



## **Jaarverslag 2022 Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2021-2023**

De Antifraude Commissie (CAFC) stelde een nieuw actieplan “handhaving in de gezondheidszorg 2021 - 2023” op dat door de Algemene Raad van het RIZIV werd goedgekeurd op 16 december 2021. De focus ligt op onterechte facturatie en niet op doelmatigheid in de zorg.

Dit plan bouwt verder op de voorgaande actieplannen. Op 5 juni 2018 keurde de Algemene Raad van het RIZIV immers het actieplan “handhaving in de gezondheidszorg 2018 - 2020” goed. Een eerste actieplan “handhaving” liep van 2016 tot 2017 (goedgekeurd op de vergadering van de Algemene Raad van 18 juli 2016).

Het huidig Actieplan komt ook tegemoet aan de Beleidsnota’s van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, Frank Vandenbroucke, zoals voorgelegd aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers op 20 november 2020 (DOC 55 1580/004) en op 28/10/2022 (DOC 55 2934/012) waar het aspect handhaving is opgenomen.

Het huidig Actieplan weerhoudt 7 thema’s van intensieve samenwerking tussen de diverse partners (RIZIV, VI’s, IMA, NIC en FOD Volksgezondheid):

- 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 zorgverstrekkers
- Covid-gerelateerde fraude
- Betrokkenheid en responsabilisering verzekerden en zorgverstrekkers
- Audit ziekenhuizen

Andere voorstellen werden gebundeld in het laatste onderdeel ‘Analyses’.

Hieronder vindt u het verslag van de voortgang van de voorgestelde acties en de bereikte resultaten in 2022.

Heel wat projecten uit het Actieplan zijn structureel en transversaal met als doel de fraudegevoeligheid te verminderen, betrokkenen te responsabiliseren en toezicht mogelijk te maken. Dit maakt financiële impactmetingen complex. Gezien het belang van dit aspect werd een eenduidige methodologie uitgewerkt om ook de financiële impact van sensibiliseringsacties en nomenclatuurwijzigingen te kunnen meten en opvolgen. Ook bij tenlasteleggingen is er enkele jaren nadien een financiële impact. De berekening daarvan werd deels geautomatiseerd in Power BI. Voor bepaalde groepen is de systematische

impactmeting niet mogelijk. Door de ruime facturatietermijnen (tot 24 maanden na de prestatiedatum) en de lange termijn om facturatiegegevens beschikbaar te stellen aan het RIZIV is er een periode van 3 jaar tussen de actie en de meting van de financiële impact.

### **3. Kwaliteitsvolle en toegankelijke facturatiegegevens**

#### 3.1. en 3.2. Gegevensuitwisseling en beheer en kwaliteit van de facturatiegegevens

Een doorgedreven handhavingsbeleid is rechtstreeks gelinkt aan de grotere beschikbaarheid en analyse van de diverse gegevens gezondheidszorg. Facturatiegegevens zijn daarbij essentieel voor de snelle detectie van nieuwe risico's, de opvolging van gesanctioneerde zorgverstrekkers en impactmetingen van nationale acties. Dit is een vervolg van het Actieplan Handhaving 2018-2020. De eenduidigheid, de kwaliteit en een snelle en gebruiksvriendelijke toegang van deze gegevens zijn hierbij cruciaal en wordt idealiter op de aanpak van de Health Data Agency (HDA) geënt.

In 2022 hebben het RIZIV en de verzekeringsinstellingen interne reflecties uitgevoerd om de samenwerking en de gegevensuitwisseling met de verzekeringsinstellingen te verbeteren. Meer recent werden verschillende bijeenkomsten met de verzekeringsinstellingen georganiseerd zoals:

- Presentatie aan het NIC "strategie" op 22 november 2022
- Workshop tussen vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, het NIC en het RIZIV op 14 december 2022
- Workshop tussen vertegenwoordigers van het IMA, het NIC en het RIZIV op 16 december 2022.

Tijdens de verschillende vergaderingen werden een aantal bevindingen en de essentiële behoeften op het gebied van gegevensuitwisseling en exploitatie met de verzekeringsinstellingen voorgesteld om het RIZIV en de verzekeringsinstellingen beter in staat te stellen hun opdrachten te vervullen.

Gemeenschappelijke elementen zijn:

- 1) De gemeenschappelijke gegevensstrategie moet zowel de operationele behoeften als de behoeften inzake gegevensverwerking en -analyse bestrijken, huidige en toekomstige behoeften.
- 2) De gemeenschappelijke gegevensstrategie moet ook voldoen aan de niet-functionele, kwalitatieve doelstellingen die reeds tijdens de verschillende RIZIV/VI/IMA-workshops zijn gepresenteerd (snelheid beschikbaarheid gegevens, enz.).

