



Jaarverslag DGEC

Activiteiten 2019



Voorwoord

We focussen even op 2019 terwijl 2020 reeds alle aandacht opeist met een virus dat ons leven en werk drastisch omgooit. Als dienst bekijken we ook de huidige corona-epidemie als een uitdaging, een opportuniteit in de verdere uitbouw van een performante inspectiedienst. Het is een continue drijfveer te proberen om met onze activiteiten impact te hebben op het voorschrijf- en aanrekeninggedrag van de zorgverleners. Op de volgende pagina's maakt u kennis met onze bijdrage voor een doelmatigere aanwending van de beschikbare middelen in de gezondheidszorg.

Dit jaarverslag van de DGEC is een tijdsopname. Zo geeft het de resultaten weer van initiatieven en opdrachten die enkele jaren voordien startten. Het is een deugddoend verslag, het mag alweer gezien en vooral gelezen worden. Er werden op alle domeinen door de verschillende medewerkers heel wat resultaten behaald.

Vooreerst sinds lang hebben we weer meer medewerkers aangeworven dan er met pensioen vertrokken. Al deze nieuwkomers krijgen intensieve opleidingen en een voortgezette coaching. Zij verrijken op hun beurt de dienst met hun expertise en gemotiveerde aanpak. Sinds maart 2019 gebruiken we het langverwachte elektronisch dossierbeheer (eDos). Heel wat verwachtingen werden nog niet ingelost maar blijven werkpunten om van de digitalisering echt een hulpmiddel te maken zodat onze medewerkers efficiënter kunnen werken.

Naast de stijgende financiële impact met sensibiliseringsacties, nomenclatuurwijzigingen of interpretatieregels boekten we ook zeer goede resultaten met de individuele en nationale controleacties; dit zowel in aantal onderzoeken als met de tenlastegelegde bedragen. Even indrukwekkend is de grote variatie aan studies en evaluatieopdrachten die met de nodige expertise werden uitgevoerd. Al deze activiteiten startten bij een jaarlijks stijgend aantal meldingen en interne voorstellen. Ook dat is een opgave om deze tijdig te analyseren en wekelijks de juiste keuzes te maken.

In 2019 werden maar liefst 100 beslissingen genomen in proceduredossiers. Zo worden vaststellingen afdwingbaar en komt er naast een terugbetaling desgevallend ook een bijkomende financiële sanctie. Ook de aanpak van hardleerse zorgverleners met intentionele inbreuken (fraude) blijft een aandachtspunt. De verantwoordingsdrempel bij thuisverpleegkundigen is een mooi voorbeeld van structurele preventie.

De DGEC bereikt deze resultaten niet alleen. Audit ziekenhuizen komt na het pilootproject 'bariatrische heelkunde' in een nieuwe fase. In het kader van het Actieplan handhaving maakten we duidelijke afspraken voor meer synergie met de verzekeringsinstellingen. Samen-werken werpt vruchten af op verschillende niveaus. Op de volgende pagina's leest u meer over de dagelijkse inspanning van velen.

Dr. Philip Tavernier
wnd. arts-directeur-generaal DGEC
september 2020

Inhoudstafel

Voorwoord	3
Deel 1 - Organisatie	7
I. Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)	9
a) Missie	9
b) Doelstellingen van de bestuursovereenkomst 2016-2018	10
II. Personeel	11
III. Organisatiestructuur	13
IV. Weringsproces	13
Deel 2 - Activiteiten	15
I. De DGEC als dienst van het RIZIV	17
a) Externe meldingen en eigen risicoanalyses in 2019	17
b) Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020	17
II. Directie Controle	23
a) Algemene resultaten	23
b) Nationale controleonderzoeken	27
c) Apothekers	37
d) De DGEC en de strijd tegen fraude	40
III. Directie Evaluatie	45
a) Evaluatiestudies	45
b) Primaire controle van de V.I.	52
c) Adviesfunctie/vertegenwoordiging van de DGEC in de technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen	54
IV. Directie Informatie	63
a) Externe informatie	63
b) Interne informatie	65
V. Directie Juridische zaken en geschillen	67
a) Opvolging rechtspraak Raad van State en Grondwettelijk Hof	67
b) Artikel 77sexies GVVU-wet	67
c) Opvolging procedurefase	67
VI. Samenwerkingen met andere diensten en organisaties	79
a) Internationale aangelegenheden	79
b) Audit ziekenhuizen	81
c) Samenwerking met het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC)	82
VII. Impact op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners	85
VIII. Voorbeeld ICE project	87
Aanpak hoge profielen in de thuisverpleging	87
Meer weten?	89

Deel 1 - Organisatie

I. DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE (DGEC)

a) Missie

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

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

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

Op basis van klachten of signalen van buitenaf en op eigen initiatief analyseert de dienst de wijze waarop zorgverleners hun praktijk voeren, zowel op het vlak van conformiteit, realiteit als doelmatigheid. Door deze analyses/evaluaties kan de dienst keuzes maken uit een breed gamma aan mogelijke acties: een individueel of nationaal controleonderzoek, sensibilisatiebrieven, voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur, uitnodiging tot in regelstelling, tijdelijke schorsing van de uitbetaling van aanrekeningen via derdebetalers, ...

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

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

Wettelijke opdrachten¹

De wetgever heeft de DGEC de volgende opdrachten gegeven:

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

¹ Art. 139 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet).

b) Doelstellingen van de bestuursovereenkomst 2016-2018

Een bestuursovereenkomst is een contract tussen de Staat en een openbare instelling van sociale zekerheid. De bestuursovereenkomst 2016-2018 werd verlengd met een **wijzigingsclausule**² voor de periode **2019-2020**. Voor de DGEC zijn volgende artikelen van belang:

- ✦ artikel 13 = uitbreiding van de informatisering van het dossierbeheer in de DGEC, samen met een aanbod van eServices voor derden
- ✦ artikel 37 = analyse van de herhaling van voorgeschreven technische onderzoeken door zorgverleners voor eenzelfde patiënt: effect van het gebruik van het geïnformatiseerde medische dossier op het voorschrijfgedrag
- ✦ artikel 38 = evaluatie en controle door de DGEC in de keten van de processen in de uitkeringsverzekering
- ✦ artikel 39 = detectie, aanpak en proactieve opvolging van fraude bij de thuisverpleegkundigen (evaluatie van het gebruik van de eID-kaart)

² K.B. van 12 juli 2019 (B.S. 20-08-2019)

II. PERSONEEL

De DGEC telde 236 personeelsleden in 2019. In tabel 1 verdelen we de personeelsleden volgens profiel, standplaats en taalrol.

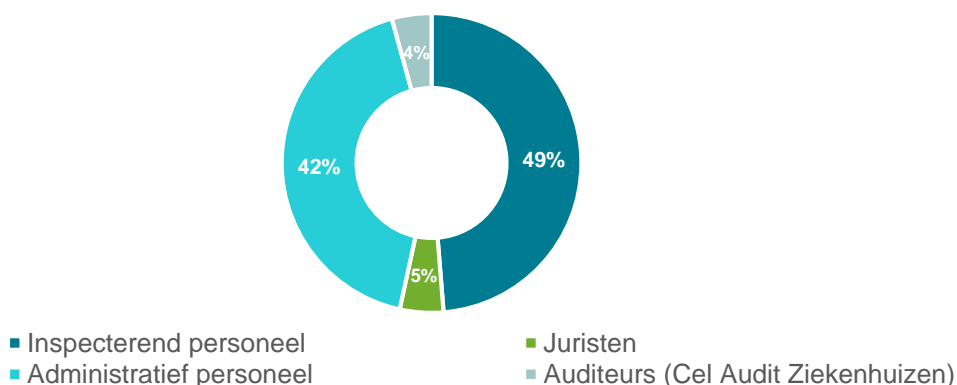
Tabel 1. Aantal personeelsleden DGEC op 31 december 2019

		Centraal		Provinciaal		Totaal
		NL	FR	NL	FR	
Leidend ambtenaar / arts-directeur-generaal*		1				1
Arts-inspecteur-generaal – A4			2			2
Directeurs (Informatie, Juridisch, regio's) – A3		1	1	3	2	7
Artsen-coördinatoren – A3		6	2			8
Sociaal inspecteurs:	artsen (A2-A3-A4)	5	2	25	17	49
	apothekers (A2)	1		3	2	6
	verpleegkundigen (B)			18	19	37
	wetenschappelijk attachés (A1)	1		2	3	6
Auditeurs (Audit ziekenhuizen)		6	4			10
Juristen (A1-A2-A3)		4	6			10
ICT, ontwikkeling, kennisbeheer			4			4
Internationaal		1	1			2
Data-analisten (A1)		2	3			5
Administratief:	adviseurs (A2)	1	1	2	2	6
	deskundigen (B)	3	3	8	5	19
	assistent (C)	6	6	21	18	51
	medewerker (D)	3	2	4	2	11
Gedetacheerd (beleidscel)		2				2
TOTAAL		43	37	86	70	236

(*) Waarnemende functies: Leidend ambtenaar.

Het inspecterend personeel, de auditeurs en de juristen hebben een operationele opdracht. De digitale en technologische evoluties hebben impact op de nood aan administratieve ondersteuning.

Personeelsleden DGEC in 2019



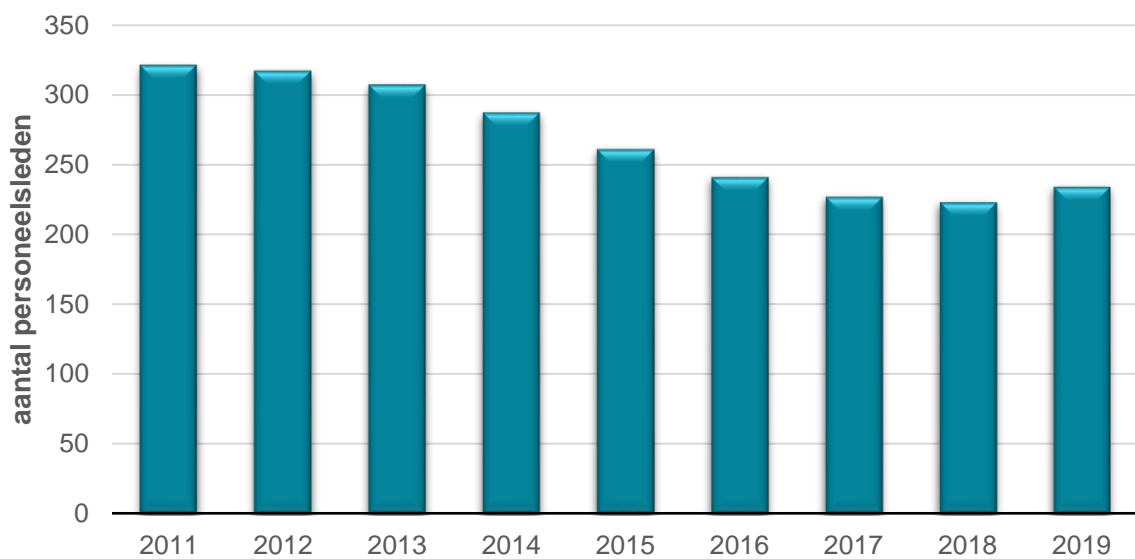
Figuur 1. Verhouding personeelsleden DGEC in 2019

In de komende vijf jaar zal de helft van het aantal artsen van de DGEC met pensioen gaan. Om de continuïteit van zijn werking te garanderen, gaat de DGEC op zoek naar nieuwe inspecteurs en controleurs.

In 2019 verwelkomden we 20 nieuwe sociaal inspecteurs. 28 % van ons inspecterend personeel heeft minder dan twee jaar ervaring als sociaal inspecteur.

De nieuwkomers kregen een intensieve basisopleiding van zes weken, een opvolging door een individuele coach en een maandelijkse opvolging tijdens terugkomdagen. De intensieve opleiding van sociaal inspecteurs is essentieel voor de overdracht van kennis, vaardigheden en attitudes.

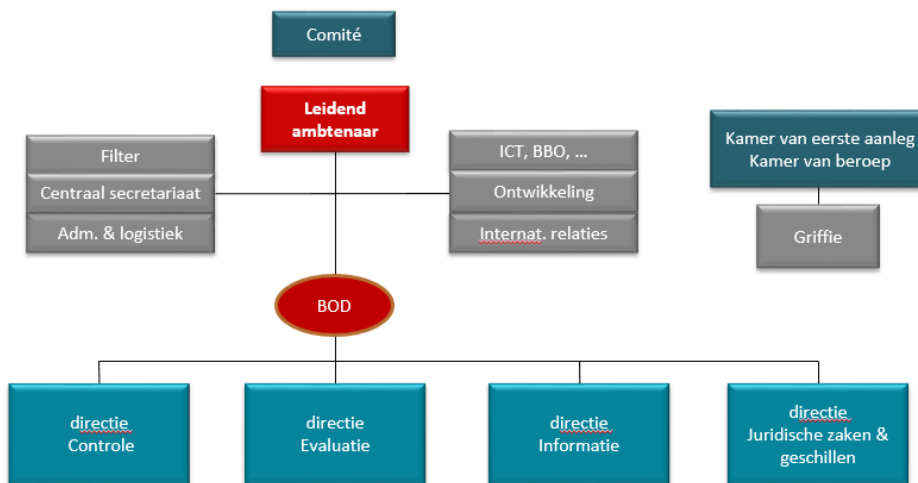
Na de dalende trend omwille van hervormingen, einde van loopbanen, een wervingsstop en de overheveling van bepaalde taken naar andere diensten, stijgt het aantal personeelsleden van de DGEC voor het eerst weer (figuur 2).



Figuur 2. Evolutie aantal personeelsleden DGEC

III. ORGANISATIESTRUCTUUR

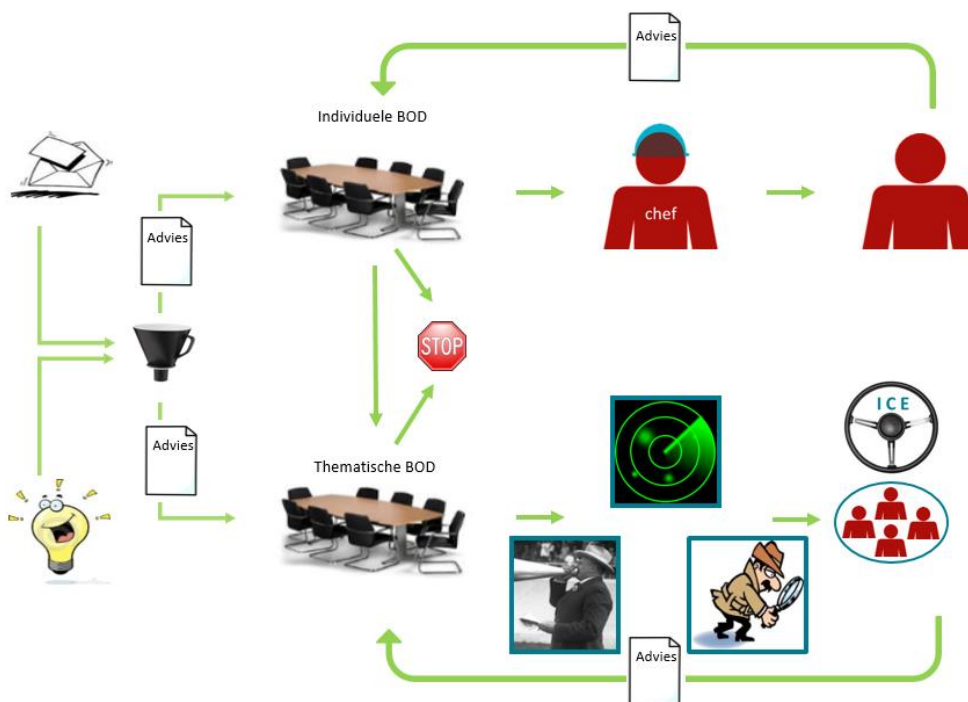
Sinds 2016 is de DGEC als volgt georganiseerd:



Figuur 3. Organisaatiestructuur DGEC

IV. WERKINGSPROCES

Figuur 4 geeft het interne werkingsproces van de DGEC schematisch weer.



Figuur 4. Werkingsproces DGEC

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

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

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

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

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

- ✦ de naleving van de nomenclatuur en de toepassing van bijhorende regels
- ✦ de conformiteit aan de richtlijnen (evidence-based medicine)

De informatieverstrekking kan verschillende vormen aannemen:

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

Het nationaal controleonderzoek heeft als doel na te gaan of zorgverleners een inbreuk hebben gepleegd en onterecht verstrekkingen hebben aangerekend aan de ziekteverzekering. Op basis van een vooraf bepaalde methodologie onderzoeken we het aanrekengedrag van een grote en vergelijkbare groep zorgverleners op basis van dezelfde criteria. Een controleonderzoek kan uiteenlopende gevolgen hebben (zie omschrijvingen op p. 24):

- ✦ zonder gevolg DGEC
- ✦ negatief
- ✦ informatief
- ✦ waarschuwing
- ✦ doorverwijzing naar derden
- ✦ uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling van het ten laste gelegde bedrag
- ✦ vrijwillige terugbetaling en eventueel procedure tot recuperatie van het ten laste gelegde bedrag en/of voor bijkomende sanctie.

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

Deel 2 - Activiteiten

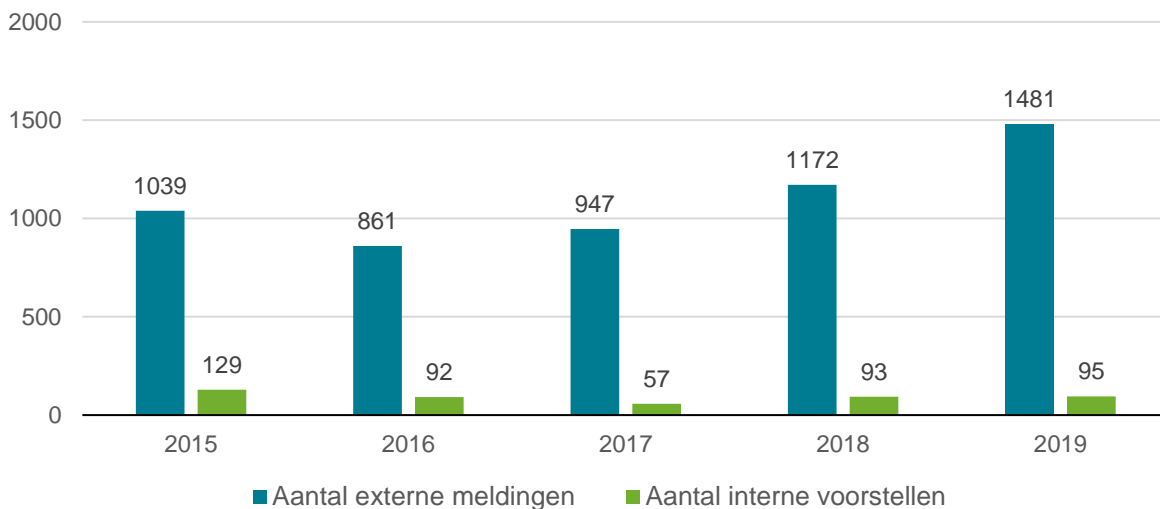
I. DE DGEC ALS DIENST VAN HET RIZIV

a) Externe meldingen en eigen risicoanalyses in 2019

In 2019 ontving de DGEC 1481 externe meldingen. Daarnaast hebben de personeelsleden van de DGEC zelf 95 voorstellen voor acties geformuleerd. Deze voorstellen waren telkens gebaseerd op eigen risicoanalyses.

Het aantal externe meldingen is sterk toegenomen in 2019 (figuur 5). Hiervoor zijn er meerdere plausibele verklaringen, zoals een toename van:

- ✦ de bereikbaarheid van de DGEC via e-mail
- ✦ de bekendheid van de DGEC
- ✦ de samenwerking van de DGEC met zijn partners in de GVV-verzekering.



Figuur 5. Evolutie aantal externe meldingen en interne voorstellen 2015-2019

b) Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020

I. Omschrijving

Begin 2016 richtte het RIZIV de taskforce 'doelmatige zorg' op met als doel te onderzoeken waar besparingen mogelijk of wenselijk waren.

Op vraag van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid werd het rapport van de taskforce gebruikt om het actieplan "handhaving in de gezondheidszorg" op te stellen. Dit actieplan liep af eind 2017.

De noodzaak voor een performante aanwending van de financiële middelen in de gezondheidszorg wordt steeds belangrijker, onder andere door de beperkte beschikbaarheid van die middelen, de technologische evoluties en de maatschappelijke tendensen zoals de veroudering van de bevolking en de toename van het aantal chronisch zieken. Aan de Algemene Raad van het RIZIV werd daarom ter goedkeuring een nieuw actieplan 'handhaving' in de gezondheidszorg voorgelegd voor de periode 2018 – 2020.

Het actieplan 2018 – 2020 groepeerde de acties als volgt:

- ✦ acties voor een betere samenwerking tussen diverse partners in de gezondheidszorg
- ✦ structurele maatregelen
- ✦ acties voor een betere gegevensuitwisseling en databeheer
- ✦ acties voor fraudebestrijding
- ✦ acties gericht naar het bevorderen van doelmatigheid in de gezondheidszorg.

II. Acties van de DGEC

De DGEC was in 2019 actief in onderstaande hoofdstukken van het actieplan 2018-2020.

Hoofdstuk 3: Samenwerking met de diverse partners in de gezondheidszorg

3.1 Samenwerking V.I. – RIZIV in het kader van een uniforme en efficiënte aanpak van controles, terugvorderingen en sanctioneren, inclusief de uitrol van de meldpunten “fraude”

Het doel is om transparantie en een uniforme aanpak te creëren over de uitgevoerde onderzoeken en de eventuele financiële recuperaties. Hiervoor rekent men op samenwerking tussen de V.I. en de DGEC, waarbij de V.I. klachten over niet-verrichte verstrekkingen zullen overmaken aan de DGEC. De meldpunten bij de V.I. zijn sinds begin 2018 operationeel.

De werking van deze meldpunten werd in 2019 voor het eerst geëvalueerd. In totaal registreerden ze 321 meldingen in het eerste werkingsjaar. Van deze meldingen hadden er 101 betrekking op de sector van de geneeskundige verstrekkingen, 80 op ledenverdediging en 71 op de uitkeringsverzekering. Van de 101 meldingen maakten de V.I. er acht over aan het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) - commissie “datamining en controle”. Van deze acht dossiers werden er drie overgemaakt aan de DGEC voor verder onderzoek.

Op 10 juli 2019 was er bijkomend overleg tussen de DGEC en het NIC. Dit heeft geleid tot een nota die een taakverdeling tussen beide partijen verder definieert en aflijnt.

Het afsprakenkader dient te leiden tot volgende resultaten:

- 1) Elke V.I. behandelt elke overtreding, begaan door een zorgverlener/groep/instelling, op dezelfde manier.
- 2) In geval van fraude (= duidelijke aanwijzingen voor een opzettelijke inbreuk) moet er ook een administratieve boete worden opgelegd en moet proactief toezicht worden uitgevoerd naast de effectieve terugvordering van de ten onrechte betaalde bedragen.
- 3) Systematische communicatie tussen de V.I. en de DGEC met betrekking tot geplande risicoanalyses en lopende nationale acties.

Hoofdstuk 5: Structurele maatregelen

5.3 Audit ziekenhuizen

Verdere uitbouw van de Eenheid ‘Audit Ziekenhuizen’ uitgaande van een co-governance structuur van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL), het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en het RIZIV waarbij de netwerkgedachte, met een breed gedragen gedeelde verantwoordelijkheid en evenwicht tussen de instellingen van primordiaal belang is.

Het project is gestart in 2018. Een eerste pilotproject over bariatrische heelkunde werd afgewerkt (desktopstudie van 97 ziekenhuizen en audit ter plaatse in 19 ziekenhuizen). Een rapport is beschikbaar en werd voorgesteld op het managementcomité en het DGEC-Comité in november 2019. De samenvatting van dit onderzoek staat op p. 50.

5.4 Opsporing van overconsumptie door de zorgverleners via patiëntenprofielen

5.4.1 Case: Patiëntenprofielen – algemene analyse

De bedoeling van deze analyse bestond erin indicatoren te bepalen om mogelijks afwijkende patiëntenprofielen op te sporen. Deze indicatoren voor selectie van patiënten zijn in overleg met de verzekeringsinstellingen opgesteld.

Weerhouden criteria waren de gelijktijdige aanwezigheid van:

- ✦ afwezigheid van een gekende pathologie,
- ✦ meer dan 45 contacten met zorgverleners op jaarbasis,
- ✦ maximaal 3 geconsulteerde artsen op jaarbasis.

Na toepassing van deze indicatoren op de IMA-databank, werd een lijst van verzekerden opgesteld. We hebben die lijst verder geanalyseerd, verkort, aan de Hoge Raad van artsen-directeurs voorgesteld. Na een eerste globale analyse door de V.I. werd beslist om bij wijze van test twee casussen per V.I. te bezorgen aan de medische directies om de juistheid van de gegevens en het profiel te analyseren.

De 3 indicatoren die in deze studie worden gebruikt lijken relevant en kunnen worden toegepast op de databanken gezondheidszorg binnen de verzekeringsinstellingen om bijkomende primaire controle mogelijk te maken, alvorens bepaalde casussen aan de DGEC worden overgedragen.

5.4.2 Case: Patiëntenprofielen – toepassing op tandheelkundige verstrekkingen

In deze analyse selecteerde de DGEC 100 dossiers van verzekerden met een afwijkend tandprofiel (min. tien per V.I.) op basis van twaalf indicatoren. De geselecteerde gevallen werden op 21 oktober 2019 bezorgd aan de V.I., om de juistheid van de gegevens te verifiëren en het profiel te analyseren. Het doel was om na te gaan of de twaalf indicatoren in de toekomst kunnen dienen als alarmfunctie voor een snelle opsporing van afwijkende profielen.

5.6 Verantwoordingsdrempel GUV-aanrekening thuisverpleegkundigen

Uit controles van de DGEC komen al enkele jaren een aantal hoge jaarprofielen naar voor, met systematisch niet-verrichte verstrekkingen. De verantwoordingsdrempel is ingevoerd via het KB van 29 september 2019 (BS 11 oktober 2019), met inwerkingtreding vanaf 1 december 2019.

Hoofdstuk 6: fraudebestrijding

6.1 Dagziekenhuisforfaits

Een dagziekenhuisforfait is een bedrag dat het ziekenhuis kan aanrekenen bij 191 verschillende ambulante verstrekkingen. Deze verstrekkingen staan vermeld in de lijsten bij groepen 1 tot 7 van bijlage I van de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen (ZH) en de V.I.

Bij verstrekkingen die in de polikliniek plaatsvinden, mogen geen dagziekenhuisforfaits aangerekend worden, want als vergoedingsvoorwaarde werd bepaald: “[...] en de opname gebeurt niet in de wachtkamer, noch in een poliklinische raadplegingsdienst van de verpleeginrichting,

De koppeling van gegevens en inspectiebezoeken ter plaatse bevestigde dat ziekenhuizen vaak forfaits aanrekenen voor verstrekkingen die plaatsvonden in een polikliniek.

