beroepsgroep weer. 63 % van de controleonderzoeken gebeurden bij verpleegkundigen.

¹⁹ Zie "[Opvolging van de administratieve procedures](#)", p. 28.



Figuur 7. Aantal afgesloten controleonderzoeken in 2023 over zorgverleners, per beroepsgroep

Het ten laste gelegde bedrag beloopt 4.511.739,36 euro voor artsen (of 40 % van het totale bedrag van de controleonderzoeken betreffende zorgverleners), 2.981.856,01 euro voor verpleegkundigen (of 26 %) en 2.167.780,27 euro voor tandartsen (of 19 %).

Tabel 4. Afgesloten controleonderzoeken over zorgverleners in 2023, volgens beroepsgroep

| Beroepsgroep | Aantal onderzoeken | Ten laste gelegde bedrag (€) | Vrijwillige terugbetaling (€) |
|-----------------|--------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Verpleegkundige | 445 | 2.981.856,01 | 681.691,92 |
| Arts | 105 | 4.511.739,36 | 3.134.008,44 |
| Tandarts | 93 | 2.167.780,27 | 1.200.287,27 |
| Kinesitherapeut | 43 | 643.479,34 | 475.036,10 |
| Zorgkundige | 10 | 0,00 | 0,00 |
| Apotheker | 8 | 968.393,95 | 527.151,28 |
| Bandagist | 1 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAAL | 705 | 11.273.248,93 | 6.018.175,01 |

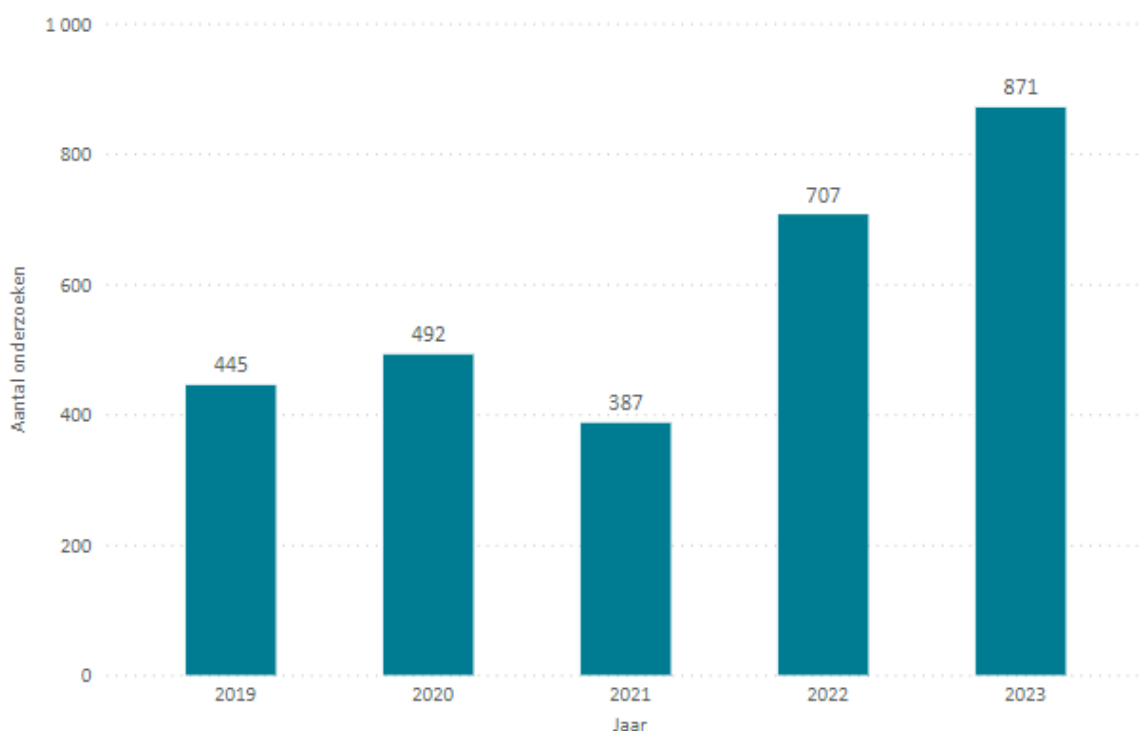
Bovendien betroffen 159 controleonderzoeken zorginstellingen en organisaties (waarvan 95 instellingen voor mindervaliden²⁰ en 47 ziekenhuizen) voor een totaal bedrag ten laste van 7.057.535,63 euro. Ten slotte betroffen 7 controleonderzoeken verzekerden voor een totaal bedrag ten laste van 337,74 euro.

²⁰ Zie "Nationale opdrachten – [Aanrekening van kinesitherapeutische verstrekkingen voor patiënten in instellingen voor mindervaliden](#)", p. 66. 82 controleonderzoeken betroffen verpleegkundige zorgen en 13 kinesitherapeutische verstrekkingen die in deze instellingen werden aangerekend.

3. Evolutie 2019-2023²¹

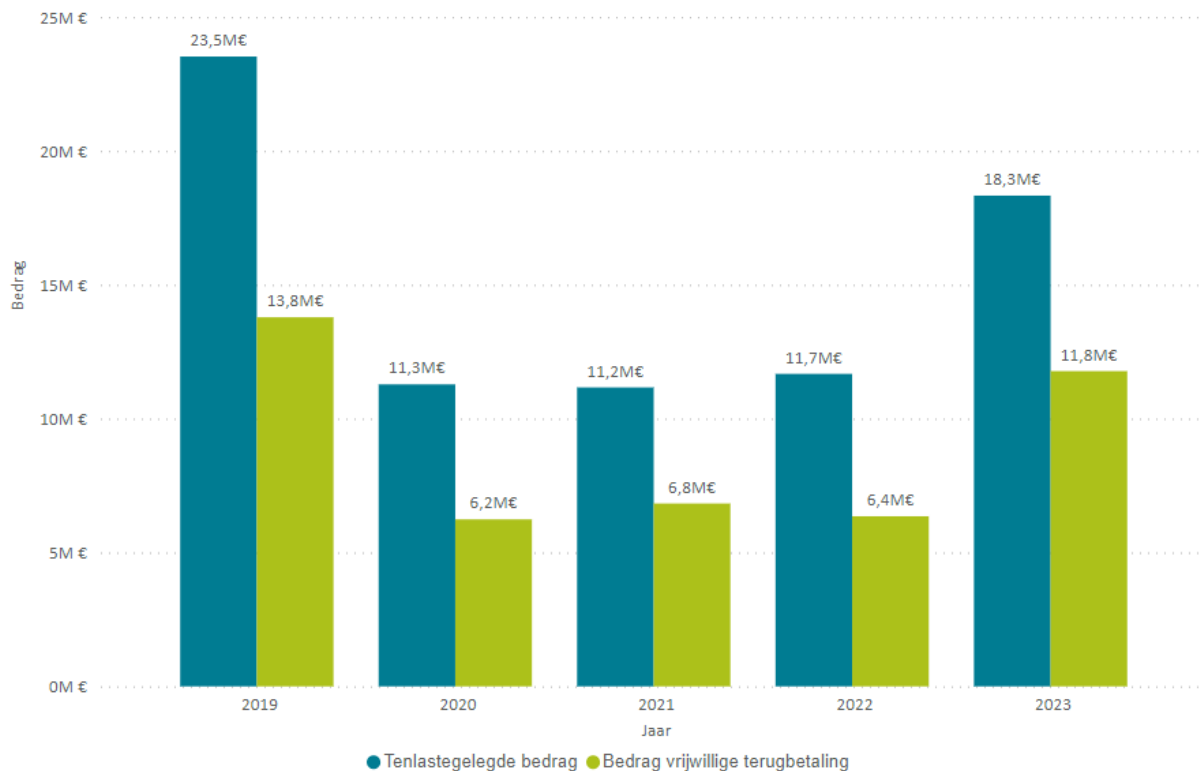
In 2023 hebben we 871 controleonderzoeken afgesloten, voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 18.331.122,30 euro. 11.776.121,09 euro werden vrijwillig terugbetaald. Het aantal afgesloten controleonderzoeken en het ten laste gelegde bedrag zijn beide sterk gestegen. Hier zijn verschillende mogelijke verklaringen voor. Er worden bijvoorbeeld meer anomalieën opgespoord dankzij onze investeringen in data-analyse gedurende de voorbije jaren. Ook hebben we in 2023 enkele controleonderzoeken afgesloten aangaande aanrekeningen van duurdere verstrekkingen. Verder sloten we ook enkele dossiers af waarin voor een groot bedrag frauduleus was aangerekend.

Daarnaast is ook het percentage van de vrijwillige terugbetalingen met 10 % gestegen: 64 % van het ten laste gelegde bedrag in 2023 werd vrijwillig terugbetaald, tegenover 54 % in 2022.



Figuur 8. Evolutie van het aantal afgesloten controleonderzoeken

²¹ In elk jaarverslag kunnen de cijfers licht verschillend zijn wegens bijkomende vrijwillige terugbetalingen van controleonderzoeken die tijdens vorige jaren werden afgesloten.

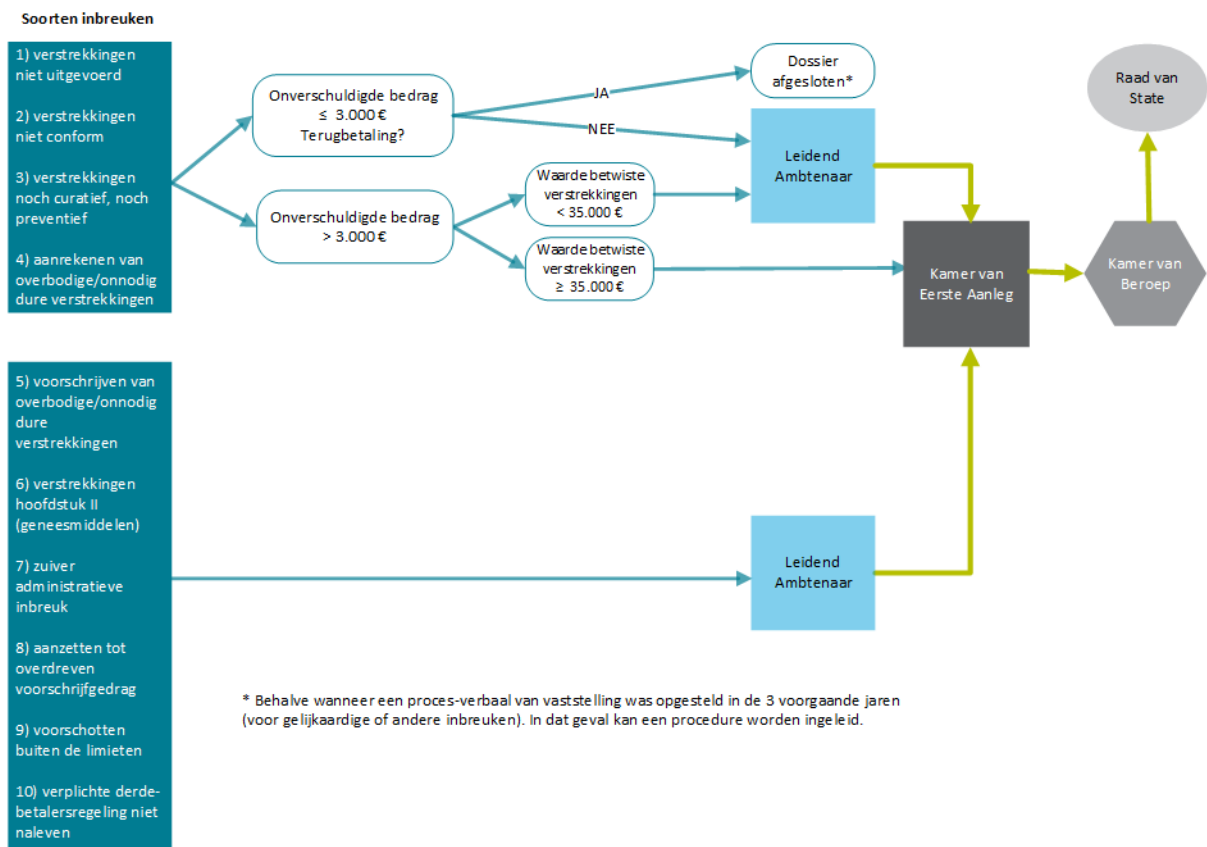


Figuur 9. Evolutie van de ten laste gelegde bedragen en de vrijwillige terugbetalingen

4. Opvolging van de administratieve procedures

We kunnen een procedure inleiden tegen een zorgverlener of een zorginstelling in functie van de ernst van de feiten. Wanneer een zorgverlener het totale ten laste gelegde bedrag niet vrijwillig terugbetaalt, zal er sowieso een procedure worden opgestart. Die wordt ingeleid bij de Leidend ambtenaar of bij de Kamer van eerste aanleg. Zorgverleners kunnen beroep aantekenen bij de Kamer van eerste aanleg tegen de beslissing van de Leidend ambtenaar of bij de Kamer van beroep tegen de beslissing van de Kamer van eerste aanleg.

De te volgen procedure wordt bepaald door verschillende criteria, zoals hieronder wordt geïllustreerd. Daarbij kan het gaan om het type inbreuk, het ten laste gelegde bedrag en de waarde van de betwiste verstrekkingen. De 'waarde van de betwiste verstrekking' is het bedrag van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen dat de zorgverlener nog niet heeft terugbetaald op het moment dat de procedure opgestart wordt.



Figuur 10. Gevolgde procedure volgens het type inbreuk, het ten laste gelegde bedrag en de waarde van de betwiste verstrekkingen

Als het ten laste gelegde bedrag lager is dan of gelijk is aan 3.000 euro en na de gehele terugbetaling binnen de 2 maanden vanaf de dag van de verzending van het proces-verbaal van vaststelling, starten we geen administratieve procedure op en wordt het dossier afgesloten. Indien de zorgverlener echter in de afgelopen 3 jaar al een proces-verbaal van vaststelling heeft ontvangen, kan een administratieve procedure worden ingeleid.

Onderstaande tabellen tonen het aantal beslissingen die in 2023 definitief werden en de gerelateerde gegevens, per type zorgverlener. We beschouwen een beslissing als ‘definitief’ wanneer ze niet meer vatbaar is voor beroep.

Zodra een beslissing definitief is, beschikken we over een uitvoerbare titel ten aanzien van de veroordeelde zorgverlener. Als die zorgverlener niet in staat is om het verschuldigde bedrag in één keer terug te betalen en aan de uitgesproken beslissing gevolg te geven, kan hij een afbetalingsplan aanvragen dat wordt opgesteld volgens een betalingskalender en voorwaarden die met ons zijn overeengekomen.

Als de zorgverlener de verschuldigde bedragen niet terugbetaalt, hebben we 2 mogelijkheden om de uitvoerbare titel af te dwingen.

We kunnen gebruikmaken van de mogelijkheid tot verrekening zoals voorzien in artikel 206*bis*, §1, van de GvU-wet. Elk bedrag dat door de V.I.'s of het RIZIV aan een zorgverlener moet worden betaald, kan in deze context worden gebruikt om de door die zorgverlener ten onrechte ontvangen bedragen terug te betalen of elke andere schuld aan het RIZIV te vereffenen. Zo zou een zorgverlener die nog

een schuld heeft ten aanzien van het RIZIV geen telematicapremie kunnen ontvangen omdat die gebruikt zou worden om die schuld af te betalen.

We kunnen de Algemene Administratie van de Inning en de Invordering ook belasten met de terugvordering van de aan het RIZIV verschuldigde bedragen. Van deze mogelijkheid maken we het meest gebruik.

Tabel 5. Beslissingen van de Leidend ambtenaar beschouwd als definitief in 2023, per type zorgverlener

| Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling | Aantal beslissingen | Ten laste gelegde bedrag (€) | Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€) | Opgelegde terugbetaling ²² (€) | Effectieve boete (€) | Boete met uitstel ²³ (€) | Totaal te betalen bedrag ²⁴ (€) |
|--|---------------------|------------------------------|--|---|----------------------|-------------------------------------|--|
| Apotheker | 4 | 1.244.571,26 | 1.244.571,26 | 1.237.105,34 | 618.552,67 | 1.231.893,41 | 1.855.658,01 |
| Algemeen ziekenhuis | 2 | 471.984,52 | 461.766,89 | 471.984,52 | 117.996,12 | 346.325,17 | 589.980,64 |
| Arts | 6 | 433.362,21 | 400.886,73 | 433.362,21 | 197.497,26 | 276.582,42 | 630.859,47 |
| Verpleegkundige (groepering) | 12 | 404.783,08 | 359.234,14 | 404.783,11 | 228.063,92 | 173.576,39 | 632.847,03 |
| Kinesitherapeut | 22 | 350.975,80 | 197.567,63 | 350.975,80 | 170.368,00 | 34.310,91 | 521.343,80 |
| Tandarts | 4 | 72.656,49 | 66.082,99 | 72.656,49 | 34.619,32 | 9.074,92 | 107.275,81 |
| Centrum voor dagverzorging | 1 | 25.823,58 | 25.373,65 | 25.115,23 | 10.376,52 | 12.557,61 | 35.491,75 |
| TOTAAL | 51 | 3.004.156,94 | 2.755.483,29 | 2.995.982,70 | 1.377.473,81 | 2.084.320,83 | 4.373.456,51 |

²² De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

²³ 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).

²⁴ De totaal te betalen bedrag omvat de opgelegde terugbetaling en de effectieve boete.

Tabel 6. Beslissingen van de Kamer van eerste aanleg beschouwd als definitief in 2023, per type zorgverlener

| Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling | Aantal beslissingen | Ten laste gelegde bedrag (€) | Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€) | Opgelegde terugbetaling ²⁵ (€) | Effectieve boete (€) | Boete met uitstel ²⁶ (€) | Totaal te betalen bedrag ²⁷ (€) |
|--|---------------------|------------------------------|--|---|----------------------|-------------------------------------|--|
| Verpleegkundige | 4 | 572.074,35 | 3.488,67 | 572.074,35 | 139.497,10 | 39.091,69 | 711.571,45 |
| Tandarts | 4 | 385.078,17 | 15.162,50 | 369.915,67 | 333.668,97 | 61.901,79 | 703.584,64 |
| Algemeen ziekenhuis | 1 | 248.933,16 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Kinesitherapeut | 1 | 202.837,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAAL | 10 | 1.408.922,88 | 18.651,17 | 941.990,02 | 473.166,07 | 100.993,48 | 1.415.156,09 |

²⁵ De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

²⁶ 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).

²⁷ De totaal te betalen bedrag omvat de opgelegde terugbetaling en de effectieve boete.

Tabel 7. Beslissingen van de Kamer van eerste aanleg (als beroepsinstantie) beschouwd als definitief in 2023, per type zorgverlener

| Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling | Aantal beslissingen | Ten laste gelegde bedrag (€) | Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€) | Opgelegde terugbetaling ²⁸ (€) | Effectieve boete (€) | Boete met uitstel ²⁹ (€) | Totaal te betalen bedrag ³⁰ (€) |
|--|---------------------|------------------------------|--|---|----------------------|-------------------------------------|--|
| Kinesitherapeut | 4 | 176.998,65 | 115.442,80 | 176.998,65 | 22.501,62 | 114.020,63 | 199.500,27 |
| Verpleegkundige | 5 | 69.923,10 | 0,00 | 69.923,10 | 16.971,71 | 0,00 | 86.894,81 |
| Arts | 1 | 25.278,17 | 0,00 | 25.000,44 | 12.500,22 | 12.500,22 | 37.500,66 |
| TOTAAL | 10 | 272.199,92 | 115.442,80 | 271.922,19 | 51.973,55 | 126.520,85 | 323.895,74 |

²⁸ De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

²⁹ 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).

³⁰ De totaal te betalen bedrag omvat de opgelegde terugbetaling en de effectieve boete.

Tabel 8. Beslissingen van de Kamer van beroep beschouwd als definitief in 2023, per type zorgverlener

| Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling | Aantal beslissingen | Ten laste gelegde bedrag (€) | Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€) | Opgelegde terugbetaling ³¹ (€) | Effectieve boete (€) | Boete met uitstel ³² (€) | Totaal te betalen bedrag ³³ (€) |
|--|---------------------|------------------------------|--|---|----------------------|-------------------------------------|--|
| Verpleegkundige (groepering) | 14 | 2.343.994,06 | 255.823,32 | 2.003.800,73 | 1.427.424,61 | 485.738,60 | 3.431.225,34 |
| Arts | 2 | 917.447,28 | 0,00 | 8.990,00 | 1.561,25 | 0,00 | 10.551,25 |
| Algemeen ziekenhuis | 1 | 682.878,89 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Tandarts | 2 | 298.820,39 | 54.000,00 | 298.820,39 | 46.407,97 | 98.475,37 | 345.228,36 |
| Apotheker | 1 | 237.177,03 | 0,00 | 229.405,21 | 206.464,69 | 206.464,69 | 435.869,90 |
| Zorgkundige | 2 | 172.558,62 | 0,00 | 114.277,74 | 40.513,30 | 51.460,98 | 154.791,04 |
| Vroedvrouw | 1 | 49.241,58 | 1.701,23 | 1.701,23 | 0,00 | 0,00 | 1.701,23 |
| Kinesitherapeut | 1 | 24.441,90 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAAL | 24 | 4.726.559,75 | 311.524,55 | 2.656.995,30 | 1.722.371,82 | 842.139,64 | 4.379.367,12 |

³¹ De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

³² 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).

³³ De totaal te betalen bedrag omvat de opgelegde terugbetaling en de effectieve boete.

5. Strijd tegen fraude

Bij fraudeonderzoeken in de gezondheidszorg en voor een structurele beveiliging van fraudegevoelige processen werken we samen met andere diensten van het RIZIV, de V.I.'s en het Nationaal Intermutualistisch College (NIC). Slechts een klein deel van de controleonderzoeken gaat over fraude zoals we dat hieronder definiëren.

a) Definitie fraude/bedrog

In 2017 heeft de Anti-fraudecommissie (CAFC) van het RIZIV richtlijnen opgesteld over de definiëring van het begrip “ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog” zoals bedoeld in artikel 77*sexies* van de GVVU-wet.³⁴ Deze richtlijnen verduidelijken 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 ziekteverzekering.
- ✦ Gewone nalatigheid, materiële vergissingen, te goeder trouw begane onjuistheden enz. vallen niet onder dat begrip.

De bedrieglijke opzet is een essentieel element van fraude, maar dit is in de praktijk niet eenvoudig aan te tonen.

Zowel zorgverleners, zorginstellingen en 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 fraudeurs 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, gebruiken we 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 ‘vaststelling met administratieve procedure’ of ‘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 | Medische overconsumptie (aantal verstrekkingen) | Financiële overconsumptie (onnodig dure verstrekkingen) |
|--|------------------------------|---------------------------------|---|---|
| Fraude | F1 | F2 | F3 | F4 |
| Corruptie (fraude met betrokkenheid derde partij) | C1 | C2 | C3 | C4 |

³⁴ Richtlijnen van 19 april 2017 tot uitvoering van art. 13*bis*, §2, 6°, van de GVVU-wet.

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'.

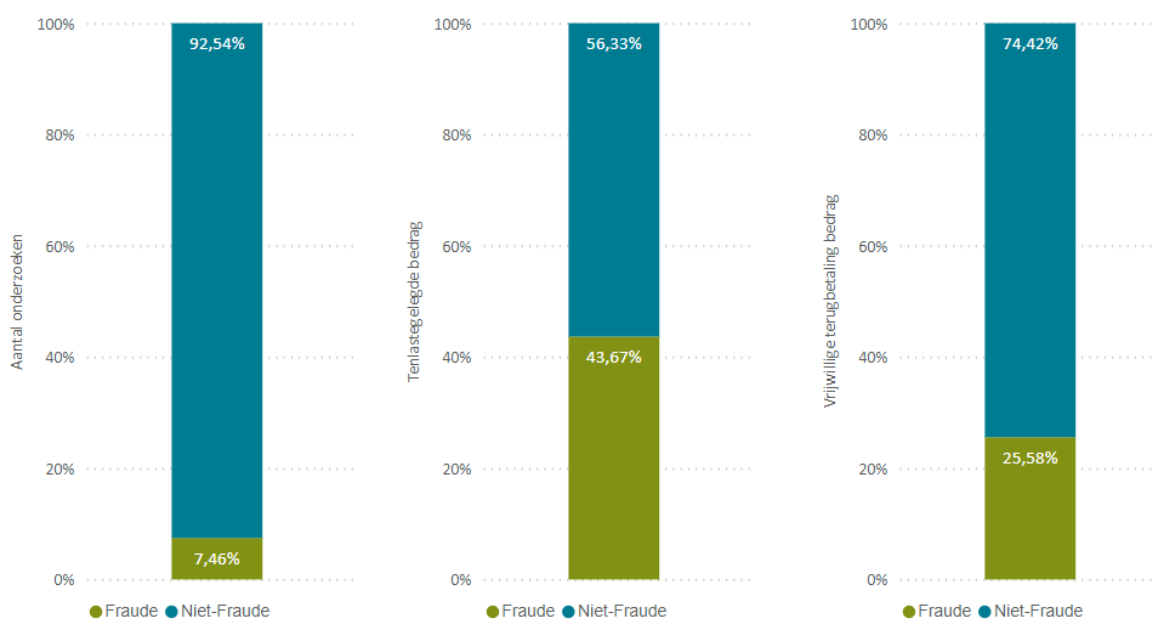
b) Type fraude

Van de 871 afgesloten controleonderzoeken in 2023 zijn er 65 fraudeonderzoeken voor een totaal bedrag ten laste van 8.006.105,89 euro. 63 % van het totale ten laste gelegde bedrag voor fraudeonderzoeken betreft voornamelijk tenlasteleggingen voor niet-uitgevoerde verstrekkingen.

