



Jaarverslag DGEC

Activiteiten 2020



Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Voorwoord

Nu meer en meer Belgen gevaccineerd zijn tegen Covid-19 en de pandemie aan kracht lijkt te verliezen, kunnen onze zorgverleners opnieuw een beetje naar adem happen. Hopelijk wordt de uitgestelde niet-essentiële zorg voldoende gespreid en ondoelmatige zorg achterwege gelaten. Hierover leest u meer in het deel over de audit van de eerste en tweede golf van de pandemie in België.

Ook voor de inspectieactiviteiten van de DGEC was Covid-19 een grote uitdaging. Zo gingen we op zoek naar nieuwe onderzoeksmethodes. We werkten de contouren uit voor een veilig platform voor digitale verhoren. De teams hebben bijzonder goed gereageerd op deze complexe situatie.

In dit jaarverslag vindt u de resultaten die we in 2020 bereikten. De DGEC draait vlot. De focus is gespreid, prioriteiten worden gesteld. Interne en externe samenwerking neemt toe. Hoewel we in 2020 maar liefst 1.187 externe meldingen kregen, deden we bijkomend 57 eigen risicoanalyses. Een combinatie van beide zorgt voor onderzoeken die verdeeld zijn over de verschillende domeinen van de gezondheidszorg waarvan we het optimale gebruik van het budget (30 miljard EUR) opvolgen als inspectiedienst. Bijkomend is er het toezicht op de inmiddels 10 miljard EUR bij uitkeringen maar deze activiteit wordt voornamelijk uitgevoerd door de adviserend artsen en de Dienst uitkeringen. Hier focusten we ons in 2020 op de niet toegelaten activiteit en een analyse van verzekerden die recent in invaliditeit traden.

U leest in dit verslag ook meer over onze voornaamste middelen: het personeel. Na een jarenlange daling in aantal kennen we de laatste jaren opnieuw een stijging in ons effectief. Toch zitten we nog ruim onder het vereiste minimum aantal sociaal inspecteurs dat enkele jaren geleden werd bepaald. Een minimum aantal mensen om de arbeidsintensieve inspectieactiviteiten te kunnen uitvoeren maar ook om bestaande competenties en expertises te vrijwaren. De aangekondigde besparingen op personeel voor de komende drie jaar zijn nefast voor het toezicht op de naleving van de regelgeving en het doelmatige gebruik van de beschikbare middelen.

In 2020 mocht de DGEC 24 nieuwe medewerkers verwelkomen. De intensieve opleiding en coaching zien we als een investering. De nieuwkomers integreren zich behoorlijk snel. Ze zorgen bovendien voor bijkomend enthousiasme in de dienst.

Reeds geruime tijd verhoogt de DGEC zijn efficiëntie door een focus op nationale onderzoeken waarin acties van de verschillende directies in eenzelfde onderzoek gezamenlijk worden gerealiseerd. Dit werpt zijn vruchten af. De komende jaren wensen we dit ook aan te tonen door systematische impactmetingen.

Tot slot gaan onze gedachten ook uit naar de dierbare collega's die deze resultaten mee mogelijk maakten maar die inmiddels overleden zijn.

Philip TAVERNIER
Arts-directeur-generaal
Juni 2021

Inhoudstafel

Voorwoord	2
Deel 1 – DGEC voorgesteld	5
I. Missie	5
1. Wettelijke opdrachten	5
2. Doelstellingen van de wijzigingsclausule 2019-2020 tot de bestuursovereenkomst 2016-2018	6
II. Organisatiestructuur	6
III. Werkwijze	7
1. Meersporenbeleid	7
2. Impact van de COVID-19-pandemie op onze activiteiten	8
IV. Personeel en vorming	9
Deel 2 – Oorsprong van onze activiteiten	11
I. Externe meldingen	11
II. Interne analyses	12
1. Evaluatiestudies	12
a) Ambulante cardiologische verstrekkingen	12
b) Analyse overschrijdingscodes als indicatie voor DGEC-acties bij kinesitherapeuten	13
c) Verleende en geplande zorg ziekenhuizen tijdens COVID-19-pandemie.....	15
d) Immuunhistochemische onderzoeken.....	16
e) Omalizumab (Xolair®): afoetsen van het medisch dossier aan de vergoedingsvoorwaarden bij astma	17
f) Evaluatie van 5 topics in de klinische biologie	19
g) Elektronenmicroscopisch onderzoek	20
h) Percutane aortaklepverving (TAVI): evaluatie van de postoperatieve mortaliteit en morbiditeit.....	21
i) Toepassing van de indicatoren ‘algemeen patiëntenprofiel’	22
j) Evaluatie van tandheelkundige patiëntenprofielen	23
2. Analyses van de datacel	25
Deel 3 – Acties	26
I. Sensibiliseren en informeren.....	26
1. Sensibiliseringsacties via briefwisseling	26
a) Tenlasteneming van verpleegkundige verzorging van Franse personen met een handicap in de Belgische instellingen – dubbele tegemoetkoming	27
b) Hoge profielen inzake algemene geneeskunde voor de verstrekkingen die via de elektronische derde-betalersregeling worden gefactureerd.....	27
c) Hoge profielen thuisverpleegkundigen - W-waarden	28
d) Arthroscopische meniscectomie in geval van degeneratieve knieletsels	29
e) Cumulatie van peesent met andere orthopedische verstrekkingen	29
f) Facturatie van een specifieke IgE-bepaling per antigen	30

g)	Ingewikkelde dermatologische verbanden voor uitgebreide letsels.....	30
h)	Laattijdige facturatie verpleegkundige thuiszorg.....	31
2.	Lezingen.....	31
a)	De tandarts en de DGEC van het RIZIV.....	31
II.	Controleren en recupereren.....	32
1.	Nationale controleonderzoeken.....	32
a)	Overschrijding P-waarden bij tandartsen.....	32
b)	Verpleegkundige verstrekkingen verleend in een woon- of verblijfplaats voor mensen met een handicap.....	34
c)	Autosondage: facturatie door apothekers.....	36
2.	Individuele controleonderzoeken.....	38
a)	Per type beslissing.....	38
b)	Per beroepscategorie.....	40
c)	Evolutie 2016-2020.....	40
d)	Opvolging van de administratieve procedures.....	41
e)	Terugvordering van verschuldigde bedragen via artikel 206bis.....	49
f)	Strijd tegen fraude.....	50
Deel 4 –	Impact.....	56
Deel 5 –	Naar een betere reglementering.....	58
I.	Adviesfunctie.....	58
1.	Bijdrage van de vertegenwoordiger van de DGEC.....	58
2.	Technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen.....	58
3.	Adviesfunctie van de DGEC in 2020.....	59
a)	CTIIMH: terugbetaling endobronchiale kleppen.....	59
b)	Overeenkomstencommissie Logopedisten: autisme.....	60
c)	WG klinische biologie: anatomopathologie.....	60
II.	Primaire controle van de V.I.'s.....	60
Deel 6 –	Samenwerkingen.....	63
I.	Audit ziekenhuizen.....	63
1.	Audit Laagvariabele Zorg.....	63
2.	Audit COVID-19 1 ^{ste} golf en 2 ^{de} golf.....	63
II.	Internationale aangelegenheden.....	65
1.	EHFCN.....	65
a)	Digitalisering van de activiteiten.....	65
b)	Oprichting werkgroepen.....	66
c)	Overige activiteiten.....	66
2.	Bilaterale vergaderingen.....	66
III.	Actieplan handhaving in de gezondheids-zorg 2018-2020.....	67
IV.	Sciensano.....	67
Afkortingslijst	70

Deel 1 – DGEC voorgesteld

I. MISSIE

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

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

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

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

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

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

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

1. Wettelijke opdrachten²

De wetgever heeft de DGEC de volgende opdrachten gegeven:

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

¹ Een afkortingslijst staat op het einde van de rapport, p. 70

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

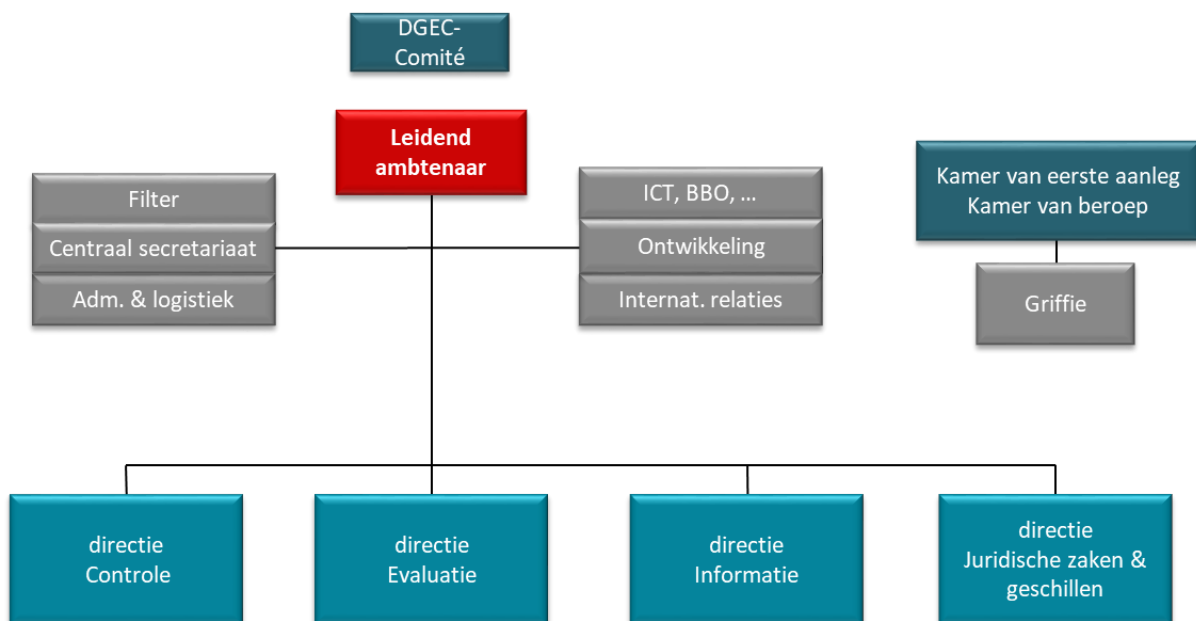
2. Doelstellingen van de wijzigingsclausule 2019-2020 tot de bestuursovereenkomst 2016-2018

Een bestuursovereenkomst is een contract tussen de Staat en een openbare instelling van sociale zekerheid. De bestuursovereenkomst 2016-2018 werd verlengd met een wijzigingsclausule voor de periode 2019-2020. 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).

II. ORGANISATIESTRUCTUUR

Sinds 2016 is de DGEC als volgt georganiseerd.

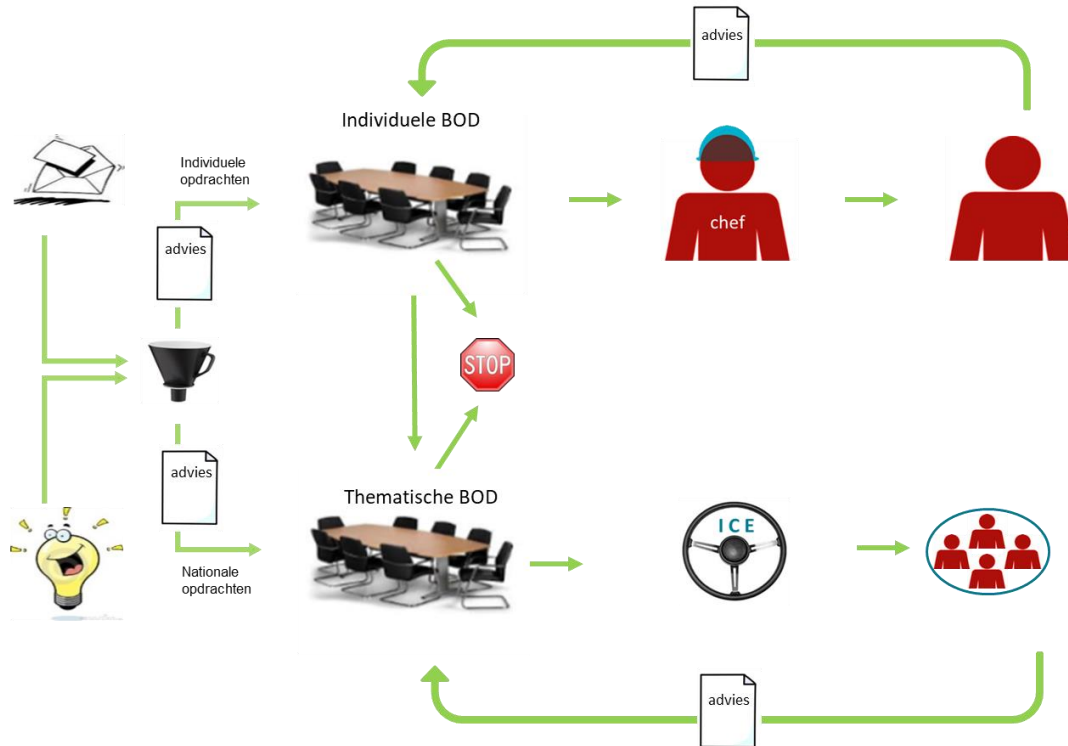


Figuur 1. Organisatiestructuur DGEC

III. WERKWIJZE

1. Meersporenbeleid

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



Figuur 2. Werkingsproces DGEC

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

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

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

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

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

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

De informatieverstrekking kan verschillende vormen aannemen:

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

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

- ✦ melding zonder gevolg DGEC,
- ✦ negatief,
- ✦ informatief,
- ✦ waarschuwing,
- ✦ vaststelling zonder administratieve procedure,
- ✦ vaststelling met administratieve procedure,
- ✦ verdere opvolging door derden.

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.

2. Impact van de COVID-19-pandemie op onze activiteiten

Ook de werking van onze dienst is sterk beïnvloed door de COVID-19-pandemie en de bijhorende maatregelen. Vanaf 17.03.2020 hebben we alle fysieke verhoren en externe contacten met derden geannuleerd en zetten we maximaal in op telewerk.

We namen snel initiatief om zoveel mogelijk activiteiten digitaal te kunnen verderzetten. Vergaderingen en opleidingen organiseerden we via communicatie- en samenwerkingsplatformen zoals Teams, Zoom en Skype. Zelfs de jaarlijkse informatiesessie voor onze personeelsleden organiseerden we volledig virtueel. De digitale versnelling creëerde ook nieuwe opportuniteiten. Medewerkers uit onze provinciale kantoren hoefden niet meer naar onze centrale diensten te Brussel te komen om te vergaderen. We startten ook met de organisatie van een reeks 'voortgezette vormingen', waarbij alle DGEC-medewerkers konden deelnemen aan digitale opleidingen over uiteenlopende onderwerpen gerelateerd aan de werking van onze dienst.

Voor wat de controleacties betreft, hebben we alternatieven gezocht voor de verhoren van getuigen (verzekerden of zorgverleners). We stuurden hun vragenlijsten en deden de interviews telefonisch. Deze telefonische interviews bieden een grotere flexibiliteit dan fysieke hoorzittingen (planning, oproeping, etc.) en werden toegejuicht voor de beperking van contacten. Anderzijds bemoeilijken zij de uitwisseling van documenten (in het bijzonder het feitenverslag dat moet ondertekend worden) en maken ze medische onderzoeken onmogelijk.

Vanaf 08.06.2020 hernamen we de meeste van onze fysieke activiteiten. Wegens de grote impact van de pandemie op onze zorgsector, verhoorden we geen zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor COVID-patiënten (bv. diensten intensieve zorgen, pneumologie en infectieziekten, huisartsen, enz.) We hebben ook heel wat beschermingsmaatregelen genomen voor onze medewerkers, de betrokken zorgverleners en verzekerden.

Verder ontwikkelden we in oktober een eigen systeem met specifieke richtlijnen voor elke COVID-alarmfase. Er zijn 5 verschillende fases waarin we ons kunnen bevinden. Voor elke fase werkten we richtlijnen uit voor:

- ✦ de verhoren in de DGEC-lokalen of het lokaal politiekantoor;
- ✦ de verhoren op verplaatsing bij de verhoorde;
- ✦ de opvraging en verzending van documenten;

³ Zie omschrijvingen, p. 39.

- ✦ de verzending van processen-verbaal van vaststelling (PV Va's);
- ✦ het eventueel uitstel voor de terugbetaling en formulering van opmerkingen bij de verzending van PV Va's en uitnodigingen tot vrijwillige terugbetaling (UVT) van 2 maanden naar 4 maanden;
- ✦ de verzending van herinneringsbrieven.

We hebben onze creativiteit en flexibiliteit maximaal ingezet om onze activiteiten aan te passen. Onze controleactiviteiten zijn het meest beïnvloed door de geldende algemene maatregelen.

In tijden van de pandemie kunnen we de volgende effecten reeds vaststellen:

- ✦ in 2020 hebben we ongeveer 15 % minder verhoren uitgevoerd dan in 2019;
- ✦ het aantal afgesloten controleonderzoeken bleef verder stijgen. Dit was te verwachten gezien slechts 5 % van deze controleonderzoeken zijn opgestart in 2020. De meeste controleonderzoeken die afgesloten zijn in 2020 waren in de voorgaande jaren opgestart. De impact van de pandemie op het aantal afgesloten controleonderzoeken zullen we dus eerder de komende jaren kunnen vaststellen.

IV. PERSONEEL EN VORMING

De DGEC telde 239 personeelsleden op 31.12.2020. In tabel 1 verdelen we de personeelsleden volgens profiel, standplaats en taalrol.

Tabel 1. Aantal personeelsleden DGEC op 31.12.2020

		Centraal		Provinciale regio's		Totaal
		NL	FR	NL	FR	
Leidend ambtenaar / arts-directeur-generaal		1				1
Arts-inspecteur-generaal – A4			2			2
Directeurs (Informatie, Juridisch, regio's) – A3		1	1	3	2	7
Artsen-coördinatoren – A3		6	2			8
Sociaal-inspecteurs:	artsen (A2-A3-A4)	5	2	28	18	53
	apothekers			4	3	7
	tandartsen			1	3	4
	verpleegkundigen			15	23	38
	wetenschappelijk attaché			1		1
Auditeurs		7	7			14
Juristen (A1-A2-A3)		3	5			8
ICT, ontwikkeling, kennisbeheer (A1, A2, A3)		1	1			2
Internationaal		1	1			2
Data-analisten (A1)		3	3			6
Administratief:	attaché/adviseurs (A1-A2)	2	2	2	2	8
	deskundigen (B)	4	4	5	5	18
	assistent (C)	5	7	20	18	50
	medewerker (D)	3	2	4	1	10
TOTAAL		42	39	83	75	239

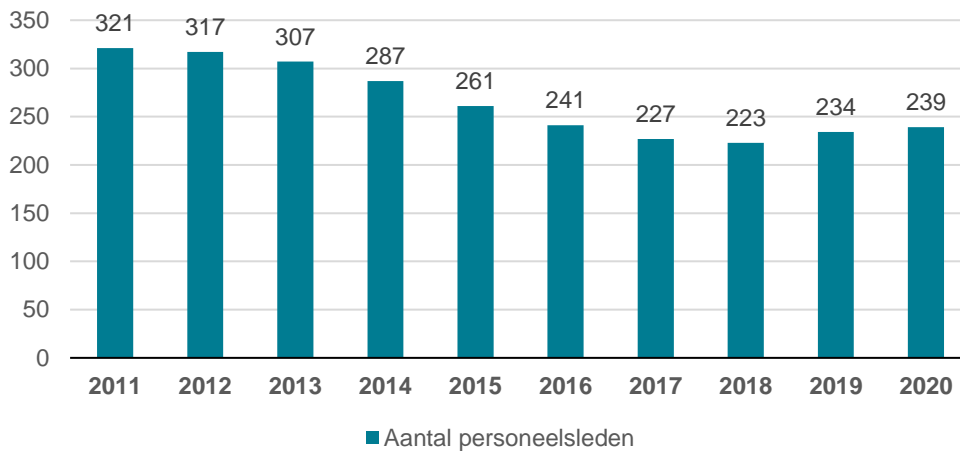
Het inspecterend personeel, de auditeurs en de juristen hebben een operationele opdracht. De digitale en technologische evoluties hebben impact op de vraag naar administratieve ondersteuning. Steeds vaker doen we beroep op administratief ondersteunend personeel voor operationele taken. Het aandeel inspecterend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

Personeelsleden DGEC 2020



Figuur 3. Verhouding personeelsleden DGEC in 2020

Om de continuïteit van de werking van onze dienst te garanderen hebben we 24 nieuwe medewerkers aangeworven in 2020. Het merendeel van de nieuwe medewerkers is tewerkgesteld als arts-inspecteur of verpleegkundig-controleur of anderzijds als medewerker bij de datacel. Figuur 4 geeft de evolutie van het aantal personeelsleden weer. Na een jarenlange daling begint ons personeelsbestand sinds 2019 opnieuw te stijgen.



Figuur 4. Evolutie aantal personeelsleden DGEC

Starten in COVID-tijd was niet evident. We pasten ons opleidingsprogramma voor nieuwe medewerkers aan volgens de geldende coronamaatregelen van dat moment. De eerste kennismaking en opleidingsmodule probeerden we in de mate van het mogelijke fysiek te laten verlopen. Het merendeel van het opleidingstraject verliep echter digitaal en de verschillende modules werden meer gespreid in de tijd waar nodig. De intensieve opleiding van inspecteurs en controleurs is echter essentieel voor de overdracht van kennis, vaardigheden en attitudes. We hebben dan ook geprobeerd zo weinig mogelijk opleidingen te annuleren.

Naast het opleidingstraject voor nieuwkomers zijn we in 2020 ook gestart met de voortgezette vorming en een opleidingstraject voor administratieve medewerkers.

De voortgezette opleidingen kwamen er op vraag van het personeel tijdens de virtuele personeelsbijeenkomst op 10.09.2020. Sindsdien kunnen alle DGEC-medewerkers regelmatig deelnemen aan opleidingen over allerhande onderwerpen gerelateerd aan de opdracht van onze dienst. De sessies worden zowel door interne als externe lesgevers gegeven.

In het najaar van 2020 kwamen volgende onderwerpen reeds aan bod:

- ✦ dubbele tegemoetkoming van Franse personen met een handicap in de Belgische instellingen;
- ✦ Percutane aortaklepvervangng (TAVI): evaluatie van de postoperatieve mortaliteit en morbiditeit;
- ✦ artikel 77sexies van de GvU-wet in de praktijk.

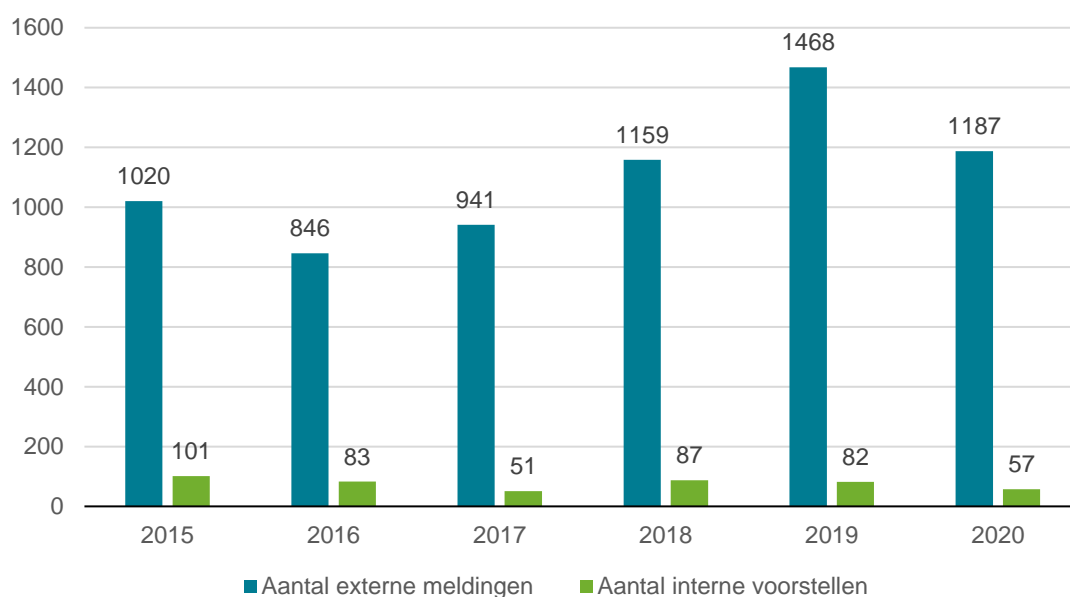
De voortgezette vormingen zijn een succes. We zullen deze op regelmatige basis verderzetten in 2021.

Deel 2 – Oorsprong van onze activiteiten

We ontvingen 1.187 externe meldingen in 2020. Onder meldingen verstaan we vragen, klachten, verplichte opdrachten enz. komende van buiten de DGEC.

Daarnaast formuleerden de DGEC-medewerkers zelf 57 voorstellen voor acties, gebaseerd op eigen risicoanalyses.

Figuur 5 geeft de evolutie van het aantal externe en interne voorstellen van 2015-2020 weer. De absolute aantallen verschillen licht t.o.v. de cijfers in onze vorige jaarverslagen, gezien we een extra filter op de gegevens hebben toegepast. De evolutie blijft echter dezelfde.



Figuur 5. Evolutie aantal externe meldingen en interne voorstellen 2015-2020

Na een jarenlange stijging van het aantal binnengekomen meldingen, stellen we voor 2020 een daling van het aantal externe meldingen vast.

De COVID-19-pandemie onderbrak ongetwijfeld het facturatie ritme van zorgverleners en zorginstellingen. Of dit de oorzaak is van de lichte daling van het aantal meldingen zal de volgende jaren blijken.

I. EXTERNE MELDINGEN

Binnenkomende meldingen worden eerst geanalyseerd door de Filter. Dit is een cel van medewerkers die alle meldingen onderzoeken met het oog op een correcte opvolging of een snelle doorverwijzing naar de meest aangewezen persoon of dienst, al dan niet bij het RIZIV.

De externe meldingen die de DGEC in 2020 ontving, gingen zowel over individuele zorgverleners en verzekerden als over zorginstellingen en V.I.'s.

