



Jaarverslag DGEC

Activiteiten 2022



Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Voorwoord

Het jaar 2022 blijft nazinderen met een dubbel gevoel. Enerzijds ben ik heel tevreden over de geleverde inspanningen van al onze teams en over de uitstekende resultaten die ze behaalden. Anderzijds moet ik met lede ogen aanzien hoe fraude in de ziekteverzekering verder toeneemt, terwijl de huidige preventieve en structurele bestrijding ervan niet afdoend blijkt te zijn.

Ernstige fraude in de gezondheidszorg blijft weliswaar beperkt tot een kleine groep zorgverleners, maar ze neemt dus wel toe en overstijgt de landsgrenzen. Internationale spelers en netwerken hebben nu ook het lucratieve aspect van structurele handhavingproblemen ontdekt. Daardoor wordt inspectie steeds complexer en arbeidsintensiever.

We proberen efficiënter te werken en stellen al geruime tijd gerichte prioriteiten. Nog voor we een controleonderzoek of andere acties opstarten, schatten we de ernst van de inbreuken in. Intentionele inbreuken (fraude) krijgen de hoogste prioriteit. Het wordt echter moeilijk om prioriteiten te bepalen als we, bij gebrek aan voldoende middelen, nu ook al een keuze moeten maken tussen controleonderzoeken over even ernstige inbreuken.

Tijdens controleonderzoeken sporen we inbreuken tegen de regelgeving op. Toch merken onze inspecteurs soms ook dat de zorgkwaliteit beter kan, vooral in fraudedossiers waarbij vaak niet- of onvoldoende gekwalificeerde zorgverleners betrokken zijn. Dit is niet altijd eenvoudig aan te tonen. Zo wordt de strijd tegen fraude dus ook een strijd voor zorgkwaliteit.

Daarom moeten we blijven ijveren voor meer structurele aanpassingen, voor kwaliteit van facturatiegegevens, snelle informatie-uitwisseling en intense samenwerking met alle actoren op het werkveld. Het volstaat niet de oren te spitsen wanneer het woord 'fraude' valt in de media. Fraudebestrijding is een voortdurende opdracht die alsmar complexer en soms zelfs gevaarlijk wordt. Dat vergt een ingrijpende, structurele en proactieve aanpak met de bijhorende middelen.

Hoewel het in de huidige context een enorme uitdaging is, blijven we fraudeurs opvolgen en nieuwe risico's inschatten op basis van facturatiegegevens. Sinds 2022 doen we dit ook systematisch voor elk onderdeel van het gezondheidsbudget waarvoor we bevoegd zijn. Alle beroepsgroepen komen zonder onderscheid aan bod.

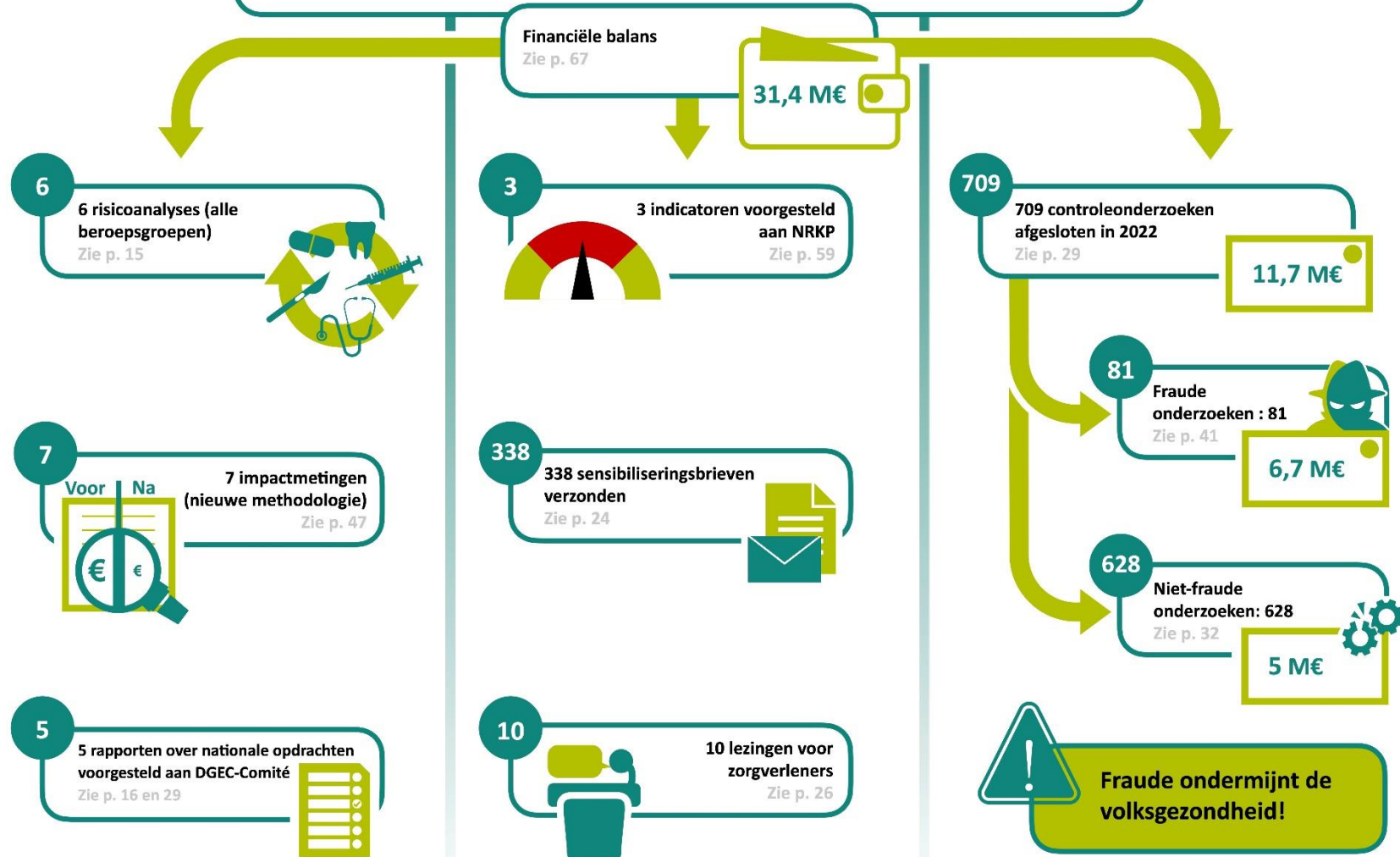
Gelukkig doet de globale context geen afbreuk aan de betrokkenheid en expertise van onze sociaal inspecteurs. Dat blijkt duidelijk uit de behaalde resultaten. In dit jaarverslag stellen we een nieuwe methodologie voor om onze financiële impact te berekenen. Elke sociaal inspecteur van de DGEC brengt financieel meer op dan hij/zij kost. Maar de impact reikt nog verder, zoals u in dit jaarverslag zal kunnen lezen.

Naast de opvolging van regelgeving hebben we in 2022 ook belangrijke stappen gezet om zorg doelmatiger te maken. Verstrekkingen die geen meerwaarde hebben voor de gezondheid van de patiënt zouden niet uitgevoerd mogen worden en zeker niet aangerekend, noch aan de patiënt, noch aan de gemeenschap. Met het oog op meer appropriate care (doelmatige zorg) werden in 2022 op basis van een recent aangepast wettelijk kader 3 indicatoren van manifeste afwijking van goede medische praktijk voorgesteld aan de Nationale raad voor kwaliteitspromotie. Hiervoor werkten we nauw samen met het KCE en CEBAM. Ook hier hopen we ons steentje bij te dragen om enkel zorg te vergoeden die een meerwaarde heeft voor onze gezondheid en gebaseerd is op wetenschappelijke evidentie. Als verschillende behandelingen hetzelfde effect hebben op onze gezondheid, geven we beter de voorkeur aan de behandeling die de samenleving het minst financieel bezwaart.

Tot slot een woord van dank aan iedereen, binnen en buiten de DGEC, die zich onafgebroken blijft inzetten opdat de beschikbare middelen in de gezondheidszorg worden aangewend voor patiënten die het echt nodig hebben.

Philip Tavernier, Arts-directeur-generaal DGEC

Overzicht DGEC-activiteiten in 2022



Inhoudstafel

Voorwoord	2
Overzicht DGEC-activiteiten in 2022	3
Deel 1 – De DGEC voorgesteld	7
I. Missie	7
1. Wettelijke opdrachten	7
2. Strategisch plan 2022-2025	8
a) Efficiënte inzet beschikbare middelen	8
b) Visie	8
c) Strategische doelstellingen	8
II. Organisatiestructuur	9
III. Werkwijze	10
IV. Personeel en vorming	12
Deel 2 – Oorsprong van onze activiteiten	14
I. Externe meldingen	14
II. Interne analyses	15
1. Evaluatiestudies	16
a) Modaliteiten voor de toekenning van de COVID-19-premies voor de tandartsen	16
b) Subgingivale reiniging in relatie tot de ‘preventieve’ tandsteenverwijdering	18
c) Aanrekening van transgenderheekunde	21
2. Analyses van de datacel	22
a) Ondersteuning bij controleonderzoeken	22
b) Ondersteuning bij evaluatieopdrachten	22
c) Risicoanalyses	23
d) Kwaliteitsverbetering van de gegevens en opleidingen	23
Deel 3 – Acties	24
I. Sensibilisatie en informatie	24
1. Sensibiliseringsacties via briefwisseling	24
a) Voorschrift van klinische biologie	24
b) Aanrekening van de lasertherapie van een secundaire cataract	25
c) Structurele equipes in de thuisverpleging die werken met zorgkundigen	25
d) Aanrekening van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen	26
e) Aanrekening van cryotherapie	26
2. Lezingen	26
a) De zorgverlener en de DGEC van het RIZIV	27
b) Correct gebruik van de nomenclatuur bij ooglidbehandelingen	27

II.	Verzoek tot aanpassing van nomenclatuur	27
1.	Structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen	27
2.	Adviesfunctie in de werkgroepen van de Technische geneeskundige raad	28
a)	Werkgroep Interpretatie van de nomenclatuur	28
b)	Werkgroep Inwendige geneeskunde: wijziging van artikel 23 betreffende fysiotherapie	28
c)	Werkgroep Heelkunde: invoering van een interpretatieregel betreffende de Rezum-procedure	29
d)	Algemene werkgroep: wijziging van artikel 25 betreffende het toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.....	29
III.	Controle en recuperaties.....	29
1.	Nationale controleonderzoeken	29
a)	Primocontrole van de aanrekening van het COVID-19-pseudocodenummer 101135	29
b)	Aanrekening van de COVID-19-pseudocodenummers 101990 en 101135 door de huisartsen	30
2.	Individuele controleonderzoeken	32
a)	Oorsprong	32
b)	Gevolg: beslissing van de arts-inspecteur-generaal.....	32
c)	Betrokkenen.....	34
d)	Evolutie 2018-2022	35
e)	Opvolging van de administratieve procedures.....	36
3.	Strijd tegen fraude	41
a)	Definitie fraude/bedrog	41
b)	Afgesloten fraudeonderzoeken in 2022	42
c)	Schorsing uitbetaling via de derde-betalersregeling	45
Deel 4 – Impact		47
I.	Algemene methodologie	47
II.	Impact van de processen-verbaal van vaststelling op de facturatie	48
III.	Impact van de nationale opdrachten	50
1.	Ambulante cardiale monitoring	50
2.	Dagziekenhuisforfaits.....	51
3.	Invasieve medische hulpmiddelen gebruikt in de vasculaire en thoracale heelkunde en in de cardiologie.....	51
4.	Arthroscopische meniscectomie bij degeneratief knielijden.....	52
5.	Dringendheidshonoraria voor NMR-onderzoeken	53
6.	Cumul artrografie en CT-scans of NMR.....	54
Deel 5 – Naar een betere reglementering		56

Deel 6 – Samenwerkingen	57
I. Passerelle: Audit Ziekenhuizen.....	57
1. Audit zware medische beeldvorming.....	57
2. Audit keizersneden.....	57
3. Audit COVID-19	58
4. Audit Laagvariabele Zorg.....	58
II. Appropriate care	59
1. Werkgroep Quintuple AIM.....	59
2. Indiening van indicatoren	59
III. Internationale aangelegenheden – EHFCN	60
1. Opendeurdag (“Open house”)	60
2. Indonesische delegatie.....	60
3. Webinars	61
4. Werkgroep over artificiële intelligentie	62
5. Algemene vergadering en Strategisch plan	62
IV. Financiële responsabilisering van de verzekerings-instellingen.....	62
1. Socio-professionele re-integratie van arbeidsongeschikte verzekerden: acties van de adviserend artsen	63
2. Mededeling van voorstellen samen met motivatie van staat van invaliditeit via IDES	63
3. Naleving van de regels betreffende de vergoeding van bepaalde verstrekkingen van geneeskundige verzorging	64
a) Farmaceutische verstrekkingen	64
b) Fysiotherapie- en/of revalidatieverstrekkingen.....	64
c) Conclusie	64
4. Kwaliteit van New Attest-gegevens	64
V. Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2021-2023.....	65
Deel 7 – Financiële balans.....	66
I. Opbrengsten.....	66
II. Verminderde uitgaven.....	66
III. Globale financiële balans.....	67
Afkortingenlijst.....	68
Meer weten?.....	69

Deel 1 – De 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 volgt de DGEC de evolutie van de wetenschappelijke kennis op om te komen tot meer appropriate care (doelmatige zorg). Belanghebbenden zijn o.a. de zorgverleners, beheerders van verzorgingsinstellingen, verzekeringsinstellingen (V.I.'s¹) en sociaal verzekerden. 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 toezien 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 3 opeenvolgende stappen: systematische risicoanalyse, actie en vervolgens impactmeting. Ondanks de beperkte personeelsmiddelen heeft deze werkwijze de impact van de dienst positief beïnvloed.

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

Door deze analyses kan de dienst keuzes maken uit een breed gamma aan mogelijke acties: een individueel of nationaal controleonderzoek, sensibilisatiebrieven, voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, uitnodiging tot in regelstelling, tijdelijke schorsing van de uitbetaling van verstrekkingen via derde-betaler, enz. De directies Informatie, Controle en Evaluatie (ICE) coördineren deze transversale 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 tegen de reglementering te voorkomen;
- ✦ de voorgeschreven of uitgevoerde verstrekkingen van de ziekteverzekering evalueren en de wijze onderzoeken waarop groepen zorgverleners hun praktijk voeren;
- ✦ de verstrekkingen van de ziekteverzekering controleren op het vlak van realiteit en conformiteit volgens de voorschriften van de wet, ook de overconsumptie;
- ✦ de verstrekkingen controleren van de uitkerings- en moederschapsverzekering (toezicht op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid);
- ✦ uitvoeren van de beslissingen van de Leidend ambtenaar, de Kamers van eerste aanleg en van beroep.

¹ Een [afkortingenlijst](#) staat op het einde van het rapport, p. 68.

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

2. Strategisch plan 2022-2025

a) Efficiënte inzet van beschikbare middelen

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

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

b) Visie

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

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

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

c) Strategische doelstellingen

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

1. Systematische en ruime risicoanalyses met duidelijke prioriteiten

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

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

2. Impact op aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners

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

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

Dweilen met de kraan open is weinig zinvol. Inbreuken voorkomen is essentieel, maar als DGEC hebben we daar slechts deels de hand in. Verschillende soorten inbreuken vergen ook een andere aanpak. Een *administratieve fout* kan vaak worden voorkomen door een aanpassing in de facturatiesoftware; door onmogelijk te maken wat niet toegelaten is. *Misbruik van onduidelijke regelgeving* moet dan weer

aangepakt worden op het niveau van de regelgeving zelf: door een nomenclatuurwijziging of een interpretatieregel. *Intentionele inbreuken* (fraude) betreft een zeer kleine groep zorgverleners die vaak voor zeer grote bedragen frauduleus aanrekenen. Ze zoeken steeds de mazen in het net, maar te vaak worden systemen geconcipteerd voor de grote groep goed menende zorgverleners zonder rekening te houden met fraudegevoeligheid.

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

Intentionele inbreuken (fraude) zijn ernstiger dan een administratieve fout en moeten ook strenger worden aangepakt. Bij fraude komt een zorgverlener op de blacklist en volgt een proactieve opvolging van het aanrekengedrag. Een belangrijk aandachtspunt is ook de effectieve betaling van het tenlastegelegde bedrag en van de administratieve sanctie na een eindbeslissing.

5. Betrokkenheid en responsabilisering verzekerden en zorgverleners

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

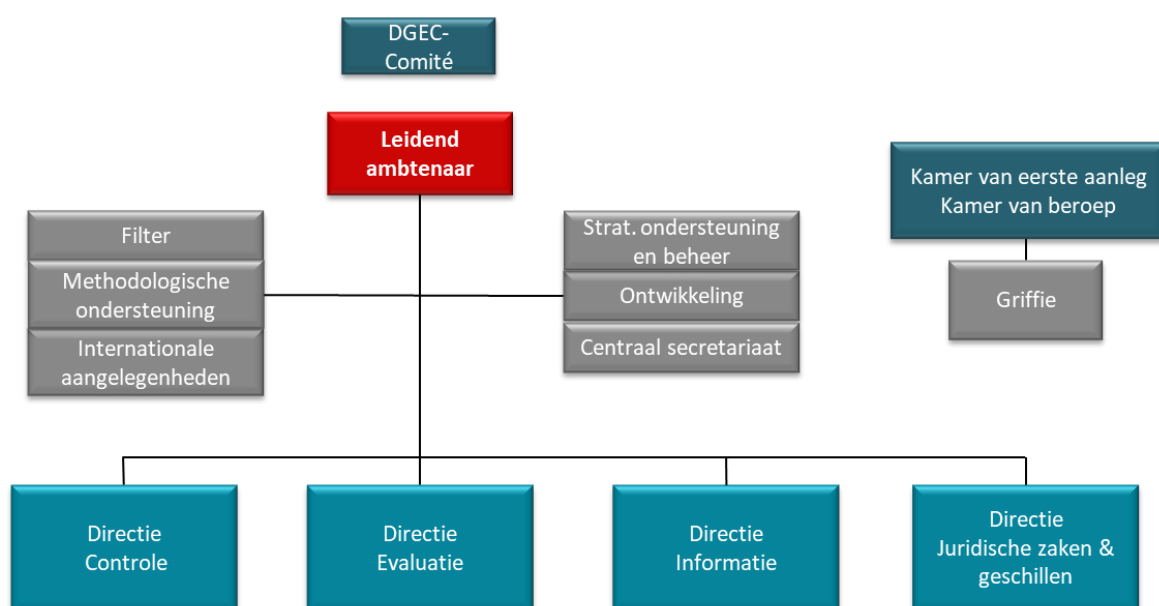
6. Efficiënt gebruik van externe expertise en inspectiemiddelen in het kader van samenwerking/ synergie, informatie-uitwisseling en gezamenlijke expertiseopbouw/ kennisdeling

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

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

II. ORGANISATIESTRUCTUUR

De DGEC is als volgt georganiseerd.



Figuur 1. Organisatiestructuur DGEC

III. WERKWIJZE

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

De Filter ontvangt en analyseert de externe meldingen en interne voorstellen. Hij 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 aanrekeningedrag 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 publiceren;
- ✦ sensibilisatiebrieven verzenden naar een groep vergelijkbare zorgverleners;
- ✦ lezingen geven voor welomschreven doelgroepen;
- ✦ persberichten opstellen en persvragen beantwoorden.

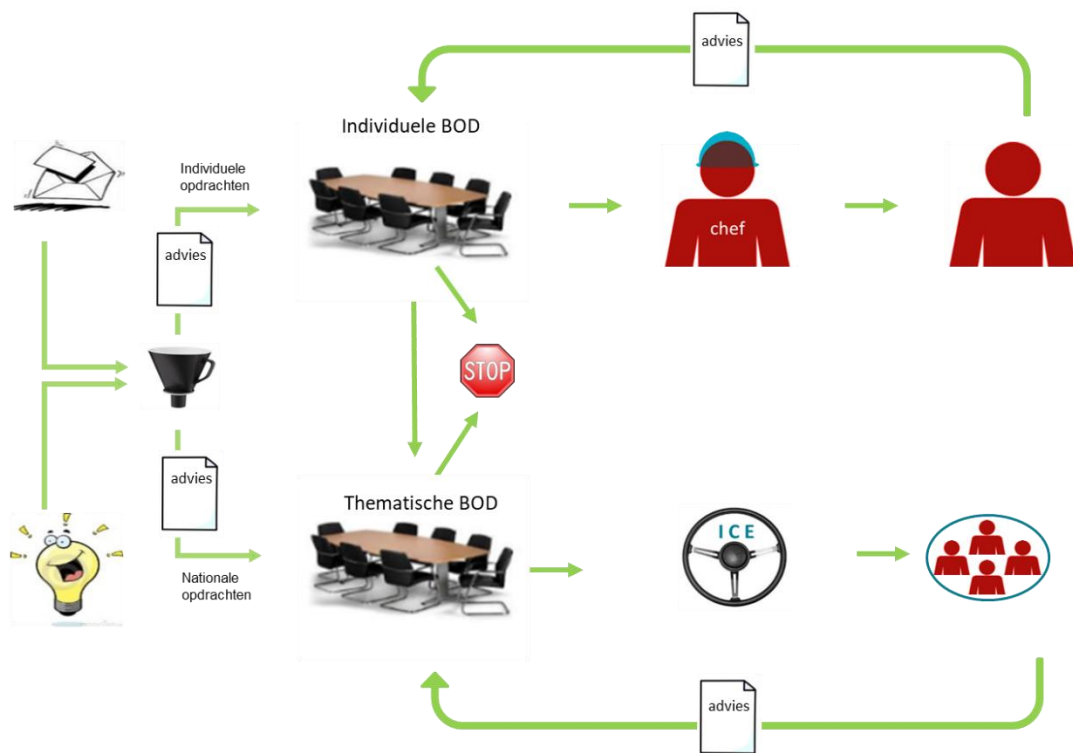
Het nationaal controleonderzoek heeft als doel na te gaan of zorgverleners een inbreuk hebben gepleegd en onterecht verstrekkingen hebben aangerekend aan de ziekteverzekering. Op basis van een vooraf bepaalde methodologie onderzoeken we het aanrekeningedrag van een grote en vergelijkbare groep zorgverleners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

- ✦ negatief,
- ✦ informatief,
- ✦ waarschuwing,
- ✦ vaststelling zonder administratieve procedure,
- ✦ vaststelling met administratieve procedure,
- ✦ zonder gevolg DGEC.

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 nog bijkomende voorstellen tot acties formuleren in een advies.

³ Zie "Individuele controleonderzoeken – [gevolg: beslissing van de arts-inspecteur-generaal](#)", p. 32-33.