Tabel 10. Afgesloten fraudeonderzoeken in 2023, volgens type fraude

| Type fraude | Aantal onderzoeken | Ten laste gelegde bedrag (€) | Vrijwillige terugbetaling (€) |
|------------------------------|--------------------|------------------------------|-------------------------------|
| F1 – fraude: niet-conform | 34 | 2.947.530,34 | 1.151.940,40 |
| F2 – fraude: niet-uitgevoerd | 30 | 5.058.575,55 | 1.860.968,39 |
| C1 – corruptie: niet-conform | 1 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAAL | 65 | 8.006.105,89 | 3.012.908,79 |

Het dossier betreffende corruptie is een dossier in opdracht van het arbeidsauditoraat. Het zal zelf de ten laste gelegde bedragen terugvorderen.

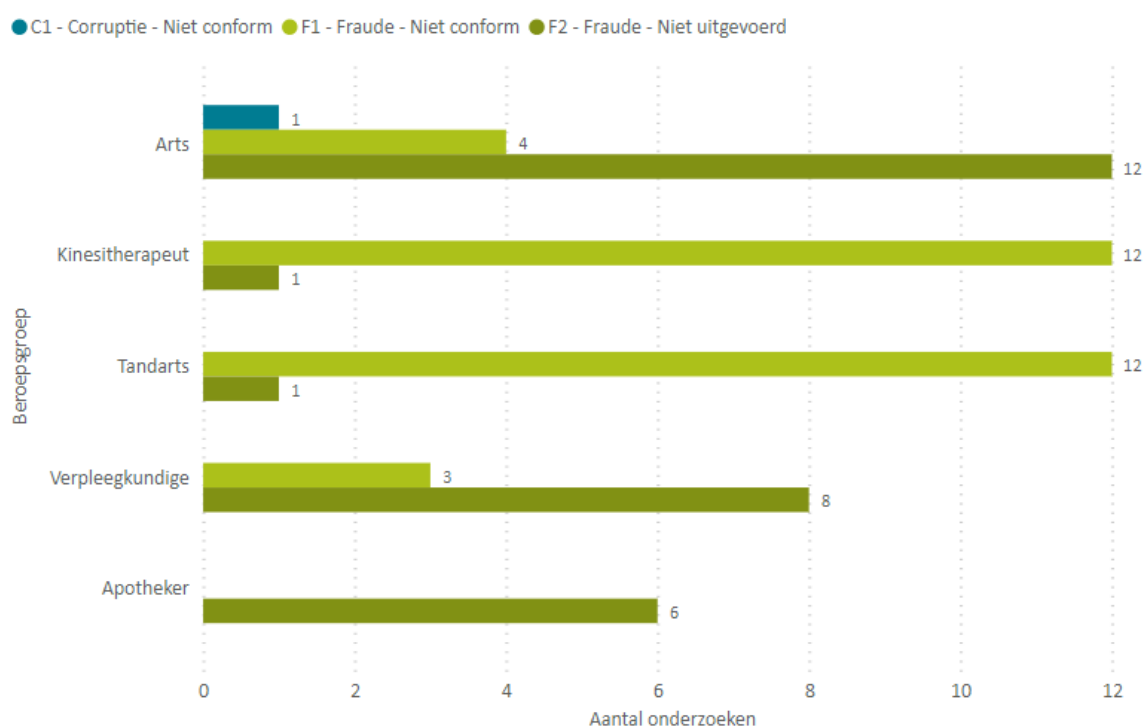


Figuur 11. Afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken in 2023

c) Betrokkenen

De meeste van onze afgesloten fraudeonderzoeken in 2023 betreffen zorgverleners (60 onderzoeken of 92 %), voor een ten laste gelegd bedrag van 6.878.098,97 euro (of 86 % van het totaalbedrag). 3 fraudeonderzoeken betroffen zorginstellingen, voor een ten laste gelegd bedrag van 1.127.669,18 euro (of 14 % van het totaal bedrag). 2 fraudeonderzoeken betroffen verzekerden voor een ten laste gelegd bedrag van 337,74 euro.

28 % van de afgesloten fraudeonderzoeken over zorgverleners in 2023 had betrekking op artsen, vooral op niet-uitgevoerde verstrekkingen. 43 % van de afgesloten fraudeonderzoeken over zorgverleners in 2023 had betrekking op tandartsen en kinesitherapeuten (ongeveer 22 % voor elk van beide beroepsgroepen), vooral voor niet-conforme verstrekkingen. Deze zorgverleners zijn in de minderheid binnen hun beroepsgroep, maar ze factureren ten onrechte zeer hoge bedragen aan de ziekteverzekering, wat ten koste gaat van de duurzaamheid ervan.



Figuur 12. Aantal afgesloten fraudeonderzoeken over zorgverleners in 2023, volgens beroepsgroep en type fraude

Het ten laste gelegde bedrag in de afgesloten fraudeonderzoeken in 2023 beloopt 2.610.271,57 euro voor artsen (of 38 % van het totale bedrag van de fraudeonderzoeken betreffende zorgverleners) en 1.951.964,76 euro voor verpleegkundigen (of 28 %).

Tabel 11. Afgesloten fraudeonderzoeken over zorgverleners in 2023, volgens type fraude en beroepsgroep

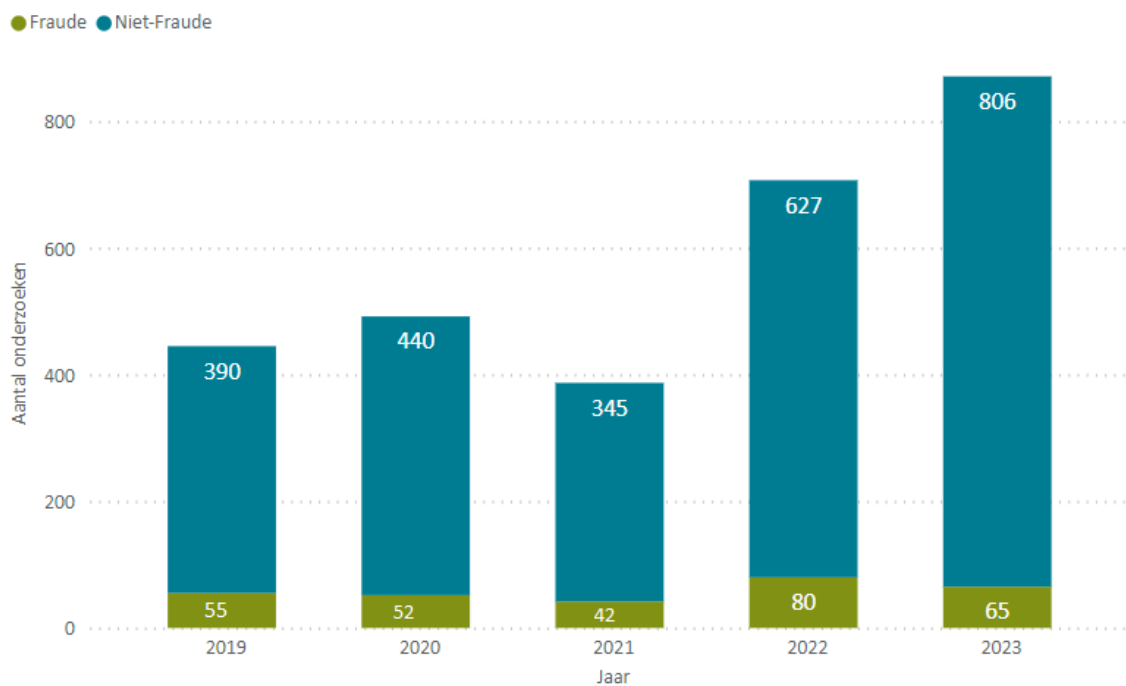
| Type fraude | Aantal onderzoeken | Ten laste gelegde bedrag (€) | Vrijwillige terugbetaling (€) |
|-------------------------------------|--------------------|------------------------------|-------------------------------|
| F1 – fraude: niet-conform | 31 | 2.485.425,71 | 690.173,51 |
| Verpleegkundige | 3 | 862.695,50 | 5.000,00 |
| Tandarts | 12 | 826.988,23 | 204.837,64 |
| Kinesitherapeut | 12 | 441.194,06 | 329.404,82 |
| Arts | 4 | 354.547,92 | 150.931,05 |
| F2 – fraude: niet-uitgevoerd | 28 | 4.392.673,26 | 1.860.968,39 |
| Arts | 12 | 2.255.723,65 | 1.243.507,23 |
| Verpleegkundige | 8 | 1.089.269,26 | 36.000,00 |
| Apotheker | 6 | 950.504,17 | 509.261,50 |
| Tandarts | 1 | 69.929,07 | 69.929,07 |
| Kinesitherapeut | 1 | 27.247,11 | 2.270,59 |
| C1 – corruptie: niet-conform | 1 | 0,00 | 0,00 |
| Arts | 1 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAAL | 60 | 6.878.098,97 | 2.551.141,90 |

2 groeperingen van verpleegkundigen en 1 ziekenhuis vormen het voorwerp van fraudeonderzoeken. Het ten laste gelegde bedrag voor de groeperingen van verpleegkundigen (voor niet-uitgevoerde verstrekkingen) is 665.902,29 euro, of 59 % van het totaalbedrag van de fraudeonderzoeken betreffende zorginstellingen. Het ten laste gelegde bedrag voor 1 ziekenhuis (voor niet-conforme verstrekkingen) is 461.766,89 euro.

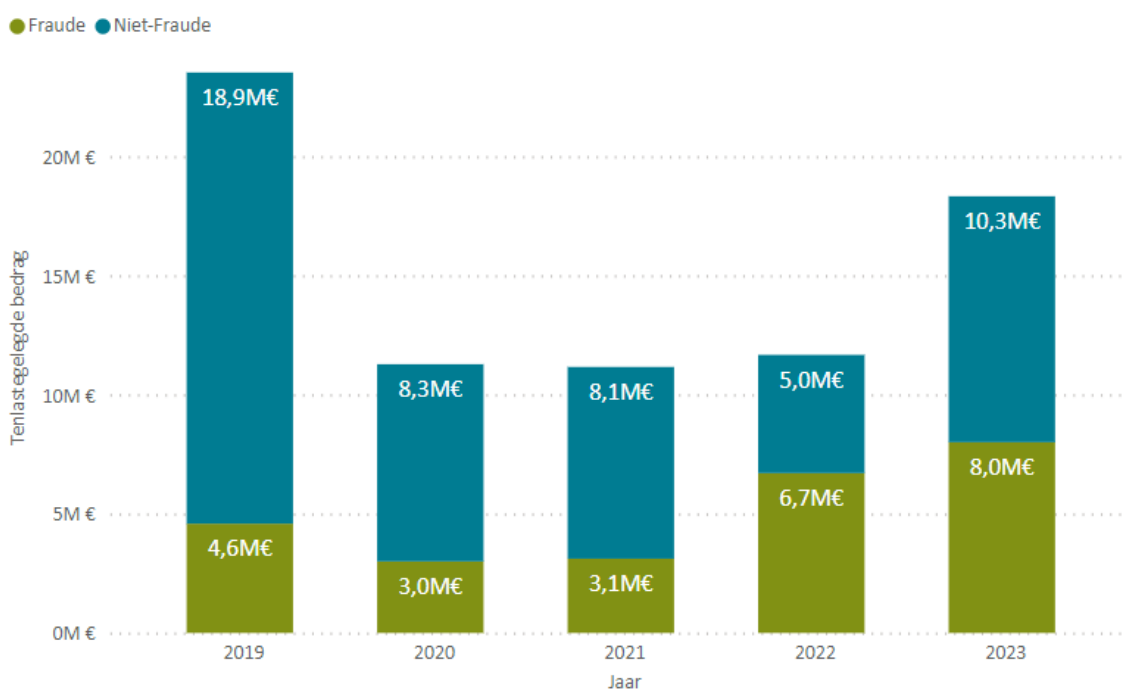
d) Evolutie 2019-2023³⁵

In 2023 is het totale aantal afgesloten controleonderzoeken gestegen t.o.v. 2022, maar het totale aantal afgesloten fraudeonderzoeken daalde licht. Het totale ten laste gelegde bedrag is gestegen zowel voor alle controleonderzoeken als voor de fraudeonderzoeken.

³⁵ In elk jaarverslag kunnen de resultaten afwijken wegens bijkomende vrijwillige terugbetalingen van controleonderzoeken die tijdens vorige jaren werden afgesloten.



Figuur 13. Evolutie van het aantal afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken



Figuur 14. Evolutie van het ten laste gelegde bedrag bij afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken

e) Schorsing uitbetaling via de derde-betalersregeling

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

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

Indien we fraude vermoeden bij een groepering van verpleegkundigen, wordt artikel 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).

In 2023 heeft de Leidend ambtenaar van de DGEC besloten om 9 derde-betalersnummers van 4 fraudeurs tijdelijk te schorsen.

Tabel 12. Schorsingen van uitbetaling via de derde-betalersregeling (art. 77sexies) in 2023

| Schorsing | Startdatum | Einddatum | Type betrokkene | Waarschijnlijke verantwoordelijke* |
|-----------|------------|------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 1 | 23.03.2023 | 22.03.2024 | verpleegkundige | A |
| 2 | 05.04.2023 | 04.04.2024 | verpleegkundige | B |
| 3 | 05.04.2023 | 04.04.2024 | groepering verpleegkundigen | B |
| 4 | 15.05.2023 | 14.05.2024 | huisarts | C |
| 5 | 25.09.2023 | 24.09.2024 | verpleegkundige | D |
| 6 | 25.09.2023 | 24.09.2024 | groepering thuisverpleegkundigen | D |
| 7 | 25.09.2024 | 24.09.2025 | groepering thuisverpleegkundigen | D |
| 8 | 25.09.2023 | 24.09.2024 | groepering thuisverpleegkundigen | D |
| 9 | 25.09.2023 | 24.09.2024 | groepering thuisverpleegkundigen | D |

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

In 2019 zijn we gestart met 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 willen de impact evalueren van de tijdelijke schorsing op het aanrekeninggedrag op lange termijn. Hierdoor kunnen we bestaande fraudeurs nauwer opvolgen en eventuele verdere fraude sneller detecteren.

IV. APPROPRIATE CARE

Zowel de DGEC als de wetenschappelijke verenigingen en instellingen die een algemene bekendheid genieten, kunnen een indicator van afwijking van goede medische praktijk voorstellen bij de Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP) of het Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen. Die moeten zich hierover binnen de 3 maanden uitspreken. Een eventuele weigering moeten ze omstandig motiveren.

Met goedgekeurde en meetbare indicatoren kunnen de zorgverleners concreter geïnformeerd en gesensibiliseerd worden voor meer *appropriate care* (nodige, wetenschappelijk onderbouwde en doelmatige zorg). De indicatoren vormen een verantwoordingsdrempel en bij afwijking hiervan kan dat eenvoudiger worden vastgesteld. Door ondubbelzinnige indicatoren kunnen zorgverleners in eerste instantie zelf hun aanreken- en voorschrijfgedrag evalueren en bijsturen. Indien nodig zullen bijkomende maatregelen hen aanzetten tot gedragswijziging naar meer *appropriate care*. Dat kan bv. via bijkomende sensibilisering, waarschuwing of vaststellingen die kunnen leiden tot recuperatie van onterecht betaalde bedragen aan zorgverleners. Met dergelijke maatregelen streven we naar meer *appropriate care* in het belang van de patiënt.

1. Voorstel van indicatoren

In 2023 stelden we aan de NRKP 3 indicatoren voor over het voorschrijfgedrag van huisartsen voor antibiotica. Deze voorstellen kwamen tegemoet aan de aanbevelingen van het Rekenhof van december 2022. België is binnen de Europese Unie één van de grootste antibioticaverbruikers. Alleen met een drastische vermindering van overbodige antibioticavoorschriften kunnen we de antibioticaresistentie indijken en nosocomiale infecties voorkomen. Minder antibioticaverbruik is ook goed voor het milieu en financieel voordeliger voor de patiënt en de ziekteverzekering. Het invoeren van indicatoren met een verantwoordingsdrempel is één van de hefboomen om het overbodige antibioticagebruik tegen te gaan.

Deze indicatoren werden goedgekeurd in juni 2023 door de NRKP en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 29 november 2023.

De eerste indicator is kwantitatief en beoogt een vermindering van het voorgeschreven volume aan antibiotica met 40 %: minstens 40 % van de voorschriften worden gezien als overbodig wanneer antibiotica worden voorgeschreven voor aandoeningen die niet reageren op antibiotica (banale verkoudheid, griep, niet infectieus gerelateerde klachten). De indicator is uitgesplitst volgens de leeftijd van de patiënt:

- ✦
$$\frac{\text{aantal patiënten met een voorschrift voor een terugbetaald antibioticum } (\geq 15 \text{ jaar})}{\text{totaal aantal patiënten met een voorschrift voor een terugbetaalde farmaceutische specialiteit } (\geq 15 \text{ jaar})} \leq 23 \%^{36}$$
- ✦
$$\frac{\text{aantal patiënten met een voorschrift voor een terugbetaald antibioticum } (\leq 14 \text{ jaar})}{\text{totaal aantal patiënten met een voorschrift voor een terugbetaalde farmaceutische specialiteit } (\leq 14 \text{ jaar})} \leq 45 \%$$

De 2 andere indicatoren zijn kwalitatief en beogen het terugdringen van de voorschriften van tweedelijnsantibiotica, die momenteel ten onrechte als eerste keuze worden voorgeschreven:

³⁶ Anders geformuleerd: per 100 patiënten van 15 jaar of ouder met een voorschrift voor een terugbetaalde farmaceutische specialiteit, mogen er maximaal 23 patiënten een voorschrift krijgen voor een terugbetaald antibioticum.

- ✦ $\frac{\text{DDD}^{37} \text{ voorgeschreven en terugbetaalde amoxicilline}}{\text{DDD amoxicilline} + \text{DDD amoxicilline met clavulaanzuur (voorgeschreven en terugbetaald)}} \geq 80 \%$
- ✦ $\frac{\text{DDD voorgeschreven en terugbetaalde tweedelijs antibiotica}}{\text{DDD voorgeschreven en terugbetaalde antibiotica}} \leq 20 \%$

2. Informatie over nieuwe indicatoren

a) Bekendmaking van indicatoren van manifeste afwijking van goede medische praktijk

We hebben alle betrokken zorgverleners op de hoogte gebracht wanneer er nieuwe indicatoren van manifeste afwijking van goede medische praktijk werden bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

De indicatoren die de DGEC aan de NRKP heeft voorgesteld en die in 2023 in het Belgisch Staatsblad werden bekendgemaakt, betreffen:

- ✦ de artroskopische meniscectomie in geval van degeneratief knieletsel: bij patiënten ouder dan 50 jaar mag deze verstrekking aan de ziekteverzekering alleen worden aangerekend voor 45 % van het totale aantal van deze verstrekkingen, per kalenderjaar. De EBM-aanbevelingen geven aan dat een conserverende behandeling in geval van een degeneratief letsel geschikter is dan een meniscectomie. Bovendien verhoogt een artroscopie de bijwerkingen op korte en lange termijn. In april 2023 stuurden we een informatiebrief naar alle huisartsen en orthopedisch chirurgen;
- ✦ de dringende ambulante NMR-onderzoeken: de maximale incidentie van ambulante, dringende NMR-onderzoeken wordt vastgelegd op 5 dringende NMR-onderzoeken per 1.000 onderzoeken, per kalenderjaar. Het doel van deze indicator is om de onterechte aanrekening van urgentiesupplementen aan de ziekteverzekering te verminderen. Alle ziekenhuizen die in 2022 ambulante NMR-onderzoeken hebben aangerekend, hebben in augustus 2023 een informatiebrief ontvangen;
- ✦ het interval tussen de eerste raadpleging en de bariatrische ingreep: een periode van minimaal 3 volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging door de patiënt bij een bariatrisch chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep wordt voor alle patiënten wettelijk vastgelegd (in geval van een dringende medische noodzaak, kan er echter van worden afgeweken, mits de aanvraag wordt gemotiveerd). Deze minimumtermijn geeft de patiënt de nodige bedenktijd om een gegronde beslissing te kunnen nemen. Alle bariatrisch chirurgen die deze verstrekking in 2021 en/of in 2022 hebben aangerekend, werden in september 2023 op de hoogte gebracht;
- ✦ het voorschrijven van antibiotica door de huisartsen (3 indicatoren): we hebben alle huisartsen geïnformeerd over de bekendmaking van deze indicatoren in december 2023.

Naast de brieven hebben we ook informatie over deze nieuwe indicatoren gepubliceerd op de website van het RIZIV.

b) Aanrekening van artroskopische meniscectomie in geval van degeneratief knieletsel

Tot slot stuurden we in oktober 2023 individuele feedback naar alle orthopedisch chirurgen die tussen 2018 en 2022 (d.w.z. de 5 jaar voorafgaand aan de bekendmaking van de indicator over dit onderwerp) ten minste één artroskopische meniscectomie hadden aangerekend aan de ziekteverzekering. Het doel was hen in staat te stellen hun aanrekengedrag te beoordelen in verhouding tot de indicator en

³⁷ DDD: defined daily doses of gemiddelde dagdosissen.

in verhouding tot het gedrag van andere orthopedische chirurgen. We hebben het totale aantal aanrekeningen voor deze verstrekking per jaar meegedeeld, evenals het percentage aanrekeningen voor patiënten ouder dan 50 jaar.

In 2024 zullen we gepersonaliseerde feedback naar de betrokken zorgverleners versturen over de andere indicatoren die in 2023 in het Belgisch Staatsblad werden bekendgemaakt.

V. NATIONALE OPDRACHTEN

Tijdens onze nationale opdrachten gebruiken we een uniforme methodologie, toegepast op een specifieke groep zorgverleners of zorginstellingen in heel België. We evalueren simultaan het aanreken- en/of het voorschrijfgedrag van deze groep. Op basis van onze analyse bepalen we de meest geschikte actie: de hele beroepsgroep of een selectie van zorgverleners (outliers bijvoorbeeld) sensibiliseren, een voorstel tot aanpassing van de nomenclatuur bij de relevante commissie indienen, of zelfs controleonderzoeken voeren om onterecht aangerekende bedragen terug te vorderen. Het kan ook om meerdere van dergelijke acties gaan, simultaan of opeenvolgend.

Hieronder vindt u een overzicht van de nationale opdrachten die in 2023 zijn afgesloten en aan het Comité van de DGEC zijn voorgesteld.

1. Huisartsen met een toenemend aanrekenprofiel door het elektronische derde-betalerscircuit (eFact)

a) Oorsprong en doelstelling

In 2018 heeft een groot deel van de huisartsen het elektronische circuit (eFact) aangenomen als methode om hun verstrekkingen in het kader van de derde-betalersregeling aan te rekenen. Tijdens deze ontwikkeling zijn de uitgaven voor de raadplegingen bij huisartsen sterk gestegen in vergelijking met 2017. Deze stijging met 75 miljoen euro kon deels worden verklaard door de invoering van eFact maar voor een meerkost ten belope van 16 miljoen euro was er nog geen verklaring.

Het doel van dit nationale controleonderzoek bestond erin na te gaan of die meerkost verband hield met een reglementaire optimalisering van de nomenclatuur of met een niet-reglementaire aanrekening van de minste handeling in het medisch dossier, die zou zijn aangemoedigd door de software voor het beheer van het elektronisch medisch dossier.

b) Methodologie

In samenwerking met het Intermutualistisch agentschap (IMA) hebben we de huisartsen geselecteerd die vanaf 2018 de grootste groei in het jaarlijkse aantal verstrekkingen per patiënt hebben doorgemaakt als gevolg van het gebruik van e-facturatie (outliers).

Voor de meest verdachte profielen is een individueel controleonderzoek geopend. De andere geselecteerde huisartsen zijn op het probleem gewezen via een brief waarin zij de evolutie van de uitgaven in het kader van hun activiteit te zien kregen. We hebben hen ook bijkomende informatie gevraagd via een vragenlijst die bij de brief was gevoegd. Op basis van de antwoorden en de evolutie van de aanrekenprofielen werden meerdere bijkomende controleonderzoeken gevoerd.

c) Resultaten

We hebben:

- ✦ 208 huisartsen benaderd in het kader van dit controleonderzoek;
- ✦ 184 sensibiliseringsbrieven verstuurd (en 156 antwoorden ontvangen);
- ✦ 48 individuele controleonderzoeken gevoerd (waarvan 23 naar aanleiding van het antwoord op de sensibiliseringsbrief).

Als gevolg van de individuele controleonderzoeken hebben we 30 processen-verbaal van vaststelling opgesteld voor een onterecht aangerekend totaalbedrag van 1.925.271 euro. De in aanmerking genomen tenlasteleggingen waren:

- ✦ niet-uitgevoerde verstrekkingen: raadplegingen en bezoeken die zonder het minste contact met de verzekerde zijn aangerekend, of die 2 keer zijn geïnd;
- ✦ niet-conforme verstrekkingen: een raadpleging die in plaats van een advies werd aangerekend, een dringende verstrekking die in plaats van een niet-dringende verstrekking werd aangerekend, een bezoek dat in plaats van een raadpleging werd aangerekend, meerdere afzonderlijke bezoeken die in plaats van verschillende bezoeken tijdens dezelfde verplaatsing werden aangerekend.

6 huisartsen hebben een waarschuwing gekregen. 11 dossiers werden negatief afgesloten, waarvan 2 als gevolg van het overlijden van de betrokken huisartsen door COVID-19. Op het ogenblik dat deze nationale opdracht werd afgesloten, stond één dossier nog open in het kader van een ander controleonderzoek voor overconsumptie.

