



MULTIPARTITE-STRUCTUUR BETREFFENDE
HET ZIEKENHUISBELEID



Place Victor Horta, 40 bte 10
B- 1060 Bruxelles
Eurostation Bloc 2
Personne de contact :
Walter Bontez (FR)
☎ 02/524.87.07
e-mail: walter.bontez@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 van de Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid inzake de invoering van forfaitaire honoraria per ziekenhuisopname

Korte inhoud:

Punt 1 bevat een korte inleiding die verwijst naar de adviesvraag van de minister evenals naar de studietoelichting aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

In punt 2 worden alternatieven voor een proactieve financiering gegeven, zijnde enerzijds het behoud van het systeem van de referentiebedragen mits enige correcties en anderzijds de uitbreiding en verfijning van de bestaande forfaitaire financiering.

Onder voorbehoud van deze voorafgaandelijke bemerkingen brengt de Multipartite-structuur in punt 3 advies uit ter beantwoording van de vraag van de heer Minister om een forfaitair financieringssysteem voor een reeks van medische prestaties in te voeren. Hierbij wordt achtereenvolgens verwezen naar de gezondheidswet, de motieven voor de invoering van een proactieve financiering, de lijst van de door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg bestudeerde ingrepen. Vervolgens werden aan de hand van 12 kernvragen standpunten geformuleerd inzake de globale forfaitarisering van de honoraria.

In het laatste punt vindt de lezer de synthese van de werkzaamheden, **conclusies en aanbevelingen** van de Multipartite-structuur terug ten aanzien van de introductie van een forfaitaire financiering per ingreep.

1. Inleiding:

1.1. Op 10 november 2004 heeft de Minister aan de Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid, naar aanleiding van de overschrijding van het budgettaire objectief in de gezondheidszorg voor zowel 2004 als 2005, een adviesvraag (kenmerk: RD/COHOP/JK/04159) voorgelegd.

De Minister gaat ervan uit dat de vaststelling van budgetoverschrijding illustreert hoe zich op korte en bovenal op middellange termijn, een grondige bijsturing van ons gezondheidssysteem opdringt, willen we de perenniteit blijven garanderen van het huidig model dat toegankelijkheid tot kwaliteitszorg voor iedereen vooropstelt.

De binnen het regeerakkoord vastgelegde bijkomende en noodzakelijke investering in gezondheidszorg is volgens de heer Minister enkel te verantwoorden, indien tegelijkertijd de garantie wordt geboden dat de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk worden ingezet. Een cruciaal element hierin is het terugdringen van de variabiliteit in de medische praktijkvoering.

Eén van de maatregelen die werd ingevoerd, is het systeem van de referentiebedragen in de ziekenhuizen.

In zijn adviesvraag verzoekt de heer Minister de Multipartite-structuur zich te willen buigen over de vraag of de berekeningstechniek voor het referentiebedrag vervangen kan worden door het invoeren van een prospectieve, op basis van medische praktijkrichtlijnen uitgewerkte enveloppe.

De heer minister vraagt de Multipartite-structuur om binnen een redelijke termijn van een drietal maanden hierover advies te willen uitbrengen.

1.2. Om uitvoering te geven aan de adviesvraag heeft de Multipartite aan de heer Minister de vraag gesteld een studie door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg te laten verrichten om te onderzoeken voor welke pathologiën/ingrepen er voldoende wetenschappelijke gegevens bestaan over de te volgen praktijkrichtlijnen, waarbij het KCE zich in een eerste fase zou kunnen toespitsen op frequente pathologieën/ingrepen.

In afwachting dat de Multipartite-structuur over deze studie zou beschikken, zou dan door een werkgroep die een toekomstig kader voor een prospectieve financiering van honoraria worden uitgetekend. Deze werkgroep heeft een aantal vragen onderzocht. Zo werd ondermeer nagegaan welke soorten kosten door de prospectieve enveloppe moeten worden gedekt, hoe het bedrag moet worden berekend, of deze enveloppe ook ambulante prestaties dient te dekken ,etc....

Het verzoek van de Multipartite-structuur voor een studie door het KCE werd bevestigd in de brief van de Minister aan het KCE dd 19 januari 2005.

Onder voorzitterschap van Dhr. C. Decoster werd een werkgroep binnen de Multipartite-structuur opgericht. Deze werkgroep bestond uit leden van de verschillende representatieve organisaties van geneesheren, verzekeringsinstellingen en ziekenhuizen. Deze werkgroep is op 8, 25 februari, 21 maart, 13 april 2005, 3 mei 2005 en 17 mei 2005 samengekomen en heeft geprobeerd aan de hand van 12 vragen van de Voorzitter van de

werkgroep, met betrekking tot de globale forfaitarisering, een advies te formuleren (zie bestudering van de problematiek ten gronde) op de vraag van de heer Minister.

De Directeur van het KCE heeft over de vordering van de werkzaamheden geregeld gerapporteerd aan de werkgroep van de Multipartite-structuur.

De Multipartite-structuur heeft op 13 juli 2005 het rapport van de werkgroep onderzocht en vervolgens voorliggend advies uitgebracht (zie PV van de plenaire vergadering).

2. Alternatieven voor een proactieve financiering

Niet alle leden spreken zich onverdeeld gunstig uit voor het systeem van prospectieve financiering dat de minister wil invoeren. Tijdens de besprekingen van de werkgroep werden door leden twee alternatieven geformuleerd. Volledigheidshalve worden deze alternatieven in voorliggend rapport geïntegreerd.