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



Figuur 2. Werkingsproces DGEC

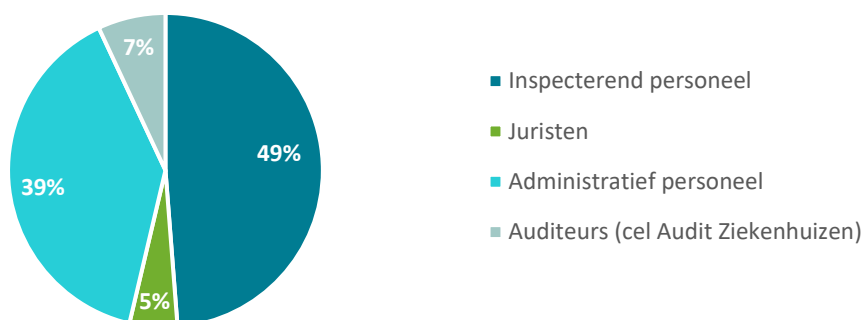
IV. PERSONEEL EN VORMING

De DGEC telde 244 personeelsleden op 31 december 2022. In tabel 1 verdelen we de personeelsleden volgens profiel, standplaats en taalrol.

Tabel 1. Aantal personeelsleden DGEC op 31 december 2022

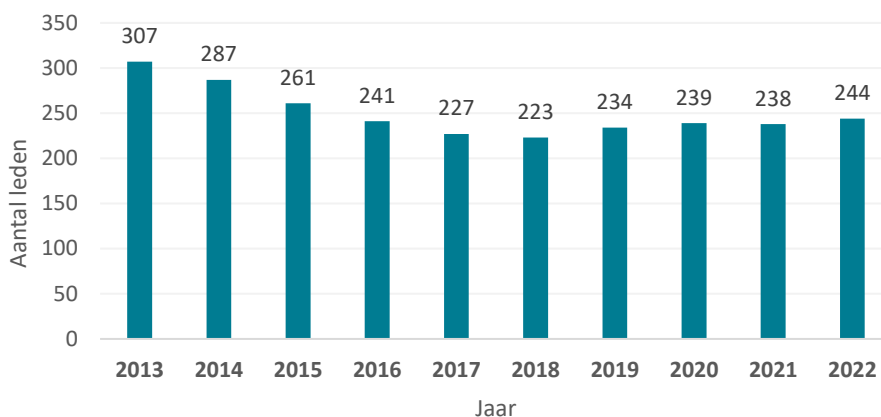
		Centrale diensten		Provinciale kantoren		Totaal
		NL	FR	NL	FR	
Leidend ambtenaar/arts-directeur-generaal		1				1
Arts-inspecteur-generaal		1	1			2
Directeurs		2	2	4	2	10
Coördinatoren		3	3			6
Sociaal inspecteurs:	artsen	2		31	22	55
	apothekers			4	3	7
	tandartsen			1	3	4
	verpleegkundigen			19	17	36
	wetenschappelijk attachés	1		1		2
Auditeurs		9	7			16
Juristen		5	6			11
ICT, ontwikkeling, kennisbeheer		3	2			5
Internationale samenwerking		1	1			2
Data-analisten		4	7			11
Administratief:	attachés en adviseurs	4	3	2		9
	deskundigen	2	3	6	4	15
	assistenten	5	8	13	16	42
	medewerkers	3	2	4	1	10
TOTAAL		46	45	85	68	244

Het inspecterend personeel, de auditeurs en de juristen hebben een operationele opdracht. Door de digitale en technologische evolutie is er minder nood aan administratieve ondersteuning. Daarom voert het administratief ondersteunend personeel ook operationele taken uit.



Figuur 3. Verhouding personeelsleden DGEC in 2022

Om de continuïteit van de werking van onze dienst te garanderen, hebben we 22 nieuwe medewerkers aangeworven in 2022 ter vervanging van personen die met pensioen gingen. De meesten van hen zijn aangeworven als sociaal inspecteur. Dankzij die aanwervingen en ondanks de pensioneringen is het aantal personeelsleden gestegen in vergelijking met het jaar ervoor en wordt het bestaande personeelskader meer ingevuld.



Figuur 4. Evolutie aantal personeelsleden DGEC

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

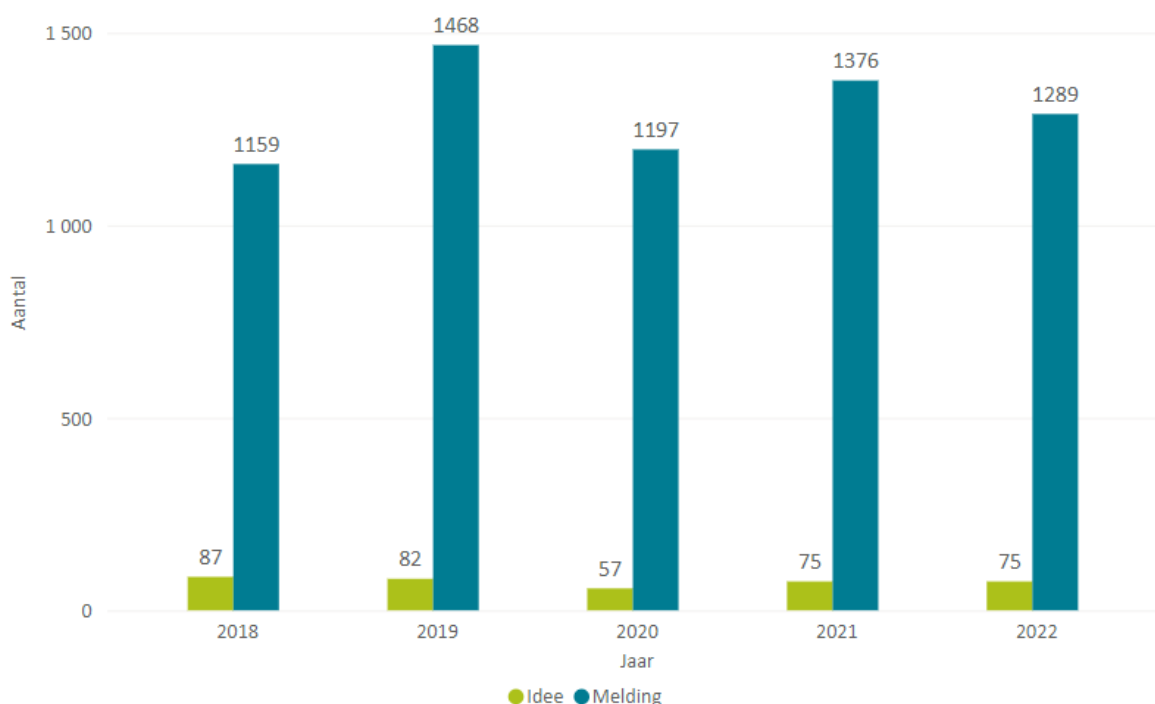
Naast het opleidingstraject voor nieuwkomers blijven we ook de voortgezette vorming organiseren die we hebben opgestart in 2020, zowel online als fysiek. Die opleidingen zijn gericht op alle DGEC-medewerkers en hebben betrekking op onderwerpen in verband met de opdracht van de dienst, het gebruik van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

Deel 2 – Oorsprong van onze activiteiten

In 2022 ontvingen we 1.289 meldingen komende van buiten de DGEC. Onder meldingen verstaan we aangiftes van mogelijke fraude, vragen, klachten, verplichte opdrachten enz.

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

Figuur 5 geeft de evolutie weer van het aantal externe meldingen en interne voorstellen van 2018 tot 2022. Het aantal meldingen en het aantal interne voorstellen blijft nagenoeg stabiel over de jaren heen.



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

Hoewel de interne voorstellen een kleine minderheid vormen ten opzichte van de meldingen, leiden zij vaker tot acties met een belangrijke impact. In 2022 heeft 83 % van de interne voorstellen geleid tot een opdracht of tot een uitbreiding van een bestaande opdracht. Van de externe meldingen daarentegen leidde 8 % tot een nieuwe opdracht of tot een uitbreiding van een bestaande opdracht. Toch zijn heel wat meldingen waardevol voor de DGEC om fraudeurs of fraudesystemen op te sporen.

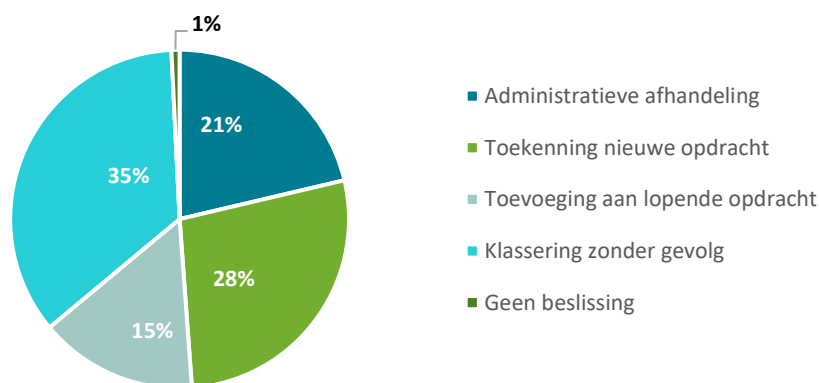
I. EXTERNE MELDINGEN

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

De externe meldingen die de DGEC in 2022 ontving, gingen zowel over individuele zorgverleners en verzekerden als over zorginstellingen.

Van de 1.289 binnengekomen meldingen heeft de Filter:

- ✦ de meerderheid van de meldingen (1.010) administratief afgehandeld. Dit betekent dat de Filtermedewerkers zelf onmiddellijk een correct antwoord hebben geformuleerd of de melding, na ontvangstbevestiging, hebben doorgestuurd naar de bevoegde instantie;
- ✦ 32 meldingen rechtstreeks doorverwezen naar een DGEC-medewerker, omdat het verplichte opdrachten waren. Meestal was dat met het oog op een controleopdracht, maar soms ging het om een evaluatie- of een informatieopdracht;
- ✦ 2 meldingen toegevoegd aan een lopend controleonderzoek;
- ✦ voor 244 meldingen 258 adviezen aan het BOD verleend, zodat dat beslissingsorgaan de nodige informatie had om een beslissing te nemen over het verdere gevolg. Op basis van die adviezen heeft het BOD beslist tot:
 - ✧ administratieve afhandeling⁴ (55),
 - ✧ toekenning van een nieuwe opdracht⁵ (controle, evaluatie of informatie) (71),
 - ✧ toevoeging van de melding aan een lopende opdracht (39),
 - ✧ klassering zonder gevolg (91).
 - ✧ 2 adviezen zijn nog in behandeling.
- ✦ 1 melding is nog in behandeling.



Figuur 6. Verwerking van externe meldingen door BOD in 2022

II. INTERNE ANALYSES

Ook interne voorstellen van de DGEC-personeelsleden kunnen leiden tot verschillende DGEC-acties: individuele of nationale controleonderzoeken, evaluatiestudies, sensibiliseringsacties, enz.

We zetten er onze personeelsleden toe aan voorstellen tot actie te formuleren.

Bovendien zijn we dit jaar gestart met de uitvoering van systematische en domeinspecifieke risicoanalyses voor elke beroepsgroep. Dit betekent dat elk onderdeel van de nomenclatuur systematisch wordt doorgelicht en dat we elke beroepsgroep zonder onderscheid onderzoeken op mogelijke anomalieën. Een risicoanalyse kunnen we definiëren als de beoordeling van de waarschijnlijkheid dat een ongewenste gebeurtenis zich voordoet. Het doel van onze risicoanalyses is dus om alle domeinen van de ziekteverzekering periodiek onder de loep te nemen, om zo tot een billijke verdeling van onderzoeken te komen over de verschillende domeinen van de gezondheidszorg heen. Bij de analyse van elk domein zijn

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

⁵ Het creëren van een nieuwe opdracht kan betrekking hebben op verschillende zorgverleners of zorginstellingen. Dit maakt dat één opdracht kan leiden tot meerdere individuele dossiers.

er 3 belangrijke aandachtspunten: primaire controle V.I.'s, doelmatigheid/efficiëntie en handhaving van de regelgeving.

1. Evaluatiestudies

We geven hieronder de samenvattingen van de evaluatiestudies die in 2022 voor het DGEC-Comité zijn voorgesteld.

a) Modaliteiten voor de toekenning van de COVID-19-premies voor de tandartsen

Oorsprong en doelstelling

Als gevolg van de uitbraak van de COVID-19-pandemie hadden de tandartsen (een bijzonder blootgestelde beroepsgroep) een reeks beschermingsmiddelen en -maatregelen ingevoerd. Om te vermijden dat de kosten van het beschermingsmateriaal aan de patiënt zouden worden doorgerekend, had men beslist om tussen te komen in die kosten via COVID-19-premies.

Het ging om 20 EUR per afspraak (patiëntencontact), met maximaal 200 afspraken per maand (dat is ongeveer 10 patiënten per dag), op basis van de verstrekkingen die werden aangerekend aan de ziekteverzekering. Dat hield dus een maximumbedrag in van 4.000 EUR per maand. De premies werden in 3 periodes toegekend, van 4 mei 2020 tot 30 juni 2021, voor een maximumbedrag van in totaal 56.000 EUR per tandarts⁶.

Naar aanleiding van verschillende meldingen van tandartsen vonden we het nodig om de modaliteiten voor de toekenning van de COVID-19-premies aan de tandartsen te evalueren. Zonder het principe van de toekenning van een premie opnieuw in vraag te stellen, hebben we de volgende vragen geëvalueerd.

- ✦ Was het bedrag van de premie te hoog ingeschat?
- ✦ Was de manier waarop de premie werd berekend wel de meest geschikte?
- ✦ Wat met de tandartsen die zich niet beschermden?
- ✦ Heeft de toekenning van de COVID-19-premie gezorgd voor een wijziging in het facturatievolume van de tandartsen?

Evaluatie van de modaliteiten voor de toekenning van de COVID-19-premie

Was het bedrag van de premie te hoog ingeschat?

Om die vraag te kunnen beantwoorden, hebben we in februari 2021 verschillende websites voor tandheelkundig materiaal geraadpleegd en de gemiddelde kosten bepaald voor beschermingsmateriaal dat regelmatig tussen elke patiënt moest worden vervangen en/of gedesinfecteerd.

Op basis van die gemiddelde kosten hebben we de maandelijkse maximale kosten voor dat beschermingsmateriaal geëvalueerd. We hebben onze berekeningen gebaseerd op 200 patiënten per maand (maximum bepaald voor de premie) en op een tandarts die 6 dagen per week gedurende 4 weken werkt. Zo verkregen we een quasi maximumbedrag van 3.318 EUR.

⁶ Na het afronden van onze studie werd een nieuwe premie toegekend voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 maart 2022. Die bedroeg 10 EUR per afspraak met een maximum van 200 afspraken per maand.

Tabel 2. Maandelijke kosten van het beschermingsmateriaal voor een tandarts die de aanbevelingen volgt en 10 patiënten per dag ontvangt

Materiaal	Prijs bij benadering (EUR)
120 FFP2-maskers	300
240 chirurgische maskers	96
2 gelaatsschermen	50
240 haarnetjes	24
240 overschorten voor eenmalig gebruik	800
480 overschoenen	48
Totaal	1.318
1 luchtzuiveringstoestel	1.500 tot 2.000
TOTAAL	2.818 tot 3.318

Het maximumbedrag van de premie bedroeg 4.000 EUR per maand, dat is ongeveer 2.500 EUR meer dan de maximale kosten van het beschermingsmateriaal die we hadden berekend. De eerste storting van 4.000 EUR kon worden gerechtvaardigd door de aankoop van UVC-luchtzuiveringstoestellen, die erg prijzig waren. Het ging echter om een eenmalige investering die niet verplicht was; volgens de aanbevelingen zou verluchten gedurende 15 minuten na elke patiënt voldoende zijn geweest.

Bovendien had de Interfederale groep voor risicobeheer (Risk Management Group) sinds het begin van de COVID-19-pandemie gratis beschermingsmateriaal aan de tandartsen bezorgd, zoals FFP2-maskers of chirurgische mondmaskers, gelaatsschermen, haarnetjes, overschorten en overschoenen.

We kunnen dus besluiten dat het bedrag van de COVID-19-premie die aan de tandartsen was toegekend, te hoog was ingeschat. We zijn ons evenwel ervan bewust dat er een sterk tekort was aan beschermingsmateriaal op het moment dat dit bedrag werd bepaald. Dat zorgde voor een stijging van de kosten en het bedrag van de premie was toen waarschijnlijk gepast. Op het moment van deze studie waren er sindsdien geen tekorten meer en is de prijs van het beschermingsmateriaal sterk gedaald.

Was de manier waarop de premie werd berekend wel de meest geschikte?

De COVID-19-premie werd berekend op basis van het aantal patiëntencontacten.

We hebben vastgesteld dat deze berekeningswijze de tandartsen benadeelden die zich correct beschermden en de aanbevolen maatregelen implementeerden. Van beschermingsmateriaal wisselen na elke patiënt en/of verluchten gedurende 15 minuten na elke afspraak kost immers tijd. Die tandartsen ontvingen minder patiënten dan de tandartsen die de aanbevelingen niet respecteerden en liepen dus het risico dat ze een lagere COVID-19-premie kregen.

Wat met de tandartsen die zich niet beschermden?

We hebben tijdens verhoren vastgesteld dat sommige tandartsen niet het gepaste beschermingsmateriaal gebruikten (gelaatsscherm, haarnetje, overschort, luchtzuiveringstoestel of verluchtingstijd na elke patiënt), maar wel de premie ontvingen die aan elke tandarts werd toegekend om een gedeelte van de aankoopprijs van dat materiaal te dekken.

Het wettelijke kader van de COVID-19-premies voorzag niet in de mogelijkheid om de premie terug te vorderen bij tandartsen die zich niet beschermden en geen enkele maatregel namen. De tandartsen moesten immers geen bewijzen aanleveren die aantoonde dat ze de premies wel degelijk hadden gebruikt om beschermingsmateriaal te kopen.

Heeft de toekenning van de COVID-19-premie gezorgd voor een wijziging in het facturatievolume van de tandartsen?

Om op die vraag te antwoorden, hebben we het facturatiegedrag van de tandartsen tijdens de pandemie in 2020 vergeleken met dat van de jaren 2017, 2018 en 2019.

De resultaten van de analyse lijken aan te tonen dat er in 2020 geen overduidelijke aanwijzing is van overdrijving in de facturaties om een hogere COVID-19-premie te verkrijgen. Onze analyse is evenwel beperkt voor 2 redenen. Enerzijds werden de gegevens geëxtrapoleerd vanuit de gegevens voor 7 maanden, waarvan 2 van de zomervakantie, die in het algemeen minder representatief zijn. Anderzijds was het onmogelijk om in onze analyse wijzigingen te detecteren in het individuele aanrekeninggedrag (macroanalyse).

Voorstellen

Eerst en vooral denken we dat het bedrag van de premie te hoog was ingeschat en dat men dit had moeten aanpassen aan de evolutie van de kosten van het beschermingsmateriaal vanaf de derde periode waarin de premie werd toegekend. We hebben voorgesteld om in de toekomst het bedrag van de premie vast te stellen aan de hand van de werkelijke kostprijs van de beschermingsuitrusting.

Bovendien zou een forfaitair bedrag, onafhankelijk van het aantal patiëntencontacten, tot minder verschillen tussen de tandartsen hebben geleid en minder rekenfouten bij de uitbetaling van de premies. Zo had eveneens kunnen worden vermeden dat de tandartsen die de aanbevelingen voor de bescherming niet naleefden, hogere premies ontvingen dan de tandartsen die de regels wel naleefden.

Om de premie enkel toe te kennen aan de tandartsen die de aanbevelingen voor de bescherming naleefden, had het wettelijk kader in een controlesysteem moeten worden voorzien, bijvoorbeeld het ter beschikking stellen van aankoopbewijzen van beschermingsmateriaal.

We vroegen ons af of de toekenning van de premie op basis van het aantal patiëntencontacten een toename van het facturatievolume voor gevolg had. Op basis van onze gegevens hebben we vastgesteld dat dit niet het geval was en dat de sector in het algemeen de facturatie niet heeft overdreven om meer premies te krijgen.

Om al die redenen menen we dat het reglementaire kader van de COVID-19-premies die aan de tandartsen werden toegekend, voor verbetering vatbaar was.

b) Subgingivale reiniging in relatie tot de 'preventieve' tandsteenverwijdering

Oorsprong en objectief

Voor de aanrekening van een subgingivale reiniging gelden een aantal voorwaarden. In deze evaluatiestudie bekeken we de relatie tussen de aanrekening van subgingivale reiniging en deze van de 'preventieve' tandsteenverwijdering.

De subgingivale reiniging is het verwijderen van tandsteen onder het tandvleesniveau, met indien nodig het gladmaken van het worteloppervlak. Voor de aanrekening van de subgingivale reiniging gelden de voorwaarden dat er een 'preventieve' tandsteenverwijdering werd vergoed:

- ✦ in hetzelfde of het voorgaande kalenderjaar,
- ✦ voor hetzelfde kwadrant,
- ✦ en dit slechts éénmaal per 3 kalenderjaren.

De 'preventieve' tandsteenverwijdering gaat in de praktijk meestal om de verwijdering van tandsteen op en boven de grens met het tandvlees, hoewel de nomenclatuur het niet beperkt tot deze zone. De tegemoetkoming van deze verstrekking is één keer per kwadrant en per kalenderjaar mogelijk. De hoogte van de tegemoetkoming is afhankelijk van het feit of de verzekerde een vergoede behandeling ontving het voorgaande kalenderjaar (MondZorgTraject).

We onderzochten in welke mate de vergoedingsvoorwaarden voor de subgingivale reiniging aanzetten tot de aanrekening van de ‘preventieve’ tandsteenverwijdering, terwijl dit tandheelkundig misschien onnodig is.

Methodologie

Omwille van de COVID-19-pandemie kozen we voor een analyse van de subgingivale reiniging op het niveau van de verzekerden voor verstrekingsjaar 2019, het laatste volledige jaar voor de pandemie.

We hebben via NewAttest gepseudonimiseerde gegevens⁷ opgevraagd van verzekerden die in 2019 in minstens één kwadrant een subgingivale behandeling vergoed kregen. We hebben het tijdsverloop tussen de ‘preventieve’ tandsteenverwijdering en de subgingivale reiniging geanalyseerd. De mond is verdeeld in 4 kwadranten. We analyseerden de situatie per kwadrant afzonderlijk en ook voor de 4 kwadranten samen.

Resultaten

Bij een populatie van 23.839 verzekerden werd er minstens in één kwadrant een subgingivale reiniging gedaan in het jaar 2019. We registreerden hierbij 87.130 geattesteerde verstrekkingen.

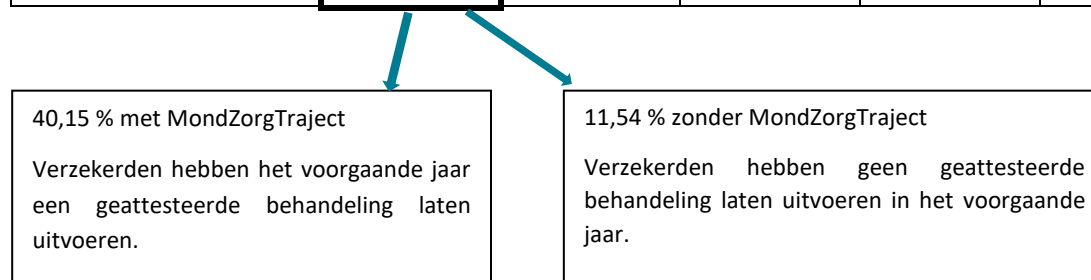
30 dagen voor een subgingivale reiniging

In net iets meer dan de helft van alle gevallen (45.032 van de 87.130 verstrekkingen) attesteert men een ‘preventieve’ tandsteenverwijdering binnen de maand voor een subgingivale reiniging.

