

Multipartite Structuur

Rapport van de werkgroep – 23 juni 2005 « Project forfaitaire financiering van de geneesmiddelen in de ziekenhuizen »

A. Context

België is één van de zeldzame landen waar geneesmiddelen toegekend in ziekenhuizen quasi volledig worden vergoed bij voorschrift. Uitzondering hierop zijn enkele producten waarvoor een toelating van de adviserend geneesheer wordt vereist (hoofdstuk IV).

In 1997 werd een forfaitair bedrag vastgesteld voor preventief toegediende antibiotica bij chirurgische ingrepen. Deze forfaits baseren zich op guidelines, variëren naargelang de chirurgische ingreep en worden regelmatig herbekeken. Voor de antibiotica bleek het inderdaad mogelijk om de forfaits te baseren op guidelines in plaats van op gemiddelden van de nationale consumptie.

In 2002 werden er voorstellen gedaan om het forfaitaire financieringssysteem eveneens toe te passen op een beperkte lijst van andere, bij chirurgische ingrepen toegediende, medicatie door het ontwikkelen van een forfait berekend op basis van gemiddelden van de nationale consumptie. Om verscheidene redenen werd er geen verder gevolg gegeven aan deze voorstellen.

In april 2004 vroeg de Minister van Sociale Zaken, in het kader van de beheersing van de ziekenhuisuitgaven, aan de Multipartite een advies te geven over de forfaitaire financiering van geneesmiddelen in een ziekenhuis. De Multipartite vertrouwde deze opdracht toe aan het Federaal Kenniscentrum van de Gezondheidszorg (KCE). Het Kenniscentrum leverde eind 2004 een rapport af dat de verschillende systemen van terugbetaling van geneesmiddelen in enkele nabijgelegen landen beschreef.

In januari 2005 vroeg de Minister van Sociale Zaken aan de Werkgroep « Forfaitaire financiering van de geneesmiddelen in de ziekenhuizen » aan de Multipartite een advies te geven over het project van de forfaitarisering van de geneesmiddelen per pathologie. De Werkgroep vroeg het Riziv een simulatie uit te voeren op zo recent mogelijke beschikbare gegevens.

Alvorens deze simulatie uit te voeren, vroeg het Riziv in februari 2005 de toelating aan het Sectoraal Comité van de Kruispuntbank om, via de Technische cel, te mogen werken op de gekoppelde gegevens MKG-AZV per ziekenhuisverblijf. Dit werd op 13 mei toegestaan. Sindsdien kwam de Werkgroep twee keer, op 19 mei en 6 juni, samen om de resultaten van het door het Riziv voorgestelde project, om de forfaitarisering van de geneesmiddelen per pathologie, te bestuderen.

Dit rapport bepaalt de geneesmiddelen, de ziekenhuizen en de verblijven betrokken bij de forfaitarisering. Het bespreekt de gebruikte methode en de resultaten die volgen uit de meest recent beschikbare gekoppelde gegevens van de Technische Cel (2002). Het vermeldt de vragen waarover reeds een akkoord bestaat en de vragen waarvoor er nog beslissingen moeten worden genomen. Dit rapport gaat kort in op het wettelijk kader waarin het project van de forfaitarisering van de geneesmiddelen zich situeert.

B. De betrokken geneesmiddelen en ziekenhuizen

De terugbetaling door de verzekering voor de Geneeskundige Verzorging van de geneesmiddelen, afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten in de algemene en psychiatrische ziekenhuizen (daghospitalisatie en ambulante patiënten niet inbegrepen), vertegenwoordigde in 2002 463,99 miljoen €. In 2004 overtroffen deze uitgaven 500 miljoen €.

Deze uitgaven bevatten niet de bedragen voor de radio-isotopen noch die voor de labiele bloedproducten. Zij omvatten enkel de uitgaven van de geneesmiddelen voor de terugbetalingcategorieën A, B, C, Cs, Cx en de forfaits voor de antibiotica. **Tabel 1** toont de evolutie van deze uitgaven tussen 2000 en 2004 volgens de verschillende informatiebronnen in het Riziv.

-Tabel 1	Door de Ziekteverzekering terugbetaalde bedragen - in miljoen € Geneesmiddelen van categorieën A, B, C, Cs, Cx en forfaits voor antibiotica Minimaal één nacht gehospitaliseerde patiënten (one-day en ambulante patiënten uitgesloten)			
	Doc SHA (internationale overeenkomsten ingrepen)			Doc C en N
	Acute ziekenhuizen	Chronische ziekenhuizen	Totaal Alg. Ziekenhuizen	Alg. en Psych. Ziekenhuizen
2000 (gepresteerd)	415,52	5,07	420,59	424,49
2001 (gepresteerd)	429,90	5,32	435,22	442,76
2002 (gepresteerd)	444,23	5,62	449,85	463,99
2003 (gepresteerd)	470,92	6,09	477,01	484,12
2004 (geboekt)	n.b.	n.b.	n.b.	512,67

Opm : SHA 2003 niet gevalideerd

n.b. : niet beschikbaar

In het project van de forfaitarisering van de geneesmiddelen worden enkel de acute ziekenhuizen (dus niet de chronische noch de psychiatrische ziekenhuizen), de geneesmiddelen van terugbetalingcategorieën A, B, C, Cs, Cx en de forfaits voor de antibiotica in rekening genomen. Het hiervoor terugbetaalde bedrag in 2002 betrof 444,23 miljoen € verdeeld over 116 ziekenhuizen.

Er bestaan 35 chronische ziekenhuizen (waarmee de ziekenhuizen worden bedoeld die geen chirurgie (C), nog heelkunde (D) en geen nog pediatrie (E) uitoefenen). Zij hebben enkel diensten voor heropvoeding (Sp) en geriatrie (G). De Werkgroep besloot een apart forfait te berekenen voor de chronische ziekenhuizen en om de forfaitarisatie naar een later tijdstip te verplaatsen. De uitgaven voor geneesmiddelen in de chronische ziekenhuizen bedroegen in 2002 5,6 miljoen € voor ongeveer 19.500 verblijven (wat een gemiddelde geeft van € 287 per verblijf).

In 2002 werden 3.282 verschillende producten (verschillende commerciële merken, verschillende concentraties, verschillende wijzen van toediening) terugbetaald door de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging tijdens een klassieke hospitalisatie in de algemene acute ziekenhuizen. Deze producten kunnen worden gegroepeerd volgens hun actief bestanddeel. Volgens de ATC classificatie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (W.G.O.) vertegenwoordigen ze 927 verschillende actieve bestanddelen.

Bij de bestudering van het terugbetalingssysteem in Frankrijk rapporteerde het Kenniscentrum dat een reeks dure en innovatieve (zoals de nieuwe anti-retro virale en anti-kanker) geneesmiddelen werden uitgesloten bij de forfaitarisatie. Om tot deze Franse lijst van uitgesloten producten te behoren, moesten de geneesmiddelen duur en innovatief zijn en een grote variabiliteit veroorzaken in de uitgaven van een homogene groep van patiënten. In maart 2004 bevatte de Franse lijst van uitgesloten producten 65 actieve bestanddelen.