2.1. Een eerste alternatief behelst het behoud van het systeem van referentiebedragen, mits een aantal correcties.

Met name werd de opmerking gemaakt dat het een wat eigenaardige indruk maakt, om het systeem van de referentiebedragen te verlaten voor een totaal ander, alvorens men nog zelfs maar de moeite genomen heeft om de feasibility van het eerste model uit te testen. Er wordt ook gewezen op de complexiteit van een pathologiefinanciering per behandelend geval. De registratie- en monitoringvereisten liggen zeer hoog. In andere landen waar een pathologiefinanciering plaats heeft, ontstaan trends om de severity steeds verder up te graden, de patiënt sneller te ontslaan en bij voorkeur opnieuw op te nemen.

De volgende argumenten werden ten voordele van het behoud van het referentiebedragensysteem naar voren gebracht (zie meer uitgebreid in bijlage de tekst van Dr. van Den Oever).

- Bij het model van referentiebedragen met post factum-correctie is de instelling (beheer en medische raad samen) perfect in staat om de eventuele gevolgen van sterke afwijkingen van deze referentiebedragen in te schatten en tijdig de nodige correctiemaatregelen te nemen.
- Bij de herberekening van de referentiebedragen (2004, 2005, 2006, ...) dienen de nodige voorzorgen te worden genomen om een progressieve en perverse daling van het referentiebedrag in de tijd tegen te gaan. Het is niet noodzakelijk om voor de berekening van de overschrijding slechts bepaalde categorieën van nomenclatuurverstrekingen in aanmerking te nemen, daar men net zo goed het globale bedrag aan honoraria, materiaalkosten, geneesmiddelen, e.a. kan nemen om een gemiddeld referentiebedrag te bepalen.
- Wel is essentieel om de correctie toe te passen via negatieve tijdelijke aanpassing van een financieringsonderdeel dat beide partijen (beheer en medische raad) aangaat en meest voor de hand liggend gaat het bijvoorbeeld om het budget van financiële middelen (correctie op het bedrag dat in twaalfden wordt uitgekeerd) en/of om bepaalde forfaitaire honoraria (medische permanentie, dagforfaits, ...).

- Bij de oorspronkelijke voorstelling van het systeem van referentiebedragen in 2001 werd er steeds van uitgegaan, dat een zeer transparant systeem van berekening en follow up samen met een eenvoudig toepasbaar en voor elk ziekenhuis perfect inschatbaar model van financiële correctie post factum de nodige incentives tot preventieve bijsturing kan inhouden, zodat er op het terrein eerder zelden tot effectieve financiële penalisatie zal moeten worden overgegaan.

Op grond van voormelde redenen wordt onder bepaalde voorwaarden door sommige leden eerder gepleit voor het behoud van het systeem van de referentiebedragen voor een 20-30 tal ingrepen dan een invoering van een prospectieve financiering.

De volgende aanpassingen zouden dan echter wel aan het systeem van de referentiebedragen moeten doorgevoerd worden:

- Er moet sneller kunnen worden beschikt over de pathologiegegevens (bijvoorbeeld: voor de referentiebedragen 2006 zou men moeten kunnen beschikken over de gekoppelde MKG-MFG 2004).
- Er moet worden rekening gehouden met de inflatie.
- De terugvorderingsmechanismen van de verschillende betrokkenen (geneesheren-ziekenhuisbeheerders) moeten juridisch en praktisch beter op punt worden gesteld. De spelregels moeten op voorhand door alle betrokkenen gekend zijn.
- Er dient een premie te worden gecreëerd die het respecteren van de referentiebedragen belooft. Het is een premie die a posteriori wordt toegekend nadat men heeft vastgesteld dat de referentiebedragen werden gerespekteerd.

2.2. Een tweede mogelijk alternatief behelst de uitbreiding en verfijning van de bestaande forfaitaire financiering.

Sommige leden doen opmerken dat een strategie op langere termijn moet kunnen worden uitgetekend waarbij men een coherente financiering voor de ziekenhuizen beoogt. Men dient hierbij te vermijden dat voor eenzelfde doelstelling, met name de reductie van praktijkverschillen, meerdere financieringssystemen parallel aan elkaar worden ontwikkeld. De praktijkverschillen bestaan vandaag voornamelijk bij technische prestaties, inzonderheid bij de medische beeldvorming en de klinische biologie. Het is daarom eerder aangewezen de bestaande systemen van forfaitaire financiering uit te breiden en te verfijnen. Hierbij wordt bovendien opgemerkt dat daar waar voor de klinische biologie objectieve parameters bestaan voor de toewijzing van financiële middelen, dit in mindere mate het geval is voor de medische beeldvorming omdat deze stoelt op consumptiecijfers.

Onder voorbehoud van deze voorafgaandelijke bemerkingen brengt de Multipartite-structuur het hiernavolgend advies uit ter beantwoording van de vraag van de heer Minister om een forfaitair financieringssysteem voor een reeks van medische prestaties in te voeren.

3. Advies ten gronde over de proaktieve financiering:

3.1. Gezondheidswet:

De wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (B.S. van 20 mei 2005) biedt een juridische basis voor de proaktieve financiering. Voor een goed begrip wordt hieronder de bedoelde passus uit de wet (zie blz. 23691) geciteerd:

“Artikel 56quater – In afwijking van de bepalingen van artikel 56ter, kan overeenkomstig door de Koning te bepalen voorwaarden, een door Hem te bepalen forfait worden toegepast per ziekenhuisopname van een rechthebbende. Dit forfait omvat door Hem aan te duiden groepen van verstrekkingen, bedoeld in artikel 56ter §§8 en 10, voor zover deze betrekking hebben op door Hem aangeduide APR-DRG-groepen bedoeld in §§9 en 10 van hetzelfde artikel.

