

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID  
EN VAN HET GEZIN.

13 december 1984.

-----  
Bestuur der Verzorgingsinstellingen.

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

-----  
Afdeling "Erkenningen"

-----  
AE/03/02

TWEEDE DEELADVIES (\*)

VAN DE NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

BETREFFENDE

DE REGISTRATIE VAN DE MINIMALE KLINISCHE GEGEVENS

-----

---

(\*) Opgesteld door de sectie "Erkenning" op 13 december 1984 bij éénparigheid van stemmen en bekrachtigd door het Bureau op 10 januari 1985 mits vier onthoudingen.

Door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling "Erkenning" werd reeds een eerste deeladvies opgesteld betreffende de registratie van minimale klinische gegevens (document AE/O3/O2 van 10 oktober 1983).

In dit eerste deeladvies werd gesteld :

- dat de registratie niet prioritair bedoeld is voor de uitbouw van een nieuw financieringssysteem,
- dat bij de registratie en bij de verwerking van de gegevens het beroepsgeheim strikt in acht dient genomen te worden,
- dat het registratiesysteem zo eenvoudig mogelijk moet worden gehouden,
- dat het codificatiesysteem van de ICD-9-CM dient gebruikt voor de registratie van de diagnoses,
- dat een proefperiode dient voorzien te worden om de registratiekanalen en de registratie te verfijnen.

- - - - -

De problematiek van de medische registratie werd opnieuw aanhangig gemaakt bij het Bureau van de N.R.Z.V. en besproken tijdens de vergaderingen van 27.4.84 en 10.5.84. Het Bureau besliste dat in de schoot van de afdeling "Erkenning" een werkgroep zou opgericht worden die belast werd met het beantwoorden van volgende vragen :

1. Welke zijn de doelstellingen van de medische registratie ?
2. Welke gegevens zijn minimaal ?
3. Welk pakket is normatief verplichtend, wat is facultatief ?
4. Welk schema van aanwending is aangewezen, enerzijds in het kader van het ziekenhuis en anderzijds in overkoepelende instanties en systemen ?

Deze werkgroep vergaderde op 14.6.84 en 26.7.84 nadat hij in kennis werd gesteld van het schrijven van de Minister dd. 12 juni 1984. Na kennis genomen te hebben van de voorstellen van de werkgroep heeft de afdeling "Erkenning" tijdens de vergaderingen van 11.10.1984, 8.11.1984 en 13.12.1984 volgend standpunt ingenomen.

## I. DOELSTELLINGEN VAN DE MEDISCHE REGISTRATIE.

Zoals werd beklemtoond in het eerste deeladvies dient de medische registratie niet prioritair bedoeld te zijn voor de uitbouw van een nieuwe financieringswijze. De N.R.Z.V. meent dat men schematisch het impact van de medische registratie op 3 niveau's kan situeren :

1. De praktijkvoering van de individuele ziekenhuisgeneesheer en de behandeling van de individuele patiënt.
2. Het ziekenhuisbeleid.
3. De verpleegkundige zorgverstrekking.

Drie sub-werkgroepen werden belast met het bestuderen van deze niveau's. De verslagen van deze werkgroepen zijn opgenomen in bijlage van dit advies en kunnen als volgt samengevat worden.

### 1. De praktijkvoering van de individuele geneesheer en de behandeling van de individuele patiënt.

De gegevens, die verzameld worden, moeten relevant en nuttig zijn voor de geneesheer die de gegevens verstrekt en dit op het vlak van zijn eigen praktijkvoering wat niet alleen een weerslag heeft op de kwaliteit van de behandeling van de patiënten doch ook en ondermeer op het wetenschappelijk onderzoek in verband met de epidemiologie, op het oordeelkundig verspreiden van informatie betreffende nieuwe therapiën en op het opstellen van kritisch medische gegevens.

Het verplichtend opleggen van de medische registratie via de erkenningsnormen voor de ziekenhuisdiensten is niet het enige middel dat zal toelaten de medische registratie optimaal te realiseren.

