



Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2024 – 26

Inhoud

I.	Inleiding.....	3
II.	Visie.....	4
1.	Resultaatgerichte en rechtvaardige acties	5
2.	Efficiëntie door samenwerking	5
III.	Strategische doelstellingen.....	6
1.	Structurele preventie van administratieve fouten, misbruik en fraude.....	6
2.	Gerichte inspecties en acties op basis van systematische risicoanalyses.....	6
3.	Proactieve opvolging en daadwerkelijke uitvoering beslissingen	7
4.	Betrokkenheid en responsabilisering van verzekerden en zorgverleners.....	7
a.	Verzekerden.....	7
b.	Zorgverleners	8
5.	Efficiënt gebruik van expertise en inspectiemiddelen.....	8
IV.	Fraude in de gezondheidszorg in België en de buurlanden.....	9
V.	Belangrijke lopende projecten.....	11
1.	Facturatiegegevens.....	11
a.	Toegang tot de gegevens – Data Flow 2.0	11
b.	Kwaliteit van de gegevens – NewAttest	11
2.	Facturatieprofielen zorgverleners	12
3.	Tariffication engine	13
VI.	Specifieke acties op basis van systematische risicoanalyses	14
VII.	Structurele projecten: prioriteiten voor de CAFC.....	16
1.	Toekennen en intrekken van RIZIV-nummers als onderdeel van een duidelijke visie op betrokkenheid en responsabilisering van zorgverleners binnen de bevoegdheden van V.I.'s en RIZIV 16	
2.	Transparantie (voor V.I.'s, verzekerden, RIZIV) van alle nodige info (verstrekkingen, supplementen, materiaal, maximumfactuur, ...)	18

3. Duidelijkheid m.b.t. statuut patiënt voor apotheker op het moment van de aflevering van medicijnen.....	21
4. Tarifieringsdiensten apothekers op hun verantwoordelijkheid wijzen.....	23
VIII. Andere noodzakelijke structurele projecten	25
1. Maatregelen medische huizen.....	25
2. Naleving regelgeving door softwarepakketten via homologatie.....	28
3. Kortere verjaringstermijn in derde-betalersregeling.....	29
4. Netwerken geestelijke gezondheidszorg	30
5. Realiteitscheck: verplichte elektronische verificatie van de identiteit van de patiënt als voorwaarde voor facturatie	31
6. Tandheekundigen: link evalueren tussen klachten over kwaliteit en inbreuken op de GVO-wetgeving.....	32
7. Verslavingsproblematiek bij zorgverleners.....	33
8. Mondhygiënist	34
IX. Lijst afkortingen	36

I. Inleiding

Dit Actieplan handhaving in de gezondheidszorg kadert in een visie op en een strategie van de handhaving van de regelgeving en nomenclatuur zoals verder uitgewerkt.

Het Actieplan wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de Algemene Raad van het RIZIV en vormt een onderdeel van de bestuursovereenkomst van het RIZIV.

De Anti-fraudecommissie (CAFC) werd in 2014 opgericht¹ onder voorzitterschap van de administrateur-generaal van het RIZIV². Naast vertegenwoordigers van het RIZIV (Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle [DGEC], Dienst voor geneeskundige verzorging [DGV] en Dienst voor administratieve controle [DAC]) en de verzekeringsinstellingen (V.I.'s), het Nationaal intermutualistisch college (NIC) en het Intermutualistisch agentschap (IMA) maakt ook een vertegenwoordiger van de FOD Volksgezondheid deel uit van de CAFC.

Op vraag van de beleidschef van de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid werkte het RIZIV in samenwerking met diverse partners van de CAFC een eerste actieplan handhaving in de gezondheidszorg uit voor de jaren 2016 en 2017. Nadien volgden twee andere actieplannen voor de periodes 2018-2020 en 2021-2023.

De voormelde actieplannen voorzagen telkens een aantal structurele maatregelen om de efficiëntie en effectiviteit van de handhaving te verhogen, de transparantie in de gezondheidszorg te bevorderen en een aanklampend beleid mogelijk te maken. Bovendien bevatten de eerste twee actieplannen naast specifieke fraudeacties ook maatregelen ter bevordering van de doelmatigheid in de gezondheidszorg. Gezien het bijzondere belang ervan wordt voor doelmatigheid (of *appropriate care*) een specifiek actieplan opgesteld.

Net zoals het vorige komt het huidige actieplan ook tegemoet aan de beleidsnota van de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, Frank Vandenbroucke, zoals dat was voorgelegd aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers.

Naast de specifieke acties van de CAFC worden andere belangrijke projecten vermeld die niet door de CAFC worden opgevolgd maar die heel belangrijk zijn voor de handhaving.

¹ Wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid.

² Art 13/1 van de wet geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-wet) van 14 juli 1994.

II. Visie

Net als *appropriate care* kadert **handhaving** volledig in de wettelijke opdracht en de fundamenten van de missie van het RIZIV om de beschikbare middelen voor de gezondheidszorg zo goed mogelijk te benutten. De handhaving is namelijk essentieel voor de financiële duurzaamheid van het gezondheidszorgsysteem in België. Zo draagt dit Actieplan heel concreet bij aan transversale aandachtspunten zoals de betrokkenheid en responsabilisering van alle actoren.

We beschouwen handhaving als een ruim begrip dat alle acties omvat die ertoe bijdragen dat zorgverleners³ en verzekerden of patiënten de regelgeving inzake gezondheidszorgen naleven. Handhaving gaat dus verder dan het detecteren van inbreuken waarna een actie volgt zoals sensibilisering, waarschuwing, een proces-verbaal van vaststelling of administratieve maatregel.

Met deze ruime definitie van handhaving willen we alle betrokkenen sensibiliseren over het belang van hun eigen acties voor het bevorderen van integriteit en de handhaving van regelgeving als onderdeel van een optimaal gebruik van de beschikbare middelen. Onder betrokkenen verstaan we zowel de zorgverleners, verzekerden of patiënten, het RIZIV, de FOD Volksgezondheid als de V.I.'s, het NIC en het IMA.

Handhaving betreft dus niet enkel *hard control* (regelgeving, controle, vaststellingen) maar ook acties in het kader van *soft control* (cultuur in de gezondheidssector en attitude). Concreet gaat het dan o.a. over de voorbeeldrol van stagemesters, de betrokkenheid van zorgverleners bij de opmaak van nieuwe regelgeving en de mogelijkheid om onduidelijkheden in regelgeving te bevragen.

Om die visie de komende jaren verder in de praktijk te brengen, zullen de beheersdiensten:

- o voor de uitoefening van hun kernopdrachten inzake aanpassing en interpretatie van regelgeving, en communicatie naar zorgverleners en V.I.'s, de inspectiediensten betrekken, hen waar nuttig om feedback vragen en hen op de hoogte houden van interpretaties en instructies inzake toepassing van regelgeving;
- o verder inzetten op het versterken van de gemaakte afspraken om de inspectiediensten te betrekken bij het beantwoorden van individuele interpretatieve vragen en deze wederzijdse betrokkenheid garanderen, ongeacht welke diensten dergelijke vragen aan de bron hebben ontvangen;
- o de samenwerking versterken op het vlak van controleacties naar zorgverleners toe, in het bijzonder door de opportuniteit en thema's van (nieuwe) controleacties voor te bereiden samen met de beheersdiensten, en hen in het kader van deze voorbereiding te bevragen naar de interpretatie en toepassing van de regelgeving die in het geding zal zijn bij de respectieve controleacties.

De gezamenlijke acties van de CAFC kaderen in twee duidelijke visiedomeinen.

³ 'Zorgverlener' wordt in dit document gebruikt zoals bepaald in art. 2n van de GVVU-wet.

1. Resultaatgerichte en rechtvaardige acties

Het is belangrijk dat we met onze acties meetbare impact genereren op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners. Deze resultaten en de gestelde prioriteiten dienen echter op een rechtvaardige manier tot stand te komen. Ze zijn gericht op de belangrijkste problemen (inbreuken en preventie ervan) met evenredige acties en desgevallend sancties die het gedrag van de zorgverleners duurzaam wijzigen.

2. Efficiëntie door samenwerking

De teams en de in de CAFC vertegenwoordigde instellingen engageren zich om in het kader van handhaving efficiëntie na te streven via samenwerking. Dit gebeurt op drie actieterreinen:

- gezamenlijke expertise opbouwen/kennis delen;
- informatie uitwisselen;
- synergieën opzoeken.

III. Strategische doelstellingen

Binnen deze twee visiedomeinen heeft de CAFC voor de periode 2024-2026 de volgende vijf strategische doelstellingen die als focus dienen voor de voorgestelde acties en prioriteiten in het voorliggende Actieplan.

1. Structurele preventie van administratieve fouten, misbruik en fraude

Handhaving is geen geïsoleerd probleem van een inspectiedienst. Fraude wordt niet plots belangrijk omdat er een spraakmakend persartikel verschijnt. Het is een intrinsiek en transversaal onderdeel van onze verantwoordelijkheid als RIZIV en V.I.'s/NIC. Zowel bij de totstandkoming van nieuwe regelgeving, beleidsadviezen als bij de ontwikkeling van nieuwe IT-tools dient er een handhavingstoets te zijn. Het is beter te voorkomen dan te recupereren. Wat volgens de bestaande regelgeving niet mag worden aangerekend zou aan de bron moeten worden verhinderd alvorens er een factuur wordt verwerkt.

Dit is een aandachtspunt bij de huidige hervorming van de nomenclatuur.

Dit is het basisprincipe om een tariffication engine verder uit te bouwen (zie V.3).

Link met project m.b.t. softwarepakketten (zie VIII.2).

2. Gerichte inspecties en acties op basis van systematische risicoanalyses

Externe meldingen zijn heel belangrijk voor de detectie van nieuwe fraudefenomenen of misbruik. Daarnaast kunnen we zelf risico's inschatten op basis van facturatiegegevens. Binnen de CAFC en in het kader van het voorliggende actieplan willen we focussen op onderzoeken op basis van eigen risicoanalyses omwille van drie redenen:

- als onderdeel van een **rechtvaardige aanpak** is het belangrijk dat de pakkans in elk domein binnen de gezondheidszorg even groot is. Elk domein moet bijgevolg onderworpen wordt aan een risicoanalyse;
- uit **resultaten** van de DGEC van het RIZIV blijkt dat de financiële impact van controleacties op basis van eigen risicoanalyses veel hoger (75%) ligt dan bij onderzoeken op basis van meldingen (25%);
- de meeste handhavingsacties op basis van eigen risicoanalyses zijn bovendien nationaal en zijn **efficiënter** dan individuele controleacties.

