

Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016- 2017

Brussel, 18 juli 2016

1) Situering	3
2) Plan van aanpak en kritische succesfactoren.....	5
3) Organisatorisch kader: een samenwerkend en geïntegreerd platform	8
4) Structurele maatregelen	10
4.0 Uitwisseling van gegevens	10
4.1 Systematische lezing van E-id kaart.....	10
4.2 Cartografie praktijken zorgverleners	12
4.3 Adequaat reglementair kader opleggen verbod derdebetalersregeling	14
4.4 Uitvoering van artikel 77 sexies GVV-wet.....	14
4.5 Invoering verplichting offerte / reductie cash betalingen	15
4.6 Meldpunten fraude en verspilling in de zorg	16
4.7 Uitbouw methodiek patiëntenprofielen	17
4.8 Protocol met het auditoraat / parket en andere instanties.....	18
4.9 Hervorming systeem van accreditering	19
4.10 Systematische audit ziekenhuizen	21
4.11 Bestelling getuigschriften voor verstrekte hulp GVVH (SPEOS)	22
4.12 Terugbetalingsplafond verpleegkundigen.....	23
4.13 Systematische monitoring nomenclatuurwijzigingen	25
4.14 Koppeling financiële en diagnostische gegevens	26
4.15 Controle op de inschrijving van zorgverstrekkers uit het buitenland.....	27

5) Maatregelen in het kader van fraudebestrijding.....	30
5.1 Controle hoge profielen verpleegkundigen	31
5.2 Niet vergunde NMR-toestellen.....	32
5.3 Dringend ziekenvervoer	34
5.4 Controle bandagisten.....	35
5.5 Fraudegevoelige medicatie	35
5.6 Obsolete verstrekkingen	36
5.7 Nacontrole CT Rotsbeenderen	37
5.8 Opvolging plafond prestaties kinesitherapie	38
5.9 Controle E-statuut kinesitherapie.....	39
5.10 Outliercontrole logopedie	40
6) Maatregelen doelmatige zorg	42
6.1. Diagnostische prestaties bij connexisten	42
6.2. Doorlichting cardiale centra	44
6.3 Medische beeldvorming: huisartsen	46
6.4. Actieplan “Pertinence des soins” (Frankrijk).....	48
6.5. Antibiotica	50
6.6 Rationeel voorschrijfgedrag (polyfarmacie).....	52
6.7. Patientenprofielen tandartsen	55
6.8 Voorschrijfgedrag artsen inzake bandagisterie	56
6.9 Screening artikel 17 en audit protocolakkoord zware medische beeldvorming.....	57
7) Raming van de benodigde middelen	59

1) Situering

In het kader van de taskforce, opgericht op vraag van de minister van sociale zaken bij brief van 9 februari 2016, werd herhaaldelijk aangedrongen om meer focus te leggen op een goede besteding van de middelen, doelmatigheid van de zorg en performante handhaving. Het rapport dat op 13 juni 2016 aan de minister werd overgemaakt bevat terzake een aantal concrete suggesties en aanbevelingen alsmede een strategie van aanpak.

Ondertussen werd door de regering tijdens het begrotingsconclaf op 22 april 2016 volgende beslissing genomen:

“De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid zal vanaf 2016 in de verplichte verzekering gezondheidszorg versterkt inzetten op het aanklampend beleid teneinde frauduleuze aanrekeningen, medische overconsumptie en verspilling terug te dringen. Daardoor zal vanaf 2016 een opbrengst van 25 mio euro worden gerealiseerd. In functie daarvan zal tegen het begrotingsconclaf van juli 2016 een plan van aanpak worden opgemaakt. Dit plan kan bijkomende investeringen omvatten voor zover deze een positieve return on investment hebben.”

Ook in het pact met de verzekeringsinstellingen dat thans wordt gefinaliseerd wordt ruimschoots aandacht besteed aan deze thematiek en aan de rol die de verschillende partners hierbij moeten vervullen (moderniseringsas 3: handhaving en doelmatigheid).

De bestuursovereenkomst die het Riziv met de Belgische staat heeft afgesloten voor de periode 2016-2018 bevat expliciete verbintenissen op dit domein.

Naast de implementatie van nieuwe concepten en processen in de dienst geneeskundige evaluatie en controle wordt ook de strijd tegen verspilling structureel verankerd door de oprichting van een cel doelmatige zorg.

Met deze initiatieven wordt uitvoering gegeven aan de objectieven die terzake in het regeerakkoord werden geformuleerd, met name:

“De verantwoordelijkheid van alle betrokken actoren voor het beheer, en inzonderheid voor de budgettaire aspecten ervan, wordt versterkt.”

“Er worden eenvormige controleprocedures ontwikkeld voor het toezicht op de elektronische facturatie door de zorgverleners en op het toepassen van de derdebetalersregeling.”

“Moderne controletechnieken op basis van datamining, outlier-controle, feedback-, audit- en adviessystemen, en dies meer zullen verder worden ontwikkeld.”

“Er wordt met alle belanghebbenden een taskforce “doelmatige zorg” opgestart die verspillingen detecteert en voorstellen doet voor meer doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid.”

“De mogelijkheid wordt voorzien om in het kader van het overleg tussen de stakeholders op het RIZIV convenanten inzake het gepast gebruik van de zorg af te sluiten, die het kader creëren waarin de verschillende actoren van de ziektekostenverzekering samenwerken om de zorgverlening zo doelmatig als mogelijk te organiseren (formuleren van guidelines, opsporen en tegenwerken van verspilling of oneigenlijk gebruik, monitoringmechanismen, ...).”

“Belangrijke en niet gerechtvaardigde praktijkvariaties die niet berusten op objectieve criteria kunnen, indien ze niet geremedieerd worden, leiden tot sancties.”

Deze thematiek is ook op de internationale beleidsagenda's prominent aanwezig. Recent schreef de Oeso in een werkdocument 'tackling ineffective spending and waste in healthcare systems' (8 juni 2016):

“Overall, many OECD countries need to strengthen their efforts to curb integrity violations in health, not only to reduce waste and increase efficiency, but to enhance transparency, improve the integrity of the sector and contribute to patient safety as well.”

België heeft hierop de afgelopen jaren reeds belangrijke initiatieven genomen – zoals de oprichting van de Antifraudecommissie in het Riziv door de wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid – en is door de ondersteuning van het European Healthcare Fraud Network ook prominent op het internationale forum aanwezig. Door het EHCFN werd trouwens een interessante typologie ontwikkeld (zie bijlage) waarin de verschillende facetten en domeinen van doelmatige zorg en handhaving worden in kaart gebracht.

Deze objectieven moeten nu worden geconcretiseerd en zichtbaar worden gemaakt. Dit is het voorwerp van het actieplan handhaving 2016-2017 dat thans ter goedkeuring wordt voorgelegd. Het is het resultaat van besprekingen met vele partners. Een goede samenwerking tussen de betrokken diensten en de verzekeringsinstellingen, belast met a priori en a posteriori controles in de geneeskundige verzorging, is hierbij een noodzaak. Het actieplan voorziet terzake in alle nodige synergieën die een meer doortastende aanpak mogelijk maken.

2) Plan van aanpak en kritische succesfactoren

Dit actieplan moet toelaten bijstellingen te realiseren op korte, middellange en lange termijn in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg. De maatregelen die worden geformuleerd zijn gebaseerd op een risicoanalyse van de verschillende stakeholders. Vervolgens wordt telkens aangegeven op welke wijze en met welke instrumenten de geïdentificeerde problematiek kan worden bijgestuurd of gecorrigeerd. Verder worden het financieel kader en de financiële impact geschetst. Aan de opvolging en rapportering wordt bijzondere aandacht besteed. Tenslotte wordt het organisatorische kader verduidelijkt.

Het actieplan kan maar tot resultaten leiden voor zover ook aandacht wordt besteed aan een aantal randvoorwaarden en kritische succesfactoren:

- *Concrete en correcte prioriteiten*

Een actieprogramma kan maar succesvol zijn als het correcte en concrete prioriteiten bevat. Deze moeten ook kaderen in een gecoördineerde aanpak die een ad- hocbenadering overstijgt.

- *Vlotte uitwisseling van gegevens*

De afgelopen jaren en maanden werden belangrijke stappen gezet voor een betere beschikbaarheid van de gegevens. De ontwikkeling van het IMA en de permanente steekproef zijn hier concrete voorbeelden van. Toch is er nood aan een verdere optimalisering, beschreven in het hoofdstuk “structurele maatregelen”, onderdeel 4.0.

- *Snelheid van aanpak*

In het verlengde van de uitwisseling van gegevens is het uiteraard noodzakelijk op de meest recent beschikbare gegevens een beroep te kunnen doen. De verzekeringsinstellingen engageren zich ertoe om de exhaustieve claimsdata 5 maanden na de boeking ervan beschikbaar te stellen. Zie punt 7 (benodigde middelen).

Waar mogelijk moeten ook de procedures worden versneld. De procedure zal op punt worden gesteld waarbij bij ernstige vermoedens van fraude de betalingen kunnen worden geblokkeerd.

- *Capaciteit*

Het is noodzakelijk om voldoende te investeren in de nodige manpower en analysecapaciteit zowel bij het Riziv als bij de verzekeringsinstellingen. Wil men een systematische audit ontwikkelen van het doelmatig gebruik van de middelen in de verzorgingsinstellingen zal hiervoor in de nodige capaciteit moeten worden voorzien. De afgelopen jaren zijn heel wat geneesheren-inspecteurs afgevloeid. Een minimumcapaciteit van 75 à 85 VTE moet kunnen worden gegarandeerd.

Ook voor de verwerking van de gegevens zal bijkomende mankracht noodzakelijk zijn. Een versterking van de capaciteit van data-management en data-analyse bij het IMA dringt zich op en dient correct te

worden vergoed naar analogie met de financiering van de permanente steekproef. Een budgettaire enveloppe van 500.000 euro dient daartoe te worden voorzien.

Meer en meer is duidelijk dat een goede en efficiënte communicatiestrategie een belangrijke rol kan spelen bij de realisatie van objectieven inzake doelmatige zorg.

- *Incentives*

Sommigen pleiten voor een 'aanklampend beleid', hetgeen inhoudt dat zorgverleners individueel of in groep worden gesensibiliseerd voor het verbeteren van de doelmatigheid van de verleende zorg. Behoudens uitzonderlijke situaties, is dit gebaseerd op de nieuwe inzichten en methodieken van het kwaliteitsbeleid in de zorg (Cfr. PERRY, C, ea, Behavioural insights in health care. Nudging to reduce inefficiency and waste, december 2015) .

Hoe dan ook is het duidelijk dat zowel aan de zijde van de verstrekkers als aan de kant van de payers voldoende incentives moeten bestaan die 'inefficiënties' terugdringen. Het is belangrijk na te gaan of de bestaande prikkels hiertoe toereikend zijn. Een heroriëntatie of modernisering van het accrediteringssysteem is hierbij een mogelijk aandachtspunt. Ook van de zijde van de verzekeringinstellingen moet worden nagegaan in welke mate de mechanismen van financiële responsabilisering kunnen worden versterkt.

Het is duidelijk dat de sanctionerende bevoegdheid voorbehouden blijft aan de overheid. Niettemin is het noodzakelijk dat de verzekeringsinstellingen als eerstelijnsactor meer moeten inzetten op het verzekeren van de doelmatigheid van de aangerekende zorg. Instrumenten zoals gecibleerde feedbacks, monitoring van zorgverleners, terreincontroles, ... zullen hierbij worden ontwikkeld.

- *Administratieve vereenvoudiging*

Voorkomen is beter dan genezen. Dit geldt ook op het vlak van handhaving. Veelal geeft de complexiteit van de regelgeving aanleiding tot misverstanden, administratieve discussies en soms tot gerechtvaardigde interventies die als plagerijen worden bestempeld. Een duidelijk wettelijk kader ondersteund door professionele communicatie kan bijdragen tot belangrijke gedragswijzigingen.

- *Structurele aanpak*

Nieuwe vormen van facturatie en van zorgverlening vergen een adequaat toezicht. Hieruit vloeit voort dat de bestaande instrumenten moeten worden ge-updatet. Het gebruik van e-Id kaart, inzicht in samenwerkingsverbanden, goede informatiedoorstroming tussen alle diensten (ordes, parket, andere overheidsdiensten op federaal of regionaal niveau...) zijn hiervan concrete illustraties.

- *Samenwerking en responsabilisering*

Dit actieplan kan maar resultaten boeken wanneer alle krachten worden gebundeld, niet alleen om data te analyseren maar ook om concrete stappen op het terrein te zetten.

In die zin zal ook de samenwerking tussen de verschillende inspectiediensten en de controlerende medewerkers van de ziekenfondsen worden versterkt. Waar nodig en mogelijk zullen gemengde teams worden samengesteld zodat ook een grotere efficiëntie in de aanpak wordt verzekerd en dubbel werk wordt vermeden. Er wordt aan herinnerd dat overeenkomstig artikel 153§2 van de GVVU-wet de feitelijke en medische vaststellingen die de adviserend geneesheren tijdens de uitoefening van hun controletaken verrichten, bewijskracht hebben tot bewijs van tegendeel.

Ook zorgverleners zullen worden betrokken teneinde het nodige draagvlak te realiseren en de praktische expertise aan boord te halen.

- *Zichtbaarheid en ruchtbaarheid*

Vaststellingen alleen volstaan niet, ze moeten vertaald worden in concrete resultaten.

Deze resultaten moeten ook concreet zichtbaar worden gemaakt via rapportering aan de Algemene Raad maar moeten ook traceerbaar zijn in de financiële gegevens van het RIZIV en de VI en dit tot en met de effectieve invordering via welk kanaal ook. Op die wijze kan de return on investment worden nagegaan.

Waar nodig moeten de gedane vaststellingen worden vertaald in aanpassingen van het wetgevend en reglementair kader.

3) Organisatorisch kader: een samenwerkend en geïntegreerd platform

Het actieplan voorziet vooreerst in een aantal structurele maatregelen die de efficiëntie en effectiviteit van de handhaving moeten verhogen, de transparantie in de gezondheidszorg moeten bevorderen en een aanklappend beleid mogelijk moeten maken. Vervolgens worden specifieke maatregelen en acties voorgesteld rond fraudebestrijding en het verhogen van de doelmatigheid in de gezondheidszorg.

De coördinatie en implementatie van de diverse maatregelen gebeurt door een geïntegreerd platform dat in de schoot van het RIZIV wordt opgericht. Dit platform heeft tot doel de activiteiten inzake handhavingsbeleid en doelmatige zorg te stroomlijnen.

Bijkomend doel is structuur te brengen in het huidige versnipperde landschap met vele betrokken partijen, instanties en organen.

Het gaat om een organisatorisch en functioneel integreren van de activiteiten inzake handhaving, geen fusie van diensten en activiteiten, wel het tot stand brengen van een gestructureerde netwerking waarin ook de verzekeringsinstellingen een prominente rol moeten spelen. In dat verband zal worden nagegaan voor welke thema's gemengde teams RIZIV – VI's ingezet kunnen worden, teneinde de handhaving verder te versterken.

Het platform rapporteert periodiek aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomite. Dit laat toe een beter zicht te krijgen op de inspanningen die worden geleverd, de stand van zaken van de verschillende maatregelen en de resultaten die worden geboekt.

Hiermee wordt tegemoetgekomen aan de vraag naar meer transparantie inzake de activiteiten en de resultaten ervan op het vlak van handhaving en doelmatige zorg door de verschillende betrokken partijen. Zowel de activiteiten van het RIZIV als van de verzekeringsinstellingen zullen hierbij in kaart worden gebracht.

Het platform brengt alle partijen belast met de uitvoering van het betrokken beleid samen, stelt een werkprogramma dat over verschillende jaren loopt op en waakt over de uitvoering van de projecten en initiatieven die werden goedgekeurd. Het platform is RIZIV-overschrijdend. De controlediensten van het RIZIV en van de verzekeringsinstellingen spelen een centrale rol op basis van een duidelijke afgesproken taakverdeling.

