



Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2021-23

Inhoud

1.	Inleiding.....	3
2.	Plan van aanpak.....	4
3.	Kwaliteitsvolle en toegankelijke facturatiegegevens	6
3.1	Gegevensuitwisseling en beheer	6
3.2	Kwaliteit van de facturatiegegevens van de verzekeringsinstellingen	6
3.3	Verkorten facturatietermijn (digitaal en GVVH).....	7
4.	Onrechtmatige financiële drempels die de toegang tot zorg beperken.....	8
4.1	Supplementen aangerekend door geconventioneerde zorgverstrekkers	8
4.2	Facturatie pseudocodes 960 in ziekenhuizen.....	8
5.	Structurele preventie van administratieve fouten, misbruik en fraude.....	10
5.1	Lezing e-ID	10
5.2	Flankerende maatregelen opheffen verbod derdebetalers	10
5.3	Voorkomen facturatiefouten op softwareniveau.....	12
5.4	Forfaitarisering systematische technische prestaties tijdens raadpleging	13
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	13
5.6	Specifieke acties.....	14
5.6.1	Medische huizen	14
5.6.2	Fraudegevoeligheid teleconsultaties en digitale facturatie.....	15
6.	Schorsing en schrapping van zorgverstrekkers	17
6.1	Zorgverstrekkers die geschorst zijn of wiens visum is ingetrokken	17
6.2	Opvolging grensoverschrijdende fraude	18
7.	Covid-gerelateerde fraude	19
7.1	Tandartsen (en desgevallend andere zorgverstrekkers).....	19

8.	Betrokkenheid en responsabilisering verzekerden en zorgverstrekkers.....	20
8.1	Toegang tot eigen facturatiegegevens voor verzekerden.....	20
8.2	Activiteiten Federale Commissie voor het toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg 20	
8.3	Overzicht eigen facturatiegegevens voor zorgverstrekkers.....	21
9.	Audit ziekenhuizen	23
9.1	Totale heupprothese.....	23
9.2	Gebruik van de revalidatiediensten in acute ziekenhuizen.....	24
9.3	Dialyse: shift naar meer peritoneaal dialyse en minder (grotendeels ziekenhuisgebonden) hemodialyse	24
10.	Analyses.....	25
10.1	Analyse 1: Beeldvorming ingrepen onder scopie	25
10.2	Analyse 2: Facturatie A en C honorarium in spoedgevallendiensten	25
10.3	Analyse 3: Neonatale zorg.....	26
10.4	Analyse 4: Opvolging bezoeken ROB RVT.....	27
10.5	Analyse 5: Verloskunde	27

1. Inleiding

Dit Actieplan wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de Algemene Raad van het RIZIV en bouwt verder op de sinds 2016 verrichte werkzaamheden.

Binnen het RIZIV werd in 2014 de Anti-fraudecommissie (CAFC) opgericht (wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid), onder voorzitterschap van de Administrateur-generaal van het RIZIV¹.

Op vraag van de beleidscel van de vorige Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie De Block, richtte het RIZIV, in samenwerking met diverse partners zoals de FOD Volksgezondheid, de VI's, en anderen, twee Actieplannen "handhaving in de gezondheidszorg" op. De eerste voor 2016 en 2017, een tweede voor de duurtijd van 2018 tot 2020. De voormelde Actieplannen voorzagen telkens in een aantal structurele maatregelen om de efficiëntie en effectiviteit van de handhaving te verhogen, de transparantie in de gezondheidszorg te bevorderen en een aanklappend beleid mogelijk te maken. Daarnaast bevatten de Actieplannen specifieke fraudeacties en maatregelen ter bevordering van de doelmatigheid in de gezondheidszorg. Het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en/of de VI's werkten deze maatregelen uit. Het Actieplan 2018 – 2020 bevat eveneens een omvangrijk hoofdstuk rond gegevensuitwisseling en databeheer.

De CAFC stelde deze Actieplannen op waarna de Algemene Raad ze goedkeurde op 18 juli 2016 (Actieplan 2016-2017) en op 4 juni 2018 (Actieplan 2018 – 2020).

De Actieplannen gaven uitvoering aan bepaalde objectieven rond handhaving die in het vorige federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014 werden geformuleerd.

Dit huidig Actieplan komt ook tegemoet aan de Beleidsnota 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). De rubriek 2.4. "Kwaliteit, efficiëntie en controle van de zorg" bevat volgende bepaling:

"We zullen initiatieven voor de billijke aanwending van middelen, alsook voor de kwaliteit, doelmatigheid en handhaving van/in de zorg verderzetten door middel van de opmaak van het 'Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2021-2023' en de opvolging van de uitvoering ervan. De opmaak van dit Actieplan is lopend, het wordt begin 2021 aan de betrokken organen voorgelegd. In de context van een efficiënter, eenvoudiger en transparanter toezicht op de ziekenhuizen hebben de FOD Gezondheid, het FAGG en het RIZIV onder een co-governance-structuur de Eenheid Audit Ziekenhuizen opgericht. Die voert verder thematische audits uit in de ziekenhuizen om de kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg alsook een optimaal gebruik van de beschikbare middelen te verhogen."

^{1 1} Art 13/1 van de GvU-wet van 14/07/1994

2. Plan van aanpak

Het voorliggend “Actieplan Handhaving 2021-2023” kadert in de activiteiten van de Anti-fraudecommissie (CAFC) en bevat volgende uitgangspunten:

- De focus ligt op acties waarbij de verschillende partners² binnen dit plan gezamenlijk een toegevoegde waarde realiseren bij de handhaving van de regelgeving in de gezondheidszorg.
- De strijd tegen fraude binnen de CAFC wordt in een ruime context bekeken en beperkt zich niet tot intentionele inbreuken. Ook administratieve fouten en misbruik van onduidelijke regelgeving komen aan bod³.

Net zoals bij de vorige Actieplannen richt dit plan zich specifiek op de sector van de gezondheidszorgen; fraude binnen de uitkeringssector valt buiten de scope van dit Actieplan. Het Actieplan voorziet opnieuw een specifiek hoofdstuk rond gegevensbeheer.

De aandacht gaat ook specifiek uit naar preventie en structurele maatregelen. Acties betreffende doelmatigheid en efficiënt gebruik van middelen kunnen worden opgenomen, maar gelijktijdig met dit Actieplan loopt binnen het Verzekeringscomité van het RIZIV ook een Begrotingstraject 2022-2024 met onder andere een specifieke taskforce doelmatige zorg⁴. Voorstellen in het kader van doelmatige zorg worden preferentieel aangeboden aan die taskforce en de CAFC kan die desgevallend mee uitwerken. De werkzaamheden rond de meerjarenbegroting hebben geleid tot een intermediair rapport dat verder uitgewerkt wordt. Momenteel is de WGT.QA actief (werkgroep Quintuple Aim) met dit als doel. De werkgroep is samengesteld uit leden van het Verzekeringscomité en de Algemene Raad.

Bedoeling is dat dit document de dynamiek van dit Actieplan weergeeft. Naast de reeds geïdentificeerde thema's in dit document kunnen er tijdens de duur van het Actieplan activiteiten toegevoegd worden indien ze op een CAFC-vergadering door de leden worden voorgesteld en weerhouden. Zo kan er vlot ingespeeld worden op nieuwe, belangrijke fraudeaspecten of nieuw gedetecteerde risico's.

De CAFC volgt het Actieplan op en bevordert bovendien de uitwisseling van informatie tussen de leden en identificeert domeinen en werkmethodes die tot synergie kunnen leiden. De CAFC kan ook platform zijn voor de methodologische opvolging van dossiers of projecten waar de verschillende leden bij betrokken zijn. Geenszins worden individuele dossiers van zorgverstrekkers besproken binnen de CAFC.

Er wordt geopteerd voor een andere opbouw en methodiek in vergelijking met de vorige Actieplannen.

² Naast samenwerking tussen de leden van de Anti-fraudecommissie (RIZIV (DGV, DGEC, DAC) en VI/NIC) houdt het Actieplan ook een samenwerking in met het IMA en de FOD Volksgezondheid.

³ Zie *Typology matrix* van het EHFCN (vermeld als bijlage in het Actieplan 2016 -2017)

⁴Link website RIZIV: [Een meerjarig begrotingstraject 2022- 2024 voor de verzekering voor geneeskundige verzorging – RIZIV.fgov.be](https://www.riziv.fgov.be/acties/acties-2022-2024/een-meerjarig-begrotingstraject-2022-2024-voor-de-verzekering-voor-geneeskundige-verzorging)

Het Actieplan weerhoudt namelijk 7 thema's van intensieve samenwerking tussen de diverse partners:

- 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 worden verder geanalyseerd alvorens de CAFC een gezamenlijke actie kan bepalen en zijn gebundeld in het laatste onderdeel 'Analyses'.

Een (beperkte) projectgroep per subthema werkt de scope verder uit, staat in voor de opvolging van de werkzaamheden en rapporteert aan de CAFC.

De leden van de Algemene Raad vinden in dit document dan ook een beknopte beschrijving van elk actiepunt terug en kunnen de volledige projectfiche als bijlage van dit document terugvinden.

De financiële impact van de vermelde projecten in dit actieplan is belangrijk maar de verwachte resultaten reiken verder. Heel wat voorstellen zijn bovendien structureel en transversaal wat impactmetingen complex maakt. Naast de financiële impact zullen de projecten de betrokkenheid van de zorgverleners en verzekerden aanwakkeren, de doelmatigheid verhogen en de kwaliteit van de dienstverlening en zorg verbeteren. Gezien het belang van dit aspect werken we een methodologie uit om ook de financiële impact van sensibiliseringsacties en nomenclatuurwijzigingen te kunnen meten en opvolgen.

Ten slotte voorziet het voorontwerp van tweede wijzigingsclausule van de Bestuursovereenkomst 2016 – 2018 tussen het RIZIV en de Federale Staat in artikel 38 terug een jaarlijkse rapportering over het Actieplan aan de Algemene Raad van het RIZIV. Dit voorontwerp werd door het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV goedgekeurd op 14 december 2020, de ontwerpversie werd door het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV goedgekeurd op 22 februari 2021.

3. Kwaliteitsvolle en toegankelijke 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 zou idealiter op de aanpak van de Health Data Authority (HDA) worden geënt – in welk geval de integratie van de betrokken partijen in de governance van de HDA uitgewerkt zal moeten worden.

3.1 Gegevensuitwisseling en beheer

De acties met betrekking tot data zijn een vervolg van eerdere acties van het RIZIV en vorige Actieplannen. Ze kaderen in een ruimere data-strategie op RIZIV-niveau.

3.2 Kwaliteit van de facturatiegegevens van de verzekeringsinstellingen

Samenwerking	DGEC, DGV, NIC, VI en IMA
Probleemstelling	<p>Bij data-analyse met facturatiegegevens opgevraagd volgens art.138 GVV (attestgegevens met waarmede) ontstaan op bepaalde momenten vragen rond de juiste invulling van de velden: mogelijk verkeerde gegevens, niet-ingevulde zones, onjuiste rectificaties zoals bedrag, dag en verstrekker die niet overeenkomen met het originele record, enz.</p> <p>Het doel is om in overleg tussen RIZIV en de VI tot een betrouwbare gegevensuitwisseling te komen om zo een correcte analyse te kunnen uitvoeren.</p>
Doelgroep	Gecoördineerde actie VI/NIC/IMA
Te verwachten resultaat	<p>Alle verzekeringsinstellingen dienen hun controleprogramma's voor ingave van gegevens te verbeteren en te harmoniseren. Daarnaast dienen zij allen volgens dezelfde methode te werken bij het ingeven van een rectificatie.</p> <p>Doel zijn correctere resultaten te gebruiken bij het uitvoeren van data-analyses</p>
Timing	Dit is een continu proces – de werkgroep had een eerste meeting tijdens het eerste semester van 2021. In het kader van de uitvoering van het actieplan 2018-2020 vond hierover al eerder een overleg plaats.

Benodigde middelen	<p>Organiseren van een werkgroep “Data kwaliteit” tussen het RIZIV en vertegenwoordigers van het NIC en het IMA, om anomalieën in de gegevens te corrigeren en om aanpassingen op vlak van de data kwaliteit door te voeren. Dit leidt tot een efficiënter gebruik van de data om de middelen gezondheidszorg beter aan te wenden.</p> <p>De prioriteit te verbeteren velden worden bepaald door de concrete noden (analyses, gebruik data).</p>
--------------------	--

3.3 Verkorten facturatietermijn (digitaal en GVVH)

Samenwerking	DGEC, DGV, DAC, NIC, VI en IMA
Probleemstelling	<p>Een kortere termijn tussen prestatie en facturatie komt zowel RIZIV-diensten als externe stakeholders ten goede in het kader van de opvolging van het budget, de opvolging van nieuwe maatregelen, nieuwe tendensen en impactmetingen van acties en beleidsbeslissingen.</p> <p>Snellere facturatie vergemakkelijkt ook controle en bemoeilijkt fraude.</p>
Doelgroep	Zorgverstrekkers en verzekerden
Te verwachten resultaat	<p>Wetswijziging om het laattijdig bezorgen van attesteringsdocumenten te verminderen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wettelijke termijn van digitale facturatie beperken tot maximum x maanden (te bepalen per groep zorgverstrekkers) na de prestatie maand met mogelijkheid tot stuiten mits motivering - Beperking uitbetaling GVVH aan verzekerden tot x maanden (te bepalen met de VI) na de prestatiedatum
Timing	Wettelijke verankering tegen eind 2023
Benodigde middelen	Bepaling termijnen in overleg met de beroepsgroepen en VI. Centraal hierbij is de focus op het blijvend bevorderen van de elektronische facturatie.

4. Onrechtmatige financiële drempels die de toegang tot zorg beperken

Sommige onrechtmatige aanrekeningen zorgen voor een bijkomende financiële drempel in de toegang tot zorg voor de patiënt. Deze inbreuken dienen preferentieel te worden aangepakt.

4.1 Supplementen aangerekend door geconventioneerde zorgverstrekkers

Samenwerking	DGEC, DAC, NIC ledenverdediging, IMA studiedienst, DGV
Probleemstelling	Er bestaat een stijgend aantal meldingen over aanrekening van supplementen door geconventioneerde zorgverstrekkers.
Type zorgverstrekkers	(Deels) geconventioneerde zorgverstrekkers
Te verwachten resultaat	Dit vereist een aanpak op diverse punten: <ul style="list-style-type: none">- Aanpassing van het wettelijk kader (mogelijkheid tot opleggen specifieke sanctie, ...)- Ontwikkeling van een efficiënte en gestandaardiseerde aanpak zorgverstrekkers- Ontwikkelen van een methodiek voor het voorkomen van vermomde supplementen- Voorzien van een wettelijke verplichting voor het meedelen van bepaalde gegevens (tandartsen, ...)
Timing	Te verduidelijken door de projectgroep.
Benodigde middelen	Analyse IMA/NIC (onvolledige data) Voorstel aanpak VI/NIC/DGEC

4.2 Facturatie pseudocodes 960 in ziekenhuizen

Samenwerking	DGEC, IMA studiedienst, DGV
Probleemstelling	Aanrekenen van honorariumsupplementen door een interne pseudocode of een pseudocode 960 in ziekenhuizen Niet respecteren van de omzendbrief 2007/18 (verduidelijkt de context waarin 960 nummers gebruikt mogen worden) – Opgenomen in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen (2020) Niet respecteren van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, art. 35 § 4 Voorbeeld : kost van de elektroden voor een monitoring, kost van het gebruik van een stethoscoop voor een raadpleging, sedatie uitgevoerd door een stomatoloog, ...

Type zorgverstrekkers	Ziekenhuizen / zorgverstrekkers
Te verwachten resultaat	Duidelijke tarificatie/geen onrechtmatige aanwending van pseudocodes. Strikter wettelijk kader voor het gebruik van pseudocodes. Mogelijkheid tot maken van een vaststelling (eventueel gepaard met een uitnodiging tot terugbetaling en/of een sanctie).
Timing	Te verduidelijken door de projectgroep. Juridische analyse + zicht op gebruik door de ZH tegen maart 2022
Benodigde middelen	Analyse capaciteit IMA/NIC Juridische capaciteit

5. Structurele preventie van administratieve fouten, misbruik en fraude

Uit een aantal controles op nationaal niveau (DGEC opdrachten) het afgelopen jaar blijken herhalingen van inbreuken voor te komen die te complex zijn om louter via regelgeving aan te pakken. De bedoeling is om samen met de andere actoren te zoeken naar acties die dit op een structurele wijze kunnen voorkomen.