Onderstaande tabel geeft het aantal verstrekkingen weer en het percentage van het aantal verstrekkingen. Het gaat hier om een cumulatieve tabel. Dit wil zeggen dat de 45.032 verstrekkingen binnen de 30 dagen ook de 36.521 verstrekkingen van binnen de 14 dagen omvatten.

Tabel 3. Aanrekeningen van subgingivale reinigingen (SUB) in 2019 met voorgaande ‘preventieve’ tandsteenverwijdering (TSV) met verschillende tijdsintervallen tussen TSV en SUB

cumulatieve tabel	< 31 dagen	< 15 dagen	< 8 dagen	< 2 dagen	zelfde dag
totaal SUB met TSV	45.032	36.521	25.692	3.205	615
% SUB met TSV	51,68 %	41,92 %	29,49 %	3,68 %	0,71 %



Relatie van subgingivale reiniging tot het voorgaande jaar

Bij de verzekerden die een subgingivale reiniging lieten uitvoeren, gingen we na of ze in het corresponderende kwadrant het voorgaande jaar een ‘preventieve’ tandsteenverwijdering lieten uitvoeren. Uit de analyse blijkt dat slechts 38,19 % aan deze voorwaarde voldoet.

⁷ Dit zijn de volledige facturatiegegevens over verzekerden van wie de identiteit wordt vervangen door een pseudoniem.

Tabel 4. Aantal verstrekkingen per gebruikt kwadrant van subgingivale reiniging (SUB) met een corresponderende 'preventieve' tandsteenverwijdering (TSV) het voorgaande kalenderjaar

	1° kwadrant	2° kwadrant	3° kwadrant	4° kwadrant	Samengestelde kwadranten	Totaal
2018 TSV	8.175	8.202	8.442	8.434	26	33.279
2019 SUB	21.870	21.807	21.685	21.690	78	87.130
% SUB met TSV	37,38 %	37,61 %	38,93 %	38,88 %	33,33 %	38,19 %

Conclusie

Het succes van een 'preventieve' maatregel aantonen, is zeer moeilijk. Wat kunnen we als succes beschouwen? Beschouwen we een uitstel van een bepaalde behandeling als voldoende, of moet het eerder het voorkomen van een bepaalde behandeling zijn? Behoudens uitzonderingen lijkt het ons weinig waarschijnlijk dat een verstrekking werkelijk preventief is als ze amper 30 dagen later al wordt gevolgd door een parodontale behandeling. We verwijzen hierbij naar de meer dan de helft van alle subgingivale reinigingen die binnen de maand volgden op een 'preventieve' tandsteenverwijdering. Bovendien ging het hierbij voor meer dan 1 op 10 van alle subgingivale reinigingen ook nog om verzekerden die het voorgaande kalenderjaar geen enkele geattesteerde behandeling lieten uitvoeren bij hun tandarts.

Verzekerden die het voorgaande kalenderjaar geen 'preventieve' tandsteenverwijdering lieten uitvoeren of die zelfs geen enkele behandeling lieten attesteren, kunnen toch toegang krijgen tot een tegemoetkoming voor de subgingivale reiniging. De nomenclatuur vereist alleen dat men vooraf nog 'snel' een 'preventieve' tandsteenverwijdering attesteert.

Alles wijst erop dat de nomenclatuur zelf aanzet tot een vorm van overconsumptie. De 'preventieve' tandsteenverwijdering wordt vaak alleen geattesteerd om tegemoetkoming te krijgen voor de subgingivale reiniging.

We zien in de cijfers dat ruim 60 % van de verzekerden het jaar voor een subgingivale reiniging geen 'preventieve' tandsteenverwijdering heeft gekregen. Vanuit preventief oogpunt zou het goed zijn om dit percentage te laten dalen. Meer adequate 'preventieve' tandsteenverwijderingen kunnen de noodzaak op parodontale behandelingen later verminderen. De huidige voorwaarden zijn duidelijk ondoelmatig.

Voorstellen

We hebben 2 voorstellen met aanpassingen aan de nomenclatuur gedaan. Het gaat om 2 voorstellen met telkens meerdere aanpassingen. We hebben de 2 voorstellen aan de Tandheeskundig Technische Raad voorgesteld.

Groter tijdsinterval tussen beide verstrekkingen (6 maanden) en ont koppeling van verplichte 'preventieve' tandsteenverwijdering voorafgaand aan subgingivale reiniging

We kunnen ons de vraag stellen of de verplichte koppeling van de 'preventieve' tandsteenverwijdering aan de subgingivale reiniging wel zinvol is.

Een verplicht groter tijdsinterval tussen beide verstrekkingen, zou de 'preventieve' tandsteenverwijdering doelmatiger maken. Een adequater gebruik van (meerdere) 'preventieve' tandsteenverwijderingen kan er bovendien voor zorgen dat de subgingivale reiniging minder dringend of zelfs overbodig wordt.

Dit voorstel zou naar verwachtingen geen stijging van het algemene budget veroorzaken.

Groter tijdsinterval tussen beide verstrekkingen (6 maanden) zonder ont koppeling van een verplichte 'preventieve' tandsteenverwijdering voor de subgingivale reiniging

Indien men er de voorkeur aan geeft om de koppeling tussen de subgingivale reiniging en de 'preventieve' tandsteenverwijdering te behouden, stellen we voor om zeker het tijdsinterval tussen beide verstrekkingen te vergroten.

Hierbij is er een verschuiving op het budget van het ene boekjaar naar het andere boekjaar. Bovendien is er een licht voordeel van een half miljoen EUR per jaar. Dit vrijgemaakt budget gaat echter ten koste van verzekerden die het voorgaande jaar geen enkele behandeling lieten uitvoeren bij hun tandarts. Er zijn aanwijzingen dat deze groep voor een belangrijk deel bestaat uit beschermde verzekerden met verhoogde tegemoetkoming. Omwille van deze aanwijzingen geniet het eerste voorstel onze voorkeur.

c) Aanrekening van transgenderheelkunde

Oorsprong en objectief

Tijdens een controle van aanrekeningen plastische heelkunde, stelde de DGEC toevallig vast dat operaties in het kader van geslachtsverandering bij transseksualiteit niet altijd correct werden aangerekend. Daarom beslisten we om de aanrekening van geslachtsveranderende ingrepen verder te analyseren.

Methodologie

We analyseerden de aanrekening van verschillende types operaties bij personen die waren opgenomen in de overeenkomst Transgenderzorg. Deze overeenkomst is gesloten tussen het RIZIV enerzijds en het UZ Gent en CHU Liège anderzijds. Deze biedt psychosociale begeleiding en medicamenteuze behandeling voor patiënten die medische hulp vragen betreffende hun genderidentiteit.

Resultaten

De aanrekeningen van operaties werden geanalyseerd voor 69 patiënten die deel uitmaakten van de overeenkomst Transgenderzorg van CHU Liège en voor 114 patiënten van UZ Gent. We bekeken operaties in de periode van 1 januari 2017 tot en met 30 september 2019. Een moeilijkheid was dat het niet altijd duidelijk was wat het oorspronkelijke geslacht van de patiënten was.

Volgende types operaties werden aangerekend: geslachtschirurgie, borstoperatie, gelaatschirurgie, stemoperatie, hysterectomie en bijkomende chirurgie. Vooral plastisch chirurgen en urologen voerden de ingrepen uit.

We stellen vast dat geslachtsveranderende ingrepen niet correct worden aangerekend. Chirurgen gebruiken de bestaande nomenclatuur, die hiervoor niet altijd geschikt is. De nomenclatuurnummers worden niet-conform aangerekend en de toepassingsregels worden niet gerespecteerd. Hierdoor zijn er verschillen in de aanrekeningswijze tussen verschillende ziekenhuizen en tussen chirurgen onderling. Ook esthetische ingrepen worden niet-conform aangerekend, want deze worden normaal niet terugbetaald door de ziekteverzekering. Echter is het bij transgenderingrepen niet altijd duidelijk of een ingreep noodzakelijk dan wel esthetisch is.

Voorstel: bijkomende overeenkomst

De DGEC ijvert voor een bijkomende overeenkomst voor genderbevestigende ingrepen met een beperkt aantal expertisecentra. Dit heeft meerdere voordelen:

- ✦ er is een grotere kans op kwalitatieve zorg;
- ✦ forfaitarisering kan leiden tot een meer billijke vergoeding voor deze complexe zorg;
- ✦ door meerdere gespecialiseerde centra die heelkundige zorg te laten verstrekken, zullen de wachtlijsten verkorten. Momenteel is UZ Gent vrijwel het enige gespecialiseerde centrum dat deze zorg aanbiedt;
- ✦ de ingrepen die in dit kader als noodzakelijk dan wel louter esthetisch worden beschouwd, zouden duidelijker afgebakend worden;
- ✦ een transparante vergoedingsregeling kan patiënten tariefzekerheid bieden en de toegankelijkheid van zorg garanderen;
- ✦ het zou een sluitende berekening mogelijk maken van de werkelijke uitgaven van de ziekteverzekering voor genderbevestigende ingrepen.

Acties

De DGEC bracht de Dienst voor geneeskundige verzorging en het College van Artsen-directeurs op de hoogte van de resultaten van het rapport en de vraag naar een bijkomende overeenkomst.

Naar aanleiding van de vragen die aan het RIZIV gesteld werden in verband met het federale actieplan SOGIESC (Sexual Orientation, Gender Identity and Expression and Sex Characteristics), werd het uitgebreide evaluatierapport ook naar het kabinet van minister van Volksgezondheid gestuurd, waarop een overleg volgde.

2. Analyses van de datacel

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

a) Ondersteuning bij controleonderzoeken

Bij de analyses voor individuele controleonderzoeken heeft de datacel een ondersteunende rol, waarbij de inspecteurs vooral een beroep doen op de technische en statistische expertise van de cel om onterecht aangerekende verstrekkingen aan het licht te brengen en ten laste te kunnen leggen. Enerzijds betreft het hier vooral technische ondersteuning bij de primaire desktop data-analyse, waarbij we in 2022 een grote stap hebben gezet door de ingebruikname van de *MS PowerBI*-templates voor huisartsen, tandartsen en verpleegkundigen. Deze templates en de hierin vervatte indicatoren zullen het werk van de inspecteurs vereenvoudigen, optimaliseren en tijdsefficiënter maken. Anderzijds wordt er ook frequent gebruik gemaakt van een steekproeftrekking en daaropvolgende extrapolatie tijdens de uitvoering van een controleonderzoek. In 2022 werd deze methodologie maar liefst 20 keer uitgevoerd in het kader van een controleonderzoek.

De datacel speelt tevens een belangrijke rol in enkele grotere nationale controleonderzoeken zoals de P-waarden voor de tandartsen en de M-waarden voor de kinesitherapeuten. Hierbij zorgt de datacel voor de berekeningen van de verschillende maandelijkse, trimestriële of jaarlijkse coëfficiënten. Ze bezorgt daarna aan de sociaal inspecteurs de gedetailleerde informatie van de zorgverleners die deze waarden overschreden hebben. Door enkele aanpassingen aan het te doorlopen proces kunnen we sinds dit jaar korter op de bal spelen en flexibeler te werk gaan bij deze controleonderzoeken.

b) Ondersteuning bij evaluatieopdrachten

In 2022 was de datacel tevens nauw betrokken bij de ondersteuning van verschillende monitoring- of evaluatieopdrachten over:

- ✦ de zorgverleners in de medische huizen,
- ✦ het fractioneren van beeldvorming CT/MRI in meerdere sessies,
- ✦ de indicatie van herhaling van de oogbiometrie en endothelial cell count (ECC),
- ✦ de uroflowmetrie: EBM-studie/appropriate care,
- ✦ de nomenclatuur thuisverpleging voor infuustherapie en katheterzorg,
- ✦ de EBM voor de systematische jaarlijkse TSH-screening (thyroid-stimulating hormone) van asymptomatische patiënten,
- ✦ de monitoring Toxicologie,
- ✦ de aanrekening van artikel 8 door ziekenhuizen,
- ✦ de cumuls in de anesthesie,
- ✦ het verbruik van dipidolor en pethidine.

c) Risicoanalyses

We zijn in 2022 eveneens gestart met het uitvoeren van domeinspecifieke risicoanalyses⁸. We hebben in nauwe samenwerking met de provinciale kantoren, 6 projecten risicoanalyse uitgevoerd, zijnde:

- ✦ orthopedisten, bandagisten, audiciens en opticiens,
- ✦ implantaten en menselijk materiaal,
- ✦ ziekenhuizen: dagziekenhuisforfait, dialyse, honoraria voor toezicht,
- ✦ heelkunde 1: otorinolaryngologie, oftalmologie, stomatologie, neurochirurgie, plastische heelkunde en dermatologie,
- ✦ farmacie 1: openbare apotheken,
- ✦ huisartsen en medische huizen.

d) Kwaliteitsverbetering van de gegevens en opleidingen

Verder speelde de datacel een actieve rol bij de kwaliteitsverbetering van de gegevens die via verschillende datastromen of via NewAttest-aanvragen ter beschikking gesteld worden en in de controle van de V.I.'s⁹.

De datacel deelt ook haar kennis met de sociaal inspecteurs via opleidingen over de vele databronnen die de DGEC ter beschikking heeft, over de steekproef- en extrapolatiemethode en over de nieuw ontwikkelde analysemogelijkheden.

⁸ Zie inleiding van "[Interne analyses](#)", p. 15-16.

⁹ Zie "[Financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen](#)", p. 62-64.

Deel 3 – Acties

I. SENSIBILISATIE EN INFORMATIE

We informeren de zorgverleners en zorginstellingen over de relevante regelgeving via verschillende kanalen: per brief of e-mail, lezingen en informatiebrochures. We houden hen ook op de hoogte van de resultaten van onze evaluatiestudies en nationale controleonderzoeken. Het is onze bedoeling om de zorgverleners te informeren zodat ze geen overtredingen uit onwetendheid begaan. Ook willen we hen bewust maken van het belang van een optimaal gebruik van het budget van de ziekteverzekering voor de duurzaamheid van de toegang tot zorg. Zo streven we naar een bijkomende positieve impact op het aanreken- en voorschrijfgedrag van de zorgverleners en verzorgingsinstellingen. We delen de resultaten van onze acties ook mee aan de pers en beantwoorden hun vragen.

1. Sensibiliseringsacties via briefwisseling

In 2022 hebben we bij verschillende beroepsgroepen van zorgverleners 5 sensibiliseringsacties gevoerd per brief.

a) Voorschrift van klinische biologie

In 2019 verstrekten 10.185 huisartsen 8,2 miljoen voorschriften voor klinische biologie voor een bedrag van 333,4 miljoen EUR¹⁰. Het mediane bedrag klinische biologie dat per arts wordt voorgeschreven (absoluut bedrag) bedraagt 29.325 EUR. Het mediane bedrag klinische biologie dat per arts per patiënt wordt voorgeschreven (relatief bedrag) bedraagt 24,15 EUR. Met andere woorden, de mediane arts heeft voor 24,15 EUR klinische biologie per patiënt voorgeschreven.

We hebben een sensibiliseringsbrief gestuurd aan de outliers, zowel voor het absolute als voor het relatieve bedrag. In 2019 schreven deze huisartsen voor meer dan 77.344 EUR klinische biologie voor en voor meer dan 53,66 EUR per patiënt.

Die brief is naar 64 huisartsen gestuurd. Hij vermeldde op gepersonaliseerde wijze de absolute en relatieve bedragen klinische biologie die door elk van deze artsen zijn voorgeschreven en ook de uitsplitsingen voor de hele groep. We herinnerden hen eraan dat zorgverleners geen overbodige of onnodig dure verstrekkingen mogen voorschrijven (art. 73 en 73bis van de GvU-wet) en vroegen hen om een efficiënter voorschrijfgedrag te hanteren.

We hebben 14 reacties ontvangen:

- ✦ sommige artsen vroegen om meer gedetailleerde gegevens (lijst van voorgeschreven tests);
- ✦ sommige artsen voerden aan dat ze een oudere patiëntengroep hadden;
- ✦ een aantal artsen die alternatieve therapieën aanbieden, hebben bevestigd dat ze uitgebreid gebruik maken van de klinische biologie;
- ✦ voor één arts was het berekende relatieve bedrag niet representatief. Deze arts had immers patiënten behandeld die waren opgenomen in een instelling voor gehandicapten. Voor deze patiënten is er geen enkel contact aangerekend aan de ziekteverzekering (maar de klinische biologie is wel degelijk aangerekend). Door de gebruikte methode was deze arts echter een outlier voor het absolute bedrag.

¹⁰ Analyse gebaseerd op facturatiegegevens voor het prestatiejaar 2019, geregistreerd door de V.I.'s tot 30 juni 2020, met uitzondering van artsen met kleine praktijken (minimumdrempel van 1.000 patiëntencontacten).

b) Aanrekening van de lasertherapie van een secundaire cataract

Voor deze sensibiliseringsactie selecteerden we de 366 oftalmologen die ten minste 100 cataractoperaties in 2018 aanrekenden en analyseerden we hun aanrekening van een lasertherapie voor een secundaire cataract binnen 12 maanden na een cataractoperatie voor dezelfde patiënt. Gemiddeld werd 4,2 % van de cataractoperaties gevolgd door een lasertherapie (mediaan).

De 14 extreme outliers in deze selectie ontvingen een sensibiliseringsbrief met het aantal en het percentage laserbehandelingen dat ze binnen 12 maanden na een cataractoperatie hadden aangerekend, evenals de mediane aanrekening van de geselecteerde oftalmologen.

We hebben hen gevraagd hun aanrekeninggedrag aan te passen en erop aangedrongen geen overbodige of onnodig dure verstrekkingen te verlenen. We hebben hen ook gewezen op de richtlijnen: de laserbehandeling is zeker doeltreffend, snel en eenvoudig, maar niet zonder risico. We bevelen aan dat de fibrosegraad die een nieuwe operatie rechtvaardigt, in het dossier van de patiënt wordt opgenomen.

c) Structurele equipes in de thuisverpleging die werken met zorgkundigen

We hebben vastgesteld dat het begrip 'structurele equipe' op het terrein niet altijd goed werd toegepast in de groeperingen in de thuisverpleging die met zorgkundigen werken. Samenwerking in de klinische praktijk is namelijk essentieel: de verpleegkundigen en de zorgkundigen moeten zorg verlenen aan dezelfde patiënten of tijdens gezamenlijke verzorgingsrondes. Het gaat niet alleen om een administratieve regeling.

Daarom hebben we de 239 groeperingen in de thuisverpleging die met zorgkundigen werken, herinnerd aan de voorwaarden waaraan ze als structurele equipe moeten voldoen.

- ✦ Ze bestaat uit minstens 4 verpleegkundigen die toegetreden zijn tot de nationale overeenkomst en de verpleegkunde uitoefenen in hoofdberoep.
- ✦ Deze verpleegkundigen werken daadwerkelijk mee aan een aspect van de zorg van de patiënten, met uitsluiting van administratieve of coördinerende aspecten.
- ✦ De equipe heeft interne afspraken gemaakt over de praktische modaliteiten van delegatie van verpleegkundige activiteiten aan zorgkundigen en over de samenwerking tussen de leden van de equipe. Deze interne afspraken moeten gemaakt worden door de equipes die in de klinische praktijk samenwerken bij dezelfde patiënten en dus niet door de overkoepelende groepering.
- ✦ De equipe heeft een verklaring op erewoord ingediend bij het RIZIV met daarin ten minste de gegevens waarmee men de equipe kan identificeren.
- ✦ Van de geattesteerde basisverstrekkingen die een gestructureerde equipe in een kalendermaand verleent, mogen er maximum 25 % door zorgkundigen worden uitgevoerd, zowel binnen als buiten de forfaitaire honoraria.
- ✦ De structurele equipe gebruikt hetzelfde groepsnummer voor de derde-betalersregeling. De aanrekening onder eenzelfde groepsnummer derde-betalersregeling is echter niet voldoende om te kunnen spreken van een structurele equipe.

We hebben de groeperingen in de thuisverpleging verzocht om zich binnen 6 maanden na onze sensibiliseringsbrief in regel te stellen indien ze deze voorwaarden niet hebben nageleefd.

De overeenkomstencommissie verpleegkundigen is op de hoogte gebracht van de sensibiliseringsbrief. We hebben over deze actie ook gecommuniceerd op de website van het RIZIV, door te herinneren aan de voorwaarden waaraan ze als structurele equipe moeten voldoen.

We kregen weinig reacties. De sector heeft meer gereageerd in de overeenkomstencommissie verpleegkundigen. De overeenkomstcommissie besliste een werkgroep op te richten om de regelgeving over de integratie van zorgkundigen te verduidelijken. De DGEC zal deze werkgroep opvolgen om ervoor te zorgen dat de definitie van 'structurele equipe' aan de volgende punten voldoet:

- ✦ de structurele equipes moeten identificeerbaar zijn op praktijkniveau;

- ✦ het moet duidelijk zijn welke verpleegkundigen en zorgkundigen daadwerkelijk samenwerken en hoe deze samenwerking concreet verloopt;
- ✦ de verantwoordelijkheden van de zorgkundigen, verpleegkundigen en eventueel de groepering moeten duidelijk afgebakend en omschreven zijn.

d) Aanrekening van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Bij nationale controleonderzoeken hebben we geconstateerd dat sommige ziekenhuisapotheken regelmatig dezelfde inbreuken pleegden:

- ✦ de niet-naleving van de regels betreffende de forfaits;
- ✦ de niet-naleving van de vergoedingsvoorwaarden;
- ✦ de niet-naleving van de omschrijving van de verstrekking;
- ✦ de aanrekening van meerdere materiaalverstrekkingen per dag, terwijl om anatomische redenen slechts één verstrekking op dezelfde dag kan worden aangerekend;
- ✦ de aanrekening van een implantaat/invasief medisch hulpmiddel dat in werkelijkheid niet is geplaatst.

We hebben een gepersonaliseerde sensibiliseringsbrief gestuurd naar de 10 ziekenhuisapotheken met de meeste inbreuken en hun aandacht gevestigd op de meest voorkomende soorten inbreuken. We hebben hen gevraagd ervoor te zorgen dat ze dit soort fouten in de toekomst niet meer maken, om een boete bij een eventuele controleonderzoek te voorkomen. Daartoe adviseerden we hen om:

- ✦ strikt toe te zien op de levering van het materiaal;
- ✦ het factureringsproces te controleren op administratieve fouten;
- ✦ (aanvullende) interne controleprocedures toe te passen door:
 - ✧ indien nodig, (operatie)verslagen van artsen-specialisten ter beschikking te stellen van de verstrekkers van implantaten;
 - ✧ eventueel met de arts-specialist na te gaan welk verstrekingsnummer op de lijst ze voor specifiek materiaal kunnen gebruiken;
 - ✧ de naleving van de niet-cumulatieregels altijd te controleren (wat vaak met behulp van software kan worden gedaan);
 - ✧ te voorkomen dat het maximum aantal aanrekening per dag wordt overschreden (wat ook met behulp van software kan worden gedaan).

e) Aanrekening van cryotherapie

In 2021 rekenden 11 artsen (outliers) samen 40 % aan van de in totaal 530.000 EUR die aan de ziekteverzekering werd aangerekend voor de verstrekking van cryotherapie, vergoed onder nomenclatuurcodenummer 353216.

