

**MULTIPARTITE-STRUCTUUR BETREFFENDE  
HET ZIEKENHUISBELEID  
STRUCTURE MULTIPARTITE EN MATIERE DE  
POLITIQUE HOSPITALIERE**



FOD Volksgezondheid – DG1  
Victor Hortaplein, 40 Bus 10  
B- 1060 Brussel  
Eurostation Bloc 2

INAMI/RIZIV  
211, Avenue de Tervuren  
B-1150 Bruxelles

Contactpersoon:  
Francis Loosen (NL)  
☎ 02/524.86.43  
e-mail: [francis.loosen@health.fgov.be](mailto:francis.loosen@health.fgov.be)

Personne de contact:  
Mickael Daubie (FR)  
☎ 02/739.77.04  
e-mail: [Mickael.Daubie@inami.fgov.be](mailto:Mickael.Daubie@inami.fgov.be)

**ADVIES INZAKE DE REFERENTIEBEDRAGEN  
ALS ANTWOORD OP DE ADVIESVRAAG VAN MINISTER  
ONKELINX DD. 9 DECEMBER 2008  
EN TER AANVULLING OP HET ADVIES VAN 22 APRIL 2010.**

## **1. INLEIDING**

- 1.1. Op 9 december 2008 deelde Minister Onkelinx mede dat zij grotendeels gevolg heeft gegeven aan het advies van de Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid door een reeks van aanbevelingen om te zetten in een wijziging van de ziv-wetgeving.

Het betrof met name:

- de proactieve voorberekening van de referentiebedragen als indicator voor de ziekenhuizen;
- de creatie van drempels om een neerwaartse spiraal van de referentiebedragen te voorkomen;
- de invoering van een carenperiode om te vermijden dat het stelsel zou worden omzeild door verstrekkingen buiten de hospitalisatieperiode te verrichten.

1.2. In een eerste deeladvies van de Multipartite-structuur dd. 22 april 2010 werden :

- een aantal aanbevelingen herinnerd waarop de Minister nog niet is ingegaan;
- suggesties geformuleerd ter verbetering van het systeem van referentiebedragen;
- voorstellen gedaan m.b.t. de techniek van drempelwaarden;
- een methodologie voorgesteld voor studiewerk inzake de carenperiode en de daarmee gepaard gaande problematiek van de daghospitalisatie;
- een studieproject voorgesteld naar de definitie van een aantal indicatoren van kwaliteit en performantie van de ziekenhuiswerking.

1.3. Om verder uitvoering te geven aan de adviesvraag van de Minister dd. 22 april 2008 werd het IMA verzocht simulaties te verrichten rond de invoering van een carenperiode en van de daghospitalisatie. In het voorliggend advies, dat werd voorbereid door de bestaande werkgroep o.l.v. dhr. Decoster C, Directeur-generaal, wordt nader ingegaan op de resultaten van dit studiewerk.

De werkgroep vergaderde op 1 juli 2010, 7 september 2010, 26 oktober 2010, 3 februari 2011 en 3 maart 2011. Tussentijds werd gerapporteerd aan de plenaire vergadering van 18 november 2010. Het definitieve rapport van de werkgroep werd op de plenaire vergadering van 19 mei 2011 goedgekeurd. Het voorliggend rapport kan derhalve als een advies aan de Minister worden overgemaakt.

## **2. TOEPASSING CARENSPERIODE EN INTEGRATIE VAN DE DAGHOSPITALISATIE**

In haar simulaties vertrekt het IMA van het uitgangspunt om zo dicht mogelijk de medische realiteit op het terrein te benaderen. Met name werd een voorstel van methodologie ontwikkeld om het aandeel prestaties gedurende de carenperiode (30 dagen) te bepalen dat gelinkt is aan de ziekenhuisactiviteit (intra- en extra muros) en hierdoor mee in aanmerking komt voor terugbetaling ter vervanging van de proportionele methode voorzien in artikel 56ter, §11,9° van de ZIV-wet. Deze hypothese veronderstelt een wijziging van de wet.

## **2.1. IMA-simulatie vertrekkend van link voorschrijvers/verstrekkers zonder toepassing van het proportionaliteitsbeginsel**

In deze simulatie werden voorschrijvers (**uitgezonderd huisartsen**)/verstrekkers aan een instelling gelinkt voor zover minstens 15 verstrekkingen door die verstrekker/voorschrijver geattesteerd werden op jaarbasis in het betrokken ziekenhuis. Deze attesteringen hadden zowel betrekking op de intramuros- als de ambulante activiteit in de instelling. Vervolgens werden, per referentie-ingreep, de aldus door de geselecteerde verstrekkers uitgevoerde verstrekkingen, ook ambulant en ongeacht hun specialisatie, opgenomen in de tellers van de referentie-ingreep van de instelling waar de ingreep plaatsvond. Op basis van de vastgestelde tellers per instelling, per APR-DRG, per graad van ernst en per uitgavepost, werden de fases 1 en 2 van artikel 56ter uitgevoerd. Van proportionaliteit is in deze simulatie geen sprake.

In de simulatie werd uitgegaan van een uitbreiding van klassieke hospitalisaties met een carensperiode en van daghospitalisatieverblijven met een carens-periode. Voor de definitie van "cut-off" van de carensperiode korter dan 30 dagen - omdat er zich binnen deze periode een voorafgaandelijke opname voordoet - werden naast de klassieke hospitalisatie ook de daghospitalisatie-verblijven weerhouden met uitsluiting van deze waar mini-, gips- en dialyseforfaits gefactureerd werden.