Het vrijwillig terugbetaalde bedrag beloopt 984.920 euro. 22 zorgverleners hebben het ten laste gelegde bedrag volledig terugbetaald.

Voor 8 dossiers hebben we een administratieve procedure opgestart. 2 dossiers, waarvan 1 in procedure, werden eveneens naar het Parket verwezen.

In de loop van deze opdracht hebben we meerdere verklaringen gevonden voor de stijging van de uitgaven voor de raadplegingen van de huisartsen tussen 2017 en 2018:

- ✦ de conforme aanrekening van nog niet eerder aangerekende handelingen, gefaciliteerd door eFact;
- ✦ de programmatie van de software voor het beheer van het elektronisch medisch dossier, die zorgt voor een optimalisatie die niet conform de nomenclatuur is;
- ✦ de door eFact gefaciliteerde onrechtmatige aanrekening van handelingen die niet aan de ziekteverzekering kunnen worden aangerekend of die niet zijn uitgevoerd;
- ✦ de dubbele aanrekening (al dan niet opzettelijk) van dezelfde verstrekkingen als gevolg van het gebruik van verschillende facturatiecircuits (elektronisch en papier).

d) Bijkomende acties

Contact met de vertegenwoordigers van de softwarepakketten voor het beheer van het elektronisch medisch dossier

In de loop van deze nationale opdracht hebben we eveneens meerdere problemen vastgesteld in verband met de softwarepakketten voor het beheer van het elektronisch medisch dossier.

- ✦ Sommige softwarepakketten bevatten een automatische koppeling van verschillende soorten handelingen in het elektronisch medisch dossier, die kan leiden tot een foutieve aanrekening van verstrekkingen aan de ziekteverzekering.

- ✦ De software maakt het echter niet mogelijk om automatisch de volledige gegevens door te geven over de verstrekkingen die assistenten onder supervisie van hun stagemeeester hebben verricht. De 2 parallelle RIZIV-nummers (stagemeeester en assistent in opleiding) worden niet systematisch meegedeeld, hoewel er velden zijn opgenomen in de lay-out 'gezondheidszorg' en door NewAttest.
- ✦ De overdracht van de in de medische dossiers geregistreerde gegevens is niet mogelijk.

We hebben met name gewezen op de automatische maar onterechte koppeling van de volgende gegevens:

- ✦ het nomenclatuurnummer met het tijdstip van de handeling in het medisch dossier: de overdag uitgevoerde verstrekking wordt gecodeerd met de nachttoeslag wanneer de huisarts zijn dossier tussen 21 uur en 8 uur in orde brengt;
- ✦ alle acties in het dossier met een nomenclatuurnummer voor een raadpleging: de handeling voor het openen van het dossier tijdens een telefoongesprek wordt automatisch vertaald in een nomenclatuurnummer voor een raadpleging;
- ✦ het eerste contact van de verzekerde met het beheer van het globaal medisch dossier, zelfs indien de patiënt dit niet wenst.

We hebben contact opgenomen met de vertegenwoordigers van de desbetreffende softwarepakketten om de problemen te melden. We hebben hun gevraagd om bij de aanrekening van een verstrekking in de dossiers niet langer de handelingen systematisch te koppelen aan het tijdstip van de handelingen.

We hebben eveneens een brief gestuurd aan de vertegenwoordigers van alle gehomologeerde softwarepakketten met de vraag om de parallelle configuratie van de parameters van de stagemeeester en zijn assistenten te faciliteren. De configuratie van die parameters is zo complex (omdat ze meerdere handelingen vergt van de stagemeeesters en de assistenten), dat ze deze uiteindelijk niet doorvoeren.

Omzendbrief aan de verzekeringsinstellingen

We hebben de V.I.'s een omzendbrief gestuurd betreffende de dubbele aanrekeningen met een lijst van de vastgestelde overlappingen. We hebben hen verzocht deze verstrekkingen te regulariseren en hun primocontrole te versterken.

e) Voorstellen

We stellen de volgende acties voor:

- ✦ de herziening van de homologatiecriteria met betrekking tot de softwarepakketten;
- ✦ de systematische link leggen tussen de eID-leesgegevens tijdens elke contactverstrekking enerzijds en de facturatiegegevens anderzijds;
- ✦ via de primocontrole van de V.I.'s, de systematische controle van de terugbetaling in geval van dubbele aanrekening;
- ✦ de ontwikkeling van specifieke indicatoren voor de uitoefening van de huisartsgeneeskunde: overschrijding van deze indicatoren in de facturatiegegevens kan resulteren in een controleonderzoek.

2. Aanrekening van dringende raadplegingen en bezoeken door huisartsen

a) Oorsprong en doelstelling

Bij onze controleonderzoeken merken we regelmatig schendingen op van de aanrekeningsvoorwaarden voor dringende raadplegingen en bezoeken. De oorzaak van deze niet-conforme aanrekeningen kan zowel een probleem met de facturatiesoftware zijn, als onvoldoende kennis van de toepassingsregels of fraude.

Bij een analyse hadden we een stijging opgemerkt van 21 % van het aantal dringende verstrekkingen bij huisartsen in de periode van 2015 tot 2019. Dit was een budgettaire kost van 5.989.914,42 euro.

We wilden nagaan in welke mate de huisartsen bij een dringende consultatie of bezoek een dringendheidshonorarium aanrekenden in overeenstemming met de toepassingsregels. Vervolgens wilden we, in functie van de analyseresultaten, opvallend hoog aanrekendgedrag bijsturen aan de hand van een gerichte sensibiliseringsactie. Het was de bedoeling om huisartsen bewust te maken van de toepassingsregels van de nomenclatuur en van mogelijke facturatiefouten.

b) Methodologie

Per huisarts analyseerden we hoe vaak ze van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 een dringende raadpleging of bezoek hadden aangerekend. Voor elke huisarts maakten we de som van het aantal aanrekeningen van die nomenclatuurnummers. We bepaalden de mediaan en de statistische outliers.

Aan de hand van onze berekeningen onderscheidde we 2 groepen van outliers:

- ✦ te sensibiliseren groep: huisartsen met 349 tot en met 1.200 aangerekende dringende verstrekkingen. Deze groep werd via brief geïnformeerd over de regelgeving en hun aanrekendgedrag;
- ✦ te bevragen groep: huisartsen met meer dan 1.200 aangerekende dringende verstrekkingen. Deze groep werd eveneens via brief geïnformeerd over de regelgeving en hun aanrekendgedrag. Bijkomend stuurden we een vragenlijst om hun aanrekendgedrag te begrijpen.

Uit beide groepen excludeerden we de huisartsen waarvoor we ondertussen reeds een individueel controleonderzoek hadden opgestart voor de dringende aanrekeningen van 2019.

c) Resultaten

De mediane huisarts rekende in 2019 70 dringende verstrekkingen aan. 756 huisartsen waren outliers die tussen 349 en 12.493 dringende verstrekkingen per jaar hadden aangerekend. Samen vertegenwoordigden ze 6,2 % van de huisartsen en waren ze verantwoordelijk voor 36 % van de aangerekende dringende verstrekkingen in 2019.

684 van de 756 huisartsen hebben tussen 349 en 1.200 dringende verstrekkingen aangerekend voor naar schatting 6,5 miljoen euro (te sensibiliseren groep). Voor 20 van deze huisartsen liep reeds een controleonderzoek voor het aanrekenen van dringende verstrekkingen in 2019. Zij werden geëxcludeerd van onze sensibiliseringsactie.

72 van de 756 huisartsen hebben meer dan 1.200 dringende verstrekkingen aangerekend voor naar schatting 3 miljoen euro (te bevragen groep). Bij 17 van deze huisartsen waren we reeds een controleonderzoek begonnen. Ook zij werden geëxcludeerd van onze sensibiliseringsactie.

We kregen 135 reacties van de groep van 664 huisartsen van de te sensibiliseren groep. We ontvingen 52 antwoorden van de 55 huisartsen van de te bevragen groep.

De reacties waren uiteenlopend. We lazen vaak dat de huisartsen de timing van de sensibiliseringsactie (december 2021) als ongelukkig ervoeren. In de periode van de sensibiliseringsactie kende de COVID-19-epidemie een nieuwe golf.

Naast de ingevulde vragenlijsten waren er ook veel spontane reacties van huisartsen die vragen hadden of een verklaring wensten te geven voor de door hen aangerekende dringende verstrekkingen.

d) Impactmeting

Een jaar na de sensibiliseringsactie deden we opnieuw een analyse van het aantal aangerekende dringende verstrekkingen per huisarts. We beschikken nog niet over de volledige facturatiegegevens van 2022. Het gaat dus om voorlopige indicatieve resultaten.

De te sensibiliseren groep uit 2019 kunnen we in 2022 als volgt indelen.

- ✦ 519 huisartsen waren geen outlier meer.
- ✦ 152 huisartsen bleven in deze categorie.
- ✦ 13 huisartsen rekenden meer dan 1.200 dringende verstrekkingen aan en dus meer dan voor onze sensibiliseringsactie.

De te bevragen groep uit 2019 kunnen we in 2022 als volgt indelen.

- ✦ 41 huisartsen waren geen outlier meer.
- ✦ 18 huisartsen rekenden 349 tot en met 1.200 dringende verstrekkingen aan.
- ✦ 13 huisartsen bleven in deze categorie.

3. Aanrekening van dringende ambulante NMR's

a) Oorsprong en doelstelling

Er gelden bijkomende honoraria voor de aanrekening van dringende technische verstrekkingen die 's nachts of tijdens het weekend of op een feestdag worden uitgevoerd, overeenkomstig de daartoe vastgestelde voorwaarden in artikel 26 van de nomenclatuur. Voor de aanrekening van dringende ambulante NMR's gaat het om de nomenclatuurnummers 599572 en 599594.

In 2018 hebben we een nationaal controleonderzoek gevoerd over de aanrekening van deze urgentiesupplementen bij ambulante NMR's.³⁸ Door een impactmeting van deze actie, uitgevoerd in 2022, konden we 8 extreme outliers bij de ziekenhuizen detecteren, die bij meer dan 2,55 % van de aangerekende ambulante NMR's in 2019 een urgentiesupplement aanrekenden (de mediaan bedroeg slechts 0,236 %).

We hebben nu een nieuw controleonderzoek gevoerd om na te gaan of deze 8 ziekenhuizen de urgentiesupplementen hadden aangerekend volgens de voorwaarden uit de nomenclatuur.

³⁸ Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2019](#), p. 31-32.

b) Methodologie

We hebben de facturatiegegevens geanalyseerd voor de periode van 1 januari 2019 tot 18 januari 2022 (ontvangstdatum bij de V.I.'s) over de urgentiesupplementen 599572 en 599594 die bij ambulante NMR's waren aangerekend.³⁹

Na analyse van de gegevens hebben we contact opgenomen met de diensthoofden van de afdelingen radiologie van de ziekenhuizen: we hebben hen de lijst bezorgd van de urgentiesupplementen die het ziekenhuis bij ambulante NMR's aanrekenende tussen 6 augustus 2019 en 18 januari 2022 (gecontroleerde periode) en hebben hen gevraagd om de supplementen uit te lichten die werkelijk aan de dringende NMR's konden worden gelinkt en om ons het voorschrift en het protocol van die NMR's binnen een bepaalde termijn te bezorgen.

Op basis van de ontvangen antwoorden hebben we een proces-verbaal van vaststelling en een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling verzonden naar de maatschappelijke zetels van de ziekenhuizen die urgentiesupplementen hebben aangerekend die niet aan de bepalingen van artikel 26 van de nomenclatuur voldeden.

c) Resultaten

Eén ziekenhuis had sinds juni 2019, dus al vóór aanvang van de controleperiode, nog amper urgentiesupplementen bij ambulante NMR's aangerekend. We hebben dit ziekenhuis van het controleonderzoek uitgesloten.

Geen van de 7 gecontacteerde ziekenhuizen heeft in de lijst die we hen hebben toegestuurd, supplementen opgemerkt die aan dringende NMR's konden worden gelinkt. Sommige ziekenhuizen hebben ons uitgelegd dat hun facturatieprogramma automatisch en per vergissing een urgentiesupplement had aangerekend voor NMR's die in het weekend of na 18 uur waren uitgevoerd.

Alle ten laste gelegde supplementen waren dus niet-conform, omdat ze bij niet-dringende NMR's waren aangerekend en niet voldeden aan de voorwaarden van artikel 26 van de nomenclatuur. We hebben een totaalbedrag van 934.289,27 euro ten laste gelegd, dat de ziekenhuizen volledig en vrijwillig hebben terugbetaald.

We hebben een administratieve procedure ingeleid voor 2 ziekenhuizen die in 2019 reeds een proces-verbaal van vaststelling hadden ontvangen voor urgentiesupplementen die ze bij niet-dringende NMR's hadden aangerekend en die deze supplementen sindsdien onterecht zijn blijven aanrekenen.

d) Bijkomende acties

In 2022 hebben we een voorstel bij de NRKP ingediend voor een indicator van manifeste afwijking van goede medische praktijk met betrekking tot deze urgentiesupplementen. De indicator werd goedgekeurd en in 2023 in het Belgisch Staatsblad bekendgemaakt. We hebben alle ziekenhuizen die in 2022 NMR-onderzoeken uitvoerden, hiervan op de hoogte gebracht via een sensibiliseringsbrief en een bericht op de website van het RIZIV.⁴⁰

³⁹ Meer bepaald de verstrekkingen die aan de ziekteverzekering zijn aangerekend met de nomenclatuur-nummers 459491 (NMR van de cervicale wervelzuil), 459395 (NMR van het hoofd), 459513 (NMR van een lidmaat), 457936 (NMR van de lumbosacrale wervelzuil), 457914 (NMR van de thoracale wervelzuil), 457951 (NMR van de volledige wervelzuil of een combinatie van 2 NMR's van de cervicale, thoracale of lumbosacrale wervelzuil).

⁴⁰ Zie "Appropriate care – [Informatie over nieuwe indicatoren](#)", p. 42.

4. Aanrekening van medische beeldvorming van de wervelzuil

a) Oorsprong en doelstelling

We kregen van 2 patiënten meldingen over het uitvoeren van CT en NMR wervelzuil in 2 verschillende ziekenhuizen. Volgens die patiënten zouden beide ziekenhuizen geëist hebben dat een NMR van meerdere delen van de wervelzuil in meerdere tijden zou worden uitgevoerd, omdat het RIZIV strenge regels zou hebben opgelegd. Dit laatste is niet correct: het RIZIV voorziet geen opsplitsing van deze NMR's in de toepassingsregels van de nomenclatuur.

Sinds 1 december 2018 zijn er 3 specifieke nomenclatuurnummers van toepassing voor de CT's of NMR's van de 3 delen van de wervelzuil, namelijk cervicaal, thoracaal en lumbosacraal.⁴¹ Daarnaast kunnen zorgverleners ook een nomenclatuurnummer aanrekenen voor de volledige wervelzuil of voor een combinatie van de verschillende delen van de wervelzuil.⁴² Er is een beperking op het combineren van deze 4 nomenclatuurnummers binnen de maand. In dat geval moet er een motivering opgenomen zijn in het medisch dossier.

We wilden nagaan of ziekenhuizen ambulante CT- of NMR-onderzoeken systematisch opsplitsen in meerdere sessies (fractionering), om zo hun aanrekeningen te optimaliseren.

b) Methodologie

We analyseerden facturatiegegevens voor de nomenclatuurnummers van de wervelzuil in boekhoudkundige periode 2019 tot en met 2021. Meer bepaald onderzochten we de aanrekening van:

- ✦ ambulante CT wervelzuil met nomenclatuurnummers 458850, 457855, 457870, 457892;
- ✦ ambulante NMR wervelzuil met nomenclatuurnummers 459491, 457914, 457936, 457951.

We gingen na of er binnen de 30 dagen en binnen de 90 dagen na aanrekening van de eerste CT of NMR aanrekeningen waren van bijkomende CT's of NMR's. Deze analyse voerden we uit bij 100 ziekenhuizen met geregistreerde CT-toestellen en 87 ziekenhuizen met geregistreerde NMR-toestellen.

c) Resultaten

We vonden geen aanwijzingen voor fractionering van ambulante CT- of NMR-onderzoeken van de wervelzuil. Ziekenhuizen splitsen ambulante CT- of NMR-onderzoeken niet systematisch op in meerdere sessies.

d) Bijkomende acties

We zagen daarentegen dat er 13 ziekenhuizen waren die de nieuwe nomenclatuurnummers helemaal niet aanrekenden voor CT en/of NMR. Deze 13 ziekenhuizen rekenden uitsluitend de 'oude' nomenclatuurnummers aan. Sinds 1 december 2018 zijn deze nomenclatuurnummers enkel geldig voor onderzoeken van de cervicale wervelzuil en niet meer voor de andere delen. Deze ziekenhuizen hadden hun facturatiesysteem dus hoogstwaarschijnlijk niet aanpast aan de nomenclatuurswijziging van 2018. Het gebruik van de 'oude', reeds bestaande nummers had voor deze 13 ziekenhuizen geen

⁴¹ De nomenclatuurnummers voor de CT's zijn 458850 (cervicale gedeelte), 457855 (thoracale gedeelte) en 457870 (lumbosacrale gedeelte). Voor de NMR's zijn ze 459491 (cervicale gedeelte), 457914 (thoracale gedeelte) en 457936 (lumbosacrale gedeelte).

⁴² De nomenclatuurnummers zijn 457892 voor de CT's en 457951 voor de NMR's.

financiële gevolgen omdat de vergoeding hiervoor gelijk is aan de vergoeding voor de nieuwe nummers. Daarom hebben we beslist om ons te beperken tot een sensibiliseringsactie.

We stuurden sensibiliseringsbrieven naar elk van de 13 ziekenhuizen die de nieuwe nomenclaturnummers nog niet gebruikten: naar de beheerder, de hoofdgeneesheer en het diensthoofd medische beeldvorming. We hebben hen gevraagd om de aanrekeningen na te kijken en hun facturatiesysteem aan te passen, indien dit sinds 2019 nog niet gebeurd zou zijn.

5. Aanrekening van het PET-forfait

a) Oorsprong en doelstelling

PET of Positron Emissie Tomografie is een geavanceerde techniek in de nucleaire beeldvorming. 85 % van de onderzoeken gebeurt in het kader van diagnose en follow-up van kanker. Tijdens het onderzoek, dat meestal ambulante gebeurt, wordt een radio-isotoop (ook wel tracer genoemd) ingespoten. Kankercellen capteren dit meer dan normale cellen, het PET-toestel detecteert dit fenomeen.

PET-toestellen vallen onder de ‘zware medische apparatuur’ van ziekenhuizen. Ze zijn geprogrammeerd en gefinancierd door de overheid. Momenteel zijn er 24 erkende PET-centra. De programmering wordt voorafgegaan door een overleg tussen de federale overheid en de gemeenschappen: de overeenkomst verschijnt als ‘Protocolakkoord beeldvorming’⁴³ in het Belgisch Staatsblad.

Voor een PET-onderzoek kan de nuclearist naast het honorarium (voorzien in artikel 18, §2, van de nomenclatuur) een forfait aanrekenen voor het radio-isotoop.⁴⁴ Dit forfait met pseudocodenummer 747913-747924 bedraagt 162,15 euro op 1 januari 2022. Er is een plafond op het aantal terugbetaalde forfaits, met name 3.400 per jaar voor algemene ziekenhuizen en 4.600 per jaar voor universitaire ziekenhuizen. Deze degressieve terugbetaling beoogt overconsumptie tegen te gaan, zoals bepaald in het Protocolakkoord.

Uit een risicoanalyse van de aanrekening en doelmatigheid van PET-verstrekkingen bleek dat sommige PET-centra dit plafond overschreden. We hebben dus beslist om een nationaal controleonderzoek te voeren. De bedoeling is na te gaan of de ziekenhuizen de opgelegde quota van PET-forfaits respecteerden.

b) Methodologie

We hebben facturatiegegevens geanalyseerd van 2019 tot en met 2021. We berekenden het aantal forfaits per PET-centrum per jaar en vergeleken dit met het quotum waarop het centrum recht had. Vervolgens berekenden we de overschrijding en het onverschuldigde bedrag dat ermee gepaard ging. Bij 2 instellingen namen we een verhoor af, vooral om informatie te krijgen over het dossier.

We openden een controledossier voor de centra die hun quotum voor PET-forfaits overschreden. We stelden een proces-verbaal van vaststelling op en verstuurd een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling.

⁴³ Protocolakkoord van 24 februari 2014 inzake de medische beeldvorming.

⁴⁴ K.B. van 16 december 2015 tot wijziging van het K.B. van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten.

c) Resultaten

12 van de 24 erkende PET-centra overschreden het quotum in 2019 en/of 2020 en/of 2021.

De overschrijding tijdens de 3 onderzochte jaren samen varieert van 37 tot 7.846 forfaits per centrum. De daaraan gekoppelde onterechte vergoeding varieert van 5.959,96 euro tot 1.254.278,06 euro. 4 centra geïdentificeerd als 'outliers' situeren zich boven 500.000 euro. Deze outliers bevinden zich in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en in de provincie Luik.

Het totale onterecht aangerekende bedrag voor de 12 centra samen bedraagt 4.178.980,96 euro. Alle PET-centra betaalden de ten laste gelegde forfaits vrijwillig terug.

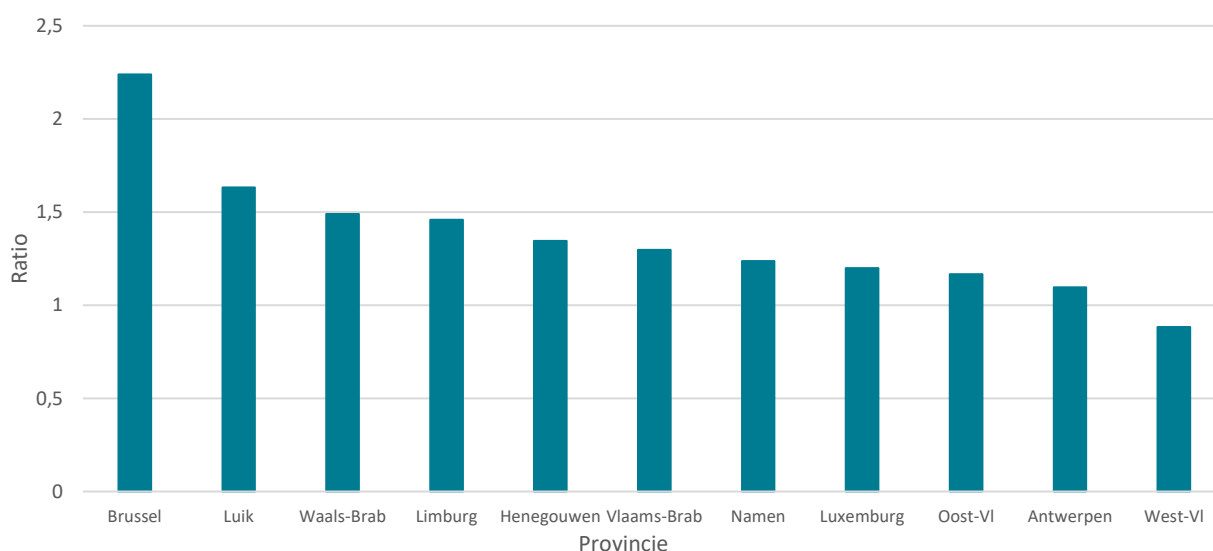
d) Bijkomende acties

Bijkomend evalueerden we de doelmatigheid van PET-onderzoeken door per provincie⁴⁵ het aantal onderzoeken per 100.000 verzekerden te berekenen.⁴⁶ Dat koppelden we aan de kankerincidentie. Zo komen we tot volgende ratio:

$$\text{per provincie: } \frac{\text{aantal PET-onderzoeken per 100.000 verzekerden}}{\text{kankerincidentie per 100.000 inwoners}}$$

De kankerincidentie⁴⁷ (de noemer) gaat over het aantal nieuwe kankerdiagnosen per jaar en is gebaseerd op de woonplaats van de verzekerde. Het aantal PET-onderzoeken per 100.000 verzekerden (de teller) is ook berekend op de woonplaats van de verzekerde (en niet op de plaats waar het onderzoek gebeurde). De methode laat toe om cijfers van verschillende provincies te vergelijken.

De resultaten zijn weergegeven in onderstaande figuur. Er zijn grote verschillen tussen de provincies. Bij inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (ratio 2,2) gebeuren er bijvoorbeeld ruim tweemaal zoveel PET-onderzoeken als bij inwoners van West-Vlaanderen (ratio 0,9).



Figuur 15. evaluatie doelmatigheid PET-onderzoeken in 2020 per provincie per 100.000 verzekerden

⁴⁵ 'Provincie Brussel' stemt overeen met Brussels hoofdstedelijk gewest.

⁴⁶ Enkel de PET-onderzoeken voor oncologische en weesindicaties werden weerhouden.

⁴⁷ Bron: Kankerregister.

De hoogste consumptie van het land treffen we aan bij inwoners van de provincie Luik en van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Daar zijn ook de 4 outliercentra gelegen die hun quotum sterk overschreden. De bedoeling van dit quotum is om overconsumptie tegen te gaan, zoals bepaald in het Protocolakkoord. We verwachten dan ook dat het gevoerde controleonderzoek zal leiden tot het beter respecteren van het quotum en bijkomend een gunstig effect zal hebben op de doelmatigheid.

6. Niet-conform aanrekenen van lumbale punctie bij antalgische infiltraties

a) Oorsprong en doelstelling

Bij een lumbale punctie (nomenclatuurnummer 355493) prikt men de subarachnoïdale ruimte aan ter hoogte van de lendenwervels. Vervolgens neemt men wat cerebrospinaal vocht af. Aanleiding is bijvoorbeeld het vermoeden van hersenvliesontsteking of multiple sclerose. Het afgenomen vocht wordt dan in het laboratorium geanalyseerd.