We stuurden deze 5 huisartsen en 6 dermatologen een sensibiliseringsbrief om hen te informeren over het aantal keren dat ze deze nomenclatuurnummer aanrekenden, vergeleken met de nationale mediaan. We herinnerden hen eraan dat het nomenclatuurnummer 353216 alleen van toepassing is op de volledige behandeling van huid- of slijmvliesletsels bestaande uit ten minste 8 zittingen cryotherapie, ongeacht het aantal behandelde letsels. Dat nummer mag bijgevolg niet worden gebruikt voor de behandeling van 8 letsels gedurende één zitting. In dit geval moet voor de aanrekening van een enkele zitting nomenclatuurnummer 353194 worden gebruikt, ongeacht het aantal behandelde letsels. We hebben de artsen gevraagd ervoor te zorgen dat ze voortaan het juiste nomenclatuurnummer aanrekenen.

2. Lezingen

We geven ook lezingen over de ziekteverzekering, onze algemene werking en over specifieke actuele onderwerpen. Onze doelgroepen zijn voornamelijk onderwijsinstellingen en erkende beroepsorganisaties, LOK's, enz.

a) De zorgverlener en de DGEC van het RIZIV

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

We hebben de lezing “De tandarts en de DGEC van het RIZIV” gegeven in het Frans op verzoek van de ‘Chambre syndicale dentaire’ en in het Nederlands op verzoek van de Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen.

We hebben de opleiding voor verpleegkundigen ook meermaals in het Nederlands gegeven op verzoek van ZorgConnect, de Vlaamse Beroepsorganisatie voor Zelfstandige Verpleegkundigen, Care-Support en I-Mens.

b) Correct gebruik van de nomenclatuur bij ooglidbehandelingen

Op het herfstcolloquium over oculoplastische chirurgie van de Royal Belgian society for plastic surgery hebben we een Engelstalige lezing gegeven over het correcte gebruik van de nomenclatuur bij ooglidbehandelingen. We hebben daar de nomenclatuurnummers toegelicht die van toepassing zijn op de aanrekening van die behandelingen, alsook de bijbehorende interpretatieregels. Het publiek bestond voornamelijk uit plastisch chirurgen, maar ook uit oftalmologen en dermatologen.

II. VERZOEK TOT AANPASSING VAN NOMENCLATUUR

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

1. Structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

In het kader van de structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen heeft de coördinerend arts van het RIZIV (Dienst voor geneeskundige verzorging) gevraagd dat de DGEC een bijkomend advies zou geven over de analyses die worden uitgevoerd door het gemengde team RIZIV-GEDIS¹¹ en dit bij de standaardisering van de omschrijvingen van de technische medisch-heelkundige verstrekkingen. Onze inspecteurs hebben namelijk een zekere ervaring op het vlak van de toepassingsregels van de nomenclatuur.

De DGEC

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

¹¹ GEDIS asbl – Centre universitaire de gestion, économie et droit appliqués aux institutions de soins et de santé.

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

De 'afwerkingsfase' van de classificatie is aan de gang, specialisme per specialisme. De specialismen die in 2022 werden afgewerkt, zijn:

- ✦ neurochirurgie (artikel 14b),
- ✦ plastische heelkunde (artikel 14c),
- ✦ gynaecologie-verloskunde (artikel 14g),
- ✦ ORL-verstrekkingen (artikel 14i),
- ✦ urologie (artikel 14j),
- ✦ orthopedie (artikel 14k),
- ✦ stomatologie (artikel 14l),
- ✦ wervelkolomchirurgie (DA) (artikel 14n),
- ✦ dermatologie (artikel 21),
- ✦ gastro-enterologie (artikel 20c).

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

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

2. Adviesfunctie in de werkgroepen van de Technische geneeskundige raad

a) Werkgroep Interpretatie van de nomenclatuur

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

De eerste vragen die in 2022 werden besproken, gingen onder andere over de SPINE-nomenclatuur, telemetriebewaking in de cardiologie, aanrekening van de cumulatie van MUG-diensten, aanrekening van een spoedconsultatie na een telefonisch contact met een huisarts.

b) Werkgroep Inwendige geneeskunde: wijziging van artikel 23 betreffende fysiotherapie

Bij verschillende controleonderzoeken hebben we vastgesteld dat het register bedoeld in artikel 23, § 7 van de nomenclatuur ontbrak of dat de facturatiegegevens als register werden gebruikt.

We hebben voorgesteld om artikel 23 van de nomenclatuur aan te passen om het register beter te definiëren: definitie van het begrip 'behandeling', verplichte inhoud, periodiciteit, medeverantwoordelijkheid van de hoofddarts.

Dit voorstel werd aanvaard door de werkgroep Inwendige geneeskunde van de TGR. Er zal ook een verduidelijking worden toegevoegd over het wekelijks verslag.

Het voorstel zal worden voorgelegd tijdens de plenaire vergadering van de TGR in 2023.

c) Werkgroep Heelkunde: invoering van een interpretatieregel betreffende de Rezum-procedure

We hebben een interpretatieregel voorgesteld in het kader van de attestering van de Rezum-procedure bij een prostaatbehandeling, waarin wordt gepreciseerd dat er geen nomenclatuurnummer bestaat om deze verstrekking aan te rekenen. Als urologen deze verstrekking in rekening willen kunnen brengen bij de ziekteverzekering, kunnen zij een aanvraagdossier indienen met het oog op de toevoeging van een nomenclatuurnummer.

Het ontwerp van interpretatieregel werd tijdens de plenaire vergadering van de TGR goedgekeurd en zal in 2023 aan de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen worden voorgelegd.

d) Algemene werkgroep: wijziging van artikel 25 betreffende het toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

Uit een van onze terreinstudies bleek dat veel zorgverleners een verslag opstellen dat moet worden opgenomen in het medisch dossier van de patiënt, maar dat niet doorsturen naar de verwijzende huisarts. Dit wordt deels verklaard doordat de interpretatieregel van artikel 25, § 3bis, 5° van de nomenclatuur niet duidelijk en expliciet genoeg is.

We hebben voorgesteld om het tweede lid van deze interpretatieregel aan te passen om elke dubbelzinnigheid weg te nemen: *“Het verslag maakt deel uit van het medisch dossier van de patiënt. Afhankelijk van de omschrijving van de verstrekking, wordt dit verslag overgemaakt aan de behandelende huisarts en/of verwijzend huisarts.”*

Dit voorstel werd goedgekeurd door de TGR en de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen. Het zal in 2023 worden voorgelegd aan de Commissie voor Begrotingscontrole en het Verzekeringscomité.

III. CONTROLE EN RECUPERATIES

Onderstaande resultaten van onze controleonderzoeken die in 2022 zijn afgesloten, zijn gebaseerd op de gegevens die beschikbaar waren op 31 januari 2023.

1. Nationale controleonderzoeken

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

Hieronder vindt u de samenvatting van de nationale controleonderzoeken die in 2022 zijn voorgesteld aan het DGEC-Comité. Beide controleonderzoeken hadden betrekking op de aanrekening van de pseudocodenummers die in het kader van de COVID-19-pandemie zijn gecreëerd om de continuïteit van de zorg te garanderen. Via deze pseudocodenummers konden de verstrekkingen op afstand, zonder fysiek contact via de derde-betalersregeling worden aangerekend.

a) Primocontrole van de aanrekening van het COVID-19-pseudocodenummer 101135

Oorsprong en doelstelling

De artsen mogen tussen 14 maart 2020 en 1 augustus 2022 het pseudocodenummer 101135 aanrekenen voor een telefonische consultatie met het oog op de continuïteit van de zorg. Deze verstrekking mag maximum 5 keer per patiënt per arts over een periode van 30 dagen worden aangerekend.

Tijdens controleonderzoeken hebben we vastgesteld dat bepaalde artsen het maximumaantal aanrekeningen van dit pseudocodenummer hadden overschreden, wat wijst op een inefficiënte primocontrole van de V.I.'s. De primocontrole is een van de reglementaire opdrachten van de V.I.'s die erin bestaat te controleren of de wettelijke voorwaarden worden nageleefd voor de aanrekening van de verstrekkingen die aan de ziekteverzekering worden aangerekend.

Dit onderzoek had als doel om de gevallen te identificeren waarin de V.I.'s geen primocontrole van het pseudocodenummer 101135 hadden uitgevoerd en om de verstrekkingen te regulariseren die ten onrechte werden aangerekend aan de ziekteverzekering.

Methodologie

We hebben op 10 november 2021 een omzendbrief aan de V.I.'s gestuurd met de vraag om:

- ✦ de primocontrole van het pseudocodenummer 101135 te versterken;
- ✦ de artsen te identificeren die het toegestane maximumaantal aanrekeningen voor deze verstrekking hebben overschreden;
- ✦ over te gaan tot een regularisatie met de betrokken artsen, behalve voor degenen tegen wie een controleonderzoek loopt;
- ✦ ons de lijst met deze artsen en de geregulariseerde verstrekkingen te bezorgen binnen 3 maanden na de verzending van de richtlijn.

Resultaten

Alle V.I.'s hebben ons geantwoord en bezorgden binnen de 3 maanden de lijst met de geregulariseerde en de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hun bedrag en de lijst met de betrokken artsen.

Het pseudocodenummer 101135 werd geattesteerd:

- ✦ voor 9.074.127 verstrekkingen voor een bedrag van 181.479.314,88 EUR in 2020;
- ✦ voor 9.926.995 verstrekkingen voor een bedrag van 198.538.014,02 EUR in 2021.

De V.I.'s hebben 15.257 ten onrechte aangerekende verstrekkingen voor een bedrag van 305.140 EUR geregulariseerd:

- ✦ 6.228 verstrekkingen in 2020 voor een bedrag van 124.560 EUR;
- ✦ 9.029 verstrekkingen in 2021 voor een bedrag van 180.580 EUR.

Voorstellen

We moedigen de V.I.'s aan om hun primocontrole te versterken en indien nodig hun IT-tool hiervoor te moderniseren. Wij hebben hen ook gevraagd om bij de betrokken artsen de regularisaties voort te zetten met betrekking tot de verstrekkingen die in 2022 ten onrechte zijn aangerekend met het pseudocodenummer 101135.

b) Aanrekening van de COVID-19-pseudocodenummers 101990 en 101135 door de huisartsen

Oorsprong en doelstelling

De artsen konden tussen 14 maart 2020 en 1 augustus 2022 de pseudocodenummers 101990 en 101135 aanrekenen voor een telefonische consultatie met het oog op de COVID-19-triage en de continuïteit van de zorg. Vanaf het begin van de COVID-19-pandemie vonden wij het belangrijk om de aanrekening van deze nieuwe pseudocodenummers op te volgen.

19.000 artsen hebben tussen 14 maart 2020 en 31 mei 2020 3.700.000 telefonische consultaties met deze 2 pseudocodenummers geattesteerd. 90 % van de pseudocodenummers werden door huisartsen geattesteerd. Daarom hebben we onze actie op deze beroepsgroep gericht.

De doelstelling van ons controleonderzoek bestond erin de aanrekeningsprofielen van de huisartsen voor deze pseudocodenummers op te volgen.

Methodologie

We hebben de facturatiegegevens voor de periode van maart 2020 tot maart 2022 geanalyseerd.

Op basis van de resultaten van onze analyses hebben we verschillende acties ondernomen:

- ✦ follow-up van het aanrekeningsprofiel van artsen die outliers zijn;
- ✦ brief van het Nationaal Intermutualistisch College om de outliers te sensibiliseren, met de vraag om uitleg over het gedrag inzake de aanrekening te geven en om de ten onrechte aangerekende bedragen te regulariseren aan de V.I.'s;
- ✦ verzending van vragenlijsten aan een selectie van outliers over het aanrekeninggedrag van de COVID-19-pseudocodenummers en, op basis van de antwoorden, opvraging van de medische dossiers van bepaalde patiënten;
- ✦ controleonderzoeken voor een selectie van artsen op basis van: de evolutie van hun aanrekeninggedrag, de antwoorden op de vragenlijst en de beschikbaarheid van de provinciale sociaal inspecteurs.

In het kader van die controleonderzoeken hebben we de betrokken artsen verhoord en daarbij werden 50 tot 100 verstrekkingen met COVID-19-pseudocodenummers geanalyseerd. We hebben de resultaten veralgemeend op basis van het percentage niet-conforme of niet-uitgevoerde verstrekkingen die in het dossier van de patiënten werden opgespoord. We hebben om een terugbetaling van het totale bedrag van de niet-uitgevoerde verstrekkingen gevraagd. Wat de niet-conforme verstrekkingen betreft, hebben we het verschil berekend tussen het bedrag van de verstrekking die had moeten worden aangerekend en het bedrag van het aangerekend pseudocodenummer. Op basis van deze berekeningen hebben we een proces-verbaal van vaststelling (PV Va) en een verzoek tot vrijwillige terugbetaling aan de betrokken artsen gestuurd.

Resultaten

In 2020 hebben we de aanrekening van een groep van 9 huisartsen opgevolgd. Het Nationaal Intermutualistisch College heeft een sensibiliseringsbrief naar 5 andere huisartsen gestuurd met de vraag om de verstrekkingen te regulariseren die ten onrechte met de COVID-19-pseudocodenummers aan de V.I.'s werden aangerekend. Een arts is overgegaan tot regularisaties en 3 artsen hebben in hun antwoord uitleg gegeven over hun aanrekeningsprofiel.

We hebben in 2021 aan 24 huisartsen vragenlijsten gestuurd en hen gevraagd om uitleg te geven over hun aanrekening van de COVID-19-pseudocodenummers. Op basis van de antwoorden hebben we ofwel de dossiers van bepaalde patiënten opgevraagd, ofwel verhoren georganiseerd om de medische dossiers te analyseren.

We hebben een totaalbedrag van 919.640,45 EUR ten laste gelegd bij 13 artsen. 12 artsen hebben vrijwillig 774.119 EUR terugbetaald. We hebben voor 2 artsen een procedure bij de Kamer van eerste aanleg ingesteld.

Voorstellen

Tijdens dit controleonderzoek hebben we vastgesteld dat de artsen onvoldoende waren geïnformeerd over de regels voor de toepassing van de COVID-19-pseudocodenummers. Aangezien het gebruik van verstrekkingen op afstand zal worden voortgezet, bevelen we aan om de aanrekening van deze verstrekkingen af te bakenen aan de hand van een ondubbelzinnige, nauwkeurige en duidelijke nomenclatuurtekst.

Bovendien werden tijdens de COVID-19-pandemie commerciële elektronische platforms opgezet om telefonische oproepen van patiënten te beantwoorden. Aangezien deze callcenters de verstrekkingen op afstand aan de ziekteverzekering aanrekenen, bevelen we de overheid aan om uiterst waakzaam te zijn in het kader van de reglementering van de nieuwe verstrekkingen op afstand door deze nieuwe structuren.

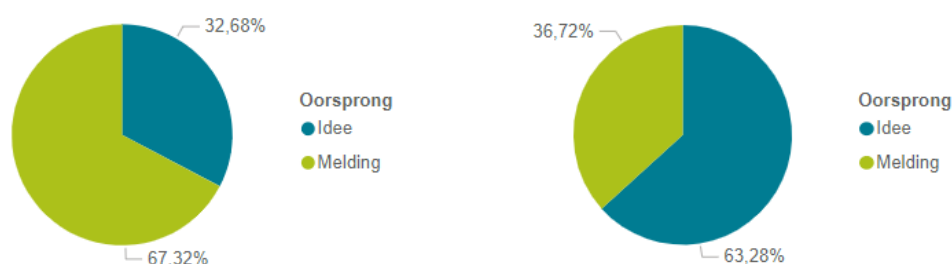
2. Individuele controleonderzoeken

De individuele controleonderzoeken kunnen het gevolg zijn van een externe melding, van een intern voorstel of van een nationaal controleonderzoek.

a) Oorsprong

In 2022 zijn 559 afgesloten controleonderzoeken voor een tenlastegelegd bedrag van 7.386.354,25 EUR ontstaan uit 50 interne voorstellen.

150 afgesloten controleonderzoeken voor een tenlastegelegd bedrag van 4.286.884,18 EUR zijn ontstaan uit 103 meldingen.



Figuur 7. Verspreiding van interne voorstellen (ideeën) en meldingen die in 2022 tot een afgesloten controleonderzoek hebben geleid, per aantal (links) en per tenlastegelegde bedrag (rechts)

b) Gevolg: beslissing van de arts-inspecteur-generaal

De arts-inspecteur generaal van de directie Controle beslist welk gevolg zal worden gegeven aan een individueel controleonderzoek. Tabel 5 geeft de beslissingen weer die de arts-inspecteur-generaal heeft genomen in de individuele controleonderzoeken die in 2022 zijn afgesloten.

Tabel 5. Afgesloten controleonderzoeken in 2022, volgens beslissing van de arts-inspecteur-generaal

Beslissing	Aantal onderzoeken	%	Tenlastegelegde bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
Negatief	94	13	0,00	0,00
Informatief	229	32	0,00	0,00
Waarschuwing	49	7	0,00	0,00
Vaststelling zonder adm. procedure	188	27	3.919.409,37	3.919.416,20
Vaststelling met adm. procedure	82	12	6.206.947,91	1.880.142,39
Zonder gevolg DGEC	67	9	1.546.881,15	544.729,60
TOTAAL	709	100	11.673.238,43	6.344.288,19

Toelichting bij tabel 5

- ✦ *Negatief*: controleonderzoeken die we afsluiten zonder een inbreuk te hebben vastgesteld.
- ✦ *Informatief*: controleonderzoeken waarbij we
 - ✧ een beperkte onregelmatigheid opmerken die noch een PV Va noch een waarschuwing noch een vraag naar inregelstelling rechtvaardigt en
 - ✧ de betrokkene enkel informeren over de toepasselijke regelgeving.
- ✦ *Waarschuwing*: controleonderzoeken waarbij we een inbreuk hebben opgemerkt maar geen PV Va hebben opgesteld. We brengen de zorgverlener of de zorginstelling op de hoogte van de vastgestelde inbreuk en sporen hen aan om voortaan de reglementering na te leven. We vragen

soms ook om inbreuken te regulariseren door het ten onrechte aangerekende bedrag rechtstreeks terug te betalen aan de V.I.'s.

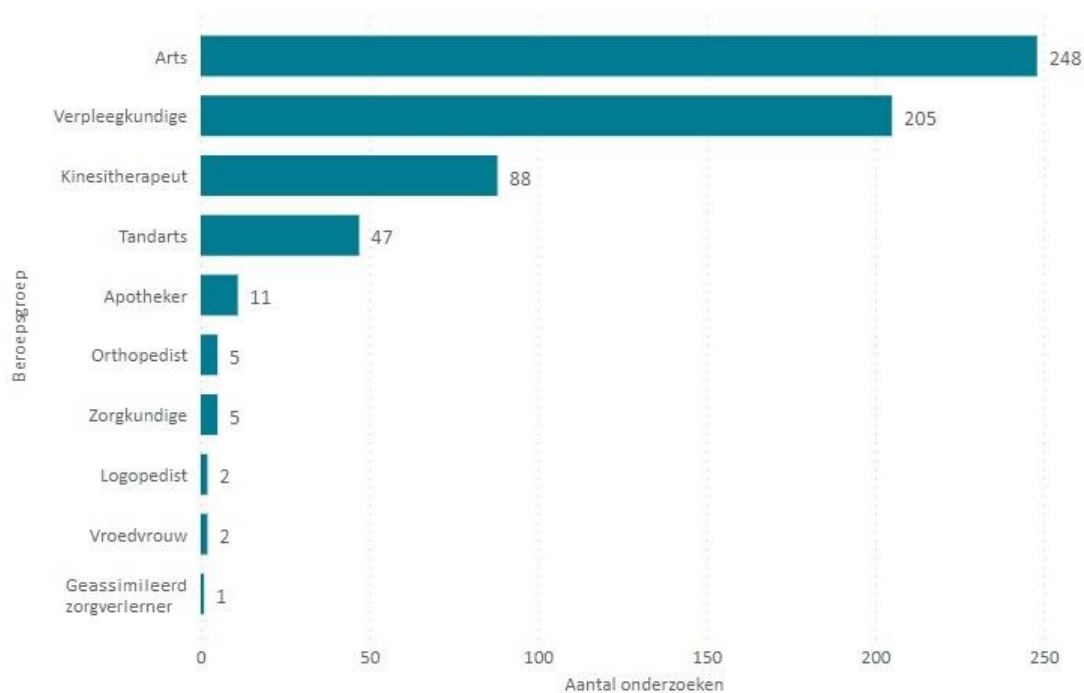
- ✦ *Vaststelling zonder administratieve procedure*: controleonderzoeken waarvoor we geen procedure inleiden bij de leidend ambtenaar of administratieve rechtscolleges, omdat de zorgverlener of de zorginstelling een minder ernstige inbreuk heeft gepleegd en het volledige tenlastegelegde bedrag vrijwillig heeft terugbetaald. We sturen een bericht naar de zorgverlener of de zorginstelling met de bevestiging van de ontvangst van de vrijwillige terugbetaling na PV Va en laten hem weten dat zijn aanrekeningen in de toekomst kunnen worden opgevolgd.
- ✦ *Vaststelling met administratieve procedure*: controleonderzoeken waarbij de zorgverlener of de zorginstelling het tenlastegelegde bedrag niet (helemaal) heeft terugbetaald en controleonderzoeken waarbij er ernstige en/of intentionele inbreuken zijn vastgesteld¹². We kunnen een procedure inleiden
 - ✧ bij de Leidend ambtenaar of
 - ✧ bij de Kamer van eerste aanleg.
- ✦ *Zonder gevolg DGEC*: controleonderzoeken die geen aanleiding geven tot verdere vervolging door de DGEC, maar bijvoorbeeld door een andere instantie zoals:
 - ✧ de Dienst voor administratieve controle,
 - ✧ de Arbeidsauditeur,
 - ✧ het Parket van de Procureur des Konings,
 - ✧ de Orde der artsen,
 - ✧ het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten,
 - ✧ enz.

Wat betreft de dossiers die we naar het Auditoraat of naar het Parket sturen, blijven de inspecteurs regelmatig verhoren en onderzoeken uitvoeren op vraag van de auditeur of de procureur. Als de aangegeven feiten aanleiding geven tot een gerechtelijke procedure, kan het RIZIV zich burgerlijke partij stellen met het oog op de terugvordering van de door de ziekteverzekering onverschuldigd terugbetaalde verstrekkingen.

¹² Zie "[Opvolging van de administratieve procedures](#)", p. 36-40.

c) Betrokkenen

614 individuele controleonderzoeken betroffen zorgverleners. Figuur 8 toont het aantal afgesloten individuele controleonderzoeken per beroepsgroep.