De CAFC zal in 2024 een proof of concept (POC) coördineren in twee domeinen (zie VI)

3. Proactieve opvolging en daadwerkelijke uitvoering beslissingen

Slechts een minderheid van de zorgverleners met inbreuken op de regelgeving doet dit bewust omwille van financieel gewin. Het betreft een zeer kleine groep fraudeurs die echter proactief opgevolgd moet worden omdat deze groep zeer gevoelig is voor recidive. Dit is niet het geval bij niet-intentionele inbreuken (administratieve fout⁴).

Het is belangrijk dat deze acties ook duidelijk zijn voor verzekerden en zorgverleners zodat het rechtvaardigheidsgevoel wordt versterkt en het belang van integer handelen aangemoedigd. De daadwerkelijke uitvoering van opgelegde maatregelen is hierbij essentieel.

Bij een aantal zorgverleners bestaat er een definitieve gerechtelijke titel die hen aanmaant om terug te betalen zonder dat ze dit ook daadwerkelijk doen. Niettemin blijven ze intussen aanrekenen aan het RIZIV.

Er is tussen de inspectiediensten dringend nood aan een duidelijke interne communicatie van specifieke risico's en een wettelijk kader dat de mogelijkheid biedt structureel op te treden bij veelplegers.

Zie VII.1 Toekennen en intrekken van RIZIV-nummers als onderdeel van een duidelijke visie op betrokkenheid en responsabilisering van zorgverleners binnen de bevoegdheden van de V.I.'s en het RIZIV.

4. Betrokkenheid en responsabilisering van verzekerden en zorgverleners

a. Verzekerden

Als verzekerden zicht krijgen op wat op hun naam wordt aangerekend, hebben ze meer begrip over de kost van bepaalde verstrekkingen en kunnen ze reageren (bij hun V.I. of bij de DGEC) indien bepaalde verstrekkingen onterecht werden aangerekend. Dit verhoogt de betrokkenheid van de verzekerden (cfr. huidig regeerakkoord, Actieplan handhaving 2021-23 en bestuursovereenkomst RIZIV). Deze informatie moet ter beschikking kunnen worden gesteld van de persoon die het voorwerp was van de betrokken verstrekking.

Zie VII.1 Toekennen en intrekken van RIZIV-nummers als onderdeel van een duidelijke visie op betrokkenheid en responsabilisering van zorgverleners binnen de bevoegdheden van de V.I.'s en het RIZIV

⁴ We volgen de classificering van het European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN): administratieve fouten, misbruik, fraude en corruptie.

b. Zorgverleners

Het optimale gebruik van middelen wordt aangemoedigd indien zorgverleners zich bewust zijn van een eventuele afwijking van een norm. Als zorgverleners zicht krijgen op hun eigen facturatiegedrag t.o.v. een groep zorgverleners met vergelijkbaar patiënteel kunnen ze worden geresponsabiliseerd. Ook op vlak van voorschrijven is het belangrijk om zorgverleners te responsabiliseren onder andere via diensten zoals Prescription Support Services. Informatiedeling en transparantie zijn een belangrijk onderdeel van een duurzaam gezondheidszorgsysteem.

Zie een lopend project buiten dit Actieplan in V.2 Facturatieprofielen zorgverleners

5. Efficiënt gebruik van expertise en inspectiemiddelen

Samenwerking, informatie-uitwisseling en gezamenlijke expertise-opbouw/kennisdeling binnen de CAFC. Niet alle regelgeving is eenduidig en er is bijgevolg ruimte voor interpretatie. Bepaalde zorgverleners stellen verduidelijkende vragen aan medewerkers van de DGV of de DGEC. Sommige vraagstellers zijn zorgverleners met een lopend DGEC-onderzoek en zijn op zoek naar contradicties tussen de DGEC en de DGV. Bij andere vragen is een ruimere expertise nodig of duidelijkheid op de context om te vatten wat de vraag impliceert. Het is belangrijk dat de DGV en de DGEC hierover gezamenlijk en eenduidig communiceren.

De adviserend artsen, de V.I.'s en het RIZIV hebben deels overlappende bevoegdheden in het kader van de handhaving van regelgeving. Het is belangrijk dat de adviserend artsen en de V.I.'s hun rol als eerstelijnsinspectie ten volle waarmaken in overeenstemming met de inspectieactiviteiten van het RIZIV. Hierbij is het belangrijk dat er een synergie ontstaat en dat er een akkoord is over de aanpak van bepaalde problemen.

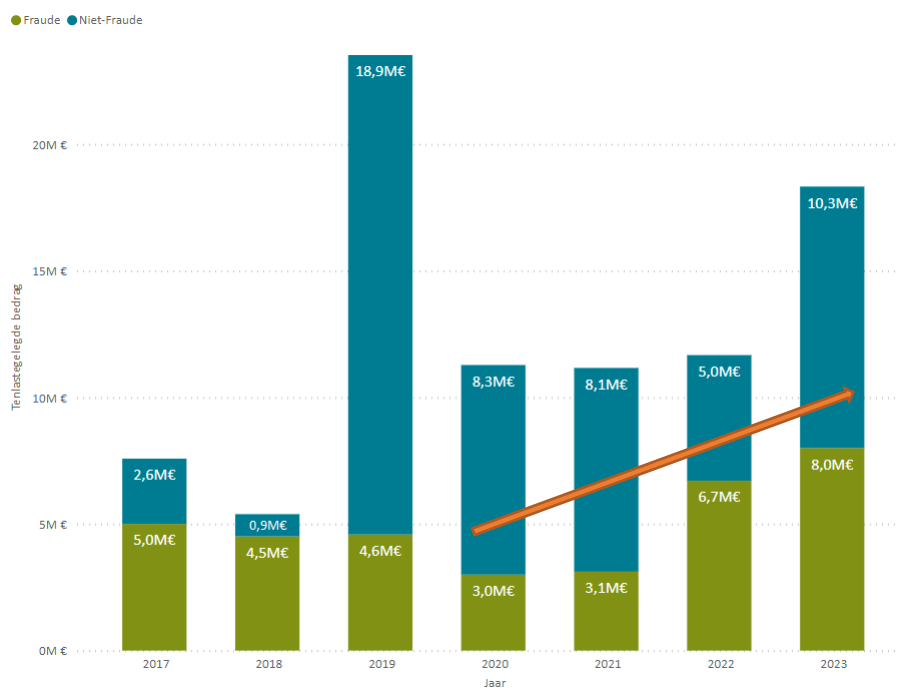
Uitwisseling van expertise en aandacht voor handhaving In het kader van de nomenclatuurhervorming
Uitwisseling expertise in het kader van vragen van zorgverleners (CINOM)
Overleg NIC Datamining en controle met DGEC

IV. Fraude in de gezondheidszorg in België en de buurlanden

Het is complex om zicht te krijgen op de volledige omvang van het aantal inbreuken in het kader van de ziekteverzekering in België. Over de door de DGEC vastgestelde inbreuken hebben we wel cijfers en merken we een stijgende trend, zowel van het totale aantal vastgestelde inbreuken als van de intentionele inbreuken.

Het totale bedrag ten laste (zie figuur 1) fluctueert jaarlijks (bv. 2019) door bepaalde specifieke onderzoeken met een grote financiële impact (bv. aanrekening van verstrekkingen uitgevoerd met niet-erkende MRI-toestellen). Toch zien we een blijvende stijging de laatste jaren met een sterkere stijging in 2023. Het absolute aandeel van de intentionele inbreuken of fraude is constanter. We merken een daling in 2020 en 2021 door een strengere codering⁵ maar een opmerkelijke stijging van het aandeel fraude in 2022 en 2023. Er is dus een algemene evolutie van meer inbreuken in het algemeen maar ook een aanzienlijke stijging van het aantal ernstige inbreuken. In dezelfde periode is het aantal effectief inzetbare sociaal inspecteurs bij de DGEC gedaald.

Figuur 1: jaarlijkse evolutie tenlastelegging door DGEC met het aandeel intentionele inbreuken (fraude)



⁵ Bij twijfel over intentionaliteit wordt het dossier niet gelabeld als fraude (terwijl dit vroeger op basis van de omvang van het bedrag gebeurde).

Deze stijging zien we ook in Frankrijk. In Nederland misbruikt de georganiseerde misdaad het zorglandschap om geld wit te wassen of via zwartwerk buitenlanders in de zorgsector tewerk te stellen. Ook in België zijn er een aantal grote fraudedossiers waarin internationaal georganiseerde misdaad aan de bron ligt. De DGEC behandelt die dossiers in samenwerking met het Arbeidsauditoraat.

V. Belangrijke lopende projecten

Deze projecten zijn essentieel in het kader van handhaving en worden buiten de CAFC opgevolgd.

1. Facturatiegegevens

a. Toegang tot de gegevens – Data Flow 2.0

Het project Data Flow 2.0 beoogt een gemeenschappelijke gegevensstrategie tussen het RIZIV, het IMA en de V.I.'s. Het doel is om alle gezondheidszorggegevens dagelijks te delen, overbodige gegevensstromen te stoppen, de kwaliteit van de gegevens te verbeteren en de koppelingsmogelijkheden te vergroten.

Om dit te bereiken voorzien we een nauwere samenwerking tussen de V.I.'s, het IMA en het RIZIV⁶ om een gemeenschappelijk dataplatform te ontwikkelen dat wordt beheerd onder gemeenschappelijk bestuur. Dit platform moet elke partij directe toegang geven tot gegevens van gemeenschappelijk belang op basis van het principe van de 'single version of truth'. Elke partij behoudt echter autonomie over haar eigen gegevens. In eerste instantie zal de focus liggen op gegevens uit de gezondheidszorg. We plannen het platform naderhand uit te breiden naar andere gegevens overeenkomstig de AVG⁷-regels en de wet.

b. Kwaliteit van de gegevens – NewAttest

Sinds het gebruik van NewAttest streven we, in het kader van de inspectie- en analysenoden van het RIZIV, naar een uitbreiding van de set beschikbare gegevens en de globale kwaliteit van die gegevens.

Om een betere controle van de uitgaven van het RIZIV en van de activiteiten van de betrokkenen mogelijk te maken, moeten we de bestaande gegevensoverdrachten aanvullen met nieuwe bronnen die beschikbaar zijn bij de V.I.'s.

