

Brussel, 4 juni 2018

Inhoudstafel

1. Inleiding.....	4
2. Plan van aanpak	6
3. Samenwerking met de diverse partners in de gezondheidszorg.....	9
3.1 Samenwerking VI – RIZIV in het kader van een uniforme en efficiënte aanpak van controles, terugvorderingen en sanctioneren, inclusief de uitrol van de meldpunten “fraude”	11
3.2 Geïntegreerde aanpak van zorgverleners die geschorst zijn of wiens visum is ingetrokken	13
4. Gegevensuitwisseling en databeheer	16
4.1 Ontsluiting van de gegevens	16
4.2 Optimaliseren van het gebruik en analyseren van data	17
4.3 Pilotproject gebruik diagnostische gegevens: doelmatige zorg bij cardiale interventies	19
5. Structurele maatregelen	22
5.1 Creëren van een juridisch kader voor en een repertorium van de klinische samenwerkingsvormen tussen zorgverleners	22
5.2 Verzekeren van fraudebestendige elektronische facturatie in overeenstemming met reglementering	26
5.3 Audit ziekenhuizen.....	27
5.4 Opsporing van overconsumptie door de zorgverleners via patiëntenprofielen	29
5.4.1 Case: Patiëntenprofielen – algemene analyse.....	29
5.4.2 Case: Patiëntenprofielen – toepassing op tandheelkundige verstrekkingen	31
5.5 Dringende Geneeskundige Hulpverlening	32
5.5.1 Transparantie en conformiteit in de facturatie DGH-vervoer aan de patiënt.....	32

5.5.2	Toezicht en controle op de facturatie DGH-vervoer aan de overheid.....	33
5.5.3	Toezicht en controle op de toelagedossiers aan de ambulancediensten.....	34
5.6	Verantwoordingsdrempel ZIV-aanrekening thuisverpleegkundigen.....	35
6.	Onderdeel “fraudebestrijding”	38
6.1	Dagziekenhuisforfaits bij poliklinische raadpleging.....	38
6.2	Hartmonitoring, ambulans en in het ziekenhuis: evaluatie van de toepassing van de nomenclatuur.....	39
6.3	Geneesmiddelen aangerekend tijdens hospitalisatie: gefactureerde dagdosissen	40
6.4	Fysiotherapie in ziekenhuizen: controle van het aantal zittingen	41
6.5	Weesgeneesmiddelen: overeenstemming met het akkoord adviserend arts.....	43
6.6	Outliercontrole logopedisten.....	44
6.7	Huisartsen die geen remgeld aanrekenen: realiteitscontrole van de verleende verstrekkingen	45
6.8	Panoramische clichés en tandnummers van tandartsen: controle van de herhaalde clichés zonder een trauma.....	47
6.9	Retinografie: outliercontrole	48
7.	Onderdeel “doelmatige zorg”	49
7.1	Globale aanpak	49
7.1.1	Methodologie.....	49
7.1.2	De voorafgaande vereisten.....	52
7.1.3	De prioriteiten 2018-2020	52
7.1.4	De analyses	53
7.1.5	Potentiële vervolgacties.....	55
7.1.5.1	Pakket van globale maatregelen.....	55
7.1.5.2	Gerichte acties naar doelgroepen toe	58
7.1.5.3	Bijkomende acties van de FOD Volksgezondheid	58
7.2	Specifieke thema’s “doelmatige zorg”	59
7.2.1	Globaal medisch dossier (GMD).....	59
7.2.2	Tandheeskundig dossier	60
7.2.3	Conserverende tandzorgen.....	61
7.2.4	Cardiologie	62
7.2.5	Oftalmologie	63

7.2.6	Neurologie EEG/VIDEO EEG	63
7.2.7	Analyse longfunctieproeven	64
7.2.8	Anatomopathologie	66
7.2.9	Klinische biologie	67
7.2.10	Arthroscopische meniscectomieën.....	67
7.2.11	Audit medische beeldvorming 2.0	68
7.2.12	FANC-vergunning voor verstrekkingen met röntgenstralen.....	69
7.2.13	Voorschrijfgedrag biosimilars	70
7.2.14	Goedkoop voorschrijfgedrag geneesmiddelen.....	72
7.2.15	Geneesmiddelen hoofdstuk IV.....	73
7.2.16	Rationeel antibioticagebruik.....	74
Bijlage 1: Potentiële opbrengsten 2019.....		76
Bijlage 2: Bijkomende middelen		79

1. Inleiding

In 2016 werd het actieplan “handhaving in de gezondheidszorg 2016 - 2017” opgesteld.

Dit actieplan is er gekomen ten gevolge de werkzaamheden van de taskforce, opgericht op vraag van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid bij brief van 9 februari 2016, waarin herhaaldelijk werd aangedrongen om meer focus te leggen op een goede besteding van de middelen, doelmatigheid van de zorg en performante handhaving. Het rapport van de taskforce dat op 13 juni 2016 aan de minister werd overgemaakt bevat terzake een aantal concrete suggesties en aanbevelingen alsmede een strategie van aanpak.

In de schriftelijke reactie van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 18 juni 2016 op dit rapport werd onder meer aangedrongen op het opstellen van een actieplan “handhaving in de gezondheidszorg”. Dit actieplan werd door de Algemene Raad van het RIZIV op 18 juli 2016 goedgekeurd en liep af eind 2017.

De noodzaak voor een performante aanwending van de financiële middelen in de gezondheidszorg blijft onverminderd actueel, onder andere door de beperktheid van de beschikbare middelen en een aantal maatschappelijke tendensen zoals de veroudering van de bevolking.

Aan de Algemene Raad van het RIZIV wordt daarom ter goedkeuring een nieuw actieplan “handhaving” voorgelegd dat betrekking heeft op de periode 2018 - 2020.

Zowel het nieuwe als afgelopen actieplan geven uitvoering aan de objectieven die over dit onderwerp in het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014 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 verrechtvaardigde praktijkvariaties die niet berusten op objectieve criteria kunnen, indien ze niet geremedieerd worden, leiden tot sancties.”

Dit nieuw actieplan sluit eveneens aan bij het meerjarenpact dat de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid afsloot met de verzekeringsinstellingen op 28 november 2016. Het pact is opgebouwd rond 6 moderniseringsassen waarvan moderniseringsas 3 de titel “handhaving en doelmatigheid” draagt en waarin een aantal concrete actieverbintenissen voor alle partijen zijn opgenomen.

Daarnaast is binnen het RIZIV werk gemaakt van artikel 35 van de bestuursovereenkomst 2016 - 2018 tussen het RIZIV en de federale staat. Artikel 35 betreft de *“structurele verankering van de strijd tegen verspillingen - oprichting van een cel “doelmatige zorg”*”. Samen met de oprichting van de cel wordt een globale methodologie ontwikkeld voor de werkzaamheden van de cel. Voor de oprichting van deze cel werden bijkomende recurrente personeelsmiddelen voorzien en gebeurden de nodige aanwervingen.

Tevens dient verwezen te worden naar het traject “Redesign van de federale gezondheidsadministraties”. Binnen deze Redesign is een programma “passerelles” opgestart. Dit programma bevat een aantal projecten gericht op de creatie van een structurele samenwerking met het oog op een duidelijke toegevoegde waarde, samenwerking rond projecten en alignering van processen. Het handhavingsbeleid binnen de gezondheidszorg behoort hiertoe. De Redesign richt zich onder meer op het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het FAGG.

Bepaalde thema’s van dit actieplan kunnen opgenomen worden in de gemeenschappelijke sokkel binnen de bestuursovereenkomsten 2019 -2021 van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het FAGG.

Ten slotte sloot de Nationale commissie Artsen – Ziekenfondsen (NCAZ) op 19 december 2017 een nieuw nationaal akkoord voor 2018 en 2019. In dit akkoord is er een apart hoofdstuk “doelmatige zorg” (hoofdstuk 4.4). De NCAZ wenst dat er inzake “doelmatige zorg” prioritair werk gemaakt wordt van acties binnen de medische beeldvorming, inclusief het opstellen van een “decision support system” en de sector van de klinische biologie (zie ook onderdeel “doelmatige zorg”).

2. Plan van aanpak

Het actieplan 2016 – 2017 bevatte 15 structurele maatregelen inzake handhaving, 10 maatregelen in het kader van de fraudebestrijding en 9 maatregelen ter bevordering van de doelmatigheid van de gezondheidszorg. Het betrof een combinatie van actiepunten gericht op een implementatie op korte termijn, die soms al een heel traject hadden doorlopen, waarbij andere actiepunten, door opname in het actieplan, als startpunt golden en dus nog niet afgewerkt zijn. Vooral deze laatste zijn, waar nodig en gewenst, terug opgenomen in het actieplan 2018 – 2020.

Een evaluatie van de realisatiegraad van het actieplan 2016 - 2017 zal voorwerp uitmaken van een apart document.

Het actieplan 2018 – 2020 voorziet, naast een apart hoofdstuk rond samenwerking en een apart hoofdstuk rond gegevensuitwisseling en databeheer, opnieuw een aantal structurele maatregelen, een aantal maatregelen inzake fraudebestrijding en bepaalde acties gericht naar het bevorderen van de doelmatigheid in de gezondheidszorg.

Zowel het RIZIV als de VI hebben voorstellen geformuleerd via de werkzaamheden in de Antifraudecommissie, opgericht binnen het RIZIV. Deze werden in nauwe samenwerking met de FOD Volksgezondheid geïntegreerd in dit actieplan.

Doelen van het nieuwe actieplan:

- Het oplijsten van de prioritaire thema's voor de volgende jaren (meerjarenprogramma) met vermelding van de scope per thema.
- Het opstellen van een apart hoofdstuk rond de samenwerking tussen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de diverse externe partners met opname van concrete actiepunten.
- Doel is eveneens om, waar nodig, de verschillende etappes bij de te ondernemen acties te inventariseren en uit te werken met als doel de realisatiegraad van de gewenste doelstellingen zo maximaal mogelijk te maken.
- Daarbij wordt per thema een duidelijke taakverdeling tussen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de diverse partners afgesproken zodat er geen onnodige overlappingsen of versnipperingen zijn (vermijden van redundantie).
- Het bepalen van de deadlines en milestones en het inschatten van workload van de verschillende acties.

- Het voorzien van een functioneel platform voor de organisatie van het overleg zoals dat in 2016 en 2017 georganiseerd werd binnen de werkzaamheden van de Antifraudecommissie gezondheidszorg.

Daarbij wordt tijdens de uitvoering van het actieplan verder nagedacht rond het formuleren van key messages naar de sector van de gezondheidszorg toe (verandering van gedrag inzake gebruik van gezondheidszorg).

Tijdens de uitvoering wordt nagegaan hoe het onderdeel “doelmatige zorg” in het nieuw akkoord van de Nationale commissie Artsen – Ziekenfondsen (NCAZ) van 19 december 2017 verder geoperationaliseerd kan worden in concordantie met dit actieplan.

Het actieplan 2016 - 2017 voorzag als structurele maatregel de hervorming van de accreditering. De hervorming is bedoeld om te komen tot een systeem van "Continuing Professional Development" dat de nadruk legt op de reële behoeften van de zorgverlener, maar ook op de verwachtingen van de overheid.

Het akkoord van de Nationale commissie Artsen – Ziekenfondsen (NCAZ) van 19 december 2017 voorziet de hervorming van het accrediteringssysteem.

De NCAZ voorziet, in samenwerking met de NRKP en in afspraak met de FOD Volksgezondheid tegen 30 september 2018 een concreet voorstel op basis van onderstaande principes waarbij afgestapt wordt van het alles-of-niets karakter van het huidige systeem.

De NCAZ wenst dat in 2019 een vernieuwd systeem kan van start gaan, opgevat als een drietrapsysteem met volgende elementen:

- het volgen van permanente professionele navorming, ter ondersteuning van de PDCA cyclus van de arts of artsenpraktijk via erkende programma's, opleidingen en e-learning trajecten m.b.t. relevante wetenschappelijke ontwikkelingen alsook met de prioriteiten vastgesteld in het kader van het EBP-plan en met persoonlijke leerdoelen.
- de deelname aan peer review in lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) gericht op het ontwikkelen van nuttige professionele samenwerking en op het formuleren van kwalitatieve verbeterprogramma's op groepsniveau.
- het realiseren van algemene of individuele kwaliteitsdoelstellingen gebaseerd op een set indicatoren inzake voorschrijven en behandeling die wordt ontwikkeld samen met experts van de betrokken wetenschappelijke verenigingen.

De hervorming van de accreditering zal onder andere tot doel hebben een hefboom te zijn tot het bevorderen van de doelmatigheid in de zorg.

De voortgang van het actieplan gebeurt via een systematische rapportering aan de Antifraudecommissie (CAFC), dit is een vast agendapunt in de tweemaandelijks vergaderingen.

Een verdere externe rapportering over de uitvoering van het actieplan wordt, indien wenselijk geacht, vanuit de CAFC voorzien naar:

- de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
- de Algemene Raad,
- overeenkomsten- en akkoordencommissies,
- het comité DGEC,
- de Hoge Raad voor artsen-directeurs,
- ...

3. Samenwerking met de diverse partners in de gezondheidszorg

Afhankelijk van het actiepunt dienen specifieke afspraken rond samenwerking gemaakt te worden met:

- **De verzekeringsinstellingen:**
 - in het kader van hun wettelijke bevoegdheden in het beheer en uitvoeren van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en in het bijzonder wat handhaving betreft.
 - hun rol in de akkoorden- en overeenkomstencommissies, waarbij de terugbetalingsmodaliteiten bij invoering of herziening ervan afgetoetst worden aan de correcte en haalbare toepassing ervan en op een werkbare controleerbaarheid ervan.
 - hun rol in het uitvoeren van het pact VI, met focus op as 3.
 - hun rol in het nagaan van de conformiteit en realiteit van de prestaties.
 - hun rol inzake het uitvoeren van a priori en a posteriori-controles.
 - hun rol inzake fraudebestrijding in de gezondheidszorg.
 - hun rol bij het verbeteren van de doelmatigheid in de gezondheidszorg.
 - ...

- **Het Inter Mutualistisch Agentschap:**
 - hun rol bij het kwalitatief beheer en de koppeling van gegevensbanken gezondheidszorg.
 - hun rol in het controlebeleid op de volledige IMA-databank.
 - hun opdracht in het ter beschikking stellen van de gegevens aan het RIZIV via taakafspraken RIZIV – IMA.
 - hun rol in het berekenen van indicatoren en het uitvoeren van analyses via taakafspraken RIZIV – IMA.
 - ...

- **De zorgverstrekkers:**
 - hun rol in de akkoorden- en overeenkomstencommissies, waarbij de terugbetalingsmodaliteiten bij invoering of herziening ervan afgetoetst worden aan de correcte en haalbare toepassing ervan en op een werkbare controleerbaarheid ervan.
 - hun rol bij het verhogen van de doelmatigheid in de gezondheidszorg, zowel bij voorschrijvers als verstrekkers.
 - hun medewerking bij het opstellen van de vervolgtrajecten “doelmatige zorg”.
 - hun rol bij de hervorming van de accreditering.
 - ...

- **De wetenschappelijk verenigingen** (al dan niet via de Nationale Raad voor kwaliteitspromotie):
 - hun rol bij de acties “doelmatige zorg”, bij de selectie van de prioritaire domeinen en indicatoren.

- hun rol bij de verspreiding van de onderliggende EBM-evidentie met betrekking tot deze indicatoren.
 - hun rol bij het opstellen, bespreken en promoten van de rapporten “doelmatige zorg”.
 - hun medewerking bij het opstellen van de vervolgtrajecten “doelmatige zorg”.
 - ...
- **De FOD Volksgezondheid, DG Gezondheidszorg:**
 - hun rol inzake toezicht, controle en fraudebestrijding in de gezondheidszorg, met name met betrekking tot ziekenhuizen, zorgverstrekkers en de sector van de dringende geneeskundige hulpverlening.
 - hun rol bij het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid in de gezondheidszorg voor bepaalde onderdelen van dit plan, ook in het licht van de in het vooruitzicht gestelde nieuwe regelgeving inzake organisatie van de gezondheidszorgberoepen, die de kwaliteit van de praktijkvoering, ongeacht de setting waarin de zorg plaatsvindt, verzekert.
 - in het kader van het programma “passerelles” in het kader van de Redesign van de federale gezondheidsadministraties.
 - in het kader van de voor te bereiden gemeenschappelijke sokkel Bestuursovereenkomst RIZIV - FOD Volksgezondheid – FAGG voor de periode 2019 - 2021 (onderdeel van het programma “strategie” in het kader van de Redesign)
 - hun coördinerende en secretariële rol binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid en het overleg met de deelstaatadministraties
 - ...

Het RIZIV en de FOD Volksgezondheid zullen overleg opstarten om inzake handhaving in een proces van stelselmatige strategische, reglementaire en operationele alignering te komen.

Het periodiek actieplan handhaving dient als basis voor het vastleggen van een gemeenschappelijke strategie inzake handhaving tussen de instellingen waarbij afspraken gemaakt worden betreffende het vastleggen van prioriteiten, capaciteit, toekomstige inzet van middelen en personeel, aflijnen van synergiën, e.d. .

De afstemming van wetgeving en beleidsvoorbereidend werk waar rekening wordt gehouden met coherentie volksgezondheid/verzekering valt eveneens hieronder, evenals de uitwerking van de in dit actieplan opgenomen gemeenschappelijke projecten via gemeenschappelijke methoden en equipes.

Behoudens andere onderwerpen te formuleren in de loop van het actieplan zijn alvast volgende concrete punten voor samenwerking en overleg opgenomen.

3.1 Samenwerking VI – RIZIV in het kader van een uniforme en efficiënte aanpak van controles, terugvorderingen en sanctioneren, inclusief de uitrol van de meldpunten “fraude”

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none">- Alle zorgverstrekkers- Alle rechthebbenden op geneeskundige verzorging- VI, DGGS (FOD VVVL) en DGEC (RIZIV) in kader van werkzaamheden CAFC en Hoge Raad Geneesheren Directeurs.
Doel van de actie en motivering	<p>Op 18 juli 2016 werd het actieplan “handhaving in de gezondheidszorg 2016 -2017” door de Algemene Raad van het RIZIV goedgekeurd. Actiepunt 4.6 betrof de oprichting van meldpunten fraude en verspilling in de zorg.</p> <p>Het meldpunt is een nieuwe bron van info die mee de aanpak van controles helpt te definiëren en waarbij afspraken worden gemaakt.</p> <p>Doel is om synergiën te bevorderen tijdens controleacties: elkaar ondersteunen/dubbel werk vermijden.</p> <p>Eveneens heeft dit tot doel het creëren van transparantie over de uitgevoerde onderzoeken en de financiële recuperaties hier uit volgend (a priori controles en a posteriori controles VI, a posteriori controles DGEC).</p> <p>Dit moet leiden tot een afgesproken taakverdeling en procesbeheer inzake doorverwijzing en behandeling van meldingen naargelang het type en de mogelijke gevolgen.</p>
Financiële situering	Kan betrekking hebben op elk onderdeel van de sector geneeskundige verzorging.
Procedure	<p>Om op korte termijn operationeel resultaten te kunnen boeken, is gekozen voor een decentrale werkwijze waarbij de antennes en initiatieven zoals die momenteel bestaan bij de verzekeringsinstellingen als meldpunten fungeren. Nadien wordt een centralisatie voorzien bij het NIC commissie datamining en controle.</p> <p>Zo wordt voorzien in een gepaste handhaving door een efficiënte en uniforme aanpak naar de zorgverleners toe door alle VI (inbegrepen terugbetaling schade).</p>

Daarbij worden tussen het RIZIV en de VI taakafspraken gemaakt.

Aanpak per type van ontvangen klacht:

- 1) Klachten over niet verrichte prestaties zullen door de VI aan de DGEC worden overgemaakt.
- 2) Klachten inzake niet conform aangerekende prestaties of overconsumptie wordt door de VI en/of het RIZIV behandeld in functie van een afgesproken classificatie.

