



Jaarverslag – 2016

Dit jaarverslag 2016 geeft een overzicht van onze werkzaamheden in 2016. Sleutelwoorden zijn transparantie en modernisering met bijzondere aandacht voor efficiëntie in een context van beperking van de budgettaire middelen.

Inhoud

Inhoudstafel.....	1
I. Het RIZIV	2
1. Onze directie blikt terug op 2016.....	2
2. Identiteitskaart.....	4
II. Kernactiviteiten	6
1. Dienst voor geneeskundige verzorging	6
2. Dienst voor uitkeringen.....	8
3. Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle	10
4. Dienst voor administratieve controle	14
5. Fonds voor de medische ongevallen.....	15
III. Thema's	16
1. Geneeskundige verzorging	16
2. Uitkeringen.....	21
3. Controle	23
4. Medische ongevallen	28

I. Het RIZIV

1. Onze directie blikt terug op 2016

Onze administrateur-generaal en onze adjunct-administrateur-generaal blikken terug op 2016. Het is voor hen de gelegenheid om de maatschappelijke performantie die we nastreven op de voorgrond te plaatsen met zijn dubbele, niet-tegenstrijdige doelstelling: tegelijkertijd een actor van de volksgezondheid en een actor van de sociale zekerheid zijn, in het opperste belang van die 2 sectoren en vooral in het belang van de bevolking.

a. De terugkeer van de thema's

Wat de vorm betreft, is ons jaarverslag sinds 2014 enkel nog elektronisch beschikbaar. Dat zorgt voor een meer dynamische lezing op het internet en illustreert onze maatschappelijke verantwoordelijkheid op het vlak van onze consumptiepatronen en onze wil om meer digitaal te werken.

In dit verslag over 2016 diepen we wel weer een aantal thema's uit, zoals we dat ook deden toen we nog verslagen op papier publiceerden. Op die manier illustreren we goed de activiteiten die onze diensten uitvoeren in het kader van hun belangrijkste opdrachten.

b. Een weerspiegeling van onze diverse expertises en onze gemeenschappelijke benadering van de GVV-verzekering

Sinds enkele jaren publiceren sommige van onze diensten specifieke activiteitenverslagen: het Fonds voor de medische ongevallen, de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de Dienst voor administratieve controle.

Dit jaarverslag is geen kopie van of toevoeging op die gedetailleerde verslagen, die zich toespitsen op specifieke opdrachten. Integendeel, het weerspiegelt transversaal en vrij beknopt zowel onze diverse opdrachten, competenties, expertises, als de coherentie en cohesie die we in onze gemeenschappelijke en gezamenlijke benadering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVV-verzekering) proberen te brengen.

c. Een verzekering voor geneeskundige verzorging, niet louter verzekering tegen ziekte

De essentie van onze acties is volksgezondheid, solidair verzekerd door ons sociaalzekerheidsstelsel.

Gezondheid via de verzekering voor geneeskundige verzorging, veel meer dan louter een verzekering tegen ziekte! Gezondheid via uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid (van korte, lange of permanente duur), veroorzaakt door gezondheidsproblemen in de persoonlijke levenssfeer!

Gezondheid via de begeleiding bij een mogelijke terugkeer naar werk, meer dan ooit synoniem van gezondheid en ontplooiing en niet van ziekte! Gezondheid van ons systeem voor sociale bescherming en van onze sociale verzekeringen, via controle van het correcte gebruik van ons gezondheidszorgsysteem door de zorgverleners, de rechthebbende patiënten en onze bestuurspartners! Gezondheid, tot slot, via onderzoek van en mogelijke vergoeding voor medische ongevallen, bij gezondheidsproblemen in verband met geneeskundige verstrekkingen, die normaal niet tot verergering van de gezondheidstoestand mogen leiden.

d. Synergieën voor een echte volksgezondheidsstrategie en sociale zekerheid

Het sociale en openbare aspect van de gezondheidszorgverzekering is de essentie van de opdrachten van al onze diensten. De coherentie van onze globale strategie en onze acties is dan ook beter verzekerd en gewaarborgd doordat ze sinds 1945 in één enkele instelling, namelijk het RIZIV, samengebracht zijn en niet verspreid zijn volgens het type interventie: geneeskundige verzorging, uitkeringen, controles enz.

Maar onze acties zijn veel meer dan een eenvoudige verzekering: zij dragen actief bij tot de uitwerking en de ondersteuning van ons gezondheidszorgsysteem en dus tot een echte volksgezondheidsstrategie. In die geest is het nodig om met de andere federale instellingen en gezondheidsadministraties ook synergieën te ontwikkelen, zowel op het vlak van de strategie als op dat van de gezamenlijke acties.

Hetzelfde geldt sinds lang voor de sociale zekerheid, via het College van de openbare instellingen van sociale zekerheid, onze gemeenschappelijke bepalingen van de bestuursovereenkomsten en ons paritair en globaal beheer.

Wij hopen dat u bij het lezen van ons jaarverslag 2016 ervan overtuigd raakt dat we niet alleen dagelijks, maar ook met een beleidsvisie op lange termijn die dubbele, niet-tegenstrijdige doelstelling vervullen: tegelijkertijd als actor van de volksgezondheid en als actor van de sociale zekerheid optreden in het opperste belang van die 2 sectoren en vooral in het belang van onze hele bevolking, haar gezondheid, de toegankelijkheid, de solidariteit, de verantwoordelijkheid en de ondersteuning. Kortom, hét voorbeeld zijn van maatschappelijke performantie!



Jo De Cock
Administrateur-generaal



Benoît Collin
Adjunct-administrateur-generaal

2. Identiteitkaart

Onze opdrachten, enkele gegevens over ons personeel en onze financiële middelen in 2016 en focus op onze informatieveiligheid als strategische doelstelling

a. Onze opdrachten

Het RIZIV, Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, is een openbare instelling voor sociale zekerheid (OISZ). Onze [opdrachten](#) zijn divers en talrijk.

b. Onze financiële middelen

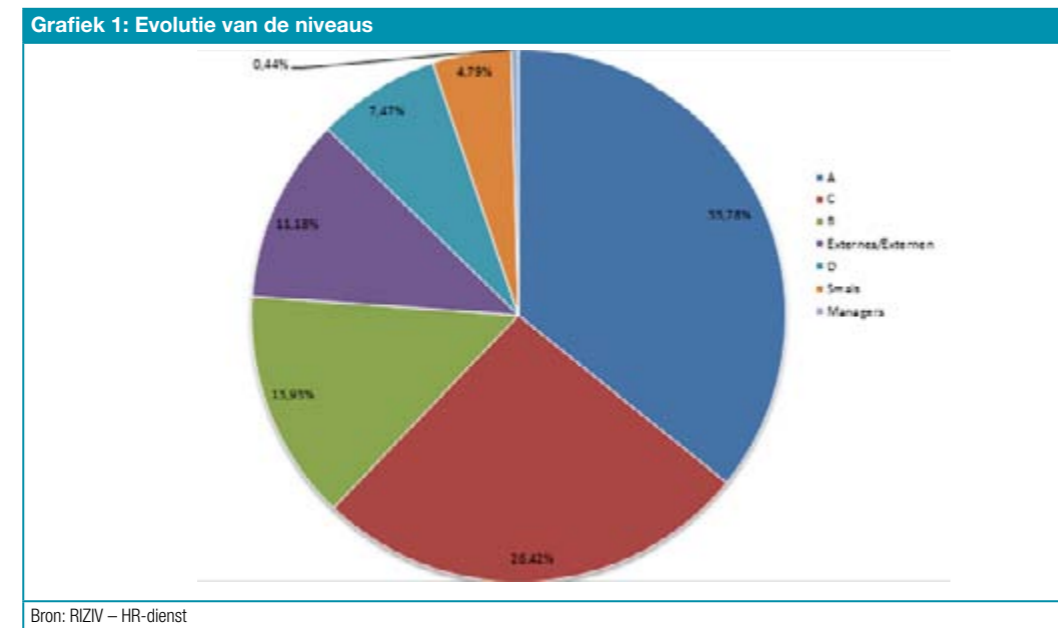
Raadpleeg:

- de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen: [ontvangsten en uitgaven](#)
- [onze administratiekosten](#)

c. Ons personeel

De laatste 4 jaren is ons personeel:

- van de niveaus A en B licht gestegen (+5% en +6%)
- van de niveaus C en D sterk gedaald (-19% en -29%).



In 2016 werkt 39 % van onze werknemers deeltijds (tegenover 9 % van onze werknemers). Het gaat in het bijzonder om de werknemers van niveau C en D.

Tabel 1: Verdeling per niveau, geslacht en werkregime

	RIZIV		Niveau A		Niveau B		Niveau C		Niveau D		
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	
Full	822	407	415	221	193	73	71	85	126	28	25
80%	227	27	61	3	47	6	27	11	101	2	25
50%	69	8	200	4	10	2	3	1	32	1	16
Others	12	4	8	2	1	0	2	0	2	2	3
0%	28	10	18	6	7	2	6	2	4	0	1
Totaal	1158	456	702	241	258	83	109	99	265	33	70

Bron: RIZIV – HR-dienst
Let op: Deze tabel bevat het personeel van Smals niet.

INSPANNINGEN OM ONS PERSONEEL TE BEHOUDEN

Onze HR-dienst blijft alles in het werk stellen om ons personeel de kans te bieden op een vaste benoeming of om carrière te maken via bevordering.

Tabel 2: Inspanningen om ons personeel te behouden

Niveau	Statutarisaties		Promoties	
	2016	2015	2016	2015
A	1	8	26	23
B	0	1	0	1
C	0	1	0	0
D	0	0	0	0
Totaal	1	10	26	24

Bron: RIZIV – HR-dienst

d. Onze informatieveiligheid

EEN STRATEGISCHE DOELSTELLING

Vanuit onze wettelijke context en missie moeten wij verschillende soorten persoonsgegevens verwerken. Het gaat om gegevens van zorgverleners, van sociaal verzekerden en van het eigen personeel. Dat gebeurt onder meer in het kader van de vele samenwerkingsverbanden met belangrijke partners zoals de overheid, de zorgsector en de sector sociale zekerheid.

De informatieveiligheid verzekeren is dan ook een prioriteit en een belangrijke doelstelling waarvoor ons Algemeen beheerscomité en ons Directiecomité zich blijvend engageren.

