

## Structurele en methodologische opmerkingen van de ziekenhuizen over de referentiebedragen (januari 2010)

Naar aanleiding van de eerste toepassing van de referentiebedragen (september 2009), heeft het RIZIV verschillende brieven van de ziekenhuizen gekregen, waarin ze hun opmerkingen over het systeem hebben meegedeeld. We hebben ook de analyses gekregen die door de federatie Santhea zijn uitgevoerd (3 rapporten in 2009).

Dit rapport is bedoeld om een samenvatting van al die opmerkingen te geven.

### I. De zorgprogramma's voor cardiologie

Sommige ziekenhuizen [7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18]<sup>1</sup> merken op dat de instellingen die over een zorgprogramma voor cardiologie beschikken, zoals de B-centra, de geïsoleerde B1-centra of E-centra worden bestraft via sommige APR-DRG's, zoals APR-DRG 190 "Circulaire aandoening met acuut myocardinfarct", omdat de uitgaven van die ziekenhuizen worden vergeleken met de referentiebedragen die voor alle ziekenhuizen zijn berekend, ongeacht of ze over een zorgprogramma voor cardiologie beschikken of niet.

Sommige ziekenhuizen [13, 14] bevestigen dat "als men de gefactureerde bedragen in verband met die handelingen van het zorgprogramma (B1 of E) zou schrappen, de gefactureerde bedragen voor een of andere APR-DRG (190 bijvoorbeeld) de referentiebedragen niet meer zouden overschrijden en die APR-DRG niet meer nadelig zou zijn".

Er moet echter worden opgemerkt dat die ziekenhuizen daardoor uitgaven waarin bepaalde verstrekkingen niet zijn opgenomen, vergelijken met referentiebedragen waarin die verstrekkingen altijd zijn opgenomen. De vergelijking gaat dus niet op.

Bovendien blijkt uit de studie van Santhea [2009b] dat een splitsing van de APR-DRG 190 in 2 "sub-APR's", al naargelang het ziekenhuis over de erkenning van het B-programma beschikt, het aantal geselecteerde ziekenhuizen voor fase 2 (terugbetaling) van 14 tot 13 (op een steekproef van 26) zou brengen.

### II. De verstrekkingen voor fysiotherapie

Sommige ziekenhuizen [1, 2, 3, 6, 8, 10, 16, 17] vragen zich af waarom de verstrekkingen van artikel 22 pas vanaf 2009 en niet vanaf 2006 van de referentiebedragen zijn uitgesloten. De ziekenhuizen die over een erkend

---

<sup>1</sup> De cijfers tussen [] verwijzen naar de lijst van ziekenhuizen die op het einde van het document wordt vermeld.

revalidatiecentrum [3] beschikken, lijken daardoor in het bijzonder te worden bestraft.

Het antwoord van het RIZIV aan die ziekenhuizen is onveranderd gebleven: het **stelsel 2006**, waarin ook de verstrekkingen voor fysiotherapie zijn opgenomen, is door **de wet van 27 december 2005 ingevoerd** en is zonder technische wijziging in de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg van 19 december 2008 (BS van 31.12.2008) opgenomen. Om de rechtszekerheid te waarborgen, bleek het **niet adequaat** om eind 2008 de terugwerkende kracht toe te passen op de verblijven van 2006 tot 2008 en **om de “spelregels” retroactief te wijzigen**. De nieuwe regels voor de fysiotherapie zijn dus in de toekomst, vanaf de verblijven 2009, van toepassing.

De simulaties die door Santhea zijn uitgevoerd [2009c] wijzen erop dat door vanaf nu de verstrekkingen voor fysiotherapie van de referentiebedragen af te trekken, de situatie van de meeste ziekenhuizen uit de steekproef zou verergeren, terwijl de situatie van de andere ziekenhuizen zou verbeteren. In fase 2 zouden 11 in plaats van 12 ziekenhuizen van de steekproef moeten terugbetalen.

### III. De gemengde “SP/acute”-verblijven

Sommige ziekenhuizen [1, 4 16] vinden het onlogisch om voor eenzelfde APR-DRG gemengde “SP/acute”-verblijven in hetzelfde ziekenhuis te vergelijken met zuiver acute verblijven. De ziekenhuizen die hun patiënten naar een ander ziekenhuis voor het deel “SP” doorverwijzen, worden in die vergelijking bevoordeeld.

### IV. De erkenningen voor de NIC- en MIC-diensten

Sommige ziekenhuizen [12, 15, 16] en ook het Santhea-rapport [2009c] menen dat de ziekenhuizen die over een NIC- of MIC-dienst beschikken, door de APR-DRG 450 (“bevallingen door keizersnede”) en 560 (“vaginale bevallingen”) worden bestraft, meer bepaald door de aanwezigheid van een pediater tijdens de bevalling en door de vereiste verstrekkingen in het kader van de erkenning van die diensten.

