



**MULTIPARTITE-STRUCTUUR BETREFFENDE
HET ZIEKENHUISBELEID**



Place Victor Horta, 40 bte 10
B- 1060 Bruxelles
Eurostation Bloc 2
Personne de contact :
Francis Loosen (FR)
☎ 02/524.86.43
e-mail: francis.loosen@health.fgov.be

Victor Hortaplein, 40 bus 10
B-1060 Brussel
Eurostation Bloc 2
Contact persoon :
Francis Loosen (NL)
☎ 02/524.86.43
e-mail: francis.loosen@health.fgov.be

ADVIES IN VERBAND MET DE REFERENTIEBEDRAGEN

12 februari 2008

I. Inleiding

De Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid gaf op 13 juli 2005, op verzoek van Minister van Sociale Zaken Demotte, een eerste advies uit over de invoering van forfaitaire honoraria per ziekenhuisopname. Hierin werden bezwaren geformuleerd ten aanzien van de introductie van een forfaitaire financiering per ingreep. Tevens werden een aantal alternatieve oplossingen gesuggereerd. Eén van de alternatieven bestaat erin het stelsel van de referentiebedragen te verbeteren en te koppelen aan een systeem van financiële prikkels die de kwaliteit en de performantie van de zorg belonen.

In een tweede advies van 23 maart 2006 heeft de Multipartite-structuur een inventaris gemaakt van problemen en knelpunten die binnen het systeem van referentiebedragen bestaan en werden een aantal punctuele bemerkingen voorgesteld. Beide adviezen hebben geleid tot een aantal wijzigingen die in de wet op de ziekteverzekering werden opgenomen.

Tijdens de plenaire vergadering d.d. 5 juli 2007 werd de Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid gevat door een schrijven van Dr. H. De Ridder, Leidend Ambtenaar en Directeur-generaal bij het RIZIV, (zie bijlage), waarbij wordt medegedeeld dat het Verzekeringscomité zich kan scharen achter de adviezen van de Multipartite-structuur. Ingevolge dit schrijven werd de bestaande werkgroep "Referentiebedragen", onder de leiding van de heer C Decoster, Directeur-generaal bij de FOD Volksgezondheid, door de plenaire vergadering verzocht om, in toepassing van de wet op de ziekteverzekering, simulaties te verrichten en op basis hiervan een aantal aanbevelingen te formuleren om het stelsel van de referentiebedragen tot uitvoering te

kunnen brengen. De werkgroep werd ook verzocht zich te buigen over de juridische techniek van de recuperatie van het verschil tussen de werkelijke uitgaven en de referentiebedragen.

De werkgroep kwam vijfmaal bijeen en bracht een ontwerp van advies uit dat besproken werd in de plenaire vergadering op donderdag 21 februari 2008. Het advies dat thans voorligt houdt rekening met de opmerkingen die in de plenaire vergadering werden geformuleerd.

II. Simulaties

In opdracht van de Multipartite-struktuur heeft de Technische Cel een aantal simulaties verricht op grond van artikel 56 van de wet op de ziekteverzekering. Voor een goed begrip van dit advies en de bijhorende simulaties volgt in bijlage 1 een schematisch overzicht van de wettelijke regeling met de wijzigingen die deze heeft ondergaan. De simulaties volgen in bijlage 2 van dit advies onder de vorm van een aantal genummerde tabellen. Voor de verstaanbaarheid van de simulaties werd tevens een beschrijvende analyse gemaakt die verwijst naar de genummerde tabellen, die als bijlage 3 aan dit advies werd toegevoegd.

De simulaties hebben betrekking op de verschillende methoden die in de wet worden voorzien, respectievelijk voor de jaren 2003, 2004, 2005 en 2006. Tevens werden een aantal wijzigingen gesimuleerd op basis van het tweede voormeld advies van de Multipartite-struktuur. Met name werd rekening gehouden met de exclusie van een aantal fysiotherapie- en angiografieverstrekkingen alsmede met het al dan niet verblijven van patiënten in Sp-diensten.

III. Aanbevelingen

De simulaties werden in de Multipartite-struktuur besproken. Op grond hiervan werd het hiernavolgend advies uitgebracht. Dit advies ligt in de lijn van de twee voorgaande adviezen. Dit wil zeggen dat het kader wordt omschreven binnen hetwelk het referentiebedragensysteem voor honoraria dient te fungeren.

Voorafgaandelijk wenst de Multipartite-struktuur het uitgangspunt van haar adviezen te herhalen. Met name dient alles in het werk te worden gesteld om ongerechtvaardigde praktijkverschillen weg te werken.