ONS BEHEERSYSTEEM

Om informatieveiligheid doeltreffend te kunnen aanpakken hebben we in 2003 een eerste beheersysteem opgezet, waarmee we de veiligheid continu willen verbeteren. In 2011 hebben we een programma opgestart onder de naam Safe Info. Dankzij de geleverde inspanningen hebben we dan in 2014 een certificaat voor informatieveiligheid (ISO 27001) kunnen halen, en dat voor heel ons instituut.

Ons beheersysteem voor informatieveiligheid (ISMS) garandeert de vertrouwelijkheid, de integriteit en de beschikbaarheid van alle gegevens die we verwerken in:

- alle bedrijfsprocessen van de kerndiensten
- alle ondersteunende processen van de algemene diensten.

We engageren ons ertoe om ons beheersysteem continu te verbeteren. Dat gebeurt via ons risicobeheer, dat op een structurele manier rekening houdt met dreigingen en opportuniteiten door wijzigende technologie, wetgeving of andere omgevingsfactoren. Regelmatige interne audits en een jaarlijkse externe audit stellen bovendien de overeenstemming vast met de ISO-norm.

Enkele jaren ervaring later kunnen we terugblikken op een geslaagd traject, waarbij we de voornaamste niet-conforme situaties hebben weggewerkt en een correcte maturiteit hebben bereikt.

TOEKOMSTGERICHTHEID

Ons informatiebeveiligingsbeleid stemt overeen met de [minimale normen van de Kruispuntbank van de sociale zekerheid](#).

Met de komst van de nieuwe [Europese algemene verordening gegevensbescherming \(GDPR\)](#) dient zich een nieuwe doelstelling aan die we met ons bestaand beheersysteem moeten bereiken.

Onze inspanningen in het kader van de ISO-certificatie zijn al een opstapje naar overeenstemming met GDPR.

II. Kernactiviteiten

1. Dienst voor geneeskundige verzorging

We beheren de verplichte ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging). De vergoedingsvoorwaarden van de geneeskundige verstrekkingen bepalen, de zorgverleners informeren, hun administratieve gegevens beheren en meewerken aan innoverende projecten maken deel uit van onze taken. Wij hebben overigens ook heel wat publicaties opgemaakt in 2016.

a. De voorwaarden bepalen voor de vergoeding van de geneeskundige verstrekkingen

In 2016 hebben we naar aanleiding van het 'Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie' 3 maatregelen genomen inzake geneesmiddelen die zowel voor de patiënt als voor de overheden besparingen opleveren. We hebben de vermindering vastgelegd van:

- de 'veiligheidsmarge', met andere woorden de toegestane imiet voor de supplementen die aan de patiënt worden aangerekend bovenop het persoonlijk aandeel (remgeld). Die daalt van 10,80 EUR tot 5 EUR.
- de prijs van talrijke geneesmiddelen via [een wijziging van het referentierugbetalingssysteem](#) (de zogenaamde 'patient cliff').
- de marge van de groothandelaar, wat een besparing oplevert voor de overheden. We hebben de opbrengst van die besparing opnieuw geïnvesteerd in een programma van multidisciplinaire zorg voor patiënten met diabetes type 2 die een verhoogd risico op complicaties vertonen.

b. De zorgverleners informeren, met name over de erelonen, de prijzen en de toe te passen regels

In 2016 hebben we [informatiesessies](#) georganiseerd voor de organisaties van de zorgverleners om hen toelichting te geven over de nieuwigheden inzake getuigschriften voor verstrekte hulp, bewijsstukken en de derdebetalersregeling in het kader van de nieuwe reglementering over de financiële transparantie van de geneeskundige verzorging.

c. De administratieve gegevens beheren van de zorgverleners, de verzorgingsinstellingen en -diensten

In 2016 is [de webtoepassing MyRiziv](#), waarmee de zorgverleners hun contactgegevens en financiële gegevens kunnen meedelen en aanpassen, uitgebreid met nieuwe functies, waaronder de mogelijkheid:

- voor alle zorgverleners om hun werkadres(sen) mee te delen en te wijzigen
- voor de artsen om hun gegevens inzake de conventionering mee te delen. De artsen konden via MyRiziv trouwens al hun weigering tot toetreding of hun gedeeltelijke toetreding tot het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017 meedelen.

d. Meewerken aan innoverende projecten

We werken samen aan het project '[Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken](#)'. In het kader van het gezamenlijk plan voor de chronisch zieken, 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid', en naar aanleiding van de oproep voor pilootprojecten, zijn 20 kandidaten gestart met de conceptualisering van hun projecten.

Die projecten strekken zich over heel België uit, richten zich op meerdere types chronische ziekten en houden de samenwerking in tussen verschillende zorg- en hulpverleners (huisartsen, ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen, verpleegkundigen en thuiszorgdiensten, overlegstructuren enz.) maar ook met patiëntenverenigingen, ziekenfondsen en zelfs actoren uit het verenigingsleven en de ondernemingen.

Het gaat om een gezamenlijk plan dat in overleg met de gefedereerde entiteiten maar ook met de actoren op het terrein en de stakeholders wordt uitgevoerd. Op het federale niveau leiden wij het in goede banen, in nauwe samenwerking met de FOD Volksgezondheid. Zo lopen we vooruit op het door de gezondheidsinstellingen gewenste Redesign.

e. Opmaken van publicaties

Dit zijn de publicaties die in 2016 zijn opgemaakt:

- De reeks 'Infospot' over de geneesmiddelen:
 - [Cijfers over de terugbetaling van de GLP-1 receptoragonisten](#)
 - [De top 25 van de werkzame bestanddelen in de uitgaven van de ambulante sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging in 2015](#)
 - [Antibiotica bij het kind in de ambulante zorg](#)
 - [Antitrombotica in de ambulante praktijk](#)
- Het [MORSE-rapport \(2015\)](#) over de uitgaven voor vergoedbare geneesmiddelen
- Consensusvergaderingen:
 - [De juryrapporten in 2016](#)
 - [Aanbevelingen voor de patiënten: 'De rol van vitamine D en van calcium bij de preventie van osteoporose en breuken'](#).

2. Dienst voor uitkeringen

Met enkele markante cijfers tonen we aan hoe onze Dienst voor uitkeringen (DU) inspeelt op de stijging van het aantal arbeidsongeschikten. We geven ook aan hoe het Kenniscentrum voor arbeidsongeschiktheid, dat deel uitmaakt van onze DU, mee inzet op het ontwikkelen van initiatieven voor re-integratie.

a. De stijging van het aantal arbeidsongeschikten en ons antwoord daarop

390.765 LANGDURIG ARBEIDSONGESCHIKTEN IN 2016

Het aantal langdurig arbeidsongeschikten is de laatste jaren sterk gestegen. Eind 2016 waren er 390.765 invaliden (= personen die langer dan 1 jaar arbeidsongeschikt zijn). In 2015 waren dat er nog 370.408.

Verschillende factoren verklaren die stijging.

De Dienst voor uitkeringen wil die mensen maximaal [opnieuw naar de arbeidsmarkt begeleiden](#). Dat kan gebeuren via een socioprofessioneel re-integratietraject of een deeltijdse werkhervatting. In beide gevallen ligt de focus op wat de arbeidsongeschikte persoon wel nog kan en niet op de verloren gegane vaardigheden.

5.413 SOCIOPROFESSIELE RE-INTEGRATIETRAJECTEN IN 2016.

In 2016 hebben 5.413 arbeidsongeschikte personen een [socioprofessioneel re-integratietraject](#) opgestart. In 2015 waren dat er nog maar 3.349.

We hebben ook verschillende samenwerkingsovereenkomsten gesloten met de verzekeringsinstellingen en de diensten voor arbeidsbemiddeling:

- met de VDAB op 1 oktober 2012 (met een vernieuwing in 2016)
- met Actiris op 5 november 2013
- met Forem en Awiph op 15 januari 2013.

Dankzij die samenwerkingsovereenkomsten krijgen arbeidsongeschikte personen de mogelijkheid om hun [voorheen verworven vaardigheden op te frissen of volledig nieuwe vaardigheden aan te leren](#).

- In het eerste geval spreken we van **rehabilitatie**. Bv: Een boekhouder wordt na 20 jaar ziek, voor een periode van 2 jaar. Na die 2 jaar is hij medisch weer in staat om zijn werk te hervatten. Omdat de wetgeving in de 2 jaar van zijn ziekte is gewijzigd, kan hij een korte cursus volgen om zijn kennis te actualiseren.
- Leert de betrokken persoon nieuwe vaardigheden aan, dan spreken we van **heroriëntatie**. Bv: Iemand werkt in de bouwsector. Na een periode van ziekte is die persoon fysiek niet meer in staat om zijn oude beroep te hervatten. In overleg met de adviserend arts volgt hij een opleiding informatica en kan hij aan de slag als programmeur bij een softwarebedrijf.

45.394 ARBEIDSONGESCHIKTE PERSONEN DEELTIJDS WEER AAN HET WERK

Begin 2016 telden we 45.394 arbeidsongeschikte personen die deeltijds het werk hebben hervat. 40.724 daarvan waren [werknemers](#), 4.670 [zelfstandigen](#). De deeltijdse werkhervatting zit duidelijk in de lift. Vorige jaren waren dat er nog maar 39.787 (35.989 werknemers en 3.798 zelfstandigen)

Bij elke deeltijdse werkhervatting gaat de adviserend geneesheer van het ziekenfonds na of de activiteit (zowel de aard als het volume) verenigbaar is met de medische situatie van de arbeidsongeschikte persoon.

In vele gevallen leidt een combinatie van arbeidsongeschiktheid en een activiteit op maat tot een volledige werkhervatting: 47,44 % bij de werknemers en 33,16 % bij de zelfstandigen.

De praktijk toont aan dat hoe vroeger iemand het werk hervat, hoe sneller hij weer aan de slag kan zoals vroeger. Een deeltijdse activiteit hervatten tijdens de eerste 6 maanden van de ziekte geeft de hoogste kans op een geslaagde terugkeer naar de arbeidsmarkt.

b. Enkele feiten en cijfers over het Kenniscentrum voor arbeidsongeschiktheid

Het [Kenniscentrum voor arbeidsongeschiktheid](#):

- verzamelt kennis over arbeidsongeschiktheid en maakt die toegankelijk
- ondersteunt het beleid
- versterkt het netwerk tussen alle spelers in het domein van de arbeidsongeschiktheid.

ENKELE CIJFERS: 2016 IS HET JAAR WAARIN ER ...

