



**MULTIPARTITE-STRUCTUUR BETREFFENDE
HET ZIEKENHUISBELEID**



RIZIV
Tervurenlaan 211
1150 Brussel

Contact persoon:
Mickael Daubie (FR)
☎ 02/739.77.04
e-mail: Mickael.Daubie@inami.fgov.be

FOD Volksgezondheid
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 op de
adviesvraag van Mevrouw de Minister L. Onkelinx van
9 december 2008 over de referentiebedragen.**

Datum: 22 april 2010.

Advies van de Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid op de advies vraag van 9 december 2008 over de referentiebedragen.

1. Retroakten en werkwijze van de Multipartite-structuur

1. Op 12 februari 2008 heeft de Multipartite-structuur aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een advies uitgebracht waarin een aantal verbeteringen met betrekking tot het stelsel van referentiebedragen werden voorgesteld.

Deze voorstellen beogen de overschrijdingen te vermijden door een pro-actieve voorberekening van de referentiebedragen. Terzelfdertijd werden verbeteringen voorgesteld door drempels in te voeren die een neerwaartse spiraal van de bedragen moeten voorkomen. Tevens werd gesuggereerd een carenperiode te introduceren om te vermijden dat het stelsel zou worden omzeild door verstrekkingen buiten de hospitalisatieperiode te verrichten. Ten slotte stelde de Multipartite voor om kwaliteit en performantie te promoten door het geven van financiële incentives in het budget van financiële middelen en dit in het verlengde van de huidige convenant die met de ziekenhuizen wordt afgesloten. Deze stimuli of bonussen kunnen ook een aanmoediging betekenen voor deze ziekenhuizen die de referentiebedragen respecteren.

2. De Multipartite-structuur stelt met tevredenheid vast dat de Minister op heel wat van deze aanbevelingen tegemoet komt en deze heeft opgenomen in de wet op de ziekteverzekering.

Toch stelt de Multipartite-structuur dat, twee jaar na het uitbrengen van het advies, op verschillende aanbevelingen tot nog toe niet of onvoldoende werd ingegaan, zoals:

- het aanpakken van de grote voorschrijvers;
- de introductie van een unieke patiëntenidentificatie;
- het beter ondersteunen van de medische colleges bij het uitwerken van praktijkrichtlijnen;
- het wetenschappelijk aanmoedigen van klinische paden in de ziekenhuizen, suggestie die reeds in 2005 werd geformuleerd;
- het verder onderzoek naar ongerechtvaardigde praktijkverschillen en dit ter ondersteuning van de opdracht die de Multipartite-structuur heeft.

3. In de brief van 9 december 2008 bracht de Minister de Multipartite-structuur in kennis van het feit dat een aantal aanbevelingen van de Multipartite-structuur - ter verbetering van het stelsel van referentiebedragen - effectief in wetgeving werden omgezet.

Tezelfdertijd verzocht de Minister de Multipartite-structuur advies te verlenen over de modaliteiten ter uitvoering van deze wetswijziging. Tevens vraagt de Minister een advies uit te brengen over de uitwerking van het stelsel van incentives om kwaliteit en performantie te belonen.

4. De Multipartite-structuur heeft de bestaande Werkgroep onder leiding van de Heer Chr. Decoster, Directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, belast om gevolg te geven aan de adviesvraag van de Minister.

Zo worden, in het eerste deel van het voorliggend interim-rapport, een aantal voorstellen geformuleerd om het stelsel van referentiebedragen te verbeteren.

Vervolgens worden voorstellen gedaan over de techniek van drempelwaarden en dit op basis van een aantal simulaties.

Het IMA werd verzocht studiewerk te verrichten rond de carensperiode en de daarmee gepaard gaande problematiek van de daghospitalisatie en de referentiebedragen. In onderstaand interim-rapport wordt de methodologie daartoe toegelicht.

Ingevolge het verzoek van de Multipartite-structuur werd door de FOD Volksgezondheid een studie opgezet naar de definitie van een aantal indicatoren van kwaliteit en performantie van de ziekenhuiswerking die eventueel als basis kan dienen van een systeem van incentives. In het laatste deel van het interimrapport wordt het concept van deze studie toegelicht.

De Multipartite-structuur heeft de voorstellen van de werkgroep in de plenaire vergadering op 22 april 2010 besproken en goedgekeurd.