Daarnaast zijn er taakafspraken nodig over:

- De communicatie tussen de VI's en het RIZIV inzake de uitgevoerde recuperaties.
- De regularisatie van de prestaties geneeskundige verzorging teruggevorderd door DGEC.
- De samenwerking en communicatie met de FOD VG mbt de in dit actieplan opgenomen punten en oa met betrekking tot de informatieverstrekking over de outliers zorgverleners in het kader van de werkzaamheden van de planningscommissie. De planningscommissie bepaalt op basis de facturatiegegevens geneeskundige verzorging, rekening houdende met de outliers, de workload per beroepsgroep.
- De jaarlijkse rapportering over de globale werking

Timing

De meldpunten bij de VI zijn geactiveerd begin 2018.

- T2 2018: vastleggen kader van samenwerking
- T2 2018: overleg en uitwisseling jaarplanning belangrijke projecten.
- T2 2018: uitwisseling gegevens uitgevoerde controle onderzoeken 2016 - 2017.
- T1 2019: Evaluatie van de werking van de meldpunten op basis van werkingsjaar 2018

Beoogde financiële impact

Afhankelijk van de vaststellingen volgend uit de meldingen: terugvorderingen en desgevallend sancties.

Benodigde middelen en samenwerking

Samenwerking alle VI (IMA, NIC) en DGEC en DGGS (FOD VVVL) is noodzakelijk om tot uniforme aanpak te komen.

3.2 Geïntegreerde aanpak van zorgverleners die geschorst zijn of wiens visum is ingetrokken

Doelgroep

Zorgverleners, zoals bedoeld in de Gecoördineerde Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen en krachtens deze wet houder van een visum, die ondanks een intrekking van voornoemd visum (of voorwaarden op het behoud van het visum), toch actief blijven in de gezondheidszorg (in de zin van het verstrekken van zorgen en het voorschrijven ervan).

Wat de artsen en de apothekers betreft, is bij wet geregeld dat naast het visum ook de inschrijving op de lijst van de Orde der artsen respectievelijk apothekers een voorwaarde is voor uitoefening. Met andere woorden, ook een sanctie vanwege de Orde kan gevolgen kan hebben op de 'licence to practice'.

Ook in het kader van een vonnis uitgesproken door een rechter kan beroepsverbod opgelegd worden

Doel van de actie en motivering

Elk jaar zijn er een aantal zorgverleners, die zich niet aan hun sanctie van schorsing met inbegrip van een definitief verbod op uitoefening (Orde en/of DGGS van de FOD Volksgezondheid / Geneeskundige Commissies) houden: dit als verstrekker en/of als voorschrijver. Mutatis mutandis geldt dit voor de zorgverleners waarvan het visum wordt ingetrokken door een Geneeskundige Commissie/DGGS, maar ook voor zorgverleners waarvan het visum aan voorwaarden wordt verbonden (bv. verbod op voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen).

Het is de bedoeling dat zorgverleners zich ervan bewust zijn dat ze bij voornoemde maatregel strikt worden opgevolgd. In beginsel kunnen hun verstrekkingen overigens als onwettige uitoefening van de geneeskunst worden beschouwd en kunnen in geen geval aanleiding geven tot tegemoetkomingen aan rechthebbenden in het kader van de Wet geneeskundige verzorging en uitkeringen. En bovendien, indien het RIZIV bij andere acties al dan niet voortvloeiend uit dit actieplan, fraude vaststelt bij zorgverleners, dient de FOD Volksgezondheid hiervan in kennis worden gesteld zodat hiermee rekening kan worden gehouden bij het afleveren van erkenningen voor stagemeesterschap.

Doelen zijn:

1. Het tijdig identificeren van de gesanctioneerde zorgverleners en zorgen voor een goede administratieve doorstroming van die informatie tussen alle betrokken diensten.

2. Communicatie van de sancties naar de verzekeringsinstellingen en de verzekerden, die snel geïnformeerd worden.
3. Aanpassen van het sanctieapparaat en goede communicatie van de uitgevoerde opvolging

Financiële situering

Moeilijk te voorspellen: hangt af van het aantal zorgverleners in overtreding en het aantal door hen gedane prestaties. Het aantal geschorste zorgverleners of zorgverleners waarvan het visum is ingetrokken of onder voorwaarden werd geplaatst, is tot nu toe zeer beperkt (minder dan 100).

Naar de toekomst toe, zou het via een aanpassing van de reglementering moeten mogelijk zijn om ook de uitgaven, veroorzaakt als voorschrijver, te recupereren. (opgenomen in wet 5 diverse bepalingen) De prestaties als verstreker worden reeds gerecupereerd en een sanctie zoals bij niet verrichte prestaties is wettelijk voorzien.

De verzekeringsinstelling kan door gepast informeren de schade voor de verzekerde beperken.

Procedure

Opvolgen van de ontvangen informatie i.v.m. schorsingen.

Automatisering van gegevensoverdracht m.b.t. sancties door de Ordes en de PGC van de gegevensbank van de DGGS van de FOD Volksgezondheid naar de gegevensbank van het RIZIV. Momenteel heeft het RIZIV toegang tot de gegevensbank. Op termijn zullen deze gegevens doorgegeven worden via Cobrha, het platform/Kruispuntbank van eHealth, die de gegevens van de diverse organisaties rond gezondheid consolideert. De procedures voor overdracht (termijnen en flux) van intrekkingen, volledige of gedeeltelijke schorsingen in het kadaster op nationaal niveau of voor IMI op internationaal niveau zullen beschreven worden in de standaard operationele procedures. Het systeem van registratie van sancties in de gegevensbank van de DGGS (eCad) zal geanalyseerd en geoptimaliseerd worden.

Opvragen van data en info bij de verzekeringsinstellingen.

Verhoor van de zorgverlener en indien nodig, opstellen van een Proces Verbaal van Vaststelling.

Timing

Het gaat om een continue opvolging op basis van de aangeleverde informatie vanuit de bevoegde instanties. Er wordt zo kort mogelijk op de bal gespeeld voor het vaststellen van activiteiten tijdens een

periode van schorsing. Voorafgaandelijk zal het juridisch kader worden aangepast. De gegevens m.b.t. de sancties zullen vanaf 2019 dagelijks overgemaakt worden aan Cobrha. Het RIZIV zal zich kunnen abonneren op de notificaties van Cobrha om elke wijziging in het statuut van de zorgprofessionelen te kunnen ontvangen.

Beoogde financiële impact

De financiële impact is de terugvordering van de veroorzaakte onterechte uitgaven door de ZIV. Nu is er reeds recuperatie van prestaties als verstrekker, na wetsaanpassing ook recuperatie mogelijk van verstrekkingen die werden voorgeschreven (zoals bv. geneesmiddelen, kine ..).

Benodigde middelen en samenwerking

Noodzakelijk is een aanlevering van goede en correcte informatie: enerzijds vanuit de databanken van de FOD Volksgezondheid en de Dienst Geneeskundige Verzorging, anderzijds een snelle en accurate informatie vanwege de verzekeringsinstellingen. Dit veronderstelt verdere investeringen in eGezondheidsprogramma's zoals eCAD, Cobhra(+), enz.

Een samenwerking met de inspecteurs van de provinciale geneeskundige commissies zou nuttig kunnen zijn voor het verbeteren van de effectiviteit van controles op het terrein. De uitwisseling van gegevens over overconsumptie kan nuttig zijn voor het identificeren van bijvoorbeeld problemen bij professionelen die teveel of voor zichzelf psychotrope medicatie voorschrijven met name in het kader van een verslavingsproblematiek.

4. Gegevensuitwisseling en databeheer

Een doorgedreven handhavingsbeleid is rechtstreeks gelinkt aan de grotere beschikbaarheid en analyse van de diverse gegevens gezondheidszorg. Het vormt een absolute voorwaarde. Er worden in het kader van dit actieplan dan ook een aantal initiatieven voorzien.

4.1 Ontsluiting van de gegevens

Huidige situatie

Momenteel hebben alle diensten van het RIZIV toegang tot verschillende databanken (documenten N, profielgegevens, gegevens van de klassieke ziekenhuisverblijven (AZV) en daghospitalisatie (ADH), gegevens met betrekking tot geneesmiddelen (Farmanet en Doc PH),...). Die databanken hebben een grote beperking omdat ze gesegmenteerd zijn (ziekenhuisverblijven, ambulante geneesmiddelen, geneesmiddelen van ziekenhuisofficina's, verstrekkingen) en er geen longitudinale opvolging van het verbruik van de patiënten mogelijk is. Dat vormt een belangrijke beperking voor de analyses die het RIZIV moet uitvoeren. Daarom kunnen verschillende partners (RIZIV, FOD Volksgezondheid, KCE, Planbureau...) al enkele jaren rekenen op de permanente steekproef (EPS) die een longitudinale follow-up van een representatieve steekproef van 1/40 van de Belgische bevolking mogelijk maakt. Die steekproef betekende een belangrijke stap voorwaarts voor het RIZIV en zijn partners, maar die databank heeft ook haar grenzen, omdat ze niet representatief is voor sommige minder frequente aandoeningen, maar vooral niet wat de zorgverleners betreft, wat verhindert dat de zorgverleners feedback krijgen op basis van hun eigen patiëntenbestand en de specifieke kenmerken ervan.

In het kader van bepaalde wettelijk vastgelegde opdrachten doet het RIZIV ook een beroep op de facturatiegegevens in combinatie met de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG) die door de technische cel ter beschikking worden gesteld.

In het kader van hun bijzondere opdrachten hebben de controlediensten van het RIZIV op basis van de ZIV-wet ook een geprivilegieerde toegang tot niet-geanonimiseerde gegevens.

New Attest

Overeenkomstig het regeerakkoord van 9 oktober 2014 en het actieplan "Handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017" werken de diensten van het RIZIV en het IMA al enkele maanden samen om de gegevens van het IMA sneller en directer ter beschikking te stellen van het RIZIV. Het gaat om een interface die de gebruikers van het RIZIV in staat zal stellen om aanvragen in te dienen die op maximum 5 dagen tijd zullen worden verwerkt. De IMA-database is sinds midden 2017 beschikbaar,

maar de interface en alle functionaliteiten zullen naar verwachting in het derde kwartaal van 2018 in gebruik worden genomen. Het IMA stelt de gegevens gezondheidszorg ter beschikking aan het RIZIV, vijf maanden na ontvangst door het IMA.

Actie: tegen het einde van de eerste helft van 2019 zullen het RIZIV en het IMA samen het nieuwe New Attest-systeem evalueren.

De beide controlediensten en de Dienst voor Geneeskundige Verzorging zullen de toepassing New Attest bij de uitvoering van hun opdrachten kunnen gebruiken. Voor beide controlediensten is het zeer waarschijnlijk dat New Attest volstaat om hun opdrachten te kunnen vervullen. Voor de Dienst voor Geneeskundige Verzorging is echter een alternatief mogelijk gemaakt dat hieronder wordt toegelicht.

Directe toegang tot de gezondheidsgegevens

In overeenstemming met de doelstellingen van de bestuursovereenkomst van het RIZIV en de beleidsverklaring van de federale regering zullen data-analisten van het RIZIV rechtstreeks toegang hebben tot de gegevens die door een datamanager van het IMA zijn voorbereid. Die toegang zal plaatsvinden in de IMA-werkrimte om gegevensselecties te maken die via New Attest niet mogelijk zijn (vooral wegens een te groot volume).

4.2 Optimaliseren van het gebruik en analyseren van data

Daar waar punt 4.1 een voorstel inhoudt om op een nieuwe wijze toegang te krijgen tot de gegevens van de VI's, heeft punt 4.2 betrekking op de kwaliteit, de volledigheid en de verrijking van gegevens via de koppeling met externe databanken en de samenwerking rond het gebruik van deze gegevens.

De kwaliteit van de gegevens

Net zoals directe toegang tot alle gegevens is ook de kwaliteit van die gegevens een absolute voorwaarde voor een efficiënt beheer van de ziekteverzekering. Het RIZIV en het IMA hebben zich daarom veel moeite getroost om de kwaliteit van de gegevens te verbeteren. Die inspanningen moeten worden voortgezet. Bovendien bevatten de databanken geen enkele informatie over de verstrekkingen (in de ruime zin) die niet door de ziekteverzekering worden terugbetaald. Er moeten initiatieven worden genomen om die tekortkomingen te verhelpen.

Gelet op (a) het hoge gebruik van benzodiazepines (in het bijzonder in de hoge leeftijdscategorieën en in woon- en zorgcentra), de hoge risico's op bijwerkingen, het gecombineerd gebruik met (terugbetaalde) psychopharmaca, en (b) het ontbreken van totale cijfers van het voorschrijven van methyfenidaat (dat slechts voor bepaalde categorieën wordt terugbetaald) wordt een impact- en haalbaarheidsanalyse (mbt officina, tarificatiediensten, VI, RIZIV, ...) uitgevoerd van de inclusie van deze voorschriften in Farmanet (2018-2019). Vervolgens wordt een beslissing genomen over al dan niet inclusie, en wordt deze uitgevoerd (2019-2020).

Actie: binnen de Antifraudecommissie wordt een permanente werkgroep opgericht voor de verbetering van de gegevenskwaliteit. Jaarlijks zal een verslag worden opgesteld over de vastgestelde problemen en mogelijke oplossingen. Het systeem van responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot hun administratiekosten moet ook als hefboom dienen om mogelijke problemen met de gegevenskwaliteit onder de aandacht te brengen en de verzekeringsinstellingen aan te moedigen om die op te lossen.

Koppeling van de gegevens met externe bronnen

De gegevens van de verzekeringsinstellingen zijn zonder twijfel een belangrijke informatiebron. Er bestaan ook gegevens van buiten de verzekeringsinstellingen die overduidelijk meerwaarde hebben voor het beheer van de verzekering. Het gaat onder meer om gegevens uit het Kankerregister, door de FOD Volksgezondheid verzamelde MZG-gegevens of de primaire en secundaire diagnoses vermeld op het formulier 727.

Actie: aangezien in het KCE-rapport 208B (2013) de haalbaarheid en de toegevoegde waarde van de koppeling tussen de gegevens van de permanente steekproef en de MKG's werden aangetoond, verbindt het RIZIV zich ertoe om tegen 31 december 2019 die koppeling van de gegevens op permanente basis uit te voeren en toegankelijk te maken voor alle instellingen die actief zijn in de Technische Commissie die de exploitatie van de permanente steekproef opvolgt (RIZIV, KCE, FOD Volksgezondheid, Sciensano, Stichting Kankerregister, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Brussels Observatorium en het Planbureau). Dit dossier is samen met dit actieplan geagendeerd op de Algemene Raad van 4 juni 2018.

Actie: in het verlengde van het vorige "*Actieplan Handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017*" zullen in de loop van de uitvoering van het nieuwe actieplan, in samenspraak met alle partners en in concordantie met het toekomstpact met de verzekeringsinstellingen de nodige initiatieven worden genomen voor een gestroomlijnd gegevensontsluitingsbeleid en een adekwante governance hiervoor. In dit verband zal gestart worden met de aanpassing van formulier 727 via de verordening geneeskundige verzorging van 28 juli 2003 om de ICD10-codes van de primaire en secundaire diagnoses te doen vermelden op het MyCarenet-bericht ten voordele van de adviserend arts. Ook de toegankelijkheid van de gegevens voor de adviserend artsen m.b.t. de registers (Qermid, Tardis, Belza) zal worden georganiseerd. Een werkgroep, onder voorzitterschap van de Adjunct Administrateur-generaal van het RIZIV en samengesteld uit leden van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het IMA, wordt belast met de uitwerking hiervan.

Actie: in dit kader zal een pilootproject opgestart worden (cfr. punt 4.3: cardiale interventies).

Actie: Om een aantal van zijn wettelijke verplichtingen na te komen, zal het RIZIV bovendien vanaf nu de nodige initiatieven nemen (in dit geval een aanpassing van het koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 156bis, eerste lid, eerste zin, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de wijze waarop de verzekeringsinstellingen de technische cel de informatie moeten

bezorgen die nodig is voor het koppelen van de gegevens) om op basis van een uniek gehercodeerd patiëntnummer de link te leggen tussen de volgende databanken: de Minimale Ziekenhuisgegevens, de documenten AZV en ADH, de Doc P, Farmanet en de ledenbestanden (socio-economische kenmerken van de patiënten). Dit dossier is samen met dit actieplan geagendeerd op de Algemene Raad van 4 juni 2018. De werkgroep, onder voorzitterschap van de Adjunct Administrateur-generaal van het RIZIV en samengesteld uit leden van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het IMA, wordt belast met de uitwerking hiervan.

Het maximale gebruik van de gegevens mogelijk maken

Gelet op de toenemende complexiteit van de gegevens, het schaarser worden van de menselijke middelen en de aanzienlijk grotere verwachtingen ten aanzien van die gegevens, is het van essentieel belang om de samenwerking rond de exploitatie van de gegevens op te drijven. Er is al een doeltreffende samenwerking met het IMA tot stand gebracht, met name in het kader van de "doelmatige zorg". Die samenwerking zal worden bestendigd en zelfs versterkt.

Actie: het RIZIV en het IMA zullen met een firma gespecialiseerd in datamining een samenwerkingsverband definiëren voor de analyse van de databases. Een precies samenwerkings-thema moet nog worden vastgelegd.

Terbeschikkingstelling van de gezondheidsgegevens

Actie: in overeenstemming met de door de Beleidscel gewenste ontwikkeling ("Een kwalitatief betere gezondheidszorg dankzij een geïntegreerd gegevensontsluitingsbeleid", kortweg Data4BetterHealth), verbinden de federale overheidsdiensten zich ertoe om actief deel te nemen aan maatschappelijk relevante projecten die zullen worden opgezet om in het bijzonder de gegevens van algemeen belang binnen die overheidsdiensten beschikbaar te stellen voor externe partners (industrie, ziekenhuizen, wetenschappelijk onderzoek...), met inachtneming van de privacy van patiënten en gezondheidswerkers. In het kader van de bestuursovereenkomst 2019-2021 zal het RIZIV daarover specifieke actiepunten formuleren.

4.3 Pilootproject gebruik diagnostische gegevens: doelmatige zorg bij cardiale interventies

Doelgroep	Zorgverleners
Doel van de actie en motivering	Door de voortdurende evolutie van de technologie maar ook door de toename van de vergrijzing van onze bevolking, worden meer en meer technische cardiale interventies (invasief en niet-invasief) gepland en

uitgevoerd. Naast deze toename merken we eveneens op dat er heel wat guidelines voor de meeste van deze interventies bestaan. Het doel is om na te gaan, waar mogelijk, of deze guidelines worden opgevolgd. Hiervoor is het belang van diagnostische gegevens essentieel.

Voor een aantal cardiale interventies wordt in de nomenclatuur verwezen naar criteria beschreven in de “European Society of Cardiology (ECS) Guidelines”. Op basis van de klinische diagnose zal worden onderzocht of de uitgevoerde interventies aan de richtlijnen beantwoorden.

Procedure

De VI's dienen voor alle ziekenhuisopnames waar nomenclatuurnummers van de digitale coronarografie worden geattesteerd, de ICD 10-codes te ontvangen van zowel de hoofd- als nevend diagnoses in het MyCareNet-bericht 727 ten behoeve van de adviserend arts (zie ook Punt 4.0 van het Actieplan handhaving 2016-2017, waarvoor voorliggend voorstel als pilootproject kan dienen).

Op basis van de geattesteerde prestaties kan dan bovendien worden nagegaan welke diagnostische onderzoeken zoals bv de coronaire CT, voorafgingen aan deze prestaties of welke therapeutische interventies zoals bv percutane coronaire interventie, hierop volgden om de 727-diagnoses te verfijnen.

Een geselecteerd aantal van deze diagnoses kunnen dan vervolgens gekruist worden met de correcte indicaties uit de guidelines.

Deze gegevens zullen door het IMA worden verwerkt die dan – na analyse en in eerste instantie – aan de desbetreffende ziekenhuizen worden overgemaakt voor evaluatie. De bedoeling is ook om samen met zorgverstrekkers, RIZIV, FOD Volksgezondheid tot actieplannen te komen om de indicatiestelling scherper te stellen. Bij het vermoeden van ondoelmatige zorg, wordt besproken hoe dit kan aangepakt worden en dit wordt dan vertaald in een concreet actieplan per ziekenhuis.