5.1 Lezing e-ID

Samenwerking	eHealth, NIC, VI, RIZIV, zorgverstrekkers, softwarebedrijven, FOD Volksgezondheid, FOD Financiën, patiëntenorganisaties
Probleemstelling	Naarmate er steeds meer elektronisch wordt gefactureerd binnen de verplichte ziekteverzekering, moeten acties worden ondernomen om het aantal fictieve prestaties zoveel als mogelijk te beperken.
Type zorgverstrekker	Zorgverstrekkers die elektronisch factureren alsook producenten van softwarepakketten
Te verwachten resultaat	Lezing e-ID: <ul style="list-style-type: none">- Uittrol van verplichte lezing eID in ziekenhuizen vanaf 01/01/2024, vaststelling planning voor tandartsen en modaliteiten voor apothekers en kinesitherapeuten.- Analyse van de mogelijkheid om een eHealth timestamping te voorzien voor elke lezing eID.- Voorzien in een fraudebestendige patiëntidentificatie in het kader van verstrekkingen op afstand.
Timing	Te realiseren over verschillende jaren met tussentijdse semestriële evaluaties.
Benodigde middelen	Samenwerking is vereist van diverse actoren: eHealth, NIC, VI's, RIZIV, zorgverstrekkers, softwarebedrijven, FOD Financiën, FOD Volksgezondheid, patiëntenorganisaties.

5.2 Flankerende maatregelen opheffen verbod derdebetalen

Samenwerking	NIC, VI's, RIZIV, zorgverstrekkers, softwarebedrijven
Probleemstelling	Het Verzekeringscomité gaf op 14 december 2020 een positief advies over het voorstel om het principieel verbod op toepassing van de derdebetalersregeling voor bepaalde prestaties van artsen, tandartsen en logopedisten op te heffen. Dit verbod zal aldus worden geschrapt in de ZIV-reglementering.

Om de voormelde opheffing van het verbod in de beste omstandigheden te realiseren, dringen de volgende flankerende maatregelen zich op:

- de uitrol van de voorwaarde om de eID van de patiënt in te lezen om een prestatie elektronisch te kunnen aanrekenen in derdebetalen (zie fiche 'Lezing eID')
- het informeren door de ziekenfondsen van hun leden over de prestaties die op hun naam worden aangerekend in derdebetalen
- het vaststellen van een kortere verjaringstermijn voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen wanneer die in derdebetalen worden aangerekend
- het afspreken van duidelijke richtlijnen voor de ziekenfondsen voor de recuperaties die zij instellen in het kader van de derdebetalersregeling aangezien sommige recuperaties niet gerechtvaardigd lijken.

Type zorgverstreker	Artsen, tandartsen, logopedisten, ziekenfondsen (en NIC) en leveranciers van softwarepakketten.
Te verwachten resultaat	<p>Voorzien in de nodige ontwikkelingen opdat de ziekenfondsen via de ledenaccounts de verzekerden informeren over de verstrekkingen die op hun naam werden aangerekend in derdebetalen.</p> <p>Overeenstemming van softwarepakketten met reglementering inzake derdebetalersregeling en bewijsstuk voor de patiënt. Versterken van de controle op de aflevering van bewijsstukken aan de verzekerden en garanderen dat de aflevering van deze bewijsstukken steeds is voorzien in de softwarepakketten.</p> <p>Zorgverstrekkers die elektronisch factureren in derdebetalen lezen de eID van de patiënt in.</p> <p>Inkorting verjaringstermijnen voor uitbetaling van bepaalde verstrekkingen die worden aangerekend in derdebetalen.</p> <p>Verfijning van het kader en de precieze omstandigheden waarin het wel of niet gerechtvaardigd is voor ziekenfondsen om uitbetaalde sommen te recupereren bij zorgverstrekkers.</p>
Timing	De uitrol van deze maatregelen is te aligneren op de timing waarin de opheffing van het verbod op derdebetalen zijn beslag zal krijgen in het Parlement.
Benodigde middelen	Samenwerking is vereist van verschillende actoren: NIC, VI's, RIZIV, zorgverleners, softwarebedrijven.

5.3 Voorkomen facturatiefouten op softwareniveau

Samenwerking	DGEC, DGV Jurreg, VI, NIC, MyCareNet, eHealth
Probleemstelling	<p>Individuele en nationale controledossiers van de DGEC tonen aan dat inbreuken in bepaalde gevallen gefaciliteerd worden door de softwarepakketten onder de vorm van een service voor de gebruiker.</p> <p>Het eHealth-platform heeft een homologatiesysteem van de softwarepakketten ingevoerd waarop het RIZIV zich tevens baseert om eventuele telematicapremies toe te kennen.</p> <p>Wat het basispakket betreft, maakt het eHealth-platform een lijst op met een aantal minimale voorwaarden voor de regels en functies die in het softwarepakket van de betrokken sector moeten worden geïmplementeerd. Het naleven en het opvolgen van de functies van de modules behoren daarentegen tot de verantwoordelijkheid van de toepassingen (RIZIV, NIC, FOD Volksgezondheid, ...), ook moduleverantwoordelijken genaamd. Het testen van deze criteria gebeurt door RAMIT (Research in Advanced Medical Informatics and Telematics vzw) en het rapport wordt overgemaakt aan eHealth. Het eHealth-platform neemt de beslissing over het al dan niet slagen voor de test.</p>
Type zorgverstreker	Zorgverstrekkers die een elektronisch medisch dossier hebben en/of elektronisch factureren.
Te verwachten resultaat	Verbod op automatische optimalisatie van facturatie in de softwarepakketten. Streven naar een actieve handeling van de zorgverstreker in plaats van vooraf ingevulde optimalisatie. De bedoeling is om voorstellen te formuleren tot mogelijke aanpassingen en/of verbeterpunten van softwarepakketten.
Timing	Aligneren met bestuursovereenkomst & linken aan extra middelen
Benodigde middelen	<p>Overleg DGV Jurreg, CIV, DGEC</p> <p>Aanpassen van het wettelijk kader.</p> <p>Bekijken sanctiemogelijkheden indien de softwareproducent verantwoordelijk is voor de foutieve programmatie.</p> <p>Aanpassen instructies voor de facturatie.</p> <p>Overleg met externe partners:</p>

- eHealth in verband met de basiscriteria, en meer bepaald de generieke voorwaarden in verband met correcte facturatie en toezicht door VI en/of DGEC.
- NIC voor de erkende softwareproducenten in verband met de facturatieprocessen

5.4 Forfaitarisering systematische technische prestaties tijdens raadpleging

Samenwerking	NIC, DGV RDQ en medische directie, DGEC
Probleemstelling	Tussen arts-specialisten wordt een praktijkvariatie vastgesteld, meer bepaald voor het systematisch combineren van technische prestaties met ambulante raadplegingen.
Type zorgverstreker	Arts-specialist (neuroloog, oftalmoloog, internisten, gynaecologen, ...)
Te verwachten resultaat	Combinatie van technische prestaties en raadplegingen in kaart brengen. Outliers aanschrijven en confronteren met en bevragen over hun gedrag. Indien geen afdoende verklaring, doorverwijzen naar DGEC.
Timing	Te verduidelijken door de projectgroep.
Benodigde middelen	Analyse IMA Interpretatie experten VI

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

Samenwerking	NIC, VI's, RIZIV, zorgverstrekkers, softwarebedrijven, eHealth, FOD Financiën
Probleemstelling	Nood aan het faciliteren van het gebruik van de MyCareNet mandatering en verfijning in de regeling met betrekking tot het gebruik van interne facturatie documenten, opdat deze mandaatregeling systematisch kan worden toegepast in alle sectoren en dienstig kan zijn als adequaat en gebruiksvriendelijk substituut ter vervanging van de huidige groepsnummers bij facturatie doeleinden.
Type zorgverstreker	Zorgverleners die elektronisch factureren.

Te verwachten resultaat	<p>Er dient te worden voorzien in enkele actieverbintenissen opdat voor de toekomst, zowel door patiënten, zorgverleners, ziekenfondsen en controleinstanties, in alle gevallen transparant kan worden vastgesteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - welke zorgverlener welke prestatie heeft verricht - wie voor rekening van die zorgverlener welke prestatie heeft gefactureerd aan het ziekenfonds: - wie concreet de fiscaal begunstigde is van de verzekeringstegemoetkomingen die worden uitbetaald door het ziekenfonds <p>Voortbouwend op de eerdere realisatie waarbij het KBO-nummer fungeert als sleutelement om uitbetalingen te verrichten, dient ook te worden voorzien in een link tussen het KBO-nummer en het bankrekeningnummer waarop het ziekenfonds uitbetaalt (bankrekeningnummer moet toebehoren aan KBO-nummer).</p> <p>Mogelijkheid voor zorgverleners om meer dan 1 mandaat te kunnen geven om te factureren via MyCareNet met registratie van de geldige mandaten en controle ervan door de ziekenfondsen.</p>
Timing	<p>Aanpassing reglementering MyCareNet en ZIV verordening van 28/07/2003</p> <p>Link maken tussen mandaten en facturatie.</p> <p>Analyse van timing en van concrete technische aanpassingen voor het geven van meer dan één MyCareNet mandaat tegen eind 2022. Contact opnemen met de sectoren ivm concrete implicaties.</p>
Benodigde middelen	<p>Samenwerking is vereist van verschillende actoren: NIC, VI's, RIZIV, zorgverstrekkers, softwarebedrijven, eHealth, FOD Financiën</p>

5.6 Specifieke acties

5.6.1 Medische huizen

Samenwerking	NIC/IMA, DGEC, DGV, federaties van de medische huizen
Probleemstelling	<p>De commissie forfait wordt geconfronteerd met mogelijke fraude en misbruiken bij een aantal wijkgezondheidscentra. Deze gaan onder meer over zorgverstrekkers die naast hun forfaitair statuut ongeoorloofde prestaties blijven aanrekenen, over publiciteit van 'gratis geneeskunde' en over onduidelijkheid waaraan de forfaits besteed worden. Daarom</p>

wordt voorgesteld om in overleg met de vertegenwoordigers in de commissie forfait en externe stakeholders na te gaan hoe gecontesteerde WGC (en de daaraan gelinkte thuiszorgdiensten) kunnen gecontroleerd en eventueel gesanctioneerd worden.

Type zorgverstrekker	Medische huizen
Te verwachten resultaat	<p>Een overzicht van en afspraken met welke diensten onregelmatigheden kunnen onderzoeken en wettelijk de mogelijkheid creëren om bepaalde inbreuken daadwerkelijk ten laste te leggen.</p> <p>Ontwikkelen van een handhavingsbeleid voor de WGC dat inbreuken op zowel financieel vlak, op het attesteren van medische prestaties (voor zowel artsen, kinesisten als verpleegkundigen), op deontologische vlak, voor zorgcontinuïteit en op vlak van patiëntselectie detecteert, controleert en sanctioneert.</p>
Timing	Duidelijke doelstelling bepalen en uitwerken stappenplan bij eerste vergadering van de werkgroep.
Benodigde middelen	Plan van aanpak zal bepaald worden in het overleg met de vertegenwoordigers van de commissie forfait.

5.6.2. Fraudegevoeligheid teleconsultaties en digitale facturatie

Samenwerking	NIC, DGEC, DGV medische directie en Jurreg
Probleemstelling	Een preanalyse van NIC Dataming & Controle toont aan dat teleprestaties bij huisartsen fraudegevoelig kunnen zijn. Een aantal outliers werden bevestigd en sommigen daarvan werden doorgestuurd naar de DGEC. Het in KB 20 voorziene kader voor raadplegingen op afstand in de context van de COVID-pandemie zal worden bijgesteld teneinde de fraudegevoeligheid te verminderen en tegelijkertijd deze nieuwe mogelijkheden in te zetten om de toegankelijkheid van zorg, onder meer in grootstedelijke en rurale gebieden, verder te versterken rekening houdend met de continuïteit en kwaliteit van zorg.
Type zorgverstrekkers	Zorgverstrekkers met facturatie in derdebetaler.
Te verwachten resultaat	Sensibilisering van de outliers met daarnaast een structurele aanpak om de fraudegevoeligheid van het systeem van derde betaler te verminderen (rol verzekeren, facturatieprogramma's, ...)
Timing	Te verduidelijken door de projectgroep.

Benodigde middelen

Analyse IMA

Interpretatie experten VI

6. Schorsing en schrapping van zorgverstrekkers

Gezamenlijke opvolging en duidelijke communicatie met verzekerden over schorsingen en schrappingen van zorgverstrekkers.

6.1 Zorgverstrekkers die geschorst zijn of wiens visum is ingetrokken

Samenwerking	DGEC, DAC, NIC, DGV, FOD VG (Federale toezichtscommissie)
Probleemstelling	<p>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.</p> <p>Nu komen meldingen van de niet-naleving ad hoc waardoor er weinig overzicht op de gehele problematiek bestaat. Zijn de onterecht ingediende verstrekkingen uitbetaald? Zijn ze gerecupereerd? Is de schorsende instantie op de hoogte dat de zorgverstrekker zich niet aan de sanctie houdt? Zijn er stappen ondernomen en welke?</p> <p>Daarnaast moet het de bedoeling zijn dat zorgverstrekkers zich ervan bewust zijn dat een opvolging bij schorsing van nabij gebeurt.</p> <p>Voor de sociaal verzekerde is deze opvolging ook belangrijk. De sociaal verzekerde kan immers niet weten dat een zorgverstrekker gesanctioneerd is door de Orde of de PGC en dat de gesanctioneerde zorgverstrekker zijn beroep niet mag uitoefenen. Hierdoor vervalt ook het recht op terugbetaling door de ziekteverzekering. De sociaal verzekerde loopt hierdoor het risico dat hij/zij hiervan de dupe is (niet-uitbetaling GVVH's uitgereikt tijdens schorsing, geen erkenning arbeidsongeschiktheid omdat het medisch attest van een geschorste zorgverstrekker komt, geen terugbetaling van voorgeschreven medische verstrekkingen enz..). Het is voor de sociaal verzekerde ook heel moeilijk om zijn geld te recupereren van de zorgverstrekker. De sociaal verzekerde wordt omwille van GDPR-redenen (voor de gesanctioneerde arts) niet geïnformeerd waarom er geen terugbetaling is.</p>
Type zorgverstrekker	Geschorste/gesanctioneerde zorgverstrekkers
Te verwachten resultaat	Systematische proactieve opvolging van de geschorste/gesanctioneerde zorgverstrekker met een gestructureerde samenwerking tussen de verschillende actoren.
Timing	Te verduidelijken door de projectgroep.

Benodigde middelen DGEC, DAC, NIC, DGV, FOD VG (DGGS/Cel controle gezondheidszorgbeoefenaars /Federale toezichtscommissie)

Noodzakelijk is het aanleveren van goede en correcte informatie: enerzijds vanuit de databanken van de FOD Volksgezondheid en de dienst Geneeskundige Verzorging, anderzijds een snelle en accurate informatie vanwege de verzekeringsinstellingen. Dit veronderstelt verdere investeringen in eGezondheidsprogramma's. De FOD en het RIZIV zullen gezamenlijk werken aan de ontwikkeling van een interdepartementaal portaal voor de gezondheidszorgbeoefenaars. Dit portaal zal verschillende portalen integreren waardoor de interactie en de communicatie met de zorgverstreker wordt vergemakkelijkt en verzekerd.

6.2 Opvolging grensoverschrijdende fraude

Samenwerking FOD VG – DGEC

Probleemstelling Als partners binnen het European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN) willen de FOD VG en het RIZIV meewerken aan de preventie en bestrijding van de grensoverschrijdende fraude in de sector van de gezondheidszorg waarbinnen een reeks acties werden opgezet.