Op vraag van de Werkgroep werd de lijst door de ziekenhuisapothekers geactualiseerd en aangepast aan de Belgische situatie. Zij stellen voor om 265 actieve bestanddelen uit de forfaitarisering te verwijderen. Voor 123 van deze actieve bestanddelen waren er geen uitgaven in 2002. De resterende 142 actieve bestanddelen vertegenwoordigen 81,7 miljoen € bij klassieke hospitalisaties in de algemene, acute ziekenhuizen. Dit bedrag vormt 18,4% van het totale bedrag van 444,2 miljoen € voor 2002. De lijst, met de uit de forfaitarisering te verwijderen 265 actieve bestanddelen, die werd voorgesteld door de ziekenhuisapothekers wordt weergegeven in **Bijlage 1**. Indien deze gekend waren werd de commerciële benaming toegevoegd aan deze tabel.

De verdeling van de uitgaven van 2002 voor de 142 actieve bestanddelen die de ziekenhuisapothekers voorstellen om te verwijderen, wordt weergegeven in **Tabel 2** hieronder. In deze tabel werden de actieve bestanddelen gegroepeerd volgens hun grotere therapeutische klasse.

Tabel 2 : Verdeling van de uitgaven van 2002 voor de uit de forfaitarisering te verwijderen producten uit de lijst voorgesteld door de ziekenhuisapothekers (in €).

Therapeutische klasse	Omschrijving van de therapeutische klasse	Uitgesloten producten	Alle producten	% Uitgesl. producten
L01	Cytostatica	17.963.801	17.963.801	100,0%
B03	Middelen bij anemie	14.662.369	14.838.445	98,8%
B02	Antihemorragica	10.457.684	10.646.240	98,2%
J06	Sera en immunoglobulinen	8.300.528	8.300.528	100,0%
L03	Immunostimulantia	7.521.184	7.521.184	100,0%
B01	Antithrombotica	6.771.787	38.429.647	17,6%
M05	Middelen voor de behandeling van beenderziekten	4.312.037	4.508.636	95,6%
L04	Immunosuppressiva	4.079.248	4.079.248	100,0%
J02	Antimycotica voor systemisch gebruik	3.851.678	10.096.605	38,1%
V03	Alle overige therapeutische middelen	1.723.749	3.905.203	44,1%
R07	Overige middelen voor het ademhalingsstelsel	729.102	737.994	98,8%
J05	Antivirale middelen voor systemisch gebruik	425.491	4.040.772	10,5%
G02	Overige gynecologische middelen	316.779	860.276	36,8%
R05	Hoest- en verkoudheidsmiddelen	283.891	456.484	62,2%
J01	Antibacteriele middelen voor systemisch gebruik	81.565	102.779.825	0,1%
A16	Overige maagdarmkanaal- en metabolismeproducten	66.284	66.284	100,0%
V04	Diagnostica	34.428	34.941	98,5%
H01	Hypofyse-, hypothalamushormonen en analogen	21.110	11.913.932	0,2%
M03	Spierrelaxantia	19.998	4.240.557	0,5%
N05	Psycholeptica	16.198	4.063.347	0,4%
B06	Overige hematologische middelen	9.884	9.884	100,0%
C04	Perifere vasodilantia	8.562	8.573	99,9%
J04	Antimycobacteriele middelen	980	139.582	0,7%
C02	Antihypertensiva	605	748.038	0,1%
Totaal		81.658.943	250.390.027	32,6%

Voor enkele therapeutische klassen worden meer dan 95% van de geneesmiddelen uit de forfaitarisering verwijderd. Dit is, indien we enkel de belangrijkste opsommen, het geval voor de cytotostatica (L01), de middelen bij anemie (B03), de antihemorragica (B02), de sera en de immunoglobulinen (J06), de immunostimulatia (L03), de middelen voor de behandeling van beenderziekten (M05) en de immunosuppressiva (L04).

Het feit dat deze geneesmiddelen verwijderd worden uit het forfaitaire systeem betekent dat ze volledig zullen worden terugbetaald bij voorschrift zoals onder het oude systeem het geval was. Deze lijst zal regelmatig aangepast moeten worden. In Frankrijk is er voorzien dat een akkoord zal worden gesloten tussen de farmaceutische verenigingen en het Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) om een maximumprijs voor nieuwe moleculen, verkocht in de ziekenhuizen, te bepalen. Deze prijs kan worden verminderd wanneer het vooropgestelde budget wordt overschreden.

C. De betrokken ziekenhuisverblijven

Het project van de forfaitarisering van de geneesmiddelen voor de ziekenhuizen betreft enkel de verblijven tijdens een klassieke opname (minstens 1 nacht van hospitalisatie) in de algemene acute ziekenhuizen.

De daghospitalisatie wordt dus niet in het huidige project meegerekend. De Werkgroep stelt voor om de forfaitarisatie voor de daghospitalisatie tegen 1 januari 2007 te bepalen. Dan zal de Technische Cel beschikken over de koppeling per verblijf van de Minimale Klinische Gegevens en de financiële gegevens voor het geheel der prestaties waaronder de geneesmiddelen.

In 2002 telde België, volgens de gegevens beschikbaar in het Riziv (bestand AZV), 116 acute ziekenhuizen goed voor 1.657.000 verblijven met minstens 1 nacht hospitalisatie. De Anonieme Ziekenhuisverblijven worden door de verzekeringsinstellingen jaarlijks overgemaakt aan het Riziv.

De gegevens beschikbaar bij de FOD Volksgezondheid, die zijn informatie (bestand MKG) rechtstreeks ontvangt van de ziekenhuizen, bevatten 1.721.000 verblijven in 2002 voor klassieke hospitalisatie.

Het verschil van 64.000 verblijven tussen deze twee informatiebronnen is te wijten aan de verblijven van patiënten met andere terugbetalingsregelingen waaronder voornamelijk O.C.M.W. patiënten.

Bij de bepaling van het forfait interesseren we ons enkel in de, aan de verplichte Ziekteverzekering relevante, verblijven voor de geneesmiddelen die voorkomen in terugbetalingcategorieën A, B, C, Cs, Cx en de forfaits voor de antibiotica. In 2002 vertegenwoordigden zij 1.657.000 verblijven voor 444,2 miljoen €, hetzij een gemiddelde kost aan geneesmiddelen van € 268 per verblijf.

Na uitsluiting van de door de ziekenhuisapothekers voorgestelde geneesmiddelen, krijgen we voor 2002 een gemiddelde kost aan geneesmiddelen per verblijf van $(444,2 - 81,7) / 1.657.000$ ongeveer € 219.