Timing

2018 kan gebruikt worden om het project voor te bereiden. Zullen bijvoorbeeld nog concreet uitgewerkt worden:

- Selectie van te weerhouden nomenclatuurnummers.
- Opzoeken van de EBM indicatie(s) gelinkt aan de prestaties betreffende cardiale interventies en vertaling hiervan in ICD-10 zodat deze vervolgens kunnen gematched worden met de ontvangen ICD-10 codes via MyCareNet.
- Afstemmen met ziekenhuizen hoe gestructureerde diagnoses

kunnen overgemaakt worden via MyCareNet.

- Operationalisering van de verwerking van deze gegevens binnen VI's en IMA.
- Informatie/communicatie met de zorgverstrekkers voorbereiden.
-

5. Structurele maatregelen

Net zoals in het actieplan 2016 - 2017 zijn een aantal structurele maatregelen voorzien. Bepaalde waren reeds opgenomen in het actieplan 2016 - 2017. Er werd voorzien in een inhoudelijke update en nieuwe planning.

Tevens zijn een aantal nieuwe actiepunten toegevoegd.

5.1 Creëren van een juridisch kader voor en een repertorium van de klinische samenwerkingsvormen tussen zorgverleners

Doelgroep Alle zorgverleners actief binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging, ongeacht plaats van activiteit (eigen praktijkkamer, thuis, instelling,...) die structureel samenwerken met andere zorgverleners voor de klinische verzorging van een bepaalde patiëntenpopulatie

Doel van de actie en motivering Het is noodzakelijk om de verantwoordelijkheden inzake de klinische verzorging van een patiëntengroep binnen een structureel samenwerkingsverband te verduidelijken en op te volgen.

Het gaat hierbij over de klinische aspecten in ruime zin en niet enkel de financiële aspecten. Daarbij wordt gedacht aan het delen van klinische gegevens, de toegang tot patiëntendossiers opgesteld en bijgehouden door andere zorgverleners, E-mandaten in die context, taakafspraken en zorgplannen, verzekeren van zorgcontinuïteit, etc.

Een algemeen repertorium of praktijkregistratie laat toe om individuele zorgverleners te volgen binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging inzake hun activiteit, locatie, werkorganisatie en mobiliteit, mits een performante IT-ondersteuning en een continue inzameling van de correcte gegevens.

Daarnaast laat dit toe om “groepsverantwoordelijkheden” te bepalen en op te volgen indien vaststellingen worden gedaan inzake gebrekkige klinische verzorging. Het is ook een belangrijke basis voor innovatieve financieringen zoals groepsfinanciering voor een bepaald pakket van zorg, het koppelen van financiering aan de aanwezigheid van bepaalde competenties in een groep of het definiëren van “structurele equipes” waarin zorgkundigen verpleegkundige acties kunnen verlenen. Ook kan een beter beeld worden gevormd inzake de

handhaving van continuïteit van de verzorging door de individuele zorgverlener en de groep waarin hij eventueel werkt.

Dit laat ook toe te werken rond een correctere becijfering en opvolging van de activiteit van de individuele zorgverlener en van de groep waarin hij werkt. Een longitudinale opvolging van de aangerekende klinische verzorging kan dan ook op het niveau van de groep zodanig dat bepaalde tendensen (bijv. patiëntselectie, specialisatie,...) kunnen worden opgespoord, die belangrijk kunnen zijn in controle-activiteiten. Weten wie met wie samenwerkt, vergemakkelijkt bovendien terreincontroles.

Twee elementen zijn hierbij essentieel: een duidelijk juridisch kader en een up to date bestand van klinische samenwerkingsverbanden (repertorium).

Deze oefening zou worden opgestart in de thuisverpleging, tandheelkunde en kinesitherapie. In elk van de betrokken Commissie heeft de sector de wil geuit om dergelijke informatie in te zamelen. Dit is belangrijk aangezien deze oefening inspanningen vergt van de sector, zowel inzake de voorbereiding met hun vertegenwoordigers als inzake de gegevensinzameling vanuit elke zorgverlener van de sector.

Ook vanuit het oogpunt van de Volksgezondheid is de nood aan dergelijke info van essentieel belang.

In de in het vooruitzicht gestelde nieuwe regelgeving inzake organisatie van de gezondheidszorgberoepen, inzake de kwaliteit van de praktijkvoering (ongeacht de setting waarin deze plaatsvindt) is ook de registratie van samenwerkingsverbanden opgenomen. Vanzelfsprekend dient deze registratie mee geïntegreerd te worden in de databanken eCad en Cobhra(+) die binnen het eGezondheidsprogramma in ontwikkeling zijn.

De beschikbaarheid van de gegevens over de geregistreerde groepspraktijken bij het RIZIV is een belangrijk element voor de kwaliteit van de planificatie van Manpower door de cel planning.

Financiële situering

Ter indicatie: de gecumuleerde partiële begrotingsdoelstelling 2018 voor de tandheelkundigen (art. 5 en 6 van de nomenclatuur), kinesitherapeuten (art. 7) en verpleegkundigen (art. 8 nomenclatuur)

bedraagt ruim 3,3 miljard euro, wat overeenstemt met de terugbetaling voor verstrekkingen aangerekend door ongeveer 65.000 zorgverleners. Binnen structurele equipes van verpleegkundigen kunnen bovendien ook zorgkundigen bepaalde verzorging uitvoeren, die door de delegerende verpleegkundige kan worden geattesteerd.

Procedure

Een beheersysteem voor de inzameling, continue update en raadpleging van gegevens rond de samenwerkingsverbanden inzake klinische aspecten van zorgverleners wordt opgezet.

Die gegevens worden ingezameld bij het samenwerkingsverband. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van bestaande webtoepassingen, mits aanpassingen. Ook kunnen er gegevensstromen worden uitgewerkt vanuit andere administraties (bijv. FOD Volksgezondheid) die beschikken over relevante gegevens.

In intensief overleg met de vertegenwoordigers van de betrokken sector wordt nagegaan welke gegevens relevant zijn en waar ze kunnen worden ingezameld; daarbij rekening houdende met het technisch en juridisch kader.

De vereiste technische en juridische elementen moeten worden uitgewerkt zodanig dat een proof of concept kan worden opgestart met 1 sector en een inzameling van een beperkte data-set. Dit kan eventueel in de thuisverpleging gebeuren.

De resultaten van die proof of concept vormen de basis voor een uitrol van deze concepten naar andere sectoren en meer gegevens.

Timing

- Uitwerken welke gegevens relevant zijn en waar ze kunnen worden ingezameld, in samenwerking met de Akkoordencommissie tandheelkundigen, de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten, de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen, de FOD Volksgezondheid en eventuele andere bronnen van gegevens.
Streefdatum: 5 maanden na het goedkeuren van dit actieplan
- Opmaken van het voorstel van tekst voor het reglementair kader voor dit repertorium en het opstarten van het intern IT-project, die een proof of concept mogelijk maken.
Streefdatum: 9 maanden na het goedkeuren van dit actieplan
- Opstarten van de proof of concept in één of meerdere van de sectoren
Streefdatum: 6 maanden na de goedkeuring door de Beleidscel

van bovenvermelde tekst

- Verslag opstellen met de resultaten van de proof of concept en methodologie uitwerken voor structurele uitbreiding, met voorstel van de sectoren betrokken bij die uitbreiding.

Streefdatum: 12 maanden na de opstart van de proof of concept

- Structurele uitbreiding naar andere sectoren

Streefdatum: 6 maanden na goedkeuring van de Beleidscel van de voorgestelde methodologie en uitbreiding

Beoogde financiële impact

Normaliter zal deze maatregel leiden tot meer transparantie inzake de samenwerkingsverbanden, zowel voor het RIZIV, beleidsmakers, zorgverleners en patiënten. Dit laat toe om gericht te werken rond thema's zoals bijv. het correct en efficiënt delen van klinische gegevens van patiënten. Dit levert ook informatie op inzake de activiteit van zorgverleners die inzetbaar is bij controle en opvolging van de uitgaven. 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,...).

Samenwerking met de FOD Volksgezondheid is noodzakelijk, gelet op de initiatieven daar rond "kadaster" en de hervorming van de wet van de zorgberoepen.

Bijkomende RIZIV-middelen inzake ICT (ondersteuning performante applicatie) en HR (business-analisten, dossierbeheerders sectoren) zijn vereist.

Te voorzien: 1 businessanalist en 1/2 attaché organisatie en ondersteuning.

Bijkomende opmerkingen

- Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden hebben een eigen dynamiek en complexiteit (bijv. in het delen van bepaalde gegevens of e-mandaten), daarom lijkt het aangewezen om dit nog niet in deze actie uit te werken.
- Instellingenzorg vindt normaliter reeds plaats in een kader waarin de verschillende participanten in de verzorging gekend zijn waardoor dit initiatief in dat kader slechts een beperkte meerwaarde zou betekenen.

5.2 Verzekeren van fraudebestendige elektronische facturatie in overeenstemming met reglementering

Doelgroep Zorgverleners die elektronisch factureren alsook producenten van softwarepakketten.

Doel van de actie en motivering Naarmate er steeds meer elektronisch wordt gefactureerd binnen de verplichte ziekteverzekering, moeten acties worden ondernomen om:

- te verduidelijken wie kan factureren aan de verplichte ziekteverzekering en wie de innende entiteit betreft,
- te garanderen dat de facturatie gebeurt in overeenstemming met de reglementering.
- te bepalen wie aangesproken kan worden in geval van onregelmatigheden,
- het aantal fictieve prestaties zoveel als mogelijk te beperken,

Financiële situering De beoogde maatregelen inzake fraudebestrijding en verhoogde transparantie in de facturatieprocessen moeten de traceerbaarheid van alle betalingen van prestaties in de ZIV positief beïnvloeden.

Procedure Om fictieve prestaties te beperken, zal de verplichte lezing E ID verder worden uitgerold naar andere sectoren toe.

Bovenop de verdere uitrol van de maatregel, zal, samen met eHealth, worden onderzocht of het haalbaar is om de niet falsifieerbaarheid van de lezing E ID te versterken na risico-analyse door het RIZIV. De mogelijke pistes voor verbetering zullen in samenspraak onderzocht worden.

Teneinde een grotere transparantie tot stand te brengen in de elektronische facturatieprocessen, zal worden onderzocht of :

- er kan worden herzien aan wie een (ehealth) mandaat kan worden gegeven om elektronisch te factureren;
- In alle gevallen een volwaardig KBO nummer kan worden voorzien in de facturatieprocessen;
- de verantwoordelijkheid kan worden verduidelijkt van zorgverleners die aanvaarden zich op te geven als innende entiteit van een verzekeringstegemoetkoming in de context van groeperingen.

Er zal eveneens worden nagegaan hoe kan worden verzekerd dat de

softwarepakketten in overeenstemming met de reglementering ontwikkeld zijn.

Daarbij moet ook worden verzekerd dat het facturatieproces rekening houdt met de rechten van de sociaal verzekerde, zoals het bekomen van de derdebetalersregeling wanneer vereist of aangewezen, of nog een bewijsstuk uitgereikt te krijgen met de reglementair vereiste vermeldingen.

Timing	De actie zal worden uitgevoerd over verschillende jaren met tussentijdse semestriële evaluaties. De verplichte lezing E ID zal prioritair worden uitgerold bij de tandartsen, ziekenhuizen, apothekers en kinesitherapeuten.
Beoogde financiële impact	Een positief effect kan worden gerealiseerd doordat duidelijkheid wordt geschapen over wie nu exact aanspreekbaar is en door de mogelijkheden om meer precies vast te stellen waar – en bij wie desgevallend ZIV tegemoetkomingen kunnen worden gerecupereerd. Doordat de maatregel fraude bemoeilijkt, wordt een besparing gerealiseerd.
Benodigde middelen en samenwerking	Samenwerking is vereist van diverse actoren: eHealth, NIC, IMA, VI's, RIZIV, zorgverleners, softwarebedrijven, FOD Financiën, FOD Volksgezondheid, patiëntenorganisaties.

5.3 Audit ziekenhuizen

Doelgroep	Ziekenhuizen.
Doel van de actie en motivering	Oprichten van een dienst Audit ziekenhuizen in een co-governance structuur met FOD VG, FAGG en RIZIV.
Financiële situering	Globale uitgaven van de ziekenhuizen.
Procedure	Hierbij zijn onder andere volgende doelstellingen te realiseren: <ul style="list-style-type: none">- Bepalen van een duidelijke scope: Wat is Audit (reikwijdte van begrip compliance? Enkel controle, of ook informatie/begeleiding/opleiding en evaluatie/feedback? Etc.) en wat gaat deze nieuwe dienst doen? In functie hiervan strategie,

organisatie, processen en middelen bepalen, inclusief samenwerkingsmodel.

- Toename van de transparantie en eenvoud in het toezicht op ziekenhuizen door de verschillende overheden, in eerste instantie op federaal vlak. Hierbij is het 'only once' principe in acht te nemen: geen redundante en / of overlappende acties van verschillende overheden. Dit door de informatie- en communicatiestromen naar de ziekenhuizen en de individuele controle op de ziekenhuizen van de verschillende overheden te optimaliseren en samen te voegen.
- Een meer krachtige, performantere aanpak door een geïntegreerd toezicht op de ziekenhuizen vanwege de verschillende overheden, in eerste instantie op federaal vlak, door te streven naar:
 - een gezamenlijke auditstrategie,
 - meer synergie, best practices, meer efficiëntie,
 - geoptimaliseerde, coherente, en zelfs geïntegreerde business processen met samenwerkende teams,
 - transversale communicatie en continue uitwisseling van informatie via de service 'Audit Ziekenhuizen',
 - een algemene auditmethodologie ontwikkelen, kaderend in een meerjarenplanning, met prioriteit voor de audit van het systeem van de laagvariabele zorg, zowel wat betreft onderwerpen als opvolging van onderwerpen,
 - synergie met de 2 andere projecten (ziekenhuisfinanciering en kennisopbouw) van de Passerelle 1 Ziekenhuizen, waar mogelijk,
 - flexibiliteit in functie van de veranderingen in het ziekenhuislandschap, wetgevingen en wetenschap,
 - waar nodig, andere overheden (FANC, Gewesten en Gemeenschappen) integreren in het auditproces.
- De audit zal uitgaan van een holistische (gebruikte nomenclatuur, MZG registratie (o.a. codes ICD-10-PCS), gebruikte hulpmiddelen, facturatie, behandeltraject,...) benadering van een medische discipline / pathologie / traject. Hierbij is gebruik te maken van voorafgaande data analyses en tracer-techniek ad hoc en/of identificatie van knipperlichten. Op basis van de eventuele bevindingen zijn verbetertrajecten uit te werken mogelijks op verschillende niveaus (arts / associatie / dienst / ziekenhuis of ziekenhuizen), gevolgd door impactmetingen. In een verder stadium zijn meer dwingende maatregelen te overwegen. Hier kan het systeem van Contract d'Amélioration de la Qualité et de

l'Efficiencie de Soins (CAQES) uit Frankrijk worden toegepast.

- Gelet op het geïntegreerd samenwerken van de 3 instellingen is een bijkomende juridische basis noodzakelijk. De uitbouw deze juridische basis maakt deel uit van het project met als uiteindelijk doel bij te dragen tot het verhogen van de zorgkwaliteit binnen een optimaal gebruik van de beschikbare middelen.
- Oprichten van hoger vermeldde service: organisatie, coördinatie, processen, methodologie, rollen, verantwoordelijkheden,...
- Proof of concept kan gebeuren rond algemene risico-analyse, een item uit de laag variabele zorg en de medische beeldvorming
- De rol de verzekeringsinstellingen en de adviserend geneesheren wordt in het kader van de passerelle "audit ziekenhuizen" verder besproken en afgelijnd.

Timing

- Projectfase is gestart op 17 april 2018,
- Najaar van 2018:
 - o aanvang proof of concept
 - o eerste voorstelling project in de Algemene Raad
- Overgang naar de operationele fase in de loop van 2019

Beoogde financiële impact

Bijdrage tot een verhoging van het optimaal gebruik van de beschikbare middelen.

Benodigde middelen en samenwerking

Software
Externe opleiding auditeurs
2 data analisten
1 administratief medewerker
1 expert ziekenhuis facturatie
1 gezondheidseconoom of een epidemioloog
4 artsen- auditeurs met betrekking tot audit op ICD-classificatie.
2 verpleegkundige auditeurs met betrekking tot audit op MVG-gegevens.

5.4 Opsporing van overconsumptie door de zorgverleners via patiëntenprofielen

5.4.1 Case: Patiëntenprofielen – algemene analyse

Doelgroep

Patiënten

Doel van de actie en motivering

Het plan "Handhaving 2017" omvatte een project "patiëntenprofiel". Het is de bedoeling om aan de hand van een steekproef van verzekerden indicatoren te vinden op basis waarvan verzekerden kunnen worden opgespoord die door hun gedrag verantwoordelijk zijn voor overconsumptie in de gezondheidszorg. Op dat vlak heeft de studie aangetoond dat er weinig dergelijke verzekerden zijn; bovendien zijn de desbetreffende bedragen niet zo groot.

Aan de hand van bepaalde indicatoren konden echter wel verzekerden worden opgespoord bij wie tekenen van overconsumptie werden vastgesteld. Sommigen van hen hadden banden met zorgverleners die de norm overschreden; daarbij was er een sterk vermoeden van spanning tussen de verzekerde en de zorgverlener of van overconsumptie door de zorgverlener die de oorzaak is van die disfunctie.

Door de voortzetting van het project "Patiëntenprofielen" in het plan "Handhaving 2018" wil men die indicatoren samen met het IMA en de V.I.'s testen. Als die indicatoren worden goedgekeurd, zouden jaarlijks bij wijze van routine de verzekerden-zorgverleners kunnen worden opgespoord. In het geval van de zorgverleners zou dat resulteren in onderzoeken met terugvordering ongeacht het activiteitsdomein.

Financiële situering

De toepassing van de geselecteerde indicatoren (3 indicatoren: onbekende pathologie, veelvuldige contacten met zorgverleners per jaar, maximum 3 geraadpleegde artsen) op het niveau van de permanente steekproef (EPS), die vervolgens werden geëxtrapoleerd naar de hele bevolking, levert de volgende resultaten op:

type	Aantal patiënten	Mogelijke overconsumptie	
		€ verzorging	€ geneesmiddelen
Permanente steekproef	25	€ 37 061	€ 6740
Extrapolatie naar de bevolking	1 000	€ 1 482 440	€ 269 600

Dit heeft betrekking op de uitgaven van patiënten; daaraan moeten de uitgaven van de opgespoorde zorgverleners worden toegevoegd: niet becijferbare gegevens.

Procedure

Methodologie :

- Vastleggen van de drempels voor elk van de indicatoren.
- De verzekerden op basis van de verstrekte indicatoren door de DGEC aan het IMA selecteren.
- Alle attesteringsgegevens voor die verzekerden verzamelen en aan de DGEC bezorgen.
- De verzekerden en de artsen die de norm overschrijden, selecteren en aan een onderzoek onderwerpen. Afhankelijk van het geval kunnen de gevolgen zijn:
 - o De gevallen van verzekerden die niet verbonden zijn aan een arts buiten norm, door de DGEC aan de Adviserend artsen van de V.I.'s bezorgen voor onderzoek van het medisch dossier op basis van een standaardvragenlijst van de DGEC.
 - o In geval van een band met een arts buiten norm: selectie en individueel onderzoek door de DGEC over de betrokken arts.
- Samenvatting van de gevallen en eventueel voorstel van bijkomende indicatoren door de DGEC.

Risicofactoren: Er zal moeten worden gewacht op de indienststelling van NewAttest.