De aanpassing van het aantal en de kwalificatie van het verplegend en verzorgend personeel aan de behoeften en de karakteristieken van de verpleegafdelingen, de eventuele erkenning als zware medische dienst of als stagedienst voor de opleiding van geneesheren-specialisten of van toekomstige geneesheren, een aangepaste vergoeding voor de geleverde inspanningen dienen beschouwd als belangrijke stimulansen voor het realiseren van de medische registratie.

Een optimale registratie en doorstroming van de geregistreerde gegevens kan alleen gewaarborgd zijn zo de privacy-bescherming van de patiënt, het patiëntengeheim, gewaarborgd is, niet alleen op het niveau van de registratie maar eveneens op alle niveau's van verwerking en gebruik. (cfr. punt 2)

## 2. Het ziekenhuisbeleid.

Voorafgaandelijk dient opgemerkt dat de huisartsen voorlopig niet betrokken worden bij de medische registratie. Vroeg of laat dient rekening gehouden met de gegevens die kunnen geregistreerd worden in de eerste lijnszorg indien men de volledige kostprijs (intra- en extra muros) van een welbepaalde pathologie of behandeling wil vaststellen. De te collecteren minimale medische gegevens moeten éénvormig, eenduidig, relevant en vergelijkbaar zijn tussen de verschillende ziekenhuizen onderling.

Voor het realiseren van de hierna vermelde doelstellingen en voor het bekomen van een optimale samenwerking van de verschillende personen en diensten is feedback absoluut noodzakelijk.

Medische registratie laat toe volgende aspecten in verband met het ziekenhuisbeleid te evalueren en vergelijkingen tussen ziekenhuizen onderling te trekken.

### 2.1. De planning.

Medische registratie is een belangrijk hulpmiddel voor de planning (intern, regionaal en nationaal) van diensten, bedden, personeel en apparatuur.

### 2.2. De organisatie en evaluatie van dagelijkse activiteiten.

2.2.1. Via de registratie van a.d.l. gegevens kan men een aanloop nemen tot een systeem voor stafallocaties (cfr. punt 3 evaluatie verpleegkundige zorgen).

2.2.2. Door de statistische evaluatie van de klinische activiteiten krijgt men een inzicht over morbiditeit, mortaliteit en aantal verwikkelingen in verschillende diensten en kan men eveneens een inzicht krijgen in de gemiddelde ligduur, per diagnose, het aantal spoedopnamen, het aantal transfers en zo meer wat toelaat het ziekenhuisprofiel te omschrijven.

2.2.3. Door medische registratie kunnen ontslag- en opnamebeleid bijgestuurd worden.

### 2.3. Financieel management.

Door koppeling van een aantal medische, administratieve en facturatie gegevens kan een interne toetsing van kostenanalyse voor een bepaalde diagnose, diagnosegroep, afdeling of dienst worden gerealiseerd.

### 3. Evaluatie van de verpleegkundige zorgverlening.

Het morbiditeitspatroon van de individuele patiënt bepaald zijn behoefte aan verpleging en verzorging. Thans bestaan er twee systemen voor de registratie van de verpleegkundige activiteit, het P.R.N.-80 instrument voor het meten van de vereiste zorg en het San Joaquim instrument voor het meten van de reële zorg.

Een proefonderzoek moet aangeven welk registratiesysteem of een aanpassing hiervan in functie van de Belgische kontekst en doelstellingen haalbaar en aangewezen is. Dit proefonderzoek in een twaalftal ziekenhuizen zou lopen vanaf 1.1.85 tot 31.12.85.