De Koning duidt de in het eerste lid bedoelde groepen van verstrekkingen en APR-DRG-groepen aan na advies binnen een door de minister te bepalen termijn van de multipartite structuur bedoeld in artikel 153 van hogervermelde wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen. Indien binnen deze termijn geen advies is uitgebracht, is dit verondersteld als gegeven.”

3.2. Motieven voor de invoering voor een proaktieve financiering

De voorstanders van de invoering van een proaktieve financiering betogen dat deze voordelen heeft. Vooreerst geeft men voorafgaandelijk aan een ingreep op een duidelijke wijze te kennen over welk bedrag men voor een bepaalde pathologie zal kunnen beschikken. Anderzijds vermijdt men een recuperatie achteraf, waardoor heel wat conflicten binnen het ziekenhuis kunnen worden voorkomen. De nieuwe techniek is pathologie-georiënteerd en laat toe een meer coherente ziekenhuisfinanciering uit te bouwen. Ten slotte doet men opmerken dat een aantal technische problemen die men inroept tegen het forfaitsysteem zich ook voordoen in het stelsel van referentiebedragen. Hierbij verwijst men ondermeer naar de problematiek van de prehospitaalacten (zie verder punt 3.4.5).

3.3. Lijst van de ingrepen

3.3.1. Het KCE heeft op 25 februari 2005 een lijst voorgesteld van de meest frequent voorkomende ingrepen in Belgische ziekenhuizen (zie bijlage 2), waarvoor voldoende wetenschappelijke gegevens bestaan over de te volgen praktijkrichtlijnen. De meest frequent voorkomende ingrepen werden gerangschikt in dalende volgorde volgens grootte van kostprijs van honoraria (het gaat hier om ruwe cijfers komende uit de profielen 2001 – documenten P - van het RIZIV). (bijlage 3)

Uit deze lijst werden de **volgende vijf ingrepen** gekozen voor een casestudie door het KCE:

- Totale knieprothese
- Laparoscopische cholecystectomie
- Appendectomie (emergency)
- Carotis/vertebralis revascularisatie (ter vervanging van de ingreep CABG)

- Tonsillectomie & adenoïdectomie (dagbehandeling)

3.3.2. Op 3 mei 2005 werd door het KCE verslag uitgebracht over de wetenschappelijke studie (zie bijlage 3)¹. Het rapport geeft eerst een overzicht van de resultaten van een onderzoek naar de praktijk van klinische zorgpaden in de Belgische ziekenhuizen. Hieruit blijkt dat 65 ziekenhuizen met klinische zorgpaden werken. In totaal werden zo'n 48 soorten klinische zorgpaden opgetekend. Over het algemeen kan worden gesteld dat hiermee wordt gestreefd naar een zo goed mogelijk gebruik van de middelen, een reductie van de kosten en van de verblijfsduur in acute ziekenhuizen en het verbeteren van de kwaliteit. De samenwerking tussen verschillende beroepsbeoefenaars wordt beter vastgelegd en het klinisch zorgpad kan ook als een managementstool gebruikt worden.

Vervolgens wordt in de studie een analyse gemaakt van bestaande buitenlandse en Belgische zorgpaden voor de vijf weerhouden ingrepen (totale knieprothese, appendectomie, tonsillectomie, laparoscopische cholecystectomie en carotis endarteriëctomie).

Op basis van een review van de literatuur voor de sleutelinterventies werden de paden beoordeeld naar hun evidence-based inhoud. Per ingreep worden de kosten weergegeven voor ieder toegepast zorgpad en dit voor de onderscheidene soorten kosten in drie groepen: klinische biologie, beeldvorming en andere (inwendige geneeskunde, kiné, revalidatie,...). Er wordt ook een "minimale" en een "reasonable" kost vermeld op basis van de inhoudelijke analyse, evenals de MKG-MFG-kost respectievelijk voor SO1 en SO2 (mediaan en mean) gebaseerd op de gegevens van 2001. Voor vier van de vijf oefeningen bleek dat de theoretische kost met enige marge relatief kort in de buurt kwam van de referentiekost voor SO1. Voor carotis endarteriëctomie bleek de reële kost heel wat hoger te liggen dan de theoretische kost.

Uit het onderzoek leidt men de volgende "sterkten" af:

- klinische paden zijn in België in ruime mate beschikbaar
- de paden kunnen leiden tot zorgvernieuwing en samenwerking tussen zorgverstrekkers
- het is op zich doenbaar om een theoretische kost voor een standaard patiënt voor een standaard ingreep te berekenen op basis van klinische zorgpaden en klinische evidence
- men beschikt over gedetailleerde informatie over varianties in medische praktijken en illustraties van mogelijk overgebruik of verkeerd gebruik
- de doelmatigheid van de zorg (diende de ingreep wel plaats te vinden? aspect 'appropriateness') en de ligduur zijn andere belangrijke dimensies
- het is mogelijk om een actieve researchpolitiek gericht op het beleid te ontwikkelen

¹ Het rapport werd door de Raad van Bestuur van het KCE goedgekeurd en inmiddels integraal gepubliceerd op de website van het KCE

Anderzijds wijst de studie ook op een aantal “zwakten”:

- het onderzoek is complex en tijdrovend
- er moeten een aantal assumpties worden gemaakt op basis van de literatuur hetgeen de berekeningen minder robuust maakt
- de APR-DRG-classificatie geeft niet altijd voldoening
- het is onmogelijk om alle factoren in rekening te kunnen brengen bij een wetenschappelijke analyse (comorbiditeit, verwickelingen) die het niveau van severity van de aandoening beïnvloeden
- het onderzoek kon de externe validiteit (en aanvaardbaarheid) van het beoogde systeem niet testen.
- enkel artsenhonoraria zitten vervat in de berekening.