Het platform werkt top-down en bottom-up. Het verzekert de goede uitwisseling van gegevens en volgt de voortgang van de maatregelen op. Het evalueert ook de gehanteerde instrumenten, berekent de inzet van de benodigde en gebruikte middelen, en meet de impact van elke genomen actie.

Dit platform is een upgrading van de bestaande antifraudecommissie en zal verder bouwen op de bestaande initiatieven en werkgroepen. Zo is het wenselijk dat de werkgroep "fraude" in de schoot van

de Hoge Raad voor Geneesheren-directeurs en de commissie “datamining en controle ” van het NIC permanent bij de werking van het platform worden betrokken. Ook de initiatieven die door de Hoge Raad voor Geneesheren- directeurs en de DGEC worden ontwikkeld zullen in dit kader worden gesitueerd. Tenslotte zal ook de know-how van de profielencommissies hierin kunnen worden gevaloriseerd. Tegen eind 2016 zal een concreet organisatorisch framework waarin de samenhang en de rollen van eenieder worden verduidelijkt, voorgelegd worden aan de Algemene Raad.

Prioritaire doelstelling van het platform is de operationalisering van de hieronder opgenomen maatregelen om per werkpakket tot een specifiek actieplan te komen, met een specifieke tijdslijn voor 2016/2017 en de daaropvolgende jaren met duidelijke deliverables.

In totaal worden 15 structurele maatregelen, 10 acties in het kader van de fraudebestrijding en 9 maatregelen inzake het verhogen van de doelmatigheid in de zorg in dit actieplan voorgesteld.

4) Structurele maatregelen

Volgende structurele maatregelen worden uitgewerkt.

4.0 Uitwisseling van gegevens

Een doorgedreven handhavingsbeleid is rechtstreeks gelinkt aan de grotere beschikbaarheid en analyse van de diverse gegevens gezondheidszorg. Het vormt een absolute voorwaarde.

Zo zullen vanaf juni 2017 de gegevens van de verzekeringsinstellingen via een gebruiksvriendelijke interface rechtstreeks toegankelijk zijn voor de Riziv –diensten. Het zal ook de aanmaak van a-typische patiëntenprofielen mogelijk maken. In partnership met de verzekeringsinstellingen wordt zodoende de analysecapaciteit verbreed en kan ook de wederzijdse expertise worden versterkt.

In het verlengde hiervan zal ook een pilootproject worden opgezet waarbij onder toezicht van de Algemene Raad en met inachtnaam van de meest strikte privacyvoorschriften financiële en diagnostische gegevens kunnen worden samengebracht. Op die wijze kan de validiteit van de gegevens worden getest. De resultaten van het pilootproject zullen aan de Algemene Raad worden voorgelegd.

Verder wordt voorgesteld om vanaf 2017 op het My Carenet-bericht 727 de ICD 10-code zowel de hoofd- als nevendiagnose te vermelden ten behoeve van de adviserend geneesheer.

Ook moeten de modaliteiten worden ontwikkeld die een controle op de elektronische geneesmiddelenvoorschriften (recip-é) door het Riziv en de verzekeringsinstellingen mogelijk maken.

Tenslotte wordt voorgesteld om een werkgroep, samengesteld uit alle betrokken stakeholders, te belasten om voorstellen te formuleren en voorwaarden vast te stellen waaronder een systematische koppeling van financiële en diagnostische gegevens op een transparante wijze kan worden gerealiseerd waardoor praktijkverschillen met een grotere precisie kunnen worden in kaart gebracht. Hierbij moet ook worden bekeken hoe de gegevens beschikbaar in healthdata kunnen worden betrokken in de analyse inzake doelmatige zorg.

4.1 Systematische lezing van E-id kaart

Doelgroep	Deze maatregel geldt voor alle zorgverleners die de elektronische derdebetalersregeling toepassen.
Doel van de actie en motivering	Deze maatregel beoogt enerzijds de bestrijding van fraude op basis van de identiteit van de rechthebbende en anderzijds de bestrijding van fraude gepleegd door de zorgverleners (niet-gerealiseerde

verstrekkingen), door zich ervan te vergewissen dat er werkelijk een contact is geweest tussen de zorgverlener en de patiënt.

Procedure

In geval van elektronische facturatie in de derdebetalersregeling (die zich geleidelijk uitbreidt) is er bepaald dat de identiteit van de rechthebbende moet worden gecontroleerd door een elektronische lezing van zijn identiteitsdocument (e-ID-kaart, ISI+-kaart, SIS-kaart). Voor elke categorie van zorgverlener legt de Koning de datum van inwerkingtreding van die verplichting vast. Het Verzekeringcomité legt bij verordening de praktische richtlijnen van die lezing vast.

Tijdschema

Momenteel worden de praktische richtlijnen voor de sector van de thuisverpleging afgewerkt. Tijdens de vergadering van de betrokken overeenkomstencommissie van 24.8.2016 zal een nota met een ontwerpverordening (richtlijnen) en ontwerpbesluit worden voorgelegd (datum van inwerkingtreding van de verbintenis). De datum van 1.10.2017 zal worden voorgesteld als datum van inwerkingtreding.

De besprekingen betreffende de facturering door de ziekenhuizen in de derdebetalersregeling zijn aan de gang (zowel voor de gehospitaliseerde als de ambulante patiënten).

Op termijn moet de verplichte lezing van de e-ID voor andere sectoren worden overwogen.

Benodigde middelen en samenwerking

- Bespreking in de betrokken overeenkomstencommissie.
- Bespreking met de softwarefirma's voor de integratie in de software.

Bijkomende opmerkingen

De verplichte lezing van het identiteitsdocument is een voorwaarde voor de toepassing van de elektronische facturatie.

Momenteel is de elektronische facturatie uitsluitend gepland in het kader van de derdebetalersregeling ("E-fac").

In de toekomst zal het project "E-attest" worden uitgebreid. In dat geval zal het getuigschrift voor verstrekte hulp langs elektronische weg aan de V.I.'s worden bezorgd zodat de rechthebbende kan worden vergoed.

De juridische basis voor de lezing van de e-ID-kaart zal dan in dat kader eventueel moeten worden aangepast.

4.2 Cartografie praktijken zorgverleners

Doelgroep	Alle zorgverleners actief binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging, ongeacht werkplaats (eigen praktijkkamer, thuis, instelling,...) en werkorganisatie (groep, solo, ...)
Doel van de actie en motivering	<p>Een cartografie of praktijkregistratie laat toe om in het kader van fraudebestrijding duidelijkheid te scheppen in welke mate de praktijk en/of de individuele zorgverleners die deel uitmaken van die praktijk gevat kunnen worden voor sancties na onregelmatigheden. In die context is het belangrijk om de praktijken te identificeren en de pertinente gegevens (zoals de KBO-nummers, samenstelling van de praktijken, adressen, ...) te kennen.</p> <p>De praktijkregistratie zal dus, naast het vastleggen van verantwoordelijkheden en de controle, ook een rol hebben inzake factureringsmandaten, fiscale bestemming van inkomsten (vervanging papieren getuigschriften door elektronische facturering in derdebetalersregeling), gezamenlijke aanvragen voor bepaalde voordelen en andere maatregelen.</p> <p>Een algemene cartografie of praktijkregistratie laat toe om individuele zorgverleners te volgen binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging inzake hun activiteit, werkplaats, werkorganisatie en mobiliteit, mits een performante IT-ondersteuning en een continue inzameling van de correcte gegevens.</p> <p>Inzake de “accountability” van de actoren is het daarnaast wenselijk om niet enkel op individueel maar ook op praktijk- of groepsniveau profielanalyses te verrichten om zo onterechte uitgaven te kunnen opsporen en te vermijden en om tarificatiediensten in kaart te brengen om desgevallend uitvoering te geven aan artikel 165/1 van de Gvu-wet.</p> <p>Waar nodig moet ook nagegaan worden of bepaalde tarificatieregels aangepast of gepreciseerd moeten worden.</p>
Financiële situering	Dit hangt af van de precieze “scope” van deze maatregel. Ter indicatie: de partiële begrotingsdoelstellingen 2016 voor artsen, verpleegkundigen, tandartsen, kinesitherapeuten, bandagisten en orthopedisten, opticiens, audiciens en vroedvrouwen bedragen gezamenlijk ongeveer 11,280 miljard euro.
Procedure	Binnen het RIZIV worden een databank en beheerssysteem voor de praktijken van zorgverleners opgezet. Dit betreft het identificeren van praktijken van zorgverleners en het verzamelen en continu updaten van de verbonden gegevens, nuttig in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Die praktijkregistratie ligt in lijn met de MyRIZIV-toepassing wat onder andere betekent dat de gegevens online moeten worden ingezameld. Dit betekent dat het RIZIV de authentieke bron van groeperingen en samenwerkingsverbanden (exclusief ziekenhuizen) zal worden (zie verder).

Als voorbereiding op de invoering van zo'n systeem wordt eerst bepaald welke gegevens moeten ingezameld worden en de praktische modaliteiten van die inzameling, na intensief overleg met de betrokken zorgverleners en rekening houdende met het technisch en juridisch kader. Ook moeten de juridische instrumenten, noodzakelijk voor de realisatie, geïdentificeerd worden en moet het project opgenomen worden in de It-planning van het RIZIV (streefdatum 31/03/2017).

Timing

Praktijkregistratie maakt deel uit van de beheersovereenkomst (art. 28 luik 2). De volgende actieverbintenissen zijn in die context afgesproken.

- bepalen welke sector van zorgverleners of multidisciplinaire equipe (zijnde de sector van de thuisverpleging & minstens 1 bijkomende sector) een pioniersrol krijgt bij het operationaliseren van de praktijkregistratie, afhankelijk van resultaten van de analyses, beschikbare RIZIV-middelen, prioriteiten beleidsmakers, e.a. ... Streefdatum: 31/12/2016.
- opmaken van het voorstel van tekst voor het reglementair kader voor de praktijkregistratie en het opstarten van het intern IT-project. Streefdatum: 31/03/2017.
- operationaliseren van de praktijkregistratie voor de sector van de thuisverpleging & minstens 1 bijkomende sector. Streefdatum: X + 18 maanden, X zijnde de datum waarop het voorstel van tekst voor het reglementair kader goedgekeurd is door de Beleidscel.

Als tweede sector wordt gedacht aan de (huis)artsen en/of de tandartsen.

De timing van de invoering van zo'n praktijkregistratie voor alle zorgverleners moet nog onderzocht worden. Door gebruik te maken van de ervaring en de instrumenten verkregen voor die eerste twee sectoren, kan de implementatieperiode korter worden gehouden voor de bijkomende sectoren.

Beoogde financiële impact

Normaliter zal deze maatregel leiden tot efficiëntiewinsten voor het RIZIV inzake de controle en opvolging van de uitgaven met daaraan gekoppeld vermindering van ondoelmatig gebruik van de beschikbare middelen. In deze fase is het nog onmogelijk om op een valide manier de financiële impact te ramen.

Benodigde middelen en samenwerking

Om deze maatregel tot een goed einde te brengen is een constructieve samenwerking nodig met de verschillende externe partners (beroepsorganisaties, verzekeringsinstellingen, authentieke bronnen van gegevens,...).

Het is noodzakelijk dat op korte termijn voor de ziekenhuizen een databank tot stand wordt gebracht met een overzicht van het personeel per instelling (op individueel niveau (INSZ-nummers en kwalificaties per personeelslid)). Ressorteert onder de bevoegdheid van de FOD Volksgezondheid. Up-to-date en betrouwbare databases zijn een noodzaak.

In principe zijn bijkomende middelen inzake ICT (ondersteuning performante applicatie) en HR (business-analisten, dossierbeheerders sectoren) vereist.

4.3 Adequaat reglementair kader opleggen verbod derdebetalersregeling

Doelgroep	Zorgverleners die de derdebetalersregeling toepassen en in dat kader zware inbreuken plegen (fraude). Opleggen van een verbod voor het gebruik van de derdebetalersregeling als bijkomende sanctie in geval van fraude.
Doel van de actie en motivering	Artikel 11§2 van het KB van 18/09/2015 wordt als niet solide en selectief genoeg beoordeeld als basis. De wettelijke verankering in de GVVU-wet is het doel. Daarom wordt de mogelijkheid ingevoerd voor de administratieve rechtscolleges Kamer van eerste Aanleg en Kamer van Beroep om in geval van fraude als bijkomende straf het verbod op te leggen om aan te rekenen via de derdebetalersregeling voor een periode van minimum 1 dag en maximaal 2 jaar (naast terugvordering onterecht geïnd bedrag en administratieve boete).
Financiële situering	In 2015 namen zowel de Kamer van Eerste Aanleg als de Kamer Van Beroep beslissingen in 55 dossiers waarvan de totale schade respectievelijk 7 520 380 en 2 743 262 euro bedroeg.
Procedure	Het voorstel wordt geformuleerd in een wetsontwerp, met aanpassing art. 142 van de gecoördineerde wet.
Timing	31/12/2016
Beoogde financiële impact	Door deze bijkomende sanctie is een mindere uitgave mogelijk, maar men moet ook rekening houden met eventueel verloop van patiënten. (die een andere zorgverlener zoeken).

4.4 Uitvoering van artikel 77 sexies GVVU-wet

Doelgroep	Zorgverleners die de derdebetalersregeling toepassen en waarbij er aanwijzingen zijn dat ze frauderen. De preventieve schorsing van de uitbetalingen in de derdebetalersregeling in geval er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van fraude voorhanden zijn in
------------------	---

	hoofde van een zorgverlener.
Doel van de actie en motivering	De bepalingen van artikel 77sexies GVV-wet uitvoeren: instellen van de procedure bij de leidend ambtenaar van de DGEC en organiseren afspraken met de verzekeringsinstellingen.
Financiële situering	Raming van een 10-tal dossiers per jaar met een belangrijke schade (inbreuken vermoed van meer dan 50 000 euro per dossier)
Procedure	Voorstel procedure wordt voorgelegd aan de Antifraudecommissie. Toepassen bepalingen in concrete dossiers via een binnen DGEC georganiseerd circuit: opmaak dossier; opvragen verweer; beslissing Leidend Ambtenaar; communicatie beslissing aan VI; opvolging sanctie in VI; nacontroles door DGEC en VI. Tussen de VI en het RIZIV wordt een procedure bepaald voor een gestructureerde gegevensuitwisseling. Er wordt nagegaan of deze informatie geïntegreerd kan worden in de wekelijkse elektronische bestanden met geüpdatete informatie namens de zorgverstrekkers die het RIZIV naar de VI verstuurt.
Timing	Goedkeuring procedure: ten laatste op 31/10/2016 Rapport over de gedane vaststellingen in 2016 en hun gevolgen: 30/06/2017
Beoogde financiële impact	Schorsing uitbetaling facturen derdebetalersregeling voor een bedrag van 500 000 euro.
Benodigde middelen en samenwerking	De medewerking van de Antifraudecommissie, met inbegrip van de verzekeringsinstellingen.

4.5 Invoering verplichting offerte / reductie cash betalingen

Doelgroep	Alle rechthebbenden op geneeskundige verzorging. Bepaalde zorgverleners actief binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging, bijvoorbeeld tandzorg.
Doel van de actie en motivering	Naar Nederlands voorbeeld in de mondzorg kan nagegaan worden of voor bepaalde disciplines binnen de gezondheidszorg de verplichting ingevoerd wordt voor het opstellen van een offerte door de zorgverlener. In Nederland heeft de tandarts de verplichting voorafgaandelijk een offerte op te stellen voor behandelingen die het grensbedrag van 250

overschrijden.

Ook kan nagegaan worden in welke gevallen of vanaf welk bedrag cash betalingen aan de zorgverleners niet meer toegelaten zijn. Thans bedraagt het grensbedrag 3000 euro inclusief BTW.