Een van de drie samenwerkingsthema's betreft de uitwisseling van informatie over gesanctioneerde zorgverleners wanneer zij een beroepserkenning in een andere lidstaat aanvragen.

Type zorgverstrekkers Buitenlandse zorgverstrekkers die in België werken.

Te verwachten resultaat Systematisch uitwisselen en opvolgen van de ontvangen informatie.

Gezamenlijk detectie- en controlebeleid.

Budgettaire impact in de gezondheidszorg.

Timing Te verduidelijken door de projectgroep

Benodigde middelen DGEC, FOD VG (DGGS/Cel controle gezondheidszorgbeoefenaars)

Deelname aan de EHFCN bijeenkomsten.

Versterken samenwerking door een systematische uitwisseling van gegevens.

7. Covid-gerelateerde fraude

7.1 Tandartsen (en desgevallend andere zorgverstrekkers)

Samenwerking	IMA – NIC – VI – DGEC- DGV
Probleemstelling	Op de vergadering Dentomut van donderdag 19 november 2020 werd naar aanleiding van de voorstelling van de gepresteerde uitgaven t.e.m. juni 2020, waaruit een zware daling van activiteit in de maanden maart, april en mei bleek, door de tandartsenbank voorgesteld na te gaan wie in die maanden nog altijd een ‘normale’ activiteit vertoonde volgens de facturatiegegevens en of dit wel degelijk een ‘reële’ activiteit betrof (buiten de georganiseerde urgentiepermanenties). De CAFC zal ook meewerken aan de controle van andere premies aan zorgverstrekkers, bv de premies uitgekeerd door de gemeenschappen en gewesten.
Type zorgverstrekkers	Tandartsen en desgevallend andere zorgverstrekkers
Te verwachten resultaat	Terugvordering van de veroorzaakte uitgaven door onnodige zorg + daling uitgaven door preventieve bewustmaking.
Timing	Analyse gepland 2 ^e semester 2021.
Benodigde middelen	Analysecapaciteit IMA. Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen tandartsen en patiënten door experts VI’s. Coördinator NIC datamining voor aanschrijfactie outliers en opvolging antwoorden. Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.

8. Betrokkenheid en responsabilisering verzekerden en zorgverstrekkers

Verzekerden informeren en betrekken door toegang te geven tot hun eigen facturatiegegevens.

Zorgverstrekkers opvolgen via hun portfolio in uitvoering van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (kwaliteitswet) en de mogelijkheid geven doelmatig te handelen op basis van hun eigen facturatiegedrag (t.o.v. hun groep) en eerder uitgevoerde onderzoeken bij hun patiënten.

8.1 Toegang tot eigen facturatiegegevens voor verzekerden

Samenwerking	DGV – DGEC – NIC - VI
Probleemstelling	Als sociaal verzekerden zicht krijgen op wat op hun naam wordt aangerekend, hebben ze meer begrip over de kost van bepaalde prestaties en kunnen ze reageren indien bepaalde prestaties onterecht werden aangerekend.
Type	Sociaal verzekerden
Te verwachten resultaat	Toegang voor verzekerden tot begrijpelijke facturatiegegevens
Timing	Te verduidelijken door projectteam – 2022-23
Benodigde middelen	Voorstel VI-NIC Technische ontwikkeling + uitrol

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

Samenwerking	FOD VG - DGV – DGEC
Probleemstelling	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Er is nood aan een geformaliseerde samenwerking tussen de federale diensten teneinde het controlebeleid van de Toezichtscommissie te ondersteunen.</p>

Type	Zorgverstrekkers
Te verwachten resultaat	Impact op budget geneeskundige verstrekkingen vanwege het hogere aantal controles.
Timing	Te verduidelijken door de projectgroep
Benodigde middelen	DGEC, DAC, NIC, DGV, FOD VG (DGGS/Cel controle gezondheidszorgbeoefenaars /Toezichtscommissie) en FAGG. Deelname aan stuurgroep Toezichtscommissie – programma uitvoering Kwaliteitswet. Deze stuurgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de FOD VG en het RIZIV.

8.3 Overzicht eigen facturatiegegevens voor zorgverstrekkers

Samenwerking	DGV – DGEC
Probleemstelling	<p>Als we van zorgverleners verwachten dat ze hun verantwoordelijkheid opnemen in het doelmatig gebruik van middelen, is het essentieel dat ze toegang hebben tot hun eigen facturatiegegevens in vergelijking met een vooraf bepaalde norm (voor specifieke verstrekkingen) en/of in vergelijking met een gelijkaardige groep zorgverleners.</p> <p>Hierbij is het bovendien belangrijk dat er een verantwoordingsplicht is bij de zorgverlener zodat er bij eventuele afwijkingen van een norm en/of groep door de zorgverlener wordt verantwoord waarom die afwijking er is. Indien deze vereiste deel uitmaakt van de vereiste onderdelen van de portfolio kan bovendien een procedure worden opgestart indien de motivering uitblijft of niet voldoet.</p>
Type	Zorgverstrekkers
Te verwachten resultaat	<p>Systematisch jaarlijks ter beschikking stellen van facturatieprofielen (via een bestaand platform, evtl MyRiziv).</p> <p>Progressief opmaken van normen.</p> <p>Progressief samenstellen van groepen.</p> <p>Integratie van de verantwoording van afwijking in het kader van de portfolio.</p>
Timing	Technische analyse van de haalbaarheid om systematisch profielen ter beschikking te stellen via MyRiziv (eind 2022).

2023-2024: opmaak eerste groepen en normen.

Benodigde middelen

ICT: bestaande facturatiegegevens ter beschikking stellen van zorgverstrekkers.

9. Audit ziekenhuizen

Het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG) hebben in co-governance Eenheid Audit Ziekenhuizen opgericht. Die voert thematische audits uit in de ziekenhuizen om de doelmatigheid van de gezondheidszorg en een optimaal gebruik van de beschikbare middelen te verhogen.

De algemene doelstellingen van de Eenheid Audit Ziekenhuizen zijn:

- verbeteren van de kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening aan de burger
- optimaliseren van de besteding van de overheidsmiddelen.

Die doelstellingen zijn verankerd in belangrijke bestuursdocumenten.

- Zo stond de maatregel om systematisch audits van ziekenhuizen uit te voeren al in het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017 en het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020.
- In het kader van de 'Redesign van de gezondheidszorgadministraties' is de maatregel dan als een prioritair samenwerkingsdomein met concrete gezamenlijke engagementen gedefinieerd in de zogenaamde 'Gemeenschappelijke sokkel':
 - o van de bestuursovereenkomsten van het RIZIV en van de FOD Volksgezondheid
 - o van het Strategisch plan van het FAGG.

9.1 Totale heupprothese

Samenwerking	FOD VG - RIZIV – FAGG
Probleemstelling	<p>In het kader van doelmatigheid van zorgen nagaan in hoeverre de praktijk in België afwijkt van intra-nationale (OESO referentie) en nationale standaarden bij het plaatsen van heupprothesen.</p> <p>Er moet ook nagegaan worden in welke mate de internationale richtlijnen (bv. de latentie tussen opname et interventies bij breuken, bloedverbruik, antibioticabeleid, ...) gerespecteerd worden.</p>
Type	De overheid, ziekenhuizen, de patiënt, alle gezondheidswerkers betrokken in het zorgtraject.
Te verwachten resultaat	Audit rapport + desgevallend verbetertrajecten en aanbevelingen
Timing	2021 - 2022
Benodigde middelen	Ad hoc samenwerking met de verschillende actoren in de gezondheidszorg.

9.2 Gebruik van de revalidatiediensten in acute ziekenhuizen

Samenwerking	FOD VG - RIZIV – FAGG
Probleemstelling	<p>Gebruik van revalidatiebedden (610, 620 en 630) in het kader van acute ziekenhuisomgeving. Wat zijn de patiëntenprofielen in de Sp-bedden (locomotorisch...) en hoe worden de zorgresultaten gemeten?</p> <p>Voor welke andere doeleinden worden de revalidatieafdelingen gebruikt dan voor de klinische behandeling van patiënten?</p>
Type	Ziekenhuizen
Te verwachten resultaat	Audit rapport en desgevallend verbetertrajecten en aanbevelingen formuleren
Timing	2022 - 2023
Benodigde middelen	Ad hoc samenwerking met de verschillende actoren in de gezondheidszorg.

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

Samenwerking	FOD VG - RIZIV – FAGG
Probleemstelling	<p>Is de beoogde shift gerealiseerd? Hebben de aanbevelingen van het KCE-rapport (2010) een gedragswijziging met zich meegebracht?</p> <p>Is er nog marge voor meer doelmatige aanwending van het budget?</p>
Type	Ziekenhuizen
Te verwachten resultaat	Audit rapport, desgevallend verbetertrajecten, tweejaarlijkse opvolging
Timing	2022 - 2023
Benodigde middelen	Ad hoc samenwerking met de verschillende actoren in de gezondheidszorg.

10. Analyses

Nog uit te voeren analyses die zullen worden besproken in de CAFC.

10.1 Analyse 1: Beeldvorming ingrepen onder scopie

Samenwerking	IMA – NIC – VI – DGEC
Probleemstelling	Bij ingrepen onder scopie mag er geen afzonderlijke beeldvorming aangerekend worden (er is geen afzonderlijk nummer voor scopie). Bepaalde ziekenhuizen/diensten zouden evenwel systematisch op de dag van de ingreep een RX van de wervelzuil attesteren.
Type zorgverstrekkers	Ziekenhuizen
Te verwachten resultaat	Verdere acties te bepalen in functie van de uitgevoerde analyses
Timing	Tegen einddatum Actieplan
Benodigde middelen	Analysecapaciteit IMA. Interpretatie resultaten data analyse en antwoorden ziekenhuizen door expertsen VI's. Coördinator NIC datamining voor aanschrijving ziekenhuizen-outliers en opvolging antwoorden. Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.

10.2 Analyse 2: Facturatie A en C honorarium in spoedgevallendiensten

Samenwerking	IMA – NIC – VI – DGEC
Probleemstelling	Aanrekenen C honorarium ondanks het feit dat geen bijkomende arts geconsulteerd werd. Analyse van de situatie voor en na de interpretatieregel in dit verband.
Type zorgverstrekkers	Verrichtingen verstrekt in spoedgevallendienst van ziekenhuizen
Te verwachten resultaat	Indien de resultaten van de 4 onderstaande punten behaald worden is de doelstelling bereikt. Weliswaar met dien verstande dat in een tweede tijd de conclusies kunnen resulteren in diverse acties. <ol style="list-style-type: none">1. Vaststellen van praktijkvariaties omtrent de “C-honoraria” op zich2. Vaststellen van het aantal, massa,... van de “C-honoraria” in relatie met de “A-honoraria”

3. Nagaan in welke ziekenhuizen de “C-honoraria” geattesteerd worden door een andere arts dan de spoedarts maar waarbij deze 2 artsen tot dezelfde disciplines behoren
4. Nagaan in welke mate en in welke ziekenhuizen er een C-honorarium wordt geattesteerd zonder A-honorarium

Timing	Tegen einddatum Actieplan
Benodigde middelen	<p>Analysecapaciteit IMA.</p> <p>Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen ziekenhuizen door expertsen VI's.</p> <p>Coördinator NIC datamining voor aanschrijven outliers en opvolging antwoorden.</p> <p>Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.</p>

10.3 Analyse 3: Neonatale zorg

Samenwerking	IMA – NIC – VI – DGEC
Probleemstelling	<p>Data-analyses verricht door het IMA tonen een grote impact van de corona-crisis op het aantal ziekenhuisopnames op de neonatale zorgsectie. De daling in ziekenhuisopnames op zowel de niet-intensieve als intensieve neonatale diensten is opvallend, zowel tijdens de Covid-19 pieken als in de tussenperiodes.</p> <p>Indien deze daling niet gepaard gaat met een verhoging van de perinatale mortaliteit en morbiditeit, doet dit vermoeden dat er voor de corona-crisis een mogelijke overconsumptie plaatsvond in de neonatale zorg.</p>
Type zorgverstrekkers	Ziekenhuizen met diensten neonatale zorg
Te verwachten resultaat	<p>Verdere acties te bepalen in functie van de uitgevoerde analyses.</p> <p>Aanschrijven door NIC datamining van outliers-ziekenhuizen voor navraag van eventuele verklarende factoren voor outlier-gedrag en bij gebrek daaraan doorverwijzen naar DGEC.</p>
Timing	Einddatum Actieplan
Benodigde middelen	<p>Analysecapaciteit IMA.</p> <p>Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen ziekenhuizen door expertsen VI's.</p>

Coördinator NIC datamining voor aanschrijven ziekenhuizen-outliers en opvolging antwoorden.

Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.

10.4 Analyse 4: Opvolging bezoeken ROB RVT

Samenwerking	IMA – NIC – VI – DGEC
Probleemstelling	In een vroeger onderzoek van het NIC Datamining & Controle werd bevonden dat heel wat huisartsen hun bezoeken bij patiënten in ROB/RVT niet correct attesteerden.
Type zorgverstrekkers	Huisartsen
Te verwachten resultaat	De bedoeling zou zijn om dit onderzoek opnieuw uit te voeren om de impact van de eerste analyse te evalueren. Outliers zullen aangeschreven worden en/of overgemaakt worden aan de DGEC.
Timing	Einddatum Actieplan
Benodigde middelen	Analysecapaciteit IMA. Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen huisartsen en patiënten door experts VI's. Coördinator NIC datamining voor aanschrijven outliers en opvolging antwoorden. Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.

10.5 Analyse 5: Verloskunde

Samenwerking	IMA – NIC – VI – DGEC
Probleemstelling	Zeer grote spreiding en praktijkvariatie in % sectio's en tocolyse
Type zorgverstrekkers	Ziekenhuizen, gynaecologen/verloskundigen en pediaters
Te verwachten resultaat	Verdere acties te bepalen in functie van de uitgevoerde analyses
Timing	Einddatum Actieplan
Benodigde middelen	Analysecapaciteit IMA.

Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen huisartsen en patiënten door experts VI's.

Coördinator NIC datamining voor aanschrijven outliers en opvolging antwoorden.

Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.

3. Kwaliteitsvolle en toegankelijke 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. De eenduidigheid, de kwaliteit en een snelle en gebruiksvriendelijke toegang van deze gegevens zijn hierbij cruciaal. Dit is een vervolg van het actieplan Handhaving 2018-2020.

3.1 Gegevensuitwisseling en beheer

De acties met betrekking tot data zijn een vervolg van eerdere acties van het RIZIV en vorige Actieplannen. Ze kaderen in een ruimere data-strategie op RIZIV-niveau.