In een eerder onderzoek merkten we in enkele radiologieverslagen dat sommige radiologen onterecht een lumbale punctie aanrekenden terwijl ze een antalgische ('pijnverlichtende') infiltratie voor lage rugpijn hadden uitgevoerd. Een antalgische infiltratie is een andere techniek dan een lumbale punctie. De naald wordt niet in de subarachnoïdale ruimte gebracht, maar in de epidurale. Daar wordt dan een verdovingsmiddel en ontstekingsremmer (cortisone) ingespoten.

In dit onderzoek controleerden we voor alle de ziekenhuizen of ze lumbale puncties correct aanrekenden. De onterecht aangerekende bedragen legden we ten laste.

b) Methodologie

We concentreerden ons op de radiologen bij de ziekenhuizen met het hoogste risico op oneigenlijke aanrekening van lumbale puncties. Zoals vermeld neemt men bij een lumbale punctie meestal cerebrospinaal vocht af voor onderzoek in een laboratorium. Daarom berekenden we per ziekenhuis het aantal lumbale puncties die niet gepaard gingen met een laboratoriumonderzoek; in die gevallen gaat het vermoedelijk over niet-conforme aanrekeningen. De onderzochte facturatiegegevens gingen over de periode van 1 juni 2019 tot 31 december 2021 (ontvangstdatum bij de V.I.'s). We startten een diepgaander onderzoek als het bedrag voor niet-conforme puncties boven 18.000 euro lag.

We namen vervolgens contact op met de afdelingshoofden radiologie en bij bevestiging van non-conformiteit stelden we een proces-verbaal van vaststelling op. Indien nodig organiseerden we een verhoor.

c) Resultaten

Uit de analyse van de facturatiegegevens bleek dat 8 ziekenhuizen lumbale puncties aanrekenden boven de vooraf vastgelegde cut-off van 18.000 euro, zonder gelijktijdig laboratoriumonderzoek van cerebrospinale vloeistof.

We namen contact op met het afdelingshoofd radiologie. In 2 gevallen deden we een verhoor. Alle 8 ziekenhuizen bevestigden dat het om antalgische infiltraties ging voor rugpijn en dat er geen echte lumbale punctie was verricht.

- ✦ Bij 7 ziekenhuizen ging het over ‘klassieke’ antalginische infiltraties volgens de interlaminare techniek;
- ✦ 1 ziekenhuis gebruikte een meer geavanceerde infiltratietechniek, namelijk de transforaminale. Hiervoor bestaat een specifiek nomenclatuurnummer met een hogere terugbetaling, dat het ziekenhuis niet had gebruikt. We adviseerden dit ziekenhuis om de aanrekeningen te regulariseren bij de V.I.’s.

We stuurden een proces-verbaal van vaststelling met uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling naar de 7 ziekenhuizen die lumbale puncties rekenden aan terwijl ze in werkelijkheid antalginische interlaminare infiltraties hadden uitgevoerd. Ze betaalden het ontorechte bedrag volledig terug. In totaal ging het over 13.424 verstrekkingen voor een bedrag van 440.438,07 euro.

d) Bijkomende acties

Tijdens de voorafgaande data-analyse merkten we dat ook 3 fysiotherapeuten lumbale puncties aanrekenden terwijl ze in werkelijkheid antalginische infiltraties uitvoerden. Hiervoor startten we een individueel controleonderzoek op of voegden we de vaststelling toe aan een reeds lopend onderzoek. Het ten laste gelegde bedrag voor deze 3 fysiotherapeuten samen bedroeg 90.377,13 euro.

7. Ontorechte aanrekening van Rezum-ingreep als TURP

a) Oorsprong en doelstelling

Benigne prostaathyperplasie kan aanleiding geven tot obstructieve plasklachten. Naast een medicamenteuze behandeling bestaan er verschillende andere behandelmogelijkheden, waaronder volgende 4 transurethrale methodes:

- ✦ transurethrale resectie van de prostaat (TURP): resectie van prostaatweefsel;
- ✦ laserenucleatie en laservaporisatie: enucleatie of vaporisatie van het prostaatweefsel met behulp van een laser;
- ✦ Rezum-ingreep: injectie van waterdamp in de prostaat, waarbij over het verloop van 1 tot 3 maanden het prostaatvolume afneemt door weefselnecrose. Er vindt hier dus geen resectie plaats.

Voor een TURP bestaat er een specifiek nomenclatuurnummer, dat dankzij een interpretatieregule ook gebruikt mag worden voor een laserenucleatie of laservaporisatie. Voor deze procedures voorziet de ziekteverzekering specifieke pseudocodenummers voor het bijhorende materiaal.

Sinds 1 september 2021 wordt het materiaal gebruikt tijdens een Rezum-ingreep terugbetaald door de ziekteverzekering, maar voor de Rezum-procedure zelf bestaat geen nomenclatuurnummer.

We vernamen dat sommige urologen een Rezum-ingreep aanrekenden met het nomenclatuurnummer voor een TURP. Omdat er bij deze ingreep helemaal geen resectie van prostaatweefsel gebeurt en evenmin gebruik wordt gemaakt van een laser, is dit een niet-conforme aanrekening ten nadele van de ziekteverzekering.

We gingen na welke ziekenhuizen effectief ten onrechte een TURP hebben aangerekend bij het uitvoeren van een Rezum-ingreep in de uitvoeringsperiode van 1 januari 2020 tot 31 juli 2022 om het onverschuldigde bedrag te recupereren.

b) Methodologie

Eerst detecteerden we indirect de ziekenhuizen die een Rezum-ingreep uitvoerden door na te gaan welke ziekenhuizen Rezum-materiaal aanrekenden in de periode van 1 september 2021⁴⁸ tot 31 juli 2022. We bekeken vervolgens of deze 10 ziekenhuizen voor deze patiënten een TURP aanrekenden.

Dit bleek voor 9 ziekenhuizen het geval.

- ✦ 5 ziekenhuizen startten met het aanrekenen van het Rezum-materiaal meer dan 5 maanden na het in voege treden van de terugbetaling ervan. We gingen er bijgevolg van uit dat deze 5 ziekenhuizen geen Rezum-verstrekingen hadden uitgevoerd vóór 1 september 2021. Het onverschuldigde bedrag lag lager dan de afgesproken cut-off voor een proces-verbaal van vaststelling (10.000 euro).
- ✦ 4 ziekenhuizen rekenden al vanaf september 2021 Rezum-materiaal aan en werden weerhouden voor het controleonderzoek voor de periode vóór 1 september 2021. Het onverschuldigde bedrag lag voor elk van deze ziekenhuizen reeds boven de afgesproken cut-off.

In een tweede fase vroegen we de aanrekening op van de anatomopathologische onderzoeken van de patiënten voor wie in de uitvoeringsperiode van 1 januari 2020 tot en met 31 juli 2022 een TURP werd aangerekend. Omdat er bij Rezum-ingrepen geen weefsel wordt gereceerd, is het onmogelijk het te laten ontleden en om er een anatomopathologisch onderzoek voor aan te rekenen.

Uit de verhoren bij de reeds weerhouden 4 ziekenhuizen, bleek dat er nog een vijfde ziekenhuis was dat Rezum-ingrepen uitvoerde van bij de uitrol ervan in België, maar niet in onze lijst voorkwam. Dit ziekenhuis had het Rezum-materiaal bij vergissing nooit aangerekend, waardoor dit ziekenhuis aan onze selectie was ontsnapt. Dit ziekenhuis werd ook in de tweede fase van het controleonderzoek opgenomen.

c) Resultaten

Via analyse van de facturatiegegevens van de 5 ziekenhuizen, vonden we 586 TURP's zonder een anatomopathologisch onderzoek in de uitvoeringsperiode 1 januari 2020 tot 31 juli 2022. 90,3 % (529/586) van de als TURP aangerekende verstrekkingen zonder begeleidend anatomopathologisch onderzoek waren eigenlijk Rezum-ingrepen. De overige 57 aanrekeningen waren conforme aanrekeningen van een TURP of niet-conforme aanrekeningen van een TURP terwijl een andere interventie werd uitgevoerd zoals een cystoscopie of een blaashalsincisie.

We stuurden de processen-verbaal van vaststelling naar de 5 ziekenhuizen voor een totaal bedrag van 340.401,85 euro. Bijkomend vroegen we deze ziekenhuizen per brief om de Rezum-ingrepen die niet opgenomen waren in het proces-verbaal van vaststelling (wegens uitgevoerd na juli 2022 of laattijdig aangerekend) te regulariseren via de V.I.'s.

1 ziekenhuis betaalde 32.775,74 euro vrijwillig terug en 4 ziekenhuizen weigerden terug te betalen. Voor deze 4 ziekenhuizen hebben we een procedure opgestart.

⁴⁸ Terugbetaling van Rezum-materiaal mogelijk vanaf 1 september 2021.

d) Bijkomende acties

We verstuurden een sensibiliseringsbrief naar alle ziekenhuizen die geen proces-verbaal van vaststelling hadden ontvangen. We informeerden hen dat ze het nomenclatuurnummer 261553-261564 (TURP) niet mogen aanrekenen voor een Rezum-ingreep. We vroegen hen om na te kijken of de urologen ten onrechte Rezum-ingrepen aanrekenden en, indien dit het geval was, de onterechte aanrekeningen (zowel de verstrekking als de bijhorende anesthesie) te regulariseren via de V.I.'s.

Hoewel geen antwoord werd gevraagd, hebben we enkele reacties ontvangen.

- ✦ 11 ziekenhuizen lieten weten dat ze geen Rezum-ingrepen uitvoerden.
- ✦ 6 ziekenhuizen informeerden ons dat ze de nodige stappen ter regularisatie hadden gezet, wat betekent dat ze dus onterecht TURP's hadden aangerekend.
- ✦ 1 ziekenhuis bleek niet onmiddellijk bereid een regularisatie uit te voeren, gaf hierbij een aantal argumenten aan en vroeg om bijkomende toelichting. Na het toesturen van een uitgebreid antwoord, besloot dit ziekenhuis alsnog over te gaan tot regularisatie.
- ✦ 1 ziekenhuis weigerde resoluut in te gaan op de vraag tot regularisatie en gaf exact dezelfde argumenten als de 4 ziekenhuizen die de vrijwillige terugbetaling weigerden.

e) Voorstellen

We stelden vast dat ziekenhuizen voor de Rezum-ingreep en voor andere transurethrale interventies (zoals TURP of TUR-blaas) operatieve hulp aanrekenen terwijl deze ingrepen (met uitzondering van de therapeutische ureteroscopieën) zich helemaal niet lenen tot het verstrekken van operatieve hulp.

Bijgevolg zullen we een aanvraag indienen bij de TGR om dit niet langer mogelijk te maken. Enkel voor artsen-specialisten in opleiding zou een uitzondering kunnen worden voorzien, naar analogie met een gelijkaardige regel voor stomatologen en oftalmologen in opleiding.

We hebben ook meer samenwerking aangeraden tussen de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (CTIIMH) en de TGR, zodat het in de toekomst minder vaak voorkomt dat:

- ✦ de TGR een nomenclatuurnummer voor een medische verstrekking ontwikkelt terwijl er geen terugbetaling is voorzien voor het materiaal;
- ✦ de CTIIMH terugbetaling voorziet van medisch materiaal terwijl er geen nomenclatuurnummer bestaat voor de bijhorende medische verstrekking.

8. Upcoding bij appendectomie

a) Oorsprong en doelstelling

In 2007 publiceerde het Belgisch Staatsblad het nieuwe nomenclatuurnummer 244871-244882 N400 voor een "appendectomie met noodzakelijke resectie van de caecumbodem" (hier afgekort als app*). De TGR voorzag een maximum van 230 verstrekkingen per jaar. We stelden echter een extreme overschrijding vast van het voorziene aantal ingrepen (jaarlijks meer dan 2.000 verstrekkingen) met uiteraard een uitgesproken overschrijding van het voorziene budget. Tegelijkertijd signaleerde één van de V.I.'s een hoog aantal aanrekeningen van dit nomenclatuurnummer in West-Vlaanderen.

In dit nationaal onderzoek wilden we nagaan of zorgverleners deze verstrekking onterecht aanrekenden terwijl ze in werkelijkheid een eenvoudige appendectomie uitvoerden ('upcoding').

b) Methodologie

We berekenden per ziekenhuis de verhouding van het aantal aangerekende app* op het totaal aantal uitgevoerde appendectomieën tijdens de verstrekkingperiode van 1 juni 2018 tot 31 mei 2021. Zo wilden we de ziekenhuizen detecteren die vaker een app* aanrekenden voor een appendectomie ten opzichte van de andere ziekenhuizen in België. We bepaalden het gemiddelde en de mediaan voor geheel België.

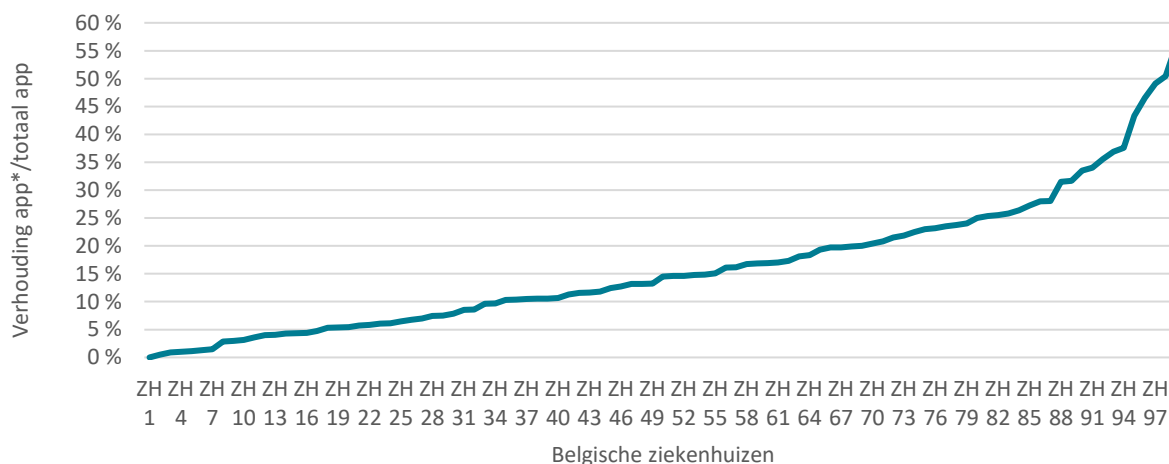
Om de hypothese van upcoding te kunnen bevestigen, vroegen we in ziekenhuizen waarbij de chirurgen een zeer hoog aantal appendectomieën als app* aanrekenden, voor alle ingrepen op de appendix:

- ✦ de operatieverslagen;
- ✦ de materiaalvoorschriften;
- ✦ de verslagen van de pathologen.

c) Resultaten

De gemiddeld aantal app* op het totaal aantal uitgevoerde appendectomieën bedroeg voor gans België 16,17 %. De mediaan lag op 14,52 %.

We zagen een uitgesproken variatie in de verhouding tussen het aantal aangerekende app* op het totaal aantal uitgevoerde appendectomieën, gaande van 0 % tot meer dan 55 %, naargelang het ziekenhuis.



Figuur 16. Percentage van aangerekende app* op het totaal aantal appendectomieën (app) binnen de Belgische ziekenhuizen tijdens de verstrekkingperiode van 1 juni 2018 tot 31 mei 2021

In de opgevraagde verslagen van de chirurgen werd zelden een duidelijke reden opgegeven die de noodzakelijkheid van de caecumbodemresectie kon aantonen. Ook bij de wegname van een normale of licht ontstoken appendix of bij resectie van een appendix waarvan enkel de top ontstoken bleek, rekenden sommige chirurgen een app* aan. Vaak werd zelfs expliciet het doornemen van de appendiculaire stomp vermeld zonder evidentie van een caecumbodemresectie. In bijna alle gevallen gebeurde de appendiculaire resectie bij aanrekening van app* met behulp van een staplerapparaat. De staplerlengte liet niet altijd toe een caecumbodemresectie uit te voeren. De pathologen maakten eerder uitzonderlijk melding van de aanwezigheid van een caecumbodem bij de macroscopische en microscopische beschrijving van het resectiespecimen. We merkten soms een opvallende discrepantie tussen de verslagen van de chirurgen en de pathologen.

De grote variatie tussen de ziekenhuizen en de analyse van de verslagen bevestigden ons vermoeden: vele chirurgen rekenen onterecht een app* aan terwijl er geen resectie van de caecumbodem plaatsvond of er geen noodzakelijkheid bestond om deze weg te nemen.

Deze niet-conforme aanrekening heeft een belangrijke impact op de uitgaven voor de ziekteverzekering:

- ✦ hogere verloning van de chirurg en de eventuele operatieve hulp;
- ✦ hogere verloning van de anesthesist;
- ✦ hoger materiaalforfait (een belangrijke reden voor upcoding).

Wanneer de interventie binnen het systeem van laag variabele zorg valt, is er enkel een hoger materiaalforfait gezien de vergoeding voor een eenvoudige appendectomie en een app* binnen het systeem van laag variabele zorg identiek is.

Voor de patiënt is de tussenkomst voor het materiaal bij een app* groter dan bij een eenvoudige appendectomie. Indien de patiënt bovendien kiest voor een éénpersoonskamer, dan is ook het honorariumsupplement hoger bij een app* dan bij een eenvoudige appendectomie.

d) Bijkomende acties

Controleonderzoek

Methodologie

We hebben een controleonderzoek gevoerd voor de ziekenhuizen die in de verstrekkingperiode van 1 juni 2018 tot 31 mei 2021 bij meer dan 20 % van de appendectomieën een app* aanrekenden en hiermee de mediaan ruimschoots overschreden. De cut-off om een proces-verbaal van vaststelling te stellen was 10.000 euro per ziekenhuis.

We berekenden het onverschuldigde bedrag voor de ingreep en voor de aangerekende materiaalforfaiten.

- ✦ Bij de berekening van het onverschuldigde bedrag voor de ingreep (appendectomie en anesthesie) werd rekening gehouden met de verhouding van het aantal ingrepen uitgevoerd binnen en buiten het systeem van laag variabel zorg. De kost van de ingrepen die ervoor zorgden dat meer dan 20 % van de appendectomieën als app* werd aangerekend, werden herleid tot de kost van een eenvoudige appendectomie. Omdat tijdens de verstrekkingperiode de honoraria werden aangepast, werkten we met gemiddelde bedragen;
- ✦ Bij de berekening van het aantal onterecht aangerekende materiaalforfaiten dienden we geen rekening te houden met laag variabele zorg. We berekenden de gemiddelde kostprijs van het materiaal gebruikt bij een eenvoudige appendectomie en bij een app* om zo de verschilregel te kunnen toepassen wanneer meer dan 20 % van de appendectomieën als app* werd aangerekend.

Resultaten

We hebben een proces-verbaal van vaststelling gestuurd naar 22 ziekenhuizen voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 1.027.623 euro.

20 ziekenhuizen betaalden onmiddellijk vrijwillig terug voor een totaal bedrag van 907.957,29 euro.

We hebben een procedure opgestart voor de 2 ziekenhuizen die de tenlastelegging contesteerden. Eén van de ziekenhuizen betaalde vrijwillig 40.726,72 euro terug vóór de start van de procedure.

Sensibiliseringsactie

We hebben een sensibiliseringsbrief gestuurd naar alle ziekenhuizen. We informeerden hen over deze nationale opdracht zodat we misbruik in de toekomst kunnen vermijden of beperken.

9. Afwijkende aanrekeningen in ziekenhuizen

a) Oorsprong en doelstelling

De manuele invoer in de ziekenhuizen van (farmaceutische en medische) verstrekkingen die aan de ziekteverzekering worden aangerekend, leidt tot verschillende fouten. Het doel van ons controleonderzoek is om na te gaan of invoerfouten hebben geleid tot de vergoeding van niet-verleende verstrekkingen door de ziekteverzekering, voor gehospitaliseerde of ambulante patiënten.

Om de invoerfouten op te sporen, hebben we de aanrekeningen opgezocht die als 'afwijkend' worden beschouwd qua hoeveelheid of vergoed bedrag, d.w.z. dat ze significant afwijken van de gemiddelden op nationaal niveau. Het gaat om een routinecontrole die de DGEC al enkele jaren uitvoert.

b) Methodologie

We hebben de facturatiegegevens van alle ziekenhuizen geanalyseerd voor de geneesmiddelen en de medische verstrekkingen voor de periode van 1 januari 2018 tot 31 mei 2022 (ontvangstdatum bij de V.I.'s). De exacte periode verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis. Vanwege de COVID-19-crisis in 2020 werden sommige dossiers van controleonderzoeken immers uitgesteld om het werk van de ziekenhuizen niet te verstoren.

Voor elke verstrekking hebben we het gemiddelde genomen van de hoeveelheid en het bedrag dat door alle ziekenhuizen werd aangerekend. Vervolgens vergeleken we de facturielijnen (absolute waarden) met deze gemiddelden om de afwijkende aanrekeningen (extreme outliers) op te sporen. We stelden de cut-off in op:

- ✦ een verschil van 2 standaardafwijkingen (de 2 % meest extreme waarden);
- ✦ een totaal aanrekeningsbedrag voor alle afwijkende verstrekkingen van meer dan 10.000 euro per ziekenhuis.

Vervolgens hebben we contact opgenomen met de ziekenhuizen waarbij afwijkende aanrekeningen zijn geïdentificeerd om te bevestigen dat het inderdaad om facturatiefouten ging.

We hebben de ontbrekende aanrekening van de ziekteverzekering aangerekende bedragen voor de niet-geleverde verstrekkingen ten laste gelegd, in een proces-verbaal van vaststelling vergezeld van een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling.

c) Resultaten

We hebben bij 15 ziekenhuizen afwijkende aanrekeningen opgespoord. Bij 14 ziekenhuizen waren de opgespoorde verstrekkingen farmaceutisch. Bij één ziekenhuis ging het om verschillende medische verstrekkingen.

We hebben ons controleonderzoek bij 10 ziekenhuizen afgesloten zonder een proces-verbaal op te stellen, omdat er intussen correcties waren aangebracht.

We hebben dus voor 5 ziekenhuizen processen-verbaal van vaststelling opgesteld. Voor 4 van hen ging het om invoerfouten met betrekking tot de hoeveelheid geneesmiddelen. In het laatste ziekenhuis waren er voor 6.168 verzekerden verstrekkingen dubbel of drievoudig aangerekend. Het ging vooral om ambulante verstrekkingen, die door het ziekenhuis 2 of 3 keer voor eenzelfde zorgverlener waren aangerekend op dezelfde datum en voor eenzelfde verzekerde.

Het totale bedrag dat aan het einde van het controleonderzoek ten laste werd gelegd, bedroeg 784.216,79 euro en werd volledig terugbetaald door de ziekenhuizen. We hebben geen administratieve procedure ingeleid.

Dit resultaat bevestigt de noodzaak om dit type controle in de toekomst op regelmatige basis voort te zetten.

10. Aanrekening van de nomenclatuurnummer voor 8 zittingen cryotherapie

a) Oorsprong en doelstelling

Artsen kunnen wratten en andere kleine, goedaardige huidletsels behandelen met cryotherapie (therapie door middel van bevriezing). Meestal zijn enkele zittingen met een interval van 1 à 2 weken nodig totdat het huidletsel volledig verdwenen is. Het komt zelden voor dat meer dan 8 zittingen cryotherapie nodig zijn.

De nomenclatuur voorziet 2 nomenclatuurnummers voor cryotherapie:

- ✦ 353194-353205 voor de aanrekening per zitting;
- ✦ 353216-353220 voor de aanrekening van minstens 8 zittingen cryotherapie (hierna genoemd: 8 zittingen cryotherapie).

Uit controleonderzoeken blijkt dat sommige artsen het nomenclatuurnummer voor 8 zittingen cryotherapie niet conform aanrekenen. We hebben beslist om de artsen die dit nomenclatuurnummer in 2021 niet correct aanrekenen te sensibiliseren.

b) Analyse en sensibiliseringsactie

Uit analyse van de facturatiegegevens blijkt dat de ziekteverzekering in 2021 ruim 530.000 euro terugbetaalde voor het nomenclatuurnummer voor 8 zittingen cryotherapie. We zien dat een kleine groep artsen dit nomenclatuurnummer veel meer aanrekenen dan hun collega's.

Op basis van facturatiegegevens hebben we 11 zorgverleners geïdentificeerd (6 dermatologen en 5 huisartsen) waarvoor de kans reëel is dat ze het nomenclatuurnummer voor 8 zittingen cryotherapie niet conform aanrekenen. Ze waren in 2021 verantwoordelijk voor 39 % van de uitgaven voor het nomenclatuurnummer voor 8 zittingen cryotherapie.

Ze rekenden het nomenclatuurnummer voor 8 zittingen cryotherapie in 2021 tussen de 94 en de 1.039 keer aan. Dit is veel meer dan hun collega's, aangezien de mediaan op 2 aanrekeningen ligt en de outliergrens op 16.

We hebben deze 11 artsen een sensibiliseringsbrief gestuurd om hen te wijzen op hun opvallende positie en om het correcte gebruik van de nomenclatuurnummers voor cryotherapie te verduidelijken.

c) Voorstellen

We hebben aan de TGR gevraagd om het nomenclatuurnummer voor 8 zittingen cryotherapie te schrappen. Het is immers niet eenvoudig dit nummer correct aan te rekenen omdat men bij de start van de behandeling niet weet hoeveel zittingen nodig zullen zijn om een letsel volledig te behandelen. Bovendien kan men pas na verloop van enige tijd uitsluitel hebben over het resultaat van de behandeling. Een bijkomend argument voor het schrappen van dit nomenclatuurnummer is dat 8 of meer zittingen cryotherapie voor het behandelen van een huid- of slijmvliesletsel slechts uitzonderlijk nodig zijn.