De Technische Cel koppelt de twee bestanden per verblijf om het verband te kunnen leggen tussen de pathologie (MKG gegevens van de FOD Volksgezondheid) en de uitgaven geregistreerd tijdens een verblijf (gegevens AZV van het Riziv). Helaas is het verband tussen de twee gegevensstromen niet compleet. Er ontbreken 89.000 verblijven op 1.657.000 voor welke de overeenstemming niet bestaat of onjuist is. Met andere woorden is er in de gegevens die de Technische Cel overmaakte aan het Riziv een koppeling voor 1.568.000 verblijven dus een percentage van volledigheid van 94,6%.

Dit percentage van volledigheid verschilt per ziekenhuis en varieert tussen 69% en 98% De Werkgroep stelt voor om dit te compenseren door toepassing van een correctiefactor bij de berekening van de enveloppe per ziekenhuis. Omdat men de schuld moeilijk bij de ziekenhuizen kan leggen zou het niet correct zijn moesten zij, met een percentage lager dan het gemiddelde, gestraft worden. Geen rekening houden met een lager percentage zou leiden tot een onderschatting van de enveloppe van het ziekenhuis en de toekenning van een forfait dat lager is dan wat rechtmatig wordt verwacht.

Beschouwen we 1.568.000 verblijven dan komen deze overeen met een terugbetaald bedrag van € 407.720.000 en dus een gemiddelde kost aan geneesmiddelen van € 260. Na uitsluiting

van de geneesmiddelen voorgesteld door de ziekenhuisapothekers krijgen we voor 2002 een gemiddelde kost per verblijf van $(407,7-73) / 1.568.000$, ongeveer € 213.

Vanuit de MKG van de FOD Volksgezondheid is het mogelijk om de 1.568.000 verblijven te verdelen volgens Apr-Drg (pathologie) en per graad van ernst. Er bestaan 355 verschillende Apr-Drg's en 4 graden van ernst die op hun beurt kunnen worden gegroepeerd in MDC's (Major Diagnostic Categories). **Tabel 3** hieronder geeft de verdeling per MDC van 1.568.000 gekoppelde verblijven in 2002 en de uitgaven aan geneesmiddelen ten laste van de verzekering van de Geneeskundige Verzorging.

Tabel 3 : Verdeling per MDC van de gekoppelde verblijven en de bedragen terugbetaald door de Verzekering van de Geneeskundige Verzorging voor geneesmiddelen uit categorieën A, B, C, Cs, Cx en de antibiotica forfaits (in €).

MDC	Major Diagnostic Categories	Aantal gekoppeld verblijven	Terugbetaald bedrag 2002	% Terugb. bedrag 2002
p1	PRE MDC : LEVERTRANSPLANTATIE	147	1.030.070	0,3%
p2	PRE MDC : BEENMERGTRANSPLANTATIE	527	4.963.228	1,2%
p3	PRE MDC : TRACHEOSTOMIE	2.410	13.286.779	3,3%
p4	PRE MDC : HART &/OF LONG TRANSPLANTATIE	108	747.036	0,2%
00	RESTGROEP	12.552	9.280.596	2,3%
01	ZIEKT./AAND. ZENUWSTELSEL	118.736	25.351.142	6,2%
02	ZIEKT./AAND. OOG	23.803	1.934.384	0,5%
03	ZIEKT./AAND. NEUS, KEEL EN OREN	67.675	7.804.876	1,9%
04	ZIEKT./AAND. ADEMHALINGSSTELSEL	123.357	50.308.281	12,3%
05	ZIEKT./AAND. HARTVAATSTELSEL	196.710	58.824.224	14,4%
06	ZIEKT./AAND. SPIJSVERTERINGSSTELSEL	176.265	48.374.577	11,9%
07	ZIEKT./AAND. HEPATOBIL.ST., PANCREAS	44.662	20.697.026	5,1%
08	ZIEKT./AAND. BEWEGING-BINDWEEFSELST.	214.749	39.490.532	9,7%
09	ZIEKT./AAND. HUID, SUBCUTIS EN MAMMA	53.345	10.128.362	2,5%
10	ENDOCR., VOED. EN STOFWISSEL.ZIEKTEN	40.350	6.962.458	1,7%
11	ZIEKT./AAND. NIER- EN URINEWEGEN	61.121	14.500.306	3,6%
12	ZIEKT./AAND. MANNEL. GESLACHTSORG.	25.987	5.402.060	1,3%
13	ZIEKT./AAND. VROUWEL. GESLACHTSORG.	49.047	7.462.618	1,8%
14	ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMBED	124.005	5.397.604	1,3%
15	PASGEBORENEN EN PERINATALE AAND.	7.129	1.355.303	0,3%
16	ZIEKT.BLOED/BLOEDVORM. ORG./IMMUNOL.	13.622	7.623.809	1,9%
17	MYELOPROL.ZIEKT./WEINIG GED.NIEUWV.	36.996	37.043.474	9,1%
18	INFECTIE- EN PARASITAIRE ZIEKTEN	17.855	9.123.034	2,2%
19	PSYCHISCHE STOORNISSEN	37.037	3.773.190	0,9%
20	ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIK	12.656	759.183	0,2%
21	ONGEVAL/VERGIFT./TOX.EFF.GENEESMID.	23.470	5.435.699	1,3%
22	BRANDWONDEN	871	265.561	0,1%
23	FACTOREN DIE GEZONDHEID BEINVLOEDEN	45.001	5.720.611	1,4%
24	H.I.V.-INFECTIE	743	765.597	0,2%
25	MULTIPELE TRAUMATA	1.697	2.072.677	0,5%
AAA	PSYCHIATRIE	35.311	1.837.910	0,5%
Totaal		1.567.944	407.722.207	100,0%

De Werkgroep stelt voor om de forfaitarisering voor de verblijven in de psychiatrische diensten van de algemene, acute ziekenhuizen waarvoor er geen Apr-Drg bestaat aan het systeem toe te voegen (zie de MDC « AAA - Psychiatrie » op de laatste lijn van tabel 3). Zo kan de facturering door de ziekenhuizen eenvoudig worden gehouden. Het nationale gemiddelde van de uitgaven aan geneesmiddelen ten laste van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging voor de 35.311 verblijven in psychiatrie bedraagt € 52 per verblijf.

De Werkgroep wenst echter de verblijven met Apr-Drg gelijk aan 950 tot 956 (zie MDC « 00 – Rest groep » op de 5^{de} lijn van tabel 3) te verwijderen uit het systeem. Het betreft hier 12.552

verblijven die 9,3 miljoen € aan geneesmiddelen kosten in 2002 (gemiddeld € 740 per verblijf). Voor deze verblijven heeft de hoofdingreep geen overeenstemmende hoofddiagnose (950, 951 en 952) of het zijn verblijven met een foutieve codering (955 en 956). De Werkgroep vindt dat er een te grote variabiliteit aanwezig is in de uitgaven van de geneesmiddelen voor deze Apr-Drugs. Een nationaal gemiddelde zou de realiteit niet goed weergeven.

