



## MULTIPARTITE-STRUCTUUR BETREFFENDE HET ZIEKENHUISBELEID



Place Victor Horta, 40 bte 10  
B- 1060 Bruxelles  
Eurostation Bloc 2  
Personne de contact :  
Walter Bontez (FR)  
☎ 02/524.87.07  
e-mail: [walter.bontez@health.fgov.be](mailto:walter.bontez@health.fgov.be)

Victor Hortaplein, 40 bus 10  
B-1060 Brussel  
Eurostation Bloc 2  
Contact persoon :  
Francis Loosen (NL)  
☎ 02/524.86.43  
e-mail: [francis.loosen@health.fgov.be](mailto:francis.loosen@health.fgov.be)

### Advies van de plenaire vergadering van de Multipartite-structuur dd 23 maart 2006

De Multipartite-structuur heeft op haar vergadering van 26 maart 2006 een inventaris gemaakt van de problemen/knelpunten die vandaag bestaan binnen het systeem van de referentiebedragen.

De Multipartite-structuur heeft hierbij een reeks algemene en een aantal punctuele bemerkingen geformuleerd.

#### 1. Algemene bemerkingen:

1.1. De Multipartite-structuur meent dat voor de pathologieën waarvoor de verstrekkingen volgens vaste standaarden van praktijkvoering kunnen worden uitgevoerd, het aangewezen is te evolueren naar een globale financieringstechniek. De bedragen die worden vastgesteld dienen evenwel rekening te houden met de te hanteren standaarden. Aldus wordt vermeden dat, door de jaarlijkse berekening van de referentiebedragen, men in een neerwaartse spiraal van gemiddelden of mediaanwaarden terechtkomt waardoor bepaalde behandelingen niet geheel meer kostendekkend zijn. Het laat ook toe ziekenhuizen die onder het gemiddelde/mediaan blijven te belonen.

1.2. Indien het stelsel van de referentiebedragen wordt aangehouden wenst de Multipartite-structuur dat de regels i.v.m. de referentiebedragen steeds vóór de toepassing aan de ziekenhuizen worden bekend gemaakt en niet worden gewijzigd tijdens de periode van de toepassing. Het vooraf bekendmaken van de regels laat toe om bij de praktijkvoering

hiermee rekening te houden en aldus de praktijkverschillen effectief te reduceren, waardoor recuperatie achteraf kan worden vermeden.

1.3. Het systeem van de referentiebedragen is vandaag te veel gericht op penalisaties en beloont in genedele de verstrekkers die onder het gemiddelde of de mediaanwaarde blijven. Het is wenselijk om een systeem van incentives in te voeren voor de ziekenhuizen die erin slagen om de uitgaven binnen de referentiebedragen te houden. De Multipartite-structuur verwijst hierbij naar de werkzaamheden van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

1.4. Het systeem van de referentiebedragen was initieel goed bedoeld doordat het erop gericht was de niet gefundeerde praktijkverschillen tussen de ziekenhuizen weg te werken. Door de praktijkverschillen op een transparante manier voor te stellen via feedbacks naar de ziekenhuizen zullen deze verschillen mogelijks automatisch verdwijnen.

1.5. Voor een aantal leden is het niet aangewezen het systeem van referentiebedragen uit te breiden met internistische aandoeningen omdat voor deze pathologieën de standaardisatie van activiteiten moeilijker te omschrijven is, ondermeer omwille van een grotere variabiliteit van de praktijk binnen eenzelfde pathologiegroep. Een aantal leden wijzen op een studie van het Kenniscentrum waaruit evenwel het tegenovergestelde zou blijken.

1.6. Van de wettelijke mogelijkheid om daghospitalisatie onder het stelsel van de referentiebedragen te brengen, dient gebruik te worden gemaakt. Met name moet worden vermeden dat er ziekenhuizen zijn die patiënten systematisch doorsturen naar daghospitalisatie om op die manier voor deze prestaties te ontsnappen aan het systeem van de referentiebedragen. Sommige leden zijn hier evenwel geen voorstander van omdat dit precies een incentive voor daghospitalisatie inhoudt.

