



AGORA - project

**Analyse van
de factuur ten laste van de patiënt
in
klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie
op basis van gekoppelde MKG - MFG**

Onderzoek in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden en in samenwerking met het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en het RIZIV.

2002

Onderzoekers : Dieter Ooms, David Puttevils, Greet Wissels
Projectverantwoordelijken : Koen Putman, Dirk Corens
Algemeen coördinator : Jan Beeckmans
Experten: Dr. Jan Schots (MKG registratie); Patrick Rouckhout (facturatie); Erik Everaert (apothek)

Index

Index.....	2
Grafieken.....	4
Tabellen.....	5
H1. Situering	9
1 Algemene inleiding in de ziekteverzekering	9
1.1 Aard van de verstrekking.....	9
1.2 Statuut van de verzekerde.....	9
1.3 Accreditering en conventionering.....	10
2 Toegang tot de gezondheidszorg	11
2.1 Globale inleiding van de remgelden	11
2.2 Sociale en fiscale franchise.....	11
2.3 Maximumfactuur (MAF).....	14
2.4 Bijzonder Solidariteitsfonds	14
2.5 Aanvullende verzekering.....	15
2.6 Specifieke initiatieven	16
H2. Doelstelling en methodologie.....	17
1. Omschrijving van de doelstelling.....	17
2. Daghospitalisatie versus Klassieke hospitalisatie	17
2.1 Daghospitalisatie	17
2.2 Klassieke hospitalisatie.....	18
3. Onderdelen van de factuur.....	18
3.1 Remgelden.....	18
3.2 Materiaalsupplementen.....	18
3.3 Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen.....	19
3.4 Kamersupplementen	19
3.5 Ereloonsupplementen	19
4. Methodologie.....	19
H3. Algemene voorstelling databank	21
1 Bestanden	21
1.1 Minimale Klinische Gegevens (MKG).....	21
1.2 Minimale Financiële Gegevens (MFG)	24
2 Validering	26
3 Representativiteit.....	26
H4. Afzonderlijke bestanden	28
1 Farmaceutische producten	29
1.1 Inleiding.....	29
1.2 Algemene uitgaven aan farmaceutische verstrekkingen.....	30
1.3 Farmaceutische gegevens in klassieke hospitalisatie.....	31
1.4 Farmaceutische gegevens in daghospitalisatie	34
1.5 Voorstellen naar de toekomst	35
2 Verstrekkingen	36
2.1 Inleiding.....	36
2.2 Validatie	36
2.3 Klassieke hospitalisatie.....	37
2.4 Daghospitalisatie	40
3 Artikel 27 t.e.m. 31	42
3.1 Inleiding.....	42
3.2 Algemeen.....	42
3.3 Validatie	42
3.4 Klassieke hospitalisatie.....	43
3.5 Daghospitalisatie	48
4 Klinische Biologie.....	52

4.1 Inleiding.....	52
4.2 Algemeen.....	52
4.3 Klassieke hospitalisatie.....	53
4.4 Daghospitalisatie	53
4.5 Besluit.....	53
5 Forfaitaire honoraria.....	54
5.1 Inleiding.....	54
5.2 Klassieke hospitalisatie.....	54
5.3 Daghospitalisatie	55
5.4 Besluit.....	55
6 Andere verstrekkingen of leveringen.....	56
6.1 Inleiding.....	56
6.2 Validatie	56
6.3 Klassieke hospitalisatie.....	56
6.4 Daghospitalisatie	60
7 Verblijfsduur	62
7.1 Inleiding.....	62
7.2 Verklaring voor een lange ligduur.....	63
H5. Combinatie van alle bestanden	65
1. Onderdelen van de factuur.....	65
2. Klassieke hospitalisatie.....	66
2.1 Algemeen.....	66
2.2 Pathologiegroepen	66
2.3 Verdeling van de factuur ten laste van de patiënt over de verblijven	68
3. Daghospitalisatie	68
3.2 Pathologiegroepen	69
3.3 Verdeling van de factuur ten laste van de patiënt over de verblijven	70
Besluit.....	71
Bibliografie.....	72
Bijlage	76
1. Koppeling MKG-MFG	76
1.1 Technische Cel	76
1.2 Feedback.....	76
1.3 Scenario's voor de koppeling van MKG en MFG	76
1.4 Overzicht van de gebruikers van de gekoppelde gegevens.....	77
2. Daghospitalisatie	78
2.1 Financiering daghospitalisatie	78
2.2 Voor- en nadelen daghospitalisatie.....	78
2.3 Erkenningsnormen.....	79
3. PAL/NAL	80
Eindnoten	81

Grafieken

De tabellen en grafieken zijn niet opgenomen in de tekst maar werden afzonderlijk gebundeld.

- 1 Onderdelen van de factuur.
- 2 Terugbetaalde bedragen in de sociale franchise.
- 3a Leeftijdsverdeling van de verblijven (gehospitaliseerd = 100% en daghospitalisatie = 100%).
- 3b Leeftijdsverdeling van de verblijven (gehospitaliseerd + daghospitalisatie = 100%).
- 4a Farmaceutische mutualiteitsuitgaven (gehospitaliseerd versus ambulante).
- 4b Riziv uitgaven aan farmaceutische verstrekkingen.
- 5a Farmaceutische remgelden.
- 5b Remgeld farmaceutische uitgaven.
- 6 Forfaitair remgeld van 25 BEF per ligdag.
- 7 Lorenz curves (farmaceutische uitgaven).
- 8a Mediane factuur ten laste van de patiënt (farmaceutische uitgaven).
- 8b Mediane factuur ten laste van de patiënt (farmaceutische uitgaven).
- 8c Gemiddelde factuur ten laste van de patiënt (farmaceutische uitgaven).
- 8d Gemiddelde factuur ten laste van de patiënt (farmaceutische uitgaven).
- 9 Lorenz curve - Remgeld farmaceutische verstrekkingen.
- 10 Mediane factuur ten laste van de patiënt (farmaceutische uitgaven).
- 11 Totaal bedrag en percentage ten laste van de patiënt volgens N-code (daghospitalisatie).
- 12 Totaal bedrag en percentage ten laste van de patiënt volgens N-code (klassieke hospitalisatie).
- 13a Factuur ten laste van de patiënt volgens ligduur.
- 13b Factuur ten laste van de patiënt volgens ligduur (eerste 26 dagen).
- 14 Aantal verblijven volgens ligduur.
- 15 Lorenz curve: ligdagen versus verblijven.
- 16 Onderdelen van de gemiddelde factuur ten laste per verblijf in klassieke hospitalisatie.
- 17 Onderdelen van de gemiddelde factuur per verblijf in klassieke hospitalisatie.
- 18a Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt in klassieke hospitalisatie (MDC).
- 18b Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt in klassieke hospitalisatie (DRG).
- 18c Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt in klassieke hospitalisatie (geaggregeerde hoofddiagnose).
- 19a Cumulatieve factuur ten laste van de patiënt (daghospitalisatie).
- 19b Cumulatieve factuur ten laste van de patiënt (klassieke hospitalisatie).
- 20 Onderdelen van de gemiddelde factuur per verblijf in daghospitalisatie.
- 21 Onderdelen van de gemiddelde factuur ten laste van de patiënt per verblijf in daghospitalisatie.
- 22 Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt in daghospitalisatie (MDC).
- 23 Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt in daghospitalisatie (DRG).
- 24 Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt in daghospitalisatie (geaggregeerde hoofddiagnose).

Tabellen

- 1 Aantal rechthebbenden en uitgaven bij de kleine risico's voor zelfstandigen.
- 2a Jaarlijks remgeld (in miljoenen Bef) per sector.
- 2b Gemiddelde jaarlijkse groei van het remgeld per sector.
- 2c Aandeel van de sectoren in het totale remgelden.
- 2d RIZIV-uitgaven per sector (in miljoenen Bef).
- 2e Verhouding remgeld/(remgeld + Riziv uitgaven).
- 3 Bedrag terugbetaald als sociale franchise (in miljoenen BEF).
- 4a Bedrag terugbetaald aan de Administratie van de directe belastingen in het kader van de fiscale franchise (in miljoenen BEF).
- 4b Grensbedragen van de fiscale franchise volgens netto-belastbaar gezinsinkomen.
- 4c Gemiddeld terugbetaald bedrag van de fiscale franchise volgens netto-belastbaar gezinsinkomen.
- 5 Inkomensvorken en remgeldplafonds van de maximumfactuur.
- 6a Uitgaven vrije en aanvullende verzekering (in miljoenen BEF).
- 6b Uitgaven vrije en aanvullende verzekering (aandeel per groep).
- 7 Vergoedingen van privé – verzekeringen.
- 8 Forfaits daghospitalisatie.
- 9 Jaarlijkse uitgaven aan kamersupplementen en niet-terugbetaalbare en vrij verkrijgbare geneesmiddelen (in miljoenen BEF).
- 10a Aantal verblijven per MDC (daghospitalisatie).
- 10b Aantal verblijven per DRG (daghospitalisatie).
- 10c Aantal verblijven per geaggregeerde hoofddiagnose(daghospitalisatie).
- 11a Aantal verblijven per DRG (klassieke hospitalisatie).
- 11b Aantal verblijven per DRG (klassieke hospitalisatie).
- 11c Aantal verblijven per geaggregeerde hoofddiagnose(klassieke hospitalisatie).
- 12 Indeling van de verblijven op basis van de MKG variabelen (zowel in klassieke hospitalisatie als in daghospitalisatie).
- 13 Overzicht van alle nomenclatuurnummers die worden afgezonderd buiten het bestand "verstrekingen".
- 14 Aantal verblijven en aantal ligdagen per bestudeerd ziekenhuis (zowel klassieke hospitalisatie als daghospitalisatie).
- 15a Aantal verblijven per MDC: steekproef vs nationaal (klassieke hospitalisatie).
- 15b Aantal verblijven per DRG: steekproef vs nationaal (klassieke hospitalisatie).
- 15c Aantal verblijven per DRG: steekproef vs nationaal (DRGs die in verhouding weinig verblijven hebben).
- 15d Aantal verblijven per DRG: steekproef vs nationaal (DRGs die in verhouding veel verblijven hebben in de steekproef).
- 16 Terugbetalingscategorieën van de geneesmiddelen.
- 17 Terugbetaling geneesmiddelen vanaf 1 juni 2001.
- 18 Riziv uitgaven aan farmaceutische verstrekingen (zowel ambulant als gehospitaliseerd) in miljoenen BEF.
- 19 Remgeld farmaceutische uitgaven (in miljoenen Bef).
- 20 Uitgaven niet-terugbetaalbare en vrij verkrijgbare geneesmiddelen (in miljoenen BEF).
- 21 Farmaceutische uitgaven in klassieke hospitalisatie (30 ziekenhuizen).
- 22a Farmaceutische verstrekingen per terugbetalingscategorie (klassieke hospitalisatie).
- 22b Theoretische versus forfaitaire remgelden (klassieke hospitalisatie).
- 23a Mutualiteitsaandeel (farmaceutische uitgaven in klassieke hospitalisatie).
- 23b Theoretische patiëntenaandeel en uitgaven aan D geneesmiddelen (klassieke hospitalisatie).

- 23c Mutualiteitsaandeel en theoretisch patiëntenaandeel (farmaceutische uitgaven in klassieke hospitalisatie).
- 24 Uitgaven aan D geneesmiddelen per ziekenhuis (klassieke hospitalisatie).
- 25a Uitgaven aan D geneesmiddelen per MDC (klassieke hospitalisatie).
- 25b Uitgaven aan D geneesmiddelen per DRG (klassieke hospitalisatie).
- 25c Uitgaven aan D geneesmiddelen per geaggregeerde hoofddiagnose (klassieke hospitalisatie).
- 26 Uitgaven aan D geneesmiddelen volgens de gradatie van de pathologie (klassieke hospitalisatie).
- 27 Farmaceutische uitgaven per terugbetalingscategorie (daghospitalisatie).
- 28 Farmaceutische uitgaven in daghospitalisatie.
- 29 Farmaceutische uitgaven per ziekenhuis (daghospitalisatie).
- 30 Farmaceutische uitgaven ten laste van de patiënt per MDC (daghospitalisatie).
- 31 Farmaceutische uitgaven ten laste van de patiënt per DRG (daghospitalisatie).
- 32 Farmaceutische uitgaven ten laste van de patiënt per geaggregeerde hoofddiagnose (daghospitalisatie).
- 33 Farmaceutische uitgaven ten laste van de patiënt volgens gradatie van de pathologie (daghospitalisatie).
- 34 Indeling van het bestand verstrekkingen op basis van risico en remgeld.
- 35 Algemeen overzicht van het bestand verstrekkingen.
- 36a Factuur ten laste van de patiënt volgens N-code (daghospitalisatie).
- 36b Factuur ten laste van de patiënt volgens N-code (Klassieke hospitalisatie).
- 37a Alle nomenclatuurnummers die behoren tot de toezichtshonoraria en de medische wachtdienst (klassieke hospitalisatie).
- 37b Alle nomenclatuurnummers die behoren tot de toezichtshonoraria en de medische wachtdienst (daghospitalisatie).
- 38 Alle nomenclatuurnummers die behoren tot de kinesitherapie (klassieke hospitalisatie).
- 39a Nomenclatuurnummers geordend op basis van de totale factuur ten laste van de patiënt (klassieke hospitalisatie).
- 39b Nomenclatuurnummers geordend op basis van het gemiddeld bedrag ten laste van de patiënt per verblijf (klassieke hospitalisatie).
- 40a Factuur ten laste van de patiënt per MDC (klassieke hospitalisatie).
- 40b Factuur ten laste van de patiënt per DRG (klassieke hospitalisatie).
- 40c Factuur ten laste van de patiënt per geaggregeerde hoofddiagnose (klassieke hospitalisatie).
- 41a Nomenclatuurnummers geordend op basis van de totale factuur ten laste van de patiënt (daghospitalisatie).
- 41b Nomenclatuurnummers geordend op basis van het gemiddeld bedrag ten laste van de patiënt per verblijf (daghospitalisatie).
- 42a Factuur ten laste van de patiënt per MDC (daghospitalisatie).
- 42b Factuur ten laste van de patiënt per DRG (daghospitalisatie).
- 42c Factuur ten laste van de patiënt per geaggregeerde hoofddiagnose (daghospitalisatie).
- 43 Overzicht van de verstrekkingen m.b.t. artikel 27 t.e.m. 31.
- 44a Registratieverschillen tussen de ziekenhuizen op het vlak van artikel 27 tem 31.
- 44b Registratieverschillen tussen de ziekenhuizen op het vlak van artikel 27 tem 31 (binnen enkele frequent voorkomende pathologiegroepen).
- 45 Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. artikel 27 t.e.m. 31) volgens MDC (klassieke hospitalisatie).
- 46 Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. artikel 27 t.e.m. 31) volgens DRG (klassieke hospitalisatie).
- 47 Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. artikel 27 t.e.m. 31) volgens geaggregeerde hoofddiagnose (klassieke hospitalisatie).

- 48 Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. artikel 27 t.e.m. 31) volgens hoofddiagnose (klassieke hospitalisatie).
- 49 Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. artikel 27 t.e.m. 31) volgens MDC (daghospitalisatie).
- 50 Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. artikel 27 t.e.m. 31) volgens DRG (daghospitalisatie).
- 51 Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. artikel 27 t.e.m. 31) volgens geaggregeerde hoofddiagnose (daghospitalisatie).
- 52 Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. artikel 27 t.e.m. 31) volgens hoofddiagnose (daghospitalisatie).
- 53 Categorieën van nomenclatuurnummers die in het bestand klinische biologie worden afgezonderd.
- 54a Factuur ten laste van de patiënt in de verschillende categorieën van klinische biologie (klassieke hospitalisatie).
- 54b Factuur ten laste van de patiënt in de verschillende categorieën van klinische biologie (daghospitalisatie).
- 55 Nomenclatuurnummers m.b.t. klinische biologie die behoren tot de kleine risico's (gerangschikt volgens honorarium).
- 56a Aantal verblijven per DRG met een factuur ten laste van de patiënt m.b.t. klinische biologie die groter is dan nul (daghospitalisatie).
- 56b Aantal verblijven per DRG met een factuur ten laste van de patiënt m.b.t. klinische biologie die groter is dan nul (klassieke hospitalisatie).
- 57a Forfaitaire honoraria (klassieke hospitalisatie).
- 57b Forfaitaire honoraria (daghospitalisatie).
- 58a Overzicht van de andere verstrekkingen in klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie.
- 58b Factuur ten laste van de patiënt op het vlak van de niet-vergoedbare producten of verstrekkingen.
- 59a Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. "andere verstrekkingen") volgens MDC (klassieke hospitalisatie).
- 59b Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. "andere verstrekkingen") volgens DRG (klassieke hospitalisatie).
- 59c Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. "andere verstrekkingen") volgens icd kort (klassieke hospitalisatie).
- 59d Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t. "andere verstrekkingen") volgens icd volledig (klassieke hospitalisatie).
- 59e Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t."andere verstrekkingen" volgens MDC (daghospitalisatie).
- 59f Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t."andere verstrekkingen" volgens DRG (daghospitalisatie).
- 59g Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t."andere verstrekkingen" volgens icd kort (daghospitalisatie).
- 59h Factuur ten laste van de patiënt (m.b.t."andere verstrekkingen" volgens icd volledig (daghospitalisatie).
- 60a Factuur ten laste van de patiënt afhankelijk van de verblijfsduur (theorie).
- 60b Remgeld in de verpleegdagprijs.
- 60c Factuur ten laste van de patiënt volgens verblijfsduur.
- 61 Aantal verblijven volgens verblijfsduur.
- 62 Analyse van de ligduur volgens MDC.
- 63a Analyse van de ligduur volgens DRG.
- 63b DRGs met een mediane ligduur van minstens 10 dagen en met minstens 5 verblijven.
- 64 Verblijfsduur in een regressiemodel.
- 65 PAL/NAL evolutie in de financiering.

- 66a Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt en de mutualiteit.
- 66b Percentage verblijven met een voorkeurregeling in klassieke hospitalisatie.
- 67 Verschillende scenario's voor remgelden per ligdag.
- 68 Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt (klassieke hospitalisatie) via MDC.
- 69 Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt (klassieke hospitalisatie) via DRG.
- 70 Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt (klassieke hospitalisatie) geaggregeerde hoofddiagnose.
- 71 Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt (daghospitalisatie) via MDC.
- 72 Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt (daghospitalisatie) via DRG.
- 73 Onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt (hospitalisatie) via geaggregeerde hoofddiagnose.

H1. Situering

1 Algemene inleiding in de ziekteverzekering

In België wordt de geneeskundige verzorging gegarandeerd via een stelsel van verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die wordt uitgewerkt in overeenkomsten (paramedici, instellingen), akkoorden (artsen, tandartsen), nomenclatuur, koninklijke besluiten en verordeningen. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) is de sociale zekerheidsinstelling die instaat voor de verzekering van de bevolking tegen ziektekosten. Oorspronkelijk was deze verzekering enkel bedoeld voor de werknemers, maar geleidelijk aan werd het recht op ziekteverzekering uitgebreid tot andere sociale groepen, zodat bijna de volledige Belgische bevolking verzekerd is bij het RIZIV hetzij als gerechtigde, hetzij als persoon ten laste (1). De modaliteiten en de graad van dekking verschillen tussen de sociale groepen. De verzekerde ontleent zijn recht op tegemoetkoming in de ziektekosten door zijn verplichte inschrijving bij één van de verzekeringsinstellingen. De vijf landsbonden zijn, samen met de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS, door de wet erkend als verzekeringsinstellingen die ten opzichte van het RIZIV verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het stelsel van verplichte verzekering. De uitgaven voor gezondheidszorgen worden gedeeltelijk door de ziekenfondsen (of mutualiteiten) terugbetaald. De terugbetaling is afhankelijk van de [aard van de verstrekking](#), het [statuut van de verzekerde](#) en de [accreditering en conventionering](#) van de zorgverstreker.

1.1 Aard van de verstrekking

Alleen erkende medische prestaties worden gedeeltelijk of helemaal terugbetaald door de mutualiteiten. Deze prestaties worden verzameld in de nomenclatuur (2). Prestaties die niet zijn opgenomen in de nomenclatuurlijst, worden niet terugbetaald in het kader van de verplichte verzekering. Het bedrag dat terugbetaald wordt door het ziekenfonds, is dus niet afhankelijk van het betaalde bedrag aan de zorgverstreker maar wel van de aard van de geleverde prestatie.

1.2 Statuut van de verzekerde

A) Grote versus kleine risico's

Het recht op ziekteverzekering is niet voor alle personen even uitgebreid. De prestaties worden opgedeeld in grote risico's en kleine risico's. Het pakket van geneeskundige prestaties waarvoor het RIZIV tussenkomt, is ruimer bij de werknemers dan bij de zelfstandigen¹ (3). De werknemers (Algemene Regeling) genieten een tussenkomst voor alle risico's, de zelfstandigen (Regeling van de Zelfstandigen) enkel voor de grote risico's. De zelfstandigen kunnen zich voor de kleine risico's op vrijwillige basis verzekeren bij de ziekenfondsen en bij de private verzekeringsmaatschappijen ([zie H1-2.5 Aanvullende verzekering](#)). Het percentage rechthebbenden in de regeling voor zelfstandigen die zich aanvullend verzekerd hebben voor kleine risico's bij een ziekenfonds, varieerde in de periode 1993-1998 tussen de 73% en de 78% (zie tabel 1). De gemiddelde uitgaven per aanvullend verzekerde zelfstandige voor kleine risico's stegen in die periode van 11.205 BEF (278 €) tot 13.046 BEF (323 €). De overige zelfstandigen, die zich niet hebben verzekerd tegen de 'kleine risico's' bij een ziekenfonds, dragen de totale uitgaven voor verzorging en behandeling

in het kader van de kleine risico's volledig zelf, tenzij ze een verzekering afgesloten hebben bij een private verzekeringsmaatschappij.

B) Voorkeurstarief

Weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen (WIGW's) waarvan het jaarlijks inkomen niet hoger is dan een vastgelegd plafond (WIGW's met voorkeursregeling), genieten een vermindering van het persoonlijk aandeel, waardoor het relatief aandeel dat zij in de totale ziektekosten moeten dragen lager is dan bij de Primaire Uitkeringsgerechtigden (PUG's) of bij de WIGW's zonder voorkeursregeling. Om recht te hebben op de voorkeursregeling moet het bruto jaarlijkse gezinsinkomen onder de 493.675 BEF (12.238 €) zitten, verhoogd met 91.392 BEF (2.266 €) per persoon ten laste. Het bedoelde inkomen bevat beroepsinkomens, vervangingsinkomens, roerend en onroerend inkomen (4). Vanaf 1 juli 1997 komen ook de bestaansminimumtrekkers, de gerechtigden die een gewaarborgd inkomen voor bejaarden genieten, de personen met recht op een tegemoetkoming voor gehandicapten en de gerechtigden met een gehandicapt kind dat recht opent op een verhoogde tegemoetkoming (evenals hun personen ten laste), in aanmerking voor het WIGW-statuut met voorkeursregelingⁱⁱ (5). In 2000 had 13,2% van de rechthebbenden in de algemene regeling recht op de voorkeurstarieven. In de regeling van zelfstandigen was het percentage iets lager, namelijk 10,5% (1).