D. Gegevens gebruikt voor de simulatie

De meest recente gegevens waarover de Technische Cel beschikt hebben betrekking op 2002. De resultaten die worden weergegeven in dit rapport werden berekend op 1.568.000 verblijven en vertegenwoordigen 407,72 miljoen € aan uitgaven voor de geneesmiddelen uit terugbetalingcategorien A, B, C, Cs, Cx en de forfaits antibiotica. **Tabel 4** hieronder toont de verdeling per anatomische klasse van deze uitgaven in 2002.

Het verschil tussen het bedrag dat werd terugbetaald door de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging en het totale bedrag bevat het niet vergoede saldo voor de geneesmiddelen uit categorien B, C, Cs en Cx. Dit saldo bedraagt 9,26 miljoen € en wordt gedekt door de € 0,62 per dag die wordt gefactureerd aan gehospitaliseerde patiënten.

Tabel 4 : Verdeling van de uitgaven voor de geneesmiddelen van de categorien A, B, C, Cs, Cx en de antibiotica forfaits in 2002 per anatomische klasse.

ATC_Code	Omschr_ATC	Terugbet bedrag	Totaal bedrag	% Totaal bedrag
A	Maagdarmkanaal en metabolisme	13,73	14,58	3,5%
B	Bloed en bloedvormende organen	129,41	130,41	31,3%
C	Hartvaatstelsel	11,36	12,27	2,9%
D	Dermatologica	1,01	1,15	0,3%
G	Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	0,98	1,07	0,3%
H	Systemische hormoonpreparaten, geslachtshormonen uitgez.	17,84	18,20	4,4%
J	Antimicrobiele middelen voor systemisch gebruik	113,99	120,84	29,0%
L	Antineoplastische en immunomodulerende middelen	28,34	28,43	6,8%
M	Skeletspierstelsel	9,28	9,86	2,4%
N	Zenuwstelsel	41,92	43,34	10,4%
P	Antiparasitaire middelen	0,44	0,51	0,1%
R	Ademhalingsstelsel	7,59	8,11	1,9%
S	Zintuiglijke organen	0,79	0,86	0,2%
V	Diverse middelen	27,03	27,35	6,6%
FA	Forfaits voor antibiotica	4,02		
Totaal		407,72	416,98	100,0%

Terugbetalings_Cat	Terugbet bedrag	Totaal bedrag	% Totaal bedrag
A	158,74	158,97	38,1%
B	243,33	251,85	60,4%
B 25%	1,31	5,41	1,30%
C	0,25	0,49	0,12%
Cs	0,06	0,15	0,03%
Cx	0,02	0,12	0,03%
Forfaits voor antibiotica	4,02		
Totaal	407,72	416,98	100,0%

De Werkgroep stelt voor om enkel voor het gedeelte dat wordt terugbetaald door de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging te forfaitariseren en niet te werken met het totale bedrag dat de basis vormt voor de terugbetaling aan 100%. Dit impliceert dat er geen veranderingen zullen zijn in de facturatie van de patiënt ten opzichte van het oude terugbetalingssysteem per voorschrift. Het ziekenhuis zal de patiënt € 0,62 € per hospitalisatiedag blijven factureren.

De Werkgroep stelt voor het forfaitaire bedrag dat in 1997 werd bepaald voor de antibiotica, preventief toegediend bij chirurgische operaties, af te schaffen. Zo wordt vermeden dat men bij de forfaitarisering met twee verschillende systemen moet werken. Dit voorstel zou leiden tot een niet te verwaarlozen vereenvoudiging mits het oude systeem niet minder dan 9 verschillende forfaits berekende afhankelijk van de chirurgische ingreep.

Dit betekent dat alle antibiotica zullen worden geforfaitariseerd, enerzijds deze preventief toegediend bij chirurgische ingrepen maar ook alle antibiotica met helende werking onafhankelijk van de pathologie. Op deze manier integreert de forfaitarisatie niet enkel de oude maatregelen voor de antibioprofylaxie maar worden deze uitgebreid naar het geheel van antibiotica toegediend in het ziekenhuis.

Het enige hoofdbestanddeel in de klasse van de antibiotica dat wordt verwijderd uit het systeem is « Linezolid – J01XX08 », ook gekend onder de commerciële naam « Zyvoxid ». De uitgaven in 2002 voor deze antibiotica bedroegen € 81.600 (zie Tabel 2).

E. Methodologie en berekeningswijze van het forfait

E.1 Berekening van de nationale gemiddeldes

In een eerste stap, vóór de berekening van de nationale gemiddelden per Apr-Drg, werden de rest Apr-Drg's (950 tot 956) en de door de ziekenhuisapothekers voorgestelde lijst van producten uit de gegevens verwijderd.

In een tweede stap worden op nationaal niveau, per Apr-Drg en graad van ernst, verblijven, die als « outliers » worden aangeduid op basis van hun uitgaven aan geneesmiddelen, verwijderd. De formule $Q3 + 2 * (Q3 - Q1)$ om « outliers » te detecteren is gebaseerd op klassieke statistische formules. Wanneer de uitgaven aan geneesmiddelen tijdens een verblijf in een bepaalde Apr-Drg en met een bepaalde graad van ernst groter zijn dan het « 3e kwartiel + 2 keer het verschil tussen het 1^e en het 3^e kwartiel » berekend op het geheel van verblijven in deze Apr-Drg en graad van ernst, wordt dit verblijf beschouwd als « outlier ».

« Outliers » zijn patiënten die erg veel kosten in vergelijking met het nationale gemiddelde voor patiënten met dezelfde pathologie en graad van ernst. Ondanks het feit dat de classificatie per pathologie rekening houdt met de ernst van de aandoening, is het mogelijk dat het gemiddelde voor de graad van ernst, waarin patiënten met zware complicaties zich bevinden, lager ligt dan de werkelijke gemiddelde kost. Dit zou ertoe kunnen leiden dat ziekenhuizen patiënten met risico op zware complicaties zullen weigeren.

In de derde stap vóór de berekening van de nationale gemiddelden worden de geobserveerde uitgaven gereduceerd volgens het percentage van het forfait dat moet worden overeengekomen. De Werkgroep stelt voor om tijdens het eerste jaar te werken met een gedeeltelijk forfait van 50% om het tweede jaar te evolueren naar een forfait van 75%. Op deze manier wordt een te brutale invoer van het nieuwe systeem vermeden. Om het voorschrijfgedrag nog te kunnen opvolgen en het forfait de volgende jaren te kunnen berekenen, is het beter steeds een gedeelte per akte te behouden.