2.Evaluatie en voorstellen ter verbetering van het referentiebedragensysteem

De Technische cel (FOD Volksgezondheid en het RIZIV) heeft op basis van de opmerkingen die de ziekenhuizen hebben geformuleerd met betrekking tot de eerste toepassing van de referentiebedragen (cf. nota in bijlage 1 "Structurele en methodologische opmerkingen van de ziekenhuizen over de referentiebedragen - januari 2010"), verschillende analyses uitgevoerd. (cf. nota in bijlage 2 "Bijkomende analyses die de werkgroep van de Multipartite Structuur in het kader van de evaluatie van de eerste toepassing van het systeem van de referentiebedragen heeft gevraagd"). De Werkgroep en de Multipartite-structuur hebben daarvan op 4 maart en 22 april kennis genomen en een aantal opmerkingen geformuleerd.

A. De cardiale zorgprogramma's

Problematiek:

De ziekenhuizen die over een cardiaal zorgprogramma beschikken, voornamelijk B of alleen B1, zouden door sommige APR-DRG's (zoals de APR-DRG 190 'circulatoire aandoeningen met acuut myocardinfarct') worden benadeeld, omdat de uitgaven van die ziekenhuizen worden vergeleken met referentiebedragen die voor alle ziekenhuizen zijn berekend, ongeacht het feit of zij al dan niet over een cardiaal zorgprogramma beschikken.

Voorstel van de Multipartite-structuur:

De Multipartite-structuur stelt voor om het advies van de plenaire vergadering van de Multipartite Overlegstructuur van 12 februari 2008 te behouden, meer bepaald om **"de fysiotherapie- en angiografieverstrekingen niet op te nemen in de berekening van de referentiebedragen..."** (punt 3. Aanbevelingen 3. bladzijde 3).

Als de angiografieën niet uit het systeem kunnen worden geschrapt, stelt de Multipartite-structuur voor om **de APR-DRG 190 in tweeën te splitsen**: één voor de ziekenhuizen met een programma B of B1 en een ander voor de ziekenhuizen die daarover niet beschikken.

Rekening houdende met de erkenning van het zorgprogramma B blijkt uit de analyses dat de opsplitsing een weerslag heeft op de resultaten van die APR-DRG, zelfs indien wordt aangetoond dat de meeste ziekenhuizen ook na de opsplitsing van de APR-DRG 190 nog altijd op basis van het volledige systeem (33/34) worden geselecteerd. Dankzij de splitsing kon de betrouwbaarheid van een billijke vergelijking van de praktijken worden verhoogd, ook al heeft zij weinig of geen invloed op de selectie en de terugbetaling van de ziekenhuizen.

B.De fysiotherapieverstrekkingen

Problematiek:

De ziekenhuizen kunnen moeilijk begrijpen waarom de fysiotherapieverstrekkingen gedurende drie jaar (methode 2006) in het systeem van de referentiebedragen worden behouden, terwijl zij voor 5 APR-DRG's vanaf de verblijven van 2009 (methode 2009) zullen worden geschrapt.

Voorstel van de Multipartite-structuur:

De Multipartite-structuur stelt voor om het advies van de plenaire vergadering van de Multipartite Overlegstructuur van 12 februari 2008 te behouden, meer bepaald om **“de fysiotherapieverstrekkingen met betrekking tot de vijf specifieke APR-DRG's¹ voor de kinesitherapie en de fysiotherapie *niet op te nemen in de berekening van de referentiebedragen...*”** (punt 3. Aanbevelingen 3. bladzijde 3).

De Multipartite-structuur wenst dan ook **de fysiotherapieverstrekkingen zo snel mogelijk uit het systeem te schrappen** en niet alleen vanaf de verblijven 2009.

¹ APR-DRG 045 (CVA met herseninfarct), 046 (niet gespecificeerd CVA met precerebrale occlusie zonder infarct), 139 (gewone pneumonie), 302_a codenummer 289085, Artroplastiek van de heup met totale prothese en 302_b – codenummer 290286, Femorotibiale artroplastiek met gelede prothese.

Bepaalde leden zijn van oordeel dat men, vanuit juridisch oogpunt, moet onderzoeken of men retroactief wijzigingen kan doorvoeren m.b.t. de voorwaarden die in 2005 zijn ingevoerd en die van 2006 tot 2008 moeten worden toegepast.

De Multipartite-structuur stelt tevens twee denkpistes en oplossingen voor met betrekking tot de uitsluiting van de fysiotherapie om eventuele nieuwe onevenwichtige situaties te voorkomen:

- 1) De schrapping van de fysiotherapieverstrekkingen (methode 2009) laten gepaard gaan met de **schrapping van de kinesitherapieverstrekkingen** (artikel 7). Als de fysiotherapie niet langer in aanmerking wordt genomen, bestaat het gevaar dat de ziekenhuizen die alleen of hoofdzakelijk kinesitherapieverstrekkingen verrichten als 'overconsumerend' worden beschouwd vergeleken met de ziekenhuizen die fysiotherapieverstrekkingen verrichten, die niet meer in de berekeningen zouden worden opgenomen. Door die gezamenlijke schrapping van de fysiotherapie en de kinesitherapie kan men zich vragen stellen over wat nog moet worden vergeleken op het vlak van de overige technische verstrekkingen.