Deze voorkeursgerechtigde patiënten betalen minder remgelden voor een ziekenhuisverblijf en allerlei geneesmiddelen, medische en paramedische verstrekkingen. Zij genieten ook van andere sociale voordelen zoals korting op openbaar vervoer en vrijstelling of vermindering van bepaalde belastingen. Daarenboven worden zij automatisch toegelaten tot de sociale franchise (zie [H1-2.2A Sociale franchise](#)).

1.3 Accreditering en conventionering

Zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen maken afspraken in verband met de tarieven voor de verschillende prestaties. Zorgverstrekkers die zich er toe verbinden om deze overeengekomen tarieven na te leven, zijn "geconventioneerd". Het remgeld is maximaal het verschil tussen deze overeengekomen tarieven (honoraria, verbintentarieven, maximumkost of wettelijke tarieven) en de terugbetalingstarieven van de verzekeringsinstellingen. Niet-geconventioneerde verstrekkers kunnen bedragen vragen die de overeengekomen tarieven overschrijden. Deze overschrijdingen komen bovenop het remgeld en worden supplementen (ten laste van de patiënt) genoemd. De overeengekomen tarieven zijn maximumtarieven en hoeven dus niet altijd volledig gevraagd te worden door de zorgverstrekkers. In grafiek 1 worden de onderdelen van de factuur voor een willekeurige verstrekking schematisch weergegeven indien de zorgverstrekker minder of meer dan het verbintentarief aanreikt. Met de factuur ten laste van de patiënt bedoelen we bedragen die de patiënt uit eigen zak betaalt. De terugbetalingen van de mutualiteiten vallen onder de factuur ten laste van de mutualiteit.

Artsen die aan bepaalde kwaliteitscriteria voldoen en zich frequent bijscholen, noemen we geaccrediteerd. Zij kunnen voor bepaalde verstrekkingen een vastgelegde toeslag vragen aan de patiënt. Deze toeslag wordt volledig terugbetaald door het ziekenfonds.

In geval van een ziekenhuisopname en bij de apotheker dient de patiënt alleen het remgeld en de supplementen te betalen. De verzekeringsinstellingen betalen het terugbetalingstarief rechtstreeks terug aan het ziekenhuis en de apotheek. Deze regeling wordt de derdebetalersregeling genoemd. Buiten bovenstaande gevallen geldt deze procedure niet en betaalt de patiënt het volledige bedrag aan de zorgverstrekker. Nadien vordert de patiënt het terugbetalingstarief bij het ziekenfonds. In andere gevallen geldt de derdebetalersregeling niet en moet het terugbetalingstarief achteraf door de patiënt teruggevorderd worden bij het

ziekenfonds. Personen die voldoen aan de criteria voor de sociale franchise (zie H1-2.2A Sociale franchise) kunnen bepaalde betalingen van de ambulante gezondheidszorg eveneens afhandelen in de derdebetalersregeling. De verstrekker moet hiertoe bereid zijn en de toelating hebben.

2 Toegang tot de gezondheidszorg

2.1 Globale inleiding van de remgelden

Remgelden hebben als doel de medische consumptie af te remmen waardoor overconsumptie vermeden wordt en de patiënten een zekere vorm van financiële responsabilisering krijgen. Het remgeld of persoonlijk aandeel van de verschillende categorieën van prestaties uit de nomenclatuur wordt in Koninklijke Besluiten vastgelegd. Dit remgeld kan procentueel t.o.v. het terugbetalingstarief of forfaitair d.m.v. een vast bedrag opgelegd worden. Het remgeld per type van verstrekking komt in [hoofdstuk 4](#) uitgebreid aan bod. We vermeldden reeds hoger dat voorkeursgerechtigde WIGW's van een grotere verzekeringstegemoetkoming genieten en dus minder remgeld betalen. Om de overheidsuitgaven in de verzekering voor geneeskundige verzorging onder controle te houden werden in 1993 enkele "selectieve maatregelen" genomen die voor een gevoelige verhoging van het remgeld zorgden (6).

Deze remgeldverhoging bedroeg globaal 7.500 miljoen BEF (186 miljoen €). De verhoging van de remgelden voor ambulante klinische biologie en radiologie, de invoering van een forfait per ziekenhuisopname en de verhoging van de remgelden voor raadplegingen en bezoeken van huisartsen en specialisten waren de belangrijkste maatregelen. De WIGW's met voorkeursregeling werden zoveel mogelijk ontzien maar om alle sociaal-economisch zwakkere bevolkingsgroepen voldoende te beschermen werden in 1993 eveneens de sociale en fiscale franchise ingevoerd (zie H1-2.2 Sociale en fiscale franchise)

Uit de tabellen 2a tot 2e blijkt dat het jaarlijks remgeld ten laste van de patiënt in verhouding met de jaarlijkse uitgaven voor alle verzekeringsinstellingen tussen 1995 en 1999 rond de 10 % (remgeld / (remgeld + terugbetaling mutualiteiten)) schommelt. In 1999 bedroeg dit totale remgeld 52.296 miljoen BEF (1.296 miljoen €) en bedroegen de uitgaven voor alle verzekeringsinstellingen 485.250 miljoen BEF (12.029 miljoen €). Het grootste gedeelte van deze 52.296 miljoen BEF (1.296 miljoen €) aan remgelden ging in 1999 naar de honoraria voor geneesheren (38,7%), de farmaceutische verstrekkingen (34,2%), de verpleegdagprijs (12,6%), de verzorging door kinesitherapeuten (7,6%) en de honoraria van tandheelkundigen (5,3%). Het percentage ten laste van de patiënt (remgeld / (remgeld + mutualiteitsuitgaven)) was het hoogst in de logopedie (21,1%) en kinesitherapie (20,6%). Het aandeel van de eigen bijdrage in de basis van tegemoetkoming voor de terugbetaalbare geneesmiddelen bedroeg 16,4% in 1999. De geneesmiddelen uit categorie D, die volledig ten laste vallen van de patiënt, zijn daar echter nog niet bij (zie H2-3.3 Niet terugbetaalbare geneesmiddelen). Daarna volgde het percentage ten laste van de patiënt bij de tandheilkunde (14,9%) en de geneesheren (11,4%). Bij de geneesheren vielen vooral de honoraria m.b.t. toezicht (12,9%) en raadplegingen, bezoeken en adviezen (25,7%) op. Het percentage remgeld in de verpleegdagprijs van het RIZIV bedroeg 5,5% in 1999.

2.2 Sociale en fiscale franchise

Sinds de selectieve verhoging van een groot aantal remgelden in oktober 1993 (6), zijn een aantal maatregelen genomen om extra bescherming te bieden aan bepaalde socio-economische categorieën.

In de eerste plaats is een systeem van sociale franchise ingevoerd, waardoor aan een aantal categorieën van rechthebbenden een plafondbedrag van 15.000 BEF per jaar aan remgeld voor geneeskundige verzorging wordt toegewezen (7). De eventuele meeruitgaven aan remgelden boven deze plafondbedragen worden voor deze categorieën terugbetaald door de mutualiteiten.

Tegelijk werd een stelsel van fiscale franchise van kracht, waardoor rechthebbenden vrijgesteld worden van de persoonlijke bijdrage bij overschrijding van een remgeldbedrag variërend tussen 15.000 en 50.000 BEF afhankelijk van het jaarlijks belastbaar bruto-inkomen (7).

A) Sociale franchise

De genomen maatregelen zijn selectief aangezien ze ten voordele zijn van bepaalde categorieën van verzekerden, namelijk:

- Gepensioneerden, weduwen, weduwnaars, invaliden of wezen die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming;
- Rechthebbenden van de verzekering die recht hebben op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden of het bestaansminimum uitgekeerd door het OCMW;
- Gehandicapte rechthebbenden die één van de tegemoetkomingen voor gehandicapten genieten in toepassing van de wet van 27 februari 1987;
- Gerechtigden die sedert zes maanden volledig werkloos zijn en een werkloosheidsuitkering hebben.

Vanaf 1 juli 1997 (8) werd het toepassingsgebied van de sociale franchise verder uitgebreid tot:

- Alle personen die recht hebben op de voorkeursregeling ([zie H1-1.2B voorkeurstarief](#));
- Rechthebbenden die recht hebben op een verhoogde kinderbijslag wegens een handicap;
- Rechthebbenden (dus niet enkel in de hoedanigheid van gerechtigde) die een tegemoetkoming voor gehandicapten genieten.

Zoals we reeds hoger bespraken kan een gedeelte van de kosten voor geneeskundige verzorging ten laste vallen van de verzekerde. De gezondheidszorg wordt niet volledig gratis aangeboden omdat deze deelname in de kosten een remmende invloed zou hebben op de medische consumptie. In het plafondbedrag van 15.000 BEF per jaar wordt niet elk verschil tussen de verzekeringstegemoetkoming en het aan de zorgverlener betaalde bedrag meegerekend. Met het verschil tussen de wettelijke tarieven (maximumkost of honoraria) en het terugbetalingstarief wordt meestal rekening gehouden, maar supplementen vallen steeds uit de boot. Niet alleen de remgelden van de verzekerde zelf maar ook van de personen ten laste tellen mee aangezien de sociale franchise gebaseerd wordt op het ziekenfondsgezinⁱⁱⁱ.

In het een KB (9) werd vastgelegd dat alle remgelden in rekening worden gebracht behalve de remgelden bij de geneesmiddelen. Vanaf januari 1997 (10) werden ook de hospitalisatiekosten (vanaf de 91^{ste} dag in een algemeen ziekenhuis en vanaf de 366^{ste} dag in een psychiatrische instelling) en de huisvestingskosten in een rustoord voor bejaarden en in een rust- en verzorgingstehuis buiten beschouwing gelaten in de berekening van de sociale franchise.

Voor de regeling van de zelfstandigen gelden specifieke regels. Bij zelfstandigen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, wordt niet alleen rekening gehouden met de remgelden voor de grote risico's maar ook met de remgelden voor kleine risico's indien zij zich voor deze kleine risico's vrijwillig aanvullend verzekerden ([zie H1-1.2A grote versus kleine risico's](#)). De remgelden uit de vrije verzekering (kleine risico's) tellen mee in de

berekening van het drempelbedrag van 15.000 BEF maar de vrijstelling, bij het bereiken van het plafond, geldt enkel voor de remgelden van de verplichte verzekering (grote risico's).

In het systeem van de sociale franchise gaan de verzekeringsinstellingen elke maand na of het plafond van 15.000 BEF overschreden is. Als dat het geval is, wordt het verschil maandelijks door de mutualiteit terugbetaald aan de patiënt.

De terugbetaalde bedragen in het kader van de sociale franchise worden bijna gehalveerd in 1998 (zie tabel 3). Deze inkrimping van de sociale franchise is te wijten aan het schrappen van bepaalde remgelden uit de berekening (10). Een vertraging in de procedure voor het toepassen van deze maatregel heeft de daling die in 1997 al zichtbaar moest zijn, enigszins verborgen in de loop van dat jaar. Tussen 1995 en 1997 bedroeg de sociale franchise steeds meer dan 1.200 miljoen BEF (29,7 miljoen €) maar tussen 1998 en 2000 bleef de sociale franchise steeds onder de 750 miljoen BEF (18,6 miljoen €). Vooral de WIGW categorie met voorkeursregeling wordt sterk getroffen. In 1995 was deze categorie nog goed voor 885 miljoen BEF (21,9 miljoen €) maar vanaf 1998 zijn de uitgaven gedaald tot juist boven de 200 miljoen BEF (4,9 miljoen €) (zie tabel 3 en grafiek 2).

In 1995 werd 3,0% van alle remgelden gecompenseerd via de sociale franchise, in 1999 zakte dit percentage tot 1,3% (zie tabel 3).

B) Fiscale franchise

Het is een fiscale maatregel die een algemene vrijstelling invoert van het persoonlijk aandeel van alle verzekerde belastingplichtigen in verhouding tot het niveau van hun belastbaar inkomen (zie tabel 4a).

De toepassing van de fiscale franchise vindt plaats op het niveau van de Administratie der Directe Belastingen die de begrenzing verrekent aan de hand van enerzijds de informatie van de verzekeringsinstellingen voor de werkelijk door de verzekerde ten laste genomen remgelden en anderzijds de verschuldigde inkomstenbelasting van het fiscaal gezin^{iv}. Indien een fiscaal gezin te veel remgelden betaalde volgens de inkomensschaal dan wordt het verschil terugbetaald bij de behandeling van het betrokken inkomensjaar door de Administratie van de Directe Belastingen. In tegenstelling tot de sociale franchise moeten de verzekeringsinstellingen dus geen terugbetalingen doorvoeren. Via de procedure van de fiscale franchise moeten de patiënten echter langere tijd wachten op de terugbetaling.

In eerste instantie werd zoals bij de sociale franchise met alle remgelden rekening gehouden met uitzondering van de geneesmiddelen. Sneller dan bij de sociale franchise werden ook andere kosten buiten beschouwing gelaten (11), namelijk:

- De huisvestingskosten in een rustoord voor bejaarden en een rust- en verzorgingstehuis (vanaf 1 januari 1994);
- De volledige hospitalisatiekosten (vanaf 1 januari 1996).

De uitgaven in de fiscale franchise bedroegen in 1994 en 1995 respectievelijk 2.125 en 2.965 miljoen BEF (52,7 en 73,5 miljoen €) (zie tabel 4a). De schrapping van de hospitalisatiekosten in 1996 heeft echter een aanzienlijke inkrimping van de uitgaven teweeggebracht. In 1996 en 1997 daalden de uitgaven in de fiscale franchise tot respectievelijk 1.191 miljoen BEF (29,5 miljoen €) en 1.079 miljoen BEF (26,7 miljoen €).

In 1995 werd nog 6,6% van alle remgelden gecompenseerd via de fiscale franchise, in 1997 daalde dit percentage tot 2,2%. In het RIZIV jaarverslag van 2000 (11) wordt dieper ingegaan op de evoluties binnen de fiscale franchise.

In de tabellen 4a en 4b stellen we vast dat het aantal gezinnen die recht hebben op de fiscale franchise toeneemt naarmate de inkomensschaal daalt maar dat het gemiddelde terugbetaalde

bedrag in de fiscale franchise toeneemt naarmate de inkomensschaal stijgt. Het grootste gedeelte van de betalingen in het kader van de fiscale franchise gebeurt echter in de laagste inkomenscategorieën.

C) Combinatie van fiscale en sociale franchise

De toepassing van een van de franchisemaatregelen sluit de inwerkingtreding van de andere franchise niet uit. Door het verschil tussen een fiscaal en een ziekenfondsgezin is het mogelijk dat via de fiscale franchise een tweede terugbetaling wordt verricht waarbij bijkomende (niet-overlappende) terugbetalingen worden verricht.

2.3 Maximumfactuur (MAF)

Voor twee risicogroepen in onze samenleving schieten deze franchisesystemen tekort, namelijk voor gezinnen met chronisch zieken omdat niet alle kosten meegerekend worden in de teller van de franchise en voor gezinnen met een laag of bescheiden inkomen die voortdurend of herhaaldelijk geconfronteerd worden met gezondheidskosten en die niet behoren tot een sociale categorie omdat ze werken of net boven de inkomensgrens vallen. De maximumfactuur moet daarom de bescherming tegen gezondheidskosten die in hoofdzaak een bescherming per afzonderlijke prestatie is, vervolledigen (12).

De maximumfactuur geeft de waarborg aan elk gezin dat het gezin niet meer dan een bepaald bedrag zal moeten uitgeven voor verzekerde en noodzakelijke gezondheidskosten. De hoogte van dat bedrag hangt af van het gezinsinkomen (zie tabel 5). De maximumfactuur zal stapsgewijze in werking treden met ingang van 1.1.2001 en moet een snelle en volledige bescherming bieden op maat van het feitelijke gezin. Voor kinderen tot de leeftijd van 15 jaar plant men zelfs een bijzondere individuele bescherming. De beoogde gezondheidskosten (voor een vergelijking met de kosten die in deze studie opgenomen zijn, verwijzen we naar [H2-3 onderdelen van de factuur](#)) zijn de remgelden en persoonlijke bijdragen voor de erelonen van artsen en verpleegkundigen, de kosten van technische prestaties, de noodzakelijke geneesmiddelen en hospitalisatiekosten. Men overweegt dus in de toekomst het pakket van de in rekening gebrachte gezondheidszorgen bij de maximumfactuur uit te breiden in vergelijking met de [fiscale en sociale franchise](#). Vanaf 1 januari 2001 wordt reeds rekening gehouden met de noodzakelijke geneesmiddelen^v. Vanaf 1 januari 2002 zullen de hospitalisatiekosten opnieuw op een gedeeltelijke manier in rekening worden gebracht. Vanaf 2003 is het de bedoeling om de maximumfactuur verder te vervolledigen en te verfijnen. Er zal een verdere optimalisatie plaatsvinden van de kosten die in aanmerking genomen kunnen worden voor de maximumfactuur. De opname van de materiaalsupplementen wordt bijvoorbeeld overwogen. De bijkomende budgettaire inspanningen die de maximumfactuur op kruissnelheid te weeg brengt, wordt geschat op 3.400 miljoen BEF (84,3 miljoen €) aan extra middelen (12).

2.4 Bijzonder Solidariteitsfonds

Het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF) werd opgericht in 1990 en komt tussen in de kosten van zeer dure prestaties voor uiterst zieke personen die niet vergoedbaar zijn door de gewone verzekering voor geneeskundige verzorging omdat deze prestaties niet voorkomen in de [nomenclatuur](#). Het Bijzonder Solidariteitsfonds beschikt momenteel over een budget van 325 miljoen BEF (8,05 miljoen €) en kan binnen de perken van deze financiële middelen tussenkomen voor gezondheidszorgen die:

- Duur zijn;
- Een zeldzame aandoening betreffen die vitale functies aantast;
- Een erkende wetenschappelijke waarde en doeltreffendheid hebben;
- Het proefstadium overschreden hebben;

- Absoluut noodzakelijk zijn op medico-sociaal vlak;
- Voorgescreven zijn door een geneesheer-specialist in de behandeling van de betreffende aandoening.

Sinds 1 maart 2001 is de terugbetaling die via de ziekenfondsen gebeurt, versoepeld en versneld. De wachtermijnen zijn teruggeschroefd van meer dan een jaar naar 2 à 3 maanden (13, 14).

2.5 Aanvullende verzekering

Aangezien het RIZIV en het Ministerie (25% van de verpleegdagprijs) instaan voor een ruim pakket aan geneeskundige verzorging, zijn er weinig essentiële prestaties die nog grotendeels ten laste blijven van de patiënt. Toch kan men zich buiten de verplichte verzekering verder indekken via bijkomende verzekeringen bij het ziekenfonds of bij private verzekeringsmaatschappijen (47).

A) Ziekenfondsen

Het pakket geneeskundige verstrekkingen waarvoor de zelfstandigen niet door het RIZIV zijn gedekt (de zogenaamde **kleine risico's**), wordt door alle ziekenfondsen aangeboden in de vrije en aanvullende verzekering (dienst kleine risico's voor zelfstandigen). Om hiervan te kunnen genieten, dienen de zelfstandigen bijdragen te betalen in functie van de huidige leeftijd van de zelfstandige, de leeftijd op het ogenblik van aansluiting, het onderscheid tussen gezinshoofd en alleenstaande, het aantal personen ten laste, enz. Naar analogie met de werknemers dient de tegen kleine risico's verzekerde zelfstandige zelf tussen te komen voor het remgeldgedeelte dat niet door de aanvullende verzekering is gedekt.

Daarnaast kunnen de ziekenfondsen nog andere aanvullende diensten^{vi} voor verzekering aanbieden:

- De dienst 'hospitalisatie', die ofwel een forfaitaire daguitkering voorziet in functie van de duur van de hospitalisatie, de aard van hospitalisatie en de sociale stand van de gerechtigde, ofwel het verschil vergoedt tussen de werkelijke kosten die verbonden zijn aan de hospitalisatie en de terugbetalingstarieven van het verplichte wettelijk stelsel^{vii};
- De dienst 'ziekenvervoer', die een tegemoetkoming voorziet in de vervoerskosten van zieken of gewonden;
- De dienst 'verzorging in het buitenland' betreft de bijstand en dringende medische hulp in het buitenland (en eventuele repatriëring) en een tussenkomst in de kosten voor geneeskundige verzorging.

Tenslotte bestaan er een aantal diensten en activiteiten die niet door alle ziekenfondsen worden ingericht. Zo zijn er diensten voor opvang van zieke kinderen of worden er diensten aangeboden die een terugbetaling verlenen voor medische kosten waarvoor geen of slechts een geringe vergoeding door de verplichte verzekering is voorzien. Daarnaast bestaat ook de dienst 'voorhuwelijkssparen' die geen rechtstreekse band heeft met de geneeskundige verzorging en die door de landsbonden wordt ingericht als aanmoediging voor het sparen met het oog op een huwelijk. Buiten de geneeskundige verzorging wordt door de ziekenfondsen ook nog voorzien in een uitkering van een dagelijkse vergoeding aan de leden die arbeidsongeschikt zijn (dienst 'dagvergoedingen').

Met uitzondering van de dienst 'verzorging in het buitenland' zijn de uitgaven in de vrije en aanvullende verzekering steeds gestegen tussen 1992 en 1998, namelijk van 13.345 (330,8 miljoen €) tot 15.784 miljoen BEF (391,3 miljoen €) (tabellen 6a en 6b). De uitgaven aan hospitalisaties stegen het sterkst met een gemiddelde jaarlijkse groei van 8,0% of een absolute toename van 1.570 miljoen BEF (38,9 miljoen €) op zes jaar tijd. De dienst 'kleine risico's' vormt (met 10.167 miljoen BEF of 252 miljoen €) 64,4 % van de uitgaven in 1998 binnen de

vrije en aanvullende verzekering van de ziekenfondsen. Daarna volgt het onderdeel hospitalisaties met 4.263 miljoen BEF of 105,7 miljoen € (27,0%).

B) Particuliere verzekeringsmaatschappijen

Behalve de ziekenfondsen bieden ook de particuliere verzekeringsmaatschappijen ziektepolis aan, vooral met het oog op het verzekeren van de hospitalisatiekosten die ten laste van de patiënt vallen^{viii}. Er is een rechtstreekse band tussen de betaling van de premie door de verzekerde (in functie van de aansluitingsleeftijd, het geslacht, het risicoprofiel en de jaarlijkse vrijstelling) en de hoogte van de vergoeding (remgelden en supplementen worden gedeeltelijk of volledig uitbetaald^{ix}) door de verzekeringsmaatschappijen. Het aanbieden van de aanvullende verzekeringen door de ziekenfondsen steunt op een onderlinge solidariteit tussen de verzekerden want zowel de verzekerde als de personen ten laste genieten van de voordelen van de aanvullende verzekeringen. Bij de privé-verzekeringsmaatschappijen is dit solidariteitsprincipe niet aanwezig aangezien het bedrag van de uitkering en de premie afhankelijk zijn van de contractuele bepalingen die voor dat individu gelden.

De privé-verzekeringen voor gezondheidszorgen zitten duidelijk in de lift want tussen 1993 en 1999 kende deze sector een gemiddelde jaarlijkse groei van 12,8% (tabel 7). In 1993 bedroegen de vergoedingen 6.414 miljoen BEF (159 miljoen €) en in 1999 stegen de vergoedingen tot 13.231 miljoen BEF (328 miljoen €). De interpretatie van de absolute bedragen moet echter met de nodige voorzichtigheid gebeuren. In de bedragen zit immers ook een gedeelte gewaarborgd inkomen bij ziekte inbegrepen. Bepaalde vergoedingen voor lichamelijke letsels die opgelopen werden tijdens een ongeval, zijn dan weer niet opgenomen in deze cijfers. We kunnen wel besluiten dat de uitbouw van de privé-verzekeringen in de gezondheidszorg een feit is.