1. De Multipartite-struktuur is van oordeel dat, zelfs zonder het invoeren van een stelsel van referentiebedragen, de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle in elk geval dient op te treden ten aanzien van de zeer grote voorschrijvers (de zogenaamde wolkenkrabbers - zie artikel 57 ter paragraaf 7 van de ZIV-wet). Indien voor deze praktijken geen degelijke verantwoording kan worden gegeven, dienen onverwijld de nodige maatregelen te worden getroffen.
2. De Multipartite-struktuur is de overtuiging toegedaan dat het stelsel van referentiebedragen dusdanig moet worden opgevat dat de ziekenhuizen ertoe moeten worden aangezet overschrijdingen op de referentiebedragen te voorkomen, eerder dan nadien recuperaties te moeten verrichten. Met name wordt gevreesd dat de huidige techniek van recuperatie zal leiden tot langdurige conflicten tussen de betrokken ziekenhuisbeheerders en ziekenhuisartsen wat uiteindelijk de goede werking van deze ziekenhuizen zou kunnen in het gedrang brengen.

Vandaar dat, in het verlengde van de vorige adviezen van de Multipartite-structuur, wordt voorgesteld om, naast de toepassingen van de referentiebedragen, aan het landelijk Budget Financiële Middelen een bedrag toe te voegen, zodat aan de ziekenhuizen een incentive kan worden geboden wanneer zij goed scoren op een reeks van parameters die de ziekenhuisperformantie en de kwaliteit van de zorg meten. Eén van deze parameters zou bijvoorbeeld het naleven van de referentiebedragen kunnen zijn.

Om het geheel van deze parameters goed te kunnen opvolgen is het noodzakelijk dat binnen de ziekenhuizen een structuur wordt gecreëerd en een monitoring wordt georganiseerd. Het volstaat uiteraard niet om deze structuur en monitoring te hebben, men moet ook aantonen dat men goed scoort voor de gehanteerde parameters.

Het systeem van incentives of “bonussen” kan met ingang van 2009 reeds worden ingevoerd. Alle ziekenhuizen die goed scoren moeten van deze incentives kunnen genieten. Het gaat dus helemaal niet om een selectie van pilootprojecten die slechts voor een beperkt aantal ziekenhuizen wordt gefinancierd.

De parameters dienen op landelijk vlak te worden gedefinieerd, naar analogie van de indicatoren die vandaag reeds worden toegepast in het kader van de balance scorecard van de ziekenhuizen en waarvoor aan de Multipartite-structuur wordt gerapporteerd.

3. Het is aangewezen de fysiotherapie- en angiografieverstrekkingen voor de vijf kine- en fysio specifieke APR-DRG's¹, waarnaar in het tweede advies wordt verwezen, buiten de berekening van de referentiebedragen te houden, omdat deze te zwaar doorwegen in de berekening. Terzelfdertijd wordt aanbevolen de Sp-diensten alsnog in het stelsel van referentiebedragen te houden, gelet op het geringe impact ervan voor deze diensten. Wel is de Multipartite-structuur van oordeel dat de revalidatie in ons land beter dient te worden uitgebouwd, derwijze dat ziekenhuizen die aan deze infrastructuur behoefte hebben, deze ook aan hun patiënten kunnen aanbieden zodat ze niet benadeeld worden tegenover deze ziekenhuizen die wel over deze infrastructuur beschikken.
4. De Multipartite-structuur is, voor de berekening van de referentiebedragen, voorstander van de methodologie die geldt voor het jaar 2006 (cfr bijlage 1) omdat hierdoor eerst een selectie wordt verricht van de ziekenhuizen waar de kloof tussen de referentie-bedragen en de werkelijke uitgaven het grootst is. Voor de selectie van de ziekenhuizen baseert men zich op de referentiebedragen, dit wil zeggen de gemiddelde uitgave + 10%. Voor de recuperatie daarentegen steunt men op de mediaanwaarde.

De Multipartitesruktuur herinnert overigens aan de basisgedachte van de wet dat de ziekenhuizen en de artsen tijdig in kennis moeten worden gesteld van de toe te passen regels, zodat ze hun gedrag hieraan kunnen aanpassen en de recuperatie aldus kunnen vermijden. Dit veronderstelt ook een goed onderbouwde informatiecampagne.

¹ APR-DRG's 045 (CVA met herseninfarct), 046 (niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct), 139 (gewone pneumonie) en inzonderheid voor APR-DRG's 302_a code 289085, arthroplastie van de heup met totale heupprothese en 302_b – code 290286, femorotibiale arthroplastie met gelede prothese.