Gezien de hiaten en de onduidelijke bepalingen in de Nationale overeenkomst besliste de DGEC om geen processen-verbaal van vaststelling op te maken voor de vastgestelde inbreuken.

De werkgroep “dagziekenhuis” van de nationale overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen heeft een conceptnota opgesteld en voorgesteld aan de commissie. De nota van de DGEC stelt voor om de lijst van bepaalde poliklinische prestaties die aanleiding geven tot het factureren van een forfait voor daghospitalisatie te herzien. Dit kan jaarlijks zestien miljoen EUR opleveren voor de financiering van de shift van traditionele hospitalisatie naar daghospitalisatie. Dit project is nu in behandeling bij de TGR van het RIZIV.

6.2 Hartmonitoring, ambulant en in het ziekenhuis: evaluatie van de toepassing van de nomenclatuur

De DGEC voerde dit onderzoek in 2018. De resultaten werden voorgesteld in de Technische Geneeskundige Raad van 7 mei 2019. In totaal werd een bedrag van 1.795.000 EUR terugbetaald voor niet-conforme prestaties. Dit zal een blijvende impact hebben op toekomstige facturaties. Op vraag van de Technisch Geneeskundige Raad heeft de DGEC een voorstel tot wijziging van de nomenclatuur uitgewerkt en voorgelegd. De samenvatting van het onderzoek kan u vinden op p. 27.

6.3 Geneesmiddelen aangerekend tijdens hospitalisatie

Dit actiepunt is afgerond. We stelden geen inbreuken vast. Geen verdere acties zijn gepland.

Hoofdstuk 7 'Doelmatige zorg'

7.2 Specifieke thema's 'doelmatige zorg'

7.2.1 Globaal medisch dossier (GMD)

Met dit actiepunt wil men de kwaliteit analyseren van het gebruik van het GMD.. Een eerste screening vond plaats in 2018. Op basis van deze bevindingen stuurde de DGEC begin januari 2019 een sensibiliseringsbrief aan alle actieve huisartsen met specifieke aandacht voor het correct invullen van de gegevens voor het GMD en de SUMEHR. Gezien punt 5.1.3 van het akkoord van de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen voor 2020 is dit actiepunt momenteel "on hold" gezet volgens de bepalingen in deze paragraaf.

7.2.2 Tandheelkundig dossier

Het doel van dit project is om de adviesorganen in de tandheelkundige sector te voorzien van elementen waarmee zij de inhoud van een goed tandheelkundig patiëntendossier kunnen bepalen. Een goed tandheelkundig dossier is niet alleen nuttig voor het bewaken van de patiëntenzorg, maar biedt ook alle transparantie die nodig is voor het controleren van de certificering van tandheelkundige diensten. De terreinfase voor het verzamelen van de informatie die momenteel in een dossier beschikbaar is, begint in maart 2020. Het doel is om met objectieve elementen de realiteit ter plaatse te illustreren.

7.2.4 Cardiologie

We voerden een specifieke analyse uit van frequent aangerekende verstrekkingen in de cardiologische praktijk, waarbij we de cumulatie van de echocardiografie en de inspanningsproef (ambulant) evalueerden. De analyse van de facturatiegegevens toonde geen afwijkingen aan in de attestering van de echocardiografie in combinatie met de inspanningsproef. Dit geldt voor de volledige groep van cardiologen. We besloten geen terreinonderzoek uit te voeren.

7.2.6 Neurologie EEG/Video-EEG

Dit was een analyse van het gebruik van codes voor EEG door neurologen met aandacht voor herhalingen op korte termijn. De DGEC analyseerde 20 patiëntendossiers uit vier verschillende centra. De resultaten van dit evaluatieonderzoek staan op p. 45.

In de revalidatieovereenkomst zal een discussie opgestart worden over de wijze van aanrekening van video-EEG. Er is voorgesteld om aan de TGR beperkingen te vragen voor de aanrekening van verstrekking 477142 (bv. maximum één maal per dag).

7.2.8 Anatomopathologie

In een eerste analyse onderzochten we de anatomo-pathologische onderzoeken bij een vagotomie, vasectomie, tuba-ligatuur, tonsillectomie, adenoïdectomie en sympathectomie. De samenvatting van dit evaluatieonderzoek staat op p. 48.

7.2.9 Klinische biologie

We evalueerden vijf laboratoriumtesten (carboxy- en methemoglobine, lichte ketens, immunoglobulinen type E, troponinen en toxicologische screening). Sommige testen worden vooral bij ambulante patiënten gebruikt, andere meer bij gehospitaliseerde patiënten.

We analyseerden de facturatiegegevens. Uit de studie is gebleken dat sommige artsen deze testen niet doelmatig voorschrijven of uitvoeren. We schreven hun hierover aan en motiveerden hen om hun gedrag aan te passen. Bij enkele artsen was er sprake van ernstige veralgemeende overconsumptie en startten we een controleonderzoek. Sommige laboratoria bleken bepaalde tarifieringsregels te omzeilen. We schreven hun hierover aan.

De bevindingen van het evaluatieproject zullen we ook voorleggen aan de werkgroep klinische biologie van de TGR om waar nodig aanpassingen in de nomenclatuur voor te stellen.

7.2.10 Arthroscopische meniscectomieën

Er worden meer dan 30.000 arthroscopische meniscectomieën per jaar geattesteerd waarvan 60 % bij verzekerden boven de 55 jaar, voor een budget van 9.400.000 EUR enkel voor de prestatie. Voor een all-in hospitalisatie komt het op 30.000.000 EUR. Bij minstens de helft van de ingrepen is er geen indicatie volgens EBM. Het verloop en de gevolgen van deze globale analyse van de DGEC staan vermeld op p. 46.

7.2.11 Audit medische beeldvorming 2.0

Dit actiepunt gaat over de opvolging van de budgetneutrale uitbreiding van MRI-toestellen via een daling van het aantal diagnostische CT-scans.

7.2.12 FANC-vergunning voor verstrekkingen met röntgenstralen

In 2018 en 2019 voerde de DGEC een campagne naar een andere groep specialisten die verstrekkingen met beeldvorming aanrekenden zonder geldige FANC-vergunning: de orthopedische chirurgen. Deze vergunning is een wettelijke voorwaarde voor de uitvoering van verstrekkingen waarbij ioniserende stralen gebruikt worden. Gezien het grote aantal artsen (325) en het beperkt aantal opleidingsplaatsen voor stralingsbescherming aan de universiteiten, verliep de campagne in twee fasen. Orthopedisten die veel verstrekkingen met X-stralen bij jonge patiënten uitvoerden, schreven we eerst aan wegens het groter risico voor de volksgezondheid.

We voerden in 2019 eveneens een impactmeting uit van de eerste campagne die in 2016 werd gevoerd. De samenwerking tussen de DGEC en het FANC staat verder beschreven op p. 82.

7.2.15 Geneesmiddelen hoofdstuk IV

De DGEC voerde een terreinonderzoek uit over Xolair. Dit is een duur hoofdstuk IV geneesmiddel dat wordt gebruikt bij astma na falen van courantere therapieën. De uitgaven voor de ziekteverzekering stegen van drie miljoen EUR in 2007 naar 22 miljoen EUR in 2016. Er gelden specifieke criteria (klinisch) voor de terugbetaling van dit geneesmiddel in hoofdstuk IV.

We interviewden 20 artsen die regelmatig Xolair voorschreven. We onderzochten of het medisch dossier de nodige bewijzen bevatte om te voldoen aan de criteria van hoofdstuk IV. De analyse van de resultaten is aan de gang.

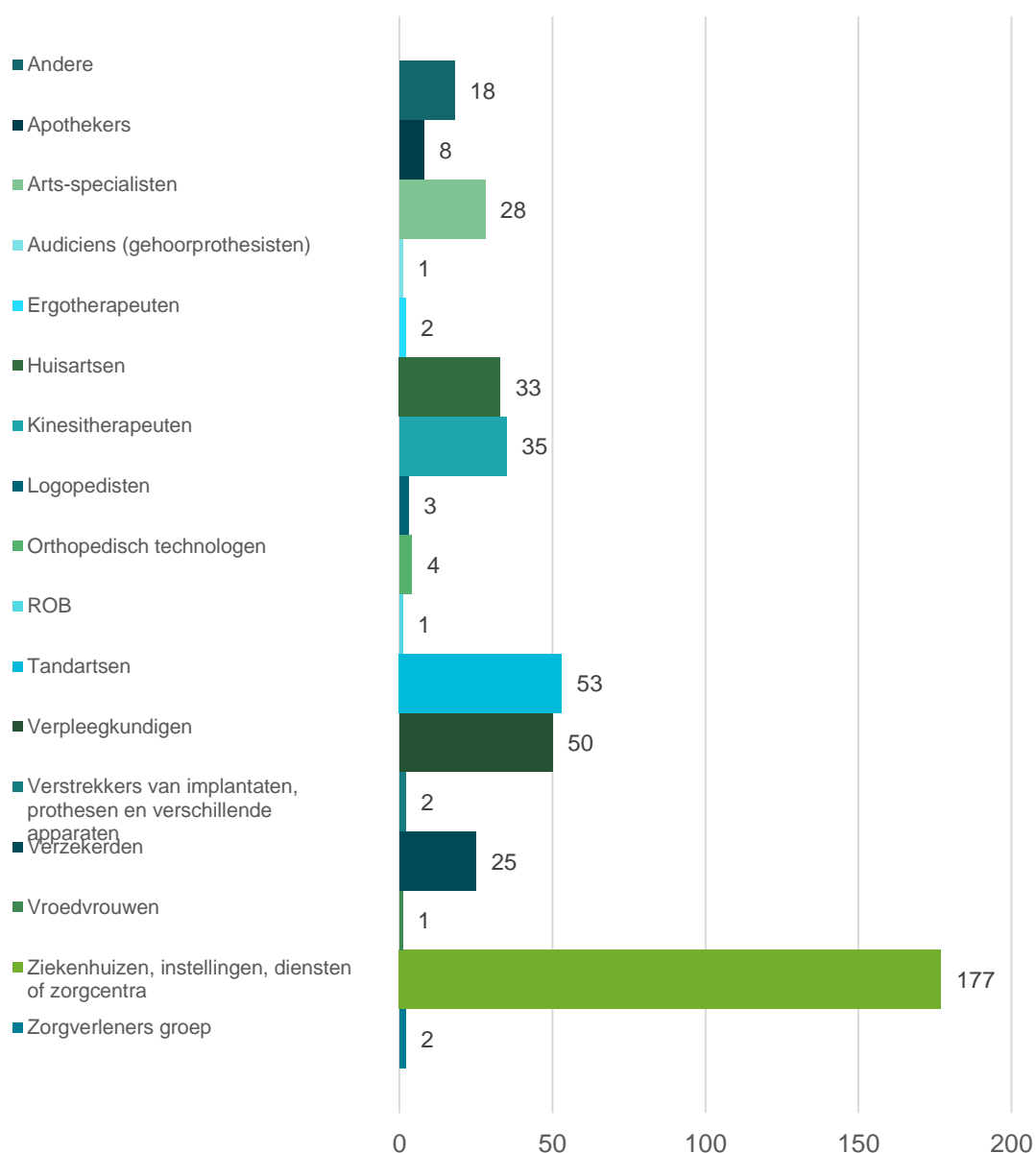
II. DIRECTIE CONTROLE

In dit jaarverslag geven we de cijfers over onze activiteiten in 2019 weer op basis van de gegevens die op 31 januari 2020 beschikbaar waren. Wanneer we dus evoluties en/of vergelijkingen weergeven met cijfers van voorgaande jaren, kunnen deze soms licht verschillen van de cijfers die terug te vinden zijn in de vorige jaarverslagen.

De cijfers kunnen evolueren omdat er zich intussen nieuwe feiten hebben voorgedaan zoals bijkomende vrijwillige terugbetalingen.

a) Algemene resultaten

I. Afgesloten controleonderzoeken in 2019, per beroepsgroep of type verzorgingsinstelling



Figuur 6. Aantal afgesloten controleonderzoeken per beroepsgroep of type verzorgingsinstelling in 2019

II. Afgesloten controleonderzoeken in 2019, volgens beslissing van de arts-inspecteur generaal van de directie Controle

Tabel 2. Afgesloten controleonderzoeken in 2019, volgens beslissing

Type onderzoek	Aantal	%	Bedrag ten laste (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
Vaststelling met procedure DGEC	53	11,9	7.741.760,52	379.754,28
Mededeling na vrijwillige terugbetaling	176	39,6	13.548.883,70	13.548.947,20
Actie voor derden	44	9,9	2.365.737,30	0,00
Waarschuwing	27	6,1	47.862,39	47.862,39
Informatief	44	9,9	0,00	0,00
Negatief	77	17,3	0,00	0,00
Zonder gevolg DGEC ³	23	5,2	121.739,39	0,00
Totaal	444	100	23.825.983,30	13.976.563,87

Uitleg bij Tabel 2:

- ✦ Onderzoeken ‘zonder gevolg DGEC’ zijn afgeronde onderzoeken waar we geen gevolg aan geven. Dit kan gebeuren om verschillende redenen. Het dossier:
 - ✧ valt niet onder onze bevoegdheid of
 - ✧ is niet prioritair, rekening houdend met de beschikbare middelen en operationele doelstellingen of
 - ✧ is gebaseerd op een melding die achteraf ongegrond bleek
 - ✧ enz.
- ✦ De categorie ‘negatief’ omvat die gevallen waar de vermoedens van vergissingen of bedrog na onderzoek ongegrond blijken te zijn.
- ✦ De categorie ‘informatief’ slaat op de controleonderzoeken die we beëindigen
 - ✧ na verhoor van de melder (zorgverlener) en
 - ✧ zonder dat we een inbreuk hebben vastgesteld en
 - ✧ waarbij we de betrokkene enkel informeren over de toepasselijke regelgeving.
- ✦ De categorie ‘waarschuwing’ gaat over onderzoeken die afgerond zijn en waarbij we de zorgverlener aansporen om voortaan de reglementering na te leven. Als de zorgverlener een inbreuk had gepleegd, vragen we hem soms ook om die te regulariseren door het ten onrechte aangerekende bedrag rechtstreeks terug te betalen aan de V.I. Een waarschuwing verwijst steeds naar de toepasselijke nomenclatuur of regelgeving.
- ✦ Bij de categorie ‘mededeling na vrijwillige terugbetaling’ starten we geen procedure bij de Leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges, maar sturen we een mededeling naar de zorgverlener/verzorgingsinstelling, nadat deze het ten laste gelegde bedrag vrijwillig heeft

³ Van de 23 onderzoeken ‘zonder gevolg DGEC’, is er één onderzoek met een bedrag ten laste voor 121.739,39 EUR. Hier is de zorgverstrekker overleden na het proces-verbaal van vaststelling maar vooraleer we een procedure hadden opgestart. Hierdoor stelden we automatisch een einde aan het verdere verloop van dit dossier.

terugbetaald. Daarin bevestigen we die vrijwillige terugbetaling na het PV van vaststelling en wijzen we op een mogelijke opvolging van zijn/haar aanrekeningen in de toekomst.

- ✦ *Vaststelling met procedure DGEC:* voor de onderzoeken waarbij we een inbreuk vaststelden en waarbij de zorgverlener het ten laste gelegde bedrag niet (volledig) terugbetaalde, zijn er dus verschillende behandelingen mogelijk. We kunnen:
 - ✧ een procedure voor de Leidend ambtenaar inleiden
 - ✧ een procedure voor de Kamer van eerste aanleg inleiden
 - ✧ het dossier na een volledige vrijwillige terugbetaling afsluiten zonder doorverwijzing

- ✦ *Actie voor derden:* als de DGEC niet bevoegd is, wordt het dossier doorverwezen naar derden (wanneer andere instanties bevoegd zijn), zoals:
 - de Dienst voor administratieve controle,
 - de Arbeidsauditeur (die het dossier kan doorverwijzen naar de Procureur des Konings),
 - de Orde der artsen,
 - het FAGG,
 - ...

Slechts voor een beperkt aantal dossiers wordt een procedure ingeleid. In 2019 volgde er bij 53 controleonderzoeken een procedure terwijl 44 dossiers werden doorverwezen naar derden.

III. Vastgestelde inbreuken

Het totaal aantal vastgestelde inbreuken in de controleonderzoeken die we in 2019 hebben afgesloten bedraagt **1.557.925**.

Eenzelfde verstrekking kan aanleiding geven tot verschillende inbreuken.

Voorbeeld:

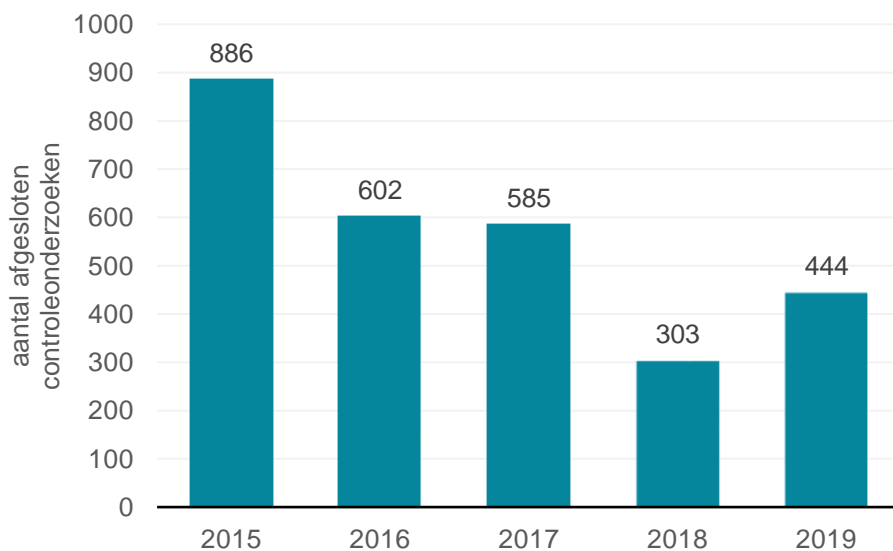
- ✦ een zorgverlener schreef medicatie voor buiten de indicatie en bewaarde de nodige attesten niet in het patiëntendossier hoewel dat reglementair verplicht was. Hoewel er meerdere inbreuken zijn gepleegd, wordt slechts één inbreuk ten laste gelegd.

IV. Evolutie 2015-2019

In 2019 heeft de DGEC 444 controleonderzoeken afgesloten. De evolutie van het aantal afgesloten controleonderzoeken kent sinds 2015 voor het eerst weer een positieve tendens (figuur 7).

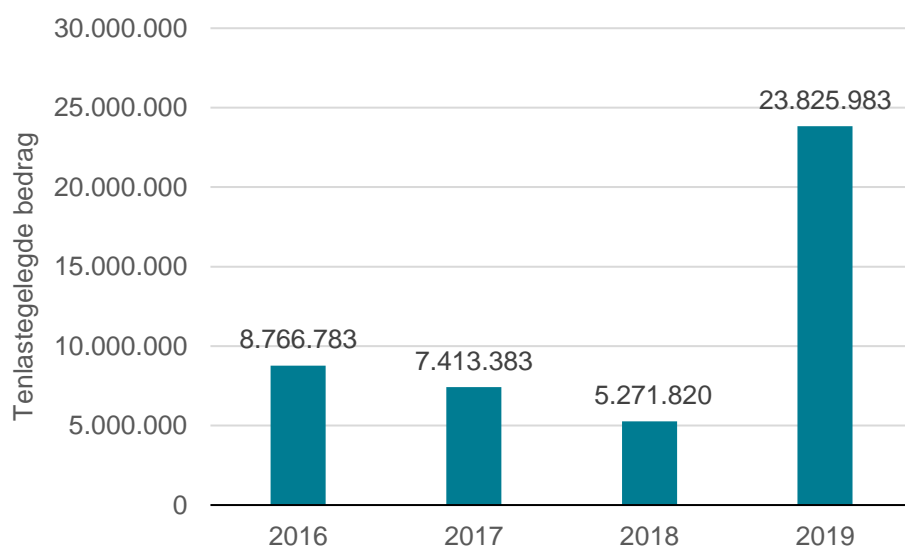
Hier zijn meerdere verklaringen voor:

- ✦ de binnenkomende meldingen worden beter geanalyseerd en gefilterd;
- ✦ inbreuken worden vaker op nationale schaal onderzocht;
- ✦ bepaalde inbreuken worden meer systematisch gecontroleerd;
- ✦ bij individuele controleonderzoeken wordt vaker nagegaan of er geen aanwijzingen zijn die een nationale aanpak rechtvaardigen.
- ✦ ...



Figuur 7. Evolutie aantal afgesloten controleonderzoeken

Figuur 8 geeft de evolutie weer van het totale tenlastegelegde bedrag van 2016-2019.



Figuur 8. Evolutie tenlastegelegde bedrag 2016-2019

b) Nationale controleonderzoeken

In verhouding tot de vrijgemaakte middelen is de weerslag van nationale onderzoeken veel groter dan die van individuele controleonderzoeken. Bovendien ervaren de zorgverleners het als objectiever, waardoor de pechvogel-perceptie lijkt te verdwijnen.

Controleonderzoek 1: ambulante cardiale monitoring

I. Oorsprong en doelstelling

In de ziekenhuizen zijn er grote variaties vastgesteld in de facturatie van 'cardiale monitoring' of '*het continu toezicht op de vitale en niet-vitale functies met een waaktoestel dat op zijn minst bestendig het electrocardiogram volgt, inclusief de eventuele registraties, buiten de narcoses, de heelkundige en verloskundige bewerkingen en buiten de functionele harttests*'.

In ambulante settings kunnen zorgverleners cardiale monitoring alleen op de spoedgevallendienst aanrekenen. De DGEC kreeg volgens het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen van 2016-2017 de opdracht om de facturatie van deze cardiale monitoring te bestuderen. Het controleonderzoek van de DGEC beperkte zich dus tot de facturatie van de codes voor de ambulante cardiale monitoring (212015 en 214012).

II. Methode

We bestudeerden de verstrekkingen 212015 en 214012 waarvoor de verzekeringsinstellingen de facturatie ontvingen van 1 april 2015 t.e.m. 30 november 2017, geattesteerd door alle Belgische ziekenhuizen die beschikken over een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en/of een erkende functie eerste opvang van spoedgevallen.

Omdat in de elektronische facturatieregels geen betrouwbare codering van een spoeddienst als plaats van verstrekking is opgenomen, hanteerden we de volgende indirecte methode:

- ✦ We keken na of de monitoringcodes 212015 en 214012 samen werden aangerekend met (op dezelfde of daaropvolgende dag):
 - ✧ één van de 16 A-codes uit NGV art. 25 §3bis die aangerekend kunnen worden voor de opvang van patiënten in de spoedlokalen of
 - ✧ één van de 6 C-codes uit art. 25 §3bis die aangerekend kunnen worden door een specialist, bijgeroepen door een arts die de permanentie op spoedgevallen verzekert.
- ✦ Wanneer dit niet het geval was, veronderstelden we dat de patiënt niet in de lokalen van de spoedopname werd opgevangen. Er werd dan ook van uitgegaan dat de facturatie van 212015 of 214012 op dat ogenblik onterecht was.

Enkel die ziekenhuizen waarvoor het berekende onverschuldigd bedrag (voor alle sites samen) hoger was dan 9.000 EUR, selecteerden we voor verdere analyse en terugbetaling.

III. Resultaten

We stelden verschillende soorten onterechte aanrekeningen van de cardiale monitoring vast:

- ✦ **Cardiale monitoring uitgevoerd buiten het ziekenhuis (bij MUG-interventie)**
- ✦ **Cardiale monitoring uitgevoerd binnen het ziekenhuis, maar buiten de spoedlokalen**

Monitoring werd aangerekend in combinatie met gastro-enterologische of cardiale interventies zoals coloscopie, gastroscopie, coronarografie, geplande cardioversie,... die plaatsvonden buiten de spoedlokalen of met verstrekkingen in de pijnkliniek, intensieve zorgen, verloskwartier, ... waarheen patiënt rechtstreeks vanuit MUG werd heengebracht zonder passage via spoed.

- ✦ **Cardiale monitoring niet gelinkt aan medische noodzaak**
- ✦ **Cumuleren van de verstrekkingen 212015 en 212026 op dezelfde ‘eerste dag’**

Zowel het ambulante als het gehospitaliseerd nomenclatuurnummer voor cardiale monitoring werd aangerekend op de eerste dag.

Bovendien stelden we vast dat een raadpleging op de spoedgevallendienst soms aangerekend werd als consultatie in de spreekkamer van de arts. Deze attestering is mogelijk op basis van interpretatieregel 1 horend bij art. 2 van de NGV.

Het tijdstip van de raadpleging bepaalt de keuze voor art. 2 of art. 25 §3bis: enkel overdag tijdens het weekend is het financieel interessanter om een C-honorarium uit art. 25 aan te rekenen behalve voor de neurologen voor wie het honorarium uit art. 2 steeds hoger is dan het honorarium uit art. 25.

IV. Acties en voorstellen

✦ Recuperatie

De hoofddartsen van 50 ziekenhuizen kregen na telefonisch contact waarbij we het onderzoek toelichtten, één of twee Processen-verbaal toegestuurd met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling van de niet-conforme verstrekkingen. De ziekenhuizen betaalden het onverschuldigd bedrag steeds vrijwillig terug. In totaal recupereerden we **1.795.309,87 EUR**.

✦ Voorstellen aan de TGR

Aan de Technische Geneeskundige Raad hebben we volgende voorstellen voorgelegd:

- ✦ de nomenclatuurnummers voor ambulante cardiale monitoring 212015 en 214012 schrappen;
- ✦ het tarief gelijkschakelen voor een raadpleging in de spreekkamer en een onderzoek in de spoedlokalen voor de bijgeroepen arts die er de permanentie niet verzekert en dit zowel overdag, 's nachts als tijdens het weekend;
- ✦ het honorarium opwaarderen voor de opvang van een patiënt door een permanentiearts door een vergoeding voor de cardiale monitoring te incorporeren;
- ✦ wanneer 212015 en 214012 niet geschrapt worden: toevoegen van “(inclusief continue monitoring vitale parameters)” aan de omschrijving van de nomenclatuur voor MUG-interventie 590435 en 590472;
- ✦ in de facturatieregels een specifieke code voor de urgentiedienst als verblijfplaats voorzien;
- ✦ het uur van opname en ontslag van de urgentiedienst verplicht laten registreren;
- ✦ de cumulatie van 212015 en 212026 op eenzelfde dag onmogelijk maken.

Controleonderzoek 2: niet erkende MRI-toestellen

I. Oorsprong en doelstelling

Enkel MRI-verstrekkingen uitgevoerd met erkende MRI-toestellen komen in aanmerking voor terugbetaling door de ziekteverzekering.