Na de verwijdering van de « outliers » bestaat stap 4 uit het hergroeperen van :

- alle graden van ernst als het aantal verblijven voor al deze graden van ernst samen binnen één Apr-Drg lager is dan 80 ;
- graden van ernst 1 en 2 als het aantal verblijven voor deze 2 graden samen binnen eenzelfde Apr-Drg lager ligt dan 40 of wanneer het aantal verblijven in graad 1 of 2 lager ligt dan 10 ;

- graden van ernst 3 en 4 als het aantal verblijven voor deze 2 graden samen binnen eenzelfde Apr-Drg lager ligt dan 40 of wanneer het aantal verblijven in graad 3 of 4 lager ligt dan 10.

In de 5^{de} stap worden de nationale gemiddelden per Apr-Drg en graad van ernst berekend.

E.2 Berekening van de enveloppe van het ziekenhuis

Bij de berekening van de enveloppe van het ziekenhuis worden aan alle verblijven « inliers » van het ziekenhuis het nationale gemiddelde per Apr-Drg en graad van ernst toegekend volgens de klassieke formule van standaardisatie :

$$E_h = \sum S_{h,xy} \times M_{xy}$$

Waarbij :

E_h = enveloppe van ziekenhuis 'h'

$S_{h,xy}$ = aantal verblijven « inliers » van ziekenhuis 'h' voor AprDrg_{xy}

M_{xy} = nationaal gemiddelde per AprDrg_{xy}

Belangrijke opmerking : het nationale gemiddelde werd berekend op na aanpassing van de geobserveerde uitgaven aan het te forfaitariseren percentage (zie E.1. 3^{de} stap).

Vervolgens moeten de reële kosten van de verblijven van de « outliers » en van rest Apr-Drg's (950 à 956) worden toegevoegd volgens de formule :

$$E'_h = (E_h + O_h * Pct_{forf}) \times Tx_h$$

Waarbij :

O_h = geobserveerde uitgaven van de verblijven van de « outliers » en verwijderde Apr-Drg's van ziekenhuis 'h'

Pct_{forf} = percentage van het forfait

Tx_h = correctiefactor die rekening houdt met de onvolledige koppeling van de gegevens.
= (aantal verblijven SHA / aantal gekoppelde verblijven) van ziekenhuis 'h'

Uit de formule leiden we af dat men aan de patiënten « outliers » niet het nationaal gemiddelde toekent maar dat hun werkelijke kost aan de enveloppe van het ziekenhuis wordt toegevoegd. Hetzelfde geldt voor de patiënten met verblijven in de rest Apr-Drg's (950 tot 956).

De werkelijke kosten (geobserveerde uitgaven) van de « outliers » en van de uitgesloten Apr-Drg's moeten worden herleid naar het percentage van het forfait (Pct_{forf}). Deze manier van werken laat toe om de winst en het verlies per ziekenhuis op de volgende manier te berekenen :

$$Winst\ of\ Verlies_h = (E_h + O_h * Pct_{forf}) - (Geobs\ Uitg_h * Pct_{forf})$$

Het gebruik van de correctie factor Tx_h werd onder punt C (De betrokken ziekenhuisverblijven) besproken.

E.3 Aanpassing van de enveloppe van het ziekenhuis aan het nationaal te forfaitariseren budget

Als laatste dient men nog het relatieve gedeelte van het nationaal te forfaitariseren budget per ziekenhuis te berekenen volgens de formule :

$$E''_h = \frac{E'_h}{\Sigma E'_h} \times B$$

Waarbij :

E''_h = enveloppe van het ziekenhuis 'h' aangepast aan het nationaal te forfaitariseren budget

E'_h = enveloppe van ziekenhuis 'h'

$\Sigma E'_h$ = som van de enveloppes van de ziekenhuizen

B = nationaal te forfaitariseren budget

E.4 Liquidatie van de enveloppe van het ziekenhuis volgens een forfait per opname of via 1/12e

De liquidatie van de, aan het nationaal te forfaitariseren budget aangepaste, enveloppe van het ziekenhuis kan verlopen via een forfait per opname (open enveloppe) of via 1/12^e (gesloten enveloppe).

Open enveloppe :

$$F_h = \frac{E''_h}{A_h}$$

Met

F_h = forfait per opname van ziekenhuis 'h'

E''_h = aangepaste enveloppe voor ziekenhuis 'h'

A_h = totaal aantal verblijven in ziekenhuis 'h' volgens de AZV gegevens

Het forfait per opname geldt voor elke opname onafhankelijk van de toediening van geneesmiddelen.

Gesloten enveloppe

$$F_h = \frac{E''_h}{12}$$

Indien de forfaitarisering wordt toegepast vanaf 1 januari 2006 stelt de Werkgroep voor om de berekening van de enveloppe te baseren op de gekoppelde gegevens MKG-AZV van 2002, onafhankelijk van het gebruik van een gesloten of een open enveloppe. Het aantal opnames (A_h) weerhouden voor de berekening van het forfait (F_h) zal het aantal verblijven van de gegevens AZV van het jaar 2002 zijn. De Werkgroep stelt voor om tegen 1 juli 2006 het

nieuwe forfait op basis van de gekoppelde gegevens MKG-AZV van 2003 te berekenen. Het aantal opnames (A_h) weerhouden voor de berekening van het forfait (F_h) zullen dan het aantal verblijven uit de AZV van 2003 zijn.

F. Resultaten

Scenario 1 van **Tabel 5** toont de resultaten van de forfaitarisering aan 100% voor alle Apr-Drg's en zonder uitsluiting van producten. Enkel de « outliers » werden verwijderd. In dit scenario worden 93,9% van de verblijven en 69,7% van de uitgaven aan geneesmiddelen geforfaitariseerd.

Scenario 2 van **Tabel 5** toont de resultaten van de bepaling van de forfaits aan 100% volgens de voorstellen die uit de Werkgroep volgden. Meer bepaald werden in scenario 2 opeenvolgend de verblijven met Apr-Drg's 950 tot 956, de producten uit de lijst van de ziekenhuisapothekers en de « outliers » verwijderd. In dit scenario worden 93,5% van de verblijven en 58,3% van de uitgaven aan geneesmiddelen geforfaitariseerd.

Tabel 5 toont dat de uitgaven voor de producten die werden verwijderd uit de berekening van de forfaits gelijk zijn aan 71,8 miljoen €. In feite bedragen ze 73 miljoen €. Het verschil van 1,2 miljoen € is te wijten aan de verwijderde Apr-Drg's. Tabel 2 toonde dat de uitgaven 81,7 miljoen € waren. In Tabel 2 werden de uitgaven berekend op 1.657.274 verblijven terwijl ze in Tabel 5 gebaseerd zijn op 1.567.944 verblijven. Indien de producten in kwestie niet waren uitgesloten, zou 48% van hun uitgaven terug te vinden zijn in de « outliers ».

Tabel 5 : Resultaten van de forfaitarisering voor scenario's 1 et 2.