5. De toepassing van het referentiebedragensysteem, mag niet voor gevolg hebben dat ziekenhuizen zich dusdanig gaan organiseren dat een aantal technische onderzoeken systematisch voorafgaand aan de hospitalisatie gebeuren, om aldus te ontsnappen aan het referentiebedragensysteem. Ten einde hiermee rekening te kunnen houden zou best een carensperiode in acht worden genomen, waarbij de prestaties die onder het toepassingsgebied van de referentiebedragensysteem ressorteren, mee in rekening worden gebracht. Een dergelijke carensperiode zou bvb 30 dagen kunnen bedragen. Men kan zich de vraag stellen of er ook niet een carensperiode van 30 dagen moet gelden voor de verstrekkingen na de hospitalisatie voor zover ze verband houden met de hospitalisatie?

Alle verstrekkingen binnen de carensperiode moeten worden opgenomen in de berekening van de nationale gemiddelden (en dus ook van de referentiebedragen), ongeacht of ze binnen of buiten het ziekenhuis hebben plaats gehad. De recuperatie zal echter proportioneel worden uitgevoerd t.o.v. de verstrekkingen die effectief in het ziekenhuis werden verricht. Indien bv. 80% van de uitgaven binnen het ziekenhuis hebben plaats gehad (en dus 20% daarbuiten), dan is het recuperatiebedrag gelijk aan 80% van de overschrijding.

De Multipartite-structuur is van oordeel dat deze techniek enkel mag worden toegepast voor de chirurgische APR-DRG's. Dit wil zeggen dat er geen carensperiode zal gelden voor de medische APR-DRG's.

Indien er een andere hospitalisatie heeft plaats gehad tijdens de carensperiode wordt deze periode gereduceerd, met dien verstande dat deze slechts begint te lopen vanaf de datum van het ontslag na de hospitalisatie.

6. Om de hierboven beschreven techniek te realiseren is het noodzakelijk dat op korte termijn een uniek patiëntenidentificatie wordt toegepast, zodat men kan rekening houden met de prestaties die bij een patiënt worden verricht, ongeacht de plaats van de uitvoering ervan. Deze unieke patiëntenidentificatie zal het mogelijk maken voor eenzelfde patiënt, de ambulante verstrekkingen samen te voegen met de gekoppelde gegevens van het ziekenhuisverblijf die in aanmerking worden genomen voor de berekening van de referentiebedragen en de overschrijding ervan.
7. Indien de mediaanwaarde, vanaf de welke de recuperatie wordt berekend, gelijk is aan nul, wordt de mediaanwaarde vervangen door het gemiddelde. Een van de leden is van oordeel dat indien de mediaanwaarde gelijk is aan nul, de betrokken prestatiegroep (technische handelingen, medische beeldvorming, klinische biologie) buiten beschouwing moet worden gelaten voor de recuperatie.
8. Ten einde de ziekenhuizen toe te laten tijdig rekening te houden met de referentiebedragen, zouden deze op basis van de beschikbare gegevens voortaan kunnen worden "voorberekend". Indien voorliggend advies zou worden gevolgd, zou de eerste toepassing kunnen gebeuren door op basis van de gegevens van 2005 een referentiebedrag voor het jaar 2009 "voor te berekenen", met mededeling ervan in de loop van het jaar 2008 en een effectieve toepassing in 2009.

Deze voorberekening heeft voor gevolg dat desgevallend het bedrag moet kunnen worden gecorrigeerd om rekening te houden met een aantal evoluties die plaats hebben tussen het dienstjaar waarin een voorberekend bedrag wordt toegepast en het jaar waarin het referentiebedrag voor dat dienstjaar bekend is.

Indien bvb de referentiebedragen berekend worden in 2013 (op basis van de gegevens 2009, beschikbaar in 2012), past het deze referentiebedragen te vergelijken met de referentiebedragen van 2009 (berekend op basis van 2005) en indien deze referentiebedragen van 2013 x % hoger liggen dan de referentiebedragen gebaseerd op 2005, opteert men voor de referentiebedragen gebaseerd op 2009 (de vergelijking van de referentiebedragen 2005 en 2009 zal gedaan worden per APR-DRG/SOI/prestatiegroep).

Deze oplossing is rechtvaardiger omdat de uitgaven (en aldus de gemiddelden) sterk verhoogd kunnen zijn omwille van redenen die niets te maken hebben met het gedrag van de ziekenhuizen (verhoging van de tarieven, indexatie, medisch technologische revolutie, toepassing van duurdere guidelines, ...) en daardoor de ziekenhuizen onnodig zouden bestraft worden.