Timing	1.9.2018 -> 31.12.2019
Beoogde financiële impact	Het gaat om de invoering van een methodologie de toekomstige financiële impact zal pas aan het einde van het project kunnen worden geraamd.
Benodigde middelen en samenwerking	Onderzoeksfase: samenwerking data analyse DGEC en IMA + medische interpretatie DGEC. Terreinfase: samenwerking tussen de V.I.'s (adviserend artsen) en DGEC: De werklast zal afhangen van de vaststellingen tijdens de onderzoeksfase

5.4.2 Case: Patiëntenprofielen – toepassing op tandheelkundige verstrekkingen

Doelgroep Tandheelkundigen die verstrekkingen hebben geattesteerd

Doel van de actie en motivering	<p>Uit een vorig onderzoek (gegevens 2014) zijn bij een aantal verzekerden zeer afwijkende profielen aan het licht gekomen met betrekking tot gefactureerde tandheelkundige verstrekkingen die door de VI zijn vergoed.</p> <p>In punt 5.4.1 is de globale methodologie voor de patiëntenprofielen opgenomen.</p>
PROCEDURE:	<ul style="list-style-type: none"> - luik 1: de DB2016 analyseren en nakijken welke anomalieën er zijn teruggevonden. - luik 2: 100 verzekerden met zeer afwijkende tandheelkundige profielen: bedragen > 1.000 euro/zitting en abnormale herhalingen van verstrekkingen (cf. vorige studie over 15 profielen van verzekerden-2014) <p>Een methodologie uitwerken en vervolgens een beroep doen op de VI die de facturering van de verstrekkingen opnieuw zullen moeten onderzoeken (zoeken naar fouten in de codenummers, in de gegevensextractie), eventueel het dossier van de adviserend arts bekijken en, indien nodig, uitleg vragen aan de zorgverstrekkers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mededeling van de resultaten aan de DGEC → terreinstudie en/of enquêtes?
Timing	Eind 2018
Beoogde financiële impact	Ja, maar die kan niet worden becijferd.
Benodigde middelen en samenwerking	Medewerking van de verzekeringsinstellingen en de adviserend artsen.

5.5 Dringende Geneeskundige Hulpverlening

5.5.1 Transparantie en conformiteit in de facturatie DGH-vervoer aan de patiënt

Doelgroep	Verzekeringsinstellingen, patiënten.
Doel van de actie en motivering	Binnen de hervorming Dringende Geneeskundige hulpverlening werd er een traject transparantie van de factuur en tariefzekerheid opgezet.

In de huidige situatie zijn er slechts minimale vereisten aangaande de leesbaarheid van de factuur voor de dringende geneeskundige hulpverlening. Opdat er een tussenkomst van de verzekeringsinstellingen mogelijk zou zijn, worden de facturerende diensten verplicht een aantal minimale gegevens te vermelden op hun factuur. Voor de burger is de factuur, ook door de variatie van de gebruikte factuurmodellen, echter moeilijk leesbaar en moeilijk verifieerbaar.

Financiële situering

De expertise aangaande controle van de facturatie aan de patiënt kan vandaag gevonden worden bij de Verzekeringsinstellingen. Deze worden echter niet altijd tijdig geconsulteerd door hun leden waardoor er vaak al betalingen gebeuren van bedragen welke potentieel niet verschuldigd zijn. De verzekerde heeft dan zeer grote moeilijkheden om deze sommen terug te vorderen. Er is vandaag geen globaal zicht op de draagwijdte van deze problematiek.

Procedure

Daarom zal er in de uitvoeringsbesluiten van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening een standaardmodel van factuur opgelegd worden opdat de facturatie van de dringende geneeskundige hulpverlening voor de burger zal resulteren in een uniforme, transparante en leesbare factuur. Vanaf 2019 zal de tarificatie van de dringende geneeskundige hulpverlening kantelen van een kilometer-gebaseerd factuur naar een forfaitaire ‘remgeld’ facturatie. De patiënt zal dus enkel gefactureerd krijgen wat ten laste van hemzelf is.

Timing

Invoering in de loop van 2018 met aanpassing aan de forfaitaire factuur op 1/1/2019.

Beoogde financiële impact

Dit deeltraject van de hervorming dringende geneeskundige hulpverlening kent geen impact op het budget, maar beoogt de patiënt beter te beschermen tegen onrechtmatige aanrekeningen.

Benodigde middelen en samenwerking

Met de Verzekeringsinstellingen zal worden onderzocht hoe hun preventieve en handhavende rol inzake een correcte patiëntenfactuur kan worden gehandhaafd en waar mogelijk versterkt, rekening houdend met het nieuwe kader van deze facturatie.

5.5.2 Toezicht en controle op de facturatie DGH-vervoer aan de overheid

Doelgroep	Patiënten in dringend ziekenvervoer, verzekeringsinstellingen.
Doel van de actie en motivering	<p>De expertise aangaande het toezicht en de controle van de facturatie van het dringend ziekenvervoer is vandaag grotendeels te vinden binnen de verzekeringsinstellingen. Deze expertise en dit toezicht ten behoeve de burger kan behouden worden binnen de nieuwe forfaitaire facturatie. Daartoe dienen de nodige afsprakenkaders te worden ontwikkeld.</p> <p>Een verbeterde basiskennis bij de burger aangaande de dringende geneeskundige hulpverlening en de vernieuwde facturatie van de DGH is echter ook een hoeksteen op een betere controle van de factuur. Ten slotte is het niet uitgesloten dat er punctuele inspecties zouden gebeuren door de DGGS van de FOD VVL bij de facturatedienst van de ziekenwagendiensten. Deze punctuele inspecties zullen aangestuurd worden door specifieke datamining en analyse aangaande risico op 'facturatiefouten' vanwege de data-analisten en/of op aangeven van de experts van de verzekeringsinstellingen.</p>
Procedure	In 2018 zal samen met de Kanselarij een brede communicatiecampagne uitgewerkt worden opdat deze basiskennis bij de burger zou kunnen aangescherpt worden. Campagnes met gebruik van zowel geschreven media, elektronische (sociale) media en radio kennen een kostprijs van 500 kEUR.
Timing	2018.
Beoogde financiële impact	Dit deeltraject van de hervorming dringende geneeskundige hulpverlening kent geen impact op het budget, maar beoogt de patiënt, door een betere kennis van het systeem, beter te beschermen tegen onrechtmatige aanrekeningen.
Benodigde middelen en samenwerking	500 kEUR (reeds gebudgetteerd bij FOD VVVL).

5.5.3 Toezicht en controle op de toelagedossiers aan de ambulancediensten

Doelgroep	Ziekenwagendiensten.
Doel van de actie en motivering	Het toekennen van een significante toelage binnen de algemene uitgaven begroting kan niet zonder toezicht geschieden. De investering

van overheidsbudget dient nauwgezet opgevolgd te worden. Er dient toezicht te zijn op gebruik, op geleverde kwaliteit (respect van SLA's), maar ook dient de vraag tot optimalisering en efficiëntieverhoging constant mee te worden geëvalueerd.

De DGGS van de FOD VVVL zal instaan voor het borgen van de budgettair technische opvolging van alle financiële aspecten binnen de hervorming DGH: analyse van de financiële en boekhoudkundige toelagedossiers van de diensten van de DGH, vastlegging en vereffening van de toelagedossiers en vastlegging en vereffening van de permanentievergoedingen, maar ook punctuele inspecties ter plaatse bij de facturatediensten.

Financiële situering	Het budget van toelage aan de ziekenwagendiensten in 2018 beloopt 50 miljoen euro.
Procedure	Boekhoudkundige analyse van de dossiers van de ziekenwagendiensten.
Timing	2018
Benodigde middelen en samenwerking	Werkingsmiddelen en personeel werden voorzien binnen het budget hervorming DGH.

5.6 Verantwoordingsdrempel ZIV-aanrekening thuisverpleegkundigen

Doelgroep	De maatregel heeft betrekking op de thuisverpleegkundigen, en meer specifiek op de thuisverpleegkundigen met een jaarlijkse ZIV-aanrekening > 180.000 Euro als zelfstandig thuisverpleegkundige of > 100.000 Euro indien voltijds loontrekkende mits de werkweek beperkt is tot 38 uur.
Doel van de actie en motivering	<u>Huidige situatie:</u> Reeds meerdere jaren stelt de DGEC vast dat bepaalde thuisverpleegkundigen een onrealistische hoeveelheid verstrekkingen aanrekenen. In 2014 kregen 186 thuisverpleegkundigen > 200.000 Euro uitbetaald door het RIZIV; in 2015: 163 thuisverpleegkundigen en in 2016: 169 thuisverpleegkundigen. Bij controles door de DGEC bij deze groep hoge jaarprofielen stellen we systematisch niet-verrichte prestaties vast.

Tevens is duidelijk dat het mogelijk maken van een hoog aantal

verstrekkingen aanleiding geeft tot een verminderde kwaliteit van zorgverlening.

Om deze vorm van systematische fraude tegen te gaan en de kwaliteit van zorgen te verhogen, willen we dit structureel oplossen met een verantwoordingsdrempel. De verpleegkundige heeft daarbij steeds de mogelijkheid van verweer om aan te tonen dat het overschrijden van deze drempel gerechtvaardigd is.

Een verantwoordingsdrempel instellen van 180.000 Euro zou de bewijslast omkeren en de DGEK een wettelijke basis geven tot recuperatie van jaarlijkse aanrekeningen boven de 180.000 Euro indien de betrokken zorgverlener de overschrijding niet kan verantwoorden.

Naast deze drempelcontroles zijn er steeds andere controles mogelijk in de sector van de thuisverpleegkunde.

Financiële situering

De thuisverpleging vertegenwoordigt met 1,5 miljard Euro iets meer dan 6% van het budget in de totale gezondheidszorg.

De outliers (boven de 200.000 Euro omzet per jaar) betreft 0,5 % van de thuisverpleegkundigen, die op zich 3% van de totale omzet vertegenwoordigen (45 mio Euro).

Indien we de verantwoordingsdrempel op 180.000 Euro plaatsen voor een zelfstandig verpleegkundige wordt deze groep bovendien verdubbeld in aantal en verhoogt het netto bedrag aan deze maatregel onderworpen. Tot op heden is geen berekening uitgevoerd voor de loontrekkenden die een drempelwaarde kennen van 100.000 €.

Procedure

Een structurele oplossing is het instellen van een verantwoordingsdrempel, mits akkoord van de bevoegde overeenkomstencommissie. Het invoeren van deze verantwoordingsdrempels kan een wijziging inhouden van de nomenclatuur voor deze sector.

Indien we dit bereiken, kunnen we net als bij de kinesitherapeuten en tandartsen jaarlijks de overschreden bedragen die niet kunnen worden verantwoord, terugvorderen. Voor het bepalen van een overschrijding van de drempel zal worden rekening gehouden met de dagforfaits die vaak over verschillende zorgverleners dient te worden gespreid. Ook met het deel dat effectief werd uitgevoerd door bevoegde zorgkundigen zal geen rekening worden gehouden bij het bepalen van

de overschrijding.

Het is niet de bedoeling om na de recuperatie procedures op te starten maar wel om de niet-verantwoorde bedragen die de drempel overschrijden te recupereren. Het betreft een inbreuk van non conformiteit (fraude is niet automatisch bewezen).

Timing

1. Zes maand na goedkeuring actieplan de overeenkomst bereikt hebben voor het instellen van de twee verantwoordingsdrempels. Tegen die datum wordt nagegaan wanneer het technisch mogelijk is om de facturatie van forfaits te splitsen over de zorgverleners die prestaties uitvoerden die tot het forfait leidden.
2. Indien geen verantwoordingsdrempels bereikt worden, en in de periode van afwachting, wordt de huidige werkwijze aangehouden.

Beoogde financiële impact

Het effect van de verantwoordingsdrempel geplaatst op 180.000€ (zelfstandigen), rekening houdend met het aandeel van de zorgkundigen bedraagt op basis van cijfers van 2016 zo'n 12,5 miljoen EUR. De verpleegkundige heeft daarbij steeds de mogelijkheid van verweer om aan te tonen dat het overschrijden van deze drempel gerechtvaardigd is. Daarom wordt budgetmatig rekening gehouden met een financiële impact van 6 miljoen EUR.

Benodigde middelen en samenwerking

Er is een samenwerking nodig met de beroepsgroep van verpleegkundigen, de VI's en het RIZIV om te komen tot het instellen van de verantwoordingsdrempels.

6. Onderdeel “fraudebestrijding”

Negen actiepunten werden gedefinieerd. Zowel de ziekenhuissector als de ambulante sector komen aan bod.

6.1 Dagziekenhuisforfaits bij poliklinische raadpleging

Doelgroep	De maatregel heeft betrekking op de ziekenhuizen.
Doel van de actie en motivering	<p>Dit project beoogt het opsporen en ten laste leggen van dagziekenhuisforfaits die in 2016 aangerekend zijn bij prestaties op de poliklinische raadplegingsdienst.</p> <p>Het thema is zeer actueel:</p> <ul style="list-style-type: none">• het KCE wijst in het rapport 282 Bs (mei 2017) op het onterecht aanrekenen van dagziekenhuisforfaits naar aanleiding van prestaties op de poliklinische raadpleging.• De Overeenkomstencommissie Verpleeginrichtingen – Verzekeringsinstellingen wenst voor 30/06/2019 de lijsten van groep 1-7 te evalueren en de definitie van het dagziekenhuis te actualiseren. <p>Dit project wil de discussie binnen bovenstaande commissie voeden met concrete data.</p>
Financiële situering	<p>Totale uitgaven van het betrokken domein op jaarbasis: ± 100.000.000 euro.</p> <p>Totaalbedrag dat aan de controle onderworpen wordt: ± 12.492.000 euro.</p>
Procedure	Risicoanalyse aan de hand van facturatiegegevens; koppeling van financiële en klinische gegevens gevolgd door inspectiebezoeken in de geselecteerde ziekenhuizen.
Timing	<ul style="list-style-type: none">- 31/07/2018: inspectiebezoeken in de ziekenhuizen zijn afgewerkt.- 14/09/2018: alle PV's van vaststelling zijn verstuurd.- 14/11/2018: uiterste datum vrijwillige terugbetaling.- 12/2018: verslag overgemaakt aan de nationale overeenkomsten commissie.

Beoogde financiële impact	De financiële impact kan een terugvordering zijn en een wijziging in de lijsten van groep 1-7 en/of een wijziging in de financiering van het dagziekenhuis. Deze wijziging zal de financiële impact in de toekomst bepalen. Geraamde opbrengst 500.000€
Benodigde middelen en samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Nodige middelen: betrouwbare data geleverd door de VI's en de ziekenhuizen, ± 13 artsen-inspecteurs ; 1 data-analist, 1 medewerker directie informatie. - Externe partners: de bereidheid van de leden van de Nationale overeenkomstencommissie om rekening te houden met de vaststellingen en de lijsten van groep 1-7 grondig te re-evalueren en de definitie van het dagziekenhuis te actualiseren.

6.2 Hartmonitoring, ambulante en in het ziekenhuis: evaluatie van de toepassing van de nomenclatuur

Doelgroep	Ziekenhuizen
Doel van de actie en motivering	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulante monitoring uitsluitend in de spoeddienst: conformiteit (aspect fraude) 2. Regels voor elektronische facturering: niet nageleefd, geen (structurele) afdelingscode voor de spoeddienst 3. Verschillend percentage voor de patiënten opgenomen in de spoeddienst en de patiënten die onder hartmonitoring zijn geplaatst 4. Onderzoek van het onder monitoring plaatsen van patiënten in een ziekenhuis. Verschillen tussen de verschillende ziekenhuizen?
Financiële situering	<p>Rekening houdende met de nomenclatuurwijzigingen (2012) en de lineaire vermindering van de honoraria (2015) en de verhoging van het aantal verstrekkingen ambulante en in een ziekenhuis:</p> <p>Nomenclatuurcodenummer 212015: 6.721.601,40 euro Nomenclatuurcodenummer 212026: 5.661.681,92 euro Nomenclatuurcodenummer 212041 (tweede dag): 2.100.000 euro</p>
Procedure	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse door de DGEC van de gegevens/enquête: cut off 9.000 euro, 47 ziekenhuizen, - De aanpassing van de factureringsregels zou een besparing moeten opleveren van 1.000.000 euro, de primaire controle

vergemakkelijken en andere problemen regelen die verband houden met het feit dat de plaats van verstrekking niet werd gepreciseerd

- Analyse van de gegevens betreffende de spoeddienst en de monitoring, vergelijking en informatieactie of meer nog in geval van een vermoeden van overconsumptie (waarschuwing en plaatsing onder toezicht) afhankelijk van de resultaten
- Analyse van de AZV-gegevens voor de codenummers gehospitaliseerd. Actie afhankelijk van de resultaten van de analyse

Timing

- Begin enquête en proces-verbaal van vaststelling: 01/2018, eind 09/2018.
- Vraag om aanpassing van de factureringsinstructies.
- 10/2018 en 11/2018 actie vanwege overconsumptie "monitoring en spoeddienst".
- 12/2018 Einde analyse AZV-gegevens monitoring gehospitaliseerd en vervolgens te nemen beslissing.

Beoogde financiële Weerslag

- terugvordering 1.500.000 euro (18 maanden) (enquête)
- Indien aanpassing van de factureringsregels, 1.000.000 euro aan structurele besparingen.
- Overconsumptie in de spoeddienst? Op zijn minst informatieverstrekking
- Afhankelijk van de resultaten van de AZV-gegevensanalyse.

Benodigde middelen en samenwerking

- Indien overconsumptie in de spoeddienst, actieplan opstellen met de wetenschappelijke verenigingen voor een grotere kans op slagen.
- Het resultaat van de AZV-gegevensanalyse afwachten voor de codenummers gehospitaliseerd alvorens te beslissen welke stappen er moeten worden gezet.

6.3 Geneesmiddelen aangerekend tijdens hospitalisatie: gefactureerde dagdosissen

Doelgroep

Ziekenhuizen, ziekenhuisapothekers, voorschrijvers geneesmiddelen.

Doel van de actie en motivering

Een steekproef met 5 geneesmiddelen uitgevoerd door het RIZIV leert dat in sommige gevallen een veelvoud van de dagdosis wordt

aangerekend. De focus dient hier gelegd te worden op die geneesmiddelen waar er geen of weinig discussie is over de maximale dagdosis.

Financiële situering	<p>De uitgaven voor geneesmiddelen in het ziekenhuis in 2014 bedroeg 1.498 miljoen euro.</p> <p>De uitgave voor geneesmiddelen toegediend aan gehospitaliseerde patiënten bedraagt 27% of 404 miljoen euro .</p> <p>(Bron: Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses: MORSE Rapport 2015 (gegevens tot 2014)).</p>
Procedure	<ul style="list-style-type: none">- Analyse op basis van de AZV gegevens.- Het aantal aangerekende verpakkingen (één verpakking komt overeen met x DDD's) per patiënt per hospitalisatieperiode berekenen.- De gevallen waar meer dan de dagdosis wordt aangerekend weerhouden. Hoge dosissen kunnen medisch verantwoord zijn.- Meer gedetailleerde gegevens via New-Attest opvragen.- Indien nodig een inspectiebezoek aan het ziekenhuis.- In een eerste fase een steekproef met één geneesmiddel in detail uitwerken.
Timing	<p>Begindatum: 03-01-2018.</p> <p>Einddatum 31-03-2019.</p>
Beoogde financiële impact	<p>Te bepalen na een eerste analyse.</p> <p>Geraamde opbrengst 500.000 €.</p>
Benodigde middelen en samenwerking	<p>Datamining AZV.</p> <p>Data-analyse AZV-gegevens en inspectiewerk (controlebezoek) DGEC</p>

6.4 Fysiotherapie in ziekenhuizen: controle van het aantal zittingen

558795-558806: revalidatie die behalve oefentherapie tenminste één van de hierna vermelde technieken omvat per zitting (psychomotore therapie, elektrostimulatie bij motorische uitval of analgische elektrotherapie, ergotherapie, oefeningen met prothesen en/of orthesen en/of complexe technische hulpmiddelen, hydrotherapie in zwembad, tractietherapie) - de eerste 18 zittingen.

Doelgroep Fysiotherapeuten

Doel van de actie en motivering

Patiënten hebben voor een bepaalde pathologie recht op 18 zittingen per kalenderjaar. Indien er zich een nieuwe pathologie voordoet die een nieuwe reeks van zittingen nodig maakt, dan moet de verstrekker/instelling deze pathologie ter beschikking houden voor controle.