Beide maatregelen kaderen in een beleid van het verhogen van de transparantie en het verlagen van de fraudegevoeligheid binnen de sector. Hieraan werd in het jongste akkoord artsen - ziekenfondsen ruimschoots aandacht besteed (punt 1.2.5).

Procedure	<ol style="list-style-type: none">1) Analyse documenten NZA (Nederlandse zorgautoriteit) + juridische analyse Belgische context2) Opstellen conceptnota3) Bespreking binnen de desbetreffende overeenkomstencommissie van het RIZIV4) Goedkeuring Verzekeringscomité en Algemene Raad5) Juridische verankering in ZIV-wet
Timing	Conceptnota beschikbaar eind 2016.
Benodigde middelen en samenwerking	Contactname met de NZA (Nederlandse zorgautoriteit).

4.6 Meldpunten fraude en verspilling in de zorg

Doelgroep	Alle rechthebbenden op geneeskundige verzorging.
Doel van de actie en motivering	<p>Naar analogie met het proefproject “vroegtijdige signalering van zorgfraude” en het meldpunt “verspilling in de gezondheidszorg” (www.verspillingindezorg.nl), beide uit Nederland, kan voor de Belgische gezondheidszorg nagedacht worden aan een gelijkaardig initiatief. Dit kan mutualistisch of intermutualistisch worden georganiseerd. Een rapportering naar het platform (punt 3) wordt daarbij voorzien.</p> <p>De scope is breder dan louter het melden van mogelijke inbreuken. Het meldpunt is eveneens in staat info te verstrekken over een aantal afgeijnde aspecten van de gezondheidszorg (ziekenhuisfacturen, na te leven tarieven, ...). Het meldpunt is zowel voor de burger als voor de zorgverstrekker toegankelijk.</p> <p>Maatregel die bijdraagt tot een verhoogd inzicht van de burger in de gezondheidszorg en contactname toelaat op laagdrempelige wijze (sterkere burgerparticipatie).</p>

Procedure	<ol style="list-style-type: none"> 1) Analyse van de werking en ervaringen van de buitenlandse voorbeelden en de huidige meldpunten in België 2) Opstellen conceptnota met scope en bevoegdheden van het meldpunt en waar het meldpunt zich situeert. 3) Uitwerken en beschrijving van de mogelijke vervolgotrajecten die een melding kan hebben. 4) Bespreking binnen de organen van het RIZIV 5) Uitvoering beslissing
Timing	Conceptnota eind oktober 2016.
Benodigde middelen en samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Overleg met de verzekeringsinstellingen is noodzakelijk. - Contactname met het “meldpunt voor eerlijke concurrentie” (lessons learned) - Samenwerking met het EHFCN (voor contactname met buitenlandse instellingen) is een mogelijkheid. - “Informatieverlening en coaching van de leden” is opgenomen in ontwerp van meerjarenpact tussen de Beleidscel en de VI's.

4.7 Uitbouw methodiek patiëntenprofielen

Doelgroep	Consumptie van geneeskundige verzorging door de patiënten
Doel van de actie en motivering	Opsporing van patiëntenprofielen buiten de normen van de zorgconsumptie. Dat kan profielen aan het licht brengen van zorgverleners met een praktijkvoering die niet de norm volgt. In dat geval kan een bijkomende analyse worden uitgevoerd en eventueel tot controles leiden.
Financiële situering	Betreft alle uitgaven voor de verstrekkingen die in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn opgenomen en voor de farmaceutische verstrekkingen.
Procedure	<ol style="list-style-type: none"> 1) Analyse van de facturatiegegevens(verstrekkingen van de nomenclatuur en farmaceutische verstrekkingen) 2) Methodologie: <ol style="list-style-type: none"> a. Per leeftijdscategorie een 'gemiddeld patiëntenprofiel vastleggen op basis van: <ul style="list-style-type: none"> - Een jaarlijks globaal gemiddeld bedrag per patiënt - Een jaarlijks globaal gemiddeld bedrag per patiënt waarbij verstrekkingen in het ziekenhuis en ambulante verstrekkingen van elkaar worden gescheiden - Het gemiddelde aantal en de gemiddelde bedragen van totale verstrekkingen, behalve de farmaceutische verstrekkingen (uitgezonderd de klinische biologie?) - Het gemiddelde aantal en de gemiddelde bedragen van

	<ul style="list-style-type: none"> farmaceutische verstrekkingen
	<ul style="list-style-type: none"> b. Vastleggen van indicatoren: per patiënt en per leeftijdscategorie <ul style="list-style-type: none"> - Aantal artsen van eenzelfde specialisme - Herhaalde verstrekkingen <ul style="list-style-type: none"> - contact arts - technische onderzoeken (met inbegrip van medische beeldvorming) - farmaceutische verstrekkingen - klinische biologie c. Rekening houden met verzorging in het ziekenhuis of ambulant
Timing	Methodologie datamining opgesteld tegen 30.6.2017
Beoogde financiële impact	Zal ervoor zorgen dat er actie kan worden ondernomen in het kader van een beter gebruik van de middelen
Benodigde middelen en samenwerking	Indiensttreding van 2 statistisch analisten bij de DGEC Versterking capaciteit bij de DGEC Samenwerking DGEC – VI's.

4.8 Protocol met het auditoraat / parket en andere instanties

Doelgroep	Alle actoren in de gezondheidszorg, de verzekerden inbegrepen.
Doel van de actie en motivering	<p>In eerste instantie zal gewerkt worden aan een protocol met het Parket/Auditoraat.</p> <p>Het Parket/Auditoraat en de DGEC hebben elk een eigen aanpak t.a.v fraude in de gezondheidszorg.</p> <p>In individuele dossiers wordt goed samengewerkt, maar een afgesproken kader is noodzakelijk om efficiënt te werken en een elkaar hinderende sanctionering “bis in idem’ alleszins te vermijden.</p> <p>Eveneens kunnen andere protocollen voorzien worden, bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - met de Orde van geneesheren en de provinciaal geneeskundige commissies voor een gestructureerde gegevensuitwisseling (bijvoorbeeld rond schorsingen of intrekken van visa van artsen). - met de Dienst voor Vreemdelingenzaken die vragende partij is voor een samenwerking en gegevensuitwisseling met het RIZIV inzake vermoedens van fraude gepleegd door zorgverstrekkers.
Financiële situering	<ul style="list-style-type: none"> - De DGEC behandelt per jaar een 80 tot 100-tal fraude dossiers met schade in totaal van 3-5 miljoen euro. De schade in individuele DGEC-dossiers kan oplopen tot meer dan 0.5 miljoen euro. - De schade in belangrijkste Parket/Auditoraat dossiers loopt soms op tot ruim 1 miljoen euro.

Procedure	<ul style="list-style-type: none"> - Gestructureerd overleg College Auditeurs (Procureurs) en DGEC (DAC). - Overleg met de Orde van geneesheren, Provinciaal Geneeskundige Commissies en andere overheidsdiensten.
Timing	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situering van het specifiek wettelijk kader van Parket, Auditoraat, DGEC : 3 maanden. 2. Afspraken samenwerking: <ul style="list-style-type: none"> - Zware fraude dossiers - Lichte dossiers (strafbemiddeling) - Vermijden bis in idem: <p>3 maanden Streefdatum 31/12/2016.</p>
Beoogde financiële impact	<p>De financiële impact kan dubbel zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Efficiëntie winst door vermijden dubbel werk in onderzoek en procedure 2. Verhoogde recuperatie van schade door technische samenwerking.
Benodigde middelen en samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Goede afstemming tussen Parket en Auditoraat in eerste instantie. - Erkenning specifieke plaats RIZIV in handhaving in ziekteverzekering.

4.9 Hervorming systeem van accreditering

Doelgroep	De maatregel is bestemd voor alle beroepen waarvoor een accrediteringssysteem bestaat of wordt overwogen: artsen, tandartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen.
Doel van de actie en motivering	<p>Hervorming van het huidige accrediteringssysteem (zie ook nota NCGZ 2016/59) om tot een systeem van "Continuing Professional Development" te komen dat de nadruk legt op de reële behoeften van de zorgverlener, maar ook op de verwachtingen van de overheid. Het bijzondere aan dit nieuwe systeem is dat het voorziet in een beloningssysteem om het gedrag van de zorgverleners te sturen.</p> <p>In 2011 werd in Frankrijk een analoog systeem ingevoerd waarbij het nieuwe vergoedingssysteem van de artsen op het bereiken van de gezondheidsdoelstellingen (ROSP) wordt gebaseerd.</p>
Financiële situering	In 2014 bedroegen de accrediteringskosten voor de artsen 270 miljoen euro, 18 miljoen voor het forfait en 252 miljoen voor de

honorariumsupplementen. Voor de tandartsen bedroegen die kosten bijna 16 miljoen euro.

Voor de sector van de kinesitherapie is er sinds 2016 een budget van 1,2 euro voor de kwaliteitspromotie vrijgemaakt (premie van 2.000 euro per kinesitherapeut).

Procedure

- Het nieuwe systeem is op het principe van de "kwaliteitscirkel" gebaseerd:
 - "PLAN – Plannen": opstellen van een opleidingsplan gebaseerd op twee pijlers: enerzijds de behoeften van de zorgverstrekkers en anderzijds de doelstellingen van de volksgezondheid en de ziekteverzekering (passend gebruik van middelen, multidisciplinariteit, "transmuraliteit", e-gezondheid, ...).
 - "DO – Doen": opleidingen op basis van verschillende methodes en moderne vorming (e-learning, artsenbezoekers, ...).
 - "CHECK – Verifiëren": het meten van het effect van de opleidingen op de individuele praktijk van de zorgverstrekkers. De meeteenheid van accreditering zal niet meer de tijd, maar het bereikte resultaat zijn.
 - "ACT - Reageren": Aanpassen van het opleidingsplan op basis van de resultaten van de evaluatie.
- Incentives op basis van indicatoren: Beloning van de performantie op basis van kwaliteits- en efficiëntie-indicatoren opgebouwd uit de activiteit van de zorgverstrekkers (of groepen van verstrekkers).

Timing

- Gefaseerde en geleidelijke invoering op de volgende twee manieren:
 - Op basis van de nieuwe filosofie, een snelle start (2016) van de **proefprojecten** op basis van prioriteiten (bv.: voorschrijven van antibiotica, medische beeldvorming,...).
 - Verbetering van het huidige accrediteringssysteem:
 - Erkennen van de instellingen die de opleiders erkennen, namelijk de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, verpleegkundigen, tandartsen (om multidisciplinaire opleidingen te promoten).
 - Eisen dat een deel van de huidige Credit Points worden verkregen uit deze erkende opleidingen.
 - Financiële beloning van de LOK's op basis van hun resultaten in verschillende domeinen (antibiotica, psychotrope stoffen,...)

Beoogde financiële impact

Het nieuwe systeem vereist geen nieuwe budgetten, maar "recycleert" het voorziene budget.

Benodigde middelen en samenwerking

De uitdaging zal op 2 niveaus moeten worden aangegaan:

- ervoor zorgen dat de zorgverleners dit nieuwe systeem aanvaarden;
- de interne processen van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV reorganiseren.

4.10 Systematische audit ziekenhuizen

Doelgroep

De ziekenhuizen

Doel van de actie en motivering

Opstellen van een algemene methode om audits van de ziekenhuizen uit te voeren en dit in het kader van een meerjarenprogramma. De sector van de ziekenhuizen vormt een belangrijke uitgavenpost binnen de geneeskundige verzorging.

Financiële situering

Globaal kader: +/- 12 miljard in 2014
Kader van de verstrekkingen verleend tijdens een ziekenhuisopname: +/- 7 miljard
Ad-hockader: te bepalen volgens de concrete actie

Procedure

Voor een audit van de ziekenhuizen is een coördinatie van alle betrokken partijen nodig, namelijk het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de gemeenschappen en gewesten en anderen (FANC).

Voor de DGEC zal de audit van de ziekenhuizen betrekking hebben op de controle van enkele precieze punten betreffende de reglementering inzake de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen.

Voorbeelden:

- toestellen voor medische beeldvorming overeenkomstig de criteria die in de nomenclatuur zijn opgenomen
- permanentielijsten die in de nomenclatuur worden vereist (intensieve verzorging, ziekenhuispermanentie, ...)
- artsen die in de spoeddienst aanwezig zijn

Er moet worden opgemerkt dat er voor die audit aanzienlijke middelen nodig zijn.

De prioriteiten zouden rekening houdende met de beschikbare middelen moeten worden bepaald.

Centrale coördinatie en gedecentraliseerde aanpak

Oprichting van auditcellen met een provinciale coördinatie

Deelname van de FOD Volksgezondheid en van de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen (via de Hoge Raad van

	Geneesheren-directeurs)
	Basisprincipes: 1 ziekenhuis zou om de 2 jaar een audit moeten krijgen Bezoek van +/- 53 ziekenhuizen per jaar
	Eerste fase: de verschillende instellingen en betrokken partners-auditeurs contacteren
Timing	<ul style="list-style-type: none"> - Het plan van aanpak eind 2017 aan de interministeriële conferentie voorleggen - Acties op het terrein: 2^e semester 2018
Beoogde financiële impact	Impact op het correct attesteren van de verzorging
Benodigde middelen en samenwerking	<p>Er moet worden opgemerkt dat er voor die audit aanzienlijke bijkomende middelen nodig zijn.</p> <p>Voor een doelgerichte aanpak op een of meerdere items:</p> <p><i>Middelen DGEC:</i> 10 VTE geneesheren-inspecteurs op jaarbasis (bijkomende kosten: 1.000.000 euro). Ondersteuning gegevensanalist: 1 VTE op jaarbasis (bijkomende kosten: 60.000 euro). Administratieve ondersteuning: 15 VTE op jaarbasis (beschikbare middelen, toe te kennen aan het project)</p> <p><i>Externe middelen:</i> Adviserend geneesheren: 20 VTE op jaarbasis en intermutualistisch Gebruik van de verwerpingen VI betreffende de facturering van de ziekenhuizen FOD Volksgezondheid: te bepalen Andere (FANC, ...): te bepalen Gewesten en gemeenschappen: te bepalen</p>

4.11 Bestelling getuigschriften voor verstrekte hulp GVVH (SPEOS)

Doelgroep	Zorgverleners
Doel van de actie en motivering	<p>De bestaande procedure om getuigschriften te bestellen (via SPEOS) is fraudegevoelig.</p> <p>Dat is aan het licht gekomen tijdens een onderzoekscontrole in augustus 2015.</p> <p>De omvang van dergelijke fraude is niet duidelijk, maar het is essentieel om de bestelling minimaal te beveiligen.</p> <p>Doel: onmogelijkheid om getuigschriften voor verstrekte hulp namens</p>

	een zorgverlener te bestellen zonder diens toestemming.
Financiële situering	Die kan moeilijk worden geraamd, maar door de procedure minimaal te beveiligen kan men zeker fraude voorkomen.
Procedure	<p>De akkoorden (RIZIV-SPEOS) van 25.2.2016 moeten door SPEOS worden geïmplementeerd.</p> <p>Het RIZIV moet de implementatie opvolgen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) De bevestiging van de bestelling, alsook het overschrijvingsformulier (bij een offlinebestelling) worden uitsluitend verstuurd naar het contactadres van de zorgverlener dat vermeld is in het beveiligde bestand dat het RIZIV aan SPEOS heeft meegedeeld. 2) De nieuwe wachtwoorden voor de onlinebestelling worden uitsluitend verstuurd naar het contactadres van de zorgverlener dat vermeld is in het beveiligde bestand dat het RIZIV aan SPEOS heeft meegedeeld. <p>Het is niet meer mogelijk om wachtwoorden telefonisch, op het telefonisch vermelde adres of per e-mail mee te delen.</p> <p>Nog nader te onderzoeken (RIZIV/SPEOS):</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Controle van het ondernemingsnummer dat bij de Kruispuntbank van Ondernemingen (KBO) is geregistreerd 4) Uitsluitend onlinebestellingen toestaan (verbinding via e-Id)
Timing	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oktober 2016 2. Oktober 2016 3. Uiterlijk eind 2017 4. 1 januari 2018
Beoogde financiële impact	Dit is een antifraudemaatregel.
Benodigde middelen en samenwerking	Aanpassing van het lastenboek/ concessie voor de productie van getuigschriften.