11. Aanrekening 'per handeling' door zorgverleners verbonden aan een medisch huis

a) Oorsprong en doelstelling

Na klachten van patiënten en een lopend individueel controleonderzoek voerden we een nationaal controleonderzoek om misbruiken op te sporen rond het aanrekenen 'per handeling' door zorgverleners van medische huizen onder het forfaitair systeem en om eventuele onverschuldigde bedragen te recupereren.

In het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2021-2023 was eveneens specifieke actie voorzien om in medische huizen administratieve fouten, misbruik en fraude op structurele wijze te voorkomen.

b) Methodologie

Reglementair kader

De verzorging in een medisch huis wordt op een specifieke en vaste manier vergoed: als een patiënt is ingeschreven in een medisch huis, neemt dit medisch huis zijn verzorging in haar totaliteit ten laste (op basis van een 'forfait'). Om de kosten van die verzorging te dekken, sluit het medisch huis met de V.I.'s een akkoord voor forfaitaire betaling.

De V.I.'s betalen aan elk medisch huis een vast (forfaitair maandelijks) bedrag per ingeschreven patiënt en per beroepsdiscipline (huisarts, verpleegkundige, kinesitherapeut), onafhankelijk van het aantal contacten met de patiënt.

Het forfaitaire bedrag dat de V.I.'s storten vanaf de eerste dag van de maand volgend op de inschrijving, dekt de volgende zorg (indien het medisch huis deze zorg aanbiedt):

- ✦ voor de algemene geneeskunde: alle raadplegingen en bezoeken, ook de verstrekkingen omtrent het globaal medisch dossier en de adviezen op afstand;
- ✦ voor de kinesitherapie en verpleegkundige zorg: alle verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur.

Een zorgverlener die de keuze maakt om te werken in een medisch huis onder het forfaitaire systeem, mag niet meer per handeling werken (noch in het medisch huis, noch daarbuiten), tenzij in het kader van de uitzonderingen bedoeld in artikel 15, §2, van het koninklijk besluit van 23 april 2013 betreffende de medische huizen.⁴⁹

⁴⁹ K.B. van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de G.V.U.-wet, wat betreft de medische huizen.

De zorgverleners mogen verstrekkingen verrichten en ze per handeling laten honoreren bij verstrekkingen aan ingeschreven patiënten tijdens de burgerlijke maand van de inschrijving. Daarenboven mag de patiënt eenmalig bij de eerste inschrijving vragen dat de verstrekkingen per handeling worden vergoed gedurende maximum 3 maanden. De keuze van deze optie wordt doorgegeven aan de V.I.'s via het inschrijvingsformulier of tijdens de elektronische inschrijving.

De zorgverleners mogen ook medisch zorg tegen betaling per verstrekking verlenen bij niet-ingeschreven patiënten tijdens een georganiseerde wachtdienst of tijdens een wachtdienst aan de poort van een ziekenhuis.

Zorgverleners kunnen ook per handeling aanrekenen in het kader van toegekende uitzonderingen aan het forfait, bij niet-ingeschreven patiënten:

- ✦ voor raadplegingen in een centrum voor gezinsplanning;
- ✦ voor raadpleging in een centrum dat zich bezighoudt met de preventie en/of behandeling van alcoholisme en/of verslaving;
- ✦ voor raadpleging in een opvangtehuis voor mishandelde patiënten;
- ✦ om de bijzondere toestand te regelen van niet-ingeschreven patiënten die gedurende sommige periodes van het jaar tijdelijk verblijven in het geografische gebied van het medisch huis⁵⁰.

Deze laatste uitzonderingen worden enkel toegestaan door de Commissie forfait⁵¹ na een zorgvuldige afweging, waarbij het medisch huis een duidelijke omschrijving moet geven van de betrokken zorgverleners, de aard van de activiteit en de doelgroep. Ook moet de zorgverlener motiveren waarom de forfaitaire betaling in deze gevallen niet wordt toegepast. De vraag om een uitzondering toe te staan wordt door de zorgverleners voorgelegd aan de Commissie forfait, die haar gemotiveerde beslissing meedeelt aan de zorgverleners.

Methode

We analyseerden de facturatiegegevens van de 2.974 zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten) die in een medisch huis werkten tussen 1 februari 2019 en 30 juni 2021. Nadat we de verstrekkingen verwijderden op grond van mogelijke uitzonderingen (zoals wachtdienst of centra voor gezinsplanning), waren er nog 1.474 zorgverleners met verstrekkingen aangerekend 'per handeling' die op het eerste zicht niet te verantwoorden waren op basis van de reglementering. We selecteerden de meest afwijkende profielen op basis van het totale aangerekende bedrag tijdens de onderzochte periode en een berekend jaarbedrag.

Bij deze aangerekende verstrekkingen verwijderden we:

- ✦ de toegestane verstrekkingen per handeling die niet in het forfait zijn opgenomen;
- ✦ de verstrekkingen die herkend werden als een mogelijke uitzondering zoals beschreven in het koninklijk besluit van 23 april 2013.

We hebben:

- ✦ de wachtlijsten opgevraagd aan de wachtpost(en) waar de zorgverleners gezegd hebben deel te nemen aan de wachtdienst gedurende de periode van de ten laste gelegde verstrekkingen;
- ✦ bij de Dienst voor geneeskundige verzorging de lijst met toegekende uitzonderingen opgevraagd die goedgekeurd werden door de Commissie forfait.

⁵⁰ Bedoeld in artikel 21, 1°, van het K.B. van 23 april 2013.

⁵¹ Deze commissie is belast met de toepassing van de reglementering betreffende de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen en met het sluiten van de akkoorden betreffende het forfait.

Bij de verstrekkingen die we uiteindelijk ten laste hebben gelegd, hielden we rekening met de individuele verkregen toestemmingen voor uitzondering van de Commissie forfait en nadat we de verstrekkingen in de maand voorafgaand aan de start van het forfait hadden verwijderd voor elke ingeschreven patiënt in het medisch huis waar de zorgverleners werkzaam waren.

De facturatiegegevens die we van de V.I.'s hebben ontvangen, vermeldden niet de inschrijvingsdatum van patiënten in een medisch huis. Tijdens onze analyse hielden we daarom rekening met de datum van het eerste forfait dat de V.I.'s aan het medisch huis uitbetaalden voor elke patiënt alvorens alle verstrekkingen te verwijderen die bij de patiënt zijn uitgevoerd tijdens de maand voorafgaand aan die datum.

We vroegen in sommige gevallen ook getuigschriften van verstrekte hulp bij de V.I.'s en we hebben herzieningen uitgevoerd op basis van de inschrijvingsdatum op de inschrijvingsformulieren van patiënten.

c) Resultaten

We hebben een waarschuwing gestuurd naar 20 zorgverleners (18 artsen en 2 verpleegkundigen) en een proces-verbaal van vaststelling gestuurd naar 25 zorgverleners (22 artsen, 2 verpleegkundigen en 1 kinesitherapeut) met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling. In totaal werd 961.035,04 euro ten laste gelegd.

652.005,35 euro werd vrijwillig terugbetaald. 7 zorgverleners betaalden niets of slechts een deel terug.

d) Bijkomende acties

Het controleonderzoek leidde ook tot een verbeterde samenwerking met de Dienst voor geneeskundige verzorging en de V.I.'s. We hebben ook samengewerkt aan de inventarisatie van aandachtspunten betreffende de sector 'medische huizen' en op vraag van de CAFC ook oplossingen voorgesteld.

12. Samenwerking van thuisverpleegkundigen met zorgkundigen in structurele equipen

a) Oorsprong en doelstelling

Zorgkundigen spelen een steeds grotere rol in de thuisverpleging, zowel budgettair als op de werkvloer. Ze hebben de voorbije jaren meer taken en bevoegdheden gekregen. We ontvangen steeds meer meldingen over (groeperingen van) verpleegkundigen in de thuiszorg die met zorgkundigen werken. Ook in individuele controleonderzoeken komen zorgkundigen steeds vaker voor.

Het doel van onze analyse was:

- ✦ enerzijds een globaal zicht krijgen op de aanrekening van verstrekkingen die worden verleend door zorgkundigen;
- ✦ anderzijds nagaan of de (groeperingen van) verpleegkundigen die met zorgkundigen werken dit doen volgens de reglementering.

b) Methodologie

Reglementair kader

Artikel 8, §12, van de nomenclatuur beschrijft de voorwaarden om met zorgkundigen te kunnen werken in de thuisverpleging. Zorgkundigen moeten deel uitmaken van een structurele equipe die aan verschillende voorwaarden⁵² moet voldoen. Deze structurele equipe moet o.a.:

- ✦ bestaan uit minstens 4 verpleegkundigen die daadwerkelijk meewerken aan de zorg;
- ✦ interne afspraken maken over o.a.:
 - ✧ de delegatie van zorgen aan zorgkundigen,
 - ✧ de controlebezoeken,
 - ✧ de beschikbaarheid van een verpleegkundige,
 - ✧ de concrete organisatie van het gezamenlijke patiëntenoverleg en rapportering;
- ✦ bewaken dat zorgkundigen maximum 25 % van de aangerekende basisverstrekkingen binnen een structurele equipe uitvoeren (per kalendermaand).

Methode

Om een globaal overzicht te krijgen van de sector analyseerden we de facturatiegegevens van alle verpleegkundigen die in 2019 verstrekkingen aanrekenden die werden uitgevoerd door zorgkundigen.

Op basis van de facturatiegegevens alleen kan er niet worden nagegaan hoe de samenwerking tussen verpleegkundigen en zorgkundigen op het praktijkniveau verloopt. We konden dus slechts enkele administratieve voorwaarden controleren om te mogen werken met zorgkundigen. 3 voorwaarden hebben we nader onderzocht.

- ✦ Bestond de equipe uit minstens 4 verpleegkundigen?
- ✦ Was er een erkenning als structurele equipe?
- ✦ Werden maximum 25 % van de basisverstrekkingen uitgevoerd door zorgkundigen? We hebben voor deze voorwaarde enkel de maanden januari, april, juli en oktober 2019 geanalyseerd, omdat die gegevens ons al een duidelijk beeld geven over de naleving van deze voorwaarde.

c) Resultaten

We constateerden dat er in 2019 voor 68 miljoen euro verstrekkingen werden aangerekend die werden uitgevoerd door 3.070 zorgkundigen. Deze zorgkundigen werkten in 218 groeperingen. Het grootste deel van de aanrekeningen gebeurde binnen grote groeperingen of facturatediensten.

De voorwaarden die we gecontroleerd hebben, werden meestal goed nageleefd.

- ✦ Alle groeperingen voldeden in 2019 aan de voorwaarde van minstens 4 verpleegkundigen.
- ✦ 18 van de 218 groeperingen (8,26 %) hadden geen erkenning als structurele equipe in 2019, ook al rekenden ze zorgen aan die werden uitgevoerd door zorgkundigen.
- ✦ 28 groeperingen (12,84 %) overschreden in minstens één maand de drempel van 25 %. 5 groeperingen (2,29 %) overschreden de drempel in alle 4 geselecteerde maanden.

⁵² Deze voorwaarden worden gewijzigd door het K.B. van 13 november 2023 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (met inwerkingsdatum 1 januari 2024). De tekst van de methodologie en de resultaten betreffen de vorige bepalingen van toepassing tijdens onze nationale opdracht in 2022 en 2023. De wijzigingen van het K.B. zijn later uitgelegd, onder het punt "Voorstellen – Wijziging van de nomenclatuur".

d) Bijkomende acties

Na onze analyse wilden we de sector er vooral op wijzen dat de samenwerking van verpleegkundigen met zorgkundigen in structurele equipes meer is dan een administratieve regeling. Om een kwaliteitsvolle zorg te garanderen is een samenwerking in de klinische praktijk cruciaal. De wettelijke voorwaarden omschrijven hoe er in een structurele equipe moet worden samengewerkt. Bovendien moeten die voorwaarden worden nageleefd door de zorgverleners die daadwerkelijk zorgen verlenen aan dezelfde groep patiënten als de verpleegkundigen. Het volstaat dus niet dat alleen de groepering als geheel eraan voldoet.

We verstuurden in juli 2022 een sensibiliseringsbrief naar alle 239 groeperingen die in 2020 verstrekkingen aanrekenden die door zorgkundigen werden uitgevoerd. De actie werd in maart 2022 al aangekondigd binnen de Overeenkomstencommissie en werd vermeld op de website van het RIZIV, om zo de hele sector te bereiken.

e) Voorstellen

Werkgroep van de Overeenkomstencommissie

Als reactie op onze brief besliste de Overeenkomstencommissie in oktober 2022 een werkgroep op te richten om de reglementering in verband met het samenwerken met zorgkundigen in de thuiszorg te verduidelijken.

We hebben aan deze werkgroep deelgenomen en hebben ons advies gegeven. Voor ons was het essentieel dat in de nieuwe reglementering het begrip 'structurele equipe' duidelijk werd gedefinieerd en dat deze definitie zou bijdragen aan de volgende punten.

- ✦ De structurele equipes moeten identificeerbaar zijn op praktijkniveau.
- ✦ Het moet duidelijk zijn welke verpleegkundigen en zorgkundigen daadwerkelijk samenwerken en hoe deze samenwerking concreet verloopt.
- ✦ De verantwoordelijkheden van de zorgkundigen, verpleegkundigen en eventueel de groepering moeten duidelijk afgebakend en omschreven zijn.

Dit is belangrijk om de kwaliteit van de zorg te kunnen garanderen en de naleving van de geldende voorwaarden na te kunnen gaan. Zo kunnen bij inbreuken de verantwoordelijke personen hierover aangesproken worden.

Met deze voorstellen is slechts gedeeltelijk rekening gehouden in de nota van de Overeenkomstencommissie en in de wijziging van artikel 8 van de nomenclatuur.

Wijziging van de nomenclatuur

De reglementering om met zorgkundigen te werken in de thuisverpleging werd gewijzigd door het koninklijk besluit van 13 november 2023⁵³ dat in werking is getreden op 1 januari 2024.

We vinden in de nieuwe reglementering geen eenduidige definitie van de 'structurele equipe' die omschrijft dat deze equipe:

- ✦ bestaat uit verpleegkundigen en zorgkundigen die in de praktijk zorgen verlenen aan éénzelfde groep van patiënten of in gemeenschappelijke verzorgingsrondes;

⁵³ K.B. van 13 november 2023 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

- ✦ zich bevindt op het niveau van de patiënt en niet op het administratieve niveau van de overkoepelende groepering.

Het koninklijk besluit meldt dat de structurele equipe moet voldoen aan de 5 criteria zoals omschreven in artikel 3, §1, van het koninklijk besluit van 12 januari 2006⁵⁴. Het is de verantwoordelijkheid van de structurele equipe om aan te tonen dat zij hieraan voldoet. Dit betekent o.a. dat de equipe:

- ✦ zodanig opgesteld moet zijn dat verpleegkundigen toezicht kunnen uitoefenen op de activiteiten van de zorgkundigen;
- ✦ een samenwerkingsprocedure invoert tussen verpleegkundigen en zorgkundigen: de zorgkundigen rapporteren nog dezelfde dag aan de verpleegkundige, die toezicht houdt op hun activiteiten.

Het koninklijk besluit benoemt de verschillende rollen van verpleegkundigen die met zorgkundigen werken binnen een structurele equipe. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- ✦ de delegerende verpleegkundige, die na een bezoek aan de patiënt vaststelt of de zorgen gedelegeerd kunnen worden aan een zorgkundige (de identificatiegegevens van de delegerende verpleegkundige maken deel uit van de minimale inhoud van het verpleegdossier);
- ✦ de controlerende verpleegkundige, die controlebezoeken aflegt;
- ✦ de verpleegkundige die de zorgen aanreket, die moet meewerken aan een aspect van de zorg van de patiënten, met uitsluiting van administratieve of coördinerende aspecten.

Hoewel een definitie van de 'structurele equipe' op het praktijkniveau ontbreekt, omvat de nieuwe reglementering verschillende maatregelen om de inzetbaarheid van zorgkundigen te vergroten. Enkele wijzigingen zijn de volgende.

- ✦ De structurele equipe moet bestaan uit minstens 3 verpleegkundigen die elk toegetreden zijn tot de nationale overeenkomst en verpleegkunde in hoofdberoep uitoefenen (voorheen: 4 verpleegkundigen).
- ✦ In de periode van 6 maanden voor de eerste aangerekende verstrekking van een zorgkundige bij een patiënt, moeten minstens 3 verpleegkundigen gezamenlijk 3.000 W-waarden aanrekenen aan verstrekkingen uit artikel 8 (voorheen: 4.000 W-waarden).
- ✦ Per kalendermaand mogen 40 % van de aangerekende basisverstrekkingen binnen een structurele equipe uitgevoerd worden door een zorgkundige (voorheen: maximum 25 %). Deze grens wordt geformuleerd als een 'verantwoordingsdrempel' die overschreden kan worden in bepaalde omstandigheden, die niet concreet omschreven of limitatief opgesomd zijn:
 - ✧ een overschrijding kan het gevolg zijn van kortstondige omstandigheden, zoals de afwezigheid van een verpleegkundige, of door het type verstrekkingen dat voornamelijk door de gestructureerde equipe wordt verleend;
 - ✧ bij een overschrijding kan de DGEC de redenen van die overschrijding opvragen en verder onderzoeken.
- ✦ Zorgkundigen mogen zorgen verlenen bij palliatieve patiënten.
- ✦ De verzorging van de patiënt mag over verschillende verzorgingszittingen verspreid worden in het geval van delegatie naar een zorgkundige.

⁵⁴ K.B. van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen.

Een grotere inzetbaarheid van zorgkundigen moet volgens ons kaderen binnen een duidelijke regelgeving die begrijpelijk is voor de betrokken zorgverlener en die de kwaliteit van de zorg voor de patiënt waarborgt. Bovendien kunnen we hiermee niet-intentionele foutieve aanrekeningen vermijden.

13. Aanrekening van kinesitherapeutische verstrekkingen voor patiënten in instellingen voor mindervaliden

a) Oorsprong en doelstelling

In 2018 heeft een controleonderzoek over de aanrekening van verpleegkundige verstrekkingen die in een woon- of verblijfplaats van mindervaliden werden verricht, een verkeerd gebruik van de nomenclatuur aangetoond: er werden nomenclatuurnummers voor een huisbezoek aangerekend in plaats van de nomenclatuurnummers voorzien voor de instellingen voor mindervaliden.⁵⁵ We hebben beslist om een gelijkaardig nationaal controleonderzoek te voeren voor de kinesitherapeutische verstrekkingen.

b) Methodologie

We hebben 81 instellingen voor mindervaliden willekeurig geselecteerd op basis van de lijsten die zijn opgesteld door:

- ✦ Vlaams agentschap voor personen met een handicap (VAPH);
- ✦ Agence pour une vie de qualité (AVIQ) ;
- ✦ Personne handicapée autonomie recherchée (PHARE).

We hebben de aanrekeningen geanalyseerd van de kinesitherapeutische verstrekkingen die aan de bewoners van deze instellingen werden verleend tussen 1 januari 2019 en 31 augustus 2020. Na verificatie van de aanwezigheidslijsten hebben we processen-verbaal van vaststelling opgesteld voor de verstrekkingen waarvoor geen enkel specifiek nomenclatuurnummer voor de instelling voor mindervaliden werd aangerekend. De ten onrechte aangerekende bedragen werden berekend door het verschil te berekenen tussen de terugbetaalde bedragen voor de nomenclatuurnummers voor thuis en de terugbetaalde bedragen voor de nomenclatuurnummers voor instellingen voor mindervaliden.

c) Resultaten

We hebben vastgesteld dat 27.551 verstrekkingen werden aangerekend met nomenclatuurnummers voorbehouden voor kinesitherapie in de thuissituatie in plaats van de nomenclatuurnummers bestemd voor zorg in een instelling voor mindervaliden. Het gaat om 24 kinesitherapeuten die in 14 instellingen werken en 217 verzekerden.

Het totale onverschuldigde bedrag is 274.346,79 euro, waarvan 67.739 euro vrijwillig werd terugbetaald. We hebben een procedure ingesteld tegen 16 kinesitherapeuten die het ten laste gelegde bedrag niet (volledig) hebben terugbetaald.

⁵⁵ Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2020](#), p. 34-36.

d) Voorstellen

De verzending van de processen-verbaal van vaststelling heeft heel wat reacties uitgelokt bij de beroepsorganisaties van de kinesitherapeuten en de media. Blijkbaar is het zowel voor de kinesitherapeuten als voor de verzekerden en de instellingen voor mindervaliden belangrijk dat een gezamenlijke herziening plaatsvindt op niveau van de FOD Volksgezondheid, de gemeenschappen en de geneeskundige verzorging, om zo de definities van de verschillende opvangstructuren voor mindervaliden te harmoniseren. De onafhankelijke en niet in kaart gebrachte structuren (de 'piraatinstellingen') moeten namelijk bij de herziening van het statuut van die instellingen worden betrokken.

14. Aanrekening van identieke unieke streepjescodes in verschillende apotheken

a) Doelstelling

We hebben een nationaal controleonderzoek gevoerd naar frauduleuze aanrekening van geneesmiddelen. We zijn op zoek gegaan naar geneesmiddelen waarvan de unieke streepjescodes (USC) voorkomen in de facturatiegegevens van meerdere apotheken (of 'dubbele USC's').

b) Methodologie

We hebben, op basis van de facturatiegegevens van de periode van 1 januari 2018 tot 31 december 2020 (36 maanden), een lijst opgesteld van de dubbele USC's per apotheek en het daarmee overeenstemmende bedrag dat aan de ziekteverzekering werd aangerekend. We hebben de volgende gegevens uitgesloten:

- ✦ de ongeldige USC's (ontbrekend / reeks van 0);
- ✦ de dubbele USC's van de 5 geneesmiddelen met het hoogste aantal veelvuldige inlezingen in België (om fouten te elimineren bij de toekenning van de USC's door de firma's);
- ✦ de dubbele USC's binnen eenzelfde apotheek.

Op basis van die lijst hebben we de apotheken gerangschikt, rekening houdende met de grootte van de gemiddelde bedragen van de dubbele USC's (of de bedragen die per USC worden terugbetaald). We hebben een individueel controleonderzoek geopend voor de eerste 10 apotheken in onze rangschikking.

Voor elk van hen hebben we de geneesmiddelen geselecteerd die mogelijk te veel aangerekend zijn, op basis van de volgende criteria.

- ✦ Hun kostprijs is zeer hoog.
- ✦ Hun USC komt voor in de facturatiegegevens van een andere apotheek.
- ✦ Hun USC of hun Datamatrix komt niet voor in de facturatiegegevens van de apotheek (leeg veld).
- ✦ Hun USC komt meermaals voor in de facturatiegegevens van de apotheek zelf.
- ✦ Hun USC is foutief, met andere woorden het laatste cijfer (controlegetal) beantwoordt niet aan de wettelijke bepalingen.

We hebben de door de ziekteverzekering terugbetaalde hoeveelheden vergeleken met de maximale hoeveelheden die gedurende dezelfde periode werden afgeleverd. De afgeleverde maximumhoeveelheden zijn gebaseerd op de aankopen en kredieten bij de groothandelaars, bij de

producerende farmaceutische firma's en op basis van de resterende stock. De hoeveelheden die boven de maximaal afgeleverde hoeveelheden werden terugbetaald, zijn ten laste gelegd.

c) Resultaten

De processen-verbaal van vaststelling betroffen niet-uitgevoerde verstrekkingen voor een totaal onverschuldigd bedrag van 2.449.998,40 euro. 56,03 % van dat bedrag (1.372.775,93 euro) is vrijwillig terugbetaald.

Voor 8 dossiers hebben we een administratieve procedure ingeleid. We hebben de 8 dossiers waarvoor het onverschuldigde bedrag hoger was dan 40.000 euro bezorgd aan het arbeidsauditoraat. Het arbeidsauditoraat heeft er daarvan 2 in aanmerking genomen.

d) Voorstellen

Uit dit controleonderzoek is dus gebleken dat de computersoftware van de apotheken niet alleen de frauduleuze invoering van valse of dubbele USC's mogelijk maakt, maar ook van valse of dubbele Datamatrixen⁵⁶.

We raden dus aan om de computersoftware van de apotheken te corrigeren en de link met de databank van de vzw Belgian Medicines Verification Organisation (BeMVO) te versterken, zodat het niet langer mogelijk is om valse Datamatrixen of reeds gedeactiveerde Datamatrixen manueel aan te maken/in te geven (dus ingegeven als afgeleverd aan de patiënt in de databank BeMVO).

15. Stijging van de aflevering van pregabaline

a) Oorsprong en doelstelling

Pregabaline (LYRICA® en generieke geneesmiddelen) is een gamma-aminoboterzuur-analoog (GABA). Het gebruik van pregabaline was aanvankelijk voorbehouden voor de behandeling van epilepsie en was onderworpen aan een machtiging van de adviserend arts van de V.I. van de patiënt om het vergoed te krijgen. In 2015 werd het gebruik uitgebreid naar de behandeling van neuropathische pijn en angst. Voor die behandeling is het akkoord van de adviserend arts niet langer nodig. Een medisch voorschrift is voldoende.