3.2 Kwaliteit van de facturatiegegevens van de verzekeringsinstellingen

Auteur: DGEC	
Vorstel kadert in: <input type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Organiseren van een werkgroep "Data Kwaliteit" tussen het RIZIV-DGEC en vertegenwoordigers van het NIC en het IMA, om anomalieën in de gegevens te corrigeren en om aanpassingen ten behoeve van de data kwaliteit en het efficiënte gebruik te laten doorvoeren.
Definition of done	Het betreft hier een evolutief project om stap voor stap de kwaliteit van de gegevens te verbeteren. Enkele voorbeelden zijn: <ul style="list-style-type: none">- uniforme boeking van correcties en regularisaties- interpreteerbaarheid van records met bedrag € 0,0 (o.a. laagvariabele zorg)- feedback over onmogelijke/incongruente waarden in bepaalde zones- volledigheid van de Populatie-gegevens Naarmate andere onduidelijkheden aan het licht komen tijdens analyses van het RIZIV zullen deze worden besproken in de werkgroep.
Doelgroep	Het heeft betrekking op alle VI, het NIC en het IMA.
Toelichting van de actie en motivering	De voornaamste doelstellingen zijn het verbeteren van de data kwaliteit en het efficiëntere gebruik van de beschikbare gegevens opdat het RIZIV-DGEC betere en meer precieze analyses en controle-onderzoeken kan uitvoeren.
Financiële situering	Geen direct financiële impact, m.u.v. de werklast
Procedure	Er zal periodiek (trimestrieel bv.) een overleg plaatsvinden tussen het RIZIV-DGEC en het NIC en het IMA. Hierop zal het RIZIV-DGEC op basis van uitgevoerde gegevensanalyses voorstellen ter verbetering formuleren waartoe het NIC / IMA zich engageert om deze te corrigeren tegen een bepaalde afgesproken tijdstip. Daarnaast kunnen er ook andere ideeën ter verbetering besproken worden.
Planning	De mijlpalen zullen per te verbeteren punt bepaald en vastgelegd worden in de werkgroep. Deze werkgroep zal een continue karakter hebben die periodiek zal plaatsvinden (+/- trimestrieel). De werklast omvat enerzijds de voorbereiding en deelname aan de werkgroep (1x/trimester voor vertegenwoordigers van het NIC, het IMA en het RIZIV-DGEC) en

	anderzijds de werkzaamheden voor de analyse van de data kwaliteitsproblemen (RIZIV-DGEC), voor het uitwerken van een oplossing voor deze problemen (NIC) en voor het testen van de voorgestelde oplossingen (RIZIV-DGEC).
Beoogde financiële impact	Niet van toepassing
Benodigde middelen en samenwerking	Naast hetgeen hierboven reeds beschreven is, met nadruk op een constructieve samenwerking tussen de verschillende partners, zullen de kwaliteit van de gegevensanalyse en de kwaliteit van de oplossingen aangeleverd door het NIC, het IMA en de (ICT diensten) van de VI de belangrijkste succesfactoren zijn voor het bereiken van de doelstellingen.
Bijkomende opmerkingen	/

3.3 Verkorten facturatietermijn (digitaal en GVVH)

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in:	
<input type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Wetswijziging om het laattijdig bezorgen van attesteringsdocumenten te verminderen: <ul style="list-style-type: none"> - Wettelijke termijn van digitale facturatie beperken tot maximum 3 maanden na de prestatie maand met mogelijkheid tot stuiten mits motivering - Beperking uitbetaling GVVH aan verzekerden tot 6 maanden na de prestatiedatum
Definition of done	Publicatie B.S. aanpassing art. 174 GVVU-wet + KB per sector
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> - Externe stakeholders: VI, IMA - RIZIV-diensten: <ul style="list-style-type: none"> o DGV: Actuarieel, Cel doelmatige zorg o DGEC: sociale inspecteurs, Audit Ziekenhuizen - -Indirect: sociaal verzekerden
Toelichting van de actie en motivering	<p>Snelle toegang tot facturatiegegevens van de gezondheidszorgen is essentieel. Facturatie gebeurt meer en meer digitaal.</p> <p>Een kortere termijn tussen prestatie en facturatie komt zowel RIZIV-diensten als externe stakeholders ten goede: opvolging budget en tendensen, impactmetingen. Snellere facturatie vergemakkelijkt controle en bemoeilijkt fraude. Deze wetswijziging zal de daadkracht van de DGEC op het vlak van de controle- en evaluatiebevoegdheden verhogen zodat de financiële middelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging correct worden besteed.</p> <p>Deze aanpassingen van het wetgevend kader zijn ook bijzonder nuttig voor het inkorten van de overgangperiode bij invoering van de nieuwe nomenclatuur (gelijklopende facturatiesystemen tussen 'oude' en nieuwe nomenclatuur zo kort mogelijk maken).</p> <p>In verband met de uitbetalingstermijn GVVH aan verzekerden: bij een data-analyse verricht op facturatiegegevens van tandartsen bleek bij het gebruik van GVVH de termijn tussen de prestatiedatum en de ontvangstdatum VI slechts bij 1,7 % van de gevallen > 1 jaar, bij 5,5 % was de termijn > 6 maanden, bij 13,3 % was de termijn > 3 maanden (contante betaling/GVVH kwam voor bij 81,66 % van de onderzochte prestaties tandverzorging).</p>
Financiële situering	Als essentieel onderdeel van de inspectieactiviteiten heeft dit project een indirecte financiële impact op voorkomen uitgaven. Budgetdaling.
Procedure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wetswijziging formuleren en voorstellen aan de minister: <ul style="list-style-type: none"> o Derdebetaler: aanpassing art 174 laatste lid om het mogelijk te maken termijnen aan te passen via KB (reeds ingediend via Wet diverse bepalingen)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ GVVH: beperking uitbetaling GVVH aan verzekerden tot 6 maanden na de prestatiedatum 2. Derdebetaler: Advies AOC's en Verzekeringscomité over voorstel om termijn facturatie in derdebetaler te beperken tot 3 maanden (cfr. facturatie thuisverpleegkundigen Akkoord MyCareNet 1 maand na prestatie) GVVH: advies NIC 3. Opmaak KB's
Planning	Cfr ontwerp tekst bestuursovereenkomst 2021 – art 40: De DGEC verbindt zich ertoe om de voorbereidende teksten van alle hierboven vermelde wetsaanpassingen ter goedkeuring/ ter informatie voor te leggen aan het directiecomité. Streefdatum: 30/06/2021.
Werklast	
Beoogde financiële impact	Als essentieel onderdeel van de inspectieactiviteiten heeft dit project een indirecte financiële impact op voorkomen uitgaven. Budgetdaling.
Benodigde middelen en samenwerking	
Bijkomende opmerkingen	

4. Onrechtmatige financiële drempels die de toegang tot zorg beperken

Sommige onrechtmatige aanrekeningen zorgen bovendien voor een bijkomende financiële drempel in de toegang tot zorg. Deze inbreuken dienen preferentieel te worden aangepakt.

4.1 Supplementen aangerekend door geconventioneerde zorgverstrekkers

Auteur: DGEC	
Voorstel kadert in:	
<input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Honorariumsupplementen door (partieel) geconventioneerde zorgverstrekkers
Definition of done	<ul style="list-style-type: none"> - - Gestandaardiseerd en efficiënt beheer van het probleem - - Strenger rechtskader voor overtreders - - Ervoor zorgen dat dit striktere kader niet leidt tot een verschuiving naar "verdoken" supplementen
Doelgroep	Alle (partieel) geconventioneerde zorgverstrekkers
Toelichting van de actie en motivering	<ul style="list-style-type: none"> - Toenemend aantal klachten in verband met de vraag naar supplementen door geconventioneerde verstrekkers. - Onmogelijkheid om in te gaan op het verzoek van klagers (geen toereikende middelen voor onderzoek en vaststellingen (zowel menselijk als juridisch)) - Geen wettelijk kader dat verstrekkers motiveert om de conventies na te leven - Geen doeltreffendheid van de huidige maatregelen
Financiële situering	<ul style="list-style-type: none"> - Onmogelijk om het betrokken bedrag te kennen omdat het niet systematisch in de facturatiegegevens wordt vermeld
Procedure	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluatie van het probleem door IMA/NIC voor het bedrag - Inzameling van klachten door het NIC voor de grond van de zaak - Voorstel voor een werkmethode wanneer een klacht wordt ingediend.... op DGEC-niveau, op VI-niveau; De klacht centraal behandelen (NIC? IMA?) Wie doet wat? wanneer? Definitie van een duidelijke procedure binnen het huidige rechtskader. - Voorstel voor strengere sancties voor elke prestatie? en op basis van welk bewijs? - Voorstel om de wet te veranderen met onmiddellijk verlies van sociaal statuut bij de eerste klacht.....?
Planning	
Beoogde financiële impact	
Benodigde middelen en samenwerking	VI, NIC datamining, IMA, DAC, DU, overeenkomstencommissies en medicomut
Bijkomende opmerkingen	

4.2 Facturatie pseudocodes 960 in ziekenhuizen

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in:	
<input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Aanrekenen van honorariumsupplementen door een interne pseudocode of een pseudocode 960 in ziekenhuizen Niet respecteren van de omzendbrief 2007/18 (verduidelijkt de context waarin 960 nummers gebruikt mogen worden) – Opgenomen in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen (2020) Niet respecteren van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, art. 35 § 4 Voorbeeld : kost van de elektroden voor een monitoring, kost van het gebruik van een stethoscoop voor een raadpleging, sedatie uitgevoerd door een stomatoloog, ...
Definition of done	<ul style="list-style-type: none"> - Bepalen van een strikter kader voor het gebruik van alle pseudocodes - Als de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 35 <p>§ 4. [Behoudens een andersluidende bepaling in of krachtens deze wet dekken de honoraria alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de uitvoering van de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen].</p> <p>van toepassing is, gemakkelijk een vaststelling kunnen opmaken, ten laste leggen,, en/of een terugbetaling eisen en/of sancties opleggen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ervoor zorgen dat dit niet leidt naar andere “verborgen supplementen”
Doelgroep	Alle zorgverstrekkers en meer bepaald de ziekenhuizen
Toelichting van de actie en motivering	<p>Een groeiend aantal klachten Geen mogelijkheid om te antwoorden op de vraag van de klachtgevers. Geen doeltreffendheid in de aanmaningen van de DGEC Geen strikt wettelijk kader De veelvoud aan pseudocodes, per honderden...</p>
Financiële situering	<ul style="list-style-type: none"> - Medicomut akkoord 2020 schat deze supplementen in ziekenhuismilieus tot 100 à 200 miljoen/jaar - We denken dat dit een zeer minimalistische inschatting is.
Procedure	<p>Kennis van het terrain en van de gebruikte pseudocodes/analyse bij de ziekenhuizen is lopende (DGEC) “Zichtbare” beoordeling van de problematiek door het IMA, het NIC (financieel aspect) Of door de ziekenhuizen zelf... Doorgedreven analyse van de gebruikte codes Samenstelling van een werkgroep is voorgesteld, zich verzekeren van de uitvoering en de opvolging van deze werkgroep Voorstel van een strikt wettelijk kader Sancties bij het niet-respecteren Sanctie invoeren bij de niet-toepassing van het art. 35 § 4</p>
Planning	Verzoek aan de ziekenhuizen voor formulering van de huidige pseudocodes
Beoogde financiële impact	
Benodigde middelen en samenwerking	DGEC, IMA, NIC datamining, DGV, CTM, overeenkomstencommissies en medicomut
Bijkomende opmerkingen	

5. Structurele preventie van administratieve fouten, misbruik en fraude

Uit een aantal controles op nationaal niveau (DGEC opdrachten) het afgelopen jaar blijken herhalingen van inbreuken voor te komen die te complex zijn om louter via regelgeving aan te pakken. De bedoeling is om samen met de andere actoren te zoeken naar acties die dit op een structurele wijze kunnen voorkomen.

5.1 Lezing e-ID

Auteur: RIZIV	
Voorstel kadert in: <input type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Verzekeren van fraudebestendige elektronische facturatie in overeenstemming met reglementering.
Definition of done	Lezing eID: <ul style="list-style-type: none"> - Uitrol van verplichte lezing eID in ziekenhuizen vanaf 01/01/2024, vaststelling planning voor tandartsen en modaliteiten voor apothekers en kinesitherapeuten. - Analyse van de mogelijkheid om een eHealth timestamping te voorzien voor elke lezing eID. - Voorzien in een fraudebestendige patiëntidentificatie in het kader van verstrekkingen op afstand.
Doelgroep	Zorgverleners die elektronisch factureren alsook producenten van softwarepakketten.
Toelichting van de actie en motivering	Naarmate er steeds meer elektronisch wordt gefactureerd binnen de verplichte ziekteverzekering, moeten acties worden ondernomen om het aantal fictieve prestaties zoveel als mogelijk te beperken.
Financiële situering	De beoogde maatregelen inzake fraudebestrijding moeten het aantal fictieve prestaties beperken.
Procedure	Om fictieve prestaties te beperken, zal de verplichte lezing E ID verder worden uitgerold naar andere sectoren toe. Er zal ook worden bekeken hoe er kan worden voorzien in een fraudebestendige patiëntidentificatie in het kader van verstrekkingen op afstand. Er bestaat een verhoogd risico op fictieve prestaties in het kader van verstrekkingen op afstand met als gevolg dat er functionele en technische normen zullen moeten worden bepaald inzake identificatie van de zorgverlener en de patiënt in het kader van de erkenning van de technologie die zal worden gebruikt en erkend voor deze verstrekkingen. Bovenop de verdere uitrol van de maatregel lezing E ID, zal, samen met eHealth, worden onderzocht of het haalbaar is om de niet falsifieerbaarheid van de lezing E ID te versterken na risico-analyse door het RIZIV. De mogelijke pistes voor verbetering zullen in samenspraak onderzocht worden.
Planning	De actie zal worden uitgevoerd over verschillende jaren met tussentijdse semestriële evaluaties. De verplichte lezing E ID zal prioritair worden uitgerold bij de tandartsen, ziekenhuizen, apothekers en kinesitherapeuten.
Werklast	Voor Jurreg/BBO/Actua: -Verder zetting van de uitvoering van de planning lezing eID in de betrokken AOC en CIV. -Voorzien van overleg met eHealth over de beoogde mogelijkheid om een eHealth time stamping te koppelen aan elke lezing van eID.

	Voor Jurreg/BBO/dir med: verdere opvolging van de werkgroepen teleprestaties opdat de identificatie van zowel patiënten als zorgverleners op een adequate wijze wordt georganiseerd voor de uitrol van teleprestaties.
Beoogde financiële impact	Doordat de maatregel fraude bemoeilijkt, wordt een besparing gerealiseerd.
Benodigde middelen en samenwerking	Samenwerking is vereist van diverse actoren: eHealth, NIC, VI's, RIZIV, zorgverleners, softwarebedrijven, FOD Financiën, FOD Volksgezondheid, patiëntenorganisaties.
Bijkomende opmerkingen	

5.2 Flankerende maatregelen opheffen verbod derdebetalers

Auteur: RIZIV	
Voorstel kadert in: <i>(aankruisen wat van toepassing is)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Flankerende maatregelen om opheffing verbod op derdebetalers voor bepaalde prestaties van artsen, tandartsen en logopedisten in de beste omstandigheden te realiseren.
Definition of done	<p>Voorzien in de nodige ontwikkelingen opdat de ziekenfondsen via de ledenaccounts de verzekerden informeren over de verstrekkingen die op hun naam werden aangerekend in derdebetalers.</p> <p>Overeenstemming van softwarepakketten met reglementering inzake derdebetalersregeling en bewijsstuk voor de patiënt. Versterken van de controle op de aflevering van bewijsstukken aan de verzekerden en garanderen dat de aflevering van deze bewijsstukken steeds is voorzien in de softwarepakketten.</p> <p>Zorgverleners die elektronisch factureren in derdebetalers lezen de eID van de patiënt in (zie fiche 'Lezing eID').</p> <p>Inkorting verjaringstermijnen voor uitbetaling van bepaalde verstrekkingen die worden aangerekend in derdebetalers.</p> <p>Verfijning van het kader en de precieze omstandigheden waarin het wel of niet gerechtvaardigd is voor ziekenfondsen om uitbetaalde sommen te recupereren bij zorgverleners.</p>
Doelgroep	Artsen, tandartsen, logopedisten, ziekenfondsen (en Nationaal Intermutualistisch College) en softwarepakketten.
Toelichting van de actie en motivering	<p>Het Verzekeringscomité gaf op 14 december 2020 een positief advies over het voorstel om het principiële verbod op toepassing van de derdebetalersregeling voor bepaalde prestaties van artsen, tandartsen en logopedisten op te heffen.</p> <p>Dit verbod zal aldus worden geschrapt in de ZIV-reglementering.</p> <p>Om de voormelde opheffing van het verbod in de beste omstandigheden te realiseren, dringen de volgende flankerende maatregelen zich op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de uitrol van de voorwaarde om de eID van de patiënt in te lezen om een prestatie elektronisch te kunnen aanrekenen in derdebetalers (zie fiche 'Verzekeren van fraudebestendige elektronische facturatie in overeenstemming met reglementering') - het informeren door de ziekenfondsen van hun leden over de prestaties die op hun naam worden aangerekend in derdebetalers - het vaststellen van een kortere verjaringstermijn voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen wanneer die in derdebetalers worden aangerekend