4.12 Terugbetalingsplafond verpleegkundigen

Doelgroep	Thuisverpleegkundigen
Doel van de actie en motivering	<p>Op basis van een schatting van de tijdsbesteding voor verschillende thuisverpleegkundige prestaties en ook rekening houdend met de verplaatsingen, meent de DGEC dat boven een zeker plafond het niet meer mogelijk is om de aangerekende prestaties conform de regelgeving en kwaliteitsvol uit te voeren.</p> <p>Het invoeren van een plafond van een maximaal aantal aanrekenbare</p>

verstrekkingen, rekening houdende met het tijdsgebruik voor de verstrekkingen en met het inzetten van zorgkundigen, is een efficiënte piste om fraude in de sector van de verpleegkundigen op te sporen en te bestrijden.

De voorbije jaren is in tientallen dossiers door de DGEC aangetoond dat onder deze hoge profielen veel niet-verrichte prestaties schuilgaan, evenals zware overscoringen van de afhankelijkheid, foutief aangerekende wondzorg, niet bevoegde zorgverleners.

Met een gelijkaardig systeem zijn bij de kinesisten dergelijke excessen sterk afgenomen; de outliers zijn vlot aan te pakken en te sanctioneren.

Financiële situering

In 2014 waren er 168 verpleegkundigen die op eigen naam meer dan 200.000€ aanrekenden, voor een totaal bedrag van 43.607.443,44€.

Indien, *louter ter illustratie van de financiële impact*, het plafond bijvoorbeeld op 200.000€ zou gelegd worden, bedragen de uitgaven: $168 * 200.000 = 33.600.000€$
=> een overschrijding van: 10.007.443,44€

Dit bedrag zal niet geheel gecupereerd worden, omdat er nog een beperkt aantal verpleegkundigen op hun eigen naam ook zorgen van medewerkende verpleegkundigen aanrekenen (die hebben dan een laag profiel) (Zij krijgen een PV in regelstelling om correct aan te rekenen op de naam van de effectieve zorgverlener).

Procedure

Via de overeenkomstencommissie verpleegkundigen – Ziekenfondsen een plafond van aanrekenbare verstrekkingen laten inschrijven in de nomenclatuur, zoals dat gebeurd is voor de kinesitherapeuten en de tandartsen (plafond per trimester en per jaar).

Timing

- Beslissing overeenkomstencommissie: 31/12/2016
- Uitvoeren controle: uiterlijk 31/12/2017

Beoogde financiële impact

Vertrekkend van de overschrijding hierboven, is een impact van minstens de helft of 5 miljoen euro per jaar zeker haalbaar. Het betreft een terugkerende, structurele besparing.

Benodigde middelen en samenwerking

Zie eveneens onderdeel 5.1. van het actieplan.

Toezicht via controles door DGEC zullen noodzakelijk zijn eens het plafond is ingesteld.

Bijkomende opmerkingen Het al dan niet werken met zorgkundigen en het deeltijds uitoefenen van de thuisverpleegkunde zijn factoren die mee in aanmerking dienen genomen te worden. Mogelijkerwijs een aangepast plafond voor de verpleegkundigen die ook als loontrekkende actief zijn.

4.13 Systematische monitoring nomenclatuurwijzigingen

Doelgroep	Zorgverleners, Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen
Doel van de actie en motivering	<p>De nomenclatuurwijzigingen hebben een tweeledig doel voor ogen: de technologische ontwikkelingen volgen en de toegang tot kwaliteitsvolle zorg voor de verzekerden garanderen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Die technologische ontwikkelingen gaan ook gepaard met het ontraden van sommige technieken: bij de monitoring van de nieuwe technologieën moet worden nagegaan of de substitutie effectief is en de nieuwe techniek niet bovenop de vorige technieken komt.- De herziening van de nomenclatuurcodenummers moet op kwaliteit worden getest om na te gaan of de toepassingsvoorwaarden stroken met de huidige aanbevelingen.
Financiële situering	Budget nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, uitgezonderd hoofdstuk 2 (raadplegingen, adviezen, beschikbaarheidshonoraria)
Procedure	<p>Een bijkomend hoofdstuk, opgesteld door de Cel doelmatige zorg, zal worden opgenomen in het jaarlijkse auditverslag, dat het volgende bevat:</p> <ol style="list-style-type: none">1. een systematische analyse van de evolutie van de recent ingevoerde nomenclatuur (5 jaar) in vergelijking met de nomenclatuur die geacht wordt vervangen te zijn2. Een follow-up van de kwaliteitsindicatoren die uit de nieuwe ingevoerde technieken voortvloeien, <p>De mogelijkheid om de zorgverleners feedback te geven, zal geval per geval worden overwogen volgens dezelfde methode die voor de praktijkverschillen wordt gehanteerd.</p> <p>De mogelijkheid van een tariefwijziging voor de "voorbijgestreefde" technieken zal systematisch worden onderzocht, om het gebruik van die technieken te ontraden.</p>
Timing	Ten vroegste: volgend auditverslag (30/6/2017)
Beoogde financiële impact	Cost containment

Benodigde middelen en samenwerking

Beschikken over alle middelen die in het kader van de cel Doelmatige Zorg zijn vrijgemaakt.

De vaststellingen in het kader van de verschillende controles van sommige zorgverleners en besluiten van de DGEC/SECM zouden ook kunnen worden gebruikt in het kader van een aanbeveling tot vereenvoudiging of herziening van de nomenclatuur.

4.14 Koppeling financiële en diagnostische gegevens

Doelgroep

Alle stakeholders in de gezondheidszorg

Doel van de actie en motivering

Het KCE verrichtte een Haalbaarheids- en representativiteitsstudie naar de koppeling van de permanente steekproef (EPS) met de ziekenhuisgegevens beschikbaar in de Technische Cel (TCT), Synthese in 2013 (2013. KCE Reports 208As. D/2013/10.273/63).

“Een permanente EPS-TCT-steekproef op basis van een jaarlijks herhaalde koppeling zou een beter beheer van de middelen en een verhoogde haalbaarheid van bepaalde onderzoeksprojecten mogelijk maken. Extractie uit deze gekoppelde steekproef laat immers toe de haalbaarheid van een studie te toetsen alvorens de noodzakelijke procedure op te starten wanneer de MZG- en IMA-gegevens op nationaal niveau moeten worden gekoppeld. Dergelijk permanent karakter maakt bovendien longitudinale studies mogelijk, waarbij de patiënt, dankzij een identificatiesleutel die de patiënt jaar in jaar uit behoudt, door de tijd heen kan worden gevolgd.

Bovendien, naast de koppeling van gegevens van ziekenhuizen, laat de gekoppelde steekproef EPS-TCT toe terugbetalingsgegevens van geneesmiddelen en ambulante diensten voor gehospitaliseerde patiënten te onderzoeken, omdat deze gegevens deel uitmaken van de EPS. Op deze manier kunnen volledige zorgepisoden of zorgtrajecten wetenschappelijk onderzocht worden.”

Procedure

De terbeschikkingstelling van de diagnosegegevens die aan de facturatiegegevens zijn gekoppeld, is al vastgelegd in een KB betreffende de organisatie van de koppeling van de EPS-gegevens aan de MZG-gegevens.

Dat KB moet zijn wetgevend traject nog beginnen. Het gaat dus om een proefproject met het oog op een koppeling van de exhaustieve facturatiegegevens aan de MZG-gegevens. De volledige organisatie

voor de koppeling van de EPS-MZG-gegevens (op technisch vlak door het IMA, op het vlak van de voorwaarden waaronder de gegevens door de verschillende partners mogen worden gebruikt of het toezicht door de CTPS) is perfect over te brengen op het geheel van de exhaustieve gegevens (zie punt 2.4 van de bijgevoegde nota).

De MZG-gegevens van de personen in de EPS zullen niet als dusdanig beschikbaar zijn op de IMA-server maar de terbeschikkingstelling van deze MZG-gegevens valt onder het toezicht van de Technische commissie van de Permanente Steekproef (CTPS). De MZG- gegevens zullen enkel beschikbaar zijn voor het beantwoorden van specifieke onderzoeksvragen die via een projectfiche goedgekeurd zijn door de CTPS. De MZG-gegevens worden m.a.w. niet standaard toegevoegd aan de EPS-gegevens.

Enkel de onderzoekers die beschikken over een autorisatie (via goedgekeurde projectfiche) zullen een selectie van de MZG-gegevens kunnen gebruiken voor het beantwoorden van hun betreffende onderzoeksvraag. Na het beantwoorden van de onderzoeksvraag dienen de specifieke gekoppelde MZG-gegevens vernietigd te worden.

Bij de behandeling van een specifieke en goedgekeurde onderzoeksvraag zullen de geselecteerde MZG-gegevens samen met de specifiek geselecteerde gegevens uit moederbestand EPS in een databestand terecht komen. Dat gekoppelde bestand zal evenwel enkel gebruikt kunnen worden voor die specifieke onderzoeksvraag en door die specifieke onderzoekers en zal niet continu en ook niet voor de overige partners, beschikbaar zijn.

De CTPS zal worden geïnformeerd over het verloop van het gebruik van de MZG-gegevens. Bij het afsluiten van de analyses zal de CTPS toezien op het vernietigen van het betreffende gekoppelde bestand.

Timing

- 1) 2016: juridische afhandeling
- 2) Implementatie in de loop van 2017

Benodigde middelen en samenwerking

Het InterMutualistisch Agentschap, RIZIV, FOD Volksgezondheid, FOD Sociale Zaken, WIV, KCE, het federaal planbureau.

4.15 Controle op de inschrijving van zorgverstrekkers uit het buitenland

Doelgroep

Artsen met een buitenlands diploma actief binnen de Belgische gezondheidszorg.

Doel van de actie en motivering

Voorliggende actie beoogt:

- Een betere registratie en controle op de toelating van artsen met een buitenlands diploma om hun beroep uit te oefenen in België
- De uitwerking van een cartografie van hun werkzaamheden (type, plaats van tewerkstelling, duur van de tewerkstelling, ...)

Deze maatregelen zullen uitgevoerd worden in samenwerking met de FOD Volksgezondheid en zullen toelaten om in het kader van handhaving adequate en snelle acties te ondernemen.

Financiële situering

Een berekening wordt voorzien: verhouding tussen het bedrag aan prestaties in 2015 aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering door artsen met een buitenlands diploma en het totaalbedrag aangerekend door alle artsen.

Procedure

Een databank/beheersysteem voor de inzameling en continue update van gegevens betreffende de werkzaamheden van artsen met een buitenlands diploma wordt opgezet.

Deze gegevensregistratie ligt in lijn van structurele maatregel 2 van het actieplan Handhaving ("Cartografie van alle praktijken van zorgverleners in België ongeacht hun typologie"). Gegevens die reeds beschikbaar zijn bij verschillende authentieke bronnen zullen gekoppeld worden aan gegevens die online door de betreffende artsen via de interactieve MyRIZIV-toepassing zullen worden ingezameld.

Naar analogie met bovenvermelde structurele maatregel 2 zal als voorbereiding op de invoering van deze registratie eerst de aard van de gegevens en de praktische modaliteiten inzake de gegevensinzameling moeten worden vastgelegd, dit in overleg met de FOD Volksgezondheid, de representatieve beroepsorganisaties en andere externe partners en rekening houdend met het nog uit te werken technische en juridische kader.

Timing

Dezelfde deadlines kunnen worden gehanteerd als de deadlines voorgesteld voor bovenvermelde maatregel 2 van het actieplan Handhaving:

- Vastleggen van de te verzamelen gegevens. Streefdatum: 31/12/2016.
- Opmaken van het voorstel van tekst voor het reglementair kader voor de gegevensregistratie en het opstarten van het intern IT-project. Streefdatum: 31/03/2017.
- Operationaliseren van de gegevensregistratie. Streefdatum: X + 18 maanden, X zijnde de datum waarop het voorstel van tekst voor het reglementair kader goedgekeurd is door de Beleidscel.

**Benodigde
middelen en
samenwerking**

Constructief overleg met externe partners + bijkomende ICT/HR-middelen voor de ontwikkeling van bovenvermelde databank en het beheren van de gegevensstromen.

5) Maatregelen in het kader van fraudebestrijding

Op het vlak van de fraudebestrijding worden initiatieven genomen om de respectieve rol van en samenwerking tussen de VI's en het RIZIV te stroomlijnen. Hierbij zullen in uitvoering van dit actieplan de nodige synergiën worden uitgerold. Dit actieplan voorziet in tien specifieke controle-onderzoeken voorgesteld in het kader van fraudebestrijding. In zes ervan is de samenwerking voorzien. Het is daarbij duidelijk dat van de VI's méér wordt verwacht dan loutere data-aanlevering.

Het gaat met name over de projecten: hoge profielen verpleegkundigen; dringend ziekenvervoer door ambulancediensten; controle bandagisten outliers; obsoleete verstrekkingen; controle E-statuuut kine; outliercontrole logopedie.

Via deze projecten worden diverse samenwerkingsmogelijkheden getest, waarbij de inbreng van de verzekeringsinstellingen sterk varieert.

Zo is er voorzien dat de VI's in het project “hoge profielen verpleegkundigen” een controle doen op het terrein (bij de verzekerden) voor nazicht op realiteit en conformiteit. Dit kan gebeuren binnen het bestaande kader van het NCAG. We vragen ook aan het IMA om de nodige data aan te leveren.

Binnen de “controle op de ambulancediensten” is de samenwerking beperkter: daar vraagt de DGEC aan de VI's om de facturatiegegevens en de bijhorende stavingsformulieren te bezorgen. Die zijn een essentieel onderdeel van de controleprocedure.

Inzake het project “bandagisten outliers”, doen we een beroep op de voorbereidende acties die daarvoor in de cel NIC Datamining zijn opgesteld. De daar verrichte screening kan mee de basis vormen voor acties van het RIZIV op het terrein.

Wat betreft de ‘obsoleete verstrekkingen’ is in een structureel onderdeel voorzien. De VI's en het RIZIV kunnen samen via de Technisch Geneeskundige Raad, de in onbruik (en misbruikte) nummers van de nomenclatuur afschaffen. Hier situeert de samenwerking zich na de controle door de DGEC op het terrein, door aanpassing van de nomenclatuur.

Het project “controle E-statuuut” is opgestart op vraag van de VI's via de Hoge Raad voor Geneesheren-directeurs. Het samenwerkingsprotocol is afgesproken. De DGEC zal de gegevens van de VI's analyseren en er met de VI's over overleggen. Samen zullen we nagaan of de reglementering valide is, of er experten dienen geraadpleegd, of er misbruiken zijn die aangepakt moeten worden. De optie voor een aansluitend luik evaluatie arbeids(on)geschiktheid binnen de VI's is open.

Binnen de “outliercontrole logopedie” tenslotte is de samenwerking VI's-DGEC reeds opgestart en is de eerste fase in uitvoering: enerzijds informatief aanschrijven zorgverleners op basis van indicatoren; anderzijds evaluatie van de gedane controle-onderzoeken. In onderling overleg zullen de volgende stappen worden afgesproken.