9. Om te beletten dat de berekeningstechniek voor de referentiebedragen met de jaren zou leiden tot een systematische daling van deze bedragen, dient bij de voorberekening rekening te worden gehouden met een dubbele nationale drempelwaarde onder dewelke het referentiebedrag nooit mag zakken:

- a) Een jaarlijks vast te stellen drempelwaarde uitgedrukt onder de vorm van een percentage ten aanzien van het nationale referentiebedrag van het vorige dienstjaar, uitgezonderd voor het eerste jaar van de toepassing.

- b) Een absolute drempelwaarde eveneens uitgedrukt onder de vorm van een percentage ten aanzien van het nationale referentiebedrag van het eerste jaar van de toepassing.

10. De Multipartite-structuur is er zich van bewust dat de voorgestelde regeling ingewikkeld en technisch kan ogen. Toch is het noodzakelijk om met diverse aspecten rekening te houden wil men een antwoord bieden op de verzuchtingen zoals deze werden geformuleerd in de schoot van de Multipartite-structuur.

In de Multipartite-structuur werd ook opgeworpen dat de plafonds (mediaanwaarde, gemiddelden) en de drempelwaarden niet wetenschappelijke zijn onderbouwd. Ze bieden evenwel een praktische oplossing voor vragen waarop een antwoord diende te worden gegeven, wil men het stelsel van referentiebedragen van start laten gaan. Het is dan ook een rechtmatige vraag om naar de toekomst verder wetenschappelijk onderzoek te verrichten om de gehanteerde bedragen zo goed mogelijk wetenschappelijk te ondersteunen.

De Multipartite-structuur dringt er ook op aan dat alles in het werk zou worden gesteld om sneller over de gegevens te beschikken waarop de berekening van de referentiebedragen stoelt.

Uiteraard moet het geheel van de voorstellen, indien ze door de politieke overheid worden aanvaard, geëvalueerd worden en zonodig bijgestuurd.

De voorgestelde regeling is afhankelijk van de nodige wijzigingen aan de wetgeving die uiteraard tijdig moeten worden doorgevoerd. Hierbij wordt aan de politieke overheid tevens de vraag gesteld of het nog opportuun is uitvoering te geven aan de wet voor de jaren die 2009 voorafgaan.

11. De Multipartite-struktuur herhaalt de opmerking, zoals geformuleerd in haar eerdere adviezen (zie punten 3.4.11 en 4.5 van het advies van 13 juli 2005 en punt 1.3 van het advies van 23 maart 2006), dat een meer globale financiering niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van de zorg. Het is daarom van belang een toezicht te organiseren op het geheel van de ziekenhuisactiviteit.

De Multipartite-struktuur suggereert derhalve de kwaliteit en performantie op een positieve wijze te promoten door het geven van incentives in het budget van financiële middelen. De convenant die, mede ingevolge het eerdere advies van de Multipartite, met de ziekenhuizen in 2007 werd gesloten kan daartoe een eerste aanzet zijn die verder kan worden uitgediept en verfijnd. In dit kader wordt overigens reeds gewerkt met een aantal indicatoren van kwaliteit en performantie. De werkgroep die aan deze indicatoren werkt, rapporteert overigens geregeld aan de Multipartite-struktuur.

Zonder te willen vooruitlopen op de definitieve vaststelling van de te hanteren parameters die in aanmerking komen voor de incentives, kan nu reeds worden verwezen naar een aantal voorbeelden die tijdens de besprekingen werden geciteerd, zoals bvb nosocomiale infecties, antibioticabeleid, valpreventie, heropnameratio, percentage sectio's bij probleemloze bevallingen, klinische paden, transfusiebeleid, enz..).

12. Anderzijds benadrukt de Multipartite-struktuur nogmaals het belang van het werken met medische praktijkrichtlijnen. Ze is er zich ten zeerste van bewust dat het niet realistisch is om voor alle APR-DRG's richtlijnen voor goede medische praktijk uit te werken, enerzijds omdat zulks technisch te complex is, maar anderzijds ook zeer tijdrovend. Dit belet echter niet dat de medische colleges goed dienen ondersteund te worden om effectief werk te maken van dergelijke praktijkrichtlijnen en de wijze waarop ze worden toegepast. Het is van belang dat deze klinische richtlijnen kunnen steunen op een consensus en dat hieraan de nodige bekendheid wordt gegeven door publicatie op de website en gerichte informatiecampagnes.

Tevens dient wetenschappelijk werk te worden aangemoedigd om klinische paden voor de ziekenhuizen te ontwikkelen (zie punt 4.2 van het advies van 13 juli 2005). Binnen voormelde convenant kan het werken met klinische paden worden gestimuleerd.