Dit voorstel werd verworpen omdat aan het ziekenhuis terugbetalingen worden gevorderd voor prestaties die niet door het ziekenhuis werden gefactureerd. De Multipartite verkoos om die reden te blijven werken binnen het huidige wettelijk kader en dus toch rekening te houden met het proportionaliteitsbeginsel.

## **2.2. IMA-simulatie op basis van de vigerende wetgeving met toepassing van het proportionaliteitsbeginsel**

2.2.1. De volgende twee mogelijkheden werden door het IMA onderzocht:

- ofwel uitbreiding met een carensperiode enkel voor de klassieke hospitalisaties;
- ofwel uitbreiding met een carensperiode voor alle verblijven, zowel klassieke als daghospitalisatieverblijven per instelling.

In deze simulatie werd rekening gehouden met alle verstrekkingen die in aanmerking komen voor de referentiebedragen, dus inclusief deze voorgeschreven door huisartsen tijdens de carensperiode.

Het globale recuperatiebedrag i.f.v. de gekozen methodologie kan als volgt worden samengevat:

**Tabel 1 : Overzicht globaal recuperatiebedrag i.f.v. de gekozen methodologie**

	Klassieke verblijven	%	Klassieke verbl. + carensperiode	%	Alle verblijven + carensperiode	%
Medische beeldvorming	1.016.366 €	28%	1.206.155 €	37%	1.473.148 €	37%
Klinische biologie	658.776 €	18%	531.001 €	16%	676.366 €	17%
Technische prestaties	1.968.899 €	54%	1.488.657 €	46%	1.804.101 €	46%
<b>Totaal</b>	<b>3.644.041 €</b>	<b>100%</b>	<b>3.225.813 €</b>	<b>100%</b>	<b>3.953.615 €</b>	<b>100%</b>

2.2.2. Volgende vaststellingen werden gedaan:

1. Het verschil in het globaal te recupereren bedrag tussen de simulatie waar enkel de klassieke verblijven uitgebreid worden met een carensperiode (3,22 Mio €) en deze met alle verblijven (incl. de daghospitalisatie) en een carensperiode (3,95 Mio €), bedraagt zo'n 728.000 euro of 23%. Deze hogere recuperatie dient evenwel gerelateerd te worden tot een quasi verdubbeling van het aantal verblijven dat in de simulatie meegenomen werd (225.811 klassieke verblijven enerzijds vs. 424.984 klassieke en daghospitalisatieverblijven anderzijds of +88% in termen van geëvalueerde verblijven).
2. Daar waar het relatief gewicht van de recuperatie inzake klinische biologie stabiel blijft over de drie simulaties heen (16%-18%), wordt een shift van technische prestaties (aandeel van 54% in de bestaande regelgeving naar 46% bij de simulaties uitbreiding carensperiode) naar de medische beeldvorming vastgesteld (aandeel bestaande regelgeving: 28%, aandeel met uitbreiding carensperiode: 37%) .
3. Indien enkel een carensperiode ingevoerd wordt voor de klassieke hospitalisaties, stelt men, ten opzichte van de huidige wetgeving, een daling van het globaal te recupereren bedrag vast (-420.000 euro of -11%). Deze globale daling wordt wel veroorzaakt door een toename van de recuperatie in medische beeldvorming (+190.000 euro) in combinatie met een daling (-480.000 euro of -25%) van de technische prestaties en van de klinische biologie (-127.000 euro of -20%). Introduceert men een carensperiode voor alle verblijven, dan komen de recuperatiebedragen in vergelijking met de huidige regelgeving voor klinische biologie op een gelijkaardig niveau (+18.000 euro of +2,3%), daalt het te recupereren bedrag aan technische prestaties, zij het in mindere mate dan in de simulatie 'klassiek+carensperiode' (-164.000 euro of -8,4%), maar blijft het te recupereren bedrag aan medische beeldvorming nog toenemen

(+457.000 euro of +45%). Het totaal te recupereren bedrag stijgt dan ook op die manier met 309.000 euro of zo'n 8,5%, toename die wel moet afgezet worden tegen een stijging van het aantal geanalyseerde verblijven met 88%.

4. Een mogelijke verklaring voor de vastgestelde variaties, in het bijzonder die voor de medische beeldvorming, zou kunnen gevonden worden in het feit dat de simulatie uitgevoerd werd op basis van data van 2006, dus voor de volledige integratie van de kleine risico's van de regeling zelfstandigen in de verplichte verzekering. Dit heeft tot gevolg dat een integratie van de carenperiode voor die prestaties die zowel intramuros als ambulante als grote risico's gekenmerkt worden, met name de medische beeldvorming, waarschijnlijk een grotere impact zal hebben in de simulaties.

- 2.2.3. Na analyse van de resultaten respectievelijk in fase 1 en in fase 2 werd door de werkgroep geopteerd voor de piste "klassieke hospitalisatie + one day hospitalisatie + carenperiode" en dit op basis van volgende argumenten:

1) De simulaties op basis van de drie methodologieën (klassieke hospitalisaties vs. klassieke hospitalisaties + carenperiode vs. alle verblijven + carenperiode) vertonen op globaal vlak weinig verschillen inzake:

- a. Budgettaire impact (wat nooit de finaliteit is geweest van de invoering van het systeem van referentiebedragen);
- b. Aantal geselecteerde ziekenhuizen in fase 2 (terugbetaling);
- c. Gevoeligheid van de "cut off" van fase 1 (selectie van de ziekenhuizen voor terugbetaling).