Van de 1.187 binnengekomen meldingen, heeft de Filter:

- ✦ 845 meldingen administratief afgehandeld. Dit betekent dat de Filtermedewerkers zelf onmiddellijk een correct antwoord konden formuleren of de melding, na ontvangstbevestiging, konden doorsturen naar de juiste instantie;
- ✦ 40 meldingen rechtstreeks doorverwezen naar een DGEC-medewerker. Meestal was dat met het oog op een controleopdracht, maar soms ging het om een evaluatie- of een informatieopdracht;
- ✦ 46 meldingen toegevoegd aan bestaande dossiers over feiten waarvoor we eerder al een controleonderzoek hadden opgestart. Die meldingen werden dus bij een lopend controleonderzoek gevoegd;
- ✦ voor 256 meldingen 281 adviezen aan het BOD verleend, zodat dat beslissingsorgaan de nodige informatie had om een beslissing te nemen over het verdere gevolg. Op basis van die adviezen heeft het BOD beslist tot:
 - ✧ administratieve afhandeling (85),
 - ✧ toekenning van een nieuwe opdracht (controle, evaluatie of informatie) (96),
 - ✧ toevoeging van de melding aan een lopende opdracht (25),
 - ✧ klassering zonder gevolg (50).

II. INTERNE ANALYSES

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

1. Evaluatiestudies

We geven hieronder de samenvattingen van alle evaluatiestudies in 2020 voor het DGEC-comité zijn voorgesteld.

- ✦ Ambulante cardiologische verstrekkingen – desktopstudie
- ✦ Analyse overschrijdingscodes als indicatie voor DGEC-acties bij kinesitherapeuten – desktopstudie
- ✦ Verleende en geplande zorg ziekenhuizen tijdens COVID-19-pandemie – terreinanalyse
- ✦ Immuno-histochemische onderzoeken – desktopstudie
- ✦ Omalizumab (Xolair®): aftoetsen van het medisch dossier aan de vergoedingsvoorwaarden bij astma – terreinanalyse
- ✦ Evaluatie van 5 topics in de klinische biologie – desktopstudie
- ✦ Elektronenmicroscopisch onderzoek – desktopstudie
- ✦ Percutane aortaklepvervangings (TAVI): evaluatie van de postoperatieve mortaliteit en morbiditeit – desktopstudie
- ✦ Toepassing van de indicatoren 'algemeen patiëntenprofiel' – terreinanalyse
- ✦ Evaluatie van tandheelkundige patiëntenprofielen – terreinanalyse 12 indicatoren

a) Ambulante cardiologische verstrekkingen

Methode

We voerden een desktopstudie uit over de verstrekkingen die cardiologen in de ambulante praktijk aanrekenden.

We analyseerden de facturatiegegevens van de verstrekkingen die cardiologen met erkenning -730, -734 en -739 aanrekenden in het kalenderjaar 2016 en bekeken ook de gegevens uit de Permanente

Steekproef⁴ voor 2013-2017. Deze steekproef bevat alle aangerekende verstrekkingen van 1/40 van alle verzekerden in België.

Bijkomend bestudeerden we de indicaties voor ambulante cardiologische verstrekkingen in de wetenschappelijke literatuur.

Resultaten

De analyse van facturatiegegevens en de gegevens van de Permanente Steekproef gaven gelijkaardige resultaten. De meest aangerekende verstrekkingen naast raadplegingen waren:

- + electrocardiogram,
- + transthoracale echocardiografie,
- + inspanningsproef,
- + holter monitoring,
- + longfunctietesten.

Opvallend was dat deze zorgverleners zeer vaak een transthoracale echocardiografie cumuleerden met een inspanningsproef. Studie van uitbetalingsgegevens leerde ons dat dit een vrij algemene praktijk is, maar ook dat deze zorgverleners deze nomenclatuurnummers ook frequent niet gecumuleerd aanrekenen. Meestal rekenden ze bij deze cumul een raadpleging en/of een electrocardiogram aan. Dit laatste is recent beperkt door een nomenclatuurwijziging. Voor de helft van de verzekerden bij wie transthoracale echocardiografie gecumuleerd was met een inspanningsproef was dit het enige cardiologische event⁵ (ambulant) in dat jaar. 68 % van de verzekerden had slechts 1 event met cumul in 5 jaar.

Studie van wetenschappelijke literatuur over de indicaties voor transthoracale echocardiografie en inspanningsproef leerde ons dat deze zeer uitgebreid en uiteenlopend zijn. Er is weinig onderzocht in hoeverre de cumul van beide technieken zinvol is.

Acties en voorstellen

We beslisten om geen verder onderzoek naar dit onderwerp te doen.

b) Analyse overschrijdingscodes als indicatie voor DGEC-acties bij kinesitherapeuten

Oorsprong en objectief

De nomenclatuur voor kinesitherapie is verdeeld op basis van verschillende types pathologieën (courante pathologieën, acute en chronische F-pathologieën en zware pathologieën). Het aantal behandelingen is gelimiteerd per type pathologie.

Om betaalbare zorg te kunnen blijven garanderen kunnen kinesitherapeuten overschrijdingscodes aanrekenen als ze hun behandeling niet kunnen voltooien binnen het vooropgestelde aantal behandelsessies. De verzekerde blijft zo recht hebben op een, weliswaar verminderde, terugbetaling. Anderzijds kunnen kinesitherapeuten ook gebruik maken van de derde-betalersregeling zodat verzekerden per verstrekking alleen het remgeld moeten betalen.

We vroegen ons af of het veelvuldig gebruik van overschrijdingscodes in combinatie met een verhoogd gebruik van de derde-betalersregeling en de beperkte vraag van remgeld aan de verzekerde indicaties kunnen zijn voor de uitvoering van specifieke DGEC-acties bij kinesitherapeuten. Met deze verkennende desktopstudie wilden we nagaan of de evaluatie van deze indicatoren een meerwaarde heeft naast de jaarlijkse evaluatie van het aantal M-waarden bij kinesitherapeuten.

Methode

We startten de desktopstudie met een globale analyse van de aanrekening van overschrijdingscodes (tabel 2) door kinesitherapeuten in België tussen 01.01.2017 en 31.12.2017. Hiervoor gebruikten we anonieme facturatiegegevens (documenten P).

⁴ Échantillon permanent(e) steekproef (EPS).

⁵ Event = 'datum' gecombineerd met 'verzekerde'.

Tabel 2. Geanalyseerde overschrijdingscodes per pathologie

Type Pathologie	Nomenclatuurcodes
Courante pathologie	560055, 560151, 560453, 560254, 564410, 560350
F-pathologie	563054, 564270, 564373, 563356, 564130, 563651, 563150, 564292, 564314, 563754, 564351, 563850, 564056, 563452, 564675, 564675, 564594, 564653, 564336, 563953

Nadien selecteerden we outliers die het hoogste bedrag aan overschrijdingscodes aanrekenden in 2017 bij courante en F-pathologieën voor een gedetailleerde analyse van het aantal verstrekkingen, aangerekend via de derde-betalersregeling en zonder ontvangst van remgeld per kinesitherapeut. Bijkomend vroegen we originele voorschriften op van de 5 verzekerden met het hoogste aantal overschrijdingscodes bij 4 kinesitherapeuten ter controle op conformiteit.

Resultaten

Globale analyse overschrijdingscodes

79 % van de Belgische kinesitherapeuten rekende overschrijdingscodes aan in 2017. 77,37 % van de kinesitherapeuten die overschrijdingscodes gebruikten in 2017 rekenden de nomenclatuurcode 560055 aan. Kinesitherapeuten rekenen deze overschrijdingscode aan vanaf de 19^e verstrekking bij courante pathologieën die ze uitvoeren in een praktijkkamer, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.

Er is een groot verschil tussen het jaarlijks aangerekend bedrag van de grootste verbruiker en de kinesitherapeut op de 10^e plaats (73.993,49 EUR vs. 26.073,84 EUR). Het globale gemiddelde bedrag aan overschrijdingscodes per kinesitherapeut bedraagt 1.054,10 EUR.

Analyse grootste verbruikers

Individuele analyse per kinesitherapeut

We weerhielden 12 kinesitherapeuten (outliers) voor een meer gedetailleerde analyse aangezien er een eerste merkwaardig verschil was tussen de facturatie van de kinesitherapeuten op plaats 12 en 13. Eén van de geselecteerde gevallen bleek al overleden te zijn. Deze kinesitherapeut excludeerden we uit het onderzoek.

De helft van de grootste verbruikers gebruikten de derde-betalersregeling voor > 90 % van hun verstrekkingen in 2017. Slechts één van de 12 kinesitherapeuten hield zich eraan bij minstens 85 % van de aanrekeningen remgeld te vragen.

Het merendeel van deze kinesitherapeuten kwam ook voor op de lijst van kinesitherapeuten die jaarlijks het maximum aantal M-waarden overschrijden. De analyse van overschrijdingscodes lijkt op het eerste zicht geen meerwaarde te bieden.

Analyse van de voorschriften

De voorschriften bevatten geen indicaties voor fraude. Alle verplichte vermeldingen stonden erop. Er was steeds een handtekening van de arts aanwezig die overeenkwam met de originele handtekening van de arts.

Acties en voorstellen

In het kader van de scope van het onderzoek ondernemen we geen verdere acties.

We selecteerden 3 kinesitherapeuten voor een individuele controle buiten de scope van de aanrekening van overschrijdingscodes.

c) Verleende en geplande zorg ziekenhuizen tijdens COVID-19-pandemie

Oorsprong en objectief

Tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie vaardigde het Comité *Hospital & Transport Surge Capacity* (HTSC) richtlijnen uit. Deze verplichtten de revalidatieziekenhuizen, algemene en universitaire ziekenhuizen evenals privé klinieken om alle niet-essentiële consultaties, onderzoeken en ingrepen moesten annuleren of uitstellen. De richtlijnen traden in werking op 14.03.2020.

Het doel van onze monitoring was na te gaan hoe de ziekenhuizen hun aanbod van zorgverlening hebben aangepast in de periode 30.03.2020 tot 03.05.2020 om de behandelingscapaciteit te vrijwaren voor de COVID-19-pandemie.

Methode

Op 21.04.2020 contacteerden we alle Belgische ziekenhuizen per e-mail gericht aan de hoofddarts. We vroegen hierbij de gegevens op over de verleende zorgen van 30.03.2020 tot 19.04.2020 en de geplande zorgen van 20.04.2020 tot 03.05.2020. Bijkomend vroegen we de gegevens op over de verleende zorgen van 20.04.2020 tot 03.05.2020. De ziekenhuizen konden zelf het aanleveringsformaat van de data bepalen met respect voor de bescherming van de persoonsgegevens.

We beperkten de monitoring tot enkele activiteiten die ziekenhuizen normaliter op voorhand inplannen: activiteiten in het dagziekenhuis, MRI-onderzoeken, endoscopische gastro-enterologische interventies, endoscopische urologische interventies en de activiteiten in het operatiekwartier.

Voor elke ziekenhuisactiviteit vergeleken we alle ziekenhuizen onderling. Waar mogelijk maakten we ook een vergelijking van de data uit 2020 met de data van de gelijkaardige periode uit 2019.

Resultaten

Alle ziekenhuizen (100) hebben gegevens doorgestuurd. Eén ziekenhuis bezorgde enkel gegevens m.b.t. de periode van 30.03.2020 tot 19.04.2020. Het formaat was heel wisselend: Excel, Word, PDF, screenshots, enz.

De ziekenhuizen hebben heel wat activiteiten in het **niet-chirurgisch dagziekenhuis** voortgezet zoals chemotherapie, dialyse, pijnbehandeling, immunotherapie, wisseling catheters en sonden, coronarografieën, enz.

In de **chirurgische dagziekenhuizen** merkten we een drastische vermindering tot weinig of geen activiteit op in de periode van 30.03.2020 tot 19.04.2020. Vanaf 20.04.2020 nam de activiteit toe.

Het aantal uitgevoerde **MRI-onderzoeken** daalde gemiddeld met 77 % tijdens de paasvakantie van 2020 t.o.v. 2019. Voor MRI-schedel bedroeg deze daling gemiddeld 66 %, voor MRI-ledematen 88 %. We stelden grote verschillen vast tussen de ziekenhuizen: tijdens de paasvakantie varieerde de daling van het aantal MRI-onderzoeken van 24 % tot 99 % en het aantal onderzoeken van drie tot 304 per toestel.

We zagen een lichte toename van het totaal aantal onderzoeken per dag. Sommige ziekenhuizen benaderden/overstegen na 19.04.2020 het aantal onderzoeken uitgevoerd in de gelijkaardige periode in 2019.

Wat **gastro- en coloscopieën** betreft, stelden we tijdens de paasvakantie een gemiddelde daling van 85 % vast in 2020 t.o.v. dezelfde periode in 2019. We zagen grote verschillen tussen de ziekenhuizen: de daling van het aantal uitgevoerde gastro- en coloscopies varieerde van 52 % tot 99 %.

Het aantal **urologische ingrepen** daalde fel: bij de totale radicale prostatectomie stelden we een beperkte daling van 20 % vast. Het aantal uitgevoerde transurethrale resecties van de prostaat daalde gemiddeld met 90 %. In dezelfde periode in 2020 voerden de ziekenhuizen gemiddeld de helft minder ureteroscopieën uit.

In het **operatiekwartier** van alle ziekenhuizen zagen we hoofdzakelijk drie actieve pijlers: gynaecologie, algemene heekunde en orthopedie. We stelden een grote variatie vast in de activiteiten van oftalmologie, urologie, niet-traumagerelateerde orthopedie en neurochirurgie alsook vasculaire

heelkunde. Heel wat essentiële (urgenties en oncologische zorg) heelkunde is doorgegaan. In sommige ziekenhuizen werden ook niet- of minder urgente zorgen (beperkt) verdergezet.

Ziekenhuizen gingen op diverse manieren om met **de planning van de ingrepen**: sommigen annuleerden meteen alle geplande interventies, anderen behielden hun uitgebreide planning met een wekelijkse tot dagelijkse beoordeling door een beperkte artsengroep.

Acties en voorstellen

De resultaten werden voorgesteld aan de Departementale Crisiscel, de Risk Management Group, de Comité HTSC. Ze dienden ook als basis voor het invullen van de WHO-vragenlijst. Deze werd naar alle landen doorgestuurd om te peilen naar de invloed van de COVID-19-pandemie op de medische zorgverlening.

Een betere omschrijving van het begrip 'essentiële zorg' lijkt noodzakelijk om de huidige variatie in interpretatie door de ziekenhuizen te voorkomen.

Het opleggen van een uniforme manier van het rapporteren van gegevens zou sneller toegang geven tot essentiële data om richtlijnen tijdig bij te kunnen sturen, zonder al te veel werkbelasting voor de ziekenhuizen.

d) Immunochemische onderzoeken

Oorsprong en objectief

In het kader van het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020 lichtten we 4 weefselonderzoeken van de anatomopathologie door waaronder de twee immunochemische onderzoeken (IHC): de diagnostische- en de farmacopredictieve IHC. Deze onderzoeken identificeren eiwitten (antigenen of biomerkers) in weefsels en worden gebruikt bij de diagnose van tumoren, om de prognose te evalueren en om de behandeling van tumoren te bepalen in het kader van doelgerichte kankertherapie.

De uitgaven voor beide IHC verricht in 2016, bedroegen 27,77 miljoen EUR. De meer dan gemiddelde toename van het aantal onderzoeken op jaarbasis maakte dat we wilden nagaan of deze onderzoeken correct worden aangerekend en doelmatig worden voorgeschreven.

Methode

We bestudeerden o.a. de variatie in consumptie van IHC in België via de aanrekeningen bij de V.I. De IHC uitgevoerd in 2016 en aangerekend voor 31.12.2017 vormden het vertrekpunt van deze desktopstudie:

- ✦ **diagnostische IHC: 588070-588081:** immuno-histologische onderzoeken (maximum vier *per afname*), voor het aantonen van antigenen in de coupes, na incubatie met antisera, per gebruikt antiserum. B 608 honorarium van 26,02 EUR
- ✦ **farmacopredictieve IHC: 588976-588980:** immuno-histologische onderzoeken voor het aantonen van farmacodiagnostische antigenen in de coupes na incubatie met antisera, per gebruikt antiserum, in het kader van het voorschrijven van tumorspecifieke medicatie bij oncologische patiënten. B 1824 honorarium van 78,06 EUR

Er zijn vijf antigenen waarvoor labo's farmacopredictieve IHC kunnen aanrekenen. Deze verstrekking kunnen ze slechts één maal per jaar per onderzocht antiserum aanrekenen. Voor eenzelfde antiserum zijn de diagnostische en farmacopredictieve onderzoeken niet cumuleerbaar. De facturatie-instructies voorzien geen veld of pseudonomenclatuurcode voor het gebruikte antiserum.

We beperkten het onderzoek tot de voorschrijvers werkzaam in een ziekenhuismilieu en tot de IHC's die we konden koppelen aan interventies gedateerd op dezelfde dag.

Resultaten

De analyse toonde enkele belangrijke problemen die met voorrang dienen aangepakt te worden. De ondoelmatige facturatie-instructies verhinderen een goed inzicht in het huidige gebruik van en een effectieve controle op deze testen. Zo was in ongeveer 20 % van de diagnostische en farmacopredictieve IHC de interventie die aanleiding gaf tot deze testen onbekend. Immers, de IHC is

niet steeds gedateerd op de dag van de staalafname en de oorspronkelijke interventie is niet vermeld bij de facturatie. Het ontbreken van het gebruikte serum bij de facturatie maakt eveneens een controle op het jaarlijks aantal en het onderlinge cumulverbod onmogelijk. Deze beperkingen in acht genomen, leverde de desktopstudie geen aanwijzingen, uitgezonderd voor één labo, voor niet-reglementaire aanrekeningen door de labo's anatomopathologie.

Opvallend zijn de onderlinge verschillen tussen zowel de algemene als tussen de universitaire instellingen in het voorschrijven van IHC, zowel in de interventie die aanleiding geeft tot deze onderzoeken als in het aantal testen die per afname worden uitgevoerd. Deze variaties zagen we ook bij specifieke interventies zoals gastroscopies, prostaatbiopsies of cilinderbiopsies van de borst. De opvallende praktijkvariaties, zonder aannemelijk verklaring, roepen vragen op over het doelmatig gebruik van deze testen.

Gezien de beperkingen van een desktopstudie blijven we voorzichtig in onze conclusies.

Acties en voorstellen

- ✦ We stelden voor om volgende facturatie-instructies te overwegen:
 - ✧ de creatie van een veld voor de betreffende verstrekking van artikel 32 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (NGV),
 - ✧ de datum van staalafname als prestatiedatum voor IHC nemen.
- ✦ We startten een individueel controleonderzoek op bij één labo.
- ✦ De analyse is voorgesteld aan de betrokken werkgroep van de Technisch geneeskundige raad (TGR).
- ✦ We hebben een studievoorstel over IHC ingediend bij het Federaal Kenniscentrum (KCE). Ze hebben dit voorstel aanvaard.

e) Omalizumab (Xolair®): aftoetsen van het medisch dossier aan de vergoedingsvoorwaarden bij astma

Oorsprong en objectief

Xolair is een hoofdstuk IV geneesmiddel dat wordt terugbetaald als aanvullende behandeling bij ernstige persistente ongecontroleerde extrinsieke allergische astma, die onvoldoende onder controle is ondanks de dagelijkse hoge dosis inhalatiecorticosteroiden en een geïnhaleerde langwerkende beta2-agonist. De pneumoloog moet een aanvraag tot terugbetaling indienen bij de adviserend arts. Dit is een complexe procedure met veel administratieve verplichtingen (verschillende bijlagen).

Naar aanleiding van de forse stijging van de uitgaven voor Xolair, van 3 miljoen EUR in 2007 naar 22 miljoen EUR in 2016, was er eerder al buiten onze dienst een studie uitgevoerd voor de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen over de kost en de doeltreffendheid van Xolair bij astma. Via data-analyse van facturatiegegevens keken ze onder andere 3 van de 7 vergoedingsvoorwaarden na. Minder dan 3 patiënten op 10 beantwoordden aan de vergoedingsvoorwaarden bij eerste gebruik.

Als aanvulling op deze studie voerden wij een terreinanalyse over Xolair uit om de resultaten van de studie voor de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen af te toetsen aan de gegevens in het medisch dossier. We wilden bij een selectie van medische dossiers van astmapatiënten nagaan of deze beantwoordden aan de vergoedingsvoorwaarden.

Methode

We vroegen facturatiegegevens op over de aanrekening van Xolair in de periode 2014 t.e.m. 2018 bij de V.I.'s. Uit de 30 meest voorschrijvende pneumologen selecteerden we 20 pneumologen en 5 verzekerden per pneumoloog. We vroegen de eerste aanvraag tot terugbetaling van Xolair (bijlage A) en de aanvragen voor verlenging van de terugbetaling (bijlage C) op bij de V.I.'s om na te gaan of de gevraagde bijlagen aanwezig waren en of ze correct en volledig ingevuld waren.

We raadpleegden het medisch dossier van de geselecteerde verzekerden bij de pneumoloog om de aanwezigheid van bijlage B (het formulier met de klinische beschrijving bij de eerste aanvraag tot

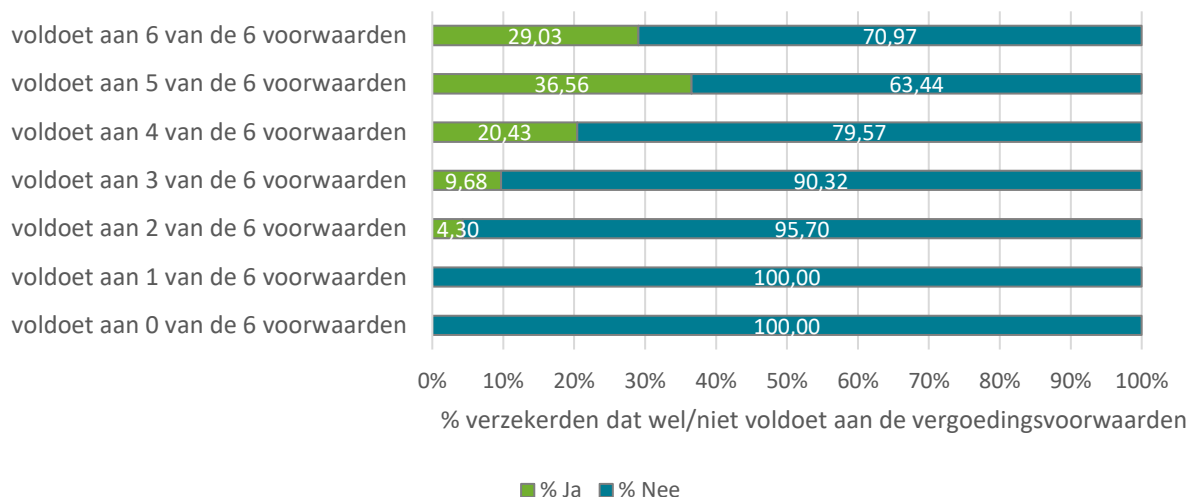
terugbetaling, bewaard in het medisch dossier) en bijlage D⁶ (het formulier met een beschrijving van de verbeterde klinische toestand bij de verlengingsaanvraag, bewaard in het medisch dossier) na te gaan. We gingen de volledigheid van de gegevens in de bijlagen na. Voor de eerste aanvraag tot terugbetaling van Xolair analyseerden we in welke mate de geselecteerde medische dossiers voldeden aan de cumulatieve vergoedingsvoorwaarden. Voor de verlenging van de terugbetaling van Xolair gingen we bij de meest recente aanvraag de voorwaarde na of de behandeling doeltreffend was.

Resultaten

De meerderheid van de bijlagen A (82 %) en 13 % van de bijlagen C hebben we niet ontvangen van de V.I.'s. Van 2 V.I.'s hebben we geen gegevens ontvangen. Op het terrein was er een zeer wissende praktijk i.v.m. de aanwezigheid van de bijlagen B en D in het medisch dossier. Hoewel de V.I.'s niet verplicht zijn om de bijlagen meer dan 3 jaar te bewaren, bemoeilijkte dit de praktische uitvoering van de terreinanalyse.

De pneumologen vulden de verschillende bijlagen onvolledig en/of niet correct in. Dit geldt zowel voor de administratieve als voor de medische elementen. In een aantal gevallen kwamen de medische gegevens in het dossier niet overeen met deze op de bijlage B.

De vergoedingsvoorwaarden worden onvoldoende nageleefd. Bij de eerste aanvraag tot terugbetaling van Xolair voldeed een minderheid van de verzekerden (29,03 %) aan de onderzochte voorwaarden (6 van de 7 vergoedingsvoorwaarden, nagekeken bij 93 verzekerden).



Figuur 6. Percentage verzekerden dat wel of niet voldeed aan de onderzochte vergoedingsvoorwaarden (6 van de 7 vergoedingsvoorwaarden, nagekeken bij 93 verzekerden)

Bij de aanvraag tot verlenging van terugbetaling kon er voor 35 % van de onderzochte verzekerden (34 van 97 verzekerden) op basis van bijlage D niet besloten worden tot een doeltreffende behandeling met Xolair.

Acties en voorstellen

We hebben de resultaten van onze terreinanalyse meegedeeld aan het Comité van de DGEC en aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

We voorzien een sensibilisatiebrief te sturen naar alle Belgische pneumologen, met de bevindingen van deze terreinanalyse en met de vraag om de vergoedingsvoorwaarden voor terugbetaling van Xolair strikt toe te passen en deze behandeling voor te behouden voor de juiste doelgroep.

We willen de adviserend artsen van de V.I.'s vragen om nieuwe aanvragen tot of verlenging van de tegemoetkoming van Xolair strenger te controleren. Hierbij kunnen bijlage B en, indien nodig,

⁶ Bijlage D is sinds 01.04.2020 afgeschaft. De beschrijving van de verbeterde klinische toestand staat nu vermeld op bijlage C.

bijkomende bewijsstukken uit het medisch dossier van een 200-tal verzekerden opgevraagd worden (aantal verzekerden per V.I.'s in verhouding tot het ledental).

Gezien de COVID-19-pandemie stellen we beide acties zo lang als nodig uit om de belasting op de pneumologen te beperken.

f) Evaluatie van 5 topics in de klinische biologie

Oorsprong en objectief

We evalueerden 5 laboratoriumtesten in de sector van de klinische biologie:

- ✦ carboxy-/methemoglobine,
- ✦ toxicologische screening,
- ✦ immunoglobulinen type E (IgE),
- ✦ lichte ketens,
- ✦ troponinen.

Sommige van deze testen worden vooral bij ambulante patiënten gebruikt, andere meer bij patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis.