Er dient voorts op te worden gewezen dat de uitsluiting van de kinesitherapie logischerwijs (louter omdat het totaalbedrag waarop het systeem betrekking heeft, afneemt) een **daling met 545.641 euro veroorzaakt van het totaalbedrag dat moet worden terugbetaald**, terwijl de uitsluiting van de fysiotherapie al een soortgelijke daling in vergelijking met het systeem 2006 heeft teweeggebracht.

- 2) **De 5 APR-DRG's** waarvoor in de schrapping van de fysiotherapie is voorzien, **opsplitsen in twee 'sub APR's'** waarbij rekening wordt gehouden met het feit of de ziekenhuizen al dan niet over een revalidatiecentrum beschikken of fysiotherapieverstrekkingen kunnen aanrekenen. Dankzij die splitsing kan dan ook een vergelijking worden gemaakt tussen de ziekenhuizen die opteren voor kinesitherapieverstrekkingen, omdat zij geen toegang hebben tot de nomenclatuur van de fysiotherapieverstrekkingen, enerzijds en de ziekenhuizen die meer bepaald via de revalidatiecentra een beroep kunnen doen op die nomenclatuur, anderzijds. In dit voorstel wordt de fysiotherapie dus niet uitgesloten, maar afzonderlijk bekeken. In tegenstelling tot de eerste oplossing kunnen veel technische verstrekkingen bijgevolg in die APR-DRG's opgenomen blijven.

C. De gemengde verblijven ' in een Sp-dienst en in een acute dienst'

Problematiek:

Sommige ziekenhuizen vinden het onlogisch dat, voor eenzelfde APR-DRG, in eenzelfde ziekenhuis gemengde verblijven in 'acuut + SP' worden vergeleken met louter acute verblijven. Die vergelijking is voordelig voor de ziekenhuizen die hun patiënten naar een Sp-dienst van een ander ziekenhuis overbrengen.

Voorstel van de Multipartite-structuur:

De Multipartite-structuur stelt voor om het advies van de plenaire vergadering van de Multipartite Overlegstructuur van 12 februari 2008 te bevestigen, meer bepaald om "**de Sp-diensten** (al dan niet geïsoleerd) in het systeem van de referentiebedragen **te behouden**" (punt 3. Aanbevelingen 3. bladzijde 3).

De Multipartite-structuur herinnert hier trouwens ook aan de aanbeveling in het advies van 2008 om werk te maken van een betere uitbouw van het revalidatie - landschap. De creatie van een zorgprogramma revalidatie lijkt daartoe aangewezen.

D. De erkenningen voor NIC- en MIC-diensten

Problematiek:

De **ziekenhuizen** met een **NIC- en/of MIC-dienst** zouden 'gepenaliseerd' worden via de APR-DRG's 540 ('keizersnede') en 560 ('vaginale bevalling') omdat tijdens de bevalling een pediater aanwezig is; die aanwezigheid wordt in de erkenningsvoorwaarden vermeld of door die erkenningsvoorwaarden verklaard.

Voorstel van de Multipartite-structuur:

Aangezien enerzijds wordt vastgesteld dat de ziekenhuizen met een NIC-en/of MIC-dienst niet systematisch of buitengewoon worden 'gepenaliseerd' op basis van de twee APR-DRG's en anderzijds de 'normale' aanwezigheid van de pediater geen systematisch of bijzonder nadeel voor de ziekenhuizen inhoudt, **stelt de Multipartite-structuur voor om voor dit punt de bestaande methode te blijven volgen.**

Gelet op de hoge percentages van (zelfs systematische) aanwezigheid van pediaters bij bevallingen in sommige ziekenhuizen herinnert de Multipartite-structuur eraan dat, los van het systeem van de referentiebedragen, de ad-hoc organen en -diensten van het RIZIV (profielencommissies, DGEC) moeten analyseren in welke mate de hoge gefactureerde bedragen in verhouding tot het aantal hoog risicozwangerschappen kunnen worden verantwoord, zoals bepaald wordt in de nomenclatuur.