10 studies opgestart zijn:

- 14 studies liepen op 31 december
- 8 studies in de voorbereidende fase waren om in 2017 of ten laatste het eerste trimester van 2018 opgestart te worden
- 3 bijeenkomsten van het Begeleidingscomité van het kenniscentrum georganiseerd zijn. Tijdens die bijeenkomsten hebben onderzoekers hun lopende projecten voorgesteld en hun tussentijdse resultaten gedeeld met de stakeholders (vertegenwoordigers van werknemers, werkgevers, verzekeringsinstellingen, enz.)
- voor de eerste keer een colloquium is georganiseerd dat op enkele dagen volzet was. In een overvolle Pacheco-zaal (250 aanwezigen), hebben 7 onderzoekers hun afgerond of lopend onderzoek voorgesteld. Raadpleeg [de presentaties van het colloquium](#).

ENKELE FEITEN: 2016 IS HET JAAR WAARIN ER ...

- een grote studie is opgestart met betrekking tot het 'individual placement and support (IPS)'-model. Meer informatie over dat model vindt u in [een presentatie van de studiedag die plaatsvond in december 2016, met betrekking tot socioprofessionele re-integratie](#). De IPS-methodologie heeft in het buitenland bewezen effectief te zijn in de re-integratie van mensen met psychische stoornissen. Eén van de belangrijkste principes is dat mensen vrij snel geplaatst worden in een job en op de werkvloer verdere training krijgen. In België gebeurt het meestal omgekeerd. Met de studie willen we onderzoeken of we dezelfde goede resultaten zien in België en of we ook die resultaten aanhouden op lange termijn, m.a.w. is er sprake van duurzame werkhervatting?
- een vragenlijst ontwikkeld werd (in opdracht van de Beleidscel en het Kenniscentrum) om de adviserend arts te ondersteunen bij de uitvoering van het nieuwe koninklijk besluit over re-integratie. Een pilootproject zal die vragenlijst midden 2017 lanceren.
- De ontwikkeling van de vragenlijst is gebaseerd op de resultaten van [één van de eerste studies van het Kenniscentrum](#).
- in Vlaanderen de TRIO-projecten gelanceerd zijn. Dat initiatief bestaat al in de rest van België, die hiervoor als voorbeeld diende. TRIO verwijst naar de lokale samenkomsten van huisartsen, arbeidsgeneesheren en adviserende geneesheren.

- een aantal studies zijn opgestart, in samenwerking met enkele pijncentra, die expliciet onderzoek zullen doen naar de re-integratie van mensen met (chronische) pijn. Dat gebeurde vanuit de eerder gedane vaststelling dat musculoskeletale aandoeningen tot de belangrijkste oorzaken behoren van (langdurige) arbeidsongeschiktheid. De perceptie van pijn, al dan niet van chronische aard, is daarbij een belangrijke voorspellende factor voor een herintrede op de arbeidsmarkt. Binnen elk van die pijncentra hebben de studies een andere rode draad die tot gemeenschappelijke aanbevelingen moet leiden voor re-integratie.
- een studie is opgestart naar de meerwaarde van 'disability management' binnen het revalidatieteam. Een mooie kans voor de dienst om te zien wat in een dergelijke context de effectiviteit is van dat concept, waarop we inzetten via onze [opleidingen in 'disability management'](#).

Deze selectie is uiteraard slechts een greep uit de vele activiteiten van het Kenniscentrum in 2016.

3. Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

De nieuwe organisatiestructuur van onze Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) beïnvloedde de werking van de directies Controle, Expertise, Informatie & communicatie en Juridische zaken & geschillen. Die directies werkten onderling meer geïntegreerd samen. De resultaten volgden.

a. De nieuwe organisatiestructuur kreeg vaste vorm: dat beïnvloedde de werking van onze DGEC

Het jarenlange hervormingsprogramma leidde in 2016 tot een nieuwe organisatiestructuur, gebaseerd op 4 directies:

- Controle
- Expertise
- Informatie & communicatie
- Juridische zaken & geschillen.

Die directies werken onderling nauwer samen voor een meer doelmatig toezicht op de goede besteding van het budget van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-verzekering). Zij krijgen daarbij de ondersteuning van onder meer de nieuw opgerichte cellen zoals:

- de Filter die alle binnenkomende informatie analyseert, prioriteert en naar de juiste diensten doorverwijst
- het BOD (Beslissingsorgaan Organe Décisionnel) dat de strategische koers van onze DGEC bepaalt
- de Datacel die talloze facturatiegegevens cijfermatig analyseert op vraag van andere DGEC-diensten
- de Screeningcel die alle geselecteerde uitgaveposten in de GVU-verzekering ook inhoudelijk doorlicht om afwijkingen op te sporen
- de Dienst internationale aangelegenheden.

Die ingrijpende wijziging was noodzakelijk omdat het aantal personeelsleden in 2016 verder was gedaald tot 241. (In 2011 waren het er nog 321.) De daling was te wijten aan:

- de pensioneringsgolf
- het beperkte aantal nieuwe aanwervingen door de wervingsstop
- de overheveling van taken en personeel voor de Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GC-GRI) naar de Dienst uitkeringen.

Hoewel het personeelsbestand verminderde, bleek onze DGEC ook in 2016 succesvol te zijn. Dat was grotendeels te danken aan de nieuwe werkwijze die gekenmerkt werd door multidisciplinaire samenwerking en subsidiariteit en aan de positieve inzet van heel wat personeelsleden.

b. Een voortrekkersrol voor onze DGEC in het Actieplan handhaving gezondheidszorg 2016-2017

Alle ministeriële departementen moesten besparingen doorvoeren. Dat gold ook voor de gezondheidszorg. Begin 2016 richtte het RIZIV daartoe de taskforce 'doelmatige zorg' op, voorgezeten door de heer J. De Cock. De taskforce werkte voorstellen uit voor meer doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid. De minister van Sociale zaken en Volksgezondheid gaf de taskforce de opdracht om die voorstellen te concretiseren. Dat gebeurde in het 'Actieplan handhaving in de gezondheidszorg.'

Onze DGEC nam een actieve rol op in de taskforce en het Actieplan, door 41 documenten met voorstellen en informatie in te dienen. De DGEC werkte mee aan 25 van de 35 opgestarte projecten.

c. De Directie controle van onze DGEC stelde in 2016 vast dat de zorgverleners 8.766.783 EUR te veel aanrekenden aan de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging)

De zorgverleners rekenden aan de ziekteverzekering 8.766.783 EUR te veel aan. Dat heet het 'onverschuldigd bedrag'. Tot die vaststelling kwam het inspecterend personeel bij de 602 controleonderzoeken die het in 2016 afsloot. Er werden in totaal 538.433 inbreuken vastgesteld in die dossiers.

De daling van het aantal afgesloten controleonderzoeken was onder meer te wijten aan een forse daling van het aantal inspecteurs. In verhouding tot de middelen slaagden ze er toch in om een belangrijk onverschuldigd bedrag terug te eisen, waarvan een hoog bedrag vrijwillig terugbetaald is. Die toenemende doelmatigheid was voornamelijk toe te schrijven aan:

- een sterke voorbereidende analyse van de facturatiegegevens door de Datacel en de Screeningcel
- een meer gerichte aanwending van onze middelen door de Filter en het BOD
- de thematische aanpak: alle zorgverleners die aan bepaalde criteria beantwoorden ondergaan hetzelfde nationale controleonderzoek
- een sneller verzoek tot vrijwillige terugbetaling
- een betere multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende diensten van onze DGEC.

87 van de 602 afgesloten controleonderzoeken waren fraudeonderzoeken. We definiëren een onderzoek als fraudeonderzoek wanneer het gaat om intentionele inbreuken bij:

- niet-verrichte prestaties voor meer dan 3.000 EUR (uitgezonderd administratieve fouten)
- niet-conforme prestaties voor meer dan 25.000 EUR waarbij duidelijke aanwijzingen zijn voor opzettelijke onwettelijke facturatie
- overconsumptie na verwittiging.

De 87 fraudeonderzoeken maken slechts 14 % uit van alle afgesloten controleonderzoeken. Maar dat kleine aandeel is wel verantwoordelijk voor 60 % van het onverschuldigd bedrag, ofwel 5.298.846 EUR. Van dat bedrag werd slechts 35 % vrijwillig terugbetaald, terwijl in niet-fraudeonderzoeken maar liefst 95 % vrijwillig terugbetaald werd.

Sinds begin 2016 kunnen we grote fraudeurs afremmen door de uitbetaling van hun prestaties via de derdebetalersregeling tijdelijk te schorsen. De eerste dergelijke schorsing was een feit in juli 2016. Nadien volgden nog 4 schorsingen. Voor bepaalde fraudeurs en/of fraudenetwerken werken we samen met de arbeidsauditeur in het kader van het sociaal strafwetboek. In oktober 2016 werd een protocolakkoord opgesteld om die samenwerking vlotter te laten verlopen.

In de strijd tegen fraude onderhoudt onze DGEC ook een nauwe samenwerking met onze andere diensten via het platform CAFc (Commission Anti Fraude Commissie) en met de verzekeringsinstellingen via de antifraudewerkgroep van de Hoge raad van geneesheren-directeurs. Zo zijn er in 2016 concrete stappen gezet om de bestelling van getuigschriften voor verstrekte hulp (GVVH) beter te beveiligen, nadat uit een fraudeonderzoek was gebleken dat bepaalde processen in die bestellingen fraudegevoelig zijn.

De Directie controle legt de focus sterker op thematische controleonderzoeken. De weerslag van dergelijke onderzoeken is in verhouding tot de vrijgemaakte middelen veel hoger dan die van individuele onderzoeken. In 2016 zijn er 3 thematische controleonderzoeken afgesloten:

- Intensieve zorg: honoraria voor permanentie 's nachts en in het weekend;
- POCT (Point Of Care Testing): controle van de aanrekening van de code 592852 (ambulante klinische biologie zonder tegemoetkoming van arts)
- facturering van een coronarografie tijdens een dilatatieprocedure binnen de 15 dagen die op een andere coronarografie volgt.

d. Via data-analyse, screening en terreinanalyse brengt de Directie expertise de praktijkvoering van groepen zorgverleners in kaart

De Directie expertise onderzoekt de praktijkvoering van groepen zorgverleners. Ze verzamelt en evalueert objectieve informatie via data-analyses, screening en terreinanalyses. Ze toetst die informatie aan Evidence based medicine, de wetgeving en/of de algemene 'good practices' om zo overconsumptie, ondoelmatigheid van zorg en realiteit/conformiteit in kaart te brengen. In 2016 sloot de Directie expertise 3 projecten af:

- Herziening van het gebruik en de controle van de terugbetalingsvoorwaarden voor een geneesmiddel van hoofdstuk IV: [Ambisome®](#)
- Terreinanalyse van de werking van de adviserend geneesheren in 2015
- Evaluatie van de huisartsactiviteiten in 2014.