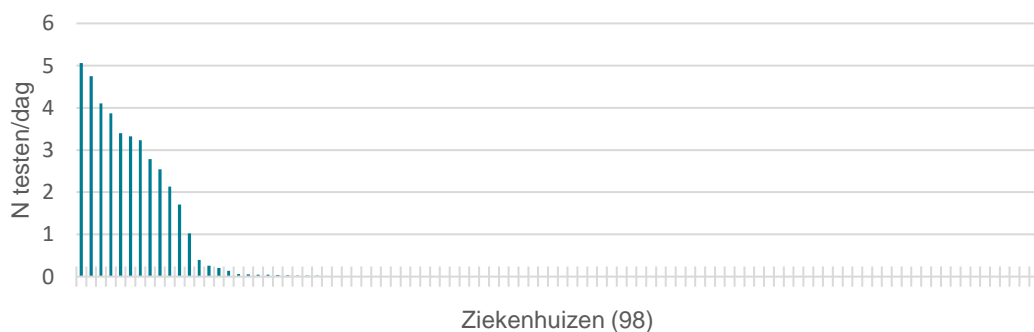
Met deze desktopstudie wilden we nagaan of artsen deze onderzoeken doelmatig voorschrijven en laboratoria deze conform de geldende regelgeving aanrekenen.

Methode

We analyseerden de facturatiegegevens afkomstig van de V.I.'s van de periode 2016-2018. We gingen na of artsen deze testen volgens de principes van EBM aanwendden en volgens de indicaties zoals bepaald in de diagnoseregels van de nomenclatuur. We gingen ook na of ze de tarifieringsregels respecteerden. In sommige gevallen namen we contact met het laboratorium of de voorschrijver om bijkomende informatie te verzamelen.

Resultaten

We stelden vast dat sommige zorgverleners of -instellingen bepaalde testen niet doelmatig aanwenden en gebruiken in situaties waar deze geen meerwaarde hebben. Dit was onder andere het geval voor carboxy- en methemoglobine. 12 ziekenhuizen voerden deze testen dagelijks uit op de afdeling intensieve zorg (soms meermaals per dag), terwijl de meeste ziekenhuizen deze nooit of zelden uitvoerden. Onderstaande grafiek illustreert dit voor carboxyhemoglobine.



Figuur 7. Per ziekenhuis, gemiddeld aantal carboxyhemoglobinetesten per dag op intensieve zorg (2018 - semester 1)

We vonden ook ondoelmatigheden bij de testen 'lichte ketens' en 'troponinen'. Dit zijn gespecialiseerde onderzoeken (hematologie, urgentiegeneeskunde, cardiologie) die een beperkte plaats hebben in de huisartsgeneeskunde. Toch bleken een aantal huisartsen deze regelmatig of routinematig voor te schrijven. Hetzelfde geldt voor toxicologische screening in het bloed; dit is een verstrekking die gericht dient aangewend te worden. Eén ziekenhuis gebruikte deze test echter routinematig op de spoedafdeling.

Voor specifieke IgE's bestaat er een tarifieringsregel: per bloedstaalafname worden slechts 6 verstrekkingen vergoed. 5 laboratoria bleken deze regel niet te respecteren.

Acties en voorstellen

12 ziekenhuizen en 5 laboratoria werden aangeschreven en aangemaand hun gedrag aan te passen. Bij één ziekenhuis en 2 artsen startten we een controleonderzoek wegens aanzienlijke financiële impact of veralgemeende overconsumptie. Voor één topic formuleerden we een voorstel tot verbetering van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Vervolg

De terugbetaling van laboverstrekkingen in de klinische biologie verloopt slechts voor 25 % per verstrekking (grotendeels forfaitair systeem) en er is voor quasi elke test een apart nomenclatuurnummer voorzien (grote diversiteit aan testen). Het zou dus een arbeidsintensief proces zijn om via de toegepaste methode de volledige sector te evalueren. Daarom zullen we in 2021 een nieuw project uitvoeren waarbij de grote voorschrijvers globaal (voor alle testen samen) worden opgespoord. Hierbij zullen we statistische methodes gebruiken.

g) Elektronenmicroscopisch onderzoek

Oorsprong en objectief

We beëindigen de doorlichting van de sector van de anatomopathologie met een evaluatie van de elektronenmicroscopie (EM), waarbij we onderzoeken of de aanrekeningen van EM overeenstemmen met de regelgeving en of ze op een doelmatige wijze gebeuren. EM maakt vrijwel alle details en afwijkingen in cellen zichtbaar die andere laboratoriumtests niet kunnen opsporen. De test is echter tijdrovend en ingewikkeld aangezien de kleine weefselstukjes eerst een speciale behandeling moeten krijgen.

Methode

We analyseerden de EM uitgevoerd in 2016 en aangerekend voor 31.12.2017 in België en bestudeerden de EM die we konden koppelen aan interventies gedateerd op dezelfde dag. We deden dit omdat de facturatie van EM de aanleidende verstrekking ervoor niet vermeldt.

588114 588125 Pathologisch-anatomisch onderzoek met een elektronenmicroscop, ongeacht de aangewende techniek of technieken, ongeacht het aantal afnamen B 7499 honorarium: 320,93 EUR

De NGV is onduidelijk of EM mag worden gecumuleerd met de IHC onderzoeken.

Resultaten

Deze evaluatie toont nogmaals de noodzaak om het onderzoek te dateren op de dag van staalafname en om een verplicht veld voor de oorspronkelijke interventie bij de facturatie in te voeren. In de helft van de gevallen bleek de oorspronkelijke interventie immers onbekend. Zonder oorspronkelijke interventie is een controle op de aanrekening onmogelijk en krijgen we geen goed inzicht in de indicatiestelling voor EM.

De zeldzaamheid van dit onderzoek springt in het oog. In 2016 werd EM 1.993 keren uitgevoerd voor 627.914 EUR. Slechts 10 van de 85 labo's, voornamelijk labo's van universitaire ziekenhuizen, verrichten EM. Het aantal onderzoeken met een elektronenmicroscop varieerde van 18 tot 790 verstrekkingen per labo. Slechts 11 artsen van de 19.773 actieve artsen-specialisten⁷ vroegen dit onderzoek meer dan 15 keren aan en 3 artsen namen 25 % van alle voorschriften voor hun rekening in het kader van de diagnostiek van het Ehlers-Danlos syndroom. Internationaal is er consensus dat de huid bij patiënten met het Ehlers-Danlos syndroom geen pathognomonische afwijkingen vertoont. In absolute aantallen schreven de artsen-specialisten dit onderzoek vooral voor bij nierpuncties en

⁷ Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: PlanKad Artsen 2004-2016: Synthese juni 2019.

huidbiopties. Wat de oorspronkelijke interventie betrof, vielen grote verschillen in voorschrijfgedrag op voor eenzelfde interventie.

Gelet op de zeldzaamheid van dit onderzoek en de uitgesproken variatie in voorschrijfgedrag, rijst de vraag of EM nog langer deel moet uitmaken van de nomenclatuur. We benadrukken ook de nood aan een nomenclatuurwijziging om te verduidelijken met welke weefselonderzoeken EM in cumul kan aangerekend worden.

Acties en voorstellen

- ✦ We schreven naar 3 artsen die EM voorschreven in het kader van het Ehlers-Danlos syndroom, dat hun voorschrijfgedrag in overeenstemming dient te zijn met de huidige wetenschappelijke inzichten.
- ✦ We stelden de analyse voor in de betrokken werkgroep van de TGR.
- ✦ We hebben een studievoorstel over EM bij het KCE ingediend. Zij hebben dit aanvaard.

h) Percutane aortaklepvervangings (TAVI): evaluatie van de postoperatieve mortaliteit en morbiditeit

Oorsprong en objectief

Naar aanleiding van een overschrijding van het voorziene budget heeft de Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) ons gevraagd een analyse uit te voeren over de naleving van de indicaties (vergoedingsvoorwaarden) bij de aanrekening van percutaan implanteerbare aortakleppen of TAVI-kleppen (Transcatheter Aortic Valve Implantation).

We beslisten in eerste instantie een analyse uit te voeren van de postoperatieve mortaliteit en de postoperatieve morbiditeit (benaderend)⁸ evenals een algemene analyse van de afgeleverde TAVI-hulpmiddelen. Een hoge morbiditeit en/of mortaliteit kan een aanwijzing zijn voor een behandeling buiten de indicaties.

Sedert 01.08.2016 zijn in de nomenclatuur 2 nummers voorzien voor de TAVI-klep⁹: een volwaardige vergoeding indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan ('TAVI groot') en een beperkte vergoeding indien niet aan de voorwaarden is voldaan of het quotum van het ziekenhuis bereikt is ('TAVI klein')¹⁰. Om een volwaardige vergoeding te bekomen moet de verzekerde voldoen aan bepaalde criteria, bijvoorbeeld een redelijke levensverwachting. Het ziekenhuis-/netwerk en het TAVI-hulpmiddel moeten ook beantwoorden aan bepaalde criteria, bijvoorbeeld een minimum aantal open klepoperaties per jaar. Het aantal 'TAVI groot'-hulpmiddelen is op nationaal niveau beperkt tot 500 per jaar. De DGV berekent voor elk ziekenhuis-/netwerk jaarlijks een quotum voor 'TAVI groot'.

Methode

We hebben een desktopstudie (data-analyse) uitgevoerd. We analyseerden de postoperatieve verblijfsduur en de verstrekkingen na de TAVI-procedure (maat voor morbiditeit) en de mortaliteit per ziekenhuis-/netwerk. De analyses zijn verricht op Documenten AZV¹¹ (gegevens geboekt van 01.07.2016 tot 30.06.2018) en voor de mortaliteitsanalyse op NewAttest (gegevens met een ontvangstperiode van 01.07.2016 tot 24.01.2020; deze gegevens omvatten de overlijdens tot 31.12.2018).

Resultaten

77 % van de ziekenhuizen-/netwerken gebruikten meer dan 90 % van het door de DGV toegekende quotum voor 'TAVI groot' op. Sommige ziekenhuizen-/netwerken rekenden ook veel 'TAVI klein' aan in verhouding tot het toegekend quotum voor 'TAVI groot'. De analyse van het aantal afgeleverde TAVI-hulpmiddelen per maand in één kalenderjaar toonde dat pas na het opgebruiken van het quotum werd

⁸ Mate van ziek zijn of vatbaarheid voor ziekte.

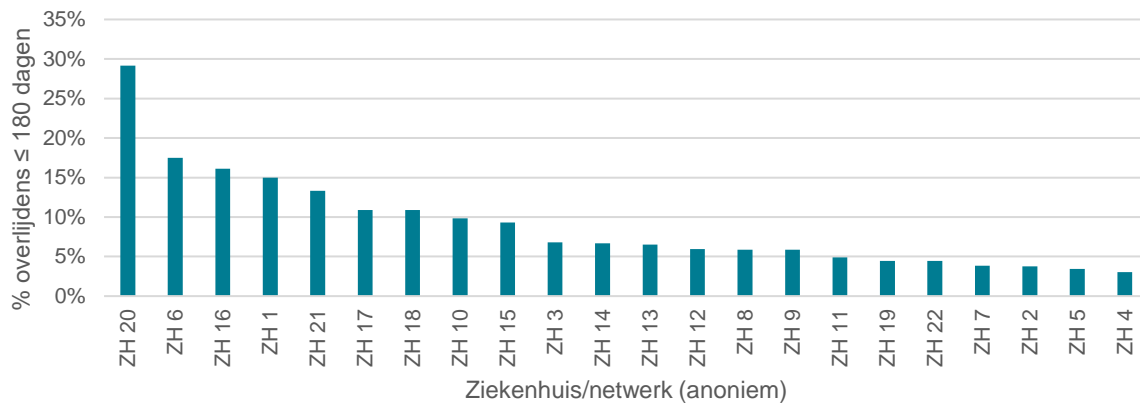
⁹ Ministerieel besluit van 20.07.2016 (in werking op 01.08.2016).

¹⁰ Daarnaast is er een beperkte vergoeding (in verhouding tot de klepprijs) van het plaatsingsmateriaal, zowel bij 'TAVI groot' als 'TAVI klein'.

¹¹ Anonieme ziekenhuisverblijven.

overgegaan tot het aanrekenen van 'TAVI klein'. We verwachten dat gevallen die niet aan de vergoedingsvoorwaarden voldoen meer gespreid in het jaar voorkomen. Dit roept de volgende vraag op: waarom wordt het quotum voor 'TAVI groot' bijna systematisch opgebruikt? Is het te laag? Of berust het aanrekenen van 'TAVI groot' of 'TAVI klein' wel op objectieve medische criteria zoals weergegeven in de vergoedingsvoorwaarden?

De leeftijd van de verzekerden die een TAVI kregen, varieerde tussen de ziekenhuizen/-netwerken. Er waren ook aanzienlijke verschillen in postoperatieve verblijfsduur (0 tot 220 dagen, mediaan 6 dagen) en mortaliteit per ziekenhuis/-netwerk. De vraag rijst of er een verschil is in kwaliteit tussen de ziekenhuizen/-netwerken? Worden de indicaties altijd gerespecteerd bij de beslissing tot het plaatsen van een TAVI-klep?



Figuur 8. Postoperatieve mortaliteit op middellange termijn (binnen de 180 dagen) bij verzekerden met TAVI-procedure bij ziekenhuizen/-netwerken met minstens 20 TAVI-hulpmiddelen (1.324 TAVI-hulpmiddelen, afgeleverd tussen 01.08.2016 en 04.07.2018)

Acties en voorstellen

We hebben de resultaten meegedeeld aan de DGV en de Commissie voor terugbetaling van implantaten en invasieve hulpmiddelen. We benadrukten dat men bij de herziening van het quotum voor 'TAVI groot' een systematische uitputting ervan moet voorkomen. De beslissing om een 'TAVI groot'-hulpmiddel te plaatsen moet met name beantwoorden aan de indicaties en niet aan andere (bv. financiële) criteria.

i) Toepassing van de indicatoren 'algemeen patiëntenprofiel'

Oorsprong en objectief

Na afloop van een theoretische studie in 2016 kwam de DGEC tot de conclusie dat een duidelijke overconsumptie van gezondheidszorg door de patiënt aan verschillende situaties kan worden gelinkt (overconsumptie arts, collusie tussen arts en patiënt, medische shopping, verslaving, enz.) Om te kunnen concluderen dat het profiel van de patiënt een anomalie vertoont, is het aantal contacten een belangrijke indicator. Die moet evenwel aan andere indicatoren worden gelinkt, bijvoorbeeld het geneesmiddelenverbruik, het aantal geraadpleegde artsen en/of paramedische zorgverleners, het aantal verschillende zorgverleners, enz.

Het was zeer belangrijk dat die studie werd aangevuld met een terreinanalyse, om de verschillende indicatoren en hun combinaties beter te kunnen afbakenen. Op termijn zouden de V.I.'s de relevant geachte indicatoren in het kader van hun primaire controle kunnen gebruiken.

Gelet op de aanzienlijke werklast die de door de DGEC aanvankelijk geplande analyse voor de V.I.'s meebracht, zijn we gestart met een testfase om de haalbaarheid van het project te beoordelen

Methode

We hebben twee patiënten per V.I. in de steekproef van de theoretische studie van 2016 geselecteerd (15.000 patiënten) en we hebben de V.I.'s op 3.6.2019 een brief gestuurd met de medische

verstrekkingen betreffende de patiënten. De V.I.'s moesten controleren of de gegevens correct waren en of de uitgaven van die patiënten al dan niet gerechtvaardigd waren.

Resultaten

De antwoorden van de V.I.'s op onze brief waren gevarieerd en min of meer volledig: sommige antwoorden bestonden uit cijfers, andere uit kwantitatieve termen (weinig, veel) of ze beperkten zich tot een ja/nee. Dat was waarschijnlijk deels te wijten aan een gebrek aan richtlijnen van onzentege.

De V.I.'s hebben geen fouten vastgesteld bij de invoering van de gegevens. Met behulp van de gebruikte indicatoren, gelinkt aan de elementen waarvan de V.I.'s op de hoogte waren, leek het mogelijk om gevallen van verslaving, medical shopping en weinig adequate follow-up door sommige zorgverleners op te sporen.

Acties en voorstellen

In de theoretische studie van 2016 waren 3 indicatoren geselecteerd: ontbreken van een bekende aandoening, veelvuldige contacten, raadpleging van minstens 3 artsen.

Na afloop van de testfase van de terreinanalyse waren we van oordeel dat die 3 indicatoren relevant leken en dat zij konden worden toegepast op de databanken van de V.I.'s met het oog op een primaire controle. Bovendien leek dat type van methodologie ons interessant en verschillend van het klassieke schema voor de analyse van de profielen van de zorgverleners.

Behalve de aanzienlijke werklast die de analyse meebrengt, lijkt de follow-up door de V.I.'s evenwel complex. Kan er een initiatief worden genomen ten opzichte van de verzekerden? Er zijn geen acties die de V.I.'s ten opzichte van de zorgverleners kunnen ondernemen. Zij kunnen eventueel de informatie aan de DGEC doorspelen.

Doordat het toepassingsveld beperkt is, is de analyse in de testfase stopgezet en zullen de indicatoren niet door de V.I.'s in het kader van hun primaire controle worden gebruikt.

Een vergelijkbare methodologie is evenwel toegepast voor de gevolgde patiënten in het domein van de tandheelkunde¹².

j) Evaluatie van tandheelkundige patiëntenprofielen

Oorsprong en doelstelling

In het kader van het Actieplan handhaving van de gezondheidszorg 2016-2017 bouwden we een methodiek uit om patiëntenprofielen buiten de normen van de tandheelkundige zorgconsumptie op te sporen.

Methodologie

We stelden 12 indicatoren vast op basis van de inhoud van de nomenclatuur en de ervaring van de inspecteurs. We hebben de indicatoren zo gekozen dat ze naast het gedrag van de zorgverlener ook dat van de verzekerde evalueren. Beide kunnen een impact hebben op de aanrekening van verstrekkingen.

Voor elk van deze indicatoren legden we drempelwaarden vast. Die drempelwaarden lagen ver boven de waarden die overeenkwamen met een extreme outlier.

Dit waren de 12 indicatoren:

Indicator 1: Het aantal verschillende tandartsen die een verzekerde tijdens één jaar consulteerde.

Indicator 2: Het aantal verschillende tanden per verzekerde die, onafhankelijk van de tandarts, conserverend zijn behandeld over één jaar.

Volgende nomenclatuurcodes kwamen voor deze indicator in aanmerking:

- ★ 304371, 304382, 304393, 304404, 304415, 304426, 304430, 304441, 304452, 304463

¹² Zie hieronder.

- ✦ 374371, 374382, 374393, 374404, 374415, 374426, 374430, 374441, 374452, 374463, 374474, 374485
- ✦ 373811, 373822, 373833, 373844, 373855, 373866, 373892, 373903, 373914, 373925, 373936, 373940, 373951, 373962, 373973, 373984

- Indicator 3: Het aantal contacten per verzekerde over één jaar, onafhankelijk van de tandarts.
- Indicator 4: Het aantal verstrekkingen (nomenclatuurnummers) aangerekend op een dag per verzekerde.
- Indicator 5: Het aangerekende bedrag per verzekerde per dag.
- Indicator 6: Het aangerekende bedrag per verzekerde over een jaar, onafhankelijk van de tandarts.
- Indicator 7: De bepaling van het aantal P-waarden per verzekerde over één jaar.
- Indicator 8: Het aantal nomenclatuurnummers die verwijzen naar een wortelkanaalbehandeling per verzekerde over één jaar.

Volgende nomenclatuurnummers kwamen voor deze indicator in aanmerking:

- ✦ 304312, 304323, 304533, 304544, 304555, 304566, 304570, 304581
- ✦ 374312, 374323, 374533, 374544, 374555, 374566, 374570, 374581

- Indicator 9: Het aantal RX-verstrekkingen per verzekerde over één jaar.

Volgende nomenclatuurnummers kwamen voor deze indicator in aanmerking:

- ✦ 307016, 307020, 307031, 307042, 307053, 307064, 307090, 307101, 307230, 307241, 307252, 307263, 307274, 307285
- ✦ 377016, 377020, 377031, 377042, 377053, 377064, 377090, 377101, 377230, 377241, 377274, 377285

- Indicator 10: Het aantal tanden dat meer dan 2 conserverende behandelingen heeft ondergaan over één jaar.

Dezelfde codes kwamen in aanmerking als bij indicator 2.

- Indicator 11: Het aantal identieke nomenclatuurcodes "conserverende tandzorg" per verzekerde tijdens een contact.

Dezelfde codes kwamen in aanmerking als bij indicator 10.

- Indicator 12: Het aantal identieke nomenclatuurcodes "wortelkanaalbehandeling" per verzekerde tijdens een contact.

Dezelfde codes kwamen in aanmerking als bij indicator 8.

We hebben de facturatiegegevens van de tandartsen in 2016 gebruikt om tot een steekproef van 98 verzekerden met een afwijkend profiel voor tandheelkundige verstrekkingen te komen. Voor elke indicator selecteerden we de 10 verzekerden met de hoogste waarden voor de terreinanalyse van de V.I.'s.

De V.I.'s analyseerden vervolgens de attestgegevens, die de aanrekeningen van de tandheelkundige verstrekkingen per verzekerde in 2016 weergaven, vanuit een administratief en medisch-tandheelkundig oogpunt.

Resultaten

De terreinanalyse toont een hoog percentage aan coderingsfouten door de V.I.'s aan (4,3 %) en benadrukt de meerwaarde van de analyse van de aangerekende verstrekkingen door een tandarts (en niet door een arts). Door zijn grondige kennis van de nomenclatuur en de tandheelkundige praktijk is hij de meest aangewezen persoon om onmogelijke combinaties van verstrekkingen of niet-conforme verstrekkingen te detecteren.

Acties en voorstellen

De effectiviteit van de 12 indicatoren voor de opsporing van afwijkende profielen is duidelijk. Deze methode is voorgesteld aan het Nationaal Intermutualistisch College van het Intermutualistisch Agentschap opdat ze in de toekomst zou gebruikt worden in het kader van de primaire controle door de V.I.'s. De indicatoren zouden regelmatig kunnen worden toegepast om verzekerden met een afwijkend profiel routinematig op te sporen.

De terreinanalyse toonde aan dat de codering van de facturatiegegevens op het niveau van de V.I.'s een hoog percentage aan fouten bevat. Dit zou moeten dalen om een efficiënte en betrouwbare controle door onze dienst mogelijk te maken.

2. Analyses van de datacel

De sociaal inspecteurs werken nauw samen met onze datacel die facturatiegegevens analyseert om een preciezer beeld te krijgen van het aanreken- en voorschrijfgedrag van de zorgverleners. Het gebeurt vaak dat de datacel bij dergelijke analyses anomalieën ontdekt en in kaart brengt. Dat doet ze zowel in het kader van controleonderzoeken als voor evaluatieopdrachten.

In het kader van de controleonderzoeken streeft de datacel ernaar onterechte aangerekende verstrekkingen aan te tonen via verschillende methodologieën (waaronder steekproeftrekking en extrapolatie) op basis waarvan de sociaal inspecteurs die aanrekeningen ten laste kunnen leggen. Zo analyseerde ze in 2020 o.a. de P-waarden voor de tandartsen, de M-waarden voor de kinesitherapeuten en de elektronische facturatie door huisartsen (eFact).

De datacel werkte in 2020 ook mee aan talrijke evaluatiestudies zoals de desktopstudie anatomopathologie, de evaluatie van de impact van het gedeeld elektronisch dossier op de herhaling van technische onderzoeken, de VARAK-analyses.

De datacel begon (al dan niet domeinspecifieke) indicatoren uit te werken om fraude, verspilling en overconsumptie vlotter op te sporen.

Verder speelde de datacel een actieve rol bij het uittesten en valideren van NewAttest. Dit is een nieuw werkproces waarmee onze dienst bij het Intermutualistisch Agentschap facturatiegegevens van de V.I.'s kan opvragen. Vroeger zetten de V.I.'s die gegevens op CD-roms die ze per post naar onze dienst verstuurden. Nu levert het Intermutualistisch Agentschap die gegevens elektronisch aan via NewAttest.

Tenslotte deelt de datacel haar kennis met onze sociaal inspecteurs via opleidingen over de vele databronnen die de DGEC ter beschikking heeft en over de steekproef- en extrapolatiemethode.

Om het hoofd te bieden aan deze toenemende uitdagingen werd de datacel uitgebreid tot een multidisciplinair team van 6 data-analisten en een coördinator. In 2021 zijn bijkomende aanwervingen voorzien.

Deel 3 – Acties

I. SENSIBILISEREN EN INFORMEREN

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

1. Sensibiliseringsacties via briefwisseling

In 2020 heeft de DGEC 9 sensibiliseringsacties per brief uitgevoerd bij verschillende zorgverleners uit de tabel 3.

Tabel 3. Verdeling van de sensibiliseringsacties per brief in 2020 per zorgverlener

Zorgverleners	Sensibiliseringsbrieven	Verzendingsperiode
Thuisverpleegkundigen	Dubbele tegemoetkoming van Franse personen met een handicap in de Belgische instellingen	Januari
	Hoge profielen - W-waarden	Maart
	Laattijdige facturatie	December
Huisartsen	Hoge profielen voor de verstrekkingen die via de elektronische derde-betalersregeling worden gefactureerd	Januari / augustus
	Arthroscopische meniscectomie in geval van degeneratieve knieletsels	Juli
Thuisverpleegkundigen	Hoge profielen - W-waarden	Maart
	Laattijdige facturatie	December
Orthopedisten	Arthroscopische meniscectomie in geval van degeneratieve knieletsels	Juli
	Cumulatie van peesent met andere verstrekkingen	Augustus
Laboratoria	Facturatie van een specifieke IgE-bepaling per antigen	Augustus
	Communicatie van de resultaten van de PCR-tests via Healthdata aan Sciensano ¹³	Augustus / september
Ziekenhuizen	Ingewikkelde dermatologische verbanden voor uitgebreide letsels	Oktober
Dermatologen		

Het was niet mogelijk de impact te meten van de sensibiliseringsbrieven die tijdens het tweede semester van 2020 waren verzonden. De facturatiegegevens waren immers nog niet beschikbaar toen dit verslag werd opgesteld. Wat de tijdens het eerste semester 2020 verzonden brieven betreft, was het door de ingrijpende veranderingen die de COVID-19-pandemie teweegbracht, moeilijk om de gegevens te interpreteren, vooral in de ziekenhuizen die enkel essentiële zorg verleenden of bij de huisartsen die specifieke nomenclatuurcodenummers voor de teleconsultatie kregen.

Hieronder vindt u meer informatie over elke sensibiliseringsactie uit bovenstaande tabel.

¹³ De samenvatting van de sensibiliseringsactie is te vinden op p. 67-69.

a) Tenlasteneming van verpleegkundige verzorging van Franse personen met een handicap in de Belgische instellingen – dubbele tegemoetkoming

De afgelopen jaren hebben we tijdens controleonderzoeken vastgesteld dat de verpleegkundige zorg in de opvangstructuren voor Franse patiënten door twee subsidies werd gedekt:

- ✦ enerzijds een vergoeding van de Franse *Caisse primaire d'assurance maladie* voor medische en paramedische uitgaven in verband met de toestand van de patiënt;
- ✦ anderzijds de facturering van de door de verpleegkundigen verstrekte gezondheidszorg via het RIZIV.