E. Het probleem van de nulmediaan

Problematiek:

Als de mediaan in de methode 2006 nul is, wordt zij tijdens de fase 2 behouden om de terugbetaling te berekenen; vanaf de verblijven 2009 (methode 2009) zal zij echter worden vervangen door het gemiddelde. De Multipartite-structuur wenst de weerslag van de vervanging van de nulmediaan door het gemiddelde te evalueren.

Voorstel van de Multipartite-structuur:

Aangezien die wijziging voordelig zal zijn voor alle ziekenhuizen die tijdens de fase 1 zijn geselecteerd, **stelt de Multipartite-structuur voor om al in de methode 2006 de nulmediaan door het gemiddelde te vervangen.**

F. Link tussen fase 1 en 2

Problematiek:

Het aangehaalde probleem heeft enerzijds betrekking op het ontbreken van een link tussen de APR-DRG's die tijdens de fase 1 de referentiebedragen overschrijden en die welke tijdens de fase 2 voor terugbetaling in aanmerking komen, en anderzijds op het bedrag van de overschrijding dat sterk varieert naargelang het op basis van het gemiddelde dan wel op basis van de mediaan is berekend (tijdens de fase 1 kunnen geringe overschrijdingen echter leiden tot de terugbetaling van grote bedragen tijdens de fase 2).

Voorstel van de Multipartite-structuur:

De Multipartite-structuur stelt voor om noch fase 1, noch het gebruik van de mediaan tijdens de fase 2 te wijzigen, maar om **de terug te betalen bedragen (fase 2) alleen te berekenen op de APR-DRG's/graad van ernst/ groep van verstrekkingen waarin tijdens de fase 1 overconsumptie is vastgesteld**. Voor de APR-DRG's/graad van ernst/groep van verstrekkingen waarin tijdens de fase 1 een overschrijding is vastgesteld, zullen alleen de bedragen worden teruggevorderd die de mediaan overschrijden, zodat de link tussen de terugbetaling (fase 2) en het gedrag van 'overconsumptie' (fase 1) wordt versterkt.

G. Weerslag van de RVV-patiënten

Problematiek:

De ziekenhuizen die een groot percentage RVV-patiënten opvangen, worden in het kader van de referentiebedragen 'gepenaliseerd'.

Voorstel van de Multipartite-structuur:

Daar is vastgesteld dat de weerslag van de RVV-patiënten in het kader van de klassieke ziekenhuisopnamen volkomen verwaarloosbaar is, **besluit de Multipartite-structuur om de bestaande methode niet te wijzigen**.

3. Vaststelling van de drempels waarin in artikel 56ter, § 11, 4°, 5° en 6° is voorzien

A. 'Verhoging' van de drempel (artikel 56 ter, § 11, 4°)

In de methode 2009 is voorzien dat de 'vooraf berekende' referentiebedragen vóór 1 januari van elk jaar aan de ziekenhuizen worden meegedeeld, zodat zij hun positie kunnen bepalen en hun gedrag kunnen bijstellen om niet te worden 'gepenaliseerd'. Zo heeft het RIZIV bijvoorbeeld in november 2009 aan de ziekenhuizen de 'vooraf berekende referentiebedragen voor 2010' meegedeeld (die berekend zijn op basis van de laatste beschikbare gegevens, namelijk die van 2007).

Bij de berekening door het RIZIV van de terug te betalen bedragen voor 2010 rijst de vraag of de 'vooraf berekende referentiebedragen voor 2010' (berekend op basis van de gegevens van 2007) of de bedragen berekend op basis van de gegevens van 2010 zullen worden gebruikt.

Die vraag wordt beantwoord in artikel 56ter § 11, 4°; daarin wordt bepaald dat de referentiebedragen van het toepassingsjaar (in ons voorbeeld 2010) in aanmerking zullen worden genomen als zij groter zijn (eventueel met een drempel die nog door de Koning moet worden vastgesteld) dan de 'vooraf berekende' referentiebedragen.

Met deze bepaling wil men anticiperen op een aanzienlijke stijging (die echter losstaat van het gedrag van de ziekenhuizen) van de referentiebedragen tussen het jaar van de 'vooraf berekende bedragen' en het toepassingsjaar.

Er dient te worden opgemerkt dat de vaststelling van die drempel **niet verplicht** is. Als geen enkele drempel is vastgesteld, zullen de referentiebedragen van het toepassingsjaar (in ons voorbeeld 2010) bijgevolg in aanmerking worden genomen, zodra ze duidelijk boven de 'vooraf berekende' referentiebedragen liggen.