Daarom pleegt het NewAttest-team regelmatig overleg binnen het RIZIV en met de V.I.'s om de acties van de volgende topics op te volgen.

⁶ Het advies 61.459/2/3 van 9 juni 2017 van de Raad van State over een voorontwerp van wet "houdende diverse bepalingen in verband met de gezondheid" (invoeging van een artikel 9quater in de GvU wet door de wet van 11 augustus 2017) benadrukt de verschillende wettelijke bevoegdheden van de verschillende diensten van het RIZIV waardoor de diensten een verschillend recht op toegang tot persoonsgegevens hebben. Het recht op toegang is niet globaal.

⁷ Algemene Verordening Gegevensbescherming (GDPR).

- Verzoeken tot gegevensuitbreiding bij IMA en V.I.'s
Het is belangrijk voor het RIZIV om tot alle gegevens toegang te hebben om de controle- en statistische opdrachten (DGEC/DAC/DGV) uit te breiden en te verbeteren. Een reeks uitbreidingsacties wordt momenteel aangepakt (zoals de uitwisseling van EID-scaninfo of de betalingsdatum van terugbetalingen van verzekerden). Het is echter nodig om deze activiteiten als projecten op te volgen om de oplevering te bespoedigen.
- Kwaliteit van de gegevens
Soms is de kwaliteit van gegevens problematisch. Daarom willen we een reeks controles instellen die helpen bij het identificeren van registraties en zorgen voor een vroegtijdige detectie van problemen met software of regelapplicaties. Ook hier kan een projectmatige aanpak helpen om de partners daadwerkelijk tot initiatief aan te zetten opdat methodologieën of software worden aangepast.
Een concreet voorbeeld van deze behoeften zijn de ontbrekende tandnummers in tandartsattesten.
- Kwaliteitsverbetering van documenten ondersteunen
Om de naleving van de regelgeving ten aanzien van derden te kunnen handhaven, is het van het grootste belang dat de gegevens die door de sociaal inspecteurs van het RIZIV worden gebruikt, bewijskracht hebben. Dit kan alleen als alle ontvangen gegevens gedekt zijn door certificaten die overeenstemmen met de wettelijke voorschriften.

2. Facturatieprofielen zorgverleners

Dit project kadert binnen de doelstelling 'accountability in de zorg'. Verantwoorde en verantwoordelijke zorg is van toepassing op alle niveaus: overheid, verzekeraars, zorgverleners, instellingen en verzekerden. Dit is nodig om overconsumptie en fraude in de gezondheidszorg te bestrijden.

Een facturatieprofiel is een overzicht van alles wat een zorgverlener binnen een bepaalde periode heeft aangerekend of voorgeschreven in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Door de facturatieprofielen ter beschikking te stellen trachten we de zorgverleners te responsabiliseren zodat ze, indien nodig, hun aanreken- of voorschrijfgedrag kunnen wijzigen. Er zijn verschillende types van rapporten mogelijk binnen de facturatieprofielen zoals bv. globale rapporten die op alle zorgverleners van toepassing zijn, specifieke rapporten die enkel van toepassing zijn op bepaalde beroepsgroepen, rapporten in het kader van doelmatige zorg, stand van zaken m.b.t. indicatoren NRKP⁸ en benchmarking met zorgverleners met een gelijkaardige patiëntengroep, ...

⁸ Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie.

De facturatieprofielen worden online ter beschikking gesteld aan de hand van de meest recent beschikbare gegevens. Indien mogelijk worden de facturatieprofielen ter beschikking gesteld via reeds bestaande kanalen zoals bv. ProGezondheid.

3. Tariffication engine

Momenteel gebruikt elke stakeholder/belanghebbende (V.I.'s, zorginstellingen, softwareleveranciers, ...) zijn eigen tool en ontwikkelt hij zijn eigen interpretatie van de nomenclatuur. Het doel van het project is om een geharmoniseerde oplossing te bieden om de conformiteit te controleren van een verstrekking ten opzichte van:

- RIZIV-toepassingsregels;
- de RIZIV-tarieven;
- andere regels (van het RIZIV en van andere actoren) voor een alomvattend toezicht op de conformiteit aan vergoedingsvoorwaarden;
- machine learning.

Met dergelijke oplossing zal men een verstrekking zowel a priori (vóór de facturatie of planning) kunnen controleren als a posteriori (na de facturatie: voor toezicht op voorschrijf- en aanrekeningdrag, fraudebestrijding, enz.) en ook aan andere controles kunnen onderwerpen (budgettair, volume van verstrekkingen, enz.).

Die oplossing zal worden beheerd en gebruikt door de belanghebbenden die verstrekkingen moeten valideren: RIZIV, V.I.'s, softwareleveranciers en ziekenhuizen, enz.; zelfs al worden het type, de beheerders en de locatie (RIZIV?) uitsluitend in onderling overleg bepaald door het RIZIV en de V.I.'s.

Zo een oplossing voldoet aan de functionaliteitsbehoeften van een tarifieringstool en van een tool die de conformiteit moet valideren met de acceptatieregels van het RIZIV en van andere instellingen (bv. specifieke regels van een V.I.) worden nageleefd.

Een dergelijke oplossing zal nooit een zorgaanvraag of -terugbetaling blokkeren in geval van niet-naleving (gezien de plicht tot de vrijwaring van de zorgtoegankelijkheid voor alle verzekerden).

Verwachte resultaten:

- integratie van de huidige IT-tools die alle belanghebbenden hebben ontwikkeld;
- uitwerken van een geharmoniseerde oplossing, onderworpen aan een impact- en haalbaarheidsstudie;
- oplossing met één proces dat toegankelijk is voor alle interne en externe belanghebbenden;
- duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden tussen belanghebbenden (intern en extern);
- standaardisatie van het proces en dynamische communicatie.

VI. Specifieke acties op basis van systematische risicoanalyses

In dit Actieplan stellen we geen specifieke controleacties voor maar een systematische evaluatie van risico's per domein van de gezondheidszorg. De CAFC zal deze risicoanalyses coördineren en de uitvoering van de gekozen acties opvolgen binnen een vooropgestelde planning. De acties zelf worden niet uitgevoerd door de CAFC maar door de betrokken CAFC-partner.

Alle partners verzamelen voor een bepaald domein alle beschikbare rapporten/data/expertise om na eventuele bijkomende analyses de risico's te prioriteren op basis van ernst en uitvoerbaarheid. De verantwoordelijke CAFC-partners voor een bepaalde actie stellen welomschreven doelstellingen voor met een planning. Ze zijn zelf verantwoordelijk voor de uitvoering ervan.

Deze risicoanalyses zijn ruim op te vatten waarbij elke CAFC-partner andere instanties⁹ maximaal betreft bij het proces (input, analyse, expertise of uitvoering van een weerhouden actie).

In 2024 zal het totale budget gezondheidszorgen meer dan 42 miljard euro bedragen. Het budget voor de terugbetaling van gezondheidszorg zal 37,825 miljard euro bedragen.

Voor een rechtvaardige aanpak van alle zorgverleners is het essentieel om alle domeinen van de zorgverzekering aan een periodieke risicoanalyse te onderwerpen. Op basis van de grootste risico's kunnen zo prioriteiten en acties worden bepaald.

Zoals we reeds vermeldden in III.2, leert de ervaring bij de DGEC bovendien dat de financiële en kwalitatieve impact van acties gebaseerd op eigen analyses veel groter is dan die van acties gebaseerd op externe meldingen. Opdrachten op nationaal niveau zijn bovendien efficiënter.

In het kader van het Actieplan handhaving wensen we alle analyses van de voorbije 5 tot 10 jaar in een bepaald domein van de gezondheidszorg bij V.I.'s, NIC, IMA, FOD Volksgezondheid, DAC, DGV en DGEC samen te leggen om de prioritaire acties te bepalen.

Voor deze risicoanalyses focussen we op 3 aspecten:

- opvolging van vergoedingsvoorwaarden en regelgeving;
- juiste zorg op de juiste plaats aan de juiste prijs (*appropriate care*);
- primo-controle door V.I.'s.

Op elk gebied worden projecten uitgevoerd door multidisciplinaire teams van experts, gegevensanalisten, actuarissen, kennisbeheerders, inspecteurs en anderen. Het werk wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met alle leden van het CAFC-platform. Overleg en kennisdeling tussen de teams leidt tot een betere prioritering van de geïdentificeerde aandachtspunten.

⁹ We denken hierbij zeker aan Audit ziekenhuizen en FAGG maar ook aan bv. de Hoge raad voor artsen directeurs (HRAD), het Nationaal college voor adviserend artsen (NCAA), werkgroepen van de Technische geneeskundige raad (TGR), overeenkomstencommissies, enz.

Voor 2024 zullen twee 'proof of concept-projecten' worden uitgevoerd.

- *Project 1: Gespecialiseerde geneeskunde A*

Intensieve zorgen, anesthesie, spoedgevallen, interventiediensten art 34

Activiteiten in de volgende sectoren:

- Intensieve zorg (artikel 13) (137 miljoen euro)
- Anesthesie (artikel 12) (328 miljoen euro)
- Noodsituaties (artikel 25) (102 miljoen euro)
- Interventiediensten (artikel 34) (50 miljoen euro)
met inbegrip van diensten in verband met activiteiten in de volgende sectoren:
raadpleging en advies (artikel 2) + chirurgie/technische ingrepen (artikel 14) + monitoring
(artikel 25) + medische beeldvorming (artikelen 17 *ter* en 17 *quater*)

Totaal budget: 650 miljoen euro

- *Project 2: Verpleegkundigen + vroedvrouwen*

Activiteiten in de 2 sectoren:

- Verpleegkundigen (artikel 8)
- Verloskundigen (artikel 9)

Totaal budget: 1.800 miljoen euro

VII. Structurele projecten: prioriteiten voor de CAFC

1. Toekennen en intrekken van RIZIV-nummers als onderdeel van een duidelijke visie op betrokkenheid en responsabilisering van zorgverleners binnen de bevoegdheden van V.I.'s en RIZIV

Projectverantwoordelijke CAFC: de DGV

Link Actieplan handhaving 2021-23: actie 5.5

Omschrijving:

Tot nu toe worden RIZIV-nummers toegekend en gebruikt op verschillende gronden en voor verschillende doeleinden (bv. als zorgverlener, instelling, verantwoordelijke van een groepering, als facturatedienst, om een premie te bekomen, ...). Hierbij zijn verschillende teams van het RIZIV betrokken.