Dit databeleid wordt verder uitgewerkt tijdens de vergadering NIC-RIZIV die maandelijks worden georganiseerd.

Ondertussen, op vlak van de kwaliteit van de NewAttest gegevens, proberen de diensten van het RIZIV in samenwerking met het IMA controles op te stellen om zowel de volledigheid als de kwaliteit van de door de VI verstrekte gegevens te verbeteren. Overlegvergaderingen tussen het RIZIV en de VI's werden hiervoor periodiek georganiseerd (o.a. rond de waarmerking van gegevens)

Een andere belangrijke factor is de kwaliteit van de gegevens:

Om de algemene kwaliteit en volledigheid te verbeteren van de gegevens die via onze tool ter beschikking worden gesteld van de sociale inspecteurs van DAC en DGEC, heeft het NewAttest-team verschillende verbeteringstrajecten ingezet:

- Het eerste was gericht op de volledigheid van de binnenkomende gegevens en leidde tot de ontwikkeling van volledigheidsverslagen over de aanlevering van gegevens, die nu door elke verzekeringsorganisatie worden verstrekt om de volledigheid te beoordelen en eventuele discrepanties te verklaren.

Dit onderdeel is nu voltooid en presteert goed voor de huidige gegevensreeks.

- De tweede component was gericht op verbetering van de kwaliteit van de authenticatiedocumenten van de gegevens, waarmee de ontvangen gegevens in rechtszaken kunnen worden gebruikt door de authenticatie van de gegevens die worden gebruikt om grieven vast te stellen en als bewijs tegen fraude. De uitgangssituatie was vrij zorgwekkend (documenten die bij sommige verzekeraars al meer dan twee jaar ontbraken, onbevoegde ondertekenaars op afleveringsbewijzen, enz.). We hebben nog steeds geen 100% dekking voor alle aan het IMA verstrekte gegevens, maar de situatie is de laatste maanden sterk verbeterd (ze ligt nu boven de 95%).

- Het derde gebied zijn de controles van de gegevenskwaliteit.

Dit spoor vergt meer tijd en inspanning wat betreft de afstemming tussen de partijen.

Verzoeken van het RIZIV om details over de door de verzekeraars uitgevoerde kwaliteitscontroles zijn in het verleden niet volledig beantwoord.

Om de impact van problemen met de gegevenskwaliteit te beperken, werkt het team van NewAttest samen met het IMA om het risico op een mislukte gegevensuitwisseling technisch te beperken en er tegelijk voor te zorgen dat de gegevens aan het einde van de overdrachtsprocessen ongewijzigd blijven (om de authenticiteit ervan te garanderen).

De resultaten tot dusver tonen algemene verbeteringen in de gegevensstromen tussen de partijen, wat het NewAttest-team aanmoedigt om zijn inspanningen voort te zetten en te helpen potentiële inconsistenties zo vroeg mogelijk in de uitwisselingsketen op te sporen.

De kwaliteit van de NewAttest gegevens is ten slotte ook opgenomen als indicator binnen het systeem van financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen (bepalen van de variabele administratiekosten van de verzekeringsinstellingen). Het systeem voor de evaluatie van de beheersprestatie van de V.I. werd ingevoerd door het koninklijk besluit van 10 april 2014 en is in voege sinds evaluatiejaar 2016 (evaluatie op basis van 6 processen). De kwaliteit van de gegevens verzonden via het platform NewAttest is één van de acht domeinen die is opgenomen in proces 6: “De samenwerking met het RIZIV, meer bepaald met het oog op de uitvoering van de bestuursovereenkomst en de deelname aan studies die worden opgezet om een beleid uit te stippelen, beslist door of uitgevoerd op verzoek van de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft”.

### 3.3 Verkorten van de facturatietermijn

Betreffende het **verkorten van de facturatietermijn** (digitaal en GVVH) werd de wetwijziging goedgekeurd op 18 mei 2022 (Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid – B.S. 30/05/2022).

De Akkoorden en Overeenkomstencommissies dienen zich elk uit te spreken over deze wijziging. Deze besprekingen zijn gepland in de loop van 2023, waarna een koninklijk besluit de concrete modaliteiten (generiek of per sector) zal bepalen betreffende de verjaringstermijn in derdebetaler voor de diverse sectoren.