De Directie expertise werkt voor verschillende projecten samen met het Federaal agentschap voor nucleaire controle (FANC):

- Audit protocolakkoord zware medische beeldvorming
- Ontwerpen van het KB van 20 december 2016 betreffende de uitwisseling en koppeling van informatie en gegevens tussen het FANC en het RIZIV
- Regularisatiecampagnes naar artsen-connexisten en tandheelkundigen.

Onze DGEC zetelt met raadgevende stem in diverse technische raden en overeenkomsten commissies. In 2016 namen inspecteurs van de DGEC deel aan 203 van dergelijke raden en commissies, waar zij onder meer nomenclatuurwijzigingen en andere reglementaire teksten voorstelden.

e. De Directie informatie & communicatie vergroot de impact en zichtbaarheid van de projecten van de DGEC

De Directie informatie en communicatie (I&C) van onze DGEC zorgt voor een extra impact en zichtbaarheid van de acties en projecten van de Directies controle en expertise. Enerzijds gaat de directie in dialoog met journalisten en geeft ze weerwoord op vragen van verschillende media. Anderzijds gaat de directie in dialoog met de zorgverleners via briefencampagnes en informatiebrochures.

De informatiebrochures geven de zorgverleners antwoord op de belangrijkste juridische en administratieve vragen die zich in de dagelijkse praktijk kunnen stellen. Hierdoor hoeven de zorgverleners niet zelf in de wetgeving te zoeken. In 2016 zijn er 4 brochures bijgewerkt:

- Infobox kinesitherapie
- Infobox verpleegkundigen
- Infobox tandarts
- DGEC, opdrachten en procedures.

Via briefencampagnes brengt onze DGEC bepaalde doelgroepen van zorgverleners op de hoogte van afwijkende resultaten die werden vastgesteld tijdens een thematisch onderzoek of een evaluatieproject. Die brieven hebben een informerende en sensibiliserende functie. Ze stimuleren de zorgverleners om hun gedrag aan te passen en waarschuwen soms ook voor eventuele volgende controles. In 2016 zijn er 3 van dergelijke briefencampagnes gehouden:

- een waarschuwingsbrief naar de cardiologen-connexisten waarvan de verplichte gebruikersvergunning voor prestaties met ioniserende stralen niet in orde was
- een herinneringsbrief aan de cardiologen-connexisten die de bovenvermelde vergunning niet in orde gebracht hadden in de termijn vooropgesteld in de 1e brief
- een sensibiliseringsbrief naar de huisartsen die bij meer dan 20 % van hun zaterdagraadplegingen buiten de wachtdienst een toeslag voor dringende verzorging (code 102410) aanrekenen.

f. De juridische directie van onze DGEC hielp mee wetswijzigingen uitwerken die de wettelijke bevoegdheden van onze DGEC efficiënter doen verlopen

De Directie juridische zaken en geschillen heeft een divers takenpakket. Zij:

- geeft advies
- werkt mee aan lopende onderzoeken
- handelt de procedurefase van concrete controleonderzoeken af
- werkt noodzakelijke voorstellen tot wetswijziging uit.

In 2016 deed die directie onder andere het voorbereidend werk voor 2 belangrijke aanpassingen aan de GVU-wet:

- De vaststellingen van de DGEC moeten gebeuren binnen de 3 jaar in plaats van binnen de 2 jaar.
- De onderzoeksmethode 'extrapolatie' werd ingevoerd.

Die aanpassingen zijn opgenomen in de 'Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid van 18 december 2016', zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 27 december 2016.

Zij zorgt ervoor dat onze DGEC zijn wettelijke bevoegdheden efficiënter kan uitoefenen en zo misbruik van het budget van de ziekteverzekering beter kan vaststellen en herstellen.



4. Dienst voor administratieve controle

Onze Dienst voor administratieve controle (DAC) ziet erop toe dat de verzekeringsinstellingen en de ziekenfondsen de regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-verzekering) correct en eenvormig toepassen. De DAC strijdt ook tegen de sociale fraude van de sociaal verzekerden en garandeert de toegang van de sociaal verzekerden tot de GVU-verzekering. Op die manier waken we over de gelijke behandeling van elke sociaal verzekerde en zien we toe op een optimaal gebruik van de financiële middelen van de GVU-verzekering.

a. We zien erop toe dat de verzekeringsinstellingen en de ziekenfondsen de wetgeving correct en eenvormig toepassen

Onze opdracht bestaat erin om onderzoeken, follow-upcontroles en meerdere themacontroles per jaar uit te voeren bij de verzekeringsinstellingen (V.I.) in de sectoren van de geneeskundige verzorging en de uitkeringen. In 2016 hebben we in dat kader ongeveer 16.000 individuele dossiers gecontroleerd. Na afloop van die controles hebben we onze aanbevelingen, waarschuwingen en ongeveer 500 sancties aan de V.I. bezorgd, opdat ze hun werkwijze zouden verbeteren.

Een voorbeeld: De hervorming van de [verhoogde tegemoetkoming](#) die op 1 januari 2014 in werking is getreden, voorziet een administratieve vereenvoudiging en een meer rechtvaardige toekenning van dat recht voor gezinnen met een laag inkomen. Als gevolg van die hervorming leek het ons opportuun om in 2016 een themacontrole te organiseren over de naleving en de toepassing van die wetgeving door de V.I. Van de 2.840 individuele dossiers die op basis van een willekeurige steekproef en verschillende doelgerichte gevallen waren geselecteerd, waren er slechts 178 foutief (6,27 %). Op basis van dat vrij lage foutenpercentage hebben we kunnen vaststellen dat de ziekenfondsen de nieuwe wetgeving inzake de verhoogde tegemoetkoming efficiënt toepassen.

b. We strijden tegen de sociale fraude van de sociaal verzekerden

In 2016 hebben we ongeveer 4.000 individuele dossiers gecontroleerd en daarbij gevallen van sociale fraude vastgesteld voor een totaal onverschuldigd bedrag van meer dan 5 miljoen EUR.

Het ging meer bepaald om:

- fraude van arbeidsongeschikte personen die een beroepsactiviteit hervatten zonder de toestemming van de adviserend geneesheer van hun ziekenfonds, ongeacht of die arbeid aan de Rijksdienst voor sociale zekerheid werd aangegeven (770.001,41 EUR) of niet (2.487.212,22 EUR)
- dossiers 'fictieve woonplaats' of sociaal verzekerden die in werkelijkheid samenwonen. Via dat fraudemechanisme kunnen de sociaal verzekerden onwettige financiële voordelen verkrijgen (1.018.411,92 EUR)
- de problematiek van de personen die op een fictieve manier onderworpen zijn aan de sociale zekerheid: het gaat om een omvangrijk netwerk van fictieve ondernemingen die valse sociale documenten verkopen aan personen die op die wijze het recht verkrijgen op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en geneeskundige verstrekkingen (941.364,52 EUR)
- fraude door arbeidsongeschikte personen die in het buitenland verblijven zonder de toestemming van de adviserend geneesheer van hun ziekenfonds of die niet zijn vrijgesteld om die toestemming te vragen en die illegaal uitkeringen blijven ontvangen (52.566,87 EUR).

Na die controles hebben we ongeveer 500 administratieve sancties aan de sociaal verzekerden opgelegd. Die sancties zijn toegepast in de vorm van boetes of niet-betaling van een aantal daguitkeringen door de ziekenfondsen. In 2016 werd op die manier een bedrag van 350.471,83 EUR geïnd.

Op basis van onze vaststellingen gebeurt de terugvordering van de onverschuldigde bedragen door de ziekenfondsen. Bovendien voeren ook de ziekenfondsen op eigen initiatief controles uit, die ook regelmatig tot grote terugvorderingen leiden.

c. We bevorderen de toegang van de sociaal verzekerden tot de GVU-verzekering

Die opdracht omvat meer bepaald de controle van bewijsstukken, de ontwikkeling en het beheer van gegevensstromen om rechten en sociale voordelen toe te kennen zoals de [maximumfactuur](#) en de [verhoogde tegemoetkoming](#).

De voorbije jaren hebben we onder meer bijgedragen tot de creatie van een gegevensstroom om potentiële rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming proactief op te sporen. Voortaan gaan de V.I. actief op zoek naar de sociaal verzekerden die aanspraak kunnen maken op de verhoogde tegemoetkoming op basis van de gegevens die ze hebben. Dat nieuwe systeem voor de uitwisseling van gegevens zorgt ook voor een efficiëntere controle van het recht op de verhoogde tegemoetkoming.

In 2016 hebben we naast een [systematisch econtrole op de verhoogde tegemoetkoming](#) bij ongeveer 800.000 rechthebbenden ook een [systematische controle op de maximumfactuur](#) bij ongeveer 1 miljoen gezinnen uitgevoerd.



Meer weten over [de opdrachten van de DAC](#)



Raadpleeg het [het activiteitenverslag 2016 van de DAC](#)

5. Fonds voor de medische ongevallen

Het Fonds voor de medische ongevallen zat niet stil in 2016! Het behandelde een flink pak dossiers en betaalde een aantal vergoedingen uit, het ging op zoek naar bijkomend personeel en experts en het zette zijn technologische projecten verder.

a. Behandelen van aanvragen en uitbetalen van vergoedingen

In 2016:

- ontving het FMO maandelijks een vijftigtal nieuwe aanvragen
- betaalde het FMO vergoedingen uit in 11 dossiers.

Sinds het bestaan van het FMO waren er eind december 2016 al **3150 aanvragen** ingediend. In het kader van de kosteloze en laagdrempelige procedure onderzoekt het FMO alle dossiers die het ontvangt, want er bestaat **geen ontvankelijkheidsdrempel** voor het indienen van een adviesaanvraag.