2.6 Specifieke initiatieven

De voorbije jaren werden enkele maatregelen getroffen om de betaalbaarheid van de zorg voor bepaalde patiëntengroepen te verbeteren. Projecten werden opgezet voor specifieke doelgroepen zoals diabetes, aorta-endoprothese, chronische pijn, autisme, incontinentie, astma of chronische bronchitis, beroerte, ziekte van Parkinson, epilepsie, psychiatrische zorg, enz.

(14)

Zoals we in de [doelstelling](#) van deze studie zullen beschrijven, willen we met dit werk bijdragen aan deze detectie van specifieke doelgroepen die een extra financiële bescherming kunnen gebruiken.

H2. Doelstelling en methodologie

1. Omschrijving van de doelstelling

We trachten groepen van ziekenhuisverblijven te detecteren waarvoor de factuur ten laste van de patiënt significant hoger ligt. Deze studie kaderen we in projecten zoals sociale en fiscale franchise, maximum gezondheidsfactuur en forfaitarisering.

We maken echter een duidelijk onderscheid tussen de verschillende onderdelen van de factuur die ten laste vallen van de patiënt. Zoals hieronder beschreven, zullen bepaalde facturatie types weerhouden worden in onze berekeningen en andere niet. We maken eveneens een onderscheid tussen klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie.

2. Daghospitalisatie versus Klassieke hospitalisatie

Deze twee types van hospitalisatie zullen afzonderlijk bestudeerd worden.

2.1 Daghospitalisatie

In de wet van 1963 op de ziekenhuizen werd er nog geen ruimte gelaten voor de daghospitalisatie. Het ziekenhuis werd er gedefinieerd als een inrichting waar personen worden opgenomen en verblijven. In 1967 werd er echter reeds een regeling voor daghospitalisatie ingevoerd in een overeenkomst tussen de verplegingsinstellingen en de ziekenfondsen. Onder bepaalde voorwaarden^x vergoedde het RIZIV een daghospitalisatie met een bedrag gelijk aan de verpleegdagprijs. Op 13 maart 1985 werd het begrip "ziekenhuis" aangepast in de wet op de ziekenhuizen zodat een overnachting niet langer vereist was.

De vaststelling van het quotum van gefinancierde dagen en de beddenreductie vormden een stimulans voor de daghospitalisatie, maar uitgebreide financiële aanmoedigingen bleven voorlopig achterwege. Vanaf 1987 werden er in de overeenkomsten tussen ziekenfondsen en verplegingsinstellingen (16) drie limitatieve lijsten opgesteld van nomenclatuurnummers en voorwaarden waaraan forfaitaire vergoedingen (mini-, maxi- en super-forfait) voor daghospitalisatie verbonden werden. De indeling van deze drie categorieën gebeurt op basis van de ernst van de aandoening. In 1993 kwamen daar nog de A, B, C en D forfaits bij van het experiment dagziekenhuis. Ook voor deze forfaits werden limitatieve lijsten opgesteld met nomenclatuurnummers. In tabel 8 wordt de evolutie van de forfaits voor daghospitalisatie schematisch weergegeven. De bedragen verbonden aan de forfaits worden vastgelegd in de overeenkomsten tussen verplegingsinrichtingen en verzekeringsinstellingen. Deze overeenkomst werd voor het laatst gewijzigd op 1 april 1998 en op 10 december 2001 (16). Deze wijzigingen omvatten een afschaffing van het superforfait en een uitgebreide aanpassing van de limitatieve lijsten met nomenclatuurnummers.

De mini-, maxi- en super-forfaits worden berekend via het B2-gedeelte van de verpleegdagprijs en zijn dus gebaseerd op de personeelskosten van de klinische diensten van het ziekenhuis. Deze forfaits verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis. Voor de A, B, C en D forfaits werd steeds een vast bedrag vooropgesteld dat niet afwijkt van ziekenhuis tot ziekenhuis.

Een daghospitalisatie is een opname die geen aanleiding geeft tot een ziekenhuisverblijf met overnachting en waarbij daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt van een operatiezaal, een spoedgevallendienst, een ziekenhuisbed of een behandeling in functie van de chirurgische

daghospitalisatie. De opname mag niet gebeuren in de wacht- en onderzoekskamers en de lokalen van een poliklinische raadplegingsdienst van een ziekenhuis en mag ook niet onmiddellijk gevolgd worden door een voorziene ziekenhuisverpleging in dezelfde verpleeginrichting (15, 16).

Operaties en procedures die veelvuldig worden uitgevoerd op ambulatoire basis en die de gesofisticeerde mogelijkheden van een ziekenhuis niet vereisen, behoren niet tot de daghospitalisatie. Het grootste deel van de daghospitalisaties bestaat uit niet-urgente heelkundige ingrepen en diagnostische onderzoeken, die onder algemene anesthesie worden uitgevoerd. Voor een uitgebreidere bespreking van de daghospitalisatie verwijzen we naar de bijlage (zie B-2 daghospitalisatie).

2.2 Klassieke hospitalisatie

Een patiënt in klassieke hospitalisatie verblijft in theorie minstens één dag in het ziekenhuis. Indien de opname gebeurt voor middernacht en eindigt na 8 uur 's anderendaags is een [verpleegdagprijs](#) verschuldigd. De dag van opname en de dag van ontslag worden samen voor één dag ziekenhuisverpleging gerekend behalve indien de opname gebeurde voor 12 uur 's middag en het ontslag plaatsvond na 14 uur. Ook indien de patiënt overlijdt op de dag van zijn opname, is er één dag ziekenhuisverpleging verschuldigd en behoort dit verblijf tot de klassieke hospitalisatie. In de MKG-registratie wordt de klassieke hospitalisatie gedefinieerd als alle verblijven waarbij minimum 1 verpleegdag wordt gefactureerd (17, 18).

3. Onderdelen van de factuur

In de doelstelling beschreven we reeds dat bepaalde onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt weerhouden worden voor deze studie en andere niet. Hieronder maken we duidelijk welke types van facturen we in theorie bij deze studie willen betrekken. Uit het volgende hoofdstuk (zie H3-voorstelling databank) zal blijken of deze weerhouden facturen ook daadwerkelijk tot onze databank behoren.

3.1 Remgelden

De remgelden die tot stand komen bij de zorgverstrekkers worden vanzelfsprekend behandeld in deze studie. Supplementen die gevraagd worden door niet-geconventioneerde zorgverstrekkers, laten we buiten beschouwing (zie H1-accreditering). In klassieke hospitalisatie worden eveneens de remgelden bestudeerd die geïnd worden op basis van het aantal ligdagen van de patiënt. In daghospitalisatie worden geen remgelden geïnd voor de [forfaitaire verpleegdag](#).

3.2 Materiaalsupplementen

Er werden reeds een reeks maatregelen genomen om de terugbetaling van een aantal medische technieken en materialen te verbeteren zodat voorkomen wordt dat nieuwe en dure technieken voor bepaalde mensen onbetaalbaar wordt. Voor bepaalde materialen blijft de factuur ten laste van de patiënt echter vrij hoog. Deze materiaalsupplementen willen we daarom betrekken in onze studie ondanks het feit dat het geen echte remgelden zijn.

3.3 Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen

Naast de remgelden op geneesmiddelen betrekken we ook de uitgaven aan niet-terugbetaalbare geneesmiddelen (categorie D) in onze studie. Deze geneesmiddelencategorie wordt eerder als welzijnsbevorderend dan als levensnoodzakelijk bestempeld. Bij de interpretatie van de resultaten zullen we met dit kleinere therapeutische belang van de D geneesmiddelen rekening houden. Uit tabel 9 blijkt dat deze categorie van geneesmiddelen voor een uitgave van 35.338 miljoen BEF (876 miljoen €) zorgde in 1999 (in de ambulante en gehospitaliseerde sector)samen.

3.4 Kamersupplementen

Patiënten die bij opname in het ziekenhuis de voorkeur geven aan een verblijf in een één- of tweepersoonskamer, dienen hiervoor een supplementaire vergoeding boven op de normale persoonlijke bijdrage voor het ziekenhuisverblijf te betalen. Uit de boekhouding van de ziekenhuizen blijkt dat deze supplementen ongeveer 4.144 miljoen BEF (102,7 miljoen €) bedragen in 1998 (tabel 9). Dit supplement wordt niet aangerekend indien de gezondheidstoestand van de patiënt, de noodzakelijkheid van de dienst of de technische voorwaarden van onderzoek, van behandeling of van toezicht het verblijf in een aparte kamer vereisen. In een tweepersoonskamer is het supplement geplafonneerd op 735 BEF (18,22 €) per dag (19, 20).

3.5 Ereloonsupplementen

De ereloonsupplementen bij de niet-geconventioneerde verstrekkers die de overeengekomen tarieven overschrijden, worden niet in rekening gebracht. Deze overschrijdingen komen bovenop het remgeld en worden supplementen (ten laste van de patiënt) genoemd. Niet-geconventioneerde verstrekkers mogen ereloonsupplementen vragen bij gelijk welk type bed. Geconventioneerde verstrekkers vragen geen ereloonsupplementen voor kamers met twee bedden of meer, maar zij kunnen dat in principe wel indien de patiënt zelf heeft gekozen voor een éénpersoonskamer (20).

Om de tariefzekerheid bij de patiënten te bevorderen werd in december 2000 een akkoord bereikt tussen artsen en ziekenfondsen over de ereloonsupplementen. De patiënt moet bij een ziekenhuisopname vooraf geïnformeerd worden over de mogelijke supplementen. De niet-geconventioneerde artsen mogen daarenboven geen supplementen meer vragen aan mensen met een laag inkomen (14).

4. Methodologie

In het eerste hoofdstuk situeerden we deze studie in het brede kader van de ziekteverzekering. We kaartten ook reeds enkele maatregelen aan die de toegang tot de gezondheidszorg moeten bevorderen.

In het volgende hoofdstuk (zie [H3 Algemene voorstelling databank](#)) stellen we onze ziekenhuisgegevens voor. We ontvingen zowel klinische gegevens als facturatiegegevens van 30 ziekenhuizen voor het jaar 1996. Deze facturatiegegevens werden gegroepeerd in enkele afzonderlijke groepen (zie [H3-1.2 Minimale Financiële Gegevens](#)), namelijk:

- Farmaceutische producten;
- Verstrekkingen;
- Artikel 27 t.e.m. 31;
- Klinische Biologie;
- Forfaitaire honoraria;

- Forfaitaire verpleegdag;
- Andere verstrekkingen of leveringen;
- Kamersupplementen.

Aangezien we genoodzaakt waren om in elk bestand een zeer specifieke [validatie](#) door te voeren, besloten we om in een eerste fase ([zie H4 afzonderlijke facturatie bestanden](#)) elk facturatiebestand afzonderlijk te bestuderen. In een tweede fase ([zie H5 combinatie van facturatie bestanden](#)) combineren we alle facturatie bestanden om een globaal beeld te krijgen van de factuur ten laste van de patiënt en de verschillende onderdelen van deze factuur. Op basis van beschrijvende statistiek en grafieken trachtten we met behulp van de [klinische gegevens](#) verklaringen te vinden voor de hoge facturen ten laste van bepaalde patiënten.

Aangezien we werken met cijfers van 1996 besloten we om alle bedragen in Belgische franken (BEF) uit te drukken. Op die manier kan makkelijk vergeleken worden met reeds bestaand cijfermateriaal uit 1996. Om extrapolaties naar het heden mogelijk te maken, werden de belangrijkste resultaten simultaan in euro's (€) uitgedrukt.

H3. Algemene voorstelling databank

1 Bestanden

De wijze waarop de ziekenhuizen aan de Technische Cel de noodzakelijke informatie dienen mee te delen voor de samenvoeging van anonieme klinische en financiële gegevens voor het registratiejaar 1996 werd in een KB vastgelegd (21). Dit KB kadert binnen de wet van 29 april 1996 houdende de sociale bepalingen, zoals gewijzigd door de wet van 22 februari 1998, die voorziet in de mogelijkheid facturatiegegevens te koppelen aan de minimale klinische gegevens. In de bijlage ([zie B1 koppeling MKG - MFG](#)) wordt de koppeling van MKG en MFG uitgebreid besproken. De werking van de Technische Cel, de feedbackmodellen, de rol van de overlegstructuur, de privacy problematiek, de verschillende gebruikers van deze gekoppelde gegevens, enz. komen aan bod.

1.1 Minimale Klinische Gegevens (MKG)

De registratie van minimale klinische gegevens bestaat sinds 1991 en werd vanaf 1994 toegepast voor ieder ziekenhuis in de ziekenhuisfinanciering (22, 23). De benaming “minimale” in MKG slaat op het feit dat enkel de meest relevante en betrouwbare gegevens verzameld worden. Aan de invoering ging een hele evolutie vooraf. Midden jaren tachtig startten de universitaire ziekenhuizen met de registratie, gevolgd door enkele ziekenhuizen die vrijwillig meewerkten. In 1987 werd in een veertigtal ziekenhuizen een wetenschappelijk begeleid proefproject opgezet voor het verwerken van de verzamelde gegevens. De uiteindelijke MKG-registratie kwam dan ook tot stand na een langdurig en progressief rijpingsproces. Zowel voor vorming als bijsturing wordt nog steeds een beroep gedaan op experts van Belgische universitaire centra. Voor het ontstaan van de MKG-registratie moest het klinisch en epidemiologisch onderzoek gevoerd worden op basis van medische dossiers waarvan het gebrek aan eenvormigheid een grote hinderpaal vormde bij het rationeel aanwenden van gegevens. Voor een uitgebreide beschrijving van de variabelen die worden geregistreerd in de MKG verwijzen we naar de brochures van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu met richtlijnen voor de registratie van de minimale klinische gegevens (17, 18).

Het merendeel van de klinische gegevens die worden opgevraagd via de MKG-registratie, werden door de Technische Cel in onze databank geplaatst. Per verblijf beschikken we over de volgende variabelen: ziekenhuisnummer, verblijfsnummer, MDC, DRG, hoofd- en nevendiaagnoses, mortaliteit, ernst, opname, geslacht, leeftijd, aantal aangetaste systemen.

A) Ziekenhuisnummer

In onze databank werden 30 Belgische algemene ziekenhuizen geplaatst. De representativiteit van deze 30 ziekenhuizen voor alle Belgische ziekenhuizen wordt verder in dit hoofdstuk besproken ([zie H3-3.3 representativiteit](#)).

B) Verblijfsnummer

De klinische gegevens worden opgevraagd per verblijfsnummer. We moeten een duidelijk onderscheid maken tussen een patiëntnummer en een verblijfsnummer. Dezelfde patiënt zal verschillende verblijfsnummers toegewezen krijgen indien deze meerdere malen wordt opgenomen per jaar. Uit onze gegevens kunnen wij onmogelijk afleiden of het om dezelfde

patiënt gaat die meerdere malen in het ziekenhuis verblijft (klassieke en/of daghospitalisatie). In de toekomst zal men zich meer richten naar het patiëntnummer zodat een verband gelegd kan worden tussen de gehospitaliseerde verstrekkingen, de verstrekkingen in daghospitalisatie en de zuiver ambulante verstrekkingen.

De ziekenhuisverblijven die zich volledig afspelen op een SPHG dienst moeten niet geregistreerd worden. Ziekenhuisverblijven die gedeeltelijk in een SPHG dienst en gedeeltelijk in een niet-psychiatrische dienst behandeld worden, zijn wel opgenomen in de gekoppelde gegevens. Patiënten met een verblijfsduur van meer dan een jaar werden niet in de steekproef opgenomen.

In onze databank zitten 279.567 verblijven uit klassieke hospitalisatie en 101.897 verblijven uit daghospitalisatie.

C) MDC

Elke patiënt is uniek. Toch kunnen op basis van een aantal gemeenschappelijke kenmerken groeperingen gevormd worden binnen de patiëntenpopulatie. Bepaalde patiënten hebben immers diagnostische, therapeutische en demografische kenmerken gemeen die het mogelijk maken de patiënten in te delen in klassen met een gelijkaardig klinisch profiel en een vergelijkbaar profiel van zorgenverstrekking. In een eerste fase onderscheiden we 28 verschillende patiëntengroepen. In de tabellen 10a en 11a geven we het procentuele aandeel van de verblijven (uit onze databank) per patiëntengroep weer voor zowel klassieke hospitalisatie als daghospitalisatie.

D) DRG

Elke MDC wordt opgedeeld in een medische en een chirurgische subgroep. Binnen beide subgroepen worden de eigenlijke DRG's (Diagnosis Related Groups) onderscheiden rekening houdend met hoofddiagnose, nevend diagnoses, geslacht, leeftijd en andere klinische gegevens. Een DRG wordt bepaald per globaal ziekenhuisverblijf en niet per specialisme. De DRG classificatie gebeurt met behulp van grouper software die de geregistreerde minimale klinische gegevens analyseert. In onze studie werken we met APR-DRG's (All Patients Refined Diagnosis Related Groups) die verder opgesplitst kunnen worden volgens mortaliteit en ernst van de aandoening (24). In de tabellen 10b en 11b werden de DRG's met hun procentueel aandeel in het aantal verblijven samengebracht (zowel voor daghospitalisatie als klassieke hospitalisatie).

E) hoofddiagnose en nevend diagnoses

Om de medische werkelijkheid systematisch en gecoördineerd vast te leggen moet de medische terminologie uit de medische dossiers omgezet worden in een numerisch classificatiesysteem. In België gebruikt men hiervoor de ICD-9-CM, International Classification of Diseases^{xi}. Er bestaan ongeveer 14.000 codes om medische diagnoses weer te geven en 4.000 procedurecodes.

Elke diagnose en elke ingreep van de patiënt wordt via dit systeem geclassificeerd. We onderscheiden dan ook diagnosecodes en procedurecodes. De hoofddiagnose wordt gedefinieerd als die diagnose die na onderzoek, in hoofdzaak aanleiding heeft gegeven tot opname van de patiënt in een ziekenhuis. De hoofddiagnose is niet noodzakelijk gelijk aan de opnamediagnose maar wel de diagnose die gesteld werd na een onderzoek of zelfs na een chirurgische ingreep. Naast deze hoofddiagnose beschikken we over de nevend diagnoses en over de procedurecodes. Deze bijkomende codes bepalen mee de DRG-classificatie.

De ICD 9 codering is hiërarchisch opgebouwd. Elk cijfer dat wordt toegevoegd aan de code, geeft een gedetailleerdere indeling. In deze studie werken we vaak met een hoofddiagnose van slechts 3 digits lang. Alle patiënten met een hoofddiagnose die begint met dezelfde 3

cijfers of letters, worden op die manier gegroepeerd. Zo wordt het aantal patiëntengroepen enigszins beperkt. De hiërarchische indeling van het systeem maakt een dergelijke aggregatie mogelijk zodat zowel met zeer kleine als met zeer grote en gedetailleerde patiëntengroepen gewerkt kan worden. Met de term 'geaggregeerde hoofddiagnose' verwijzen we steeds naar de eerste 3 digits van de hoofddiagnose. Indien we spreken over de 'hoofddiagnose' bedoelen we de meest gedetailleerde versie.

Het procentueel aandeel in het aantal verblijven per geaggregeerde hoofddiagnose wordt weergegeven in de tabellen 10c (daghospitalisatie) en 11c (klassieke hospitalisatie).

F) Mortaliteit

Elke APR-DRG wordt in vier klassen van **klinische ernst** en vier klassen van sterfterisico of mortaliteit ingedeeld (zie tabel 12) (25). De variabele mortaliteit volgt duidelijk een ander patroon in daghospitalisatie dan in klassieke hospitalisatie aangezien patiënten met een hoge mortaliteitskans meer gehospitaliseerd zullen worden. In daghospitalisatie behoort het merendeel (95,2%) van de verblijven tot categorie 1 waarin de kans op een overlijden het laagste is. In klassieke hospitalisatie belandden een aanzienlijk deel van de verblijven in hogere mortaliteitscategorieën, namelijk 11,7% in categorie 2, 5,2% in categorie 3 en 1,9% in categorie 4.

G) Ernst

Een moeilijker geworden behandeling gaat gepaard met een toegenomen graad van ernst (25). De variabele ernst vertoont hetzelfde patroon als de mortaliteitsvariabele. In daghospitalisatie behoort 93,7% van de verblijven tot categorie 1 terwijl in klassieke hospitalisatie dit percentage veel lager ligt (65,2%). Categorie 2 tot en met 4 nemen respectievelijk 25,2%, 7,2% en 2,3% van de gehospitaliseerde verblijven voor hun rekening.

H) Aantal aangetaste systemen

Het aantal aangetaste systemen wordt vastgesteld aan de hand van de geregistreerde nevendiaagnosen en meer bepaald aan de hand van het aantal verschillende MDC's waartoe deze nevendiaagnoses behoren indien ze als hoofddiagnose geregistreerd zouden worden. In klassieke hospitalisatie hebben we een groter percentage van de verblijven met meerdere aangetaste systemen.

I) Geslacht

56,5% van de verblijven in klassieke hospitalisatie zijn vrouwen. In daghospitalisatie is het verschil tussen aantal mannen (48,5%) en aantal vrouwen (51,5%) veel kleiner.

I) Leeftijd

De leeftijdsverdeling in zowel klassieke hospitalisatie als daghospitalisatie wordt weergegeven in de grafieken 3a en 3b en in tabel 12. Het percentage in het totaal aantal daghospitalisaties (som = 100%) is voor alle leeftijdscategorieën onder de 71 jaar hoger dan het percentage in het totaal aantal klassieke hospitalisaties (som = 100%) met uitzondering van de categorie van 21 tot 30 jaar. Die categorie bestaat echter vooral uit gehospitaliseerde bevallingen. Vanaf de leeftijd van 71 jaar daalt het percentage daghospitalisaties (in het totale aantal daghospitalisaties) onder het percentage klassieke hospitalisaties (in het totale aantal klassieke hospitalisaties) (grafiek 3a).

In grafiek 3b is de som van de percentages daghospitalisaties en klassieke hospitalisaties gelijk aan 100%. Het percentage klassieke hospitalisaties is in elke leeftijdscategorie hoger dan het percentage daghospitalisaties. De leeftijdscategorie tussen 11 en 20 jaar telt het minste verblijven in zowel klassieke als daghospitalisatie. De leeftijdscategorie van 61 tot 70 jaar telt daarentegen de meeste verblijven in beide hospitalisatietypes.

K) Opname

Voor elke patiënt die opgenomen wordt in daghospitalisatie of klassieke hospitalisatie wordt geregistreerd op welke manier deze opname gebeurde. De verschillende opnametypes werden samengevat in tabel 12.

Het procentuele aantal spoedopnames is veel hoger in klassieke hospitalisatie dan in daghospitalisatie (39,8% versus 2,7%). De daghospitalisaties zijn immers hoofdzakelijk vooraf geplande opnames (91,6%).

L) Verwijzing

Ook de manier waarop de patiënt verwezen werd naar het ziekenhuis, wordt bijgehouden in de minimale klinische gegevens (zie tabel 12). De verblijven in daghospitalisatie werden meestal doorverwezen door een geneesheer-specialist verbonden aan het ziekenhuis (89,9%). In klassieke hospitalisatie wordt 49,9% van de verblijven doorverwezen door een geneesheer-specialist verbonden aan het ziekenhuis, en 24,4% door de huisarts. 16,5% van de gehospitaliseerde patiënten komt daarenboven op eigen initiatief.