Vanaf 1 juni 2016 is het verplicht om het identificatienummer per MRI-toestel – toegekend door het RIZIV – te vermelden bij elke aanrekening van een MRI-verstrekking.⁴ Dat maakt de aanrekening van verstrekkingen op niet erkende toestellen in principe onmogelijk. De gelijktijdige opmaak van het

⁴ Koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, eerste lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 31 mei 2016.

landelijk kadaster⁵ voor zware medische apparatuur waarbij elk toestel zo'n uniek facturatienummer kreeg, vergemakkelijkte de controle voor de DGEC zoals gepland in het protocolakkoord⁶.

II. Methode

Op basis van een preselectie en een steekproef per ziekenhuis vroeg de DGEC 100 willekeurige MRI-beelden op. Via een analyse van de metagegevens van deze beelden konden we achterhalen met welk MRI-toestel de beelden waren gemaakt. Nadien vergeleken we voor elk gebruikt toestel de programmatie en erkenning in het kadaster.

De bevindingen bij deze 100 willekeurige MRI-verstrekkingen konden we statistisch extrapoleren over de hele onderzochte periode.

III. Resultaten

De DGEC heeft vastgesteld dat in de periode van 7 januari 2015 tot 30 september 2016 (ontvangst van de aanrekening bij de verzekeringsinstellingen - V.I.) in totaal 96.683 MRI-verstrekkingen werden uitgevoerd met achttien niet-erkende MRI-toestellen in vijftien ziekenhuizen.

Er werd 7.842.871,62 EUR vrijwillig terugbetaald (voor vijftien MRI-toestellen in twaalf ziekenhuizen) en er werden bijkomend drie administratieve procedures opgestart voor een bedrag ten laste van 1.980.975,11 EUR (betreffende drie MRI-toestellen in drie ziekenhuizen). Deze procedures zijn nog lopend.

De tenlastelegging van het gebruik van achttien niet-erkende MRI-toestellen in vijftien ziekenhuizen en de communicatie hierover heeft de lopende onderhandelingen over bijkomende MRI-toestellen versneld.

IV. Acties en voorstellen

✦ Beperking aantal onderzoeken per MRI-toestel

De aanvulling op het protocolakkoord medische beeldvorming (eind 2018) voorziet de programmatie en erkenning voor achttien nieuwe MRI-toestellen. Tijdens het onderzoek is gebleken dat het gebruik van een erkend MRI-toestel enorm verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis. Als het de bedoeling is om via de programmatie en erkenningsbesluiten het aantal MRI-verstrekkingen te rationaliseren, dan dient volgens de DGEC ook een maximaal aantal terugbetaalde MRI-verstrekkingen per toestel te worden bepaald.

✦ Shift CT-MRI

Een MRI-scan is voor veel indicaties, in vergelijking met een CT-scan, een beter onderzoek en bovendien niet schadelijk voor de patiënt. Een onderdeel van het protocolakkoord was net om die shift te realiseren. De audit van het protocolakkoord heeft aangetoond dat het aantal CT-onderzoeken nog toenam; ook voor CT-onderzoeken die niet uitgevoerd worden in het kader van de opvolging van aandoeningen met een stijgende incidentie zoals kanker. Om daadwerkelijk een shift van CT-verstrekkingen naar MRI-verstrekkingen te bewerkstelligen, dient bij nieuwe erkenningen een voorwaarde opgelegd te worden zodat het totaal aantal MRI- en CT-verstrekkingen niet verder toeneemt. Een toename van het aantal MRI-verstrekkingen zal dan enkel kunnen als er gelijktijdig een daling van het aantal CT-verstrekkingen is.

⁵ Koninklijk besluit van 19 januari 2016 houdende bepaling van de regels volgens welke gegevens met betrekking tot zware medische apparatuur aan de voor Volksgezondheid bevoegde minister worden meegegeeld, *BS* 3 februari 2016.

⁶ Protocolakkoord inzake medische beeldvorming 24 februari 2014, *BS* 20 juni 2014.

Controleonderzoek 3: materiaal heekunde thorax, cardiologie en bloedvatenheekunde

I. Oorsprong en doelstelling

De sector 'Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen', met een uitgave van 737.429.000 EUR in 2017, is tot op heden weinig gecontroleerd. In een eerste thematisch onderzoek binnen deze sector controleerden we de toepassing van de vergoedingsmodaliteiten bij de aanrekening van invasieve medische hulpmiddelen gebruikt in de elektrofysiologie. Nu zijn de implantaten en invasieve medische hulpmiddelen gebruikt in 'heekunde op de thorax en cardiologie' en de 'bloedvatenheekunde' aan de beurt.

Het gaat om heel divers materiaal zoals katheters, stents en vaatenters.

Voor de terugbetaling van dit materiaal zijn er verschillende verstrekkingnummers (KB 25 juni 2014) voorzien al dan niet gekoppeld aan een nomenclatuurnummer voor de verstrekking, aan te rekenen door de arts.

II. Methode

We evalueerden de hoofdstukken 'heekunde op de thorax en cardiologie' en 'bloedvatenheekunde'. Uit de vorige thematische controle van 'materiaal gebruikt in de elektrofysiologie' bleek dat er niet altijd correct werd aangerekend. Daarom hebben we bij deze reeks ook deze verstrekkingnummers meegenomen.

Eerst selecteerden we op basis van de ADH/HJA IMPLANT (versie 11)⁷ (enkel voor 'bloedvatenheekunde') en AZV/SHA IMPLANT (versie 22)⁸ gegevens de te onderzoeken verstrekkingen. Daarna analyseerden we algemeen de attestgegevens van de geselecteerde verstrekkingnummers van alle Belgische ziekenhuizen.

Op basis van voorgaande gegevens selecteerden we de ziekenhuizen, die voor 10.000 EUR of meer inbreuken pleegden tijdens de verstrekkingperiode van 1 augustus 2014 t.e.m. 31 maart 2016 ('heekunde op de thorax en cardiologie'), van 1 november 2014 t.e.m. 30 juni 2016 ('bloedvatenheekunde') en van 1 november 2014 t.e.m. 31 juli 2016 ('materiaal gebruikt in de elektrofysiologie'), voor een verdere controle.

III. Resultaten

Voor de hoofdstukken 'heekunde op de thorax en cardiologie' (met uitzondering van elektrofysiologie) en 'bloedvatenheekunde' samen met 'materiaal gebruikt in elektrofysiologie' onderzochten we respectievelijk 13 en 21 ziekenhuizen met inbreuken van 10.000 EUR of meer. Acht van deze ziekenhuizen waren in beide onderzoeken aanwezig.

Bij de in totaal 26 geselecteerde ziekenhuizen stelden we zes soorten inbreuken vast. In de meeste gevallen ging het over administratieve fouten. De vaakst voorkomende inbreuk was 'onterechte aanrekening van een verstrekkingnummer meermaals op dezelfde dag'.

⁷ ADH/HJA: anonieme daghospitalisatie – hospitalisation de jour anonyme Editie 11 – gegevens geboekt tussen 01.01.2014 en 30.06.2015. Het onderdeel "implant" bevat alle relevante gegevens van de implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

⁸ AZV/SHA: anoniem ziekenhuisverblijf - séjour hospitalier anonyme Editie 22 - gegevens geboekt tussen 01.07.2013 tot 30.06.2015. Het onderdeel "implant" bevat alle relevante gegevens van de implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

IV. Acties en voorstellen

We stelden bij alle ziekenhuizen een proces-verbaal van vaststelling op. Het totaal van de ten laste gelegde bedragen was 872.611,97 EUR. Alle ziekenhuizen betaalden het ten onrechte aangerekende bedrag vrijwillig terug.

Controleonderzoek 4: NMR (MRI) en dringendheidshonoraria

I. Oorsprong en doelstelling

Ziekenhuizen die nucleaire magnetische resonantie-onderzoeken (NMR-onderzoeken) uitvoeren doen dit meer en meer ook buiten de 'normale' uren. Vaak plant men NMR-onderzoeken na negen uur 's avonds, voor acht uur 's morgens of tijdens het weekend. Voor deze geplande onderzoeken kunnen radiologen uiteraard geen NGV-codes voor dringend uitgevoerde verstrekkingen aanrekenen.

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (NGV) bepaalt dat het bijkomende honorarium voor dringende technische verstrekkingen alleen mag worden aangerekend wanneer de toestand van de patiënt vergt dat die verzorging dringend wordt verleend tijdens de opgegeven uren en dagen. Bij onderzoeken buiten de 'normale' uren, door persoonlijke redenen van de arts of wensen van de patiënt, mogen er dus geen dringendheidshonoraria aangerekend worden.

In één ziekenhuis in Vlaams Brabant voerden we een individueel controleonderzoek uit. De dringendheidshonoraria bleken inderdaad ten onrechte te zijn aangerekend. De oorzaak was een softwareprobleem.

Het doel van het nationaal controleonderzoek was na te gaan welke ziekenhuizen in België onterecht dringendheidshonoraria aanrekenen bij geplande NMR-onderzoeken.

II. Methode

We hebben voor heel België en voor de periode van 1 januari 2016 tot 31 oktober 2017 volgende dringendheidscodes opgevraagd: 599572 / 599583 en 599594 / 599605.

Het betrof dringendheidshonoraria bij de codes:

- ✦ 459395 /459406 N 180 NMR-onderzoek van het hoofd
- ✦ 459491 /459502 N 180 NMR-onderzoek van de cervicale, thoracale of lumbosacrale wervelzuil
- ✦ 459513 /459524 N 100 NMR-onderzoek van een lidmaat

We beslisten in een eerste fase de ziekenhuizen in het Vlaams Gewest te onderzoeken die voor meer dan 30.000 EUR aan dringendheidshonoraria aanrekenden in de onderzochte periode.

We hebben in elk geselecteerd ziekenhuis een verhoor afgenomen. Het opzet van dit verhoor was de radioloog of eventueel de directie een uitleg te laten geven voor de foutieve aanrekening van deze dringendheidshonoraria.

Uit het controleonderzoek van de geselecteerde Vlaamse ziekenhuizen bleek dat de aanrekening bijna steeds te wijten was aan een softwareprobleem en dat NMR-onderzoeken zelden echt dringend worden uitgevoerd. Daarom besliste de DGEC het onderzoek uit te breiden met een tweede fase. Bijkomend voegden we de Belgische ziekenhuizen toe die meer dan 10.000 EUR dringendheidshonoraria aanrekenden voor de periode van 1 januari 2016 tot 31 augustus 2018. Deze ziekenhuizen bezochten we niet. De communicatie verliep telefonisch en per briefwisseling.

III. Resultaten

83 ziekenhuizen rekenden dringendheidshonoraria aan bij NMR-onderzoeken in aantal variërend tussen 4.826 en één (bedrag tussen 423.387,63 en 65,29 EUR). In elf Vlaamse ziekenhuizen namen

we een verhoor af. 40 ziekenhuizen contacteerden we bijkomend. In de eerste en de tweede fase samen hebben we 51 ziekenhuizen opgenomen in het onderzoek.

Bij 49 van de 51 ziekenhuizen stelden we niet-correcte aanrekeningen van dringendheidshonoraria vast bij geplande NMR-onderzoeken. Bij 22 van deze ziekenhuizen hielden we rekening met de ons bezorgde aanvragen en protocollen die een aanrekening van dringendheidshonoraria rechtvaardigden. Bij twee van de 51 ziekenhuizen was de aanrekening correct.

De periode van vaststelling bedroeg 29 maanden.

Volgens de attestgegevens werden bij de 51 geselecteerde ziekenhuizen 42.606 verstrekkingen dringendheid aangerekend voor een bedrag van 3.521.570,09 EUR.

Een aantal van deze honoraria waren correct aangerekend voor effectief dringend uitgevoerde NMR's: 1.307 verstrekkingen voor een bedrag van 153.878,79 EUR (bewijs geleverd door aanvraag en protocol).

De overige 41.299 verstrekkingen betaalden de ziekenhuizen vrijwillig terug, voor een bedrag van 3.367.691,30 EUR.

Tabel 3. Onterechte aanrekeningen dringendheidshonoraria NMR

NGV-Code	Aantal onterechte aanrekeningen	Ten laste gelegde bedrag
599572	22.846	€ 2.026.998,75
599583	1.737	€ 236.160,40
599594	16.653	€ 1.098.123,37
599605	63	€ 6.408,78
Totaal	41.299	€ 3.367.691,30

IV. Voorstellen

Tijdens onze contacten met de ziekenhuizen vroegen we de zorgverleners strikt toe te kijken op de correcte aanrekening van de dringendheidshonoraria bij geplande NMR-onderzoeken om 'softwarefouten' in de toekomst te voorkomen.

In 2022 voorziet de DGEC een nieuwe analyse van de aanrekening van dringendheidshonoraria bij NMR-onderzoeken in alle ziekenhuizen.

Controleonderzoek 5: hartkatheterisatie

I. Oorsprong en doelstelling

Met ingang van 2012 werd de nomenclatuur over de coronarografie en hartkatheterisatie grondig gewijzigd. Door de nieuwe definitie maakt de linker hartkatheterisatie integraal deel uit van de verstrekking coronarografie.

Men kan verstrekking 476070-476081 (hartkatheterisatie langs veneuze (rechts) en arteriële (links) weg, K 266) dus niet langer samen met een coronarografie aanrekenen, wegens duidelijke overlapping.

Wel kunnen zorgverleners de code hartkatheterisatie langs veneuze weg (rechts, 476011-476022) in combinatie met coronarografie aanrekenen voor zover men ze volgens de richtlijnen van de nomenclatuur uitvoert. De rechter hartkatheterisatie is niet geïntegreerd in de nomenclatuur van de coronarografie.

De doelstelling van het onderzoek was deze overlappende verstrekkingen nationaal op te sporen en ten laste te leggen bij de ziekenhuizen die niet correct aanrekenden.

II. Methode

We voerden eerst een pilootonderzoek uit in één ziekenhuis, dat na een verhoor en een tenlastelegging akkoord ging met onze vaststelling en een vrijwillige terugbetaling deed.

In gewaarmerkte gegevens van de verzekeringsinstellingen zochten we de foutieve aanrekening op van de codes 476070-476081 (hartkatheterisatie langs veneuze en arteriële weg, K 266) samen met 464170-464181 N 793 of 464192-464203 N 886 (coronarografie) voor alle Belgische ziekenhuizen. We gebruikten de gegevens van de betrokken verstrekkingen aangerekend van 1 januari 2015 tot 30 september 2017 (datum ontvangst V.I.).

De ziekenhuizen die voor ≥ 10.000 EUR codes foutief cumuleerden, analyseerden we verder. Na voorafgaand telefonisch contact, stuurden we een proces-verbaal van vaststelling met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling (U.V.T.) aan de hoofdarts. Het ziekenhuis (rechtspersoon) kreeg een kopie⁹ als innende instelling in de betalende derde, eveneens met een U.V.T.

Een derde afschrift stuurden we ter kennisgeving aan het diensthoofd cardiologie van het ziekenhuis.

Een aantal ziekenhuizen betaalden vrijwillig terug. De andere ziekenhuizen stuurden elk apart een blijkbaar gezamenlijk opgestelde verweerbrief.

In een aantal gevallen namen we een bijkomend verhoor af van het diensthoofd cardiologie en bespraken we enkele casussen aan de hand van de protocollen. Die verhoren en de bespreking van de gevallen met de cardiologen deden geen enkele afbreuk aan de vaststelling op basis van de facturatie.

III. Resultaten

De tenlastelegging luidde als volgt: de onterechte aanrekening bij verzekerden van verstrekkingen 476070-476081 (hartkatheterisatie langs veneuze en arteriële weg, K 266), samen met verstrekkingen coronarografie (464170-464181 N 793 of 464192-464203 N 886).

We maakten een verschilregel met de rechter hartkatheterisatie (476011-476022 K 80 langs veneuze weg), voor zover die verstrekking nog niet aangerekend werd.

In totaal rekenden 41 ziekenhuizen de cumulatie van bovenstaande codes aan. Van de 26 ziekenhuizen (ZH) die een proces-verbaal van vaststelling ontvingen, hebben er elf de tenlastelegging volledig terugbetaald. Deze dossiers sloten we af met een waarschuwing. Daaronder valt ook het pilootziekenhuis (ZH 5 in tabel 4).

De overige vijftien ziekenhuizen betwistten de vaststelling. Deze dossiers gingen bijgevolg in procedure voor de KEA (veertien dossiers) of voor de Leidend ambtenaar (één dossier). Van de 2.838.576,67 EUR die we ten laste legden, werd 691.153,00 EUR terugbetaald en 2.147.423,67 EUR betwist.

⁹ overeenkomstig art. 164, tweede lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Tabel 4. Overzicht bedragen per ziekenhuis

ZH	Bedrag tenlastelegging (EUR)	Vrijwillige Terugbetaling (EUR)	Saldo (EUR)	Procedure
1	452.008,64	120.548,97	331.459,67	KEA
2	234.659,84	0,00	234.659,84	KEA
3	225.685,03	0,00	225.685,03	KEA
4	217.700,14	0,00	217.700,14	KEA
5	178.842,66	178.842,66	0,00	-
6	165.090,23	0,00	165.090,23	KEA
7	162.532,45	0,00	162.532,45	KEA
8	159.568,27	0,00	159.568,27	KEA
9	138.601,95	0,00	138.601,95	KEA
10	101.809,23	0,00	101.809,23	KEA
11	97.697,98	0,00	97.697,98	KEA
12	92.388,49	0,00	92.388,49	KEA
13	89.739,64	89.739,64	0,00	-
14	84.233,51	84.233,51	0,00	-
15	74.047,59	0,00	74.047,59	KEA
16	59.339,87	0,00	59.339,87	KEA
17	53.628,14	0,00	53.628,14	KEA
18	50.830,63	50.830,63	0,00	-
19	33.214,79	0,00	33.214,79	LA
20	31.869,77	31.869,77	0,00	-
21	27.178,90	27.178,90	0,00	-
22	27.174,76	27.174,76	0,00	-
23	26.417,40	26.417,40	0,00	-
24	22.415,58	22.415,58	0,00	-
25	16.709,05	16.709,05	0,00	-
26	15.192,13	15.192,13	0,00	-
TOTAAL	2.838.576,67	691.153,00	2.147.423,67	

IV. Acties en voorstellen

Vijftien Ziekenhuizen gingen niet akkoord en gaan binnenkort in procedure.

We kunnen aan de Technisch Geneeskundige Raad vragen om in de nomenclatuur een bijkomend expliciet cumulverbod voor de nomenclatuurcodes van coronarografie en hartkatherterisatie langs veneuze en arteriële weg op te nemen.

Anderzijds kan men zich ook de vraag stellen of het nog opportuun is dat de linker hartkatheterisatie verplicht deel uitmaakt van de coronarografie in de nomenclatuur, nu alvast één groot ziekenhuis eerder een echografie uitvoert i.p.v. een hartkatheterisatie.

Controleonderzoek 6: arthrografie

I. Oorsprong en doelstelling

In 2016 rekenden radiologen in België 69.942 radiografieën van een gewricht aan na toediening van contraststof (= RX arthrografie) voor een totaal bedrag van 4.075.211,00 EUR. De RX arthrografie kent nochtans weinig indicaties. In de richtlijnen van de Belgische Vereniging voor Radiologie d.d. 1 oktober 2010 wordt de RX arthrografie alleen nog vermeld als gespecialiseerd onderzoek bij pijnlijke protheses:

“in geval van diagnostische twijfel of bij sterk vermoeden van infectie, is aspiratie voor bacteriologisch onderzoek, gecombineerd met een arthrografie aangewezen.”

Het viel op dat de meeste RX arthrografieën in het ziekenhuis werden gecumuleerd met een computergestuurde tomografie van één of meer ledematen (= CT-lidmaat) of met een NMR-onderzoek van een lidmaat.

Het doel van dit nationaal controleonderzoek was na te gaan in welke ziekenhuizen een onterechte cumulatie van een RX arthrografie bij een CT- en/of een NMR-onderzoek wordt aangerekend.

De nomenclatuur beschrijft de RX arthrografie als ‘arthrografie’.

II. Methode

De DGEC analyseerde attestgegevens over aangerekende arthrografieën, CT- en NMR-onderzoeken in de periode van 1 december 2015 tot 31 mei 2018 (30 maanden) voor alle Belgische ziekenhuizen. We namen volgende nomenclatuurcodes op in het onderzoek (ambulant - gehospitaliseerd):

- ✦ 458872 - 458883: CT van één of meer ledematen, met en/of zonder contrastmiddel (N 100)
- ✦ 458894 - 458905: CT van een gewricht van één of meer ledematen, inclusief de inspuiting van het contrastproduct onder scopie en de eventuele clichés (N 190)
- ✦ 459513 - 459524: NMR-onderzoek van een lidmaat met of zonder contrast (N 100)
- ✦ 455711 - 455722: Arthrografie (N 120)

We selecteerden de ziekenhuizen die arthrografieën aanrekenden in de onderzochte periode en bestudeerden de cumulaties met CT- en NMR-onderzoeken op dezelfde dag, bij dezelfde verzekerde. Bij de ziekenhuizen waar we de cumulatie arthrografie en CT vaststelden en die voor meer dan 5.000 EUR arthrografieën aanrekenden bij een CT-lidmaat, contacteerden we alle diensthoofden radiologie telefonisch en per e-mail. We bespraken de vaststelling en deelden het cijfermateriaal mee. In een tweede fase, na ongeveer 30 dagen en als de instelling geen opmerkingen had meegedeeld, namen we opnieuw telefonisch contact op met het diensthoofd radiologie om de modaliteiten van terugbetaling te bespreken.

We stuurden een waarschuwing met een verzoek tot inregelstelling naar de ziekenhuizen die uitsluitend de cumulatie arthrografie en NMR aanrekenden en meer dan 10.000 EUR aan arthrografieën in rekening brachten in de onderzochte periode.

III. Resultaten

96 ziekenhuizen rekenden arthrografieën aan in de onderzochte periode. In een aantal ziekenhuizen, gelijkmatig verdeeld over Vlaanderen en Wallonië vonden we enkel de cumulatie arthrografie bij CT-onderzoek terug. De cumulatie arthrografie bij NMR-onderzoek kwam praktisch uitsluitend in Vlaamse ziekenhuizen voor.

In 76 ziekenhuizen vonden we de combinatie arthrografie en CT terug op dezelfde dag bij dezelfde verzekerde. 24 ziekenhuizen rekenden voor meer dan 5.000 EUR arthrografieën aan bij CT-onderzoeken van één of meer ledematen:

- ✦ twaalf in het Vlaams Gewest
- ✦ één in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- ✦ elf in het Waals gewest

Alle betrokken ziekenhuizen betaalden vrijwillig het ten onrechte aangerekende bedrag terug voor in totaal 639.192,94 EUR. (voor 52.386 ten onrechte aangerekende arthrografieën – verschilregel¹⁰)

In 70 ziekenhuizen vonden we de combinatie arthrografie en NMR terug op dezelfde dag, bij dezelfde verzekerde. We plaatsten de cut off voor informatief onderzoek met inregelstelling op 10.000,00 EUR. Dit leverde 28 aan te schrijven ziekenhuizen op:

- ✦ 27 in het Vlaams Gewest
- ✦ één in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

De inregelstelling had betrekking op vastgestelde aanrekeningen van arthrografie gecumuleerd met NMR-onderzoeken voor een totaal bedrag van 1.955.086,00 EUR (45.744 arthrografieën). De inregelstelling betekende dat men, in afwachting van de invoering een specifieke NGV-code voor NMR van een gewricht met contraststof, geen bijkomende verstrekking 'arthrografie' meer mag aanrekenen bij een NMR van een gewricht met toediening van contraststof.

IV. Acties en voorstellen

De DGEC ondernam volgende acties om de onterechte cumulaties verder aan te pakken:

- ✦ telefonische sensibilisatie van ziekenhuizen/ radiologen voor arthrografie bij CT
- ✦ recuperatie van arthrografie bij CT met toepassing van de verschilregel
- ✦ vraag naar inregelstelling door zorgverleners voor arthrografie bij NMR
- ✦ voorstel tot aanpassing NGV in werkgroep radiologie, meer bepaald wordt er voorzien in een specifiek nummer voor NMR gewricht met contrast, maar beperkt tot specifieke schouderletsels.

¹⁰Wanneer een CT van een gewricht van één of meer ledematen wordt gevraagd, moet men het nummer 458894-458905 attesteren en mag men dit niet vervangen door de gecombineerde aanrekening van nummer 458872-458883 (CT van één of meer ledematen) met nummer 455711-455722 (arthrografie). De betrokken ziekenhuizen betaalden het verschil terug.

c) Apothekers

I. Controle codes op geneesmiddelenverpakking

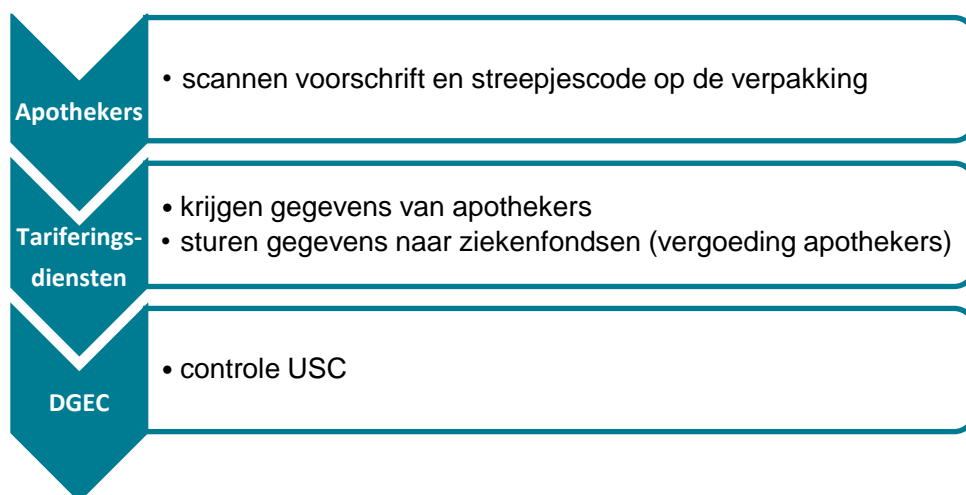
De DGEC ziet erop toe dat de aangerekende geneesmiddelen

- ✦ daadwerkelijk worden afgeleverd en/of
- ✦ niet meer dan eenmaal worden aangerekend hetzij door dezelfde apotheker, hetzij door verschillende apothekers.

Unieke streepjescode (USC)

De DGEC speelde een actieve rol bij de implementatie van de unieke streepjescode. Die code is een uniek nummer dat men in de vorm van een streepjescode terugvindt op elke verpakking van door de ziekteverzekering vergoede farmaceutische specialiteiten.

Schematische voorstelling van de procedure:



Datamatrixcode (QR-code)

Op 9 februari 2019 trad in (bijna) alle Europese lidstaten, waaronder België, de Europese richtlijn in de strijd tegen de vervalste geneesmiddelen, in werking¹¹. Dit betekent dat de hoger vermelde unieke streepjescode vervangen werd door een 2D-code (of QR-code).