Sensibiliseringsacties

De DGEC heeft een sensibiliseringsbrief aan de verpleegkundigen gestuurd die voor deze Franse patiënten verstrekkingen aan het RIZIV aanrekenden. In die brief hebben we ze herinnerd aan de regelgeving en hebben we ze uitgenodigd om zich eraan te houden. De subsidiëring door Frankrijk voor zijn onderdanen dekt de zorg die in de opvangstructuren wordt verstrekt en mag niet worden gecumuleerd met de terugbetaling van de verstrekkingen door de Belgische V.I.'s.

In een brief aan de V.I.'s vroegen we hun om de terugbetaling van de verstrekkingen van artikel 8 van de nomenclatuur niet meer aan die Franse patiënten toe te kennen.

De eerste verzending vond plaats eind november 2019. De tweede vond plaats in januari 2020, waarbij we een bijgewerkte patiëntenlijst toevoegden.

Impactmeting

Bij de analyse van de facturatiegegevens afkomstig uit de lezing van de identiteitskaart, zowel voor als na de verzending van de brieven (naar de verpleegkundige en de V.I.'s) van november 2019, hebben we tussen oktober 2019 en januari 2020, een daling vastgesteld van het aantal verstrekkingen voor die patiënten (meer dan 83.000 verstrekkingen) en een daling van de terugbetalingen met iets minder dan 640.000 EUR.

Nadat we deze brieven (aan de verpleegkundigen en de V.I.'s) in januari 2020 hadden verzonden op basis van een nieuwe patiëntenlijst¹⁴, hebben we een bijkomende daling vastgesteld van de verstrekkingen en de terugbetalingen in maart 2020.

Tabel 4. Overzicht van verpleegkundige verstrekkingen tussen oktober 2019 en maart 2020 (bron: flux EID)

	10.2019	11.2019	12.2019	01.2020	02.2020	03.2020
Aantal verstrekkingen	84.548	59.480	5.371	909	6.188	1.914
Bedrag (EUR)	646.558	458.173	55.604	6.815	45.959	14.674

Opvolging

Na afloop van een vergadering met de vertegenwoordigers van de *Conseil national des soins à l'étranger* en van de Franse *Caisse primaire d'assurance maladie* is een werkgroep opgericht die moet beslissen over de noodzakelijke maatregelen om deze actie te consolideren. Hoge profielen inzake algemene geneeskunde voor de verstrekkingen die via de elektronische derde-betalersregeling worden gefactureerd

b) Hoge profielen inzake algemene geneeskunde voor de verstrekkingen die via de elektronische derde-betalersregeling worden gefactureerd

Bij een analyse over de jaarlijkse evolutie van de door de huisartsen gefactureerde bedragen hebben we tussen 2017 en 2018 een sterke toename met 9,9 % vastgesteld, wat neerkomt op 75,3 miljoen EUR. Tussen 2017 en 2018 bedroeg de gemiddelde toename op jaarbasis slechts 3,3 %, dat is 30 miljoen EUR. We hebben die buitenmaatse toename toegeschreven aan het gebruik van het elektronische circuit (eFact), dat de facturatiestroom versnelt en een optimalisering ervan mogelijk maakt, maar ook de niet-reglementaire facturatie van bepaalde handelingen in het patiëntendossier vergemakkelijkt.

¹⁴ Het overzicht van februari 2020 omvat ook de verstrekkingen en terugbetalingen van nieuwe patiënten uit de tweede verzending. Dit verklaart de plotse stijging van februari 2020 in deze tabel.

Parallel met de lancering van individuele controleacties en een benadering van de V.I.'s, hebben we in 2020 twee sensibiliseringsacties uitgevoerd.

Sensibiliseringsactie van januari 2020

We verzonden een eerste brief aan 38 huisartsen. Zij hadden de hoogste bedragen in de derde-betalersregeling gefactureerd, voornamelijk via eFact, en hadden eveneens het gemiddelde aantal verstrekkingen per patiënt, tussen 2017 en 2018, doen toenemen. We hebben hun onze analyses betreffende hun verstrekkingen meegedeeld. We hebben hun ook gevraagd om na te gaan of ze de verstrekkingen in 2018 en 2019 correct hadden gefactureerd, in het bijzonder of de nomenclatuurcodenummers 101032-101076 daadwerkelijk overeenstemden met een raadpleging van de patiënt in de praktijkkamer en niet met een tot het medisch dossier beperkte actie. Als de facturaties niet correct waren, werden zij verzocht die binnen twee maanden tegenover de V.I.'s te regulariseren.

Sensibiliseringsactie van augustus 2020

De tweede brief verzonden we aan 146 huisartsen die deel uitmaakten van de 150 artsen die in 2019 goed waren voor 10 % van de uitgaven voor 8 nomenclatuurcodenummers die met een patiëntencontact overeenstemmen¹⁵. We hebben die zorgverleners op de hoogte gebracht van onze analyses betreffende hun verstrekkingen ten opzichte van de nationale gemiddelden en hebben hun gevraagd hoe ze die toename van hun facturatie sinds eFact in gebruik werd genomen, konden rechtvaardigen. We hebben hun ook gevraagd om de conformiteit van hun facturatie in 2019 te controleren.

Antwoorden van de huisartsen

De antwoorden op de twee brieven waren zeer uiteenlopend. Weinig zorgverleners hebben toegegeven dat zij verstrekkingen op een niet-reglementaire manier hadden gefactureerd. Verschillende zorgverleners hebben erop gewezen dat zij nu verstrekkingen factureerden die in het verleden gratis werden uitgevoerd (bijv. een facturatie per gezinslid dat tijdens hetzelfde bezoek de arts heeft geraadpleegd, in plaats van één enkele facturatie), dankzij het gebruiksgemak van eFact. Andere zorgverleners hebben verklaard dat zij het patiëntenbestand van een collega hadden overgenomen of dat een stagiair ook met hun derde-betalersnummer had gefactureerd.

c) Hoge profielen thuisverpleegkundigen - W-waarden

Opvolging hoge profielen en vorige sensibiliseringsacties

Verpleegkundigen en zorgkundigen in de thuiszorg die meer dan 180.000 EUR per jaar aanrekenen aan de GVV-verzekering als zelfstandige in hoofdberoep of met een gemengd statuut of meer dan 100.000 EUR per jaar als loontrekkende beschouwen we als 'hoge' profielen en volgen we verder op. Bij voorgaande individuele onderzoeken bij hoge profielen stelden we vaak niet-uitgevoerde en niet-conform de reglementering aangerekende verstrekkingen vast voor hoge bedragen. Ook hier benadrukken we dat slechts een fractie van de verpleegkundigen en zorgkundigen in de thuiszorg deze drempel jaarlijks overschrijdt¹⁶.

We schreven de groep zorgverleners met hoge profielen aan in 2018-2019 in 3 brievencampagnes. Door hen te informeren over de regelgeving, te sensibiliseren en hen op hun verantwoordelijkheid te wijzen, beoogden we een aanpassing van hun aanrekeninggedrag. In deze brievencampagnes stelden we ook vragen opdat we bijkomend een eerste analyse van hun praktijkvoering konden uitvoeren. De antwoorden van deze vragenlijsten verwerkten we verder in 2020. De resultaten van deze analyses gaven aanleiding tot

- ✦ de opstart van meerdere individuele onderzoeken;
- ✦ de vraag tot actie door het Nationaal College van Adviserend artsen om de V.I.'s aan te spreken waar nodig;
- ✦ de verzending van vragen tot inregelstelling naar 257 zorgverleners met het oog op een toekomstige correcte aanrekening van hun verstrekkingen. Zij hadden de verantwoordingsdrempel minstens één keer overschreden in de afgelopen 3 jaren.

¹⁵ 101032, 101076, 103132, 103412, 103434, 104215, 104230, 104252.

¹⁶ Zie p. 53.

Opvolging inlezing van de eID

We werden echter beperkt in de mogelijkheden om zorgverleners te vragen om de inlezing van de eID aan te passen daar er tijdens de COVID-19-pandemie werd beslist om de eID-lezing tijdelijk op te schorten.

Opvolging maximum W-waarden

De structurele aanpak in de fraudebestrijding door de verantwoordingsdrempel is eind 2019 in de wetgeving opgenomen. De drempel werd geplaatst op 22.000 W-waarden aan verstrekkingen per kalenderjaar voor loontrekkenden en 40.000 W-waarden aan verstrekkingen voor zelfstandigen en zorgverleners die een gemengd statuut hebben van loontrekkende en zelfstandige.

We hebben in 2020 verdere stappen ondernomen om de toepassing van deze drempel voor te bereiden. We hebben voorstellen tot aanpassing van bepaalde facturatievelden gedaan zodat we voor elk profiel slechts de werkelijk aangerekende verstrekkingen op naam van de betrokken zorgverlener zouden verkrijgen. De V.I.'s en de beroepsafgevaardigden in de commissie voor thuisverpleging hebben deze goedgekeurd. De aanpassingen zullen geïmplementeerd worden in de beschikbare software (opgelegd door de commissie voor informatieverwerking in 2021).

Impact van de vorige briefencampagnes

De gezamenlijke financiële impact van de 3 briefencampagnes zullen we kunnen berekenen als de volledige facturatiegegevens van 2020 beschikbaar zijn.

In 2017 hadden 234 verpleegkundigen en zorgkundigen in de thuiszorg een hoog profiel. De eerste brief (najaar 2018) stuurden we naar 53 zorgverleners. 59 % van de aangeschreven zorgverleners met een totale omzet groter dan 180.000 EUR in 2017 had nog een hoog profiel in 2019.

We zijn voorzichtig positief over de impact van onze eerste sensibiliseringsactie maar onthouden dat er ook enkele storende factoren meespelen:

- ✦ we hebben de impact van deze actie niet kunnen vergelijken met de evolutie van het aanrekeninggedrag van een groep hoge profielen die geen brief ontvingen.
- ✦ we hebben tijdens de sensibiliseringsactie een aantal individuele controleonderzoeken bij verpleegkundigen en zorgkundigen in de thuiszorg opgestart. Een deel van de impact kan dus ook hieraan te wijten zijn.

d) Artroskopische meniscectomie in geval van degeneratieve knieletsels

In 2019 had de DGEC een nationale studie uitgevoerd met betrekking tot de behandeling van degeneratieve meniscusletsels en artroskopische meniscectomieën bij vijftigplussers. We hadden de conclusies van ons onderzoek meegedeeld aan alle orthopedisten, met name dat een conserverende benadering (gewichtsverlies, kinesitherapie, infiltraties, geneesmiddelen, enz.) de voorkeur verdient volgens de recente klinische EBM-richtlijnen¹⁷.

In juli 2020 hebben we die aanbeveling in herinnering gebracht bij alle orthopedisten, naar aanleiding van een persartikel waarin sprake was van 6.000 geplande knieoperaties. Wij hebben hen verzocht om alle elementen waarmee kan worden aangetoond dat de EBM-richtlijnen zijn nageleefd, in het medisch dossier te bewaren. Bovendien hebben wij hen geïnformeerd over ons project om een analyse uit te voeren naar de praktijk van de orthopedisten die meer dan 20 % van de meniscectomieën bij patiënten ouder dan 50 jaar uitvoeren.

Parallel met die sensibiliseringsactie hebben we de conclusies van onze nationale studie aan alle huisartsen meegedeeld en hebben wij hen geïnformeerd over de EBM-richtlijnen. We hebben hun gevraagd om daaraan in de toekomst de nodige aandacht te besteden.

e) Cumulatie van peesent met andere orthopedische verstrekkingen

Op verzoek van de werkgroep Heelkunde van de TGR hebben wij in 2019 een studie uitgevoerd over de cumulatie van de nomenclatuurcodenummers 280696-280700 (peesent) met andere orthopedische

¹⁷ Zie Jaarverslag 2019 van de DGEC.

verstrekkingen. De conclusie was dat een beperkt aantal orthopedisten de facturatie van de peestransplantatie op een niet-reglementaire wijze met andere verstrekkingen cumuleerden.

In 2020 hebben wij meerdere acties opgezet naar aanleiding van die studie, met name

- ✦ de verzending van een PV Va en een UVT aan de outliers met betrekking tot die cumulatie (alle orthopedisten hebben de ten laste gelegde sommen terugbetaald),
- ✦ de verzending van een sensibiliseringsbrief aan 23 andere orthopedisten van wie de gecumuleerde facturatie van de peestransplantatie met andere orthopedische verstrekkingen in 2017, 2018 en 2019 meer dan 1.000 EUR bedroeg. We hebben hen herinnerd aan de reglementering betreffende de facturatie van de codenummers 280696-280700 en hebben hun gevraagd te stoppen met het cumuleren van die codenummers met de verstrekkingen die krachtens de reglementering in de toekomst niet langer toegestaan zijn.

Naar aanleiding van de studie zijn in de werkgroep Heelkunde meerdere discussies gevoerd. Die werkgroep heeft een antwoord geformuleerd voor de voorzitters van de *Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie* en van de *Belgian Knee Society* in verband met het correcte gebruik van het codenummer voor de peestransplantatie, dat de sensibiliseringsactie meer gewicht zou moeten geven.

f) Facturatie van een specifieke IgE-bepaling per antigen

In het kader van de nationale studie over de facturatie van een specifieke IgE-bepaling in het bloed¹⁸ hebben we met name een analyse uitgevoerd over de facturatie van de verstrekking 556275-556286 (specifieke IgE-bepaling per antigen) van 1.11.2017 tot 30.9.2018. Volgens de NGV mag die verstrekking slechts 6 keer per bloedafname aan de verzekering voor geneeskundige verzorging worden aangerekend. Als er meer dan 6 tests worden uitgevoerd op eenzelfde bloedstaal, dan mogen de bijkomende tests niet aan de verzekering voor geneeskundige verzorging worden aangerekend.

We hebben 5 klinische laboratoria geselecteerd die gedurende de hierboven vermelde periode meer dan 6 tests per bloedstaal hadden gefactureerd en hebben hun een rappel van de reglementering toegestuurd. We hebben hun ook meegedeeld dat de facturatie van die verstrekkingen ook in de toekomst nog zou worden gevolgd.

g) Ingewikkelde dermatologische verbanden voor uitgebreide letsels

De nomenclatuurcodenummers 145272 en 145305 (Ingewikkeld dermatologisch verband voor uitgebreide letsels) geven recht op een vrij lage vergoeding van de verzekering voor geneeskundige verzorging (respectievelijk 2,59 EUR en 10,35 EUR) maar vertegenwoordigen samen elk jaar een budget van meer dan een miljoen EUR. Dat komt doordat zij worden aangerekend door een groot aantal zorgverleners: onder andere chirurgen, geriateren, neurologen, oncologen, urgentieartsen en dermatologen.

Bovendien kan de nomenclatuurtekst tot verwarring leiden en is hij moeilijk. Sommige zorgverleners houden blijkbaar geen rekening met de interpretatieregels betreffende die codenummers en rekenen die vaak ten onrechte aan. Daarom hebben we een sensibiliseringsactie opgezet en bepaalde zorgverleners, bij wijze van preventie, herinnerd aan de reglementering en de interpretatieregels. We hebben hen ook aangeraden om alle elementen die het gebruik van die codenummers rechtvaardigen, in het medisch dossier te bewaren.

Sensibiliseringsactie bij de dermatologen

We hebben de 28 dermatologen geselecteerd die het codenummer 145272 tussen 2016 en 2019 het vaakst hadden aangerekend, evenals de 5 dermatologen die hun aanrekening van dat codenummer in 2019 plots fors hadden verhoogd.

5 dermatologen hebben op de brief gereageerd en hebben ons gecontacteerd: volgens hen is hun facturatie conform. Zij hebben ons ook preciseringen gevraagd over bepaalde verbandtypes.

¹⁸ Zie samenvatting, p. 19-20.

Sensibiliseringsactie bij andere zorgverleners

Om zo veel mogelijk zorgverleners te sensibiliseren met een beperkt aantal brieven, hebben we ons ook gericht tot de hoofdartsen van alle ziekenhuizen. Wij hebben hen verzocht om alle zorgverleners van hun inrichtingen te informeren over de correcte aanrekening van de codenummers 145272 en 145305.

h) Laattijdige facturatie verpleegkundige thuiszorg

In het kader van de bestuursovereenkomst zijn acties gepland ter sensibilisering van de zorgverleners die systematisch laattijdig factureren. In de reglementering wordt immers bepaald dat de verstrekkingen moeten worden gefactureerd binnen de maand die volgt op de maand waarin de verstrekkingen zijn uitgevoerd. De eerste actie is gericht op de thuisverpleegkundigen.

Sensibiliseringsactie bij de thuisverpleegkundigen

We hebben een sensibiliseringsbrief verstuurd aan de 119 thuisverpleegkundigen die meer dan een jaar na de datum van de verstrekking meer dan 100 verstrekkingen hebben gefactureerd, gedurende het 3^{de} kwartaal 2019. We hebben hen gewezen op de voordelen van een tijdig uitgevoerde facturatie:

- ✦ beperken van de risico's op vergetelheden en fouten;
- ✦ vermijden van verwerpingen door de V.I.'s (wegens fouten of laattijdigheid);
- ✦ verkleinen van de kans op een controle door de DGEC en op geldboetes vanwege de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV.

We hebben tevens aan de thuisverpleegkundigen gevraagd om ons mee te delen om welke redenen zij meer dan 100 verstrekkingen laattijdig hadden gefactureerd en hebben hun uitgelegd dat wij de facturatie van hun verstrekkingen in de toekomst zullen blijven volgen.

Antwoorden van de thuisverpleegkundigen

Op het ogenblik dat dit verslag werd opgesteld, hadden we 92 antwoorden ontvangen. Die zijn gevarieerd:

- ✦ gebrek aan kennis of onwetendheid over de reglementering bij de thuisverpleegkundigen en/of de facturatediensten,
- ✦ regularisatie van fouten a posteriori,
- ✦ herinvoering van de gegevens na een weigering door de V.I.'s,
- ✦ persoonlijke redenen,
- ✦ activiteit als loontrekkende gedurende een bepaalde periode, wat heeft gezorgd voor een achterstand in het werk als zelfstandige.

Sommige verpleegkundigen hadden geen weet van laattijdig gefactureerde verstrekkingen en hebben gevraagd om de DGEC-gegevens die op hen betrekking hebben, te ontvangen.

2. Lezingen

De DGEC geeft eveneens lezingen over de verzekering voor geneeskundige verzorging, de algemene werking van de dienst en over specifieke, actuele onderwerpen. Onze doelgroepen bestaan vooral uit onderwijsinstellingen, erkende beroepsorganisaties, LOK's, enz. Wegens de pandemie is er in 2020 slechts 1 lezing gegeven.

a) De tandarts en de DGEC van het RIZIV

Op verzoek van de *Chambre syndicale dentaire* hebben we in september 2020 een lezing voor meer dan 200 Franstalige tandartsen georganiseerd. Het was daarbij de bedoeling om de DGEC en zijn opdracht voor te stellen en de zorgverleners te wijzen op de naleving van de GVV-wet: de nomenclatuur en de P-waarden in het bijzonder. We hebben ook uitleg gegeven over het verloop van een controleactie, de sancties en de procedures in geval van overtreding van de GVV-wet en hebben praktische raadgevingen verstrekt.

De reacties waren zeer enthousiast en positief. We hebben geantwoord op verschillende vragen, onder andere in verband met de tarificatieregels, de terugbetaling van de verstrekkingen en P-waarden.

II. CONTROLEREN EN RECUPEREREN

In dit jaarverslag stellen we de cijfers voor van onze activiteiten van controle in 2020 op basis van de gegevens die beschikbaar waren op 31.01.2020. Als we ontwikkelingen en/of vergelijkingen met cijfers uit voorgaande jaren presenteren, kunnen deze dus enigszins afwijken van cijfers in eerdere jaarverslagen. De cijfers kunnen evolueren omdat nieuwe feiten zich ondertussen hebben voorgedaan, zoals bijkomende vrijwillige terugbetalingen.

1. Nationale controleonderzoeken

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

Hieronder vindt u de samenvattingen van de 3 nationale controleonderzoeken uit 2020.

a) Overschrijding P-waarden bij tandartsen

Oorsprong en objectief

Het koninklijk besluit van 02.06.2015 (in werking vanaf 01.07.2015) bepaalt dat aan elke verstrekking van artikel 5 van de NGV een wegingscoëfficiënt P of P-waarde wordt toegekend.

De wegingscoëfficiënt P staat voor het deel van de acte (onderzoek of behandeling) waarvoor de bekwaming van een tandheeskundige vereist is. Hij werd toegekend in functie van de nodige tijd en werklust om een tandheeskundige verstrekking op een kwalitatief aanvaardbare manier uit te voeren. De P-waarde geeft niet de tussenkomst weer van een derde die geen tandheeskundige is, noch de kost van het gebruikte materiaal, noch de afbetaling van de gebruikte middelen.

Het koninklijk besluit stelt ook een grens aan het totale aantal P-waarden dat mag aangerekend worden per maand, trimester en kalenderjaar. Deze grenswaarden zijn:

- ✦ 5000 P-waarden per maand,
- ✦ 13.000 P-waarden per trimester,
- ✦ 46.000 P-waarden per kalenderjaar.

De reglementering van de P-waarden kwam er in samenspraak met de beroepsgroep, nadat de Nationale commissie tandheeskundigen-ziektefondsen en onze dienst meerdere jaren vaststelden dat een bepaalde groep tandartsen onrealistisch veel verstrekkingen attesteerde aan de ziekteverzekering.

Het doel van dit nationale controleonderzoek was na te gaan welke tandartsen de P-waardengrenzen overschreden in 2016.

Methode

We vroegen alle aangerekende tandheeskundige verstrekkingen op door Belgische tandartsen en stomatologen met ontvangstdata van facturatie bij de V.I. van 01.01.2014 t.e.m. 30.06.2017. Voor de tandheeskundige verstrekkingen uitgevoerd in 2016 berekenden we de P-waarden op basis van een referentietabel.

We openden een individueel controledossier voor de tandartsen die de wettelijk toegelaten P-waarden grenzen hadden overschreden per maand, per trimester en/of per kalenderjaar.

Vervolgens werd voor iedere tandarts een aparte databank aangemaakt en berekenden we per maand, trimester en kalenderjaar:

- ✦ het totale aantal P-waarden;
- ✦ het bedrag (EUR) voor dat totaal aantal P-waarden;
- ✦ het gemiddelde bedrag (EUR) van 1 P-waarde;
- ✦ het aantal P-waarden ten opzichte van het wettelijk toegelaten plafond op maand-, trimester- en kalenderjaarniveau;

- ✦ het bedrag (EUR) voor dat totaal aan P-waarden ten opzichte van het wettelijk toegelaten plafond op maand-, trimester- en kalenderjaarniveau.

Op welke termijn we ons uiteindelijk baseerden voor de tenlastelegging was afhankelijk van de overschrijding per maand, trimester of kalenderjaar. Het hoogste bedrag kwam in aanmerking voor de tenlastelegging.

We stelden de cutoff in op 10.000 EUR:

- ✦ bedrag overschrijding > 10.000 EUR: PV Va en UVT;
- ✦ bedrag overschrijding < 10.000 EUR: waarschuwingsbrief zonder recuperatie.

Vooraleer het PV Va te verzenden contacteerden we de tandartsen telefonisch om het project P-waarden 2016, hun PV Va en de UVT toe te lichten.

Als de tandarts een verklaring wenste af te leggen, nodigden we hem uit voor een verhoor volgens de Salduz-wetgeving. Schriftelijke opmerkingen/verklaringen (via mail of brief) werden toegevoegd aan de dossiers.

Resultaten

Aantal tandartsen die het P-waarden plafond hebben overschreden

39 tandartsen overschreden de wettelijk toegelaten P-waardengrenzen in 2016, namelijk:

- ✦ 29 tandartsen overschreden de grens voor het kalenderjaar (46.000 P-waarden);
- ✦ 6 tandartsen overschreden de trimestergrens (13.000 P-waarden);
- ✦ 4 tandartsen overschreden de maandgrens (5.000 P-waarden).

Het veelvuldig aangerekende bedrag in heel België voor 2016 bedroeg 2.023.665,42 EUR.

Waarschuwingsbrieven en proces-verbaal van vaststelling met terugvordering

9 tandartsen kregen een waarschuwingsbrief (totaal bedrag: 44.156,08 EUR) en 30 tandartsen een PV Va met UVT (totaal bedrag: 1.979.509,34 EUR).

Processen-verbaal van verhoor

15 van de 30 tandartsen (met PV Va) vroegen om gehoord te worden: 9 Nederlandstalige tandartsen en 5 Franstalige tandartsen werden verhoord, al dan niet met bijstand van hun advocaat. Eén directeur van een algemeen ziekenhuis werd gehoord.

Schriftelijke verklaringen

10 Nederlandstalige tandartsen en 2 Franstalige tandartsen stuurden schriftelijke verklaringen naar onze dienst, per mail of brief, vaak met bijgevoegde documenten. We voegden deze toe aan de dossiers.

Acties

Rechtzetting dossiers met facturatie op RIZIV-nummer zaakvoerder

Tandartsen-zaakvoerders van groepspraktijken-vennootschappen bij wie de medewerkende tandartsen attesteerden op getuigschriften van de vennootschap (innende instantie) betwisten onze cijfers. Een meer gedetailleerd onderzoek van deze dossiers (met noodzaak tot de opvraging van de originele getuigschriften) leerde ons dat er ook verstrekkingen van de medewerkende tandartsen geregistreerd waren op het RIZIV-nummer van de tandartsen-zaakvoerders.

Onze berekende P-waarden voor die tandartsen-zaakvoerders waren niet correct. We hebben het PV Va en de vraag tot terugbetaling bij 11 tandartsen geannuleerd en we sloten deze dossiers af als negatief. We brachten hen hiervan schriftelijk op de hoogte met een verwijzing naar de RIZIV-richtlijnen inzake het attesteren op papieren getuigschriften.

Het totale ten laste gelegde bedrag verminderde zo met 696.657,67 EUR.

Vrijwillige terugbetaling

11 tandartsen gingen in op de uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling. Deze dossiers sloten we af zonder verder gevolg. Ze betaalden 661.724,74 EUR terug.

Waarschuwing

We stuurden 9 waarschuwingsbrieven naar tandartsen met een overschrijdingsbedrag kleiner dan 10.000 EUR. Deze dossiers sloten we af zonder verder gevolg. Het totale overschrijdingsbedrag van deze dossiers bedroeg 44.156,08 EUR.

Inregelstelling

1 tandarts kreeg een brief met aanmaning om zich in regel te stellen met de NGV. Verstrekkingen uitgevoerd door masterstudenten tandheelkunde kunnen niet geattesteerd worden op het RIZIV-nummer van de tandarts-kliniekhoofd. Dit dossier volgen we verder op.