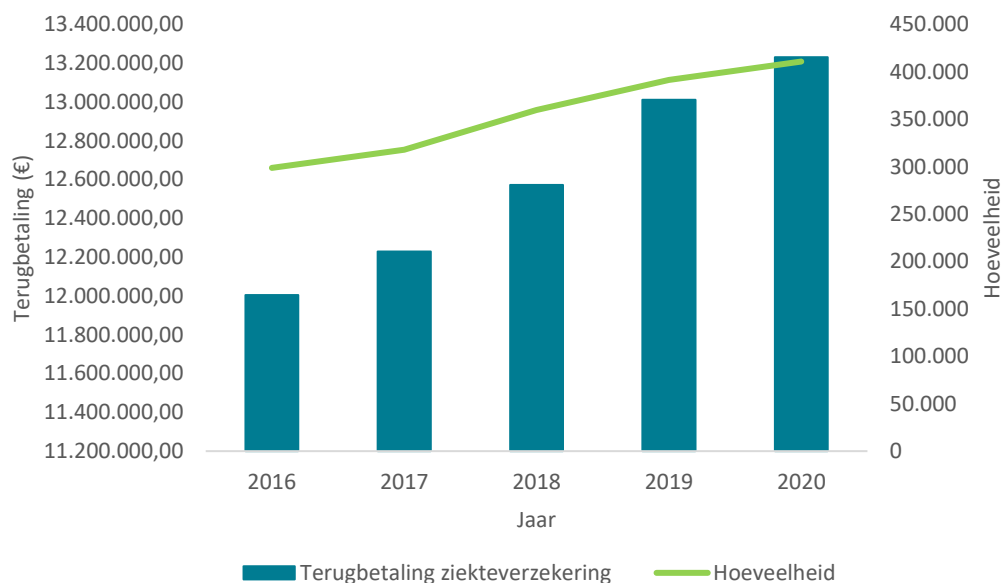
We hebben vastgesteld dat de aflevering van pregabaline (LYRICA® en generieke geneesmiddelen) tussen 2016 en 2020 voortdurend is gestegen, zowel op het vlak van de hoeveelheden als van de bedragen die door de ziekteverzekering worden vergoed:

- ✦ + 59,40 % voor het aantal patiënten;
- ✦ + 61,59 % voor het aantal DDD;
- ✦ + 1,37 % voor de gemiddelde aflevering per patiënt;
- ✦ + 10,21 % voor de vergoeding door de ziekteverzekering.

⁵⁶ Van bij de inwerkingtreding van de Europese richtlijn betreffende de vervalste geneesmiddelen (2011/62/EU) is de USC vervangen door een tweedimensionale streepjescode met hoge dichtheid (Datamatrix). Die biedt de mogelijkheid om de status van de verpakking te controleren, alsook de authenticiteit ervan op het moment van aflevering aan de patiënt. De USC die vóór de inwerkingtreding van de Europese richtlijn op de verpakkingen van in de handel gebrachte geneesmiddelen werd aangebracht, blijft geldig. De 2 systemen bestaan dus naast elkaar in de facturatiegegevens, totdat alle via een USC geïdentificeerde geneesmiddelenverpakkingen zijn opgebruikt.

Tabel 13. Evolutie van de hoeveelheden afgeleverde en door de ziekteverzekering vergoede pregabaline

| | Afgeleverde hoeveelheid | Afgeleverde hoeveelheid (per eenheid) | DDD | Aantal voorschrijvers | Aantal patiënten | Gemiddelde DDD / patiënt | Terugbetaling ziekteverzekering (€) |
|-------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------|-----------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 2016 | 298.738 | 921.521 | 13.381.853,46 | 20.493 | 87.839 | 152,35 | 12.005.355,72 |
| 2017 | 317.889 | 1.497.854 | 15.970.034,62 | 22.037 | 106.654 | 149,73 | 12.228.855,35 |
| 2018 | 359.920 | 1.997.529 | 18.366.736,21 | 23.732 | 123.119 | 149,18 | 12.572.058,60 |
| 2019 | 391.658 | 2.367.530 | 20.181.125,34 | 25.163 | 136.623 | 147,71 | 13.012.171,45 |
| 2020 | 410.885 | 2.789.171 | 21.623.171,78 | 25.644 | 140.012 | 154,44 | 13.231.553,74 |



Figuur 17. Evolutie van de hoeveelheden afgeleverde en door de ziekteverzekering vergoede pregabaline

Die stijging kan worden verklaard door de uitbreiding van de therapeutische indicaties, maar ook door een verkeerd gebruik dat op het terrein is vastgesteld. Dit verkeerde gebruik kan 2 vormen aannemen:

- ✦ overmatig gebruik van pregabaline in het kader van therapeutische indicaties: meer dan 600 mg per dag, dat is meer dan het dubbele van de door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) aanbevolen dagelijkse dosis;
- ✦ gebruik in combinatie met psychoactieve stoffen (meer bepaald opioïden of drugs) om de euforiserende effecten te versterken: sociaal zijn, minder angst en negatieve gevoelens, meer zelfvertrouwen en minder ontwenningverschijnselen.

In het kader van dat verkeerde gebruik is er in bepaalde grootsteden een handel in pregabaline ontstaan. De gerechtelijke instanties waarmee we voor bepaalde controleonderzoeken hebben samengewerkt, hebben ons bevestigd dat de doorverkoopprijs per capsule tussen 5 en 7 euro ligt.

We hebben ook arts- en apotheekshopping opgemerkt. De patiënten en de handelaars raadplegen verschillende artsen om hun kansen op het verkrijgen van een voorschrift te verhogen. Daarna gaan ze naar verschillende apotheken om meer doosjes pregabaline te halen om alle verdenking te voorkomen. Sommige papieren voorschriften die in de apotheken worden gebruikt, zijn bovendien vals.

In deze context vonden we het belangrijk om de apothekers en de voorschrijvers te sensibiliseren over de risico's bij de aflevering en het voorschrijven van pregabaline.

b) Sensibiliseringsactie

Brief aan de apothekers

In november 2021 hebben we naar alle apothekers een sensibiliseringsbrief verzonden om hen te informeren over het verkeerde gebruik van pregabaline en de handel die zich daarrond heeft ontwikkeld. We hebben hen gevraagd om extra waakzaam te zijn voor het gebruik van valse voorschriften, door:

- ✦ de identiteit te controleren van de patiënt voor wie het voorschrift is bestemd;
- ✦ het voorschrift grondig te controleren (handtekening, voorgeschreven farmaceutische specialiteiten) en de voorschrijver in geval van twijfel te contacteren;
- ✦ indien mogelijk het gedeelde farmaceutisch dossier van de betrokken patiënt te raadplegen.

Na de verzending van die brief hebben we een daling vastgesteld van de aflevering van pregabaline en van de terugbetaling door de ziekteverzekering voor de top 20 van de patiënten. We vergeleken hiervoor de eerste 5 maanden van 2021 met de eerste 5 maanden van 2022.

- ✦ De terugbetaling door de ziekteverzekering is gedaald van 54.810 euro naar 33.807 euro.
- ✦ Het totale aantal voorschriften voor die patiënten is gedaald van 723 naar 434 voorschriften.

We zullen later een uitgebreidere impactmeting uitvoeren.

Brief aan de voorschrijvers

Vervolgens hebben we in februari 2023 een sensibiliseringsbrief verzonden naar alle artsen, ongeacht welk specialisme, om hen te informeren over de stijging van het verkeerd gebruik van pregabaline en over het fenomeen van medische shopping dat zich heeft ontwikkeld.

We hebben hen gevraagd om bij het voorschrijven van pregabaline extra waakzaam te zijn, vooral als het om nieuwe patiënten gaat. We hebben hen tevens verzocht om de website van het FAGG te raadplegen. Daarop zijn aanbevelingen gepubliceerd waarin de risico's van afhankelijkheid en verkeerd gebruik van pregabaline in herinnering worden gebracht.

We hebben 69 reacties ontvangen: bedankingen, suggesties, opmerkingen en gedeelde ervaringen. We hebben voor deze brief nog geen impactmeting kunnen uitvoeren.

c) Bijkomende acties

Bovendien hebben we sinds 2019 na het ontvangen van signalen verschillende controleonderzoeken gevoerd met betrekking tot de handel in pregabaline. Een deel van die controleonderzoeken werden gevoerd op vraag van de gerechtelijke instanties (op kantschrift).

We hebben ook verschillende actoren ontmoet die betrokken zijn bij deze problematiek. We hebben in mei 2022 een nota bezorgd aan de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen om haar te informeren over wat we in het werkveld hebben opgemerkt naar aanleiding van de wijzigingen van de vergoedingsvoorwaarden.

d) Voorstellen

Naar aanleiding van de ontvangen antwoorden en de contacten met de FOD Volksgezondheid en het FAGG hebben we de volgende voorstellen uitgewerkt om het verkeerde gebruik van pregabaline te beperken.

- ✦ Het elektronisch voorschrift verplichten zou een deel van het misbruik inperken.
- ✦ Verschillende voorschrijvers hebben ons laten weten geïnteresseerd te zijn in toegang tot het gedeeld farmaceutisch dossier teneinde de tenlasteneming van patiënten te verbeteren.
- ✦ Het vraagstuk of pregabaline een ‘verdovend middel’ moet zijn, moet door de bevoegde instanties worden besproken.
- ✦ Een ander mogelijk denkspoor is om alle indicaties van pregabaline opnieuw in hoofdstuk IV onder te brengen, met een verplicht akkoord van de adviserend arts voor de vergoeding door de ziekteverzekering.

16. Primocontrole van de verzekeringsinstellingen

a) Oorsprong en doelstelling

Bij onze (risico)analyses stoten we soms op foutieve aanrekeningen die hadden moeten worden vastgesteld en gecorrigeerd door de V.I.’s in het kader van hun primocontrole (verboden cumulaties van nomenclatuurnummers, dubbele aanrekeningen, enz.). De V.I.’s moeten immers nagaan of de zorgverleners de terugbetalingsvoorwaarden in acht hebben genomen bij de aanrekening van de verstrekkingen aan de ziekteverzekering. Als de aanrekening niet conform de reglementering is, dan moeten de V.I.’s de zorgverlener daarvan op de hoogte brengen en die aanrekeningen niet in rekening brengen aan de ziekteverzekering.

Als we zien dat de primocontrole van bepaalde verstrekkingen inefficiënt is, sturen we een omzendbrief naar de V.I.’s. We vragen hen om hun primocontrole te versterken en de aanrekeningen van die verstrekkingen voor een welbepaalde periode na te kijken en te regulariseren.

b) Methodologie

In 2022 hebben we 5 omzendingen naar de V.I.’s verstuurd, waarvan 2 met een vraag tot regularisatie van verstrekkingen.

De eerste had betrekking op de forfaits voor klinische biologie voor niet in het ziekenhuis opgenomen patiënten⁵⁷: per dag en per verzekerde kan slechts één forfait worden aangerekend voor de analyse van het of de bloedsta(a)l(en) die op dezelfde dag in hetzelfde laboratorium zijn afgenomen en als de op dezelfde dag afgenomen bloedstalen in verschillende laboratoria worden geanalyseerd, ongeacht het aantal voorschrijvers. We hadden echter in de facturatiegegevens gezien dat sommige laboratoria op dezelfde dag meerdere forfaits voor klinische biologie voor eenzelfde patiënt hadden aangerekend. We hebben aan de V.I.’s gevraagd om:

- ✦ hun primocontrole voor die forfaits te versterken;
- ✦ de onrechtmatig aangerekende bedragen met de betrokken laboratoria te regulariseren, voor de periode van 2019 tot 2021;
- ✦ ons, binnen een termijn van 3 maanden, een overzicht van die regularisaties toe te sturen.

De tweede omzendbrief had betrekking op de dubbele aanrekeningen: het gaat om verstrekkingen die 2 keer werden aangerekend (vaak exact één jaar na de eerste aanrekening) onder hetzelfde nomenclatuurnummer, met een zelfde datum van verstrekking, en die door dezelfde zorgverlener werden uitgevoerd. We hebben aan de V.I.’s gevraagd om:

- ✦ hun primocontrole te versterken om te vermijden dat dit type van fouten zich in de toekomst blijft voordoen;

⁵⁷ Nomenclatuurnummers 592852, 592955, 593051, 593154, 592815, 592911, 593014, 593441.

- ✦ de dubbele aanrekeningen die we hadden vastgesteld en als bijlage bij onze omzendbrief hadden verstuurd, te corrigeren en daarbij de onterecht aangerekende bedragen met de betrokken zorgverleners te regulariseren;
- ✦ ons, binnen een termijn van 3 maanden, een overzicht van die regularisaties toe te sturen.

De 3 andere omzendbrieven waren informatief en hadden tot doel de V.I.'s te wijzen op de correcte toepassing van de reglementering. Die hadden betrekking op:

- ✦ de wijziging van artikel 77*sexies* van de GvU-wet;
- ✦ de verjaringstermijn voor de betaling van de verstrekkingen aan de zorgverleners;
- ✦ de primocontrole van de medische raadplegingen op afstand (via telefoon en video), rekening houdende met het nieuwe terugbetalingskader dat sinds 1 augustus 2022 van toepassing is.

c) Resultaten

Naar aanleiding van die omzendbrieven hebben de V.I.'s ons meegedeeld dat zij een totaalbedrag van 204.800,54 euro hebben geregulariseerd.

Tabel 14. Bedragen die door de V.I.'s werden geregulariseerd, per omzendbrief

| Onderwerp van de omzendbrief | Geregulariseerd bedrag (€) |
|----------------------------------|----------------------------|
| Forfaits voor klinische biologie | 72.481,60 |
| Dubbele aanrekeningen | 132.318,94 |
| TOTAAL | 204.800,54 |

De impact van die omzendbrieven beperkt zich niet tot de regularisaties a posteriori, maar ze vestigen ook de aandacht van de V.I.'s op bepaalde verstrekkingen en zetten hen ertoe aan om die voortaan beter te controleren.

d) Omzendbrieven die in 2023 werden verstuurd

In 2023 hebben we 2 omzendbrieven verstuurd over:

- ✦ de verstrekkingen die werden uitgevoerd met behulp van zware medische apparatuur of in medische diensten of medisch-technische diensten die de terugbetalingsvoorwaarden niet in acht hebben genomen (verstrekkingen die zijn uitgevoerd buiten de geldigheidsperiode van het apparaat, maximumaantal verstrekkingen, programmatiecriteria, enz.);
- ✦ de verboden cumulatie van de verstrekkingen van artikel 14, f), 4°, van de nomenclatuur (heelkunde op de aders en de spataders) voor eenzelfde lid.

We hebben aan de V.I.'s gevraagd om hun primocontrole van die verstrekkingen te versterken en ons een overzicht te bezorgen van de regularisaties die zijn uitgevoerd met de betrokken zorgverleners, als verstrekkingen ten onrechte aan de ziekteverzekering zijn aangerekend. Het bedrag van die regularisaties zal worden meegedeeld in ons volgende jaarverslag.

Deel 4 – Samenwerkingen

I. PASSERELLE: AUDIT ZIEKENHUIZEN

We willen tot een efficiëntere, eenvoudigere en transparantere opvolging komen van de ziekenhuizen. Daarom brengt de eenheid Audit Ziekenhuizen⁵⁸ een deel van het personeel en de middelen van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het FAGG samen in een transversale structuur.

1. Audit COVID-19

Sinds het begin van de Sars-Cov-2 uitbraak in ons land, vroeg het *Hospital and Transport Surge Capacity* (HTSC)-Comité ons om de naleving van zijn richtlijnen inzake (COVID-19)capaciteitsmanagement in de ziekenhuizen te monitoren. In 2023 gaf de eenheid Audit Ziekenhuizen hierover een update over de ziekenhuisgolven 8 en 9 bij de hoge belasting van de ziekenhuizen rond de jaarwisseling. We stelden de resultaten voor op het HTSC-Comité van juni 2023 en op de internationale HELICONference webinar over het thema “COVID-19 – impact on Belgian health care”.

De ziekenhuizen hebben (zeker tijdens de eerste COVID-19 golven) de HTSC richtlijnen goed opgevolgd, op enkele opvallende uitzonderingen na. We merkten dat:

- ✦ er een real time beeld nodig is van de beschikbare ziekenhuiscapaciteit en specifiek personeel;
- ✦ er ook een zicht nodig is op de Hospital Standardized Mortality ratio's;
- ✦ in de meeste disciplines een duidelijke inhaalbeweging is bij de potentieel opgelopen zorgachterstanden, maar dat er belangrijke en hardnekkige aandachtspunten blijven bestaan voor meerdere belangrijke interventies (bijvoorbeeld verschillende openhartoperaties en transplantaties, endoscopieën of beenmergtransplantaties).

Daarnaast stelden we een update samen over onze auditrapporten na aanvraag door het HTSC-Comité, waarbij we met een selectie aan ingrepen en andere verstrekkingen een inschatting trachtten te maken van de niet-uitgevoerde reguliere zorg. Dit presenteerden we ook op hogergenoemde fora.

Aanvullend stelden we een specifieke nota op over de vraag of niet-medische factoren (sociaal-demografische elementen) een rol speelden in het afschalen van zorg of bij het bepalen van de prioriteiten in het inhaalbeleid van de ziekenhuizen tijdens de epidemie.

2. Audit zware medische beeldvorming

De federale gezondheidsinstellingen moedigen ziekenhuizen aan om de schadelijke effecten van straling te beperken. Dat kan door overbodige medische beeldvorming in te perken en waar mogelijk een MRI-scan uit te voeren in plaats van een CT-scan.

We voerden een audit uit bij alle ziekenhuizen in België met zware apparatuur voor medische beeldvorming. Na onze audit hebben onze stakeholders verscheidene beleidsmaatregelen genomen.

⁵⁸ U vindt meer informatie over de activiteiten van de eenheid Audit Ziekenhuizen in zijn activiteitenverslag 2023.

- ✦ De DGEC stelde een indicator voor aan de NRKP, voor een doelmatiger gebruik van de beschikbare middelen binnen de gezondheidszorg.⁵⁹ Deze indicator werd in 2023 in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd en stelt vast dat “*de maximale incidentie van ambulante urgente uitgevoerde NMR-onderzoeken wordt vastgelegd op 5 urgente NMR-onderzoeken per 1000 uitgevoerde en aangerekende ambulante NMR-onderzoeken per kalenderjaar*”⁶⁰.
- ✦ De ‘medical imaging device identifier’ (MID-ID) is in gebruik. Dat is een uniek identificatienummer per radiologisch toestel, om de identificatie hiervan te vereenvoudigen bij de communicatie door de FOD Volksgezondheid, het Federaal agentschap voor nucleaire controle (FANC), het RIZIV en de beheerder of uitbater van het toestel. Dit nummer staat ook als ‘sleutel’ op de registratiedocumenten van een toestel. Door de MID-ID wordt het kadaster zware medische beeldvorming een efficiënter instrument, o.a. voor beleidsvoering.
- ✦ Daarnaast werkt het RIZIV aan het digitaliseren van het voorschrift voor zware medische beeldvorming. Een belangrijk onderdeel daarvan is de uitwerking van een instrument dat de arts zal helpen bij het zoeken naar het meest doelmatige onderzoek van zware medische beeldvorming (het PSSR of *Prescription Search Support Radiology*).

3. Audit Hip Replacement

We onderzochten de ingrepen voor de meest frequente indicaties, namelijk artrose en fractuur van de femurhals, die verantwoordelijk zijn voor 91 % van de heupprothese-ingrepen in 2019 (respectievelijk 67,1 % en 23,9 %).

Na een literatuurstudie en een desktopaudit werd een online vragenlijst gestuurd naar alle ziekenhuizen die betrokken zijn bij heupprothesen. In het eerste kwartaal van 2023 voerden we een audit ter plaatse uit in 30 willekeurig geselecteerde ziekenhuizen. We stuurden een individueel rapport naar elk bezocht ziekenhuis.

We bundelden alle resultaten (gekoppelde gegevens, statistische analyses, gegevens verzameld via de online vragenlijst of ter plaatse) in een algemeen rapport. Het bevat o.a.:

- ✦ een interziekenhuisbenchmarking voor een reeks indicatoren, om de ziekenhuizen ten opzichte van de andere te oriënteren;
- ✦ een actieplan (verbeterpunten) gericht aan ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en administraties;
- ✦ een veertigtal verbeterpunten en enkele punten goede praktijkvoering, op basis van EBM, samenspraak met de wetenschappelijke verenigingen, guidelines, enz. Er is er namelijk ruimte voor verbetering bij ziekenhuizen, zowel op nationaal als op individueel niveau, bij wetenschappelijke verenigingen, bij het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het FAGG.

4. Audit chronisch nierfalen

Ter voorbereiding van een geplande bredere toetsing met experts vanuit de wetenschappelijke verenigingen in januari 2024, verrichtten we een literatuurstudie over beschikbare, wetenschappelijk onderbouwde, (inter)nationale richtlijnen en gegevens. Op basis hiervan maakten we een ontwerprapport met alle geïnventariseerde key performance indicatoren, dat we hebben vorgelegd

⁵⁹ Zie “[Appropriate care](#)”, p. 41.

⁶⁰ Indicator voor de beoordeling van de maximale incidentie van ambulante urgente NMR-onderzoeken, B.S. 18 augustus 2023.

aan enkele medische en verpleegkundige experts. We voerden de eerste data-analyses uit van de desktop audit en de vragen voor de 'online' en de 'on site' audit werden voorbereid.

5. Audit complexe chirurgie

Het thema van deze audit is complexe slokdarm- en pancreaschirurgie. Ze zijn het onderwerp van overeenkomsten over gespecialiseerde complexe (en hoog technische) ingrepen, die de chirurgische zorg centraliseren in expertisecentra. In de overeenkomsten werd een audit opgenomen ter observatie van de praktijkvoering in de verschillende expertisecentra en om inzicht krijgen in de mogelijke variabiliteit van zorgpaden.

Na een review van de wetenschappelijke literatuur en analyse van de beschikbare administratieve gegevens over het onderwerp van complexe chirurgie, hebben we een terreinbezoek uitgevoerd. De stuurgroep Complexe chirurgie bracht internationale deskundigen aan, die hun adviezen hebben gegeven voor het opstellen van de gebruikte vragenlijsten en hun commentaar zullen geven op de gevonden resultaten.

Alle ziekenhuizen die sinds de opstart van de overeenkomst ooit zijn toegetreden, werden opgenomen in de audit.

II. INTERNATIONALE AANGELEGENHEDEN: EHFCN

Sinds 2005 is de cel Internationale Aangelegenheden van de DGEC 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 voornamelijk Europese context.

Het EHFCN werd opgericht om de strijd tegen fraude, corruptie en verspilling in de gezondheidszorg in Europa te coördineren en te optimaliseren. Het wil een plek zijn waar nuttige informatie over 'best practices' in de bestrijding van fraude en corruptie wordt uitgewisseld tussen zijn leden, zowel op het vlak van de geldende reglementering in de Europese landen alsook op het vlak van de controletechnieken en meetinstrumenten.

1. Internationale conferentie

Op 26 en 27 oktober 2023 heeft het EHFCN in Brussel zijn 15^e internationale conferentie georganiseerd. Het thema was de versterking van de methodes voor de preventie van en de strijd tegen fraude en verspilling in de gezondheidszorg.

De conferentie bracht meer dan 200 deelnemers uit een twintigtal landen samen, die 50 gezondheidsorganisaties vertegenwoordigen die fraude en corruptie in Europa bestrijden. Het ging om leden van het RIZIV en het EHFCN, vertegenwoordigers van de Europese en internationale instellingen, experts uit de academische en universitaire wereld en professionele zorgverleners.

Er kwamen 3 hoofdthema's aan bod.

- ✦ De richtlijn van de Europese Unie over artificiële intelligentie: het doel van die reglementering bestaat erin de beste omstandigheden voor de ontwikkeling en het gebruik van die technologie te garanderen. De sprekers, met name uit Europese instellingen, hebben

uitgelegd op welke manier die nieuwe reglementering de gezondheidszorg zal beïnvloeden, meer bepaald de controlediensten in België en Europa. Ze hebben ook de nieuwe technologieën in de gezondheidszorg besproken en hoe ze in ons dagelijks leven kunnen worden geïntegreerd.

- ✦ De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG): de sprekers hebben de balans opgemaakt van die reglementering, 5 jaar na de inwerkingtreding ervan: is het een belemmering of vergemakkelijkt het de uitwisseling van gegevens tussen landen en/of gezondheidszorgorganisaties?
- ✦ Fraude: waarom plegen fraudeurs fraude? Hoe kan hun gedrag worden beïnvloed? Om die vragen te beantwoorden, werden tijdens de conferentie modellen van integriteit in de gezondheidszorg besproken, evenals gedragsinzichten uit de nieuwste onderwezen psychologische, cognitieve en sociale wetenschappen.

Bovendien werd er vóór de eigenlijke internationale dag een specifieke dag georganiseerd voor de leden van het EHFCN. Die dag bestond voornamelijk uit workshops en besprekingen en had tot doel om de activiteiten van de leden van het EHFCN inzake de strijd tegen fraude te beschrijven, te verklaren, te analyseren en samen te vatten: hun overeenkomsten maar ook hun verschillen, in de manier waarop ze fraude benaderen en de hulpmiddelen die ze tot hun beschikking hebben om fraude efficiënter te bestrijden.

Interactieve sessies in kleine groepen zorgden bovendien voor een beter begrip van de redenen waarom zorgverleners de reglementering niet naleven. Het concept betreffende de bevordering van de kwaliteit van de zorgverlening met een aangepaste tenlasteneming werd ook voorgesteld.

2. Gemeenschappelijke conferentie met de International Association of Mutual Benefit Societies

Het EHFCN en de International Association of Mutual Benefit Societies hebben in januari 2023 een virtuele gemeenschappelijke conferentie georganiseerd. De International Association of Mutual Benefit Societies is een internationale koepelorganisatie van federaties van ziekenfondsen en van gezondheidszorginstellingen. Ze verenigt 49 federaties in 26 landen in Europa, Latijns-Amerika, Afrika en het Midden-Oosten.