1.7. De Multipartite-structuur betreurt dat het systeem van de referentiebedragen onvoldoende is uitgewerkt waardoor er te veel technische vragen onopgelost blijven. Zo bvb bestaan er vragen over wie nu de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt in het systeem van referentiebedragen. Wat is met name de rol van de voorschrijver versus de verstreker enerzijds en wat is de juiste verhouding artsen - ziekenhuisbeheerder anderzijds.

1.8. De vervanging van de tolerantie­marge van 20% naar 10% heeft als gevolg dat de ziekenhuizen minder bewegings­marge hebben.

1.9. De verhouding 75/25% inzake de kostenverdeling tussen ziekenhuisbeheerder en artsen geeft niet altijd de juiste ponderatie van de reële kosten weer (zie artikel 137 van de ziekenhuiswet laatste lid). Een wijziging van deze regel dringt zich derhalve op.

1.10. Tenslotte wordt de opmerking gemaakt dat het systeem van de referentiebedragen geen rekening houdt met de verstrekkingen die preoperatief gebeuren waardoor het systeem scheef wordt getrokken. Sommige leden doen evenwel opmerken dat diegenen die slecht scoren voor de referentiebedragen, vaak ook slecht scoren voor hun prestaties van het preoperatief bilan.

## **2. Punctuele beschouwingen:**

In de Multipartite-structuur werden ook een aantal punctuele opmerkingen gemaakt.

1.1. De Multipartite-structuur verwijst vooreerst naar de problematiek van **de prestaties van de kine en de fysiotherapie in het kader van de revalidatie** zoals deze wordt beschreven in het evaluatierapport m.b.t. de referentiebedragen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. (zie website – volume 17A <http://www.kenniscentrum.fgov.be/nl/publicaties.html>)

Door leden van de Multipartite-structuur wordt er op gewezen dat een intensieve revalidatie zowel kine- als fysiotherapeutische verstrekkingen bevat. Een integrale aanpak leidt tot betere resultaten, daar waar het systeem van de referentiebedragen een geïntegreerde intensieve aanpak helemaal niet aanmoedigt.

Bovendien is het zo dat een goede behandeling erin kan bestaan de patiënt na de hospitalisatie ambulant te behandelen. De revalidatie is immers een globaal concept waarbij een belangrijk deel van de activiteiten vaak buiten het ziekenhuis gebeurt. Het systeem van referentiebedragen houdt evenwel geen rekening met de ambulante verstrekkingen.

Voor die prestaties die overwegend buiten het ziekenhuis kunnen worden verricht is de techniek van de referentiebedragen niet de juiste benadering.

Bovendien gaat deze betaalvorm voor deze verstrekkingen in tegen de evolutie van de medische praktijkvoering.

Het betreft hier prestaties zoals bedoeld in Deel 2 “Concept en berekening”, - bespreking van de resultaten inzake “de prestaties kinesitherapie, fysiotherapie en de revalidatie” in het voornoemde rapport “Evaluatie van de referentiebedragen” van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Deze bemerkingen geldt voor de kine- en fysio specifieke APR-DRG's zoals 045 (CVA met herseninfarct), 046 (niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct), 139 (gewone pneumonie), en **inzonderheid** voor APR-DRG's 302\_a - code 289085, **arthroplastie van de heup met totale heupprothese** en 302\_b - code 290286, **femorotibiale arthroplastie met gelede prothese**.

De Multipartite-structuur suggereert gebruik te maken van de mogelijkheid die geboden wordt door paragraaf 10 van artikel 56ter van de Wet op de Ziekteverzekering om ten minste de APR-DRG groepen 302 arthroplastiek van de heup en knie uit het stelsel van de referentiebedragen te sluiten.