Procedure

We startten 7 proceduredossiers op in dit nationaal onderzoek: 2 dossiers met een procedure 'LA' en 5 dossiers met een procedure 'Kamer van eerste aanleg'.

Het totale nog terug te vorderen bedrag is 525.128,83 EUR.

Vervolg

In 2 proceduredossiers was er reeds een uitspraak van de LA:

- ✦ Bij het 1^{ste} dossier besliste de LA de bewezen tenlasteleggingen te weerhouden en een terugbetaling met administratieve boete (50 %) met uitstel gedurende 3 jaar op te leggen. We stelden een volledige vrijwillige terugbetaling vast bij de opstart van de procedure.
- ✦ Ook bij het 2^{de} dossier besliste de LA de bewezen tenlasteleggingen te weerhouden en een terugbetaling met administratieve boete (25 %) op te leggen. De tandarts betaalde het onverschuldigde bedrag met de effectieve administratieve boete. Toch tekende hij hoger beroep aan.

Het totale terugbetaalde bedrag in dit nationaal project bedraagt 678.539,60 EUR.

Jaarlijks evalueren we de overschrijding van de P-waarden grenzen in een nationaal project.

We hebben ondertussen ook een nationaal controleonderzoek geopend over de overschrijdingen van de P-waardengrenzen van verstrekkingen die in 2017 en 2018 zijn aangerekend.

b) Verpleegkundige verstrekkingen verleend in een woon- of verblijfplaats voor mensen met een handicap

Oorsprong en objectief

In dit nationale controleonderzoek gingen we na of verpleegkundigen in de thuiszorg hun verstrekkingen die ze verleenden in een woon- of verblijfplaats voor mensen met een handicap correct aanrekenen met de nomenclatuurnummers voorzien voor die locatie.

De nomenclatuur voor verpleegkundige verstrekkingen is ingedeeld volgens de plaats waar de verstrekking is uitgevoerd:

1. Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende.
2. Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekend of op een feestdag.
3. Verstrekkingen verleend hetzij in de praktijkkamer van de verpleegkundige, hetzij in een hersteloord.
- 3° bis Verstrekkingen verleend in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden.**
4. Verstrekkingen verleend in een dagverzorgingscentrum voor bejaarden.

Het verschil tussen de nomenclatuur uit punt 3° bis en de nomenclatuur uit punten 1 en 2 is dat er in de nomenclatuur voor verstrekkingen verleend in een tijdelijke of definitieve woon- of verblijfplaats voor mensen met een handicap:

- ✦ geen nomenclatuurnummers voorzien zijn voor verstrekkingen in het weekend, er is geen hogere vergoeding in het weekend of op een feestdag;
- ✦ een lagere vergoeding is voor o.a. forfaits;
- ✦ geen nomenclatuurnummers voorzien zijn voor verstrekkingen bij palliatieve patiënten;
- ✦ geen nomenclatuurnummers voorzien zijn voor verstrekkingen bij diabetespatiënten;
- ✦ geen nomenclatuurnummers voorzien zijn voor bv. de wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen. Deze verstrekking kan dus niet aangerekend worden in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats voor mensen met een handicap.

Methode

Op nationaal vlak selecteerden we willekeurig 40 instellingen waar mensen met een handicap residentieel verblijven. We contacteerden de instellingen telefonisch en per mail om ze op de hoogte te brengen van het project en de nodige informatie te verzamelen.

De bevraging bij de directie van de instellingen en de V.I.'s toonde aan dat, in de periode van januari 2016 tot april 2018, verpleegkundigen in de thuiszorg bij 2.815 bewoners verstrekkingen aanrekenden.

Op basis van de facturatiegegevens van de verschillende V.I.'s voor die groep verzekerden, controleerden we of het aangerekende nomenclatuurnummer voor de periode van 01.01.2016 tot 28.02.2018 (26 maanden), effectief dat nummer voor de woon- of verblijfplaats van mensen met een handicap was.

Resultaten

Bij 883 van de 2.815 verzekerden stelden we vast dat 235 thuisverpleegkundigen geen nomenclatuurnummers voor verstrekkingen in een woon- of verblijfplaats voor mensen met een handicap aanrekenden. Van deze bewoners vroegen we de aanwezigheidslijsten op in de instellingen.

We legden de verstrekkingen per verpleegkundige (volledig of gedeeltelijk met een verschilregel) ten laste voor de dagen waarop de bewoner 24 uur in de instelling verbleef en het nomenclatuurnummer voor de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mensen met een handicap niet was aangerekend.

Acties en voorstellen

49 verpleegkundigen of groeperingen met verpleegkundigen ontvingen een PV Va met uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling. Het totale bedrag van de niet-correcte aanrekeningen, namelijk met een nomenclatuurnummer van een andere locatie, bedroeg 620.634,88 EUR.

We stuurden 186 waarschuwingsbrieven als het bedrag van de niet-correcte aanrekeningen lager dan 3.000,00 EUR was.

We registreerden een volledige terugbetaling voor 42 PV Va's. Eén zorgverlener heeft een afbetalingsplan.

Voor de 6 dossiers waar geen terugbetaling gebeurde, hebben we een dossier voorbereid om de terugbetalings- en sanctieprocedure op te starten.

De dossiers met volledige terugbetaling sloten we af en de betrokken verpleegkundigen kregen hierover een brief.

In december 2019 werd de nomenclatuur voor verpleegkundigen aangepast. Die aanpassing heeft nu verduidelijkt wanneer de verstrekkingen mogen worden aangerekend als zijnde verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende. De duidelijke opsomming geeft expliciet aan voor welke concrete locaties de nummers van 1 en 2 mogen worden aangerekend. Daardoor is het nu veel duidelijker voor de verpleegkundigen in de thuiszorg dat ze de NGV-nummers in 1 en 2 niet mogen aanrekenen voor verstrekkingen die ze verleenden in een gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats voor mensen met een handicap.

In september 2020 selecteerden we opnieuw willekeurig een aantal tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaatsen voor mensen met een handicap om dezelfde problematiek te controleren.

c) Autosondage: facturatie door apothekers

Oorsprong en doelstelling

Sinds 01.11.2017 wordt de terugbetaling van de sondes voor de autosondage bij de patiënt thuis geregeld door een nieuw koninklijk besluit¹⁹ dat het tot dan toe geldende koninklijk besluit vervangt²⁰.

De aflevering en facturatie van de sondes zijn voortaan exclusief voorbehouden aan apothekers-titularissen van voor het publiek opengestelde officina's. Zij mogen voortaan de derde-betalersregeling toepassen. Daartoe moeten zij nagaan of het aantal en de aard van de sondes die zij afleveren conform de akkoorden zijn die door de adviserend artsen van de V.I.'s zijn toegekend.

Het doel van onze controleactie was na te gaan of de apothekers de sondes in het kader van die nieuwe reglementering correct factureerden.

Methode

We hebben de facturatiegegevens van de apotheken met betrekking tot de sondes voor autosondage gecontroleerd voor de periode tussen 01.11.2017 en 30.06.2019:

- ✦ sondes met geïntegreerd glijmiddel en meer geavanceerde sondes (RC 743396),
- ✦ droge sondes (RC 743411).

We hebben het volgende vastgesteld:

- ✦ enerzijds abnormaal hoge terugbetaalde bedragen per patiënt, wat ons deed vermoeden dat er niet-afgeleverde sondes waren gefactureerd (onterechte facturatie), en
- ✦ anderzijds grote verschillen in de gefactureerde bedragen tussen de eerste 5 apothekers en de anderen, wat ons deed vermoeden dat de sondes niet conform de terugbetalingsregels waren afgeleverd, omdat ze waren afgeleverd door een derde die niet de officina-apotheker was ("verstrekkingen door een niet-gemachtigde derde").

Onterechte facturatie

Om de apothekers op te sporen die mogelijk in overtreding waren, hebben we eerst de patiënten geselecteerd van wie de terugbetaalde bedragen de toegelaten maximumbedragen overschreden (betwiste gevallen); daartoe hanteerden we de volgende rekenformule: [maximumbedrag dat per dag kan worden terugbetaald²¹] x [het aantal dagen tussen de datum van de vermoedelijke eerste aflevering en de einddatum van de controleactie (30.06.2019)].

We hebben een rangschikking opgesteld van de 222 apotheken die betrokken waren bij de betwiste patiëntengevallen. Wij selecteerden de apotheken waarvan de overgefactureerde bedragen te wijten waren aan een foutieve invoer van het geneeskundig voorschrift, dat wil zeggen, wanneer de apotheker de aan te rekenen hoeveelheid (het aantal dozen met sondes) had verward met het aantal sondes. We hebben ook de volgende apotheken uitgesloten:

- ✦ de apotheken die betrokken waren bij het tweede deel van de controleactie (de verstrekkingen verleend door een niet-gemachtigde derde);
- ✦ de apotheken die na 30.06.2019 een deel van de bedragen via Farmanet hebben geregulariseerd;
- ✦ de apotheken waarvan het overgefactureerde bedrag te laag werd geacht.

We stelden vast dat de apothekers meer sondes hadden gefactureerd, dan zij naar eigen zeggen hadden afgeleverd. We hebben een PV Va opgesteld waarin we het onverschuldigde bedrag

¹⁹ KB tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis, BS 08.05.2017.

²⁰ KB van 15.05.2003 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis.

²¹ Het koninklijk besluit van 18.04.2017 beperkt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging tot 8 sondes per dag, d.w.z. tot 8 x 2,7 EUR (21,6 EUR) voor sondes met geïntegreerd glijmiddel en 8 x 1 EUR (8 EUR) voor droge sondes.

berekenen op basis van het aantal onterecht gefactureerde sondes (het verschil tussen het aantal gefactureerde sondes en het aantal afgeleverde sondes).

Verstrekkingen door een niet-gemachtigde derde

Voor de periode van 01.11.2017 tot 31.05.2019 beloopt de totale geregistreerde facturatie voor sondes met geïntegreerd glijmiddel en meer geavanceerde sondes in ons land 30.306.042,90 euro. In dezelfde periode factureerden 5 apotheken meer dan een miljoen euro; samen zijn ze goed voor meer dan 30 % van de nationale facturaties.

We hebben de facturatiegegevens van die 5 apotheken nader onderzocht volgens hun volgorde in onze rangschikking. Bij de eerste drie stelden we vast dat de geografische spreiding van de voorschrijvers van die sondes allerminst strookt met de plaatsen waar de betrokken apotheken zich bevinden. We hebben de betreffende apothekers verhoord om de redenen van die hoge facturatie en die verrassende lokalisatie van voorschrijvers te kunnen begrijpen.

Resultaten

Onterechte facturatie

We selecteerden 18 apotheken op basis van de uitsluitingscriteria en stelden voor elk daarvan een PV Va op. Het onverschuldigd bedrag beloopt 635.489 euro.

Tabel 5. Apotheken die hogere hoeveelheden sondes hebben gefactureerd dan de hoeveelheden die ze hebben verklaard te hebben afgeleverd

Apotheek	Aantal gefactureerde sondes	Aantal afgeleverde sondes	Aantal niet-afgeleverde sondes	Gefactureerd bedrag (EUR)	Correct factureerbaar bedrag (EUR)	Onverschuldigd bedrag (EUR)	Aantal voorschriften
1	21.600	360	21.240	58.320	972	57.348	3
2	14.400	240	14.160	14.400	240	14.160	2
3	9.600	160	9.440	9.600	160	9.440	2
4	27.000	450	26.550	72.900	1.215	71.685	8
5	18.000	300	17.700	48.600	810	47.790	1
6	7.200	120	7.080	19.440	324	19.116	1
7	14.640	240	14.400	39.528	648	38.880	1
8	15.300	330	14.970	22.950	585	22.365	2
9	57.600	960	56.640	155.520	2.592	152.928	2
10	10.800	180	10.620	10.800	180	10.620	3
11	9.000	300	8.700	24.300	810	23.490	2
12	48.000	1.380	46.620	48.000	1.380	46.620	2
13	7.320	120	7.200	7.320	120	7.200	2
14	14.400	240	14.160	38.880	648	38.232	2
15	18.000	300	17.700	18.000	300	17.700	1
16	9.000	150	8.850	24.300	405	23.895	1
17	9.000	180	8.820	24.300	486	23.814	1
18	4.200	420	3.780	11.340	1.134	10.206	2
Totaal	315.060	6.430	308.630	648.498	13.009	635.489	38

Verstrekkingen door een niet-gemachtigde derde

Tijdens hun verhoor verklaarden twee apothekers (uit de top-drie van verdachten) dat zij de keuze van de sondes, de bestelling ervan bij de firma's en de daadwerkelijke aflevering ervan aan de patiënten met de bijbehorende raadgevingen, hadden toevertrouwd aan bandagisterieën (die hun "marktaandeel" bij de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 18.04.2017 hadden verloren).

De terugbetalingen ten gunste van een zeer groot aantal patiënten werden vervolgens teruggegeven aan de bandagisterieën waarvan het personeel het werk had verricht dat wettelijk gezien uitsluitend is voorbehouden aan apothekers.

Acties en voorstellen

Onterechte facturatie

Na de verzending van de PV Va's en de verzoeken tot vrijwillige terugbetaling,

- ✦ hebben 12 apothekers het vastgestelde onverschuldigd bedrag terugbetaald (vrijwillige terugbetaling); voor een totaalbedrag van 349.319 euro, hetgeen 54,97 % van het totale onverschuldigde bedrag vertegenwoordigt;
- ✦ hebben 2 tarifieringsdiensten via Farmanet het onverschuldigd bedrag van 5 apotheken geregulariseerd voor een totaalbedrag van 278.970 euro, hetgeen 43,9 % van het totale onverschuldigde bedrag vertegenwoordigt;
- ✦ heeft 1 apotheek het vastgestelde onverschuldigde bedrag niet terugbetaald; namelijk een totaalbedrag van 7.200 euro, hetgeen 1,13 % van het totaal onverschuldigd bedrag vertegenwoordigt.

Verstrekingen door een niet-gemachtigde derde

Naar aanleiding van ons verhoor heeft een van de betrokken apothekers die in een coöperatieve werkt en niet op de hoogte was van de handelingen van zijn werkgever, een klacht ingediend bij het arbeidsauditoraat van zijn gerechtelijk arrondissement.

Alle onderzoeksdaden die sindsdien werden verricht, werden bij apostille verricht en voor rekening van het arbeidsauditoraat. De ontwikkelingen zijn dus gedekt door het onderzoeksgeheim.

2. Individuele controleonderzoeken

De individuele controleonderzoeken kunnen voortkomen uit een nationaal controleonderzoek of uit een externe melding die we hebben ontvangen.

In totaal hebben we 1.050 verhoren afgenomen in onderzoeken die in 2020 werden afgesloten. Daarenboven hebben we 1.209.573 inbreuken vastgesteld op de geldende wetgeving en hebben we 304 PV van vaststelling opgesteld.

Eenzelfde verstrekking kan aanleiding geven tot meerdere inbreuken. Bijvoorbeeld een zorgverlener schreef medicatie voor buiten indicatie en bewaarde de nodige attesten niet in het patiëntendossier terwijl dat reglementair verplicht was. Hoewel er meerdere inbreuken zijn gepleegd, wordt slechts één inbreuk ten laste gelegd.

a) Per type beslissing

De arts-inspecteur generaal van de directie Controle beslist welk gevolg zal worden gegeven aan een individueel controleonderzoek. Tabel 6 geeft de individuele controleonderzoeken weer waarvoor de arts-inspecteur generaal een eerste beslissing heeft genomen in 2020.

Tabel 6. Afgesloten controleonderzoeken in 2020, volgens beslissing

Beslissing arts-inspecteur generaal	Aantal onderzoeken	%	TLL bedrag	VT
Melding geklasseerd zonder gevolg	23	5	0,00 EUR	0,00 EUR
Negatief	73	15	0,00 EUR	0,00 EUR
Informatief	8	2	0,00 EUR	0,00 EUR
Verwittiging	117	24	0,00 EUR	0,00 EUR
Vaststelling zonder adm. procedure	159	32	6.125.947,97 EUR	5.943.974,30 EUR
Vaststelling met administratieve procedure	43	9	3.950.163,71 EUR	231.073,60 EUR
Opvolging door derden	72	14	1.205.834,00 EUR	22.415,58 EUR
Totaal	495	100	11.281.945,68 EUR	6.197.463,48 EUR

TLL: tenlastegelegd bedrag, VT: bedrag vrijwillige terugbetaling

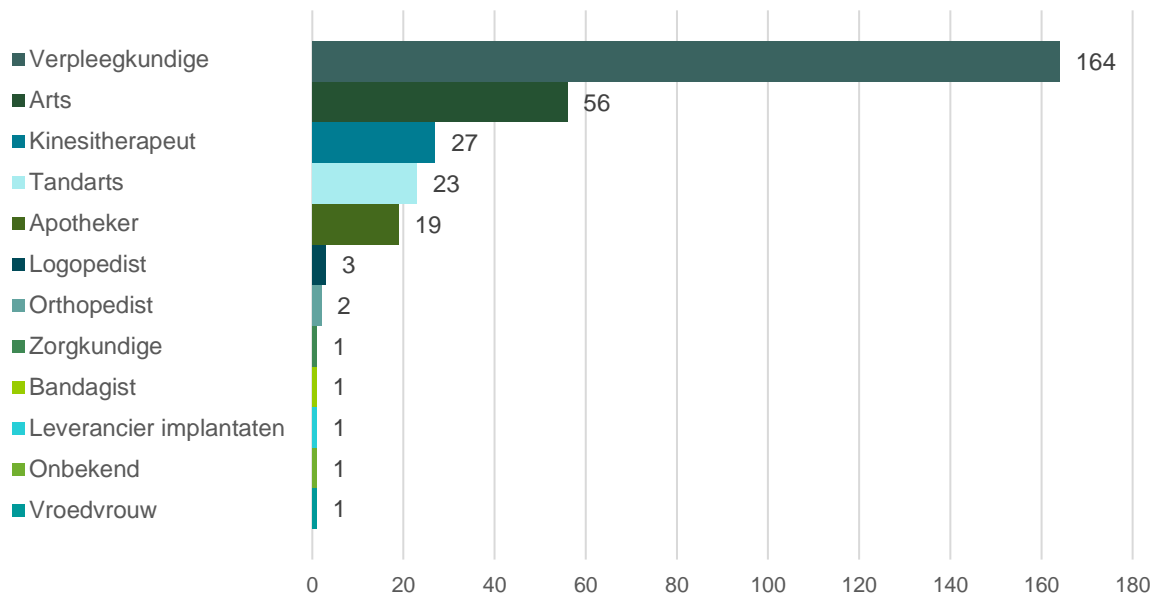
Uitleg bij tabel 6

- ✦ De categorie *melding geklasseerd zonder gevolg* omvat 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 duidelijk ongegrond bleek
 - ✧ enz.
- ✦ De categorie *negatief* omvat die gevallen waar de vermoedens van vergissingen of bedrog na onderzoek ongegrond blijken te zijn. De reden waarom een melding « negatief » is staat expliciet vermeld in de beslissing.
- ✦ 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* omvat de 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.
- ✦ Voor de categorie *vaststelling zonder administratieve procedure* starten we geen procedure op bij de LA of administratieve rechtscolleges omdat de zorgverlener/zorginstelling
 - ✧ het volledige tenlastegelegde bedrag vrijwillig heeft terugbetaald. We sturen een bericht naar de zorgverlener/zorginstelling met de bevestiging van vrijwillige terugbetaling na PV Va en laten hem weten dat zijn aanrekeningen in de toekomst kunnen opgevolgd worden.
 - ✧ een afbetalingsplan volgt voor de terugbetaling van het tenlastegelegde bedrag.
- ✦ *vaststelling met administratieve procedure*: de controleonderzoeken waarvoor we een inbreuk hebben vastgesteld en waarbij de zorgverlener het tenlastegelegde bedrag niet (helemaal) heeft terugbetaald kunnen op verschillende manieren behandeld worden. We kunnen:
 - ✧ een procedure bij de LA opstarten,
 - ✧ een procedure opstarten bij de Kamer van eerste aanleg (KEA).
- ✦ *opvolging door 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,
 - ✧ de Procureur des Konings,
 - ✧ de Orde der artsen,
 - ✧ het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten,
 - ✧ enz.

Slechts voor een beperkt aantal dossiers wordt een procedure ingeleid. In 2020, volgde er bij 53 controleonderzoeken een procedure terwijl 44 dossiers werden doorverwezen naar derden.

b) Per beroepscategorie

299 individuele controleonderzoeken betroffen zorgverleners. Figuur 9 toont het aantal afgesloten individuele controleonderzoeken per beroepsgroep.



Figuur 9. aantal controleonderzoeken met 1^{ste} beslissing van de arts-inspecteur generaal in 2020, per beroepsgroep

81 individuele controleonderzoeken betroffen ziekenhuizen en 39 gemeenschappelijke verblijfplaatsen voor mensen met een handicap. 50 controleonderzoeken betroffen verzekerden.

c) Evolutie 2016-2020

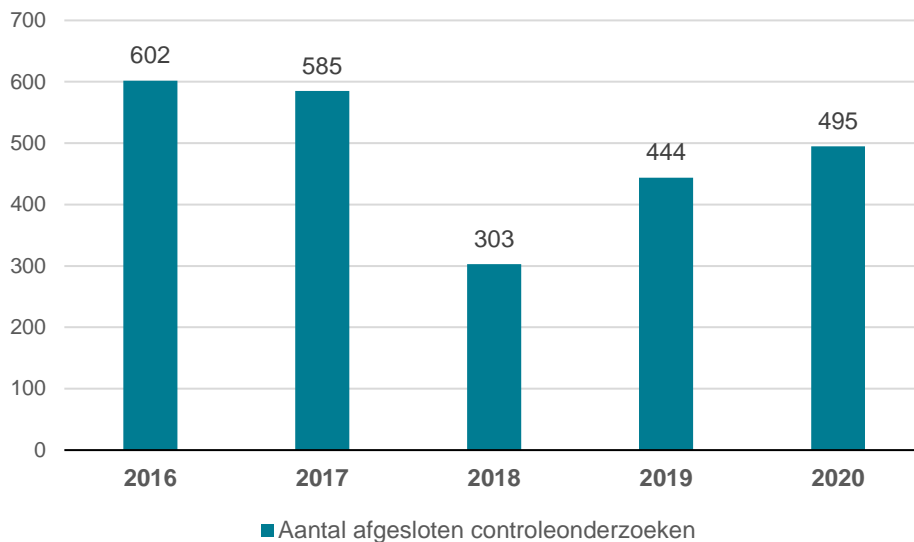
In 2020, hebben we 495 controleonderzoeken afgesloten. Het aantal afgesloten controleonderzoeken is gestegen (figuur 10). Die stijging is vooral te verklaren door een verhoging van onze inspectiecapaciteit en onze inspectiemogelijkheden.

- ✦ Na een jarenlange daling vertoont het aantal personeelsleden in het algemeen en sociaal-inspecteurs in het bijzonder een opwaartse trend sinds 2019: we kunnen weer meer inspecteurs aanwerven.
- ✦ Door te investeren in een intensief opleidingsprogramma kunnen we de inlooptijd verkorten die de inspecteurs nodig hebben om operationeel te zijn, zodat ze sneller aan de verschillende taken van onze dienst kunnen worden toegewezen.

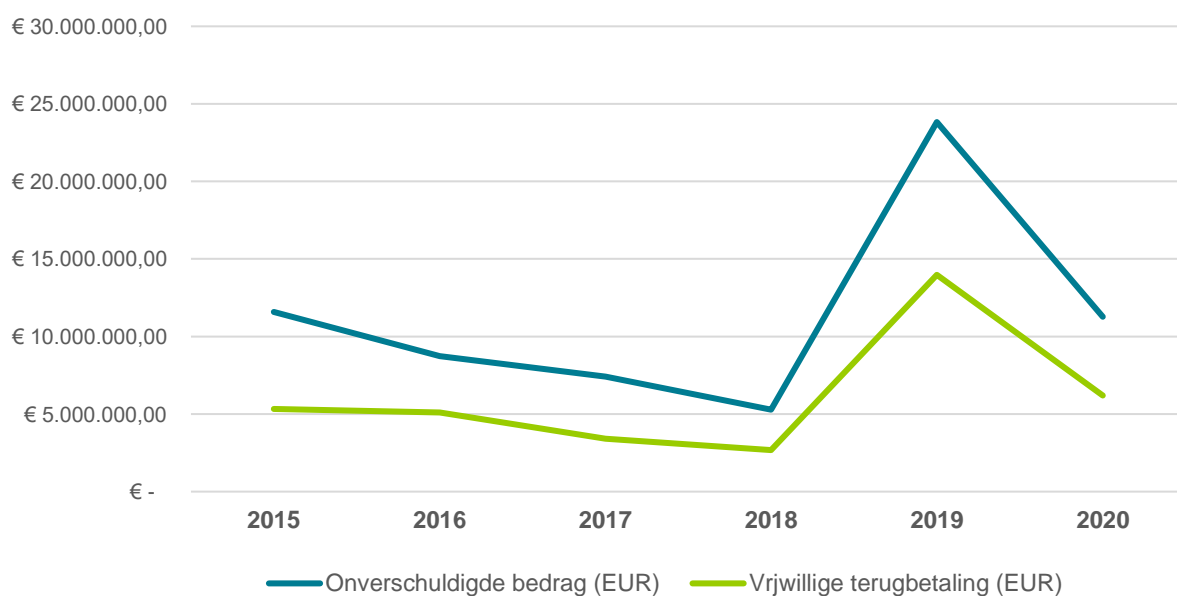
We passen onze interne werkingsprocedures aan om de doeltreffendheid van onze acties te verhogen evenals hun impact op het gedrag van zorgverleners inzake aanrekenen en voorschrijven.

Andere mogelijke verklaringen:

- ✦ de ontvangen meldingen worden beter geanalyseerd en gefilterd;
- ✦ de inbreuken worden vaker op nationaal vlak onderzocht;
- ✦ bepaalde inbreuken worden systematisch gecontroleerd;
- ✦ in het kader van de individuele controleonderzoeken kijken we vaker na of er geen elementen zijn die een nationale aanpak rechtvaardigen;
- ✦ enz.



