

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID  
EN LEEFMILIEU

9 april 1987.

-----  
Bestuur der Verzorgingsinstellingen.

---  
N.R.Z.V.  
--

AE/03/14

ADVIES(\*) BETREFFENDE DE BINDING TUSSEN DE  
AARD VAN ZIEKENHUISACTIVITEITEN EN DE  
FINANCIERING VAN DE VERPLEEGDAGPRIJS.

-----

---

(\*) opgesteld door de afdeling "Erkenning" op 9.4.1987 en bekrachtigd door het Bureau op 14.5.1987.

In het systeem van de nieuwe financiering staat de vergelijking tussen de ziekenhuizen centraal. Zo men zich alleen steunt op de thans gehanteerde vergelijkingspunten is deze vergelijking onvolledig. Op de één of andere wijze dient de behandelde pathologie ingeschakeld in de vergelijking.

Het aantal, de complexiteit en de kwaliteit van de zorgen die aan een patiënt, in functie van zijn pathologie, worden toegediend hebben een rechtstreekse invloed op de kosten die inherent zijn aan deze verzorging en bijgevolg op de rechtstreekse financiering van de klinische diensten.

Er dient gestreefd naar een evolutief systeem dat toelaat de kosten op een meetbare, controleerbare en vergelijkbare manier te financieren waarbij de verschillende beoordelingselementen en -systemen progressief kunnen worden ingeschakeld. Het in aanmerking nemen van de pathologie kan gebeuren via zeer gesofistikeerde systemen waarvan de uitwerking echter nog jaren zal vergen.

In zijn advies van 10 juli 1986 betreffende de binding tussen de aard van de ziekenhuisactiviteit en de financiering van de verpleegdagprijs (Ref. AE/O3/14) heeft de N.R.Z.V. als methodologie voor de vergelijking van ziekenhuizen onderling het concept "basisziekenhuis" vooropgesteld. Het leek echter niet mogelijk, uitgaande van de vergelijking met dit basisziekenhuis, om vóór juni 1987 een direct bruikbaar systeem uit te werken.

De N.R.Z.V., afdeling "Erkenning", heeft dan ook geopteerd voor een eenvoudig systeem waarbij het concept "basisziekenhuis" wordt vervangen door de "gemiddelde landelijke pathologie index" als basis voor de vergelijking tussen ziekenhuizen onderling en waarbij het onderscheid tussen zware medische diensten, waarin uitsluitend patiënten worden opgenomen met een zware pathologie, en anderzijds gewone diensten waar ook een beperkt aantal patiënten een groter medisch- en zorgpakket behoeven, vervalft.

De evaluatie van het totale zorgpakket en de hieraan gebonden financiering dient in verschillende delen te gebeuren.

In het eerste deel worden een aantal patiëntengroepen via kwantitatieve activiteitscriteria van het doorsnee ziekenhuisgebeuren geïsoleerd.

Om de ziekenhuizen met elkaar te vergelijken op gebied van de klinische activiteit worden 8 groepen van prestaties weerhouden die ieder een bepaalde ziekenhuisactiviteit omschrijven.

Weerhouden zijn alleen deze prestaties die enigermate invasief zijn en zich derhalve niet tot oncontroleerbare herhaling lenen. Het gaat in de regel ook om akten van een zeker prestatieniveau omdat de basisactiviteit mag veronderstelt worden in alle ziekenhuizen dezelfde te zijn.