## II. HET CODIFICATIESYSTEEM.

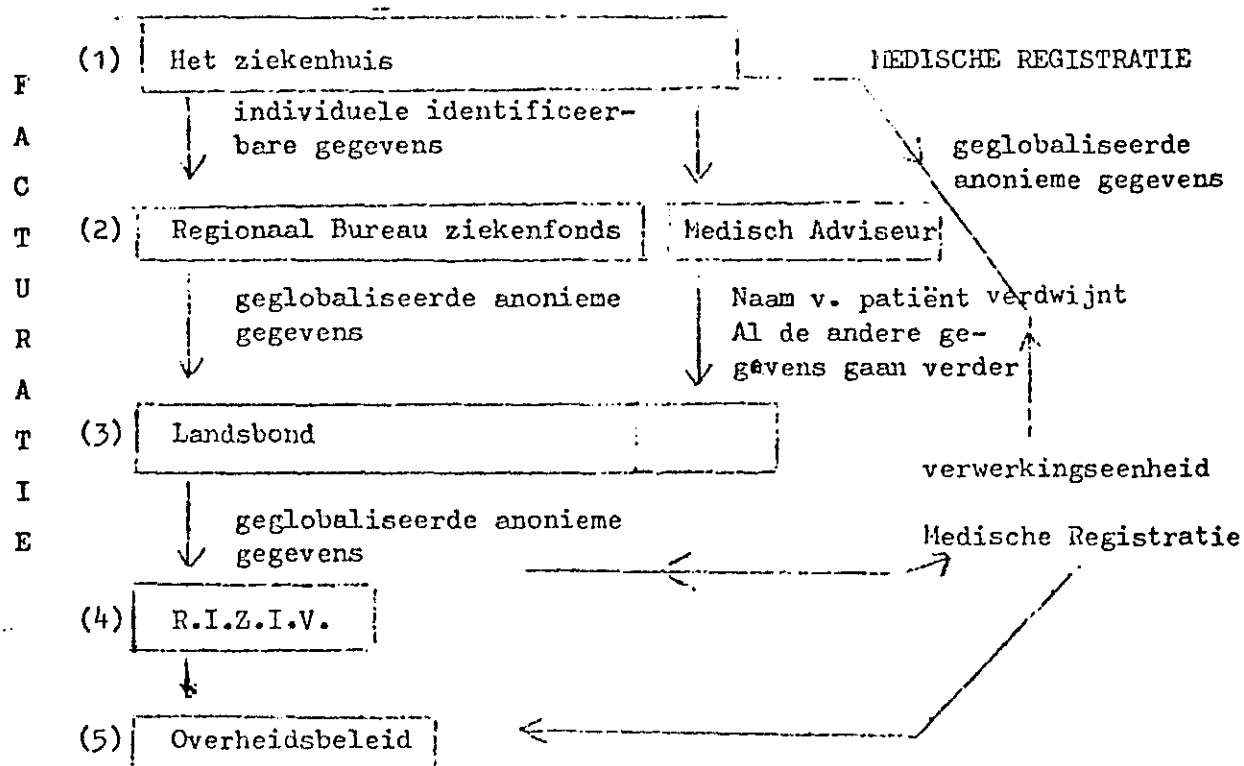
Voor wat de registratie van de diagnoses betreft dient, zoals reeds werd vermeld in het eerste deeladvies, het codificatiesysteem van de ICD-9-CM gehanteerd te worden.

Voor wat de andere op te vragen gegevens betreft treedt de N.R.Z.V. het voorstel bij van de Nationale Confederatie van de Verzorgingsinstellingen dat op 27 januari 1984 aan de Minister werd overgemaakt en waarvan een afschrift is opgenomen in bijlage aan het advies.

### III. HET BEROEPSGEHEIM BIJ DE REGISTRATIE EN DE VERWERKING VAN DE MINIMALE KLINISCHE GEGEVENS EN DE FACTURATIE.

Zoals gesteld in het eerste deeladvies dient bij de registratie en bij de verwerking van de gegevens het beroepsgeheim en het recht op privacy van de patiënt strikt in acht genomen te worden. De sectie "Erkenningen" meent dat voornoemd principe ook dient in acht genomen te worden bij het overmaken van de facturatie gegevens door het ziekenhuis aan de ziekenfondsen.

Schematisch kunnen de gegevensomlopen in het kader van de medische registratie en de facturatie als volgt geschetst worden.