Bij de vraag naar verantwoording van deze tweede pathologie, kan op basis van de ter beschikking gestelde (medische) informatie een nieuwe reeks goedgekeurd worden. In onze controles stellen we echter vast dat bepaalde instellingen veel vaker dan anderen meer dan 18 zittingen aanrekenen. Een nationale data-oefening bevestigt dit:

- Als we kijken naar de leden van Landsbond 1 waarvoor minstens 1 prestatie 558795-558806 werd gepresteerd in 2017 ($n = \pm 70.000$), dan zien we meer dan 18 prestaties voor 0,6% van deze leden/patiënten.¹

% binnen ZH met 19 of meer zittingen	Aantal ZH'en	Leden met min. 1 zitting	Leden met 19 of meer zittingen
0%-0,1%	59	67.554	103
0,1%-0,2%	15	17.756	264
0,2%-0,3%	7	5.224	145
0,3%-0,4%	11	7.177	246
0,4%-0,5%	2	869	37
0,5%-0,6%	3	329	17
0,6%-0,7%	2	1.689	104
0,7%-0,8%	1	197	15
0,8%-0,9%	1	62	5
0,9%-1%	0	0	0
1%-1,1%	1	19	2

Bovendien stellen we binnen bepaalde a posteriori controles vast dat bepaalde instellingen met schijnbaar lichtzinnige redenen een nieuwe pathologie motiveren. Zo lijkt bijvoorbeeld een tweede pathologie omwille van “normocystaire anemie” op het eerste gezicht niet echt te kloppen met fysiotherapie?

¹ N.B.: het gaat hier om een telling op 2 februari 2018 voor alle prestaties met prestatiedatum 2017 waarbij we per facturerende derde en per lid het aantal prestaties telden. De uitzonderlijk situatie waarbij patiënten hun 19^{de}

prestatie via een ander ziekenhuis kregen, wordt hierdoor niet in overweging genomen. Een meer nauwkeurige en nationale berekening is nodig bij het starten van de hier voorgestelde controle.

Financiële situering	De twee prestatiecodes vertegenwoordigen op dit moment een ZIV-budget van 12,6 miljoen euro in 2017 (Landsbond 1). Zittingen vanaf de 19de vertegenwoordigen ongeveer 150.000 euro. Hiervan werd reeds 43.000 teruggevorderd.
Procedure	Deze controles kunnen praktisch uitgevoerd worden door exploratie van de facturatiegegevens op IMA-niveau. Na deze exploratie kan er binnen het NIC bekeken worden welke acties er verder ondernomen worden naar outliers (aanschrijven, evalueren, terugvorderen,...).
Timing	2018-2020
Beoogde financiële impact	Beperkt.
Benodigde middelen en samenwerking	Kruising van facturatiegegevens moet kunnen worden ingepland op niveau IMA. In een latere fase kan er beroep worden gedaan op Adviserend Artsen en DGEC om te oordelen over medische elementen die al dan niet aantonen dat een nieuwe reeks al dan niet gerechtvaardigd is.

6.5 Weesgeneesmiddelen: overeenstemming met het akkoord adviserend arts

Doelgroep	Ziekenhuisapotheken.
Doel van de actie en motivering	<p>Voor alle weesgeneesmiddelen waarvoor een college van artsen voor het weesgeneesmiddel bestaat, geldt volgende regel: <i>“De terugbetaling kan enkel worden goedgekeurd als de betrokken ziekenhuisapotheker vóór de aflevering van het geneesmiddel, in bezit is van een kopie van het document dat beschreven werd in bovenstaand punt...”</i> (bedoeld is de goedkeuring van de adviserend arts, al dan niet na advies van het college).</p> <p>Het zou nuttig kunnen zijn te controleren of er toch geen afleveringen (en aanrekeningen) door de ziekenhuisapothekers gebeuren zonder dat dit akkoord al aanwezig was. Indien het akkoord niet aanwezig is, kan het zijn dat dit nadien toch gegeven wordt (en de zaak</p>

geregulariseerd kan worden) maar eveneens kan het dat er een weigering komt. In dit laatste geval is aanrekening aan het ziekenfonds frauduleus te noemen.

Voor sommige weesgeneesmiddelen kan bovendien ook specifiek nagegaan worden of de verpakkingen voor de eerste zes weken van de behandeling niet aangerekend werden aan de VI, wetend dat ze gratis door de firma verstrekt moeten worden.

De focus dient gelegd te worden op de gefactureerde afleveringen waarvoor er geen akkoord is (en niet die met een laattijdig akkoord).

Financiële situering	In 2016 bedroeg het budget weesgeneesmiddelen 382.799.464 euro.
Procedure	Deze controles kunnen praktisch uitgevoerd worden door exploratie van de ziekenhuisfacturatiegegevens, aangevuld met gegevens uit de databestanden met akkoorden hoofdstuk IV.
Beoogde financiële impact	Gezien de hoge kostprijs van weesgeneesmiddelen zal men per gevonden geval van fraude een hoog bedrag kunnen recupereren. Totaal geschatte bedrag zou rond de €500.000 of hoger kunnen liggen.
Benodigde middelen en samenwerking	Kruising van facturatiegegevens geneesmiddelen met databank akkoorden Hoofdstuk IV moeten kunnen worden ingepland op niveau IMA.

6.6 Outliercontrole logopedisten

Doelgroep	Logopedisten.
Doel van de actie en motivering	Naar aanleiding van de resultaten van ons onderzoek van 2016, is het opportuun om een nieuwe screening uit te voeren voor de logopedisten om het effect van de eerste screening na te kunnen gaan op de logopedisten, alsook om nieuwe uitschieters te kunnen detecteren. Voor het nieuwe project zal er op voorhand met de sector worden overlegd om eventueel ook nieuwe onderzoekspistes in verband met de logopedisten te bestuderen.
Financiële situering	De mogelijkheid om de equivalente tijdsduur per gepresteerde dag te berekenen voor de sector van de logopedische verstrekkingen, kan tot bijkomende inzichten leiden in verband met het facturatiegedrag van de verstrekkers.

Procedure	De gevolgde procedure zal nog afhangen van het overleg. In eerste instantie kan het IMA de facturatiegegevens van de logopedisten analyseren. Na de data-exploratie zal er binnen het NIC bekeken worden welke acties er verder ondernomen kunnen worden met betrekking tot de gedetecteerde gevallen.
Timing	2018-2020.
Benodigde middelen en samenwerking	<p>Analyse van facturatiegegevens wordt ingepland op het niveau van het IMA. De gedetecteerde verstrekkers zullen moeten worden aangeschreven door iemand die toegang heeft tot de infrastructuur van een VI. De verkregen antwoorden zullen vervolgens moeten worden opgevolgd en geanalyseerd door experts. Ten slotte zullen de resultaten en conclusies worden neergeschreven in een rapport en voorgesteld worden aan de betrokken partijen.</p> <p>De resultaten van deze screening zouden moeten geëxploiteerd kunnen worden in het kader van de werkzaamheden van de planningscommissie bij de FOD Volksgezondheid.</p>

6.7 Huisartsen die geen remgeld aanrekenen: realiteitscontrole van de verleende verstrekkingen

Doelgroep	Huisartsen.
Doel van de actie en motivering	<p>Nagaan in hoeverre de geattesteerde verstrekkingen door huisartsen met een hoge Derde Betalers-praktijk en hoge ZIV-omzet aan patiënten aan wie geen of weinig remgelden aangerekend worden, ook effectief gepresteerd werden. Dit door van dichterbij de praktijken van die huisartsen te bekijken die:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (heel) vaak het systeem van Derde Betaler toepassen bij rechthebbenden zonder Verhoogde Tegemoetkoming, • Aan die patiënten weinig of geen remgeld aanrekenen, • Een hoge ZIV-omzet hebben, • Verhoudingsgewijs weinig 'unieke' patiënten hebben. <p>Dit in vergelijking met de nationale, provinciale en arrondissementele praktijk.</p> <p>Het uitgaven- en patiëntenprofiel van de op die basis 'geflagde' huisarts zal dan verder in detail geanalyseerd worden.</p>

Procedure	<p>Beschrijving van de aan te leveren data : selectie(s), lay-out, periode, leveringsdatum.</p> <p>Op te leveren data voor de prestatiejaren 2016-2017, op basis van geboekte 2016T01-laatste beschikbare geboekte maand (2018T02?).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Per arts worden het totaal aantal geattesteerde codes en uitgaven opgeleverd met volgende opdelingen: <ul style="list-style-type: none"> • Al dan niet recht op verhoogde tegemoetkoming (op basis van informatie in databank GZSS). • Al dan niet uitbetaald via (sociale) derde Betaler. • Al dan niet geattesteerd met inning van een remgeld. 2. Op basis van het al dan niet genieten van verhoogde tegemoetkoming, wordt het aantal unieke patiënten opgeleverd per statuut. De referentie hier vormt het tijdstip van facturatie (statuut in Databank GZSS). Bij wijziging statuut gedurende het prestatiejaar, wordt (arbitrair) het laatste toegewezen statuut in de Databank GZSS toegekend aan de betrokken rechthebbende om hem toe te wijzen aan één van de twee statuten (VT of gewone rechthebbende). <p>Op basis van de populatiedata van 31/12/2016 (of meest recent beschikbare) en woonplaats van de patiënten (arrondissement) op dat ogenblik, worden de huisartsen toegewezen aan het arrondissement waar de (relatieve) meerderheid van de patiënten woonachtig zijn.</p> <p>Output : welk formaat, ten behoeve van wie, communicatiekanalen (door wie), streefdatum –</p> <p>Excelbestand waar per arrondissement en per huisarts-praktijk een overzicht gegeven wordt, voor de gepresteerde jaren 2016-2017 van de gevraagde opdelingen – luik gevallen en luik uitgaven – met ook aantal unieke patiënten per statuut</p>
Timing	eind 2018.
Benodigde middelen en samenwerking	RIZIV (DGEC) en VI.
Bijkomende opmerkingen	Na oplevering resultaten en de selectie van huisartsen, lijkt het opportuun om deze selectie af te toetsen bij de lokale ziekenfondsen om na te gaan of voor deze huisartsen reeds een voorgeschiedenis bestaat om zo eventueel de gemaakte selectie te verfijnen/aan te passen.

6.8 Panoramische clichés en tandnummers van tandartsen: controle van de herhaalde clichés zonder een trauma

Doelgroep	Tandartsen, stomatologen, radiologen.
Doel van de actie en motivering	<p>Sinds de nomenclatuurswijziging voor de panoramische clichés in 2014 (1/5/2014 voor prestatie 307090 en 1/12/2014 voor prestatie 377090) is de verzekeringstegemoetkoming voor deze verstrekkingen maximaal eenmaal per twee kalenderjaren verschuldigd; daarvoor was dit maximaal 1 keer per kalenderjaar. De herhaling van het panoramisch cliché (3x7090-3x7101) in het geval van een extern trauma in de orofaciale sfeer en uiterlijk tot de consolidatie, te worden geattesteerd onder het nummer 3x7274-3x7285.</p> <p>Binnen bepaalde a posteriori controles zien we bepaalde verstrekkers die toch nog steeds jaarlijks een panoramisch cliché uitvoeren maar dit dan attesteren met de herhalingscode. Uit gevalsstudies blijkt dan in een aantal gevallen dat er geen aanwijzingen terug te vinden zijn in de facturatiegegevens van de rechthebbende die wijzen op een extern orofaciaal trauma. Bedoeling is om de volledige beroepsgroep te gaan bekijken en eventuele misbruiken in kaart te brengen.</p>
Financiële situering	Budget situeert zich binnen de sector van de tandartsen. Binnen de akkoordencommissie Tandheelkunde ligt de laatste periode sterk de nadruk op het terugdringen van misbruiken om zo budgettaire ruimte vrij te maken om nieuwe projecten te kunnen ontwikkelen. De werkwijze die bepaalde verstrekkers toepassen maakt ook dat de beoogde besparingsmaatregelen van 2014 niet gehaald kunnen worden.
Procedure	Deze controles kunnen praktisch uitgevoerd worden door exploratie van de facturatiegegevens op IMA-niveau. Na deze exploratie kan er binnen het NIC bekeken worden welke acties er verder ondernomen worden naar outliers (aanschrijven, terugvorderen,...)
Timing	2018
Beoogde financiële impact	Concrete financiële impact is moeilijk in te schatten, deze is ook sterk afhankelijk van de resultaten van de dataexploratie.

Benodigde middelen en samenwerking Kruising van facturatiegegevens moet kunnen worden ingepland op niveau IMA. In een latere fase kan er beroep worden gedaan op Adviserend Artsen en DGEC om te oordelen over medische elementen die al dan niet aantonen dat bepaalde herhalingen terecht zijn uitgevoerd.

6.9 Retinografie: outliercontrole

Doelgroep Oftalmologen

Doel van de actie en motivering Zowel voor een (ambulante) elektroretinografie (248533) als voor door visuele stimulatie opgewekte hersenpotentialen met protocol en uittreksels uit de tracés (248872 – ambulante) zijn er een beperkt aantal oftalmologen – die bovendien geen enkele activiteit hebben in een ziekenhuis – die het grootste deel van de prestaties voor hun rekening nemen. Het gaat hier over een zeer gespecialiseerde prestaties waarvoor een belangrijke investering aan apparatuur nodig is die men eerder in grote ziekenhuis zou verwachten.

Voor de elektroretinografie gaat het in 2015 over 5 verstrekkers die zorgen voor 1589 gevallen (49% van totaal). Voor de door visuele stimulatie opgewekte hersenpotentialen gaat het over 6 verstrekkers die zorgen voor 1911 gevallen (51% van totaal). Bovendien zijn er twee verstrekkers die we in beide groepen terugvinden.

Financiële situering Voor elektroretinografie werd voor de 5 verstrekkers in 2015 € 77.275 terugbetaald. Voor de door visuele stimulatie opgewekte hersenpotentialen werd door de 6 verstrekkers in 2015 € 162.135 terugbetaald.

Procedure Bepalen van de terugbetaalde bedragen per zorgverstreker in IMA facturatiegegevens voor de desbetreffende nummers en bepalen van de grootverbruikers.

Timing Analyse werd reeds gedaan bij het IMA voor 2015.

Beoogde financiële impact Afhankelijk van de analyse: eventuele recuperatie van terugbetaalde bedragen.

Benodigde middelen en samenwerking Eventueel bijkomende analyse van bijkomende facturatieperiodes moet kunnen worden ingepland op niveau IMA.

7. Onderdeel “doelmatige zorg”

In 2013 bestond een van de maatregelen van de taskforce "Besparingen" in het kader van de ziekteverzekering in het opsporen, aanklagen en corrigeren van het oneigenlijk gebruik van diagnostische en therapeutische geneeskundige verstrekkingen. Daarvoor werd het begrip "oneigenlijke consumptie" gehanteerd ongeacht het feit of het om overgebruik, ondergebruik of oneigenlijke consumptie ging (in het Engels worden de woorden "waste", "overuse/underuse/misuse" gebruikt).

Het RIZIV heeft dan voorgesteld om een **geïntegreerde, systematische en progressieve aanpak te ontwikkelen die gericht is op de exploitatie van bijkomende middelen en synergieën om het optimale gebruik van de verzekeringsmiddelen bij de zorgverstrekkers en alle gezondheidsactoren te bevorderen.**

Daar waar punt 7.1 een globale aanpak beschrijft over de volledige nomenclatuur heen, bevat punt 7.2 bijkomend een aantal gefocuste acties.

7.1 Globale aanpak

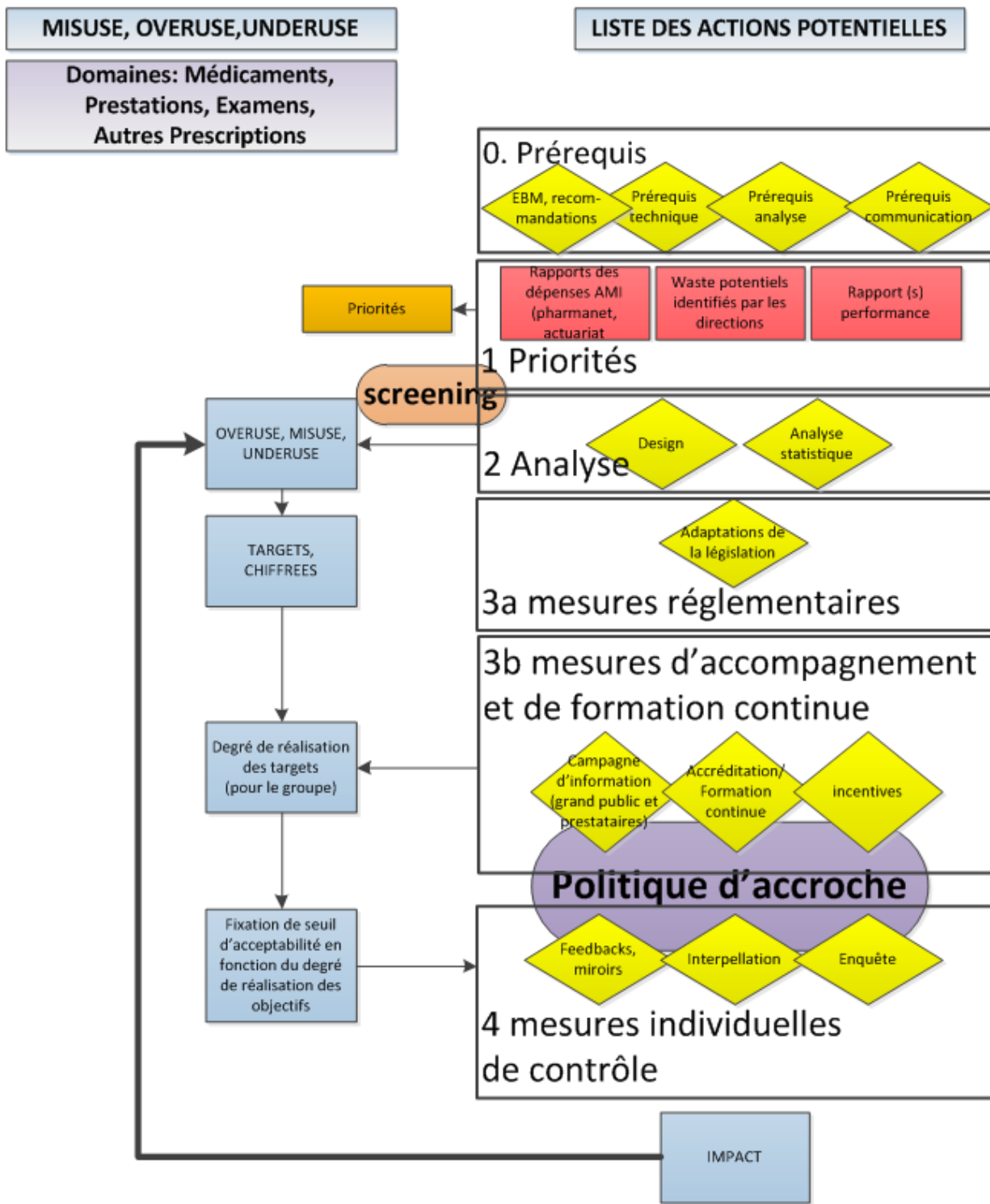
7.1.1 Methodologie

Die aanpak "Doelmatige zorg" is een aaneenschakeling van fasen die schematisch worden voorgesteld in figuur 1:

- De algemene aanpak is gebaseerd op **VOORAFGAANDE VEREISTEN** die onontbeerlijk zijn om de andere fasen tot een goed einde te brengen:
 1. De inventaris van de aanbevelingen voor een goede praktijkvoering (voor zover die bestaan);
 2. De toegang tot de gegevens (zie ook punt 4 van dit plan)
 3. De identificatie van homogene "productie-eenheden" (bv. een ziekenhuisdienst), van gelijksoortige groepen van zorgverstrekkers (bv. de vaatchirurgen onder de chirurgen identificeren) en homogene patiëntengroepen.
 4. Het creëren van performante communicatiekanalen (meer bepaald een website).
- De standaardprocedure gaat verder met het kiezen van **PRIORITAIRE THEMA'S** die moeten worden aangesneden. Voor die keuze kan men zich baseren op een groot aantal elementen: auditverslagen die het RIZIV heeft opgesteld over de uitgaven in de verschillende sectoren, de verschillende performantierapporten (betreffende het gezondheidszorgsysteem of de huisartsgeneeskunde) die het KCE heeft opgesteld onder auspiciën van het RIZIV, ...
- Vervolgens zijn er de **ANALYSES** in eigenlijke zin. Een essentieel instrument dat het RIZIV zal gebruiken om zijn analyses te verrichten, zijn de praktijkverschillen waaronder de geografische verschillen.
- Als de analyses eenmaal zijn verricht, moeten er **ACTIES** worden ondernomen. Er is een uitgebreid gamma aan acties die geleidelijk moeten worden georganiseerd. Het hoofddoel van elke actie (van

preventie tot bestraffing via de aanpassing van de reglementering) is duurzame gedragswijzigingen tot stand brengen via een adequaat gebruik van de middelen door een zo groot mogelijk aantal betrokken zorgverstrekkers/actoren.