Het project datamatrix België werd gerealiseerd door een werkgroep samengesteld uit:

- ✦ de BeMVO (Belgian Medicines Verification Organisation)
- ✦ het FAGG
- ✦ de DGV en de DGEC van het RIZIV

Werkwijze

De farmaceutische bedrijven moeten veiligheidskenmerken aanbrengen op de geneesmiddelenverpakkingen, bestaande uit:

- ✦ een uniek identificatiekenmerk (datamatrixcode)
- ✦ een middel tegen knoeien (verzegeling van de verpakking)

¹¹Richtlijn 2011/62/EU van 8 juni 2011 tot wijziging van richtlijn 2001/83/EU tot vaststelling van een communautair wetboek betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik, om te verhinderen dat vervalste geneesmiddelen in de legale distributieketen belanden

De datamatrix (het uniek identificatiekenmerk) bestaat uit volgende elementen:

- ✦ productcode = GTIN-code = (Global Trade Item Number)
- ✦ vervaldatum
- ✦ lotnummer
- ✦ serieel nummer (at random nummer)

De farmaceutische bedrijven laden alle datamatrixen op in een gegevensbank.

Vanaf 9 februari 2019, moet de apotheker de datamatrix scannen. Via de apotheeksoftware zal onmiddellijk worden nagaan of het gescande uniek identificatiekenmerk zich effectief in de gegevensbank bevindt. Als dit zo is kan men ervan uitgaan dat die verpakking een authentieke verpakking is, op de markt gebracht door het desbetreffende bedrijf. Het unieke identificatiekenmerk wordt dan “gedecommissioneerd” (gedeactiveerd): het is dan niet langer beschikbaar in de gegevensbank.

De farmaceutische bedrijven moeten een datamatrix (2D-code) aanbrengen op alle voorschrijfplichtige geneesmiddelen en alle terugbetaalbare geneesmiddelen.

Uitzonderingen:

- ✦ radiogeneesmiddelen, medische gassen bv. O₂, infusen, parenterale voeding, contrastmiddelen, homeopathie, allergeenextracten (“white list”)
- ✦ Voorschrijfvrije geneesmiddelen (OTC’s) waarvan vermoed wordt dat ze gevaarlijk zijn (“black list”).

Het nationaal codenummer (CNK) blijft behouden, maar is niet vervat in de datamatrix. De apotheeksoftware zal dus op basis van conversietabellen een gescande GTIN moeten omzetten in de overeenstemmende CNK.

De GTIN en het serieel nummer van de code worden door de apotheker geregistreerd in het facturatiebestand.

Overgangsfase

Gedurende nog een aantal jaren zullen er geneesmiddelenverpakkingen op de markt bestaan met de oude unieke streepjescode. De bedrijven konden immers nog tot 8 februari 2019 dergelijke verpakkingen op de markt brengen. In de facturatiebestanden worden beide types van barcodes geregistreerd.

Zoals voorheen kunnen er ook op de datamatrix controles worden uitgevoerd. De 2D-code is een veel complexere code dan de vroegere unieke streepjescode. Dit maakt het voor de apotheker veel moeilijker om hiermee fraude te plegen bv. aanmaken van valse codes.

Bij een probleem met een datamatrix wordt de apotheker onmiddellijk hierover ingelicht en kan het geneesmiddel niet worden afgeleverd. Dubbele inlezingen geven ook een alarmsignaal.

In 2018 was 98,83 % van de USC’s correct en correct ingelezen door de apotheken. Er is een daling van het percentage correct ingelezen codes en correcte codes (zie tabel 5). Dit komt door de invoering van de 2D-codes. In de beginfase waren er kinderziekten (apothekers beschikten niet over de aangepaste leestoestellen, softwareprogramma’s waren niet tijdig klaar).

Tabel 5. Resultaten controles USC en datamatrix in 2019

Controle codes geneesmiddelenverpakking in 2019	
Aantal betrokken apotheken	4.841
Aantal tarifieringslijnen die moeten voorzien zijn van een USC/datamatrix	101.531.477
% verpakkingen zonder USC/datamatrix	2,43 %
% USC/datamatrix dat dubbel ingelezen wordt in dezelfde apotheek	0,08 %
% USC waarvan het controlegetal (check digit) niet correct is	0,01 %
% correct ingelezen USC/datamatrix en correcte USC/datamatrix	97,47 %

De apothekers van de DGEC blijven de inlezingen van de USC's via de geïntegreerde bestanden opvolgen. De USC blijft een efficiënt instrument om:

- ✦ de effectieve aflevering van medicatie te controleren,
- ✦ afwijkende profielen tussen de apotheken op te sporen.

II. Andere projecten van de apothekers-inspecteurs

- ✦ analyse van de gegevens van de anonieme daghospitalisaties: detectie van outliers in de aanrekeningen
- ✦ detecteren van afwijkende farmaceutische profielen o.b.v. de geïntegreerde bestanden (PharmaOT): apothekers, artsen, verzekerden
- ✦ thematisch onderzoek fraudegevoelige geneesmiddelen (opioïden)
- ✦ thematisch onderzoek implantaten, invasieve medische hulpmiddelen (uro-gynaeco)
- ✦ screening en controle van de aanrekeningen van geneesmiddelen, bandagisterie
- ✦ evaluatie van de naleving van de vergoedingsvoorwaarden van Hoofdstuk IV geneesmiddelen door de voorschrijvers
- ✦ vragen beantwoorden en informatie geven aan:
 - ✧ het FAGG
 - ✧ de PGC
 - ✧ de Orde van Artsen
 - ✧ het Gerecht

d) De DGEC en de strijd tegen fraude

In dit onderdeel beschrijven we bondig de voornaamste activiteiten van de DGEC in 2019 in het kader van de fraudebestrijding in de gezondheidszorg. Bij concrete fraudeonderzoeken en voor een structurele beveiliging van fraudegevoelige processen, werkt de DGEC samen met andere diensten van het RIZIV en met de V.I.

Na analyse blijkt slechts een klein deel van de controleonderzoeken over fraude te gaan, zoals hieronder gedefinieerd wordt.

I. Definitie fraude/bedrog

Op 19 april 2017 heeft de Anti Fraude Commissie van het RIZIV richtlijnen opgesteld over de definiëring van het begrip "ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog" zoals bedoeld in artikel 77sexies van de GVVU-wet.¹² De richtlijn verduidelijkt wat het begrip 'bedrog/fraude' exact betekent:

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

Het opzettelijke karakter is essentieel om over fraude te spreken maar in de praktijk is dit niet eenvoudig te bepalen. Dat opzettelijke karakter is ook geen wettelijke voorwaarde om onze controleonderzoeken af te handelen noch om naast de uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling een bijkomende sanctie op te leggen via een administratieve procedure.

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

Om de opvolging van fraudeurs te concretiseren, labelt de DGEC o.a. de volgende gevallen als fraude:

- ✦ niet-verrichte verstrekkingen voor meer dan 3.000 EUR (uitgezonderd administratieve fouten);
- ✦ niet-conforme verstrekkingen voor meer dan 25.000 EUR met duidelijke aanwijzingen voor opzettelijke onwettelijke facturatie;
- ✦ fraude door verzekerden waarbij een bedrag wordt ten laste gelegd aan die verzekerden, bv. bij vervalsing van een medisch voorschrift voor medicatie (verder afgehandeld door de Dienst van administratieve controle (DAC));
- ✦ recidief in overconsumptie.

Uit deze selectie evalueert de DGEC per controleonderzoek of er duidelijke aanwijzingen zijn voor opzettelijke onwettelijke facturatie en dus fraude.

II. Afgewerkte fraudeonderzoeken in 2019

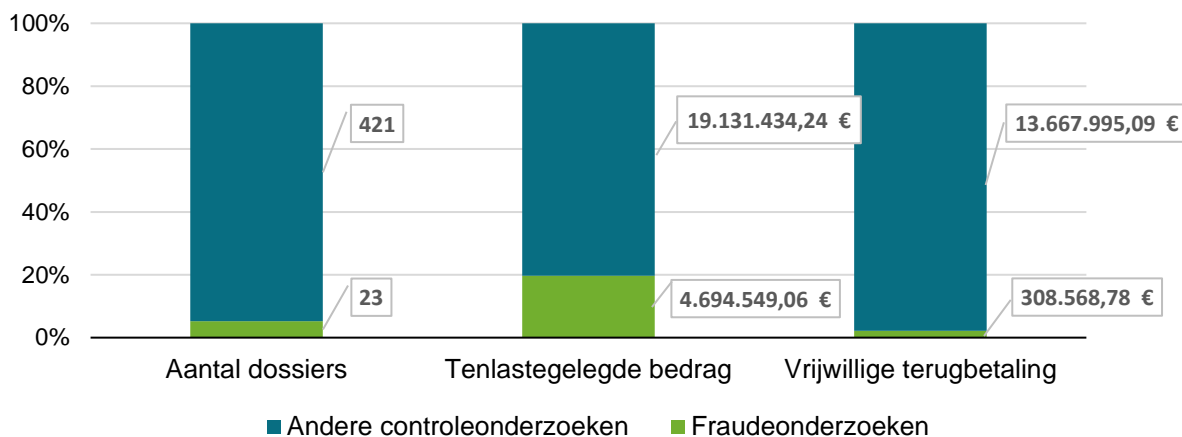
Van 444 afgewerkte controleonderzoeken zijn er 23 fraudeonderzoeken voor een totaal bedrag ten laste van 4.694.549,06 EUR (tabel 6). 82,92 % van het totaal tenlastegelegde bedrag voor fraudeonderzoeken in 2019 betreft voornamelijk tenlasteleggingen voor niet-uitgevoerde verstrekkingen.

¹² Richtlijnen van 19 april 2017 tot uitvoering van artikel 13bis, § 2, 6° GVVU-wet, BS 15 september 2017.

Tabel 6. Overzicht afgewerkte fraudeonderzoeken in 2019, volgens type fraude

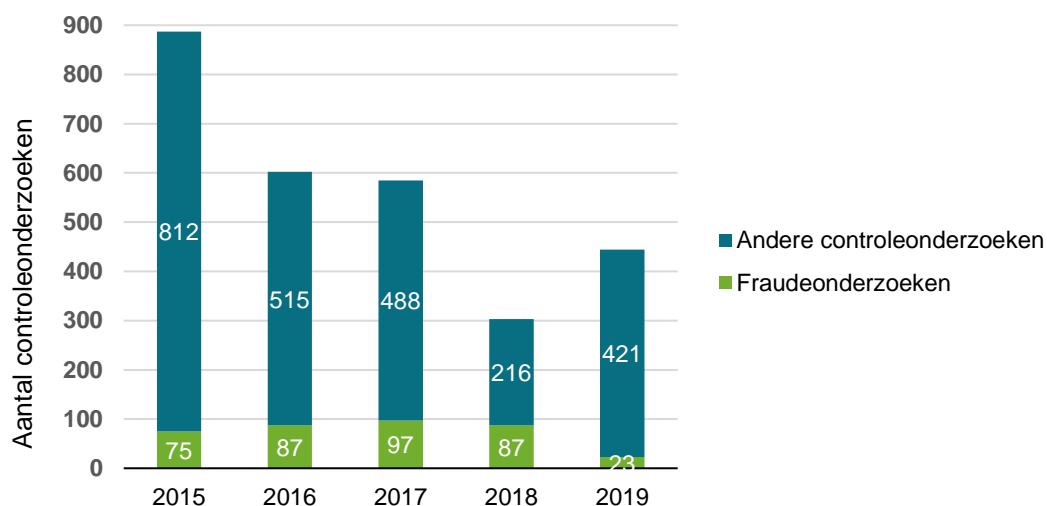
Type fraude	Aantal onderzoeken	Tenlastelegging (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
Niet-conforme verstrekkingen	5	801.900,98	263.954,21
Niet-uitgevoerde verstrekkingen	18	3.892.648,08	44.614,57
Totaal	23	4.694.549,06	308.568,78

De fraudeonderzoeken vormen 5,18 % van de afgesloten controleonderzoeken, 19,70 % van het tenlastegelegde bedrag en 2,21 % van het vrijwillig terugbetaalde bedrag (figuur 9).

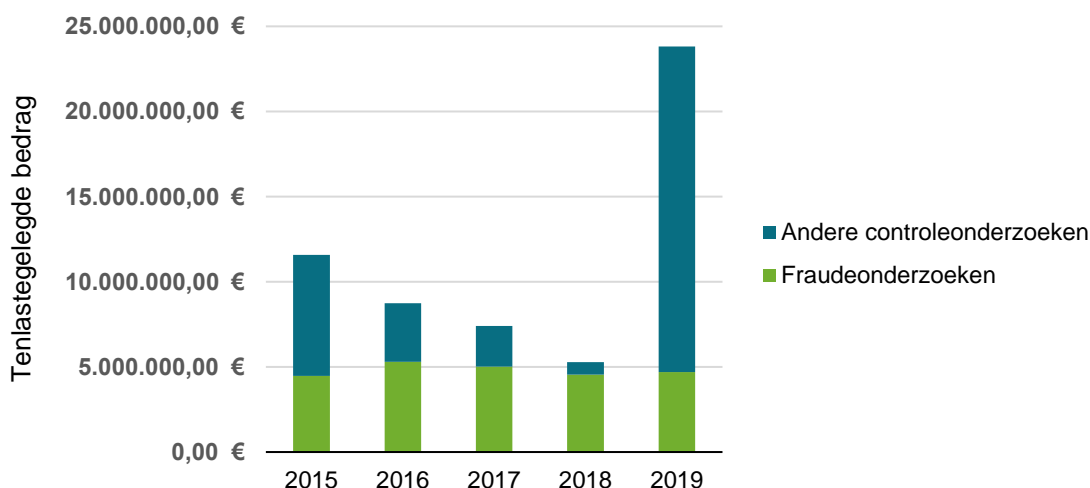


Figuur 9. Fraudeonderzoeken vs. andere controleonderzoeken in 2019

Het totaal aantal controleonderzoeken is gestegen ten opzichte van vorig jaar. Het aantal fraudeonderzoeken in 2019 daalt maar het tenlastegelegde bedrag in fraudedossiers blijft ongeveer gelijk. Dit toont aan dat we de zwaardere fraudedossiers controleren. We verduidelijken dit in figuur 10 en 11.



Figuur 10. Aantal fraudeonderzoeken vs. andere controleonderzoeken 2015-2019



Figuur 11. Tenlastegelegde bedrag bij fraudeonderzoeken vs. andere controleonderzoeken 2015-2019

III. Wie pleegt fraude?

65,22 % van het aantal fraudeonderzoeken en 90,74 % van het tenlastegelegde bedrag in alle fraudeonderzoeken gaan over 15 thuisverpleegkundigen (tabel 7). Er zijn drie fraudeonderzoeken (13,04 %) van verzekerden (valse voorschriften en valse getuigschriften voor verstrekte hulp) maar in elk onderzoek is er sprake van een relatief beperkt bedrag ten laste.

Tabel 7. Afgewerkte fraudeonderzoeken in 2019, volgens type fraude en type betrokkene

Type fraude	Aantal dossiers	Tenlastegelegde bedrag (EUR)	Vrijwillig terugbetaald op 31.12.2019 (EUR)
Niet-conforme verstrekkingen			
bandagist	1	32.606,87	32.606,88
kinesitherapeut	1	157.436,48	
thuisverpleegkundige	3	611.857,63	231.347,33
	5	801.900,98	263.954,21
Niet-uitgevoerde verstrekkingen			
apotheker	1	28.747,71	28.608,97
tandarts	2	211.965,81	7.000,00
thuisverpleegkundige	12	3.648.006,28	9.005,60
verzekerde	3	3.928,28	
	18	3.892.648,08	44.614,57
Totaal	23	4.694.549,06	308.568,78

IV. Schorsing uitbetaling via de derdebetalersregeling

Op basis van artikel 77sexies van de gecoördineerde wet¹³ bestaat de mogelijkheid om de betaling van prestaties via de derdebetalersregeling tijdelijk te schorsen voor maximaal twaalf maanden.

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

In 2019 heeft de Leidend ambtenaar van de DGEC de uitbetaling van vijftien derde-betalersnummers van acht fraudeurs tijdelijk geschorst. Het betreft hoofdzakelijk thuisverpleegkundigen (tabel 8).

Tabel 8. Overzicht van de schorsingen van uitbetaling via de derdebetalersregeling (art. 77sexies)

Schorsing	Start schorsing	Einde schorsing	Type	Vermoedelijke verantwoordelijke*
1	04.03.2019	03.03.2020	Groepering thuisverpleegkundigen	A
2	04.03.2019	03.03.2020	Groepering thuisverpleegkundigen	A
3	04.03.2019	03.03.2020	Groepering thuisverpleegkundigen	A
4	04.03.2019	03.03.2020	Thuisverpleegkundige	A
5	04.03.2019	03.03.2020	Thuisverpleegkundige	B
6	18.04.2019	17.04.2019	Specialist (radioloog)	C
7	11.07.2019	10.07.2020	Groepering thuisverpleegkundigen	D
8	11.07.2019	10.07.2020	Thuisverpleegkundige	D
9	15.07.2019	14.07.2020	Groepering thuisverpleegkundigen	E
10	15.07.2019	14.07.2020	Thuisverpleegkundige	E
11	05.11.2019	04.11.2020	Groepering thuisverpleegkundigen	F
12	05.11.2019	04.11.2020	Groepering thuisverpleegkundigen	F
13	05.11.2019	04.11.2020	Thuisverpleegkundige	F
14	15.11.2019	14.11.2020	Groepering thuisverpleegkundigen	G
15	10.12.2019	09.12.2020	Huisarts	H

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

V. Proactieve opvolging fraudeurs: impact

We volgen de geïdentificeerde fraudeurs (zorgverleners) proactief op. We vergelijken het bedrag aan aangerekende verstrekkingen van het jaar na een vaststelling met het bedrag aan aangerekende verstrekkingen van het jaar vóór de vaststelling. Wanneer dit bedrag niet gedaald is, kan dit erop wijzen dat de zorgverlener zijn gedrag niet heeft aangepast en verder/opnieuw fraude pleegt.

We hebben inmiddels gegevens van 226 zorgverleners-fraudeurs (tabel 9). Hierbij zien we dat hun gezamenlijke aanrekening het jaar na de vaststelling met 19.677.876,15 EUR daalt ten opzichte van het jaar voor de vaststelling.

¹³ GVV-wet 14 juli 1994

Ook in het jaar van vaststelling zelf kunnen we reeds een daling vaststellen voor een bedrag van 7.265.279,32 EUR (door een vaststelling in het begin van het jaar en een financiële impact door verhoren het jaar voordien).

Tabel 9. Overzicht van de financiële impact van de controleacties bij de groep fraudeurs

Aantal fraudeurs	Jaarlijkse aanrekening aan het RIZIV (jaarprofiel)						
	1 jaar vóór vaststelling (EUR)	jaar van vaststelling (EUR)	1 jaar na vaststelling (EUR)	2 jaar na vaststelling (EUR)	3 jaar na vaststelling (EUR)	4 jaar na vaststelling (EUR)	5 jaar na vaststelling (EUR)
226	53.909.544,46	46.644.265,14	34.231.668,31				
157	36.396.647,36	31.811.444,06	27.479.906,41	25.546.011,21			
107	24.228.287,47	21.322.590,19	18.792.577,04	17.447.112,68	16.160.343,54		
45	8.274.134,01	7.541.328,37	6.987.854,68	6.533.456,21	5.894.934,88	5.872.438,36	
4	834.514,62	674.297,26	686.352,43	628.988,89	535.796,65	599.359,17	549.488,72

Van de 226 fraudeurs die we proactief opvolgen hebben we reeds voor 157 een opvolging twee jaar na de vaststelling en voor 107 tot drie jaar na de vaststelling. Voor vier fraudeurs hebben we zelfs een opvolging tot vijf jaar na de vaststelling. Op basis van de facturatiegegevens kunnen we besluiten (tabel 9) dat de financiële impact op de groep fraudeurs verschillende jaren stand houdt.

VI. Structurele maatregelen

De DGEC heeft concrete voorstellen gedaan in het kader van het 'Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020' om bij thuisverpleegkundigen een verantwoordingsdrempel (zie p. 17) in te voeren. Het KB tot invoering van een maximaal aantal W-waarden is op 11 oktober 2019 gepubliceerd en trad in werking op 1 december 2019.

De DGEC werkt een nationaal project uit voor de opvolging van het maximaal aantal W-waarden.

III. DIRECTIE EVALUATIE

Het doel van de directie Evaluatie is de efficiëntie te verbeteren in het domein van de gezondheidszorg en uitkeringen. Om dit doel te bereiken selecteert ze coherente groepen zorgverleners op basis van hun praktijkvoering (volgens hun attesteringen en /of voorschriften) in een bepaald thema.

Hun praktijk wordt nadien geconfronteerd met de regels van goede praktijk (EBM, guidelines, nomenclatuur,...) uit de literatuur en/of met de reglementering en/of met statistische elementen door middel van data-analyses of terreinobservaties.

De resultaten van de evaluaties zullen daarna acties toelaten met het oog op een verandering van de praktijk van de zorgverleners om de efficiëntie te verhogen, door:

- ✦ zorgverleners te sensibiliseren
- ✦ de reglementering aan te passen
- ✦ de directie Controle vragen controleonderzoeken uit te voeren.

a) Evaluatiestudies

Evaluatie 1: video-EEG

I. Oorsprong en doelstelling

Verschillende ziekenhuizen rekenen meerdere verstrekkingen elektro-encefalografie (EEG) aan voor een verzekerde op dezelfde dag en dit vaak meerdere dagen na elkaar.

Data-analyse leerde ons dat er tien Belgische ziekenhuizen zijn waar deze aanrekening van reeksen EEG voorkwam. Een reeks definiëren we als minstens drie verstrekkingen EEG (477142) die op dezelfde en/of opeenvolgende dagen aangerekend worden.

We vermoeden dat deze ziekenhuizen de verstrekking video-EEG, waarvoor geen nomenclatuurcode bestaat, aanrekenden via de tarificatie van meerdere verstrekkingen EEG. De geneeskundige verstrekking is wel voorzien binnen de revalidatieovereenkomst met referentiecentra voor verzekerden die lijden aan refractaire epilepsie.

We voerden een terreinstudie uit om na te gaan of ons vermoeden met de realiteit strookte en om te evalueren in hoeverre een aanpassing van de geldende reglementering nodig is in het kader van video-EEG.

II. Methode

We voerden een terreinstudie uit in vier ziekenhuizen, waarvan drie met revalidatieovereenkomst en één zonder. We selecteerden de twee ziekenhuizen die de meeste reeksen EEG aanrekenden in 2017, zowel voor de Franstalige als voor de Nederlandstalige ziekenhuizen.

Op de dienst neurologie van de geselecteerde ziekenhuizen stelden we vragen over 20 casussen waarvoor verstrekkingen EEG (477412) in reeksen werden aangerekend.

III. Resultaten

Bij 71 van de 80 casussen stonden de aangerekende verstrekkingen voor het uitvoeren van een video-EEG. Langdurige EEG-registratie was gekoppeld aan een simultane videoregistratie van de verzekerde. Al deze casussen hadden betrekking op de diagnose en/of de behandeling van epilepsie. Bij de andere negen casussen stelden we een langdurige registratie van EEG vast in het kader van een ingreep of een andere pathologie, waarbij videoregistratie niet altijd gebeurde.

De indicaties voor video-EEG verdeelden we als volgt:

- ✦ diagnose en/of therapie van epilepsie. Hierbij ging het om uiteenlopende procedures die niet kaderden in een preoperatieve evaluatie (57 casussen).
- ✦ video-EEG in het kader van een preoperatieve evaluatie van refractaire epilepsie (14 casussen).

Bij veertien casussen stelden we het samengaan van een revalidatieforfait en een aangerekende video-EEG vast. Negen casussen daarvan waren in het kader van een preoperatieve evaluatie van refractaire epilepsie. Het samengaan van het revalidatieforfait en de aanrekening van individuele EEG-verstrekkingen gebeurde nooit gelijktijdig. In zeven gevallen was het forfait aangerekend bij het begin van of na de reeks EEG's. In twee gevallen gebeurde de aanrekening van het forfait een jaar voor de reeks.

Het gemiddeld aantal aangerekende verstrekkingen 477142 per verzekerde wisselde sterk, zowel tussen de verschillende instellingen als tussen de indicaties.

IV. Acties en voorstellen

We zouden kunnen pleiten voor de invoering van een specifieke nomenclatuurcode voor video-EEG. Uiteraard moeten we ons daarbij een aantal vragen stellen:

- ✦ Welke vergoedingswaarde moet deze code hebben?
- ✦ Moet er een onderscheid gemaakt worden volgens indicatie?
- ✦ Moet het een code zijn per dag en zo ja, hoe lang kan men die dan aanrekenen?
- ✦ Is zo'n code toegankelijk voor alle neurologen?
- ✦ Moet het (arbeidsintensieve) plaatsen van elektroden apart vergoed worden?
- ✦ Wat met video-EEG in verband met de revalidatieovereenkomst?
- ✦ Wat met langdurige EEG afname zonder videoregistratie en wat met preoperatieve EEG?

We hebben dit project voorgesteld aan het college van artsen-directeurs op 5 mei 2019 samen met vertegenwoordigers van DGV alsook aan de TGR.

Evaluatie 2: arthroscopische meniscectomie

I. Oorsprong en doelstelling

Een arthroscopische meniscectomie of een 'kijkoperatie' van de knie voor een meniscusscheur, is een courante ingreep. Deze wordt vergoed onder het nomenclatuurnummer 276636-276640, "mediale of laterale meniscectomie, ongeacht de techniek", N250. Het honorarium bedraagt 259,94 EUR.

In 2018 werden er 34.006 verstrekkingen gefactureerd met een uitgave van 9,4 miljoen EUR. De ingreep gebeurt hoofdzakelijk in het dagziekenhuis (95 %). De prijs van een daghospitalisatie voor een meniscectomie bedroeg in 2015 gemiddeld 778 EUR (dit is de 'all-in kost', nl. de kost voor de operatie én andere verstrekkingen zoals anesthesie, hulpmiddelen, geneesmiddelen, verpleegdagen).

De uitgaven voor daghospitalisaties 'meniscectomie' werden in 2015 geraamd op 30 miljoen EUR per jaar. Gezien de niet verwaarloosbare bedragen voor meniscectomieën, besliste de DGEC om in het kader van een screening een globale analyse van deze ingreep (incl. facturatie en doelmatigheid) uit te voeren.

Het doel van deze analyse was om wetenschappelijk te verantwoorden of de arthroscopische meniscectomie een aangewezen behandeling is voor degeneratief knielijden. We wilden de niet-correcte facturatie van deze ingreep aanpakken en ondoelmatige behandelingen vermijden.