Anderzijds is er ad hoc of structureel de wens om de toekenning en het gebruik van een RIZIV-nummer te kunnen beperken of bijkomende voorwaarden te stellen bij veelplegers van fraude of zorgverleners die geen gevolg geven aan beslissingen van administratieve instanties. Hiervoor moet de regelgeving worden verduidelijkt. Ook bij communicatie met derden (bv. FOD Volksgezondheid, fiscus) is de definitie en het gebruik (bv. bij schorsingen) van een RIZIV-nummer niet eenduidig.

Ook onder de zorgverleners is er niet de noodzakelijke transparantie en betrokkenheid/verantwoording. Zo kan een derde (zelfs niet-zorgverlener) vandaag vergoedbare gezondheidszorgen factureren (en terugbetaald krijgen) op naam van een zorgverlener zonder dat deze zorgverlener daarvan op de hoogte is, laat staan daartoe toelating heeft gegeven.

Er is binnen het RIZIV nood aan een duidelijke visie over de toekenning en het gebruik van een RIZIV-nummer rekening houdend met de ruimere context (KBO-nr., RRN). Er zal ook moeten worden gepreciseerd waarvoor een RIZIV nummer kan worden gebruikt (facturatie of nog gegevensdeling, ...) en door wie (deelentiteiten, andere stelsels, ...)

Door de gebruiksmogelijkheid van een RIZIV-nummer voorafgaandelijk te preciseren, zal men een aantal afgeleide processen of acties veel beter kunnen realiseren (bv. beslissingen van de federale toezichtscommissie uitvoeren, zorgverleners schorsen voor wat betreft het factureren binnen de ziekteverzekering of nog activiteitsdrempels bij sommige zorgverleners correct vaststellen).

Probleemstelling/impact op fraude:

- Voor inspectie wordt in de facturatiegegevens expliciet vermeld op naam van welke zorgverlener wordt gefactureerd, maar niet wie precies de facturatie verrichtte (en het geld heeft geïnd). Vermits verschillende personen de mogelijkheid hebben om te factureren op een derde-betalersnummer is het zeer complex om een bepaalde verstrekking te linken aan de persoon die de facturatie verrichtte en bovendien om te weten wie het bedrag van die verstrekking heeft geïnd.
- De V.l.'s betalen alles terug wat een groepsnummer indient, zolang er een RIZIV-nummer van een zorgverlener is, zelfs als deze geen deel uitmaakt van de groepering. Er is dringend nood aan sterke tool om de werkelijke uitvoerder van de facturatie te identificeren.
- We moeten voorkomen dat een gekende fraudeur fraude blijft plegen of dat een zorgverlener die door de Orde is geschorst of van wie het visum definitief is ingetrokken, blijft factureren.
- Ook moet de aanrekening worden voorkomen van niet-uitgevoerde zorg of van zorg die door een onbevoegde derde is geleverd in naam van een zorgverlener zonder zijn of haar medeweten.
- Vaak wordt het RIZIV-nummer van een zorgverlener in meerdere handelsactiviteiten gebruikt door niet-medisch personeel (bv. sector opticiens). Het gebruik van RIZIV-nummers door commerciële entiteiten roept vragen op.

Verwachte resultaten waar we als CAFC willen op inzetten:

- Ruime businessanalyse als basis voor een visienota.
- Duidelijke visie met concreet voorstel en start implementatie om allerlei concrete problemen in het kader van handhaving zoals hierboven vermeld op te lossen:
 - verduidelijking regelgeving inzake toekenning RIZIV-nummer, inclusief blokkering mogelijkheid ander RIZIV-nummer aan te vragen;
 - verduidelijking regelgeving over de communicatie van schorsingen met aandacht voor de toegankelijkheid zorgen voor de patiënten;
 - blokkering als mogelijke sanctie bij veelplegers;
 - facturatiertools zonder mogelijkheid om zonder medeweten van de zorgverlener te factureren;
 - duidelijkheid over samenwerkingsverbanden (zorgkundigen) in relatie tot vergoedingsvoorwaarden;
 - duidelijkheid voor mondhygiënist en zorgkundigen;
 - reflectie over design van nomenclatuur onder meer voor invoering van nieuwe zorgverleners en klinische eisen (minimum aantal zorgverleners, enz.) als vergoedingsvoorwaarden;
 - geen mogelijkheid tot facturatie (prestatiedatum) bij schorsing;
 - bij elektronische facturatie: eerder gebruik van eMandate uitrollen dan 'delegaties voor facturatie' via 'usermanagement';
 - duidelijke link tussen bankrekeningnummer en KBO-nr.

Inschatting benodigde middelen:low – medium – high**Inschatting impact op handhaving regelgeving:**low – medium – high

Timing:

juni 2024	oplevering as is – businessnoden V.I.'s/RIZIV
december 2024	voorstel to be – visietekst – planning + nodige middelen 2025-2026
2025-2026	concrete acties te bepalen

Opm.: i.v.m. de nodige middelen voor de businessanalyse in 2024 werd in het kader van 'seed money' een project ingediend bij het Algemeen beheerscomité.

2. Transparantie (voor V.I.'s, verzekerden, RIZIV) van alle nodige info (verstrekkingen, supplementen, materiaal, maximumfactuur, ...)

Projectverantwoordelijke CAFC: de NIC

Link Actieplan handhaving 2021-23: acties 4.1, 4.2 en 5.2

Omschrijving:

De werkelijke en volledige kost van verstrekte medische zorgen, zowel wat omvang als samenstelling betreft, is momenteel niet in toto beschikbaar, noch voor de verzekerde, de V.I.'s of het RIZIV.

Het RIZIV en de V.I.'s kunnen in welbepaalde gevallen, in overeenstemming met de privacyregels en rekening houdend met de specificiteit van elke dienst, nood hebben aan bepaalde informatie over verleende gezondheidszorg om de naleving van de GUV-verzekeringsreglementering te kunnen nagaan.

Het gaat over al de aangerekende bedragen, dus ook de niet-vergoedbare aanrekeningen zoals supplementen, niet-vergoedbare verstrekkingen en niet-vergoedbaar materiaal.

De patiënt wenst ook zicht te hebben op andere informatie zoals bv. de stand van zijn maximumfactuur-teller.

Er moet ook over worden gewaakt dat de toegang tot de informatie door een andere persoon dan de patiënt geen inbreuk vormt op de persoonlijke levenssfeer van de patiënt.

Dit actiepunt beoogt de bestaande informatiestromen aan te vullen en te vervolledigen, om zo alle betrokken partijen optimaal inzicht te geven in de samenstelling van de totale zorgfactuur. Dit doel wordt via de volgende pistes nagestreefd:

- o piste 1: de uitbreiding van de meldingsplicht van de aangerekende zorgkosten. Dit komt met name neer op het beter in kaart brengen van de omvang van supplementen, niet-vergoedbare verstrekkingen en materiaal;
- o piste 2: een ambitieus stappenplan om de verzekerde toegang te geven tot alle zorgfacturatie-elementen die hem of haar aanbelangen. Vertrekkende van de informatie van de aanrekening via het derde-betalerssysteem zal een uitrol naar de andere aspecten van de zorgfactuur worden ingezet.

Elementen van piste 1 – uitbreiding meldingsplicht niet-reguliere facturatie:

- Het betreft een uitbreiding van de meldingsplicht naar alle aangerekende bedragen, dus met name de niet-vergoedbare aanrekeningen zoals supplementen, niet-vergoedbare verstrekkingen en niet-vergoedbaar materiaal.
- Elektronische facturatie vergemakkelijkt de transparantie en het toezicht op het naleven van wetgeving. Waar de zorg-aanrekeningen nog geen deel uitmaken van de elektronische facturatie dienen de nodige stappen te worden gezet.
- De V.I.'s en het RIZIV wensen toezicht te houden op deze aanrekeningen maar dit is enkel mogelijk indien er een wettelijk kader wordt gecreëerd dat zorgverleners verplicht om **alle bedragen** die ze aan de patiënt factureren te melden (naar analogie met de reguliere facturatie). Met artikel 53 §1 en de uitvoering KB's voor artsen en tandartsen bestaat reeds een wettelijke basis, die wordt aangewend voor de sector van de tandartsen. (Het is de bedoeling dat de transparantie-lay-out van de tandartsen zo 'generisch' mogelijk uitgewerkt wordt, zodat dezelfde structuur voor alle sectoren gebruikt kan worden – vanaf 1 juli 2024 in testfase – 1 juli 2026 volledig verplicht).
- Naast de melding zelf van alle aanrekeningen is het ook belangrijk dat er een eenduidige en uniforme omschrijving komt van niet vergoedbare aanrekeningen. Het huidige gebruik van pseudocodes 960 voor de niet-terugbetaalbare zorg, waar een wildgroei aan gehanteerde definities is ontstaan, is een mooi voorbeeld van een gebrek aan eenduidigheid. Dit belemmert de nagestreefde transparantie en bemoeilijkt de controles.

Elementen voor Piste 2 – informatieverstrekking aan verzekerde:

- We moeten voorkomen dat het aangesloten gezinshoofd of voogd zomaar toegang krijgt tot gevoelige gezondheidsinformatie van personen ten laste. De modaliteiten op dit vlak dienen zorgvuldig te worden uitgewerkt om de privacy van (minderjarige) personen ten laste afdoend te beschermen.
- In dit actiepoint dienen de volgende vragen beantwoord te worden. Op welke manier wordt de facturatie-informatie ter beschikking gesteld van de verzekerde? Beogen we een passief raadpleegbaar informatiepunt of een actieve, periodieke rapportering aan de verzekerde?
- De aan leden verstrekte facturatie-informatie dient afdoend gekaderd te worden. De aangeleverde informatie dient vlot leesbaar, interpreteerbaar en laagdrempelig te zijn. Dit vergt ongetwijfeld een aanzienlijke investering op het vlak van duiding en lay-out. Het aanbieden aan de verzekerden van een massieve, onontwarbare berg aan informatie is een schrikbeeld dat vermeden dient te worden.

Probleemstelling/impact op fraude:

- De aanrekening van allerlei supplementen en niet-vergoedbare bedragen zijn een grote en verhogende drempel voor de toegankelijkheid tot zorgen in België. De out-of-pocketkost stijgt en is inmiddels minstens 23% in België. Deze stijging komt voornamelijk door allerlei supplementen evenals niet-vergoedbare zorgen of materiaal.
- Het is voor patiënten vaak onduidelijk wat hun rechten zijn en of de aanrekening van bepaalde bedragen wettelijk toegelaten is. Het melden van alle aangerekende bedragen aan de V.I.'s kan helpen om de informatieverstrekking naar verzekerden toe te optimaliseren.
- Vermits een deel van de supplementen momenteel onder de radar blijft wordt dit mogelijks ook niet als inkomen aangegeven (link naar fiscale fraude).