- Die hele procedure moet vervolgens aan een **EVALUATIE** worden onderworpen zodat kan worden gemeten in welke mate de ondernomen acties het gewenste effect hebben gesorteerd.



7.1.2 De voorafgaande vereisten

De beleidsnota rond Evidence Based Practice van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, neergelegd in 2016, stelt: *“De middelen die nu besteed worden aan losse initiatieven zullen gebundeld worden in één meerjarencader “Evidence-Based Practice 2018-2021”*. Het KCE zal als centrale wetenschappelijke overheidsdienst een trekkersrol opnemen en de governance waarnemen.

Het EBP-plan wordt opgebouwd op basis van KCE-studie 2016-64, in partnerschap met de verschillende betrokken organisaties waaronder de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en waar mogelijk het FAGG. In 2018 zullen vanuit deze KCE-studie een aantal concrete projecten vanuit het EBP Plan worden opgestart.

Er moet steeds gewaakt worden over de coherentie tussen dit EBP-Plan en andere initiatieven zoals de hervorming van de accreditering, de herijking van de nomenclatuur, dit plan “handhaving in de gezondheidszorg” en de hervorming van de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Dit is een plan voor de eerste lijn.

Vanaf 2018 zal de toegang tot de gegevens aanzienlijk worden verbeterd; die verbeteringen staan beschreven in punt 4.

7.1.3 De prioriteiten 2018-2020

Het nieuwe nationaal akkoord voor 2018 en 2019 van de Nationale commissie Artsen – Ziekenfondsen (NCAZ) van 19 december 2017, bevat meerdere onderwerpen die zich richten op het verhogen van de doelmatigheid in de zorg.

De NCAZ wenst dat er inzake “doelmatige zorg” prioritair werk gemaakt wordt van:

- acties binnen de medische beeldvorming: de problematiek van de specifieke lage rugpijn, het voorzien van een “decision support tool” die methodologisch transparant en evidence based is en het opstellen van een implementatieplan vóór 30 juni 2018,
- acties binnen de sector van de klinische biologie: herziening van de terugbetalingsvoorwaarden voor het bepalen van het gehalte 25-hydroxy vitamine D (doel herallocatie van deze middelen naar innovatieve biomarkers), herziening van de terugbetalingsvoorwaarden vitamine D en foliumzuur en de samenwerking met het KCE (trial rond beslissingsondersteuning voor het voorschrijven van laboratoriumtesten),
- het promoten van biosimilaire geneesmiddelen en het voorschrijven van goedkope geneesmiddelen,

7.1.4 De analyses

Voor de doelgroep van de artsen-specialisten is een gestandaardiseerde methodologie opgesteld voor het in kaart brengen van praktijkvariaties.

Waarom worden de medische praktijkverschillen bestudeerd?

« "(vertaling) Wanneer ze niet gerechtvaardigd zijn vanuit het oogpunt van de patiëntenbehoeften, zorgen de **medische praktijkverschillen voor een ethisch, therapeutisch en financieel probleem**" (Le Bail M. & Zeynep O., « Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales », Edition 2016). Naar aanleiding van de vaststelling van praktijkverschillen werd een reflectie gehouden over het bestaan van **niet-relevante zorg**. " (vertaling) Een verleende verzorging wordt als relevant beschouwd wanneer ze afgestemd is op de behoeften van de patiënt, overeenkomstig de huidige gegevens van de wetenschap en de aanbevelingen van de wetenschappelijke verenigingen". Het aantal keren dat een beroep is gedaan op verzorging (uitgedrukt in percentage) weerspiegelt meer bepaald de zorgbehoeften van de bevolking en de analyse daarvan is een "eerste stap naar een globale diagnose die zal bijdragen tot een betere relevantie van de zorg ».

Hoe worden de praktijkverschillen bestudeerd?

De studie van de praktijkverschillen zal de vorm aannemen van een gestandaardiseerd **rapport** waarin het aantal keren (uitgedrukt in percentage) dat de bevolking een beroep heeft gedaan op verzorging (volgens geslacht en leeftijd) wordt berekend, (carto)grafisch wordt gevisualiseerd en waarbij elementen in een breder perspectief (problematiek en aanbevelingen) worden toegevoegd. Dat rapport zal vervolgens voor overleg met de betrokken **wetenschappelijke verenigingen** worden voorgelegd om aldus uit te monden in aanbevelingen en acties.

Welke thema's moeten worden bestudeerd?

Het is de ambitie van de cel "Doelmatige zorg" om op zijn minst een verschillend thema te kiezen voor elk van de 26 medische specialismen zodat de praktijkverschillen kunnen worden bestudeerd. Die ambitie wordt gerechtvaardigd doordat men één specialisme niet meer wil stigmatiseren dan een ander specialisme. De cel is zich er echter wel degelijk van bewust dat sommige specialismen ongetwijfeld niet voor die aanpak in aanmerking kunnen komen.

Om de thema's te kiezen heeft de cel zich gebaseerd op een methodologie waarin verschillende criteria worden gehanteerd: het totale bedrag van de uitgaven, de jaarlijkse evolutie van het aantal gevallen, het gerealiseerde percentage ambulante zorg, de variatiecoëfficiënt,... Op die manier komt men tot een ranking. In de onderstaande tabel wordt een lijst van thema's voorgesteld voor 20 specialismen of deelspecialismen. Uiteraard zullen de wetenschappelijke verenigingen zelf thema's kunnen voorstellen die in een rapport kunnen worden opgenomen.

CODE	Spécialité	Type d'examen	Pratique	Dépenses 2014-2016	Coût moyen par intervention	Tendance Recours 10 ans	Age moyen	Femmes	Ambulatoire	Coefficient Variation	Y P25 (%)	Y P75 (%)	CLASSEMENT CUMULÉ (hors dentistes)
140N23	Chirurgie abdominale	I	Appendicectomie	3.858.963 €	276 €	-0,54%	32,10	0,47	1,89%	9,96	-7%	8%	21
140N23	Chirurgie abdominale	I	Chirurgie bariatrique	10.812.030 €	834 €	10,00%	41,78	0,71	0,15%	29,78	-1%	10%	29
140N23	Chirurgie abdominale	I	Hernie inguinale	9.508.155 €	382 €	-2,83%	54,08	0,13	42,80%	12,26	16%	21%	8
140N26	Chirurgie vasculaire	I	Anévrisme de l'aorte abdominale	3.542.823 €	1.384 €	-1,69%	71,40	0,16	0,28%	34,15	-16%	6%	22
140N26	Chirurgie cardiaque	I	Pontage coronaire	15.462.772 €	2.963 €	-1,12%	68,08	0,19	0,06%	25,24	-10%	5%	23
140N26	Chirurgie veineuse	I	Varices	7.110.388 €	288 €	3,13%	53,03	0,71	88,70%	22,09	-26%	26%	2
340N10	Obstétrique	C	Echographie obstétrique	14.152.822 €	31 €	3,16%	30,47	1,00	97,25%	16,34	-16%	12%	26
340N11	Gynécologie	D	Dépistage du cancer du sein	35.293.597 €	28 €	1,15%	57,43	0,99	99,19%	27,55	1%	-3%	7
340N11	Gynécologie	C	Echographie gynécologique	36.101.918 €	25 €	8,17%	41,45	1,00	99,37%	15,64	-5%	16%	14
410N28	Oto-rhino-laryngologie	I	Amygdalectomie/Adénoïdectomie	4.909.743 €	110 €	-1,49%	9,61	0,49	82,59%	18,70	-7%	21%	16
410N28	Oto-rhino-laryngologie	I	Drains transtympaniques	3.676.975 €	93 €	-0,13%	14,51	0,44	96,92%	41,56	-30%	47%	10
410N28	Oto-rhino-laryngologie	I	Thyroïdectomie	3.318.007 €	494 €	0,34%	52,14	0,75	2,53%	28,94	-7%	36%	27
450N30	Urologie	C	Echographie Prostate	9.732.307 €	28 €	0,59%	64,75	0,10	90,32%	36,98	-13%	17%	11
450N30	Urologie	I	Lithotritie extracorporelle	5.326.445 €	363 €	0,02%	54,38	0,29	81,60%	42,62	-37%	21%	5
480N32	Orthopédie	I	Canal carpien	5.870.943 €	186 €	6,23%	58,41	0,65	96,83%	22,09	0%	32%	30
480N32	Orthopédie	I	Chirurgie de rachis	10.800.180 €	586 €	-0,15%	53,64	0,51	1,70%	38,72	-12%	10%	28
580N40	écologie interne générale	D	Echographie carotidienne	14.888.806 €	74 €	0,14%	68,67	0,49	69,28%	30,50	-19%	16%	9
583N40	Endocrinologie	D	Echographie de la thyroïde	1.199.471 €	26 €	3,35%	73,95	0,69	88,08%	41,21	-30%	34%	18
620N41	Pneumologue	C	Bronchoscopie	7.355.782 €	158 €	-1,75%	65,28	0,38	36,48%	28,94	-13%	17%	13
620N41	Pneumologue	C	Exploration Fonctionnelle Respiratoire	57.743.225 €	33 €	0,21%	56,50	0,47	85,30%	20,57	-18%	13%	12
730N51	ie interventionnelle (B1)	D	Coronarographie	38.933.221 €	400 €	4,00%	64,64	0,38	38,96%	30,85	-12%	-8%	3
730N51	ie interventionnelle (B2)	I	Intervention coronaire percutanée	26.181.446 €	1.029 €	0,58%	67,94	0,27	4,60%	16,78	-15%	10%	17
730N55	Cardiologie générale	C	Stress test	22.494.441 €	31 €	2,45%	61,57	0,39	97,62%	27,48	-16%	12%	15
770N56	Neurologue	C	Electro-encéphalographie	23.449.737 €	69 €	-2,84%	52,37	0,54	57,46%	16,66	4%	13%	25
930N50	Radiologie	D	IRM de la colonne	27.061.270 €	92 €	6,34%	51,65	0,57	94,93%	23,11	-11%	11%	19
930N50	Radiologie	D	Rx Colonne	19.376.087 €	39 €	-6,12%	54,01	0,61	88,14%	15,63	-8%	16%	20
930N50	Radiologie	D	RX Thorax	28.074.969 €	13 €	-2,02%	62,15	0,47	42,72%	12,61	-1%	9%	24
930N50	Radiologie	D	Ostéodensitométrie	1.369.000 €	34 €	-5,90%	68,90	0,85	83,06%	37,95	-24%	19%	4
970N46	Médecine nucléaire	D	PET Scan	6.885.357 €	178 €	12,37%	63,10	0,47	86,48%	32,10	-21%	5%	6
007N16	Stomatologues	I	Chirurgie maxillaire	3.486.892 €	297 €	4,88%	34,09	0,60	25,64%	52,82	-43%	10%	1

Het opstellen van de rapporten en de samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen

De cel "Doelmatige zorg" heeft een berekeningsalgoritme ontwikkeld dat het mogelijk maakt om op basis van een selectie van nomenclatuurcodenummers zeer snel te beschikken over alle cijfergegevens, grafieken en cartografieën voor een welbepaald thema. De cel heeft op die basis al 3 rapporten opgesteld: De transtympanische drains, de bariatrische heelkunde en de beeldvorming van de wervelkolom. De ervaring heeft geleerd dat het opstellen van die rapporten een veeleisende taak was en heel wat middelen vergde.

De cel zal die rapporten uiteraard blijven opstellen, maar overweegt ook een "externe" piste om enerzijds de betrokken personen daarbij meer te betrekken en anderzijds om die rapporten sneller te kunnen publiceren. In dat geval zou de basisinformatie (cijfers, tabellen, grafieken, kaarten,...) worden verstrekt aan de wetenschappelijke verenigingen die betrokken zijn bij het project en die zich zouden bezighouden met het verrichten en documenteren van de analyses.

Omdat men de oorzaken van die verschillen wil begrijpen, nagaan of ze gerechtvaardigd zijn en tot acties wil komen, zullen de eindrapporten voor overleg met de betrokken wetenschappelijke verenigingen worden voorgelegd.

Actie: de cel "Doelmatige zorg" verbindt zich ertoe om tegen eind 2018 de cijferanalyses te verrichten voor de hele nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en ze ter beschikking te stellen van de betrokken wetenschappelijke verenigingen. Het opstellen van de eindrapporten zal afhangen van de bereidheid van de wetenschappelijke verenigingen om daaraan mee te werken.

7.1.5 Potentiële vervolgacties

Elk rapport waarvan sprake is in het punt 7.1.4, zal een lijst van potentiële acties bevatten die besproken zijn met de wetenschappelijke verenigingen. Die potentiële acties zullen moeten worden gedelegeerd aan de instellingen of organen die bevoegd zijn voor de uitvoering ervan. Het RIZIV, van zijn kant, verbindt zich ertoe om de acties uit te voeren waarvoor het bevoegd is, of zal op zoek gaan naar de geschikte partners voor de uitvoering ervan om aldus de aan het licht gekomen problemen inzake relevante zorg op te lossen.

7.1.5.1 Pakket van globale maatregelen

Het gaat om de volgende potentiële acties (niet-exhaustieve lijst):

- Uitwerking en/of aanpassing van de reglementering met inbegrip van de vaststelling van de prijzen
- Inlichten van de patiënt over zijn rol in zijn eigen gezondheid en in de kostprijs van de geneeskundige verzorging door de VI's
- Informeren van de zorgverleners
- Continue opleiding/kwaliteitspromotie/incentives

Voor de artsen en de tandheeskundigen is een accrediteringssysteem ingevoerd. Bij de andere categorieën van zorgverleners (bijvoorbeeld de kinesitherapeuten) spreekt men over kwaliteitspromotie, zoals tegemoetkoming voor de continue opleiding of het beheer van het verpleegkundig dossier bij de verpleegkundigen.

Aspect opleiding

Er zouden thema's (die beantwoorden aan de behoeften rekening houdende met de resultaten van de verrichte analyses) kunnen worden opgelegd op drie niveaus:

- accrediteringsprogramma
- thematische opleiding in de vergaderingen met de peers (LOK)
- individuele opleiding

Een bijkomende mogelijkheid is het integreren van de aanbevelingen/guidelines in de praktijkondersteunende software (cfr. Medicomut akkoord mbt iGuide medische beeldvorming). De rechtstreekse terbeschikkingstelling van de aanbevelingen aan de zorgverlener door ervoor te zorgen dat hij geen opzoekingen meer moet verrichten wat zijn dagelijks werk vergemakkelijkt.

Het Regeerakkoord voorziet daarenboven de mogelijkheid om in het kader van het overleg tussen de stakeholders op het RIZIV convenanten inzake het gepast gebruik van de zorg af te sluiten

Aspect financiële aanmoediging

Bij het verkrijgen van een accreditering komen twee aspecten kijken:

- het volgen van de opleiding zelf
- de praktische toepassing van de kennis die tijdens de opleidingsdagen is overgedragen

Het akkoord van de Nationale commissie Artsen – Ziekenfondsen (NCAZ) van 19 december 2017 voorziet de hervorming van het accrediteringssysteem.

De NCAZ voorziet, in samenwerking met de NRKP en in afspraak met de FOD Volksgezondheid tegen 30 september 2018 een concreet voorstel op basis van onderstaande principes waarbij afgestapt wordt van het alles-of-niets karakter van het huidige systeem. In het kader van de wet betreffende de zorgkwaliteit is continue opleiding een van de kwaliteitselementen die zijn opgenomen in het portfolio dat noodzakelijk is voor de aflevering van de "licence to practice".

De invoering van een voucher in het kader van het project betreffende de programmering en financiering van de stageplaatsen waardoor de stagemeester voor het pedagogische deel wordt beloond, is een ander instrument dat moet kunnen bijdragen tot een betere kwaliteit van de opleiding van kandidaat-specialisten in opleiding.

De NCAZ wenst dat in 2019 een vernieuwd systeem kan van start gaan, opgevat als een drietrapsysteem met volgende elementen:

- het volgen van permanente professionele navorming, ter ondersteuning van de PDCA cyclus van de arts of artsenpraktijk via erkende programma's, opleidingen en e-learning trajecten m. b.t. relevante wetenschappelijke ontwikkelingen alsook met de prioriteiten vastgesteld in het kader van het EBP-plan en met persoonlijke leerdoelen.
- de deelname aan peer review in lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) gericht op het ontwikkelen van nuttige professionele samenwerking en op het formuleren van kwalitatieve verbeterprogramma's op groepsniveau;

- het realiseren van algemene of individuele kwaliteitsdoelstellingen gebaseerd op een set indicatoren inzake voorschrijven en behandeling die wordt ontwikkeld samen met experts van de betrokken wetenschappelijke verenigingen.

- o *Feedback aan zorgverleners*

Doelstelling: informeren van de zorgverlener over zijn praktijk (individuele of groepspraktijk)

Verschillende types:

- o contextuele feedback

Bijvoorbeeld feedback aan de huisartsen: elke huisarts krijgt feedback over zijn praktijk in de vorm van cijfergegevens. Hij kan zich via deze feedback positioneren ten opzichte van zijn collega's (indeling van de nationale cijfers in percentielen 10/25/50/75/90).

- o thematische informatieve feedback

bijv.: men geeft gerichte feedback over een bepaald afgelijnd thema en/of specifieke doelgroep.

- o feedback betreffende de outliers

Dit type feedback is bestemd voor alle zorgverleners die volgens de statistieken de norm overschrijden (begrip van "overuse" en "underuse"). Sensibiliseringsbrieven kunnen hier een eerste middel zijn.

Dit kan door verschillende instanties gebeuren: het RIZIV, het IMA, de NIC-commissie "controle en datamining,

Voor de huisartsen werkt het RIZIV aan de opmaak van één geïntegreerde feedback per huisarts (in solo-praktijk of groepspraktijk) betreffende:

- het voorschrijfgedrag inzake medische beeldvorming,
- het voorschrijfgedrag inzake medicatie (o.a. antibiotica, (poly)medicatie bij ouderen, psychotrope medicatie, ...),
- het voorschrijfgedrag inzake klinische biologie.

Dit betreft een individuele feedback per huisartspraktijk (solo- of groepspraktijk) die toelaat zich te positioneren ten opzichte van de andere praktijken binnen de vergelijkingsgroep. Elke huisarts of groepspraktijk krijgt voor een 45tal indicatoren over de hierboven vermelde domeinen, een individuele score gebaseerd op de facturatiegegevens gezondheidszorg. Deze feedback bevat eveneens een korte duiding van de onderliggende EBM-evidentie met betrekking tot deze indicatoren.

Eveneens wordt in 2018 een globaal performantierapport voorzien betreffende de huisartsgeneeskunde.

Bedoeling is om simultaan werk te maken van vervoltrajecten voor de huisartsen om tot een gewenst gedrag inzake consumptie van gezondheidszorg te komen.

In 2019 zal eveneens een individuele feedback naar de specialisten gestuurd worden gericht op het voorschrijfgedrag van geneesmiddelen.

Het is denkbaar en wenselijk dat op termijn ook feedback aan de ziekenhuizen worden gestuurd omtrent bepaalde aspecten en veiligheid, waarvoor de federale overheid nog bevoegd is. Zo kan worden gedacht aan de integratie in een dergelijk feedbacksysteem van een aantal vaststellingen met betrekking tot correcte codering (ICD, MVG), met situering van de laagvariabele prestaties in comparatief Belgisch perspectief, een aantal indicatoren inzake mortaliteit, bloedgebruik, antibioticagebruik, ziekenhuishygiëne, etc. Dit is een thema dat gezamenlijk kan worden opgenomen door de federale administraties, bv. in het kader van een volgende Bestuursovereenkomst. Rekening houdend met de bevoegdheden van de deelstaten kan in de IMC Volksgezondheid overleg worden gepleegd.