II. Methode

De aanpak van onze evaluatie was viervoudig:

- 1) We brachten de evidence-based medicine (EBM) over de arthroscopische meniscectomie in kaart.
- 2) We analyseerden de facturatiegegevens over de meniscectomieën (276636-276640) en de zorg geleverd tijdens het ziekenhuisverblijf (hoofdzakelijk Doc ADH, P en N van de periode 2017-2018) voor alle Belgische ziekenhuizen.
- 3) We vergeleken het aantal ingrepen in verschillende Europese landen via het European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN).
- 4) We interviewden een beperkt aantal orthopedisten over hun praktijk en keken een aantal dossiers in.

III. Resultaten

We stelden vast dat 60 % van de meniscusoperaties in België wordt uitgevoerd bij vijftigplussers. Dit is opvallend vermits een meniscectomie bij degeneratief lijden geen doelmatige behandeling is. Een conservatieve behandeling met o.a. kinesithérapie is volgens de richtlijnen te verkiezen boven deze ingreep. Onze studie leverde nog bijkomende elementen op die wijzen op ondoelmatig gebruik van meniscectomieën. In België worden er veel meer meniscectomieën uitgevoerd dan in Zweden en Noorwegen. Bovendien is er in ons land zelf ook een grote geografische variatie. Ook de beperkte terreinstudie wees in de richting van ondoelmatigheid. Zo beschikten de meeste geïnterviewde chirurgen niet over een klinisch pad en/of waren ze slecht gedocumenteerd over de voorafgaande conservatieve behandeling.

IV. Acties en voorstellen

In het licht van deze bevindingen formuleerde de DGEC verschillende voorstellen om tot een meer doelmatig gebruik te komen van de arthroscopische meniscectomie:

- 1) Begin september 2019 voerde de DGEC een informatiecampagne om de orthopedische chirurgen te herinneren aan de richtlijnen voor arthroscopische meniscectomieën.
- 2) De DGEC formuleerde een voorstel aan de TGR om de terugbetaling van arthroscopische kniechirurgie bij vijftigplussers te beperken volgens de richtlijnen (geen degeneratief lijden, voorafgaande proeftherapie met kine, aanwezigheid van duidelijke slotklachten/blokkade, majeur trauma, ...).

Evaluatie 3: terreinanalyse niet-toegelaten activiteit bij arbeidsongeschiktheid

I. Oorsprong en doelstelling

Op vraag van de Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV heeft de DGEC in 2018-2019 een terreinanalyse verricht van de dossiers niet-toegelaten activiteit (NTA) van 2017.

Het doel van deze studie was de activiteiten van de adviserend arts (AdvA) en de verzekeringsinstelling (V.I.) in deze specifieke dossiers in kaart te brengen. We wilden informatie verzamelen over o.a. de efficiëntie van de controle op de arbeidsongeschiktheid (AO) door de AdvA van de V.I. in die gevallen.

II. Methode

In 2018-2019 bezochten we 28 ziekenfondsen verdeeld over de vijf grootste V.I. en de verschillende provincies. We bekeken alle NTA-dossiers van het bezochte ziekenfonds. We onderzochten of de wettelijke bepalingen werden gevolgd, meer in het bijzonder of de AdvA het reglementair voorziene onderzoek had uitgevoerd (binnen de 30 werkdagen na mededeling NTA aan de V.I.) en wat de uitkomst van dit onderzoek was.

III. Resultaten

De DGEC heeft grote verschillen opgemerkt tussen de verschillende V.I. wat de behandeling van de NTA-dossiers betreft. De inbreng van het administratief personeel van het ziekenfonds is hierbij van cruciaal belang. Zij moeten zorgen voor de correcte transmissie van de NTA-dossiers naar de AdvA.

Bij sommige ziekenfondsen stelden we vast dat deze transmissie niet altijd correct verliep. Daardoor onderzocht de AdvA de verzekerden niet zoals dat reglementair is voorzien.

Het aantal gevallen waar een onderzoek door de AdvA was gepland zoals dat reglementair is voorzien bij NTA, vertegenwoordigde 60 % van alle NTA-dossiers die de DAC opende. Een aantal verzekerden was namelijk op datum van de overdracht van het proces-verbaal van vaststelling niet (meer) arbeidsongeschikt. De verzekerde kon spontaan het werk hebben hervat of de AdvA kon een verplichte werkhervatting betekend hebben zonder verband met de NTA.

In 25 % van de gevallen is de verzekerde niet onderzocht door de AdvA, hoewel dit reglementair was voorzien. We zagen hier ook grote verschillen tussen de ziekenfondsen.

Als de AdvA de verzekerde wel onderzocht, viel het op dat het aantal verplichte werkhervattingen maar een klein deel uitmaakte (17 %) van het geheel. Dit aantal daalde tot 12 % als we alle NTA-dossiers in aanmerking namen. Hoewel de AdvA een (soms belangrijke) activiteit vaststelde tijdens zijn onderzoek, werden de meeste verzekerden toch verder als arbeidsongeschikt erkend.

IV. Acties en voorstellen

We gaven feedback aan de V.I. om de efficiëntie van de controle op arbeidsongeschiktheid te optimaliseren. We legden de nadruk op volgende punten:

- ✦ een correcte transmissie van de NTA-dossiers van de administratieve diensten van de V.I. naar de dienst van de AdvA;
- ✦ een proces-verbaal van vaststelling van het inspecterend personeel (DAC) dat gemakkelijk en duidelijk identificeerbaar is in het dossier van de AdvA;
- ✦ een effectieve uitvoering van de medische onderzoeken door de AdvA persoonlijk, zoals wettelijk voorzien en binnen de reglementaire termijn, waarbij rekening wordt gehouden met de vaststelling van de NTA bij de evaluatie van de graad van arbeidsongeschiktheid;
- ✦ er rekening mee houden dat de sociaal inspecteur (bijna) altijd de feiten NTA vaststelt de eerste dag, het eerste uur;
- ✦ het doorsturen van de noodzakelijke fluxen in IDES.

Evaluatie 4: RX vergunningen – FANC

De samenvatting van deze evaluatie geven we weer bij 'Samenwerkingen met andere diensten en organisaties' op p. 82.

Evaluatie 5: pathologisch-anatomisch onderzoek bij vagotomie, vasectomie, tuba-ligatuur, tonsillectomie, adenoïdectomie en sympathectomie

I. Oorsprong en doelstelling

De sector van de anatomo-pathologische onderzoeken (APO) is tot op heden weinig doorgelicht. Deze sector werd dan ook opgenomen in het Actieplan handhaving gezondheidszorg 2018-2020 om verspilling te detecteren en voorstellen naar meer doelmatigheid te formuleren.

II. Methode

We startten met de analyse van verstrekking 588232-588243. Dit is de NGV-code voor histologisch onderzoek bij vasectomie, tuba-ligatuur, tonsillectomie en adenoïdectomie (onder de achttien jaar),

vagotomie en sympathectomie. Die verstrekking betekende in 2016 met 653.887 EUR de kleinste uitgave voor het geheel van anatomo-pathologische onderzoeken.

De verstrekkingen die in 2016 waren uitgevoerd en aangerekend vóór 31 december 2017 voor een vasectomie, tuba-ligatuur, tonsillectomie en adenoïdectomie (onder de achttien jaar), vagotomie en sympathectomie vormden het vertrekpunt. Voor elke ingreep beoordeelden we het voorschrijfgedrag anatomo-pathologie per Belgisch ziekenhuis en eventueel per chirurg evenals de aanrekeningen voor het histologisch onderzoek.

III. Resultaten

De analyse toont dat verstrekking 588232-588243 voornamelijk wordt aangerekend bij vasectomie, tonsillectomie, en adenoïdectomie. Bij tubaligatuur, vagotomie of sympathectomie is deze verwaarloosbaar.

Bij 73 % van de tonsillectomieën en/of adenoïdectomie (met of zonder oorbuisjes) en bij 13 % van de vasectomieën vragen de chirurgen geen APO aan. Het percentage APO varieert van ziekenhuis tot ziekenhuis gaande van 0 % tot 99 % en houdt geen verband met het aantal ingrepen of het type ziekenhuis. De aanrekening van het histologisch onderzoek is meestal correct.

Hoewel de ziekteverzekering al 20 jaar een tussenkomst voorziet, geven internationale richtlijnen aan dat routinematig APO van de verwijderde delen van de zaadleiters niet noodzakelijk is. We vonden evenmin aanbevelingen voor APO bij de andere ingrepen.

IV. Acties en voorstellen

- ✦ De DGEC stelt voor om volgende facturatie-instructies te overwegen:
 - ✧ de creatie van een veld voor de betreffende verstrekking van art. 32 van de NGV.
 - ✧ de datum van staalafname als prestatiedatum nemen.
- ✦ We wensen verstrekking 588232-588243 uit de NGV te laten schrappen.

Evaluatie 6: Next Generation Sequencing

I. Oorsprong en doelstelling

Next Generation Sequencing onderzoeken (NGS) zijn gesofisticeerde laboratoriumtesten waarmee men de sequentie kan bepalen van een groot panel genen tegelijkertijd. Met deze technologie kan men tumoren gericht behandelen op basis van variaties in het DNA van de kankercellen. De verstrekkingen zijn opgenomen in artikel 33, 33bis en 33ter van de nomenclatuur. De aanleiding voor deze beperkte desktopstudie was een melding over het mogelijk inadequaat gebruik van bepaalde NGS-testen door een bepaald laboratorium. Het doel van dit onderzoek was na te gaan of de facturatie van NGS-testen correct verloopt in Belgische medische laboratoria.

II. Methode

We onderzochten hoofdzakelijk twee NGS-verstrekkingen die op vastweefsel tumoren worden verricht:

- ✦ 588534 - 588545: Opsporen van een verworven chromosoom- of genafwijking door middel van een moleculair biologische methode, in de diagnostische onderzoeksfase van een niet-lymfoïde en niet-myeloïde vaste tumor.
- ✦ 589713 - 589724: Opsporen van een verworven afwijking van het K-RAS-gen door middel van een moleculair biologische methode. Deze verstrekking gebeurt in het kader van het voorschrijven van een behandeling door tumor-specifieke monoklonale antilichamen bij patiënten met een gemetastaseerd colorectaal carcinoom.

Voor deze verstrekkingen voorziet de nomenclatuur een aantal diagnose- en cumulatierregels. Verstrekking 588534 -588545 mag bv. maximaal tweemaal per diagnostische onderzoeksfase worden aangerekend.

We vroegen facturatiegegevens op voor alle Belgische medische laboratoria en vergeleken het aanrekenprofiel van de verschillende laboratoria. We gebruikten attestgegevens van verstrekkingen die in 2017 werden verricht en geboekt werden t.e.m. 30 november 2018.

III. Resultaten

In 2017 waren er een beperkt aantal laboratoria die deze testen regelmatig uitvoerden. Slechts 22 laboratoria voerden in 2017 het onderzoek 588534-588545 (zie label hierboven) bijvoorbeeld meer dan 100 keer uit.

Uit de studie is gebleken dat deze laboratoria bijna systematisch gebruik maakten van het volgens de NGV maximum toegelaten aantal verstrekkingen per diagnostische onderzoeksfase. Hetzelfde geldt voor het cumuleren van de twee onderzochte verstrekkingen. Tussen de laboratoria onderling waren er slechts weinig variaties. Het, vanuit verstrekkersperspectief, "optimaal" gebruik van de NGV bleek dus algemeen aanwezig te zijn. Directe overtredingen van de geldende nomenclatuurregels kwamen slechts sporadisch voor.

Intussen is de nomenclatuur aangepast en is er ook een conventie gestart (1 juli 2019) waardoor de vergoedingsmodaliteiten grondig veranderd zijn. Hierdoor zijn de vastgestelde aanrekenpatronen van deze onderzoeken niet meer van toepassing. De nieuwe conventie voorziet ook in een meer gerichte terugbetaling van het onderzoek 588534-588545 in functie van het type en het stadium van de tumor.

IV. Acties en voorstellen

Gezien de aanpassing van NGV alsook de recent ingestelde conventie onderneemt de DGEC geen verdere acties op dit moment.

De DGEC stelt voor om in de instructies voor elektronische facturatie een normcode 'voorschrijver' toe te voegen voor de artikels 33bis en 33ter van de NGV, waaronder NGS ressorteert. Deze normcode is reeds van toepassing op art. 24 (klinische biologie) en art. 32 (pathologische anatomie). Via deze normcode zou men een beter zicht kunnen krijgen op de rol van de voorschrijver bij deze verstrekkingen.

Evaluatie 7: Audit Ziekenhuizen – bariatrische chirurgie: zorgpad en gegevens ziekenhuisverblijven

I. Oorsprong en objectief

De laatste jaren is er een aanzienlijke toename van obesitas en de hiermee geassocieerde comorbiditeiten. Deze toename brengt een aanzienlijke financiële belasting mee voor de sociale zekerheid. Bovendien zijn er in België belangrijke praktijkvariaties op het niveau van het zorgpad en de praktische organisatie van bariatrische heelkunde.

De Eenheid 'Audit Ziekenhuizen' - onder een federale co-governance structuur van drie instellingen (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en RIZIV) - analyseerde dit onderwerp in het kader van haar 'Proof of Concept'.

Met deze eerste audit wilde het auditteam de verschillende aspecten belichten van het multidisciplinair zorgpad van de zwaarlijvige patiënt, opgenomen voor bariatrische heelkunde, en de naleving beoordelen van de nomenclatuurregels en de coderingsprocedures van de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG).

II. Methode

Het auditteam selecteerde de Belgische ziekenhuizen waar er ziekenhuisverblijven waren voor bariatrische heelkunde met ontslagdatum in 2016, op basis van volgende criteria:

- ✦ aanrekening van één van de drie nomenclatuurcodes (241780, 241824 of 241846), en/of
- ✦ verblijven ingedeeld bij de APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 'Procedures for obesity', en/of
- ✦ verblijven met een hoofddiagnose uit categorie E66 'Overweight and obesity' en ingedeeld in een chirurgische APR-DRG.

We selecteerden de 30 ziekenhuizen met het grootste aantal bariatrische ziekenhuisverblijven voor een audit ter plaatse. We sloten de ziekenhuizen uit waarvan een verstrekker tijdens de auditperiode betrokken was bij een lopend controleonderzoek over bariatrische heelkunde op federaal niveau.

In deze ziekenhuizen observeerden we het zorgpad van de zwaarlijvige patiënt. Daarnaast hebben we aan de hand van een dossieranalyse de naleving van de toepassing van de nomenclatuurregels en de ICD-10-BE coderingsrichtlijnen geaudit. Het betrof twaalf willekeurig geselecteerde bariatrische ziekenhuisverblijven per ziekenhuis waarvoor naast de medische gegevens (MG-MZG) ook de verpleegkundige gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens (VG-MZG) geregistreerd waren.

De ziekenhuizen waar er verblijven voor bariatrische heelkunde waren met ontslagdatum in 2016 ontvingen een algemeen geanonimiseerd rapport met de auditresultaten.

III. Resultaten

97 van de 101 Belgische ziekenhuizen voldeden aan de criteria. We selecteerden 19 Belgische ziekenhuizen voor een audit ter plaatse.

Betreffende het zorgpad bariatrische heelkunde stelden we tussen de ziekenhuizen verschillen vast in:

- ✦ de organisatie van de pre- en postoperatieve multidisciplinaire begeleiding van de zwaarlijvige patiënt
- ✦ de bijkomende uitgevoerde onderzoeken
- ✦ de pre- en postoperatief systematisch gerealiseerde raadplegingen
- ✦ het gebruik van een patiënt-gecontroleerde analgesiepomp
- ✦ de techniek van de bariatrische ingreep

De opvolging van patiënten twee jaar na een bariatrische ingreep is zeldzaam volgens de multidisciplinaire bariatrische teams. De belemmeringen hiervoor op middellange en lange termijn zijn van financiële of organisatorische aard of houden verband met het gebrek aan therapietrouw van de patiënt.

De analyse van de twaalf bariatrische ziekenhuisverblijven toont de gemiddelde score die de ziekenhuizen behaald hebben voor negen kenmerken met betrekking tot de NGV en de ICD-10-BE-codering. Hieruit blijkt onder andere dat de documentatie in het medisch dossier van de dieettherapie (minstens gedurende één jaar, zonder blijvend succes) en de uitvoering van een multidisciplinair bariatrisch overleg met bijhorend ondertekend en gedateerd verslag verbeterpunten zijn voor de ziekenhuizen.

IV. Acties en voorstellen

Het is wenselijk een goed gecoördineerd transmuraal multidisciplinair zorgpad voor obesitas met longitudinale opvolging van de patiënt te ontwikkelen. Het standaardiseren van het pre- en postoperatief uit te voeren bilan is belangrijk.

Het auditverslag moet de ziekenhuizen helpen om waar nodig het volledige zorgpad en de behandelingen van obesitas bij te sturen, de doelmatigheid ervan te verbeteren en de conformiteit aan de wetgeving te optimaliseren. Op termijn willen we elk geaudit ziekenhuis een gedetailleerd individueel verslag bezorgen.

Het is aangewezen dat de bevoegde autoriteiten de nomenclatuur met betrekking tot de bariatrische operatietechnieken verder opvolgen en zo nodig aanpassen (nieuwe technieken, achterhaalde technieken, heringrepen, ...).

Het register zoals vereist door de NGV is in zijn huidige vorm verouderd. Om de relevantie, de kwaliteit en de doeltreffendheid van de medische en heelkundige behandeling van obesitas beter te kunnen beoordelen is het van belang een nationaal register op te stellen, zodat de vergelijking met niet-heelkundig behandelde zwaarlijvige personen mogelijk is.

Het is van belang om de betrokkenheid van de patiënten te versterken en hen te motiveren om het volledige zorgpad te volgen. De mogelijkheid kan onderzocht worden om bepaalde onderzoeken, raadplegingen, dieetsupplementen of revalidatie terug te betalen en dit eventueel te koppelen aan de deelname van de patiënt aan het zorgpad.

Wat de informatisering van het patiëntendossier en de geregistreerde gegevens betreft, is het nodig dat de ziekenhuizen hun inspanningen verderzetten en we ze aanmoedigen om de implementatie ervan verder door te voeren.

b) Primaire controle van de V.I.

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

Sinds 2004 is 10 % van het bedrag dat een V.I. jaarlijks ontvangt afhankelijk gemaakt van hoe goed ze haar wettelijke opdracht uitvoert. Deze 10 % (of ongeveer 100 miljoen EUR) wordt de **'variabele administratiekost'** genoemd.

Op 11 april 2019 werd art. 195 van de GVVU-wet aangepast. Vanaf 2019 wordt de variabele administratiekost jaarlijks verhoogd met 2.5 % tot ze in 2022 de maximale 20 % bereikt.

Alle diensten van het RIZIV en de Controle Dienst Ziekenfondsen (CDZ-OCM) doen analyses naar de kwaliteit waarmee de V.I. hun wettelijke opdracht uitvoeren.

Het RIZIV geeft de resultaten van deze analyses door aan de CDZ. Zij zetten via scoreschalen de resultaten van de analyses om in geldelijke waarden en verminderen per V.I. de variabele administratiekosten met deze geldelijke waarde.

Merk op dat deze responsabilisering van de V.I. een bestraffingssysteem is. Als de V.I. slecht scoren, wordt er een deel van de 10 % variabele kosten afgehouden. Als de V.I. goed scoren, krijgen ze de volledige 10 % (er zijn geen beloningen).

De evaluatie van de performantie van de V.I. is beschreven in het KB betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten van 10 april 2014.

In 2019 was de DGEC betrokken bij de evaluatie van volgende indicatoren:

1. Ten eerste onderzocht de DGEC of het voorkwam dat verzekerden, erkend als invalide met als hoofdpathologie depressie of burn-out, geen medisch onderzoek ondergingen bij een adviserend arts (en/of zijn/haar team) in de eerste twaalf maanden van arbeidsongeschiktheid. Depressie is een pathologie waarbij een intens contact en begeleiding essentieel is. De resultaten pleitten voor een gedegen werking van de V.I. Alle verzekerden uit de steekproef werden minstens één maal onderzocht door een adviserend arts.

2. We bestudeerden ook of de reglementering in verband met enkele farmaceutische producten uit Hoofdstuk IV correct werd toegepast vooraleer de V.I. deze dure geneesmiddelen terugbetaalden.

§ 474 i.v.m. osteoporose - Aclasta

Bij osteoporose kan het geneesmiddel Aclasta jaarlijks toegediend worden. Slechts één verpakking wordt vergoed per jaar.

De gelijktijdige vergoeding van Aclasta met één of meerdere specialiteiten behorend tot de vergoedingsgroep B-230 of met een bifosfonaat behorend tot de vergoedingsgroep B-88 is nooit toegestaan gedurende de twaalf maanden volgend op de toediening van Aclasta.

Hoewel deze reglementering tot stand kwam met de goedkeuring van de V.I., hadden zij in meer dan 20 % van de gevallen geen bezwaar tegen de aflevering van een nieuwe Aclasta en/of een geneesmiddel uit de vergoedingsgroepen B88 en/of B230 binnen de 365 dagen na de datum van aflevering van een vorige Aclasta.

§ 566 i.v.m. diabetes - Victoza

Bij diabetes kan het geneesmiddel Victoza een redding brengen bij verzekerden die gelijktijdig Metformine innemen en waarbij Metformine alleen de bloedsuikerspiegel onvoldoende kan reguleren.

De gelijktijdige Metformine behandeling, die een conditio sine qua non is voor de terugbetaling van het dure Hoofdstuk IV geneesmiddel Victoza, wordt bij meer dan 5 % van de verzekerden niet gerespecteerd.

§ 916 i.v.m. COPD – Trimbow/Trelegy

De laatste Hoofdstuk IV-analyse evalueerde de rol van de V.I. bij de toepassing van de terugbetalingsvoorwaarden van Trelegy Ellipta of Trimbow bij COPD volgens § 9160000 van Hoofdstuk IV.

Deze dure specialiteiten worden vergoed indien ze worden gebruikt voor de behandeling van COPD, stadium IV of groep D van de GOLD-classificatie, met een hoog risico op exacerbatie (minstens twee exacerbaties in het jaar ervoor of een exacerbatie die leidde tot ziekenhuisopname) en hoge ziektelast.

De gelijktijdige terugbetaling met andere vormen van langwerkende anticholinergica (cat. B-267), langwerkende bèta-agonisten (cat. B-216 en cat. B-245) of inhalatiesteroïden (cat. B-245) is nooit toegestaan.

Het strikte cumulatieverbod van geneesmiddelen van de vergoedingsgroepen B-267, B-216 en/of B-245 met Trelegy Ellipta of Trimbow wordt in ongeveer 10 % van de gevallen (bij sommige V.I. tot 15 %) niet gerespecteerd en door de V.I. niet gecorrigeerd.

3. We evalueerden of de V.I. het verlies van een accreditering bij een arts opvolgen. Accreditering is een erkenning van de deelname van zorgverleners aan navormingsactiviteiten en 'peer review'-sessies. Deze artsen hebben in bepaalde gevallen recht op een hoger ereloon. Artsen moeten minstens 20 accrediteringseenheden (credit points of CP's) hebben gekregen, tijdens een referentieperiode van twaalf maanden, door het volgen van navormingen die erkend zijn in het kader van de accreditering van artsen en apothekers-biologen. Ze moeten tijdens die periode ook deelgenomen hebben aan minstens twee sessies van hun lokale kwaliteitsgroep (LOK).

Slechts een beperkte groep artsen verliest jaarlijks zijn/haar accreditering.

In deze analyse evalueerden we of de V.I. correct gecontroleerd hebben of de artsen die hun accreditering verloren, op een aangepaste manier factureerden in de eerste drie maanden na verlies van de accreditering.

De V.I. volgden de individuele artsen die hun accreditering verloren quasi perfect op.

4. We controleerden de kwaliteit van de gegevens die de V.I. via het platform New Attest verzonden aan de DGEC. We voerden een kwaliteitscontrole uit van de zones die verband hielden met:

- ✦ het statuut chronisch zieken
- ✦ de geneesmiddelen afgeleverd tijdens een opname in een ziekenhuis
- ✦ de derdebetalersregeling
- ✦ de normcode

- ✦ de identificatie van verzorgingsinstellingen en/of -diensten
- ✦ de identificatie van de plaats en/of dienst van verstrekking
- ✦ het dringend ziekenvervoer
- ✦ het toestel medische beeldvorming.

De evaluatie van acht zones van New Attest-data toonde ons het volgende:

- ✦ De data waren op tijd en binnen de vijf dagen beschikbaar.
- ✦ De bestanden bleken bij alle V.I. volledig te zijn. Er ontbraken geen periodes.
- ✦ De (lay-out van de) interface waarmee de DGEC New Attest-gegevens moet aanvragen stond voor bepaalde onderwerpen nog niet op punt. Dit is niet de fout van de V.I. Hierdoor konden we bepaalde kwaliteitsanalyses niet uitvoeren.

5. Ten slotte evalueerden we de kwaliteit en de tijdigheid van de gegevens die via de flux CIT 3.0 aan het RIZIV werden overgemaakt. De flux CIT 3.0 is een stroom van statistieken over arbeidsongeschiktheidsdossiers die de V.I. sinds 1997 op magnetische drager aan de DGEC overmaken. De beslissingen genomen door de adviserend artsen in de arbeidsongeschiktheidsdossiers worden hierin gecodeerd en meegedeeld.

We evalueerden de tijdigheid van het opsturen van de records, de invulling van bepaalde zones, de relatie tussen bepaalde zones en de relatie tussen een zone en een referentiebestand. De resultaten van deze kwalitatieve evaluatie van de flux CIT 3.0 waren niet goed. Ze varieerden van gewoon (V.I. 300 en V.I. 400) over niet goed (V.I. 100) tot zeer slecht (V.I. 200, V.I. 500 en V.I. 600).

c) Adviesfunctie/vertegenwoordiging van de DGEC in de technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen

De DGEC zetelt met adviserende stem in 34 technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen. De opdracht van de DGEC is om er advies uit te brengen over voorgestelde wijzigingen aan de nomenclatuur en andere reglementaire teksten of zelf aanpassingen voor te stellen. Hij maakt gebruik van zijn aanwezigheid/vertegenwoordiging om bij te dragen tot een correctie informatiedoorstroom voor de partners van de verzekering, evenals tot het opstellen van duidelijke wetgevende bepalingen die toepasbaar zijn voor iedereen.

I. Bijdrage van de vertegenwoordiger van de DGEC

Er zijn 3 mogelijkheden van bijdrage, met name:

1. Uitgewerkt en gemotiveerd voorstel van nomenclatuurwijzigingen indienen

(schrapping/wijziging/toevoeging van nomenclatuurcodenummer, wijziging toepassingsregel of creatie nieuwe interpretatieregel, ...)

Een voorstel volgt steeds op de resultaten van een vaststelling op het terrein of een studie van de DGEC.