Met betrekking tot het classificatiesysteem komt de studie tot de volgende conclusies:

- klinische zorgpaden kunnen frequent niet worden ingepast in groepen van ziektebeelden
- het aantal combinaties van diagnoses met behandelingen kan vrij hoog zijn
- er zullen terzelfdertijd twee systemen bestaan (klassiek systeem en prospectief systeem voor beperkt aantal ingrepen), met risico op upcodering en cost-shifting
- er is geen sluitende oplossing voor de overlapping van ambulante zorgverstrekking met intramurale prestaties

Het rapport concludeert ook dat er in andere landen nauwelijks tot geen ervaring wordt teruggevonden om kosten te berekenen op basis van klinische zorgpaden en guidelines.

3.3.3. De bespreking van het rapport heeft aanleiding gegeven tot de volgende opmerkingen:

- de studie wordt op zich als zeer interessant ervaren
- praktijkverschillen voor routinematige ingrepen worden aangetoond
- de mogelijkheid bestaat om een “all in voor de honoraria” te berekenen
- het invoeren van een proactieve financiering is echter een vrij omslachtige hervorming die niet altijd het nodige voordeel oplevert; soms kan het volstaan om de nomenclatuur te verfijnen indien men praktijkverschillen wil wegwerken
- de APR-DRG is niet altijd een voldoende verfijnd instrument om kosten te berekenen en tarieven te bepalen
- het ontwikkelen en gebruiken van standaarden en guidelines moet worden aangemoedigd en ondersteund om kosten te reduceren
- eerder dan penaliserend op te treden kan men praktijkverschillen ook op een positieve wijze wegwerken door stimuli te creëren

3.4. Kernvragen:

In afwachting van de resultaten van deze studie werd aan de hand van 12 kernvragen in verband met de globale forfaitarisering van de honoraria, volgend advies gegeven, waarmee het kader wordt uitgetekend binnen hetwelk een gebeurlijke prospectieve financiering voor de DRG's van de referentiebedragen en de vijf bijkomende ingrepen moet worden gesitueerd.

3.4.1. Definitie van de prospectieve financiering:

De prospectieve financiering kan worden opgevat hetzij als:

- een forfait per pathologie per patiënt individueel genomen (individueel forfait)
- een enveloppe per ziekenhuis op basis van de casemix van het vorige jaar (globale forfait)

De Multipartite kiest in deze fase **NIET** voor **een enveloppe gebaseerd op een casemix van pathologieën van een voorafgaandelijk jaar** omwille van volgende redenen:

- In deze fase, waar een beperkt aantal interventies in aanmerking komt voor een forfaitaire financiering, zou een casemixsysteem naast een per akte financiering leiden tot een dubbele en dus duurdere financiering.
- Een casemix-systeem gebaseerd op gegevens van het verleden stoelt vaak op verouderde gegevens. Vandaar dat een casemix-systeem “herzieningen” veronderstelt. Dit is te omslachtig. Vandaar dat een dergelijk systeem wordt verworpen.

Er wordt geopteerd voor een forfait per ingreep op basis van APR-DRG's op voorwaarde dat:

- (1) **de spelregels** van het ziekenhuisfinancieringssysteem op voorhand door alle betrokken partijen (ziekenhuizen – verzekeringsinstellingen e.a.) gekend zijn,
- (2) de **APR-DRG's sneller** en vooraf (bij facturatie) gekend zijn door dezelfde partijen,
- (3) er voldoende middelen (informatica) en personeel door de overheid voorzien zijn om de nieuwe financiering te realiseren. Het zou volgens de werkgroep immers niet aanvaardbaar zijn mocht het nieuwe systeem meer kosten veroorzaken dan de financiering voorziet. Anderzijds mag het nieuwe systeem de registratielast niet verzwaren.

Sommige leden zijn van oordeel dat een forfaitsysteem per pathologie zou moeten veralgemeend worden. Een beperkt aantal forfaits zou immers kunnen leiden tot een selectie van patiënten omdat er in voorkomend geval pathologieën bestaan zonder forfait, maar ook pathologieën met een minder goed forfait. Overigens is het onmogelijk om altijd over geaktualiseerde forfaits te beschikken. Dit is dan weer voor een aantal landen de reden om toch te opteren voor een enveloppe op basis van een casemix.

Overigens kan er binnen een globaal budget gemakkelijker een compensatie tot stand komen tussen goede en minder goede forfaits evenals tussen forfaits van patiënten onderling.

3.4.2. Prestaties die door de prospectieve financiering worden gedekt.

De Multipartite-structuur stelt voor om zich in de beginfase te houden aan wat er vandaag gedekt wordt door de referentiebedragen, zijnde de lijst van medische prestaties die in bijlage 5 aan dit advies wordt toegevoegd. In een latere fase kan men er nog ander prestaties aan toevoegen.

De revalidatieverstrekingen worden beter niet opgenomen in het forfait omdat deze niet in een gemiddelde of mediaan kunnen worden vastgelegd. De aanrekening gebeurt met name vandaag op verschillende wijzen, hetzij onder de noemer “kinesithérapie”, hetzij onder de noemer “fysiotherapie”. Dit bemoeilijkt de integratie van deze verstrekingen in het forfait.