5.1 Controle hoge profielen verpleegkundigen

Doelgroep	Verpleegkundigen in de thuiszorg.
Doel van de actie en motivering	<p>Controle verpleegkundigen die ofwel meer dan 150.000 euro aanrekenden aan de ZIV in 1 semester ofwel meer dan 100.000 euro met minstens 1 bijkomend criterium Bijkomende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none">- belangrijk antecedent bij DGEC- werkt ook als loontrekkende- snelle stijging van het profiel (> 50.000 /jaar)- geen aanrekening voor zorgkundigen- onrealistisch tijdsgebruik <p>Op basis van een schatting van de tijdsbesteding van verschillende thuisverpleegkundige prestaties en ook rekening houdende met de verplaatsingen, meent de DGEC dat er geen tijd genoeg is om al deze aangerekende prestaties conform met de regelgeving en kwaliteitsvol uit te voeren bij alle patiënten.</p> <p>In de periode van 01/01/12 tot 30/05/15 werden 87 dossiers onderzocht van verpleegkundigen met een profiel van meer dan 200.000 € per jaar. 62 dossiers hiervan waren positief: inbreuken voor een totale som van 3.000.000 €.</p> <p>De niet verrichte prestaties vormden 26% van de inbreuken. De niet-conforme aanrekeningen zijn vooral overscoring van de KATZ-schaal, foutieve aanrekening van complexe wondzorg en werken met niet-gekwalificeerd personeel.</p>
Financiële situering	<p>Totale uitgaven in 2015 voor verpleegkundige verzorging: 1.369.862.000 €.</p> <p>184 verpleegkundigen vallen in de categorie hoog profiel (berekening gebaseerd op de facturatiegegevens van het eerste semester 2015). Daarvan zijn er 6 “nieuwe” met een profiel van > 150.000€ op een totaal van 67 “nieuwe” hoge profielen van verstrekkers die nog geen recent dossier hebben of gehad hebben bij de DGEC.</p>
Procedure	<p>Er wordt een selectie gemaakt van 50 verpleegkundigen per jaar die het voorwerp zullen uitmaken van een grondig onderzoek.</p> <p>Dit onderzoek houdt in:</p> <ul style="list-style-type: none">- controle op het errein door het Nationaal College van Adviserend Geneesheren (NCAG verpleegkundigen)- opvragen van facturatiegegevens- verhoor van verzekeren en van getuigen (bv.huisartsen):

DGEC

- verhoor van verstrekker: DGEC
- PJ en procedure voor terugvordering en sanctie: DGEC

Timing

Te rekenen vanaf september 2016:

- Opvragen data facturatie: 1 maand
- Eerste controle op terrein: 3 maand
- Verhoren DGEC: 3 maand
- Vaststellingen opmaken: 2 maand

Beoogde financiële impact

We voorzien een effect, recuperatie van 2.5 miljoen euro.

Door de toepassing van art. 77 sexies kan de impact mogelijk nog verbeterd worden. We stellen immers vast dat sommige verstrekkers terugkomen ondanks eerdere onderzoeken.

Benodigde middelen en samenwerking

De beperkende factor in dit project is de beschikbaarheid van inspecterend personeel bij de DGEC. Bijkomende behoefte: aanwerving van 1 verpleegkundig controleur (kost: 50.000 euro).

Idem inzetbaarheid NCAG.

Bijkomende opmerkingen

Project dus deels in 2016 en deels in 2017 lopend. Zie eveneens onderdeel 4.12 (structurele maatregel).

5.2 Niet vergunde NMR-toestellen

Doelgroep

Ziekenhuizen –medisch technische dienst – medische beeldvorming – zware medische beeldvorming - MRI

Doel van de actie en motivering

Bij de eerste auditnulmeting van het protocolakkoord zware medische beeldvorming zijn indicaties vastgesteld voor het attesteren van prestaties in de ZIV, met niet vergunde NMR-toestellen. De eerste versie van het kadaster zware medische apparatuur bevestigt deze indicaties. Deze niet vergunde toestellen vertekenen het terreinbeeld, genereren onterechte terugbetalingen in de ZIV en verstoren een correcte programmatie. Het doel is deze niet vergunde activiteiten te stoppen en zover mogelijk de onterechte uitgaven in de ZIV te recupereren. Door middel van een doortastend beleid / acties moet aan het bredere terrein een signaal worden gegeven dat dit type van handelen niet bij de huidige beleidscultuur hoort.

Financiële situering

- Totaal bedrag zware medische beeldvorming: 426.000.000 €
- Totale uitgaven MR op jaarbasis (2014): 85.000.000 €

Procedure

- Totaalbedrag dat aan analyse te onderwerpen is: 85.000.000€
- Verzamelen van alle nodige onderliggende wettelijke documenten bij de bron: KB's die programmatie regelen (aantallen en spreiding over de gewesten), alle NMR-erkenningbesluiten opvragen bij de respectieve gemeenschappen + aanvangsdatum erkenning: opvraging is gebeurd op 27-06-2016
- Opvragen van Attestgegevens NMR: in het bezit van de dienst, en zijn periodisch te updaten
- Analyse van de gegevens op basis van aanvangsdatum van de erkenningbesluiten per toestel → volumetrische detectie van niet vergunde toestellen → bespreken, in functie van de analyse, van de te volgen strategie → terreinactie met vaststellingen ad hoc

Timing

- 27-06-2016: erkenningbesluiten met aanvangsdatum bij Gewesten en Gemeenschappen (G&G) opgevraagd (telefoon + mail nadien); deadline ontvangst 15-07-2016
- Analyse gemaakt van alle aangerekende NMR-nomenclatuur vanaf 01-01-2014 tot en met 28-02-2016 in functie van erkenningbesluiten G&G: deadline 03/08/2016
- Juridische analyse: 31-08-2016
- Bespreking van de resultaten van de analyse en uitzetten van de te volgen strategie in een veilig juridisch kader: deadline 30-09-2016

Beoogde financiële impact

Op basis van de huidige cijfers kan vermoed worden dat er 13 niet vergunde NMR-toestellen zijn gekend. We weten momenteel niet:

- wanneer de niet-vergunde toestellen in gebruik zijn genomen.
- of er nomenclatuur is aangerekend op de wetenschappelijke NMR-toestellen
- of er niet vergunde niet in het kadaster gekende MR-toestellen zijn

De opgevraagde erkenningbesluiten en de analyse zullen hierover uitsluitsel geven.

Benodigde middelen en samenwerking

Aanleveren van de erkenningbesluiten door de Gemeenschappen en Gewesten.

Correct en op tijd aanleveren van Attestgegevens door de VI's.
Beschikbaarheid van geneesheren-inspecteurs.

5.3 Dringend ziekenvervoer

Doelgroep	Verstrekkings dringend ziekenvervoer door een ambulancedienst
Doel van de actie en motivering	<p>Vaststellen van onterechte terugbetalingen (normaal aan 50% van factuur) dringend ziekenvervoer door ambulancediensten terwijl dit vervoer niet gebeurde na een oproep via het eenvormig oproepstelsel.</p> <p>3/6 uitgevoerde individuele onderzoeken in DGEC waren positief met inbreuken van 14 000, 31 000 en 71 000 euro.</p>
Financiële situering	Totale uitgaven in 2014 voor deze verplaatsingskosten: 18 020 000 €.
Procedure	<p>Opvragen facturatiegegevens periode na 01/04/2015</p> <p>Opvragen in VI van respectieve facturen</p> <p>Vergelijken van deze gegevens met de gegevens van de uitgevoerde ritten via het eenvormig oproepstelsel 112. (data op te vragen in centra FOD Volksgezondheid).</p>
Timing	<p>Te rekenen vanaf het 4^{de} kwartaal 2016.</p> <ul style="list-style-type: none">- Opvragen elektronische data facturatie: 2 maanden (data VI en data hulpcentra)- Opvragen / opzoeken respectieve facturen in VI: 3 maanden- Analyse en vergelijken data om inbreuken op te sporen: 3 maanden- Vaststellingen opmaken, verhoor zorgverleners: 2 maanden
Beoogde financiële impact	We voorzien een effect, recuperatie van 0,5 miljoen euro.
Benodigde middelen en samenwerking	Beschikbaarheid van inspecterend en administratief ondersteunend personeel bij de DGEC. Geen elektronische datamatching mogelijk op heden.
Bijkomende opmerkingen	<p>Project dus deels in 2016 en deels in 2017 lopend.</p> <p>Eerste controle binnen de dringende geneeskundige hulpverlening. Bijkomende controles kunnen gedefinieerd worden (BIJV. aanrekening geneeskundige vertrekkingen in kader van MUG-interventies).</p>

5.4 Controle bandagisten

Doelgroep	Bandagisten met sterk afwijkende, hoge omzetten.
Doel van de actie en motivering	De laatste jaren heeft DGEC via een beperkt aantal onderzoeken bij enkele bandagisten zeer grote schades vastgesteld (schade RIZIV minimaal 100 000 euro; enkele keren boven 0,5 miljoen euro)
Financiële situering	Geboekte uitgaven bandagisten en orthopedisten 2014: 286 miljoen euro tezamen; daarvan 131 miljoen voor de bandagisten alleen.
Procedure	<ul style="list-style-type: none">- Opzoeken in globale facturatiegegevens van verstrekkers outliers: screening met opleveren verdachte profielen (aandacht voor de grote regionale verschillen)- Opvragen detail facturatie van de geselecteerde zorgverleners. Verhoor verzekerden zo aangewezen; verhoor eventuele getuigen en de zorgverleners- Opmaak Proces Verbaal van Vaststelling- Samenstellen dossiers
Timing	Fasen hierboven vergen respectievelijk, te rekenen vanaf het 4 ^{de} kwartaal 2016: <ul style="list-style-type: none">- 2 maand- 4 maanden- 3 maanden- 3 maanden dus in totaal 12 maanden
Beoogde financiële impact	750 000 euro
Benodigde middelen en samenwerking	Specifiek ad hoc opgeleide inspecteurs DGEC (zo nodig met technische assistentie inzake de beoordeling van de materialen)
Bijkomende opmerkingen	Project deels 2016, deels 2017.

5.5 Fraudegevoelige medicatie

Doelgroep	Verzekerden met groot verbruik narcotische analgetica + hun voorschrijvende geneesheren (eventueel afleverende apotheker indien betrokken bij fraude)
------------------	---

Doel van de actie en motivering	Uit statistische gegevens blijkt dat meerdere verzekerden meer dan 2 x de maximale dagdosis aan narcotische analgetica aankopen over een lange periode.
Financiële situering	Bedrag dat door RIZIV wordt uitgegeven voor medicatie boven 2 x de maximale dagdosis: 1,8 miljoen euro per jaar.
Procedure	<ul style="list-style-type: none"> - Opzoeken in tarificatiegegevens van verzekerden outliers voor de verschillende soorten narcotische analgetica. - Opvragen en nazien van een staal voorschriften (vals of effectief door arts voorgeschreven) - Verhoor vermelde voorschrijvers + de verzekerden - Opmaak Proces Verbaal van Vaststelling - Samenstellen dossiers
Timing	<p>Fasen hierboven vergen respectievelijk, te rekenen vanaf 1 juli 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 maand - 3 maanden - 3 maanden - 2 maanden dus in totaal 9 maanden
Beoogde financiële impact	De helft van hoger vermeld bedrag of 900 000 euro.
Benodigde middelen en samenwerking	<p>Samenwerking met Parket voor zwaarste inbreuken; ook rol voor Provinciale geneeskundige commissies en Orden.</p> <p>Samenwerking met DAC voor de lichtere inbreuken.</p> <p>Inzet medewerkers afhankelijk van aantal geviseerde verzekerden (financieel een cut-off waarde voorzien)</p>
Bijkomende opmerkingen	Structureel luik: preventie van deze inbreuken is mogelijk door invoering van het elektronisch medisch voorschrift en mogelijke opvolging door de voorschrijvende arts van de in verleden effectief afgeleverde hoeveelheid medicatie aan een verzekerde (e-health: toegang tot databank apotheker).

5.6 Obsolete verstrekkingen

Doelgroep	Een 15-tal verstrekkingen uit de nomenclatuur aangerekend door beperkt aantal zorgverleners, soms in omvangrijke mate.
Doel van de actie en	Er zijn een aantal technische verstrekkingen die verouderd zijn en

motivering	aangerekend worden door een beperkte groep. Erg waarschijnlijk ten onrechte voor een andere (niet vergoedbare) tussenkomst.
Financiële situering	Totale uitgave op jaarbasis voor deze prestaties : 2 miljoen euro.
Procedure	Gegevensanalyse; verhoor zorgverleners, nazicht dossier en operatie verslagen.
Timing	Te rekenen vanaf 1 juli 2016: <ul style="list-style-type: none"> - Gegevens opvragen en ontvangen : 1 maand - Gegevensanalyse : 3 maanden - Verhoren : 3 maanden. - Opstellen processen-verbaal : 2 maanden.
Beoogde financiële impact	Raming impact van 1 miljoen euro.
Bijkomende opmerkingen	Project deels in 2016 en deels in 2017. Een structureel onderdeel is te voorzien: na vaststellingen op het terrein, via Technische Geneeskundige Raad afschaffen van in gebruik geraakte nomenclatuurcodenummers.

5.7 Nacontrole CT Rotsbeenderen

Doelgroep	De maatregel heeft betrekking op al de diensten medische beeldvorming die CT-rotsbeenderen aanrekenen en in het bijzonder de 13 diensten waarbij in 2015 foutieve facturatie werd vastgesteld.
Doel van de actie en motivering	Met deze actie willen we nagaan of de eerder gecontroleerde diensten inmiddels correct factureren. Tijdens een controle-onderzoek in 2015 bleek de helft van de aangerekende CT-rotsbeenderen in realiteit een CT schedel of een CT faciaal massief.
Financiële situering	Het foutief aanrekenen van CT schedel of CT faciaal massief als een CT-rotsbeenderen kost de ziekteverzekering jaarlijks 2 miljoen EUR.
Procedure	Analyse op facturatiegegevens: Enerzijds zal worden nagegaan of bepaalde ziekenhuizen relatief te veel CT-rotsbeenderen aanrekenen (t.o.v. CT schedel en CT faciaal massief) Anderzijds zoeken we binnen de CT-facturatie van de 13 eerder gecontroleerde ziekenhuizen naar een eventuele verschuiving naar de facturatie van andere onterechte prestaties. Bij vaststelling van inbreuken zal een sanctieprocedure worden opgestart.

Timing	De analyse zal in september 2016 gebeuren. Eventuele controles zullen in oktober worden opgestart en in 2017 worden afgesloten.
Beoogde financiële impact	Indien de uitgevoerde CT schedel en CT faciaal massief correct worden gefactureerd en er geen verschuiving is naar een andere onterechte facturatie, levert dit 2 miljoen EUR per jaar op.
Benodigde middelen en samenwerking	Attestgegevens van alle CT-onderzoeken van alle ziekenhuizen. Geen bijkomende middelen vereist.

5.8 Opvolging plafond prestaties kinesitherapie

Doelgroep	Kinesitherapeuten
Doel van de actie en motivering	Het doel is de controle en de handhaving van de bepalingen van art. 7 § 19 van de nomenclatuur. Dat bepaalt het plafond van aanrekenbare prestaties, namelijk 40.000 M-waarden per trimester en 156.000 M-waarden per kalenderjaar.
Financiële situering	<p>De berekening van de M-waarden voor alle kinesitherapeuten voor 3 perioden van 3 maanden (september tot november 2014, oktober tot december 2014 en januari tot maart 2015) geeft volgend resultaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 110 verstrekkers overschrijden het plafond in 1 van de 3 trimesters, waarvan 5 in alle drie de trimesters. - In het trimester met de meeste overschrijdingen hebben 8 verstrekkers meer dan 50.000 M-waarden en bevinden 50 verstrekkers zich tussen de 42.000 en de 50.000 M-waarden. <p>In een tweede stadium dient het teveel aan M-waarden omgezet te worden naar bedragen in euro, die zullen ten laste gelegd worden.</p> <p>Tijdens een vorig project over dit onderwerp (onderzoekperiode 1 okt. 2008 tot 30 sept. 2009), werd er een bedrag van 435.520 EUR ten laste gelegd aan in totaal 28 verstrekkers. Hierbij dient wel opgemerkt dat de nomenclatuur intussen werd gewijzigd sinds 1/5/2014.</p>
Procedure	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse van de gegevens van alle kinesitherapeuten, met bepaling van hun aantal aangerekende M-waarden voor het volledig jaar 2015. - Bepaling van de datum waarop het plafond van M-waarden is

overschreden.