2) Wel blijft de keuze van methodologie belangrijk op individueel ziekenhuisniveau voor de selecteerbare ziekenhuizen op basis van de drie geanalyseerde methodologieën.

Op basis van deze twee vaststellingen werd – in navolging van het voorstel van het IMA – door een meerderheid van de leden geopteerd voor de methodologie die het best de medische realiteit en de globale medische productie van de instelling weerspiegelt, **nl. de methodologie alle verblijven + carenperiode.**

**Twee leden van de werkgroep** schaarden zich achter de toepassing van een carenperiode, maar **waren van oordeel dat de uitbreiding naar daghospitalisaties beter in een tweede fase** zou komen nadat een grondiger inzicht wordt verworven (a) in de motieven en omstandigheden

waarbij op daghospitalisatie beroep wordt gedaan (b) evenals m.b.t. de vergelijkbaarheid van de klassieke verblijven en daghospitalisatieverblijven t.o.v. gelijkaardige APR-DRG's.

De andere leden van de werkgroep waren het hier niet mee eens omdat er reeds vrij veel studies over daghospitalisaties bestaan en omdat het tweede rapport in de lijn ligt van eerdere adviezen van de Multipartite die pleiten voor een uitbreiding van het systeem met daghospitalisaties.

Deze optie kadert ook in het beleid van de laatste jaren om de daghospitalisatie te stimuleren en te integreren in het ziekenhuisbeleid.

De voorgestelde keuze van methodologie past bovendien binnen het huidige wettelijk referentiekader met het oog op de verwezenlijking van de doelstelling van het stelsel van referentiebedragen, met name het wegwerken van ongerechtvaardigde verschillen in medische consumptie voor wat vanuit het veld als 'standaardingrepen' wordt beschouwd.

#### 2.2.4. Beschouwingen geformuleerd tijdens de plenaire vergadering van de Multipartite-structuur op 18 november 2010.

De Multipartite heeft zich in zijn plenaire vergadering van 18 november 2010 gebogen over de voorgaande simulaties vervat in het eerste interim-verslag. Tijdens deze vergadering werden een aantal knelpunten geformuleerd:

- 1) Het wordt onaanvaardbaar geacht dat ziekenhuizen in aanmerking komen voor recuperatie (eerste fase) ingevolge verstrekkingen die niet in een logisch verband kunnen worden gebracht met de hospitalisatie, ook al gebeurt de recuperatie slechts proportioneel voor de verstrekkingen verricht tijdens het ziekenhuisverblijf;
- 2) Ziekenhuizen hebben nood aan rechtszekerheid. Het gaat niet op dat het te recupereren bedrag sterke verschillen vertoont naargelang het toepassen van een andere hypothese. De bedoeling moet blijven om ongerechtvaardigde praktijkverschillen weg te werken.
- 3) De simulatie op gegevens van 2006 wordt door een aantal leden, voor wat de daghospitalisatie betreft, als niet opportuun beschouwd omdat de registratie in deze periode nog onzorgvuldig gebeurde. Het zou beter zijn om de simulatie opnieuw te doen met meer recente gegevens.

De werkgroep ad hoc werd dienvolgens verzocht zich verder te beraden over de voormelde knelpunten en nadien terug verslag uit te brengen aan de plenaire vergadering. Dit resulteerde in een nieuwe reeks hiernavolgende simulaties.

### 2.3. IMA-simulatie ter objectivering van de invoering van een carensperiode en van de daghospitalisatie

De nieuwe simulatie heeft tot doel de impact van de integratie van daghospitalisatieprestaties en de carensperiode te evalueren. Met name wil men nagaan of er voor ingrepen met een grote variatie aan aandeel ingrepen daghospitalisatie tussen ziekenhuizen enerzijds en een hoog nationaal aandeel daghospitalisatieingrepen voor het totaal aantal ingrepen voor die pathologie anderzijds, zich objectieerbare verschuivingen tussen ziekenhuizen voordoen in vergelijking met een situatie waar men enkel rekening houdt met de klassieke hospitalisaties zoals dit vandaag in de huidige toepassing van het systeem van de referentiebedragen het geval is.

Om de 'cut off'- en koppelingsproblematiek te vermijden, stelt het IMA hier voor om de amygdalectomieën (amandelen) en menisectomieën<sup>1</sup> te onderzoeken. Deze twee aandoeningen hebben een hoog daghospitalisatie- en koppelingspercentage (cf. tabel 1 van het IMA-rapport van 28 juni 2010). Bovendien hebben de ingrepen voor de amygdalectomieën betrekking op een heel homogene groep patiënten (kinderen), waarbinnen grote medische risico's of complicaties moeilijk verwacht kunnen worden.

Concreet komt het er op neer om voor de twee ingrepen afzonderlijk en voor de twee ingrepen samen (dus in totaal 3 scenario's) telkenmale de twee fases van de referentiebedragen uit te voeren (fase 1: selectie van ziekenhuizen die in aanmerking komen voor terugbetaling, fase 2 berekening van de terug te storten bedragen door de geselecteerde ziekenhuizen) dit voor twee opties:

1. enerzijds de huidige regelgeving (enkel klassieke opnames)
2. anderzijds de volledige ziekenhuisproductie (klassiek + daghospitalisatie), met integratie van de carensperiode.

#### 2.3.1. APR-DRG 097 – Amygdalectomie

De analyse heeft betrekking op **39.278** (gekoppelde en inliers) ingrepen, waarvan er quasi **80 % (31.294) in daghospitalisatie** uitgevoerd worden.