Op de vraag of het forfait voor de prospectieve financiering bestaande forfaits moet includeren bestaan verschillende meningen. Sommigen zijn van oordeel dat het beter is om voor de beoogde verstrekingen één forfait te bepalen, mits men de bestaande forfaits dienovereenkomstig vermindert. Op die manier evolueert men progressief naar één soort forfaitsysteem wat de coherentie van de financiering tegemoetkomt. Anderen zijn daarentegen van oordeel dat men de forfaits voor medische beeldvorming en klinische biologie niet moet integreren omdat hiervoor geen praktijkverschillen meer bestaan. Het nieuwe systeem wil immers bestaande praktijkverschillen wegwerken.

3.4.3. Een prospectieve financiering voor niet complexe ingrepen.

De Multipartite-structuur is van oordeel dat het in deze fase aangewezen is de prospectieve financiering te beperken tot eenvoudige en veel voorkomende ingrepen, met name voor **de APR-DRG's met een zwaartegraad van ernst (SOI 1 en 2)**.

3.4.4. Vaststelling van het forfait.

De Multipartite-structuur pleit eerder voor een financiering op basis van een **mediaan** dan voor een gemiddeld bedrag per APR-DRG. **Het forfait moet voldoende hoog zijn** om alle kosten te kunnen dekken, de vergoeding van de artsen inbegrepen, die voortvloeien uit prestaties die noodzakelijk zijn om een verzorging te garanderen conform de richtlijnen voor een goede praktijkvoering. Indien men deze operatie tegelijk als een besparingsoperatie beschouwt en de forfaits te laag inschat, dan zal dit onvermijdelijk leiden tot **onderbehandeling en/of risicoselectie**.

Sommige leden vinden dat de prospectieve financiering gekoppeld moet worden aan een gedeelte dat per akte betaald blijft, omdat zulks toelaat een zicht te blijven houden op de verrichte prestaties.

3.4.5. Periode van verblijf waarop de prestaties betrekking hebben.

De Multipartite-structuur is van oordeel dat er vandaag geen sluitende oplossing bestaat om prehospitaaliekten te includeren in het forfait. Enerzijds bestaat er nog geen systeem van unieke patiëntenidentificatie en anderzijds is het niet mogelijk om de prehospitaaliekten die door een ander verstrekker worden verricht achteraf te recupereren of niet afzonderlijk te betalen.

In principe valt de daghospitalisatie best onder dezelfde regeling als de klassieke hospitalisatie, alhoewel ook hier het probleem van de prehospitaaliekten bestaat. Deze technische problematiek dient verder te worden onderzocht. De prospectieve financiering kan daarom voorlopig enkel de prestaties te dekken die tijdens de hospitalisatie (dag of klassieke hospitalisatie) plaats hebben.

3.4.6. Financiering van het forfait: persoonlijk aandeel en supplementen.

De Multipartite-structuur meent dat de bestaande regelen inzake het persoonlijk aandeel en de supplementen op honoraria, zoals deze vandaag gelden, onverkort verder kunnen gelden in een systeem van prospectieve financiering.

3.4.7. Bestemming van het forfaitair bedrag.

De Multipartite-structuur is van oordeel dat het forfaitair bedrag dient te worden uitgekeerd aan **het orgaan dat de centrale inning van de honoraria beheert.**

3.4.8. Aandeel van de verschillende verstrekkers en verhouding t.o.v. de beheerder.

Volgens de Multipartite-structuur is het imperatief dat de verdelingsregels op voorhand worden vastgelegd. De vrijheid laten aan elk ziekenhuis zal leiden tot eindeloze discussies en zal uiteindelijk het failliet van het systeem betekenen. Voor elke APR-DRG (beperkt tot SOI 1 en SO 2) kan men naast de nationale mediaan voor het geheel van de beoogde verstrekkingen ook de nationale mediaan van elke onderliggende bijdragende nomenclatuur maken. De subbedragen worden dan toegekend aan de artsen die bij de behandeling van deze specifieke patiënt betrokken waren.

De rol van de Medische Raad beperkt zich tot het toezicht op de correcte toepassing.

De algemene regeling van het ziekenhuis moet in principe niet herzien worden. Het gaat immers om honoraria die ook alsdusdanig zullen uitbetaald blijven.

3.4.9. Codering van de verstrekkingen.

Op de faktuur dient de aard van de verstrekking te worden vermeld. Dit kan onder de vorm van een APR-DRG-vermelding gebeuren. Technisch moet het mogelijk zijn dat het ziekenhuis in de mogelijkheid wordt gesteld om de APR-DRG en de severityklasse te kennen.

3.4.10. Toelating en controle

De Multipartite-structuur is van oordeel dat de regels die vandaag inzake de toelating gelden ook in de toekomst kunnen blijven verder bestaan.

Anderzijds stelt de Multipartite-structuur dat er een voldoende strenge controle moet gelden op de aanrekening van een APR-DRG met een reële pakkans en een progressief toenemende sanctie bij misbruik.

Sommige leden menen dat een a posteriori controle op individuele gevallen zal leiden tot tal van conflicten. Men moet een ziekenhuis konfronteren met de globale consumptie eerder dan dit te doen voor de onderscheidene verstrekkingen.