MKG-AZV 2002 : FORFAIT aan 100 %					
SCENARIO 1			SCENARIO 2		
	<u>Verblijven</u>	<u>Terugb. Bedr.</u>		<u>Verblijven</u>	<u>Terugb. Bedr.</u>
-			-		
Basis	1.567.944	407.722.207	Basis	1.567.944	407.722.207
Forfaitaire basis	1.567.944	407.722.207	Forfaitaire basis	1.567.944	407.722.207
Uitgesloten AprDrg's			Uitgesloten AprDrg's	-12.552	-9.280.596
Uitgesloten Producten			Uitgesloten Producten		-71.760.240
	1.567.944	407.722.207		1.555.392	326.681.372
Uitgesloten Outliers	-96.045	-123.390.810	Uitgesloten Outliers	-89.606	-88.814.032
Saldo Forfait	1.471.899	284.331.397	Saldo Forfait	1.465.786	237.867.340
	<u>Verblijven</u>	<u>Terugb. Bedr.</u>		<u>Verblijven</u>	<u>Terugb. Bedr.</u>
Basis	100,0%	100,0%	Basis	100,0%	100,0%
Forfaitaire basis	100,0%	100,0%	Forfaitaire basis	100,0%	100,0%
Uitgesloten AprDrg's			Uitgesloten AprDrg's	-0,8%	-2,3%
Uitgesloten Producten		100,0%	Uitgesloten Producten		-17,6%
Uitgesloten Outliers	-6,1%	-30,3%	Uitgesloten Outliers	-5,7%	-21,8%
Saldo Forfait	93,9%	69,7%	Saldo Forfait	93,5%	58,3%

De Werkgroep stelt voor om tijdens het eerste jaar een gedeeltelijk forfait van 50% toe te passen om het jaar daarna over te schakelen naar een forfait van 75%. De resultaten van deze partiële forfaits zijn terug te vinden in **Tabel 6** hieronder.

Voor scenario 2 (waar Apr-Drg's 950 tot 956, een lijst met producten van de ziekenhuisapothekers en « outliers » werden verwijderd) wordt 29,2% van de uitgaven aan geneesmiddelen geforfaitariseerd bij een gedeeltelijk forfait van 50%. Bij een gedeeltelijk forfait van 75% wordt 43,8% van de uitgaven aan geneesmiddelen geforfaitariseerd.

Enkele leden van de Werkgroep merkten op dat indien het project van forfaitarisering streeft naar een betere beheersing van de uitgaven, een rationeler gebruik van de geneesmiddelen maar ook een minder grote verscheidenheid tussen de ziekenhuizen, dat het efficiënter zou zijn om het eerste jaar reeds een forfait van 75% en dus op 43,8% van de uitgaven aan geneesmiddelen, toe te passen.

Tabel 6 : Resultaten van de forfaitarisering aan 50% of 75% voor scenario 2.

MKG-AZV 2002					
SCENARIO 2 : Forfait aan 50%			SCENARIO 2 : Forfait aan 75%		
	<u>Verblijven</u>	<u>Terugb. Bedr.</u>		<u>Verblijven</u>	<u>Terugb. Bedr.</u>
Basis	1.567.944	407.722.207	Basis	1.567.944	407.722.207
Forfaitaire basis	1.567.944	203.861.104	Forfaitaire basis	1.567.944	305.791.655
Uitgesloten AprDrg's	-12.552	-4.640.298	Uitgesloten AprDrg's	-12.552	-6.960.447
Uitgesloten Producten		-35.880.120	Uitgesloten Producten		-53.820.180
	1.555.392	163.340.686		1.555.392	245.011.029
Uitgesloten Outliers	-89.606	-44.407.016	Uitgesloten Outliers	-89.606	-66.610.524
Saldo Forfait	1.465.786	118.933.670	Saldo Forfait	1.465.786	178.400.505
	<u>Verblijven</u>	<u>Terugb. Bedr.</u>		<u>Verblijven</u>	<u>Terugb. Bedr.</u>
Basis	100,0%	100,0%	Basis	100,0%	100,0%
Forfaitaire basis	100,0%	50,0%	Forfaitaire basis	100,0%	75,0%
Uitgesloten AprDrg's	-0,8%	-1,1%	Uitgesloten AprDrg's	-0,8%	-1,7%
Uitgesloten Producten		-8,8%	Uitgesloten Producten		-13,2%
	99,2%	40,1%		99,2%	60,1%
Uitgesloten Outliers	-5,7%	-10,9%	Uitgesloten Outliers	-5,7%	-16,3%
Saldo Forfait	93,5%	29,2%	Saldo Forfait	93,5%	43,8%

In scenario 2, bij een forfait van 100%, zou het maximale verlies van een ziekenhuis gelijk zijn aan € - 719.000. De maximale winst zou dan gelijk zijn aan € 514.000. **Grafiek 1** toont de verdeling van de winsten en verliezen in € van de 116 algemene acute ziekenhuizen betrokken bij de forfaitarisering : 63 ziekenhuizen maken winst terwijl 53 ziekenhuizen verlies lijden.

De som van de verliezen van de 53 ziekenhuizen bedraagt 7.700.000 €, iets minder dan 2% van het budget. Dit betekent dat dit zelfde bedrag, bij een forfait van 100%, wordt herverdeeld onder de 63 ziekenhuizen die winst maken.

Bij een gedeeltelijk forfait van 75% bedraagt het totale verlies € 5.775.000 hetzij 1,4% van het budget. Het maximale verlies van een ziekenhuis is gelijk aan € -539.000, de maximale winst bedraagt € 385.000.

Bij een gedeeltelijk forfait van 50% bedraagt het totale verlies € 3.850.000 hetzij 1% van het budget. Het maximale verlies van een ziekenhuis is gelijk aan € -358.000, de maximale winst bedraagt € 257.000.

Grafiek 2 toont de verdeling van de procentuele verhouding van de winsten en verliezen ten opzichte van de geobserveerde uitgaven voor 116 algemene, acute ziekenhuizen in 2002. In scenario 2 bij een forfait van 100% is het maximale verlies van een ziekenhuis ten opzichte van zijn geobserveerde uitgaven in 2002 gelijk aan 11%. De maximale procentuele winst van een ziekenhuis in 2002 bedraagt 38%.