B. 'Verlaging' van de drempels (artikel 56 ter, §11, 5° et 6°)

Met een systeem dat gebaseerd is op de nationale gemiddelden, bestaat de vrees dat door een gedragswijziging van de ziekenhuizen de nationale gemiddelden tot een gevaarlijk niveau zullen zakken ('neerwaartse spiraal') waardoor de kwaliteit van de verzorging in het gedrang kan komen.

Om die negatieve effecten te ondervangen, kunnen volgens de methode 2009 drempels worden vastgesteld, zodat de verlaging van de referentiebedragen van jaar tot jaar kan worden beperkt ('jaarlijkse drempel' vastgesteld in artikel 56ter, §11, 4°) en ook de verlaging over een lange periode kan worden beperkt ('absolute drempel' in artikel 56ter, §11, 5°).

De Multipartite-structuur heeft zich gebogen over enkele analyses die gebaseerd zijn op de jaarlijkse evolutie van de referentiebedragen tussen 2003 en 2006 (voor de drie groepen van verstrekkingen). In de tabel III.B.1 worden de vastgestelde 'negatieve groeicijfers' over de referentiebedragen van twee opeenvolgende jaren verdeeld.

Een voorstel bestaat erin om de jaarlijkse drempel vast te stellen op de mediaan waarde (5,29%), zodat tussen **het jaar t en het jaar t+1 geen enkel referentiebedrag met meer dan 5,29% kan worden verlaagd**. Door te opteren voor de mediaan "valt" 50% van de dalingen met meer dan 5,29% "buiten beschouwing".

Croissance annuelle négative	
Maximum	-36,04%
Percentile 90	-16,40%
Percentile 75	-9,68%
Médiane	-5,29%
Moyenne	-7,19%
Percentile 25	-2,81%
Percentile 10	-1,05%
Minimum	-0,01%

Tabel III.B.1

Voor de vaststelling van de absolute drempel kan een soortgelijke logica als die welke zojuist is voorgesteld, worden gevolgd.

4. Methodologische opties die moeten worden genomen in het kader van het project 'Carensperiode -Referentiebedragen'

A. Doelstelling

Het IMA heeft aan de Multipartite-structuur een aantal pistes en methodologische voorstellen voorgelegd.

Het IMA wenst concreet, in de gebruikte methodologie, op basis van de beschikbare gegevens, de realiteit van de medische praktijk op het terrein zo goed mogelijk te weerspiegelen.

B. Voorstellen IMA van te nemen methodologische pistes

B.1. Beleidsopties

Sinds de praktische toepassing van het systeem van de referentiebedragen heeft het IMA steeds gewezen op de incoherentie van de gevolgde methodologie t.o.v. de medische realiteit op het terrein. De beleids optie tot op vandaag bestaat er namelijk in te steunen op de gegevensbank MKG-MFG (vergelijkingseenheid: het (klassieke) verblijf). Een andere optie is beroep te doen op een gegevensbank IMA-MKG die de persoon longitudinaal volgt, waarmee de medische realiteit veel beter wordt weergegeven. Deze optie is technisch en wettelijk gezien realiseerbaar sinds de oprichting van het KCE.

Naar aanleiding van de discussies binnen de Multipartite (MP) werd de wet over de referentiebedragen gewijzigd waardoor thans de mogelijkheid bestaat het stelsel uit te breiden tot one day verblijven. Tevens werd in de wet een carensperiode ingevoerd. Toch voorziet de wet niet in een automatische toepassing, terwijl vanuit het standpunt van de medische logica beide elementen volgens het IMA gelijktijdig moeten worden geïntegreerd **indien de uiteindelijke doelstelling erin bestaat de medische prestaties tussen de instellingen op een coherent wijze te vergelijken.**

Om deze reden wil het IMA elk klassiek of one day verblijf als basis nemen, waaraan het IMA een carensperiode van (maximum) 30 dagen wenst te koppelen. De verblijven zullen per instelling worden geboekt. Zodra dit basisprincipe is goedgekeurd, moet worden geprobeerd de medische realiteit zo goed mogelijk te benaderen. Hierbij stellen zich enkele specifieke vragen:

1. Duur van de carensperiode.

Moet men rekening houden met alle one day verstrekkingen (bv. forfaits gipskamer, dialyse, oncologische one day ...) om de carensperiode tot minder dan 30 dagen te « reduceren »? Aangezien volgens het IMA de wettekst op dit punt niet expliciet is², zal aan de juridische dienst van het RIZIV worden gevraagd welke interpretatie hiervoor dient aangenomen te worden.