- Het is onmogelijk of moeilijk voor de V.I.'s en het RIZIV om hier controle op uit te oefenen om verschillende redenen:
 - er is geen verplichting om al de niet-vergoedbare bedragen aan hen te communiceren;
 - controle van niet-vergoedbare verstrekkingen is onmogelijk zonder medewerking van patiënt.
- In het kader van fraudebestrijding kan de informatieverstrekking aan verzekerde bijdragen tot het vaststellen en signaleren door de verzekerden van niet-correct aangerekende zorg of de aanrekening van niet-uitgevoerde zorg. Doordat de patiënt ook zicht heeft op de geneeskundige verstrekkingen die op zijn of haar naam werden aangerekend in de derde-betalersregeling, kunnen patiënten zelf helpen om niet-verrichte verstrekkingen op te sporen.
Een algemeen zicht voor de patiënt op al de – ook publieke – uitgaven draagt bij aan de verdere uitbouw van de responsabilisering van alle verzekerden.

Acties met eventuele planning die al lopende zijn:

- In het artikel 56 van de overeenkomst over de financiering van MyCareNet voor 2023 werd voorzien in transparantie aan de verzekerde over alle vergoedbare verstrekkingen, te beginnen met eenvoudige consultaties om zo verder uit te breiden naar de volledige nomenclatuur, zowel aangerekend via de patiënt als in de derde-betalersregeling.
Een stappenplan per V.I. wordt voorbereid met pistes over welke informatie, voor wie, wanneer, en hoe, beschikbaar zal zijn.
- Verplichte elektronische facturatie:
 - E-attest en eFact (tand)artsen verplicht vanaf 1 september 2025.
- Transparantie-layout fase 1 (supplementen met betrekking tot bestaande nomenclatuur) ingevoerd en verplicht vanaf 1 september 2023. Fase 2 (niet-vergoedbare verstrekkingen en materialen + prestatie binnen de ZIV waar niet aan alle terugbetalingsvoorwaarden voldaan is): het verzekeringscomité bepaalt pseudo-codes en de mededeling is verplicht zodra de pseudo-codes beschikbaar zijn in de software van de zorgverlener. Softwareontwikkelaars krijgen 6 maand om de nodige aanpassingen uit te voeren.

Bijkomende verwachte resultaten waar we als CAFC willen op inzetten:

- Ruime businessanalyse van beide hierboven gesitueerde transparantie-pistes.
- Elke verzekerde heeft zicht op alle verstrekkingen die op zijn/haar naam zijn aangerekend bij zijn/haar V.I. in de derde-betalersregeling.
- Invoering van een verplicht, generiek en duidelijk model voor de manier van communicatie over supplementen, niet vergoedbare verstrekkingen en niet vergoedbaar materiaal (cfr. transparatielayout).
- Sensibilisering zorgverleners en verzekerden over het belang van transparantie bij de aanrekeningen.
- Op basis van toegenomen transparantie → actieve handhaving door de DAC op vlak van niet-naleving conventietarieven door geconventioneerde zorgverleners. Waar nodig juridische hinderpalen identificeren en wegwerken.

Inschatting benodigde middelen: low – medium – high
Inschatting impact op handhaving regelgeving: low – medium – high

Timing:

juni 2024	oplevering as is – businessnoden V.I.'s/RIZIV
december 2024	voorstel to be – planning + nodige middelen 2025-2026
2025-2026	concrete acties en nodige middelen te bepalen

Opm.: i.v.m. de benodigde middelen voor de businessanalyse in 2024 werd een project ingediend bij het Algemeen beheerscomité in het kader van seed money.

3. Duidelijkheid m.b.t. statuut patiënt voor apotheker op het moment van de aflevering van medicijnen

Projectverantwoordelijke CAFC: de DGEC

Link Actieplan handhaving 2021-23: geen

Omschrijving:

Bij het afleveren van geneesmiddelen heeft de apotheker geen overzicht van alle akkoorden waarover de patiënt beschikt, terwijl al deze akkoorden wel beschikbaar zijn bij de V.I.'s.

De zorgtrajecten chronische nierinsufficiëntie en diabetes type 2, diabetesovereenkomsten en palliatieve statuut geven patiënten recht op vergoeding van bepaalde geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Op dit moment passen apothekers de derde-betalersregeling toe op basis van de woorden 'Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie', 'zorgtraject diabetes', 'palliatief statuut' of 'derde-betalersregeling' van toepassing die door de voorschrijvende arts op het voorschrift zijn geschreven, maar zonder de juistheid van het recht op vergoeding te kunnen controleren.

Zorgtraject nierinsufficiëntie betreft farmaceutische specialiteiten B-306

Diabetes zorgtraject betreft farmaceutische specialiteiten A-97 + medische hulpmiddelen: strips/lancetten/glucometer

Diabetesconventie betreft farmaceutische specialiteiten A-98 + medische hulpmiddelen: strips/lancetten/glucometer

Palliatieve zorg betreft zuurstof als farmaceutische specialiteit + oxyconcentrators (medische hulpmiddelen)

Als de apotheker op het MyCareNet-platform (via e-Health) toegang had tot de verschillende meldingen van zorgtrajecten, conventie en statuut, kon hij de derde-betalersregeling enkel toepassen na verificatie van het bestaan ervan.

De attestaten van het type 'e' die geldig zijn voor bepaalde specialiteiten in de hoofdstukken IV en VIII vermelden een bepaald aantal pakketten of eenheden die tijdens een bepaalde periode terugbetaalbaar zijn. De telling moet gebeuren op basis van het papieren document dat de patiënt bij elke afgifte afgeeft, maar er is geen garantie dat het papier correct en systematisch werd ingevuld bij vorige afgiften, of dat de patiënt niet over meerdere kopieën beschikt (fotokopieën, meerdere afdrucken van de webapplicatie van de V.I., die ze niet noodzakelijk meer naar de patiënt stuurt, enz.)

Als de apotheker op het MyCareNet-platform toegang had tot het 'e'-formulier dat het aantal toegestane verpakkingen beperkt en als er een telling werd georganiseerd van wat al werd afgeleverd, kon hij de reeds afgeleverde hoeveelheid controleren en de toepassing van de derde-betalersregeling bij overschrijding van de maximaal toegestane hoeveelheid.

De akkoorden van de adviserend arts voor specialiteiten die niet onder hoofdstuk IV vallen (hoofdstuk VIII, sondes, oxyconcentrators voor hypoxemie, enz.) zijn niet opgenomen in MyCarenet en zijn dus niet zichtbaar voor de apotheker.

Probleemstelling/impact op fraude:

- Geen mogelijkheid om het aantal afgeleverde verpakkingen te controleren in het geval van maximaal vergoedbare hoeveelheden. Apothekers verstrekken grotere hoeveelheden dan toegestaan, vaak voor de duurste specialiteiten.
- Gebrek aan informatie voor apothekers. Afgifte van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (strips, lancetten, glucometers, bloeddrukmeters, enz.) door apothekers wanneer niet is voldaan aan de voorwaarden voor vergoeding.
- Ander probleem: geschorste of geschrapte zorgverleners kunnen de facto blijven voorschrijven.

Acties met eventuele planning die al lopende zijn:

- Reeds beschikbare informatie in MDA van MyCareNet:
 - Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie;
 - Zorgtraject diabetes type 2.

Verwachte resultaten waar we als CAFC willen op inzetten:

- Zichtbaarheid op het MyCareNet platform (via e-Health) voor de apotheker:
 - E-Formulier + teller;
 - Diabetesconventie;
 - Palliatief statuut;
 - Akkoord van de adviserend arts voor specialismen die niet opgenomen zijn in hoofdstuk IV (hoofdstuk VIII, sondes, oxyconcentrators bij hypoxemie, ...).
- Blokkeren van voorschriften van geschorste of geschrapte zorgverleners.

Inschatting benodigde middelen:

low – medium – high

Inschatting impact op handhaving regelgeving:

low – medium – high

4. Tarifieringsdiensten apothekers op hun verantwoordelijkheid wijzen

Projectverantwoordelijke CAFC: de DAC

Link Actieplan handhaving 2021-23: geen

Omschrijving:

Er bestaat een wettelijk kader voor de tarifieringsdiensten van openbare officina (apothekers), die hun oorsprong vinden in art. 165 van de GvU-wet. De erkende tarifieringsdiensten ontvangen de voorschriften van de apothekers die voor de derde-betalersregeling hebben gekozen, binnen de twee maanden volgend op de datum van uitvoering. De tarifieringsdienst moet de documenten met de gegevens daarna volgens bepaalde regels opstellen (facturen resp. statistieken) en naar de V.I.'s resp. naar het RIZIV sturen.

Probleemstelling/impact op fraude:

- Volgens de “Onderrichtingen voor het opstellen van de factuur door de tarifieringsdiensten” moeten de tarifieringsdiensten zowel systematische controles als controles op stuk uitvoeren.
 - De systematische controles op alle door de apotheker doorgestuurde gegevens (getuigschriften) moeten zonder uitzondering gebeuren voor elke apotheker, voor elke tarifieringsperiode en alvorens te factureren.
 - De controles op stuk worden verondersteld steekproefsgewijs plaats te vinden. Het doel van deze controle is zich ervan te vergewissen dat de tarifieringsdiensten de honoraria van de te vergoeden farmaceutische verstrekkingen aan het RIZIV bezorgen via de V.I.'s op een wijze die voldoet aan een vooraf afgesproken en voor alle partijen aanvaardbare norm.
- Luidens de “Overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen”, Art. 7 §2, (...) verplichten de V.I.'s er zich toe, de facturen door de tarifieringsdiensten ingediend, contant te betalen voor zover ze ontvankelijk zijn (...). Anders gezegd moeten de V.I.'s eveneens verifiëren/controleren of de tarifieringsdiensten de reglementaire bepalingen hebben nageleefd.
- Eveneens volgens hogervermelde “Onderrichtingen” (punt V.5.) kunnen de controlediensten van het RIZIV (zowel de DAC als de DGEC) de goede werking van een tarifieringsdienst, steekproefsgewijs, controleren. Het feit dat een controle via steekproeven wordt opgelegd, veronderstelt een controle die gericht is op het verifiëren van de toegepaste methode. Voor de controle op de tarifieringsdiensten worden dezelfde regels toegepast als die voor de controle door de tarifieringsdiensten op de apotheken via steekproeven.
- De hierboven vermelde controlebevoegdheid over de tarifieringsdiensten van de DAC en de DGEC zijn, naast de vermeldingen in de art. 163 resp. art. 150 van de GvU-wet, opgenomen in het *KB van 15 juni 2001 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor de tarifieringsdiensten*, meer bepaald in art. 9, punten 6 en 7.