M) Bestemming

De types van bestemming van de patiënt staan eveneens in tabel 12. In 96,6% van de gevallen keert een patiënt na de daghospitalisatie terug naar huis. Een kleiner gedeelte van de verblijven wordt overgebracht naar een ander ziekenhuis (0,6%). In klassieke hospitalisatie keert maar 91,9% van de verblijven huiswaarts en worden slechts 1,8% van de verblijven overgebracht naar een ander ziekenhuis. 2,7% van de verblijven wordt overgebracht naar een RVT of ROB en 3,3% van de klassieke verblijven overlijden.

N) Ontslag

Tenslotte wordt de wijze van ontslag beschreven (zie tabel 12). Indien de patiënten niet overlijden, verlaten ze bijna altijd het ziekenhuis op medisch advies. Alleen in klassieke hospitalisatie is er een klein percentage van de verblijven (0,6%) dat tegen medisch advies het ziekenhuis verlaat.

1.2 Minimale Financiële Gegevens (MFG)

De registratie van de minimale financiële gegevens (MFG) wordt geregeld door een KB (21) dat kadert binnen de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, zoals gewijzigd door de wet van 22 februari 1998 die reeds de mogelijkheid voorzag om klinische aan financiële gegevens te koppelen. Voor de registratie van de MKG werd een extra inspanning van de ziekenhuizen verwacht aangezien er personeel moest ingezet worden om de medische dossiers om te zetten in codes. De facturatiegegevens werden echter reeds door de ziekenhuizen opgesteld voor de mutualiteiten en de patiënten. Deze facturatiegegevens bestonden dus al lang en moeten dus alleen maar gekoppeld worden aan de minimale klinische gegevens (zie [B1 MKG - MFG koppeling](#)). Via de minimale financiële gegevens

kent men tot op het niveau van de individuele prestatie welke verstrekkingen er werden uitgevoerd bij de patiënt, hoe vaak en waar ze verricht werden.

Vanaf 1997 zullen de financiële gegevens via het RIZIV opgevraagd worden. Aangezien de noodzaak voor gekoppelde gegevens steeds dringender werd, opteerde men voor de MFG registratie van 1996 om de gegevens rechtstreeks op te vragen aan de ziekenhuizen. Net zoals bij de MKG-registratie worden de facturatiegegevens opgevraagd in zowel klassieke hospitalisatie als daghospitalisatie. De inspanningen voor deze registratie moeten vooral geleverd worden ter hoogte van de informatica afdelingen van de ziekenhuizen. In de brochure van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu staan de procedures voor de MFG-registratie uitgebreid beschreven (26).

Per verblijfsnummer worden facturatiegegevens geregistreerd in enkele afzonderlijke bestanden. Hieronder geven we een overzicht van deze bestanden.

A) Farmaceutische producten

Alle geneesmiddelen worden vermeld tot op het niveau van het individuele product met behulp van de bijhorende RIZIV code. Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hebben echter geen RIZIV code en kunnen bijgevolg niet in detail gecodeerd worden. Voor deze geneesmiddelen uit categorie D wordt alleen het totaal bedrag per patiënt geregistreerd. Voorts wordt aan elke farmaceutische verstrekking een [terugbetalingcategorie](#) toegewezen. De facturatie ten laste van de patiënt en ten laste van de mutualiteit wordt weergegeven.

B) Verstrekkingen

Dit bestand bevat per verblijf alle verstrekkingen uit de nomenclatuur die toegediend werden. Per verblijf en per nomenclatuurnummer kennen we het aantal keren dat deze verstrekking plaatsvond, het bedrag ten laste van de mutualiteit en het bedrag ten laste van de patiënt. Bepaalde nomenclatuurnummers werden echter ondergebracht in afzonderlijke bestanden die we hieronder beschrijven. Voor een overzicht van de nomenclatuurnummers die in afzonderlijke bestanden werden ondergebracht verwijzen we naar tabel 13.

C) Artikelen 27 t.e.m. 31

In dit bestand worden de verstrekkingen opgenomen uit de artikelen 27 tot en met 31. Het zijn de verstrekkingen met nomenclatuurnummers tussen 600.000 en 679.999: namelijk brillen en andere oogprothesen, hoortoestellen, banden, orthopedische toestellen en andere prothesen. Per verblijf wordt het totale bedrag ten laste van de patiënt en ten laste van de mutualiteit voor dit bestand in zijn geheel opgevraagd. We beschikken dus niet over informatie tot op nomenclatuurniveau.

D) Klinische Biologie

De verstrekkingen op het vlak van de klinische biologie worden niet in detail opgevraagd maar worden per verblijf samengebracht in 10 categorieën waarbinnen steeds de som wordt gemaakt van enerzijds mutualitetaandeel en anderzijds patiëntenaandeel. De 10 categorieën zijn chemie, hormonologie, toxicologie, therapeutische monitoring, microbiologie, infectieuze serologie, hematologie, coagulatie en hemostase, immunoematologie en niet-infectieuze serologie en een restcategorie (zie tabel 13). De zogenaamde forfaitaire honoraria voor ambulante verstrekkingen inzake klinische biologie zijn ook in dit hoofdstuk ondergebracht aangezien ze alleen aangerekend worden aan patiënten die verstrekkingen inzake klinische biologie gekregen hebben. De forfaitaire honoraria op het vlak van de klinische biologie die

aan alle patiënten aangerekend worden ongeacht het al dan niet verstrekken van klinische biologie, worden behandeld in het hoofdstuk over de forfaitaire honoraria.

E) Forfaitaire honoraria

De forfaitaire honoraria dienen ter compensatie van de verminderde terugbetaling van bepaalde verstrekkingen of als vergoeding voor het organiseren van bepaalde diensten. Deze honoraria kunnen aan alle verblijven aangerekend worden, zelfs indien er geen verstrekkingen van die aard zijn doorgevoerd. Daarom werden deze specifieke nomenclatuurnummers in een afzonderlijk bestand ondergebracht. Deze forfaitaire honoraria worden per opname geïnd.

F) Andere Verstrekkingen of leveringen

In dit bestand worden bepaalde categorieën van nomenclatuurnummers ondergebracht. We onderscheiden zes categorieën: gipsverbanden en ander gipsmateriaal, bloed en bloedplasma, moedermelk, radio-actieve isotopen, weefsels van menselijke oorsprong, niet-vergoedbare producten of verstrekkingen (zie tabel 13).

G) Forfaitaire Verpleegdag

Dit bestand bevat de [forfaitaire factuur voor een daghospitalisatie](#). Aangezien deze factuur volledig ten laste van de mutualiteit valt, zullen we deze bedragen niet verder in onze studie betrekken. De verpleegdagprijs ten laste van de mutualiteit in klassieke hospitalisatie behoort immers ook niet tot onze gegevens.

H) Kamersupplementen

Zowel voor gehospitaliseerde patiënten als voor patiënten uit de daghospitalisatie kunnen volgens het kamertype [kamersupplementen](#) worden aangerekend bovenop de ligdagprijs. Deze supplementen worden niet weerhouden in de studie omdat deze kosten ontstaan door de bewuste persoonlijke keuze van de patiënt ([zie H2-3.4 kamersupplementen](#)).

2 Validering

In het volgende hoofdstuk ([zie H4 afzonderlijke bestanden](#)) zullen we de verschillende facturatie bestanden afzonderlijk bestuderen omdat per bestand specifieke validatieregels toegepast werden. Deze validaties zullen uitgebreid besproken worden in de desbetreffende hoofdstukken. Daarna kunnen we, op basis van de doorgevoerde aanpassingen, de resultaten uit de verschillende bestanden aggregeren ([zie H5 combinatie van facturatie bestanden](#)). In een laatste fase zullen we de verschillende bestanden dan ook gezamenlijk bestuderen.

3 Representativiteit

In samenwerking met de Technische Cel werd de representativiteit van de 30 ziekenhuizen op het vlak van aard, statuut, grootte en geografische ligging gewaarborgd. Gespecialiseerde ziekenhuizen werden niet opgenomen in de steekproef. De ziekenhuizen werden geanonimiseerd door de Technische Cel waardoor het onmogelijk is bovenstaande parameters (aard, statuut, grootte en geografische ligging) als verklarende variabelen te gebruiken. In tabel 14 wordt een overzicht gegeven van het aantal verblijven (daghospitalisatie en klassieke

hospitalisatie) en het aantal ligdagen (klassieke hospitalisatie) per ziekenhuis. Deze cijfers geven een algemene indicatie over de representativiteit van de 30 ziekenhuizen voor alle Belgische ziekenhuizen.

Op basis van de nationale feedback (over de resultaten van de MKG-MFG koppeling van 1996) die in de loop van 2001 door het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu werd verspreid (27), hebben we onze steekproefgegevens vergeleken met de nationale gegevens. Zowel op MDC- als op DRG-niveau hebben we het percentage verblijven in onze 30 ziekenhuizen bestudeerd. Deze representativiteitstesten kunnen alleen gebeuren in klassieke hospitalisatie aangezien er geen nationale feedback voorhanden is voor daghospitalisatie.

De 279.567 klassieke verblijven uit onze 30 ziekenhuizen vormen 19% van de nationale klassieke hospitalisaties (zie tabel 15a). De enige MDC's die duidelijk ondervertegenwoordigd zijn in de steekproef van 30 ziekenhuizen, zijn de HIV-infecties en de brandwonden, respectievelijk slechts 6% en 13% van de nationale verblijven behoren tot de steekproef van 30 ziekenhuizen.

Op DRG niveau zien we dat bepaalde pathologiegroepen duidelijk ondervertegenwoordigd (tabel 15c) en andere oververtegenwoordigd (tabel 15d) zijn. Bij de extrapolatie van onze besluiten met betrekking tot DRG's kan steeds rekening gehouden worden met het exacte aandeel van het aantal verblijven in onze steekproef (tabel 15b).

H4. Afzonderlijke bestanden

H4.1 Farmaceutische producten

H4.2 Verstrekkingen

H4.3 Artikelen 27 t.e.m. 31

H4.4 Klinische Biologie

H4.5 Forfaitaire honoraria

H4.6 Andere Verstrekkingen of leveringen

H4.7 Verblijfsduur

1 Farmaceutische producten

1.1 Inleiding

A) Administratieve procedures

Registratie, prijsbepaling en terugbetaling van geneesmiddelen gebeurt via vastgelegde procedures. In het verleden kon de termijn van al deze administratieve procedures ongeveer anderhalf jaar in beslag nemen. Door de huidige hervormingen van het geneesmiddelenbeleid zullen de procedures minder tijd in beslag nemen en kunnen nieuwe medicamenten sneller in aanmerking komen voor terugbetaling. België is een van de weinige Europese landen waar de prijzen voor de vrij verkrijgbare geneesmiddelen ook onderworpen zijn aan een prijsreglementering (38, 39, 31).

B) Terugbetaling

De verplichte ziekteverzekering komt slechts tegemoet in de prijs van geneesmiddelen op voorwaarde dat ze worden voorgeschreven door een arts en in zoverre ze voorkomen op de lijsten van de terugbetaalde specialiteiten (38). Op basis van de terugbetalingsmodaliteiten (zie tabel 16) worden zes categorieën van geneesmiddelen onderscheiden: A, B, C, Cs, Cx, en D.

Gehospitaliseerde patiënten betalen geen remgeld op de geneesmiddelen van de categorieën A, B, C, Cs en Cx maar leveren wel een forfaitaire bijdrage van 25 BEF per dag. Deze forfaitaire bijdrage van 25 BEF per dag is niet afhankelijk van het aantal verbruikte geneesmiddelen van de patiënt en wordt dus ook geïnd indien de patiënt helemaal geen medicatie krijgt toegediend.

De ambulante patiënten betalen geen remgeld op geneesmiddelen uit categorie A. Per geneesmiddel uit categorie B, C, Cs, Cx wordt een procentueel remgeld gevraagd, respectievelijk 25%, 50%, 60% en 80% van de vastgelegde prijs. Dit remgeld is per geneesmiddel geplafonneerd in categorie B (375 BEF) en in categorie C (625 BEF).

Ambulante patiënten met een [voorkeursregeling](#) betalen een lager procentueel remgeld voor geneesmiddelen uit de categorie B (15%) en het plafond per geneesmiddel is verminderd tot 250 BEF in categorie B en 375 BEF in categorie C.

Geneesmiddelen uit categorie D vallen volledig ten laste van zowel de gehospitaliseerde als de ambulante patiënten. Deze [geneesmiddelen uit categorie D](#) vallen niet onder de noemer remgeld.

Vanaf 1 juni 2001 geldt een nieuw terugbetalingsstelsel, namelijk de referentierugbetaling, dat het voorschrijven van goedkopere generische geneesmiddelen moet stimuleren (31, 35, 60, 63)). Deze generische geneesmiddelen hebben dezelfde dosering, werkzame bestanddelen en toedieningsvorm als het originele geneesmiddel. Met de verwachte besparingen die gecreëerd worden door het promoten van de generische geneesmiddelen, kan een snellere en betere terugbetaling van geneesmiddelen met nieuwe therapeutische mogelijkheden doorgevoerd worden.

In tabel 17 illustreren we de nieuwe terugbetalingstechniek (48) met behulp van een geneesmiddel van categorie B dat voor een patiënt zonder voorkeursregeling voor 75% wordt terugbetaald met een plafond van 375 BEF. Voor 1 juni 2001 werd het originele B geneesmiddel van 1000 BEF voor 75% terugbetaald. Vanaf 1 juni 2001 wordt de terugbetalingsbasis van het originele geneesmiddel met 16% verminderd (van 1000 BEF naar 840 BEF). De terugbetaling daalt dan ook van 750 BEF naar 630 BEF (=75% van 840). Het

remgeld op het originele geneesmiddel stijgt van 250 naar 370 BEF. Een generisch geneesmiddel van bijvoorbeeld 800 BEF wordt voor 75% terugbetaald waardoor het remgeld slechts 200 BEF bedraagt.

Indien het patent van een geneesmiddel afloopt, mogen ook andere bedrijven het geneesmiddel in de handel brengen maar het prijsverschil moet minimaal 16% bedragen. De terugbetalingbasis van elk origineel geneesmiddel, waarvoor een goedkoper alternatief bestaat, wordt met maximaal 16% verminderd^{xii}. De terugbetaling wordt niet evenredig verminderd als de generica meer dan 16% goedkoper zijn (tabel 2). In de gehospitaliseerde sector geldt een forfaitair remgeld van 25 BEF per dag. Indien de ziekenhuizen kiezen voor een duur origineel geneesmiddel moeten zij zelf de extra kosten dragen. In tegenstelling tot de ambulante sector zal hier geen effect optreden in de persoonlijke bijdrage van de patiënt. In deze responsabilisering van de ziekenhuizen is een duidelijke rol weggelegd voor de medisch-farmaceutische comités (31).

1.2 Algemene uitgaven aan farmaceutische verstrekkingen

Voordat we de farmaceutische uitgaven in de 30 bestudeerde ziekenhuizen bespreken, lichten we de nationale uitgaven aan farmaceutische producten toe. Eerst bespreken we het patiënten- en mutualiteitsaandeel van de terugbetaalbare geneesmiddelen. Daarna komen de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen aan bod. We gebruiken deze nationale cijfers als referentiekader bij onze steekproef van 30 ziekenhuizen.

A) Terugbetaalbare geneesmiddelen

Mutualiteitsaandeel

De geneesmiddelen uitgaven van de mutualiteiten zijn tussen 1988 en 2000 jaarlijks met gemiddeld 7,9% gestegen (tabel 18). In 1988 bedroegen de farmaceutische uitgaven 39.608 miljoen BEF (982 miljoen €) en in 2000 bedroegen ze 98.277 miljoen BEF (2.436 miljoen €). De farmaceutische uitgaven stijgen daarmee sneller dan de totale uitgaven van het RIZIV (6,5%) (grafiek 4b). Het aandeel van de ambulante uitgaven in de totale farmaceutische mutualiteit uitgaven is tussen 1988 en 2000 gestegen van 77% naar 80%. De ambulante uitgaven vertonen dus een snellere jaarlijkse groei (8,3 %) dan de gehospitaliseerde uitgaven (6,4%).

In 1996 bedroegen de ambulante farmaceutische uitgaven op nationaal vlak 59.404 miljoen BEF (1.473 miljoen euro) en de gehospitaliseerde uitgaven 17.541 miljoen BEF (435 miljoen euro) (tabel 18 en grafiek 4a). In de gehospitaliseerde sector (zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen) komt dit neer op een gemiddeld bedrag van 9.736 BEF (241,3 €) per opname en van 789 BEF (19,6 €) per ligdag.

Patiëntenaandeel

Het farmaceutische remgeld steeg tussen 1995 en 1999 van 16.648 miljoen BEF (412,7 €) naar 17.869 miljoen BEF (443,0 €) (grafiek 5a en tabel 19). Het remgeld op de farmaceutische verstrekkingen vormt een belangrijk onderdeel van de totale remgelden in de gezondheidszorg. Tussen 1995 en 1999 schommelde dit aandeel tussen 37% en 34% (grafiek 5b). Het percentage remgeld in de totale uitgaven aan farmaceutische verstrekkingen daalde tussen 1995 (20%) en 1999 (16%) (grafiek 5b). Omwille van de dalende trend in het aantal hospitalisatiedagen, nam het forfaitaire remgeld de laatste jaren af (tabel 19). Dit forfaitaire remgeld in klassieke hospitalisatie bedraagt slechts ongeveer 3% van het totale farmaceutische remgeld. In 1996 schatten we het totale forfaitaire remgeld op 556 miljoen

BEF (13,78 miljoen €). Het grootste gedeelte van de farmaceutische remgelden situeert zich dan ook in de ambulante sector.

B) Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen (categorie D)

Geneesmiddelen uit categorie D waarvoor het sociale belang en de therapeutische waarde vrij laag zijn, vallen volledig ten laste van de patiënt. Tussen 1990 en 1999 (zie tabel 20) stegen de uitgaven voor deze farmaceutische verstrekkingen jaarlijks met gemiddeld 5,8% (van 21.299 miljoen BEF (528 miljoen €)) tot 35.338 miljoen BEF (876 miljoen €)). Het grootste deel van deze uitgaven vinden we terug in de ambulante sector. Het percentage van deze uitgaven in de gehospitaliseerde sector schommelt in de periode 1990-1999 tussen 4,0% en 5,5%.

1.3 Farmaceutische gegevens in klassieke hospitalisatie

A) Algemeen

In de 30 bestudeerde ziekenhuizen werden aan 95% van de verblijven^{xiii} farmaceutische verstrekkingen toegediend. De totale uitgaven ten laste van de mutualiteit en ten laste van de patiënt bedroegen 2.747.651.194 BEF (tabel 21). Dit is een gemiddelde van 9.907 BEF per patiëntenverblijf en van 1.117 per verpleegdag.

Rekening houdend met de specifieke eigenschappen van de steekproef (zie [H3-1.1B Verblifnummer](#)) zijn deze steekproefgegevens vergelijkbaar met de [nationale cijfers](#) met betrekking tot de farmaceutische uitgaven. In onze steekproef werden patiënten die uitsluitend verbleven in een psychiatrische dienst immers niet opgenomen.

Het forfaitaire remgeld dat elke gehospitaliseerde patiënt betaalt, wordt bepaald door het aantal dagen dat de patiënt verblijft in het ziekenhuis. Gemiddeld bedraagt dit forfaitaire remgeld 222 BEF per patiëntenverblijf aangezien de gemiddelde ligduur 8,9 dagen bedraagt. Het forfaitaire remgeld stijgt lineair met de verblijfsduur zoals blijkt uit grafiek 6.

Het forfaitaire remgeld neemt slechts 16% in van de farmaceutische factuur ten laste van de patiënt (tabel 21). De factuur ten laste van de patiënt op het vlak van farmaceutische verstrekkingen wordt grotendeels gevormd door de uitgaven aan geneesmiddelen van categorie D (84%). Gemiddeld wordt 1.162 BEF per verblijf of 131 BEF per ligdag uitgegeven aan geneesmiddelen uit categorie D.

Van het gemiddelde bedrag aan farmaceutische verstrekkingen per patiëntenverblijf, namelijk 9.907 BEF, wordt 14% (1.383 BEF) door de patiënt betaalt. De overige 8.524 BEF valt ten laste van de mutualiteit.

B) Terugbetalingscategorie

De mutualiteituitgaven situeren zich vooral in categorie A en B met gemiddelde uitgaven per patiëntenverblijf van respectievelijk 2.731 en 5.773 BEF. In praktijk krijgt respectievelijk 80% en 86% van de verblijven medicatie toegediend uit categorie A en B. 82% van de verblijven krijgt minstens één geneesmiddel toegediend uit de categorie D. Zoals blijkt uit tabel 22a liggen deze percentages voor de categorieën C, Cs en Cx veel lager.

Voor alle geneesmiddelen uit categorie A, B, C, Cs en Cx werd ook een theoretisch remgeld^{xiv} opgevraagd om dit te kunnen vergelijken met het forfaitaire remgeld. Het gemiddelde forfaitaire remgeld per verblijf (222 BEF) overschrijdt het gemiddelde theoretische remgeld

van 138 BEF per verblijf (tabel 22b). Aangezien de theoretische remgelden moeilijk te valideren zijn en 27% van de ziekenhuizen geen theoretische remgelden registreren (tabel 23a), moeten we het nodige voorbehoud maken bij de verkregen resultaten. Indien we binnen elk ziekenhuis de forfaitaire remgelden vergelijken met de theoretische remgelden, ondervinden 7 van de 30 ziekenhuizen nadeel van de forfaitaire regeling. Het gemiddelde verlies per patiëntenverblijf voor deze ziekenhuizen schommelt tussen 4 en 101 BEF (tabel 23a).

We bestudeerden de overgang van theoretische remgelden naar forfaitaire remgelden niet alleen op ziekenhuisniveau maar ook op patiëntniveau. Uit een eerste algemene analyse blijkt dat het systeem van forfaitaire remgelden voor een meer gelijke verdeling zorgt van de patiëntenuitgaven dan de theoretische remgelden aangezien de Lorenz curven elkaar niet snijden (grafiek 7) (28). In het systeem van de theoretische remgelden dragen, zoals blijkt uit de Lorenz curve, 10 % van de patiënten 73% van de remgelden en 5% van de patiënten dragen nog steeds 58% van de remgelden. Bij de forfaitaire remgelden wordt deze ongelijke verdeling enigszins weggewerkt. 10 % van de patiënten staat in voor 42% van de remgelden en de laatste 5% van de patiënten staat in voor 29% van de forfaitaire remgelden.

De verdeling van de remgelden over de verblijven is evenwichtiger in de forfaitaire regeling maar het gemiddelde forfaitaire remgeld (222 BEF) is hoger dan het gemiddelde theoretische remgeld (138 BEF). Het forfaitaire remgeld in onze steekproef is maximaal 9.125 BEF (25 BEF *365 dagen) aangezien verblijven die meer dan een jaar in beslag nemen, niet werden opgenomen in de data (zie H3-1.1B Verblifnummer). Alle verblijven (< 1 jaar) met een theoretisch remgeld van meer dan 9.125 BEF zullen beter af zijn met de forfaitaire regeling.