2. Verstrekkingen die geïntegreerd zijn in de carensperiode.

Men dient ervoor te zorgen dat op het niveau van de voorstelling van de resultaten, het onderscheid kan gemaakt worden tussen de verstrekkingen geattesteerd door verstrekkers/voorschrijvende artsen die verbonden zijn aan het ziekenhuis versus verstrekkingen die zijn verricht door « externen » (bv. : huisartsen, specialisten die geen praktijk uitoefenen binnen het desbetreffende ziekenhuis). Het IMA wil elke verstrekking (ambulante of gehospitaliseerde) in rekening brengen, voorgeschreven door een arts die ten minste één verstrekking in een ziekenhuis geattesteerd heeft, vanaf het moment waarop de patiënt een ziekenhuisverblijf heeft gehad waarop het stelsel van de referentiebedragen van toepassing is. Dit zal bijvoorbeeld tot gevolg hebben dat een zorgverstrekkers actief in verschillende verzorgingsinstellingen (bv. Brusselse gynaecologen) zijn ambulante verstrekkingen uitgesplitst zal zien over verschillende verzorgingsinstellingen in functie van de plaats van de prestatie waarop het stelsel van referentiebedragen van toepassing is.

² Art 56ter, §11, 2°, laatste paragraaf : « Indien tijdens de carensperiode een andere opname aan de voor de berekening van de referentiebedragen in aanmerking genomen opname voorafgaat, begint deze carensperiode de dag na het beëindigen van die opname ».

3. Opsplitsing van de carensperiode

Alhoewel artikel 56ter bepaalt dat de carensperiode van 30 dagen onderbroken wordt bij elke hospitalisatie tijdens deze periode, zou het misschien vanuit medisch standpunt correcter zijn de periode van 30 dagen niet te onderbreken wanneer deze "opgesplitst" wordt door een « identieke » ingreep (bijvoorbeeld, kataraktingrepen, spataders, hernia's) tijdens deze 30 dagen, uitgevoerd in **dezelfde verzorgingsinstelling**. Praktisch gezien, stelt het IMA in dit geval voor om zo goed mogelijk de medische realiteit weer te geven en deze dubbele hospitalisaties -in tegenstelling tot de huidige wet - als een unieke hospitalisatie te beschouwen, waarvan de carensperiode 30 dagen voor de eerste hospitalisatie aanvangt.

B.2. « Zuivere » methodologische opties

B..2.1. *Niet-dekking in de verplichte verzekering van verstrekkingen kleine risico's in de regeling zelfstandigen (KR RZ)*

Rekening houdend met de vaststelling dat er zal worden gewerkt met ambulante gegevens van het prestatiejaar 2006, zal men een deel van de informatie over de uitgaven gegenereerd door de zelfstandigen die geen verstrekkingen "kleine risico's" in het kader van de verplichte verzekering genieten, verliezen. Aangezien de verdeling van de zelfstandigen op het nationaal grondgebied en binnen het potentieel van de instellingen niet homogeen is, moet er worden vermeden dat er een basis wordt gecreëerd die samenhangt met een niet-exhaustief zicht op de uitgaven voor bepaalde instellingen die dit soort patiënten behandelen.

Aangezien deze problematiek zich niet meer stelt vanaf het prestatiejaar 2008 en deze studie als doel heeft methodologische verbeteringen voor de toekomst voor te stellen, bestaat de denkpiste erin de analyse enkel te verrichten op basis van patiënten die genieten van verstrekkingen "kleine risico's" in het kader van de verplichte verzekering, waarbij evenwel per ziekenhuis ook het percentage patiënten wordt vastgesteld dat niet van kleine risicoverstrekkingen in het kader van de verplichte verzekering geniet. Het kenmerk zelfstandige/niet-zelfstandige zou immers na de integratie, vanaf 1 januari 2008, een rol kunnen spelen op het vlak van de "voorkeur" die aan een daghospitalisatiebehandeling wordt gegeven, met eventuele « structurele » gevolgen op het vlak van de uitgaven die worden gegenereerd tijdens de carensperiode voor deze instelling. De methodologische ten laste

neming van de bevolking klein risico in termen van ambulante consumptie en in termen van gedrag daghospitalisatie versus klassieke hospitalisatie zal duidelijk uitgelegd worden tijdens de publicatie van de eindresultaten, op een manier dat deze kan gevalideerd worden en in voorkomend geval aanvaard door de actoren van het terrein.