Het thema van de conferentie was het gebruik van artificiële intelligentie om fraude in de gezondheidszorg te bestrijden. Het doel bestond erin om de uitdagingen, bedreigingen en kansen van deze technologie op Europees en nationaal niveau te onderzoeken. Volgende punten zijn aan bod gekomen:

- ✦ de Europese visie op de reglementering van artificiële intelligentie: een analyse van het Europese voorstel voor een rechtskader met betrekking tot artificiële intelligentie;
- ✦ nationale gevallen: concrete gevallen van het gebruik van artificiële intelligentie om fraude in het dagelijkse leven te bestrijden;
- ✦ de perspectieven voor de toekomst van de artificiële intelligentie in de gezondheidszorg.

3. Webinars

In 2023 zijn er 7 webinars georganiseerd voor de leden van het EHFCN om actuele onderwerpen te bespreken en de vragen van de leden te beantwoorden. De sprekers van die webinars zijn experts uit de gezondheidszorg die afkomstig zijn uit organisaties die al dan niet lid zijn.

De onderwerpen van de webinars waren de volgende.

- ✦ *OLAF: opdrachten en activiteiten*: het Europees bureau voor fraudebestrijding (OLAF) doet onderzoeken naar fraude ten koste van de begroting van de Europese Unie, alsook naar corruptie en ernstige fouten binnen de Europese instellingen. Het ontwikkelt ook een antifraudebeleid voor de Europese Commissie. Het webinar bood de gelegenheid om de opdrachten en activiteiten van OLAF voor te stellen en de vragen over onderzoeken in detail te bespreken.
- ✦ *Opsporing en meer: gebruik van grote hoeveelheden gegevens voor de preventie van fraude in de gezondheidszorg in Polen*: in de afgelopen jaren is de Poolse gezondheidszorg uitgegroeid tot een enorme bron van gegevens, waarvan een groot deel in realtime beschikbaar is. Dat biedt nieuwe mogelijkheden voor de opsporing en preventie van fraude. De Poolse instellingen voor volksgezondheid hebben met succes verschillende technieken gebruikt om die gegevens te exploiteren, wat de opsporing van fraude veel efficiënter heeft gemaakt. De mogelijkheid om frauduleuze activiteiten gemakkelijk te herkennen, zorgt echter ook voor moeilijkheden die tijdens dit webinar werden voorgesteld.
- ✦ *Europese wet inzake artificiële intelligentie: de juridische en ethische weerslag van artificiële intelligentie, de uitdagingen en risico's ervan*: de Europese Unie stelt het eerste rechtskader voor artificiële intelligentie voor. Daarin worden de risico's van artificiële intelligentie besproken en het stelt Europa in staat een voortrekkersrol te spelen in de wereld. Dit webinar bood een algemeen overzicht van artificiële intelligentie in Europa en van de uitdagingen en angsten die eraan verbonden zijn.
- ✦ *Corruptie tijdens COVID-19: trends, factoren en geleerde lessen voor het terugdringen van corruptie in noodsituaties op het vlak van gezondheid*: op basis van een verslag van het Chr. Michelsen Institute (onafhankelijk instituut voor onderzoek naar ontwikkeling in Noorwegen), heeft de auteur, Daniela Cepeda Cuadrado, toegelicht hoe corruptie zich tijdens de COVID-19-periode voordeed, wat de drijfveren waren en wat de weerslag ervan was voor de bevolking.
- ✦ *Fraudewaarschuwingen: schijnwerpers op fraudegevallen in Europa*: in dit webinar werden 2 concrete actuele voorbeelden van Europese fraude voorgesteld. Ze betreffen de dekking van publieke en private medische kosten. Die fraudegevallen hebben de nieuwe methoden die fraudeurs gebruiken, aan het licht gebracht. Het webinar gaf bovendien een beter inzicht in hoe die fraudegevallen kunnen worden ontdekt, geanalyseerd en opgelost.
- ✦ *De invloed van de privacywetgeving op de bekendmaking van gerechtelijke beslissingen: een verschillende interpretatie tussen België en Nederland*: elk land heeft een andere interpretatie van de Europese privacywetgeving. Zo zijn sommige praktijken in het ene land verboden, terwijl ze in een ander land zijn toegestaan. In Nederland heeft de bevolking het recht om te worden geïnformeerd zodra er bewijs is van fraude door een dienstverlener. Dat is in België niet het geval. In dit webinar werden de redenen voor die verschillen in interpretatie uitgelegd.
- ✦ *2D-Matrix in factuurgegevens: een geval van apotheekfraude*: de doelstelling van de Europese richtlijn over vervalste geneesmiddelen bestaat erin een uniek identificatiesysteem op te zetten, waarmee elk geneesmiddel kan worden getraceerd vanaf de productie tot de aflevering aan de patiënt. Die unieke identificatiecode heet 2D-Matrix. In dit webinar werd aangetoond hoe de 2D-Matrix wordt omzeild en frauduleus wordt gebruikt in bepaalde Belgische apotheken.

4. Werkgroep over artificiële intelligentie

De werkgroep artificiële intelligentie in de gezondheidszorg, die in 2020 is opgericht en uit deskundigen uit lidorganisaties van het EHFCN is samengesteld, heeft haar werkzaamheden voortgezet. Ze heeft de volgende ambities:

- ✦ een overzicht krijgen van artificiële intelligentie vandaag de dag (juridische en ethische situatie, systeeminfrastructuur en capaciteitsversterking, enz.);
- ✦ de bestaande uitvoeringsmogelijkheden in kaart brengen, d.w.z. het gebruik van gemeenschappelijke of soortgelijke tools in verschillende EU-lidstaten. Het doel bestaat erin dat de EHFCN-leden een open access tool, een model en voorbeeld voor artificiële intelligentie ter beschikking gesteld krijgen om die verder te ontwikkelen;
- ✦ de leden de mogelijkheid bieden om regelmatig verslag uit te brengen in de werkgroep over hun activiteiten en resultaten, aan de hand van specifieke gemeenschappelijke modeldomeinen.

5. Algemene Vergadering en strategisch plan

De Algemene Vergadering van het EHFCN is bijeengekomen in oktober 2023. Dat was een belangrijke vergadering voor de leden, om:

- ✦ de algemene beleidslijnen vast te stellen;
- ✦ de personen belast met een functie binnen het uitvoerend comité te verkiezen en te benoemen;
- ✦ de jaarrekeningen goed te keuren;
- ✦ o.a. de follow-up van de projecten van het jaarlijkse actieplan en van het strategisch plan van het EHFCN te bespreken. Met dit strategisch plan willen we ook een nauwere relatie met onze leden aanknopen, hen meer betrekken en beter informeren over de activiteiten van het netwerk.

III. EVALUATIE VAN DE BEHEERSPERFORMANTIE VAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

De V.I.'s en de Kas voor Geneeskundige Verzorging van HR Rail krijgen jaarlijks een vergoeding voor hun administratiekosten. De samenstelling en het bedrag van die vergoeding zijn beschreven in artikel 195 van de GVV-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.) dat ze heeft.

Sinds 2004 is een deel van het bedrag dat een V.I. jaarlijks ontvangt, gekoppeld aan de manier waarop ze haar wettelijke opdracht uitvoert. Die 20 % vertegenwoordigt de 'variabele administratiekosten'.⁶¹

Alle diensten van het RIZIV en de Controledienst voor de Ziekenfondsen analyseren de manier waarop de V.I.'s hun wettelijke opdracht vervullen en de kwaliteit ervan. Het RIZIV geeft de resultaten van deze analyses door aan de Controledienst voor de Ziekenfondsen. Deze zet via scoreschalen de

⁶¹ Deze 'variabele administratiekosten' bedroegen initieel 10 % van het bedrag dat een V.I. jaarlijks ontvangt. Sinds de aanpassing van de GVV-wet op 11 april 2019 is dat percentage geleidelijk verhoogd tot 20 % in 2022.

resultaten van de analyses om in geldelijke waarden en vermindert per V.I. de variabele administratiekosten met deze geldelijke waarde.⁶²

Merk op dat deze responsabilisering van de V.I.'s een bestraffingssysteem is en geen beloningssysteem. Als de V.I.'s slecht scoren, wordt er een deel van de variabele kosten afgehouden. Als de V.I.'s echter goed scoren, krijgen ze het volledige bedrag.

In 2023 heeft de DGEC de beheersprestatie van de V.I.'s geëvalueerd op basis van de volgende 3 indicatoren. De V.I.'s beschikken over een beroepstermijn. Omdat deze nog lopende, stellen we hieronder het evaluatieresultaat voor onder voorbehoud van de definitieve beslissingen.

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

Omdat de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV zijn controletaken vlot zou kunnen uitvoeren, moet de adviserend arts een voorstel mededelen aan de medische directie van zijn V.I., waarin de staat van invaliditeit van de patiënt wordt gemotiveerd. Dit moet tussen de eerste en de laatste dag van de elfde maand van de primaire arbeidsongeschiktheid. De medische directies van de V.I.'s moeten deze gegevens (de fluxen INV01) naar het RIZIV opsturen via IDES.

We hebben in een representatieve steekproef van dossiers onderzocht of zij de bewuste gegevens uiterlijk aan het einde van de periode van 12 maanden primaire arbeidsongeschiktheid hebben verstuurd. Later ingediende dossiers worden als foutief beschouwd.

Omdat de V.I.'s niet verantwoordelijk zijn voor alle vertragingen, voerde het Algemeen beheerscomité van het RIZIV een tolerantie- of immuniteitsmarge in van 7,5 %. Dat betekent dat er geen foutscore of laattijdigheidsscore wordt toegekend als het aantal laattijdige dossiers minder dan 7,5 % bedraagt.

De resultaten verschillen sterk per V.I. en variëren van 0,0000 % tot 20,0108 %.

2. Naleving van de regels betreffende de vergoeding van bepaalde verstrekkingen

a) Raadplegingen, toezichten, teleconsultaties en/of forfaitaire betalingen

We hebben de toepassing onderzocht van de vergoedingsvoorwaarden van het geriatrisch ontslagonderzoek door de arts-specialist in de geriatrie bij de rechthebbende vanaf 75 jaar opgenomen in een dienst geriatrie G (300)⁶³. Dat onderzoek kan slechts eenmaal worden aangerekend tijdens de laatste week van de opname, door de arts-specialist in de geriatrie die toezicht uitoefent op de patiënt in de dienst geriatrie G (300). Bovendien moet de arts een verslag opstellen aan de behandelend arts van de patiënt, met een gedetailleerd multidisciplinair plan voor de verdere behandeling, de nazorg en de revalidatie thuis of in een thuisvervangend milieu.

We hebben vastgesteld dat het percentage verzekerden waarvoor de vergoedingsvoorwaarden niet werden nageleefd, varieert tussen 3,5643 % en 7,1747 %.

⁶² Zie K.B. van 10 april 2014 betreffende de financiële responsabilisering van de V.I.'s met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten.

⁶³ Nomenclatuurnummer 599060.

b) Verstrekkingen interne geneeskunde

Het onderzoek van het spijsverteringskanaal door middel van een endoscopische videocapsule⁶⁴ moet worden uitgevoerd in geval van ferriprievie anemie van onbekende oorsprong ondanks endoscopische onderzoeken van het hogere spijsverteringskanaal⁶⁵ en de colon⁶⁶. Dat onderzoek moet worden verricht door een arts-specialist in de gastro-enterologie of in de pediatrie. Het opstellen van het verslag is inbegrepen bij het honorarium voorzien door dit nomenclatuurnummer. Er is een verhoging van 13 % voorzien voor patiënten jonger dan 7 jaar.

We hebben vastgesteld dat het percentage verstrekkingen dat ten onrechte door de V.I.'s aan verzekerden is vergoed, varieert tussen 10,0000 % en 32,7811 %.

c) Conclusie

Over het algemeen varieert het foutenpercentage bij de toepassing van de regels voor de vergoeding van de verstrekkingen van geneeskundige verzorging tussen 8,0657 % en 18,1727 %.

3. Kwaliteit van NewAttest-gegevens

We hebben de kwaliteit van de gegevens die de V.I.'s ons via het platform NewAttest bezorgden, beoordeeld op de volgende 4 criteria:

- ✦ de lateraliteit;
- ✦ het tandnummer;
- ✦ de norm van de zorgverlener;
- ✦ het identificatienummer van de toestellen voor zware medische beeldvorming.

Het globale foutenpercentage ligt dit jaar tussen 0,0004 % en 13,7140 %.

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. Dit actieplan wordt opgevolgd door de CAFC, onder voorzitterschap van de administrateur-generaal van het RIZIV.

De CAFC is samengesteld uit een ruime vertegenwoordiging van het RIZIV (DGEC, Dienst voor geneeskundige verzorging en Dienst voor administratieve controle) en uit afgevaardigden van de V.I.'s, het Nationaal intermutualistisch college (NIC), het Intermutualistisch agentschap (IMA) en de FOD Volksgezondheid.

⁶⁴ Nomenclatuurnummers 473933-473944.

⁶⁵ Nomenclatuurnummers 473056-473060 (onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal langs endoscopische weg).

⁶⁶ Nomenclatuurnummers 472452-472463 (onderzoek van het rectum en van het sigmoïd of het colon tot de linkerhoek van het colon, door middel van endoscopie) en 473174-473185 (onderzoek van het colon tot de ileoocaecale klep, door middel van endoscopie).

Het Actieplan handhaving 2021-2023 bevat 7 thema's van intensieve samenwerking tussen de diverse actoren:

- ✦ kwaliteitsvolle en toegankelijke facturatiegegevens;
- ✦ onrechtmatige financiële drempels die de toegang tot zorg beperken;
- ✦ structurele preventie van administratieve fouten, misbruik en fraude;
- ✦ schorsing en schrapping van zorgverleners;
- ✦ COVID-gerelateerde fraude;
- ✦ betrokkenheid en responsabilisering van verzekerden en zorgverleners;
- ✦ Audit Ziekenhuizen.

In 2023 werd in het kader van het Actieplan o.a. vooruitgang geboekt in het oplijsten van de aandachtspunten m.b.t. de medische huizen⁶⁷, de acties van Audit Ziekenhuizen⁶⁸ en de verdere voorbereiding van meer transparantie over facturatiegegevens voor verzekerden en zorgverleners.

Eind 2023 werd een nieuw actieplan handhaving opgesteld voor 2024-2026. De Algemene raad keurde het goed op 16 januari 2024.

⁶⁷ Zie "Nationale opdrachten – [Aanrekening 'per handeling' door zorgverleners verbonden aan een medisch huis](#)", p. 60.

⁶⁸ Zie "[Passerelle: Audit Ziekenhuizen](#)", p. 73.

Deel 5 – Impact

I. IMPACT VAN ONZE ACTIES VAN 2020

Als inspectiedienst wil de DGEC impact hebben op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners en zorginstellingen. Door de diversiteit van zijn acties en de verwachte resultaten moet de impact van de DGEC op een holistische manier worden bekeken. Daarom meten we de impact aan de hand van zowel kwantitatieve als kwalitatieve indicatoren. Met indicatoren bedoelen we het volgende:

- ✦ kwantitatieve indicatoren: de financiële ramingen of de variatie van het aantal verstrekkingen;
- ✦ kwalitatieve indicatoren: de interventies bij de commissies om de nomenclatuur aan te passen of te preciseren, de formulering van indicatoren bij de NRKP, enz.

Hieronder stellen we de financiële impact voor van de processen-verbaal van vaststelling die ten laste van de zorgverleners zijn opgesteld, alsook de kwantitatieve en kwalitatieve impact van onze nationale opdrachten.

1. Algemene methodologie

De ontwikkelde methodologie is het resultaat van een langdurig intern proces en heeft tot doel de impact van onze acties op een gestandaardiseerde en systematische manier te meten. Deze methodologie helpt om de voorgestelde cijfers te consolideren en de interpretatie ervan voor iedereen toegankelijker te maken. Ook wordt eventuele bias bij de interpretatie van de resultaten beperkt, aangezien het analyseplan van tevoren is vastgesteld.

Het is helaas niet mogelijk om de impact te meten van de acties die onlangs hebben plaatsgevonden en die we elders in dit verslag voorstellen. De latentietijd tussen een uitgevoerde actie en het te verwachten effect, de periodiciteit van de facturatiegegevensstromen en de wettelijke facturatietermijn aan de V.I.'s maken een impactmeting van recente acties onmogelijk, zoals uit onderstaand voorbeeld blijkt.

- ✦ In februari van het jaar X wordt een actie betreffende ambulante verstrekkingen uitgevoerd.
- ✦ Na analyse stellen we dat deze actie vanaf de maand mei van het jaar X een effect kan hebben onder de vorm van een gedragswijziging van de zorgverleners.
- ✦ We willen nagaan of het waargenomen effect stabiel is in de tijd, dus volgen we de facturatiegegevens van de zorgverleners gedurende 1 jaar, tot april van het jaar X+1.
- ✦ Aangezien vergoedbare verstrekkingen tot 2 jaar na de verrichtingsdatum van deze verstrekkingen in rekening kunnen worden gebracht bij de V.I.'s, is het mogelijk dat de aanrekeningen van april X+1 pas zichtbaar zijn in de gegevens van het eerste semester X+3.
- ✦ Aangezien het gemiddeld 7 maanden duurt om de facturatiegegevens van de ambulante verstrekkingen (Doc P) van een beëindigd semester te verkrijgen, zullen de volledige gegevens rond februari van het jaar X+4 beschikbaar zijn.
 - ➔ Conclusie: om een follow-up van één jaar uit te voeren van een actie met potentieel effect 3 maanden na de uitvoering ervan, kan de volledige meting pas 4 jaar na de actie worden uitgevoerd.

Gelukkig is het niet altijd nodig om over volledige gegevens te beschikken om een globale impact te meten en hebben de nieuwe elektronische facturatiesystemen een grote bijdrage geleverd om de gemiddelde facturatietermijnen aan de V.I.'s te verminderen.

Rekening houdende met deze waarnemingen en met behoud van een zekere veiligheidsmarge, hebben we ervoor gekozen de impact te meten van acties die we 3 jaar geleden hebben uitgevoerd. Met andere woorden, u vindt in dit verslag de impactmeting van de acties die in 2020 zijn uitgevoerd of afgesloten en waarvan het resultaat in 2023 is geëvalueerd.

2. Impact van de processen-verbaal van vaststelling op de aanrekening

In dit deel analyseren we in hoeverre het ontvangen van een eerste proces-verbaal van vaststelling⁶⁹ in 2020 het aanrekengedrag van de zorgverleners⁷⁰ daarna heeft beïnvloed.

Daartoe vergelijken we de bedragen die aan de V.I.'s zijn aangerekend voor verstrekkingen die waren verricht in de 2 jaar vóór het opstellen van het proces-verbaal van vaststelling, met de bedragen die zijn aangerekend voor de verstrekkingen verricht in de 2 daaropvolgende jaren. De datum van het proces-verbaal van vaststelling vormt de spildatum.



Figuur 18. Berekeningsmethode van de impact van de eerste processen-verbaal van vaststelling (PV Va's) op het aanrekengedrag

Merk op dat de werkelijke impact van de acties in onze meting vaak wordt onderschat. Gelet op de inflatie en de indexeringsmechanismen van de verstrekkingen, is het bedrag van eenzelfde aantal verstrekkingen dat door een zorgverlener in 2023 wordt aangerekend immers bijna verplicht hoger dan het bedrag dat in 2018 zou zijn aangerekend. Momenteel corrigeert de huidige berekeningsmethode dat effect niet, maar we onderzoeken verschillende pistes om in de toekomst rekening te houden met deze factor.

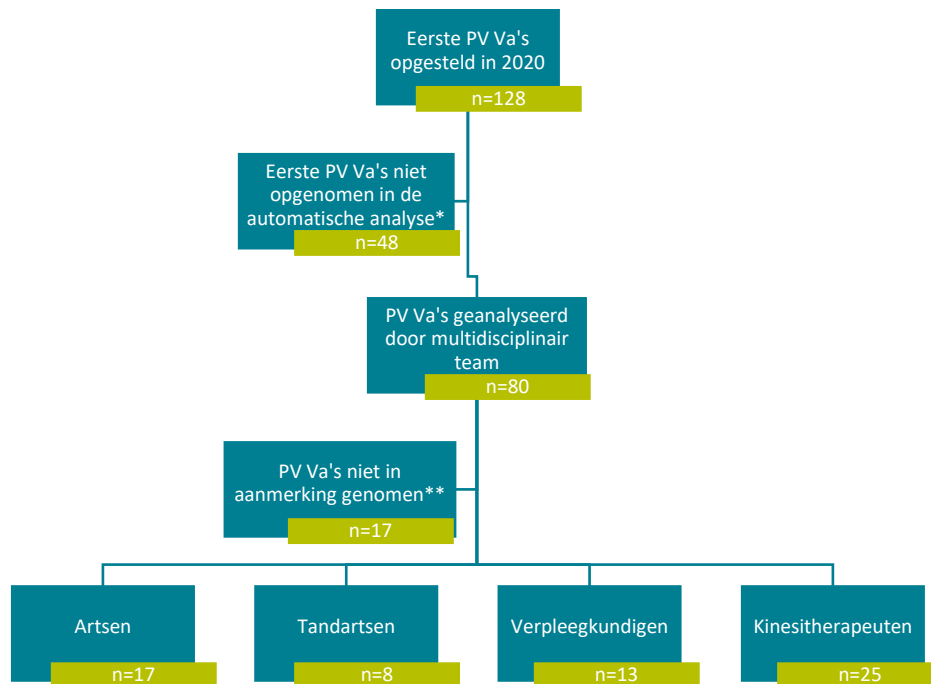
Bovendien dient te worden opgemerkt dat onze impactmeting werd beïnvloed door de COVID-19-epidemie in 2020: de impact van onze acties wordt onderschat. Vanwege de beperkingen en de lockdown zal een zorgverlener die eind 2020 een eerste proces-verbaal van vaststelling heeft gekregen immers een lager aanrekenprofiel “vóór proces-verbaal van vaststelling” hebben dan hij gewoonlijk voor de epidemie had. Als we dit vergelijken met het aanrekenprofiel “na proces-verbaal van vaststelling” (dus post-lockdown), dan leidt dit tot een onderschatting van de impact op het proces-verbaal van vaststelling.

⁶⁹ Wanneer er meerdere vaststellingen zijn in eenzelfde controleonderzoek, dan nemen we hier enkel het eerste proces-verbaal van vaststelling in aanmerking.

⁷⁰ De methode om deze analyse te automatiseren laat alleen toe te werken met de verstrekkingen van bepaalde zorgverleners en niet met die van bijvoorbeeld zorginstellingen.

Aangezien verschillende factoren de verandering in het aanrekengedrag van de zorgverleners kunnen verklaren (proces-verbaal van vaststelling, maar ook pensioen, overlijden, verandering van statuut, andere verpleegkundige groepering, inhaalbeweging na de lockdown, enz.), analyseert een multidisciplinair team de dossiers van elke zorgverlener alvorens de impactmeting uit te voeren. De dossiers waarvoor te veel andere factoren dan het proces-verbaal van vaststelling een rol spelen en die de impact dus artificieel vergroten of verkleinen, worden verwijderd uit de selectie.

Onderstaande figuur toont de resultaten van deze selectie door het multidisciplinaire team voor de dossiers waarvan een eerste proces-verbaal van vaststelling in 2020 is opgesteld.



* De methode om deze analyse te automatiseren laat alleen toe te werken met de verstrekkingen van bepaalde zorgverleners en niet met die van bijvoorbeeld zorginstellingen.

** PV Va's niet opgenomen in de analyse omdat te veel andere factoren (dan het PV Va) een rol speelden.

Figuur 19. Schema van de selectie door het multidisciplinaire team van de dossiers waarvan een eerste proces-verbaal van vaststelling (PV Va) in 2020 is opgesteld

De onderstaande tabellen tonen de belangrijkste tweejaarlijkse impacts die in 2023 zijn gemeten, opgesplitst per relevante categorie. De globale impact van de eerste processen-verbaal van vaststelling die in 2020 voor een deel van de zorgverleners zijn opgesteld (63 van de 128), wordt geraamd op 1.439.823,83 euro.