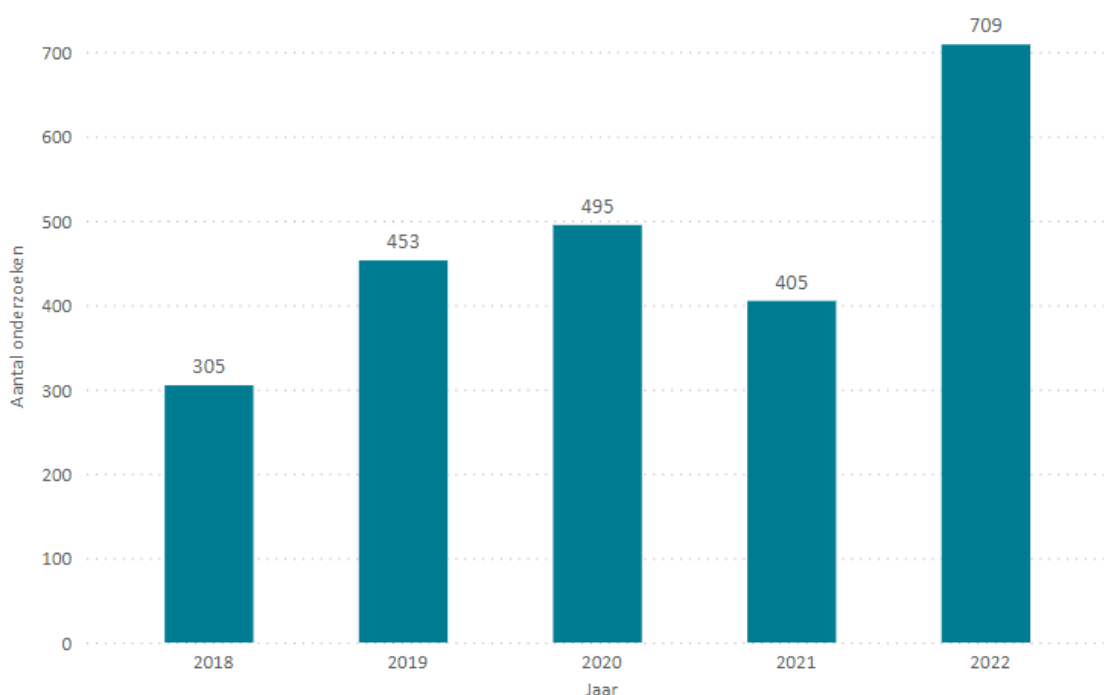
Figuur 8. Aantal afgesloten controleonderzoeken in 2022, per beroepsgroep¹³

67 individuele controleonderzoeken betroffen zorginstellingen (waarvan 44 algemene ziekenhuizen en 15 verpleegkundige groeperingen). 28 individuele controleonderzoeken betroffen verzekerden.

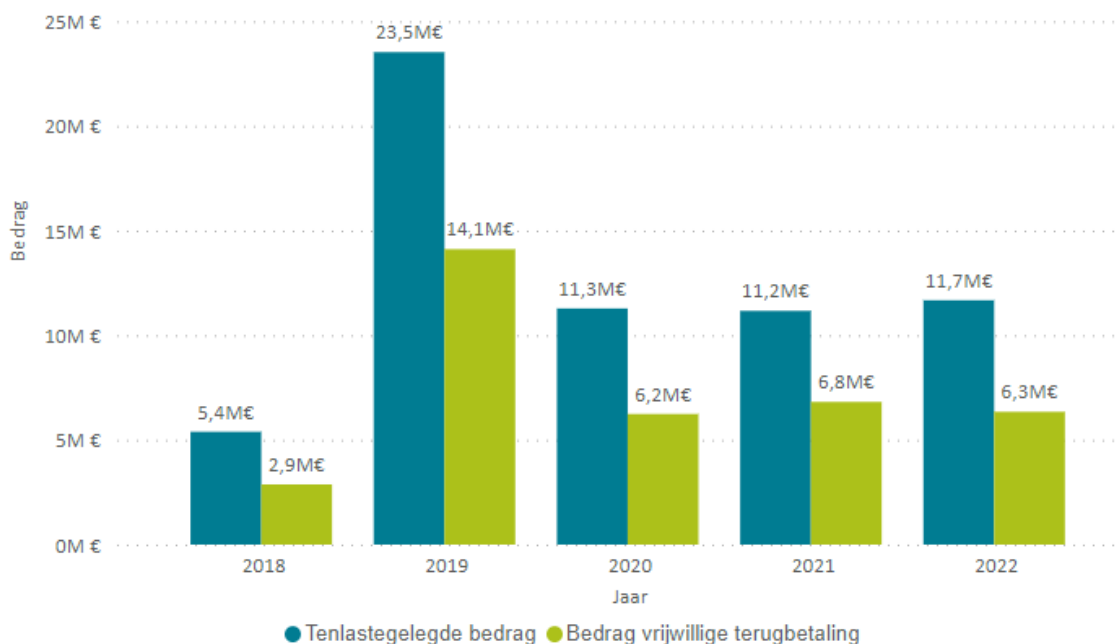
¹³ De geassimileerde zorgverlener (krachtens artikel 2, n van de GvU-wet) is de verantwoordelijke van een thuisverpleegkundige groepering en is geen verpleegkundige of zorgverlener.

d) Evolutie 2018-2022¹⁴

In 2022 hebben we 709 controleonderzoeken afgesloten. Het aantal afgesloten controleonderzoeken is sterk gestegen, maar het tenlastegelegde bedrag is ongeveer gelijk gebleven.



Figuur 9. Evolutie aantal afgesloten controleonderzoeken



Figuur 10. Evolutie van de tenlastegelegde bedragen en de vrijwillige terugbetalingen

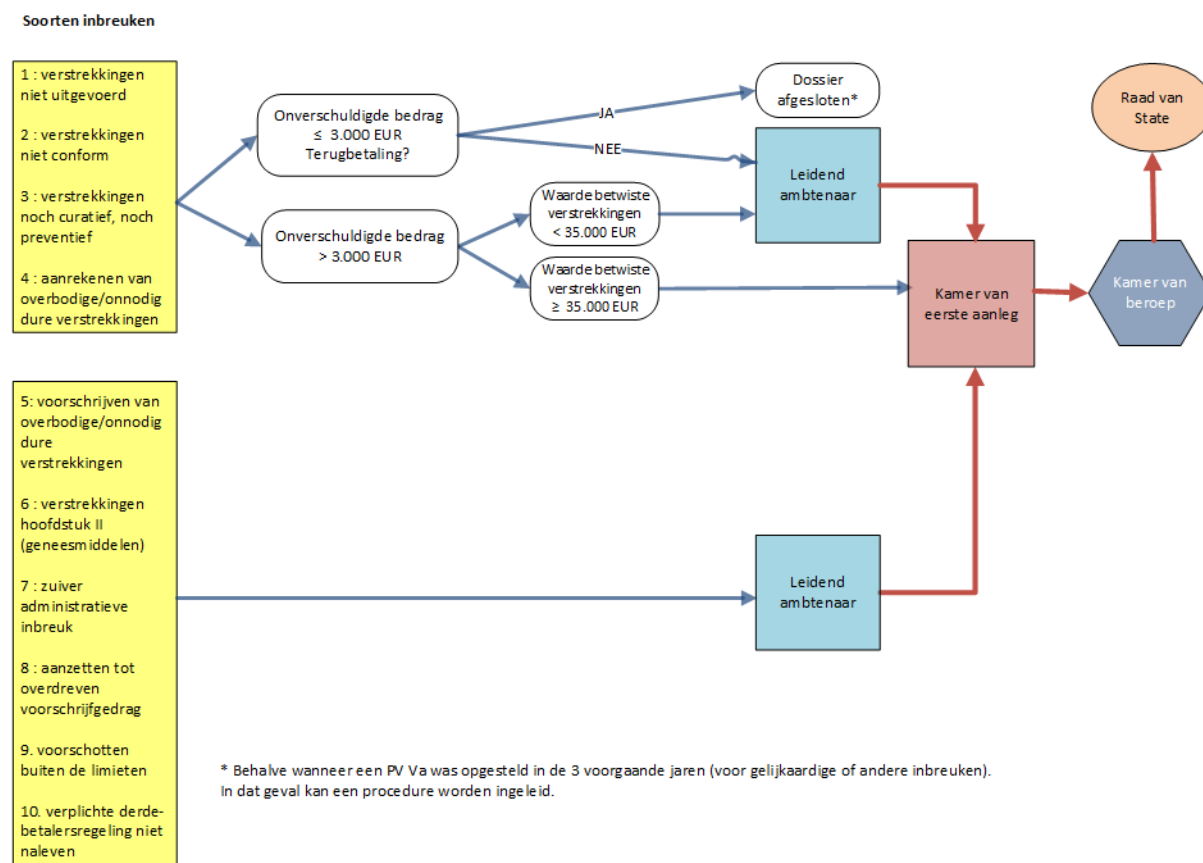
In 2022 hebben we een totaal bedrag van **11.673.238,43 EUR** ten laste gelegd, waarvan 6.344.288,19 EUR vrijwillig werd terugbetaald.

¹⁴ In elk jaarverslag kunnen de cijfers licht verschillend zijn wegens bijkomende vrijwillige terugbetalingen van controleonderzoeken die tijdens vorige jaren werden afgesloten.

e) Opvolging van de administratieve procedures

Tegen een zorgverlener of een zorginstelling kan een procedure worden ingeleid in functie van de ernst van de feiten. Wanneer een zorgverlener het totale tenlastegelegde bedrag niet vrijwillig terugbetaalt, zal er sowieso een procedure worden opgestart. Die wordt ingeleid, hetzij bij de Leidend ambtenaar, hetzij bij de Kamer van eerste aanleg. Er kan beroep worden aangetekend, hetzij bij de Kamer van eerste aanleg tegen de beslissing van de Leidend ambtenaar, hetzij bij de Kamer van beroep tegen de beslissing van de Kamer van eerste aanleg.

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



Figuur 11. Gevolgde procedure volgens het type inbreuk, het tenlastegelegde bedrag en de waarde van de betwiste verstrekkingen

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

Als het tenlastegelegde bedrag lager is dan of gelijk aan 3.000 EUR en na de gehele terugbetaling binnen de 2 maanden vanaf de dag van de verzending van het PV Va, dooft de administratiefrechtelijke vervolging uit en wordt het dossier afgesloten. Indien de zorgverlener echter in de afgelopen 3 jaar reeds een PV Va heeft ontvangen, kan een administratieve procedure worden ingeleid.

Onderstaande tabellen tonen het aantal beslissingen die in 2022 definitief werden en de gerelateerde gegevens, per type zorgverlener. We beschouwen een beslissing als ‘definitief’ wanneer ze niet meer vatbaar is voor beroep.

Tabel 6. Beslissingen van de Leidend ambtenaar beschouwd als definitief in 2022, per type zorgverlener

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Tenlastegelegde bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (EUR)	Opgelegde terugbetaling ¹⁵ (EUR)	Effectieve boete (EUR)	Boete met uitstel ¹⁶ (EUR)	Totaal te betalen bedrag (EUR)	Betaalde bedrag ¹⁷ (EUR)	Openstaande saldo (EUR)
				1	2	3	1+2		
Arts	3	200.844,69	192.611,06	200.649,00	150.137,98	53.439,41	350.786,98	222.534,62	128.252,36
Verpleegkundige (groepering)	8	184.516,69	168.419,75	184.516,69	145.965,08	63.684,51	330.481,77	290.584,18	39.897,59
Kinesitherapeut	7	68.384,88	28.544,25	68.384,88	60.630,41	14.272,13	129.015,29	47.941,04	81.074,25
Orthopedist	2	46.280,04	25.508,40	45.751,76	5.060,84	6.377,10	50.812,60	50.812,60	0,00
Apotheek	1	24.535,75	0,00	24.523,00	24.523,00	12.261,50	49.046,00	49.046,00	0,00
Tandarts	1	19.692,60	0,00	19.692,60	4.923,15	0,00	24.615,75	0,00	24.615,75
Logopedist	1	13.141,45	13.141,45	13.141,45	9.856,09	9.856,09	22.997,54	22.997,54	0,00
TOTAAL	23	557.396,10	428.224,91	556.659,38	401.096,55	159.890,74	957.755,93	683.915,98	273.839,95

¹⁵ De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

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

¹⁷ De betaalde bedragen omvatten zowel de vrijwillige terugbetalingen vóór de procedure als de betalingen na de beslissing.

Tabel 7. Beslissingen van de Kamer van eerste aanleg beschouwd als definitief in 2022, per type zorgverlener

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Tenlastegelegde bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (EUR)	Opgelegde terugbetaling ¹⁸ (EUR)	Effectieve boete (EUR)	Boete met uitstel ¹⁹ (EUR)	Totaal te betalen bedrag (EUR)	Betaalde bedrag ²⁰ (EUR)	Openstaande saldo (EUR)
				1	2	3	1+2		
Ziekenhuis	14	2.234.757,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Verpleegkundige (groepering)	5	568.243,21	88.000,00	560.169,85	172.080,39	236.522,20	732.250,24	136.642,91	595.607,33
Arts	1	302.654,84	0,00	302.654,84	226.991,13	226.991,13	529.645,97	41.000,00	488.645,97
Tandarts	1	207.267,02	12.000,00	207.267,02	230.334,07	41.063,35	437.601,09	32.514,62	405.086,47
Kinesitherapeut	2	92.897,74	9.999,24	55.865,90	53.273,02	27.932,95	109.138,92	25.723,30	83.415,62
TOTAAL	23	3.405.820,66	109.999,24	1.125.957,61	682.678,61	532.509,63	1.808.636,22	235.880,83	1.572.755,39

De 14 dossiers over ziekenhuizen steunden op eenzelfde tenlastelegging, die door de Kamer van eerste aanleg niet gegrond werd verklaard.

¹⁸ De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

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

²⁰ De betaalde bedragen omvatten zowel de vrijwillige terugbetalingen vóór de procedure als de betalingen na de beslissing.

Tabel 8. Beslissingen van de Kamer van eerste aanleg (als beroepsinstantie) beschouwd als definitief in 2022, per type zorgverlener

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Tenlastegelegde bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (EUR)	Opgelegde terugbetaling ²¹ (EUR)	Effectieve boete (EUR)	Boete met uitstel ²² (EUR)	Totaal te betalen bedrag (EUR)	Betaalde bedrag ²³ (EUR)	Openstaande saldo (EUR)
				1	2	3	1+2		
Vroedvrouw	1	32.533,70	4.848,33	4.848,33	0,00	0,00	4.848,33	4.848,33	0,00
Verpleegkundige (groepering)	3	30.100,25	2.500,00	11.162,51	2.698,92	183,42	13.861,43	10.861,43	3.000,00
Kinesitherapeut	1	10.258,92	10.258,92	10.258,92	2.564,73	2.564,73	12.823,65	12.823,65	0,00
TOTAAL	5	72.892,87	17.607,25	26.269,76	5.263,65	2.748,15	31.533,41	28.533,41	3.000,00

²¹ De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

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

²³ De betaalde bedragen omvatten zowel de vrijwillige terugbetalingen vóór de procedure als de betalingen na de beslissing.

Tabel 9. Beslissingen van de Kamer van beroep beschouwd als definitief in 2022, per type zorgverlener

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Tenlastegelegde bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (EUR)	Opgelegde terugbetaling ²⁴ (EUR)	Effectieve boete (EUR)	Boete met uitstel ²⁵ (EUR)	Totaal te betalen bedrag (EUR)	Betaalde bedrag ²⁶ (EUR)	Openstaande saldo (EUR)
				1	2	3	1+2		
Orthopedist	1	657.552,32	0,00	657.552,32	0,00	0,00	657.552,32	657.552,32	0,00
Arts	2	458.060,05	0,00	351.651,15	176.916,42	0,00	528.567,57	0,00	528.567,57
Verpleegkundige (groepering)	4	95.761,34	23.000,00	72.801,39	24.624,94	43.771,98	97.426,33	88.548,83	8.877,50
Tandarts	1	20.694,91	0,00	20.694,91	2.586,87	2.586,87	23.281,78	0,00	23.281,78
TOTAAL	8	1.232.068,62	23.000,00	1.102.699,77	204.128,23	46.358,85	1.306.828,00	746.101,15	560.726,85

²⁴ De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

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

²⁶ De betaalde bedragen omvatten zowel de vrijwillige terugbetalingen vóór de procedure als de betalingen na de beslissing.

3. Strijd tegen fraude

In dit onderdeel beschrijven we bondig onze voornaamste activiteiten in 2022 in het kader van de fraudebestrijding in de gezondheidszorg. Bij fraudeonderzoeken en voor een structurele beveiliging van fraudegevoelige processen, werken we samen met andere diensten van het RIZIV, met de V.I.'s en het Nationaal Intermutualistisch College. Slechts een klein deel van de controleonderzoeken gaat over fraude, zoals we dat hieronder definiëren.

a) Definitie fraude/bedrog

Op 19 april 2017 heeft de Anti Fraude Commissie van het RIZIV richtlijnen opgesteld over de definiëring van het begrip “ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog” zoals bedoeld in artikel 77sexies van de GvU-wet²⁷. De richtlijn verduidelijkt wat het begrip ‘bedrog/fraude’ exact betekent:

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

Het opzet is een essentieel element van fraude, maar dit is in de praktijk niet eenvoudig te bepalen.

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

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

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

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

Tabel 10. Waste typology matrix voor fraude en corruptie (EHFCN)

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

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

²⁷ Richtlijnen van 19 april 2017 tot uitvoering van art. 13bis, § 2, 6° van de GvU-wet.

b) Afgesloten fraudeonderzoeken in 2022

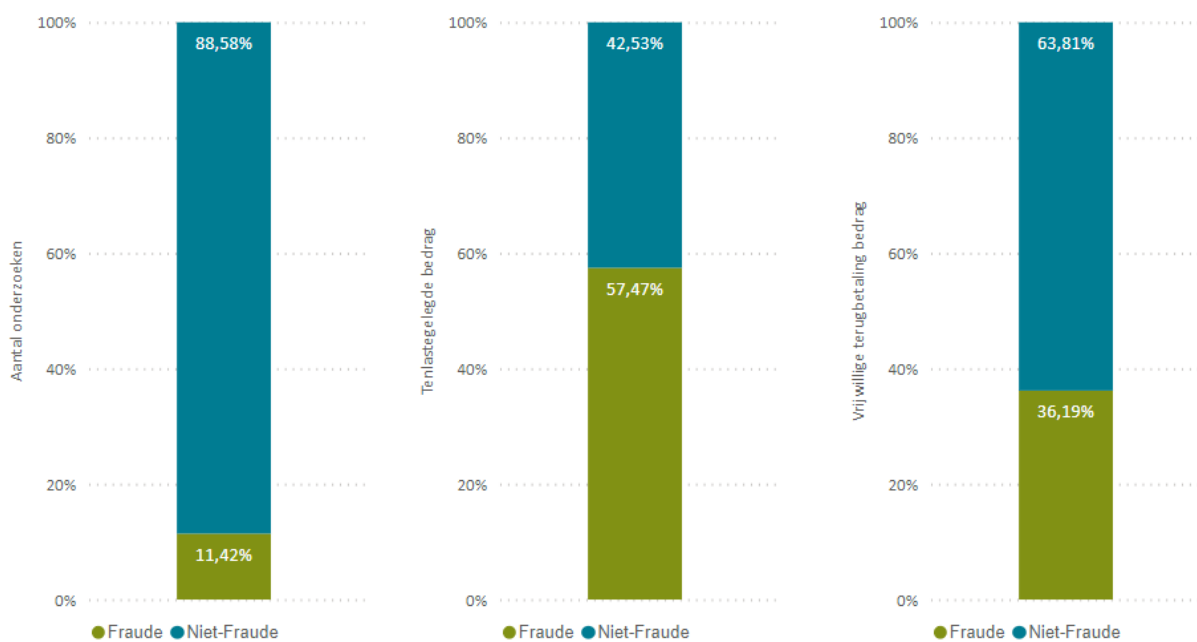
Type fraude

Van de 709 afgesloten controleonderzoeken zijn er 81 fraudeonderzoeken voor een totaal bedrag ten laste van **6.709.053,94 EUR**. 68,10 % van het totale tenlastegelegde bedrag voor fraudeonderzoeken in 2022 betreft voornamelijk tenlasteleggingen voor niet-uitgevoerde verstrekkingen. We categoriseerden geen enkel onderzoek als 'corruptie'.

Tabel 11. Afgesloten fraudeonderzoeken in 2022, volgens type fraude

Type fraude	Aantal onderzoeken	Tenlastegelegde bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
F1 – niet conform	35	2.140.122,20	575.309,72
F2 – niet uitgevoerd	44	4.568.931,74	1.720.723,09
F3 – medische overconsumptie	1	0,00	0,00
F4 – financiële overconsumptie	1	0,00	0,00
TOTAAL	81	6.709.053,94	2.296.032,81

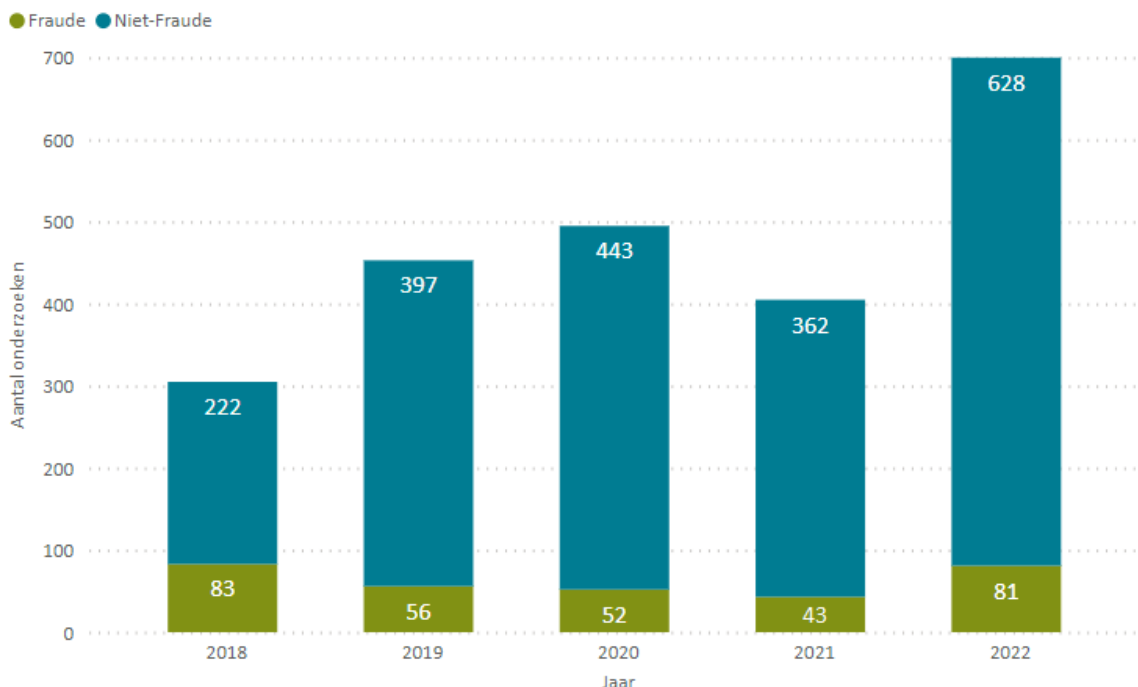
Het dossier betreffende financiële overconsumptie werd doorgestuurd naar de arbeidsauditeur. Het dossier medische overconsumptie werd doorgestuurd naar de Provinciale Geneeskundige Commissie en naar het Parket.