## **4. Onrechtmatige financiële drempels die de toegang tot zorg beperken**

Rond het actiepunt **supplementen aangerekend door geconventioneerde zorgverstrekkers** werd een projectgroep IMA- RIZIV samengesteld met als eerste fase data-analyse.

Voor de studie in verband met ambulante kosten ten laste van de patiënt – medische beeldvorming - werd het rapport aan de beleidscel Sociale zaken en Volksgezondheid bezorgd en is daar in behandeling door een specifieke werkgroep. Er zijn extra analyses gevraagd voor het domein van de radiotherapie, die in voorkomend geval nog moeten besproken worden. De publicatie van dit rapport hangt bijgevolg af van het verloop van de besprekingen op politiek niveau.

Een omvangrijker onderzoek naar alle supplementen kan pas gebeuren als ook de ambulante supplementen volledig (verplicht) geregistreerd worden.

In het kader van de ziekenhuishervorming worden er maatregelen voorzien voor twee concrete domeinen om de supplementen te beperken: de klinische biologie en de medische beeldvorming die enkel in ziekenhuismilieu kunnen plaats vinden. Het koninklijk besluit nr. 143 van 30 december 1982 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de laboratoria moeten voldoen voor de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor verstrekkingen van klinische biologie zal tevens worden gewijzigd om laboratoria te verbieden om aan de patiënt een bedrag aan te rekenen voor administratieve kosten of kosten voor de afname. In hetzelfde besluit zal ook worden bepaald dat voor een labo onderzoek klinische biologie die niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging omdat de nomenclatuurvoorwaarden niet zijn vervuld, louter het bedrag kan worden aangerekend dat overeenstemt met de tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

### 4.2 Facturatie pseudocodes 960 in ziekenhuizen

Aanpakken van het aanrekenen van honorariumsupplementen door een interne pseudocode of een pseudocode 960 in ziekenhuizen, het niet respecteren van de omzendbrief 2007/18 en het niet respecteren van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, art. 35 § 4.

In voorbereiding van dit actiepunt werden ziekenhuizen aangeschreven om gegevens over te maken, deze zijn ontvangen. Uit een eerste analyse van deze gegevens blijkt dat er tussen de ziekenhuizen onderling

grote variatie bestaat over de bijkomende kosten die in deze rubriek aan de patiënten worden aangerekend. De actie wordt verder uitgevoerd.

## **5. Structurele preventie van administratieve fouten, misbruik en fraude**

### **5.1 Lezing eID**

Wat betreft de lezing van eID in de ziekenhuizen is de testfase afgesloten en is de monitoringfase gestart op 01/05/2022 (nog steeds lopende). Een omzendbrief werd bezorgd aan de ziekenhuizen en een webpagina gepubliceerd op de website van het RIZIV. Alle VI's verwerken facturatiebestanden met records inzake lezing eID. VI's zullen gegevens overmaken in mei 2023 m.b.t. gefactureerde maanden februari en maart 2023: aantal ziekenhuizen dat deelneemt, percentage fouten in records lezing eID, enz. Deze gegevens zullen op 01/06/2023 worden geëvalueerd in de Commissie voor informatieverwerking om te beslissen of de timing van 01/01/2024 om de lezing eID te verplichten, wordt bevestigd. Hiervoor moet een KB worden genomen. Ook zal de verordening en omzendbrief aan de ziekenhuizen nog worden aangepast aan de bijstellingen die voortvloeien uit de monitoringperiode die wordt opgevolgd onder de vorm van maandelijkse vergaderingen met de VI's en de softwareleveranciers van ziekenhuizen. Op 24/03/2023 heeft het RIZIV overleg gevoerd over deze maatregel en hoe die kan bijdragen aan de detectie van onterechte facturatie. Er wordt een bijkomende communicatie voorzien naar de burger (noodzaak om zijn/haar eID mee te brengen naar het ziekenhuis) in de aanloop naar de verplichting op 01/01/2024.

Het gebruik van de eID binnen de sector van de tandheelkunde is besproken tijdens de vergaderingen van de werkgroep elektronische facturatie en transparantie van de overeenkomstencommissie tandartsen – ziekenfondsen met opstartvergadering op 09/06/2022. Het RIZIV zal een voorstel opmaken met een duidelijke planning voor de invoering.

Het invoeren van de lezing van de eID door de artsen werd besproken in een werkgroep elektronische facturatie en transparantie van de nationale commissie Artsen – Ziekenfondsen op 14 juni 2022. Er is vooralsnog geen akkoord van de artsen om over te gaan tot lezing eID.