Bovendien is volgens een van die ziekenhuizen [16] de pediatrische follow-up tijdens de ziekenhuisopname een kwaliteitsgarantie en is de betrokkenheid van de pediaters essentieel in het kader van de borstvoeding. Datzelfde ziekenhuis [16] is bovendien van mening dat *“enkele kinesiotherapiezittingen tijdens het*

*verblijf van de moeder na de bevalling niet overdreven is en een bewijs van goede medische praktijkvoering vormt*". Het ziekenhuis is overigens verbaasd dat er ziekenhuizen zijn die weinig of geen kinesitherapieverstrekkingen verrichten.

## V. De opmerkingen die strikt verband houden met de methode

### A. De nulmediaan

Sommige ziekenhuizen [6, 11, 17, 18] verbazen zich erover dat wanneer de mediaan in de tweede fase nul is, deze moet worden bewaard voor de berekening van het bedrag dat moet worden terugbetaald, terwijl vanaf de verblijven 2009 de mediaan door het gemiddelde zal worden vervangen.

Zoals in het Santhea-rapport [2009c] wordt opgemerkt, zal de vervanging van de nulmedianen door een hogere waarde, in dit geval het gemiddelde, de terug te betalen bedragen logischerwijs verlagen.

### B. De toepassing van de mediaan in fase 2

Sommige ziekenhuizen [6, 10] vinden het verkeerd dat de mediaan is gekozen als terugbetalingsdrempel voor de vaststelling van de terug te betalen bedragen (fase 2), terwijl bij de selectie van de ziekenhuizen (fase 1) rekening is gehouden met het gemiddelde plus 10%. Het ziekenhuis [10], maar ook het Santhea-rapport [2009c] gaan er daarom van uit dat er geen verband is tussen de grootte van de overschrijding van de referentiebedragen (fase 1) en de terugbetaling (fase 2).

Er moet worden opgemerkt dat het om een bekend gevolg gaat dat door de methodologie wordt nagestreefd. De gekozen methodologie houdt immers geen rekening meer met "goede resultaten" in de tweede fase en vervangt het gemiddelde door de mediaan (die over het algemeen veel lager is).

Ter herinnering: die methodologie in twee stappen is ingevoerd eind 2005 en is van toepassing op de verblijven vanaf 2006. Die hervorming stelde hoofdzakelijk op de studie van het KCE, waarin de zwakke punten van het systeem dat eind 2002 is ingevoerd, zijn aangetoond (Evaluatie van de referentiebedragen KCE reports volume 17 B, 2005). De bedoeling van die hervorming was om de afwijkende praktijken beter te lokaliseren (minder geselecteerde ziekenhuizen), maar ook om zwaardere sancties op te leggen (hogere bedragen die moesten worden terugbetaald). Het gebruik van de

mediaan laat toe om die tweede doelstelling te bereiken, aangezien de mediaanuitgave over het algemeen lager ligt dan de gemiddelde uitgave, en bijgevolg is de vastgestelde overschrijding van de reële uitgaven groter.

## VI. Varia

- ❖ Twee ziekenhuizen [12, 16] merken op dat wanneer het om een RVV-patiënt gaat, de bedragen die door het RIZIV moeten worden gedragen, hoger zijn dan voor andere patiënten met een “gewone tegemoetkoming”. Het is echter zo dat die ziekenhuizen in vergelijking met het nationale gemiddelde, een hoger percentage RVV-patiënten hebben en zich hierdoor bestraft voelen. In dat verband zijn sommige ziekenhuizen [8, 18] en ook het Santhea-rapport [2009c] het erover eens dat de kenmerken van het patiëntenbestand (leeftijd van de patiënten, regelmatige follow-up door een huisarts, ...) extra kosten genereren en dat men daarmee rekening zou moeten houden.
- ❖ Uit het Santhea-rapport [2009c] blijkt dat de ziekenhuizen tijdens de eerste fase resultaten kunnen hebben die in sommige verstrekkingengroepen wijzen op een “overconsumptie” en in andere groepen op een “onderconsumptie” en dat die ziekenhuizen toch voor de tweede fase worden geselecteerd. In de tweede fase worden de ziekenhuizen bestraft voor de verstrekkingengroep(en) waarvoor ze in fase 1 een “onderconsumeerden”.

Er moet nog worden opgemerkt dat het hier ook gaat om een gevolg van de methodologie dat geen rekening meer houdt met “goede resultaten” in de tweede fase (zie ook de laatste § van punt V.B.).