	- het afspreken van duidelijke richtlijnen voor de ziekenfondsen voor de recuperaties die zij instellen in het kader van de derdebetalersregeling aangezien sommige recuperaties niet gerechtvaardigd lijken.
Financiële situering	De derdebetalersregeling betreft de uitbetalingsmodaliteit van de verplichte ziekteverzekering waarbij het ziekenfonds de tegemoetkoming rechtstreeks uitbetaalt aan de zorgverlener.
Procedure	Verordening m.b.t. generieke modaliteiten en modaliteiten per sector inzake elektronische identificatie van de patiënt in het kader van de elektronische derdebetalersregeling en koninklijk besluit om lezing eID te verplichten voor een welbepaalde sector Toevoeging door ziekenfondsen in online account van leden van prestaties die worden aangerekend in derdebetalen Opmaak van een omzendbrief t.a.v. VI's met richtlijnen inzake recuperaties die besproken wordt in alle akkoorden- of overeenkomstencommissies en verzekeringscomité Koninklijk besluit om verjaringstermijn voor te bepalen geneeskundige verstrekkingen in te korten in het kader van de derdebetalersregeling na advies van de bevoegde akkoorden- of overeenkomstencommissie of het verzekeringscomité als er geen bevoegde commissie bestaat
Planning	De uitrol van deze maatregelen is te aligneren op de timing waarin de opheffing van het verbod op derdebetalen zijn beslag zal krijgen in het Parlement
Werklast	Voor jurreg: -voorstellen van nota's in respectievelijk medico-mut, dento-mut en logo-mut m.b.t. de flankerende maatregelen en desgevallend benodigde ontwerp reglementering en/of uitvoering daarvan (bv. circulaires) -voorstellen van de finaal goedgekeurde flankerende maatregelen in het verzekeringscomité
Beoogde financiële impact	Door de voormelde flankerende maatregelen worden de risico's op verhoogde facturatie van niet-verrichte prestaties via een veralgemeend gebruik van derdebetalen volledig uitgesloten
Benodigde middelen en samenwerking	Samenwerking is vereist van verschillende actoren: NIC, VI's, RIZIV, zorgverleners, softwarebedrijven.
Bijkomende opmerkingen	

5.3 Voorkomen facturatiefouten op softwareniveau

Auteur: DGEC	
Voorstel kadert in: <input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Bevorderen van correcte facturatie en voorkomen facturatiefouten op softwareniveau.
Definition of done	Verbod op een automatische optimalisatie van facturatie in de softwarepakketten. In plaats van vooraf ingevulde optimalisatie zou men moeten streven naar een actieve handeling van de zorgverlener. Indien dit mee is opgenomen in de criteria voor erkende softwarepakketten kan dit als afgewerkt worden beschouwd
Doelgroep	Alle zorgverstrekkers die een elektronisch dossier hebben en elektronisch factureren
Toelichting van de actie en motivering	Individuele en nationale controledossiers tonen aan inbreuken gefaciliteerd worden door de softwarepakketten onder het mom van een service voor de gebruiker. Enkele concrete voorbeelden:

	<ul style="list-style-type: none"> - Niet-uitgevoerde verstrekkingen gefaciliteerd door de software. Bijvoorbeeld bij thuisverpleegkundigen: het invoeren van 2 technische verstrekkingen genereert automatisch 2 basisverstrekkingen ook al zijn de 2 verstrekkingen in 1 zitting gebeurd. Hierdoor kan er onterecht een 2^e basisverstrekking worden aangerekend. - Niet-conforme verstrekkingen gefaciliteerd door de software. Bijvoorbeeld bij huisartsen wordt het nomenclatuurnummer automatisch gekoppeld aan het uur dat er in het dossier gewerkt wordt. Indien de huisarts na de avondraadplegingen zijn huisbezoeken van overdag zou ingeven, worden er automatisch avondbezoeken gegenereerd en bij onoplettendheid ook gefactureerd. - Omzeilen van de identiteitskaartlezing door mogelijkheid opslaan info van de chip. <p>Het eHealth-platform heeft een homologatiesysteem van de softwarepakketten ingevoerd waarop het RIZIV zich tevens baseert om eventuele telematicapremies toe te kennen.</p> <p>Wat het basispakket betreft, maakt het eHealth-platform een lijst op met een aantal minimale voorwaarden voor de regels en functies die in het softwarepakket van de betrokken sector moeten worden geïmplementeerd (in samenspraak met de sector?). Het naleven en het opvolgen van de functies van de modules behoren daarentegen tot de verantwoordelijkheid van de toepassingen (RIZIV, NIC, FOD Volksgezondheid, ...), ook moduleverantwoordelijken genaamd. Het testen van deze criteria gebeurt door RAMIT (Research in Advanced Medical Informatics and Telematics vzw) en het rapport wordt overgemaakt aan eHealth. Het eHealth-platform neemt de beslissing over het al dan niet slagen voor de test.</p> <p>Wat het basispakket betreft, moet elk softwarepakket aan alle voorwaarden voor zijn sector voldoen. De interpretatie van de resultaten is dus eenvoudig: geslaagd of niet geslaagd. De interpretatie van de resultaten van de modules kan echter verschillen volgens de module. Dit wordt tevens bepaald door de moduleverantwoordelijke.</p> <p>Deze lijst met geslaagde softwarepakketten wordt dan aanvaard in de verschillende overeenkomstencommissies en werkgroepen. Het Riziv baseert zich op dit evaluatiesysteem om een eventuele telematicapremie toe te kennen. Het lijkt dan ergens logisch dat het Riziv enkele voorwaarden kan opleggen voor alle softwarepakketten in verband met correcte facturatie.</p>
Financiële situering	<ul style="list-style-type: none"> - Onterechte aanrekening van niet uitgevoerde verstrekkingen - Hoger nummer aanrekenen dan waar men in de praktijk recht op heeft
Procedure	Nood aan een generiek kader ivm de facturatieprocessen bij softwarepakketten en een mogelijke sanctie bij niet naleving van deze opgelegde generieke voorwaarden. De basiscriteria worden opgesteld door het eHealth de criteria van de bijkomende modules vallen dan weer onder verantwoordelijkheid van de toepassingen. Wat betreft de facturatieprocessen is dit één van de services van het NIC en kan dus enkel bij het door het NIC erkende software..
Planning	Analyse van mogelijke aanpassingen via homologatie van softwarepakketten waardoor foutieve facturatie vermeden wordt, correcte facturatie bevorderd wordt en toezicht op de regelgeving gefaciliteerd wordt (zoals toegang tot de logfile) Hiervoor moet men een zicht hebben op alle geldende criteria voor alle disciplines. Voorstel formuleren tot mogelijke aanpassingen en/of verbeterpunten van softwarepakketten
Beoogde financiële impact	Minder onterechte facturatie waardoor een gunstig financiële impact op het budget.
Benodigde middelen en samenwerking	eHealth in verband met de basiscriteria, en meer bepaald de generieke voorwaarden in verband met correcte facturatie en toezicht door VI en/of DGEC NIC voor de erkende softwareproducenten in verband met de facturatieprocessen DGV: sanctiemogelijkheden indien de softwareproducent verantwoordelijk is voor de foutieve facturatie
Bijkomende opmerkingen	

5.4 Forfaitarisering systematische technische prestaties tijdens raadpleging

Auteur: VI/NIC	
Voorstel kadert in: <input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Er bestaat een vermoeden dat er behoorlijk wat praktijkvariatie is tussen arts-specialisten wat betreft het (systematisch) combineren van hun ambulante consultaties met technische prestaties
Definition of done	Tegen 2022 S2 wordt de praktijkvariatie in kaart gebracht en werden er outliers ondervraagd. Eventueel kan een nomenclatuuraanpassing voorgesteld worden.
Doelgroep	Neurologen (EEG), oftalmologen, NKO-artsen, specialisten inwendige geneeskunde (ECG, echografieën of andere beeldvorming), gynaecologen (echo/beeldvorming) in ambulante setting
Toelichting van de actie en motivering	Er bestaat een vermoeden dat er behoorlijk wat praktijkvariatie is tussen arts-specialisten wat betreft het (systematisch) combineren van hun ambulante consultaties met technische prestaties (cf. actie DGEC cardiologen – nota CCMC 2020/003). We denken hier in de eerste plaats aan neurologen (EEG), oftalmologen, NKO-artsen, specialisten inwendige geneeskunde (ECG, echografieën of andere beeldvorming), gynaecologen (echo/beeldvorming), ... 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 arts-specialisten te confronteren met en te bevragen over hun eventuele outlier-gedrag. Aanpakken van en recupereren bij outliers zonder geldige verklaring.
Financiële situering	Moeilijk te voorspellen: zal afhangen van aantal outliers en hun verbruik waarvoor geen verklaring is.
Procedure	Analyse van IMA-data. Aanschrijven door NIC datamining van outliers artsen-specialisten voor navraag van eventuele verklarende factoren voor outlier-gedrag en bij gebrek daaraan doorverwijzen naar DGEC.
Planning	2022 S2
Beoogde financiële impact	De financiële impact is de terugvordering van de veroorzaakte uitgaven door onnodige zorg + daling uitgaven door preventieve bewustmaking.
Benodigde middelen en samenwerking	Analysecapaciteit IMA. Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen ziekenhuizen door experts VI's. Coördinator NIC datamining voor aanschrijven ziekenhuizen-outliers en opvolging antwoorden. Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.
Bijkomende opmerkingen	

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

Auteur: DGEC-DGV	
Voorstel kadert in:	
<input type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Faciliteren van het gebruik van de MyCareNet mandatering en verfijning in de regeling mbt het gebruik van interne facturatie documenten, opdat deze mandaatregeling systematisch kan worden toegepast in alle sectoren en dienstig kan zijn als adequaat en gebruiksvriendelijk substituut ter vervanging van de huidige groepsnummers bij facturatie doeleinden
Definition of done	<p>Er dient te worden voorzien in enkele actieverbintenissen opdat voor de toekomst, zowel door patiënten, zorgverleners, ziekenfondsen en controleinstanties, in alle gevallen transparant kan worden vastgesteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - welke zorgverlener welke prestatie heeft verricht <p>Actieverbintenis 1 = Verplichting voor gemandateerde facturerende derde om te beschikken over interne documenten waaruit blijkt dat de prestaties werden verleend, zodat het voor iedereen transparant is welke zorgverlener een verstrekking attesteert en wie vervolgens deze verstrekking voor rekening van de zorgverlener declareert/factureert aan het ziekenfonds.</p> <p>Actieverbintenis 2 = Voorzien van een helder onderscheid in het kader van de MyCareNet mandatering tussen de zorgverlener die de prestaties verleent en de derde die de prestaties factureert, door introductie van de systematische bevestiging of certificering door de presterende zorgverlener van de attestering van zijn verleende prestaties alvorens deze kunnen worden gefactureerd.</p> <ul style="list-style-type: none"> - wie voor rekening van die zorgverlener welke prestatie heeft gefactureerd aan het ziekenfonds: <p>Actieverbintenis 1 = Voorzien in mogelijkheid voor een zorgverlener om meerdere mandaathouders te kunnen aanwijzen voor de MyCareNet facturatie van zijn verstrekkingen, zodat dit instrument ook tegemoet komt aan de behoeften van zorgverleners op het terrein</p> <p>Actieverbintenis 2 = Voorzien in een systematisch en consequent gebruik van de MyCareNet mandatering over alle sectoren heen opdat steeds kan worden vastgesteld wie precies verantwoordelijk is voor de facturatie van deze of gene prestatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - wie concreet de fiscaal begunstigde is van de verzekeringstegemoetkomingen die worden uitbetaald door het ziekenfonds <p>Voortbouwend op de eerdere realisatie waarbij het KBO-nummer fungeert als sleutelement om uitbetalingen te verrichten, dient ook te worden voorzien in een link tussen het KBO-nummer en het bankrekeningnummer waarop het ziekenfonds uitbetaalt (bankrekeningnummer moet toebehoren aan KBO-nummer).</p> <p>Mogelijkheid voor zorgverleners om meer dan 1 mandaat te kunnen geven om te factureren via MyCareNet met registratie van de geldige mandaten en controle ervan door de ziekenfondsen.</p>

Doelgroep	Zorgverleners die elektronisch factureren
Toelichting van de actie en motivering	<p>Door een verplichte mandatering van de persoon die factureert (en registratie + controle van deze mandaten) aan de hand van interne documenten van de presterende zorgverlener, kunnen verantwoordelijkheden bij eventuele inbreuken eenvoudiger tot uiting worden gebracht.</p> <p>Door registratie en controle van het bankrekeningnummer waarop werd uitbetaald, ontstaat ook transparantie over de entiteit die de uitbetaling door de VI ontvangen heeft.</p> <p>Aldus kan met de voorgestelde proportionele aanpassingen worden bekomen dat zowel voor patiënten, ziekenfondsen, als controlediensten het steeds traceerbaar is:</p> <ul style="list-style-type: none"> - welke zorgverlener de prestaties heeft verricht, - wie desgevallend voor rekening van die zorgverlener de prestaties heeft gefactureerd, - en zo ja, of diegene die de prestaties factureerde daarvoor beschikte over een duidelijk mandaat van de presterende zorgverlener, - wie als innende instelling de verzekeringstegemoetkomingen heeft ontvangen, - of het opgegeven rekeningnummer ook correspondeert met de innende instelling.
Financiële situering	Transparante verificatie van de verschillende rollen en verantwoordelijkheden in de facturatieketen, zowel naar patiënten, zorgverleners, ziekenfondsen en controlediensten toe
Procedure	<p>Aanpassing MyCareNet reglementering (protocol van 17/03/2010 dat zal worden vervangen door een algemene verordening MyCareNet): voorzien van systematisch gebruik van MyCareNet mandatering</p> <p>Link tussen MyCareNet en de geregistreerde mandaten. Indien een rizivnummer niet gelinkt is aan een bepaald mandaat, kan de facturatie niet doorgaan.</p> <p>Er kan niet worden uitbetaald op een bankrekeningnummer dat niet toebehoort aan het KBO-nummer.</p> <p>Aanpassing van ZIV verordening van 28/07/2003 voor het systematisch gebruik van interne facturatie documenten</p>
Planning	<p>Aanpassing reglementering MyCareNet en ZIV verordening van 28/07/2003</p> <p>Link maken tussen mandaten en facturatie.</p> <p>Analyse van timing en van concrete technische aanpassingen voor het geven van meer dan één MyCareNet mandaat tegen eind 2022. Contact opnemen met de sectoren ivm concrete implicaties.</p>
Werklast	<p>Aansturen vanuit BBO/jurreg van overleg met o.a. eHealth, ziekenfondsen, controlediensten om de beoogde wijzigingen voor te stellen in de bevoegde overlegorganen waar onder CIV en CGV</p> <p>Aansturing en opvolging vanuit BBO/jurreg van de nodige technische ontwikkelingen bij eHealth en in MyCareNet</p>
Beoogde financiële impact	<p>Bescherming van de budgetten per sector door het uitsluiten of beperken van malafide facturatieconstructies</p> <p>Bevorderen van transparantie en traceerbaarheid bij het verrichten en aanrekening van prestaties ten behoeve van zorgverleners en patiënten.</p>
Benodigde middelen en samenwerking	<p>DGV: juridisch; Aanpassing reglementering MyCareNet en ZIV-verordening van 28/07/2003</p> <p>MyCareNet: enkel uitbetaling indien mandaat, juist bankrekeningnummer en (zoals reeds gerealiseerd) KBO nummer</p> <p>eHealth: mogelijkheid bieden om meer dan 1 mandaat te kunnen geven voor MyCareNet diensten. Analyse van timing en van concrete technische aanpassingen tegen eind 2022.</p> <p>Contact opnemen met de sectoren ivm concrete implicaties.</p> <p>FOD Financiën als owner van eMandate.</p>
Bijkomende opmerkingen	

5.6 Specifieke acties

5.6.1. Medische huizen

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in: <input type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Controle van medische huizen
Definition of done	Een overzicht van en afspraken met welke diensten onregelmatigheden kunnen onderzoeken en wettelijk de mogelijkheid creëren om bepaalde inbreuken daadwerkelijk ten laste te leggen. Ontwikkelen van een handhavingsbeleid voor de WGC dat inbreuken op zowel financieel vlak, op het attesteren van medische prestaties (voor zowel artsen, kinesisten als verpleegkundigen), op deontologische vlak, voor zorgcontinuïteit en op vlak van patiëntenselectie detecteert, controleert en sanctioneert.
Doelgroep	Wijkgezondheidscentra.
Toelichting van de actie en motivering	Recent had de commissie forfait te maken met fraude bij een aantal wijkgezondheidscentra. Daarom wordt voorgesteld om in overleg met de vertegenwoordigers in de OC, op basis van zuiver financiële informatie (balanscentrale NBB) nagaan in hoeverre gecontesteerde WGC (en de daaraan gelinkte thuiszorgdiensten) kunnen aangepakt worden.
Financiële situering	Moeilijk te voorspellen: zal afhangen van de vaststellingen
Procedure	Plan van aanpak zal bepaald worden met de vertegenwoordigers in de OC.
Planning	Duidelijke doelstelling bepalen en uitwerken stappenplan bij eerste vergadering van de werkgroep.
Beoogde financiële impact	De financiële impact is de terugvordering van de veroorzaakte uitgaven door onnodige zorg + daling uitgaven door preventieve bewustmaking.
Benodigde middelen en samenwerking	Samenwerking met OC en DGEC.
Bijkomende opmerkingen	

5.6.2. Fraudegevoeligheid teleconsultaties en digitale facturatie

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in: <input type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Tijdens de coronacrisis werden teleprestaties in het leven geroepen om verstrekkers de mogelijkheid te geven om patiënten op afstand te behandelen. Ook na de coronacrisis zal dit nieuw type prestaties blijven voortbestaan. Uit een preanalyse van het NIC Dataming & Controle op teleprestaties bij huisartsen, blijkt dat deze prestaties fraudegevoelig zouden kunnen zijn.
Definition of done	Tegen 2021 S1 zullen we op basis van het hieronder beschreven onderzoek aanbevelingen kunnen maken voor de definitieve implementatie van teleprestaties in de nomenclatuur.
Doelgroep	Alle verstrekkers die de mogelijkheid hebben om teleprestaties uit te voeren.
Toelichting van de actie en motivering	Het NIC Dataming & Controle heeft in 2020 reeds een analyse gedaan op de facturatie van teleconsultaties tijdens de covid-periode bij huisartsen. Een aantal outliers werden bevestigd en sommigen daarvan werden doorgestuurd naar de DGEC.