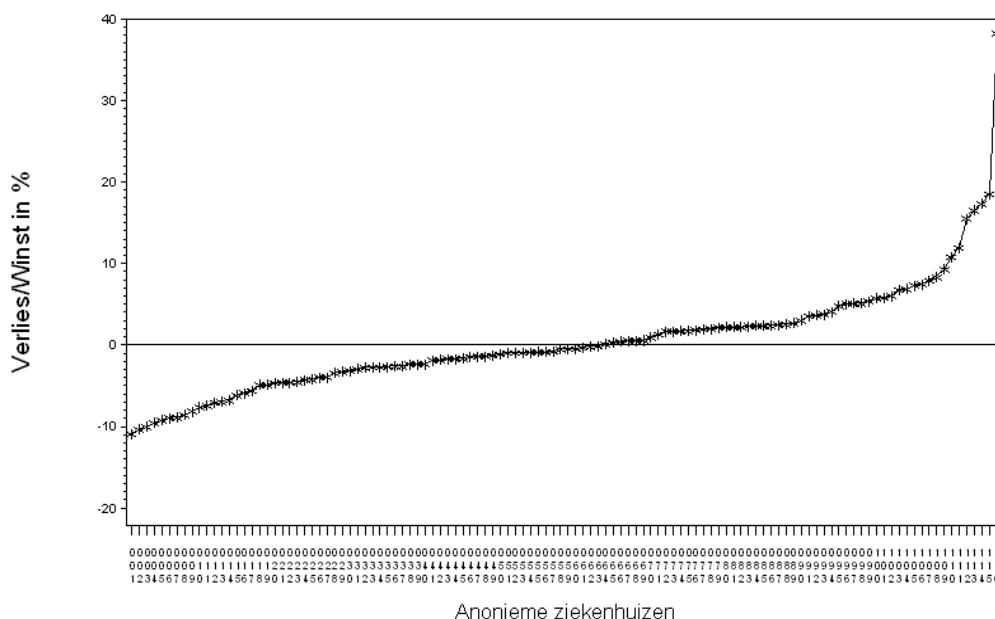
Bij een forfait van 75% is het procentuele, maximale verlies van een ziekenhuis gelijk aan 8,25%. De maximale verhouding van de winst op de geobserveerde uitgaven van een ziekenhuis is dan 28,5%.

Bij een forfait van 50% is het procentuele, maximale verlies van een ziekenhuis gelijk aan 5,5%. De maximale verhouding van de winst op de geobserveerde uitgaven van 2002 is dan 19%.

Grafiek 1 : Resultaten in € van de winsten en verliezen van de ziekenhuizen in het kader van een forfaitarisering aan 100% volgens scenario 2.

Werkgroep multipartite : Forfaitarisering van de geneesmiddelen

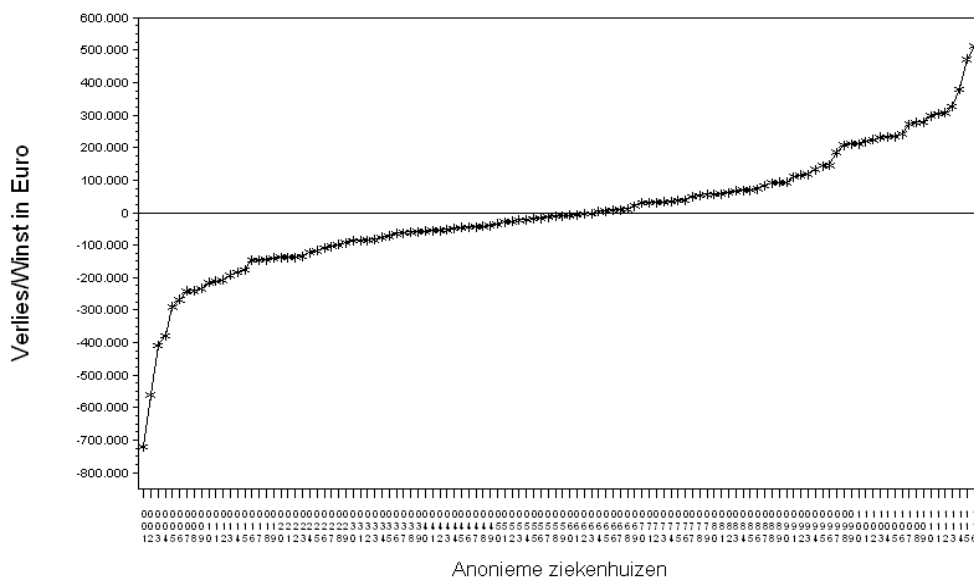
Scenario 2 : AprDrg 950, 951, 952, 955, 956 uitgesloten
Lijst met produkten uitgesloten, Forfait aan 100%



Grafiek 2 : Winsten en verliezen van de ziekenhuizen in verhouding tot de geobserveerde uitgaven van 2002 in het kader van een forfaitarisering aan 100% volgens scenario 2.

Werkgroep multipartite : Forfaitarisering van de geneesmiddelen

Scenario 2 : AprDrg 950, 951, 952, 955, 956 uitgesloten
Lijst met produkten uitgesloten, Forfait aan 100%



Tabel 7 toont een samenvatting van de winsten en verliezen van de ziekenhuizen in € en het % van hun, door de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging terugbetaalde, geobserveerde uitgaven voor scenario 2. Ter herinnering : 63 ziekenhuizen maakten winst, 53 leden er verlies.

Tabel 7	Scenario 2 Verlies en winst van de ziekenhuizen		
	Forfait 100%	Forfait 75%	Forfait 50%
Max (duizend €)	514	385	257
Min (duizend €)	-719	-539	-358
Max %	38,0%	28,5%	19,0%
Min %	11,0%	8,3%	5,5%

G. Onbesliste vragen

G.1 Vaststelling van het nationaal te forfaitariseren budget

De technische modaliteiten voor de vaststelling van het nationaal te forfaitariseren budget zullen worden overeengekomen tussen de Minister en het Riziv.

G.2 Forfaitarisering aan 50% of 75 % tijdens het eerste jaar

Enkele leden van de Werkgroep toonden een voorkeur voor een geleidelijke invoering van de forfaitarisatie van 50% tijdens het eerste jaar naar 75% vanaf het tweede. Anderen verkozen om het eerste jaar meteen 75% te gebruiken.

G.3 Liquidatie van het forfait per opname of per 1/12e

Deze knoop dient nog te worden doorgehakt.

G.4 Geneesmiddelen toegediend aan patiënten bij het verlaten van het ziekenhuis door de ziekenhuisapotheker.

Enkele leden van de Werkgroep merkten op dat patiënten soms geneesmiddelen ontvangen van de ziekenhuisapothekers bij het verlaten van het ziekenhuis. Indien deze geneesmiddelen werden aangerekend aan de Verzekering van de Geneeskundige Verzorging, werd er rekening mee gehouden bij de berekening van het gemiddelde.

G.5 Beheer van de geschillen

De Werkgroep vraagt zich af bij welke Commissie of welk Comité ze terecht kunnen om eventuele geschillen die de ziekenhuizen ondervinden bij de berekening van het forfait te melden. Enkelen suggereerden de NRKP (Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie).