- ❖ Een ziekenhuis [15] meldt dat zijn patiënten van APR-DRG 024 (“Ingrepen op extracraniale bloedvaten”), patiënten zijn bij wie ingrepen op de hoofdslagaders in het kader van ernstige neurologische en neurochirurgische aandoeningen worden uitgevoerd, waarvoor de oppuntstellingen eveneens zwaar zijn.
- ❖ Dit ziekenhuis [16] is van mening dat de toepassing van het gemiddelde in plaats van de mediaan, een afwijking toevoegt in de meting van de referentiebedragen. Het ziekenhuis voegt er bovendien aan toe dat het gemiddelde niet noodzakelijk een voorbeeld is van de goede medische praktijkvoering.
- ❖ Een ziekenhuis [17] meent dat de modaliteiten voor de tenlasteneming van een aandoening in verschillende ziekenhuizen, afhangen van de infrastructuur, de uitrusting en het beschikbaar personeel, alsook van het eventuele bestaan van specifieke zorgprogramma’s voor die aandoening

- en dat het vanzelfsprekend is dat in eenzelfde ziekenhuis sommige aandoeningen efficiënter worden ten laste genomen dan andere en dat het systeem van de referentiebedragen dus niet aanvaardbaar is, tenzij het algemeen wordt toegepast.
- ❖ Volgens het Santhea-rapport [2009c] worden de ziekenhuizen “tweemaal bestraft”, wanneer in de referentiebedragen rekening wordt gehouden met APR-DRG’s die deel uitmaken van de klassieke onaangepaste verblijven.
  - ❖ Een ziekenhuis [17] is van mening dat de verstrekking 473841 (“Retrograde cholangiowirsungografie met extractie van choledocusstenen”) geen technische verstrekking, maar therapeutische verstrekking is en het vraagt zich af waarom die verstrekking in artikel 20 blijft.
  - ❖ Een chronisch ziekenhuis [9] meent dat er geen rekening is gehouden met het specifieke karakter van zijn patiënten (belangrijke antecedenten, zwaardere gevallen, ...).
  - ❖ Een ziekenhuis [10] beweert dat sommige ziekenhuizen verstrekkingen in een spoeddienst verrichten (tijdens het verblijf of ambulantly) en dat die verstrekkingen niet in de berekeningen van de referentiebedragen zijn opgenomen.
  - ❖ Een ziekenhuis [10] meent dat de preoperatieve verstrekkingen die door sommige ziekenhuizen ambulantly worden verricht, een verkeerd beeld van de situatie geven en een ander ziekenhuis [11] is van mening dat het ziekenhuis voor sommige APR-DRG’s zwaar wordt bestraft, omdat er geen rekening wordt gehouden met dagziekenhuis.
  - ❖ Een ziekenhuis [10] merkt op dat de APR-DRG’s 190 (“CIRCULATOIRE AANDOENINGEN, MET AMI”), 263 (“LAPAROSCOPISCHE CHOLECYSTECTOMIE”) en 225 (“APPENDECTOMIE”) twee verschillende populaties groeperen.

## VII. Lijst van referenties

- [1] Centre Hospitalier du Bois de l’Abbaye et de Hesbaye (Seraing)
- [2] AZ Oudenaarde (Oudenaarde)
- [3] AZ Sint-Elisabeth (Zottegem)
- [4] AZ Zusters van Barmhartigheid (Ronse)
- [5] AZ Sint-rembert (Tornhout)
- [6] Clinique Saint-Pierre (Ottignies)
- [7] UZ Gent (Gent)
- [8] Algemeen Stedelijk Ziekenhuis (Aalst)

- [9] Centre de Traumatologie et de Réadaptation (Bruxelles)
- [10] Sint-Andries (Tielt)
- [11] AZ Groeninge (Kortrijk)
- [12] Hôpitaux Iris Sud (Bruxelles)
- [13] RHMS (baudour)
- [14] Hartcentrum (Hasselt)
- [15] Erasme (Bruxelles)
- [16] Brugmann (Bruxelles)
- [17] AZ Alma
- [18] Centre Hospitalier de Wallonie Picarde (Tournai)

[Santhea 2009a] “Analyse van de referentiebedragen. Jaar 2006, Rapport dat is opgesteld op basis van de “feedback” die tijdens de informatiesessie van het RIZIV op 3 februari 2009 is gegeven”, juni 2009

[Santhea 2009b] “Analyse van de referentiebedragen. Jaar 2006, Aanvullend rapport”, juni 2009

[Santhea 2009c] “Analyse van de referentiebedragen. Jaar 2006, Kennisgeving aan het RIZIV op 17 september 2009”, december 2009