NB: Tijdens de plenaire vergadering van 19 mei 2011 werd gevraagd om ook rekening te houden met de leeftijdsgrens van = of > 14 jaar en de verblijven op te splitsen omdat de verhouding

---

<sup>1</sup> **APR-DRG 097** - Adenoïdectomie en amygdalectomie - **APR-DRG 313** - Ingrepen onderste extremiteiten knie en onderbeen, behalve voet, indien **nomenclatuurcode 300344** - Therapeutische arthroscopieën (partiële of totale menisectomie) werd aangerekend

daghospitalisatie/klassieke opname vanaf die bepaalde leeftijd omslaat bij deze APR-DRG.

Tabellen 2 en 3 geven de verdeling van deze ingrepen over de 115 ziekenhuizen<sup>2</sup>.

**Tabel 2: Cumulatieve tabel van het aantal amygdalectomieën  
Totaal aantal ingrepen**

# Zh	DRG 097 - Amygdalectomie			Cumul. %	Aandeel One day
	One Day	Klassiek	Totaal		
32	3.142	974	4.116	10,5%	76,3%
55	7.731	2.125	9.856	25,1%	78,4%
84	15.408	4.261	19.669	50,1%	78,3%
104	23.108	6.550	29.658	75,5%	77,9%
112	28.378	7.432	35.810	91,2%	79,2%
115	31.294	7.984	39.278	100,0%	79,7%

**Tabel 3: Cumulatieve tabel van het aantal amygdalectomieën  
Aantal klassieke hospitalisaties**

# Zh	DRG 097 - Amygdalectomie			Cumul. %	Aandeel One day
	One Day	Klassiek	Totaal		
38	6.220	834	7.054	10,4%	88,2%
62	12.313	2.048	14.361	25,7%	85,7%
87	19.692	4.004	23.696	50,2%	83,1%
105	26.901	6.098	32.999	76,4%	81,5%
113	30.161	7.366	37.527	92,3%	80,4%
115	31.294	7.984	39.278	100,0%	79,7%

Wat opvalt uit de vergelijking van tabellen 2 en 3, is dat de ziekenhuizen die in tabel 3 qua volume een hoog aantal klassieke ingrepen concentreren ( de ziekenhuizen van plaats 106 t/m 115 concentreren 23,6% van de klassieke opnames) amper 14% van de daghospitalisatie-ingrepen attesteren, wat ook mooi aangetoond wordt door de continue daling in het aandeel daghospitalisatie naarmate men in een hogere percentielklasse terechtkomt.

Tabel 2 geeft daarentegen wel een veel grotere coherentie tussen enerzijds globale productie en de daghospitalisatieattestering: de ziekenhuizen van plaats 105 t/m 115 vertegenwoordigen 24,5% van alle APR-DRG 097-ingrepen en 26,5% van de daghospitalisatieingrepen. Ook het aandeel daghospitalisatie over de percentielen heen blijft veel constanter.

<sup>2</sup> Voor 1 ziekenhuis werd geen enkele APR-DRG 097 opgetekend, noch ambulante, noch tijdens een klassiek verblijf.



Zich beperken tot enkel de klassieke hospitalisaties geeft dus een vertekend beeld van het belang van het individuele ziekenhuis in de globale activiteitsgraad voor die pathologie.

### 2.3.2. APR-DRG 313 - Menisectomie

Hier behelst de analyse **33.190 ingrepen**, waarvan **30.800 of 93% in daghospitalisatie**. Tabellen 4 (globale productie) en 5 (klassieke hospitalisatie) geven de spreiding van de ingrepen over de instellingen weer<sup>3</sup>.

**Tabel 4: Cumulatieve tabel van het aantal menisectomieën  
Totaal aantal ingrepen**

# Zh	DRG 313 - Menisectomie			Cumul. %	Aandeel One day
	One Day	Klassiek	Totaal		
41	2.954	382	3.336	10,1%	89%
64	7.560	811	8.371	25,2%	90%
89	15.611	1.355	16.966	51,1%	92%
105	23.258	1.882	25.140	75,7%	93%
112	27.764	2.209	29.973	90,3%	93%
115	30.800	2.390	33.190	100,0%	93%

**Tabel 5: Cumulatieve tabel van het aantal menisectomieën  
Aantal klassieke hospitalisaties**

# Zh	DRG 313 - Menisectomie			Cumul. %	Aandeel One day
	One Day	Klassiek	Totaal		
36	4.205	243	4.448	10,2%	95%
61	10.043	613	10.656	25,6%	94%
88	17.479	1.204	18.683	50,4%	94%
105	23.880	1.803	25.683	75,4%	93%
112	28.677	2.177	30.854	91,1%	93%
115	30.800	2.390	33.190	100,0%	93%

Hoewel de vaststellingen minder duidelijk zijn ten gevolge van het veel hoger globaal aandeel daghospitalisatieverstrekingen (93% vs. 80%) dan bij de amygdalectomieën, gaan ze in dezelfde richting:

- Een hoog volume aan klassieke opnames gaat gepaard met een kleiner aandeel daghospitalisatie in de globale productie
- Grote coherentie tussen globale productie en daghospitalisatie: ziekenhuizen van plaats 105 t/m 115 vertegenwoordigen 26,1% van alle ingrepen en 26,3% van de daghospitalisatie, tegenover 'slechts' 23,9% voor de klassieke ingrepen.