G.6 Transparantie van de resultaten

De Werkgroep vraagt dat de globale resultaten van de simulatie ter beschikking van de ziekenhuizen worden gesteld via de website van het Riziv of die van de Technische Cel. Eveneens vraagt ze dat, wanneer het forfait gekend is en officieel werd meegedeeld aan de ziekenhuizen, alle ziekenhuizen kunnen beschikken over de hun aanbelangende, gebruikte gegevens (Case-Mix, nationale gemiddelden, lijst met de uitgesloten producten,)

H. Gevraagde wettelijke aanpassingen

H.1 Administratieve vereenvoudiging

1) De Werkgroep vraagt om het erg ingewikkelde systeem van terugbetaling van de geneesmiddelen van Categorie B toegediend aan gehospitaliseerde patiënten, weergegeven in artikel 95 §1 van het Koninklijk Besluit van 21 december 2001, aan te passen. Dit K.B. bepaalt de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte Verzekering voor Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen in de farmaceutische specialiteiten waarvan hier het extract :

«de vergoedingsbasis zoals die is vermeld in de kolom ad hoc van de lijst voor de specialiteiten die in categorie B zijn geklasseerd, met uitsluiting van de perfusievloeistoffen en de oplossingen voor blaasspoelingen beoogd sub a), verminderd met 0,37 EUR per schijf van het aantal eenheden van de voorgeschreven dosering die begrepen zijn in de grootste vergoedbare individuele verpakking van deze specialiteit, of, bij het ontbreken van deze referte, per schijf van een hoeveelheid vastgesteld in de lijst. Wanneer in een verplegingsinrichting een zieke naar een andere dienst wordt overgeplaatst dient men, om het bedrag van 0,37 EUR te berekenen, er van uit te gaan dat een nieuwe schijf wordt begonnen».

2) De Werkgroep stelt voor om de administratieve formaliteiten voor alle geforfaitariseerde geneesmiddelen van hoofdstuk IV af te schaffen. Voor de geneesmiddelen die uit het forfait werden verwijderd en die tot hoofdstuk IV behoren, blijven de administratieve formaliteiten noodzakelijk.

H.2 Herziening van het onderdeel B5 van de dagprijs

De Werkgroep vraagt om rekening te houden met de implicaties verbonden aan de forfaitarisering bij de berekening van onderdeel B5.

De toekenning van de uitkering voor de werkingskosten van de ziekenhuisapothekers wordt geregeld in het onderdeel B5 van het ziekenhuisbudget. Artikel 77 §1 van het K.B. van 25 april 2002 vermeldt dat «15 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de omzet van de voor elk ziekenhuis terugbetaalde farmaceutische specialiteiten en generische geneesmiddelen, met uitzondering van de labiele bloedproducten toegediend aan de gehospitaliseerde patiënten, van elk ziekenhuis gedurende het laatst gekende dienstjaar»

De gedeeltelijke forfaitarisering van de in het ziekenhuis toegediende geneesmiddelen kan een invloed uitoefenen op de manier waarop in de toekomst het zakencijfer van de farmaceutische specialiteiten en de terugbetaalde generische geneesmiddelen worden bepaald. Vanaf het moment waarop 2006 wordt gebruikt als laatst gekende situatie, zouden in het zakencijfer zowel het gedeelte per akte (van de terugbetaling van de geneesmiddelen) als het forfaitaire gedeelte in rekening moeten worden gebracht. Dit voornemen is afhankelijk van de toekomstige beschikbaarheid van het K.B. van 25 april 2002.

I. Aan te passen en af te schaffen koninklijke besluiten

I.1 Forfaitarisering van de geneesmiddelen

De wet betreffende de verplichte Verzekering van de Geneeskundige Verzorging gecoördineerd op 14 juli 1994 voorziet in artikel 37 §3 twee bepalingen betreffende de forfaitarisering van de geneesmiddelen. Alinea 3 bepaalt de geneesmiddelen en de prestaties

waarvoor deze geneesmiddelen worden terugbetaald op forfaitaire wijze op basis van een overlegbesluit in de Ministerraad. Alinea 4 bepaalt de regels en de berekeningswijze van het forfait op basis van een gewoon besluit (zie hieronder). De twee besluiten kunnen evenwel voorgelegd worden aan de Ministerraad opdat op die manier, binnen een termijn van één maand, een mening kan worden gevraagd aan de Raad van State.

Art 37 § 3. [W – Wet(I) 22-12-03 - B.S. 31-12 - ed.1; W - Wet 9-7-04 - B.S. 15-7 - ed.2] Voor de in de in artikel 34, eerste lid, 5°, b), c), d) en e), bedoelde geneesmiddelen, die worden verstrekt aan de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, kan de Koning in bijzondere regelen voorzien met betrekking tot de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en het persoonlijk aandeel van de rechthebbende.

[W – Wet(I) 22-12-03 - B.S. 31-12 - ed.1] Dat persoonlijk aandeel kan bestaan in een vast bedrag per verpleegdag, ten laste van alle in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, voor het geheel van de aldaar verstrekte geneesmiddelen als bedoeld in het vorige lid. Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende kan eveneens betrekking hebben op de in het vorige lid bedoelde geneesmiddelen die niet zijn opgenomen in de [...] bedoelde nomenclatuur.

[I - K.B. 21-2-97 - B.S. 21-3; W – Wet(I) 22-12-03 - B.S. 31-12 - ed.1] De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, aanduiden voor welke in het eerste lid bedoelde geneesmiddelen de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd is op basis van forfaitaire bedragen, wanneer de producten worden toegediend in het kader van verstrekkingen die door Hem worden aangeduid in hetzelfde besluit..

[I - K.B. 21-2-97 - B.S. 21-3; W – Wet(I) 22-12-03 - B.S. 31-12 - ed.1] De Koning bepaalt welk gedeelte van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de in het vorige lid bedoelde geneesmiddelen wordt vergoed door de forfaitaire bedragen, evenals de regelen en de modaliteiten volgens dewelke de forfaitaire bedragen worden vastgesteld.

I.2 Afschaffing van de forfaitarisering van de antibioprofylaxie in de chirurgie

Een koninklijk besluit is noodzakelijk om de maatregelen betreffende de forfaitarisatie van de antibiotica, preventief toegediend bij een chirurgische ingreep, te annuleren.

I.3 Wijziging van de K.B.'s voor de forfaitarisering van de geneesmiddelen in de toekomst

Wanneer de gegevens van 2006 als basis dienen voor de berekening van de nationale gemiddelden moeten de koninklijke besluiten worden aangepast. De formules gebruikt in de methodologie moeten worden aangepast ten gevolge van de forfaitarisering indien zij van kracht zouden worden in 2006.

J. Aanpassing van de elektronische ziekenhuisrekening.

Het Riziv moet contact opnemen met de Informatica Commissie om een nieuw systeem van facturatie op te stellen : nieuwe pseudocodes moeten worden gecreëerd, de pseudocodes voor de antibioprofylaxie moeten worden afgeschafte en de aangepaste instructies betreffende de elektronische ziekenhuisrekening moet worden verstuurd aan de ziekenfondsen. Deze fase zou erg lang kunnen duren en de installatie van het nieuwe systeem kunnen vertragen.