13. De Multipartite-struktuur suggereert dat verder onderzoek zou worden verricht naar ongerechtvaardigde praktijkverschillen. Dit onderzoek dient de Multipartite overigens te ondersteunen in haar opdracht van evaluatie en informatie aangaande de medische praktijk in de ziekenhuizen, zoals bedoeld in artikel 154 bis van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen. Hierbij dient trouwens herinnerd aan de mogelijkheid die deze bepaling biedt om evaluatieopdrachten toe te vertrouwen aan de organisatorische structuren bedoeld in artikel 15, §2 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.
14. De Multipartite-struktuur wenst er op te wijzen dat de regeling van de referentiebedragen dient te gelden ongeacht de wijze waarop de artsen in het ziekenhuis worden vergoed. De vergoedingswijze vormt het exclusieve voorwerp van de algemene regeling en van de individuele overeenkomst zoals bedoeld in artikel 130, 131 en 132 van de voormelde wet op de ziekenhuizen.
15. De Multipartite-struktuur vraagt ten slotte aandacht voor het ongewenst effect van het cumuleren van de recuperatie van bedragen voor klinische biologie en medische beeldvorming met de toepassing van de algebraïsche verschillen, indien de opbrengst van de recuperatie niet in mindering wordt gebracht van de uitgaven binnen enveloppe. Daarom wordt voorgesteld de desbetreffende nationale enveloppe voor klinische biologie en medische beeldvorming te verhogen met de som van de te recupereren bedragen.

IV. Recuperatietechniek

Eén van de knelpunten in het systeem van referentiebedragen betreft de kostenverdeling tussen de beheerder van het ziekenhuis en de artsen ingeval van recuperatie bij overschrijding van de referentiebedragen. Indien de ziekenhuizen tijdig rekening houden met het toepassen van de referentiebedragen door een continue monitoring van de medische activiteiten, kunnen ze de recuperatie alsnog vermijden, waardoor het kostenvraagstuk bij recuperatie zich niet stelt.

Anderzijds kan uiteraard niet worden uitgesloten dat er ziekenhuizen zijn die hun medische activiteiten onvoldoende aanpassen waardoor recuperatie onvermijdelijk wordt. In dat geval moet er wel degelijk een wettelijke regeling bestaan om de kosten te verdelen ingeval van recuperatie.

Ten aanzien van de recuperatietechniek worden, onverminderd de aanbeveling in punt III., 2 van voorliggend advies, de volgende opmerkingen geformuleerd:

- a. De Multipartite-structuur meent dat het mogelijk moet zijn om zelfs volledig af te stappen van de toepassing van de huidige vorm van recuperatie indien de totale som van de te recupereren bedragen wordt afgetrokken van het bedrag dat als incentives wordt toegevoegd aan het Budget Financiële Middelen. Deze aftrek dient uiteraard doorberekend naar de ziekenhuizen die niet als performant worden beschouwd.

Het voorstel van de Multipartite-structuur kan dan ook worden beschouwd als een soort van bonus-malussysteem, met een beloning in het Budget van Financiële Middelen voor de ziekenhuizen die op een performante en kwalitatieve wijze fungeren en een penalisatie voor de ziekenhuizen die dit niet doen.

Sommige leden die de beheerders van ziekenhuizen vertegenwoordigen, menen dat men ten gevolge van het overschrijden van referentiebedragen door artsen, het Budget van Financiële Middelen niet mag reduceren. Anderen daarentegen zijn van oordeel dat de penalisatie moet leiden tot een interne dialoog in het ziekenhuis met passende acties als gevolg.

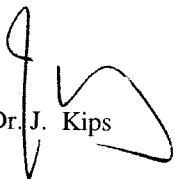
- b. Indien de overheid alsnog de huidige recuperatietechniek zou willen handhaven, moet worden onderzocht in welke mate de percentages van de kostenverdeling tussen de ziekenhuisbeheerder en de ziekenhuisarts, voor de prestaties die aanleiding geven tot de recuperatie, dienen te worden herzien. Aangezien dit een materie is waarvoor de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen bevoegdheid heeft, wenst de Multipartite-structuur voor deze problematiek te verwijzen naar deze Commissie..

Indien de Minister voorliggend advies zou aanvaarden, houdt de Multipartite-structuur, zich ter beschikking om de toepassing van het referentiebedragensysteem verder op te volgen, te evalueren en voorstellen te formuleren voor de bijsturing ervan.

Aldus gegeven te Brussel op donderdag 21 februari 2008,

De Ondervoorzitter,

Prof. Dr. J. Kips



De Voorzitter,

Prof. Dr Désir