De taalkundige verdeling tussen de Nederlandstalige en de Franstalige dossiers benadert de 50/50-verdeling.

b. Uitbreiding van de personeelsformatie en het netwerk van experts

Ondanks de aanhoudende inspanningen van het FMO-team, is er toch een grote vertraging in de verwerking van de dossiers. Vooral 'fase 2' van de verwerking duurt nog te lang: het medisch en juridisch onderzoek van het dossiers, op basis waarvan het FMO advies kan geven.

Om die vertraging aan te pakken wil het FMO de **personeelsformatie (juristen en artsen)** vervolledigen en een beroep doen op bureaus van externe juridische en **medische experts**. Drie vierden van de voorziene aanwervingen zijn al gerealiseerd, maar er waren ook enkele mensen die het FMO verlieten.

Het FMO heeft ook stappen gezet om het **netwerk** van experts aan te vullen, meer bepaald in de sectoren waar de nood meer uitgesproken is of waar nog geen experts bereid zijn gevonden om voor het FMO te werken. Het vinden van kwaliteitsvolle experts is een continue zorg.

c. Verdere uitbouw van technologische projecten

Er waren verschillende technologische projecten lopende in 2016, die de uitvoering van de FMO-activiteiten moeten verbeteren en versnellen.

Zo is er het '**DAMO-project**' (Dossier Accidents Médicaux/Medische Ongevallen).

Dat project moet:

- het beheer van de FMO-dossiers optimaliseren
- de werking van het FMO optimaliseren.

Dankzij dat project zal een fijnere analyse van de gegevens over de medische ongevallen mogelijk zijn, zodat het FMO **aanbevelingen** kan uitwerken op het vlak van **preventie**.

III. Thema's

1. Geneeskundige verzorging

a. Het mondzorgtraject: betere terugbetaling bij regelmatig tandartsbezoek

De mondgezondheid van de Belgische bevolking is goed, maar kan nog altijd beter. Met de invoering van het mondzorgtraject zet de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) bijkomend in op preventie, door de burger aan te zetten tot een regelmatig contact met de tandarts. Bijkomende professionele tandverzorging, als aanvulling op en sturing bij de individuele mondhygiëne, is noodzakelijk om schade aan het gebit en de kaken te voorkomen.

HET BELANG VAN EEN JAARLIJKS TANDARTSBEZOEK

Om het belang van een jaarlijks tandartsbezoek in de verf te zetten is het bedrag van de terugbetaling van tandverzorging afhankelijk gemaakt van een geregistreerd tandartscontact gedurende het voorgaande jaar. Dat is het basisprincipe van het [mondzorgtraject](#) dat op 1 juli 2016 in voege is getreden bij personen zonder voorkeurregeling. De regeling voorziet een verminderde terugbetaling en dus een verhoogd persoonlijk aandeel (remgeld) voor curatieve verstrekkingen die de burger had kunnen voorkomen als hij het traject had gevolgd. Het gaat hier dan bv. om vullingen, extracties of uitneembare prothesen.



Belangrijk:

- Preventieve tandzorg en raadplegingen blijven buiten het mondzorgtraject. Dus als de burger het jaar daarvoor niet bij een tandarts is geweest, dan hoeft hij geen verhoogd persoonlijk aandeel (remgeld) te betalen voor die verstrekkingen. Die verstrekkingen tellen bovendien als een geregistreerd tandartscontact, waardoor de burger steeds zonder extra kosten in het mondzorgtraject kan stappen. Ook voor orthodontie en parodontologie hangt de terugbetaling niet af van een contact tijdens het voorgaande jaar.
- Het mondzorgtraject is op 1 januari 2017 ook ingevoerd bij personen met voorkeurregeling, weliswaar met een beperkt verhoogd persoonlijk aandeel (remgeld) als ze het mondzorgtraject niet hebben gevolgd. Enkel voor jongeren onder de 18 jaar geldt het mondzorgtraject niet en blijft de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) de basistandzorg volledig terugbetalen, met uitzondering van orthodontie.

HET MONDZORGTRAJECT ALS MOTOR VOOR VERDERE VERNIEUWING

Bij een 1^e impactanalyse eind 2016, op basis van de terugbetalingsgegevens, bleek dat gedurende 2014 (van alle verzekerden) ongeveer 5,2 miljoen personen minstens één contact hadden met een tandarts en dat dit cijfer voor 2015 is toegenomen tot iets meer dan 5,7 miljoen personen. Dat betekent een toename met bijna 10 % van 2014 naar 2015. De inlichtingscampagnes van de ziekenfondsen en de informatie die tandartsen en hun verenigingen hebben verspreid rond de invoering van het mondzorgtraject in de loop van 2015 hadden hun effect dus niet gemist.

In 2018 zal de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen een globale evaluatie doorvoeren van het mondzorgtraject. Op basis van een uitgebreide cijferanalyse zal dan beslist worden over een eventuele versterking en/of verbetering van de bestaande regeling.



[Het mondzorgtraject](#)

b. Terugbetaling van borstreconstructie met eigen weefsel

In ziekenhuizen die met ons een overeenkomst sluiten, kunnen patiënten een betere terugbetaling krijgen van borstreconstructie met eigen weefsel, na borstverwijdering ten gevolge of ter preventie van kanker. De overeenkomst voorziet ook een grotere transparantie van de aanrekenbare kosten en de invoering van een aantal kwaliteitseisen. Esthetische supplementen zijn verboden en het persoonlijk aandeel (remgeld) van de patiënt vermindert.

CONTEXT VAN DEZE PROBLEMATIEK

Ieder jaar ondergaan ongeveer 1.500 vrouwen een borstreconstructie met eigen weefsel. Tot nu bestond hiervoor een terugbetaling via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, maar die was ontoereikend om dergelijke zware chirurgische ingreep, die tot 9 uur in beslag neemt, te kunnen vergoeden. De vrouwen die in aanmerking kwamen voor die vorm van borstreconstructie moesten dus zeer hoge ereloonsupplementen betalen, die de hospitalisatieverzekeringen bovendien niet altijd dekten.

Al in 2013 startten de onderhandelingen met de beroepsgroep, maar die verliepen moeizaam omdat niet duidelijk was wat een correcte en redelijke vergoeding was voor de chirurg die dergelijke operaties uitvoert. Het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) ging dieper in op de kwestie en maakte [een uitgebreide analyse](#). Daarna legde het [Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017](#) van 22 december 2015 een herziening vast van de bestaande honorering en terugbetaling.

In juli 2016 kwam het tot een 1^e overeenkomst in de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen (NCAZ) en in de Overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen. Het Verzekeringscomité aanvaardde de tekst en legde die voor aan alle ziekenhuizen met een borstkliniek. De effectieve toetredingen tot dat akkoord bleven echter uit en verdere onderhandelingen bleken noodzakelijk.

Uiteindelijk werd [een overeenkomst 2.0](#) goedgekeurd op **24 oktober 2016**. Eind 2016 waren ongeveer 60 % van de centra toegetreden tot die overeenkomst. Momenteel zijn alle centra die dergelijke ingrepen uitvoeren toegetreden. In afwachting van de evaluatie van die overeenkomst, die gepland is in het laatste trimester van 2017, blijft de mogelijkheid bestaan voor de ziekenhuizen om de nomenclatuurcode te attesteren in die gevallen waarin de overeenkomst niet van toepassing is.

INDICATIES VOOR TERUGBETALING

De terugbetaling van de borstreconstructie is mogelijk:

- na een mutilerende ingreep ten gevolge van borstkanker
- na preventieve borstverwijdering wegens genetische predispositie op kanker
- in een aantal specifieke gevallen, na voorafgaand akkoord van het College van geneesheren-directeuren ([zie artikel 3 van de overeenkomst](#))

HERWAARDERING VAN DE ARTSENHONORARIA EN BETERE TERUGBETALING VOOR DE PATIËNTE

De artsenhonoraria en de terugbetaling zijn als volgt geherwaardeerd:

Tabel 3: Herwaardering van de artsenhonoraria en betere terugbetaling voor de patiënte		
	Tarief nomenclatuur (EUR)	Tarief overeenkomst (EUR)
Fase 1. Borstreconstructie		
Unilateraal	1.527,24	3.088,44
Bilateraal	2.519,94	4.693,06
Fase 2. Remodelleren borst en tepel		
Unilateraal	454,57	684,20
Bilateraal	454,57	796,20
Fase 3. Tatoeage van de areolaire streek		
	40,89	97,14

De bestaande artsenhonoraria en de terugbetaling zijn bijna verdubbeld. Het deel dat vroeger werd aangerekend als een supplement aan de patiënte nemen wij nu ten laste via de overeenkomst. Voor de chirurgen is dat een budgetneutraal voorstel.

BEPERKING VAN SUPPLEMENTEN EN VOORSCHOTTEN

De honorariumsupplementen bij patiëntes die kiezen voor een eenpersoonskamer beperken zich tot maximum 100 % van de reconstructie. Bij patiëntes die niet kiezen voor een eenpersoonskamer is het verboden om supplementen aan te rekenen.

Voorschotten vragen op de bedragen ten laste van de patiënte is enkel toegelaten voor een maximum van 50 % van de honorariumsupplementen, met een maximaal bedrag van 1.250 EUR.

DE OVEREENKOMST WAARBORGT KWALITEIT

Enkel de verplegingsinrichtingen die een erkende coördinerende borstkliniek of een satelliet-borstkliniek hebben, kunnen toetreden tot de overeenkomst. Bovendien moet de verplegingsinrichting een interne en externe kwaliteitscontrole hebben met een verplichte evaluatie van de patiënttevredenheid. De arts-specialisten in de plastische, reconstructieve en esthetische heekunde moeten een bijzondere bekwaamheid aantonen op basis van hun CV.

BETERE INFORMATIE VOOR DE PATIËNTE

Via een brochure moet de patiënte alle nuttige medische en financiële informatie krijgen, met het oog op het geven van de geïnformeerde toestemming. Bovendien moet ze een schriftelijk bestek ontvangen, samen met een ontwerp van opnameverklaring, ten minste 7 dagen voor de ingreep. Dat laatste verzekert dat de patiënte rustig kennis kan nemen van alle voorwaarden en doordacht kan beslissen over haar kamerkeuze.

 [Terugbetaling van borstreconstructie met eigen weefsel \(inclusief lijst ziekenhuizen die tot de overeenkomst zijn toegetreden\).](#)

c. Antiretrovirale geneesmiddelen tegen aids: terugbetaald zodra de diagnose is gesteld en beter begeleid

2016 is het jaar waarin de vergoedingsvoorwaarden voor de antiretrovirale middelen tegen het aidsvirus (hiv) werden gewijzigd: sinds 1 december 2016 betaalt de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) de antiretrovirale behandelingen terug zodra de diagnose 'seropositiviteit' is gesteld.