<sup>3</sup> Hier wordt voor 2 instellingen geen enkele ingreep vastgesteld.

### 2.3.3. APR-DRG 097 en APR-DRG 313 samen

Voor de twee ingrepen samen, gaat het om **72.468 ingrepen**, waarvan **62.094 of 85,7% in daghospitalisatie**.

**Tabel 6: Cumulatieve tabel van het aantal APR-DRG 097 en 313**  
**Totaal aantal ingrepen**

# Zh	APR-DRG 097+ 313			Cumul. %	Aandeel One day
	One Day	Klassiek	Totaal		
30	6.304	1.309	7.613	10,5%	82,8%
54	15.394	3.099	18.493	25,5%	83,2%
82	30.633	5.601	36.234	50,0%	84,5%
103	46.616	8.198	54.814	75,6%	85,0%
111	55.706	9.525	65.231	90,0%	85,4%
115	62.094	10.374	72.468	100,0%	85,7%

**Tabel 7: Cumulatieve tabel van het aantal APR-DRG 097 en 313**  
**Aantal klassieke hospitalisaties**

# Zh	APR-DRG 097+ 313			Cumul. %	Aandeel One day
	One Day	Klassiek	Totaal		
33	9.414	1.065	10.479	10,3%	89,8%
58	20.925	2.636	23.561	25,4%	88,8%
85	37.702	5.260	42.962	50,7%	87,8%
104	50.706	7.884	58.590	76,0%	86,5%
112	59.174	9.477	68.651	91,4%	86,2%
115	62.094	10.374	72.468	100,0%	85,7%

De vaststellingen voor de twee APR-DRG's samen zijn dezelfde als die voor de twee apart.

### 2.3.4. Coherentie van het daghospitalisatiebeleid binnen het ziekenhuis?

Hoewel de analyse slechts betrekking heeft op twee ingrepen, leek het interessant na te gaan in hoeverre het daghospitalisatiebeleid gelijklopend is tussen de verschillende ziekenhuizen, dit om na te gaan in hoeverre de naleving van een door de overheid jarenlang continu gestimuleerd beleid – promotie van daghospitalisatie – niet door andere overheidsmaatregelen het risico loopt gesanctioneerd te worden (exclusie daghospitalisatieverblijven in referentiebedragen).

### 2.3.5. Resultaten

De hiernavolgende tabellen vormen een poging tot synthese van de resultaten. Voor de drie “groepen” van APR-DRG (097 alleen, 313 alleen en 097+313), werd telkenmale berekend welke ziekenhuizen geselecteerd zouden worden voor terugbetaling en hoeveel ze zouden moeten terugbetalen, telkenmale op basis van de huidige regelgeving (enkel rekening houdend met de klassieke verblijven voor die APR-DRG) enerzijds en op basis van een vergelijking van de globale productie van de instelling (integratie van de daghospitalisatieverblijven), met voor beide type verblijven de integratie van de carenperiode anderzijds.

De resultaten van de twee simulaties per ‘pathologiegroep’ werden nadien vergeleken op instellingsniveau, waarbij 3 groepen ziekenhuizen onderscheiden werden:

1. De ziekenhuizen die op basis van de simulatie ‘**huidige regelgeving**’ **niet moeten overgaan tot terugbetaling**, maar wel bij integratie van de daghospitalisatie en de carenperiode, worden als “**Groene ziekenhuizen**” gedefinieerd.
2. De ziekenhuizen die in beide simulaties moeten overgaan tot terugbetaling, krijgen het etiket “**Wit ziekenhuis**”.
3. De ziekenhuizen die op basis van de **huidige regelgeving moeten overgaan tot een terugbetaling**, maar niet in de simulatie met integratie van carenperiode en de daghospitalisatieverblijven, worden de “**Gele ziekenhuizen**” genoemd in de tabellen.

Hier volgen de syntheses Tabellen.

**Tabel 8 - Synthesetabel impact methodologische keuze voor APR-DRG 097**

	# Zh	Aantal verblijven				Verschil in te recupereren bedragen Meth. (alle verbl + carens) - Meth. (klassiek)			
		DRG 097 - Amygdalectomie				Klinische Biologie	Med. Beeldv.	Techn. Prest.	Totaal
		One Day	Klassiek	Totaal	% OD				
"Geel" Zh	12	4.234	648	4.882	87%	-2.037	-7.931	-7.269	-17.236
"Wit" Zh	26	7.228	1.924	9.152	79%	5.821	2.615	380	8.816
"Groen" Zh	12	3.153	1.093	4.246	74%	4.089	6.649	5.598	16.336
<b>Totaal</b>	<b>50</b>	<b>14.615</b>	<b>3.665</b>	<b>18.280</b>	<b>80%</b>	<b>7.873</b>	<b>1.333</b>	<b>-1.290</b>	<b>7.917</b>

**Tabel 9 - Synthesetabel impact methodologische keuze voor APR-DRG 313**

	# Zh	Aantal verblijven				Verschil in te recupereren bedragen Meth. (alle verbl + carens) - Meth. (klassiek)			
		DRG 313 - Menisectomie				Klinische Biologie	Med. Beeldv.	Techn. Prest.	Totaal
		One Day	Klassiek	Totaal	% OD				
"Gele" zh	8	2.436	201	2.637	92%	-1.219	-3.009	-8.551	-12.778
"Witte Zh"	20	4.906	439	5.345	92%	838	25.126	-9.235	16.728
"Groene" zh	22	4.300	346	4.646	93%	1.744	20.625	4.541	26.910
<b>Totaal</b>	<b>50</b>	<b>11.642</b>	<b>986</b>	<b>12.628</b>	<b>92%</b>	<b>1.363</b>	<b>42.742</b>	<b>-13.244</b>	<b>30.860</b>