#### De medische registratie

Door het ziekenhuis worden met een te bepalen frequentie, drie of zes maandelijks, geglocaliseerde anonieme gegevens overgemaakt aan een bijzondere dienst die wordt opgericht in de schoot van het Ministerie van Volksgezondheid en die belast wordt met de centralisatie, de verwerking, de controle en de evaluatie van de gegevens. Deze dienst wordt op wetenschappelijk vlak begeleid door een permanente werkgroep waarin leden zeten van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

#### De facturatie

De facturatiegegevens worden door elk ziekenhuis overgemaakt aan de regionale bureau's van elk ziekenfonds waaraan de medische adviseurs verbonden zijn. Ten einde het beroepsgeheim en de privacy te waarborgen mogen gegevens die toelaten bepaalde diagnoses te identificeren, alleen overgemaakt worden aan de medische adviseur en niet via een magneetband. Wat de praktische realisatie betreft dient men als volgt te werk te gaan.

Aan de administratie van het regionaal bureau worden, hetzij op formulieren, hetzij via een magneetband individuele en identificeerbare gegevens overgemaakt met betrekking tot de identiteit van de rechthebbende, de identiteit van de verstrekker, de code - de relatieve waarde - en het overeenstemmende bedrag van de niet-identificeerbare prestaties, de relatieve waarde en het overeenstemmend bedrag van de identificeerbare prestaties.

Op voornoemde magneetbanden of formulieren worden dus geen codes opgenomen die langs de omschrijving van de prestaties in de nomenclatuur het stellen van een diagnose mogelijk maken.

Tegelijkertijd worden aan de medische adviseurs individuele en identificeerbare gegevens overgemaakt op een formulier met betrekking tot de identiteit van de rechthebbende, de identiteit van de verstrekker, de code - de relatieve waarde - en het bedrag van de identificeerbare prestaties.

Op eigen initiatief of op verzoek van zijn administratie kan de medische adviseur aldus het verband leggen tussen de relatieve waarde en het bedrag van niet-gecodificeerde gegevens, die aan zijn administratie worden overgemaakt, en de codificatie van de identificeerbare gegevens waarover hij beschikt. De aandacht wordt gevestigd op de noodzakelijkheid om over een eenvormige definitie te beschikken betreffende die diagnoses die door de codering kunnen geïdentificeerd worden. Het Medisch Technisch Comité van het R.I.Z.I.V. dient belast te worden met het opstellen van de lijst van de codificaties die het stellen van een diagnose mogelijk maken en die enkel aan de medische adviseurs mogen overgemaakt worden. Tevens dient beklemtoond dat dit dubbele facturatiesysteem geen aanleiding mag geven tot enige vertraging bij de betaling door de ziekenfondsen.

De gegevens die door de regionale bureau's aan de landsbonden en door deze laatsten aan het R.I.Z.I.V. worden overgemaakt, dienen geglobaliseerd en anoniem te zijn voor wat de patiënt betreft.

Alhoewel hij terzake niet bevoegd is, wenst de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen - Sectie "Erkenningen" op te merken dat het samenstellen van profielen van zorgenverstrekker door het R.I.Z.I.V. op basis van geglobaliseerde gegevens die haar door de landsbonden worden overgemaakt, tijdrovend is en zeer duur uitvalt.

Daarom wenst de N.R.Z.V. dat men zou nagaan of het niet efficiënt zou zijn dat elk ziekenhuis verplicht zou worden de nodige gegevens in dit verband rechtstreeks over te maken aan het R.I.Z.I.V. dat alleen bevoegd is voor het opstellen van deze profielen.

Ten slotte wenst de N.R.Z.V. nogmaals te beklemtonen dat de efficiënte doorstroming van gegevens slechts mogelijk is zo het ziekenhuis voor de nieuwe taken, die het worden opgelegd, billijk vergoed wordt.

Aldus opgemaakt te Brussel op 13 december 1984 in plenaire zitting van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling "Erkenning", met éénparigheid van stemmen.

De Voorzitter van de Afdeling.

DR. J. BOTTEQUIN.