- Tenlastelegging en terugvordering van de overeenkomstige onverschuldigde bedragen.

Timing	Deze controle wordt ingepland tussen 01/07/2016 en 31/03/2017
Beoogde financiële impact	<p>Het betreft in eerste instantie een terugvordering van onverschuldigde bedragen, die op dit moment nog moeilijk in te schatten zijn.</p> <p>In tweede instantie beogen we een besparing wegens het beter respecteren van de plafonds door de beroepsgroep.</p>
Benodigde middelen en samenwerking	<p>Het onderzoek wordt gevoerd door inspecteurs van de DGEC.</p> <p>Er zijn 200 werkdagen voorzien voor dit project.</p>

5.9 Controle E-statuut kinesitherapie

Doelgroep	Nazicht aanvragen verhoogde terugbetaling kinesitherapie met als verantwoording diagnose syndroom van Ehlers-Danlos en syndroom van Sjögren.
Doel van de actie en motivering	<p>Opmerkelijk (stijgend) aantal nieuwe aanvragen door een beperkt aantal zorgverleners.</p> <p>De toelatingen van de adviserend geneesheer hebben maximaal een geldigheid van 3 jaar.</p> <p>Prevalentie aandoeningen mogelijk niet zo hoog als aantal aanvragen; men moet trouwens ook rekening houden met de functionele impact (diagnose op zich volstaat niet).</p>
Financiële situering	<ul style="list-style-type: none">- Mogelijk te hoge terugbetaling kinesitherapieprestaties: vooral meer prestaties of hoger vergoede prestaties terugbetaalbaar; remgeld beperkt hoger voor eerste groep van 20 prestaties.- Secundair ten onrechte het forfait Chronische zieke door "Afhankelijkheidssituatie" via 6 maand kinesitherapie genieten; zware aandoening met toelating adviserend geneesheer.
Procedure	<ol style="list-style-type: none">1. De aanvragen + de door adviserend geneesheren genomen beslissingen worden vanaf 1/07/2016 gemeld aan de DGEC. De DGEC verwerkt de gegevens en doet de eerste analyse:<ul style="list-style-type: none">• Concrete omvang probleem• Verstreckte (diagnostische) gegevens

2. Feedback hierover aan HRGD. De HRGD voorziet een wetenschappelijk georiënteerde consultatie bij enkele experts voor vaststaande gegevens in zake diagnostiek van de aandoeningen (en aanpak)
3. De DGEC zal een doorgedreven onderzoek uitvoeren inzake mogelijke frauduleuze attesteringen.
4. Een link naar de medische informatie doorgegeven in het kader van een aangifte arbeidsongeschiktheid kan nog een bijkomende piste zijn. De VI's kijken eventueel in een tweede fase na in hoeverre de verzekerden potentieel uitkeringsgerechtigd zijn en /of zij effectief uitkeringen genieten.

Timing	Dataverzameling, analyse en wetenschappelijke toetsing: 6 maanden; Opvolging bij geselecteerde voorschrijvers: 6 maanden
Beoogde financiële impact	Moeilijk in te schatten: aantal aanvragen is nu niet bekend. Verhoogde terugbetaling kinesitherapie: 40-100 meer prestaties terugbetaalbaar per verzekerde; ook duurdere prestaties mogelijk; groep eerste 20 prestaties met beperkt lager remgeld van 1,53 euro per prestatie. Forfait chronisch zieke: 300,11 euro per verzekerde
Benodigde middelen en samenwerking	Ontvangst aanvragen vanwege de verzekeringsinstellingen; raadpleging experts voor wetenschappelijke onderbouw.
Bijkomende opmerkingen	Project eerste helft in 2016; tweede deel in 2017.

5.10 Outliercontrole logopedie

Doelgroep	De logopedisten met hoge profielen en hoge waarden bij specifieke indicatoren.
Doel van de actie en motivering	De recent opgericht ecommissie Controle en Datamining van het NIC onderzoekt de logopedisten als proefproject. Ze heeft voor de logopedisten gekozen omdat de nomenclatuur tijdsgebonden is en dit het gebruik van specifieke indicatoren toelaat. Het proefproject dient tevens om een samenwerking met de DGEC te laten proefdraaien.
Financiële situering	De jaarlijkse terugbetaling van de geselecteerde logopedisten ligt rond de 2,5 miljoen EUR.

Procedure	<p>NIC: Op basis van drie indicatoren werden 32 logopedisten geselecteerd. Na matching met lopende controle-onderzoeken van de DGEC bleven er 27 logopedisten over die werden aangeschreven om hun specifiek profiel te duiden. Nadien zal samen met de DGEC worden geëvalueerd bij welke logopedisten een controle-onderzoek wordt gestart of eventueel een waarschuwing wordt gegeven.</p> <p>DGEC: parallel met de selectie van het NIC heeft de DGEC reeds een lopend controle-onderzoek bij verscheidene logopedisten waaronder de 3 logopedisten met een jaarlijkse terugbetaling van meer dan 100.000 EUR.</p>
Timing	<p>Het NIC heeft de logopedisten reeds aangeschreven. Tegen eind 2016 kan een eventuele selectie gebeuren van te controleren logopedisten. De impact zal pas zichtbaar zijn vanaf eind 2017. De individuele controle-onderzoeken van de DGEC die nu reeds lopen, zullen deels in 2016, deels in 2017 worden afgesloten.</p>
Beoogde financiële impact	<p>Door de preventieve actie, de te voorziene tenlastelegging en de terugvordering van 10% over 18 maanden zal de impact ongeveer 375.000 EUR bedragen.</p>
Benodigde middelen en samenwerking	<p>Samenwerking tussen het NIC en de DGEC is essentieel. Geen bijkomende middelen vereist.</p>
Bijkomende opmerkingen	<p>Het NIC werkt via informatie en verwittigingen waarvan de financiële impact pas eind 2017 zichtbaar zal worden.</p>

6) Maatregelen doelmatige zorg

Samen met de structurele verankering van de werkzaamheden “doelmatige zorg” in de structuren van het RIZIV worden volgende thema’s prioritair aangepakt.

6.1. Diagnostische prestaties bij connexisten

Vermijden van niet verantwoorde uitgaven die vastgesteld worden aan de hand van gestandaardiseerde geografische variaties in de consumptie

Doelgroep De in deze fiche bedoelde verstrekkingen hebben betrekking op de “zelf voorgeschreven” onderzoeken (connexisten):

- Tandheeskundigen beeldvorming
- Echografieën (gastro, gynaeco, uro), carotis
- Specifiek cardio (echo, ECG/Holter/Stress)

Doel van de actie en motivering De onverklaarbare variaties zijn een teken dat er op een onverantwoorde manier middelen worden gebruikt. Het is niet nodig om zich op bestaande aanbevelingen te baseren om de onnodige uitgaven te evalueren of om een doelstelling te bepalen.

Financiële situering en beoogde financiële impact Het totaal aan uitgaven dat is geanalyseerd (3 types beeldvorming – cfr. Doelgroep) bedraagt **354,5 miljoen EUR** (53,5 miljoen voor de tandheelkunde + 130 miljoen voor echografieën (zonder cardio) en 171 miljoen voor cardio).

De volgende methode kan worden toegepast om een **doelstelling** vast te leggen:

- De nomenclatuurcodenummers worden logisch gegroepeerd, zodat ze overeenstemmen met identificeerbare activiteiten van zorgverleners en behandelingscentra;
- De consumptie wordt geanalyseerd per geografische entiteit (provincies) op basis van de populaties en gestandaardiseerd op basis van het geslacht en de leeftijd;
- De evolutie van de consumpties wordt vastgesteld;
- De provincie met de laagste consumptie wordt geïdentificeerd en het resultaat ervan wordt als afstemmingsdoelstelling gebruikt, waardoor er een doelstelling kan worden vastgelegd voor de terugvordering van de onnodige uitgaven binnen een termijn van 5 jaar;

Op basis van de analyse zou er gradueel een bedrag van **70 miljoen EUR uitgaven** (-20 %) kunnen worden vermeden (100 % van dat bedrag wordt na 5 jaar bereikt). Dat bedrag wordt als volgt verdeeld:

- 9 M/53,5 miljoen EUR voor de tandheeskundige

beeldvorming (-16 %)

- 32,7M/130 miljoen EUR voor de echo's van de connexisten, carotis inbegrepen (-25 %)
- 29 M/171 miljoen EUR voor de echo's 'cardiologie' en andere (-17 %)

Procedure

De procedure om tot de voormelde financiële impact te komen, is de volgende:

1. De resultaten worden besproken met de wetenschappelijke instellingen die de haalbaarheid van de beoogde verminderingen analyseren en aanbevelingen doen aan de sector;
2. De vermijdbare uitgavenbedragen worden vastgesteld door de nationale commissies (Nationale Commissie Geneesheren - Ziekenfondsen of Nationale Commissie Tandheekkundigen - Ziekenfondsen);
3. Het RIZIV stelt de sector feedbacks over globale (LOK) en individuele informatie ter beschikking op basis waarvan de zorgverleners / centra zich op de vastgelegde doelstellingen kunnen afstemmen;
4. De zorgverleners / behandelingscentra die hun doelstellingen niet realiseren, worden door de inspecteurs van de DGEC bezocht.

Timing

In 2016 zullen we de analyse voorbereiden (groepering van de nomenclatuurcodenummers, groepering van de zorgverleners, identificatie van de productie-eenheden,...). De groepering van de nomenclatuurcodenummers is een input die de mobilisatie van de artsen van de DGEC vereist en die pas in september 2016 zal kunnen worden geleverd. De groepering van de zorgverleners bestaat er meer bepaald in om de artsen bij de ziekenhuizen te betrekken, alsook bij de verschillende diensten waaruit deze ziekenhuizen bestaan.

In 2017 zullen alle analyses worden uitgevoerd. Die analyses zullen meer bepaald het volgende omvatten: het uitwerken van indicatoren, terreinbezoeken (DGEC), besprekingen met de wetenschappelijke instellingen om de aanbevelingen vast te leggen en de opstelling van een feedback. Tijdens het laatste trimester 2017 zal de feedback aan de zorgverleners worden verstuurd en zal er een begeleiding van de LOK's worden georganiseerd.

In geval van een negatieve evolutie of bij het uitblijven van een evolutie van de situatie in de richting van de vastgelegde doelstellingen (wat vereist dat men enige afstand neemt met betrekking tot de feedback), zal men in 2019 met de aanvullende acties moeten starten (reglementering, organisatie en controle).

Benodigde middelen en samenwerking

Voor de uitvoering van de actiepunten 6.1 – 6.6.

Dankzij de middelen die momenteel in de bestuursovereenkomst (2016: 250.000 EUR, 2017 en volgende jaren: 428.000 EUR) zijn

opgenomen, beschikt men over de volgende middelen om met de activiteiten te beginnen:

- Celleider, arts A4
- Projectleider, A3 (parttime)
- 2 artsen
- Data-analist, A1
- Data-analist, A2
- Een administratief medewerker, B

De nog benodigde middelen betreffen:

- Een medewerker voor het deel 'communicatie' (meer bepaald scientific writers): 120.000 EUR
- Medische experts : 240.000 EUR

Voor 2018 en de volgende jaren zal de staf moeten worden aangevuld op basis van de activiteiten.

6.2. Doorlichting cardiale centra

Vermijden van niet verantwoorde uitgaven die vastgesteld worden aan de hand van gestandaardiseerde geografische variaties in de consumptie

Doelgroep

De in deze fiche bedoelde verstrekkingen betreffen de cardiale centra en in het bijzonder:

- a. Coronarografie
- b. CABG + PTCA
- c. Ritmologie (pacemaker)
- d. Elektrofysiologie (ablatie)

Doel van de actie en motivering

De onverklaarbare variaties zijn een teken dat er op een onverantwoorde manier middelen worden gebruikt. Het is niet nodig om zich op bestaande aanbevelingen te baseren om de onnodige uitgaven te evalueren of om een doelstelling te bepalen.

Financiële situering en beoogde financiële impact

Het totaal aan uitgaven dat is geanalyseerd (4 types verstrekkingen - cf. Doelgroep) bedraagt **119 miljoen EUR**.

De volgende methode kan worden toegepast om een **doelstelling** vast te leggen:

1. De nomenclatuurcodenummers worden logisch gegroepeerd, zodat ze overeenstemmen met identificeerbare activiteiten van zorgverleners en behandelingscentra;
2. De consumptie wordt geanalyseerd per geografische entiteit (provincies) op basis van de populaties en gestandaardiseerd op basis van het geslacht en de leeftijd;
3. De evolutie van de consumpties wordt vastgesteld;
4. De provincie met de laagste consumptie wordt geïdentificeerd en

het resultaat ervan wordt als afstemmingsdoelstelling gebruikt, waardoor er een doelstelling kan worden vastgelegd voor de terugvordering van de onnodige uitgaven binnen een termijn van 5 jaar;

Op basis van de analyse zou er gradueel een bedrag van **29,5 miljoen EUR uitgaven** (-25 %) kunnen worden vermeden (100 % van dat bedrag wordt na 5 jaar bereikt).

Procedure

De procedure om tot de voormelde financiële impact te komen, is de volgende:

1. De resultaten worden besproken met de wetenschappelijke instellingen (of het College), die de haalbaarheid van de beoogde verminderingen analyseren en aanbevelingen doen aan de sector;
2. De vermijdbare uitgavenbedragen worden vastgesteld door de nationale commissies (Nationale Commissie Geneesheren - Ziekenfondsen of Nationale Commissie Tandheelkundigen - Ziekenfondsen);
3. Het RIZIV stelt de sector feedback over globale (LOK) en individuele informatie (hoofddarts van de ziekenhuiseenheden) ter beschikking op basis waarvan de zorgverleners / centra zich op de vastgelegde doelstellingen kunnen afstemmen. Er zal ook aan de aanbevelingen worden herinnerd;
4. De zorgverleners / behandelingscentra die hun doelstellingen niet naleven, worden door de inspecteurs van de DGEC bezocht.

Timing

In 2016 zullen we de analyse voorbereiden (groepering van de nomenclatuurcodenummers, groepering van de zorgverleners, identificatie van de productie-eenheden,...). In 2017 zullen alle analyses worden uitgevoerd. Tijdens het laatste trimester 2017 zal de feedback aan de cardiale centra worden verstuurd via het College van Cardiologie, dat zal toezien op de organisatie van een peer review (LOK?) en op hun begeleiding. In 2019 zullen de aanvullende acties worden uitgevoerd (reglementering, organisatie en controle).

Benodigde middelen en samenwerking

Voor de uitvoering van de actiepunten 6.1 – 6.6.

Dankzij de middelen die momenteel in de bestuursovereenkomst (2016: 250.000 EUR, 2017 en volgende jaren: 428.000 EUR) zijn opgenomen, beschikt men over de volgende middelen om met de activiteiten te beginnen:

- Celleider, arts A4
- Projectleider, A3 (parttime)
- 2 artsen
- Data-analist, A1
- Data-analist, A2
- Een administratief medewerker, B

De nog benodigde middelen betreffen:

- Een medewerker voor het deel 'communicatie' (meer bepaald scientific writers):120.000 EUR
- Medische experts : 240.000 EUR

Voor 2018 en de volgende jaren zal de staf moeten worden aangevuld op basis van de activiteiten.