De patiënten die het zwaarst belast worden in de forfaitaire regeling zijn niet noodzakelijk identiek aan de patiënten die het zwaarst belast worden in de theoretische regeling. Aangezien patiënten met een lange verblijfsduur reeds aanzienlijke persoonlijke aandelen moeten betalen voor dit verblijf (zie H4-7 verblijfsduur) gaan we na of deze patiënten nog eens extra belast worden via het systeem van de forfaitaire remgelden. 80% van alle patiënten is slechter af met de forfaitaire regeling. Uit de grafieken blijkt dat zowel de mediane (grafiek 8a en 8b) als de gemiddelde (grafiek 8c en 8d) forfaitaire remgelden bij zowel korte als lange verblijfsduur boven de theoretische remgelden liggen. Het gemiddelde verschil tussen forfaitair remgeld en theoretisch remgeld neemt toe met de ligduur (correlatie -0.108 met $p < 0.01$). Dit wijst er op dat verblijven met een langere ligduur in absolute bedragen meer bijbetalen dan verblijven met een kortere ligduur in de nieuwe forfaitaire regeling. We beklemtonen echter opnieuw dat de registratie van theoretische remgelden niet gevalideerd kon worden en dat de besluiten daarom met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

C) Oorzaken hoge uitgaven in categorie D

Een lange verblijfsduur veroorzaakt per definitie een hoog forfaitair remgeld. De verblijfsduur wordt in [deel 7 van hoofdstuk 4](#) besproken en de forfaitaire farmaceutische remgelden worden bijgevolg eveneens in dat hoofdstuk behandeld. We zullen ons hier beperken tot de uitgaven voor geneesmiddelen van categorie D die volledig ten laste van de patiënt vallen.

Algemene cijfers

We vermeldden reeds dat de uitgaven in categorie D over de 30 ziekenhuizen in het totaal 322.161.511 BEF bedragen (tabel 19). Het gemiddelde bedrag per patiëntenverblijf is 1.162 BEF en per ligdag bedraagt het gemiddelde bedrag 131 BEF.

Uit de Lorenz curve (grafiek 7) blijkt dat de uitgaven ongelijk verdeeld zijn tussen de verblijven. 10% van de verblijven draagt immers 51% van de uitgaven (gemiddeld 5.935 BEF per verblijf) en de 5% duurste verblijven staan nog in voor 38% van de

uitgaven.(gemiddeld 8.726 BEF per verblijf) Hieronder bestuderen we de oorzaken van deze ongelijke verdeling.

Ziekenhuis

De uitgaven in categorie D verschillen significant van ziekenhuis tot ziekenhuis (Kruskall Wallis test ; $p < 0.001$). De mediane factuur schommelt tussen 953 BEF en 0 BEF en de gemiddelde factuur tussen 1.666 BEF en 0 BEF (tabel 24). In ziekenhuis 18 werden geen geneesmiddelen uit categorie D geregistreerd. De uitgaven aan niet-terugbetaalbare geneesmiddelen werden door dit ziekenhuis hoogstwaarschijnlijk in de categorie F van het bestand andere verstrekkingen geplaatst. Ziekenhuis 11 registreerde nauwelijks uitgaven aan farmaceutische verstrekkingen, zowel in categorie D als in de andere categorieën. We veronderstellen dat het hier gaat om een registratieprobleem.

Pathologie: MDC, DRG en hoofddiagnose

In dit deel onderzoeken we het verband tussen de pathologie van de patiënt en de uitgaven op het vlak van niet-terugbetaalbare geneesmiddelen.

Met behulp van de MDC-indeling kunnen we reeds een groep van patiënten identificeren die een hoge mediane factuur hebben. Niet toevallig zijn de 3 duurste MDC's (tracheotomie, multipele traumata en beenmergtransplantatie) vrij kleine, homogene groepen (tabel 25a). In andere MDC's kunnen ook dure patiëntengroepen schuilen die door de heterogeniteit binnen de MDC niet tot uiting komen. MDC 14 (Zwangerschap, bevalling en puerperium) heeft een vrij hoge mediane factuur maar de lage percentielen 75 en 95 tonen aan dat deze MDC niet onmiddellijk een oorzaak is voor de hoogste uitgaven.

Als we de DRG's met de hoogste mediane factuur bekijken, treffen we patiëntengroepen aan uit diverse MDC's. Er zijn 38 DRG's met een mediane factuur van meer dan 2.000 BEF (tabel 25b).

Om de pathologieën nog gedetailleerder te bestuderen gebruiken we de geaggregeerde hoofddiagnoses. Via deze indeling bekomen we slechts 15 patiëntengroepen met een mediane factuur hoger dan 2.000 BEF (tabel 25c).

Verblijfsduur

De uitgaven aan niet-terugbetaalbare geneesmiddelen correleren met de verblijfsduur van de patiënt (Spearman $\rho = 0.452$; $p < 0.01$). De correlatie is significant maar het is niet zo dat de hoogste uitgaven exclusief voorkomen in langdurige verblijven.

Leeftijd

We kunnen concluderen dat een hogere leeftijd ook gepaard gaat met hogere uitgaven aan niet terugbetaalbare geneesmiddelen (Spearman $\rho = 0.169$; $p < 0.01$). Het positieve verband tussen leeftijd en uitgaven aan niet-terugbetaalbare geneesmiddelen blijft behouden indien we de DRG-classificatie als controlerende variabele toevoegen in een regressiemodel^{xv}.

Gradatie van de pathologie

De uitgaven correleren met het aantal aangetaste systemen bij de patiënt (Spearman $\rho = 0.123$; $p < 0.01$). Ook de ernst (Spearman $\rho = 0.155$; $p < 0.01$) en de mortaliteit (Spearman $\rho = 0.117$; $p < 0.01$) correleren met de uitgaven. De gemiddelde en de mediane uitgaven aan D geneesmiddelen stijgen indien het aantal aangetaste systemen, de morbiditeit of de mortaliteit toeneemt (tabel 26)

1.4 Farmaceutische gegevens in daghospitalisatie

A) Algemeen

Van de 101.897 daghospitalisaties uit de steekproef kregen 89.241 patiënten (88%) minstens één farmaceutische verstrekking toegediend (tabel 27). In plaats van een forfaitair remgeld per dag betaalt de ambulante patiënt een remgeld volgens de [terugbetalingcategorïeën](#) van de toegediende medicatie. Voor de 101.897 patiënten bedraagt dit remgeld gemiddeld 168 BEF (tabel 28). Geneesmiddelen van categorie D blijven volledig ten laste van de patiënt en zorgen voor een gemiddelde factuur van 376 BEF. De mutualiteit draagt 83% van de totale factuur aan farmaceutische verstrekkingen en betaalt gemiddeld 2.726 BEF per verblijf (tabel 28).

B) Terugbetalingscategorie

Categorie A en B hebben het grootste aandeel in de mutualiteitsuitgaven, respectievelijk 64% en 33%. De factuur ten laste van de patiënt wordt voor 29% veroorzaakt door categorie B en voor 69% door categorie D (tabel 27).

De uitgaven in categorie D en de remgelden in de overige categorieën zijn niet gelijk verdeeld over de verblijven. De Lorenz curven van de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen en de remgelden hebben bijna een identiek verloop (grafiek 9). De 10% duurste verblijven dragen in beide gevallen meer dan 50% van de totale uitgaven ten laste van de patiënt. De 3% duurste verblijven staan in voor 28% van de uitgaven. Indien we de verblijven opdelen in percentielen zien we dat de mediane remgelden per percentiel steeds lager liggen dan de mediane uitgaven in categorie D. De 5% duurste verblijven hebben een mediane factuur ten laste van de patiënt (remgelden en D geneesmiddelen) die de 2.000 BEF overschrijdt (grafiek 10). Hieronder bespreken we de oorzaken van deze hoge facturen.

C) Oorzaken hoge uitgaven ten laste van de patiënt

Zowel de uitgaven in categorie D als de remgelden in terugbetaalbare categorieën kunnen voor een hoge factuur ten laste van de patiënt zorgen. De uitgaven voor categorie D vertegenwoordigen het grootste aandeel (69%) in de factuur ten laste van de patiënt (zie tabel 27). In dit hoofdstuk bestuderen we de totale factuur ten laste van de patiënt en maken we slechts een opsplitsing tussen uitgaven in categorie D en de remgelden van de andere categorieën indien dit bijkomende informatie oplevert.

Ziekenhuis

De totale factuur ten laste van de patiënt verschilt significant van ziekenhuis tot ziekenhuis (Kruskall Wallis test; $p < 0.001$). De mediane factuur schommelt tussen 778 BEF en 0 BEF (tabel 29). We merken op dat in ziekenhuis 18 geen uitgaven in categorie D worden geregistreerd maar wel remgelden uit de overige categorieën. Het aandeel van de factuur ten laste van de patiënt in de totale uitgaven aan farmaceutische verstrekkingen varieert tussen maximaal 58% en minimaal 5%. Er zijn duidelijke verschillen waar te nemen tussen ziekenhuizen die mogelijk afhankelijk zijn van de behandelde pathologieën.

Pathologie: MDC, DRG en geaggregeerde hoofd diagnose

Bij de MDC indeling vallen de aandoeningen van het oog (MDC 2) op met een hoge mediane factuur (1.708 BEF). Deze MDC bevat 6,5% van alle daghospitalisaties (tabel 30). Vooral de geneesmiddelen uit categorie D zorgen voor een hoge factuur bij deze pathologie. Van de

terugbetaalbare geneesmiddelen zijn Provisc[®], Healon[®] en Viscoat[®] gemiddeld het duurste en ze komen ook frequent voor. Het gemiddelde remgeld per bovenstaande verstrekking is echter niet hoger dan 500 BEF.

De mediane facturen (remgeld en D geneesmiddelen) van zowel multipale traumata (MDC 25) als van alcohol en medicamenten (MDC 20) bedragen respectievelijk 1.676 BEF en 536 BEF. Deze pathologiegroepen vormen echter samen slechts 0,05% van alle daghospitalisaties.

De duurste (remgeld en D geneesmiddelen) mediane verblijven in de DRG-classificatie bevestigen bovenstaande waarnemingen. We selecteerden alleen pathologiegroepen met meer dan 5 verblijven. Zowel de lens procedures met of zonder vitrectomie (DRG 73) als de intraoculaire procedures uitgezonderd lens (DRG 71) hebben een hoge mediane factuur (respectievelijk 1.876 BEF en 1.425 BEF) en komen frequent voor (respectievelijk 4,94% en 0,28% van alle daghospitalisaties). Net zoals bij de MDC indeling is er ook een DRG m.b.t. alcohol (namelijk RDRG 775: alcohol misbruik en afhankelijkheid) vertegenwoordigt bij de duurdere verblijven. In tabel 31 komen nog enkele andere DRG's aan bod met een hoge mediane factuur.

De indeling op basis van de geaggregeerde hoofddiagnoses wijst opnieuw de oogaandoeningen (code 366, 379 en 365) en de alcoholverslaving (code 303) aan als duurdere pathologieën op het vlak van de farmaceutische verstrekkingen (tabel 32). Deze indeling wijst echter ook op de hoge factuur ten laste van de patiënten met diabetes mellitus (code 250). Categorie D speelt steeds opnieuw een hoofdrol.

Leeftijd

Er bestaat een significante, negatieve correlatie tussen de leeftijd van de patiënt en de farmaceutische factuur ten laste van de patiënt (Spearman rho= -0.056 ; p<0.01). Indien we de pathologiemix (met hulp van DRG's) als controlerende variabele toevoegen, behouden we toch een negatief verband tussen de uitgaven ten laste van de patiënt en de leeftijd^{xvi}.

Gradatie van de pathologie

De mortaliteit en de ernst van een aandoening die in daghospitalisatie wordt behandeld is vrij laag. Meer dan 99% van de daghospitalisaties behoort dan ook in beide gevallen tot de twee lichtste klassen. De mediane factuur van de weinige verblijven uit klasse 3 en 4 wijst erop dat ernst en mortaliteit (zonder rekening te houden met de pathologieën) geen bepalende factoren zijn in de farmaceutische factuur ten laste van de patiënt (tabel 33).

1.5 Voorstellen naar de toekomst

In dit hoofdstuk bestudeerden we zowel de remgelden uit de terugbetaalbare categorieën als de uitgaven in categorie D die volledig ten laste vallen van de patiënt. De geneesmiddelen uit categorie D hebben geen RIZIV-code en bijgevolg hebben wij geen gedetailleerdere informatie over deze uitgaven. Van de remgelden daarentegen hebben we gedetailleerde informatie per geneesmiddel per patiënt. Om de farmaceutische factuur ten laste van de patiënt uitvoeriger te bestuderen kan per verstrekking de CNK-UD (code nationale code - unit dosis) opgevraagd worden. Op die manier kunnen ook de uitgaven in categorie D inhoudelijk geïnterpreteerd worden en is zelfs een band met de ATC indeling mogelijk.

2 Verstrekkingen

2.1 Inleiding

Dit bestand bevat per verblijf alle verstrekkingen uit de nomenclatuur die toegediend werden. Per verblijf en per nomenclatuurnummer kennen we het aantal keren dat deze verstrekking plaatsvond, het bedrag ten laste van de mutualiteit en het bedrag ten laste van de patiënt. Bepaalde nomenclatuurnummers werden echter ondergebracht in afzonderlijke bestanden. In tabel 13 geven we een overzicht van de nomenclatuurnummers die in afzonderlijke bestanden werden ondergebracht en dus niet in dit deel besproken zullen worden.

2.2 Validatie

De facturatiegegevens die door de ziekenhuizen overgemaakt werden aan de [Technische Cel](#) werden nog niet gecontroleerd door de mutualiteiten. Het is echter technisch niet haalbaar om voor de 381.464 patiënten uit de databank de correcte toepassing van alle facturatieregels na te gaan.

Tijdens onze analyses stelden we echter vast dat een groot deel van de ziekenhuizen systematisch of occasioneel [ereloonsupplementen](#) registreerden (26). Volgens de richtlijnen van de Technische Cel was het niet de bedoeling dat deze ereloonsupplementen meegedeeld werden. Indien de patiënten kiezen voor een meerpersoonskamer en voor geconventioneerde zorgverstrekkers dan vermijden ze de ereloonsupplementen. Daarom willen we deze ereloonsupplementen afzonderen van de andere bedragen ten laste van de patiënt en niet verder betrekken in de studie.

In de nomenclatuur gingen we na voor welke nummers een remgeld gevraagd kon worden in 1996. We verdeelden alle nomenclatuurnummers ook in grote en kleine risico's. Zelfstandigen genieten immers niet van een tussenkomst van de mutualiteiten indien ze niet [aanvullend verzekerd](#) zijn en de verstrekking behoort tot de [kleine risico's](#). Op deze manier konden we de nomenclatuurnummers indelen in vier categorieën (tabel 34) voor zowel daghospitalisatie als klassieke hospitalisatie.

A) wel remgeld / groot risico

Aan de nomenclatuurnummers uit deze categorie zijn remgelden verbonden voor de Algemene Regeling en de Regeling der Zelfstandigen. Alle zelfstandigen krijgen hier een tussenkomst van de mutualiteit omdat het grote risico's betreft. Zoals blijkt uit tabel 34 situeert het grootste gedeelte van de geregistreerde factuur ten laste van de patiënt zich in deze categorie (79,9% in daghospitalisatie en 37,0% in klassieke hospitalisatie).

B) wel remgeld / klein risico

De nomenclatuurnummers uit deze categorie zorgen eveneens voor remgelden. Deze categorie bevat echter alleen kleine risico's waardoor de zelfstandigen zonder aanvullende verzekering niet van een verzekeringstegemoetkoming genieten en dus alles uit eigen zak moeten betalen. Zoals we hoger (zie H1-1.2A grote versus kleine risico's) reeds bespraken, verzekert een groot gedeelte van de zelfstandigen zich aanvullend voor deze kleine risico's waardoor zij ongeveer gelijkgeschakeld worden met de Algemene Regeling (3). In onze

steekproef beschikken wij echter niet over gegevens m.b.t. de sociale status van de patiënten en de mogelijke aanvullende verzekering van zelfstandigen. Bij de interpretatie van de resultaten moeten we er rekening mee houden dat een klein gedeelte van de factuur ten laste van de patiënt in deze categorie niet bestaat uit zuivere remgelden maar uit facturen van zelfstandigen die niet aanvullend verzekerd zijn.

Het aandeel van deze categorie in de geregistreerde facturen ten laste van de patiënt van de 4 categorieën bedraagt 8,9% (voor daghospitalisatie) en 23,5% (voor klassieke hospitalisatie).

C) geen remgeld / groot risico

De nomenclatuurnummers uit deze categorie zijn allen grote risico's en bevatten nooit remgelden. Zowel in de Regeling van Zelfstandigen als in de Algemene Regeling kan er voor deze nomenclatuurnummers geen bedrag ten laste van de patiënt voorkomen tenzij het gaat om ereloonsupplementen. Aangezien we de ereloonsupplementen uit de databank willen verwijderen, worden de bedragen ten laste van de patiënt uit deze categorie buiten beschouwing gelaten. De mutualiteitsbedragen worden wel weerhouden.

De geschrapte ereloonsupplementen nemen in daghospitalisatie 10,6% in en in klassieke hospitalisatie zelfs 39,0% in van de totale factuur ten laste van de patiënt.

D) geen remgeld / klein risico

Deze categorie bevat per definitie geen remgelden. De bedragen ten laste van de patiënt die geregistreerd werden, zijn hoogstwaarschijnlijk facturen ten laste van de zelfstandigen die geen aanvullende verzekering tegen kleine risico's hebben. Het aandeel van deze categorie in de totale factuur ten laste van de patiënt is echter vrij laag (0,6% in daghospitalisatie en 0,5% in klassieke hospitalisatie). Deze bedragen ten laste van de zelfstandigen werden weerhouden in de studie aangezien we in de [categorie met kleine risico's en met remgelden](#) ook reeds rekening houden met dergelijke bedragen die volledig ten laste vallen van de zelfstandigen en aangezien we in onze databank geen opsplitsing kunnen maken tussen patiënten uit de Algemene Regeling en de Regeling der Zelfstandigen. We weten ook niet welke zelfstandigen zich aanvullend verzekeren.

Samenvattend kunnen we stellen dat de ereloonsupplementen bij nomenclatuurnummers die een groot risico zijn en waarbij geen remgeld opgevraagd kan worden, niet in deze studie aan bod komen. In de verdere bespreking van de factuur ten laste van de patiënt zijn de ereloonsupplementen van deze nomenclatuurnummers dus steeds verwijderd. De factuur ten laste van de mutualiteit van deze nomenclatuurnummers wordt wel weerhouden.

2.3 Klassieke hospitalisatie

A) Inleiding

De 279.567 verblijven uit de 30 ziekenhuizen van onze steekproef zorgen voor 7.102.652.520 BEF ten laste van de mutualiteiten en voor 253.816.655 BEF ten laste van de patiënt (tabel 35). Per verblijf is dit een gemiddelde factuur ten laste van de patiënt van 911 BEF en een gemiddelde factuur ten laste van de mutualiteit van 25.480 BEF. Gemiddeld valt per verblijf 3,5% van de totale factuur ten laste van de patiënt. Per verblijf worden gemiddeld 10,5 verschillende nomenclatuurnummers en 21,2 verstrekkingen^{xvii} geregistreerd. Quasi alle verblijven (99,7%) uit de steekproef hebben minstens één registratie in dit bestand.

B) Nomenclatuurcodes

In dit bestand werden 2.526 verschillende nomenclatuurnummers geregistreerd. Omdat het niet overzichtelijk is om deze nomenclatuurnummers allemaal afzonderlijk te bestuderen, hebben we ze geaggregeerd op basis van de boekhoudkundige N-codes^{xviii} (tabel 36b).

Twee groepen van nomenclatuurcodes veroorzaken 81,9% van de totale uitgaven ten laste van de patiënt, namelijk de honoraria voor medische wachtdienst of toezicht (51,1%) en de honoraria van de kinesitherapeuten (30,8%). De honoraria voor medische wachtdienst of toezicht behoren allen tot de grote risico's (tabel 37a). Het merendeel van de kinesitherapieverstrekkingen situeert zich echter in de kleine risico's (tabel 38).

honoraria voor medische wachtdienst of toezicht

De honoraria voor medische wachtdienst of toezicht worden dagelijks ontvangen. Patiënten die een therapeutische, heelkundige of orthopedische bewerking of een verloskundige verstrekking of een percutane interventionele behandeling onder medische beeldvormingscontrole ondergaan, worden gedurende tien dagen gedekt door het honorarium dat voor die bewerking is betaald en krijgen dus geen toezichtshonoraria aangerekend in die immuniteitsperiode. De tien dagen worden gerekend vanaf de eerste opnamedag onder het toezicht van een geneesheer-specialist voor uitwendige pathologie of van een geneesheer-specialist voor anesthesie. Indien de bewerking meer dan 10 dagen na de opname plaats heeft, gaat de immuniteitsperiode in op de dag van de bewerking. Voor bepaalde verstrekkingen is deze immuniteitsperiode echter niet van toepassing^{xix}.

Patiënten die lange tijd in het ziekenhuis verblijven zullen niet alleen de [remgelden op de verpleegdagprijs en de farmaceutische verstrekkingen](#) moeten betalen maar ook de remgelden voor de medische wachtdienst of het toezicht. Om oplopende kosten ten laste van de patiënt te vermijden, moeten de patiënten met een voorkeurstarief nooit remgelden betalen voor de medische wachtdienst of het toezicht. Patiënten zonder voorkeurstarief betalen in theorie nooit meer dan 350 BEF remgeld per dag maar een lange verblijfsduur kan dus wel aanleiding geven tot hoge remgelden. We constateren een significante Pearson correlatie van 0,49 tussen de verblijfsduur en de factuur ten laste van de patiënt in het bestand verstrekkingen. Indien we de ligduur als verklarende variabele gebruiken voor de uitgaven ten laste van de patiënt in het bestand van de verstrekkingen bekomen we in een regressiemodel een significante coëfficiënt van 79,2. Per extra ligdag betaalt een patiënt dus gemiddeld 79,2 BEF extra uit eigen zak. We schrijven deze correlatie tussen ligduur en persoonlijke factuur voornamelijk toe aan de honoraria voor medische wachtdienst of toezicht.

In tabel 36a brachten we alle nomenclatuurnummers m.b.t. medische wachtdienst en toezicht samen. De toezichthonoraria met de hoogste gemiddelde factuur per verblijf bevinden zich op het vlak van de kindergeneeskunde en de psychiatrie.

kinesitherapieverstrekkingen

In de globale inleiding op de remgelden ([zie H1-2.1](#)) stelden we reeds vast dat het percentage ten laste van de patiënt (remgeld / (remgeld + RIZIV-uitgaven)) zeer hoog was in de kinesitherapie. Tussen 1995 en 1999 bedroeg dit percentage steeds meer dan 20%. Het absolute bedrag ten laste van de patiënt per verstrekking is echter nooit meer dan 200 BEF en de patiënten met een voorkeursregeling betalen daarenboven minder remgeld. Kinesitherapieverstrekkingen worden echter meestal enkele malen herhaald waardoor de

factuur ten laste van de patiënt kan oplopen. Zelfstandigen zonder aanvullende verzekering krijgen geen tegemoetkoming van de mutualiteiten en betalen het merendeel van de kinesitherapieverstrekkingen volledig zelf.

De individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut, per individuele rechthebbende, een gemiddelde globale duur van 30 minuten bedraagt, neemt 73% van de totale factuur ten laste van de patiënt in op het vlak van de kinesitherapie (tabel 38). Hieronder (zie [H4-2.3C Pathologiegroepen](#)) bestuderen we bij welke pathologiegroepen de kinesitherapieverstrekkingen vooral voorkomen.

Overige nomenclatuurnummers

Bij de indeling van de nomenclatuurnummers op basis van de N-codes haalden naast de toezichthonoraria (51,1%) en de kinesitherapie (30,8%) ook de fysiotherapie (3,7%), dringende geneeskundige verstrekkingen (3,8%) en de gewone technisch geneeskundige verstrekkingen (3,6%) een aandeel in de totale factuur ten laste van de patiënt van meer dan 3,5%. (tabel 36b) We vermoeden dat vooral de fysiotherapie (zoals de kinesitherapie) pathologiegebonden zal zijn.

Indien we alle nomenclatuurnummers met uitzondering van de grote risico's waarbij geen remgeld gevraagd kan worden, ordenen op basis van de totale factuur ten laste van de patiënt nemen inderdaad de toezicht-, kinesitherapie-, fysiotherapie-, dringende en gewone technisch geneeskundige verstrekkingen de eerste plaatsen in (tabel 39a).

De gewone technische geneeskundige verstrekkingen hebben vooral een hoog aandeel in de uitgaven ten laste van de patiënt omwille van de bloed- of plasmatransfusie (nomenclatuurcodes 149.122 en 149.181). Het hoge aandeel van de cardiologie dat de zesde plaats innam in de classificatie volgens N-code, wordt vooral veroorzaakt door electrocardiografische onderzoeken (nomenclatuurcodes 475.086 en 476.221)

In plaats van te ordenen op basis van totale factuur ten laste van de patiënt kunnen we ook een rangschikking maken door per nomenclatuurnummer rekening te houden met het gemiddelde bedrag per verblijf (tabel 39b). Opvallend is dat de tandprothesen de hoogste plaatsen innemen met een gemiddelde factuur ten laste van de patiënt van meer dan 1000 BEF. Ook enkele toezicht- en kinesitherapieverstrekkingen zorgen voor een gemiddeld bedrag ten laste van de patiënt van meer dan 1000 BEF. Het lijstje met nomenclatuurnummers die een gemiddeld bedrag (ten laste van de patiënt) per verblijf veroorzaken van meer dan 1.000 BEF wordt vervolledigt met een logopedisch onderzoek (771.444), een pneumologisch onderzoek voor het bepalen van de ventilatieongelijkheid (471.343) en de follikelaspiratie door punctie onder echografische controle of door laparoscopie (432.445).

C) Pathologiegroep

MDC

De MDC's met de langste gemiddelde ligduur hebben ook de hoogste mediane en gemiddelde facturen ten laste van de patiënt. Tracheotomie (5.511 BEF), beenmergtransplantatie (3.307 BEF), multipale traumata (2.015 BEF) en HIV infecties (1.395 BEF) hebben de hoogste mediane facturen. Dit zijn echter pathologiegroepen met een relatief gesproken klein aantal verblijven (tabel 40a).

DRG

Enkele DRG's uit MDC 15 (Pasgeborenen, perinatale periode) hebben een hoge mediane factuur ten laste van de patiënt (tabel 40b). Eén van die DRG's (RDRG 602) heeft zelfs een mediane factuur ten laste van de patiënt van meer dan 10.000 BEF.

We merken op dat de DRG's met een hoge mediane factuur ten laste van de patiënt ook een hoge gemiddelde ligduur vertonen. Zoals reeds hoger werd aangehaald zijn vooral toezichtshonoraria dan verantwoordelijk voor de hoge persoonlijke factuur. DRG 131 (cystic fibrosis) en DRG 850 (voornamelijk fertiliteit) hebben echter een korte gemiddelde ligduur (respectievelijk 10 en 9 dagen) en toch nog een hoge persoonlijke factuur. Mucoviscidose patiënten krijgen vaak [kinesitherapeutische](#) behandelingen en bepaalde fertiliteitspatiënten krijgen een [follikelaspiratie](#). Zoals we bij de nomenclatuurcodes bespraken, vallen beide verstrekkingen duur uit voor de patiënt.

2.4 Daghospitalisatie

A) Inleiding

De 101.897 verblijven uit de 30 ziekenhuizen van onze steekproef zorgen voor 764.767.020 BEF ten laste van de mutualiteiten en voor 24.137.673 BEF ten laste van de patiënt (tabel 35). Per verblijf is dit een gemiddelde factuur ten laste van de patiënt van 245 BEF en een gemiddelde factuur ten laste van de mutualiteit van 7.749 BEF. Gemiddeld valt per verblijf 3,1% van de totale factuur ten laste van de patiënt. Per verblijf worden gemiddeld 3,4 verschillende nomenclatuurnummers en 3,5 verstrekkingen^{xx} geregistreerd. Het grootste deel van de verblijven (96,9%) uit de steekproef hebben minstens één registratie in dit bestand.

B) Nomenclatuurcodes

In dit bestand werden 1.485 verschillende nomenclatuurnummers geregistreerd. We aggregeerden deze nomenclatuurnummers op basis van de N-codering (tabel 36a). Zoals in klassieke hospitalisatie nemen ook in daghospitalisatie de honoraria m.b.t. medische wachtdienst en toezicht het grootste aandeel (39,6%) van de uitgaven ten laste van de patiënt in. Daarna volgen de aandelen van de gynecologie en verloskunde (12,7%), de pathologische anatomie (8,8%), gastro-enterologie (7,4%) en de tandverzorging (6,7%).

Aangezien de daghospitalisatie per definitie slechts één dag in beslag neemt, kunnen de remgelden bij de toezichthonoraria nooit hoog oplopen omdat het remgeld per dag nooit de 200 BEF overschrijdt. Indien de nomenclatuurnummers gerangschikt worden volgens hun aandeel in de totale factuur ten laste van de patiënt uit dit bestand dan springt het coördinatiehonorarium voor de dagopname (599.480) in het oog met een aandeel van 17,6% in de totale persoonlijke factuur (tabel 41a). De gemiddelde persoonlijke factuur per verblijf van dit coördinatiehonorarium bedraagt echter slechts 182 BEF. De follikelaspiratie (432.434) heeft een aandeel van 12,6% maar de gemiddelde factuur ten laste van de patiënt bij deze verstrekking is een stuk hoger, namelijk 1.177 BEF. Enkele andere verstrekkingen met een groot aandeel in de totale factuur ten laste van de patiënt zijn het anatomopathologisch onderzoek door inclusie en coupe (588.011), de baarmoedercuretage (220.290) en enkele toezichthonoraria. Het gemiddelde bedrag ten laste van de patiënt per verblijf blijft vrij beperkt voor deze laatste verstrekkingen.

In tabel 41b verzamelden we de nomenclatuurnummers met de hoogste gemiddelde facturen ten laste van de patiënt per verblijf. Verstrekkingen op het vlak van de conserverende

tandzorg hebben de hoogste gemiddelde factuur ten laste van de patiënt, zelfs tot meer dan 2.000 BEF. De follikelaspiratie (432.434) is de enige verstrekking die, naast de tandverzorging, ook vrij frequent voorkomt (bij 2,5% van alle verblijven) en een hoge gemiddelde factuur heeft, namelijk 1.177 BEF ten laste van de patiënt.

C) Pathologiegroep

Op MDC niveau is er geen enkele pathologiegroep met een gemiddelde factuur ten laste van de patiënt van meer dan 700 BEF (tabel 42a).

Op DRG niveau zijn er twee grote pathologiegroepen (850 en 513) die vooral fertiliteitpatiënten bevatten, met een gemiddelde factuur ten laste van de patiënt van respectievelijk 1.948 en 1.528 BEF (tabel 42b).

De geaggregeerde hoofddiagnoses m.b.t. de begeleiding van de voortplanting en de infertiliteit van de vrouw vertonen opnieuw een hoge factuur ten laste van de patiënt (tabel 42c). De donoren, abortus en ziekten van tandweefsels hebben eveneens een mediane factuur ten laste van de patiënt van meer dan 900 BEF.

3 Artikel 27 t.e.m. 31

3.1 Inleiding

In dit bestand worden de verstrekkingen opgenomen uit de artikelen 27 tot en met 31. Het zijn de verstrekkingen met nomenclatuurnummers tussen 600.000 en 679.999, namelijk brillen en andere oogprothesen, hoortoestellen, banden, orthopedische toestellen en andere prothesen. Per verblijf wordt het totale bedrag ten laste van de patiënt en ten laste van de mutualiteit voor deze groep verstrekkingen in zijn geheel opgevraagd. We beschikken dus niet over informatie tot op nomenclatuurniveau.

Tussen de nomenclatuurnummers die tot dit bestand behoren, zitten zowel kleine als grote risico's. Een groot gedeelte van deze verstrekkingen heeft een vaste terugbetalingsprijs die niet noodzakelijk de volledige kostprijs dekt. Ziekenhuizen kunnen steeds materiaalsupplementen aanrekenen aan de patiënt om de volledige aankoopprijs van de materialen te kunnen dekken. We trachten bepaalde pathologieën te detecteren waarbij hoge uitgaven worden gedaan ten laste van de patiënt.

3.2 Algemeen

In klassieke hospitalisatie krijgen 13,5% (28.304) van de verblijven een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 (tabel 43). De gemiddelde factuur (van die 13,5% van de verblijven) ten laste van de patiënt bedraagt 4.374 BEF en de gemiddelde factuur ten laste van de mutualiteit is 20.606 BEF. De mediane factuur ten laste van de patiënt bedraagt 273 BEF. Percentiel 75 bedraagt reeds 4.910 en percentiel 95 zelfs 22.893 BEF. Er zijn dus 1.887 (0,67% van alle verblijven) verblijven met een persoonlijke factuur van meer dan 22.893 BEF (tabel 43).

In daghospitalisatie krijgt 9,3% (9.462) van de verblijven een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 (tabel 43). De gemiddelde facturen (van die 9,3 % van de verblijven) ten laste van de patiënt en ten laste van de mutualiteit bedragen respectievelijk 2.193 en 5.883 BEF. De mediane factuur ten laste van de patiënt is 0 BEF maar percentiel 75 bedraagt reeds 4.624 BEF. Er zijn zelfs 473 (0,46% van alle verblijven) verblijven met een persoonlijke factuur van meer dan 9.670 BEF (percentiel 95) (tabel 43).

3.3 Validatie

Uit tabel 44a blijkt dat de factuur ten laste van de patiënt op het vlak van artikel 27 t.e.m. 31 grote verschillen vertoont, zowel in klassieke als daghospitalisatie, tussen de ziekenhuizen. In klassieke hospitalisatie registreert 33% van de ziekenhuizen nauwelijks persoonlijke aandelen terwijl zij toch steeds een aanzienlijk percentage verblijven hebben met verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31. We kunnen niet tot op nomenclatuurniveau vergelijken, maar we vermoeden dat het coderingsgedrag deze verschillen veroorzaakt. In daghospitalisatie zijn het dezelfde 33% van de ziekenhuizen die nauwelijks bedragen ten laste van de patiënt registreren. Zelfs voor dezelfde pathologieën worden zeer verschillende bedragen geregistreerd tussen beide groepen van ziekenhuizen. Deze coderingsverschillen komen duidelijk tot uiting bij enkele pathologiegroepen die frequent voorkomen in het bestand met artikelen 27 t.e.m. 31 (tabel 44b).

Door het afwijkende coderingsgedrag van deze ziekenhuizen kan de werkelijke factuur ten laste van de patiënt op het vlak van artikel 27 t.e.m. 31 onderschat worden. Daarom werden berekeningen uitgevoerd zowel op de gegevens van alle ziekenhuizen als op de gegevens van een selectie van ziekenhuizen die alleen bestond uit ziekenhuizen die de artikelen 27 t.e.m. 31 correct registreren. Aangezien de berekeningen op de selectie van ziekenhuizen het best zullen stroken met de werkelijkheid, worden die resultaten uitgebreid besproken. Belangrijke verschillen met de berekeningen op de gegevens van alle ziekenhuizen kunnen aangehaald worden om het belang van correct coderen aan te tonen.

Bovendien wordt in de bespreking enkel rekening gehouden met de verblijven die effectief een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 ontvingen. Het procentueel aandeel van deze verblijven met verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 ten opzichte van de totale patiëntengroep wordt telkens aangegeven.

De bespreking is beperkt tot pathologiegroepen met meer dan 5 verblijven en een relatief hoge mediane factuur voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31. Daarom worden ook in de tabellen enkel pathologiegroepen met meer dan 5 verblijven getoond. Deze voorwaarde wordt gesteld omdat we niet elke pathologiegroep tot bijna op patiëtniveau kunnen bestuderen.

3.4 Klassieke hospitalisatie

A) MDC

Bij 3 MDC's ligt het percentage verblijven met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 hoger dan 50%, namelijk tracheotomie met 91% (MDC p3), aandoeningen van het oog met 72% (MDC 2) en multipale traumata met 64% (MDC 25) (tabel 45). De 207 tracheotomieën en de 145 multipale traumata met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 hebben een mediane factuur van respectievelijk 1.545 BEF en 3.580 BEF. De 3.323 aandoeningen van het oog met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 hebben de hoogste mediane factuur (5.930 BEF) van alle MDC's. Andere MDC's met een lager percentage verblijven met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 maar een hoge mediane factuur zijn de aandoeningen van spier, bot en huidweefsel (MDC 8) met 29.458 verblijven, waarvan 31% een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 kreeg, en de beenmergtransplantaties (MDC p2) met 92 verblijven, waarvan slechts 8% een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 ontving. De mediane factuur bedraagt respectievelijk 4.495 en 1.831 BEF. De aandoeningen van spier, bot en huidweefsel (MDC 8) hebben tevens een percentiel 75 van 10.933 BEF wat betekent dat 2.307 verblijven een factuur van 10.933 BEF of meer ontvingen.

Betreffende het aantal verblijven met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 scoren de circulatoire aandoeningen (MDC 5) hoog met 5.057 verblijven, wat overeenkomt met 22% van alle verblijven binnen deze MDC. De mediane factuur bedraagt hier 1.787 BEF en percentiel 75 zelfs 6.799 BEF. 1.264 verblijven met een circulatoire aandoening hebben dus een factuur ten laste van de patiënt boven 6.799 BEF.

Wanneer we dezelfde analyse uitvoeren zonder rekening te houden met het coderingsgedrag van de ziekenhuizen, krijgen we enigszins andere resultaten. We zien dat de mediane factuur bij het merendeel van de MDC's minder groot is. Bij MDC 8 ligt de mediane factuur zelfs 3.976 BEF lager. Deze MDC vertoont een mediaan van 524 BEF en is hiermee slechts de achtste duurste MDC. Na selectie van de ziekenhuizen springt deze MDC duidelijk in het oog als tweede duurste MDC met een mediaan van 4.503 BEF (tabel 45).

B) DRG

De 6 duurste DRG's behoren tot de **aandoeningen van spier, bot en huidweefsel** (MDC 8). Het relatieve aandeel verblijven met een verstreking uit artikel 27 t.e.m. 31 is steeds ten minste 64%. De mediane factuur schommelt tussen 16.672 en 34.421 BEF (tabel 46).

- 300: Bilateral & Multiple Major Joint Procs Of Lower Extremity
- 302: Major Joint & Limb Reattach Proc Of Lower Extrem Exc For Trauma
- 303: Dorsal and Lumbar Fusion Procedures For Curvature Of Back
- 306: Major Joint & Limb Reattachment Procedures Of Upper Extremity
- 304: Dorsal & Lumbar Fusion Proc Except For Curvature Of Back
- 301: Major Joint & Limb Reattach Proc Of Lower Extremity For Trauma

Ook andere DRG's behorende tot de aandoeningen van spier, bot en huidweefsel (MDC 8) veroorzaken een hoge persoonlijke factuur op het vlak van artikel 27 t.e.m. 31. De mediaan schommelt tussen 2.297 en 5.881 BEF.

- 308: Hip & Femur Procedures Except Major Joint For Trauma
- 310: Ingrepen op rug en nek behalve spinale arthrodesis
- 309: Hip & Femur Procedures Except Major Joint For Nontrauma
- 340: Fractures Of Femur
- 307: Cranial & Facial Bone Reconstructive Procedures
- 305: Amputation For Musculoskelet System & Conn Tissue Disorders
- 312: Skin Grft & Wnd Debrid Exc Opn Wnd, For Ms & Conn Tis Dis, Exc Hand

De 13 hogergenoemde DRG's vertegenwoordigen samen 4.548 verblijven (uit de selectie van 66% van de ziekenhuizen) met een verstreking uit artikel 27 t.e.m. 31. DRG 302 vertegenwoordigt 46% van deze verblijven en DRG 308 vertegenwoordigt 25% ervan. Van de verblijven uit beide DRG's ontvangen minstens 98% een verstreking uit artikel 27 t.e.m. 31. De mediane factuur ten laste van de patiënt bij DRG 302 bedraagt 24.530 BEF. Enkel de 19 verblijven binnen DRG 300 krijgen een hogere mediane persoonlijke factuur (34.421 BEF) gepresenteerd.

Indien we het coderingsgedrag van de ziekenhuizen niet in rekening brengen en dus geen selectie van ziekenhuizen doorvoeren, vertoont de mediane factuur van enkele DRG's aanzienlijk lagere bedragen. Bij de DRG's 300 en 302 ligt de mediaan respectievelijk 17.480 en 10.588 BEF lager. Het niet doorvoeren van een selectie van de ziekenhuizen, zou bijgevolg een grote vertekening van de resultaten tot gevolg hebben.

Zeven DRG's op het vlak van **circulatoire aandoeningen** (mdc 5) hebben een mediane factuur tussen 2.720 en 13.091 BEF (tabel 46).

- 166: Coronary Bypass W/o Malfunctioning Coronary Bypass W/o Cardiac Cath
- 162: Cardiac Valve Procedures W Cardiac Catheterization
- 165: Coronary Bypass W/o Malfunctioning Coronary Bypass W Cardiac Cath
- 169: Major Abdominal Vascular Procedures
- 173: Other vascular Procedures
- 168: Major Thoracic Vascular Procedures
- 195: Diepe veneuze thromboflebitis

Deze DRG's vertegenwoordigen samen 2.661 verblijven met een verstreking uit artikel 27 t.e.m. 31. Dit is 84% van alle verblijven binnen deze pathologiegroepen. DRG 165 en DRG 173 vertegenwoordigen respectievelijk 33% en 34% van de verblijven (uit de zeven bovenstaande DRG's) met een verstreking uit artikel 27 t.e.m. 31. De mediane factuur van een coronaire overbrugging met hartcatheterisatie (drg 165) bedraagt 7.350 BEF en de andere vasculaire ingrepen (DRG 173) hebben een mediane factuur van 3.621 BEF. Indien geen rekening gehouden wordt met het coderingsgedrag van de ziekenhuizen, liggen de mediane facturen tot 2.954 BEF lager.

Bij de **aandoeningen van het oog** (MDC 2) worden vooral de ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie (DRG 73) opgemerkt. Hier krijgen 3.021 verblijven een verstreking uit

artikel 27 t.e.m. 31. Dit is 97% van het totaal aantal verblijven binnen DRG 73. De mediane factuur bedraagt 5.930 BEF.

Drg 71 (Intraocular Procedures Except Lens) en Drg 72 (Extraocular Procedures Except Orbit) vertegenwoordigen een minder grote groep verblijven, waarvan het percentage met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 ook lager ligt, met daarenboven een lagere mediane factuur. DRG 082 (Other Disorders Of The Eye) heeft de hoogste mediane factuur (6.002 BEF). Slechts 11 (of 3%) verblijven uit DRG 082 krijgen echter een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31.

Bij de **aandoeningen van het zenuwstelsel** (MDC 1) merken we 2 DRG's op met een hoge mediane factuur. Dit zijn DRG 22 (Ventricular Shunt Procedures) en drg 23 (Spinal Procedures) met een mediane factuur van respectievelijk 7.908 en 4.770 BEF. Respectievelijk 90% (of 84 verblijven) en 38% (of 71 verblijven) van de verblijven binnen deze pathologiegroepen ontving een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31. Opnieuw zien we lagere mediane facturen (tot 2.568 BEF minder) als we het coderingsgedrag van de ziekenhuizen buiten beschouwing laten.

Andere verblijven die een verstrekking ontvingen uit artikel 27 t.e.m. 31, die niet gegroepeerd kunnen worden onder hierboven vermelde MDC's, betalen een mediane persoonlijke factuur tussen 6.476 BEF en 3.009 BEF.

- 361: Skin Graft & Wound Debrid For Skin Ulcer & Cellulitis
- 910: Craniotomy, Spine, Hip & Major Limb Procedure For Multiple Significant Trauma
- 815: Ander letsel, vergiftigingen en toxische effecten
- 850: Procedures With Diagnoses Of Other Contact With Health Services
- 363: ingrepen op de borsten, behalve mastectomie
- 122: andere ingrepen op het ademhalingsstelsel

Van DRG 910 ontvangt 90% van de 77 verblijven een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31. Dit percentage ligt gevoelig lager bij de andere DRG's. Ook hier worden zonder selectie van de ziekenhuizen door te voeren, lagere mediane facturen gezien. Het verschil kan tot 3.753 BEF bedragen (DRG 850).

Omwille van hun grote aantal verblijven worden volgende DRG's vermeldenswaardig geacht. Uit DRG 92 (Facial Bone Procedures Except Major Head & Neck) ontvangen 310 verblijven verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31. Dit is 76% van het totaal aantal verblijven. De mediane factuur bedraagt 2.522 BEF, het percentiel 75 bedraagt 6.411 BEF. DRG 313 (Knee & Lower Leg Procedures Except Foot) groepeerd een aanzienlijk aantal verblijven waarvan 35% (of 1.399 verblijven) een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 ontvangt. De mediane factuur bedraagt 1.771 BEF en percentiel 75 loopt op tot 7.488 BEF.

Een overzicht van DRG's met een hoge mediane factuur ten laste van de patiënt, zowel voor als na selectie van de ziekenhuizen, wordt weergegeven in tabel 46.

C) ICD-9-code

Geaggregeerde hoofddiagnoses met minstens 5 verblijven met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 worden weerhouden. Daarenboven worden enkel die geaggregeerde hoofddiagnoses besproken met een aanzienlijke persoonlijke mediane factuur of een groot aantal verblijven met verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 (tabel 47). Vervolgens wordt de persoonlijke factuur van de besproken geaggregeerde hoofddiagnoses uitgesplitst tot op het niveau van de hoofddiagnoses. Ook hier gelden bovengenoemde criteria (tabel 48).

De hoogste mediane facturen voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 komen toe aan vijf geaggregeerde hoofddiagnoses die geclassificeerd worden onder **Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue** (tabel 47). Het betreft:

- 737: Curvature of spine
- 715: Osteoarthritis and allied disorders
- 724: Other and unspecified disorders of back
- 738: Other acquired deformity
- 722: Intervertebral disc disorders

Deze pathologiegroepen vertegenwoordigen 2.204 verblijven met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31, waarvan de mediane factuur schommelt tussen 11.824 en 23.468 BEF. De geaggregeerde hoofddiagnose 715 vertegenwoordigt 86% van deze verblijven. Binnen deze pathologiegroep krijgt 79% een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 en betaalt hiervoor een mediane factuur van 23.468 BEF.