Bij de verpleegkundigen was de lezing van de eID reeds verplicht, echter, ten gevolge van signalen van fraude met geannuleerde, gestolen of verloren eID kaarten, zullen de discussies worden heropgepikt met de ziekenhuizen en thuisverpleegkundigen om een controle op de geldigheid van de eID kaarten in te voeren. De reglementering bepaalt dat een geldig identiteitsmiddel moet worden gebruikt om de identiteit van de patiënt te verifiëren.

### **5.2 Flankerende maatregelen opheffen verbod derdebetaler**

Een planning inzake lezing eID zal worden voorgesteld door het RIZIV voor de tandartsen. Zie hierboven bij punt 5.1 voor de maatregel lezing eID als voorwaarde om elektronisch te factureren in het kader van de derdebetalersregeling.

De noodzaak voor de ziekenfondsen om hun leden te informeren over de prestaties die op hun naam worden aangerekend in derdebetaler werd met de ziekenfondsen besproken in het kader van de

werkgroep verzekeraarbaarheid van het NIC en in een overleg met de voorzitter van het NIC gezondheidszorgen. Een actie is opgenomen in de artikel 56 overeenkomst van het verzekeringscomité met het NIC en de VI's inzake de financiering van MyCarenet/NIPPIN. In Opvolgforum MyCarenet is afgesproken dat NIC gezondheidszorgen een nota maakt met een overzicht van de inhoud van de ledenaccounts bij alle VI's/ziekenfondsen.

De wet houdende diverse bepalingen die de wettelijke basis met opheffing voor verbod op derdebetalersregeling vervat, is gepubliceerd op 30 mei 2022.

In het kader van het actiepunt om eFact en eAttest te verplichten bij de tandarts, zijn er nieuwe richtlijnen in de maak in welke gevallen het redelijk is om te recupereren en wanneer niet. Hieraan werkten verschillende diensten van het RIZIV mee. Een planning tot eind 2023 voor de verdere uitrol wordt opgemaakt.

### 5.3 Voorkomen facturatiefouten op softwareniveau

Geen extra middelen voorzien in de Bestuursovereenkomst RIZIV. Actiepunt wordt op dit moment niet uitgevoerd.

### 5.4 Forfaitarisering systematische technische prestaties tijdens raadpleging

Er bestaat een vermoeden dat er bij artsen-specialisten behoorlijk wat praktijkvariatie is wat betreft het (systematisch) combineren van hun ambulante consultaties met technische prestaties (cfr. actie DGEC cardiologen). Een aantal specialismen werd van nabij geanalyseerd (zie verder).

De initiële analyses werden uitgevoerd voor alle medische specialismen; op basis van eerste resultaten werd de verdere analyse beperkt tot die specialismen waar technische prestaties veel voorkomen en/of vaak combinaties van technische prestaties werden geobserveerd.

Het doel van de actie is om het gebruik van technische prestaties gecombineerd met een consultatie in kaart te brengen en outliers te identificeren. Vervolgens is het de bedoeling om artsen-specialisten te confronteren met en te bevragen over hun eventuele outlier-gedrag. Bedoeling is het aanpakken van en recupereren bij outliers zonder geldige verklaring.

Tussen het RIZIV en de verzekeringsinstellingen werden diverse vergaderingen gehouden m.b.t. dit actiepunt.

Momenteel is de actie in de eindfase waarbij aanbevelingen voor 3 specialismen worden uitgewerkt:

- Sector Oftalmologie : voorstel voor verhoging van het tarief (basis)raadpleging met integratie van enkele technische prestaties hierin.  
Concreet betreft het voorstel om het tarief voor een raadpleging bij een oftalmoloog op te trekken en de raadpleging inhoudelijk uit te breiden. De aparte codes voor de onderstaande technische prestaties kunnen in dat geval worden geschrapt.

Binnen dit nieuwe raadplegingsforfait kunnen de onderstaande technische prestaties worden uitgevoerd.

- 249233 – Binoculaire biomicroscopie van het voorste segment met protocol of iconografie
- 248975 – Onrechtstreekse binoculaire oftalmoscopie met of zonder sclerale insnijding
- 248636 – Dynamometrie en/of tonometrie (Schiötz en/of aplanietonometer)
- 248835 – Refractometrie door de objectieve methode
- Sectoren Cardiologie & ORL: enkele prestaties werden geïdentificeerd voor mogelijke forfaitarisering – volgende stap is uitvoeren van een praktijkvariatie-analyse om de keuze voor forfaitarisering verder te onderbouwen.