6.3 Medische beeldvorming: huisartsen

Maatregel	Vermijden van niet verantwoorde uitgaven die vastgesteld worden aan de hand van gestandaardiseerde geografische variaties in de consumptie
Doelgroep	De in deze fiche bedoelde medische beeldvorming betreft: <ul style="list-style-type: none">a. Beeldvorming van de wervelkolomb. Beeldvorming hoofd (CT + RX)c. Obsoleete beeldvorming (IVU, cystopyelogram, flebografie van de ledematen, abdomen zonder/met contrastmiddel)
Doel van de actie en motivering	De onverklaarbare variaties zijn een teken dat er op een onverantwoorde manier middelen worden gebruikt. Het is niet nodig om zich op bestaande aanbevelingen te baseren om de onnodige uitgaven te evalueren of om een doelstelling te bepalen.
Financiële situering en beoogde financiële impact	Het totaal aan uitgaven dat is geanalyseerd (3 types beeldvorming - cf. Doelgroep)bedraagt 149,2 miljoen EUR . De volgende methode kan worden toegepast om een doelstelling vast te leggen: <ul style="list-style-type: none">1. De nomenclatuurcodenummers worden logisch gegroepeerd, zodat ze overeenstemmen met identificeerbare activiteiten van zorgverleners en behandelingscentra;2. De consumptie wordt geanalyseerd per geografische entiteit (provincies) op basis van de populaties en gestandaardiseerd op basis van het geslacht en de leeftijd;3. De evolutie van de consumpties wordt vastgesteld;4. De provincie met de kleinste consumpties wordt geïdentificeerd en het resultaat ervan wordt als afstemmingsdoelstelling gebruikt, waardoor er een doelstelling kan worden vastgelegd voor de recuperatie van de onnodige uitgaven binnen een termijn van 5 jaar; Op basis van de analyse zou er gradueel een bedrag van 27.5 miljoen EUR uitgaven (-18 %) kunnen worden vermeden (100 % van dat

bedrag wordt na 5 jaar bereikt).

Procedure

De procedure om tot de hierboven bedoelde financiële impact te komen, luidt als volgt [zie ook de nota van de Algemene Raad – Hoofdstuk 4]:

1. Sensibilisering van het publiek en van de patiënten (informatiecampagne voor het grote publiek, informatieverstrekking aan de leden via de V.I.'s);
2. Informatie per specialisme betreffende het belang van de niet-aanbevolen onderzoeken per geografische entiteit;
3. Grote publiciteitscampagne betreffende de geactualiseerde aanbevelingen;
4. De vermijdbare uitgavenbedragen worden vastgesteld door de Nationale Commissie Geneesheren - Ziekenfondsen;
5. Relevante individuele informatie van elke professionele zorgverlener, gebaseerd op zijn praktijkvoering
6. Evaluatiebezoek van de DGEC aan de outliers.

Ook andere hefbomen zullen in werking worden gesteld:

7. Link met het nieuwe accrediteringssysteem
8. Hulp bij het rationeel voorschrijven op basis van het EMD van de voorschrijver (scripts)
9. Terbeschikkingstelling van de resultaten van de onderzoeken in de EMD's (via de hubs)

Timing

In 2016 zullen we de analyse voorbereiden (groepering van de nomenclatuurcodenummers, groepering van de zorgverleners, identificatie van de productie-eenheden,...). In 2016 zullen er ook nog andere initiatieven worden genomen (aanbevelingen die zijn geactualiseerd en gevalideerd door de professionele zorgverleners, didactische brochure voor de professionele zorgverleners).

In 2017 zullen de volgende acties worden uitgevoerd: informatiecampagne voor het grote publiek, de mogelijkheid bestuderen om een programma te creëren met betrekking tot het uitgesteld voorschrift, feedback aan de voorschrijvers, begeleiding van de LOK's (via het nieuwe accrediteringsproces), invoering van een zorgtraject "lumbale pijn" (cf. gepland KCE-rapport in december 2016), hulp bij het rationeel voorschrijven in de EMD's,

In geval van een negatieve evolutie of bij het uitblijven van een evolutie in de richting van de vastgelegde doelstellingen (wat vereist dat men enige afstand neemt met betrekking tot de feedback die in 2017 wordt verstuurd), zal men in 2018 met de aanvullende acties moeten starten (reglementering, organisatie en controle).

Benodigde middelen en samenwerking

Voor de uitvoering van de actiepunten 6.1 – 6.6.

Dankzij de middelen die momenteel in de bestuursovereenkomst (2016: 250.000 EUR, 2017 en volgende jaren: 428.000 EUR) zijn

opgenomen, beschikt men over de volgende middelen om met de activiteiten te beginnen:

- Celleider, arts A4
- Projectleider, A3 (parttime)
- 2 artsen
- Data-analist, A1
- Data-analist, A2
- Een administratief medewerker, B

De nog benodigde middelen betreffen:

- Een medewerker voor het deel 'communicatie' (meer bepaald scientific writers):120.000 EUR
- Medische experts : 240.000 EUR

Voor 2018 en de volgende jaren zal de staf moeten worden aangevuld op basis van de activiteiten

6.4. Actieplan “Pertinence des soins” (Frankrijk)

Maatregel	Vermijden van niet verantwoorde uitgaven die vastgesteld worden aan de hand van gestandaardiseerde geografische variaties in de consumptie
Doelgroep	Electieve heelkunde: op basis van de lijst van de 33 geïdentificeerde prioriteiten in Frankrijk zullen er in België een twintigtal ingrepen worden bestudeerd. Cataract is er een van.
Doel van de actie en motivering	De onverklaarbare variaties zijn een teken dat er op een onverantwoorde manier middelen worden gebruikt. Het is niet nodig om zich op bestaande aanbevelingen te baseren om de onnodige uitgaven te evalueren of om een doelstelling te bepalen.
Financiële situering en beoogde financiële impact	Het totaal aan uitgaven dat is geanalyseerd (cataract) bedraagt 62 miljoen EUR . De volgende methode kan worden toegepast om een doelstelling vast te leggen: <ol style="list-style-type: none">1. De nomenclatuurcodenummers worden logisch gegroepeerd, zodat ze overeenstemmen met identificeerbare activiteiten van zorgverleners en behandelingscentra;2. De consumptie wordt geanalyseerd per geografische entiteit (provincies op basis van de populaties en gestandaardiseerd op basis van het geslacht en de leeftijd;3. De evolutie van de consumpties wordt vastgesteld;4. De provincie met de kleinste consumpties wordt geïdentificeerd en het resultaat ervan wordt als afstemmingsdoelstelling gebruikt, waardoor er een doelstelling kan worden vastgelegd voor de

recuperatie van de onnodige uitgaven binnen een termijn van 5 jaar;

Op basis van de analyse zou er gradueel een bedrag van **5 miljoen EUR uitgaven** (-8 %) kunnen worden vermeden (100 % van dat bedrag wordt na 5 jaar bereikt).

Procedure

De procedure om tot de hierboven bedoelde financiële impact te komen, luidt als volgt [zie ook de nota van de Algemene Raad – Hoofdstuk 4]:

1. Informatie per specialisme betreffende het belang van de vastgestelde variatie per geografische entiteit;
2. Grote publiciteitscampagne betreffende de geactualiseerde aanbevelingen;
3. De vermijdbare uitgavenbedragen worden vastgesteld door de Nationale Commissie Geneesheren - Ziekenfondsen; (voorstel van een contract ter verbetering van de doelmatigheid van de zorg);
4. Relevante individuele informatie van elke professionele zorgverlener, gebaseerd op zijn praktijkvoering;
5. Aanpassing van de tenlastenemingsprocessen (creatie/herziening van de klinische trajecten waaronder de eerstelijnszorg, aanpassing van de nomenclatuur, verplichting van continuïteit tussen de eerste en de tweede lijn via de elektronische communicatie)

Timing

In 2016 zullen we de analyse voorbereiden (groepering van de nomenclatuurcodenummers, groepering van de zorgverleners, identificatie van de productie-eenheden,...). De groepering van de nomenclatuurcodenummers is een input die de mobilisatie van de artsen van de DGEC vereist en die pas in september 2016 zal kunnen worden geleverd. De groepering van de zorgverleners bestaat er meer bepaald in om de artsen bij de ziekenhuizen te betrekken, alsook bij de verschillende diensten waaruit deze ziekenhuizen bestaan.

In 2017 plannen we het volgende: informatie, per specialisme, over het belang van sommige onverklaarbare geografische variaties (die vaststellingen zullen in de LOK's worden besproken via het nieuwe accrediteringsproces); de aanbevelingen zullen door de professionele zorgverleners worden geactualiseerd en gevalideerd en via verschillende kanalen worden verspreid, en tot slot een feedback aan de zorgverleners vanaf eind 2017, gespreid in de tijd in functie van de prioriteiten.

Benodigde middelen en samenwerking

Voor de uitvoering van de actiepunten 6.1 – 6.6.

Dankzij de middelen die momenteel in de bestuursovereenkomst (2016: 250.000 EUR, 2017 en volgende jaren: 428.000 EUR) zijn opgenomen, beschikt men over de volgende middelen om met de activiteiten te beginnen:

- Celleider, arts A4
- Projectleider, A3 (parttime)
- 2 artsen
- Data-analist, A1
- Data-analist, A2
- Een administratief medewerker, B

De nog benodigde middelen betreffen:

- Een medewerker voor het deel 'communicatie' (meer bepaald scientific writers):120.000 EUR
- Medische experts : 240.000 EUR

Voor 2018 en de volgende jaren zal de staf moeten worden aangevuld op basis van de activiteiten

6.5. Antibiotica

Maatregel

Het is de bedoeling om een nationaal actieplan voor te stellen teneinde het gebruik van antibiotica in de ambulante praktijk te beperken en enkel eerstelijnsantibiotica voor te schrijven indien nodig.

Doelgroep

Alle voorschrijvers (huisartsen, specialisten en tandartsen) en zowel de antibiotica van de eerste als die van de tweede lijn.

Doel van de actie en motivering

Ondanks hernieuwde informatiecampagnes bij de voorschrijvers en patiënten wordt België in 2015 nog steeds gekenmerkt door een hoge consumptie van antibiotica (42 % van de verzekerden nemen elk jaar antibiotica in) en een aanzienlijk hoog aantal antibiotica van de tweede lijn (Amoxiclav, cefalosporines, chinolonen, macroliden).

Financiële situering en beoogde financiële impact

De doelstellingen die door het BAPCOC zijn vastgelegd, luiden als volgt:

Box 7 – An example of targets set by BAPCOC (2014-2019)

- A decrease in total antibiotic consumption, from more than 800 prescriptions per 1000 inhabitants per year today to 600 prescriptions by 2020 and 400 prescriptions by 2025;
- A decrease in quinolones consumption, from about 10% of the total antibiotic use today to 5% by 2018;
- An increase in ratio amoxicillin versus amoxicillin + clavulanic acid, from about 50/50 today to 80/20 by 2018.

Volgens het BAPCOC kan de financiële impact tot in 2020 (jaarlijks) op

33 miljoen EUR worden geschat.

Procedure

De procedure om de tot de hierboven bedoelde financiële impact te komen, luidt als volgt [zie ook de nota van de Algemene Raad – Hoofdstuk 4]:

- 1) Sensibilisering van het publiek en van de patiënten: via een informatiecampagne voor het publiek en via informatie die aan de leden is aangepast (door de verzekeringsinstellingen)
Creatie van een informatieprogramma voor de patiënten met betrekking tot het uitgesteld voorschrift.
- 2) Informatie, per specialisme, over het belang van de voorschriften per geografische entiteit (provincie)
Deze strategie moet nauw samenhangen met het **redesign van het accrediteringsproces**.
- 3) Grote publiciteitscampagne rond de geactualiseerde aanbevelingen.
- 4) Relevante individuele informatie van elke professionele zorgverlener, gebaseerd op zijn praktijkvoering
- 5) Bestudering van de mogelijkheid om de tarifiering per eenheid in te voeren in de ambulante sector (in de context van het "medicatieschema, VIDIS").
- 6) Andere hefboom: Creatie van een programma om het voorschrijven van antibiotica uit te stellen, indien dat nodig mocht blijken (zie strategie "nice antibiotic guardian").
- 7) Belang om een geïntegreerd beleid te ontwikkelen dat:
 - a. "goedkoop" is (geneesmiddelen die zijn aanbevolen voor urinaire infecties, staan bijvoorbeeld niet in de klasse van de "goedkope" geneesmiddelen);
 - b. De beschikbaarheid van bepaalde producten is problematisch (Furadantine);
 - c. Ongeschikte verpakking

Timing

De voorbereiding van de analyse van de sector en de analyse zelf hebben al plaatsgevonden. In 2016 zullen we het voorgestelde actieplan afronden (informatiecampagne voor het grote publiek, herinnering van de geactualiseerde aanbevelingen, voorbereiding van een feedback aan de voorschrijvers, creatie van een programma voor het uitgesteld voorschrift) en zullen we de haalbaarheid ervan verifiëren. Begin 2017 plannen we een feedback aan de zorgverleners en een begeleiding van de LOK's (via het nieuwe accrediteringsproces). In geval van een negatieve evolutie of bij het uitblijven van een evolutie van de situatie in de richting van de vastgelegde doelstellingen (wat vereist dat men enige afstand neemt met betrekking tot de feedback die begin 2017 wordt verstuurd), zal men in 2018 met de aanvullende acties moeten starten (reglementering, organisatie en controle).

Benodigde middelen en

Voor de uitvoering van de actiepunten 6.1 – 6.6.

samenwerking

Dankzij de middelen die momenteel in de bestuursovereenkomst (2016: 250.000 EUR, 2017 en volgende jaren: 428.000 EUR) zijn opgenomen, beschikt men over de volgende middelen om met de activiteiten te beginnen:

- Celleider, arts A4
- Projectleider, A3 (parttime)
- 2 artsen
- Data-analist, A1
- Data-analist, A2
- Een administratief medewerker, B

De nog benodigde middelen betreffen:

- Een medewerker voor het deel 'communicatie' (meer bepaald scientific writers):120.000 EUR
- Medische experts : 240.000 EUR

Voor 2018 en de volgende jaren zal de staf moeten worden aangevuld op basis van de activiteiten.

6.6 Rationeel voorschrijfgedrag (polyfarmacie)

Maatregel

Naar aanleiding van de consensusconferentie van december 2015 en overeenkomstig punt 7.1. van het akkoord tussen de artsen en de ziekenfondsen, is het de bedoeling om een nationaal actieplan voor te stellen teneinde het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen, de veiligheid van geneesmiddelen bij ouderen en het medicatieoverzicht te promoten.

Doelgroep

Alle voorschrijvers (huisartsen, specialisten en tandartsen).
In het bijzonder oudere patiënten en chronisch zieke patiënten.
De geneesmiddelen die prioritair worden beoogd, zijn de psychotropen, de NSAID's, de gastroprotectieve middelen en alle cardiovasculaire geneesmiddelen.