Luidens art. 12 van dit KB **kan** de minister de erkenning intrekken **na gemotiveerd advies van de Commissie**, wanneer de tarifieringsdienst de bepalingen van dit besluit overtreedt. Wat de in artikel 7, eerste lid, bedoelde verplichting betreft, kan de erkenning slechts ingetrokken worden wanneer het minimum aantal aangeslotenen of recipés niet werd bereikt gedurende een ononderbroken periode van twaalf maanden.

- Als er hogerop in de keten (arts – apotheker) **fouten** af te leiden zijn uit het onderzoek naar de tarifieringsdiensten, dan is de DGEC bevoegd. De acties van de V.I.'s vallen eerder onder de bevoegdheid van de DAC. Als er sprake zou zijn van **sociale fraude**, m.n. valsheid in geschrifte of gebruik van valse stukken, in hoofde van de apotheker of de tarifieringsdienst, dan is art. 232 van het Sociaal Strafwetboek van toepassing, dat aanleiding kan geven tot gerechtelijke vervolging.

Verder overleg over de wenselijkheid en de scope van dit project dient nog te gebeuren binnen de CAFC.

Verwachte resultaten waar we als CAFC willen op inzetten:

- Oprichting Werkgroep RIZIV-V.I;
- Doorgedreven juridische analyse voor de tarifieringsdiensten (apothekers) AS IS;
- Kwaliteitsanalyse van de controleketen binnen de tarifieringsdiensten;
- Haalbaarheidsstudie betreffende eventuele maatregelen betreffende de tarifieringsdiensten;
- Overleg met de sector.

Inschatting benodigde middelen:

low – medium – high

Inschatting impact op handhaving regelgeving:

low – medium – high

VIII. Andere noodzakelijke structurele projecten

1. Maatregelen medische huizen

Projectverantwoordelijke CAFC: de DGV

Link Actieplan handhaving 2021-23: actie 5.6.1

Omschrijving:

Meerdere soorten inbreuken worden opgesomd waarvoor in de uitrol van dit plan acties zullen ondernomen worden. Deze zullen door meerdere diensten van het RIZIV en de V.I.'s uitgewerkt worden.

Inschrijving, uitschrijving en patiëntselectie

Inschrijving in het medisch huis kan via een schriftelijk of een elektronisch ondertekend contract. Bij een elektronisch contract ondertekent de patiënt met de e-ID. Deze is weliswaar aanwezig, maar niet altijd op de hoogte dat hij zijn e-ID kaart specifiek voor een inschrijving heeft overhandigd. Wanneer de patiënt een schriftelijk contract ondertekent, wordt ondertekening via de e-ID niet gevraagd én wordt het formulier niet automatisch aan diens V.I. bezorgd. Ze wordt wel ter beschikking gehouden. Het schriftelijke document is soms niet ondertekend door de patiënt.

Soms schrijven medische huizen op hun eigen initiatief een patiënt uit. De toelichting hierbij is niet altijd duidelijk. Er zijn ook weigeringen tot uitschrijvingen op aanvraag van de patiënt en weigeringen tot inschrijving ondanks de uitdrukkelijke vraag van de patiënt.

Men kan het risico op patiëntselectie onderzoeken door enerzijds de casemix te toetsen aan de demografische kenmerken van de betrokken inschrijvingszone en anderzijds de belasting van het zorgpersoneel te controleren rekening houdend met de verhouding tussen het aantal zware en minder zware zorgprofielen.

Dubbel-exclusief

Een ingeschreven patiënt is verplicht de zorgverleners van het medisch huis te raadplegen voor alle huisartsgeneeskundige, kinesitherapeutische en verpleegkundige zorgen (afhankelijk van het aanbod, uiteraard). Zorgverleners die werken voor een medisch huis, en dus werken volgens het forfaitaire systeem, kunnen geen zorgverlening meer aanrekenen per handeling. Er zijn enkele uitzonderingen (art. 15 §2 van het KB van 23 april 2013):

- voor ingeschreven patiënten tijdens de burgerlijke maand van inschrijving of burgerlijke maand + 3 maanden bij optie;
- voor niet-ingeschreven patiënten tijdens deelname aan een georganiseerde wachtdienst en na toestemming Commissie Forfait:
 - raadplegingen in centra gezinsplanning;
 - raadpleging preventie/behandeling van alcoholisme/verslaving;

- raadpleging opvangtehuis mishandelde rechthebbenden;
- bijzondere toestand niet ingeschreven rechthebbenden die gedurende sommige periodes van het jaar tijdelijk verblijven in de 'inschrijvingszone'.

Sommige medische huizen respecteren het dubbel-exclusief niet altijd (volledig). Via meldingen vernemen we dat het enerzijds gaat over misverstanden en anderzijds over meer structurele problemen met het begrip en de toepassing van het dubbel-exclusief.

Teleconsultaties

In de sector van de medische huizen werkt men al geruime tijd met raadpleging op afstand. Dat geldt voor alle in het forfait opgenomen zorgberoepen.

Het KB van 13 mei 2020 specificeert verder dat, *“Voor de medische huizen zijn de **telefonische adviezen 101990 en 101135 vevat in het forfaitair bedrag voor huisartsgeneeskunde**. Deze codes kunnen dus niet aangerekend worden voor ingeschreven patiënten. Deze codes kunnen daarentegen wel aangerekend worden voor de telefonische adviezen voor niet-ingeschreven patiënten.*

***Tijdens de huisartsenwachtdienst kunnen de artsen, werkzaam in de medische huizen, eveneens de code 101835 gebruiken** voor patiënten die niet zijn ingeschreven in een medisch huis.*

Voor patiënten, ingeschreven bij een medisch huis die tijdens de georganiseerde huisartsenwachtdienst telefonisch advies krijgen van een arts die niet werkt in een medisch huis, zal het uitbetaalde honorarium, niet worden gerecupereerd bij het medisch huis waar de patiënt is ingeschreven.”

Tijdens controleacties is vastgesteld dat sommige medische huizen deze toch attesteren bij ingeschreven patiënten. Sinds 1 augustus 2022 is er een nieuwe regeling van kracht.

Medische urgentie

In de praktijk staat de Commissie Forfait ook toe dat huisartsen per handeling factureren aan niet-ingeschreven rechthebbenden in geval van een medische urgentie.

Er wordt vastgesteld dat sommige artsen in de sector een zeer hoog en weinig gebruikelijk volume van dergelijke urgenties rapporteren en factureren. In principe is medische urgentie een zeldzaam fenomeen binnen de huisartsgeneeskunde dat zo'n 2 à 3 keer per jaar voorkomt in een huisartsenpraktijk.

Een verduidelijking van de regels over medische urgentie is nodig maar niet eenvoudig. Het is niet de bedoeling urgentie in te roepen omdat men patiënten niet wil inschrijven en/of omdat patiënten niet ingeschreven willen worden.

Uitzonderingsregels van art. 15 §2

Blijkbaar gebruikt men 'medische urgentie' vaak om een bredere problematiek i.v.m. de regels van de sector op te lossen. De uitzonderingsregels van art. 15, §2 van het KB van 23 april 2013 zijn onvoldoende duidelijk geformuleerd en/of praktisch ontoereikend.

Wachtdiensten

Huisartsen zijn ingeschreven in wachtdiensten of huisartswachtposten. De meesten hiervan factureren onder hun groepsnummer. Zij doen dit echter niet allemaal. In dit laatste geval is het de huisarts zelf die factureert. Men kan achteraf geen onderscheid maken tussen facturatie in het kader van een wachtdienst of een gewone consultatie.

GMD

Het beheer van het Globaal Medisch Dossier (GMD) is inbegrepen in het forfait voor huisartsgeneeskunde in de sector medische huizen. Er zijn echter verschillende problemen met de facturatie van een GMD. Zo kunnen artsen binnen het forfaitaire systeem nog altijd een GMD aanrekenen bijvoorbeeld in de maand van inschrijving (of tijdens de proefperiode). Er werd vastgesteld dat er tot in 2021 bovendien nog sprake was van de automatische verlening van het GMD beheer voor in het forfaitaire systeem werkzame artsen.

Problemen m.b.t. het zorgaanbod

Medische huizen hebben als doel multidisciplinaire eerstelijnszorg te verlenen die aangepast is aan de noden van de ingeschreven patiënten. Vandaag gelden er bepaalde minimale bezettingsnormen in de conventie voor huisartsen (tenminste 1 huisarts en 0,7 VTE/1.000 patiënten), kinesisten (tenminste 0,3 VTE en 0,3 VTE/1.000 patiënten) en verpleegkundigen (tenminste 0,5 VTE en 0,5 VTE/1.000 patiënten). Daarnaast kunnen er andere zorgverleners actief zijn (e.g. diëtist, psycholoog, vroedvrouw,...). Deze worden – afhankelijk van het medisch huis – gefinancierd via het forfait of bijdragen van de patiënt. Er werden schendingen van en/of problemen met de regels vastgesteld.

Tweedelijnszorgen in hetzelfde complex

Sommige patiënten melden een duidelijke sturing die de vrije keuze in het gedrang brengt. Met betrekking tot de financiële transparantie brengt de aanwezigheid van tweedelijnszorgverleners vooral onduidelijkheid. Het risico bestaat dat medische huizen patiënten (te) snel doorverwijst naar een tweedelijnszorgverlener, wat tot overconsumptie kan leiden.

Personeelsverloop

Zorgverleners zijn verplicht hun plaats van tewerkstelling op punt te stellen via ProGezondheid maar daar zijn sancties noch voordelen aan verbonden. Men kan dus niet nagaan of de bezettingsnorm blijvend/continu wordt nageleefd.

Omkadering HAIO

Ook in de forfaitaire sector worden Huisartsen in Opleiding (HAIO's) tewerkgesteld. Er heerst onduidelijkheid over de omkadering van deze HAIO's. Luidens meldingen worden HAIO's grote delen van de dag helemaal alleen ingepland en begeleiden sommige huisartsen veel HAIO's tegelijkertijd. Dit is een problematiek die de sector van de medische huizen overstijgt.