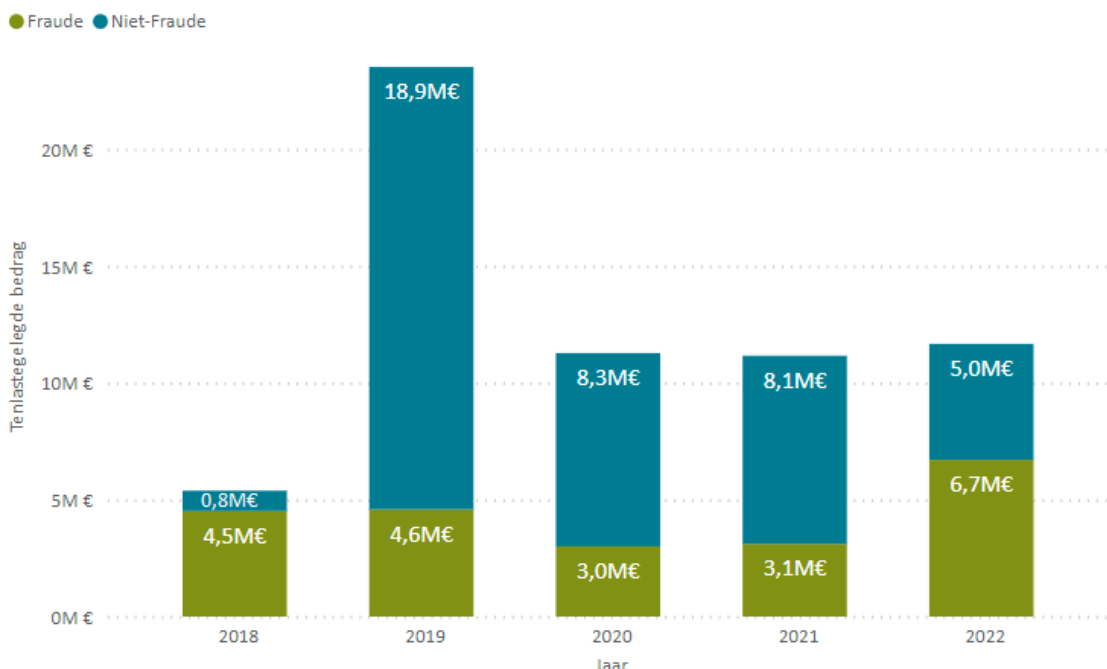
Figuur 12. Afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken in 2022

Evolutie 2018-2022²⁸

Uit onderstaande figuren blijkt dat zowel het totaal aantal afgesloten controleonderzoeken als het aantal fraudeonderzoeken gestegen is t.o.v. 2021. Het totale tenlastegelegde bedrag voor de fraudeonderzoeken is t.o.v. 2021 verdubbeld terwijl het totale tenlastegelegde bedrag voor alle controleonderzoeken ongeveer gelijk is gebleven.



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



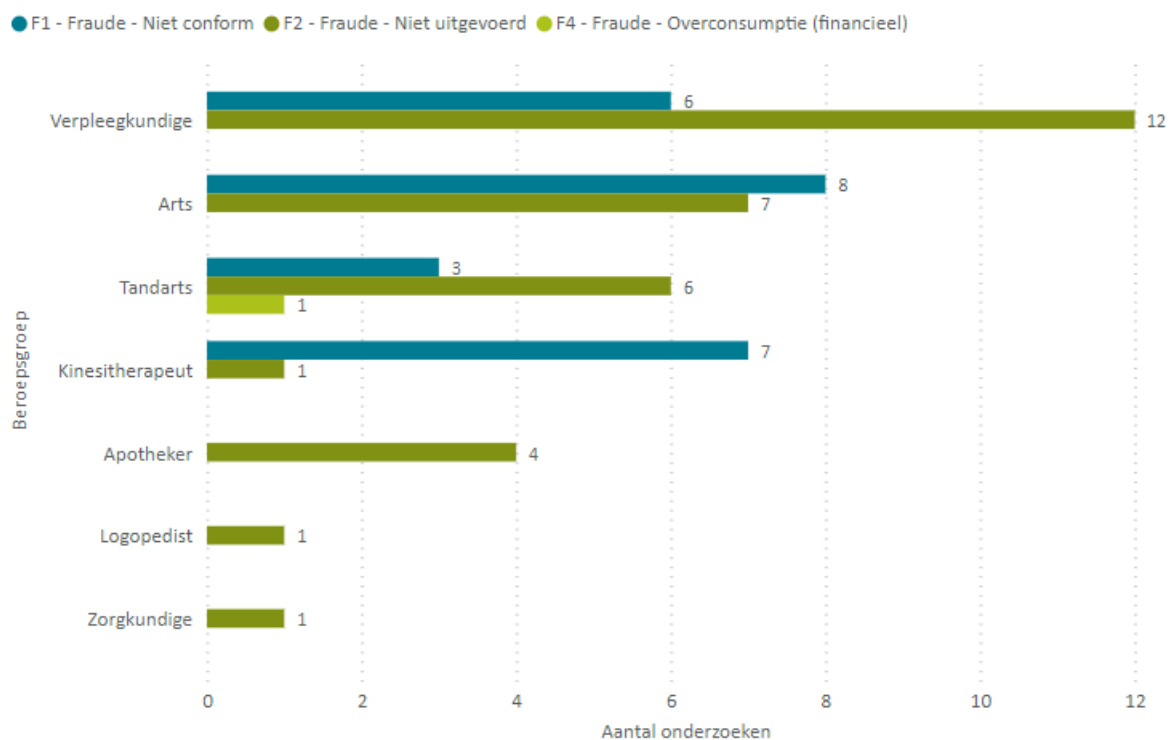
Figuur 14. Evolutie van het tenlastegelegde bedrag bij afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken

²⁸ In elk jaarverslag kunnen de resultaten afwijken wegens bijkomende vrijwillige terugbetalingen van controleonderzoeken die tijdens vorige jaren werden afgesloten.

Betrokkenen

De meeste van onze afgesloten fraudeonderzoeken in 2022 betreffen zorgverleners (57 onderzoeken of 70,37 %), voor een tenlastegelegd bedrag van 5.874.382,09 EUR (of 87,56 % van het totaalbedrag). 5 fraudeonderzoeken betroffen zorginstellingen, voor een tenlastegelegde bedrag van 832.806,54 EUR (of 12,41 % van het totaal bedrag). 19 fraudeonderzoeken betroffen verzekerden voor een tenlastegelegde bedrag van 1.865,31 EUR.

57,89 % van de afgesloten fraudeonderzoeken over zorgverleners in 2022 had betrekking op artsen en verpleegkundigen (respectievelijk 26,32 % en 31,58 %). Deze zorgverleners zijn echter in de minderheid binnen hun beroepsgroep: deze 15 artsen en 18 verpleegkundigen vertegenwoordigen minder dan 0,1 % van alle actieve artsen en verpleegkundigen in België.



Figuur 15. Aantal afgesloten fraudeonderzoeken in 2022, volgens beroepsgroep en type fraude

Het tenlastegelegde bedrag in de afgesloten fraudeonderzoeken in 2022 belooft 2.104.225,97 EUR voor artsen (of 35,82 % van het totale bedrag van de fraudeonderzoeken betreffende zorgverleners) en 1.488.125,29 EUR voor verpleegkundigen (of 25,33 %).

Tabel 12. Afgesloten fraudeonderzoeken in 2022, volgens type fraude en beroepsgroep

Type fraude	Aantal onderzoeken	Tenlastegelegde bedrag (EUR)	Vrijwillige terugbetaling (EUR)
F1 – niet conform	24	1.988.350,28	526.817,50
Verpleegkundige	6	564.019,45	230.121,02
Arts	8	1.087.080,05	223.671,66
Tandarts	3	264.225,96	0,00
Kinesitherapeut	7	73.024,82	73.024,82
F2 – niet uitgevoerd	32	3.886.031,81	1.720.723,09
Verpleegkundige	12	924.105,84	29.159,85
Arts	7	1.017.145,92	754.739,61
Tandarts	6	430.112,91	57.406,74
Kinesitherapeut	1	1.761,01	1.761,01
Apotheker	4	1.499.494,22	864.514,43
Logopedist	1	13.141,45	13.141,45
Zorgkundige	1	270,46	0,00
F4 – financiële overconsumptie	1	0,00	0,00
Tandarts	1	0,00	0,00
TOTAAL	57	5.874.382,09	2.247.540,59

3 groeperingen van verpleegkundigen vormen het voorwerp van fraudeonderzoeken, voor een tenlastegelegd totaal bedrag van 784.314,32 EUR, of 94,18 % van het totaalbedrag van de fraudeonderzoeken betreffende zorginstellingen. We wijzen erop dat deze groeperingen in de minderheid zijn wat het totale aantal actieve groeperingen van verpleegkundigen in België betreft. Zij rekenen echter ten onrechte zeer hoge bedragen aan de ziekteverzekering, wat ten koste gaat van de duurzaamheid ervan.

c) Schorsing uitbetaling via de derde-betalersregeling

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

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

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).

In 2022 heeft de Leidend ambtenaar van de DGEC besloten om 7 derde-betalersnummers van 3 fraudeurs tijdelijk te schorsen.

Tabel 13. Schorsingen van uitbetaling via de derde-betalersregeling (art. 77sexies) in 2022

Schorsing	Startdatum	Einddatum	Type betrokkene	Waarschijnlijke verantwoordelijke*
1	19.05.2022	18.05.2023	tandarts	A
2	19.05.2022	18.05.2023	tandarts	A
3	19.05.2022	18.05.2023	tandarts	A
4	05.09.2022	04.09.2023	groepering thuisverpleegkundigen	B
5	05.09.2022	04.09.2023	groepering thuisverpleegkundigen	B
6	05.09.2022	04.09.2023	thuisverpleegkundige	B
7	27.09.2022	26.09.2023	tandarts	C

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

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

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

Deel 4 – Impact

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

- ✦ kwantitatieve indicatoren: de financiële ramingen of de variatie van het aantal verstrekkingen;
- ✦ kwalitatieve indicatoren: de interventies bij de commissies om de nomenclatuur aan te passen of te preciseren, de formulering van indicatoren bij de Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP) overeenkomstig artikel 73 § 3 van de GvU-wet, enz.

Hieronder stellen we de financiële impact voor van de PV Va die ten laste van de zorgverleners zijn opgesteld, alsook de kwantitatieve en kwalitatieve impact van onze nationale opdrachten.

I. ALGEMENE METHODOLOGIE

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

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

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

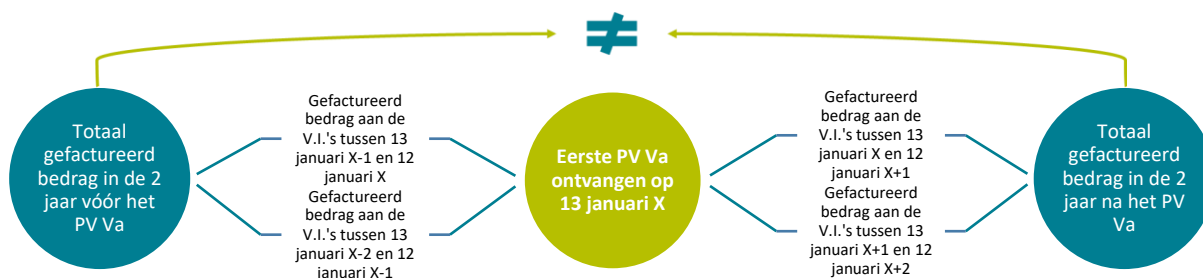
Gelukkig is het niet altijd nodig om over volledige gegevens te beschikken om een globale impact te kunnen meten en hebben de nieuwe elektronische facturatiesystemen een grote bijdrage geleverd om de gemiddelde facturatietermijn aan de V.I. te verminderen.

Rekening houdende met deze waarnemingen en met behoud van een zekere veiligheidsmarge, hebben we ervoor gekozen de impact te meten van acties die we 3 jaar geleden hebben uitgevoerd. Met andere woorden: u vindt in dit verslag de impactmeting van de acties die in 2019 zijn uitgevoerd en waarvan het resultaat in 2022 is geëvalueerd.

II. IMPACT VAN DE PROCESSEN-VERBAAL VAN VASTSTELLING OP DE FACTURATIE

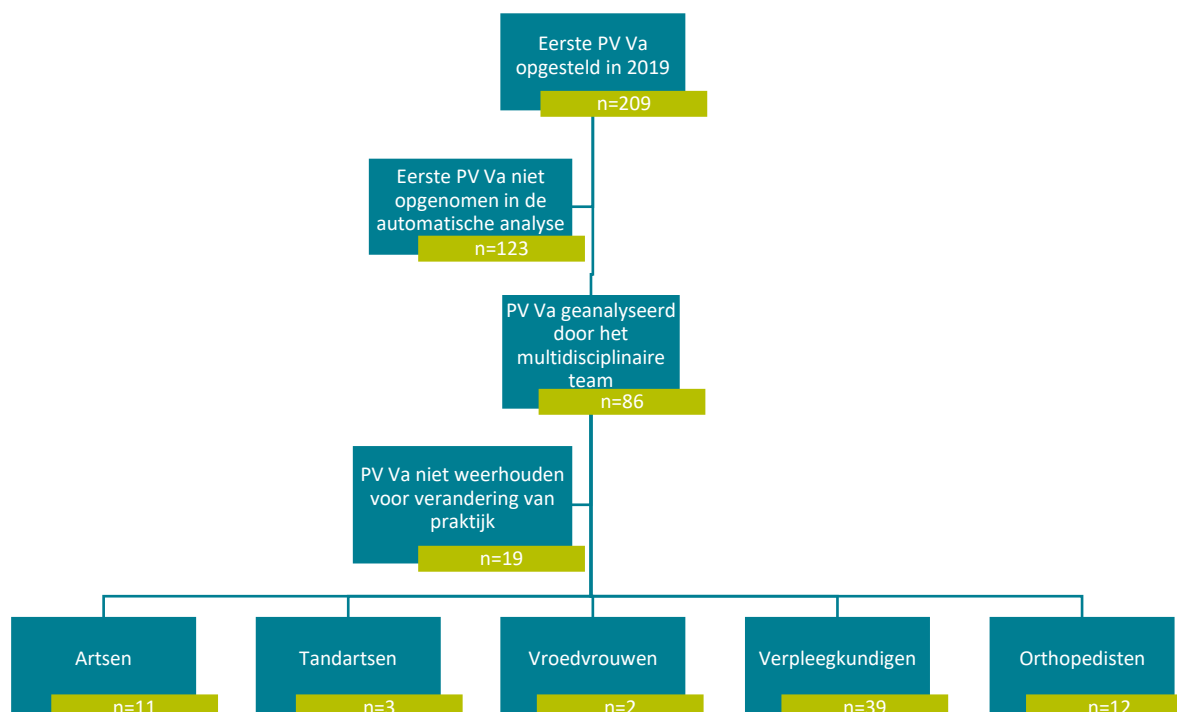
In dit deel analyseren we in hoeverre het ontvangen van een eerste PV Va in 2019 het aanrekeninggedrag van de zorgverleners²⁹ daarna heeft beïnvloed.

Daarvoor vergelijken we de bedragen die aan de V.l.'s zijn aangerekend voor verstrekkingen die zijn verricht in de 2 jaar vóór het opstellen van het PV Va, met de bedragen die zijn aangerekend voor de verstrekkingen verricht in de 2 daaropvolgende jaren. De datum van het PV Va vormt de spildatum.



Figuur 16. Berekeningsmethode van de impact van eerste PV Va op het aanrekeninggedrag

Aangezien verschillende factoren de verandering in het aanrekeninggedrag van de zorgverleners kunnen verklaren (PV Va, maar ook pensioen, overlijden, verandering van statuut, andere verpleegkundige groepering, enz.), analyseert een multidisciplinair team het dossier van elke zorgverlener alvorens de impactmeting uit te voeren. De dossiers waarvoor te veel andere factoren dan het PV Va een rol spelen, worden verwijderd uit de selectie. Onderstaande figuur toont de resultaten van deze selectie door het multidisciplinaire team voor de in 2019 opgestelde PV Va.



Figuur 17. Schema van de selectie door het multidisciplinaire team van in 2019 opgestelde PV Va

²⁹ De methode om deze analyse te automatiseren laat alleen toe te werken met de verstrekkingen van bepaalde zorgverleners en niet met die van bijvoorbeeld zorginstellingen.

De onderstaande tabellen tonen de belangrijkste tweejaarlijkse impacts die in 2022 zijn gemeten, opgesplitst per relevante categorie. De globale impact van de eerste PV Va die in 2019 voor een deel van de zorgverleners zijn opgesteld (67 van de 209), wordt geraamd op **5.403.247,75 EUR**.

Tabel 14. Vergelijking van de facturatie in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV Va met de facturatie in de 2 jaar vóór het PV Va, per beroepsgroep (gegevens 2017-2022)

Beroepsgroep	# PV Va	Facturatie vóór PV Va (EUR)	Facturatie na PV Va (EUR)	Totale tweejaarlijkse impact (EUR)	Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (EUR)
Arts	11	8.980.872,98	7.115.314,90	1.865.558,08	169.596,19
Tandarts	3	2.806.149,49	2.430.872,66	375.276,83	125.092,28
Vroedvrouw	2	244.324,47	180.852,42	63.472,05	31.736,03
Verpleegkundige	39	8.332.221,89	8.059.046,20	273.175,69	7.004,50
Orthopedist	12	19.053.422,29	16.227.657,19	2.825.765,10	235.480,43
TOTAAL	67	39.416.991,12	34.013.743,37	5.403.247,75	80.645,49

Tabel 15. Vergelijking van de facturatie in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV Va met de facturatie in de 2 jaar vóór het PV Va, per type inbreuk die in 2019 is vastgesteld (gegevens 2017-2022)

Beroepsgroep	# PV Va	Facturatie vóór PV Va (EUR)	Facturatie na PV Va (EUR)	Totale tweejaarlijkse impact (EUR)	Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (EUR)
Fraude	6	4.085.867,89	3.557.551,62	528.316,27	88.052,71
Andere / niet fraude	61	35.331.123,23	30.456.191,75	4.874.931,48	79.916,91
TOTAAL	67	39.416.991,12	34.013.743,37	5.403.247,75	80.645,49

Tabel 16. Vergelijking van de facturatie in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV Va met de facturatie in de 2 jaar vóór het PV Va, per beslissing van de arts-inspecteur-generaal (gegevens 2017-2022)

Beroepsgroep	# PV Va	Facturatie vóór PV Va (EUR)	Facturatie na PV Va (EUR)	Totale tweejaarlijkse impact (EUR)	Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (EUR)
Vaststelling zonder adm. procedure	39	24.984.807,49	22.152.500,50	2.832.306,99	72.623,26
Vaststelling met adm. procedure	28	14.432.183,63	11.861.242,87	2.750.940,76	91.819,31
TOTAAL	67	39.416.991,12	34.013.743,37	5.403.247,75	80.645,49

Tabel 17. Vergelijking van de facturatie in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV Va met de facturatie in de 2 jaar vóór het PV Va, per type inbreuk en per beslissing van de arts-inspecteur-generaal (gegevens 2017-2022)

Beroepsgroep	# PV Va	Facturatie vóór PV Va (EUR)	Facturatie na PV Va (EUR)	Totale tweejaarlijkse impact (EUR)	Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (EUR)
Fraude					
zonder procedure	1	205.029,09	198.216,41	6.812,68	6.812,68
met procedure	5	3.880.838,80	3.359.335,21	521.503,59	104.300,72
Andere					
zonder procedure	38	24.779.778,40	21.954.284,09	2.825.494,31	74.355,11
met procedure	23	10.551.344,83	8.501.907,66	2.049.437,17	89.105,96
TOTAAL	67	39.416.991,12	34.013.743,37	5.403.247,75	80.645,49

III. IMPACT VAN DE NATIONALE OPDRACHTEN

In dit deel stellen we de impact voor van de nationale opdrachten die in 2019 zijn afgesloten en aan het DGEC-Comité zijn voorgesteld. Het multidisciplinaire team selecteerde die opdrachten waarvoor een kwantitatieve of kwalitatieve impact kon worden gemeten. Om in lijn te blijven met de gepresenteerde cijfers uit het vorige deel, is de impact hier ook berekend op 2 jaar hoewel sommige opdrachten een bredere reikwijdte hebben.

1. Ambulante cardiale monitoring

Het controleonderzoek vond plaats in 2018 en beperkte zich tot de facturatie van de nomenclatuurnummers voor de ambulante cardiale monitoring (212015-214012) die niet conform werden uitgevoerd. De verstrekkingen werden namelijk niet uitgevoerd in de lokalen van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg of in een erkende eerste opvang van spoedgevallen.

Om de impact te meten, analyseerden we een periode van 3 jaar voor (2015, 2016 en 2017) en 3 jaar na de actie (2019, 2020 en 2021).

Tabel 18. Evolutie van het aantal niet-conforme ambulante cardiale monitoring voor en na de actie van de DGEC

	Voor de actie	Na de actie	Vershil
Analyseperiode	36 maanden	36 maanden	
Aantal niet-conforme ambulante cardiale monitoring	89.999	29.202	60.797
TOTAAL over 1 jaar	29.999,67	9.734	20.265,67
TOTAAL over 2 jaar	59.999,34	19.468	40.531,34

In de periode na de actie observeren we 60.797 niet-conforme verstrekkingen minder dan in de periode voor de actie. Het honorarium voor de cardiale monitoring bedroeg in de periode na de actie gemiddeld 31,16 EUR. Bijgevolg kunnen we spreken van een jaarlijkse impact van 631.478,28 EUR of een tweejaarlijkse impact van **1.262.956,34 EUR**. Procentueel gezien observeren we een daling van 12,15 % naar 2,78 % van het aantal niet-conforme verstrekkingen t.o.v. het totale aantal aangerekende verstrekkingen.



Figuur 18. Jaarlijkse evolutie conforme en niet-conforme facturatie ambulante cardiale monitoring

We hebben in 2020 voorgesteld om het nomenclatuurnummer voor ambulante cardiale monitoring af te schaffen en het vrijgekomen budget te integreren in de herwaardering van de tarieven voor de opname in de spoedgevallendienst. We formuleerden dit voorstel op basis van de constante stijging van het aantal

nomenclatuurnummers ambulante cardiale monitoring en op de variatie per ziekenhuis van het percentage op de spoedgevallendienst opgenomen patiënten waarvoor een monitoring werd geattesteerd. De TGR keurde dit voorstel goed in oktober 2022. Het zou in de loop van 2023 in werking moeten treden.

2. Dagziekenhuisforfaits

De DGEC heeft opgemerkt dat een aantal ingrepen waarvoor een dagziekenhuisforfait wordt toegekend, in werkelijkheid in een polikliniek zijn uitgevoerd. Het dagziekenhuisforfait is in dat geval niet conform.

Deze problematiek omvat 14 nomenclatuurnummers, voor een forfaitair bedrag van 18.561.707 EUR in 2017. Het gaat voornamelijk om nummers uit de urologie, stomatologie en algemene heelkunde. We vermoeden dat sommige van deze nummers niet-conform zijn geattesteerd (upcoding), wat ook zou leiden tot de niet-conforme aanrekening van een dagziekenhuisforfait.