Figuur 10. Evolutie aantal afgesloten controleonderzoeken



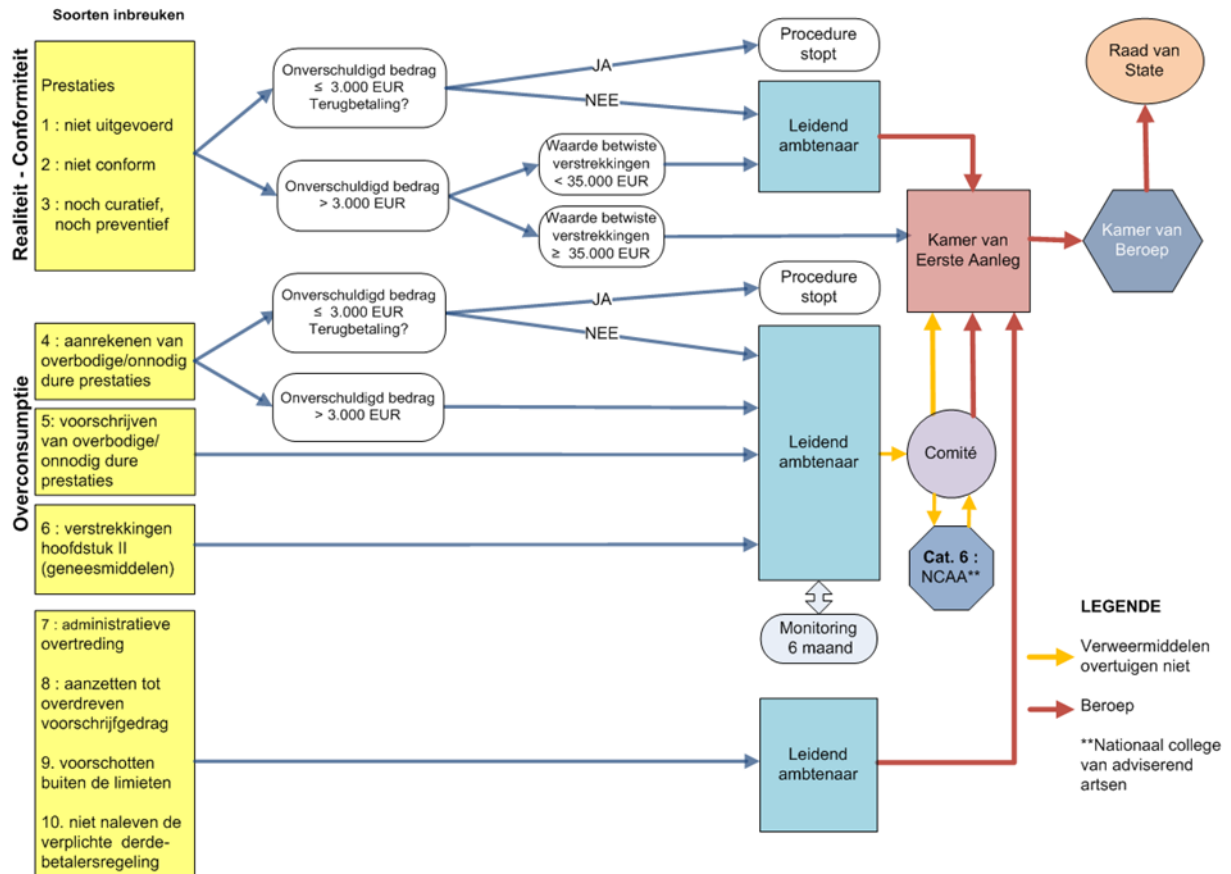
Figuur 11. Evolutie van de tenlastegelegde bedragen en de vrijwillige terugbetalingen

In 2020 hebben we een totaal bedrag van 11.281.945,68 EUR tenlastegelegd, waarvan een totaal bedrag van 6.197.463,48 EUR vrijwillig werd terugbetaald.

d) Opgvolging van de administratieve procedures

Wanneer een zorgverlener het totale tenlastegelegde bedrag niet vrijwillig terugbetaalt, kan een procedure tot recuperatie worden opgestart. Beroep is mogelijk. Die controleonderzoeken afgesloten als "vaststelling met administratieve procedure" (zoals vermeld in tabel 6) worden opgestart door de bevoegde instantie.

De instantie en het te volgen traject hangen af van de vastgestelde inbreuk(en). Figuur 12 toont op schematische wijze de mogelijke trajecten.



Figuur 12. Gevolgde procedure in functie van het type inbreuk

Het type inbreuk bepaalt welke administratieve procedure moet worden gevolgd. Ook het onverschuldigd bedrag en de waarde van de betwiste verstrekking bepalen welke procedure moet gevolgd worden zoals wordt aangetoond in bovenstaande figuur.

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.

Onderstaande tabellen tonen het aantal beslissingen die in 2020 definitief zijn geworden en de gegevens, per type van beslissing. Vanaf dit jaar (2020), geven we enkel de definitieve beslissingen. We beschouwen een beslissing als « définitief » wanneer geen beroep werd aangetekend drie maand na de datum van de betekening van de beslissing (uitzonderingen blijven mogelijk). U zal hier dus geen gegevens vinden over een beslissing genomen door de LA voor een vaststelling met procédure eind 2020, maar waartegen de geïnteresseerde beroep heeft aangetekend bij de KEA in 2021.

De datum van de beslissing zelf kan zich situeren tussen 01.10.2019 en 30.09.2020.

In 2020, werden 11 beslissingen van de LA definitief (tabel 7). De LA beslist over de opgelegde terugbetaling en eventuele boetes, effectieve en/of met opschorting.

Tabel 7. Beslissingen van de LA beschouwd als definitief in 2020 (n = 11)

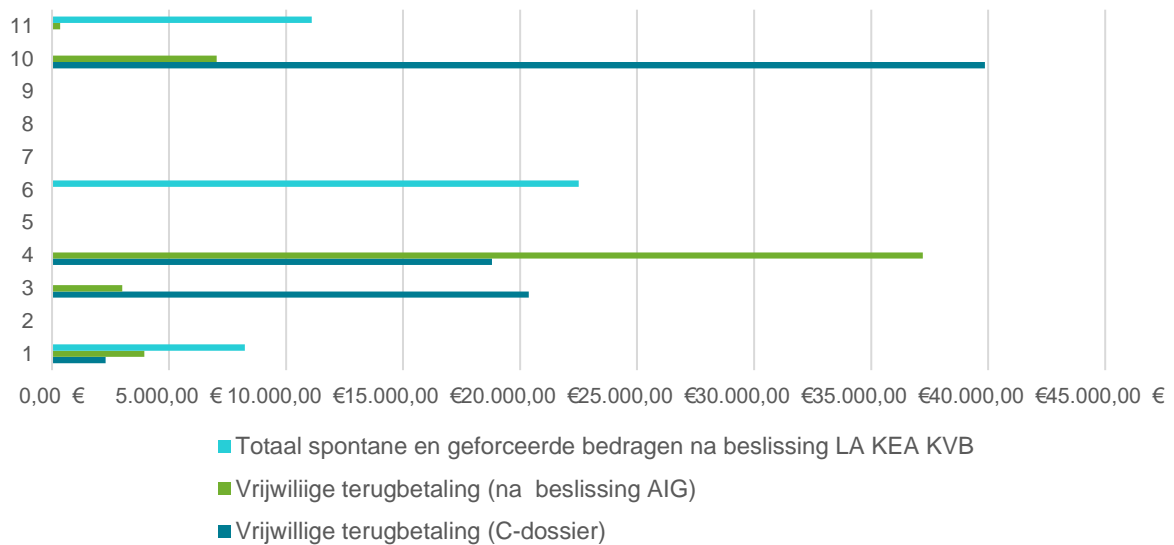
Dossier	Datum beslissing	Datum betekening	Beslissing	Type betrokkene	Opgelegde terugbetaling	Effectieve boete	Boete met uitstel	Volledig terugbetaald
1	29.10.2019	31.10.2019	Bewezen TLL weerhouden	Orthopedist ²²	7.240,67 EUR	7.240,67 EUR	0,00 EUR	14.481,34 EUR
2	17.12.2019	23.12.2019	Bewezen TLL weerhouden	Tandarts	4.698,79 EUR	9.294,42 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
3	14.09.2020	16.09.2020	Bewezen TLL weerhouden	Kinesitherapeut	23.358,01 EUR	11.679,00 EUR	11.679,00 EUR	23.358,01 EUR
4	13.03.2020	19.03.2020	Bewezen TLL weerhouden	Verpleegkundige	64.187,16 EUR	49.807,37 EUR	32.093,58 EUR	56.012,89 EUR
5	20.03.2020	24.03.2020	Bewezen TLL weerhouden	Verpleegkundige	13.672,78 EUR	13.672,78 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
6	28.05.2020	29.05.2020	Bewezen TLL weerhouden	Verpleegkundige	27.753,45 EUR	6.938,36 EUR	0,00 EUR	22.500,00 EUR
7	17.03.2020	19.03.2020	Bewezen TLL weerhouden	Tandarts	13.115,61 EUR	0,00 EUR	6.557,80 EUR	0,00 EUR
8	03.03.2020	09.03.2020	Bewezen TLL weerhouden	Verpleegkundige	23.086,26 EUR	5.771,56 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
9	02.06.2020	05.06.2020	Bewezen TLL weerhouden	Tandarts	33.706,20 EUR	0,00 EUR	16.853,10 EUR	0,00 EUR
10	11.03.2020	12.03.2020	Bewezen TLL weerhouden	Tandarts	46.898,15 EUR	0,00 EUR	23.449,07 EUR	46.898,15 EUR
11	11.03.2020	13.02.2020	Bewezen TLL weerhouden	Apotheker	7.627,92 EUR	3.813,96 EUR	3.813,96 EUR	11.441,88 EUR

²² Orthopedist: verstrekker van orthopedische toestellen, prothesen en orthopedische schoenen.

Het is mogelijk dat het bedrag van “opgelegde” terugbetaling verschilt van het onverschuldigd bedrag dat onze dienst initieel (voor de procedure) had vastgelegd. De LA heeft altijd de bewezen tenlasteleggingen weerhouden: het tenlastegelegde bedrag tijdens het controleonderzoek wordt vervolgens steeds bevestigd door de LA in zijn beslissing. De totale opgelegde terugbetaling (buiten effectieve boetes of boetes met uitstel) in die proceduredossiers komt dus overeen met het totale onverschuldigde bedrag van de oorspronkelijke controleonderzoeken.

Het is mogelijk dat, naast terugbetaling van het volledige bedrag na de beslissing, de betrokkene al een vrijwillige terugbetaling gedaan voor de opstart van de procedure en na ontvangst van het PV Va. In onderstaande tabel staat het effectief terugbetaalde bedrag voor elk dossier in de kolom « volledig terugbetaald ». dat bedrag kan dus zowel de vrijwillige terugbetalingen van voor de procedure als de terugbetalingen, al dan niet opgelegd, van na de opstart van de procedure.

In figuur 13, worden de terugbetaalde bedragen per dossier vergeleken.



Figuur 13. Terugbetaalde bedragen per dossier

Tabel 8. Beslissingen KEA beschouwd als definitief in 2020 (n = 12)

	Datum beslissing	Datum betekening	Beslissing	Type betrokkene	Opgelegde terugbetaling	Effectieve boete	Boete met uitstel	Volledig terugbetaald
1	23.10.2019	24.10.2019	RC - tenlasteleggingen gegrond – weerhouden: terugbetaling onverschuldigd bedrag MET effectieve administratieve boete	Zorgverlener	67.628,96 EUR	90.334,08 EUR	0,00 EUR	41.500,00 EUR
2	21.10.2019	25.10.2019	RC – tenlasteleggingen niet bewezen – niet weerhouden: dossier geklasseerd zonder gevolg	Zorgverlener	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
3	21.10.2019	25.10.2019	RC – tenlasteleggingen niet bewezen – pas weerhouden: dossier geklasseerd zonder gevolg	Zorgverlener	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
4	21.10.2019	25.10.2019	RC - tenlasteleggingen gegrond - weerhouden: terugbetaling onverschuldigd bedrag MET effectieve administratieve boete met gedeeltelijk uitstel	Zorgverlener	50.783,00 EUR	42.683,89 EUR	16.319,89 EUR	93.466,89 EUR
5	28.11.2019	29.11.2019	Stopzetting procedure	Zorginstelling	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	122.357,60 EUR
6	16.12.2019	18.12.2019	RC – tenlasteleggingen niet bewezen – niet weerhouden: dossier geklasseerd zonder gevolg	Zorgverlener	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
7	08.01.2020	15.01.2020	RC - tenlasteleggingen gegrond - weerhouden: terugbetaling onverschuldigd bedrag MET effectieve administratieve boete met gedeeltelijk uitstel	Zorgverlener	38.600,00 EUR	9.650,00 EUR	9.650,00 EUR	37.400,00 EUR
8	16.01.2020	17.01.2020	RC - tenlasteleggingen gegrond - weerhouden: terugbetaling onverschuldigd bedrag MET effectieve administratieve boete met gedeeltelijke opschorting	Zorgverlener	50.639,52 EUR	12.659,88 EUR	61.992,00 EUR	0,00 EUR
9	17.02.2020	25.02.2020	RC - tenlasteleggingen gegrond - weerhouden: terugbetaling onverschuldigd bedrag MET effectieve administratieve boete met gedeeltelijke opschorting	Zorgverlener	59.148,33 EUR	56.657,67 EUR	6.120,67 EUR	115.806,00 EUR
10	22.01.2020	22.01.2020	RC - tenlasteleggingen gegrond - weerhouden: terugbetaling onverschuldigd bedrag MET effectieve	Zorgverlener	165.076,07 EUR	225.505,81 EUR	44.217,95 EUR	103.073,51 EUR

			administratieve boete met gedeeltelijke opschorting					
11	05.03.2020	10.03.2020	RC - tenlasteleggingen gegrond - weerhouden: terugbetaling onverschuldigd bedrag MET effectieve administratieve boete met gedeeltelijke opschorting	Zorgverlener	48.826,73 EUR	28.413,13 EUR	24.413,37 EUR	20.500,00 EUR
12	18.05.2020	19.05.2020	RC - tenlasteleggingen gegrond - weerhouden: terugbetaling onverschuldigd bedrag MET effectieve administratieve boete	Andere (P)	102.945,85 EUR	115.087,13 EUR	0,00 EUR	4.500,00 EUR

Tabel 9. Beslissingen van de KEA (uitspraak doende in graad van beroep) beschouwd als definitief in 2020 (n = 5)

	Datum beslissing	Datum betekening	Beslissing	Type betrokkene	Opgelegde terugbetaling	Effectieve boete	Boete met uitstel	Volledig terugbetaald
1	20.11.2019	22.11.2019	Beroep gegrond: annulatie van de betwiste beslissing	Verpleegkundige	45.395,36 EUR	24.819,47 EUR	24.819,47 EUR	48.514,83 EUR
2	16.12.2019	18.12.2019	Beroep gegrond: annulatie van de betwiste beslissing	Verpleegkundige	33.238,77 EUR	16.824,48 EUR	16.824,48 EUR	50.063,25 EUR
3	16.12.2019	18.12.2019	Beroep gegrond: annulatie van de betwiste beslissing	Verpleegkundige	1.289,17 EUR	660,42 EUR	660,42 EUR	1.949,59 EUR
4	16.12.2019	20.12.2019	Beroep gegrond: annulatie van de betwiste beslissing	Apotheker	17.299,70 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	17.299,70 EUR
5	18.05.2020	19.05.2020	Beroep gegrond: annulatie van de betwiste beslissing	Kinesitherapeut	7.054,18 EUR	0,00 EUR	352,71 EUR	7.054,18 EUR

Tabel 10. Beslissingen van de Kamer van beroep beschouwd als definitief in 2020 (n = 13)

	Datum beslissing	Datum betekening	Beslissing	Type betrokkene	Opgelegde terugbetaling	Effectieve boete	Boete met uitstel	Volledig terugbetaald
1	24.09.2019	01.10.2019	Beroep gegrond - annulatie van de betwiste beslissing	Zorgverlener	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
2	24.09.2019	01.10.2019	Beroep gegrond - annulatie van de betwiste beslissing	Zorgverlener	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
3	30.09.2019	04.10.2019	Beroep gegrond - annulatie van de betwiste beslissing: bevestiging van terugbetaling onverschuldigd bedrag EN vermindering van de administratieve boete	Zorgverlener	6.606,40 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	6.606,40 EUR
4	22.10.2019	25.10.2019	Beroep gegrond - annulatie van de betwiste beslissing	Zorgverlener	11.106,85 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	11.106,85 EUR
5	14.11.2019	19.11.2019	Beroep niet gegrond – bevestiging van de betwiste beslissing	Zorgverlener	0,00 EUR	15.000,00 EUR	35.000,00 EUR	0,00 EUR
6	14.11.2019	19.11.2019	Beroep niet gegrond – bevestiging van de betwiste beslissing	Zorgverlener	31.681,76 EUR	5.540,19 EUR	15.840,88 EUR	28.364,40 EUR
7	05.12.2019	09.12.2019	Beroep niet gegrond – bevestiging van de betwiste beslissing	Zorgverlener	107.509,79 EUR	107.509,79 EUR	53.754,90 EUR	0,00 EUR
8	09.01.2020	10.01.2020	Beroep gegrond - annulatie van de betwiste beslissing: bevestiging van terugbetaling onverschuldigd bedrag EN vermindering van de administratieve boete	Zorgverlener	96.245,45 EUR	1.833,34 EUR	916,66 EUR	45.200,00 EUR
9	31.03.2020	07.04.2020	Beroep gegrond - annulatie van de betwiste beslissing: bevestiging van terugbetaling onverschuldigd bedrag EN vermindering van de administratieve boete	Zorgverlener	78.805,54 EUR	70.282,84 EUR	23.427,62 EUR	100.000,00 EUR
10	08.05.2020	11.05.2020	Beroep niet gegrond – bevestiging van de betwiste beslissing	Zorgverlener	24.066,98 EUR	16.107,44 EUR	12.033,50 EUR	11.876,05 EUR
11	08.06.2020	11.06.2020	Beroep gegrond - annulatie van de betwiste beslissing: bevestiging van terugbetaling onverschuldigd bedrag EN vermindering van de administratieve boete	Zorgverlener	6.437,68 EUR	3.874,04 EUR	3.874,04 EUR	1.780,45 EUR

12	05.02.2020	10.02.2020	Beroep gegrond - annulatie van de betwiste beslissing: bevestiging van terugbetaling onverschuldigd bedrag EN vermindering van de administratieve boete	Zorgverlener	160.608,02 EUR	80.304,01 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
13	08.06.2020	11.06.2020	Beroep gegrond - annulatie van de betwiste beslissing: bevestiging van terugbetaling onverschuldigd bedrag EN vermindering van de administratieve boete	Zorgverlener	134.319,32 EUR	45.985,61 EUR	100.739,49 EUR	180.304,93 EUR

e) Terugvordering van verschuldigde bedragen via artikel 206bis

Artikel 206bis van de GvU-wet²³ organiseert de invordering van bedragen die zorgverleners aan het RIZIV verschuldigd zijn. Wanneer een zorgverlener, in het kader van de opdrachten van de DGEC, het voorwerp is geweest van een definitieve beslissing van de LA of van de bevoegde administratieve rechtscolleges, kan hij verplicht worden de ten onrechte aan de verzekering voor geneeskundige verzorging aangerekende bedragen terug te betalen en eventueel een boete te betalen. Wanneer de betrokken zorgverlener niet spontaan gevolg geeft aan de beslissing, moet de DGEC maatregelen nemen om de beslissingen te doen uitvoeren en de schuldvorderingen van het RIZIV te innen.

Artikel 206bis voorziet hiervoor in twee mogelijkheden. De DGEC kan zich ofwel tot de Algemene Administratie van de inning en de invordering richten om haar met de uitvoering te belasten, ofwel tot de V.I.'s om een compensatiemechanisme toe te passen. Op basis hiervan kan elke som die door de V.I.'s aan een zorgverlener moet worden betaald, van rechtswege door de V.I.'s worden aangewend ter betaling van de door de zorgverlener verschuldigde bedragen die hij ten onrechte heeft ontvangen, of ter voldoening van iedere andere schuldvordering die is ontstaan krachtens de gecoördineerde wet, haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen en van de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze wet.

Om de schuldvorderingen die het gevolg zijn van zijn controleonderzoeken effectief en snel terug te vorderen, heeft de DGEC beslist om deze compensatiemaatregel systematisch toe te passen voordat de dossiers eventueel aan de Algemene Administratie van de inning en de invordering worden bezorgd. Afgezien van het streven naar efficiëntie is de toepassing van deze maatregel bedoeld om te voorkomen dat een zorgverlener die de aan het RIZIV verschuldigde bedragen niet terugbetaalt, tegelijkertijd onbeperkt inkomsten kan blijven ontvangen door prestaties aan de verzekering voor geneeskundige verzorging aan te rekenen. Deze situatie is niet te verdedigen jegens de gemeenschap.

Concreet kan deze compensatie slechts onder bepaalde voorwaarden adequaat georganiseerd worden. De zorgverlener moet tegenover het RIZIV nog een schuld hebben die hij weigert te betalen. Als een zorgverlener spontaan of in het kader van een betalingsplan terugbetaalt, is de maatregel niet gerechtvaardigd. De zorgverlener moet nog actief zijn en rekent de verzekering voor geneeskundige verzorging aan in het kader van de derde-betalersregeling.

Wanneer een definitieve beslissing is genomen ten aanzien van een zorgverlener, verzoekt de DGEC hem de verschuldigde bedragen vrijwillig terug te betalen. Als hij niet binnen een bepaalde termijn reageert of uitdrukkelijk weigert, waarschuwt de DGEC hem dat de compensatiemaatregel kan worden toegepast. Ook wanneer een zorgverlener het met de DGEC afgesproken betalingsplan niet meer naleeft, waarschuwen we hem dat we deze maatregel kunnen toepassen als hij zijn verbintenissen niet nakomt.

Als er geen reactie komt op deze waarschuwing, gaat de DGEC na of de voorwaarden vervuld zijn. Zo ja, worden de V.I.'s verzocht artikel 206bis, § 2, uit te voeren.

Tot besluit: de compensatie wordt nooit zonder voorafgaande waarschuwing en altijd voor in gebreke blijvende schuldenaren uitgevoerd. Het vergroot de doeltreffendheid van de beslissingen van de LA en de administratieve rechtscolleges. Het versterkt ook onze geloofwaardigheid ten aanzien van de zorgverleners en de gemeenschap. Tenslotte is het een belangrijke stimulans omdat wij meermaals

²³ "Art. 206bis. § 1. In het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging, kan elke som die door de verzekeringsinstellingen aan een zorgverlener moet worden betaald, van rechtswege door de verzekeringsinstellingen worden aangewend ter betaling van de door de zorgverlener verschuldigde bedragen die hij ten onrechte heeft ontvangen, of ter voldoening van iedere andere schuldvordering die is ontstaan krachtens deze wet, haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen en van de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens dezelfde wet.

§ 2. Ingeval de schuldenaar in gebreke blijft, kan het Instituut de Algemene Administratie van de inning en de invordering belasten met de invordering van de verschuldigde bedragen overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

§ 3. De bedragen die worden gerecupereerd zijn inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging zoals bedoeld in artikel 191 en worden op de rekening van het Instituut gestort."

hebben vastgesteld dat onze verwittigingsbrieven de betrokken zorgverleners ertoe aanzetten de terugbetaling van de aan het RIZIV verschuldigde bedragen te aanvaarden of te hervatten.

In 2020 hebben we artikel 206bis gebruikt in 29 proceduredossiers en 71.074 EUR gerecupereerd via de V.I.'s. De zorgverleners hebben 122.659 EUR vrijwillig terugbetaald nadat ze een waarschuwing hadden gekregen.

f) **Strijd tegen fraude**

In dit onderdeel beschrijven we bondig de voornaamste activiteiten van onze dienst in 2020 in het kader van de fraudebestrijding in de gezondheidszorg. Bij concrete fraudeonderzoeken en voor een structurele beveiliging van fraudegevoelige processen, werken we samen met andere diensten van het RIZIV en met de V.I.'s en het Nationaal intermutualistisch college.

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

Definitie fraude/bedrog

Op 19.04.2017 heeft de Anti Fraude Commissie van het RIZIV richtlijnen opgesteld over de definiëring van het begrip "ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog" zoals bedoeld in artikel 77sexies van de GvU-wet²⁴. De richtlijn verduidelijkt wat het begrip 'bedrog/fraude' exact betekent:

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

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

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

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

Wanneer we een controleonderzoek afsluiten, gaan we na of er duidelijke aanwijzingen zijn voor opzettelijke onwettelijke facturatie en dus fraude.

Om de opvolging van fraudeurs te concretiseren, gebruiken we de '[Waste Typology Matrix](#)' van het Europees netwerk voor fraude en corruptie in de gezondheidszorg (EHFCN) om de vastgestelde inbreuken in te delen in categorieën. De dossiers met beslissing 'vaststelling zonder administratieve procedure', 'vaststelling met administratieve procedure' en 'verdere opvolging door derden' kunnen bij vermoeden van fraude of corruptie één van de volgende codes toegewezen krijgen (tabel 11).

Tabel 11. Waste typology matrix voor fraude en corruptie (EHFCN)

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

²⁴ Richtlijnen van 19.04.2017 tot uitvoering van art. 13bis, § 2, 6°, GvU-wet, BS 05.09.2017.

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

Bij de indeling van de vastgestelde inbreuken volgens de Waste typology matrix van het EHFCN stellen we soms onterechte aanrekeningen vast die niet frauduleus zijn, maar eerder het gevolg zijn van administratieve fouten of onduidelijke reglementering. Dergelijk misbruik en administratieve fouten vallen per definitie buiten de scope van fraudeopsporing.

Afgesloten fraudeonderzoeken in 2020

Van de 495 afgesloten controleonderzoeken zijn er 60 fraudeonderzoeken voor een totaal bedrag ten laste van 3.373.404,00 EUR (tabel 12). 66,67 % van het totale tenlastegelegde bedrag voor fraudeonderzoeken in 2020 betreft fraudedossiers met hoofdzakelijk niet-uitgevoerde verstrekkingen.

In 2020 categoriseerden we geen enkel onderzoek als 'corruptie'.