	<p>Deze analyse kan opnieuw uitgevoerd worden op alle verstrekkers die teleprestaties kunnen factureren op de tweede helft van 2020. Bovendien kan deze nog verfijnd worden. Enerzijds kan een analyse gemaakt worden van de(dag)workload teleconsultaties in combinatie met de fysieke consultaties/bezoeken van die verstrekkers. Anderzijds kan de overconsumptie van patiënten in kaart gebracht worden.</p> <p>Aangezien de kans groot is dat teleprestaties ook na de coronaperiode zullen blijven bestaan, is het belangrijk zoveel mogelijk op input te geven hierover (o.a. aan de hand van een analyse op facturatiegegevens).</p>
Financiële situering	Moeilijk te voorspellen: zal afhangen van aantal outliers en hun verbruik waarvoor geen verklaring is.
Procedure	<p>Analyse van IMA-data :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse per huisarts van de facturatie van teleconsultaties en nakijken wat de (dag)workload hiervan is samen met fysieke consultaties/bezoeken. 2. Patiënten detecteren met een groot verbruik aan teleconsultaties. 3. Aanschrijven door NIC data mining van outliers voor navraag van eventuele verklarende factoren voor outlier-gedrag en bij gebrek daaraan doorverwijzen naar DGEC.
Planning	2022 S1
Beoogde financiële impact	De financiële impact is de terugvordering van de veroorzaakte uitgaven door onnodige zorg + daling uitgaven door preventieve bewustmaking.
Benodigde middelen en samenwerking	<p>Analysecapaciteit IMA.</p> <p>Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen huisartsen en patiënten door experts VI's.</p> <p>Coördinator NIC datamining voor aanschrijven outliers en opvolging antwoorden.</p> <p>Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.</p>
Bijkomende opmerkingen	

6. Schorsing en schrapping van zorgverstrekkers

Gezamenlijke opvolging en duidelijke communicatie met verzekerden over schorsingen en schrappingen van zorgverstrekkers.

6.1 Zorgverstrekkers die geschorst zijn of wiens visum is ingetrokken

Auteur: DGECC	
Vorstel kadert in:	
<input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Geïntegreerde aanpak van zorgverstrekkers die geschorst zijn of wiens visum is ingetrokken.
Definition of done	Installatie van een systematische proactieve opvolging activiteiten tijdens schorsing door de verschillende actoren
Doelgroep	<p>Zorgverstrekkers, zoals bedoeld in de Gecoördineerde Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen en krachtens deze wet houder van een visum, die ondanks een intrekking van voornoemd visum (of voorwaarden op het behoud van het visum), toch actief blijven in de gezondheidszorg (in de zin van het verstrekken van zorgen en het voorschrijven ervan).</p> <p>Wat de artsen en de apothekers betreft, is bij wet geregeld dat naast het visum ook de inschrijving op de lijst van de Orde der artsen respectievelijk apothekers een voorwaarde is voor uitoefening. Met andere woorden, ook een sanctie vanwege de Orde kan gevolgen hebben op de 'licence to practice'.</p> <p>Ook in het kader van een vonnis uitgesproken door een rechter kan een beroepsverbod opgelegd worden.</p>
Toelichting van de actie en motivering	<p>Op basis van een vergelijking met andere Europese landen kan redelijkerwijs worden aangenomen dat ten minste 1% van de actieve beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg een probleem heeft dat een optreden van de Provinciale Medische Commissie vereist.</p> <p>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.</p> <p>Nu komen er ad hoc meldingen binnen en is er weinig overzicht op de gehele problematiek. Zijn de onterecht ingediende verstrekkingen uitbetaald? Zijn ze gerecupereerd? Is de schorsende instantie op de hoogte dat de zorgverlener zich niet aan de sanctie houdt? Zijn er stappen ondernomen?</p> <p>Daarnaast is het de bedoeling dat zorgverstrekkers zich ervan bewust zijn dat ze bij schorsing worden opgevolgd en dat er kort op de bal kan worden gespeeld.</p> <p>Voor de sociaal verzekerde is deze opvolging ook belangrijk. De sociaal verzekerde kan immers niet weten dat een zorgverlener geschorst is maar loopt hierdoor wel het risico dat hij hiervan de dupe is (niet-uitbetaling GVVH's uitgereikt tijdens schorsing, geen erkenning arbeidsongeschiktheid omdat het medisch attest van een geschorste zorgverlener komt, geen terugbetaling van voorgeschreven medische verstrekkingen enz..)</p>
Financiële situering	<p>Moeilijk te voorspellen: dit hangt af van het aantal zorgverstrekkers in overtreding en het aantal door hen verleende en voorgeschreven prestaties. Het aantal geschorste zorgverstrekkers of zorgverstrekkers van wie het visum is ingetrokken of onder voorwaarden werd geplaatst, is tot nu toe zeer beperkt (minder dan 100).</p> <p>Anderzijds zal de invoering van kwaliteitsvereisten ter controle van de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg onvermijdelijk leiden tot een toename van het aantal dossiers dat door de Toezichtcommissie moet worden behandeld.</p>
Procedure	Systematische proactieve opvolging van de geschorste zorgverstrekker met een gestructureerde samenwerking tussen de verschillende actoren
Planning	Afspraken met het NIC voor systematische rapportering activiteiten tijdens schorsing.

	Systematisch meedelen aan de schorsende instantie van activiteiten tijdens schorsing.
Beoogde financiële impact	Minder onterechte aanrekeningen door een geschorste zorgverlener.
Benodigde middelen en samenwerking	DGEC, DAC, NIC, DGV, FOD VG (DGGG/Cel controle gezondheidszorgbeoefenaars /Toezichtscommissie) Noodzakelijk is het aanleveren van goede en correcte informatie: enerzijds vanuit de databanken van de FOD Volksgezondheid en de dienst Geneeskundige Verzorging, anderzijds een snelle en accurate informatie vanwege de verzekeringsinstellingen. Dit veronderstelt verdere investeringen in eGezondheidsprogramma's. De FOD en het RIZIV zullen gezamenlijk werken aan de ontwikkeling van een interdepartementaal portaal voor de gezondheidszorgbeoefenaars. Dit portaal zal verschillende portalen integreren waardoor de interactie en de communicatie met de zorgverstreker wordt vergemakkelijkt en verzekerd.
Bijkomende opmerkingen	In het kader van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (Kwaliteitswet) wordt een Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg (Toezichtscommissie) opgericht. Deze Toezichtscommissie zal de toezichhoudende taken overnemen van de huidige Provinciale Geneeskundige Commissies. Dit is niet zozeer een sanctionerende instantie dan wel een orgaan dat de gezondheidszorgbeoefenaars ondersteunt bij het garanderen van een kwaliteitsvolle praktijkvoering door het geven van aanwijzingen onder de vorm van een verbeterplan op het ogenblik dat een schending van de kwaliteitsvereisten wordt vastgesteld. In een eerste fase zal de Toezichtscommissie worden uitgerold zoals beschreven in de Kwaliteitswet. In een tweede fase zal een deontologisch luik worden ingekanteld in deze Toezichtscommissie. De inwerkingtreding van de Kwaliteitswet wordt uitgesteld naar 1 juli 2022.

6.2 Opvolging grensoverschrijdende fraude

Auteur: FOD VG	
Voorstel kadert in:	
<input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude)	
<input checked="" type="checkbox"/> toegang tot de zorg	
<input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Grensoverschrijdende fraude in de gezondheidszorg (opvolging)
Definition of done	Systematische uitwisseling van gegevens met betrekking tot gesanctioneerde zorgverstrekkers en een versterkte samenwerking tussen de FOD VG en het RIZIV ter ondersteuning van het detectie- en controlebeleid en een kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.
Doelgroep	Zorgverstrekkers Patiënten
Toelichting van de actie en motivering	Als partners binnen het European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN) willen de FOD VG en het RIZIV meewerken aan de preventie en bestrijding van de grensoverschrijdende fraude in de sector van de gezondheidszorg waarbinnen een reeks acties werden opgezet. Een van de drie samenwerkingsthema's betreft de uitwisseling van informatie over gesanctioneerde zorgverstrekkers wanneer zij een beroepserkenning in een andere lidstaat aanvragen.

	Het is van essentieel belang dat de FOD VG en het RIZIV hun krachten bundelen om de middelen van de gezondheidszorg te beschermen en te verzekeren dat ze worden aangewend waarvoor ze nodig zijn, namelijk voor patiëntenzorg en voor de bescherming van de gezondheid van de bevolking in Europa.
Financiële situering	Jaarlijks krijgen ongeveer 500 zorgverstrekkers uit andere Europese lidstaten een beroepserkenning in België. De dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV doet regelmatig vaststellingen omtrent fraude gepleegd door buitenlandse zorgverstrekkers. Anderzijds krijgen Belgische zorgverstrekkers met een fraudeverleden in België een beroepserkenning in andere lidstaten.
Procedure	Voor wat betreft de uitwisseling van informatie over gesanctioneerde zorgverstrekkers : De procedures voor overdracht (termijnen en flux) van intrekkingen, volledige of gedeeltelijke schorsingen op internationaal niveau IMI zijn beschreven in de standaard operationele procedures. In het kader van de Europese Richtlijn 2013/55/EU betreffende de beroepskwalificaties werd bij artikel 56a een waarschuwingsmechanisme of het Internal Market Information System (IMI) gecreëerd dat vanaf 16 januari 2016 in de lidstaten in werking is getreden. Middels het IMI brengen de bevoegde autoriteiten van een lidstaat de bevoegde autoriteiten van alle andere lidstaten op de hoogte van een beroepsbeoefenaar die van een nationale overheid of van een rechtbank een beperking of verbod, ook tijdelijk gekregen heeft op het uitoefenen van beroepsactiviteiten of een gedeelte ervan.
Planning	Systematisch uitwisselen en opvolgen van de ontvangen informatie. Gezamenlijk detectie- en controlebeleid.
Beoogde financiële impact	Impact op budget geneeskundige verzorging.
Benodigde middelen en samenwerking	DGEC, FOD VG (DGGS/Cel controle gezondheidszorgbeoefenaars) Deelname aan de EHFCN bijeenkomsten. Versterken samenwerking door een systematische uitwisseling van gegevens.
Bijkomende opmerkingen	Het gaat om een uitwisseling van nuttige informatie onder zijn leden via 'best practices' bij de bestrijding van fraude en corruptie, dit zowel op het vlak van de van kracht zijnde reglementering in de landen van Europa alsook op het vlak van de onderzoekstechnieken en meetinstrumenten die hiervoor worden gebruikt.

7. Covid-gerelateerde fraude

7.1 Tandartsen (en desgevallend andere zorgverstrekkers)

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in:	
<input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Nagaan of prestaties van tandartsen die “normaal” verder presteerde tijdens de coronagolven echt werden uitgevoerd.
Definition of done	Tegen 2023 S2 werden niet uitgevoerde prestaties van tandartsen tijdens de coronagolven gerecupereerd.
Doelgroep	Tandartsen die “normaal” verder presteerden tijdens de eerste coronagolf.
Toelichting van de actie en motivering	Op de dentomut van donderdag 19 november werd naar aanleiding van de voorstelling van de gepresteerde uitgaven t.e.m. juni 2020, waaruit een zware daling van activiteit in de maanden maart, april en mei bleek, door de tandartsenbank gesuggereerd na te gaan wie in die maanden nog altijd ‘normaal’ doorging met zijn activiteit en nagaan of dit wel degelijk een ‘reële’ activiteit betrof (buiten de georganiseerde urgentiepermanenties).
Financiële situering	Moeilijk te voorspellen: zal afhangen van aantal outliers en hun verbruik waarvoor geen verklaring is.
Procedure	Analyse van IMA-data : <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse per tandarts van de facturatie tijdens de covid-periode. 2. Aanschrijven door NIC data mining van outliers voor navraag van eventuele verklarende factoren voor outlier-gedrag en bij gebrek daaraan doorverwijzen naar DGEC.
Planning	Analyse gepland 2e semester 2021.
Beoogde financiële impact	De financiële impact is de terugvordering van de veroorzaakte uitgaven door onnodige zorg + daling uitgaven door preventieve bewustmaking.
Benodigde middelen en samenwerking	Analysecapaciteit IMA. Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen tandartsen en patiënten door experts VI's. Coördinator NIC datamining voor aanschrijven outliers en opvolging antwoorden. Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.
Bijkomende opmerkingen	

8. Betrokkenheid en responsabilisering verzekerden en zorgverstrekkers

Verzekerden informeren en betrekken door toegang te geven tot hun eigen facturatiegegevens. Zorgverstrekkers opvolgen via hun portfolio in uitvoering van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (kwaliteitswet) en de mogelijkheid geven doelmatig te handelen op basis van hun eigen facturatiegedrag (t.o.v. hun groep) en eerder uitgevoerde onderzoeken bij hun patiënten.