Andere

Er werd vastgesteld dat sommige medische huizen alternatieve geneeskunde aanbieden in het forfaitsysteem. Dit is niet toegestaan. Er zijn ook specifieke klachten over de omstandigheden in een medisch huis (bv. gebrek aan hygiëne) en over de gebrekkige dienstverlening (bv. weigering van huisbezoeken terwijl bij de inschrijving het tegenovergestelde was beweerd; weigering van verplaatsing voor patiënten in een rusthuis; weigering van terugbetaling van zorgen die met akkoord van het medisch huis gebeurden en/of die zich buiten de niet-terugbetalingszone voltrokken,...).

Bestuur en juridische structuur medische huizen/commercialisering

Zorgverleners van een medisch huis verenigen zich in een multidisciplinaire praktijk waar zij kunnen afstappen van een prestatiegebonden financiering om zoveel mogelijk tijd te maken voor zorg aan de patiënt en hun zorgaanbod doelgericht op hun patiënten aan te passen. Het grootste deel van hun budget

– naast gefedereerde subsidiëring van hun praktijkkamer en/of infrastructuur – komt uit de inkomsten van de forfaits per patiënt. Deze forfaits zijn bedoeld voor de zorgen die worden verleend aan hun patiënten. Het betreft publieke middelen van de verplichte ziekteverzekering. De laatste jaren zien we echter dat sommige medische huizen zich steeds vaker als commerciële instellingen gedragen (bv. fusies en optimalisatie van *casemix*, verloop tussen verschillende medische huizen onder een zelfde groep eigenaars, meerder medische huizen die door één persoon worden bestuurd, andere objectieven dan zorgverlening in de statuten van het medisch huis...).

2. Naleving regelgeving door softwarepakketten via homologatie

Projectverantwoordelijke CAFC: de DGV

Link Actieplan handhaving 2021-23: actie 5.3

Omschrijving:

Sommige applicaties voor zorgverleners ‘optimaliseren’ de facturatie waardoor er bepaalde verstrekkingen worden gefactureerd zonder dat de zorgverlener er zich echt van bewust is.

In de praktijk doen zich veel problemen voor. Bij wijze van voorbeeld, en zonder in detail te treden, kunnen we het volgende noemen:

- de praktijk van het niet-weergeven of ‘ranking’ van gezondheidsproducten door bepaalde softwarepakketten bij gebruik van de authentieke bron van geneesmiddelen SAM;
- de mogelijkheid voor bepaalde verpleegkundigen om de identiteitskaart van de patiënt niet te lezen, waardoor de wettelijke verplichting wordt omzeild;
- de verspreiding van informatie om het gebruik van de derde-betalersregeling te optimaliseren door de toepasselijke wettelijke en regelgevende bepalingen te omzeilen (N.B. Het verbod op het gebruik van derde-betaler is sinds 1 januari 2022 afgeschaft);
- de niet-conformiteit van de bewijsstukken die aan de patiënt moeten worden verstrekt in het kader van elektronische facturering;
- het niet-verstrekken van deze documenten aan de patiënt.

Huisartsen, tandartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen (en binnenkort ook verloskundigen en zelfs nieuwe sectoren) ontvangen informaticapremies van het RIZIV als ze software gebruiken die is goedgekeurd door het eHealth-platform.

Deze informaticapremies zijn verkapte subsidies voor softwareproducenten in deze sectoren. Ze kunnen een essentiële rol spelen in de strijd tegen fraude. Daarom moeten zij zo verantwoordelijk mogelijk worden gemaakt voor hun tekortkomingen in het geval van bewezen fraude als gevolg van een programmeerfout.

Acties met eventuele planning die al lopende zijn:

- Nota voor de beleidscel wordt opgemaakt: deze nota wil enkele mogelijke oplossingen aanreiken die ervoor zorgen dat zorgverleners en softwareleveranciers zich beter aan de verplichtingen houden.
- Bedoeling om in de nota niet enkel te focussen op sanctionering maar ook op homologatie. (afstemming met eHealth en MyeCareNet).

Bijkomende verwachte resultaten waar we als CAFC willen op inzetten:

- Aanpassing wettelijk kader: softwareleveranciers opnemen in art. 2n.
- Voorzien van sluitend juridisch kader voor erkenning van software om facturatiertools in het kader van de ziekteverzekering aan te bieden aan zorgverleners, zonder relatie tot premies aan zorgverleners.

Inschatting benodigde middelen: low – medium – high

Inschatting impact op handhaving regelgeving: low – medium – high

3. Kortere verjaringstermijn in derde-betalersregeling

Projectverantwoordelijke CAFC: de DGV

Link Actieplan handhaving 2021-23: actie 5.2

Omschrijving:

Vandaag mogen zorgverleners/groeperingen/instellingen factureren tot 2 jaar na het einde van de maand waarin de verstrekking werd uitgevoerd.

Probleemstelling/impact op fraude:

- Zowel voor de opvolging beleidsbeslissingen als voor de aanpak van onterechte facturatie is een termijn van 2 jaar na het einde van de maand waarin de zorgen werden verleend weinig efficiënt.

Acties met eventuele planning die al lopende zijn:

- Aanrekening in derde-betalersregeling: voorstel KB voor verkorting verjaringstermijn naar 6 maand wordt voorgesteld aan alle akkoorden- en overeenkomstencommissies.

Bijkomende verwachte resultaten waar we als CAFC willen op inzetten:

- Goedkeuring akkoorden- en overeenkomstencommissies over de verkorting van de verjaringstermijn in de derde-betalersregeling.

Inschatting benodigde middelen: low – medium – high

Inschatting impact op handhaving regelgeving: low – medium – high

4. Netwerken geestelijke gezondheidszorg

Projectverantwoordelijke CAFC: de DGV

Link Actieplan handhaving 2021-23: geen

Omschrijving:

De specifieke constructie (vzw I.M.) voor de terugbetaling van geestelijke gezondheidszorgen is niet duidelijk over wie (ziekenhuizen, I.M., V.I., RIZIV) verantwoordelijk is voor de controle en bevoegd voor controleacties.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is er een nieuwe conventie actief met name de “De financiering van psychologische functies in de eerstelijnszorg”. Deze conventie is een derde vorm van geïntegreerde zorg en past een aantal nieuwe methodieken toe zoals onder meer een populatiefinanciering die ondersteund wordt vanuit de vzw I.M.

Probleemstelling/impact op fraude:

Het systeem veronderstelt dat de zorgverleners zelf aangeven in een door de vzw I.M. ontwikkelde tool welke verstrekkingen ze wanneer verricht hebben en bij wie. De conventie heeft de bedoeling om een beperkt segment van de psychologische hulpverlening te ontsluiten. Een aantal beperkingen zijn dus opgelegd (vb. maximum aantal sessies).

Klassieke fraude: er is rechtstreekse toegang dus hoe verifiëren we of gefactureerde sessies daadwerkelijk plaatsvonden (vb. verhaal van geconventioneerde psycholoog die ook rijksregisternummers van partner en kinderen opvroeg en fictieve sessies registreerde in het systeem).

Echter, de populatiefinanciering heeft ook een aantal vereisten (vb. het werken met een gemiddeld aantal sessies) om ervoor te zorgen dat er het hele jaar door budget beschikbaar is om patiënten met een psychische hulpvraag te verzorgen.

Inhoudelijke controle: hoe monitoren we dat de sessies effectief gebruikt worden voor de functies die ze bedoeld zijn (vb. vroegdetectie en vroeginterventie) in plaats van de kost van langdurige behandeling te onderdrukken (eerste 20 sessies van een langdurige psychotherapeutisch traject).

Acties met eventuele planning die al lopende zijn:

- dashboard voor overheid om budget te kunnen opvolgen.
- a priori controles in facturatietoepassing om regels van overeenkomst aan bron te controleren.
- uitklaren wie (logischerwijs V.I.'s) instaat voor recuperatie bij wie (netwerk? Psycholoog?) in geval van vastgesteld misbruik in het kader van de nieuwe overeenkomst (timing: 1 januari 2024 of 1 april 2024).

Bijkomende verwachte resultaten waar we als CAFC willen op inzetten:

- facturatietermijnen ook inkorten voor niet-derde-betalers.
- duidelijk kader wie voor handhaving verantwoordelijk is en bevoegdheid heeft.
- opstellen van indicatoren die mogelijke fraude en/of foutief gebruik van de conventie kan ‘vlaggen’.

Inschatting benodigde middelen:

low – medium – high

Inschatting impact op handhaving regelgeving:

low – medium – high

5. Realiteitscheck: verplichte elektronische verificatie van de identiteit van de patiënt als voorwaarde voor facturatie

Projectverantwoordelijke CAFC: de DGV

Link Actieplan handhaving 2021-23: actie 5.1

Omschrijving:

- De uitrol van de e-ID-lezing is een onderdeel van een realiteitscheck. Dit is zowel belangrijk voor de gezondheidszorg (link zorgen met het juiste medisch dossier) als in het kader van de sociale zekerheid (voorkomen van identiteitsfraude en aanrekening van niet-verrichte verstrekkingen / check of er daadwerkelijk een contact was tussen zorgverlener en verzekerde).
- De e-ID-lezing wordt verder uitgerold maar bij de zorgverleners waar het al wordt toegepast (thuisverpleegkundigen) bestaan er allerlei methodes om de e-ID-lezing te omzeilen.

Probleemstelling/impact op fraude:

Als uitgevoerde zorgen gelinkt worden aan een andere persoon dan degene die ze toegediend kreeg, vormt dit een probleem bij de opvolging van patiënten.

- E-ID-lezing wordt op allerlei manieren omzeild (e-ID bewaard door zorgverlener, ronde bij de patiënten door de chauffeur, ...). Er worden ongeldige e-ID's gebruikt. Bij gebrek aan timestamping kan de datum en het uur van e-ID-lezing worden gemanipuleerd door de datum en het uur in de laptop te wijzigen.
- Bij thuisverpleegkundigen bestaat een 10 % drempel van verstrekkingen waarvoor geen e-ID werd ingelezen, maar deze drempel dient voorlopig enkel als een indicator van de aanrekening van mogelijks niet-uitgevoerde verstrekkingen. Er bestaat geen sanctie.

Oplossing te zoeken voor aanrekenbare contacten via teleconsultatie.

- Niet-uitgevoerde maar wel aangerekende zorgen kunnen enkel aan de bron worden vermeden als er een minder fraudegevoelige methode bestaat om een contact tussen zorgverlener en verzekerde te bevestigen.