Er zal in de analyse per specialisme gekeken worden naar de waar te nemen range bij de artsen, voor wat betreft de combinatie van een raadpleging met de technische prestaties in kwestie. Wordt er een grote kwantitatieve variatie met duidelijke outliers binnen de artsenpopulatie van hetzelfde specialisme wat betreft de uitvoering van (specifieke) technische prestaties geobserveerd, dan is dit een indicatie voor overmatig gebruik van deze technische prestaties.

Een extra controle kan worden uitgevoerd op basis van het profiel van de patiëntenpopulatie. Een hyper-specifieke patiëntenpopulatie zou aanleiding kunnen geven tot een gebruik van steeds dezelfde combinatie van technische prestaties bij een raadpleging.

### **Te analyseren technische prestaties**

#### Cardiologie

- 469814 - Volledig transthoracaal echografisch bilan van het hart
- 475812 - Inspannings- of hypoxieproef
- 475075 - Elektrocardiografische onderzoeken

#### ORL

- 258812 – Tympanoscopie

### 5.5 Faciliteren van gebruik van de MyCareNet mandatering en systematische toepassing ervan, met gebruik van interne facturatie documenten, ter vervanging van groepsnummers bij facturatie doeleinden.

De coördinatieceel van het NIC heeft een impactanalyse uitgevoerd van de invoering van de mogelijkheid om voor het gebruik van MyCarenet diensten meer dan 1 mandaat te kunnen toekennen.

Een kortetermijn oplossing werd voorgesteld door het NIC en goedgekeurd door VI's en RIZIV. Deze kortetermijnoplossing zal worden ontwikkeld tegen 30 oktober 2023.

Deze planning voor de kortetermijnoplossing voor het gebruik van meerdere mandaten voor MyCarenet diensten werd opgenomen in de artikel 56 overeenkomst voor 2023 inzake MyCarenet.

Een kortetermijnoplossing (buiten facturatie) om verschillende mandaten voor MyCarenet diensten mogelijk te maken wordt actueel ontwikkeld door de firma Atos op vraag van het NIC. Het NIC coördineert noodzakelijke aanpassingen aan eMandate door eHealth. De planning voor de kortetermijnoplossing voorziet in een oplevering tegen 30/09/2023. Het RIZIV past de teksten van de mandaten voor MyCarenet diensten aan en zal daarbij nagaan of de facturatieinstructies moeten worden aangepast.

Na de inproductiestelling van de kortetermijn-multi-mandaatregeling voor MyCarenet diensten, zal een traject worden opgestart om, mits een overgangstermijn en overleg met zorgverleners, groepsnummers (940 nummers) af te schaffen voor facturatie doeleinden en individuele zorgverleners te verplichten om te werken met de mandaatregeling als ze niet zelf willen instaan voor hun facturatie.

Het NIC zal een analyse en planning voor een structurele (langetermijn)oplossing opmaken in de loop van het eerste semester van 2023. Daarbij zal een traject worden opgestart om de behoeften van DGEC in kaart te brengen voor de langetermijnoplossing (binnen facturatie) en deze behoeften over te maken aan het NIC om ze mee te nemen als requirements voor de technische analyse van de langetermijnoplossing.

## 5.6 Specifieke acties

### *5.6.1 Medische huizen*

Voor dit actiepunt werd een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de VI's, het IMA en het RIZIV opgericht. De werkgroep vergaderde in totaal 7 keer.

Het rapport met voorstellen werd op de CAFC van 05/04/2023 voorgesteld. Het rapport lijst een aantal mogelijke 'quick wins' op en bevat in het volgende onderdeel een structurele aanpassing voor van een aantal elementen (hervorming van de regelgeving).

De opgelijste quick wins zijn

- Communicatie en interpretatie van regelgeving stroomlijnen (Problemen en onduidelijkheden vermijden)
- Inbreuken op vlak van in- en uitschrijving in Medische huizen aanpakken
- Niet-conforme facturatie onmogelijk maken
- Voorwaarden scheppen voor correcte en transparante verloning van de zorgverleners in de forfaitaire sector

De voorstellen van aanpassingen van het wettelijk kader betreffen de volgende hoofdstukken:

- Objectivering en consolidatie van de bestaande toegangscontrole tot het forfaitaire systeem
- Scherpstellen van regelgeving en wegwerken problemen opvolging
- Randvoorwaarden voor de goede werking van de medische huizen creëren

De reactie van de CAFC op de voorstelling van het WG-rapport was positief.