**Tabel 10 - Synthesetabel impact methodologische keuze voor APR-DRG 097+313**

	# Zh	Aantal verblijven				Verschil in te recupereren bedragen Meth. (alle verbl + carens) - Meth. (klassiek)			
		APR-DRG 097+313				Klinische Biologie	Med. Beeldv.	Techn. Prest.	Totaal
		One Day	Klassiek	Totaal	% OD				
Tot geel	10	5.709	864	6.573	87%	-3.883	-10.757	-12.447	-27.086
Tot wit	24	11.382	2.041	13.423	85%	5.966	13.757	-7.667	12.056
Tot groen	21	9.690	1.881	11.571	84%	7.168	34.677	10.494	52.340
<b>Totaal</b>	<b>55</b>	<b>26.781</b>	<b>4.786</b>	<b>31.567</b>	<b>85%</b>	<b>9.252</b>	<b>37.677</b>	<b>-9.620</b>	<b>37.309</b>

### 2.3.6. Conclusies

1. Eerste objectieve vaststelling is dat ziekenhuizen voor dergelijke pathologieën, waar vandaag daghospitalisatie meer dan de standaard is geworden, in het huidige systeem van referentiebedragen geëvalueerd worden op een marginaal aantal verblijven. Zo worden, voor het totaal van de 72.468 verblijven gelinkt aan APR-DRG 097 en 313, finaal slechts 2.905 verblijven (864 + 2.041) geselecteerd voor financiële recuperatie in de huidige regelgeving. De vraag kan gesteld worden in hoeverre dit representatief is voor de medische praktijk en de uitgaven gegenereerd voor de behandeling van de twee pathologieën, vermits 86% van die verblijven uitgesloten worden van welke vorm van evaluatie dan ook.

2. De overheid promoot al 15 jaar continu het daghospitalisatiebeleid: de cijfers over de verdeling ervan geven aan dat niet iedereen dit beleid in de praktijk omzet: beleidsmaatregelen treffen voor die pathologieën, steunend op enkel de klassieke ingrepen zal dan ook een groeiende bias genereren, omdat men steunt op een element dat minder en minder representatief is voor de realiteit op het terrein.

3. De simulaties tonen duidelijk aan dat dergelijke keuze een aanzienlijke penaliserende effecten genereert voor degenen die het daghospitalisatiebeleid van de overheid gevolgd hebben: de resultaten voor die ingrepen met een reeds hoog daghospitalisatiepercentage, maar waar er nog veel verbetering mogelijk is (cf. resultaten APR DRG 097), tonen duidelijk aan dat het juist die ziekenhuizen zijn die een intenser daghospitalisatie-beleid voeren, fors gepenaliseerd worden.

4. Tot slot, en dit ligt buiten de scope van de referentiebedragen – en dan ook weer niet – dient men zich de vraag te stellen naar de efficiëntie en kwaliteitspromotie binnen de sector, wanneer vastgesteld dat courante ingrepen in een niet onbelangrijk deel van de instellingen niet of marginaal uitgevoerd worden.

## **2.4. Alternatieve simulatie**

### **2.4.1. Methode**

Tijdens een vergadering van de werkgroep werd door twee leden gevraagd een bijkomende alternatieve simulatie uit te voeren in het kader van de eventuele uitbreiding van het systeem van de referentiebedragen met een carensperiode en inclusie van de chirurgische daghospitalisatieverstrekingen. Deze simulatie werd door het IMA uitgevoerd op basis van volgende methodologie:

1. De nationale waarden voor het gemiddelde en de mediaanwaarde per APR-DRG, graad van ernst en groep van verstrekingen worden berekend op basis van de totale uitgaven gegenereerd tijdens de carensperiode en de (klassieke of dag) hospitalisatie.

2. De selectie van de ziekenhuizen die in aanmerking komen voor recuperatie (fase 1) gebeurt op basis van een vergelijking van dit nationaal gemiddelde + 10%, met de gelijkaardige uitgaven gegenereerd door de instellingen per APR-DRG en per graad van ernst, **volgens de opdeling beschreven in punt 3** . Wanneer de sommatie van de verschillen van de uitgaven van het ziekenhuis per onderdeel en dit nationaal gemiddelde + 10% positief is, is het ziekenhuis geselecteerd voor de recuperatie (fase 2)
3. Het verschil met de tot nu toe gehanteerde methodologie zoals voorzien in de huidige wettekst, is dat voor de berekening van het te recupereren bedrag, er nog altijd vergeleken wordt met de nationaal berekende mediaanwaarde per APR-DRG en graad van ernst voor de drie uitgaventellers, maar dat die vergelijking op instellingsniveau opgesplitst wordt in twee type verblijven, **waarvoor verschillende berekeningen worden uitgevoerd**:
  - a. Enerzijds worden voor de **klassieke verblijven** enkel de uitgaven gegenereerd tijdens het verblijf in de 3 tellers opgenomen en worden deze bedragen vergeleken met de nationale mediaanwaarden zoals berekend in punt 1.
  - b. Anderzijds worden aan de chirurgische **daghospitalisatieverblijven** de uitgaven toegevoegd die gegenereerd werden tijdens de carensperiode. Dit globaal bedrag 'daghospitalisatie + carens' wordt dan vergeleken met dezelfde nationale mediaanwaarden voor de respectievelijke tellers.
4. Het totaal te recupereren bedrag bij de ziekenhuizen geselecteerd voor fase 2, wordt bepaald door de som van alle positieve verschillen binnen het ziekenhuis tussen de eigen uitgaven van het ziekenhuis, waarbij voor de vaststelling ervan rekening gehouden wordt met de verschillende berekening in functie van het type van verblijf, en deze nationale mediaanwaarde.