De voorstellen kunnen worden

- ✦ aanvaard
- ✦ besproken met vraag om aanvullend onderzoek
- ✦ geweigerd

2. Actieve hulp bij concrete voorstellen van de verschillende projecten die ter reflectie of studie van de werkgroep zijn voorgelegd.

De DGEC geeft adviezen over de concrete voorstellen die door de werkgroep werden geagendeerd. De voorstellen zijn gebaseerd op de terreinkennis en de gegevensanalyse.

3. Een adviserende stem tijdens de plenaire vergadering van de Technische Geneeskundige Raad (TGR) of tijdens de verschillende overeenkomstencommissies

Alle beslissingen van de medische werkgroepen worden vervolgens voor definitieve goedkeuring voorgelegd aan de plenaire vergadering van de TGR of de overeenkomstencommissies. De vertegenwoordiger van de DGEC heeft hier een adviserende stem. Al zijn opmerkingen moeten in de notulen van de vergadering worden opgenomen. Zo zijn ze zichtbaar voor alle betrokken partijen, met inbegrip van de Minister van Sociale Zaken, de Raad van State, ...

II. Bilan 2019 : enkele voorbeelden

In de Activiteitenverslagen voor 2017 en 2018, hebben we de bijdrage van de vertegenwoordiger van de DGEC geïllustreerd binnen de werkgroepen heekunde en ad hoc spine. Dit jaar hebben we gekozen om ons toe spitsen op andere overlegorganen.

Tabel 10 geeft weer in welke technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen de DGEC actief is.

Tabel 10. Technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen waarin de DGEC actief is

Technische Geneeskundige Raad (TGR) / Conseil technique médical (CTM)	Plenair / plénière
	WG Algemene geneeskunde / GT Médecine générale
	WG Interne Geneeskunde / GT Médecine interne
	WG Heekunde / GT Chirurgie
	Ad hoc WG Spine / GT Spine
	WG Medische Beeldvorming / GT Imagerie médicale
	Ad hoc WG MOC / GT COM
	WG Klinische Biologie / GT Biologie clinique
	WG Hervorming ziekenhuisfinanciering /GT Réforme du financement
	Algemene Werkgroep / GT général
Technische Tandheelkundige Raad / Conseil technique dentaire	TTR / CTD
	WG TTR / GT CTD
Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen / Commission de conventions des infirmiers	
Technische Raad Ziekenhuisverpleging / Conseil technique de l'hospitalisation	
Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten / Commission de conventions des kinésithérapeutes	
Overeenkomstencommissie Logopedisten / Commission de conventions des logopèdes	
Overeenkomstencommissie bandagisten en orthopedisten / Commission de conventions des bandagistes et orthopédistes	Plenair / plénière
	WG Bandagisten / GT Bandagistes
	WG Orthopedisten / GT Orthopédistes

Overeenkomstencommissie gehoorprothesisten / Commission de conventions des audiciens	
Overeenkomstencommissie opticiens / Commission de conventions des opticiens	
Overeenkomstencommissie vroedkunde / Commission de conventions des sages-femmes	
Technische Raad Kinesitherapie / Conseil technique de la kinésithérapie	
Technisch Farmaceutische Raad / Conseil technique pharmaceutique	
Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen / Conseil technique des moyens diagnostiques et de matériel de soins	Plenair / plénière
	WG Medische voeding / GT Nutrition médicale
	WG Voedsel afkeer / GT Aversion alimentaire
	WG Extramurale zorg parenterale voeding / GT Soins ambulatoires nutrition parentérale
Overeenkomstencommissie apothekers-VI / Commission de conventions des pharmaciens OA	
WG Tarificatiediensten – V.I. / GT Offices de tarification - OA	
Technische raad voor radio-isotopen / Conseil technique des radio-isotopes	
Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) / Commission de remboursement des médicaments (CRM)	
Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (CTIIMH) / Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI)	Plenair / plénière
	Gemengde WG ad hoc CTIIMH - TGR / GT mixte ad hoc CRIDMI - CTM
Federale Raad voor Paramedische Beroepen (FRPB) / Conseil fédéral des professions paramédicales (CFPP)	

Voorbeelden van bijdragen van de DGEC in de commissies, raden en werkgroepen

Werkgroep Interne Geneeskunde van de Technische Geneeskundige Raad

De DGEC nam deel aan 4 vergaderingen.

✦ **Interventionele Cardiologie – TAVI**

Activiteiten

De TAVI-procedure (Transcatheter Aortic Valve Implantation) is een minder invasieve techniek om een aortaklep te implanteren. Op basis van de analyse van de outcome heeft de DGEC onderzocht in hoeverre de richtlijnen voor percutane aortakleplantatie worden gevolgd. Ook de overige prestaties die samen met een TAVI werden gefactureerd zijn bestudeerd. In het verlengde daarvan is een studie uitgevoerd naar de cumulatie van andere cardiologische interventionele ingrepen van de artikelen 34 en 20 van de NGV die eigenlijk integraal deel uitmaken van eenzelfde interventie.

Voorgestelde wijzigingen

De creatie van een nomenclatuurnummer voor TAVI (incl. geassocieerde procedures) en de uitwerking van regels inzake het cumulverbod in overleg met de vertegenwoordigers van de beroepsgroep zijn voorzien voor 2020.

✦ **Psychiatrie: cumul consultatie/verblijf Psychiatrische Verzorgingstehuizen**

Activiteiten

Het betreft hier ambulante prestaties die uitgevoerd worden bij residerende patiënten. Dit fenomeen werd gemeld in het Brussels Gewest. Uit de analyse van de gegevens door DGEC blijkt de cumul van deze prestaties in heel het land voor te komen doch slechts in beperkte mate in Vlaanderen en Wallonië.

Voorgestelde wijzigingen

De impact van een mogelijke uitzonderingsmaatregel op het cumulverbod zal nader worden onderzocht.

✦ **Video-EEG**

Activiteiten

Uit een studie van de DGEC blijkt dat in een aantal ziekenhuizen de verstrekking 477142 (elektro-encefalografie - EEG) voor een verzekerde meermaals op dezelfde dag wordt aangerekend en dit vaak meerdere dagen na elkaar. Het gaat hier over de video-EEG waarbij een continue EEG-registratie wordt gekoppeld aan een simultane videoregistratie. Er bestaat geen nomenclatuurcode voor deze verstrekking. Het revalidatieforfait voorziet reeds in een niet-invasief video-EEG maar niet in reeksen EEG's zoals hier het geval is.

Voorgestelde wijzigingen

Vertegenwoordigers van de beroepsgroep zullen worden uitgenodigd in 2020. De DGEC stelt voor de nomenclatuur aan te passen. De V.I. zijn akkoord dat de software van de tarificatieprogramma's betreffende dit item kan worden aangepast.

Overeenkomstencommissie van audiciens

De DGEC nam deel aan 3 vergaderingen.

- ✦ Prijstransparantie

Activiteiten

De DGEC volgt de discussies over prijstransparantie.

- ✦ Nomenclatuur – nieuwe verstrekking: « botverankering bij kinderen onder de 7 jaar »

Activiteiten

De DGEC heeft de werkgroep een advies bezorgd betreffende de vergoedingsvoorwaarden voor die nieuwe verstrekking.

Wijzigingen

Er werd voorgesteld dat de medische onmogelijkheid van botverankering in het medisch dossier aan de patiënt zou moeten worden gepreciseerd. Deze informatie moet, op verzoek, worden doorgestuurd naar de raadgevend arts of de DGEC.

Technische tandheelkundige raad

De DGEC nam deel aan 10 vergaderingen.

- ✦ Wijzigingen van de nomenclatuur

Activiteiten

De DGEC geeft advies over de leesbaarheid over de teksten van de nomenclatuur, bijvoorbeeld over de nieuwe verstrekking « tandzorg bij kankerpatiënten of bij anodontie » (publicatie november 2019).

Overeenkomstencommissie van logopedisten

De DGEC nam deel aan 8 vergaderingen.

- ✦ Dyslexie en autisme

Activiteiten

De Commissie heeft SECM gevraagd haar standpunt te verduidelijken over de mogelijkheden van goedkeuring door de adviserend artsen van de mutualiteiten voor een re-educatie van de geschreven taal in geval van autisme. Deze vraag kwam voort uit de beslissingen van de arbeidsrechtbanken bij beroepen tegen weigeringen van de mutualiteiten.

De DGEC heeft aan de medische directies van de mutualiteiten een stand van zaken gevraagd over de situatie via de Hoge Raad van artsen-directeurs.

- ✦ Stemwisselingstoornissen

Activiteiten

De DGEC werd door de Commissie gevat om via een interpretatieregel een terugbetaling mogelijk te maken van de zorg in dergelijke situatie. In de nomenclatuur vormen stemwisselingsstoornissen immers een uitsluitingsgrond voor terugbetaling.

Omdat het onmogelijk is om de nomenclatuur te wijzigingen via een interpretatieregel, werd een werkgroep opgericht om de zaak te bekijken en de nomenclatuur eventueel te wijzigen.

Overeenkomstencommissie en technische raad kinesitherapie

De DGEC nam deel aan 10 vergaderingen.

✦ MoveUp

Activiteiten

Het betreft een digitale applicatie voor orthopedische postoperatieve revalidatie (na een heup- of knieprothese) waarvoor terugbetaling wordt gevraagd. De DGEC neemt deel aan de huidige werkgroep.

Overeenkomstencommissie van verpleegkundigen

De DGEC nam deel aan 10 vergaderingen.

✦ Verantwoordingsdrempel W

Activiteiten

De DGEC heeft voorgesteld om de verantwoordingsdrempel W in te voeren.

Wijzigingen

Om de kwaliteit van zorg te kunnen garanderen en te strijden tegen frauduleuze praktijken, werd een maximaal aantal aanrekeningen per jaar ingesteld voor verpleegkundigen en zorgkundigen.

✦ Wondzorg

Activiteiten

De DGEC neemt deel aan een werkgroep over de herziening van de nomenclatuur i.v.m. wondzorg.

✦ Facturatie van verpleegkundige verstrekkingen in hospitaalmilieu (art. 8)

Activiteiten

De Commissie heeft de DGEC gevraagd een analyse te maken van de facturatie van verstrekkingen uit artikel 8 in hospitaalmilieu.

Wijzigingen

Die studie heeft geleid tot het verbod om 4 codes aan te rekenen in hospitaalmilieu, betreffende intraveneuze perfusie en parenterale voeding.

Overeenkomstencommissie van vroedvrouwen

De DGEC nam deel aan 10 vergaderingen.

✦ Perineale revalidatie

Activiteiten

De DGEC heeft een onderzoek uitgevoerd naar de certificering van uitkeringen voor postpartum zorg. Uit het onderzoek bleek dat het een preventieve behandeling voor incontinentie was. Dit soort verstrekkingen kan echter niet door verloskundigen worden aangerekend.

Deze enquête heeft veel reacties van zorgverleners opgeleverd en de Commissie heeft de DGEC gevraagd de nomenclatuur toe te lichten. Overigens heeft de DGEC via de Hoge Raad van artsenn-directeuren de aandacht van de medische directies van de ziekenfondsen op het informeren van hun leden over dit onderwerp gevestigd.

Overeenkomstencommissie en technische raad des bandagisten-orthopedisten

De DGEC nam deel aan 10 vergaderingen van de Overeenkomstencommissie van bandagisten-orthopedisten en aan 8 vergaderingen van de werkgroep Nomenclatuur.

- ✦ Fysieke aanwezigheid van de zorgverlener

Activiteiten

Na de brief van de DGEC over de fysieke aanwezigheid van zorgverleners bij de aflevering van het materiaal, vroegen de zorgverleners om een toelichting van deze kwestie.

- ✦ Nomenclatuur

Wijzigingen

Na een vraag van de V.I. werd interpretatieregel 9 voor artikel 27, over het voorafgaandelijk akkoord van de adviserend arts, verduidelijkt op basis van een voorstel van de DGEC.

Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

De DGEC nam deel aan 17 vergaderingen.

- ✦ Facturatie van materiaal gebruikt bij TAVI-procedures

Activiteiten

DGEC deed geen voorstellen voor wijziging van de regelgeving.

DGV vroeg aan DGEC om een studie uit te voeren over de kleppen gebruikt bij de TAVI-procedure (Transcatheter Aortic Valve Implantation) (cf. Werkgroep Médecine interne van de technische geneeskundige raad). De GVVU-verzekering betaalt deze kostbare kleppen slechts terug in bepaalde klinische situaties. DGEC startte een analyse van de facturatiegegevens om in de mate van het mogelijke na te gaan of aan die voorwaarden was voldaan.

Werkgroep Daghospitaal van de Overeenkomstencommissie tussen ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen

De DGEC nam deel aan 4 vergaderingen.

- ✦ Visienota 'daghospitalisatie'

Activiteiten

De DGEC nam deel aan de visienota 'daghospitalisatie' waarin een hervorming wordt voorgesteld. De dienst stelt voor om het daghospitaalforfait te schrappen voor 6 verstrekkingen. Dit voorstel was gebaseerd op een veldonderzoek waaruit bleek dat deze verrichtingen vaak buiten de setting van een dagziekenhuis plaatsvonden. Het betrof volgende verstrekkingen: cystoscopie bij de man, lithotripsie, curettage tandostitis, apectomie, amniospunctie/vlokkentest en behandeling van een diepliggende flegmone. In 2016 bedroegen de uitgaven aan daghospitaalforfaits voor deze procedures 16.380.000 euro. Het Verzekeringscomité keurde deze visienota goed op 12.11.2019.

Voorgestelde wijzigingen

In de Nationale overeenkomst tussen ziekenhuizen en V.I. van 2020 werd de definitie van dagziekenhuis in art. 2 gewijzigd in 'daghospitalisatie'. Een 'to do'-lijst i.v.m. de geplande hervorming van daghospitaal is opgenomen in art. 14. Deze overeenkomst werd tenslotte

beperkt tot 2020 om zeker de aanpassing van de verstrekkingenlijst (cfr. 6 verstrekkingen) op korte termijn te realiseren.

Werkgroep klinische biologie van de Technisch geneeskundige raad

De DGEC nam deel aan één vergadering.

✦ Pathologische anatomie

Activiteiten

Voorstelling van een studie van DGEC over de verstrekking 588232-588243. Het betreft een klein nummer uit de nomenclatuur van pathologische anatomie voor het onderzoek van weefselstalen na o.a. vasectomie, tubaligatuur, tonsillectomie/adenoidectomie bij jonge patiënten en sympathectomie. In 2016 bedroegen de uitgaven voor dit nummer 653.887 EUR.

Voorgestelde wijzigingen

De DGEC stelde voor om bovenvermelde verstrekking te schrappen gezien de beperkte medische meerwaarde.

Daarnaast stelt DGEC voor om twee aanpassingen in de facturatie van verstrekkingen voor pathologische anatomie (instructies elektronische facturatie) te overwegen:

- ✦ de vermelding van de ingreep tijdens welke het staal voor pathologische anatomie wordt afgenomen, in het veld 'betrekkelijke verstrekking'.
- ✦ de vermelding van de datum van staalafname in het veld 'datum van de verstrekking'.

Werkgroep medische beeldvorming van de Technisch geneeskundige raad

De DGEC nam deel aan 5 vergaderingen.

✦ Arthro-MRI

Activiteiten

De DGEC heeft vastgesteld dat een MRI van een gewricht na een intra-artculaire inspuiting van contraststof met gadolinium vaak aanleiding geeft tot een arthrografie-verstrekking. Dat kan gezien worden als een fictieve arthrografie. We stelden ook vast dat ondanks de toename van het aantal arthro-MRI, het aantal arthro-CT scans niet is afgenomen.

Men zou ook verwachten dat het aantal daadwerkelijke arthrografieën (d.w.z. zonder cumulatie met CT-scan of MRI bij dezelfde patiënt op dezelfde dag) zou afnemen omdat er sinds de komst van arthro-CT's en arthro-MRI's steeds minder indicaties zijn voor dit traditionele onderzoek. Toch blijft dit aantal constant met 35.000 ambulante arthrografieën in 2017.

Voorgestelde wijzigingen

De DGEC heeft hierover contact opgenomen met het terrein door middel van een waarschuwingcampagne. Een cumulatie van een MRI van een ledemaat met arthrografie zou kunnen worden beschouwd als overmatig gebruik. De TGR-werkgroep voor medische beeldvorming heeft ingestemd met een aanpassing van de nomenclatuur.

Er is een voorstel geformuleerd voor een nieuw nomenclatuurnummer voor arthro-MRI met directe intra-artculaire injectie (intraveneuze arthro-MRI lijkt achterhaald). Dit nieuwe nummer is beperkt tot één enkele indicatie: de instabiele schouder.

- ✦ Consultancehonorarium van de radioloog in geval van een interventie door een anesthesist onder begeleiding van medische beeldvorming

Activiteiten

De DGEC adviseerde tegen het voorstel voor het aanrekenen door een aanwezige radioloog van een consultancehonorarium wanneer een interventie van een anesthesist gebeurt onder medische beeldvorming. Consultancehonoraria zijn immers intellectuele honoraria die te maken hebben met de keuze door een radioloog van het meest geschikte onderzoek. De Werkgroep volgde deze mening.

- ✦ Zwangerschapsechografieën bij een meerlingenzwangerschap

Activiteiten

Om een hogere vergoeding voor echografieën bij een meerlingenzwangerschap te verkrijgen werd een voorstel behandeld om in die gevallen een pseudocode “meerlingenzwangerschap” tegelijkertijd met de echo te laten gebruiken door de zorgverlener. De DGEC adviseerde om dit voorstel niet te aanvaarden gezien dit een omzeiling van de nomenclatuur is.

- ✦ Mammografieën

Activiteiten

Mammografieën uitgevoerd bij patiënten met een hoog risico voor borstcarcinoom zijn specifieke verstrekkingen, met een aparte nomenclatuur en regelgeving. De voorschrijver moet dit melden aan de V.I. via een kennisgeving. Er is geen verplichting om dit te melden aan de radioloog. Bij een verandering van zorgverlener is deze informatieoverdracht problematisch.

De DGEC trekt deze problematiek open en vraagt een reflectie hierover. In ons gezondheidszorgsysteem komt dit communicatieprobleem veel voor. Andere voorbeelden zijn de erkenning van een palliatief statuut door verpleegkundigen of inzage in de door patiënten reeds gebruikte geneesmiddelen, wat belangrijk kan zijn als vergoedingsvoorwaarde in hoofdstuk IV of bij voorschriften van opioïden.

Technisch Farmaceutische Raad

De DGEC nam deel aan 3 vergaderingen.

- ✦ Magistrale bereidingen

Activiteiten

De DGEC stelde een project voor dat aantoont dat de dosis van grondstoffen in de magistrale bereidingen niet altijd correct gecodeerd wordt. Dit is een aandachtspunt voor de apothekers.

IV. DIRECTIE INFORMATIE

De directie Informatie verzorgt zowel de interne communicatie als de externe informatieverstrekking.

a) Externe informatie

Via verschillende kanalen brengen we de zorgverleners op de hoogte van relevante reglementering. Ook geven we feedback over de resultaten van onze evaluatiestudies en nationale controleonderzoeken. Het is onze bedoeling de zorgverleners te informeren om inbreuken uit onwetendheid te voorkomen. Zo willen we een bijkomende positieve impact verwerven op het aanrekenen voorschrijfgedrag van zorgverleners en zorginstellingen.

I. Informatiebrochures

De informatiebrochures, uitgegeven onder de naam 'Infobox', geven een antwoord op essentiële juridische en administratieve vragen die zorgverleners, en in het bijzonder de starters, zich stellen in hun dagelijkse praktijk. Zo krijgen ze een overzicht van hun administratieve verplichtingen, zonder dat ze verschillende juridische bronnen moeten raadplegen.

Jaarlijks werken we enkele brochures bij (tabel 11). De brochures staan op de website van het RIZIV en de doelgroepen worden op de hoogte gebracht van de publicatie.

Tabel 11. Gepubliceerde brochures in 2019

2019	Brochure
januari	Juridisch vademecum
januari	Infobox huisartsen
september	Jaarverslag DGEC – over 2018
december	Opdrachten & procedures

II. Brievencampagnes

Via brievencampagnes verstrekt de DGEC informatie over specifieke aangelegenheden aan geselecteerde zorgverleners.

Meestal voeren we die campagnes op basis van een intern voorstel. Zo brengen we bepaalde groepen van zorgverleners op de hoogte van opvallende resultaten die het inspecterend personeel heeft vastgesteld bij een nationaal controleonderzoek of een evaluatiestudie. Dit is een rechtstreeks gevolg van de meer geïntegreerde samenwerking tussen de DGEC-directies. De brieven hebben vaak een informerende en sensibiliserende functie. Ze stimuleren de zorgverleners om hun gedrag aan te passen en waarschuwen soms ook voor mogelijke volgende controles.

Soms voeren we een brievencampagne op verzoek van één van onze partners in de GVV-verzekering. Dat gebeurt vaak in samenwerking met die partners. Zo kunnen we de doelgroep gericht samenstellen en onze boodschap nauwkeurig omschrijven.

In 2019 was de directie Informatie actief betrokken bij volgende brievencampagnes gericht aan:

- ✦ bandagisten en orthopedisten en aan de medisch directeurs van ziekenhuizen: over de voorwaarden bij aflevering van maatwerk aan de patiënt. Bij de aflevering van maatwerk aan de patiënt is de fysieke aanwezigheid van orthopedisten en bandagisten verplicht en deze moeten over het juiste competentieprofiel beschikken.
- ✦ radiologen in ziekenhuizen: over de correcte aanrekening van de RX arthrografie

- ✦ de orthopedisch chirurgen: over de doelmatigheid van arthroscopische kniechirurgie bij degeneratief knielijden en meniscusscheuren bij patiënten ouder dan 50 jaar. In deze sensibilisatiebrief vroegen we aandacht voor de recente klinische richtlijnen.
- ✦ de tandartsen die de grens van de P-waarden overschreden. In deze waarschuwingsbrief informeerden we de betrokken tandartsen over hun overschrijding van het toegelaten aantal P-waarden. We vroegen hun om het toegestane plafond niet meer te overschrijden.
- ✦ artsen-specialisten die verstrekkingen verrichten waarbij ze ioniserende straling gebruiken zonder evenwel te beschikken over de verplichte individuele gebruikersvergunning van het FANC.
- ✦ verpleegkundigen in de thuiszorg die in het eerste semester van 2018 meer dan 90.000 EUR aanrekenden. We informeerden hen over de reglementering en wonden informatie in over hun profiel en praktijkvoering. Na evaluatie van hun antwoorden namen we gerichte acties. Hierover leest u meer op p. 87.
- ✦ de ziekenhuizen die de laboratoriumbepalingen carboxy- en methemoglobine dagelijks aanrekenden op de afdeling intensieve zorg. We gaven de betrokken ziekenhuizen feedback over hun outlier-positie en vroegen hun dat ze deze testen enkel zouden aanrekenen wanneer dat medisch geïndiceerd is.
- ✦ de huisartsen: om hen te sensibiliseren over het belang van een goed ingevuld globaal medisch dossier. We deelden hun de resultaten mee van onze terreinanalyse waarmee we de kwaliteit van die dossiers evalueerden via een representatieve steekproef van 200 artsen.
- ✦ verpleegkundigen in de thuiszorg die ten onrechte zorgen aanrekenden als verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende waren, terwijl ze die hadden verleend in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats voor minder validen. We vroegen de verpleegkundigen om die verstrekkingen voortaan correct aan te rekenen en verwezen naar de toepasselijke reglementering.
- ✦ Belgische V.I. en verpleegkundigen in de thuiszorg: om te voorkomen dat de Belgische GVV-verzekering ten onrechte verpleegkundige zorgen zou vergoeden voor Franse patiënten met een beperking die in een gespecialiseerd opvangcentrum of in een medisch opvangcentrum zijn opgenomen. Die zorgen zijn al vergoed door het 'zorgforfait' dat Frankrijk toekent aan die instellingen.

III. Pers

De DGEC beantwoordt regelmatig vragen van journalisten over zijn acties, vastgestelde resultaten en voorgestelde maatregelen. Via de contacten met de algemene en de medische pers beogen we een duidelijke berichtgeving door de media. De gezondheidszorg en de verzekeringsreglementering zijn complexe onderwerpen. Een duidelijke berichtgeving daarover en over de DGEC-acties kan bijdragen tot een groter bewustzijn van de zorgverleners en de burgers over het belang van een correcte toepassing van de reglementering. Dat laatste is een noodzakelijke voorwaarde voor een blijvende toegankelijkheid van onze kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Als zorgen niet correct worden aangerekend, komt de financiële duurzaamheid van de GVV-verzekering in het gedrang.

In 2019 beantwoordden we vooral persvragen over het toenemende gebruik van opioïden in België, het gebruik van het globaal medisch dossier door huisartsen en de doelmatigheid van meniscectomie bij vijftigplussers met degeneratief knielijden.

Op 26 juni 2019 heeft de DGEC een persbericht gepubliceerd n.a.v. het jaarverslag over 2018. Dit gaf aanleiding tot vragen van journalisten over fraude door zorgverleners.

IV. Lezingen

De DGEC geeft regelmatig lezingen over de ziekteverzekering, de werking van de dienst en over specifieke actuele thema's. Onze doelgroepen zijn vooral opleidingsinstellingen, erkende beroepsfederaties, LOK-groepen, enz.

Onze sprekers benadrukken het belang van een correcte aanrekening van verstrekkingen voor de duurzaamheid van een toegankelijke en kwaliteitsvolle zorgverlening.

Ze verstrekken de zorgverleners relevante informatie over de reglementering die op hen van toepassing is. Aan de hand van praktische voorbeelden leggen ze de zorgverleners uit hoe zij inbreuken kunnen voorkomen, hoe een controleonderzoek verloopt en wat hun rechten en plichten zijn tijdens een terugvorderingsprocedure.

Tijdens de lezingen vernemen zorgverleners ook dat de DGEC naast controleonderzoeken ook preventieve acties onderneemt en hun aanrekeninggedrag analyseert. De sprekers illustreren hoe de DGEC een meersporenbeleid ontwikkelt met het oog op een optimale aanwending van de financiële middelen van de ziekteverzekering.

De mogelijkheid tot rechtstreekse dialoog tussen onze sprekers en de zorgverleners voorkomt heel wat misvattingen en bevordert een constructieve samenwerking.

In 2019 heeft de DGEC lezingen gegeven over o.a. volgende onderwerpen:

- ✦ de evolutie van het gebruik en mogelijk misbruik van opioïden in België
- ✦ de reglementering voor verpleegkundigen in de thuiszorg: art. 8 NGV, het verpleegkundig dossier enz.
- ✦ de werking van de DGEC, het verloop van controleonderzoeken en mogelijke inbreuken door tandartsen
- ✦ de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen: een oftalmologische inleiding
- ✦ How to make big healthcare data useful to detect wasted spending? Deze presentatie werd gegeven in het kader van EHFCN-activiteit.

b) Interne informatie

I. De personeelsleden van de DGEC informeren

De DGEC streeft naar meer impact op het voorschrijf- en aanrekeninggedrag van zorgverleners. Een toenemende samenwerking van de verschillende directies vanuit een weloverwogen strategie moet daartoe bijdragen. Dat impliceert meer intern overleg bij de bepaling van de prioriteiten en bij de beslissingen tot acties, maar ook tijdens de realisatie van de opdrachten. Kortom, kennisdeling wordt alsmaar belangrijker bij de DGEC.