VAN HIV TOT AIDS

De besmetting met het hiv-virus (humaan immunodeficiëntievirus, een retrovirus) is een infectieziekte die overgedragen wordt door een nauw en onbeschermd contact met de lichaamsvochten van een besmette persoon. Er zijn verschillende vormen van overdracht vastgesteld: langs seksuele weg, via het bloed en van moeder op kind.

Hiv is een chronische infectie die gedurende jaren asymptomatisch is. Die infectie blijft tot vandaag ongeneeslijk. Zonder een antiretrovirale behandeling zijn de prognoses zeer ongunstig en leidt de infectie onvermijdelijk tot het overlijden van de patiënt door het verworven immunodeficiëntiesyndroom (of aids, het laatste stadium van de ziekte).

ANTIRETROVIRALE GENEESMIDDELEN: NOODZAKELIJK OM DE ONTWIKKELING VAN AIDS TEGEN TE GAAN

Gelukkig beschikken we vandaag over efficiënte antiretrovirale geneesmiddelen die de besmette patiënten helpen. De antiretrovirale behandeling geneest de infectie niet, maar stopt de replicatie van virussen in het organisme en maakt het immuunsysteem sterker waardoor het de infecties krachtiger kan bestrijden.

Dankzij die antiretrovirale behandeling is er de laatste jaren trouwens een spectaculaire daling van het aantal aidsgevallen. Door die therapie kunnen personen die met hiv zijn besmet, verder een productief leven in goede gezondheid leiden. Bij de patiënten die een juiste behandeling krijgen en die behandeling ook nauwgezet volgen, stemt het sterftecijfer vandaag de dag bijna volledig overeen met dat van de algemene bevolking. Bij patiënten die juist zijn behandeld, vindt men in het bloed geen sporen meer terug van het virus en die patiënten zijn dus (nagenoeg) niet meer besmettelijk.

In 2015 werden 1.001 hiv-besmettingen gediagnosticeerd in België en werden 15.266 met hiv besmette patiënten medisch gevolgd. 89,4 % van die opgevolgde patiënten kregen een antiretrovirale behandeling.

ANTIRETROVIRALE GENEESMIDDELEN: NOODZAKELIJK ZODRA DE DIAGNOSE IS GESTELD

Tot in november 2016 kregen de met hiv besmette patiënten een antiretrovirale behandeling alleen terugbetaald als ze verschillende voorwaarden vervulden, zoals de aanwezigheid van klinische manifestaties gelinkt aan de hiv-besmetting of wijzigingen in het bloed die wezen op een aantasting van de immuniteit (lymfocytengehalte CD4).

Twee wetenschappelijke studies die in 2015 en 2016 werden gepubliceerd (HPTN 052 en START), stelden dat de gezondheid en de overlevingskansen van de met hiv besmette patiënten duidelijk waren verbeterd wanneer de antiretrovirale behandeling onmiddellijk na de diagnose van seropositiviteit door het hiv-virus werd opgestart en er niet meer gewacht werd op klinische manifestaties of sporen van de infectie in het bloed. Naar aanleiding van die publicaties werden de internationale aanbevelingen aangepast.

ANTIRETROVIRALE GENEESMIDDELEN: VROEGER TERUGBETAALD EN BETER BEGELEID

In 2016 hebben wij de vergoedingsvoorwaarden voor de antiretrovirale geneesmiddelen gewijzigd zodat ze beantwoorden aan de geactualiseerde wetenschappelijke aanbevelingen. Sinds 1 december 2016 betaalt de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) die behandelingen terug zodra de diagnose 'seropositiviteit door hiv' is gesteld.

Door die uitbreiding van de vergoedingsvoorwaarden voor de antiretrovirale geneesmiddelen mag men niet vergeten dat die behandelingen vanwege hun nevenwerkingen niet onschuldig zijn. Er komen overigens regelmatig nieuwe geneesmiddelen op de markt.

Om de patiënten optimale kwaliteitszorg aan te bieden, hebben wij het opportuun geacht een betere begeleiding te creëren voor die antiretrovirale behandelingen en de toegang tot de terugbetaling van die behandelingen toe te vertrouwen aan de centra die gespecialiseerd zijn in de tenlasteneming van aids. Sinds 1 december 2016 worden de antiretrovirale geneesmiddelen terugbetaald als de behandeling gestart werd door een arts-specialist die verbonden is aan een erkend aidsreferentiecentrum. Zo ook is een jaarlijks follow-upbezoek bij een van die artsenspecialisten verplicht om de toestemming te krijgen voor de verlenging van de behandeling.

MULTIDISCIPLINAIRE TENLASTENEMING IN DE AIDSREFERENTIECENTRA

De erkende aidsreferentiecentra hebben een overeenkomst gesloten met ons dat hun de taak toevertrouwt om de met hiv besmette patiënten een medische en geneesmiddelenbehandeling te verstrekken en een optimale psychosociale begeleiding aan te bieden.

Daarvoor beschikken ze over een multidisciplinair team dat is samengesteld uit artsen die gespecialiseerd zijn op het vlak van aids en seksueel overdraagbare aandoeningen, maar ook uit psychologen, diëtisten, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers.

DALING VAN DE PRIJS VAN DE ANTIRETROVIRALE GENEESMIDDELEN

Onze uitgaven voor antiretrovirale geneesmiddelen bedroegen 131,97 miljoen EUR in 2015 en 142,16 miljoen EUR in 2016. Op basis van de in 2016 toegepaste prijzen zou de uitbreiding van de vergoedingsvoorwaarden voor antiretrovirale geneesmiddelen een toename met 10 % van ons budget voor die geneesmiddelen betekenen. Om die budgettaire impact te beperken gaat de maatregel gepaard met een prijsdaling van 4 % voor de antiretrovirale geneesmiddelen die zeer veel worden gebruikt tijdens een eerstelijnsbehandeling van een hiv-besmetting.

2. Uitkeringen

a. Het re-integratietraject voor arbeidsongeschikte werknemers/werklozen

Het re-integratietraject beoogt de terugkeer naar de arbeidsmarkt van arbeidsongeschikt erkende werknemers/werklozen. Daarbij staat een nauwe samenwerking centraal tussen de werknemer/werkloze, de adviserend arts, de behandelend arts en de arbeidsgeneesheer.

WAT IS ER NIEUW?

Op 1 december 2016 traden er nieuwe maatregelen in werking (K.B. van 08.11.2016) om arbeidsongeschikte werknemers/werklozen te begeleiden en te ondersteunen bij het opstarten van een zogenoemd 'socioprofessioneel re-integratietraject'.

Let wel: Zo'n traject opstarten is enkel mogelijk als de betrokken persoon nog voldoende restmogelijkheden heeft om te werken en voor zover het werk verenigbaar is met zijn gezondheidstoestand.

VANAF WANNEER KAN IEMAND INSTAPPEN IN EEN RE-INTEGRATIETRAJECT?

Een werknemer/werkloze die arbeidsongeschikt erkend is:

- vanaf 1 januari 2016, kan ten vroegste instappen op 1 januari 2017
- vóór 1 januari 2016, kan ten vroegste instappen op 1 januari 2018.

HOE KOMT MEN TOT EEN RE-INTEGRATIETRAJECT?

Binnen 2 maanden na de aangifte van de arbeidsongeschiktheid door de betrokken persoon zal de adviserend arts voor hem nagaan:

- of een traject al dan niet mogelijk is
- of hij gebonden is door een arbeidsovereenkomst: het traject verloopt namelijk anders voor wie een arbeidsovereenkomst heeft.

HOE VERLOOPT EEN TRAJECT MET ARBEIDSOVEREENKOMST?

Als de betrokken persoon een arbeidsovereenkomst heeft en de adviserend arts re-integratie mogelijk acht in de onderneming van die persoon, dan zal de adviserend arts hem doorverwijzen naar de preventieadviseur-bedrijfsarts. Die zal dan het re-integratietraject in de onderneming uitwerken, samen met de werkgever.

HOE VERLOOPT EEN TRAJECT ZONDER ARBEIDSOVEREENKOMST?

Als de betrokken persoon geen arbeidsovereenkomst heeft en de adviserend arts re-integratie mogelijk acht, dan zal de adviserend arts het re-integratietraject zelf uitwerken.

Het re-integratietraject kan dan bestaan uit [beroepsherscholing \(rehabilitatie of heroriëntatie\)](#) of [aangepast werk](#) bij een – per definitie – nieuwe werkgever.

De adviserend arts zal in de eerste plaats de betrokkene uitnodigen voor een medisch-sociaal onderzoek.

Tijdens dat onderzoek zal hij de mogelijkheden tot re-integratie bespreken met hem.

De adviserend arts stelt 4 weken na dat onderzoek een plan op met een concreet voorstel tot re-integratie. Hij bespreekt dat met de betrokkene en na akkoord ondertekenen beiden het plan.



K.B. van 08.11.2016 (B.S. van 24.11.2016) dat het G.V.U.-besluit wijzigt

b. IDES, de nieuwe informaticatoepassing van onze Dienst voor uitkeringen

IDES (Invalidity data for Electronic System) is in productie gegaan op 28 november 2016. Het systeem laat toe om alle invaliditeitsdossiers die de verzekeringsinstellingen van de sociaal verzekerden hebben opgemaakt, elektronisch te behandelen.

HOE WERKT IDES?

• In het kader van de invaliditeit

De verzekeringsinstellingen (V.I.) sturen elektronische gegevensfluxen naar IDES. Die fluxen bevatten voorstellen tot intrede in invaliditeit, verlenging, hervat enz., opgesteld door de adviserend artsen.

Na verificatie en aan de hand van sorteercriteria wordt 90 % van die gegevensfluxen automatisch in IDES gevalideerd, met als gevolg:

- onmiddellijk versturen van elektronische antwoordfluxen naar de V.I.
- versturen van papieren brieven naar de sociaal verzekerden als het type beslissing dat is genomen dat vereist.

De artsen van onze Dienst voor uitkeringen onderzoeken 10 % van die fluxen.

Als ze met het voorstel van de adviserend arts instemmen, gaat er een antwoordflux naar de V.I. en eventueel een brief naar de sociaal verzekerde.