5. Tot slot wordt **in deze simulatie niet meer overgegaan tot de toepassing van de zogeheten ‘proportionaliteitsregel’**, omdat in deze simulatie het impliciete vertrekpunt ligt in de hypothese dat de verstrekkingen opgenomen in de tellers van de referentiebedragen (en die onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis ressorteren) slechts eenmalig geattesteerd zullen worden aan de patiënt, met name tijdens het ziekenhuisverblijf voor de klassieke ingrepen en tijdens de carensperiode voor verstrekkingen in daghospitalisatie. De impliciete a posteriori veiligheidsprocedure van het proportionaliteitsbeginsel, ingebouwd in de huidige regelgeving, is voor deze methodologie niet vereist, aangezien deze veiligheidsprocedure a priori doorgevoerd werd door de berekening van verschillende ziekenhuisgemiddelden per teller, graad van ernst en APR-DRG in functie van het type van verblijf (daghospitalisatie of klassiek).

Aangezien dit voorstel van methodologie voor fase 1 vertrekt van dezelfde selectie van ziekenhuizen bij wie een recuperatie zal gevorderd worden als bij de procedure ‘alle verblijven + carensperiode’, zullen de resultaten van deze alternatieve simulatie vergeleken worden met deze uitgevoerd op basis van de procedure die binnen de huidige regelgeving via KB zou kunnen uitgewerkt worden en waarvan de resultaten in het IMA-rapport nr 2 van 30 augustus 2010 beschreven werden.

## 2.4.2. Resultaten

### 2.4.2.1. Globale resultaten

**Tabel 11 : Overzicht globaal recuperatiebedrag i.f.v. de gekozen methodologie**

	Klassieke verblijven	%	Alle verbl. + carens	%	Alternatieve methode			%		
					One day	Klassiek	Totaal	OD	Klass.	Tot.
Medische beeldvorming	1.016.366	28%	1.473.148	37%	667.116	538.080	1.205.195	35%	24%	29%
Klinische biologie	658.776	18%	676.366	17%	364.151	279.028	643.179	19%	12%	15%
Technische prestaties	1.968.899	54%	1.804.101	46%	882.873	1.467.957	2.350.830	46%	64%	56%
<b>Totaal</b>	<b>3.644.041</b>	<b>100%</b>	<b>3.953.615</b>	<b>100%</b>	<b>1.914.140</b>	<b>2.285.065</b>	<b>4.199.204</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Op basis van deze globale cijfers komen twee elementen naar boven:

- Het ‘a posteriori’-veiligheidsmechanisme (proportionaliteitsregel) lijkt efficiënter dan de a priori opsplitsing in ‘one day+carens’ en ‘klassiek’, zoals voorgesteld in de alternatieve simulatie.
- De vergelijking van de klassieke verblijven met een ‘opgedreven’ mediaanwaarde in fase 2 doet de recuperatie bij de klassieke verblijven gevoelig dalen met zo’n 37% (3,644 miljoen vs 2,285 miljoen).

#### 2.4.2.2. Resultaten per ziekenhuis

**Eerste fundamentele vaststelling** is dat de alternatieve methodologie leidt tot exact dezelfde selectie van ziekenhuizen als deze gegenereerd op basis van de in artikel 56ter voorziene procedure, waarbij voor alle ingrepen (daghospitalisatie en klassiek) een carensperiode toegevoegd worden.

De gemiddelde te recupereren bedragen via daghospitalisatie of via klassieke hospitalisatie komen in globo overeen, maar per ziekenhuis lopen deze bedragen sterk uiteen. De globale recuperatie per verblijf, varieert ook sterk.

Op basis van de vergelijking van de opdeling per teller van de recuperaties, valt de dominantie van de teller technische prestaties op in de klassieke hospitalisaties (2/3 van de recuperaties), tegenover minder dan de helft in de daghospitalisatie. Daarentegen wegen klinische biologie en medische beeldvorming zwaarder door in de daghospitalisatiesetting, zowel in relatieve als absolute cijfers.

#### 2.4.3. Vergelijking met de resultaten op basis van de wettelijke voorziene aanpassing (alle verblijven + carens)

Op enkele uitzonderingen na vallen de recuperaties op basis van de alternatieve methodologie zwaarder uit voor de meeste instellingen.

#### 2.4.4. Conclusie:

De voornaamste conclusie die op basis van deze analyse uit de alternatieve simulatie kan getrokken worden, **is de vaststelling dat deze simulatie dezelfde instellingen selecteert** als deze die op basis van de huidige mogelijke aanpassing van de wetgeving via KB – integratie daghospitalisatie + carensperiode voor alle instellingen – zou geproduceerd worden.

Bovendien blijkt de ‘ex post’-veiligheidsmaatregel van het proportionaliteitsprincipe van de huidige wetgeving aanleiding te geven tot beperktere recuperaties dan het ‘ex ante’ principe gehanteerd door de alternatieve simulatie.