3.4.11. Toezicht op de kwaliteit.

De Multipartite-structuur wijst op het mogelijk risico van onderconsumptie bij de introductie van een prospectieve financiering. Een toezicht op de kwaliteit en de performantie is daarom onontbeerlijk. De Multipartite-structuur is van oordeel dat men dit toezicht eerder moet organiseren voor het geheel van ziekenhuisactiviteiten in plaats van voor iedere verstrekking afzonderlijk.

De leden opteren ervoor om de kwaliteit op een positieve wijze te promoten door de toekenning van een bedrag in het budget van financiële middelen.

3.4.12. Implementatie van het nieuwe systeem.

De Multipartite-structuur meent dat er geen overgangsfase moet worden ingebouwd wanneer de Minister zou beslissen om het nieuwe systeem van prospectieve financiering in te voeren.

Wel stelt de Multipartite-structuur voor dat een evaluatie van het systeem na verloop van tijd zou gebeuren.

4. Conclusies, bezwaren en aanbevelingen:

4.1. De Multipartite-structuur is vooreerst van oordeel dat men een onderscheid moet maken tussen een strategie op lange termijn en objectieven die op korte termijn kunnen gerealiseerd worden. Hervormingen moeten goed worden voorbereid. Dit vergt bovendien tijd. De ervaringen die in het buitenland werden opgedaan wijzen er overigens op dat hervormingen meestal over meerdere jaren worden gespreid. Het Kenniscentrum kan van groot nut zijn om hervormingen voor te bereiden.

Bij het formuleren van voorstellen op lange termijn moet het de betrachting zijn om meer coherentie in de financiering tot stand te brengen. Met name moet men vermijden dat voor de honoraria verschillende financieringssystemen los van elkaar worden ontwikkeld. Ook de consistentie met de andere financieringssystemen moeten worden bewaakt. Het lijkt de werkgroep wenselijk om verder studiewerk te doen naar de verhouding kost-pathologie.

4.2. Uit de studie die door het Kenniscentrum op verzoek van de Multipartite-structuur werd verricht, blijkt dat het mogelijk is op forfaitaire wijze een kost voor ingrepen te berekenen. Het gebruik van klinische paden is daarbij nuttig gebleken. De Multipartite-structuur is ook tot de bevinding gekomen dat het beschikken over wetenschappelijke studies rond klinische zorgpaden en standaarden kan helpen om praktijken te ondersteunen, samenwerking tussen verschillende disciplines te bevorderen en verschillen in praktijkvoering op een onderbouwde wijze weg te werken.

De overheid heeft, volgens de Multipartite-structuur, de opdracht om het wetenschappelijk onderzoek naar de ontwikkeling van zorgpaden te bevorderen en hiermee een ondersteuning aan de ziekenhuizen aan te bieden. De pilootprojecten inzake klinische zorgpaden die thans in het kader van de FOD Volksgezondheid worden opgezet dienen te worden voortgezet, ze moeten tevens worden uitgebreid, zowel in aard als in aantal, zodat een zo groot mogelijk aantal ziekenhuizen van deze ondersteuning kan genieten. De Multipartite-structuur dringt erop aan dat bij het opzetten van onderzoekswerk inzake het ontwerpen van klinische zorgpaden gezocht zou worden naar interactie tussen de intra- en extramurale sector. Overigens kunnen ervaringen terzake ook tussen ziekenhuizen worden uitgewisseld.

- 4.3. De Multipartite-structuur formuleert een aantal bezwaren ten aanzien van de introductie van een forfaitaire financiering per ingreep. Bovendien is het aangewezen verder studiewerk te ondernemen indien men voor deze financieringstechniek zou opteren. De bezwaren van de Multipartite-structuur kunnen als volgt worden samengevat:
- 4.3.1. De Multipartite-structuur stelt vooreerst vast dat het vanuit technisch oogpunt niet altijd gemakkelijk is om een klinisch zorgpad vast te stellen omdat verschillende technieken voor een behandeling mogelijk kunnen zijn. Men moet ook uitgaan van assumpties. Vandaar dat voor een interventie soms meerdere bedragen moeten worden vastgesteld.
 - 4.3.2. Uit de studie van het Kenniscentrum blijkt ook dat de APR-DRG's soms verfijning missen om prestaties te factureren. De Multipartite-structuur beveelt daarom op dit vlak verder onderzoek aan.
 - 4.3.3. De Multipartite-structuur wijst er op dat het niet evident is om voor alle soorten van interventies over klinische paden te beschikken en op basis hiervan een forfait vast te stellen. Het berekenen van forfaits op basis van klinische zorgpaden is bovendien erg tijdsrovend.
 - 4.3.4. Overigens blijkt uit de studie van het Kenniscentrum dat de besparingen die het werken met zorgpaden oplevert, beperkt zijn.
 - 4.3.5. Het invoeren van een forfaitaire financiering voor een te beperkt aantal prestaties valt moeilijk te combineren met andere bestaande systemen van financiering omdat anders het risico bestaat op dubbele financiering. Een prospectieve financiering voor een beperkt aantal forfaits kan er ook toe leiden dat er aan patiëntenselectie wordt gedaan, meer bepaald om de meest voordelige financiering te verwerven.
 - 4.3.6. De Multipartite-structuur benadrukt dat er geen sluitende oplossing bestaat voor de financiering van de pré-hospitalisatie activiteiten en dat met name een dubbele financiering niet is uitgesloten. Deze opmerking geldt echter ook voor het stelsel van de referentiebedragen.
- 4.4. In de schoot van de Multipartite-structuur worden meerdere alternatieve oplossingen voorgesteld:
- 4.4.1. Een eerste mogelijk alternatief voor een forfaitaire financiering per opname bestaat in het vaststellen van een enveloppe gebaseerd op een casemix, met dien verstande dat het aantal herzieningen beperkt moet worden gehouden en er gewerkt moet worden met zo aktueel mogelijke gegevens.
 - 4.4.2. Als tweede alternatief zou men, om praktijkverschillen weg te werken, de bestaande nomenclatuur kunnen verfijnen of de huidige forfaitaire financiering van diagnostische prestaties bijsturen.
 - 4.4.3. Ten slotte zou men ook het stelsel van referentiebedragen kunnen verbeteren door meer recente gegevens te gebruiken en eerder uit te gaan van de mediaanwaarde in plaats van een gemiddelde. Het is niet noodzakelijk om voor de berekening van de overschrijding slechts bepaalde categorieën van verstrekkingen in aanmerking te