Acties met eventuele planning die al lopende zijn:

- Thuisverpleegkundigen: verantwoordingsdrempel bij 10% of meer verstrekkingen zonder het inlezen van de chip van een e-ID (bv barcode, datamatrix of manueel invoeren INSZ).
- Planning uitrol:
 - Ziekenhuizen: verplicht vanaf 1 april 2024;
 - Tandartsen: planning en uitrol te bepalen;

- Apothekers, kinesitherapeuten, artsen, vroedvrouwen en logopedisten: modaliteiten en planning te bepalen.

Bijkomende verwachte resultaten waar we als CAFC willen op inzetten:

- Evaluatie van 10% verantwoordingsdrempel e-ID-lezing om maatregel meer sluitend te maken.
- Analyse biometrische identificatie i.p.v. e-ID als alternatief voor een laagdrempelige en minder fraudegevoelige manier om aangerekende zorgen te linken aan daadwerkelijke contacten met de verzekerde.
- Analyse van mogelijkheid van e-Health-timestamping.
- Evaluatie van optie dubbele lezing die in verhouding staat tot de bijkomende administratieve last. Een dubbele lezing zorgverlener/patiënt aan de start en aan het einde maakt het ook mogelijk de tijdsduur per contact te kennen en dus ook een proxy te vormen van de kwaliteit en realiteit van zorg (in functie van de geattesteerde verstrekkingen). Bovendien kan het ook een indicator zijn van de efficiëntie van de zorgorganisatie (vermijden onnodige km tussen 2 contacten – bv. TVP). Ook de discussie rond bezoeken aan één of meer patiënten (in bv. ROB-RVT) wordt hier ook geëlimineerd.

Inschatting benodigde middelen:

low – medium – high

Inschatting impact op handhaving regelgeving:

low – medium – high

6. Tandheelkundigen: link evalueren tussen klachten over kwaliteit en inbreuken op de GvU-wetgeving

Projectverantwoordelijke CAFC: de FOD Volksgezondheid

Link Actieplan handhaving 2021-23: geen

Omschrijving:

Vanuit het werkveld (parlementaire vragen, brieven van de beroepsvereniging voor tandheelkundigen) krijgt DG Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid verschillende signalen dat er een groep tandartsen met een niet-Europese nationaliteit met een EU-diploma tandheeskunde de nationale zorgmarkt binnenkomen en dat de kwaliteit van de zorg van deze tandheelkundigen niet conform zou zijn. Anderzijds komen er veel meldingen binnen bij de dienst Patiëntenrechten over slechte zorgen en hoge facturen. Het is onduidelijk of het over dezelfde groep zorgverleners gaat.

Uit een onderzoek dat in dit kader werd gevoerd door het RIZIV en DG Gezondheidszorg, blijkt dat het probleem complexer is dan vermeende fraude met EU-diploma's. We hebben tot nog toe geen aanwijzingen dat de diploma's die worden afgeleverd vervalst zouden zijn. Op de manier waarop ze zijn afgeleverd hebben we echter geen zicht. Er is geen universiteit die significant meer diploma's aflevert.

Het voornoemde onderzoek wijst ook niet op meer fraude door tandheelkundigen uit een specifieke EU-lidstaat ten opzichte van andere nationaliteiten. Het lijkt een problematiek die voor de groep van tandheelkundigen in zijn totaliteit geldt en bijgevolg bekijken we best de kwaliteit van de zorg en fraude bij tandartsen in het algemeen.

Een probleem dat zich stelt is dat aangezien de tandheekkundigen geen Orde hebben, er geen overzicht is van het aantal of de aard van de klachten over tandheekkundigen. Er komen klachten binnen via de Toezichtscommissie, de dienst Patiëntenrechten en ook via het RIZIV. De Toezichtscommissie kan enkel klachten behandelen als deze een link hebben met de kwaliteit van de zorg. De dienst Patiëntenrechten kan enkel tussenkomen wanneer er een bemiddeling tussen beide partijen kan worden voorgesteld.

Er zal eerst een overzicht moeten gemaakt worden van de aard van de klachten en het aantal klachten. Daartoe moet eerst een samenwerking worden opgezet om het probleem te definiëren alvorens het kan worden aangepakt. Er zal dus in de eerste plaats moeten gewerkt worden aan het transparant communiceren van probleemdoossiers aan de betrokken diensten.

Probleemstelling/impact op fraude:

- Kwaliteit van de zorgen;
- Link met onterechte aanrekeningen.

Acties met eventuele planning die al lopende zijn:

- Nota (PPT) minister;
- Contact van de minister met autoriteiten van de desbetreffende EU-lidstaat;
- Transparantie tussen de betrokken diensten over de meldingen die ze ontvangen;
- Link tussen kwaliteit en fraude in facturatie.

Bijkomende verwachte resultaten waar we als CAFC willen op inzetten:

- Correcte verloningen en kwaliteitsvolle tandheekkundige zorg;
- Aantal meldingen over tandartsen bij de dienst Patiëntenrechten doen dalen. Er is geen Orde van tandartsen. De Toezichtscommissie kan nog geen disciplinaire sancties opleggen;
- Communicatiekanaal opzetten binnen duidelijk wettelijk kader tussen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV;
- Link tussen kwaliteit & fraude zoeken.

Inschatting benodigde middelen:

low – medium – high

Inschatting impact op handhaving regelgeving:

low – medium – high

7. Verslavingsproblematiek bij zorgverleners

Projectverantwoordelijke CAFC: de FOD Volksgezondheid

Omschrijving:

Uit onderzoek blijkt dat er bij de gezondheidsbeoefenaars een hogere afhankelijkheid aan verslavende middelen bestaat dan bij de gewone bevolking. Dit is o.a. gelinkt aan de hoge werkdruk, stress en abnormale werkuren.

Deze problematiek uit zich in het gebruik van middelen waar zorgverleners gemakkelijker toegang toe hebben. Bijkomend is er ook een aparte problematiek omtrent het voorschrijfgedrag om de verslaving van anderen te onderhouden of het opstellen van valse attesten.

Dossiers die met verslavingsproblematiek te maken hebben maken 50% uit van de dossiers bij de Toezichtscommissie uit. Daarom wil de Toezichtscommissie voorrang geven aan deze problematiek. Het doel is de link tussen kwaliteit van de zorg en fraude (bv. voorschriften voor zichzelf of collega's, overconsumptie verdovende middelen) verder in kaart brengen en te handelen om deze praktijken aan de kaak te stellen. Dit vereist een goede communicatie tussen het FAGG, het RIZIV en de Toezichtscommissie.

Probleemstelling/impact op fraude:

- Kwaliteit van de zorg;
- Fraude: artsen onder invloed schrijven voorschriften voor zichzelf.

Bijkomende verwachte resultaten waar we als CAFC willen op inzetten:

- Wettelijk kader voor uitwisseling tussen de Toezichtscommissie en het RIZIV;
- Op basis van het voorschrijfgedrag nagaan of er een probleem is met de kwaliteit van de zorg;
- Transparantere communicatie tussen FOD & RIZIV, eventueel een generiek klachtenportaal?

8. Mondhygiënist

Projectverantwoordelijke CAFC: de DGV

Link vorig Actieplan handhaving 2021-23: geen

Omschrijving:

Het gaat om een recent paramedisch beroep in België (opname in de gecoördineerde wet op 29 november 2022).

De uitoefening van het beroep van mondhygiënist omvat autonome technische verstrekkingen op eigen initiatief van de mondhygiënist, technische verstrekkingen die worden voorgeschreven door de tandarts of maxillo-faciaal chirurg en handelingen die door de tandarts of maxillo-faciaal chirurg aan de mondhygiënist worden gedelegeerd.

Mondhygiënist hebben sinds de eerste helft van 2022 een RIZIV-nummer, maar hun verstrekkingen worden bij de ziekteverzekering geattesteerd onder het RIZIV-nummer van de tandarts voor wie ze werken, met vermelding van hun RIZIV-nummer als hulpverlener op het GVVH.

Voor bepaalde technische verstrekkingen die in eerste instantie waren voorbehouden aan tandartsen, maar ook zijn toegestaan voor mondhygiënist, zijn nieuwe nomenclatuurcodenummers gecreëerd die alleen toegankelijk zijn voor mondhygiënist, met een P-waarde gelijk aan 0. Op dit moment worden de andere procedures die zij mogen uitvoeren niet vergoed door de ziekteverzekering.

De regelgeving voor mondhygiënist is zeer beknopt.

Probleemstelling/impact op fraude:

Het feit dat mondhygiënist attesteren onder het RIZIV-nummer van de tandarts voor wie ze werken, maakt het erg moeilijk om de verstrekkingen van mondhygiënist te controleren en zal theoretisch de profielen van tandartsen vertekenen (profiel 2023 nog niet beschikbaar).

Het feit dat de tandarts attesteert voor de mondhygiënist maakt het voor de tandarts gemakkelijker om fraude te plegen door gebruik te maken van de codes die zijn toegewezen aan mondhygiënisten, die een P-waarde gelijk aan nul hebben, om zijn P-waarden te verlagen, ook al is het de tandarts die de diensten zelf uitvoert.

Bijkomende verwachte resultaten waar we als CAFC willen op inzetten:

- Verbeteringen van het wettelijke kader in het algemeen: het beschikbaar stellen van een budget voor het beroep, de oprichting van een specifieke technische raad en een conventie, enz.
- Verbeteringen in de RIZIV-reglementering die hen betreffen:
 - Attesteren van verstrekkingen die zijn uitgevoerd door mondhygiënisten zelf onder hun eigen RIZIV-nummer en niet langer onder het nummer van de tandarts;
 - In navolging P-waarden, creëren van specifieke waarden voor mondhygiënisten;
 - Creëren van pseudocodes voor verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor vergoeding door de ziekteverzekering om transparantie van de geleverde zorg te garanderen.

Inschatting benodigde middelen:

low – medium – high

Inschatting impact op handhaving regelgeving:

low – medium – high

IX. Lijst afkortingen

CAFC	Antifraude commissie
DAC	Dienst administratieve controle (RIZIV)
DGEC	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (RIZIV)
DGV	Dienst voor geneeskundige verzorging (RIZIV)
EHFCN	European Healthcare Fraud and Corruption Network
GVU	Geneeskundige verzorging en uitkeringen
IMA	Intermutualistisch agentschap
NIC	Nationaal intermutualistisch college
V.I.	Verzekeringsinstelling