Onder Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue worden nog enkele andere geaggregeerde hoofddiagnoses gegroepeerd met een relatief hoge mediane factuur ten laste van de patiënt voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31. Het zijn:

- 730: Osteomyelitis, periostitis, and other infections involving bone
- 723: Other disorders of cervical region
- 736: Other acquired disformaties of limbs
- 716: Other and unspecified arthropathies
- 721: Spondylois and allied disorders
- 717: Internal derangement of knee
- 719: Other and unspecified disorders of joint
- 733: Other disorders of bone and cartilage

Deze 8 pathologiegroepen zijn verantwoordelijk voor 605 verblijven met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31, waarvan meer dan de helft lijdt aan overige aandoeningen van bot en kraakbeen (geaggregeerde hoofddiagnose 733). De mediane factuur schommelt tussen 10.386 BEF en 5.908 BEF.

Betreffende osteo-artrose en verwante aandoeningen (geaggregeerde hoofddiagnose 715) wordt een analyse uitgevoerd tot op het niveau van de hoofddiagnoses (tabel 48). 46% van de 1.866 verblijven, met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31, ontvangt een factuur waarvan de mediane waarde 23.468 BEF (mediaan van de geaggregeerde hoofddiagnose 715) overstijgt. Het gaat om volgende hoofddiagnoses, geordend volgens dalend bedrag van de mediane factuur die schommelt tussen 44.034 en 23.999 BEF:

- 715.11: Osteoarthritis, localized, primary shoulder region
- 715.96: Osteoarthritis, unspecified whether generalized or localized, lower leg
- 715.95: Osteoarthritis, unspecified whether generalized or localized, pelvic region and thigh
- 715.15: Osteoarthritis, localized, primary pelvis region and thigh
- 715.25: Osteoarthritis, localized, secondary, pelvic region and thigh
- 715.26: Osteoarthritis, localized, lower leg

Samengevat kan gesteld worden dat de osteo-artrose bij het merendeel van de verblijven betrekking heeft op de bekkenstreek, het boven- en onderbeen.

Ook andere hoofddiagnoses genereren een mediane factuur, voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31, die beduidend hoger ligt dan deze op het geaggregeerde niveau. Zo ontvangen 6 verblijven met niet gespecificeerde artropathieën ter hoogte van het onderbeen (hoofddiagnose 716.96) een mediane factuur van 24.712 BEF (tabel 48). Dit bedrag ligt aanzienlijk hoger dan de mediane factuur op het geaggregeerde niveau (code 716) waar ze 7.596 BEF bedraagt. Het verschil in mediane factuur belooft 17.116 BEF. Deze vaststelling bevestigt dat het belangrijk is de uitgaven, voor artikel 27 t.e.m. 31 ten laste van de patiënt, te analyseren tot op het niveau van de hoofddiagnoses aangezien de mediane uitgaven op het niveau van de

geaggregeerde hoofddiagnoses soms vrij heterogeen kunnen zijn. In dit opzicht verwijzen we eveneens naar hoofddiagnoses 724.3 , 722.52, 737.30, 730.15 en 736.6.

Ook onder **Diseases of Circulatory System** worden dure geaggregeerde hoofddiagnoses geclassificeerd met mediane facturen tussen 4.592 en 10.506 BEF. Het zijn:

- 395: Diseases of aortic valve
- 447: Other disorders of arteries and arterioles
- 394: Diseases of mitral valve
- 405: Secondary hypertension
- 441: Other acute and subacute forms of ischemic heart disease
- 414: Other forms of chronic ischemic heart disease

Deze pathologiegroepen vertegenwoordigen samen 1.981 verblijven met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31, wat 46% is van al hun verblijven. De overige vormen van chronische ischemische hartaandoeningen (geaggregeerde hoofddiagnose 414) zijn verantwoordelijk voor 82% van de 1.981 verblijven uit deze zes pathologiegroepen.

Analyse van de hoofddiagnoses duidt opnieuw sterk afwijkende mediane facturen aan. De afwijking is het grootst bij de niet gespecificeerde artriitis (hoofddiagnose 447.6). Hier betaalt 34% van de verblijven een mediane factuur van 20.905 BEF. Terwijl de mediane factuur op het geaggregeerde niveau slechts 8.396 BEF bedraagt.

Verschillende geaggregeerde hoofddiagnosen met een hoge mediane factuur, voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31, komen uit **Injury and Poisoning**. Het zijn:

- 820: Fracture of neck of femur
- 821: Fracture of other and unspecified parts of femur
- 996: Complications peculiar to certain specified procedures
- 840: Sprains and strains of shoulder and upper arm
- 959: Injury, other and unspecified
- 844: Sprains and strains of hip and thigh

Het gaat hier om 2.631 verblijven met een mediane factuur, voor verstrekking van artikel 27 t.e.m. 31, van 5.110 tot 11.336 BEF. De geaggregeerde hoofddiagnose 820 vertegenwoordigt 64% van deze verblijven. De mediane factuur, voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31, bedraagt 11.336 BEF. Op het niveau van de hoofddiagnose stellen we opnieuw afwijkende mediane facturen vast. De patiënt met hoofddiagnose 820.22 betaalt een mediane factuur van 15.916 BEF, wat de hoogste mediane factuur is uit deze patiëntengroep.

436 verblijven met geaggregeerde hoofddiagnose 996 (complications peculiar to certain procedures) ontvangen minstens één verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 en betalen hiervoor een mediane factuur van 7.481 BEF. Op het niveau van de hoofddiagnoses wordt echter vastgesteld dat 58% van deze verblijven een factuur betaalt waarvan het mediane bedrag schommelt tussen 13.029 en 20.667 BEF. Dit laatstgenoemde bedrag komt ten laste van 6 verblijven met hoofddiagnose 996.4 (mechanical complication of internal orthopedic device, implant or graft).

Ook andere hoofddiagnoses genereren een mediane factuur voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 die hoger ligt dan de mediane factuur op het geaggregeerde niveau. Het betreft: 820.09, 820.9, 820.01, 820.30, 821.11, 821.23, 840.4, 959.8 en 844.2 (tabel 48).

Enkele geaggregeerde hoofddiagnoses met een hoge mediane factuur voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 behoren tot **Diseases of the nervous system and sense organs**:

- 389: Hearing loss
- 385 : Other disorders of middle ear and mastoid
- 331: Other cerebral degenerations
- 366: Cataract

- 379: Other disorders of eye

Het gaat hier om 3.364 verblijven met een mediane factuur, voor verstrekkingen van artikel 27 t.e.m. 31, van 5.081 tot 9.895 BEF. 96% van deze verblijven behoort tot de geaggregeerde hoofddiagnose 366 (cataract), waarvan 96% een verstrekking ontving uit artikel 27 t.e.m. 31. De mediane factuur bedraagt hier 7.539 BEF. Op het niveau van de hoofddiagnoses wordt vastgesteld dat 49% van de verblijven echter een hogere mediane factuur betaalt dan deze op het geaggregeerde niveau. Het betreft hoofddiagnoses 366.19, 366.09, 366.18, 366.02, 366.16, 366.9, 366.00, 366.41 en 366.14 waarvan de mediane factuur schommelt tussen 5.966 en 9.076 BEF. De discrepantie tussen de mediane factuur op het niveau van de geaggregeerde hoofddiagnoses en de hoofddiagnoses wordt eveneens vastgesteld bij hoofddiagnoses 385.32 en 331.3 (tabel 48).

Nog te vermelden zijn enkele pathologiegroepen met een klein aantal verblijven maar een aanzienlijke mediane factuur voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31. De geaggregeerde hoofddiagnosen 742 (Other congenital anomalies of nervous system) behoort tot **Congenital Anomalies**. De mediane factuur voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 bedraagt 10.306 BEF. Het gaat hier slechts om 11 verblijven. 7 van de 11 verblijven worden gegroepeerd binnen de hoofddiagnose 742.3 met een hogere mediane factuur (15.806 BEF).

Een laatste geaggregeerde hoofddiagnose is V50 (elective surgery for purposes other than remedying health states) en V51 met mediane facturen, voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31, van respectievelijk 9.090 BEF en 4.400 BEF. Het betreft 23 verblijven die een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 ontvangen.

Wanneer we geen rekening houden met het coderingsgedrag van de ziekenhuizen, doen we enkele opmerkelijke vaststellingen. Voor selectie ligt de mediane factuur bij een groot aantal geaggregeerde hoofddiagnoses beduidend lager dan na selectie van de ziekenhuizen. Het grootste verschil (13.450 BEF) stellen we vast bij de geaggregeerde hoofddiagnose 724 (tabel 47). Wanneer we geen selectie doorvoeren, zien we een mediane factuur van 5.000 BEF ten opzichte van 18.450 BEF na selectie.

Wanneer we geen selectie zouden doorgevoerd hebben, zouden we verschillende hoofddiagnosen niet als duur beschouwd hebben omdat hun mediaan voor selectie zeer laag was t.o.v. na selectie. Voorbeelden hiervan zijn: 730 (2.537 BEF voor en 10.368 BEF na selectie), 996 (1.469 BEF voor en 7.481 BEF na selectie), 733 (1.807 BEF voor selectie en 5.908 BEF na selectie), 844 (1.060 BEF voor selectie en 5.110 BEF na selectie), 716 (1.272 BEF voor en 4.941 BEF na selectie) en 823 (1.043 voor en 4.209 BEF na selectie). Meerdere pathologiegroepen vertonen voor selectie zelfs een mediane factuur die gelijk is aan nul BEF, terwijl we na selectie een aanzienlijke factuur ten laste van de patiënt vaststellen. Het betreft pathologiegroepen 722, 723, 717, 840, 719, 459 en 443 waarvan de mediane voor selectie gelijk was aan nul en na selectie oploopt tot 12.275 BEF. Dit toont aan dat het doorvoeren van de statistische analyse op een selectie van ziekenhuizen noodzakelijk was om de uitgaven ten laste van de patiënt juist in kaart te brengen.

3.5 Daghospitalisatie

In een eerste fase bestuderen we de factuur voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 ten laste van de patiënt per MDC. Daarna analyseren we dezelfde factuur per DRG, geaggregeerde hoofddiagnose en hoofddiagnose. Enkel die pathologiegroepen waarvan meer dan 5 verblijven een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 ontvingen, worden weerhouden. Vervolgens worden de pathologiegroepen met hoge mediane factuur ten laste van de patiënt

en /of een belangrijk aandeel verblijven met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 besproken.

A) MDC

Bij 4 MDC's ligt het percentage verblijven met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 hoger dan 5%. Het betreft aandoeningen van het oog (MDC 2), aandoeningen van neus, keel, oor (MDC 3), aandoeningen van lever, galblaas, pancreas (MDC 7) en multipele traumata (MDC 25) (tabel 49).

Een aanzienlijk percentage (74%) van de verblijven met aandoeningen van het oog (MDC 2) ontvangt een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31. Het gaat om 2.489 verblijven, die hiervoor een mediane factuur betalen van 7.147 BEF. De factuur voor percentiel 95 bedraagt zelfs 9.670 BEF. 24% (of 2.125) van de verblijven met aandoeningen van neus, keel of oor (MDC 3) krijgt eveneens een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31, maar het percentiel 75 van de factuur bedraagt slechts 45 BEF. 30 verblijven (13%) met een aandoening van lever, galblaas of pancreas krijgen een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 met een mediane factuur van 1.629 BEF.

Binnen bepaalde MDC's ligt het percentage verblijven dat een verstrekking ontvangt uit artikel 27 t.e.m. 31 zeer laag (minder dan 2 %), doch de mediane factuur die de patiënt hiervoor dient te betalen, is aanzienlijk.

Zo zijn er 43 (1,3%) verblijven uit MDC 23 (contact met ziekenhuizen en andere factoren die de gezondheid beïnvloeden) met een mediane factuur ten laste van de patiënt van 3.038 BEF, 8 (0,3%) verblijven uit MDC 13 (aandoeningen van vrouwelijke geslachtsorganen) met een mediane factuur van 3.095 BEF en 6 (0,3%) verblijven uit MDC 1 (aandoeningen van het zenuwstelsel) met een mediane factuur van 4.427 BEF.

Indien geen rekening gehouden wordt met het coderingsgedrag van de ziekenhuizen, vertonen enkele MDC's een beduidend lagere mediane factuur, ten laste van de patiënt, voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31. MDC 1 heeft zelfs een mediane factuur van 0 BEF. Bij MDC 2 (aandoeningen van het oog) ligt de mediane factuur 2.584 BEF lager. Dit toont aan dat het coderingsgedrag van de ziekenhuizen de factuur ten laste van de patiënt voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 sterk kan beïnvloeden.

B) DRG's

Na schrapping van de DRG's met minder dan 5 verblijven, restten ons slechts 17 pathologiegroepen met een mediane factuur ten laste van de patiënt die hoger is dan nul (tabel 50).

De drie DRG's met de hoogste mediane factuur voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 ten laste van de patiënt komen uit MDC 02 (**aandoeningen van het oog**). De mediane factuur ten laste van de patiënt varieert tussen 6.352 en 7.168 BEF. Deze drie DRG's zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 2.486 verblijven met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31. Hiervan ondergaan 2.411 verblijven ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie (DRG 073). Dit is 98% van alle verblijven binnen deze DRG. 47% van de verblijven met intra-oculaire ingrepen behalve op de lens (DRG 71) krijgt een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31. Slechts 1,34% van de verblijven met extra-oculaire ingrepen behalve op de orbita (DRG 72) kreeg een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31.

Bij enkele DRG's, die **moeilijk te groeperen zijn omdat ze tot verschillende MDC's behoren**, schommelt de mediane factuur ten laste van de patiënt voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 rond de 3.000 BEF. Het betreft 4 pathologiegroepen waarvan telkens een klein percentage verblijven een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 ontving. Dit percentage

ligt tussen 2,4% en 11,2%. Het betreft volgende DRG's: andere factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden (DRG 862), maligne aandoeningen van de vrouwelijke geslachtsorganen (DRG 530), nieuwvormingen van het ademhalingsstelsel (DRG 136) en maligne aandoeningen van het spijsverteringsstelsel (DRG 240).

Voor enkele DRG's, behorende tot MDC 17 (**Myeloproliferatie, weinig gedifferentieerde neo's**), betaalt de patiënt een mediane factuur van 2.489 BEF tot 1.209 BEF. We spreken hier over 53 verblijven die een verstrekking ontvangen uit artikel 27 t.e.m. 31. 72% van deze verblijven behoort tot DRG 693 (Chemotherapie). De resterende DRG's zijn: lymfoom en niet-acute leukemie (DRG 691) en lymfoom en leukemie, met andere ingrepen (DRG 681). Van deze laatste groep ontvangt 43% een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31, doch het gaat hier slechts om 6 verblijven.

Uit DRG 229 (Other Digestive System Procedures) ontvangt 56% van de verblijven een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31. De mediane factuur bedraagt, voor deze 9 verblijven, 1.290 BEF.

C) ICD 9

Na selectie van alle pathologiegroepen waarvan meer dan vijf verblijven een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 ontvingen, worden 17 geaggregeerde hoofddiagnoses besproken met een mediane factuur van meer dan nul BEF (tabel 51). Daar de geaggregeerde hoofddiagnoses qua persoonlijke mediane factuur, voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31, toch nog een heterogene groep kunnen vormen (zie 3.4 C), wordt de factuur ten laste van de patiënt ook hier uitgediept tot op het niveau van de hoofddiagnoses.

Uit de geaggregeerde hoofddiagnose 366 (cataract) ontvangt 99% van de verblijven een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31. Het betreft 2.455 verblijven die hiervoor het mediane bedrag van 7.147 BEF betalen (tabel 51 en tabel 52). Zowel qua absoluut als relatief aantal verblijven met een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 is deze pathologiegroep de belangrijkste. 76% van deze verblijven krijgt als hoofddiagnose ongespecificeerd, seniel cataract (code 366.10) en heeft een mediane factuur (voor verstrekkingen 27 t.e.m. 31 ten laste van de patiënt) van 7.168 BEF. Nagenoeg alle 161 verblijven met overige en gecombineerde vormen van niet-seniel (hoofddiagnose 366.09) en seniel (hoofddiagnose 366.19) cataract ontvangen een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 en betalen hiervoor beiden een mediane factuur van 9.076 BEF. De resterende verblijven met cataract ontvangen voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 een factuur die varieert tussen 4.563 en 7.168 BEF.

Ook uit de geaggregeerde hoofddiagnose diabetes mellitus (code 250) ontvangen 17 verblijven een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 omwille van oogafwijkingen (hoofddiagnose 250.50). De mediane factuur hiervoor bedraagt 6.352 BEF.

Vervolgens worden enkele kwaadaardige aandoeningen onderscheiden met een aanzienlijke mediane factuur voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 ten laste van de patiënt. De hoogste mediane factuur, die 2.919 BEF bedraagt, komt ten laste van 7 verblijven met kwaadaardige aandoeningen van het ovarium en overige uterusadnexa (geaggregeerde hoofddiagnose 183). Verblijven met kwaadaardige aandoeningen ter hoogte van trachea, bronchus en long (geaggregeerde hoofddiagnose 162) en metastasen in het ademhalings- en spijsverteringsstelsel (geaggregeerde hoofddiagnose 197) ontvangen een mediane factuur voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 van respectievelijk 2.919 en 2.867 BEF. Uit de laatstgenoemde pathologiegroep ontvangt 30% van de verblijven een verstrekking terwijl dit percentage bij de andere pathologiegroepen aanzienlijk lager ligt.

Tenslotte kunnen twee geaggregeerde hoofddiagnoses aangehaald worden waarvan de mediane factuur voor verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 niet onbelangrijk is. 24 verblijven, (slechts 4% van de totale pathologiegroep) met speciale onderzoeken (geaggregeerde hoofddiagnose V72) betalen een mediane factuur van 3.171 BEF. Op het niveau van de hoofddiagnose stellen we vast dat al deze verblijven gegroepeerd worden onder de hoofddiagnose V72.8 (overige gespecificeerde onderzoeken). 10% van de verblijven met zorg voor kunstmatige lichaamsopeningen (geaggregeerde hoofddiagnose V55) ontvangt een verstrekking uit artikel 27 t.e.m. 31 waarvoor de mediane factuur 2.919 BEF bedraagt. Het merendeel van deze verblijven wordt gegroepeerd onder zorg voor overige gespecificeerde kunstmatige lichaamsopeningen (hoofddiagnose V55.8). De mediane factuur blijft ook hier ongewijzigd t.o.v. het geaggregeerde niveau.

4 Klinische Biologie

4.1 Inleiding

De verstrekkingen op het vlak van de klinische biologie worden niet in detail per nomenclatuurnummer opgevraagd maar worden per verblijf samengebracht in 10 categorieën waarbinnen steeds de som wordt gemaakt van zowel mutualiteits- als patiëntenaandeel (tabel 53).

Naast deze 10 categorieën bestuderen we hier ook de zogenaamde “forfaitaire” honoraria voor ambulante verstrekkingen inzake klinische biologie omdat ze alleen aangerekend worden aan patiënten die een bepaalde waarde aan verstrekkingen inzake klinische biologie gekregen hebben. De echte forfaitaire honoraria die per opname aan alle patiënten aangerekend worden ongeacht het al dan niet verstrekken van klinische biologie, worden behandeld in het deel over de forfaitaire honoraria (zie H4-5).

4.2 Algemeen

81% van alle verblijven in klassieke hospitalisatie krijgen een verstrekking op het vlak van klinische biologie. In daghospitalisatie bedraagt dit percentage slechts 19%.

In een eerste fase bestudeerden we de nomenclatuurnummers (tabel 53) om een beter beeld te krijgen van de 10 categorieën voor de klinische biologie (uitgezonderd de “forfaitaire” honoraria voor ambulante klinische biologie die we even buiten beschouwing laten). Deze nomenclatuurnummers werden niet geregistreerd door de ziekenhuizen. Aan de hand van de nomenclatuurnummers trachten we na te gaan of er een theoretische mogelijkheid op remgelden is in de verschillende geregistreerde categorieën. We vonden geen enkel nomenclatuurnummer dat aanleiding kan geven tot een remgeld. Toch vonden we 844 verblijven in daghospitalisatie en 7.023 verblijven in klassieke hospitalisatie die in minstens één van de categorieën een bedrag ten laste van de patiënt registreerden.

138 van de 1.050 bestudeerde nomenclatuurnummers inzake klinische biologie zijn echter kleine risico's (tabel 55). Zelfstandigen zonder aanvullende verzekering zijn voor dat pakket van de geneeskundige verstrekkingen niet steeds verzekerd. Het gaat hier om de klinische biologie uit artikel 3, namelijk de nomenclatuurnummers tussen 120.013 en 128.542. In tabel 55 rangschikken we deze nomenclatuurnummers op basis van hun honorarium per verstrekking. De categorieën chemie, hematologie en microbiologie herbergen de verstrekkingen met de hoogste eenheidsprijs (tabel 55). De facturen ten laste van de patiënt die in de 10 categorieën gefactureerd worden, zijn dus te wijten aan zelfstandigen zonder aanvullende verzekering ofwel zijn het supplementen. Het is niet de bedoeling dat we deze supplementen bestuderen maar we kunnen ze niet afzonderen van de factuur ten laste van de zelfstandigen. We zullen zowel voor de verblijven in klassieke hospitalisatie als de verblijven in daghospitalisatie nagaan bij welke pathologietypes de hoge facturen ten laste van de patiënt voorkomen.

De “forfaitaire” honoraria voor ambulante klinische biologie (tabel 53) veroorzaken soms wel een remgeld. Dit remgeld bedraagt echter in theorie maximum 450 BEF per verblijf. Deze remgelden worden afzonderlijk behandeld in dit hoofdstuk (tabel 54a).

Afhankelijk van de relatieve waarde van de toegediende verstrekkingen op het vlak van de klinische biologie wordt dit forfaitaire honorarium geïnd^{xxi}. Het forfaitaire honoraria geldt zowel voor de regeling van de zelfstandigen als de regeling van de werknemers. Voor 5.377 patiënten is de relatieve waarde op het vlak van de klinische biologie te laag waardoor geen

remgeld wordt geïnd. De overige 5.721 patiënten betalen ieder een remgeld van 450 BEF (tabel 54a).

4.3 Klassieke hospitalisatie

In tabel 56b bestuderen we of de 7.023 verblijven met een persoonlijk aandeel op het vlak van de klinische biologie enkele gezamenlijke kenmerken hebben. Deze 7.023 verblijven zijn echter verspreid over 298 verschillende DRG's. Zoals uit de tabel 56b blijkt, komen bepaalde DRG's wel duidelijk frequenter voor dan andere. Onze hypothese dat het patiëntenaandeel vooral veroorzaakt wordt door de categorieën chemie, microbiologie en hematologie wordt bevestigd (tabel 54a).

De 7.023 verblijven hebben een mediane factuur ten laste van de patiënt van 202 BEF en een gemiddelde factuur van 490 BEF. 853 verblijven betalen een persoonlijk aandeel van meer dan 1.000 BEF.

4.4 Daghospitalisatie

In daghospitalisatie zitten de 844 verblijven met een persoonlijk aandeel verspreid over 83 DRG's (tabel 56a). Er zijn echter maar 10 DRG's die minstens 10 verblijven bevatten. Van de 844 verblijven zijn er maar 11 met een persoonlijk aandeel van meer dan 1.000 BEF.