nemen;men kan net zo goed het globale bedrag in aanmerking nemen. Het lijkt de Multipartite-structuur noodzakelijk om het recuperatiesysteem eenvoudiger te maken.

4.5.De Multipartite-structuur is, welke ook de toekomstige beleidsoptie weze, sterk voorstander van het creëren van financiële prikkels die de kwaliteit en performantie van zorg belonen, waarbij men oog moet hebben voor de kwalitatieve zorg in het ganse ziekenhuis inzonderheid voor de interdisciplinaire samenwerking. Zo zou men via het ziekenhuisbudget een bedrag kunnen toekennen op basis van een aantal indicatoren van goede zorg en performantie.

Dit bedrag kan men als beloning verwerven omdat het ziekenhuis beantwoordt aan een reeks parameters die verband houden met de performantie van het ziekenhuis en de kwaliteit van de zorg.Desgevallend kan dit bedrag wordt opgesplitst in deelbedragen op grond van de diverse parameters die worden gehanteerd.Als voorbeelden citeert men het respecteren van referentiebedragen,de decubitusverzorging,een adequaat bloedtransfusiebeleid,etc...

Positieve maatregelen hebben een meer reële kans op slagen dan hervormingen die een penalisierend karakter vertonen. De Multipartite-structuur dringt er daarom op aan dat onverwijld werk zou worden gemaakt van het bevorderen van de zorgkwaliteit en performantie van ziekenhuizen.Dit zal toelaten, via positieve incentives, snel resultaten te bekomen.

4.6.De werkgroep is bereid zijn werkzaamheden verder te zetten en een aantal aspecten die in dit rapport aan bod komen verder uit te diepen zowel wat de strategie op langere termijn betreft als voor de objectieven op kortere termijn.

Aldus gegeven te Brussel , op 13 juli 2005.

De waarnemend Voorzitter,

Dr. D. Désir

Bijlage 2.: Lijst van ingrepen/pathologieën weerhouden in de referentiebedragen.

Chirurgische APR-DRG's:

073	ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie
097	adenoïdectomie en amygdalectomie
179	onderbinden en strippen van venen
225	Appendectomie
228	Ingrepen voor hernia inguinalis en cruris
263	Laparoscopische cholecystectomie
302a	Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma – enkel code 289085, arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop).
302b	Majeuren ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma – enkel code 290286, femorotibiale arthroplastiek met gelede prothese.
313	Ingrepen onderste extremiteiten knie en onderbeen, behalve voet, - enkel code 300344, therapeutische artroscopieën (partiële of totale minesectomie)
318	Verwijderen van inwendige fixatoren
482	Transurethrale prostatectomie
513a	Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen – enkel code 431281, totale hysterectomie, langs abdominale weg
513b	Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen – enkel code 431325, totale hysterectomie, langs vaginale weg.
516	Laparoscopie en onderbreken tubae
540	Keizersnede
560	Vaginale bevalling

Medische APR-DRG's:

045	CVA met herseninfarct
046	Niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct
047	Transient ischemia
134	Longembolie
136	Nieuwvormingen van het ademhalingsstelsel
139	Gewone pneumonie
190	Circulaire aandoeningen met AMI
202	Angina pectoris
204	Syncope en collaps
244	Diverticulis en diverticulosis
464	Urinaire stenen met ESWLithotripsie
465	Urinaire stenen zonder ESWLithotripsie

Bijlage 3.: Lijst van de meest frequent voorkomende ingrepen in ziekenhuizen waarvoor voldoende wetenschappelijke gegevens bestaan over de te volgen praktijkrichtlijnen, gerangschikt in dalende volgorde volgens grootte van kostprijs in Euro van honoraria (het gaat hier om ruwe cijfers komende uit de profielen 2001 – documenten P - van het RIZIV).