De CAFC besliste om met de nota aan de slag te gaan in een nieuwe werkgroep waarin de voorstellen concreet zullen worden uitgewerkt. Het RIZIV kijkt verder na wie nog aan de bestaande werkgroep moet



toegevoegd worden (juristen, experts, ... ). De coördinator fraudebestrijding van het IMA gaat de verdere deelname van de VI-vertegenwoordigers van deze werkgroep na voor deze volgende stap.

#### 5.6.2. *Fraudegevoeligheid teleconsultaties en digitale facturatie:*

In het kader van de bestaande regelgeving rond teleconsultaties werden door de NIC datamining volgende beroepsgroepen reeds onder de loep genomen wat betreft naleving regelgeving rond deze Covid-teleconsultaties.

- Sector Tandheelkunde – er is een daglimiet van 10 teleconsultaties. Waar het maximum van 10 werd overschreden, wordt een specifieke actie ondernomen naar de zorgverstrekkers toe met recuperatie voor de overschrijdingen boven het maximum van 10/dag.
- De analyse per prestatiedag leverde het volgende beeld op:
  - o 52 tandartsen overschreden de limiet van 10 teleconsultaties/dag
  - o Dit gebeurde op 140 verschillende dagen, goed voor een totaal aan 546 overtallige prestaties
  - o De VI's startten eind 2022 recuperaties op voor de overtallige prestaties in kwestie
- In de analyse werden ook een aantal tandartsen geobserveerd met een bijzonder hoog aantal teleconsultaties, behaald door veelvuldige facturatie van dagelijkse maximumprestatie. De informatie over de tandartsen met dit reglementaire, maar zeer onwaarschijnlijk prestatieprofiel werd bezorgd aan de DGEC van het RIZIV.
  
- Sector Psychiatrie: ook hier worden de recuperaties voorbereid bij overschrijding van de maximale Dagelijkse -grens van 480 minuten consultaties op afstand. Afstemming met DGEC van het RIZIV is voorzien rond het domein van de psychiatrie.  
NIC datamining vond 185 verstrekkers die de limiet overschreden in 2020 en 2021. De DGEC van het RIZIV gaat na of de lijst niet overlapt met DGEC-actie op dit vlak, alvorens VI's overgaan tot recuperaties.
  
- Sector Neuropediatrie: recuperaties worden opgestart bij de neuropediateren die de daglimiet hebben overschreden
  - o Totaal : 5.354 dagen waarop neuropediateren minstens 1 keer prestatie 101791 uitvoerden
  - o 17 dagen waarop individuele neuropediateren meer dan 10 x prestatie 101791 realiseerden. 2 pediaters komen meermaals voor (6 en 3 keer).
  - o De VI's zetten de nodige stappen om de 33 overtallige prestaties terug te vorderen.
  
- In de sector van de Kinesithérapie worden recuperaties voorzien bij kinesitherapeuten die meer dan 1 prestatie op afstand per week voor 1 patiënt aanrekenden. Het IMA bezorgt deze gegevens aan VI's.

#### Betrokken nomenclatuur-nummers

- 518011 – revalidatie via videocommunicatie
- 518033 – telefonische raadpleging

#### In 2020 en 2021:

- 179.417 combinaties van kinesitherapeuten, weeknummers en patiënten
- 6.026 keer werd limiet overschreden : kinesitherapeut rekende meer dan 1 keer per week één van beide prestaties aan voor dezelfde patiënt. (=3,36% van de gevallen)
- 402 kinesitherapeuten overschreden de weeklimiet
- Top 20 is goed voor 3.304 van de overschrijdingen (=54,8%).

De VI's doen het nodige om de teveel aangerekende prestaties terug te vorderen.

## **6. Schorsing en schrapping van zorgverstrekkers**

### 6.1 Zorgverstrekkers die geschorst zijn of wiens visum is ingetrokken

Elk jaar zijn er een aantal zorgverstrekkers, die zich niet aan hun sanctie van schorsing of schrapping (Orde der artsen, Orde der apothekers) of intrekking visum (Provinciaal Geneeskundige Commissie) houden, zowel als verstrekker en/of als voorschrijver. Nu komen meldingen van de niet-naleving ad hoc waardoor er weinig overzicht op de gehele problematiek bestaat.

Thans is het portaal ProGezondheid operationeel.