Bijgevolg hebben we aan de TGR een herziening voorgesteld van de lijsten met nummers die tot een forfait leiden. Het was de bedoeling om de nummers die in werkelijkheid niet in het dagziekenhuis zijn uitgevoerd, van de lijsten te schrappen. Het vrijgekomen budget zou het mogelijk hebben gemaakt om voor te stellen om nieuwe nummers voor ingrepen die een daghospitalisatie vereisen te koppelen aan het dagziekenhuisforfait.

In mei 2022 keurde de TGR de schrapping van het nummer 280556 (peesexploratie) goed, wegens een vermoeden van upcoding. Dit leidt de facto tot de schrapping van het forfait (nummer 768272), wat in 2017 een budget van 529.612 EUR vertegenwoordigde (of 2.034 ingrepen zonder anesthesie). De andere voorgestelde wijzigingen werden niet weerhouden.

3. Invasieve medische hulpmiddelen gebruikt in de vasculaire en thoracale heelkunde en in de cardiologie

In 2017 controleerde de DGEC de toepassing van de vergoedingsmodaliteiten voor de aanrekening van invasieve medische hulpmiddelen in de thoracale en vasculaire heelkunde en in de cardiologie. Door deze nationale onderzoek werden PV Va naar verschillende ziekenhuizen gestuurd. Hoewel het meestal ging om administratieve fouten, leidde het recidief van sommige ziekenhuizen daarvan tot de opstelling van nieuwe PV Va in de daaropvolgende jaren.

De meest vastgestelde inbreuk was de onterechte meervoudige aanrekening van een nomenclatuurnummer op dezelfde dag. Met andere woorden, eenzelfde hulpmiddel werd meermaals op dezelfde dag bij dezelfde patiënt aangerekend. Uit de analyse van de gegevens over 20 maanden bleek dat enkel voor deze tenlastelegging 490.967,54 EUR ten onrechte was aangerekend.

In 2022 voerden we een globale risicoanalyse uit over implantaten, invasieve medische hulpmiddelen en menselijk materiaal. De onterechte aanrekening van een nomenclatuurnummer meermaals op dezelfde dag voor verstrekkingen van vasculaire en thoracale heelkunde en cardiologie, werd in de conclusies niet als aandachtspunt opgenomen. Volgens dit rapport betroffen de herhalingen van nummers van deze disciplines immers slechts een totaal bedrag van 1.478,79 EUR voor de hele periode 2018-2020. Door de resultaten van de nationale actie te extrapoleren en te vergelijken met de resultaten van de risicoanalyse, komen we tot een structurele impact van 294.087,59 EUR per jaar, d.w.z. een tweejaarlijkse impact van **588.175,18 EUR**. De impact van deze actie werd waarschijnlijk versterkt door de latere PV Va en de regelmatige analyses van de facturatiegegevens.

Tabel 19. Vergelijking van de onterecht aangerekende bedragen vóór en na de actie van de DGEC

	Nationaal controleonderzoek (EUR)	Risicoanalyse (EUR)	Vershil (EUR)
Analyseperiode	20 maanden	36 maanden	
Verstrekkings aangerekend op dezelfde dag voor dezelfde patiënt			
Thoracale heelkunde en cardiologie	200.323,92	1.478,79	
Vasculaire heelkunde	290.643,62	0,00	
TOTAAL over de periode	490.967,54	1.478,79	
TOTAAL over 1 jaar	294.580,52	492,93	294.087,59
TOTAAL over 2 jaar	589.161,04	985,86	588.175,18

4. Artroskopische meniscectomie bij degeneratief knielijden

De EBM-richtlijnen zijn terughoudend voor artroskopische meniscectomie bij degeneratief knielijden. De sensibiliseringsbrieven van september 2019 en juli 2020 waren gericht aan orthopedisten en huisartsen om hen te wijzen op de internationale klinische richtlijnen.

Tabel 20 toont de evolutie van het aantal meniscectomieën en van het aantal en percentage ingrepen bij patiënten ouder en jonger dan 50 jaar. Voor de verrichtingsperiode 2016 tot 2021 is er een algemene daling van het aantal meniscectomieën. In 2020 ligt het aantal meniscectomieën beduidend lager door de impact van de COVID-19-pandemie.

Het percentage alleenstaande meniscectomieën bij patiënten ouder dan 50 jaar daalt daarentegen niet substantieel, ondanks de sensibiliseringsbrieven en bijkomende acties door de wetenschappelijke en beroepsverenigingen (met name een symposium van de Belgische Vereniging voor orthopedie en traumatologie in het najaar van 2020 en een richtlijn van de Belgian Knee Society van februari 2021). Ook uitstel van zorg en de focus op essentiële zorg in het kader van de COVID-19-pandemie blijkt geen noemenswaardige invloed te hebben op dit percentage.

Tabel 20. Evolutie van het aantal meniscectomieën en van het percentage bij patiënten ouder en jonger dan 50 jaar in verrichtingsperiode 2016-2021

		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alleenstaande meniscectomieën (276636-276640)	Totaal aantal meniscectomieën	38.035	35.932	33.974	32.254	21.334	23.179
	Aantal en % bij patiënten ouder dan 50 jaar	22.292 (58,61 %)	21.355 (59,43 %)	20.225 (59,53 %)	18.979 (58,84 %)	12.243 (57,39 %)	12.842 (55,40 %)
	Aantal en % bij patiënten van 50 jaar en jonger	15.743 (41,39 %)	14.577 (40,57 %)	13.749 (40,47 %)	13.275 (41,16 %)	9.091 (42,61 %)	10.337 (44,60 %)
Meniscectomieën in associatie met een heelkundige behandeling van de kruisband(en) (277432-277443)	Totaal aantal meniscectomieën	1.358	1.386	1.313	1.367	956	780
	Aantal en % bij patiënten ouder dan 50 jaar	147 (10,82 %)	142 (10,25 %)	132 (10,05 %)	157 (11,49 %)	140 (14,64 %)	106 (13,59 %)
	Aantal en % bij patiënten van 50 jaar en jonger	1.211 (89,18 %)	1.244 (89,75 %)	1.181 (89,95 %)	1.210 (88,51 %)	816 (85,36 %)	674 (86,41 %)

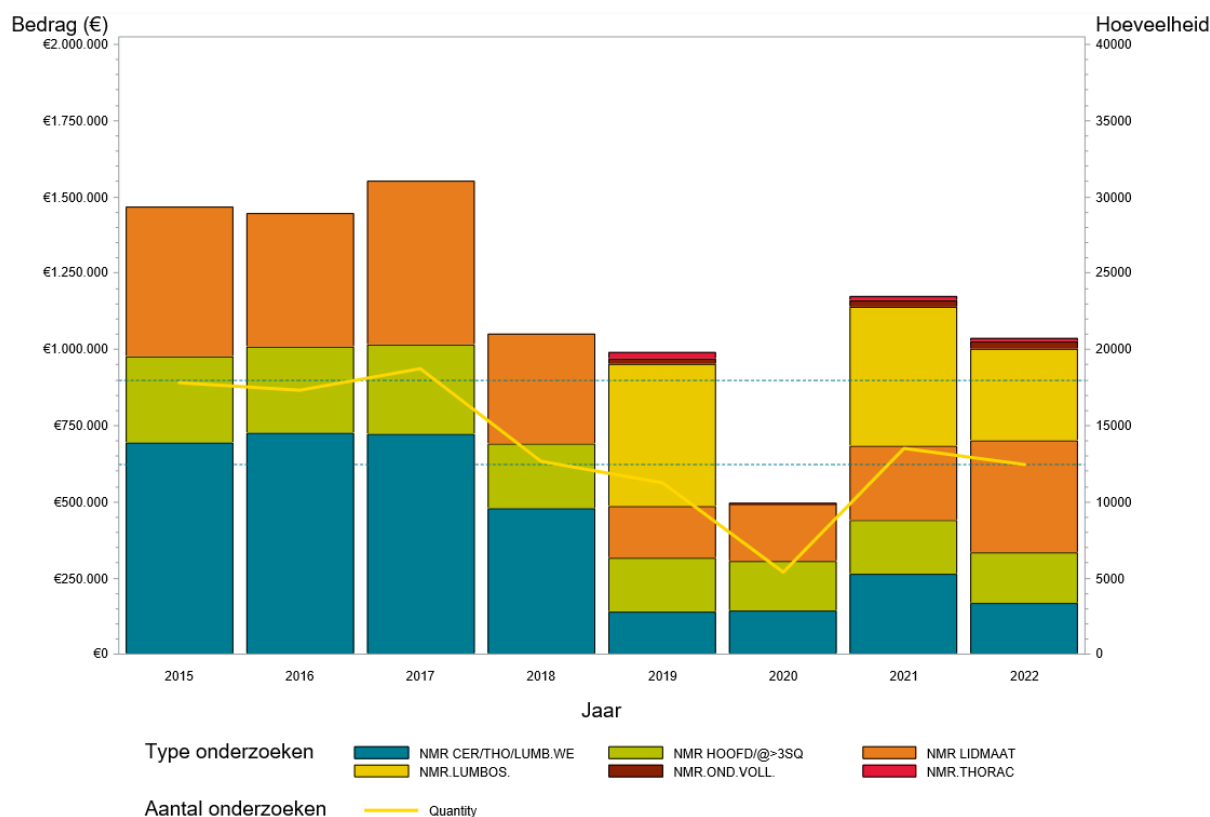
Gelet op het beperkte resultaat van de uitgevoerde acties heeft de DGEC in samenwerking met het KCE en CEBAM een voorstel voor indicator ingediend bij de NRKP³⁰. De voorgestelde indicator beoogt het ondoelmatige gebruik van meniscectomie bij patiënten ouder dan 50 jaar te verminderen en de zorgverleners er toe aan te zetten de indicatiestelling van deze ingreep af te stemmen op de klinische richtlijnen. Volgens de voorstelde indicator mag de alleenstaande meniscectomie per zorgverlener voor max. 45 % van het totale aantal worden aangerekend bij patiënten ouder dan 50 jaar. De NRKP keurde deze indicator goed in december 2022.

5. Dringendheidshonoraria voor NMR-onderzoeken

Deze actie betrof ziekenhuizen die op niet-conforme wijze dringendheidshonoraria aanrekenden voor ambulante uitgevoerde NMR 's avonds, in het weekend en op feestdagen. Alle bij deze overtreding betrokken ziekenhuizen hebben de tenlastegelegde bedragen vrijwillig terugbetaald. De impact op lange termijn van deze actie is bijgevolg berekend via het totale budget dat is toegeschreven aan de dringendheidshonoraria voor NMR.

We hebben het gemiddelde aantal verstrekkingen voor de jaren 2015, 2016 en 2017 vergeleken met het gemiddelde aantal voor de jaren 2018, 2019, 2021 en 2022 (en niet 2020, gelet op de COVID-19-pandemie en de beperking tot essentiële zorg in de ziekenhuizen), om het verschil in het aantal verstrekkingen voor en na de actie in te schatten.

Het gemiddelde aantal dringendheidshonoraria voor NMR is gedaald van 17.971 per jaar vóór de nationale actie tot 12.457 erna. Uitgaande van een gemiddelde kostprijs van 85,32 EUR voor deze honoraria³¹, ramen we de structurele impact op 470.454,48 EUR per jaar, d.w.z. een tweejaarlijkse impact van **940.908,96 EUR**.



Figuur 19. Evolutie van de facturatie van de dringendheidshonoraria voor NMR, op basis van het type onderzoek, 2015-2022

³⁰ Zie "Appropriate care – [indiening van indicatoren](#)", p. 59.

³¹ Kostprijs gebaseerd op de facturatiegegevens 2018, 2019, 2021 en 2022.

Hoewel deze impact a priori aanzienlijk is, moet hij worden gerelativeerd omdat de cijfers voor 2021 weer stijgen. Dat komt omdat sommige ziekenhuizen deze honoraria ten onrechte zijn blijven aanrekenen of daarmee zijn begonnen. Daarom zijn we in 2022 opnieuw een controleonderzoek gestart bij de 7 ziekenhuizen die goed zijn voor het grootste deel van deze aanrekening van dringendheidshonoraria voor ambulante uitgevoerde NMR (± 500.000 EUR per jaar voor die 7 ziekenhuizen).

6. Cumul arthrografie en CT-scans of NMR

In 2018 voerde de DGEC een controleonderzoek uit over de facturatie van arthrografie in combinatie met:

- ✦ CT-scans van de ledematen,
- ✦ NMR-scans van de ledematen.

Hoewel er een specifiek nomenclatuurnummer bestaat voor CT-scans van gewrichten, worden deze minder vergoed dan de combinatie van een arthrografie met een CT-scan van ledematen. Voor ziekenhuizen die de combinatie van een arthrografie met een CT-scan van ledematen aanrekenen, werd een verschilregel toegepast en het te veel betaalde bedrag teruggevorderd. Bij NMR-scans is er echter geen extra vergoeding voor het gebruik van contrastvloeistoffen. Ziekenhuizen die deze combinatie toch factureerden, kregen een waarschuwing. Als gevolg van het onderzoek stelde de DGEC voor om de nomenclatuur te wijzigen. Sinds 1 augustus 2021 is een nieuw nummer toegevoegd aan de nomenclatuur en een cumul-verbod:

- ✦ 458975-458986: NMR-onderzoek van een gewricht van een lidmaat, inclusief de intra-artculaire injectie van het contrastmiddel met registratie op optische of elektromagnetische drager;
- ✦ de verstrekking 458975-458986 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen 455711-455722, 459513-459524, 458894-458905, 458496- 58500;
- ✦ toepassingsregels: de verstrekking 458975-458986 is enkel aanrekenbaar bij een onderzoek van het schoudergewricht in geval van een schouderinstabiliteitsyndroom.

Om de impact te meten, analyseerden we een periode van 3 jaar voor (2015, 2016 en 2017) en 2 jaar na de actie (2019 en 2021). 2020 werd niet mee geanalyseerd vanwege de COVID-19-pandemie. Dit zou vertekende resultaten kunnen opleveren die niet representatief zijn voor de reële situatie.

Tabel 21. Evolutie van het aantal combinaties arthrografie en CT van ledematen voor en na de actie van de DGEC

	Voor de actie	Na de actie	Vershil
<i>Analyseperiode</i>	<i>36 maanden</i>	<i>24 maanden</i>	
Aantal combinaties arthrografie + CT-lidmaat	65.138	3.036	
TOTAAL over 1 jaar	21.713	1.518	20.195
TOTAAL over 2 jaar	43.426	3.036	40.390

In de periode na de actie (exclusief periode COVID-19) observeren we gemiddeld 20.195 combinaties arthrografie en CT van ledematen minder per jaar dan in de periode voor de actie. Het gemiddelde verschil tussen een combinatie arthrografie en CT van ledematen en CT-gewricht bedroeg in die periode gemiddeld 14,47 EUR. Bijgevolg kunnen we spreken van een jaarlijkse impact van 292.221,65 EUR, of tweejaarlijkse impact van 584.443,30 EUR.

Tabel 22. Evolutie van het aantal combinaties artrografie en NMR-lidmaat voor en na de actie van de DGEC

	Voor de actie	Na de actie	Vershil
<i>Analyseperiode</i>	<i>36 maanden</i>	<i>24 maanden</i>	
Aantal combinaties artrografie + NMR-lidmaat	35.901	16.484	
TOTAAL over 1 jaar	11.967	8.242	3.725
TOTAAL over 2 jaar	23.934	16.484	7.450

We observeren een kleinere daling voor de combinatie artrografie met NMR-lidmaat (gemiddeld 3.725 verstrekkingen minder per jaar). De gemiddelde prijs van de artrografie bedroeg in deze periode 61,62 EUR. Bijgevolg kunnen we spreken van een jaarlijkse impact van 229.534,50 EUR of een tweejaarlijkse impact van 459.069 EUR.

In totaal constateren we dus een totale tweejaarlijkse impact van **1.043.512,30 EUR** voor deze actie.

Deel 5 – Naar een betere reglementering

De Gvu-wet is voortdurend in ontwikkeling om de doeltreffendheid van sommige bepalingen te verbeteren. Ze is gewijzigd door de Wet van 18 mei 2022 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid (1) en door de wet van 29 november 2022 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg.

De wijzigingen die bij de wet van 18 mei 2022 zijn ingevoerd, hebben we in ons vorige jaarverslag voorgesteld³².

In de wet van 29 november 2022 zijn de wijzigingen van de Gvu-wet met betrekking tot de DGEC de volgende:

- ✦ de uitbreiding van de mogelijkheid voor het RIZIV om zich burgerlijke partij te stellen ten aanzien van zorgverleners die strafrechtelijk vervolgd worden in geval van fraude in het kader van de ziekteverzekering;
- ✦ de mogelijkheid voor het inspecterend personeel van de DGEC om de identiteit na te gaan van de opgegeven titularis van de bankrekening waarop de uitbetalingen van de door de ziekteverzekering verschuldigde bedragen worden gestort;
- ✦ de precisering van de aan de Hoge raad van artsen-directeurs toegekende bevoegdheid van het beheer van de procedure voor de accreditering van de adviserend artsen overeenkomstig artikel 154, zesde lid van de Gvu-wet.

³² Zie *Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2021*, p. 51-52.

Deel 6 – Samenwerkingen

I. PASSERELLE: AUDIT ZIEKENHUIZEN

De Audit Ziekenhuizen³³ vindt zijn oorsprong in het eerste en tweede actieplan 'handhaving in de gezondheidszorg' en het redesign van de gezondheidszorgadministraties via onder meer passerellen en een gemeenschappelijke sokkel. Door een deel van het personeel en de middelen van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het FAGG samen te brengen in een transversale structuur, met name de eenheid Audit Ziekenhuizen, wil men tot een efficiëntere, eenvoudiger en transparantere opvolging komen van de ziekenhuizen.

1. Audit zware medische beeldvorming

We hebben de audit van zware medische beeldvorming afgesloten in 2022. Onze aanbevelingen hebben als doel de zorgkwaliteit te verhogen en tegelijkertijd de beschikbare middelen beter te benutten, alsook de blootstelling aan schadelijke straling te verminderen:

- ✦ uitsluitend CT- of NMR-scans verrichten wanneer die een echte medische meerwaarde vormen;
- ✦ daartoe beleid ontwikkelen, om het meest aangewezen onderzoek te kiezen, over:
 - ✧ de beschikbaarheid van apparatuur,
 - ✧ het aantal beschikbare scans,
 - ✧ het voorschrijfgedrag;
- ✦ een populatiegerichte beperking van het aantal CT-scans invoeren;
- ✦ een digitaal hulpmiddel invoeren om het type onderzoek te helpen kiezen (ondersteuningssysteem voor klinische beslissingen — clinical decision support system CDSS). Dat hulpmiddel wordt momenteel ontwikkeld door de FOD Volksgezondheid en het RIZIV.

Het [auditrapport](#) werd overgemaakt aan de betrokken ziekenhuizen, aan het kabinet van de minister van Volksgezondheid en aan de deelstaten. De minister van Volksgezondheid gebruikt de auditresultaten om het ziekenhuisfinancieringsmodel aan te passen en het rationeel voorschrijven van medische beeldvorming te ondersteunen.

2. Audit keizersneden

De audit van keizersneden werd in 2022 afgesloten. We zagen het aantal keizersneden niet drastisch stijgen, maar merkten allerlei verschillen tussen de ziekenhuizen die deze verstrekking aanrekenen (qua praktijkvoering en de verhouding aantal keizersneden/totaal aantal bevallingen). Op basis van onze vaststellingen hebben we verschillende aanbevelingen geformuleerd.

- ✦ Hoewel deze ingreep levensreddend is voor zowel moeder als kind, blijft het belangrijk een (eerste) keizersnede uitsluitend te verrichten op medische indicatie en met een onderbouwde geïnformeerde toestemming.
- ✦ Alle kritische ingrepen, zoals een urgente keizersnede, moeten binnen het gewenste tijdsbestek kunnen plaatsvinden. Dat kan worden bewerkstelligd via de implementatie van een uniform triagesysteem met ingebouwd urgentieprotocol.
- ✦ Ook is het belangrijk dat de ingreep op elk moment in goede omstandigheden kan plaatsvinden. Daartoe kunnen preventieve maatregelen worden ingevoerd met betrekking tot het infectiegevaar en andere complicaties op korte en lange termijn. Het wordt met name aanbevolen om de kraamvrouw preventieve antibiotica toe te dienen in het uur voor de incisie.

³³ U kunt meer informatie vinden over de activiteiten van de eenheid Audit Ziekenhuizen in zijn jaarverslag 2022.

- ✦ Tot slot dienen zowel de medische continuïteit (zoals een correct opgestelde ontslagbrief) als de administratieve afhandeling (correcte codering) te worden gewaarborgd.

We hebben de [audit-resultaten](#) meegedeeld aan de betrokken ziekenhuizen, tijdens de conferentie van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en aan de pers. Het is inderdaad van essentieel belang zorgverleners en sociaal verzekerden bewust te maken over dit onderwerp. Verschillende ziekenhuizen hebben ons gemeld dat de audit hen ertoe heeft aangezet hun zorgprocessen te herzien.

3. Audit COVID-19

In opdracht van het Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC) comité hebben we enkele rapporten opgesteld.

- ✦ Sinds het begin van de SARS-CoV-2-pandemie (of COVID-19-pandemie) hebben we de naleving van de HTSC-richtlijnen inzake (SARS-CoV-2) capaciteitsmanagement in de ziekenhuizen gemonitord. In 2022 werden 3 bijkomende rapporten (golf 4, golf 5 en de golven 6 en 7 samen) voorgesteld op de HTSC.
- ✦ Daarnaast werden vanaf de tweede golf ook 3 rapporten gemaakt die aan de hand van een selectie aan ingrepen en andere verstrekkingen een inschatting maken van de niet uitgevoerde reguliere zorg. Dit gebeurde als een benadering (proxy) van mogelijke gecumuleerde zorgachterstanden sinds het begin van de pandemie startte.
- ✦ Aanvullend werd een specifieke nota opgesteld over de “historische bezetting van de intensive care unit capaciteit” voor de aanvang van pandemie. We hadden gemerkt dat een 6tal ziekenhuizen beduidend meer bedcapaciteit operationeel hadden dan op basis van hun gefinancierde bedden was geregistreerd en dat een tiental ziekenhuizen er beduidend minder operationeel hadden volgens dezelfde data.
- ✦ Tot slot werden een verkennende analyse en nota gemaakt over de problematiek van de berekening van standardized mortality ratio's m.b.t. SARS-CoV-2.

Alle rapporten werden aan de HTSC voorgesteld. Bepaalde (delen van) rapporten werden toegelicht aan een aantal federale instanties, zoals de taskforce Dynamisch meerjarig budgettair kader (RIZIV), het KCE, het Kankerregister en stakeholders zoals GIBBIS.

Dankzij overleg met het kankerregister konden we in de rapporten ook een meer gedetailleerd beeld over oncologie schetsen. Met het KCE werd bekeken hoe we de stressbestendigheid van het zorgsysteem kunnen monitoren. Hiertoe hebben we performantie-indicatoren voorgesteld. We hebben ook overlegd met de arbeidsgeneeskundige diensten over een eventuele link tussen het kortdurend ziekteverzuim en het aantal gesloten ziekenhuisbedden volgens de ICMS-data (Incident & Crisis Management System). Dit was niet het geval.