7.1.5.2 Gerichte acties naar doelgroepen toe

- Bezoek aan praktijken, ziekenhuizen, instellingen.
- Preventieve informatiebrief.
- Interpellatie van een zorgverlener.
- Onderzoek van een zorgverlener /Thematisch onderzoek van een groep.
- Terugvorderings- en sanctieprocedure.
- Schorsing van de derdebetalersregeling.

7.1.5.3 Bijkomende acties van de FOD Volksgezondheid

Er kan worden opgemerkt dat er ook langs de kant van de FOD Volksgezondheid een aantal programma's en activiteiten bestaan of worden ontwikkeld die betrekking hebben op het verhogen van doelmatigheid van zorg, denken we bv. aan:

- coördinatie BAPCOC-platform, wat antibioticabeleid betreft, waarbij de FOD naast een coördinerende rol, ook activiteiten ontwikkelt inzake campagnes aan burgers en zorgverstrekkers, antibioticabeheersende en AMR-maatregelen op ziekenhuisniveau, e.d.
- coördinatie BEQUINT-platform, wat het bloedgebruik in de ziekenhuizen wil rationaliseren
- coördinatie van het BELMIP-platform, wat het rationeel gebruik van medische beeldvorming wil bespoedigen, van waaruit onder meer ook de activiteiten inzake decision support en het protocol medische beeldvorming worden ondersteund
- coördinatie van het BELPEP-platform met het oog op rationeel gebruik van psychoactieve medicatie
- ondersteunende activiteiten met betrekking tot reglementaire organen binnen het DGGS, zoals de Colleges van geneesheren, de Federale raad voor kwaliteit van de verpleegkundige activiteiten. Deze organen zullen opgaan in de nieuwe Kwaliteitskamer die voorzien wordt in de in het vooruitzicht gestelde regelgeving inzake de organisatie van de gezondheidszorgberoepen.
- ondersteuning van het beleid inzake palliatieve zorg en vroegtijdige zorgplanning, inclusief het federaal platform ter zake
- meerjarenkaders patiëntveiligheid en kwaliteit in de psychiatrische ziekenhuizen
- P4Q-programma in de algemene en universitaire ziekenhuizen, in werking vanaf 2018
- rol inzake coördinatie aan internationale initiatieven (bv. OESO) ontwikkeling van indicatorensets, e.d.
- de ontwikkeling, in het kader van de in het vooruitzicht gestelde regelgeving inzake de organisatie van de gezondheidszorgberoepen, van een portfolio dat door de zorgverstrekkers moet worden bijgehouden, o.m. op vlak van de wijze waarop ze zich voortdurend ontwikkelen en hun kennis en expertise op peil houden. Ter zake vonden reeds afstemmingen plaats om de coherentie met het hervormingsproject inzake accreditering van artsen te verzekeren.
- Etc.

7.2 Specifieke thema's "doelmatige zorg"

7.2.1 Globaal medisch dossier (GMD)

Doel van de actie en motivering	De in de vorige studie vastgestelde anomalieën nakijken (gegevens 2014).	
Financiële situering	2012	153.077.132,27 euro
	2013	167.529.038,36 euro
	2014	172.562.452,91 euro
	2015	187.701.240,82 euro
	2016	220.220.544,45 euro

Procedure	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de 11 codenummers/pseudocodenummers van het GMD (gegevens 2016): selecteer willekeurig 50 huisartsen. - Selecteer voor elke arts 10 GMD's waarvan 5 met het statuut chronische aandoening. Kijk, indien mogelijk, voor die GMD's na of er ook zorgtrajectcodes (diabetes, nierinsufficiëntie) zijn. - Noodzaak van een werkgroep (artsen-inspecteurs, dataCell, adm medew): stel een Access-formulier op (typevragen) en werk een methodologie uit. - Analyse van de gebruikte indicaties voor het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen: anti-TNF-geneesmiddelen, PPI's, statines ..., klinische biologie (Vit B12...), medische beeldvorming. - Terreinstudie in 2018: Een ontmoeting met de zorgverlener en een fysieke controle van het GMD. - Eindrapport.
Timing	30/06/2020.
Beoogde financiële impact	Verbetering van de kwaliteit van het GMD

7.2.2 Tandheelkundig dossier

Doelgroep	Tandheelkundigen (verstrekkingen art. 4-5-6 en 14L).
Doel van de actie en motivering	De inhoud van het tandheelkundig dossier vastleggen.
Financiële situering	Onbekend.
Procedure	<ul style="list-style-type: none"> - Stel een verstrekkingenlijst op (301593 ...) waarin een tandheelkundig dossier wordt vermeld. - Selecteer willekeurig 100 dossiers van verzekerden: ga op zoek naar verzekerden met meerdere verstrekkingen (van de lijst) bij verschillende tandartsen, als dat mogelijk is. Controleer of die verzekerden al niet in een vorig project waren opgenomen. - Werk een methodologie uit: Vraag tandheelkundige dossiers op bij de zorgverstrekkers en/of verricht een terreinstudie. - Maak een stand van zaken van die dossiers: drager, inhoud, kwaliteit, overzicht van de verstrekkingen op basis van de tandnummers... . - Stel (aan de NCTZ) een minimuminhoud voor een

patiëntendossier in de tandheelkunde voor. Houd rekening met de content van de erkende software MyCareNet).

Timing	30/06/2019.
Beoogde financiële impact	Een definitie voor het tandheelkundig dossier zal een betere controle van de verstrekkingen mogelijk maken.

7.2.3 Conserverende tandzorgen

Doelgroep	Tandartsen.
Doel van de actie en motivering	<p>Analyse in het kader van het handhavingsbeleid naar overconsumptiepatronen op onderzoeken of behandelingen bij tandartsen die conserverende tandzorgen (vullen caviteiten, wortelkanaalbehandelingen, opbouwen knobbels...) attesteren.</p> <p>Omdat we bij verschillende VI's vaststellingen hebben gedaan mbt tandartsen die op 1 dag veel tandzorgen attesteren bij 1 lid, lijkt het interessant om op basis van de IMA-data te kijken of we hier een aantal vaststellingen kunnen doen. Ook geven bepaalde verstrekkers aan dat de VI geen controles hierop zouden doen, wat nog eens extra argument kan zijn om deze beroepsgroep verder te analyseren.</p> <p>Concreet is het de bedoeling om te gaan kijken naar tandartsen die conserverende tandzorgen attesteren (vullen caviteiten, wortelkanaalbehandelingen, opbouwen knobbels...).</p> <p>Vorstel: kijken naar patiënten waarbij er op 6 of meer tanden wordt geattesteerd. Verder lijkt het ook interessant om te kijken hoeveel andere contacten ze hebben op zo'n dag met een "mega-patiënt". Om kwalitatief te werken moet rekening gehouden worden met 30 tot 45 minuten per tand nodig voor een conserverende prestatie.</p>
Procedure	<ul style="list-style-type: none">• Selectie op basis van nomenclatuur conserverende tandzorgen• Jaren: 2014-2016.• Type data: Lijst van nomenclatuur, verstrekkers, ziekenhuizen, aantal gevallen. <p>Telling van aantallen, ranking van verstrekkers, berekenen van percentages en percentielen.</p>

- Opmaak rapport.
- Communicatiekanalen: Resultaten worden bezorgd aan de commissie datamining & controle. De commissie beslist over verder actie, bv doorgeven aan DGEC.
- Resultaten aan de beleidscel overmaken.

Timing	Eerste trimester 2019
Benodigde middelen en samenwerking	Middelen: Projectverantwoordelijke (1 dag), IMA-coördinatieceel (1 dag), Data analyst (5 dagen), 4 experts (1 dag). Actieplan handhaving – structurele financiering – 60 dagen opgenomen in jaarprogramma 2017. Samenwerking: NIC Commissie Controle & Datamining.

7.2.4 Cardiologie

Doelgroep	Cardiologen.
Doel van de actie en motivering	Analyse van de cardiologische praktijk : zijn er bepaalde specifieke aanrekenpatronen? Analyse van gecumuleerde veel aangerekende verstrekkingen, bvb de combinatie van echocardiografie en inspanningsproef ambulante.
Financiële situering	Totale uitgave door cardiologen: 361 miljoen EURO in 2016. De contacten waar echocardiografie en inspanningsproef gecumuleerd worden vertegenwoordigen een uitgave van 37 miljoen EURO in 2016.
Procedure	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse van uitbetalingsgegevens van de verschillende VI's. - Bevraging van cardiologen over de cumul inspanningsproef – echocardiografie (casussen); nazicht van tracés en protocols. - Analyse en opstellen EBM-regels.
Timing	30/06/2019.
Beoogde financiële impact	Vermindering van uitgaven in het domein van de cardiologie; eventueel een herverdeling van deze middelen binnen de cardiologie. Te bepalen na analyse van de resultaten van het onderzoek.
Benodigde middelen en	Eventuele bijkomende analyses door RIZIV (RDQ) over geografische

samenwerking spreiding.

7.2.5 Oftalmologie

Doelgroep Oftalmologen.

Doel van de actie en motivering

- In kaart brengen van de aanrekening van verstrekkingen verricht door oftalmologen.
- Analyseren welke verstrekkingen worden aangerekend in het kader van cataractoperaties.
- Analyseren welke diagnostische tests vaak worden aangerekend bij een patiëntencontact.
- In eerste instantie analyse van wat aangerekend wordt naar aanleiding van cataractoperatie.
- Afhankelijk van de resultaten kunnen concrete acties op het terrein overwogen worden.

Financiële situering De globale uitgaven voor oftalmologie in 2016 bedroegen 133 miljoen EURO.

Procedure Analyse van uitbetalingsgegevens van de VI's voor 1 jaar. Het betreft een eerste analyse van de sector: het in kaart brengen van zorgtrajecten kan gebeuren met de gegevens van 1 jaar.

Timing 30/06/2019.

Beoogde financiële impact Uitgavenvermindering door beter aanwenden van beschikbare technieken.

Benodigde middelen en samenwerking Bijkomende analyses door RIZIV (RDQ).

7.2.6 Neurologie EEG/VIDEO EEG

Doelgroep Neurologen

Doel van de actie en motivering Analyse van het gebruik van codes voor EEG door neurologen met daarbij bijzondere aandacht voor het herhalen ervan op korte termijn voor een zelfde verzekerde.

Analyse van het samengaan van deze verstrekking met revalidatieverstrekingen in referentiecentra voor rechthebbenden lijdend aan refractaire epilepsie.

Financiële situering	Totaal bedrag vergoed in 2016 voor EEG : 17,5 miljoen EURO. Totale vergoeding revalidatieovereenkomst niet gekend.
Procedure	<ul style="list-style-type: none">- Gegevensanalyse over de uitbetalingen in functie van plaats en verstrekker voor EEG.- Gegevensanalyse over revalidatieverstrekingen.
Timing	Desk top analyse en eventuele terreinanalyse tweede helft 2018.
Beoogde financiële impact	Minderuitgave realiseren, eventueel ook door latere aanpassing van reglementering. 100.000€
Benodigde middelen en samenwerking	Analyse over EEG door DGEC. Bijkomende gegevensanalyse over revalidatie eventueel door IMA.

7.2.7 Analyse longfunctieproeven

Doelgroep	Pneumologen.
Doel van de actie en motivering	Er is een belangrijke praktijkvariatie in het combineren en gebruiken (herhalen) van longfunctieproeven tussen de pneumologen (cfr tekst task force). Bovendien is er een significante toename tussen 2011 en 2015 in het totaal aangerekende bedrag voor longfunctieproeven (ongeveer + 10%). Het gaat hier over een serie van 6 prestaties (471251-471262; 471273-471284; 471295-471306; 471310-471321; 471354-471365; 471376-471380) waarbij vooral het cumuleren en herhalen van deze prestaties niet wetenschappelijk is te verantwoorden. Het voorstel is om in eerste instantie het voorkomen van combinaties van meer dan 3 testen bij dezelfde patiënt op hetzelfde ogenblik in kaart te brengen (verschillen tussen ziekenhuizen en individuele pneumologen en geografische verschillen) en om recuperaties te initiëren bij outliers.
Financiële situering	In 2015 werd ongeveer 55 miljoen euro terugbetaald aan longfunctieproeven.

2 sterkste stijgers in 2016:

471310-471321 (bepalen van het residuair volume): goed voor 19.176.193,95 EUR in 2016 (groei 3.52% t.o.v. 2015).

471354-471365 (meten van de diffusiecapaciteit): goed voor 15.737.468,33 EUR in 2016 (groei van 4.16% t.o.v. 2015).

Procedure

- Bepalen van alle voorvallen waar er voor eenzelfde patiënt op dezelfde dag meer dan drie testen worden aangerekend in welbepaalde facturatieperiode. Aantallen bepalen per pneumoloog, per ziekenhuis en per regio. Variatie hiervan aantonen en opsporen van outliers bij pneumologen en ziekenhuizen.
- Opsporen van outliers bij pneumologen en ziekenhuizen wat betreft het totaal aangerekend bedrag voor longfunctieproeven.

Beoogde financiële impact

Totaal geschatte te recupereren bedrag zou rond de €500.000 of hoger kunnen liggen maar is moeilijk zo te schatten.

Benodigde middelen en samenwerking

Analyse van facturatiegegevens moet kunnen worden ingepland op niveau IMA.

Bijkomende opmerkingen

Beschrijving nomenclatuur:

471251 471262: volledige spirografie met bepalen van maximum adem minuten volume.

471273 471284: spirografie met bronchodilatatieproef.

471295 471306: spirografie met farmacodynamische provocatieproef al dan niet gevolgd van bronchodilatatie.

471310 471321: bepalen van het residuair volume.

471376 471380: sStudie van de ventilatiemechaniek.

De verzekering **vergoedt de meting van de resistentie niet, die voor de follow-up van een chronische obstructieve bronchopneumopathie wordt verricht**, behalve als er in het dossier sprake is van:

1. ofwel een vermoeden van concomitant astma (antecedenten, allergie, reversibiliteit, niet-rokers, alfa-1-antitrypsinedeficiëntie);
2. ofwel een ziekte van de centrale luchtwegen.

471354 471365 Meten van diffusiecapaciteit.

De verzekering **vergoedt de meting van de diffusiecapaciteit niet, die voor de follow-up van een stabiele astma wordt verricht**, behalve als er in het dossier sprake is van:

1. ofwel een vermoeden van concomitante chronische obstructieve broncho-pneumopathie (zoals bij rokers, progressieve achteruitgang van de longfunctie, alfa-1-antitrypsinedeficiëntie, bronchiëctasie);
2. ofwel tekenen van een concomitante ziekte zoals crepitaties, een ontsteking, een onverklaarde hypoxemie, een infiltraat aangetoond door beeldvorming, een geassocieerde immunologische aandoening, een restrictief of irreversibel bestanddeel van het obstructiesyndroom, een pulmonale hypertensie.

7.2.8 Anatomopathologie

Doelgroep	Voorschrijvers (vaak medische specialisten) van anatomopathologisch onderzoek. Laboratoria anatomopathologie.
Doel van de actie en motivering	De sector van de anatomopathologie is tot op heden weinig doorgelicht. De doelstelling is een oordeelkundig gebruik (daar waar nodig - zeker voor specifieke bijkomende analyses) en correcte tarifiering te bekomen.
Financiële situering	De in 2016 geboekte uitgaven voor de basisonderzoeken anatomopathologie bedroegen 102 miljoen Euro.
Procedure	Opsporen van outliers in voorschrijfgedrag en tarifiering. Preventiecampagnes naar grote voorschrijvers. Controle i.g.v. flagrante reglementaire overtredingen.
Timing	30/06/2019.
Beoogde financiële impact	Minderuitgave door doelmatiger aanwenden van deze diagnostische verstrekkingen. Eventueel terugvordering bij incorrecte tarifiering of upcoding. 500.000€.
Benodigde middelen en samenwerking	DGEC: data analyse en medische interpretatie arts inspecteurs. Eventueel terreinbezoeken.

7.2.9 Klinische biologie

Doelgroep	Laboratoria klinische biologie. Voorschrijvers klinische biologie.
Doel van de actie en motivering	Doelmatig gebruik bekomen van specifieke labotesten (bv. POCT carboxy- en methemoglobine, troponine in 1 ^e lijn). Correcte tarifiering door laboratoria (bv. allergietesten, validaties bij toxicologische screenings, ambulante forfaits, complexe analyses zoals Cu, Zn en cortisol).
Financiële situering	Voorbeelden: de uitgaven voor carboxy- en methemoglobine bedroegen in boekjaar 2016 afgerond 430.000 €; voor toxicologische screening 297.000 € (exclusief forfaits).
Procedure	<ul style="list-style-type: none">- Data-analyse.- Terreinanalyse/inspectie/controle bij niet correcte tarifieringen.- Preventiecampagnes naar onoordeelkundige voorschrijvers.
Timing	Eind 2019.
Beoogde financiële impact	Minderuitgave door adequaat voorschrijfgedrag. Terugvordering bij incorrecte tarifiering of optimalisatie. 500.000€.
Benodigde middelen en samenwerking	DGEC: data analyse en medische interpretatie arts inspecteurs. Eventueel terreinbezoeken.

7.2.10 Arthroscopische meniscectomieën

Doelgroep	Orthopedische chirurgen.
Doel van de actie en motivering	Doel: doelmatig uitvoeren van arthroscopische meniscectomie. Motivatie: Volgens de EBM is meniscusoperatie niet nuttig bij patiënten op middelbare of oudere leeftijd met degeneratief knielijden. In België gebeurt 72% van de ingrepen in deze leeftijdsgroep. Er is ook een zeer grote onverklaarbare regionale variatie. In andere landen (Nederland, Noorwegen) wordt aan hetzelfde thema

gewerkt.

Het aantal meniscectomieën in België bedroeg 345 per 100.000 verzekerden tijdens het boekjaar 2016 (Vlaanderen 434, Brussel 183, Wallonië 232/100.000 verz). Hierna volgen enkele cijfers van andere Westerse landen uit Eurostat. De cijfers gaan over 2015 tenzij anders vermeld: Denemarken, 209/100.000 inw.; Noorwegen, 183/100.000 inw.; Zweden, 135/100.000 inw; Finland, 112/100.000 inw.; Duitsland, 133/100.000 inw.; Spanje, 114/100.000 inw.; Frankrijk, 176/100.000 inw. (2014); Verenigd Koninkrijk, 126/100.000 inw. (voor Nederland, Zwitserland, Italië en Oostenrijk zijn er geen (recente) data beschikbaar in de bron Eurostat).

België situeert zich dus hoog t.o.v. andere landen.

Financiële situering

De uitgaven voor meniscectomieën (inclusief perioperatieve intramuros zorg) verricht door orthopeden in one-day tijdens de periode oktober 2015 – maart 2016 (= 6 maanden) bedroegen 13.958.007€ (bron: Doc ADH). De gemiddelde kost per ingreep bedraagt 714 €.

Procedure

Eerste fase: terreinanalyse en documentatie van het fenomeen (onderzoeken indicaties voor meniscectomie bij outlienziekenhuizen).

Daarna: sensibiliseringscampagnes, aanpassingen nomenclatuur GV, eventuele terugvordering van de onterecht aangerekende prestaties,...

Timing

Beoogde einddatum: eerste trimester 2019.

Beoogde financiële impact

In een simulatie waarbij de incidentie van de lagere regio als norm werd gebruikt, wordt de 'waste' geraamd op 4,7 mio Euro (op een half jaar, inclusief perioperatieve intramuros zorg).

Benodigde middelen en samenwerking

Terreinanalyse in 6 ziekenhuizen; 50 dossiers per ziekenhuis.

7.2.11 Audit medische beeldvorming 2.0

Maatregel

Fraudebestrijding / doelmatige zorg.

Doelgroep

Voorschrijvers van medische beeldvorming en radiologen.