Als ze niet instemmen, dan overlegt een arts van onze Dienst voor uitkeringen met de adviserend arts tijdens een 'sectie' (dat is een virtuele vergadering via Skype). Beide artsen wisselen dan van gedachten en beslissen eventueel dat een 3e arts de sociaal verzekerde moet onderzoeken. De eindbeslissing ligt bij het Arbitragecomité, een beslissingsorgaan dat bij de Hoge commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit is ingesteld. Dat orgaan is belast met het innemen van een standpunt in complexe dossiers.

• In het kader van de arbeidsongeschiktheid (7^e maand ongeschiktheid)

IDES ontvangt ook gegevensfluxen van de V.I. voor elke sociaal verzekerde die aan zijn of haar 7e maand arbeidsongeschiktheid begint. Op termijn zullen die gegevensstromen ons in staat stellen onze kennis van de sector van de arbeidsongeschiktheid uit te breiden en materiaal aan te reiken voor de studies van het [Kenniscentrum voor arbeidsongeschiktheid](#).

ENKELE CIJFERS OVER DE ELEKTRONISCHE GEGEVENSFLUXEN VAN IDES

Ieder jaar sturen de V.I. meer dan 200.000 elektronische fluxen naar IDES en IDES stuurt op zijn beurt 200.000 antwoordfluxen naar de V.I.

90 % van de dossiers is binnen een termijn van 2 dagen behandeld.

10 % van de dossiers is binnen een termijn van maximum 30 dagen behandeld.

WAT IS DE MEERWAARDE VAN IDES?

We benadrukken minstens de volgende 3 voordelen:

- IDES is het instrument voor de uitvoering van de hervorming van de Geneeskundige raad voor invaliditeit.
- IDES verkort de behandelingstermijnen van de dossiers.
- IDES heeft het coderen en scannen van 200.000 documenten overbodig gemaakt. De medewerkers hebben nieuwe taken op zich kunnen nemen binnen het Medisch secretariaat.

HOE ZIET DE TOEKOMST VAN IDES ERUIT?

IDES is een groot project. Daarom verloopt de realisatie ervan in 2 stappen:

- De 1^e stap (invaliditeit + flux arbeidsongeschiktheid op de 1^e dag van de 7^e maand) is in productie gegaan op 28 november 2016.
- Artikel 26 van de Bestuursovereenkomst 2016-2018 organiseert de 2^e stap. De uitwerking van het luik 'arbeidsongeschiktheid' is gepland op 21 december 2018.

3. Controle

a. Intern en extern samenwerken om de praktijken van de ziekenfondsen te verbeteren

Samenwerken: een sleutelwoord in 2016, voor onder andere onze Dienst voor administratieve controle (DAC). De nauwe samenwerking van die dienst met onze andere interne diensten en met onze externe partners heeft voor resultaten gezorgd in meerdere domeinen: een themacontrole uitgevoerd in de sector van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, gegevenskruising en ook het nieuwe systeem om het financiële beheer van de V.I. te evalueren.

MEEWERKEN AAN DE THEMACONTROLE OVER DE MINIMUMUITKERING VANAF DE 7^E MAAND ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Naast de onderzoeken en de follow-upcontroles voeren de sociaal inspecteurs van onze Dienst voor administratieve controle (DAC) elk jaar binnen de domeinen van de geneeskundige verzorging en de uitkeringen meerdere themacontroles uit in de verzekeringsinstellingen (V.I.).

Het doel van die themacontroles is toezien op de correcte toepassing van de wetgeving en het goede gebruik van de financiële middelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-verzekering) door de V.I. De themacontroles hebben vooral tot doel een uniforme behandeling van de sociaal verzekerden door de ziekenfondsen te waarborgen.

Na de themacontroles en in geval van onregelmatigheden sturen onze sociaal inspecteurs aanbevelingen naar de V.I. om hun werkpraktijken te verbeteren en, indien nodig, naar onze andere diensten die bij het controledomein zijn betrokken.

Van de controles die in 2016 zijn uitgevoerd vereiste de themacontrole over de uitkeringensector betreffende de toekenning van een [minimumuitkering vanaf de 1^e dag van de 7^e maand arbeidsongeschiktheid](#), en in het bijzonder betreffende het begrip [regelmatig werknemer](#), een nauwe samenwerking tussen onze DAC en onze Dienst voor uitkeringen.

Na het onderzoek van de reglementering van de uitkeringsverzekering en van de documentatie van onze Dienst voor uitkeringen, vonden de sociaal inspecteurs van de DAC het gepast om de materie over de toekenning van de minimumuitkeringen, en in het bijzonder het begrip 'regelmatig werknemer' te onderzoeken om na te gaan of de V.I. de [primaire arbeidsongeschiktheidsuitkeringen](#) correct en uniform berekenen.

Onze Dienst voor uitkeringen heeft die materie aan de sociaal inspecteurs van onze DAC voorgesteld en een vraag- en antwoordsessie georganiseerd.

Op basis hiervan hebben onze sociaal inspecteurs de V.I. gecontroleerd, enerzijds via een willekeurige steekproef van 799 gevallen waarvan er 105 foutief zijn gebleken (13,14 %), en anderzijds op basis van 276 gerichte gevallen waarvan er 97 foutief zijn gebleken (35,14 %).

Het resultaat in het kader van de willekeurige controle wijst op een relatief efficiënt en uniform beheer van de dossiers door de ziekenfondsen. In het algemeen passen de V.I. de toekenningsvoorwaarden van de hoedanigheid van regelmatige werknemer voor de sociaal verzekerden correct toe. Dankzij de themacontrole zijn echter wel meer fouten vastgesteld bij de controle van de hoedanigheid van regelmatige werknemer van sommige bijzondere categorieën van sociaal verzekerden, zoals de deeltijdse werknemers met of zonder behoud van rechten en de vrijwillig deeltijdse werklozen.

Na de controle hebben onze sociaal inspecteurs aanbevelingen aan de V.I. gericht. Dankzij die themacontrole kon ook de aandacht van onze Dienst voor uitkeringen worden gericht op de moeilijkheden met de toepassing van de verschillende garantiemaatregelen zoals die in de reglementaire teksten zijn bepaald.

SAMENWERKEN OM DE CONTROLES EN DE GEGEVENSKRUISSING TE OPTIMALISEREN

De beleidscel Data-analyse (Sitadis) van onze DAC is gespecialiseerd in gegevenskruising (datamatching). Ze stelt ideeën en initiatieven voor met het oog op de optimalisering van de opdrachten inzake feedback, evaluatie en controle van de dienst.

Dat expertisecentrum werkt transversaal samen met de data-analysecellen van onze andere diensten:

- Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)
- Dienst voor geneeskundige verzorging
- Dienst voor uitkeringen
- Algemeen ondersteunende diensten: Directie financiën en Datamanagementcel.

Om haar kennis te delen, publiceert de Cel Sitadis jaarlijks een activiteitenverslag, met name voor bovenvermelde diensten.

De Cel Sitadis had in 2016 tot doel om de initiële methodes voor gegevenskruising te vereenvoudigen en te rationaliseren. Dankzij de modernisering van de werkmethode konden de beveiliging van de informatie en de toegang tot de gegevens verbeteren. Voortaan kan de Cel Sitadis sneller antwoorden op de aanvragen voor datamatchings die uitgaan van al onze diensten en van externe actoren (Beleidscel van de staatssecretaris voor bestrijding van de sociale fraude en andere overheidsinstellingen).

De Cel Sitadis heeft ook deelgenomen aan de voorbereiding van meerdere themacontroles, waaronder de bovenvermelde controle over de toekenning van de minima en in het bijzonder van het begrip 'regelmatig werknemer'.

De Cel Sitadis heeft overigens op eigen initiatief een nieuwe controlepiste ontwikkeld inzake ontslagvergoedingen.

Tot slot heeft de Cel Sitadis in 2016, op verzoek van de Ministerraad, de voorbereidende werkzaamheden gedaan voor de gegevensuitwisseling met de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (RVA) in het kader van de strijd tegen de sociale fraude.

MEEWERKEN AAN HET NIEUWE EVALUATIESYSTEEM VAN HET FINANCIËEL BEHEER VAN DE V.I.

Overeenkomstig het [koninklijk besluit van 10 april 2014](#) betreffende de responsabilisering van de V.I. met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten, moeten wij elk jaar aan de Controledienst voor de ziekenfondsen (CDZ) gegevens leveren. Op basis van die gegevens evalueert de CDZ de beheersprestaties van de V.I. Als de CDZ onregelmatigheden vaststelt, dan worden financiële middelen ingehouden van een deel van de begrotingsenveloppe, namelijk het variabele gedeelte van de administratiekosten, afhankelijk van de ernst van de onregelmatigheden.

Hetzelfde koninklijk besluit voert een nieuw systeem in om het prestatievermogen van de V.I. doorheen 7 fundamentele processen te evalueren.

Die [7 fundamentele processen](#) worden geëvalueerd aan de hand van:

- domeinen: deelgebieden van een proces waar een of meer indicatoren deel van uitmaken
- indicatoren: meetbare gegevens die een signalerende functie hebben over de mate van kwaliteit van de werking van de V.I.

Een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van onze verschillende diensten stelt die domeinen en indicatoren jaarlijks voor:

- Dienst voor administratieve controle
- Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
- Dienst voor geneeskundige verzorging
- Dienst voor uitkeringen
- Algemeen ondersteunende diensten.

Die werkgroep met verschillende diensten samen telt ook een vertegenwoordiger van de CDZ.

Het nieuwe evaluatiesysteem is in 2016 voor het eerst gebruikt. Tijdens dat overgangsjaar heeft de samenwerking in de werkgroep met de verschillende diensten resultaten opgeleverd. Onze DAC, die onder andere belast is met de ondersteuning van de evaluatieprocedure en de coördinatie van de gegevensuitwisseling tussen onze diensten, heeft derhalve al zijn opdrachten binnen de termijnen uitgevoerd:

- Overeenkomstig het oude evaluatiesysteem heeft de DAC een syntheseverslag opgemaakt en bezorgd aan de CDZ met daarin de gegevens, verstrekt door elk van onze diensten voor het evaluatiejaar 2015.
- Overeenkomstig het nieuwe systeem heeft de DAC de gegevens van elk van onze diensten voor het evaluatiejaar 2016 verzameld.
- Overeenkomstig het nieuwe evaluatiesysteem heeft de DAC ook een nota opgesteld in samenwerking met onze andere diensten, met vermelding van de domeinen en indicatoren om de beheersprestaties van de V.I. voor het evaluatiejaar 2017 te beoordelen.