8.1 Toegang tot facturatiegegevens voor verzekerden

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in:	
<input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Als sociaal verzekerden zicht krijgen op wat op hun naam wordt aangerekend, hebben ze meer begrip over de kost van bepaalde prestaties en kunnen ze reageren indien bepaalde prestaties onterecht werden aangerekend.
Definition of done	Verzekerden informeren en betrekken door hun driemaandelijks op een begrijpelijke manier informatie te geven over de aangerekende gezondheidszorgkosten op hun naam. Zo hebben ze meer begrip voor de kost van bepaalde zorgen en kunnen ze reageren bij onterechte aanrekeningen.
Doelgroep	Verzekerden
Toelichting van de actie en motivering	Redesign: - Kwaliteitswet - Portfolio zorgverstrekkers Meerjarenplanning (task forces): MAC-030 Uit het regeerakkoord: Het idee “accountability in de zorg” (verantwoorde en verantwoordelijke zorg) is op alle betrokken niveaus van toepassing: overheid, verzekeraars, zorgverstrekkers, instellingen en burgers, in het bijzonder om overconsumptie van zorg en geneesmiddelen te bestrijden. Er zullen inspanningen worden geleverd om de EBM-besluitvorming te bevorderen en de therapietrouw te versterken (met name door technologische innovatie te bevorderen). Het e-Gezondheidsplan 2019-2021 wordt verder uitgevoerd (Elektronisch Patiëntendossier, Globaal Medisch Dossier, Patient viewer als informatiehub voor de patiënt, enz.).
Financiële situering	
Procedure	
Beoogde financiële impact	
Benodigde middelen en samenwerking	
Bijkomende opmerkingen	

8.2 Activiteiten Federale Commissietoezicht voor het toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg

Auteur: FOD VG	
Voorstel kadert in:	
<input type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Controlebeleid van de Federale Commissie voor de toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg.
Definition of done	Geformaliseerde samenwerking tussen de federale diensten teneinde het controlebeleid van de Toezichtscommissie te ondersteunen.
Doelgroep	Zorgverstrekkers Patiënten
Toelichting van de actie en motivering	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>De Toezichtscommissie zal de Provinciale Geneeskundige Commissies (PGC's) binnen de FOD VG vervangen. De taken van de Toezichtscommissie zullen breder zijn 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.</p> <p>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.</p>
Financiële situering	
Procedure	<p>Identificeren van de prioriteiten, synergiën en gegevensuitwisseling.</p> <p>Analyseren van de risico's ter ondersteuning van het controlebeleid.</p>
Planning	
Beoogde financiële impact	Impact op budget geneeskundige verstrekkingen vanwege het hogere aantal controles.
Benodigde middelen en samenwerking	<p>DGEC, DAC, NIC, DGV, FOD VG (DGGG/Cel controle gezondheidszorgbeoefenaars /Toezichtscommissie) en FAGG</p> <p>Deelname aan stuurgroep Toezichtscommissie – programma uitvoering Kwaliteitswet. Deze stuurgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de FOD VG en het RIZIV.</p>
Bijkomende opmerkingen	<p>In het kader van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (Kwaliteitswet) wordt een Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg (Toezichtscommissie) opgericht. Deze Toezichtscommissie zal de toezichthoudende taken overnemen van de huidige Provinciale Geneeskundige Commissies.</p> <p>De inwerkingtreding van de Kwaliteitswet wordt uitgesteld naar 1 juli 2022.</p>

8.3 Overzicht eigen facturatiegegevens voor zorgverstrekkers

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in: <input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Als we van zorgverleners verwachten dat ze hun verantwoordelijkheid opnemen in het doelmatig gebruik van middelen is het essentieel dat ze toegang hebben tot hun eigen facturatiegegevens in vergelijking met een vooraf bepaalde norm (voor specifieke verstrekkingen) en/of in vergelijking met een gelijkaardige groep zorgverleners. Hierbij is het bovendien belangrijk dat er een verantwoordingsplicht is bij de zorgverlener zodat er bij eventuele afwijkingen van een norm en/of groep door de zorgverlener wordt verantwoord waarom die afwijking er is. Indien deze vereiste deel uitmaakt van de vereiste onderdelen van de portfolio kan bovendien een procedure worden opgestart indien de motivering uitblijft of niet voldoet.
Definition of done	Systematisch jaarlijks ter beschikking stellen van facturatieprofielen (via een bestaand platform, evtl MyRiziv) Progressief opmaken van normen Progressief samenstellen van groepen Integratie van de verantwoording van afwijking in het kader van de portfolio
Doelgroep	Zorgverstrekkers
Toelichting van de actie en motivering	Redesign: <ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteitswet - Portfolio zorgverstrekkers Meerjarenplanning (task forces): MAC-030 Uit het regeerakkoord: Het idee “accountability in de zorg” (verantwoorde en verantwoordelijke zorg) is op alle betrokken niveaus van toepassing: overheid, verzekeraars, zorgverstrekkers, instellingen en burgers, in het bijzonder om overconsumptie van zorg en geneesmiddelen te bestrijden. Er zullen inspanningen worden geleverd om de EBM-besluitvorming te bevorderen en de therapietrouw te versterken (met name door technologische innovatie te bevorderen). Het e-Gezondheidsplan 2019-2021 wordt verder uitgevoerd (Elektronisch Patiëntendossier, Globaal Medisch Dossier, Patient viewer als informatiehub voor de patiënt, enz.).
Financiële situering	
Procedure	
Planning	Technische analyse van de haalbaarheid om systematisch profielen ter beschikking te stellen via MyRiziv (eind 2022). 2023-2024: opmaak eerste groepen en normen.
Beoogde financiële impact	
Benodigde middelen en samenwerking	ICT: bestaande facturatiegegevens ter beschikking stellen van zorgverstrekkers.
Bijkomende opmerkingen	

9. Audit ziekenhuizen

Het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG) hebben in co-governance Eenheid Audit Ziekenhuizen opgericht. Die voert thematische audits uit in de ziekenhuizen om de doelmatigheid van de gezondheidszorg en een optimaal gebruik van de beschikbare middelen te verhogen.

De **algemene doelstellingen** van de Eenheid Audit Ziekenhuizen zijn:

- verbeteren van de kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening aan de burger
- optimaliseren van de besteding van de overheidsmiddelen.

Die doelstellingen zijn verankerd in **belangrijke bestuursdocumenten**.

- Zo stond de maatregel om systematisch audits van ziekenhuizen uit te voeren al in het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017 en het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020.
- In het kader van de 'Redesign van de gezondheidszorgadministraties' is de maatregel dan als een prioritair samenwerkingsdomein met concrete gezamenlijke engagementen gedefinieerd in de zogenaamde 'Gemeenschappelijke sokkel':
 - o van de bestuursovereenkomsten van het RIZIV en van de FOD Volksgezondheid
 - o van het Strategisch plan van het FAGG.

9.1 Totale heupprothese

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in: <input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	In het kader van doelmatige zorg, onderzoeken in welke mate België afwijkt zowel in intra-nationale (OESO-benchmark) als internationale vergelijkingen met betrekking tot het aanmeten van heupprothesen. Ook nagaan 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.
Definition of done	Publicatie van het auditverslag. Rekening houden met de in dit auditverslag beschreven actiepunten.
Doelgroep	De overheden, het ziekenhuis, de patiënt, alle gezondheidswerkers die bij het zorgtraject betrokken zijn
Toelichting van de actie en motivering	In 2017 stond België in de top 5 wat betreft het aantal totale heupprotheseoperaties per 100.000 inwoners (bron OESO) Observeren van de gevolgen van de invoering van de laagvariabele zorg vanaf 2019
Financiële situering	Observeren van de gevolgen van de invoering van de laagvariabele zorg vanaf 2019 Volgens de financiële feedback per pathologie van de Technische cel FOD – RIZIV bedraagt het totale bedrag (inclusief het bedrag voor verblijf, vergoeding voor dienstverlening en forfaitair bedrag; geneesmiddelen en diverse kosten) in verband met APR-DRG301 281 miljoen euro (281.763.681 euro).
Procedure	Toepassing van auditmethodologieën

Planning	Geschatte startdatum: 6 december 2021 Verwachte einddatum: 28 oktober 2022
Beoogde financiële impact	Niet van toepassing, de impact zal wegen op de kwaliteit van de zorg en de volksgezondheid.
Benodigde middelen en samenwerking	Ad hoc samenwerking met de verschillende actoren in de gezondheidszorg.
Bijkomende opmerkingen	Neen

9.2 Gebruik van de revalidatiediensten in acute ziekenhuisomgeving

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG											
Voorstel kadert in: <input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen											
Onderwerp	Gebruik van bedden voor revalidatiediensten (610, 620 en 630) in de acute ziekenhuisomgeving Wat zijn de patiëntenprofielen in de Sp-bedden (locomotorisch...) en hoe worden de zorgresultaten gemeten? Voor welke andere doeleinden worden de revalidatieafdelingen gebruikt dan voor de klinische behandeling van patiënten?										
Definition of done	Publicatie van het auditverslag. Uitvoering van de aanbevelingen in de conclusie van het auditverslag.										
Doelgroep	Patiënten die voor revalidatie zijn toegelaten, de betrokken zorgverstrekkers, subsidiaire instanties, beheerders van ziekenhuizen.										
Toelichting van de actie en motivering	Noodzaak om het concept van revalidatie in de ziekenhuisomgeving te herzien in het licht van de evolutie van het patiëntenbestand, het zorgaanbod en de financiering ervan.										
Financiële situering	De raming van het bedrag was gebaseerd op de lijst van verblijfplaatsen in 2018 met prestaties in verband met de diensten 610, 620 en 630 (SHA-gegevens). Bij de bedragen is rekening gehouden met de prijzen van de tegen 100% herberekende dagen, honoraria, geneesmiddelen en andere diverse bedragen										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Service</th> <th>SUM_of_TOTAL_COST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>610</td> <td>92 173 875,16€</td> </tr> <tr> <td>620</td> <td>517 703 232,96€</td> </tr> <tr> <td>630</td> <td>211 575 085,20€</td> </tr> <tr> <td>Totaal</td> <td>821 452 193,32€</td> </tr> </tbody> </table>	Service	SUM_of_TOTAL_COST	610	92 173 875,16€	620	517 703 232,96€	630	211 575 085,20€	Totaal	821 452 193,32€
Service	SUM_of_TOTAL_COST										
610	92 173 875,16€										
620	517 703 232,96€										
630	211 575 085,20€										
Totaal	821 452 193,32€										
Procedure	Toepassing van auditmethodologieën										
Planning	Geschatte startdatum: 22 november 2022 Verwachte einddatum: 29 september 2023										
Beoogde financiële impact	Te evalueren in functie van de klinische outcome.										
Benodigde middelen en samenwerking	Ad hoc samenwerking met de verschillende actoren in de gezondheidszorg.										
Bijkomende opmerkingen											

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

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in:	
<input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	<p>1. Is de beoogde shift naar meer peritoneaal dialyse en minder (grotendeels ziekenhuisgebonden) hemodialyse afdoende gerealiseerd? Dit op basis van de KDOQI richtlijnen en de Eurodopps benchmark.</p> <p>2. Faciliteert de vernieuwde financiering het maximaal naleven van de KDOQI richtlijnen of is er nog marge voor meer doelmatige aanwending van budget?</p> <p>Is de naleving van de KDOQI richtlijnen in de ziekenhuizen die deelnemen aan de Eurodopps kwaliteitsbenchmark significant verschillend van de ziekenhuizen die niet deelnemen?</p>
Definition of done	<p>Publicatie van het auditrapport.</p> <p>Implementeren van aanbevelingen van het auditrapport.</p> <p>Een (twee)jaarlijkse opvolging uitvoeren</p>
Doelgroep	Patiënten, healthcare professionals, ziekenhuizen
Toelichting van de actie en motivering	<p>In 2010 publiceerde het KCE een rapport over de organisatie en financiering van chronische dialyse in België (Rapport 124a). Belangrijke vaststellingen waren o.a. dat nierfalen als pathologie niet éénduidig wordt gedefinieerd, dat de peritoneaal dialyse een randfenomeen was ten opzichte van 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).</p> <p>Het doel is na te gaan of deze aanbevelingen een effect hebben op een gedragswijziging die in lijn zijn met de aanbevelingen van het KCE.</p>
Financiële situering	<p>Uitgave / deel van het budget</p> <p>Voor 2018 bedroeg uitgave 420 miljoen euro voor dialyse . In 2019, 440 miljoen euro (RIZIV Gestandaardiseerd verslag sector 14 juni 2019) . 2017: 424.454 M€ (Bron : Permanente Audit RIZIV)</p> <p>+ Budget niertransplantaties in 2017: (APR DRG 440) 12.9 M€ (bron: Technische cel FOD - RIZIV)</p> <p>Budget totaal 2017 : 437.354 M€</p>
Procedure	Toepassing van auditmethodologieën
Planning	<p>voorzien aanvangsdatum : 18 april 2022</p> <p>voorzien einddatum : 17 februari 2023</p>
Beoogde financiële impact	<p>Niet van toepassing, de impact zal wegen op de kwaliteit van de zorg en de volksgezondheid.</p> <p>Voor het comfort van de patiënt, maar ook voor het budget, is het noodzakelijk om het aantal patiënten peritoneale dialyse te optimaliseren.</p>
Benodigde middelen en samenwerking	Ad hoc samenwerking met de verschillende actoren in de gezondheidszorg.
Bijkomende opmerkingen	

10. Analyses

Nog uit te voeren analyses die zullen worden besproken in de CAFC.

10.1 Analyse 1: Beeldvorming ingrepen onder scopie

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in: <input type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	
Definition of done	
Doelgroep	Ziekenhuizen
Toelichting van de actie en motivering	<p>Bij ingrepen onder scopie mag er geen afzonderlijke beeldvorming aangerekend worden (er is geen afzonderlijk nummer voor scopie). Bepaalde ziekenhuizen/diensten zouden evenwel systematisch op de dag van de ingreep een RX van de wervelzuil attesteren.</p> <p>Doel van de actie is dus om ziekenhuizen/zorgverstrekkers die deze cumul factureren in kaart te brengen en outliers te identificeren. Vervolgens is het de bedoeling om ziekenhuizen te confronteren met en te bevragen over hun eventuele outlier-gedrag. Aanpakken van en recupereren bij outliers zonder geldige verklaring.</p>
Financiële situering	Moeilijk te voorspellen: zal afhangen van aantal outliers en hun verbruik waarvoor geen verklaring is.
Procedure	<p>Analyse van IMA-data :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse per ziekenhuis van de facturatie bij ingrepen scopie – nagaan hoeveel vaak er tegelijk een afzonderlijke beeldvorming aangerekend wordt. 2. Aanschrijven door NIC data mining van outliers voor navraag van eventuele verklarende factoren voor outlier-gedrag en bij gebrek daaraan doorverwijzen naar DGEC.
Planning	Tegen einddatum actieplan
Beoogde financiële impact	De financiële impact is de terugvordering van de veroorzaakte uitgaven door onnodige zorg + daling uitgaven door preventieve bewustmaking.
Benodigde middelen en samenwerking	<p>Analysecapaciteit IMA. Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen ziekenhuizen door experts VI's. Coördinator NIC datamining voor aanschrijven ziekenhuizen-outliers en opvolging antwoorden. Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.</p>
Bijkomende opmerkingen	

10.2 Analyse 2: Facturatie A en C honorarium in spoedgevallendiensten

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in: <input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	Onderzoeken van de praktijkvariatie omtrent consulten van arts-specialisten, bijgeroepen bij de patiënt door de spoedarts op de spoedgevallendienst