Om alle personeelsleden goed op de hoogte te houden van de voortdurende ontwikkelingen, heeft de directie Informatie in 2019 een nieuwe SharePointtoepassing in gebruik genomen onder de veelzeggende benaming 'Synergie'. Deze toepassing geeft de personeelsleden toegang tot:

- ✦ personeelsmededelingen
- ✦ berichtgeving over de wijziging van wetgeving en reglementering
- ✦ beslissingen over nieuwe en lopende DGEC-acties
- ✦ rapporten over beëindigde controleonderzoeken en evaluatiestudies met bijhorende presentaties
- ✦ opleidingsmateriaal
- ✦ vaak gebruikte applicaties en templates

- ✦ elektronische nieuwsbrieven
- ✦ enz.

Aanvullend bij bovenstaande communicatiekanalen organiseert de directie Informatie ook informatiesessies in de centrale en provinciale kantoren. Tijdens die sessies krijgen de personeelsleden ruim de gelegenheid om zelf ook onderwerpen op de agenda te zetten en rechtstreeks met de leidinggevenden in dialoog te treden.

II. Begeleiding bij de redactie van studierapporten

Na een nationaal controleonderzoek of een evaluatiestudie is het belangrijk dat de bevindingen en eventuele gevolgen duidelijk gepubliceerd worden in een studierapport.

De directie Informatie begeleidt inspecteurs bij de redactie van die rapporten en bij de bijhorende presentaties om de impact van hun bevindingen te vergroten. De conclusies van de rapporten vormen vaak de aanzet tot:

- ✦ verbetering van de nomenclatuur of aanpassing van de reglementering
- ✦ sensibilisatie van de zorgverleners
- ✦ gerichte controleonderzoeken.

Het overzicht van alle rapporten waar de directie Informatie heeft aan meegewerkt vindt u vanaf p. 27 en 45.

V. DIRECTIE JURIDISCHE ZAKEN EN GESCHILLEN

De juridische directie van de DGEC werkt nauw samen met de overige directies. Ze heeft een divers takenpakket:

- ✦ advies geven;
- ✦ meewerken aan lopende onderzoeken;
- ✦ noodzakelijke voorstellen tot wetswijziging uitwerken;
- ✦ de procedurefase van concrete controleonderzoeken afhandelen.

Voor het jaar 2019 willen we onderstaande punten onder de aandacht brengen.

a) Opmvolging rechtspraak Raad van State en Grondwettelijk Hof

De juridische directie volgt steeds de rechtspraak op van de Raad van State over geschillen tussen zorgverleners en de DGEC. Daaruit bleek in 2019 onder meer dat de vaststaande rechtspraak van de Raad van State bevestigd werd. De Raad van State herhaalde namelijk dat de Kamer van beroep de waarborgen van onafhankelijkheid en onpartijdigheid biedt overeenkomstig artikel 6 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).¹⁴

Het Grondwettelijk Hof bevestigde dat de samenstelling van de Kamers van beroep voldoet aan de vereisten van onafhankelijkheid en onpartijdigheid.¹⁵ Het Grondwettelijk Hof onderzocht de interpretatie van de zorgverlener dat de twee artsen die met raadgevende stem in de Kamer van beroep zetelen, als “vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen” moeten worden beschouwd. De adviserend artsen die in de Kamer van beroep zetelen, behandelen de dossiers enkel op grond van de elementen van de dossiers en krijgen geen instructies van de verzekeringsinstellingen waar zij werken als adviserend arts volgens het Grondwettelijk Hof. De verzekeringsinstellingen beperken zich ertoe kandidaten-artsen voor te dragen voor de dubbele lijst waaruit de Koning de artsen benoemt die zullen zetelen in de Kamers van beroep.

b) Artikel 77sexies GvU-wet

Artikel 77sexies van de GvU-wet is gewijzigd.¹⁶ Daardoor werden de Kamers van eerste aanleg bevoegd voor de behandeling van beroepen tegen de beslissing van de Leidend ambtenaar in het kader van artikel 77sexies GvU-wet. Dit betekent ook dat de juridische directie deze geschillen volledig zelf kan beheren en zich hierbij niet langer door een advocaat moet laten vertegenwoordigen voor de Arbeidsrechtbank.

c) Opmvolging procedurefase

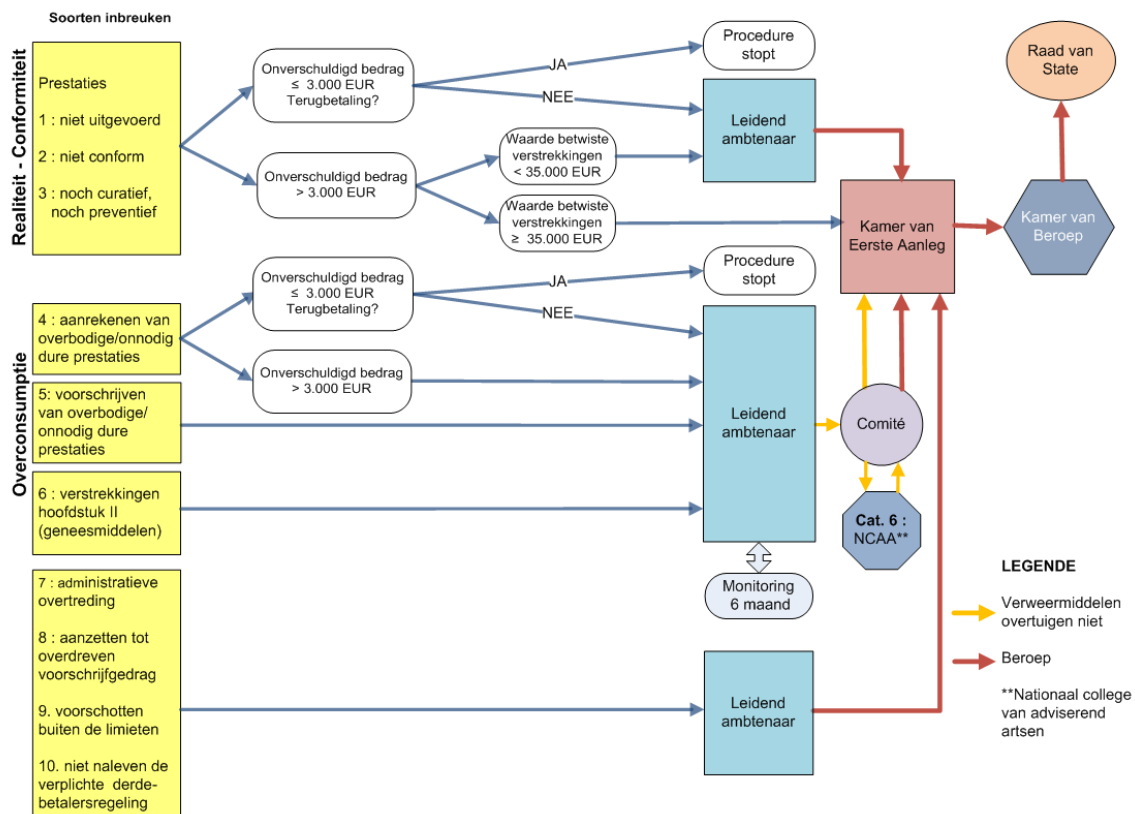
De juridische directie is mee verantwoordelijk voor de afhandeling van de procedurefase van de controleonderzoeken. Dat houdt onder meer in dat de juristen, in samenspraak met de sociaal inspecteurs, de conclusies opstellen die in naam van de DGEC neergelegd worden bij de griffie van de administratieve rechtscolleges. Een ander gevolg daarvan is dat de DGEC voor de Kamers van eerste aanleg en van beroep in principe vertegenwoordigd zal worden door een jurist en een sociaal inspecteur.

¹⁴ RvS (7e k.) 9 mei 2019, nr. 244.420; RvS (7e k.) 8 juli 2019, nr. 245.104.

¹⁵ GwH 31 januari 2019, arrest nr. 15/2019, rolnummers 6777 en 6778.

¹⁶ Artikel 6 van de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid van 30 oktober 2018, BS 16 november 2018.

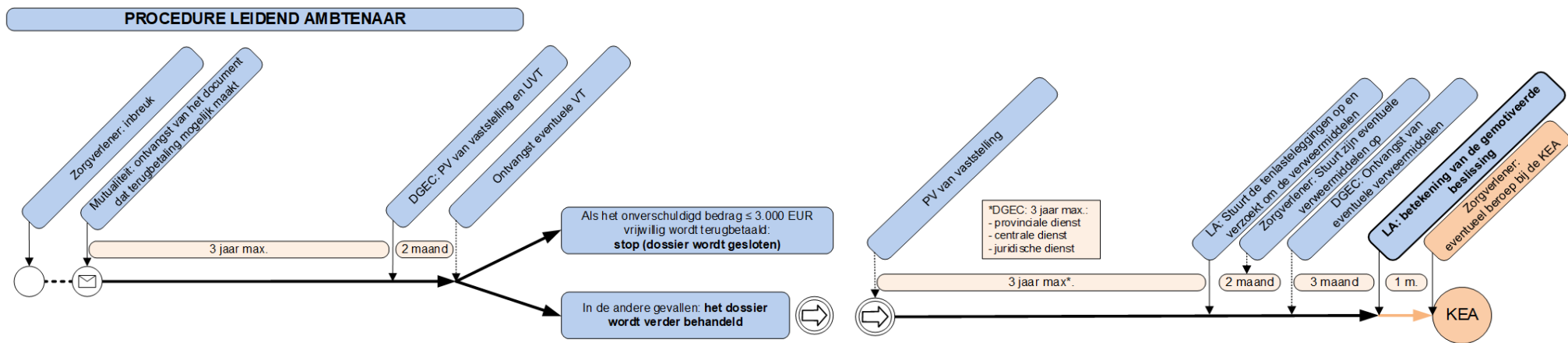
De controleonderzoeken die afgesloten zijn als “Vaststelling met procedure DGEC” (zoals bedoeld in tabel 2), worden ingeleid bij het bevoegde orgaan. Welk orgaan dit is en welk traject precies gevolgd moet worden, hangt af van de vastgestelde inbreuk(en). Figuur 12 geeft de mogelijke trajecten schematisch weer.



Figuur 12. Administratieve procedures in functie van soorten inbreuken

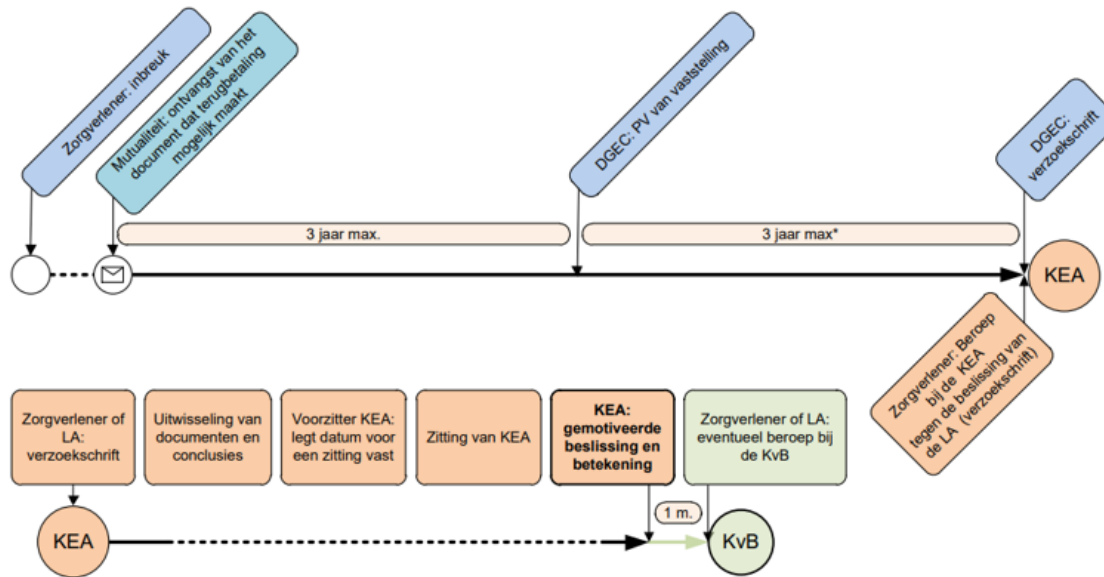
Het type inbreuk bepaalt welke administratieve procedure moet worden gevolgd. Onder **waarde van de betwiste verstrekking** verstaan we het bedrag van ten onrechte aangerekende verstrekkingen dat de zorgverlener nog niet heeft terugbetaald op het moment dat de procedure opgestart wordt.

Als het **onverschuldigde bedrag** lager is dan of gelijk aan 3.000 EUR, en na de gehele terugbetaling binnen de twee maanden vanaf de dag van de betekening van het proces-verbaal van vaststelling, dooft de administratiefrechtelijke vervolging uit en wordt het dossier afgesloten. De verschillende organen en beslissingen stellen we in onderstaande tijdschema's voor.



Figuur 13. Procedure Leidend ambtenaar

PROCEDURE KAMER VAN EERSTE AANLEG



Figuur 14. Procedure Kamer van eerste aanleg

PROCEDURE KAMER VAN BEROEP



Figuur 15. Procedure Kamer van beroep

I. Actieve beheersorganen

Beslissingen van het DGEC-Comité

De controleonderzoeken die aanwijzingen bevatten van overconsumptie¹⁷ worden voorgelegd aan het DGEC-Comité, opdat het zou beslissen om ofwel:

- ✦ ze zonder gevolg af te sluiten;
- ✦ ze met een waarschuwing af te sluiten;
- ✦ de Leidend ambtenaar op te dragen ze in te leiden bij de Kamer van eerste aanleg.

Aantal zittingen: 4

Gevallen van overconsumptie: 1

Beslissingen van de Leidend ambtenaar van de DGEC

De Leidend ambtenaar is onder meer bevoegd, wanneer de betrokken zorgverlener verstrekkingen heeft aangerekend die hij niet of niet conform de regelgeving heeft uitgevoerd en de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 EUR.¹⁸

De Leidend ambtenaar kan, afhankelijk van het geval, de terugbetaling bevelen van de onterechte aanrekeningen aan de ziekteverzekering en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

In tabel 12 staan de gegevens over de beslissingen die de Leidend ambtenaar in 2019 heeft genomen. Sommige van deze beslissingen hebben betrekking op controleonderzoeken die eerder al werden afgesloten.

Het is uiteraard niet uitgesloten dat er hoger beroep wordt aangetekend tegen sommige van die beslissingen.

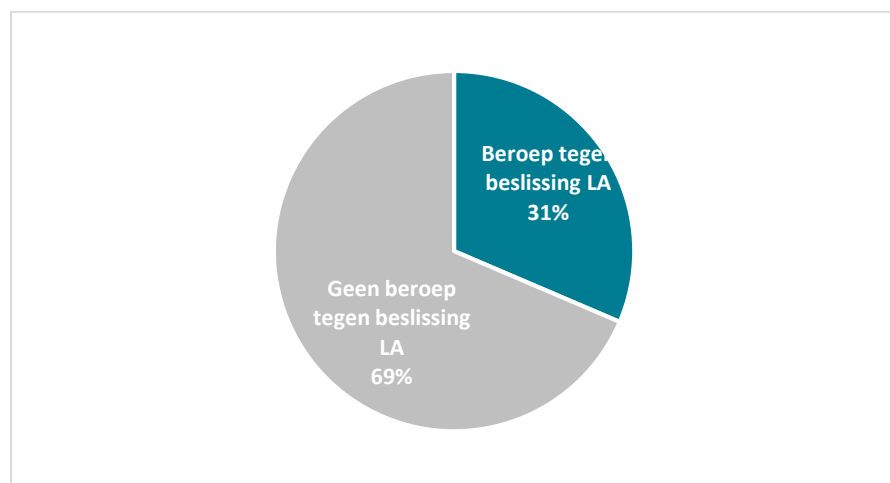
Figuur 16 geeft weer tegen hoeveel beslissingen van de Leidend ambtenaar er hoger beroep werd ingesteld door de betrokken zorgverlener.

¹⁷ Geneeskundige verstrekkingen die overbodig of onnodig duur zijn uitvoeren of voorschrijven, zoals bedoeld in artikel 73bis, 4° en 5° GVVU-wet.

¹⁸ Artikel 73bis, 1° en 2° en artikel 143, § 1, 1° GVVU-wet. Daarnaast is de Leidend ambtenaar bevoegd wanneer de zorgverlener niet-preventieve, niet-curatieve verstrekkingen heeft aangerekend aan de ziekteverzekering, op voorwaarde dat de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 EUR (artikelen 73bis, 3° en 143, § 1, 1° GVVU-wet), wanneer de zorgverlener onregelmatige documenten heeft opgesteld zonder dat de vergoedingsvoorwaarden in het gedrang komen (artikelen 73bis, 7° en 143, § 1, 2° GVVU-wet), wanneer de zorgverlener een andere zorgverlener er toe heeft aangezet overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven of uit te voeren (artikelen 73bis, 8° en 143, § 1, 2° GVVU-wet, wanneer zorgverleners voorschotten ontvangen buiten de in artikel 53, § 1/1 bedoelde grenzen (artikelen 73bis, 9° en 143, § 1, 2° GVVU-wet) en wanneer de zorgverlener de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling niet naleeft (artikelen 73bis, 10° en 143, § 1, 2° GVVU-wet).

Tabel 12. Beslissingen genomen door de Leidend ambtenaar in 2019

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen				Bedragen	
				Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Herroeping van het uitstel toegestaan in een vorig dossier	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
				1	2	3		4	5
Aantal	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
Artsen-specialisten	2	€ 57.517,07	€ 57.517,07	€ 57.517,07	€ 22.905,53	€ 34.611,54	€ -	€ 22.905,53	€ 80.422,60
Apothekers	2	€ 62.163,75	€ 62.163,75	€ 62.163,75	€ 83.390,18	€ -	€ -	€ 55.582,17	€ 117.745,92
Tandartsen	8	€ 348.781,94	€ 309.466,72	€ 311.412,86	€ 541.063,10	€ 25.474,47	€ -	€ 23.867,58	€ 333.334,30
Verpleegkundigen	20	€ 348.248,35	€ 178.169,59	€ 348.248,35	€ 143.202,84	€ 166.075,26	€ -	€ 50.686,66	€ 228.856,25
Kinesitherapeuten	2	€ 45.949,30	€ 45.949,21	€ 45.949,30	€ 8.490,82	€ 8.490,82	€ -	€ 3.600,00	€ 49.549,21
Orthopedisten	1	€ 7.240,67	€ 6.240,67	€ 7.240,67	€ 7.240,67	€ -	€ -	€ 8.240,67	€ 14.481,34
TOTAAL	35	€ 869.901,08	€ 659.507,01	€ 832.532,00	€ 806.293,14	€ 234.652,09	€ -	€ 164.882,61	€ 824.389,62



Figuur 16. Aandeel beslissingen LA waartegen beroep

II. Administratieve rechtscolleges

Beslissingen van de Kamers van eerste aanleg

De Kamers van eerste aanleg zijn administratieve rechtscolleges.¹⁹ Ze bestaan uit een Kamer die alle zaken beoordeelt die in het Nederlands moeten worden behandeld en een Kamer die de zaken beoordeelt die in het Frans en in het Duits moeten worden behandeld.²⁰

De Kamers van eerste aanleg zijn samengesteld uit een stemgerechtigde voorzitter, die een magistraat (of op rust gestelde magistraat) is, en vier stemgerechtigde leden, waarvan twee leden, artsen, op voordracht van de V.I. en twee leden op voordracht van de beroepsgroep van de betrokken zorgverlener.²¹ De leden zetelen steeds in eigen naam, niet als afgevaardigde van de organisatie die hen heeft voorgedragen. Zij oordelen dus vrij en naar eigen goeddunken en hebben geen instructies te ontvangen van de V.I. of beroepsgroep die hen heeft voorgedragen.²²

De Kamers van eerste aanleg kunnen zowel uitspraak doen in graad van beroep als in eerste aanleg. In graad van beroep oordelen de Kamers van eerste aanleg over de beroepen tegen de beslissingen van de Leidend ambtenaar.²³ In eerste aanleg oordelen zij over de vaststellingen ten laste van zorgverleners die onterecht verstrekkingen hebben aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering, wanneer deze niet tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar behoren. De Kamers van eerste aanleg zijn onder meer bevoegd, wanneer de betrokken zorgverlener verstrekkingen heeft aangerekend die hij niet of niet conform de regelgeving heeft uitgevoerd, wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 EUR.²⁴

Net als de Leidend ambtenaar, kunnen de Kamers van eerste aanleg, afhankelijk van het geval, de terugbetaling bevelen van de onterechte aanrekeningen aan de ziekteverzekering en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

In tabel 13 vindt u de gegevens over alle beslissingen die de Kamers van eerste aanleg in 2019 hebben genomen. Tabel 14 en 15 splitsen die beslissingen vervolgens op in de beslissingen die de Kamers van eerste aanleg genomen hebben in graad van beroep (tabel 14) en de beslissingen die ze genomen hebben in eerste aanleg (tabel 15).

Figuur 17 geeft aan tegen hoeveel beslissingen van de Kamer van eerste aanleg er hoger beroep werd ingesteld.

¹⁹ Artikel 144, § 1 Gvu-wet.

²⁰ Artikel 145, § 1 Gvu-wet.

²¹ Artikel 145, § 1, tweede lid Gvu-wet.

²² RvS (7e k). 29 januari 2018, nr. 240.601; RvS (7e k.) 18 oktober 2018, nr. 242.690.

²³ Artikel 144, § 2, 2° Gvu-wet. De Kamers van eerste aanleg doen in graad van beroep eveneens uitspraak in de (zeldzame) gevallen waarin de Leidend ambtenaar beroep aantekent tegen een beslissing van het DGEC-Comité om een controleonderzoek af te sluiten zonder gevolg of met een waarschuwing.

²⁴ Artikel 73bis, 1° en 2° en artikel 144, § 2, 1° Gvu-wet. Daarnaast zijn de Kamers van eerste aanleg bevoegd wanneer de zorgverlener niet-preventieve, niet-curatieve verstrekkingen heeft aangerekend aan de ziekteverzekering, wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen hoger is dan 35.000 EUR (artikelen 73bis, 3° en 144, § 2, 1° Gvu-wet), wanneer de zorgverlener verstrekkingen heeft uitgevoerd of voorgeschreven die overbodig of onnodig duur zijn (artikelen 73bis, 4° en 5° en 144, § 2, 1° Gvu-wet) en wanneer de zorgverlener geneesmiddelen heeft voorgeschreven boven bepaalde drempels (artikelen 73bis, 6° en 144, § 2, 1° Gvu-wet).

Tabel 13. Beslissingen in KEA in 2019

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Beslissingen				Bedragen	
				Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Herroeping van het uitstel toegestaan in een vorig dossier	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
				1	2	3		4	5
Aantal	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
Artsen-specialisten	14	€ 1.361.298,05	€ 315.585,31	€ 841.166,72	€ 1.034.458,35	€ 75.950,27	€ -	€ -110.231,61	€ 205.353,70
Apothekers	2	€ 60.660,16	€ 5.922,76	€ 31.934,80	€ -	€ 7.983,70	€ -	€ 26.012,04	€ 31.934,80
Tandartsen	1	€ 94.331,24	€ -	€ 94.331,24	€ 1.500,00	€ -	€ -	€ 95.831,24	€ 95.831,24
Logopedisten	1	€ 18.043,78	€ 211,72	€ 10.799,80	€ 823,70	€ 7.874,93	€ -	€ 3.850,00	€ 4.061,72
Verpleegkundigen	19	€ 1.136.602,30	€ 105.748,99	€ 840.388,62	€ 691.277,17	€ 310.700,97	€ 79.792,23	€ 266.687,78	€ 372.436,77
Kinesitherapeuten	1	€ 38.369,41	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	1	€ 122.357,60	€ 122.357,60	€ 122.357,60	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 122.357,60
TOTAAL	39	€ 2.831.662,54	€ 549.826,38	€ 1.940.978,78	€ 1.728.059,22	€ 402.509,87	€ 79.792,23	€ 282.149,45	€ 831.975,83



Figuur 17. Aandeel beslissingen KEA waartegen beroep

Tabel 14. Beslissingen van de KEA in 2019, als beroepsinstantie

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Herroeping van het uitstel toegestaan in een vorig dossier
Artsen-specialisten	8	€ 239.561,85	€ 266.156,30	€ 123.798,89	€ 32.550,12	€ 75.950,27	€ -
Apothekers	2	€ 60.660,16	€ 5.922,76	€ 31.934,80	€ -	€ 7.983,70	€ -
Logopedisten	1	€ 18.043,78	€ 211,72	€ 10.799,80	€ 823,70	€ 7.874,93	€ -
Verpleegkundigen	8	€ 150.141,69	€ 21.927,63	€ 145.468,90	€ 64.305,52	€ 62.001,14	€ 15.928,51
TOTAAL	19	€ 468.407,48	€ 294.218,41	€ 312.002,39	€ 97.679,34	€ 153.810,04	€ 15.928,51

Tabel 15. Beslissingen van de KEA in 2019 in eerste aanleg

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)	Effectieve boetes	Boetes met uitstel	Herroeping van het uitstel toegestaan in een vorig dossier
Artsen-specialisten	6	€ 1.121.736,20	€ 49.429,01	€ 717.367,83	€ 1.001.908,23	€ -	€ -
Verpleegkundigen	11	€ 986.460,61	€ 83.821,36	€ 694.919,72	€ 626.971,65	€ 248.699,83	€ 63.863,72
Tandartsen	1	€ 94.331,24	€ -	€ 94.331,24	€ 1.500,00	€ -	€ -
Kinesitherapeuten	1	€ 38.369,41	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	1	€ 122.357,60	€ 122.357,60	€ 122.357,60	€ -	€ -	€ -
TOTAAL	20	€ 2.363.255,06	€ 255.607,97	€ 1.628.976,39	€ 1.630.379,88	€ 248.699,83	€ 63.863,72

Beslissingen van de Kamers van beroep

Net als de Kamers van eerste aanleg, zijn de Kamers van beroep administratieve rechtscolleges, die bestaan uit een Kamer die alle zaken beoordeelt die in het Nederlands moeten worden behandeld en een Kamer die de zaken beoordeelt die in het Frans en in het Duits moeten worden behandeld.²⁵ Hun samenstelling is identiek aan die van de Kamers van eerste aanleg, met dit verschil dat enkel de voorzitter stemgerechtigd is. De andere leden hebben een adviserende stem.²⁶

De Kamers van beroep oordelen in graad van beroep over de beroepen die worden ingesteld tegen de beslissingen van de Kamer van eerste aanleg.²⁷

In tabel 16 vindt u de gegevens over de beslissingen die de Kamer van beroep in 2019 heeft genomen.