Doel van de actie en

Auditen van de afspraken volgend uit het protocolakkoord: monitoren

motivering	van de budgetneutrale uitbreiding van MRI-toestellen te bekomen door een daling van het aantal diagnostische CT-onderzoeken; handhavingsbeleid door programmering MRI en PET op te volgen; beleidsondersteunende info aanleveren voor het sturen van het aanbod en een goede spreiding van de toestellen in functie van de behoefte; onder controle houden van budget en overconsumptie; garanderen van een strikte toepassing van de programmering en bannen van niet-erkende toestellen; voorkomen van onnodige stralingsbelasting van de bevolking.
Financiële situering	<ul style="list-style-type: none"> - Totale uitgaven (afgerond, cijfers New Attest 2016) van het betrokken domein op jaarbasis : 2.287.000 CT-onderzoeken voor 267.000.000 €; 1.101.000 MRI-onderzoeken voor 91.000.000 € - Totaalbedrag dat aan de audit te onderwerpen is: 438.000.000 € (afgerond, cijfers Attest 2015; alleen nomenclatuur van de verstrekkingen)
Procedure	<ul style="list-style-type: none"> - Data-analyse. - Periodieke rapporten. - Bespreking op niveau BELMIP-platform (DGGS). - PDCA-cyclus. - Acties op terrein waar nodig.

7.2.12 FANC-vergunning voor verstrekkingen met röntgenstralen

Doelgroep	<p>Medische specialisten die een medisch röntgentoestel gebruiken in hun praktijk en hiervoor geen gebruikersvergunning van het FANC hebben (terugbetalingsvoorwaarde).</p> <p>Betreffende artsen worden per specialisme benaderd; het project is gestart einde 2015 en een aantal specialismen kwamen reeds aan bod.</p>
Doel van de actie en motivering	<ul style="list-style-type: none"> - Recurrent project: campagne naar nieuwe groep specialisten - Evalueren effect van vroegere regularisatiecampagnes naar cardiologen, pediaters en radiologen en uitvoeren van noodzakelijke handhavingsacties.
Financiële situering	Voorbeeld voor de endovasculaire chirurgie (artsen aangeschreven in 2017): in 2016 werden er voor 2.513.232 € verstrekkingen onder beeldvorming getarifeerd door chirurgen zonder vergunning (op een totaal van 13.462.736 Euro). Deze artsen hadden geen

gebruikersvergunning doordat ze ofwel niet in orde waren met de verplichte vorming radioprotectie, of doordat ze administratief niet in orde waren (ze hadden na het behalen van het diploma radioprotectie hun gebruikersvergunning niet aangevraagd).

Procedure	<ul style="list-style-type: none">- Data-analyse- Inspectie/controle van artsen die zich niet geregulariseerd hebben.
Timing	<ul style="list-style-type: none">- Tijdens de 1e helft van 2018 wordt samen met het FANC een nieuwe groep geselecteerd voor een regularisatiecampagne (urologen of orthopedisten); lancering campagne tijdens de 2e helft 2018.- Tijdens de 2e helft 2018 wordt een effectmeting gedaan van de campagnes bij cardiologen, pediaters en radiologen, en eventuele handhaving (terugvordering) opgestart.
Beoogde financiële impact	<p>Terugvordering van verstrekkingen in geval van niet-regularisatie. Er wordt daarbij gestreefd naar een maximale regularisatie van de toestellen mbt de FANC-vergunningen. In uitzonderlijke gevallen dient het uit circuit nemen van deze toestellen overwogen worden. Indirecte impact: minder stralingsbelasting met gezondheidswinst voor de bevolking doordat de artsen door opleiding correcter gebruik maken van röntgenstralen.</p>
Benodigde middelen en samenwerking	Samenwerking met het FANC die de vergunningen beheert.

7.2.13 Voorschrijfgedrag biosimilars

Doelgroep	Alle voorschrijvers.
Doel van de actie en motivering	Biosimilaire geneesmiddelen nemen meer en meer een belangrijke plaats in in het therapeutisch aanbod. Niettemin moet worden vastgesteld dat de uptake van deze geneesmiddelen in ons land in vergelijking met andere landen beperkt blijft hoewel op basis van de analyses van het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) ondubbelzinnig de gelijkwaardigheid wordt aangetoond met de originele biologische geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen worden ook meer en meer in de publieke officina afgeleverd.

De actie heeft tot doel de bestaande initiatieven rond kostenefficiënt/doelmatig voorschrijven van 'biosimilaire geneesmiddelen' te consolideren en waar nodig te optimaliseren.

Tegelijk met de creatie van dynamische marktcompetitie, wordt door toepassing van de 'biocliff' en maatregelen voor 'oude geneesmiddelen' budgettaire ruimte gecreëerd, die cruciaal is om innovatieve geneesmiddelentherapieën te kunnen vergoeden.

De actie beoogt zowel (waar nodig) optimalisatie van de verschillende reglementeringen als sensibilisering en incentivering van de artsen, de ziekenhuizen en de patiënten.

Financiële situering

Zie permanente audit.

Procedure

Verderzetting van de monitoring van de uitvoering van het convenant 'doorstart biosimilaire geneesmiddelen in België' (ondertekend 07.01.2016), van toepassing in de ziekenhuizen.

Waar en indien nodig: optimalisatie van de verschillende reglementeringen en sensibilisering en responsabilisering van de artsen, de ziekenhuizen en de patiënten (communicatie), met eventuele creatie van incentives voor de voorschrijvers voor het behalen van de objectieven. Zie ook akkoord van de Nationale commissie Artsen – Ziekenfondsen (NCAZ) van 19 december 2017 (onderdeel 4.4.1. van het akkoord).

Met het oog op de 'uptake' van biosimilaire geneesmiddelen buiten het ziekenhuismilieu:

Concretiseren van maatregelen die leiden tot een minimaal quotum biosimilaire specialiteiten in de totaliteit van de voorgeschreven en afgeleverde biologische geneesmiddelen in de publieke officina's, in samenwerking met de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen (NCAZ). Hierbij zal een tijdelijke toeslag bij het accrediteringsforfait worden toegekend als incentive om deze doelstelling te helpen realiseren. Het voorschrijven van anti TNF geneesmiddelen zal als pilootproject worden gelanceerd.

Timing

Permanent.

Benodigde middelen en samenwerking

Voldoende aandacht voor communicatie(plan) naar voorschrijvers en patiënten (sensibilisatie en incentivering).

7.2.14 Goedkoop voorschrijfgedrag geneesmiddelen

Doelgroep	Artsen en tandartsen.
Doel van de actie en motivering	<p>De actie heeft tot doel de bestaande initiatieven rond kostenefficiënt/doelmatig voorschrijven van 'goedkope geneesmiddelen' te consolideren en waar nodig te optimaliseren.</p> <p>Met 'goedkope geneesmiddelen' worden deze geneesmiddelen bedoeld, waarvoor gelijkwaardige, goedkope alternatieven beschikbaar zijn of worden (generieken, biosimilaire geneesmiddelen). De marktvergunning en vergoeding van generieken en biosimilaire geneesmiddelen vormt de basis van het beleid rond 'goedkope geneesmiddelen'. Tegelijk met de creatie van dynamische marktcompetitie, wordt door toepassing van referentieprijzensystemen en maatregelen voor 'oude geneesmiddelen' en 'biologische geneesmiddelen' budgettaire ruimte gecreëerd, die cruciaal is om innovatieve geneesmiddelentherapieën te kunnen vergoeden.</p> <p>De actie beoogt zowel (waar nodig) optimalisatie van de verschillende reglementeringen als sensibilisering en incentivering van de voorschrijvers en de patiënten.</p>
Financiële situering	Zie permanente audit.
Procedure	<p>Verderzetting van de monitoring van het 'goedkoop/goedkoopst' voorschrijven (met communicatie/feedback naar alle voorschrijvers, met inbegrip van de artsen specialisten), in de aangepaste betekenis:</p> <ul style="list-style-type: none">- targets huisartsen zijn aangepast sinds 01.01.2017,- targets specialisten zijn aangepast sinds 01.01.2018,- definitie goedkoop/goedkoopst werd aangepast (in uitvoering van Toekomstpact) sinds 01.01.2018,- vergoeding van NIET goedkoop voorschrijven is beperkt sinds 01.01.2018. Van de geneesmiddelen waarvoor goedkope alternatieven bestaan wordt vanaf 2 jaar na de komst van de goedkope alternatieven enkel nog deze geneesmiddelen terugbetaald die behoren tot de groep van goedkoopste geneesmiddelen. <p>Eventuele creatie van incentives voor de voorschrijvers (via accreditering ?) voor het behalen van de targets.</p>

Optimalisatie van de verschillende reglementeringen en sensibilisering en incentivering van de voorschrijvers en de patiënten (communicatie).

Timing	Permanent.
Benodigde middelen en samenwerking	Voldoende aandacht voor communicatie(plan) naar voorschrijvers en patiënten (sensibilisatie en incentivering).

7.2.15 Geneesmiddelen hoofdstuk IV

Doelgroep	Artsen, specialisten en niet-specialisten (voorschrijvers).
Doel van de actie en motivering	Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen: evaluatie van een of meerdere dure geneesmiddelenklassen van hfdst. IV (zgn. 'attestgeneesmiddelen', onderworpen aan voorwaarden qua indicaties, doelgroep, leeftijd, ...)
Financiële situering	Bijvoorbeeld adalimumab, een geneesmiddel uit de klasse van de anti-TNF- α -remmers die worden gebruikt bij o.a. reuma, Crohn en psoriasis, staat op de eerste plaats in de "TOP 25 van de werkzame bestanddelen in de uitgaven in de ambulante sector voor 2016" met een bedrag van 130 milj. Euro. In deze top staan nog twee andere producten van dezelfde klasse voor een bedrag van 87 milj. Euro. Voor Xolair, een geneesmiddel gebruikt bij astma, heeft een recente herziening uitgewezen dat slechts in een minderheid van de gevallen de terugbetalingsvoorwaarden worden gerespecteerd. Uitgaven voor Xolair bedragen 22 miljoen euro.
Procedure	Voor een steekproef van voorschriften en aanvragen worden de klinische-dossiergegevens gecheckt bij de aanvrager en nagegaan of effectief aan de vergoedingscriteria is voldaan. Voorbeeld van klassen: immunoglobulinen, anti-TNFX, geneesmiddelen gebruikt bij astma.
Timing	Het project wordt opgestart tijdens de tweede helft van 2018: samenstelling werkgroep met RIZIV / adviserende artsen, ontwikkelen van de methodologie (steekproefsamenstelling, evaluatiecriteria) en verzamelen van de informatie bij ziekenfondsen en voorschrijvers. Tijdens 2019 wordt de informatie geanalyseerd en een rapport

opgesteld.

Beoogde financiële impact	Gezien de aanzienlijke uitgave in deze sector kan een redelijke besparing verwacht worden.
Benodigde middelen en samenwerking	Project wordt samen met adviserende geneesheren uitgevoerd (Hoge raad). Verwachte werklast: één arts- of apotheker RIZIV; 5 à 7 adviserende artsen.

7.2.16 Rationeel antibioticagebruik

Doelgroep	Alle voorschrijvers.
Doel van de actie en motivering	<p>Analyses van het gebruik van antibiotica in België tonen sinds 2007 een aanhoudend hoog gebruik, ondanks uitgebreide en herhaalde initiatieven voor een rationalisering van het antibioticagebruik (artsen- en publiekscampagnes, BAPCOC, Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk,...).</p> <p>De basis doelstellingen die BAPCOC stelt in haar beleidsplan voor 2014-2019 voor de ambulante praktijk zullen niet/onvoldoende gerealiseerd worden:</p> <ul style="list-style-type: none">- een daling van het totale antibioticaverbruik van meer dan 800 voorschriften per 1000 inwoners per jaar in 2014 naar 600 tegen 2020 en 400 tegen 2025.- een daling van het gebruik van chinolonen van ongeveer 10 % van het totale antibioticaverbruik in 2014 naar 5 % tegen 2018. Er is reeds een initiatief rond chinolonen: beperking van indicaties tot terugbetaling via hoofdstuk IV.- een stijging van de verhouding amoxicilline versus amoxicilline-clavulaanzuur van ongeveer 50/50 in 2014 naar 80/20 tegen eind 2018.

Deze basisdoelstellingen moeten geëvalueerd worden in het kader van een globaal actieplan. De actie heeft tot doel minstens deze doelstellingen te realiseren tegen 2020.

Procedure	<p>Analyse van het huidig gebruik van antibiotica in de ambulante praktijk (aan de hand van een analyse van de uitgaven voor vergoedbare antibiotica).</p> <p>Formulering globaal actieplan (samenwerking FOD, RIZIV DGV)</p>
------------------	---

doelmatige zorg, FAGG / update bestaand BAPCOC-plan) in nauw overleg met de EBP stuurgroep.

Aanpassing regelgeving van de vergoedbare antibiotica in functie van de beoogde objectieven: aanpassing van de 'toegang' (dwz financiering/vergoeding van de therapie), door beperking van de vergoedbaarheid van de therapieën. In mei 2017 werd de tussenkomst door het RIZIV voor antibiotica verminderd. De eerste cijfers tonen aan dat het gebruik van antibiotica met 5% gedaald is.

Timing

2018:

Analyse huidige situatie.

Formulering actieplan met aanpassing van doelstellingen en rekening houdend met EBP-plan.

De minister besliste reeds in februari over striktere terugbetalingsvoorwaarden van antibiotica. De implementatie van de nieuwe terugbetalingscriteria is voorzien op 1 mei 2018.

Aangepaste objectieven : eind 2020:

Realisatie doelstelling 1 (een daling van het totale antibioticaverbruik van meer dan 800 voorschriften per 1000 inwoners per jaar in 2014 naar 600 tegen 2020).

Realisatie doelstellingen 2 en 3 (chinolonen; amox versus amox/clavulaanzuur).

Beoogde financiële impact

1) Quinolones hfdstk 4: 1.700.000 € (2019 e.v.)

2) Amoxicilline versus amoxiclavulaanzuur 377.400 € (2019 e.v.)

3) Daling aantal voorschriften (600 in 2020): 9.345.200 € (2019 e.v.)

Benodigde middelen en samenwerking

Realisatie van actieplan (samenwerking FOD, KCE, RIZIV DGV doelmatige zorg en farmaceutisch beleid).

Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen dient voorstellen te formuleren voor wijziging van de vergoedingsmodaliteiten, indien en waar noodzakelijk.

Voldoende aandacht voor communicatie(plan) naar voorschrijvers en patiënten (sensibilisatie en responsabilisering)

Bijlage 1: Potentiële opbrengsten 2019

	Acties	2019 Bedrag structurele maatregelen en doelmatige zorg	2019 Bedrag fraude
	Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016 - 2017 recurrente besparing "doelmatige zorg" (cfr. Nota CGV 2017/300)	11.750.000,00 €	
3.	Samenwerking met diverse partners in de GZZ		
3.1	Samenwerking VI – RIZIV in het kader van een uniforme en efficiënte aanpak van controles, terugvorderingen en sanctioneren, inclusief de uitrol van de meldpunten "fraude"		
3.2	Geïntegreerde aanpak van zorgverleners die geschorst zijn of wiens visum is ingetrokken		
4	Gegevensuitwisseling en databeheer		
4.1	Ontsluiting van de gegevens: door in productiestelling Newattest periode van vaststelling inbreuken in dossiers door DGEC groter	1.000.000 €	
4.2	Optimaliseren van het gebruik en analyseren van data		
4.3	Pilootproject gebruik diagnostische gegevens: doelmatige zorg bij cardiale interventies		
5.	Structurele maatregelen		
5.1	Creëren van een juridisch kader voor en een repertorium van de klinische samenwerkingsvormen tussen zorgverleners		
5.2	Verzekeren van fraudebestendige elektronische facturatie in overeenstemming met reglementering		
5.3	Audit ziekenhuizen		
5.4	Opsporing van overconsumptie door zorgverleners via patiëntenprofielen		
5.4.1	Case: Patiëntenprofielen - algemene analyse		
5.4.2	Case: Patiëntenprofielen - toepassing op tandheelkundige verstrekkingen		
5.5	Dringende Geneeskundige Hulpverlening		

5.5.1	Transparantie en conformiteit in de facturatie DGH-vervoer aan de patiënt		
5.5.2	Toezicht en controle op de facturatie DGH-vervoer aan de overheid		
5.5.3	Toezicht en controle op de toelagedossiers aan de ambulancediensten		
5.6	Verantwoordingsdrempel ZIV-aanrekening thuisverpleegkundigen		6.000.000 €
6	Onderdeel “fraudebestrijding”		
6.1	Dagziekenhuisforfaits bij poliklinische raadpleging		500.000 €
6.2	Hartmonitoring, ambulante en in het ziekenhuis: evaluatie van de toepassing van de nomenclatuur		1.500.000 €
6.3	Geneesmiddelen aangerekend tijdens hospitalisatie: gafactureerde dagdosissen		500.000 €
6.4	Fysiotherapie in ziekenhuizen: controle van het aantal zittingen		
6.5	Weesgeneesmiddelen: overeenstemming met het akkoord adviserend arts		500.000 €
6.6	Outliercontrole logopedisten		
6.7	Huisartsen die geen remgeld aanrekenen: realiteitscontrole van de verleende verstrekkingen		
6.8	Panoramische clichés en tandnummers van tandartsen: controle van de herhaalde clichés zonder een trauma		
6.9	Retinografie: outliercontrole		
7	Onderdeel “doelmatige zorg”		
7.1	Globale aanpak		
7.1.1	Methodologie		
7.1.2	De voorafgaande vereisten		
7.1.3	De prioriteiten 2018-2020		
7.1.4	De analyses		
7.1.5	Potentiële vervolgacties		
7.1.5.1	Pakket van globale maatregelen		
7.1.5.2	Gerichte acties naar doelgroepen toe		
7.1.5.3	Bijkomende acties van de FOD Volksgezondheid		
7.2	Specifieke thema's “doelmatige zorg”		
7.2.1	Globaal medisch dossier (GMD)		
7.2.2	Tandheelkundig dossier		
7.2.3	Conserverende tandzorgen		
7.2.4	Cardiologie		
7.2.5	Oftalmologie		
7.2.6	Neurologie EEG/VIDEO EEG	100.000 €	
7.2.7	Analyse Longfunctieproeven	500.000 €	

7.2.8	Anatomopathologie	500.000 €	
7.2.9	Klinische biologie	500.000 €	
7.2.10	Arthroskopische meniscectomieën	4.700.000 €	
7.2.11	Audit medische beeldvorming 2.0		
7.2.12	FANC-vergunning voor verstrekkingen met röntgenstralen		
7.2.13	Voorschrijfgedrag biosimilars		
7.2.14	Goedkoop Voorschrijfgedrag geneesmiddelen		
7.2.15	Geneesmiddelen hoofdstuk IV		
7.2.16	Rationeel Antibioticagebruik	11.422.600 €	
		30.472.600 €	9.000.000 €
		TOT 2019	39.472.600 €

Bijlage 2: Bijkomende middelen

Recurrente middelen toe te kennen in het kader van de uitvoering van dit actieplan, vanaf het jaar 2019.

1. Bijkomende personeelsbehoeften RIZIV en FOD Volksgezondheid, bijkomend naast de middelen toegekend in het kader van het actieplan 2016 - 2017 en de middelen die de FOD Volksgezondheid heeft voorzien in het kader van onderdeel 5.5 (Dringende Geneeskundige Hulpverlening):

- Actiepunt "repertorium klinische samenwerkingsverbanden"(5.1): 1 FTE businessanalist en 0,5 FTE attaché organisatie en ondersteuning	105.844,50 €
- Actiepunt "elektronische facturatie" (5.2): 1 FTE attaché	70.563,00 €
- Actiepunt "audit ziekenhuizen" (5.3):	
o 2 FTE data analisten	141.126,00 €
o 1 FTE administratief medewerker	48.178,00 €
o 1 FTE expert ziekenhuis facturatie	70.563,00 €
o 1 FTE gezondheidseconoom of een epidemioloog	70.563,00 €
o 4 FTE artsen auditeurs	587.852,00 €
o 2 FTE verpleegkundig auditeurs	114.312,00 €
- Actiepunt "Doelmatige zorg" (7.1): 1 FTE arts	146.963,00 €
	<hr/>
	1.355.964,50 €

2. Extra capaciteit data-ontwikkeling en ICT voor RIZIV:

- 2019	145.833 € (7/12den)
- 2020 e.v.	250.000 € (volledig jaar)

3. Extra capaciteit data-ontwikkeling en ICT voor IMA (cfr. actieplan 2016 -2017):

- 2018	385.000 €
- 2019 e.v.	500.000 €

4. Inhuren expertise en honoraria (cfr. Actieplan 2016- 2017)

Voornamelijk bij acties "doelmatige zorg" : samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen, scientific writers en medische experts: 360.000 €