De HTSC gaf ons de feedback dat onze analyses, conclusies en aanbevelingen over capaciteitsbeheer werden meegenomen bij aanpak van volgende golven waar dat mogelijk was. Ze hebben ook onze aanbevelingen over de inhaal van mogelijke achterstanden in de reguliere zorg in een (actie)plan opgenomen.

Voor het pionierswerk in de voorgaande onderdelen hebben we op 2 mei 2022 een Certificate of Merit in ontvangst genomen tijdens de “2022 ISSA Good practices awards”.

4. Audit Laagvariabele Zorg

Laagvariabele ziekenhuiszorg betreft gestandaardiseerde en weinig complexe zorg, die weinig mag variëren van patiënt tot patiënt en van ziekenhuis tot ziekenhuis. Sinds 1 januari 2019 rekenen de ziekenhuizen de ziekteverzekering een vast bedrag aan voor deze zorg via een pseudo-nomenclatuurcode.

De nomenclatuurcodes van geattesteerde zorg worden ook op de factuur vermeld, maar die worden gefactureerd ten belope van 0 EUR.

De eenheid Audit Ziekenhuizen analyseerde de weerslag van die nieuwe financieringsmethode op het ziekenhuisverblijf van 57 groepen patiënten die in 2019 zogenaamde ‘laagvariabele’ zorg kregen aangerekend. We hebben grote verschillen waargenomen tussen de ziekenhuizen in de toepassing van het algoritme voor laagvariabele zorg (voorwaarden om de patiëntengroep te definiëren) en de facturering van de individuele verstrekkingen. Daaruit blijkt dat de reorganisatie van de financiering meerdere ziekenhuizen voor een grote uitdaging heeft gesteld. We vroegen nadere uitleg aan verscheidene van hen: waarom rekent u voor een selectie van ziekenhuisverblijven geen forfait aan en waarom is er bij sommige ziekenhuisverblijven geen verband tussen de MZG-gegevens³⁴ en de factureringsgegevens?

II. APPROPRIATE CARE

1. Werkgroep Quintuple AIM

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

De werkgroep Quintuple AIM werd eind 2021 opgericht onder voorzitterschap van de DGEC om het finale rapport over het meerjarige budgettaire kader 2022-2024 binnen de gestelde tijdslijn op te stellen en af te leveren. Het eindrapport vertrok van het tussentijdse rapport dat in 2021 werd gepubliceerd³⁵. Meerdere personeelsleden van de DGEC waren zeer actief binnen deze werkgroep.

Het [eindrapport](#) werd afgeleverd in februari 2022 en bevatte heel wat aanbevelingen.

2. Indiening van indicatoren

De wet van 18 mei 2022 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid heeft de procedure aangepast om indicatoren voor te stellen. Zowel de DGEC als de wetenschappelijke verenigingen en instellingen die een algemene bekendheid genieten, kunnen nu een indicator voorstellen bij de NRKP of het Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen. Die dienen zich hierover binnen de 3 maanden uit te spreken. Een eventuele weigering dient omstandig te worden gemotiveerd.

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

De DGEC diende 3 voorstellen van indicatoren in bij de NRKP in oktober 2022, samen met het KCE en het CEBAM. De NRKP keurde deze 3 voorstellen goed in december 2022. Deze indicatoren worden in 2023 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en de betrokken zorgverleners worden ingelicht.

³⁴ Minimale Ziekenhuis Gegevens.

³⁵ Voor meer informatie over het tussentijdse rapport *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024*, zie *Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2021*, p. 60-62.

III. INTERNATIONALE AANGELEGENHEDEN – EHFCN

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

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

1. Opendeurdag (“Open house”)

In juni 2022 heeft het EHFCN zijn 11^e opendeurdag georganiseerd in Cyprus, in samenwerking met de Cypriotische organisatie van de ziekteverzekering (Health Insurance Organisation).

Tijdens die ontmoetingsdag verwelkomt één van de leden van het EHFCN de andere leden en stelt hij zijn werking voor. Zo kan men van elkaar leren en onder deskundigen van gedachten wisselen. Door die ontmoetingsdag kon men het Cypriotische gezondheidszorgsysteem en de doorgedreven digitalisering ervan beter begrijpen.

Bovendien kon tijdens de conferentie de impact van de COVID-19-pandemie op fraude, corruptie en verspilling in de gezondheidssector worden gemeten, toegelicht en geanalyseerd. De weerslag van de pandemie werd verduidelijkt, meer bepaald de weerslag op:

- ✦ de digitalisering van de gezondheidssystemen,
- ✦ de opsporing van desinformatie, valse en onjuiste informatie,
- ✦ de veerkracht en duurzaamheid van de gezondheidssystemen,
- ✦ de ontwikkeling van specifieke elektronische systemen en de uitbreiding van de tools die gebruik maken van artificiële intelligentie om fraude op te sporen.

Ook al was de COVID-19-pandemie een vruchtbare periode voor corruptie (door onzekerheid, onrust en noodsituaties), toch bood ze voor de openbare en private sector ook een kans op verandering. Die sectoren konden zich nog meer inzetten voor de strijd tegen corruptie en voor de invoering van een cultuur van integriteit, transparantie en verantwoordelijkheid.

2. Indonesische delegatie

In december 2022 kreeg het EHFCN in België het bezoek van een Indonesische delegatie (BPJS Kesehatan). Indonesië heeft immers een verzekeringsmechanisme voor geneeskundige verzorging en wenst dit te verbeteren door bij andere landen inspiratie op te doen.

Tijdens het bezoek werd het mechanisme voor de preventie van fraude in de gezondheidszorg binnen het EHFCN besproken, alsook het leren van en beoordelen van de prestaties inzake fraudebeheer.

Op uitnodiging van BPJS Kesehatan heeft het EHFCN ook deelgenomen aan een internationaal seminarie over de ziekteverzekering, met als thema “Fraude in de sociale gezondheidsverzekering, preventie, opsporing en uitbanning: fraude aanpakken en verspilling tegengaan op basis van machine learning en artificiële intelligentie”.

3. Webinars

In 2022 werden er voor de leden van het EHFCN 10 webinars georganiseerd. Het is de bedoeling dat actuele onderwerpen worden besproken en dat de vragen van de leden worden beantwoord. De sprekers van de webinars zijn deskundigen uit de gezondheidssector en afkomstig uit organisaties die ook lid zijn van het EHFCN of die zijn uitgenodigd.

In de afgelopen webinars kwamen de volgende onderwerpen aan bod.

- ✦ *Prognose en preventie van fraude en fraudetrends: het belang van regelmatige fraudewaarschuwingen:* deze webinar heeft aangetoond hoe fraudewaarschuwingen kunnen helpen bij het voorspellen en voorkomen van fraude in de openbare en private sector. Het voorbeeld dat daarvoor werd gebruikt, was de weerslag van het vertrek van expats uit Afghanistan eind augustus 2021 (de Verenigde Staten hadden beslist om het land te verlaten) en de gevolgen van dit vertrek voor de ziekteverzekering.
- ✦ *Belangenconflicten in de geneeskunde: het Duitse perspectief:* deze webinar heeft het mogelijk gemaakt om het ontstaan van belangenconflicten in de sector van de geneeskunde beter te begrijpen door te wijzen op de financiering van medisch onderzoek in Duitsland, de rol van de farmaceutische bedrijven, de politieke invloed en de regelgeving.
- ✦ *Nieuwe Portugese anti-corruptiewetgeving: waarom is die regelgeving zo vernieuwend?* Het doel van deze webinar bestond erin toelichting te geven over de nieuwe mechanismen voor de strijd tegen corruptie (in het algemeen) die de Portugese regering heeft ingevoerd; dit betreft in het bijzonder de aangifte, de bescherming van klokkenluiders, risicobeheer en het plan voor de preventie van corruptie en van verwante strafbare feiten.
- ✦ *Het gebruik van artificiële intelligentie om de kwaliteit van de gegevens van de facturatie op papier door zorgverleners te verbeteren:* in deze webinar werd getoond hoe een Belgische V.I. artificiële intelligentie heeft toegepast om de verwerking van facturatie op papier te verbeteren. De sterke en zwakke punten van die werkwijze werden besproken.
- ✦ *Corruptie: de corruptie-index (Corruption Perceptions Index) in de wereld:* de corruptie-index van Transparency International classificeert 180 landen en gebieden in de hele wereld op basis van hun corruptieniveau in de openbare sector. De resultaten worden voorgesteld met een score van 0 (zeer corrupt) tot 100 (minder corrupt). Ondanks vele beloften hebben 131 landen in het voorbije decennium geen beduidende vooruitgang geboekt in de strijd tegen corruptie. Bovendien is de COVID-19-pandemie in 2021 door veel landen als excuus gebruikt om de fundamentele vrijheden te beperken en belangrijke controlemechanismen te omzeilen. Deze webinar gaf een overzicht van de corruptie en een beschrijving van de evolutie wereldwijd.
- ✦ *De richtlijnen voor anti-namaaktechnologieën van het EUIPO:* het Bureau voor intellectuele eigendom van de Europese Unie (EUIPO) heeft richtlijnen voor anti-namaaktechnologieën opgesteld om aan alle stakeholders in duidelijke en eenvoudige taal uit te leggen welke technologie er bestaat om goederen tegen namaak te beschermen.
- ✦ *Artificiële intelligentie in de gezondheidszorg: gebruik van artificiële intelligentie door de Luxemburgse Nationale Gezondheidskas en de Griekse nationale organisatie voor gezondheidszorg:* in deze webinar werd voorgesteld hoe die 2 instellingen met artificiële intelligentie werken, welke tools en algoritmen ze gebruiken en wat ze in de toekomst willen implementeren.
- ✦ *Hoe kan de integriteit in de gezondheidszorg worden versterkt in veranderende maatschappijen: integriteit op het werk:* in deze webinar werden verschillende benaderingen van integriteit op het werk voorgesteld: de definitie ervan en hoe integriteit moet worden begrepen en beheerd.

De webinar spitte zich toe op de manier waarop (mensen in) organisaties de integriteit van hun organisatie/werk kunnen begrijpen/beheren.

- ✦ *Hoe kan de integriteit in de gezondheidszorg worden versterkt in veranderende samenlevingen:* de analisten van fraude- en corruptierisico's op het vlak van gezondheidsdiensten werken vaak binnen gedecontextualiseerde scenario's (de concrete werkcontext is niet of weinig gekend) waarin de relatie tussen artsen en patiënten ontstaat in een kader van organisationele kwetsbaarheid en van gebrek aan regels. Tijdens de webinar zijn concrete ideeën en suggesties aangereikt om de perceptie van de rollen aan beide zijden te versterken en relaties op te bouwen.
- ✦ *Hoe werkt het IKZ in Nederland?* Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) is een overkoepelende instelling van 9 organisaties in Nederland om fraude in de gezondheidszorg te bestrijden. Het IKZ heeft 2 doelstellingen:
 - ✧ de signalen van zorgfraude in de gezondheidszorg identificeren,
 - ✧ de trends en waargenomen ontwikkelingen signaleren.

4. Werkgroep over artificiële intelligentie

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

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

5. Algemene vergadering en Strategisch plan

De Algemene vergadering van het EHFCN is in december 2022 bijeengekomen. Dat is een belangrijke vergadering voor de leden, om:

- ✦ de algemene beleidslijnen vast te stellen,
- ✦ de personen belast met een functie binnen het Uitvoerend Comité te verkiezen en te benoemen,
- ✦ de jaarrekeningen goed te keuren,
- ✦ onder andere de follow-up van de projecten van het jaarlijkse Actieplan en van het Strategisch plan van het EHFCN te bespreken. Met dit Strategisch plan willen we ook een nauwere relatie met onze leden aanknopen, hen meer betrekken en beter informeren over de activiteiten van het netwerk.

IV. FINANCIËLE RESPONSABILISERING VAN DE VERZEKERINGS-INSTELLINGEN

De samenstelling en het bedrag van de administratiekosten dat de V.I.'s en de Kas voor geneeskundige verzorging van HR Rail jaarlijks ontvangen, staan beschreven in art. 195 van de GvU-wet. Dat 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 een deel van het bedrag dat een V.I. jaarlijks ontvangt, gekoppeld aan de manier waarop ze haar wettelijke opdracht uitvoert. Die 20 % vertegenwoordigt de 'variabele administratiekosten'³⁶.

Alle diensten van het RIZIV en de Controledienst voor de ziekenfondsen analyseren de manier waarop de V.I.'s hun wettelijke opdracht vervullen en gaan de kwaliteit ervan na. Het RIZIV geeft de resultaten van deze analyses door aan de Controledienst voor de ziekenfondsen. Deze zet via scoreschalen de resultaten van de analyses om in geldwaarde en vermindert per V.I. de variabele administratiekosten met deze geldwaarde³⁷.

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

In 2022 waren we betrokken bij de evaluatie van onderstaande indicatoren. Omdat de beroepstermijn nog niet afgelopen is, kunnen we enkel de voorlopige resultaten meedelen.

1. Socio-professionele re-integratie van arbeidsongeschikte verzekerden: acties van de adviserend artsen

In het kader van de socio-professionele re-integratie van arbeidsongeschikte verzekerden, moet de adviserend-arts en/of zijn medisch-sociaal administratief team voor sommige verzekerden bepaalde acties ondernemen op gezette tijden: oproepen/contacten, categorisering van de invaliditeit, follow-up door de adviserend arts en door de arbeidsarts³⁸.

We hebben gecontroleerd of deze acties werden uitgevoerd binnen de termijnen die in het koninklijk besluit van 8 november 2016 zijn vastgesteld. Daartoe hebben we een representatieve steekproef genomen van verzekerden die minstens 9 maanden arbeidsongeschikt waren.

We hebben vastgesteld dat het percentage dossiers waarin de V.I.'s niet voldeden aan de voorwaarden uit het K.B. van 8 november 2016 varieerde tussen 5,26 % en 80,55 %.

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

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

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

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

De resultaten verschillen sterk per V.I. en variëren van 0,00 % tot 11,27 %.

³⁶ Deze variabele administratiekosten bedroegen initieel 10 % van het bedrag dat een V.I. jaarlijks ontvangt. Sinds de aanpassing van de GUV-wet op 11 april 2019 is dat percentage geleidelijk verhoogd tot 20 % in 2022.

³⁷ K.B. van 10 april 2014 betreffende de financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten.

³⁸ K.B. van 8 november 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de GUV-wet, wat de sociaalprofessionele re-integratie betreft.

3. Naleving van de regels betreffende de vergoeding van bepaalde verstrekkingen van geneeskundige verzorging

a) Farmaceutische verstrekkingen

De verstrekkingen 'aanbrengen oogdruppels/oogzalf postoperatie'³⁹ kunnen alleen worden geattesteerd binnen 30 dagen na de dag van de heelkundige ingreep.

We hebben vastgesteld dat de V.I.'s die regel niet correct controleren. Het percentage verzekeren voor wie niet aan de voorwaarden is voldaan, varieert tussen 6,79 % en 20,57 %.

b) Fysiotherapie- en/of revalidatieverstrekingen

We onderzochten de correcte toepassing van de vergoedingsregels van revalidatieverstrekingen gecombineerd met ergotherapie⁴⁰. Het betreft verstrekkingen verleend na de beëindiging van een multidisciplinaire revalidatieverstreking voor een aandoening op de limitatieve lijst. Die verstrekkingen moeten het bereikte resultaat optimaliseren en behouden. Die verstrekkingen mogen alleen worden geattesteerd door:

- ✦ de arts-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie,
- ✦ of de arts-specialist voor neurologische, pneumologische of locomotorische revalidatie, erkend door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft;
- ✦ voor de verstrekkingen die worden aangerekend met de nomenclatuurnummers 558014-558025, 558832-558843 en 558994 is er een beperking tot de aandoeningen die behoren tot de revalidatie-erkenning van de artsen.

We hebben vastgesteld dat het percentage verstrekkingen dat ten onrechte is terugbetaald door de V.I.'s aan verzekeren, varieert tussen 1,44 % en 3,36 %.

c) Conclusie

Over het algemeen varieert het foutenpercentage bij de toepassing van de regels voor de vergoeding van de verstrekkingen van geneeskundige verzorging tussen 4,12 % en 11,51 %.

4. Kwaliteit van New Attest-gegevens

We hebben de kwaliteit van de gegevens die de V.I.'s ons via het platform NewAttest bezorgden, beoordeeld op de volgende 8 criteria:

- ✦ de behandelde zijde (lateraliteit) links/rechts;
- ✦ het tandnummer;
- ✦ het uniek facturatienummer van het toestel voor medische beeldvorming;
- ✦ de derde-betalersregeling;
- ✦ de identificatie van de verzorgingsinstellingen en/of -diensten;
- ✦ het KBO-nummer;
- ✦ het gebruik van codes die niet meer bestaan sinds 1 januari 2006;
- ✦ het nummer van de registratie waarvoor een implantaatcode moet worden opgegeven in het facturatiebestand.

Het globale foutenpercentage ligt dit jaar tussen 7,51 % en 27,29 %.

³⁹ Nomenclatuurnummers 424292, 424454, 424594, 427873 en 424756.

⁴⁰ Nomenclatuurnummers 558434-558445, 558810-558821, 558014-558025, 558832-558843 en 558994.

V. ACTIEPLAN HANDHAVING IN DE GEZONDHEIDSZORG 2021-2023

Het 'Actieplan handhaving in de gezondheidszorg' bevat maatregelen en actiepunten voor een meer performante aanwending van de middelen in de gezondheidszorg. Het was op vraag van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid dat het RIZIV het eerste actieplan opstelde in 2016. Dit actieplan wordt opgevolgd binnen de Anti-fraudecommissie⁴¹, onder voorzitterschap van de administrateur-generaal van het RIZIV.

In 2021 werd een nieuw actieplan opgesteld met een focus op acties waarbij de verschillende actoren⁴² een toegevoegde waarde hebben om zo te komen tot meer synergie. De Algemene Raad keurde het actieplan goed in december 2021. De uitvoering gebeurt in 2022 en 2023.

De focus van het Actieplan ligt op preventie en structurele maatregelen. Acties betreffende doelmatigheid en efficiëntie werden niet opgenomen omdat er bij de opmaak gelijktijdig een taskforce doelmatige zorg werkzaam was over de meerjarenbegroting.

Het Actieplan bevat 7 thema's van intensieve samenwerking tussen de diverse actoren:

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

Voor verscheidene structurele projecten werden beperkte financiële middelen gevraagd in de bestuursovereenkomst van het RIZIV (2022-2025), maar die werden niet verkregen. Die projecten zullen we bijgevolg niet kunnen uitvoeren. Toch doen we ons best om alsnog de nodige middelen te bemachtigen om deze essentiële projecten te verwezenlijken.

Specifieke projecten waar in 2022 rond werd gewerkt, zijn de activiteiten van Audit Ziekenhuizen⁴³ en het lopende nationaal controleonderzoek over de medische huizen.

⁴¹ Wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid.

⁴² Het RIZIV: de DGEC, de Dienst voor geneeskundige verzorging en de Dienst voor administratieve controle; de V.I.'s, het Nationaal Intermutualistisch College, het Intermutualistisch Agentschap en de FOD Volksgezondheid.

⁴³ Zie "[Passerelle: Audit Ziekenhuizen](#)", p. 57-59.

Deel 7 – Financiële balans

Het uiteindelijke doel van de DGEC als inspectiedienst is impact te hebben op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners en zorginstellingen. Vermits onze dienst deel uitmaakt van het RIZIV, een instelling van de sociale zekerheid, is het belangrijk dat er ook een financiële impact is. In dit deel vindt u een overzicht van de bedragen die in 2022 werden gerecupereerd en van de bedragen die in het deel Impact werden vermeld.

I. OPBRENGSTEN

De DGEC heeft in 2022 de betaling bekomen van een totaal bedrag van **14.879.654,75** EUR in het kader van zijn controleonderzoeken (afgesloten of niet).

Tabel 23. Betalingen in 2022

Soorten betaling	Bedrag (EUR)
Vrijwillige terugbetaling (vóór beslissing genomen m.b.t. administratieve procedure)	12.554.907,35
Betaling na beslissing van administratieve procedure	2.324.747,40
TOTAAL	14.879.654,75

De vrijwillige terugbetalingen hebben betrekking op tenlastegelegde bedragen (in een PV Va) die zijn terugbetaald vóór de (eventuele) beslissing van de Leidend ambtenaar of van één van de administratieve rechtscolleges (Kamer van eerste aanleg en Kamer van beroep).

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

II. VERMINDERDE UITGAVEN

De financiële impact van de DGEC kan ook gemeten worden door de vermindering van bepaalde onterechte uitgaven, na een eerste PV Va en na bepaalde nationale opdrachten⁴⁴.

In 2019 waren er in totaal 244 PV Va bij 209 controleonderzoeken. Bij een aantal zorgverleners en zorginstellingen die in 2019 een eerste PV Va kregen, is het nog niet mogelijk om met de beschikbare facturatiegegevens een geautomatiseerde impactmeting uit te voeren. Van de 209 controledossiers werd deze geautomatiseerde impactmeting voor 67 ervan uitgevoerd, met een totaal bedrag ten laste van 3.865.450,89 EUR. De verminderde aanrekening gedurende 2 jaar voor deze 67 controledossiers is **5.403.247,75 EUR**.

Voor de andere 142 controledossiers met een totaal bedrag ten laste van 5.203.675,82 EUR gaan we, op basis van het relatieve bedrag ten laste, uit van een gelijkaardige verminderde aanrekening gedurende 2 jaar van **7.273.860,27 EUR**.

⁴⁴ Zie "[Impact](#)", p. 47-55.

De tweejaarlijkse impact van de nationale opdrachten die in 2019 aan het DGEC-Comité werden voorgesteld, bedraagt in totaal **3.835.552,78 EUR**.

Tabel 24. Tweejaarlijkse impact van de nationale onderzoeken van 2019

Acties	Bedrag (EUR)
Eerste PV Va in 2019 (geautomatiseerde impactmeting)	5.403.247,75
Eerste PV Va in 2019 (veralgemening)	7.273.860,27
Nationale opdrachten voorgesteld aan het DGEC-comité in 2019	3.835.552,78
TOTAAL	16.512.660,80

III. GLOBALE FINANCIËLE BALANS

Op basis van de bovenstaande gegevens bedraagt de financiële balans van de DGEC **31,4 miljoen EUR**, gemeten in 2022.

Onze impact reikt uiteraard verder en is niet altijd te becijferen. We kunnen de impact van bepaalde acties (zoals lezingen of verzoek tot aanpassing van nomenclatuur) niet meten en we hebben onze impactmetingen beperkt tot de nationale opdrachten die we in 2019 hebben voorgesteld aan het DGEC-Comité. Ten slotte maakt dit jaarverslag zorgverleners en verzorgingsinstellingen, alsook verzekeren, bewust van het belang van een correcte aanrekening van verstrekkingen voor de duurzaamheid van toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

Afkortingenlijst

BOD	Beslissingsorgaan/organe décisionnel
CEBAM	Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine
EBM	Evidence-based medicine
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
GVU-wet	Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
HTSC	Hospital & Transport Surge Capacity
ICE	Directies Informatie, Controle, Evaluatie van de DGEC
KCE	Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg
NRKP	Nationale raad voor kwaliteitspromotie
PV Va	Proces-verbaal van vaststelling
TGR	Technische geneeskundige raad
V.I.	Verzekeringsinstelling

Meer weten?

Hebt u vragen over deze publicatie?

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