Raadpleeg het [activiteitenverslag 2016 van de DAC](#)

b. Ambisome® afgeleverd in ziekenhuizen: welke controle op vergoedingsvoorwaarden

Onze Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) onderzocht de wijze waarop ziekenfondsen de vergoedingsvoorwaarden controleerden van het geneesmiddel Ambisome®. Dat geneesmiddel wordt gebruikt in geval van ernstige systemische schimmelinfectie en is ingeschreven in Hoofdstuk IV van de lijst met vergoedbare farmaceutische specialiteiten. De DGEC ging meer bepaald na of er controle gebeurt, of er aan de voorwaarden werd voldaan en of de voorwaarden op het terrein effectief te controleren zijn. In een studieverslag formuleerde de DGEC enkele voorstellen.

HET CONTROLEMECHANISME IN THEORIE

Geneesmiddelen uit [Hoofdstuk IV](#) zijn geneesmiddelen die de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) terugbetaalt onder specifieke voorwaarden om medische en/of budgettaire redenen.

De adviserend arts van het ziekenfonds moet ook vooraf ('a priori') zijn goedkeuring geven.

Voor de geneesmiddelen afgeleverd in een ziekenhuis is zo'n voorafgaande toelating niet nodig. Het ziekenhuis moet wel, samen met de facturatie, een bewijsstuk opsturen waaruit blijkt dat aan de voorwaarden is voldaan.

EEN 'SELECTIE' VAN 6 ZIEKENHUIZEN

Dit is een geneesmiddel dat wordt gebruikt in geval van ernstige systemische schimmelinfectie. Het is ingeschreven in Hoofdstuk IV (§ 2100000 en § 5770000).

Ambisome® werd in de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 maart 2015 in 42 ziekenhuizen aangerekend. De tegemoetkomingen van de ziekteverzekering bedroegen in totaal 3.235.605 EUR.

Op basis van een analyse van facturatiegegevens van de ziekenfondsen zijn er 6 ziekenhuizen geselecteerd: 3 in Vlaanderen, 1 in Brussel en 2 in Wallonië, waaronder 3 universitaire en 3 niet-universitaire ziekenhuizen. De DGEC heeft bij hen verdere gegevens opgevraagd, zoals verslagen en bewijsstukken.

WAT HEEFT DE DGEC IN DE PRAKTIJK VASTGESTELD?

- Ambisome® is bedoeld voor patiënten met een ernstige aandoening. Oneigenlijk gebruik van het geneesmiddel is niet vastgesteld.
- De ziekenhuizen bezorgden de specialistische verslagen zoals in algemene bewoordingen is voorzien in Hoofdstuk IV. Die verslagen verschilden echter onderling qua vorm en inhoud omdat hoofdstuk IV geen nauwkeurige definitie geeft van 'bewijsstuk'. Dat bemoeilijkt een gestandaardiseerde controle op de naleving van de vergoedingsvoorwaarden.
- In de praktijk controleren de ziekenfondsen niet of de ziekenhuizen de vergoedingscriteria voor Ambisome® naleven. Hier zijn meerdere verklaringen voor:
 - De ziekenfondsen eisen niet meer dat de ziekenhuizen de bewijsstukken met de facturatie meesturen. Volgens [omzendbrief 2016/08 aan de ziekenhuizen](#) mogen zij de bewijsstukken zelf bewaren, maar moeten ze die altijd beschikbaar houden voor controle.
 - Bepaalde voorwaarden zijn niet (meer) relevant, zoals bv. 'bewezen intolerantie aan Amfotericine B', dat sinds 2010 niet meer verkrijgbaar is in België.
 - Om de naleving van de vergoedingsvoorwaarden echt te kunnen controleren zou de adviserend arts het verpleegkundig dossier moeten kunnen raadplegen. Dat is praktisch niet haalbaar.

WAT BESLUIT DE DGEC HIERUIT?

- De controle is uiterst beperkt.
- Het is vaak onduidelijk of de vergoedingsvoorwaarden volledig vervuld zijn.
- De DGEC betwijfelt of effectieve controle in de praktijk haalbaar is met het huidige controlemechanisme.

WAT ZIJN DE VOORSTELLEN VAN DE DGEC?

- Om een meer eenduidige reglementering te verkrijgen pleit de DGEC ervoor dat de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen de vergoedingsvoorwaarden vereenvoudigt.
- Aangezien de 'a priori'-controle moeilijk is, vraagt de DGEC zich af of dit geneesmiddel thuis hoort in Hoofdstuk IV (met a priori controle). Voor de DGEC is het mogelijk om Ambisome® elders in te schrijven:
 - in Hoofdstuk I, met geneesmiddelen zonder bijzondere vergoedingsvoorwaarden
 - in Hoofdstuk II, met vereenvoudigde en dus beter controleerbare vergoedingsvoorwaarden (voor controle achteraf).
- Er moet een duidelijker omschrijving komen van wat 'bewijsstukken' zijn.

c. MRI: audit van het protocolakkoord en screening zware medische beeldvorming

Onze Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) licht regelmatig de afspraken door uit het Protocolakkoord zware medische beeldvorming (Belgisch Staatsblad van 20.06.2014). Zo stelde onze DGEC in 2016 een tussentijds rapport op over het gebruik van al dan niet erkende MRI-toestellen.

HET KADASTER VOOR ZWARE MEDISCHE BEELDVORMING

Het kadaster zware medische beeldvorming is een lijst met alle apparaten voor zware medische beeldvorming die ziekenhuizen moeten laten registreren. Het kadaster is operationeel sinds 1 juni 2016.

MRI-TOESTELLEN

Een vergelijking tussen het kadaster, de lijst erkenningen van de Gewesten en Gemeenschappen, de gegevens die de DGEC ontving van de FOD Volksgezondheid, de informatie op de websites van ziekenhuizen en attestgegevens leverde een lijst op met 39 ziekenhuizen waar onduidelijkheden zijn vastgesteld. Bij die ziekenhuizen werden verdere gegevens opgevraagd zoals:

- erkenningsbesluiten
- cd-roms met beelden van door de DGEC geselecteerde uitgevoerde onderzoeken
- openingstijden en wachttijden per toestel.

Nadien werd een bevraging ad hoc uitgevoerd.

WAT HEEFT DE DGEC OPGEMERKT?

- 20 van die 39 ziekenhuizen hebben mogelijk onderzoeken gefactureerd die werden uitgevoerd op 25 niet-vergunde toestellen. Dit onderzoekt de DGEC verder in 2017 en wordt desgevallend ten laste gelegd.
- Ziekenhuizen kunnen niet meer factureren op niet-vergunde MRI-toestellen. Dit leidt tot een uitbreiding van de openingsuren van de andere MRI-toestellen en/of langere wachttijden.
- Niet-vergund gebruik doet zich voor op verschillende manieren:
 - aanrekenen op wetenschappelijke toestellen
 - erkenningen van toestellen buiten programmatie
 - niet-vergunde toestellen, die evenmin geprogrammeerd waren
 - een erkenning opsplitsen over meerdere toestellen
 - als erkende dienst met een geprogrammeerd toestel werken, hoewel het ziekenhuis zelf nooit erkend of geprogrammeerd was voor een MRI
 - enz.

WAT ZIJN DE VOORSTELLEN VAN DE DGEC?

De DGEC stelt voor om:

- sluitende procedures uit te werken voor programmatie en toekenning van facturatie nummers op federaal vlak
- sluitende controlemechanismen uit te werken bij elke wijziging van kenmerk van een toestel
- de procedures te automatiseren
- aan elk onderzoek en per toestel een uniek nummer met timestamp toe te kennen

- het beleid regelmatig te adviseren met tussentijdse rapporten over:
 - tendensen van het Audit-protocolakkoord
 - screening van de medische beeldvorming
 - lopende terreinanalyses
 - trajectanalyse vanaf de aanvraag voor medische beeldvorming tot de uitvoering ervan
- onze databank met gegevens over verstreckers en instellingen en rechten tot factureren te upgraden
- de data sneller en kwalitatiever aan te leveren
- geen erkenningen met terugwerkende kracht meer te verlenen.



[Protocolakkoord zware medische beeldvorming \(B.S. van 20.06.2014\)](#)

4. Medische ongevallen

In 2016 heeft het Fonds voor de medische ongevallen zijn netwerk van experts uitgebreid dankzij 2 overheidsopdrachten

In 2016 heeft het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) 2 nieuwe overheidsopdrachten gelanceerd, na de opdracht van 2013 die in mei 2017 afliep: een overheidsopdracht voor medische experts en een overheidsopdracht voor juridische experts.

EXPERTEN IN 51 MATERIES, MEDISCH EN JURIDISCH

Met die 2 overheidsopdrachten wou het FMO zijn netwerk van experts uitbreiden. Het FMO zocht:

- medische experts in 44 disciplines, hoofdzakelijk artsen-specialisten
- advocaten-experts in 6 rechtsgebieden en juristen.

BESTEKKEN DIE BETER OP DE REALITEIT ZIJN AFGESTEMD

Het FMO heeft het bestek van 2013 aan de nieuwe wetgeving aangepast. Dankzij die aanpassingen is het mogelijk om met de experts samen te werken en nog meer rekening te houden met de specificiteiten van het FMO en de realiteit op het terrein.

Het FMO heeft die 2 nieuwe bestekken in november 2016 gepubliceerd.

TOELICHTING VAN DE FMO-WET EN DE ROL VAN EXPERT

In december 2016 zijn er 4 informatieavonden georganiseerd om de FMO-wet toe te lichten en de experts die al voor het FMO werken te herinneren aan de taak van een expert. Tijdens die informatieavonden konden mogelijke kandidaat-experts ook kennismaken met de nieuwe bestekken.

RESULTAAT: 94 KANDIDATEN

76 medische experts en 18 juridische experts hebben zich kandidaat gesteld.

Dankzij de lancering van die nieuwe overheidsopdrachten kon het FMO zijn netwerk van medische en juridische experts uitbreiden. Er blijft echter nog een groot tekort aan medische experts. Ter herinnering: sinds de oprichting heeft het FMO op 31 december 2016 al 3.768 adviesaanvragen ontvangen.

Publicatiedatum: December 2017

Verantwoordelijke uitgever: J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie: RIZIV

Grafisch ontwerp: Communicatiecel van het RIZIV

Wettelijk depot: D/2017/0401/28