1.2. Een tweede punctuele bemerking betreft **de inclusie van de angiografieën**.

De inclusie van de angiografieën in de berekening van de referentiebedragen veroorzaakt een distortie tussen de ziekenhuizen die deze verstrekkingen wel doen en zij die deze niet verrichten. Ziekenhuizen die deze prestaties niet doen hebben met name minder verstrekkingen wat tot betere resultaten leidt in het systeem van de referentiebedragen. De Multipartite-structuur stelt daarom voor de angiografieën uit het stelsel van de referentiebedragen te halen. Hiervoor kan ook gebruik worden gemaakt van de hierboven vermelde bepaling van de wet op de ziekteverzekering.

1.3. Een derde puntuele bemerking betreft **de penalisatie van de ziekenhuizen die over een Sp-dienst beschikken**. Deze worden benadeeld ten overstaan van de ziekenhuizen die hun patiënten transfereren naar een ander ziekenhuis met Sp-dienst waardoor ze de facto minder prestaties factureren omdat hun verblijven minder lang zijn. Bovendien factureert men inzonderheid op locomotorische Sp-diensten prestaties die op het kwalitatief vlak (kine-, fysio, multidisciplinaire behandelingen) wel volledig verantwoord zijn maar die zelden worden verricht tijdens de acute fase van een behandeling.

Sommige leden pleiten er daarom voor om de Sp-diensten uit te sluiten uit de berekening van de referentiebedragen waardoor de ziekenhuizen op eenzelfde basis kunnen worden beoordeeld ongeacht of ze over een Sp-dienst beschikken.

In de Multipartite-structuur werd evenwel ook opgemerkt dat volgens de berekeningen van de Technische Cel de penalisatie niet zo belangrijk schijnt te zijn dan men voorstelt. De Multipartite-structuur vraagt daarom aan de Technische Cel tijdens de plenaire vergadering een toelichting hierover te verstrekken.

1.4. Een vierde opmerking betreft (1) **de materniteiten waarbij de verstrekkingen op de pasgeborene worden berekend op de factuur van de moeder** en (2) **de aanwezigheid van een pediater tijdens de bevalling**.

De verstrekkingen moeder/kind zouden beter van elkaar worden onderscheiden. De bevalling is in het merendeel van de gevallen een courante praktijk waarvoor de prestaties kunnen gevat worden in standaarden en derhalve beter het voorwerp uitmaken van een globale financiering. De risicobevallingen behoren tot de outliers, dientengevolge heeft het systeem van de referentiebedragen hierop geen impact.

De tweede bedenking betreft de aanwezigheid van een pediater tijdens de bevalling. De Multipartite-structuur is van oordeel dat het, vanuit kwalitatief oogpunt, beter is de aanwezigheid van een pediater in de financiering mee te verrekenen. Ziekenhuizen die een pediater voorzien mogen hoedanook niet worden gepenaliseerd. Het betreft hier een specifieke bepaling die best wordt aangepast.

1.5. Een laatste opmerking betreft de niet verzekerde patiënten die binnen de ziekteverzekering worden beschouwd als ontbrekend. Het extrapoleren van de resultaten op alle dossiers heeft voor gevolg dat het R.I.Z.I.V. bedragen recupereert die door de mutualiteiten nooit werden terugbetaald. Daartegenover wordt gesteld dat in de nieuwe wetgeving er geen extrapolatie meer wordt toegepast aangezien de berekening enkel gebeurt op effectief gekoppelde MKG-SHA gegevens.

### **3. Slotbedenking:**

De Multipartite-structuur drukt de wens uit dat het voorliggend advies aan de heer minister zou worden overgemaakt zodat hij in de besluitvorming hiermee reeds kan rekening houden. Tevens zou de werkgroep die voorliggend advies heeft voorbereid, zijn werkzaamheden willen verderzetten om op iets langere termijn te zoeken naar passende voorstellen om de niet op evidentie gebaseerde praktijkverschillen in de ziekenhuizen zoveel mogelijk weg te werken.

Gegeven te Brussel op donderdag 23 maart 2006.

De Voorzitter,

Dr D Désir

-----