B.2.2. RVV-patiënten en niet RVV-patiënten – impact in de ambulante zorgverlening en in het ziekenhuis

Rekening houdend met het feit dat voor de intramurale zorg, de coherentie op het vlak van de facturatie tussen RVV-patiënten en niet-RVV-patiënten veel groter is dan in de ambulante zorgverlening, omdat ofwel het remgeld per behandeling door forfaits wordt vervangen en/of omdat veel verstrekkingen voor 100% worden terugbetaald, ongeacht het statuut, werd aan deze problematiek inzake het verschil betreffende de RVV-patiënten en niet-RVV-patiënten per instelling wellicht weinig aandacht geschonken wanneer men de intramurale praktijk per pathologie tussen de instellingen heeft willen vergelijken.

Als de ambulante zorgverlening in de carensperiode van 30 dagen wordt geïntegreerd, zou deze problematiek een bepaalde bias kunnen veroorzaken, waarmee wellicht rekening zal moeten worden gehouden in de analyse.

5. Invoering van een systeem van positieve incentives

De brief van de Minister, die dateert van 9 december 2008, vraagt dat de Multipartite-structuur haar werkzaamheden verder zet met het oog op het analyseren en het voorstellen van een systeem van incentives of boni, verbonden aan de performantie en de kwaliteit in de zorginstellingen. In eerste instantie moet er een cultuur van monitoring van kwaliteit en performantie worden ingevoerd en gestimuleerd; in een latere fase zullen de evolutie van de kwaliteit en van de performantie worden gemeten. De ziekenhuizen die goede scores behalen op een aantal parameters zouden een bonus ontvangen.

Reeds in 2006 stelde de NRZV een basisinvestering voor om de kwaliteit in de ziekenhuizen te stimuleren en te coördineren en om in tweede fase een bijkomende financiering te voorzien om die ziekenhuizen te belonen die als performant worden beschouwd voor wat betreft het beheer van de kwaliteit. Naar aanleiding van dat advies werd er een budget van 6,8 miljoen € op jaarbasis vrijgemaakt om de coördinatie van de kwaliteit (en van de patiëntveiligheid) te financieren.

In 2007 werd er een eerste contract voorgesteld aan alle ziekenhuizen. Dat contract « Coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid » telde 6 thema's waarrond de ziekenhuizen moesten werken. 164 instellingen namen deel aan dat eerste initiatief.

Vanaf 2008 werd er een meerjarenplan uitgewerkt voor de periode 2008-2012. Dat plan is moduleerbaar rond 3 pijlers: de pijler «structuur» (invoeren van een veiligheidsmanagement systeem), de pijler «proces» (op een gestructureerde manier werken aan de zorgprocessen en ze verbeteren) en de pijler «resultaten» (werken met indicatoren voor het beheer van de kwaliteit en van de veiligheid). Momenteel wordt hiervoor een jaarlijks budget uitgetrokken van 7,2 miljoen €, en nemen er 185 ziekenhuizen vrijwillig deel. De rol van de FOD Volksgezondheid bestaat erin de ziekenhuizen te sensibiliseren, bij te staan en te ondersteunen in dit kwaliteitsinitiatief. Door het contract is de bewustwording («awareness») voor kwaliteit toegenomen.

Het zorgt er ook voor dat de kwaliteit van de zorg op een meer gestructureerde en geïntegreerde manier kan worden aangepakt. Het contract laat echter niet toe de verbeterinitiatieven of het kwaliteitssysteem die werkelijk werden ingevoerd in de zorginstellingen, te evalueren.

In 2009 luidde de conclusie van het KCE-rapport over de voordelen, nadelen en haalbaarheid van de introductie van « P4Q³ » in België » (rapport 118) : «De voornaamste conclusie uit de literatuur is dat de resultaten sterk variëren van programma tot programma ...». Het literatuuroverzicht toont aan dat de programma's zich vooral richten op preventieve en chronische zorg. De belangrijkste aanbevelingen die werden geformuleerd zijn de volgende:

- Kwaliteit kan worden beoordeeld door structuur-, proces- evenals door tussentijdse uitkomstindicatoren op voorwaarde dat ze met "evidentie" worden ondersteund;
- Iedereen belonen die de vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen behaalt en niet enkel zij die de beste resultaten halen. De financiële stimulans moet gericht zijn op iedereen die de doelstellingen bereikte, zowel de individuele zorgverleners als de equipe;
- De implementatie moet progressief gebeuren en aan de hand van pilootprogramma's;
- Beschikbare gegevens gebruiken die nauwkeurig en gevalideerd zijn, wat inhoudt dat er geïnvesteerd wordt in informatietechnologieën en in een auditsysteem om de kwaliteit van de gegevens te garanderen;
- Een monitorsysteem opzetten voor de globale impact, de mogelijke ongewenste gevolgen, de doeltreffendheid en de kosteneffectiviteit met feedback aan de zorgverstrekkers.