Definition of done	<p>Indien de resultaten van de 4 onderstaande punten behaald worden is de doelstelling bereikt. Weliswaar met dien verstande dat in een tweede tijd de conclusies kunnen resulteren in diverse acties.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vaststellen van praktijkvariaties omtrent de “C-honoraria” op zich 2. Vaststellen van het aantal, massa,... van de “C-honoraria” in relatie met de “A-honoraria” 3. Nagaan in welke ziekenhuizen de “C-honoraria” geattesteerd worden door een andere arts dan de spoedarts maar waarbij deze 2 artsen tot dezelfde disciplines behoren 4. Nagaan in welke mate en in welke ziekenhuizen er een C-honorarium wordt geattesteerd zonder A-honorarium
Doelgroep	Verrichtingen verstrekt in spoedgevallendienst van ziekenhuizen
Toelichting van de actie en motivering	<p>In principe dient elke patiënt die zich aanbiedt op een spoedgevallendienst geëvalueerd te worden door een spoedarts. Deze laatste attesteert hiervoor een “spoedconsultatie” die soms ook “A-honorarium” wordt genoemd.</p> <p>Het kan zijn dat de spoedarts nood heeft aan een advies van een andere arts-specialist (orgaan-specialist) en deze dan de patiënt laat evalueren door deze arts op de spoedgevallendienst zelf. Deze bijgeroepen arts kan een “consult-honorarium” attesteren, soms C-honorarium genoemd.</p> <p>DEEL A</p> <p>Op het terrein worden echter enkele vaststellingen gedaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In een aantal ziekenhuizen is de bijgeroepen arts-specialist van dezelfde discipline als de spoedarts. De vraag stelt zich wat daarbij de meerwaarde is. 2. In een aantal ziekenhuizen wordt bijna bij elke patiënt én een A-honorarium en een C-honorarium geattesteerd. Dit staat in contrast met het feit dat de spoedartsen toch de meeste patiënten zelfstandig kunnen behandelen. <p>DEEL B</p> <p>In principe kan een C-honorarium enkel geattesteerd worden indien er <u>ook</u> een A-honorarium is geattesteerd. Destijds werd er echter een interpretatieregul gepubliceerd dat in uitzonderlijke gevallen én als er duidelijke richtlijnen/afspraken zijn in de spoedgevallendienst dit toch zou mogen. Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bij elke patiënte die zich aanmeldt met gynaecologische klachten wordt dadelijk een gynaecoloog bijgeroepen : C honoraria van de gynaecoloog zonder A honoraria van een andere arts van de spoeddienst - elke patiënt die zich aanmeldt in de dienst met een parese of een plotse verlamming, wordt meteen gezien door de neuroloog. Attesteringen van een C honorarium voor de neuroloog, geen attestering A honoraria. <p>In die specifieke gevallen kan het zijn dat er dan toch een A-honorarium wordt geattesteerd wat in principe overconsumptie impliceert.</p> <p><small>Interpretatieregul 23 VRAAG In welke omstandigheden kunnen in de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg A- en C honoraria (artikel 25, § 3bis) aangerekend worden ? ANTWOORD Een A honorarium voor de anamnese, het klinisch onderzoek, de eerste opvang en de oriëntatie van een patiënt kan alleen aangerekend worden als de permanentiearts daadwerkelijk een anamnese en een klinisch onderzoek doet. Voor loutere triage en doorverwijzing kan geen A honorarium aangerekend worden. De C-honoraria voor onderzoek in de lokalen van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg door een geneesheer "bijgeroepen door een geneesheer die er de permanentie verzekert" worden aangerekend door een arts die er niet de permanentie verzekert. Hij kan worden bijgeroepen na onderzoek door de permanentiearts ofwel na triage of in gevolge een "staand order" van het diensthoofd of de permanentiearts waarin duidelijk de omstandigheden van doorverwijzing zijn omschreven. Na verwijzing door middel van louter triage of staand order kan geen A honorarium aangerekend worden. Staatsblad: 10/03/2016 Datum inwerkingtreding 01/07/2007 Artikels: 25, 25 § 3 bis, Nomenclatuurnummer</small></p> <p>Opmerking :</p> <p>Op 12 oktober 2021 zal de werkgroep “Algemene” van de TGR een eerste vergadering houden omtrent de nomenclatuur in de spoedgevallenzorg.</p>
Financiële situering	<ul style="list-style-type: none"> - Moeilijk te voorspellen: dit zal afhangen van aantal outliers en hun verbruik waarvoor geen verklaring is. - Contactname met outliers via de DGEC

	- Bijkomende argumentatie leveren om de nomenclatuur te wijzigen om extra-uitgaven in de toekomst te vermijden
Procedure	Analyse van IMA-data : 1) Analyse van de facturatie van c-honorarium en a-honorarium door ziekenhuizen 1) Bij hoeveel patiënten wordt een c-honorarium geattesteerd, budget,... 2) Evaluatie van praktijkvariaties: in welke ziekenhuizen worden er veel/steeds c-honoraria geattesteerd 3) Nagaan in welke ziekenhuizen het a- en c-honorarium door een arts van dezelfde discipline wordt gefactureerd (is een vorm van onterechte financiering van spoedarts) 4) Nagaan in hoeveel gevallen, in welke ziekenhuizen niet een c-honorarium wordt gefactureerd maar wel een ambulante consultatie (omdat deze laatste een hoger ereloon kennen) 2) Aanschrijven door NIC datamining van outliers voor navraag van eventuele verklarende factoren voor outlier-gedrag en bij gebrek daaraan doorverwijzen naar DGEC. + in geval van attestering van c + a door arts zelfde discipline: navragen wat de meerwaarde en het doel was
Planning	Tegen einddatum actieplan
Werklast	
Beoogde financiële impact	De financiële impact is de terugvordering van de veroorzaakte uitgaven door onnodige zorg + daling uitgaven door preventieve bewustmaking.
Benodigde middelen en samenwerking	Analysecapaciteit IMA. Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen ziekenhuizen door experts VI's. Coördinator NIC data mining voor aanschrijven outliers en opvolging antwoorden. Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.
Bijkomende opmerkingen	

10.3 Analyse 3: Neonatale zorg

Auteur: VI/NIC	
Voorstel kadert in: <input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	
Definition of done	
Doelgroep	Ziekenhuizen met diensten neonatale zorg
Toelichting van de actie en motivering	Data-analyses verricht door het IMA tonen een grote impact van de corona-crisis op het aantal ziekenhuisopnames op de neonatale zorgsectie. De daling in ziekenhuisopnames op zowel de niet-intensieve als intensieve neonatale diensten is opvallend, zowel tijdens de Covid-19 pieken als in de tussenperiodes.

	<p>Focus per opname diensten</p> <p>Vergelijking periodes van lockdown (weken 12-18), exit periode (weken 19-26), schoolvakantie (weken 27-35) en begin schooljaar (weken 36-43) tussen 2019 en 2020</p> <p>Indien deze daling niet gepaard gaat met een verhoging van de perinatale mortaliteit en morbiditeit, doet dit vermoeden dat er voor de corona-crisis een mogelijke overconsumptie plaatsvond in de neonatale zorg.</p> <p>Voor de Covid-19 crisis werd ca. 13% van de levend geboren kinderen (d.i. meer dan 1 op 8) opgenomen op een afdeling neonatologie (N*) of op een NIC dienst (jaarverslag SPE en CEpiP 2017; CM data 2018). Er zijn significante geografische verschillen in het procentuele aandeel levendgeborenen dat wordt opgenomen op N* of NIC.</p> <p>Preliminair analyses (CM data 2018) tonen daarenboven grote variaties tussen ziekenhuizen wat betreft</p> <ul style="list-style-type: none"> - het % pasgeborenen dat opgenomen wordt op een NIC-dienst - het % pasgeborenen dat opgenomen wordt op een N*-functie <p>Bij kinderen geboren via een sectio loopt het aandeel dat opgenomen wordt op een N*-functie in sommige ziekenhuizen op tot 70%, en tot 42% op een NIC-dienst. Van de baby's geboren via vaginale bevalling, wordt – in sommige ziekenhuizen – tot 21% opgenomen op een N*-afdeling, en tot 15% op een NIC-dienst.</p> <p>Al jarenlang klagen studiecentra het oneigenlijk gebruik van hoog gespecialiseerde neonatale zorg aan (zie o.a. de jaarverslagen van het SPE 2012-2018, CM ziekenhuisbarometer 2019). Ook andere bronnen geven duidelijke indicaties voor oneigenlijk gebruik van hooggespecialiseerde (dure) neonatale zorg in België (bijv. NRZV/D/273-2 uit 2006: “Een belangrijk aantal NIC-opnames zou in feite niet beantwoorden aan echte neonatale intensieve zorg en de lage bezetting van sommige NIC-diensten wordt aangevuld met opnames, die eerder thuishoren op een N*neonatale functie.”</p> <p>Doel van de actie is dus om ziekenhuizen te confronteren met en te bevragen over hun eventuele outlier-gedrag. Aanpakken van en recupereren bij outliers zonder geldige verklaring.</p>
Financiële situering	Moeilijk te voorspellen: zal afhangen van aantal outliers en hun verbruik waarvoor geen verklaring is.
Procedure	<p>Analyse van IMA-data:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse, per ziekenhuis, van de facturatie van specifieke nomenclatuurcodenummers t.o.v. het aantal pasgeborenen 1) bevallingswijzen geaggregeerd beschouwd, 2) vaginale bevalling (424012-424023; 423010-423021) en keizersnede (424093-424104), apart <ul style="list-style-type: none"> o 000000-596326 (Honorarium voor toezicht door een geaccrediteerd geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde op een in een erkende dienst voor intensieve neonatologie (NIC dienst) opgenomen zieke, inclusief de permanentie voor de NIC-dienst : de 1ste dag)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 000000-596223 (Honorarium voor toezicht door een geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde op een in een erkende dienst voor intensieve neonatologie (NIC dienst) opgenomen zieke, inclusief de permanentie voor de NIC-dienst : de 1ste dag) ○ 000000-596120 (Honorarium voor het klinische onderzoek van een pasgeborene die in een functie N* verblijft gekoppeld aan een opname van de moeder op de M-dienst of een opname van de pasgeborene op de E-dienst door de geaccrediteerde geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde : voor het geheel van de onderzoeken, de eerste dag, per dag) ○ 000000-596024 (Honorarium voor het klinisch onderzoek van een pasgeborene die in een functie N* verblijft gekoppeld aan een opname van de moeder op de M-dienst of een opname van de pasgeborene op de E-dienst, door de geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde : voor het geheel van de onderzoeken, de eerste dag, per dag) ○ 000000-599303 (Honorarium voor de geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde, die toezicht houdt op de pasgeboren patiënt tijdens zijn overbrenging naar een dienst NIC van een andere verpleeginrichting) <p>- Eventuele koppeling van deze facturatiegegevens met morbiditeit (en mortaliteit) bij kind (en moeder)</p> <p>In de marge kan er ook nagegaan worden of er ziekenhuizen zijn waar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. er een discongruentie is tussen het gebruik van de dienstcode voor NIC (en N*?) enerzijds, en de facturatie van de specifieke honoraria anderzijds 2) er NIC-nomenclatuur gefactureerd wordt en die niet beschikken over een NIC-dienst. <p>Aanschrijven door NIC data mining van outliers-ziekenhuizen voor navraag van eventuele verklarende factoren voor outlier-gedrag en bij gebrek daaraan doorverwijzen naar DGEC.</p>
Planning	Tegen einddatum actieplan
Beoogde financiële impact	De financiële impact is de terugvordering van de veroorzaakte uitgaven door onnodige zorg + daling uitgaven door preventieve bewustmaking.
Benodigde middelen en samenwerking	<p>Analysecapaciteit IMA.</p> <p>Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen ziekenhuizen door experts VI's.</p> <p>Coördinator NIC data mining voor aanschrijven ziekenhuizen-outliers en opvolging antwoorden.</p> <p>Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.</p>
Bijkomende opmerkingen	

10.4 Analyse 4: Opvolging bezoeken ROB-RVT

Auteur: VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
Voorstel kadert in:	
<input type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input checked="" type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	
Definition of done	
Doelgroep	Huisartsen die bezoeken bij patiënten in ROB/RVT niet correct attesteren.
Toelichting van de actie en motivering	In een vorig onderzoek van het NIC Datamining & Controle werd bevonden dat heel wat huisartsen hun bezoeken bij patiënten in ROB/RVT niet correct attesteerden. Een kleine 30-tal werden bevestigd. Daarnaast werden er informatiebrieven gestuurd naar de huisartsen met meer dan 2 foute attesteringen per week en felicitatiebrieven naar de huisartsen die volledig correct hebben geattesteerd.

	De bedoeling zou zijn om dit onderzoek opnieuw uit te voeren om de impact van de eerste analyse te evalueren. Outliers zullen aangeschreven worden en/of overgemaakt worden aan de DGEC.
Financiële situering	Moeilijk te voorspellen: zal afhangen van aantal outliers en hun verbruik waarvoor geen verklaring is.
Procedure	Analyse van IMA-data : <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse van de bezoeken van huisartsen in patiënten ROB/RVT. 2. Aanschrijven door NIC data mining van outliers voor navraag van eventuele verklarende factoren voor outlier-gedrag en bij gebrek daaraan doorverwijzen naar DGEC.
Planning	Tegen einddatum actieplan
Beoogde financiële impact	De financiële impact is de terugvordering van de veroorzaakte uitgaven door onnodige zorg + daling uitgaven door preventieve bewustmaking.
Benodigde middelen en samenwerking	Analysecapaciteit IMA. Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen huisartsen en patiënten door experts VI's. Coördinator NIC data mining voor aanschrijven outliers en opvolging antwoorden. Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.
Bijkomende opmerkingen	

10.5 Analyse 5: Verloskunde

Auteur: VI/NIC	
Voorstel kadert in:	
<input checked="" type="checkbox"/> correcte facturatie (administratieve fouten, misbruik, fraude) <input type="checkbox"/> toegang tot de zorg <input type="checkbox"/> structurele maatregelen om correcte facturatie te bevorderen	
Onderwerp	
Definition of done	
Doelgroep	Ziekenhuizen, gynaecologen/verloskundigen en pediaters
Toelichting van de actie en motivering	<p>De zeer grote spreiding en praktijkvariatie in % sectio's tussen ziekenhuizen is reeds lang gekend.</p> <p>Ook zijn er indicaties voor belangrijke praktijkvariëaties in het gebruik van langdurige tocolyse in de context van dreigende vroeggeboorte. Dit niettegenstaande er nergens wetenschappelijke evidentie bestaat dat dit leidt tot een betere uitkomst en de hoge kostprijs voor de maatschappij (kostprijs medicatie + kostprijs ziekenhuisopname).</p> <p>Ook is er een vermoeden van belangrijke praktijkvariatie wat betreft het aantal antenatale consultaties en onderzoeken (bv. echografie) (zie ook voor een richtlijnen: KCE Reports 326A (2019), Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen + KCE Reports 248A (2015), Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap?), en het aantal inleidingen van de bevalling.</p> <p>Het is onduidelijk of in elk ziekenhuis hetzelfde wordt verstaan onder een risicozwangerschap waarbij een pediater vereist is in de verloskamer (waardoor vermoeden van praktijkvariatie in dit kader tussen ziekenhuizen zonder dat daar een verklaring voor is).</p> <p>Doel van de actie is dus om ziekenhuizen/zorgverstrekkers te confronteren met en te bevragen over hun eventuele outlier-gedrag. Aanpakken van en recupereren bij outliers zonder geldige verklaring.</p>

Financiële situering	Moeilijk te voorspellen: zal afhangen van aantal outliers en hun verbruik waarvoor geen verklaring is.
Procedure	<p>Analyse van IMA-data (desgevallend ook rekening houdend met systeem laagvariabele zorg):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Analyse, per ziekenhuis, van de facturatie van specifieke nomenclatuurcodenummers t.o.v. het aantal pasgeborenen 1) bevallingswijzen geaggregeerd beschouwd, 2) vaginale bevalling (424012-424023; 423010-423021) en keizersnede (424093-424104), apart <ul style="list-style-type: none"> o <i>474515-474526 (Effectieve aanwezigheid in de verloskamer aan het einde van de weeën en op het ogenblik van de uitdrijving en ten laste neming van de pasgeborene, in geval van risicozwangerschap, op voorschrift van de verloskundige, van een geneesheer voor kindergeneeskunde, per pasgeborene)</i> 2) Analyse per ziekenhuizen van het aantal keizersneden t.o.v. het aantal bevallingen (t.o.v. het totaal aantal bevallingen). 3) Analyse per ziekenhuizen in het gebruik van langdurige tocolyse t.o.v. het aantal bevallingen. 4) Analyse van het aantal antenatale consultaties en onderzoeken t.o.v. het aantal bevallingen. 5) Analyse per ziekenhuis van het aantal inleidingen van de bevalling t.o.v. het aantal bevallingen (aan de hand van medicatie voor (pre-)inductie, voor zover die terugbetaald wordt).
Planning	Tegen einddatum actieplan
Beoogde financiële impact	De financiële impact is de terugvordering van de veroorzaakte uitgaven door onnodige zorg + daling uitgaven door preventieve bewustmaking.
Benodigde middelen en samenwerking	<p>Analysecapaciteit IMA. Interpretatie resultaten data analyse en verklaringen ziekenhuizen door experts VI's. Coördinator NIC datamining voor aanschrijven ziekenhuizen-outliers en opvolging antwoorden. Mankracht bij DGEC voor opvolgen outliers zonder voldoende verklaring.</p>
Bijkomende opmerkingen	