ProGezondheid is het portaal dat de FOD VVVL en het RIZIV ontwikkeld hebben. Het laat zorgverleners toe verschillende gegevens en documenten te raadplegen en uit te wisselen met het RIZIV en de FOD. Wat het RIZIV betreft neemt ProGezondheid ook de functionaliteiten over van MyRIZIV over (het vorige portaal).

Het RIZIV zal direct toegang hebben tot de informatie over geschorste zorgverleners via het portaal. Het Portaal in eerste fase is live. Volgende versie wordt verwacht eind 2023.

### 6.2 Opvolging grensoverschrijdende fraude

Op 17 november 2008 heeft België met Frankrijk een overeenkomst gesloten betreffende de ontwikkeling van de samenwerking en de wederzijdse administratieve bijstand op het gebied van de sociale zekerheid. Dit akkoord is op 10 december 2015 bekrachtigd. Een soortgelijk verdrag is op 6 december 2010 gesloten met Nederland en op 5 februari 2015 met Luxemburg. Deze overeenkomsten voorzien onder meer in een uitwisseling van gegevens tussen de bevoegde autoriteiten

Tijdens een vergadering met RIZIV en de FOD Volksgezondheid werd afgesproken een benchmarking uit te voeren met de bestaande procedures in de buurlanden en een analysenota op te stellen over de mogelijkheid om een systeem uit te werken van communicatie en melding van fraude tussen de bevoegde autoriteiten. De volgende stappen hiervoor werden nog niet vastgelegd.

## **7. Covid-gerelateerde fraude**

### 7.1 Tandartsen (en desgevallend andere zorgverstrekkers)

*cfr. supra onderdeel teleconsultaties*

## **8. Betrokkenheid en responsabilisering verzekerden en zorgverstrekkers**

### 8.1 Toegang tot eigen facturatiegegevens voor verzekerden

In de art. 56 overeenkomst inzake financiering van MyCarenet voor 2023 is een actie opgenomen voor de VI's om ervoor te zorgen dat de sociaal verzekerde zicht heeft op de verstrekkingen die op zijn naam digitaal en op papier werden aangerekend. Eerste stap is een AS IS cartografie wat betreft de stappen die de VI's op dit terrein reeds hebben gezet.

Dit punt wordt verder opgenomen in de loop van 2023 in verder overleg met de VI's.

### 8.2 Activiteiten Federale Commissie voor het toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg

Voor het toezicht op het terrein van de kwaliteit van de praktijkvoering wordt bij het directoraat-generaal Gezondheidszorg van de FOD VG een Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg (Toezichtscommissie) opgericht.

Het toezicht op de lichamelijke en geestelijke geschiktheid van de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg en de naleving van de bepalingen van de nieuwe wet en haar uitvoeringsbesluiten wordt toevertrouwd aan de Toezichtscommissie.

De Toezichtscommissie vervangt hierbij de Provinciale Geneeskundige Commissies (PGC's) binnen de FOD VG. De taken van de Toezichtscommissie zijn breder dan deze van de PGC's met bijvoorbeeld ruimere inspectiebevoegdheden op het terrein. Er zal een risicoanalyse worden uitgewerkt om het controlebeleid van de Toezichtscommissie te ondersteunen.

In het kader van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (Kwaliteitswet) in het algemeen en de oprichting van de Toezichtscommissie in het bijzonder wordt gepleit voor een intensere samenwerking tussen de verschillende federale diensten. Synergie en gegevensuitwisseling tussen de verschillende diensten kan het gezondheidszorgbeleid alleen maar ten goede komen.

Alle leden zijn ondertussen benoemd voor de Nederlandstalige en de Franstalige Kamer. Er werd een academische zitting gehouden voor de inhuldiging van de Toezichtscommissie.

Alle procedures zijn vastgelegd, de eerste vergaderingen zijn voorzien in april.

Er is een vergadering met DGEC van het RIZIV in verband met samenwerking gepland op 18/04/2023.

### 8.3 Overzicht eigen facturatiegegevens voor zorgverstrekkers

Om een business analyse te kunnen uitvoeren werden beperkte middelen gevraagd in de bestuursovereenkomst van het RIZIV. Deze werden niet verkregen. Gezien het belang van de

transparantie van facturatiegegevens in het kader van de responsabilisering van zorgverstrekkers zoekt het RIZIV alternatieven om dit project de volgende jaren alsnog te kunnen uitwerken.

## **9. Audit ziekenhuizen**

Van de opgenomen actiepunten kan volgende gemeld worden:

### 9.1. Totale heupprothese

Audits ter plaatse gingen van start op 19/01/2023 en werden afgerond op 09/03/2023. De resultaten worden verwerkt en zullen besproken worden met experts van de Belgische wetenschappelijke vereniging voor orthopedie.