Ingrepengroep	APR-DRG	Doc P-2001		Klinische paden		Richtlijnen Guidelines
		Prestaties	Totaalbedrag in Euro	Internationaal	België	
CABG	165/166	7748	16913750	3	5	2
Percutane coronaire angioplastie	174/175	18410	16626590	2	1	
Totale heupprothese	302_a	16343	11030036	4	16	
Hernia inguinalis/femoralis	228	31547	8489796	5	7	
Ingrepen op ooglenzen (catarract)	073	20359	8254200	2	4	
Hartklepchirurgie	162/163	3267	7859896	0	0	
Totale knieprothese	302_b	10191	6771166	3	16	
Laminectomie dorsolumbaal	023/310	13625	6362025	0	3	
Cholecystectomie	263	17506	5545054	3	5	1 ?
Keizersnede	540	18741	5294699	1	9	1
Perifere percutane angioplastie	174/175	9430	4818785	1	1+1	
Perifere vasculaire revascularisatie	173	9881	4377210	3	1+1	
TURp	482	10992	3532870	4	9	
Ingrepen op de aders (varices)	179	17512	3519185	2	2	
Ingrepen op sinussen	093	10182	3319514	0	1	
Aorto-iliacale revascularisaties	169	3597	3094333	1	?	
Spinale arthrodesis dorsolumbaal	303/304	5276	3020769	1 ?	?	
Neurochirurgie endocranieel	020/021	2023	2982368	0	1 ?	
Anteriorrecsectie rectosigmoïed	221	3892	2849261	2	1	
Appendectomie	225	15041	2817424	1	0	1
Menisectomie van de knie	313	13215	2659652	1	2	4
Ingrepen uterus/adnexen excl. Totale hysterectomie	513	11457	2625817	2	2 ?	8
Carotis/vertebralis revascularisatie	024	4201	2615882		1	
Femurhalsfractuur	308	7508	2600389	3	1	

Ingreppengroep	APR-DRG	Doc P-2001		Klinische paden		Richtlijnen Guidelines
Totale vaginale hysterectomie	513_b	8178	2500242	1	4 of 6 ?	4
Segmentaire of hemicolectomie	221	5428	2429305	2	1	
Totale prostatectomie	480	3286	2240792	1	5	
Totale abd. hysterectomie	513_a	7220	2203420	2	4 of 6 ?	4
Pacemaker	170/171	7994	2188293	1	2	
Therapeutische ureteroscopie	446	6602	2115509	0	0	2
Functionele Heelkunde op gehoorbeentjesketen of ingreep voor fenestratie	093/098 ?	3056	2082064	1	0	
Andere cardiale chirurgie	160/168	942	2071812			
Thyreoïdectomie	404	5449	1943269	1	0	
Borstverkleiningsoperatie	363	6224	1875070	X	X	
Conserv mammachirurgie (kystectomie, tumorectomie, mastectomia simplex, gynaecomastie)	363	11475	1786209	5	9	
Verw. Osteosynthesmat.	318	13413	1636280	2	0	
Heupprothese zonder aktetabulum prothese al dan niet bij femurhalsfractuur	301/302	4054	1583861	0	?	
Tonsillectomie & adenoïdectomie	097	13301	1537865	1	3	
Correctie neustussenschot	097	8317	1480082	0	1	
Spinale athrodese cervicaal	303/304	2299	1454631	1 ?	?	
TURblaas	441/445	5658	1445792	1	1	
Hiatus- of diafragmahernia via thorascopie of laparoscopie	227	3147	1415241			
Mastectomie (Patteyn Halsted, Urban)	362	3929	1363734	2 (?)	9 (?)	
Polsfractuur	316	6226	1360037	2	0	
Ruptuur rotatorenkapsel	315	5405	1320348	0	0	
Desinclusie en extractie van een geïmpakteerde of geretineerde tand	094 ?	12094	1273719	5	2	

Ingrepengroep	APR-DRG	Doc P-2001	Klinische paden	Richtlijnen Guidelines		
Hallux valgus / rigidus	314	6151	1182651	1	1	
Andere ingrepen op de knie (arthrotomie, arthroscopie voor kruisbanden)	313	3957	1099129	2	4	
Beenmergtransplantatie	003	559	1070446	0	0	
Totale of gedeeltelijke longexeresis	120	1581	1043027	0	1	
Laparosc. Ingrepen op tubae	516	7281	1000326	1	0	
Tympanoplastiek met enten	363	1846	903661	1	0	
Uitwendige of inwendige urethrotomie (OTIS)	446	4889	752856	1	0	
Laminectomie cervicaal	023/310	1088	687957	0	0	
De weerhouden ingrepen voor case-assessments zijn in bold aangeduid						
CABG werd verworpen en vervangen door Carotis/vertebralis revascularisatie.						

Bijlage 4.: Presentation of draft : The use of clinical pathways and guidelines to determine physicians' hospital fees prospectively – Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg – Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Kijken WG multipartite_final en WG multipartite_final_addendum.

Bijlage 5.: Lijst van verstrekkingen weerhouden in de referentiebedragen.

Weerhouden prestatiegroepen:

De weerhouden prestatiegroepen zijn:

1° De verstrekkingen i.v.m. beeldvorming opgenomen in artikel 17, §1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9, 10°, 11°, 12°, 17bis en 17ter van de nomenclatuur, uitgezonderd de forfaitaire vergoedingen en de angiografieën;

2° De verstrekkingen i.v.m. klinische biologie opgenomen in artikel 3, §1, A, II en C, I artikel 18, § 2, B, e) en artikel 24, § 1 van de nomenclatuur, uitgezonderd de forfaitaire vergoedingen;

3° Sommige technische prestaties en andere prestaties (e.a.), namelijk:

- de technische geneeskundige verstrekkingen van artikel 3, uitgezonderd klinische biologie
- de verstrekkingen inzake kinesithérapie van artikel 7
- de algemene speciale verstrekkingen van artikel 11
- de verstrekkingen inzake dialyse e.a. van artikel 20a
- de verstrekkingen inzake pneumologie van artikel 20b
- de verstrekkingen inzake gastro-enterologie van artikel 20c
- de verstrekkingen inzake pediatrie van artikel 20d
- de verstrekkingen inzake cardiologie van artikel 20e
- de verstrekkingen inzake neuropsychiatrie van artikel 20f
- de verstrekkingen inzake fysiotherapie van artikel 22 van de nomenclatuur.