Tabel 12. Overzicht afgewerkte fraudeonderzoeken in 2020, volgens type fraude

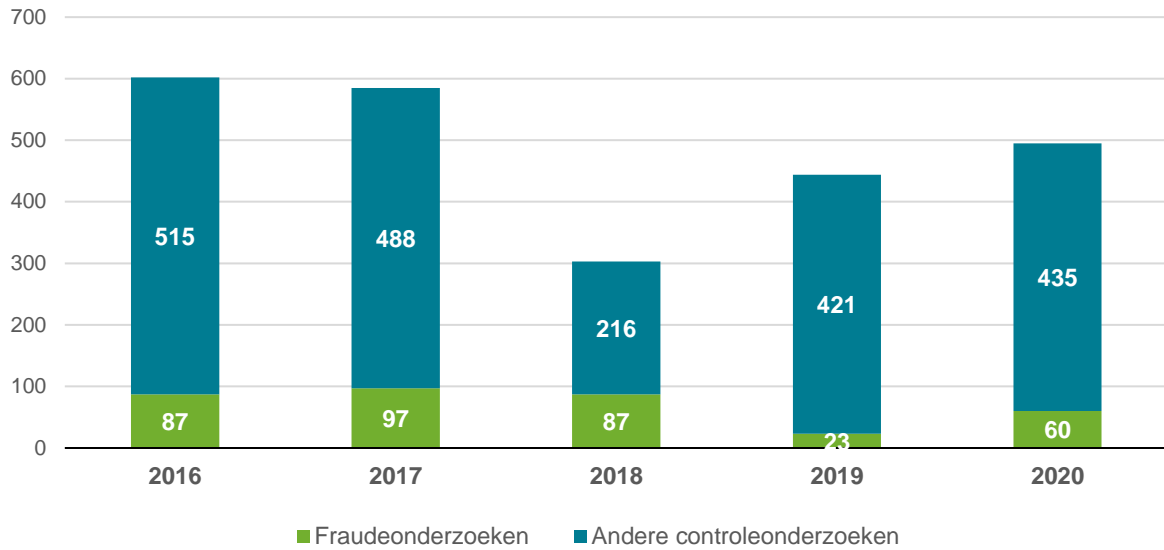
Type fraude	Aantal onderzoeken	TLL bedrag	VT bedrag
F1 - Fraude - Niet conform	18	781.405,02 EUR	315.878,85 EUR
F2 - Fraude - Niet uitgevoerd	40	2.591.998,98 EUR	36.755,84 EUR
F3 - Fraude - Overconsumptie	2	- EUR	- EUR
Totaal	60	3.373.404,00 EUR	352.634,69 EUR

De fraudeonderzoeken vormen 12,12 % van het aantal afgesloten controleonderzoeken, 29,90 % van het tenlastegelegde bedrag en 5,74 % van het vrijwillig terugbetaalde bedrag (figuur 14).

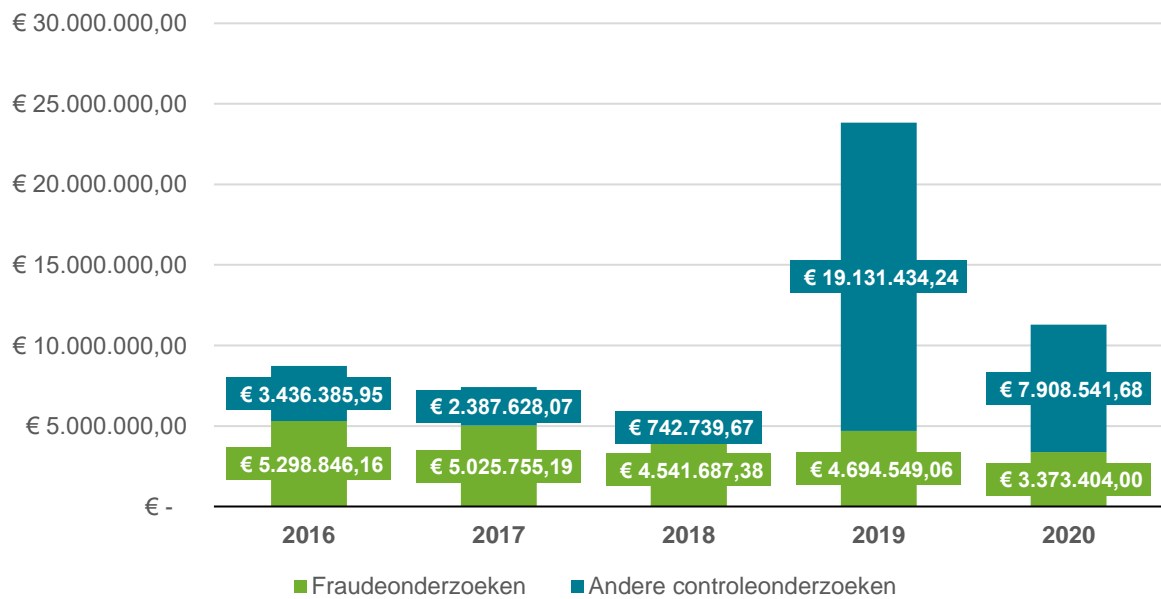


Figuur 14. Fraudeonderzoeken vs. andere controleonderzoeken in 2020

Het totale aantal van alle afgesloten controleonderzoeken (fraude en niet-fraude) is gestegen ten opzichte van 2019. Hoewel het aantal fraudeonderzoeken is toegenomen, is het totale ten laste gelegde bedrag afgenomen in 2020 (figuur 15 en 16).

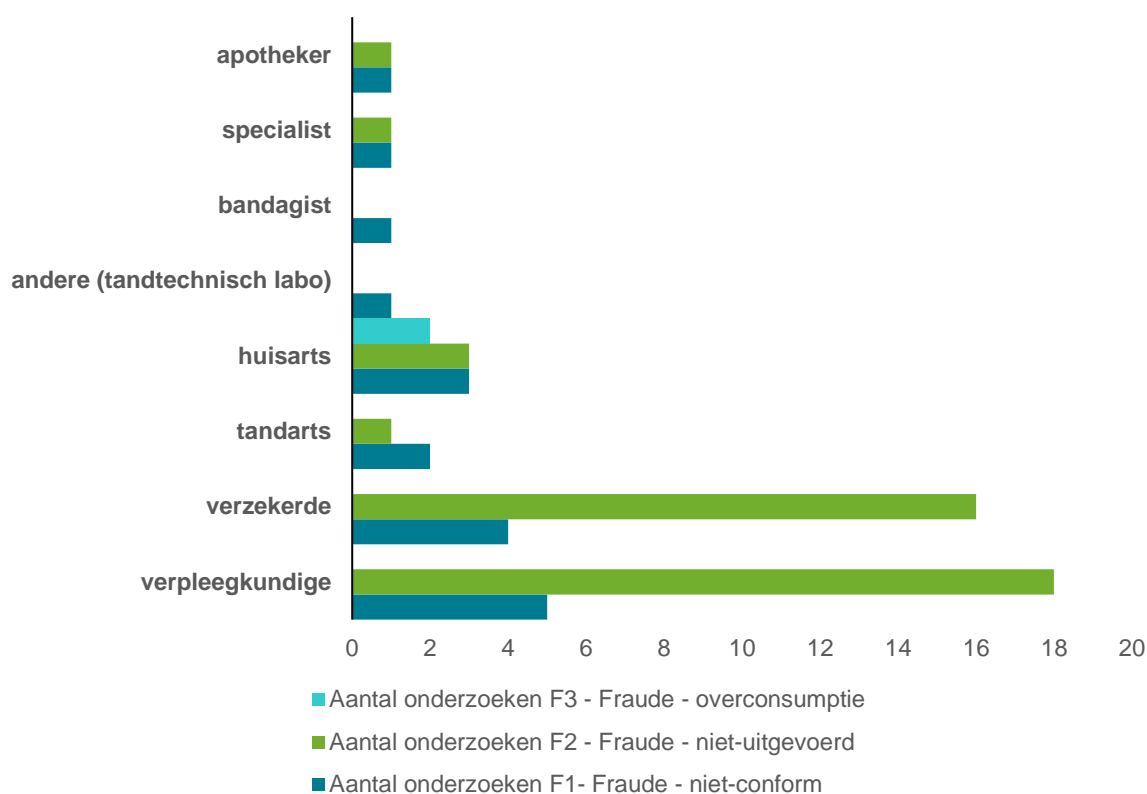


Figuur 15. Aantal fraudeonderzoeken vs. andere controleonderzoeken 2016-2020



Figuur 16. Tenlastegelegde bedrag bij fraudeonderzoeken vs. andere controleonderzoeken 2016-2020

Wie pleegt fraude?



Figuur 17. Aantal fraudeonderzoeken per type betrokkene per categorie in 2020

38,33 % van het aantal fraudeonderzoeken en 74,70 % van het tenlastegelegde bedrag in alle fraudeonderzoeken gaan over 23 thuisverpleegkundigen (tabel 13). Hoewel deze beroepsgroep het grootste aandeel van onze fraudeonderzoeken inneemt, benadrukken we dat dit slechts over een fractie gaat (< 0,1 % van het aantal actieve thuisverpleegkundigen in België (± 32.000 in 2019)).

Er zijn 20 fraudeonderzoeken van verzekerden (valse voorschriften en valse getuigschriften voor verstrekte hulp) maar in elk onderzoek is er sprake van een relatief beperkt of geen bedrag ten laste. Het onderzoek van een specialist dat we categoriseerden als 'niet-conform' betrof een radioloog die zelf voorschriften opstelde terwijl de radiologische verstrekkingen moeten voorgeschreven zijn door een behandelend arts²⁵.

De 2 overconsumptiedossiers gingen over overmatig voorschrijven van verdovende medicatie. We hebben die dossiers doorverwezen naar het parket wegens samenhang met een ander dossier daar. We legden geen bedrag ten laste.

Tabel 13. Afgewerkte fraudeonderzoeken in 2020, volgens type fraude en type betrokkene

Type fraude	Aantal onderzoeken	TLL bedrag	VT bedrag (op 31.12.2020)
F1 - Fraude - Niet conform			
Verpleegkundige	5	279.682,12 EUR	9.000,00 EUR
Verzekerde	4	0,00 EUR	0,00 EUR
Tandarts	2	99.879,06 EUR	0,00 EUR
Huisarts	3	246,15 EUR	246,15 EUR
Andere (tandtechnisch labo)	1	0,00 EUR	0,00 EUR

²⁵ Art. 17, §12, 1°, hoofdstuk V Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen – Speciale technische geneeskundige verstrekkingen – Medische beeldvorming – specialist voor röntgendiagnose.

Bandagist	1	96.754,07 EUR	1.789,08 EUR
Specialist	1	292.688,26 EUR	292.688,26 EUR
Apotheker	1	12.155,36 EUR	12.155,36 EUR
	18	781.405,02 EUR	315.878,85 EUR
F2 - Fraude - Niet uitgevoerd			
Apotheker	1	0,00 EUR	0,00 EUR
Verpleegkundige	18	2.240.419,13 EUR	8.000,00 EUR
Verzekerde	16	18.138,98 EUR	0,00 EUR
Tandarts	1	185.631,88 EUR	0,00 EUR
Huisarts	3	119.053,15 EUR	0,00 EUR
Specialist	1	28.755,84 EUR	28.755,84 EUR
	40	2.591.998,98 EUR	36.755,84 EUR
F3 - Fraude - Overconsumptie			
Huisarts	2	0,00 EUR	0,00 EUR
	2	0,00 EUR	0,00 EUR
Totaal	60	3.373.404,00 EUR	352.634,69 EUR

Proactieve opvolging fraudeurs: impact

We volgen de geïdentificeerde fraudeurs (zorgverleners) proactief op via jaarprofielen. Dit betekent dat we voor elk van hen het jaartotaal evalueren van de door hen aangerekende verstrekkingen.

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 voegden de gegevens van 2020 toe en hebben inmiddels gegevens over 226 zorgverleners-fraudeurs (tabel 14). De cijfers weerspiegelen de cumulatieve aanrekening van de fraudeurs, waarbij de oudste vaststelling dateert van 2013. We zien dat hun gezamenlijke aanrekening het jaar na de vaststelling met 14.101.756,40 EUR daalt ten opzichte van het jaar voor de vaststelling.

Ook in het jaar van vaststelling zelf kunnen we reeds een daling vaststellen voor een bedrag van 8.303.237,26 EUR (door een vaststelling in het begin van het jaar en een financiële impact door verhoren het jaar voordien).

Tabel 14. Overzicht van de financiële impact van de controleacties bij de groep fraudeurs

Aantal fraudeurs	Jaarlijkse aanrekening aan het RIZIV (EUR)						
	1 jaar vóór de vaststelling	het jaar van de vaststelling	1 jaar na de vaststelling	2 jaar na de vaststelling	3 jaar na de vaststelling	4 jaar na de vaststelling	5 jaar na de vaststelling
226	58.985.857,06	49.458.186,77					
212	55.844.342,37	47.541.105,11	41.742.585,97				
179	43.474.714,23	37.215.529,14	31.129.835,49	28.986.894,27			
135	34.212.890,33	29.428.988,19	24.502.454,30	22.545.341,31	20.171.369,70		
83	22.208.513,31	19.207.775,83	16.398.381,51	15.014.016,02	13.786.310,57	12.281.276,93	
36	6.933.401,52	6.174.101,78	5.178.335,02	4.544.496,61	4.123.923,10	3.980.112,30	4.101.513,95

Van de 226 fraudeurs die we proactief opvolgen hebben we reeds voor 179 een opvolging 2 jaar na de vaststelling en voor 135 tot 3 jaar na de vaststelling. Voor 36 fraudeurs hebben we zelfs een opvolging tot 5 jaar na de vaststelling. Op basis van de facturatiegegevens kunnen we vermoeden dat de financiële impact op de groep fraudeurs verschillende jaren stand houdt. Gezien het aantal fraudeurs waarvoor we gegevens hebben tot 5 jaar na de vaststelling nog relatief klein is, trekken we uit dit overzicht nog geen definitieve conclusies.

Schorsing uitbetaling via de derde-betalersregeling

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

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

In 2020 heeft de LA van de DGEC de uitbetaling van 12 derde-betalersnummers van 8 fraudeurs tijdelijk geschorst. Het betreft hoofdzakelijk thuisverpleegkundigen (tabel 15). Deze groep zorgverleners rekent voornamelijk aan via de derde-betalersregeling, zonder remgeld te vragen.

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

Tabel 15. Overzicht van de schorsingen van uitbetaling via de derde-betalersregeling (art. 77sexies)

Schorsing	Start schorsing	Einde schorsing	Type	Vermoedelijke verantwoordelijke
1	23.04.2020	22.04.2021	Huisarts	A
2	22.05.2020	21.05.2021	Thuisverpleegkundige	B
3	15.06.2020	14.06.2021	Groepering thuisverpleegkundigen	C
4	15.06.2020	14.06.2021	Thuisverpleegkundige	C
5	23.06.2020	22.06.2021	Groepering thuisverpleegkundigen	D
6	23.06.2020	22.06.2021	Thuisverpleegkundige	D
7	04.08.2020	03.08.2021	Groepering thuisverpleegkundigen	E
8	04.08.2020	03.08.2021	Thuisverpleegkundige	E
9	04.08.2020	03.08.2021	Thuisverpleegkundige	F
10	30.09.2020	29.09.2021	Tandarts	G
11	28.12.2020	27.12.2021	Groepering thuisverpleegkundigen	H
12	28.12.2020	27.12.2021	Thuisverpleegkundige	H

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

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

We beogen de impact van de tijdelijke schorsing op het aanrekeninggedrag op lange termijn te evalueren. Hierdoor kunnen we bestaande fraudeurs nauwer opvolgen en eventuele verdere fraude sneller detecteren. De eerste betekenisvolle resultaten van deze opvolging zullen we bespreken in ons volgende jaarverslag.

Deel 4 – Impact

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 2020 zullen we pas de volgende jaren kunnen evalueren.

In 2020 hebben we wel de impact kunnen meten van een aantal activiteiten van de voorbije jaren. Die geven we weer in de volgende tabellen. Van heel wat nationale acties hebben we geen impactmetingen ter beschikking. Deze zijn dan ook niet opgenomen in de onderstaande tabellen.

Tabel 16. Rechtstreekse betalingen in 2020

Actie	Betrokken zorgverleners	Bedrag (EUR)	Jaar van de actie
Vrijwillige terugbetaling na een tenlastelegging	229	6.197.463,48	2017, 2018, 2019, 2020
Betaling na een definitieve uitspraak (LA, KEA, KVB)	41	1.223.416,90	2020
Recuperatie via FOD Financiën	43	408.499,40	2020
Vrijwillige terugbetaling na waarschuwing (art. 206bis)	19	122.659	2020
Recuperatie via art. 206bis	18	71.074	2020
Totaal		8.023.112,78	

Dit betreft de vrijwillige terugbetalingen bij vaststellingen tijdens controleonderzoeken die de DGEC afsloot in 2020 evenals de opgelegde terugbetaling van definitieve beslissingen (bedragen ten laste + administratieve sancties) en via compensatie bij toepassing van artikel 206bis.

Tabel 17. Verminderde aanrekening door fraudeurs in 2020 als gevolg van DGEC-acties

Actie	Betrokken zorgverleners	Bedrag (EUR)	Jaar van de actie
Opvolging fraudeurs	226	14.101.756,40	2016, 2017, 2018, 2019, 2020

Dit betreft de proactieve opvolging van 226 zorgverleners waarvan de dienst intentionele inbreuken heeft opgemerkt. Hierbij hebben we slechts één jaar financiële impact in rekening genomen, terwijl de impact gedurende verscheidene jaren aanhoudt.

Tabel 18. Verminderde aanrekening door verpleegkundigen in 2020 als gevolg van een sensibiliseringsbrief

Actie	Betrokken zorgverleners	Bedrag (EUR)	Jaar van de actie
Dubbele tegemoetkoming van Franse personen met een handicap in de Belgische instellingen	74	7.200.000,00	2019, 2020

Dit betreft 74 verpleegkundigen die we via een sensibiliseringsbrief herinnerden aan de reglementering²⁶. Bij de berekening van het bedrag van 7.200.000 EUR hielden we rekening met de vermindering van 600.000 EUR per maand voor de verstrekkingen die verpleegkundigen gedurende een jaar toedienden aan Franse personen met een handicap. In de maand na de verzending van de

²⁶ Zie samenvatting, p. 27.

eerste sensibiliseringsbrief hebben we inderdaad een daling van 600.000 EUR opgemerkt in de aanrekening van deze verstrekkingen.

Eindresultaat

Op basis van bovenstaande gegevens hebben we voor het jaar 2019 een financiële impact van de DGEC kunnen becijferen op meer dan 29 miljoen EUR.

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

Door zorgverleners preventief te informeren via brochures, 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.

Deel 5 – Naar een betere reglementering

I. ADVIESFUNCTIE

De DGEC zetelt met adviserende stem in verschillende technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen. De DGEC heeft de opdracht om er wijzigingen voor te stellen van de nomenclatuur en andere reglementaire teksten. Hij maakt van zijn aanwezigheid gebruik om bij te dragen tot een correcte informatieverstrekking aan de partners van de verzekering, en mee te werken aan de totstandkoming van duidelijke regelgevende bepalingen die voor iedereen toepasbaar zijn.

1. Bijdrage van de vertegenwoordiger van de DGEC

De vertegenwoordiger van de DGEC kan op 3 manieren zijn medewerking verlenen, met name:

- ✦ **uitgewerkte en gemotiveerde voorstellen van nomenclatuurofwijzigingen formuleren** (schrapping/wijziging/toevoeging van nomenclaturnummer, wijziging van toepassingsregel of creatie van nieuwe interpretatieregel, enz.) Een voorstel is steeds gebaseerd op de resultaten van een controleonderzoek of van een studie van de DGEC.

De voorstellen kunnen ofwel:

- ✦ meteen worden aanvaard,
 - ✦ nog het voorwerp uitmaken van besprekingen met verzoek tot aanvullend onderzoek,
 - ✦ worden geweigerd;
- ✦ **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 terreinkennis en gegevensanalyse;
 - ✦ **een adviserende stem tijdens de plenaire vergadering van de 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, enz.

2. Technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen

De technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen (WG) waaraan de DGEC met raadgevende stem deelneemt, zijn:

- ✦ Technisch Geneeskundige Raad
 - ✦ WG huisartsgeneeskunde
 - ✦ WG Interne Geneeskunde
 - ✦ WG Heelkunde
 - ✦ WG Medische Beeldvorming
 - ✦ WG Klinische Biologie
 - ✦ WG Hervorming ziekenhuisfinanciering
 - ✦ Algemene Werkgroep
 - ✦ Ad hoc WG MOC
- ✦ Technisch Tandheelkundige Raad
- ✦ Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen
- ✦ Technisch Raad Ziekenhuisverpleging
- ✦ Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten
- ✦ Overeenkomstencommissie Logopedisten

- ✦ Overeenkomstencommissie bandagisten en orthopedisten
 - ✧ WG Bandagisten
 - ✧ WG Orthopedisten
- ✦ Overeenkomstencommissie gehoorprothesisten
- ✦ Overeenkomstencommissie opticiens
- ✦ Overeenkomstencommissie vroedkunde
- ✦ Technische Raad Kinesitherapie
- ✦ Technische Farmaceutische Raad
- ✦ Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen
 - ✧ WG Medische voeding
 - ✧ WG Voedsel afkeer
 - ✧ WG Extramurale zorg parenterale voeding
- ✦ Overeenkomstencommissie apothekers-V.l.'s
 - ✧ WG Tarificatiediensten
- ✦ Technische raad voor radio-isotopen
- ✦ Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen
- ✦ Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (CTIIMH)
 - ✧ Gemengde WG ad hoc CTIIMH – TGR
- ✦ Federale Raad voor Paramedische Beroepen

3. Adviesfunctie van de DGEC in 2020

Hieronder volgen 3 voorbeelden van tussenkomsten van de DGEC in het kader van de adviesfunctie in 2020.

a) CTIIMH: terugbetaling endobronchiale kleppen

De terugbetaling van endobronchiale kleppen is geregeld via een conventie. Alleen ziekenhuizen die voldoen aan bepaalde voorwaarden kunnen toetreden tot de conventie en een terugbetaling voor deze kleppen bekomen.

Ervaring in interventionele bronchoscoopie via rigide bronchoscoopie is hiervoor vereist. Het probleem stelt zich bij het bewijzen van deze ervaring door de ziekenhuizen, gezien er geen nomenclatuurnummer voor rigide bronchoscoopie bestaat.

De vooropgestelde oplossing bestond erin zich bij gebrek aan dergelijk nummer te baseren op de facturatie van 2 nomenclatuurnummers die bij benadering ter vervanging gebruikt kunnen worden, nl. 471796-471800: Bronchoscoopie met extractie van vreemde lichamen of plaatsing van een prothetisch element en daarnaast ook een bronchoscoopie waarbij gebruik gemaakt wordt van een YAG-laser. De leden van de CTIIMH veronderstelden dat het gebruik van een rigide bronchoscoop eerder courant zou zijn bij deze verstrekkingen.

Ziekenhuizen moesten 40 verstrekkingen kunnen aantonen in de periode 2017-2018. Ze werden gevraagd het aantal verstrekkingen door te sturen naar de DGV wanneer ze dachten in aanmerking te komen voor de terugbetaling van de endobronchiale kleppen. De DGV vroeg tegelijkertijd de facturatiegegevens op bij zijn directie onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie (RDQ).

De DGV ontdekte dat er verschillen waren in de aantallen die de ziekenhuizen hadden meegedeeld en de aantallen van de directie RDQ. Hij vroeg ons dit verder te onderzoeken.

We voerden volgende activiteiten uit:

- ✦ We bezochten verschillende ziekenhuizen of contacteerden de dienst pneumologie telefonisch voor de opvraging van verslagen van bronchoscoopie en facturatiegegevens voor analyse.
- ✦ We stelden de volgende zaken vast:
 - ✧ de twee 'benaderende verstrekkingen kunnen niet altijd gebruikt worden voor interventies waarbij wel degelijk een rigide bronchoscoop kan worden gebruikt
 - ✧ de 'benaderende verstrekkingen kunnen ook gebruikt worden voor interventies zonder gebruik van een rigide bronchoscoop

- ✧ de lijsten die ziekenhuizen hadden doorgegeven bevatten meestal alle verstrekkingen waarvoor de 'benaderende verstrekkingen werden aangerekend zonder rekening te houden met het al dan niet gebruik van een rigide bronchoscoop
- ✧ het gebruik van de YAG-laser werd slechts door weinig centra (wordt verlaten gezien te traumatisch) en meestal onterecht (interventie zonder gebruik van de YAG-laser) gefactureerd.
- ✦ We vroegen de ziekenhuizen, na telefonische contactname, om zich in regel te stellen i.v.m. de non-conforme verstrekkingen: ze gingen allen probleemloos akkoord.
- ✦ We moedigden de pneumologen aan om vanuit hun terreinkennis te werken aan een duidelijkere en betere nomenclatuur voor bronchoscopische interventies.
- ✦ We brachten advies uit aan de CTIIMH om de conventie aan te passen op basis van onze bevindingen op het terrein.

b) Overeenkomstencommissie Logopedisten: autisme

De DGEK heeft de aandacht gevestigd op de mogelijke gevolgen van een interpretatieregule die de overeenkomstencommissie Logopedisten wenste op te stellen en te publiceren over revalidatie taalstoornissen. Deze regule zou de deur hebben opengezet voor een grote terugbetaling en zou niet volledig gestrookt hebben met de bestaande reglementering. Door onze tussenkomst werd een werkgroep opgericht om een nieuwe diagnostische indicatie voor te stellen.

c) WG klinische biologie: anatomopathologie

We hebben het verslag van onze analyse over verstrekkingen in anatomopathologie voorgesteld aan de werkgroep klinische biologie van de TGR. Deze analyse was een actiepunt uit het Actieplan Handhaving. We formuleerden er verschillende voorstellen.

- ✦ wijziging van de facturatie-instructies: een betrekkelijk veld voor de oorspronkelijke interventie; een betrekkelijk veld met normcode voor de oorspronkelijke interventie; de prestatiedatum is altijd de datum van de staalafname; veld voor het gebruikte antiserum.
- ✦ wijziging van de nomenclatuur met verduidelijking van de cumulregels.
- ✦ voorstel tot schrapping van verstrekking 588232-588243 en 588114-588125.

De werkgroep besliste om enkel verstrekking 588232-588243 te schrappen en was het eens om de datum van staalafname steeds als datum van verstrekking te beschouwen. Deze wijzigingen zullen meegenomen worden bij de Nomenclatuurswijziging van de anatomopathologen die lopende is.

Op ons verzoek zal het KCE een studie doen over de doelmatigheid van de immuunhistochemische testen en het elektronenmicroscopisch onderzoek. Het KCE heeft deze studie voor mei 2021 gepland.

II. PRIMAIRE CONTROLE VAN DE V.I.'S

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

Sinds 2004 is 10 % van het bedrag dat een V.I. jaarlijks ontvangt afhankelijk gemaakt van hoe goed ze haar wettelijke opdracht uitvoert. Deze 10 % (of ongeveer 100 miljoen EUR) wordt de '**variabele administratiekost**' genoemd. Op 11.04.2019 werd artikel 195 van de GUV-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 doen analyses naar de kwaliteit waarmee de V.I.'s hun wettelijke opdracht uitvoeren. Het RIZIV geeft de resultaten van deze analyses door aan de Controle Dienst Ziekenfondsen. Hij zet 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.'s een bestraffingssysteem is. Als de V.I.'s slecht scoren, wordt er een deel van de 10 % variabele kosten afgehouden. Als de V.I.'s goed scoren, krijgen ze de volledige 10 %. Het zijn dus geen beloningen. De evaluatie van de performantie van de V.I.'s is beschreven in het koninklijk besluit betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten van 10.04.2014.