De hogervermelde 8 groepen zijn :

- |   |             |
|---|-------------|
| - heelkunde ( $400 \geq N \geq 200$ ; $200 \geq K > 120$ )    | - bijlage 1 |
| - zware heelkunde ( $650 \geq N > 400$ ; $400 \geq K > 240$ ) | - bijlage 2 |
| - zeer zware heelkunde ( $N \geq 650$ of $K > 400$ )          | - bijlage 3 |
| - reanimatieprestaties, als maat voor intensieve zorgen       | - bijlage 4 |
| - invasieve en interventionele radiologie                     | - bijlage 5 |
| - internistische activiteiten                                 | - bijlage 6 |
| - kindergeneeskunde   | - bijlage 7 |
| - urgentiegraad van bepaalde verstrakkingen                   | - bijlage 8 |

Wat de konkrete toepassing van deze lijsten betreft lijken enkele afspraken rond de gebruiksaanwijzing nuttig :

1. De gegevens worden best uitgedrukt in frank om de waardeverschillen tussen de verschillende sleutelletters uit te schakelen.
2. Voor heelkundige prestaties worden de prestaties aan 100 en aan 50 % geteld, niet de assistentie of hulp bij ingreep.
3. Alleen de prestatienummers geldig voor gehospitaliseerde patiënten komen in aanmerking.
4. De gegevens worden best uitgedrukt per skuut bed (met uitzondering van M en A).

1.1. De totale activiteit van ieder ziekenhuis wordt bepaald op basis van de waarden van de RIZIV-nomenclatuur door de som te maken van het totaal aantal prestaties. Hierbij worden de K en N waarden omgezet in frank en vervolgens uitgedrukt in punten.

1.2. De totale activiteit van het ziekenhuis wordt vervolgens gerelateerd naar het totaal aantal acute bedden van het ziekenhuis met uitsluiting nochtans van de acute bedden van de diensten M en A.  
Het resultaat van deze deling wordt bestempeld als de gemiddelde "ziekenhuis-index".

2.1. De totale activiteit van alle ziekenhuizen van het land wordt bekomen door de som van het totaal aantal prestaties van alle acute bedden met uitsluiting nochtans van de acute bedden van de diensten M en A.  
Zoals sub 1.1. worden eveneens de K en N waarden omgezet in frank en vervolgens uitgedrukt in punten.

2.2. De totale activiteit wordt vervolgens gerelateerd naar het totaal aantal acute bedden van het land.  
Het resultaat van deze deling wordt bestempeld als de gemiddelde "landelijke index".

3. Teneinde de ziekenhuisactiviteit van ziekenhuizen onderling te vergelijken wordt voor elk ziekenhuis een "pathologie-index" berekend. Deze wordt bekomen door de gemiddelde "ziekenhuisindex" te delen door de gemiddelde "landelijke index".

4. Bij de evaluatie van de ziekenhuisactiviteit via de pathologie dient er wel rekening gehouden met een aantal algemene gegevens, zoals daar zijn opname en ligduur, de leeftijd van de patiënten, de verwijzingen tussen ziekenhuizen, het aantal autopsies gerelateerd naar de mortaliteit, e.d.....
5. De evaluatie van de verpleegkundige zorgen via de registratie van minimale verpleegkundige gegevens is het tweede element van het vooropgestelde evaluatiesysteem.

Een wetenschappelijke studie verricht volgens twee invalshoeken heeft enerzijds onderzocht of de registratie van de verpleegkundige activiteit nuttig, valide en betrouwbaar is en anderzijds of de geregistreeerde gegevens de hergroepering van ziekenhuizen toelaat.

De eindverslagen stellen in staat een bevestigend antwoord te verstrekken op al deze vragen.

Het wetenschappelijk onderzoek heeft 23 verpleegkundige interventies geselecteerd als goede indicatoren van de verpleegkundige zorgen.

Deze 23 interventies geven een specifiek beeld van alle verpleegeenheden, ongeacht hun kenletter of medische specialiteit, heelkunde, inwendige geneeskunde of andere.

Dit beeld is verschillend en niet overlappend aan het beeld dat gevormd wordt door andere indicatoren zoals de medische diagnose of de traditionele kenmerken (kenletter, gemiddelde bezetting en verblijfsduur, leeftijd).

DE VOORZITTER VAN DE AFDELING,

DE VOORZITTER VAN DE RAAD,

Dr. J. BOTTEQUIN.

Dr. J. PEERS.