Als dan toch voor een uitbreiding van de referentiebedragen met de daghospitalisatieverblijven en de carensperiode geyopteerd wordt, wat op het vlak van rechtvaardigheid en coherentie met de realiteit van de medische productie op terrein alleen maar kan bepleit worden, en dit binnen de mogelijkheden van het huidige wettelijk kader, **dan lijkt voor de meerderheid van de leden een globale integratie van de carensperiode voor alle verblijven binnen het systeem van de referentiebedragen aangewezen.**



#### **2.4.5. Reactie van 2 leden op deze alternatieve simulatie alsook reactie van het I.M.A. hierop.**

Twee leden van de werkgroep, waaronder het lid dat de alternatieve simulatie had gevraagd, zijn van oordeel dat deze simulatie niet overeenstemt met de oorspronkelijke vraag naar een alternatieve simulatie.

De bedoeling was om in een 1<sup>ste</sup> fase van de simulatie dezelfde selectietechniek toe te passen als deze gebaseerd op de methode van de proportionaliteit waarbij rekening wordt gehouden zowel met de klassieke als met de daghospitalisatie en de carensperiode.

In de 2<sup>de</sup> fase van de simulatie worden op het individuele ziekenhuisvlak enkel de verstrekkingen weerhouden tijdens de hospitalisatie (klassieke + daghospitalistie), door deze te vergelijken met de mediaan bedragen, inbegrepen deze van de carensperiode.

Het I.M.A. is op de vraag van deze twee leden niet ingegaan omwille van de volgende redenen:

- de extra werklast en het voorrang geven aan andere projecten;
- de coherentie van de gevraagde simulaties met de oriëntaties omschreven in de door de Multiparite goedgekeurde methodologie m.b.t. het onderzoek in het kader van een eventuele uitbreiding van de referentiebedragen naar de daghospitalisatieverblijven en/of met een carensperiode;
- het eventueel dubbel gebruik met de reeds verrichte en gepubliceerde simulaties in vorige rapporten;
- de uiteindelijke, intellectuele coherentie en interpretatievermogen tegenover de realiteit op het terrein van de gevraagde simulaties.

Gezien de evaluatie op basis van deze vier punten negatief was, was het I.M.A. van mening deze vragen naar bijkomende simulaties van deze twee leden te moeten weigeren.

### **3. Algemene conclusie**

Op basis van alle voorgaande simulaties kan een meerderheid van de Multipartite de volgende algemene conclusies formuleren:

- De Multipartite heeft uitvoering willen geven aan de adviesvraag van de Minister waarbij de Multipartite eerder had verzocht om in de wetgeving de mogelijkheid in te bouwen om rekening te houden met de integratie van de daghospitalisatie en met de invoering van de carensperiode.

– Met dit rapport wordt aangesloten bij het uitgangspunt van de I.M.A.-studie dat bij de berekening van de referentiebedragen zo dicht mogelijk moet worden aangesloten bij de medische realiteit, dit wil zeggen door inclusie van de daghospitalisatie en de verstrekkingen verricht tijdens de carensperiode.

– Uit de simulaties blijkt zeer duidelijk dat indien men geen rekening zou houden met de daghospitalisatie, men zou ingaan tegen het beleid om daghospitalisatie aan te moedigen. Bovendien worden de ziekenhuizen die veel aan daghospitalisatie doen, gepenaliseerd omdat in dat geval in de klassieke hospitalisatie de zwaardere/duurdere patiënten overblijven.

– Zoals de Multipartite eerder heeft gesteld, moet men vermijden dat het stelsel van de referentiebedragen wordt omzeild door verstrekkingen die normaal in hospitalisatie gebeuren, te verrichten buiten de hospitalisatieperiode.


– Uit de simulaties is gebleken dat het technisch zeer moeilijk, quasi onmogelijk, is om correcte verbanden te leggen tussen prestaties verricht tijdens de carensperiode en deze verrichtingen tijdens de hospitalisatie. Het I.M.A. heeft geprobeerd dit te doen met de simulaties zoals bedoeld in punt 2.1. van dit rapport. De Multipartite had eerder reeds de technieken van koppeling tussen verstrekkers/verstrekkingen afgewezen omdat het verband niet kon worden aangetoond. Het enige geldige alternatief hierop dat een antwoord kan bieden op mogelijke omzeilingen is door in de tweede fase het proportionaliteitsbeginsel toe te passen, ook al is deze oplossing niet de meest ideale toch is ze de meest te rechtvaardigen oplossing. Bovendien geeft ze uitvoering aan de bestaande wet.

– De Multipartite herinnert er ook aan dat er vandaag nog steeds geen unieke patiëntenidentificatie bestaat, wat absoluut noodzakelijk is voor het leggen van verbanden tussen de prestaties gedurende de carensperiode en de hospitalisatie van eenzelfde patiënt.

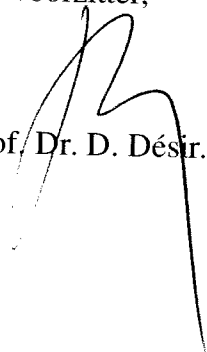
- De Multipartite vestigt ook de aandacht erop dat zij bereid is haar werkzaamheden verder te zetten naar een adequate uitvoering van een incentive-systeem gelinkt aan de performantie en aan de kwaliteit van de zorg in de ziekenhuizen.

Aldus goedgekeurd te Brussel op donderdag 19 mei 2011,

De ondervoorzitter,

  
Prof. Dr. J. Kips

De voorzitter,

  
Prof. Dr. D. Désir.