In 2020 was onze dienst betrokken bij de evaluatie van de hiernavolgende indicatoren. Omdat de beroepsperiode lopende is, kunnen we nog geen definitieve resultaten meedelen.

1. Om reïntegratie van arbeidsongeschikten alle kansen te gunnen, zijn vroegtijdige en intensieve contacten met een arbeidsongeschikte patiënt cruciaal. Re-integratie kan slechts slagen bij herstellende patiënten als alle actoren als een hecht team de patiënt en zijn werkomgeving begeleiden en opvolgen. Met actoren bedoelen we zowel de adviserend artsen als de therapeutische artsen, de psychologen en, bij werknemers, de arbeidsartsen. Een intensief contact en begeleiding door de adviserend arts zijn essentieel gezien zijn/haar sleutelfunctie in de arbeidsongeschiktheidsverzekering is. De DGEC onderzoekt of nieuw erkende invaliden, die ambulante behandeld werden voor een depressie of een burn-out syndroom, minimum 2 maal contact hadden met de adviserend arts of met een psycholoog van zijn/haar team in de eerste 12 maanden van primaire arbeidsongeschiktheid.

De resultaten zijn sterk verschillend. Bij sommige V.I.'s hebben alle patiënten minimum 2 maal contact met de adviserend arts, bij anderen nog geen 50 %.

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

De DGEC onderzoekt of ze deze gegevens op tijd verstuurden. Omdat de V.I.'s niet verantwoordelijk zijn voor alle vertragingen, voerde het Algemeen Beheerscomite van het RIZIV een tolerantie- of immuniteitsmarge in van 7,5 %. Indien het aantal laattijdige dossiers minder dan 7,5 % bedraagt, wordt geen fouten- of laattijdigheidsscore toegekend.

De resultaten zijn sterk verschillend en variëren tussen 2 % en 15 %.

3. Sommige verstrekkingen (pseudonomenclatuurcodes en nomenclatuurcodes) zijn slechts vergoedbaar op voorschrift van een zorgverlener. Meestal is dit een arts met om het even welke bevoegdheid, soms beperkt het zich tot een aantal kwalificaties. Vooraleer de V.I.'s verstrekkingen vergoeden, moeten ze het RIZIV-identificatienummer van de voorschrijver nakijken en vervolgens invoeren in hun databestanden. Op de website van het RIZIV bevindt zich de lijst van alle verstrekkingen waarbij een voorschrijver verplicht ingevuld moet worden. Die wordt regelmatig geactualiseerd.

Voor een aantal van deze verstrekkingen ging de DGEC na of de voorschrijver daadwerkelijk vermeld werd. Bepaalde aspecten van onze analyse worden gecontesteerd en zijn in behandeling bij onze dienst.

4. Net zoals in 2019 evalueerden we de kwaliteit van de gegevens die de V.I.'s via het platform NewAttest verzonden naar de DGEC. We voerden een kwaliteitscontrole uit van de zones die verband hielden met:
 - ✦ de geneesmiddelen afgeleverd tijdens een opname in een ziekenhuis,
 - ✦ de derde-betalersregeling,
 - ✦ de normcode van verstrekkingen,
 - ✦ de identificatie van verzorgingsinstellingen en/of –diensten,
 - ✦ de identificatie van de plaats en/of dienst van verstrekking,
 - ✦ het toestel medische beeldvorming,
 - ✦ het tandnummer.

Onze dienst selecteerde in tegenstelling tot vorig jaar op een meer doordachte wijze bepaalde verstrekkingen.

Waar vorig jaar geen fouten werden geconstateerd, is de spreiding van de foutenscore nu tussen 7 en 21 % fouten.

De definitieve resultaten zijn nu nog niet beschikbaar omdat bepaalde analyses ten gevolge van betwistingen opnieuw in behandeling zijn bij onze dienst.

Deel 6 – Samenwerkingen

I. AUDIT ZIEKENHUIZEN

Audit ziekenhuizen kwam tot stand in uitvoering van het Redesign-programma van de federale gezondheidszorgadministraties. Dit programma beoogt onder meer de verhoging van de samenwerking tussen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu en het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten.

1. Audit Laagvariabele Zorg

a) Oorsprong en objectief

De globale prospectieve financiering werd ingevoerd vanaf 01.01.2019 voor de ziekenhuisopnames van 57 patiëntengroepen Laagvariabele Zorg (LVZ). Het betreft de klassieke ziekenhuisverblijven en/of verblijven in daghospitalisatie.

De uitvoering van jaarlijkse audits in het kader van deze nieuwe financiering (LVZ) is één van de uit te voeren acties voor Audit ziekenhuizen.

De specifieke doelstelling van deze audit over de laagvariabele zorg is om een eventuele gedragsverandering (op het vlak van codering, facturatie, medische praktijk, enz.) bij de ziekenhuizen te observeren sinds de invoering van het nieuwe financieringssysteem.

b) Methode

Het doel is om voor elk van de 57 groepen de proportie van de geforfaitariseerde verblijven voor het jaar 2019 te vergelijken met de proportie van de verblijven van de vorige jaren (2016, 2017 en 2018), die geforfaitariseerd zouden zijn, indien de regelgeving van toepassing was geweest voor deze jaren.

In 2020 waren de gekoppelde gegevens (nomenclatuur, medische gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens) voor 2019 nog niet ter beschikking.

c) Resultaten

De methodologie die een vergelijking tussen verschillende jaren mogelijk maakt, werd wel reeds ontwikkeld, op punt gesteld en getest. De eerste resultaten LVZ kunnen maar gepubliceerd worden nadat de gekoppelde gegevens 2019 beschikbaar gesteld en geanalyseerd zijn.

d) Acties en voorstellen

De conclusies kunnen onder andere dienen voor:

- ✦ verbetervoorstellen van de LVZ, waar mogelijk,
- ✦ reflectiebasis voor andere prospectieve financiering,
- ✦ selectie van te auditeren thema's.

2. Audit COVID-19 1^{ste} golf en 2^{de} golf

a) Oorsprong en objectief

Met ingang van 14.03.2020 werden, als antwoord op de COVID-19 pandemie, door het Comité HTSC richtlijnen uitgevaardigd met het oog op het annuleren van alle electieve consultaties, onderzoeken en ingrepen in de algemene en universitaire ziekenhuizen. Er werd bijzondere aandacht gevraagd voor ingrepen met impact op de capaciteit van het ziekenhuis inzake intensieve verzorging. Alle dringende en noodzakelijke consultaties, onderzoeken en ingrepen konden wel blijven gebeuren, evenals alle lopende levensnoodzakelijke therapieën of noodzakelijke dagelijkse revalidatie. In deze context heeft de HTSC werkgroep aan de eenheid Audit Ziekenhuizen een antwoord gevraagd op de volgende vragen:

- ✦ Hoe groot was de belasting van de Belgische ziekenhuizen ten gevolge van de behandeling van patiënten met COVID-19 tijdens de 1^{ste} golf in 2020?
 - ✧ Verdeling van de belasting op de ICU- en niet-ICU-diensten. Factoren die de bezetting beïnvloeden
 - ✧ Geografische weergave van de COVID-19 belasting
 - ✧ Capaciteitsuitbreiding en bezetting van ICU-diensten. Combinatie COVID-19 en niet-COVID-19 gerelateerde activiteiten
- ✦ In welke mate hebben de algemene en de universitaire ziekenhuizen de federale richtlijnen inzake omgaan met niet-COVID-19 verstrekkingen opgevolgd?
 - ✧ De impact op de opnames
 - ✧ De impact op de verstrekkingen
- ✦ Is er een verband tussen de COVID-19-belasting en het aantal geneesmiddelen van de strategische stock die de ziekenhuizen aanvaard hebben?
 - ✧ Aanvaarding van geneesmiddelen volgens het “*push- en pullsysteem*”

Na een tussentijdse voorstelling van de resultaten over de eerste golf zijn door de HTSC werkgroep volgende bijkomende vragen geformuleerd over de 2^{de} golf:

- ✦ de mate van (on)gelijke lastenverdeling van de Covid-19-patiënten over de ziekenhuizen in ons land;
- ✦ de naleving van de uitgevaardigde richtlijnen van de HTSC werkgroep door de algemene en universitaire ziekenhuizen;
- ✦ bekijken of er mogelijkheid is om een inschatting te maken van de opgebouwde wachttijden voor andere pathologie.

b) Methode

Om de evolutie te monitoren inzake aanmeldingen voor klassieke hospitalisatie is een model ontwikkeld dat de mogelijkheid biedt de 1^{ste} golf COVID-19 te vergelijken met een dezelfde periode van het vorige jaar, waarbij wordt rekening gehouden met weekdag / weekenddag, feestdagen / schoolvakanties en maand. Om een gelijkaardige vergelijking te maken inzake aangerekende verstrekkingen is een onderscheid gemaakt tussen essentiële, niet-essentiële en gemengd essentiële verstrekkingen. Ook de variatie in het aanleveren van data via de boekhoudkundige flux is in rekening gebracht.

Voor de schatting van de ICU-druk op de ziekenhuizen zijn 2 verschillende benaderingen gebruikt: een eerste legt de nadruk op een vergelijking binnen het ziekenhuis, een tweede benadering legt de nadruk op een vergelijking tussen de ziekenhuizen.

Om de lokale druk en de cumulatieve incidentie van besmettingen door de COVID-19 op niveau van gemeenten, arrondissementen en ziekenhuizen te bepalen, is er op basis van ruimtelijke coördinaten, een indicator opgesteld. Deze kan aangeven hoe groot de cumulatieve incidentie is in de onmiddellijke omgeving van elk ziekenhuis.

c) Resultaten

De resultaten zullen gepubliceerd worden nadat alle analyses afgerond en gevalideerd zijn. Een deel van de resultaten zijn reeds gepubliceerd via het [KCE rapport 335](#)²⁷.

d) Acties en voorstellen

De conclusies kunnen onder andere dienen voor de opvolging van het gevoerde beleid en de optimalisering van een toekomstig beleid van HTSC.

²⁷ KCE, Rapport 335 *Assessing The Management Of Hospital Surge Capacity In The First Wave Of The COVID-19 Pandemic In Belgium*, p. 159-163: ‘6.5 Federal inter-administration hospital audit cell: impact on hospital activity in the first wave of the COVID-19 pandemic’.

II. INTERNATIONALE AANGELEGENHEDEN

De cel Internationale Aangelegenheden wenst de DGEC niet alleen te informeren over de internationale samenwerking, maar ook te wijzen op de meerwaarde ervan voor de dienst. De cel deelt bovendien de kennis en de goede praktijken van de DGEC met haar externe partners.

1. EHFCN

Sinds 2005 is de cel Internationale Aangelegenheden verantwoordelijk voor het financiële 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 context.

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

Het EHFCN organiseert bovendien naast internationale conferenties ook seminaries over specifieke thema's die verband houden met fraude, corruptie, verspilling en de ontwikkeling van instrumenten voor risicometing.

a) Digitalisering van de activiteiten

Naar aanleiding van de COVID-19-pandemie heeft het EHFCN ervoor gekozen om volledige delen van zijn werking te digitaliseren. De bevoegde organen van het EHFCN hebben beslist om te opteren voor interne digitale platformen om tijdens de pandemie met de leden te communiceren en van gedachten te wisselen en om de interne webinars via een specifiek platform te organiseren. Alle vergaderingen van het EHFCN, waaronder de conferenties en de Algemene Vergadering, hebben sinds maart 2020 online plaatsgevonden.

In 2020 werden er voor de leden van het EHFCN 3 webinars georganiseerd. Tijdens die webinars worden actuele onderwerpen over de strijd tegen fraude en corruptie in de gezondheidszorg besproken en is er ruimte om de vragen van de leden te beantwoorden. De sprekers van de webinars zijn deskundigen uit de gezondheidssector die ook lid zijn van het EHFCN. In de afgelopen webinars kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- ✦ *De impact van de preventie van inbreuken evalueren* (oktober 2020): de inspectiediensten die de fouten, misbruiken en gevallen van fraude binnen het domein van de gezondheidszorg opsporen, gebruiken daarvoor een heel gamma van acties. Sommige acties worden voornamelijk opgezet om inbreuken te voorkomen. Men vroeg zich onder meer af hoe men de impact van die acties in de toekomst kan beoordelen. De ervaring leert ons dat die impact nog vaak wordt onderschat;
- ✦ *Misbruik (en fraude) van opioïden* (november 2020): tijdens deze webinar werd een overzicht gegeven van het (overmatig) gebruik van opioïden in België en in Frankrijk, waarbij het specifieke geval van Tramadol werd uitgelicht. Er werden verschillende schema's van fraude en misbruiken voorgesteld met een evaluatie van de acties om dat probleem efficiënter aan te pakken;
- ✦ *Methodologische aanpak om fraude binnen het domein van de gezondheidszorg in kaart te brengen en te begrijpen* (december 2020): de bedragen die binnen het domein van de gezondheidszorg aan fraude kunnen worden toegeschreven, blijven elk jaar toenemen. Fraude wordt van nature verborgen gehouden en is dus moeilijk te beoordelen. De instellingen voor sociale bescherming moeten evenwel nog meer inspanningen leveren om het risico op fraude te herkennen.

Ook in 2021 zullen er maandelijks webinars worden georganiseerd.

b) Oprichting werkgroepen

Tijdens de Algemene Vergadering van september 2020 heeft het EHFCN de oprichting van 3 werkgroepen goedgekeurd:

- ✦ artificiële intelligentie binnen het domein van de gezondheidszorg. Die werkgroep moet nagaan of we fraude binnen het domein van de gezondheidszorg kunnen opsporen aan de hand van de bestaande AI-technologieën en of we die goede praktijken en nieuwe methodes om fraude via AI-algoritmes op te sporen, kunnen delen. De werkgroep zal ook de potentiële implementatie van AI-ondersteunde fraudeopsporing in verschillende gezondheidszorg-systemen onderzoeken;
- ✦ de Europese portaalsite ter bevordering van de integriteit in de gezondheidssector. Die groep zal werken aan de oprichting van een nieuw communicatienetwerk van alle belangrijke gezondheidsactoren via een nieuwe innovatieve portaalsite. Daarop zal alle informatie worden verzameld (documenten, wetenschappelijke analyses, enz.) om zorg- en beheermodellen te ontwikkelen die uitsluitend op het nastreven van de gezondheidsdoelstellingen zijn gericht, en in het bijzonder bedoeld zijn om elke vorm van corruptie en alle aanverwante handelwijzen zoals fraude en verspilling, te verwerpen en te bestrijden. Die aanpak zal globaal en inclusief zijn en moet de gehele burgerbevolking ertoe aansporen om elke vorm van misbruik te melden.
- ✦ de duurzame samenwerking van de gezondheidssystemen. Het hoofddoel is de ontwikkeling van een kaderprogramma dat in de toekomst aan een specifiek land of een specifieke regio kan worden aangepast. De verschillende gezondheidssystemen zullen worden geanalyseerd en samengebracht om de interne en externe bedreigingen te kunnen identificeren. Het is daarnaast ook de bedoeling om methodes en procedures uit te werken die corruptie, fraude en verspilling in de gezondheidszorg moeten voorkomen. Het is uiteindelijk de bedoeling om maatregelen en acties uit te werken om de risico's op corruptie, fraude en verspilling in de verschillende soorten zorginstellingen tot een minimum te beperken.

c) Overige activiteiten

Naast de digitalisering werd in 2020 ook gefocust op de voorbereiding van de lancering van het strategisch plan van het EHFCN dat over 3 jaar zal lopen en aan een jaarlijks hernieuwbaar jaaractieplan zal worden gekoppeld. Dat strategisch plan omvat natuurlijk een langetermijnvisie en duidelijke doelstellingen met meetbare kwaliteitsindicatoren. Met dit plan willen we ook een nauwere relatie met onze leden aanknopen, hen meer betrekken en beter informeren over de activiteiten van het netwerk.

Het EHFCN heeft ten slotte beslist om meer extern te communiceren over zijn activiteiten en opdrachten. In 2020 werden er 2 filmpjes over het EHFCN voorbereid die in 2021 zullen worden gedeeld. Het is de bedoeling om het netwerk zowel bij de zorgverleners als bij het grote publiek bekend te maken.

2. Bilaterale vergaderingen

De cel organiseert ook bilaterale vergaderingen, workshops en conferenties in een internationale context, voor het bevorderen van kennisdeling en overleg. In 2020 heeft de cel een bilaterale vergadering tussen het RIZIV en de Nederlandse Zorgautoriteit (een gezondheidszorginstelling uit Nederland) georganiseerd. Die vergadering vond in januari 2020 plaats in de gebouwen van het RIZIV. Die dag bestond uit een plenaire vergadering over de organisatie en de financiering van de thuisverpleging in Nederland en België en uit verschillende gelijktijdige sessies over de manier waarop het toezicht, de controle en de financieringsmechanismen in de toekomst zullen worden georganiseerd.

In mei 2020 heeft de DGEC een bilaterale vergadering gehad met de *Caisse nationale de l'assurance maladie* (Frankrijk).

III. ACTIEPLAN HANDHAVING IN DE GEZONDHEIDS- ZORG 2018-2020

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

Dat eerste actieplan (2016-2017) bevatte:

- ✦ 15 structurele maatregelen over handhaving,
- ✦ 10 maatregelen in het kader van de fraudebestrijding en
- ✦ 9 maatregelen ter bevordering van de doelmatigheid van de gezondheidszorg.

Sommige maatregelen uit het eerste plan die nog niet afgewerkt waren, werden terug opgenomen in het [actieplan 2018-2020](#). Bijkomend is er in het 2^{de} actieplan een hoofdstuk opgenomen over:

- ✦ samenwerking met diverse partners in de gezondheidszorg,
- ✦ gegevensuitwisseling en databeheer.

Zowel het RIZIV als de V.I.'s hebben voorstellen geformuleerd via de werkzaamheden in de Anti-fraudecommissie die is opgericht binnen het RIZIV. Deze voorstellen werden in nauwe samenwerking met de FOD Volksgezondheid geïntegreerd in het actieplan 2018-2020.

Gelet op onze missie dragen we in grote mate bij aan de performante besteding van de middelen in de gezondheidszorg. Onze controleonderzoeken en evaluatiestudies, waarvan we de resultaten voorstelden aan het DGEC-comité²⁸, kaderen in dit actieplan, evenals de activiteiten van de cel Audit Ziekenhuizen²⁹.

Wat de uitvoering van arthroscopische meniscectomieën³⁰ (§ 7.2.10 bij het hoofdstuk 'Specifieke thema's doelmatige zorg') betreft, hebben we in 2020 een voorstel aan de TGR geformuleerd om de terugbetaling in de nomenclatuur van meniscectomie te beperken bij vijftigplussers met degeneratief lijden. Dit werd niet weerhouden maar de orthopedisch chirurgen kondigden eigen initiatieven aan.

IV. SCIENSANO

In de strijd tegen COVID-19 is het belangrijk dat de toezichthoudende instellingen snel kunnen beschikken over correcte gegevens over de uitgevoerde SARS-CoV-2 polymerase chain reaction opsporingstesten (PCR-testen). Op verzoek van Sciensano was de DGEC betrokken bij de follow-up van drie indicatoren betreffende de mededeling van de PCR-testresultaten door de erkende laboratoria op Healthdata:

- ✦ de tijdspanne tussen de validatie van het resultaat en de ontvangst van het resultaat op Healthdata: binnen een uur na de validatie;
- ✦ het correcte INSZ-nummer van de verzekerde: aanwezig in 100 % van de resultaten;
- ✦ de tijdspanne tussen de afname en de ontvangst van het testresultaat op Healthdata: binnen de 48 uur na de afname, op termijn binnen de 24 uur (nieuwe follow-upindicator vanaf 28.08.2020).

²⁸ Zie de samenvattingen, p. 12-25 en 32-38.

²⁹ Zie p. 63-64.

³⁰ Zie p. 29.

1. Sensibiliseringsactie van 31.08.2020

Bij de eerste sensibiliseringsactie hebben we een brief gestuurd aan alle laboratoria die in de week van 17.08.2020 tot 23.08.2020:

- ✦ minstens 5 % van de PCR-testresultaten later dan 4 uur na de validatie ervan hebben gerapporteerd (25);
- ✦ geen correct INSZ-nummer hebben vermeld voor minstens 5 % van de PCR-testresultaten (13).

14 laboratoria ontvingen de 2 sensibiliseringsbrieven. Het was de bedoeling om de laboratoria te sensibiliseren over het belang van de naleving van deze indicatoren. We vroegen hun om ons de redenen voor de niet-naleving van deze indicatoren op te geven.

We stuurden ook een brief aan alle erkende laboratoria (98) om hen te informeren over de invoering van een nieuwe indicator en de follow-up ervan.

2. Sensibiliseringsactie van 25.09.2020

We stuurden een bijkomende sensibiliseringsbrief aan de 7 laboratoria die, tussen 31.08.2020 en 20.09.2020, geen correct INSZ-nummer hadden vermeld bij minstens 5 % van de PCR-testresultaten en die niet hadden gereageerd op onze eerste brief. We gaven gepersonaliseerde feedback en herinnerden hen aan de mogelijkheid om een BIS-nummer aan te maken voor een patiënt zonder rijksregisternummer.

3. Sensibiliseringsactie van 28.09.2020

Zoals aangekondigd in de eerste brief, stuurden we feedback aan de laboratoria over de naleving van de nieuwe indicator in de week van 14.09.2020 tot 20.09.2020:

- ✦ 35 laboratoria hadden binnen de 24 uur na de staalafname minstens 90 % van de PCR-testresultaten doorgestuurd en werden daarvoor bedankt;
- ✦ 54 laboratoria hadden meer dan 10 % van de PCR-testresultaten later dan 24 uur na de staalafname doorgestuurd en werden gesensibiliseerd over het belang van de naleving van deze indicator.

4. Antwoorden van de laboratoria

De laboratoria hebben verschillende redenen aangevoerd voor de niet-naleving van de indicatoren:

- ✦ sommige laboratoria verklaarden dat zij administratieve gegevens hadden aangevuld/aangepast na een eerdere mededeling van de resultaten op Healthdata, wat leidde tot een nieuw "laattijdig" verslag,
- ✦ in sommige gevallen konden de laboratoria naar eigen zeggen moeilijk een INSZ-nummer verkrijgen:
 - ◇ geen onlineformulier (patiënten met een sms-code, analyses buiten het RIZIV),
 - ◇ buitenlandse seizoenarbeiders – fruitplukkers,
 - ◇ buitenlandse studenten,
 - ◇ asielzoekers/illegalen,
 - ◇ personen die bij internationale organisaties werken,
 - ◇ andere niet-residentiële buitenlanders,
 - ◇ enz.

5. Effect van de sensibiliseringsacties

Tabel 18 toont de evolutie van het totale aantal PCR-testen en van de 3 indicatoren voor alle laboratoria samen. In de periode van 20.07.2020 tot 25.10.2020 is het totale aantal PCR-testen verviervoudigd.

Tabel 18. Evolutie van het totale aantal PCR-testen en van de 3 indicatoren op weekbasis (de groene markering geeft de verzending van de sensibiliseringsbrieven aan)

S30	S31	S32	S33	S34	S35	S36	S37	S38	S39	S40*	S41	S42	S43
Totaal aantal PCR-testen													
94.196	130.406	148.001	119.006	122.901	144.711	145.219	189.859	240.242	225.697	152.314	259.769	349.602	385.003
% testen zonder correct INSZ-nummer													
8,48 %	4,81 %	6,29 %	6,48 %	4,98 %	5,09 %	4,85 %	3,83 %	3,89 %	3,94 %	3,88 %	3,76 %	3,33 %	3,00 %
% testen met > 4 uur tussen validatie resultaat en doorsturen resultaat naar Sciensano													
69,79 %	47,34 %	37,60 %	18,92 %	17,68 %	19,35 %	11,56 %	11,47 %	10,24 %	8,35 %	8,12 %	5,71 %	7,81 %	9,05 %
% testen met > 24 uur tussen staalafname en doorsturen resultaat naar Sciensano													
							42,38 %	45,49 %	42,85 %	38,56 %	42,65 %	54,34 %	58,76 %

* geen gegevens beschikbaar voor 28 en 29.09.2020 (betreft dus enkel de periode van woensdag t.e.m. zondag)

We zien een algemene verbetering in de vermelding van een correct INSZ-nummer en de tijdspanne tussen de validatie van het resultaat en de ontvangst van het resultaat op Healthdata. Deze verbetering trad gedeeltelijk ook al op in de periode voor de sensibilisering. Vanaf de week van 12.10.2020 tot 18.10.2020 zien we een sterke stijging van het totale aantal PCR-testen. Dit is gekoppeld aan de evolutie van de epidemie en gaat gepaard met een stijging van de percentages voor de eerste en de derde indicator.

6. Acties en conclusie

We bespraken de reacties en bijkomende vragen van de laboratoria na de sensibiliseringsactie met Sciensano.

Hoewel we een globale verbetering vaststelden voor de eerste twee indicatoren, lijkt de impact van onze sensibiliseringsactie eerder beperkt. We moeten deze resultaten ook interpreteren in de steeds wijzigende context van de COVID-19-epidemie. In het kader van de heropflakking van de epidemie en de gewijzigde teststrategie in de tweede helft van oktober, hebben we in 2020 geen bijkomende acties meer gepland.

Afkortingslijst

AZV	Anonieme Ziekenhuisverblijven
BOD	Beslissingsorgaan / organe décisionnel
CTG	Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen
CTIIMH	Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen
DGV	Dienst voor geneeskundige verzorging
EBM	Evidence-based medicine
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
EM	Elektronenmicroscopie
GVU-wet	Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994
HTSC	Hospital & Transport Surge Capacity
ICE	Directies Informatie, Controle, Evaluatie van DGEC
IHC	Immuunhistochemische
KB	Koninklijk besluit
KCE	Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg
KEA	Kamer van eerste aanleg
ICU	Intensive care unit
LA	Leidend Ambtenaar
LVZ	Laagvariabele Zorg
NGV	Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen
PCR-test	Polymerase chain reaction opsporingstesten
PV Va	Proces-verbaal van vaststelling
TAVI	Transcatheter Aortic Valve Implantation
TGR	Technisch Geneeskundige Raad
TLL	Tenlastegelegd / tenlastelegging
UVT	Uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling
V.I.	Verzekeringsinstelling
VT	Vrijwillige terugbetaling
WG	Werkgroep

Meer weten?

Hebt u vragen of opmerkingen over deze publicatie?

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