Het doel van deze audit is, om in het kader van doelmatige zorg, te onderzoeken in welke mate België afwijkt zowel in intra-nationale (OESO-benchmark) als internationale vergelijkingen met betrekking tot het aanmeten van heupprothesen.

Daarbij wordt ook nagegaan in welke mate de internationale richtlijnen (bv. wachttijd tussen opname en interventie in geval van breuken, bloedverbruik, antibioticabeleid, ...) worden nageleefd.

Een deel van de patiënten maken deel uit van de laagvariabele zorg (ernstgraad 1 en 2) voor een eerste totale heupprothese in geval van artrose.

Dit is de eerste audit waar auditors effectief op de afdeling geauditeerd hebben.

Deze audit richtte zich op artrose en heupfracturen als oorzaak van heupprothese, waarbij een bijzondere aandacht gegeven werd aan het traject van het implantaat.

In totaal werden 30 ziekenhuizen bezocht. De selecties gebeurden gestratificeerd op taalrol en gewogen in functie van het al dan niet reeds geauditeerd zijn.

De gegevens worden momenteel geanalyseerd en de opmaak van het rapport is gestart.

Eind september zullen de geïndividualiseerde rapporten aan de ziekenhuizen worden bezorgd en wordt het globale rapport naar de stakeholders gestuurd en op de website gepubliceerd.

### 9.2 Revalidatie

Deze audit is opgenomen in punt 9.1 als transversaal element tijdens die audit te beoordelen.

### 9.3. Dialyse: shift naar meer peritoneaal dialyse en minder (grotendeels ziekenhuisgebonden) hemodialyse

Inzake dialyse publiceerde het KCE een rapport met meerdere aanbevelingen. Belangrijke vaststellingen waren o.a. dat nierfalen niet éénduidig wordt gedefinieerd en gehanteerd, dat de peritoneaal dialyse een randfenomeen was t.o.v. de hemodialyse en dat het pre-dialyse traject i.s.m. patiënt en huisarts weinig tot niet was uitgebouwd. Ondertussen zijn een aantal belangrijke aanbevelingen geïmplementeerd (waaronder een andere financieringswijze vanuit RIZIV).

Het doel is na te gaan of deze aanbevelingen een effect hebben op een gedragswijziging die in lijn is met de aanbevelingen van het KCE.

Deze audit werd in april 2023 opgestart.

Streefdoel is om opnieuw audit in 30 ziekenhuizen uit te voeren. De online audit is in november en december 2023 gepland. De terreinfase zal in februari-maart 2024 plaatsvinden.

Het eindrapport is tegen eind juni 2024 voorzien.

## **10. Bijkomende analyses**

### 10.1 Analyse 1: Beeldvorming ingrepen onder scopie – controle cumulverbod

Het IMA voerde een analyse uit die op 14/02/2023 gepresenteerd werd op NIC datamining. De gesignaleerde verboden cumul tussen ingrepen onder scopie en een RX op dezelfde dag bleek slechts zeer zelden voor te komen.

De NIC datamining besliste om geen verdere stappen op dit terrein te zetten.

### 10.2 Analyse 2: Facturatie A en C honorarium in spoedgevallendiensten

Praktijkvariatie tussen ziekenhuizen voor wat betreft de consultaties van bijgeroepen artsen-specialisten (A & C honoraria).

Een analyse werd uitgevoerd op niveau van het IMA . Op 14/02/2023 werden de resultaten gepresenteerd op de NIC datamining.

De analyse ging na of de regelgeving betreffende het A- en het C-honorarium op de spoeddiensten van ziekenhuizen wordt nageleefd.

Een aantal opvallende ziekenhuis-outliers wordt gesignaleerd wat betreft de geobserveerde combinaties. De geobserveerde facturatie-praktijken op de spoeddiensten van deze outliers lijken moeilijk verklaarbaar op basis van de huidige regelgeving.

De datamining-commissie vraagt om tegen de volgende bijeenkomst (mei 2023) de analyse te verfijnen wat betreft de aanwezigheid van artsen in opleiding. Kan het voorkomen van twee artsen met dezelfde specialiteit in de A- en C-honoraria verklaard worden op basis van de aanwezigheid van artsen in opleiding die stagemeeesters raadplegen?

Na deze verfijning zal de NIC datamining-commissie overgaan tot afbakening outliers en beslissing over aanschrijvingen.