Doel van de actie en motivering

Op initiatief van het RIZIV hebben de huisartsen en de geriatrie-eenheden de laatste jaren feedbacks gekregen over kwaliteitsindicatoren inzake het voorschrijven van geneesmiddelen. De aanbevelingen worden echter verschillend en niet-doorlopend toegepast.
De context van het geïntegreerde plan voor chronisch zieken, de overeenstemming van geneesmiddelen (project "Come on") en de promotie van het medisch-farmaceutisch overleg versterkt de **noodzaak om een globale strategie te ontwikkelen teneinde het rationaal voorschrijven in alle zorgsectoren in te voeren en te promoten.**

**Financiële situering en
beoogde financiële impact**

Huidige situatie (HS) en Doelstelling (D)

1. Polymedicatie bij ouderen (HS: 40 % ; D: -5 %)
2. NSAID's (en PPI's) (HS: 38 % ; D: -10 %)
3. Statines (HS: 40 % ; D: -5 %)
4. Antidepressiva (HS: 22 % ; D: - 5 %) en antipsychotica met langdurige werking (HS: 19 % ; D: -5 %)
5. Anticholinergica, in het bijzonder de antidepressiva (HS: 14 % ; D: -5 %)
6. De voorraden bij chronisch zieke patiënten verminderen (HS: 28 % ; D: -10 %)

Procedure

De procedure om de tot de hierboven bedoelde financiële impact te komen, luidt als volgt [zie ook de nota van de Algemene Raad – Hoofstuk 4]:

- 1) Sensibilisering van het publiek en van de patiënten via brochures in de wachtzaal en door informatie die aan de leden is aangepast (door de verzekeringsinstellingen)
- 2) Informatie, per specialisme, over het belang van de voorschriften per geografische entiteit (provincie).
De indicatoren werden ontwikkeld voor de feedbacks aan de huisartsen en aan de geriatrie-eenheden. Die indicatoren zullen worden uitgebreid tot alle voorschrijvers, maar ook tot de ziekenhuiseenheden en de RVT's, teneinde de voorschrijver dagelijks en in platforms zoals de LOK's te doen nadenken over de gegrondheid van de voorgeschreven geneesmiddelen (opportuniteit, afstemming,...).
Deze strategie moet nauw samenhangen met het **redesign van het accrediteringsproces**.
- 3) Grote publiciteitscampagne rond de geactualiseerde aanbevelingen. De professionele zorgverleners zullen herinneren aan de aanbevelingen en richtlijnen (guidelines op basis van het therapeutisch formularium van Farmaka en de "stop and start"-methode).
- 4) Relevante individuele informatie van elke professionele zorgverlener, gebaseerd op zijn praktijkvoering (RIZIV).
- 5) Aanpassingen van de tenlastenemingsprocessen: (RIZIV)
 1. Invoering van een systematische therapeutische herziening bij de beoogde patiënten
 2. Promotie van het medisch-farmaceutisch overleg
 3. Integratie van de criteria inzake therapeutische overeenstemming in de protocollen voor geïntegreerde zorg
 4. Toegang van de behandelend arts tot alle voorschriften die aan de patiënt zijn afgeleverd (VIDIS)
 5. Versterking van de rol van de behandelend arts in de verantwoordelijkheid voor de voorschriften

6. Systematische verificatie van het geneesmiddelenbeleid teneinde de synergie ervan met het rationele geneesmiddelenbeleid te evalueren (bv.: goedkoop voorschrijven)
7. Invoering van een evaluatie- en monitoringtool
- 6) Uitbreiding van de evaluatiecommissies voor geneesmiddelen (RIZIV) en ontwikkeling van nauwe banden met de commissies van de farmaceutische comités (FOD). Men dient er zich ook van te vergewissen dat de strategieën die door het FAGG, Farmaka, het BCFI zijn ontwikkeld, synergistisch en congruent zijn.

Timing

De voorbereiding van de analyse van de sector en de analyse zelf hebben al plaatsgevonden. In 2016 zullen we het voorgestelde actieplan afronden (creatie van een informatieprogramma voor de patiënt, herinnering aan de geactualiseerde "STOP AND START"-aanbevelingen, voorbereiding van een feedback) en zullen we de haalbaarheid ervan verifiëren. In 2017 plannen we een sensibiliseringscampagne voor het doelpubliek, een feedback aan de RVT's (in samenwerking met de gewesten), aan de ziekenhuisdiensten en aan de zorgverleners, en een begeleiding van de LOK's (via het nieuwe accrediteringsproces).

In geval van een negatieve evolutie of bij het uitblijven van een evolutie van de situatie in de richting van de vastgelegde doelstellingen (wat vereist dat men enige afstand neemt met betrekking tot de feedback die begin 2017 wordt verstuurd), zal men in 2018 met de aanvullende acties moeten starten (reglementering, organisatie en controle).

Benodigde middelen en samenwerking

Voor de uitvoering van de actiepunten 6.1 – 6.6.

Dankzij de middelen die momenteel in de bestuursovereenkomst (2016: 250.000 EUR, 2017 en volgende jaren: 428.000 EUR) zijn opgenomen, beschikt men over de volgende middelen om met de activiteiten te beginnen:

- Celleider, arts A4
- Projectleider, A3 (parttime)
- 2 artsen
- Data-analist, A1
- Data-analist, A2
- Een administratief medewerker, B

De nog benodigde middelen betreffen:

- Een medewerker voor het deel 'communicatie' (meer bepaald scientific writers): 120.000 EUR
- Medische experts : 240.000 EUR

Voor 2018 en de volgende jaren zal de staf moeten worden aangevuld op basis van de activiteiten.

6.7. Patientenprofielen tandartsen

Maatregel	Structureel / doelmatige zorg
Doelgroep	Tandartsen Patiënten voor tandzorg
Doel van de actie en motivering	Invoering van een tool voor de opsporing van abnormale patiëntenprofielen Dankzij deze tool kunnen abnormale praktijken bij tandartsen worden opgespoord die niet kunnen worden gedetecteerd door de gebruikelijke technieken, noch door het systeem van de P-waarden (bv. buitenlandse tandartsen die in België gedurende een korte periode intensief tandzorg verrichten)
Financiële situering	Globaal budget van de tandzorg: +/- 0.8 miljard EUR
Procedure	<ol style="list-style-type: none">1) Analyse van de facturatiegegevens (verstrekkingen van de nomenclatuur) op basis van de volgende methode:<ol style="list-style-type: none">a. Per leeftijdscategorie een 'gemiddeld' patiëntenprofiel vastleggen op basis van:<ul style="list-style-type: none">- Een jaarlijks globaal gemiddeld bedrag per patiënt,<ul style="list-style-type: none">• Een jaarlijks globaal gemiddeld bedrag per patiënt, per groep van verstrekkingen (bv. conserverende verzorging)- Het gemiddelde aantal totale verstrekkingen, behalve de farmaceutische verstrekkingenb. Vastleggen van indicatoren: per patiënt en per leeftijdscategorie<ul style="list-style-type: none">- Het aantal verschillende tandartsen per patiënt- Kostprijs per patiënt- Herhaalde verstrekkingen<ul style="list-style-type: none">- contact- geattesteerde tandzorg- medische beeldvorming2) Voorstelling van de resultaten aan het comité van de DGEC3) Selectie van patiënten buiten de norm, in relatie tot het profiel van de betrokken tandartsen4) Verhoor en onderzoek van de patiënt en/of verhoor van de tandarts(en)5) Acties die moeten worden bepaald op basis van de resultaten: informatieverstrekking aan de patiënt, informatieverstrekking aan

	de tandarts, bezorging van de resultaten aan de FOD Volksgezondheid (meer bepaald op het vlak van de toelating voor buitenlandse tandartsen om verstrekkingen te verrichten), thematische en individuele controles.
Timing	Analyse van de databank, opsporing van abnormale profielen: rapport tegen 30.6.2017 Voorstelling van de resultaten aan het comité van de DGEC 3e trimester 2017
Beoogde financiële impact	Hangt af van de resultaten van de analyse
Benodigde middelen en samenwerking	Terbeschikkingstelling van de facturatiegegevens inzake geneeskundige verzorging (attest) Analisten die noodzakelijk zijn voor gegevensanalyses Geneesheren-inspecteurs voor de uitvoering

6.8 Voorschrijfgedrag artsen inzake bandagisterie

Doelgroep	De artsen die lumbo-sacrale en knie-orthesen voorschrijven
Doel van de actie en motivering	Analyse van de relevantie van het voorschrift voor lumbo-sacrale en knie-orthesen. Met bijzondere aandacht voor <ul style="list-style-type: none"> - de indicaties van die orthesen - de vaststellingen die zijn gedaan tijdens de terreinstudie van 2008 (meer bepaald betreffende de afgeleverde producten, de invloed van een weinig precies voorschrift, de manier waarop die orthesen worden gedragen...) <p>Een duidelijk beeld van de variabiliteit van het voorschrift op basis van de categorieën van voorschrijvers</p> <p>Wijziging van de praktijkvoering inzake het voorschrijven van orthesen</p>
Financiële situering	Budget 2014 van de voornaamste lumbale orthesen: 15 363 487 EUR Budget 2014 van de voornaamste knie-orthesen: 9 233 802 EUR
Procedure	Gegevensanalyse Informatie- en preventiecampagne voor de verschillende voorschrijvers, afgestemd op de categorieën van voorschrijvers Voorstelling aan het comité van de DGEC Eerste benadering van de prijzen op de wereldmarkt.

Timing	Gegevensanalyse en voorbereiding van de campagne: eerste trimester 2017 Informatie- en preventiecampagne: tweede trimester 2017 Voorstelling aan het comité: september 2017
Beoogde financiële impact	Vermindering van de uitgaven met meer dan 2.000.000 EUR Daarnaast zou een preciezer en beter afgestemd voorschrift in het domein van de bandagisterie - orthopedie in principe besparingen moeten opleveren voor alle orthesen
Benodigde middelen en samenwerking	Data-analisten: 50 dagen VTE Geneesheren-inspecteurs: 100 dagen VTE

6.9 Screening artikel 17 en audit protocolakkoord zware medische beeldvorming

Doelgroep	Ziekenhuizen –medisch technische dienst– zware medische beeldvorming: CT, MR, SPECT, SPECT-CT, PET, PET-CT
Doel van de actie en motivering	Ondersteunen van de doelstellingen van het protocolakkoord zware medische beeldvorming: <ul style="list-style-type: none"> • Budgetneutrale shift: CT → NMR • Niet budgetneutraal, controle volumetoename PET: aantallen geprogrammeerde toestellen en prestaties: max 3.400 klinische onderzoeken en 1.200 wetenschappelijke • Kadaster zware apparaten medische beeldvorming uitbouwen • Moratorium bewaken: PET en MR • Billijke territoriale spreiding – toegankelijkheid bevorderen • Handhavingsbeleid uitbouwen • Voorkomen onnodige stralingsbelasting • Samenwerken: DGV, FOD volksgezondheid, FANC, Gewesten en Gemeenschappen • Controleren van budget • Opsporen van overconsumptie
Financiële situering	- Totale uitgaven van het betrokken domein op jaarbasis (2014): 425.000.000 € - Totaalbedrag dat aan dat aan de analyse onderworpen is: 425.000.000 €
Procedure	Spoor 1, audit protocolakkoord Analyse van de gegevens: <ul style="list-style-type: none"> • Per plaats van verstrekking <ul style="list-style-type: none"> ○ Ziekenhuis ○ Arrondissement – Zorgregio (VL) / Provincie (WL)

Plaats van verstrekking
Woonplaats patiënt – ‘hinterland’
○ Correlatie met aantal:

Toestellen
Verstrekkingen
inwoners

• **Per anatomische regio: romp-weke delen, wervelzuil, hart, ledematen, en schedel(basis)**

- Ziekenhuis
- Arrondissement – Zorgregio (VL) / Provincie (WL)

Plaats van verstrekking
Woonplaats patiënt – ‘hinterland’
○ Correlatie met aantal:

Toestellen
Verstrekkingen
inwoners

Halfjaarlijks rapport met cijfers per trimester ten behoeve van het Kabinet van de Minister van Sociale Zaken en de stakeholders.

Spoor 2, screening gepland met het doel bij te dragen tot een doelmatige zorg:

- Opeenvolging van onderzoeken in zelfde anatomische regio
- Herhalen van onderzoeken
- Upcoding
- Opsplitsen van onderzoeken
- Onderzoek per plaats / Dienst
- beeldvorming bij kinderen
- beeldvorming bij oncologische patiënten
- Stralingsbelasting
- mammografie
- EBM algoritmes
- Gedrag van voorschrijvers

Timing

Spoor 1: Halfjaarlijks rapport.

Spoor 2, screening:

- Analyse van de gegevens: deadline 31-12-2016
- Terreinacties: 2017

Beoogde financiële impact

Deze zal volgen uit de gedragswijzigingen in voorschrijven en gebruik van medische beeldvorming. Deze gedragswijziging zal het gevolg zijn van de hoger vermelde te ondernemen acties

Benodigde middelen en samenwerking

Attestgegevens
Data-analyse en reporting:
Analisten: 30+30 werkdagen
Geneesheren inspecteurs: 200 werkdagen

7) Raming van de benodigde middelen

- Personeelcapaciteit voor audits ziekenhuizen, controle sector verpleegkunde, ... bij het RIZIV:
 - o 10 geneesheer-inspecteurs: 1.000.000 euro (niet inbegrepen in de middelen toegekend in het kader van artikel 31 van de Bestuursovereenkomst RIZIV 2016 – 2018)
 - o 1 verpleegkundig controleur: 50.000 euro
 - o Andere: 100.000 euro
- Extra capaciteit data-ontwikkeling:
 - o 500.000 euro toe te kennen aan het IMA
 - o 60.000 euro toe te kennen aan het RIZIV
- Werkingsmiddelen en inhuren expertise RIZIV
 - o Scientific writers: 120.000 euro
 - o Medische experts : 240.000 euro
- TOTAAL: 2.070.000 €

De vraag voor deze bijkomende financiële middelen zal worden voorgelegd aan het volgende begrotingsconclaaf.

Lexicon of infringements by healthcare providers in healthcare provision considered to be "WASTE" and suggested enforcement actions

WASTE									
TYPES									
Incorrect billing of services			Unwarrented services/Overconsumption						
Rules			Guidelines EBM/BPF						
NATURE	Compliance / Formal checks		Reality/ Material check		Overutilization of services/Medical Check	Overly expensive services/Financial Check			
Errors	E1	Unintentionally billing a night time consult instead of a daytime consult	E2	Unintentionally billing a radiography that has not been rendered	E3	Prescription of antibiotics "out of ignorance" for simple rhinitis	E4	Prescription of the most expensive antibiotics "out of ignorance" for a simple infection	O u t l i e r
Enforcement		information/warning/(reimbursement claim)/ (admin fine)		information/warning/reimbursement claim/ (admin fine)		information/warning		information/warning	
Abuses	A1	Assimilation of non insured care by use of a code for insured care	A2	A hospital "optimizes" the default % of errors permitted in their invoicing system	A3	Knowingly taking and billing an electrocardiogram without GMP indication	A4	A supplier makes and bills knowingly a tailor-made orthosis for profit only, while a cheaper prefab equivalent product exists	O u t l i e r
Enforcement		adapt or create rules		adapt or create rules		focused information/warning/(reimbursement claim)/ (admin fine)/ (disciplinary sentence) Monitoring/ corrective incentives		focused information/warning/(reimbursement claim)/ (admin fine)/(disciplinary sentence) Monitoring/ corrective incentives	
Fraud	F1	Intentionally billing a night time consult instead of a day time consult	F2	Intentionally billing a night time consult that has not been rendered	F3	Intentionally taking and billing an electrocardiogram without GMP indication after being informed and warned	F4	A supplier makes and bills intentionally a tailor-made orthosis for profit only, while a cheaper prefab equivalent product exists, after being informed and warned	r e s p o n s i v e
Enforcement		reimbursement claim/ (admin fine)/(penal fine)/(prison sentence)/(disciplinary sanction)		reimbursement claim/admin fine/(penal fine)/(prison sentence)/(disciplinary sanction)		(reimbursement claim)/ (admin fine)/ (penal fine)/(prison sentence)/ disciplinary sentence		(reimbursement claim)/ admin fine/(penal sentence)/(prison sentence)/ disciplinary sentence	
Corruption (third party involved)	C1	Implant of a singular pacemaker while billing for a quadrupal and receiving a kickback from the hospital or the industry	C2	Paying for car petrol with a certificate for a night time consult that has not been rendered	C3	Prescribing unnecessary bloodtests and receiving a kickback from the lab	C4	A supplier makes and bills intentionally a tailor-made orthosis for profit only, while a cheaper prefab equivalent with a kickback from the industry	
Enforcement		reimbursement claim/admin fine/tax claim/damage claim/ tax fine/penal fine/prison sentence/ disciplinary sanction		reimbursement claim/admin fine/tax claim/damage claim/ tax fine/penal fine/prison sentence/ disciplinary sanction		reimbursement claim/admin fine/tax claim/damage claim/ tax fine/penal fine/prison sentence/ disciplinary sanction		reimbursement claim/admin fine/tax claim/damage claim/ tax fine/penal fine/prison sentence/ disciplinary sanction	

Generic definitions of:

- Errors** unjustly obtaining a benefit of any nature by UNintentionally breaking a rule or guideline
- Abuses** unjustly obtaining a benefit of any nature by knowingly stretching a rule or a guideline or by taking advantage of an absence of rule or guideline
- Fraud** illegally obtaining a benefit of any nature by intentionally breaking a rule
- Corruption** illegally obtaining a benefit of any nature by abuse of power with third party involvement