Naar aanleiding van het rapport van het KCE en van de initiatieven die werden ontwikkeld voor de pijler 'indicatoren' van het contract «Coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid» loopt er momenteel een nieuw onderzoek (HPI.be). Dat onderzoek heeft tot doel een multidimensionele indicatorenset uit te werken ter evaluatie van de klinische en niet-klinische performantie in de Belgische ziekenhuizen. Het onderzoek omvat drie onderdelen.

Het 1^{ste} deel bestaat enerzijds uit een overzicht van de internationale wetenschappelijke literatuur, van de grijze literatuur en van de Belgische ervaringen met het gebruik van indicatoren voor klinische en niet-klinische performantie in de Belgische ziekenhuizen. Anderzijds wordt tijdens dit 1^{ste} deel de lijst op van de reeds beschikbare gegevens opgemaakt en worden de beschikbaarheid, de validiteit en de betrouwbaarheid van de bestaande gegevensbanken geanalyseerd.

³ P4Q = Payment for Quality; in het Nederlands: betaling in functie van de kwaliteit

Het 2^{de} deel bestaat uit een exploratie van de toestand in de ziekenhuizen aan de hand van interviews en vragenlijsten. De doelstellingen van die exploratie in de ziekenhuizen zijn: analyse van de percepties betreffende ziekenhuisperformantie, het optekenen van de bestaande praktijken, nagaan wat de verwachtingen van de ziekenhuizen zijn en onder welke omstandigheden men zich indicatoren eigen kan maken evenals het vergelijken van praktijken en formele structuren. Er wordt een brief gestuurd naar de ziekenhuizen om hen te vragen zich kandidaat te stellen voor deelname aan dit onderzoek. Uit de kandidaten zullen 10 ziekenhuizen worden gekozen op basis van de criteria taal, grootte en deelname aan het contract «Coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid». In elk van die ziekenhuizen zullen er minstens 5 personen ondervraagd worden (algemeen of financieel directeur, hoofdgeneesheer, hoofd van het verpleegkundig departement, voorzitter van de medische raad, directeur of coördinator kwaliteit). Na afloop van die interviews zal er een gepersonaliseerde vragenlijst worden gestuurd naar het ziekenhuis. Een medewerker van het onderzoeksteam zal elk ziekenhuis begeleiden bij het invullen van die vragenlijst.

In het 3^{de} deel zal er een lijst met indicatoren, aangepast aan de Belgische context, worden opgesteld op basis van de voorheen ingezamelde resultaten. De indicatoren zullen worden getest op basis van bestaande administratieve gegevens. Het onderzoeksteam zal eveneens enkele denkpistes voorstellen aangaande het gebruik van de bestaande gegevens en de onontbeerlijke gegevens.


Tot nog toe draagt het contract «Coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid» ertoe bij dat er een cultuur van monitoring van kwaliteit en performantie wordt ingevoerd en gestimuleerd (eerste fase in de brief van de Minister) maar het contract laat niet toe om goede praktijken of het behalen van vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen te belonen. De studie HPI.be zal enerzijds bijdragen tot een betere kennis van de interne processen die kwaliteit en performantie verbeteren in de instellingen en anderzijds een beschrijving opleveren van de institutionele dynamiek die kwaliteit en performantie bevordert.

Het voorstel om de ziekenhuizen te evalueren en diegene te belonen die kunnen aantonen dat ze performant zijn, heeft enkel zin indien dat programma wordt uitgevoerd in het kader van een strategisch plan. Een strategisch plan voor het ziekenhuisbeheer in België, waarvan een deel duidelijk aangeeft wat de overheden verstaan onder ziekenhuisperformantie, met duidelijk omschreven doelstellingen, voldoende middelen om wie performant is te belonen, een orgaan of comité dat de te behalen doelstellingen zal vastleggen en zal zorgen voor monitoring en uiteindelijk een eenduidige communicatie.


Ondertussen zal het waarschijnlijk nodig en voorzichtig zijn om via pilootziekenhuizen een initiatief te testen dat de ziekenhuizen zou belonen indien ze vooraf bepaalde doelstellingen bereiken voor een multidimensionele indicatorenset (klinische en niet-klinische indicatoren). De conclusies van dat onderzoek zouden de besluitvormers in staat stellen om initiatieven met betrekking tot stimuli verder uit te bouwen.

Aldus goedgekeurd door de plenaire vergadering van de Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid op donderdag 22 april 2010.

De Ondervoorzitter


Prof. Dr. J. Kips

De Voorzitter


Prof. Dr. D. Désir