Tabel 15. Vergelijking van de aanrekening in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV van vaststelling met de aanrekening in de 2 jaar vóór het PV van vaststelling, per beroepsgroep (gegevens 2018-2023)

| Beroepsgroep | # | Aanrekening vóór PV van vaststelling (€) | Aanrekening na PV van vaststelling (€) | Totale tweejaarlijkse impact (€) | Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (€) |
|-----------------|-----------|--|--|----------------------------------|---|
| Arts | 17 | 11.942.136,69 | 11.239.798,31 | 702.338,38 | 41.314,02 |
| Tandarts | 8 | 5.469.106,37 | 5.431.294,04 | 37.812,33 | 4.726,54 |
| Verpleegkundige | 13 | 4.522.660,93 | 4.277.139,89 | 245.521,04 | 18.886,23 |
| Kinesitherapeut | 25 | 6.314.360,83 | 5.860.208,75 | 454.152,08 | 18.166,08 |
| TOTAAL | 63 | 28.248.264,82 | 26.808.440,99 | 1.439.823,83 | 22.854,35 |

Tabel 16. Vergelijking van de aanrekening in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV van vaststelling met de aanrekening in de 2 jaar vóór het PV van vaststelling, per type inbreuk (gegevens 2018-2023)

| Inbreuk | # | Aanrekening vóór PV van vaststelling (€) | Aanrekening na PV van vaststelling (€) | Totale tweejaarlijkse impact (€) | Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (€) |
|--------------------|-----------|--|--|----------------------------------|---|
| Fraude | 10 | 5.635.948,84 | 5.311.632,52 | 324.316,32 | 32.431,63 |
| Andere/niet-fraude | 53 | 22.612.315,98 | 21.496.808,47 | 1.115.507,51 | 21.047,31 |
| TOTAAL | 63 | 28.248.264,82 | 26.808.440,99 | 1.439.823,83 | 22.854,35 |

Tabel 17. Vergelijking van de aanrekening in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV van vaststelling met de aanrekening in de 2 jaar vóór het PV van vaststelling, per beslissing van de arts-inspecteur-generaal (gegevens 2018-2023)

| Beslissing arts-inspecteur-generaal | n | Aanrekening vóór PV van vaststelling (€) | Aanrekening na PV van vaststelling (€) | Totale tweejaarlijkse impact (€) | Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (€) |
|-------------------------------------|-----------|--|--|----------------------------------|---|
| Vaststelling zonder adm. procedure | 43 | 18.930.447,60 | 18.680.557,32 | 249.890,28 | 5.811,40 |
| Vaststelling met adm. procedure | 20 | 9.317.817,22 | 8.127.883,67 | 1.189.933,55 | 59.496,68 |
| TOTAAL | 63 | 28.248.264,82 | 26.808.440,99 | 1.439.823,83 | 22.854,35 |

Tabel 18. Vergelijking van de aanrekening in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV van vaststelling met de aanrekening in de 2 jaar vóór het PV van vaststelling, per type inbreuk en per beslissing van de arts-inspecteur-generaal (gegevens 2018-2023)

| Inbreuk / beslissing arts-inspecteur-generaal | n | Aanrekening vóór PV van vaststelling (€) | Aanrekening na PV van vaststelling (€) | Totale tweejaarlijkse impact (€) | Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (€) |
|---|-----------|--|--|----------------------------------|---|
| Fraude | | | | | |
| zonder procedure | 3 | 1.740.928,89 | 1.588.782,25 | 152.146,64 | 50.715,55 |
| met procedure | 7 | 3.895.019,95 | 3.722.850,27 | 172.169,68 | 24.595,67 |
| Andere/niet-fraude | | | | | |
| zonder procedure | 40 | 17.189.518,71 | 17.091.775,07 | 97.743,64 | 2.443,59 |
| met procedure | 13 | 5.422.797,27 | 4.405.033,40 | 1.017.763,87 | 78.289,53 |
| TOTAAL | 63 | 28.248.264,82 | 26.808.440,99 | 1.439.823,83 | 22.854,35 |

3. Impact van de nationale opdrachten

In dit deel stellen we de impact voor van de nationale opdrachten die in 2020 zijn afgesloten en aan het Comité van de DGEC zijn voorgesteld. Het multidisciplinaire team selecteerde die opdrachten waarvoor een kwantitatieve of kwalitatieve impact kon worden gemeten. Om in lijn te blijven met de gepresenteerde cijfers uit het vorige deel is de financiële impact hier ook berekend op 2 jaar, hoewel sommige opdrachten een bredere reikwijdte hebben.

a) Aanrekening van steriele urinesondes voor autosondage afgeleverd in de apotheek

We hebben tussen 2018 en 2020 de terugbetaling gecontroleerd van steriele urinesondes voor autosondage voor ambulante patiënten.⁷¹ Sinds de wijziging van de reglementering in 2017, is de aflevering en de aanrekening van die sondes voorbehouden aan apothekers-titularissen van een voor het publiek opengestelde officina.⁷²

We hadden verschillende onterechte aanrekeningen vastgesteld vanwege een foutieve invoer van het voorschrift: er was verwarring tussen het aantal sondes in een doos en het aantal afgeleverde dozen. We hadden een totaalbedrag van 635.489 euro ten laste gelegd in 18 apotheken, voor onterecht gerealiseerde verstrekkingen tussen 1 november 2017 en 30 juni 2019.

We hebben de impactmeting van deze nationale opdracht gemeten bij de 18 apotheken die een proces-verbaal van vaststelling hadden ontvangen. Een meting op nationaal niveau zou weinig zin hebben gehad, aangezien de andere apotheken niet over dit controleonderzoek zijn geïnformeerd. Over het algemeen lijkt de terugbetaling van de sondes voor autosondage sinds enkele jaren toe te nemen en is het eenheidsbedrag van de terugbetaling ervan gestegen sinds het koninklijk besluit van 18 april 2017.

Om deze impactmeting uit te voeren, hebben we het verschil berekend tussen de gemiddelde jaarlijkse terugbetaling voor sondes voor autosondage gedurende de 24 maanden voorafgaand aan het proces-verbaal van vaststelling en die gedurende de 24 maanden na het proces-verbaal van vaststelling. Het verschil tussen die 2 gemiddelde bedragen komt overeen met een raming van het jaarlijkse bedrag dat zonder onze actie zou blijven worden aangerekend.

Tabel 19. Vergelijking van de terugbetaalde bedragen voor sondes voor autosondage in de 18 apotheken die een PV van vaststelling hebben ontvangen, voor en na de actie van de DGEC

| | Vóór de actie (€) | Na de actie (€) | Vershil (€) |
|---|---------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Analyseperiode</i> | <i>24 maanden</i> | <i>24 maanden</i> | |
| Bedrag van de terugbetaling van de sondes | 934.014,28* | 269.808,00 | |
| TOTAAL** over 1 jaar | 502.610,30 | 134.904,00 | 367.706,30 |
| TOTAAL** over 2 jaar | 1.005.220,60 | 269.808,00 | 735.412,60 |

* Werkelijk terugbetaald bedrag door de ziekteverzekering gedurende de 24 maanden voorafgaand aan het proces-verbaal van vaststelling. Voor 3 apotheken bereikt de periode geen 24 maanden, aangezien de processen-verbaal van vaststelling minder dan 2 jaar na de publicatie van het koninklijk besluit van 18 april 2017 werden verstuurd.

** Bedragen geëxtrapoleerd over 12 of 24 maanden.

⁷¹ Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2020](#), p. 36-38.

⁷² K.B. van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis (datum van inwerkingtreding: 1 november 2017).

Gedurende de periode na de actie zien we een gemiddelde jaarlijkse daling van 367.706,30 euro, ofwel een tweejaarlijkse impact van 735.412,60 euro.

b) Aanrekening van 5 testen klinische biologie

Om te beoordelen of ze op een doeltreffende manier waren gebruikt en correct werden aangerekend, hadden we een desktopstudie gerealiseerd op 5 testen klinische biologie, met betrekking tot:

- ✦ carboxyhemoglobine en methemoglobine;
- ✦ troponine;
- ✦ toxicologie;
- ✦ specifieke IgE;
- ✦ lichte ketens.⁷³

Carboxyhemoglobine en methemoglobine

De analyse had betrekking op de aanrekening van de dosering van carboxyhemoglobine en van methemoglobine⁷⁴ gedurende het eerste semester van 2018. Daaruit bleek dat 12 ziekenhuizen elke dag (soms meerdere keren per dag) één of beide testen uitvoerden in hun diensten voor intensieve zorg, terwijl de meeste andere ziekenhuizen er nooit of zelden uitvoerden. We hadden die 12 ziekenhuizen in oktober 2019 een sensibiliseringsbrief gestuurd met de vraag om erop te letten dat het voorschrift van die testen medisch verantwoord was.

Als gevolg van de COVID-19-epidemie die de situaties die beheerd worden door de diensten voor intensieve zorg in 2020 en 2021 ingrijpend heeft veranderd, hebben we de impact van die actie gemeten door de aanrekening van die 2 tests in 2018 en 2019 te vergelijken met de aanrekening ervan in 2022 (in de diensten voor intensieve zorg van de 12 ziekenhuizen die bij de actie betrokken waren).

Tabel 20. Vergelijking van het aantal carboxyhemoglobine-testen (540245) en methemoglobine-testen (540842) aangerekend aan de intensieve zorg in de 12 gesensibiliseerde ziekenhuizen, vóór en na de actie

| | Vóór de actie | Na de actie | Vershil |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------|
| <i>Analyseperiode</i> | <i>2018-2019 (24 maanden)</i> | <i>2022 (12 maanden)</i> | |
| Aantal testen 540245 en 540842 | 601.636 | 15.454 | |
| TOTAAL over 1 jaar | 300.818 | 15.454 | 285.364 |

De vergelijking tussen de periode 2018-2019 en 2022 toont een sterke daling van de aanrekening van die 2 testen aan (94,86 %). De impact op het aanrekendegrage van die 12 ziekenhuizen was dus groot.

Een financiële impact berekenen op die basis alleen is echter niet erg relevant, aangezien we in diezelfde diensten tijdens dezelfde periode een toename hebben opgemerkt in de aanrekening van nomenclatuurnummer 540525 (bepalen van de pH van het bloed en van de partiële CO₂- en O₂-drukken).

⁷³ Zie [Jaarverslag DGE. Activiteiten 2020](#), p. 19-20.

⁷⁴ Nomenclatuurnummers 540245 en 540842.

Tabel 21. Vergelijking van het aantal testen voor het bepalen van de pH van het bloed en van de partiële CO₂- en O₂-drukken (540525) aangerekend aan de intensieve zorg bij de 12 gesensibiliseerde ziekenhuizen, vóór en na de actie van de DGEC

| | Vóór de actie | Na de actie | Vershil |
|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------|
| <i>Analyseperiode</i> | <i>2018-2019 (24 maanden)</i> | <i>2022 (12 maanden)</i> | |
| Aantal testen 540525 | 92.444 | 166.627 | |
| TOTAAL over 1 jaar | 46.222 | 166.627 | -120.405 |

Door voor die 3 testen een impactmeting te realiseren, stellen we een daling vast van het aangerekende bedrag van meer dan 35 % en een tweejaarlijkse financiële impact van ongeveer 400.000 euro. Aangezien het niet mogelijk was om de evolutie te analyseren van alle andere laboratoriumonderzoeken die door de diensten voor intensieve zorg van die ziekenhuizen werden aangerekend, hebben we ervoor gekozen om met dat bedrag geen rekening te houden in de berekening van de totale financiële impact in 2023.

Troponine

De analyse had betrekking op het voorschrijven van doseringen van troponines door huisartsen gedurende het eerste semester 2017. De resultaten hadden aangetoond dat die testen zelden werden voorgeschreven in de huisartsengeneeskunde, uitgezonderd door enkele outliers, en dat hun financiële gewicht beperkt was.

Die analyse heeft ertoe geleid dat we een bredere evaluatiestudie konden voeren over het voorschrijven van klinische biologie door huisartsen. Het rapport van die nieuwe actie werd in 2022 voorgelegd aan het Comité van de DGEC en de impact ervan zal worden voorgesteld in het jaarverslag over onze activiteiten gerealiseerd in 2025.

Andere onderwerpen

Voor de 3 andere testen (de toxicologische dosering, de specifieke IgE en de lichte ketens) heeft de analyse geleid tot het openen van enkele individuele controleonderzoeken en het verzenden van sensibiliseringsbrieven naar 5 ziekenhuizen. De aanrekening van die testen zal opnieuw worden geanalyseerd tijdens de risicoanalyse met betrekking tot de klinische biologie, de anatomopathologie en de genetische onderzoeken.

Analyse van de toxicologische dosering stelde ons ook in staat om een nomenclatuurnummer te identificeren dat ontsnapte aan de regels inzake niet-toegestane cumulatie met nomenclatuurnummer 547396. We hebben voorgesteld om de nomenclatuur aan te passen door verstrekking 547153 toe te voegen aan cumulatierregel 71 van artikel 24, maar de werkgroep van de TGR heeft dat voorstel niet in aangenomen.

c) Aanrekening van aortakleppen via percutane weg (TAVI)

De Dienst voor geneeskundige verzorging had een overschrijding vastgesteld van het voorziene budget voor TAVI-hulpmiddelen vast en had aan de DGEC gevraagd om een analyse uit te voeren.⁷⁵ We hebben de resultaten van onze desktopstudie meegedeeld aan de CTIIMH, in het kader van de geplande herziening van het jaarlijkse aantal tegemoetkomingen voor de materiaalverstrekking

⁷⁵ Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2020](#), p. 21-22.

172734-172745 (vergoeding voor de TAVI-klep indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan). Er was overigens op dat ogenblik nog geen specifiek nomenclatuurnummer voor de TAVI-procedure (de percutane plaatsing). We hebben vastgesteld dat de verstrekking 589201 (percutane klepplastie⁷⁶) bijna standaard werd aangerekend bij patiënten bij wie een TAVI-klep werd aangerekend en dat de cardiologen bovendien meerdere andere verstrekkingen cumuleerden. Het ging om verstrekkingen die deel uitmaken van deze procedure, zoals bijvoorbeeld digitale angiografie van de aorta, hartkatheterisatie of echocardiografie. We hebben bovendien een uitgesproken variatie vastgesteld tussen de ziekenhuizen bij het aanrekenen van die bijkomende interventies.

We deelden onze bevindingen mee aan de TGR. Op basis van onze analyses voorzag de TGR voor het nieuwe nomenclatuurnummer voor de TAVI-plaatsing (artikel 34 van de nomenclatuur) een “all-in” honorarium, dat rekening houdt met eventuele gelijktijdig uitgevoerde verstrekkingen. Dit nummer is in werking sinds 1 februari 2022:

“590236-590240: implantatie van een transcatheter-aortaklep (TAVI) voor de volledige behandeling, inclusief alle medische verstrekkingen, alle controles, alle gebruikte catheters en alle verstrekkingen medische beeldvorming op de behandelingsdag, exclusief de dilatatiecatheters, de gebruikte farmaca, de contrastmiddelen en de medische beeldvorming uit artikel 17 en artikel 17bis”

De TGR stelde bijkomende toepassingsregels op voor meerdere verstrekkingen van artikel 34 (interventionele verstrekkingen), 20 e) (cardiologie), 17 (medische beeldvorming voor radiologen) en 17ter (medische beeldvorming voor connexisten) van de nomenclatuur, omdat we ook hadden aangetoond dat niet alleen bij de TAVI-procedure heel wat interventies werden gecumuleerd en aangerekend. Hierbij werd eveneens uitgegaan van het principe van een “all-in” honorarium dat rekening houdt met eventuele gelijktijdig uitgevoerde verstrekkingen, die nu onterecht bijkomend worden aangerekend. Deze toepassingsregels zijn in werking sinds 1 april 2023. Ook voor meer recente verstrekkingen werd intussen overigens hetzelfde “all-in” principe toegepast, zoals bijvoorbeeld voor 590295-590306: percutane sluiting van het linker harttoortje (in werking sinds 1 augustus 2023).

Na onze desktopstudie startten we ook enkele controleonderzoeken op, o.a. een nationaal controleonderzoek in 2019-2020 over de gelijktijdige (en onterechte) aanrekening van een open klepingreep (229600⁷⁷) én een percutane ingreep bij de plaatsing van een TAVI-klep terwijl enkel een percutane procedure plaatsvond. Voor de impactmeting analyseerden we een periode van 2 jaar vóór (2018 en 2019) en 2 jaar na de actie (2020 en 2021). We vergeleken de combinaties van een open klepingreep (229600) en een percutane klepplastie (589201) op dezelfde dag bij opnames waarbij de ziekenhuisapotheker een TAVI-klep (172745 en 172760) aanrekende. We observeren een daling van deze combinaties van 7,37 % ten opzichte van de periode vóór de actie. Deze daling is niet enkel gerelateerd aan de COVID-19-epidemie. We zien immers een stijging van het aantal TAVI-kleppen in de periode na de actie (2020 en 2021) en bovendien noteren we slechts een lichte daling van het aantal TAVI-kleppen in 2020. Het is overigens mogelijk dat die enkele patiënten waarvoor we na de actie nog steeds een combinatie opmerkten, effectief 2 ingrepen hebben ondergaan waarbij de open klepingreep noodzakelijk bleek door falen van of complicatie bij de percutane procedure, waardoor de aanrekening wel degelijk gerechtvaardigd kan zijn.

⁷⁶ Percutane endovasculaire plastiek van de aortaklep, van een aangeboren misvorming van de aorta, van de pulmonalisklep, de mitralisklep, de tricuspidklep of fulguratie van een klep inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de dilatatiecatheter(s) en farmaca en de contrastmiddelen, maximum per operatiezitting.

⁷⁷ Operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten die de plastiek of het plaatsen van een kunstklep omvat, met extracorporele circulatie.

Tabel 22. Vergelijking van de combinatie open klepingreep en percutane klepplastie bij aanrekening van een TAVI-klep vóór en na de actie van de DGEC

| | Vóór de actie | Na de actie | Vershil |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| <i>Analyseperiode</i> | <i>2018-2019 (24 maanden)</i> | <i>2020-2021 (24 maanden)</i> | |
| % (aantal) zonder combinatie van open klepingreep en percutane klepplastie op dezelfde dag tijdens opnames met plaatsing van een TAVI-klep | 92,08 % (1.628) | 99,45 % (2.157) | |
| % (aantal) met combinatie van open klepingreep en percutane klepplastie op dezelfde dag tijdens opnames met plaatsing van een TAVI-klep | 7,92 % (140) | 0,55 % (12) | 7,37 % |
| Totaal % (aantal) TAVI-kleppen | 100 % (1.768) | 100 % (2.169) | |

De financiële impact van deze actie wordt niet alleen bepaald door het honorarium van de chirurg, maar ook door het honorarium voor anesthesie, de eventuele operatieve hulp en de mogelijk bijkomende aanrekening van extracorporele circulatie. Ook de toepassing van de verschilregel is niet eenvoudig. Daarom nemen we de financiële impact van de actie niet mee in de berekening van de totale financiële impact in 2023.

d) Dubbele subsidie voor Franse ingezetenen in Belgische instellingen voor mindervaliden

Het merendeel van de geneeskundige verzorging van Franse mindervaliden die in België verblijven, wordt ten laste genomen door een forfait dat door de Franse ziekteverzekering wordt betaald. Sommige verantwoordelijken van Belgische instellingen voor mindervaliden maken echter misbruik van de Europese ziekteverzekeringskaart en proberen zo 2 keer voor de medische kosten van hun Franse ingezetenen te worden vergoed. Bijgevolg wordt de zorg van de Franse ingezetenen die in België verblijven dubbel aangerekend aan de Franse ziekteverzekering.

Hoewel de Belgische ziekteverzekering hierdoor geen schade lijdt, hebben we tussen december 2019 en januari 2020 toch een sensibiliseringsactie gevoerd bij de verpleegkundigen die zorg voor die ingezetenen aanrekenden.⁷⁸ Naar aanleiding van die brieven hebben we een daling waargenomen van het bedrag dat aan het RIZIV werd aangerekend en vervolgens door de Franse ziekteverzekering werd terugbetaald: in de loop van de daaropvolgende maanden (tussen januari en maart 2020) bedroeg die daling ongeveer 600.000 euro per maand. De tweejaarlijkse impact bedraagt dus 14,4 miljoen euro.

e) Aanrekening van geneeskundige verzorging verricht in een instelling voor mindervaliden

Tijdens controleonderzoeken met betrekking tot verstrekkingen aangerekend door (groeperingen van) verpleegkundigen, hebben we vastgesteld dat sommigen van hen ten onrechte verstrekkingen aanrekenden die in de woon- of verblijfplaats voor mindervaliden werden verleend, waarbij ze een nomenclatuurnummer gebruikten voor verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van een rechthebbende. Dat tweede nummer stemt overeen met een hogere terugbetaling door de ziekteverzekering.

⁷⁸ Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2020](#), p. 27.

In het kader van deze nationale controleonderzoek hadden we willekeurig 40 instellingen voor mindervaliden geselecteerd en de verpleegkundige verstrekkingen geanalyseerd voor alle patiënten die er verbleven. Dat heeft geleid tot het opstellen van een proces-verbaal van vaststelling voor 49 (groeperingen van) verpleegkundigen voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 620.634,88 euro, alsook tot een waarschuwing voor 186 (groeperingen van) verpleegkundigen.⁷⁹

Aangezien het om een willekeurige steekproef ging en sommige patiënten ondertussen zijn overleden, hebben we voor deze actie geen financiële impact kunnen berekenen. De impact is voornamelijk kwalitatief: de nomenclatuur werd in december 2019 aangepast waarbij de facturatiemogelijkheden naargelang de plaats waar de verstrekkingen werden verricht, werden verduidelijkt. Bovendien voeren we momenteel regelmatig controleonderzoeken op de aanrekening van verstrekkingen in die instellingen.

II. TOTALE FINANCIËLE IMPACT IN 2023

Het uiteindelijke doel van de DGEC als inspectiedienst is impact te hebben op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners en zorginstellingen. Vermits onze dienst deel uitmaakt van het RIZIV, een instelling van sociale zekerheid, is het belangrijk dat er ook een financiële impact is. In dit deel vindt u een overzicht van de bedragen die in 2023 werden gerecupereerd en van de bedragen die we hierboven in het punt “Impact van onze acties van 2020” vermeldden.

1. Terugbetalingen en boetes

De DGEC heeft in 2023 de betaling bekomen van een totaal bedrag van 10.770.310,27 euro in het kader van zijn controleonderzoeken (afgesloten of niet).

Tabel 23. Betalingen in 2023

| Soorten betaling | Bedrag (€) |
|--|----------------------|
| Vrijwillige terugbetaling (vóór beslissing genomen m.b.t. administratieve procedure) | 5.982.799,49 |
| Betaling na beslissing van administratieve procedure | 4.787.510,78 |
| TOTAAL | 10.770.310,27 |

De vrijwillige terugbetalingen hebben betrekking op ten laste gelegde bedragen (in een proces-verbaal van vaststelling) die zijn terugbetaald vóór de (eventuele) beslissing van de Leidend ambtenaar of van één van de administratieve rechtscolleges (Kamer van eerste aanleg en Kamer van beroep).

De betalingen na een beslissing van de Leidend ambtenaar of van één van de administratieve rechtscolleges hebben zowel betrekking op opgelegde terugbetalingen als op eventuele boetes. Die bedragen kunnen worden teruggevorderd hetzij rechtstreeks bij de betrokkenen, hetzij door tussenkomst van de FOD Financiën en de V.I.'s in geval van weigering van betaling (met toepassing van artikel 206*bis* van de GVV-wet).

⁷⁹ Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2020](#), p. 34-36.

2. Verminderde uitgaven

De financiële impact van de DGEC wordt ook bepaald door de vermindering van bepaalde onterechte uitgaven van de ziekteverzekering, na een eerste proces-verbaal van vaststelling en na bepaalde nationale opdrachten.⁸⁰

In 2020 waren er in totaal 128 eerste processen-verbaal van vaststelling. Bij een aantal zorgverleners en zorginstellingen die in 2020 een eerste proces-verbaal van vaststelling kregen, is het nog niet mogelijk om met de beschikbare facturatiegegevens een geautomatiseerde impactmeting uit te voeren. Van de 128 controledossiers (met een totaal bedrag ten laste van 8.100.230,58 euro) werd deze geautomatiseerde impactmeting voor 63 ervan uitgevoerd, met een totaal bedrag ten laste van 2.050.820,48 euro. De verminderde aanrekening gedurende 2 jaar voor deze 63 controledossiers is 1.439.823,83 euro.

De tweejaarlijkse impact van de nationale opdrachten die in 2020 aan het Comité van de DGEC werden voorgesteld, bedraagt in totaal 15.135.412,60 euro.

Tabel 24. Tweejaarlijkse impact van de controleonderzoeken van 2020

| Acties | Bedrag (€) |
|---|----------------------|
| Eerste processen-verbaal van vaststelling in 2020 (geautomatiseerde impactmeting) | 1.439.823,83 |
| Nationale opdrachten voorgesteld aan het Comité van de DGEC in 2020 | 15.135.412,60 |
| TOTAAL | 16.575.236,43 |

3. Globale financiële impact

Op basis van de bovenstaande gegevens kunnen we de financiële impact van de DGEC nu al begroten op **27,35 miljoen euro**, gemeten in 2023.

Onze impact reikt uiteraard verder en is niet altijd te becijferen. We kunnen de impact van bepaalde acties (zoals lezingen of verzoek tot aanpassing van nomenclatuur) niet meten en we hebben onze impactmetingen beperkt tot de nationale opdrachten die we in 2020 hebben voorgesteld aan het Comité van de DGEC. Ten slotte maakt dit jaarverslag zorgverleners en verzorgingsinstellingen, alsook verzekerden, bewust van het belang van een correcte aanrekening van verstrekkingen voor de duurzaamheid van toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

⁸⁰ Zie "[Impact van onze acties van 2020](#)", p. 82.

Afkortingenlijst

| | |
|---------|---|
| app* | Appendectomie met noodzakelijke resectie van de caecumbodem |
| BOD | Beslissingsorgaan/organe décisionnel |
| CAFC | Anti-fraudecommissie |
| CTIIMH | Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen |
| DDD | Defined daily doses of gemiddelde dagdosissen |
| DGEC | Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle |
| EBM | Evidence-based medicine |
| EHFCN | European Healthcare Fraud & Corruption Network |
| FAGG | Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten |
| GVU-wet | Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |
| HTSC | <i>Hospital and Transport Surge Capacity</i> |
| ICE | Directies Informatie, Controle, Evaluatie van de DGEC |
| NRKP | Nationale raad voor kwaliteitspromotie |
| RIZIV | Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering |
| TAVI | <i>Transcatheter Aortic Valve Implantation</i> of implantatie van aortaklep via percutane weg |
| TGR | Technische geneeskundige raad |
| TURP | Transurethrale resectie van de prostaat |
| USC | Unieke streepjescode |
| V.I. | Verzekeringsinstelling |

Meer weten?

Hebt u vragen over deze publicatie?

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