Het is uiteraard niet uitgesloten dat er bij de Raad van State cassatieberoep wordt aangetekend tegen sommige van die beslissingen.

²⁵ Artikel 145, § 1 GVVU-wet.

²⁶ Artikel 145, § 1, derde lid GVVU-wet.

²⁷ Artikel 144, § 3, 1° GVVU-wet. De Kamers van beroep doen eveneens uitspraak in de (zeldzame) beroepen tegen beslissingen van het DGEC-Comité in tuchtzaken (artikel 144, § 3, 2° GVVU-wet).

Tabel 16. Beslissingen van de Kamers van beroep in 2019

Bevoegdheid van de zorgverlener	Beslissingen in KvB		Onverschuldigd bedrag	Vrijwillige terugbetalingen voor de beslissing	Uitgesproken terugbetalingen (omvatten de vrijwillige terugbetalingen)				Herroeping van het uitstel toegestaan in een vorig dossier	Betaald in uitvoering van de beslissing	Totaal betaald
	Aantal	%			EUR	1	2	3			
				EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Huisartsen	1	4 %	€ -	€ -	€ -	€ 15.000,00	€ 35.000,00	€ -	€ -	€ -	
Artsen-specialisten	5	19 %	€ 903.596,27	€ 11.106,85	€ 276.312,31	€ 1.942,60	€ -	€ -	€ 8.257,72	€ 19.364,57	
Apothekers	1	4 %	€ 7.194,04	€ 7.194,04	€ 7.194,04	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 7.194,04	
Tandartsen	3	12 %	€ 825.143,33	€ 286,19	€ 107.509,79	€ 107.509,79	€ 53.754,90	€ -	€ -	€ 286,19	
Verpleegkundigen	12	46 %	€ 666.425,66	€ 90.216,65	€ 555.628,15	€ 578.110,18	€ 182.949,63	€ -	€ 201.698,78	€ 291.915,43	
Orthopedisten prothesisten	3	12 %	€ 564.736,20	€ -	€ 223.757,83	€ -	€ -	€ -	€ 223.757,83	€ 223.757,83	
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	1	4 %	€ 230.544,29	€ 29.193,64	€ 136.916,10	€ -	€ -	€ -	€ 107.722,46	€ 136.916,10	
TOTAAL	26	100 %	€ 3.197.639,79	€ 137.997,37	€ 1.307.318,22	€ 702.562,57	€ 271.704,53	€ -	€ 541.436,79	€ 679.434,16	

VI. SAMENWERKINGEN MET ANDERE DIENSTEN EN ORGANISATIES

a) Internationale aangelegenheden

De **Cel Internationale Aangelegenheden** heeft als doel de internationale opdrachten en onderwerpen te introduceren en te verankeren binnen de werking van de DGEC. Daarnaast deelt de cel de kennis (procedures, processen, ervaringen, enz.) van de DGEC met externe partners en organisaties, als input voor de door hen te ontwikkelen aanpak. Hierdoor wil de cel ertoe bijdragen dat de beslissingen bij de aanwending van de middelen van het Belgisch zorgstelsel, worden uitgevoerd volgens de nationale en internationale reglementering.

In 2019 voerde de Cel Internationale Aangelegenheden onder meer volgende opdrachten uit:

1. De cel is sinds 2005 verantwoordelijk voor het **financieel beheer en management** van het **European Healthcare Fraud & Corruption Network** (EHFCN). Ze vertegenwoordigt het netwerk bij binnenlandse en buitenlandse partners in een Europese en internationale context²⁸. Ook in 2019 verzorgde de cel de dagelijkse werking van het EHFCN (financiën, dagelijks beheer en organisatie en opvolging van de beslissingen genomen tijdens de vergaderingen van de Raad van Bestuur van EHFCN).
2. De cel treedt op als **vertegenwoordiger van het RIZIV** bij overleg en onderhandelt met externe partners en organisaties in projectmatige samenwerking. Zo verzorgde de cel in 2019 de **verdere aansturing** van het **Benelux project 'CERBEUROS'** over **grensoverschrijdende fraude in de gezondheidszorg** in samenwerking met het Secretariaat-Generaal van de Benelux Unie.

Dit Beneluxproject is onderdeel van het Meerjarenplan 2017-2020 van de Benelux²⁹ en wordt uitgevoerd in samenwerking met EHFCN. Het CERBEUROS-project startte in 2017. De vertegenwoordigers van de drie landen ondertekenden een intentieverklaring waarbij zij zich engageerden om de grensoverschrijdende fraude in de gezondheidszorg preventief en effectief samen aan te pakken. De klemtoon ligt op drie domeinen:

- ✦ informatie uitwisselen over gesanctioneerde zorgverleners die een beroepserkenning in een andere lidstaat aanvragen
- ✦ het misbruik van de Europese Ziekteverzekeringskaart bij het verstrekken van zorgen in een andere lidstaat
- ✦ de mogelijke aantasting door fraude van de financiële stromen tussen de Benelux-landen in het kader van de patiëntenmobiliteit.

Voor elk van deze domeinen wordt een project uitgewerkt met volgende opdracht: een gericht onderzoek ter zake opzetten, een wettelijke omkadering alsook een netwerkplatform voor informatie-uitwisseling opzetten en gebruiken.

In 2019 vonden een vergadering plaats van de Technische Werkgroepen en een vergadering Strategisch Overleg 'Grensoverschrijdende fraude in de gezondheidszorg'. Hierbij werd de voortgang in de drie deelprojecten voorgelegd aan de hoge vertegenwoordigers van de drie landen die de intentieverklaring hadden ondertekend.

²⁸ Internationale partners: International Social Security Association (ISSA), Global Healthcare Anti-Fraud Network (GHCAN), World Health Organisation (WHO) en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO).

²⁹ Gemeenschappelijk Werkprogramma | 2017-2020, <http://www.benelux.int/nl/publicaties/publicaties-overzicht/gemeenschappelijk-werkprogrammameenschappelijk-werkprogramma-2017-2020>.

In 2019 werden de volgende vergaderingen en overlegmeetings georganiseerd op het Secretariaat-Generaal van de Benelux Unie:

- ✦ voorbereidende vergaderingen op 28 januari en 21 oktober 2019 om geïdentificeerde pistes uit te werken.
- ✦ de vergadering van de twee Technische Werkgroepen (IMI en EHIC/Financial Fluxes) vond plaats op 5 november 2019. Die werkgroepen wisselden informatie uit over de studie en haalbaarheid van een « white alert » in de Benelux. Ook werd de typologie van de inbreuken (cfr. EHFCN Waste Typology Matrix) uiteengezet. De werkgroepen wisselden expertise uit over het juridische kader van de controle van de zorgverleners (goede praktijken) tussen de drie landen en indicatoren.

3. De cel **organiseert bilaterale vergaderingen, workshops en conferenties** in een internationale context om kennisdeling en overleg te bevorderen. In 2019 organiseerde de cel:

- ✦ het bilateraal overleg RIZIV-CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Frankrijk). Dat vond plaats op 24 januari 2019 in het RIZIV. Hierbij werden goede werkpraktijken uitgewisseld en SPOCS in beide organisaties aangesteld.
- ✦ het 10^{de} Open House. Dit is een intern evenement waarbij een lid van het EHFCN zijn organisatie opent voor EHFCN-leden en potentiële nieuwe leden. Het vond plaats op 13 en 14 juni 2019 bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), met als thema “*innovative healthcare supervision*”.

Hieraan namen 75 deelnemers uit vijftien landen deel (Australië, België, Frankrijk, Duitsland, Griekenland, Italië, Luxemburg, Noorwegen, Polen, Portugal, Servië, Slovenië, Turkije, Nederland en UK) alsook vertegenwoordigers van de Europese Commissie.

- ✦ de dertiende EHFCN Internationale conferentie. Deze vond op 18 en 19 november 2019 plaats in Berlijn bij GKV-Spitzenverband (Nationale vereniging van ziekenfondsen) met als thema: “*Bytes without borders: preventing and countering healthcare fraud and corruption in the digital age*”. Op een interactieve wijze werd expertise gedeeld over de preventie en de bestrijding van fraude, corruptie en verspilling in de gezondheidszorg in het digitale tijdperk.

Aan deze conferentie namen 160 deelnemers uit 20 landen deel (Australië, België, Cyprus, Frankrijk, Duitsland, Griekenland, Indonesië, Italië, Litouwen, Luxemburg, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Oekraïne, Nederland, Verenigd Koninkrijk, USA en Zwitserland).

Tevens werd zeer nuttige expertise gedeeld door

- ✦ de DGEC (Philip Tavernier en Nick Deswaef)
- ✦ vertegenwoordigers van de Europese Commissie
- ✦ de International Social Security Association (ISSA)
- ✦ de World Health Organisation (WHO)
- ✦ de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO).

- ✦ De cel nam actief deel – als lid van het Nationaal Organisatiecomité (NOC) – aan de organisatie van het ISSA World Social Security Forum 2019 met als thema ‘*Protecting people in a changing world*’. Dit forum is een wereldtop sociale zekerheid die in Brussel werd gehouden van 14 t.e.m. 18 oktober 2019, gehost door de Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid, met meer dan 1300 deelnemers uit 160 landen.

Een hele eer voor België, dat ver buiten zijn landsgrenzen geroemd wordt om zijn socialezekerheidsstelsel.

Op het forum werden goede praktijken gedeeld en discussies op wereldniveau gevoerd. In tijden van snelle technologische, demografische en economische veranderingen is een innoverende aanpak nodig. De Cel nam tevens deel als spreker tijdens dit forum en deelde expertise over het onderwerp “Error, evasion and fraud”.

4. De cel legt zich toe op het **verzamelen van expertise en goede praktijken** van Europese en internationale partners en het **produceren van aanbevelingen**.
- ✦ In 2019 voerde het EHFCN een studieopdracht uit voor de OESO. Deze studie volgde op een background paper over *General risks and vulnerabilities of corruption within public health care services at local level*, gebaseerd op de verzameling en bundeling van 20 goede werkpraktijken van Europese en internationale partners in de context van het “*MENA-OECD Governance Programme*”³⁰. In juni 2019 werden hiervoor aanbevelingen geschreven.
 - ✦ In 2019 werd door EHFCN met een groep interne en externe experts het project ‘*EHFCN Project on Promoting Integrity in the Healthcare Sector*’ opgestart, dat bestaat uit twee deelprojecten:
 - ✧ het uitwerken van ‘*Guidelines on Promoting Integrity in the Health Sector*’ waarvan de voortgang en werkzaamheden tijdens de EHFCN-events in juni (Open House in Nederland) en november (internationale conferentie in Berlijn) werden goedgekeurd door de leden van het EHFCN;
 - ✧ een gedetailleerde studie over ‘*Conflicts of interest in the health sector*’ in samenwerking met de OESO. Dit project werd goedgekeurd eind 2019 en start op 1 januari 2020.

b) Audit ziekenhuizen

Het RIZIV (de DGEC), de FOD VVVL en het FAGG hebben hun krachten gebundeld met de oprichting van de Eenheid **Audit Ziekenhuizen**.

Deze Eenheid licht de ziekenhuizen door met het oog op:

- ✦ de verbetering van de kwaliteit en de efficiëntie van de zorgverlening aan de burger
- ✦ de optimalisering van de besteding van de overheidsmiddelen.

Deze opdracht werd opnieuw opgenomen in het ‘Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020’ (zie p.18). (Het stond al in het vorige Actieplan van 2016-2017.)

De **drie administraties** brengen hun federale bevoegdheden samen. In een context van efficiënter, eenvoudiger en transparanter toezicht op de ziekenhuizen door de betrokken administraties, gebruikt deze cel auditmethoden zoals data-analyse en terreinbevragingen om thematische audits in de ziekenhuissector uit te voeren. De administraties bundelen hun expertise en databestanden en koppelen voor alle ziekenhuizen de diagnose- en behandelingsgegevens aan de facturatiegegevens.

De Eenheid evalueert in elk onderzoek zowel de conformiteit aan de normen en regels van deze administraties (bv. nomenclatuur, ICD-10-BE, enz.) als de doelmatigheid van de geleverde zorg.

De audits nodigen uit tot **verbetertrajecten** op het niveau van de ziekenhuizen en de zorgverleners met de nadruk op het opvolgingsproces, waarbij feedback geven, toelichting vragen, verbeterinitiatieven aanmoedigen en monitoring centraal staan. De audits beogen een toekomstgerichte bijsturing van de zorgverlening, eerder dan een sanctionering.

Daartoe wordt een wettelijk kader ontwikkeld waardoor de auditoren van de verschillende administraties binnen elkaars bevoegdheden kunnen auditen.

³⁰ In het “*MENA-OECD Governance Programme*” ondersteunt de OESO het strategisch partnerschap tussen MENA (*Middle East and North Africa*, Midden-Oosten en Noord-Afrika) en de OESO in het uitwisselen van kennis en expertise, meer specifiek in het kader van de strijd tegen fraude en corruptie.

De Eenheid heeft haar Proof of Concept of pilootproject over **bariatrische heekunde** afgewerkt in 2019. Dit wordt ook vermeld op p. 50 van dit jaarverslag. Het pilootproject bracht o.a. volgende punten aan het licht:

- ✦ Een goed gecoördineerd transmuraal multidisciplinair (o.a. Huisarts) zorgpad voor obesitas is wenselijk, met longitudinale opvolging van de patiënt.
- ✦ Een standaardisering van het uit te voeren pre- en postoperatieve bilan dringt zich op.
- ✦ De NGV dient te worden aangepast aan de huidige situatie (nieuwe technieken, obsoleete technieken, heringrepen, ...).
- ✦ De regelgeving is ontoereikend; de wetgeving leidt tot een lagere kwaliteit van gezondheidsprocessen, misuse en overuse.
- ✦ Het register, zoals nu omschreven in de NGV, is obsoleet. Er moet een elektronisch nationaal register worden ontwikkeld dat gevoed wordt vanuit het Elektronisch PatiëntenDossier (EPD).
- ✦ Het stimuleren van patiëntenresponsabilisering en –participatie. Momenteel wordt belangrijke zorg bij obesitas niet terugbetaald (diëtist, vitaminen,...). Men zou de terugbetaling kunnen laten afhangen van de mate waarin de patiënt volhardt in zijn traject.
- ✦ Er is nood aan incentives voor de ziekenhuizen die zelf reeds best practices ontwikkeld hebben.

De Eenheid staat open voor elke samenwerking die bijdraagt tot de realisatie van de besluiten uit het pilootproject bariatrische heekunde.

c) Samenwerking met het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC)

Medio 2016 startte het samenwerkingsverband Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC) — RIZIV een sensibiliseringscampagne voor arts-specialisten die verstrekkingen verrichten waarbij ze ioniserende straling gebruiken. De arts mag die enkel verrichten als hij een individuele gebruikersvergunning van het FANC heeft.

Gespreid over zes golven, hebben we in de periode 2016 — 2019 een sensibiliseringsbrief gestuurd naar 865 artsen die geen gebruikersvergunning hadden en toch dergelijke verstrekkingen aanrekenden.

Momenteel vindt een impactmeting plaats bij de eerste groepen artsen die we hadden aangeschreven.

Reglementering

Volgens de reglementering van het FANC, moet een arts die verstrekkingen verricht met gebruik van ioniserende straling een gebruikersvergunning bezitten. De arts moet de gebruikersvergunning aanvragen bij het FANC. Een eerste aanvraag bestaat uit de inlevering van het opleidingscertificaat stralingsbescherming samen met een ingevuld inlichtingenformulier. Een verlenging vereist dat de arts tijdens de initiële geldigheidsduur van de gebruikersvergunning (tien jaar) voldoende permanente vorming heeft gevolgd.

Volgens de RIZIV-reglementering is het bezit van de gebruikersvergunning een terugbetalingsvoorwaarde voor verstrekkingen waarbij gebruik gemaakt wordt van ioniserende straling.

Inhoud van de brief

De bedoeling is om een sensibiliseringsbrief te sturen naar alle artsen die verstrekkingen aanrekenen waarbij ze gebruik maken van ioniserende stralen en die geen gebruikersvergunning hebben.

In deze brief benadrukken we de verplichting voor de arts om een gebruikersvergunning te bezitten zodra hij verstrekkingen aanrekenen waarbij hij gebruik maakt van ioniserende stralen. Ook geven we hierbij enige duiding. Zo heeft de FANC-regelgeving deze verplichting ingeschreven op basis van een bezorgdheid over de volksgezondheid. De RIZIV-reglementering bepaalt dat het bezit van de gebruikersvergunning een terugbetalingsvoorwaarde is voor een prestatie waarbij men gebruik maakt van ioniserende stralen.

Verder geeft een eenvoudig schema in de brief duidelijk aan welke stappen de arts moet ondernemen om een gebruikersvergunning te bekomen. Elke arts krijgt hiervoor één jaar de tijd met uitzondering van de radioloog. Gezien zijn bekwaming wordt deze geacht al in het bezit te zijn van het opleidingscertificaat stralingsbescherming. Enkele maanden volstaan dus om de administratieve procedure bij het FANC te doorlopen.

Omdat de universiteiten jaarlijks slechts circa 200 artsen toelaten tot deze specifieke opleiding stralingsbescherming, waren wij genoodzaakt om de benadering van de artsen te faseren en te beperken tot circa 200 per kalenderjaar.

De volgorde van benadering gebeurde op basis van de inschatting van het risico op gezondheidsschade door blootstelling aan ioniserende stralen, per specialisme. Hierbij hielden we rekening met verschillende parameters (gemiddelde stralingsdosis per onderzoek, veelvuldig gebruik van radioscopie etc.) Eerst stuurden we een brief naar de cardiologen, daarna naar de pediaters, de radiologen, de vasculair chirurgen en de orthopedisch chirurgen. Specialismen die op termijn aan bod zullen komen, zijn de urologen, de neurochirurgen en de abdominale chirurgen.

Resultaat en volgende stappen

In de eerste plaats doen we een impactmeting. Hierbij gaan we na in welke mate de verzending van de sensibiliseringsbrief ertoe heeft geleid dat de arts een gebruikersvergunning heeft bekomen. Dit geeft ons een idee van de effectiviteit van ons handelen.

Op dit moment hebben we al cijfers over de cardiologen en de radiologen. Van de 151 cardiologen hebben er zich 117 ofwel bijna 80 %, geconformeerd aan de regelgeving. Ofwel voeren zij niet langer verstrekkingen uit met ioniserende straling, ofwel bekwamen zij intussen een gebruikersvergunning.

Een vrijwel gelijkaardig resultaat bekomen we bij de radiologen. Hier hebben 127 van de 157 artsen zich geconformeerd aan de regelgeving.

In geen van beide impactmetingen hanteerden wij een drempelwaarde met betrekking tot het aantal uitgevoerde verstrekkingen.

Na iedere impactmeting evalueren we de resultaten en beslissen we na onderzoek van het individuele dossier of, en zo ja, welke maatregelen het meest aangewezen zijn. Het FANC kan een administratieve geldboete opleggen (als het parket niet zelf vervolgt). Het RIZIV kan een terugvordering doen voor de verstrekkingen die verricht werden door een arts die niet beschikt over een gebruikersvergunning en kan bijkomend een administratieve boete opleggen. Daarnaast kan het RIZIV ook anticiperen op toekomstige terugvorderingen. Het RIZIV kan de mutualiteiten vragen om de terugbetaling voor de betwiste prestaties aan artsen die in gebreke werden gesteld, onmiddellijk te schorsen. In principe beslissen beide instellingen hierover onafhankelijk van mekaar.

VII. IMPACT OP HET AANREKEN- EN VOORSCHRIJFGEDRAG VAN ZORGVERLENERS

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

Deze impact meten we vooral met financiële maar ook met niet-financiële indicatoren. Naast de concrete bedragen van vrijwillige terugbetalingen, eventueel aangevuld met administratieve boetes, proberen we in dit hoofdstuk ook andere vormen van impact te verduidelijken.

De impact van de activiteiten uit 2019 zullen we pas de volgende jaren kunnen evalueren.

In 2019 hebben we wel de impact kunnen meten van een aantal activiteiten van de voorbije jaren. Die geven we weer in de tabellen 17,18 en 19.

Tabel 17. Rechtstreekse betaling in 2019

Actie	Betrokken zorgverleners	Bedrag (EUR)	Jaar van de actie
Vrijwillige terugbetaling na een tenlastelegging	229	14.002.377,53	2017, 2018, 2019
Betaling na een definitieve uitspraak (LA, KEA, KVB)	100	998.468,85	2019
Recuperatie via Domeinen	40	214.661,69	2019
Totaal		15.215.508,07	

Dit betreft de vrijwillige terugbetalingen bij vaststellingen tijdens controleonderzoeken die de DGEC afsloot in 2019 evenals de opgelegde terugbetaling van definitieve beslissingen (bedragen ten laste + administratieve sancties).

Tabel 18. Verminderde facturatie door fraudeurs in 2019 als gevolg van DGEC-acties

Actie	Betrokken zorgverleners	Bedrag (EUR)	Jaar van de actie
Opvolging fraudeurs	226	19.677.876,15	2015,2016, 2017,2018

Dit betreft de proactieve opvolging van 226 zorgverleners waarbij de dienst intentionele inbreuken heeft opgemerkt.

Tabel 19. Andere voorbeelden van acties met een impact gemeten in 2019

Actie	Inhoud	Doelgroep	Impact 2019
Sensibiliseringsactie voor vergunning bij verstrekkingen met ioniserende straling	Brief 2016-2019: benadrukken verplichting vergunning bij gebruik ioniserende straling	151 cardiologen en 157 radiologen zonder gebruikersvergunning FANC	117 cardiologen en 127 radiologen bekwamen vergunning
Sensibiliseringsactie voor hoge profielen in de thuisverpleging	Brief + vragenlijst eind 2018: informeren over wetgeving, inwinnen informatie over profiel en praktijkvoering	53 thuisverpleegkundigen met jaarprofiel > 180.000 EUR in 2017	Omzetsdaling van 800.000 EUR

Op basis van bovenstaande gegevens hebben we voor het jaar 2019 een financiële impact van de DGEC kunnen berekenen op meer dan **35 miljoen EUR**.

Onze impact reikt uiteraard verder en is niet altijd te berekenen. De vermindering van het aantal zorgverleners dat verstrekkingen met ioniserende straling uitvoerde in 2019, zonder vergunning van het FANC, is een voorbeeld van impact die weliswaar niet in cijfers uit te drukken is, maar wel van belang is voor de kwaliteit van de zorg.

Het loutere bestaan van een inspectiedienst heeft op zich al een ontradend effect op wie overweegt om een inbreuk te plegen.

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

VIII. VOORBEELD ICE PROJECT

Aanpak hoge profielen in de thuisverpleging

Om meer impact te hebben op het aanrekeninggedrag van de thuisverpleegkundigen besliste de DGEC om de 'facturatiekampioenen' van deze groep zorgverleners systematisch op te volgen. Hieronder verstaan we zorgverleners in de thuisverpleging die meer dan 180.000 EUR per jaar aanrekenen als zelfstandige of meer dan 100.000 EUR per jaar als loontrekkende. Het is materieel vrijwel onmogelijk om in één jaar zoveel verstrekkingen uit te voeren.

Met dit ICE-project willen we de fraude bij deze groep zorgverleners aanpakken. Naast individuele controleonderzoeken nemen we bijkomende structurele initiatieven om de betrokken zorgverleners te:

- ✦ informeren over de reglementering
- ✦ sensibiliseren over hun eigen aanrekeninggedrag
- ✦ responsabiliseren (via 'vraag tot inregelstelling') met het oog op een correcte aanrekening van hun verstrekkingen.

In 2019 ondernamen we de volgende acties:

1. Eind 2018 hadden we de eerste 53 **brieven en vragenlijsten** verzonden als test van de nieuwe aanpak.
Begin 2019 lanceerden we een tweede brievenactie. We selecteerden en contacteerden de 163 verpleegkundigen die meer dan 90.000 EUR aanrekenen in de eerste helft van 2018. We schreven deze doelgroep aan met een brief en een vragenlijst. Zo wilden we hen informeren over de reglementering en informatie inwinnen over hun profiel en praktijkvoering. Hun antwoorden (incl. rittenlijsten en timestamping) evalueerden we aan de hand van vooraf bepaalde indicatoren. Afhankelijk van het evaluatieresultaat namen we gerichte acties:
 - ✦ een individueel controleonderzoek
 - ✦ een vraag tot actie door het Nationaal College van Adviserend artsen
 - ✦ een vraag tot inregelstelling
 - ✦ een plaatsbezoek met opvraging en controle van verpleegdossiers bij niet-beantwoording van onze vragenlijst. Als de zorgverlener niet aanwezig was bij het vooraf aangekondigde plaatsbezoek, pasten we artikel 77sexies GVVU-wet toe.
2. We voerden een **impactmeting** uit van de eerste brievenactie in 2018. We vergeleken het aanrekeninggedrag van de hoge profielen van het eerste semester in 2018 met het eerste semester van 2019. We stelden een omzetzak vast van 800.000 EUR in het eerste semester van 2019 bij de 53 aangeschreven thuisverpleegkundigen, die een brief ontvingen in 2018.
3. We ontwikkelden een structurele aanpak in de fraudebestrijding door een **verantwoordingsdrempel** te bepalen, in samenwerking met de V.I. en de beroepsafgevaardigden in de commissie voor thuisverpleging.
4. We namen de nodige acties om deze verantwoordingsdrempel in de **wetgeving** te laten opnemen.

De brievenactie en de evaluatie van de reacties gaf ons een beter inzicht in de profielen van die verpleegkundigen en de factoren die dat profiel kunnen vertroebelen.

Eind 2019 werd de **verantwoordingsdrempel** in de wetgeving opgenomen. Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en frauduleuze praktijken te bestrijden, geldt vanaf 1 december 2019 een maximum aantal aanrekeningen per kalenderjaar voor verpleegkundigen en zorgkundigen.

Het betreft geen blokkering van de facturatie, maar een mogelijke recuperatie van de overschreden waarden indien de zorgverlener deze niet kan verantwoorden. Het statuut van de verpleegkundige of zorgkundige bepaalt de verantwoordingsdrempel:

- ✦ loontrekkende: maximum **22.000 W-waarden** aan verstrekkingen per kalenderjaar
- ✦ zelfstandige: maximum **40.000 W-waarden** aan verstrekkingen per kalenderjaar
- ✦ loontrekkende en zelfstandige: maximum **40.000 W-waarden** aan verstrekkingen per kalenderjaar.

De DGEC zal in 2020 bijkomende acties ondernemen om de hoge profielen in de thuisverpleging verder op te volgen.

Meer weten?

Hebt u vragen of opmerkingen over deze publicatie?

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