4.5 Besluit

Zelfstandigen zijn niet allemaal aanvullend verzekerd tegen kleine risico's waardoor zij bepaalde verstrekkingen volledig voor eigen rekening moeten nemen.

Bepaalde ambulante forfaitaire honoraria die afhankelijk zijn van de relatieve waarde van de toegediende verstrekkingen, veroorzaken zowel een remgeld in de algemene regeling als de regeling van de zelfstandigen. Dit remgeld bedraagt 450 BEF per verblijf.

5 Forfaitaire honoraria

5.1 Inleiding

De forfaitaire verstrekkingen hebben betrekking op de medische beeldvorming, de klinische biologie en de medische wachtdienst. Deze forfaitaire honoraria worden bij elke opname geïnd en zijn dus niet afhankelijk van bepaalde verstrekkingen. Tabel 57 bevat een overzicht van de forfaitaire nomenclatuurnummers in klassieke hospitalisatie (tabel 57a) en daghospitalisatie (tabel 57b).

5.2 Klassieke hospitalisatie

In klassieke hospitalisatie vinden we forfaitaire verstrekkingen op het vlak van medische beeldvorming, medische wachtdiensten en klinische biologie (tabel 57a).

Voor **medische beeldvorming** bestaat zowel een consultancehonorarium per opname als een forfaitair honorarium per opname. Op het consultancehonorarium per opname geldt een remgeld van 80 BEF voor patiënten met een voorkeursregeling en 250 BEF voor de overige patiënten. De nomenclatuurnummers voor het consultancehonorarium (460.703 en 460.821) kunnen niet gecumuleerd worden. De keuze van het nomenclatuurnummer is afhankelijk van het al dan niet geaccrediteerd zijn van de geneesheer. Met het forfaitair honorarium per opname daarentegen is geen remgeld gemoeid. Welk forfaitair honorarium aangerekend wordt (460.725, 460.740 of 460.762), hangt af van de eigenschappen van de dienst medische beeldvorming.

Voor de **medische wachtdienst** worden forfaitaire honoraria per opname geïnd. Zij hebben echter nooit een remgeld. Het algemeen honorarium per opname voor de medische wachtdienst (590.100) kan door elk ziekenhuis worden aangerekend. Daar bovenop kan nog een forfaitair honorarium (590.122 of 590.144) aangerekend worden als de wachtdienst van het ziekenhuis voldoet aan bepaalde eigenschappen. Cumulatie van 590.122 en 590.144 is niet toegestaan.

Tenslotte worden er in de **klinische biologie** enkele forfaits per opname aangerekend. In 1996 mocht als forfaitair honorarium per opname in de klinische biologie het nummer 591.603 of 591.102 aangerekend worden afhankelijk van de accreditatie van de geneesheer. Voorkeursgerechtigde patiënten betalen geen remgeld maar de overige patiënten betalen wel een remgeld van 300 BEF. Daarbovenop kunnen de ziekenhuizen met de nodige eisen qua personeelsformatie nog een bijkomend opnameforfait vragen (591.124 of 591.146). Dit bijkomend forfait veroorzaakt geen extra remgeld voor de patiënt. Er blijven dan nog twee cumuleerbare forfaits voor klinische biologie over (591.986 en 592.001) waar echter geen remgeld mee gemoeid is.

Samengevat kunnen we stellen dat in theorie elke patiënt een forfaitair remgeld betaalt per opname van 80 BEF (voorkeursgerechtigde patiënten) of 550 BEF (alle overige patiënten). Dit forfaitaire remgeld bestaat uit een deel medische beeldvorming (80 of 250 BEF) en een deel klinische biologie (0 of 300 BEF).

De 30 ziekenhuizen registreerden 27 forfaitaire verstrekkingen die in feite in daghospitalisatie thuishoorden. Dit is echter een verwaarloosbaar klein aantal aangezien het totale aantal forfaitaire verstrekkingen 2.158.283 bedraagt. Het remgeld op de forfaitaire nomenclatuurnummers werd niet altijd correct geregistreerd aangezien 5.597 patiënten (2%

van de verblijven) meer dan 550 BEF remgeld registreren. Deze foutief geregistreerde remgelden zullen we verder uit de studie weren.

5.3 Daghospitalisatie

In daghospitalisatie gelden alleen forfaitaire honoraria per opname in de klinische biologie (tabel 57b). Deze honoraria worden volledig terugbetaald door de mutualiteit. Het algemene forfait (591.091) mag geïnd worden indien de daghospitalisatie recht geeft op een A, B, C, D, maxi of super forfait. Het bijkomend honorarium afhankelijk van de personeelsformatie (591.113 of 591.135) kan alleen geïnd worden indien de daghospitalisatie recht geeft op een A, B, C of D forfait.

Van de 123.819 geregistreerde verstrekkingen zijn er 828 die in feite in klassieke hospitalisatie thuishoren. Coderingsfouten zorgen er dan ook voor dat 615 patiënten toch een remgeld krijgen. In het verdere verloop van deze studie zullen we de forfaitaire remgelden van daghospitalisatie voor elk verblijf op nul zetten

5.4 Besluit

In klassieke hospitalisatie zal een voorkeurgerechtigde patiënt 80 BEF remgeld betalen en de overige patiënten 550 BEF. Dit bedrag is dus niet afhankelijk van het feit of er daadwerkelijk verstrekkingen werden toegediend. In de bespreking van de verblijfsduur ([zie H4-7 Verblijfsduur](#)) zullen we deze forfaitaire honoraria eveneens vermelden.

In daghospitalisatie wordt er geen remgeld betaald voor forfaitaire honoraria.

6 Andere verstrekkingen of leveringen

6.1 Inleiding

Het bestand “andere verstrekkingen en leveringen” (zie H3-1.2F andere verstrekkingen) wordt op basis van de nomenclatuurnummers ingedeeld in enkele categorieën, namelijk gipsverbanden en ander gipsmateriaal (nomenclatuurnummers 690.000 tot 694.999), bloed en bloedplasma (752.000 tot 752.999), moedermelk (695.000 tot 695.999), radio-isotopen (698.000 tot 699.999), weefsels van menselijke oorsprong (269.000 tot 270.999), niet-vergoedbare producten of verstrekkingen (960.000 tot 999.999) en een restcategorie (tabel 58a).

Uit tabel 58a blijkt dat in klassieke hospitalisatie de niet vergoedbare producten of verstrekkingen 98,3% van de totale factuur ten laste van de patiënt in dit bestand vertegenwoordigen. In daghospitalisatie ligt dit percentage zelfs op 99,6%. In dit hoofdstuk zullen we geen gebruik maken van de verdere opsplitsing in categorieën aangezien tabel 58a aantoont dat de factuur ten laste van de patiënt door één afzonderlijke categorie veroorzaakt wordt. Het bedrag ten laste van de patiënt in dit hoofdstuk zal dus bijna per definitie veroorzaakt worden door de niet vergoedbare producten of verstrekkingen. We beschikken echter niet over gedetailleerde informatie op nomenclatuurniveau m.b.t. dit bestand.

6.2 Validatie

Slechts 43% van de ziekenhuizen registreert niet vergoedbare producten en verstrekkingen ten laste van de patiënt (tabel 58b). We zullen deze selectie van ziekenhuizen gebruiken om dit bestand meer in detail te bestuderen omdat de overige ziekenhuizen geen informatie verschaffen over dit onderdeel van de factuur. We passen daarbij dezelfde methodologie toe als in de analyse van de verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 (zie H3-dgvalidatie)

Onder de noemer van niet-vergoedbare producten en verstrekkingen kunnen een hele waaier aan activiteiten vallen. We kunnen niet vermijden dat bepaalde ereloon-supplementen, telefoonkosten en andere niet-medische kosten deel uit maken van deze factuur. We zijn echter in het bijzonder geïnteresseerd in de medisch gerelateerde facturen uit dit bestand en zullen bij de interpretatie van de resultaten rekening houden met de ruis die veroorzaakt wordt door de niet relevante onderdelen van dit bestand.

6.3 Klassieke hospitalisatie

Vooreerst bespreken we de factuur ten laste van de patiënt op MDC niveau. Daarna wordt de factuur besproken op het niveau van de DRG, geaggregeerde hoofddiagnose en hoofddiagnose.

A) MDC

Bij 6 MDC's ligt het relatieve aandeel van verblijven met een “andere verstrekking” boven de 70%. Van de beenmergtransplantaties (MDC p2) en de tracheotomieën (MDC p3) ontvangt meer dan 95% van de verblijven een “andere verstrekking” (tabel 59a). De mediane factuur hiervoor bedraagt respectievelijk 2.049 en 1.757 BEF. Deze kleine patiëntengroepen

vertonen daarmee de hoogste facturen ten laste van de patiënt. Andere kleine pathologiegroepen zijn de HIV-infecties (MDC 24) waarvan 39 (78%) verblijven en de multipele traumata (MDC 25) waarvan 111 (85%) verblijven een “andere verstrekkings” ontvangen. Deze aantallen maken respectievelijk 78 en 85% uit van de totale pathologiegroep. De HIV-infecties betalen een persoonlijke mediane factuur van 380 BEF, de multipele traumata betalen 899 BEF. Grotere patiëntengroepen, waarvan de mediane factuur lager ligt dan voorgaande MDC’s, zijn MDC 17 (Myeloproliferaties, weinig gedifferentieerde neo’s) en MDC 16 (Aandoeningen van het bloed en bloedvormende organen) met respectievelijk 2.094 en 898 verblijven die een “andere verstrekkings” ontvangen.

De aandoeningen van spier, bot en huidweefsel (MDC 8) vormen qua aantal verblijven die een “andere verstrekkings” ontvangen, de grootste pathologiegroep (12.177 verblijven). Deze 12.177 patiënten betalen een mediane factuur ten laste van de patiënt van slechts 300 BEF.

De zwangerschappen, bevallingen en puerperi (MDC 14) betalen de derde duurste mediane factuur voor “andere verstrekkings”(1.469 BEF). Er zijn 5.947 verblijven binnen deze pathologiegroep met een "andere verstrekkings".

B) DRG

De hoogste mediane factuur voor “andere verstrekkings” bedraagt 38.000 BEF en behoort tot DRG 850 (Procedures With Diagnoses Of Other Contact With Health Services). Het betreft 222 verblijven, die samen 81% van de totale pathologiegroep uitmaken. DRG 850 bevat vooral verblijven met een fertiliteitsbehandeling (tabel 59b).

MDC 10 (endocrine, nutritionele en metabole aandoeningen) groepeert twee DRG’s met een belangrijke mediane factuur voor “andere verstrekkings”. DRG 405 (Other Endocrine, Nutritional & Metabolic Procedures) presenteert aan 82% van de verblijven de tweede hoogste mediane factuur voor “andere verstrekkings” (10.000 BEF). Uit DRG 403 (Procedures For Obesity) betaalt 63% van de verblijven en mediane factuur van 5.460 BEF.

Onder MDC 03 (aandoeningen van neus, keel en oor) ressorteren 2 DRG’s die samen 237 verblijven groeperen met een "andere verstrekkings". Het betreft DRG 92 (Facial Bone Procedures Except Major Head & Neck) waarvan 36% een “andere verstrekkings” ontvangt en hiervoor een mediane persoonlijke factuur betaalt van 5.755 BEF. Uit DRG 090 (Major Larynx & Tracheal Procedures Except Tracheostomy) ontvangt 82% van de verblijven een “andere verstrekkings” met een mediane factuur van 1.240 BEF.

Een hele reeks DRG’s behoren tot MDC 15 (pasegeborenen en perinatale periode) waarvan 17 tot 100% van de verblijven een “andere verstrekkings” ontvangt. De mediane factuur hiervoor schommelt tussen 1.025 en 5.319 BEF. Het gaat om 187 verblijven met een "andere verstrekkings" waarvan de hoogste mediane factuur wordt betaald door de 25 verblijven binnen DRG 602 (Neonate, Birthweight 1000-1499g with Respiratory Distress Syndrome).

DRG 440 (Kidney Transplant) en DRG 443 (Kidney & Urinary Tract Procedures For Nonmalignancy) vallen onder MDC 11 (Aandoeningen van nier en urinewegen). Eerstgenoemde bevat 17 verblijven met een mediane factuur voor “andere verstrekkings” van 4.049 BEF. Laatstgenoemde verzamelt 174 verblijven met een mediane factuur van 1.506 BEF.

De 58 verblijven met een beenmergtransplantatie (MDC p2), die een “andere verstrekkings” ontvangen, worden automatisch gegroepeerd onder DRG 003 (Bone Marrow Transplant) met eenzelfde mediane factuur van 2.049 BEF. Van de 165 verblijven met een tracheotomie

(MDC p3) en een “andere verstrekking” worden er 23 gegroepeerd onder DRG 005 (Tracheostomy For Face, Mouth & Neck Diagnoses) met een mediane factuur van 3.057 BEF. De overige verblijven vallen onder DRG 004 (Tracheostomy Except For Face, Mouth & Neck Diagnoses) en betalen een lagere mediane factuur van 1.624 BEF.

Een klein percentage van de verblijven met respiratoire aandoeningen (MDC 4), met een mediane factuur van slechts 250 BEF (tabel 59a), betaalt een mediane factuur van 1.156 tot 2.340 BEF. Het gaat om DRG 122 (Other Respiratory System Procedures) en DRG 138 (Rsv Pneumonia & Whooping Cough).

We zien dat de mediane factuur van de circulatoire aandoeningen (MDC 5), die slechts 135 BEF bedraagt (tabel 59a), overschreden wordt door de mediaan van de Major Abdominal Vascular Procedures (DRG 169) en de Acute & Subacute Endocarditis (DRG 193). De mediane facturen bedragen respectievelijk 1.649 BEF en 1.545 BEF. Het betreft 67 verblijven met een "andere verstrekking".

We stellen vast dat van de verblijven met een gastrointestinale aandoening (MDC 06) vooral de verblijven uit DRG 221 (Major Small and Large Bowel Procedures) en DRG 220 (Major Stomach, Esophageal & Duodenal Procedures) een hoge mediane factuur ten laste van de patiënt betalen, die respectievelijk 1.582 en 1.382 BEF bedraagt.

De aandoeningen van de vrouwelijke geslachtsorganen (MDC 13) vertonen enkele DRG's met een mediane factuur voor “andere verstrekkingen” die schommelt tussen 3.000 en 1.130 BEF. Het gaat om 501 verblijven “met een andere verstrekking”, waarvan 72% tot DRG 516 (Laparoscopie & Tubal Interruption) behoort en de hoogste mediane factuur betaalt.

MDC 14 (zwangerschap, bevalling en puerperium) bespreken we reeds als één van de MDC met een duurere mediane factuur voor “andere verstrekkingen” ten laste van de patiënt (1.469 BEF) (tabel 59a). Op DRG niveau selecteren we echter enkele pathologiegroepen met een mediane factuur van 1.469 tot 2.345 BEF. Het gaat om 83% van de verblijven met een “andere verstrekking” binnen MDC 14, verdeeld over volgende DRG's: Ectopic Pregnancy (DRG 562), Cesarean Delivery (DRG 540), Vaginal Delivery (DRG 560) en Vaginal Delivery With Procedures Except Sterilization &/or D&c (DRG 542).

C) ICD9-code

30 verblijven met congenitale afwijkingen van het huidorgaan (code 757) betalen de hoogste mediane factuur voor “andere verstrekkingen” (28.782 BEF) (tabel 59c en 59d). 23 van deze verblijven met hoofddiagnose 757.6 (specified anomalies of breast) betalen een mediane factuur van 29.924 BEF (tabel 59d).

37% van de verblijven met overige ziekten en aandoeningen van het gebit en steunweefsel (code 525) betaalt een mediane factuur ten laste van de patiënt van 27.367 BEF (tabel 59c en 59c). 83% van deze verblijven krijgt hoofddiagnose 525.2 (Atrophy of edentulous alveolar ridge) met een mediane factuur voor “andere verstrekkingen” van 31.276 BEF.

Een volgende dure pathologiegroep is V26 (Procreative management) waaruit 87% van de verblijven een “andere verstrekking” ontvangt. De persoonlijke mediane factuur bedraagt 20.237 BEF (tabel 59c en 59d). 92% van deze verblijven krijgt hoofddiagnose V26.8 (Other specified procreative management) en betaalt een mediane factuur voor “andere verstrekkingen” die 22.863 BEF bedraagt (tabel 59d).

Ook verblijven behorende tot pathologiegroep V50 (electieve chirurgie anders dan voor herstel van de gezondheid) betalen een hoge mediane factuur voor “andere verstrekkingen”. Deze bedraagt 12.000 BEF (tabel 59c en 59d). Het betreft 109 verblijven waarvan er 88 hoofddiagnose V50.1 (Other plastic surgery for unacceptable cosmetic appearance) en 21 verblijven hoofddiagnose V50.2 (Routine or ritual circumcision) toegekend krijgen. Eerst genoemden betalen een mediane factuur van 18.350 BEF (tabel 59d).

7 verblijven met een intracraniaal en intraspinaal abces (code 324) betalen een mediane factuur voor “andere verstrekkingen” van 6.468 BEF (tabel 59c).

80% van de verblijven met een geaggregeerde hoofddiagnose 628 (Female infertility) ontvangen een “andere verstrekking”. De persoonlijke factuur hiervoor heeft een mediaan van 6.000 BEF (tabel 59c en 59d). 56% van de verblijven binnen deze pathologiegroep behoren tot hoofddiagnose 628.9 (Of unspecified origin) waarvan de mediane factuur voor “andere verstrekkingen” 6.204 BEF bedraagt (tabel 59d).

88% van de verblijven met maligne neoplasma van de dunne darm (code 152) krijgt “andere verstrekkingen” met een mediane factuur van 4.013 BEF (tabel 59c en 59d). Verblijven met hoofddiagnose 152.9 (Small intestine, unspecified) betalen een mediane factuur voor “andere verstrekkingen” van 5.130 BEF (tabel 59d).

Verblijven met veneuze complicaties in zwangerschap en kraambed (code 671) krijgen in 80% van de gevallen een “andere verstrekking” toegediend met een mediane factuur van 3.703 BEF (tabel 59c en 59d). Van deze 16 verblijven ontvangen diegenen met hoofddiagnose 671.82 (Other venous complications) een mediane factuur van 5.929 BEF. Ook andere aandoeningen i.v.m. pregnancy, childbirth and puerperium betalen een aanzienlijke persoonlijke mediane factuur voor “andere verstrekkingen”, die tussen de 2.619 en 2.017 BEF schommelt. Het gaat om 743 verblijven waarvan 76% gegroepeerd wordt onder de geaggregeerde hoofddiagnose 669 (Other complications of labor and delivery, not elsewhere classified). 59% van de verblijven uit deze pathologiegroep ontvangen “andere verstrekkingen” en betaalt hiervoor een mediane factuur van 2.017 BEF. 37% van deze verblijven krijgt hoofddiagnose 669.71 (Cesarean delivery, without mention of indication) toegekend en betaalt hiervoor een mediane factuur van 3.330 BEF. 10 verblijven met hoofddiagnose 653.21 (Disproportion, inlet contraction of pelvis) betalen zelfs een mediane factuur voor “andere verstrekkingen” van 12.878 BEF.

Twee geaggregeerde hoofddiagnosen betreffende aandoeningen van de appendix geven aanleiding tot een hoge mediane factuur voor “andere verstrekkingen”. Het gaat om de geaggregeerde hoofddiagnose 542 (Other appendicitis) en 543 (Other diseases of appendix) die samen aan 41 verblijven een “andere verstrekking” toedienen. De mediane factuur bedraagt respectievelijk 3.400 en 3.008 BEF (tabel 59c en 59d). Een andere aandoening van het digestieve systeem genereert een mediane factuur voor “andere verstrekkingen” van 2.273 BEF. Het gaat om 8 verblijven die onder de geaggregeerde hoofddiagnose 551 (Other hernia of abdominal cavity, with gangreen) vallen (tabel 59d).

Enkele V-codes betreffende Liveborn infants according to type of birth genereren een hoge mediane factuur voor “andere verstrekkingen”. Het zijn V34 (Other multiple, mates all liveborn), V31 (Twin, mate liveborn) en V30 (single liveborn). Het gaat om 151 verblijven met een “andere verstrekking”, waarvan 72% tot de laatste pathologiegroep behoort. De mediane factuur bedraagt respectievelijk 3.775, 3.093 en 2.482 BEF (tabel 59c en 59d). 39 verblijven met hoofddiagnose V30.01 (Single liveborn, born in hospital, delivered by cearean delivery) betalen een mediane factuur voor “andere verstrekkingen” van 3.848 BEF.

V-code V66 (convalescence) geeft aanleiding tot een mediane factuur voor “andere verstrekkingen” van 2.383 BEF. We zien dat vooral de verblijven met reconvalescentie na chemotherapie (code V66.2) een hoge mediane factuur betalen, die bedraagt 4.033 BEF. Het gaat om 14 verblijven (tabel 59d).

De geaggregeerde hoofddiagnose 278 (Obesity and other hyperalimentation) groepeert 264 verblijven die een “andere verstrekking” ontvingen. De persoonlijke mediane factuur hiervoor bedraagt 2.453 BEF. 68% van deze verblijven krijgt hoofddiagnose 278.0 (Obesity) toegekend en betaalt een hogere mediane factuur voor “andere verstrekkingen” die 3.319 BEF bedraagt.

Tenslotte bespreken we nog twee aandoeningen met een hoge mediane factuur voor “andere verstrekkingen”. Vooreerst stellen we vast dat 17 verblijven met primaire tuberculeuze infectie en sekwellen (code 010) een “andere verstrekking” ontvangen en hiervoor een mediane factuur van 3.035 BEF dienen te betalen. Vervolgens zien we dat 19 verblijven met gespleten verhemelte en gespleten lip (code 749) een mediane factuur voor “andere verstrekkingen” betalen van 2.910 BEF. 12 verblijven met hoofddiagnose 749.20 (Cleft palate with cleft lip, unspecified) betalen een hogere mediane factuur voor “andere verstrekkingen” van 3.001 BEF.

6.4 Daghospitalisatie

A) MDC

In daghospitalisatie wordt vastgesteld dat enkel bij MDC 23 (**contact met ziekenhuizen en factoren die de gezondheid beïnvloeden**) meer dan de helft van de verblijven een “andere verstrekking” ontvangt. Het betreft 1.611 verblijven die hiervoor een mediane factuur van 38.000 BEF dienen te betalen. De tweede duurste mediane factuur, die 5.024 BEF bedraagt, komt toe aan 35% van de verblijven met **aandoeningen van het oog** (MDC 2). Het betreft 668 verblijven met een “andere verstrekking”.

Bij alle andere pathologiegroepen ligt de mediane factuur ten laste van de patiënt voor “andere verstrekkingen” lager dan 700 BEF.

B) DRG

Op het niveau van de DRG's onderscheiden we vier pathologiegroepen met een aanzienlijke mediane factuur voor “andere verstrekkingen” (tabel 59f). Het betreft DRG's uit verschillende MDC's. 98% van de verblijven uit DRG 850 (ingrepen bij andere contacten met gezondheidsinstellingen) ontvangt een “andere verstrekking”. Het gaat over 1.443 verblijven, met vooral fertiliteitsbehandelingen (tabel 59g en 59h), die hiervoor de duurste mediane factuur van 38.000 BEF neertellen. 194 verblijven, dit is ongeveer de helft van alle verblijven met ingrepen op de uterus/adnexen voor goed- en kwaadaardige aandoeningen (DRG 513), ontvangen een “andere verstrekking” waarvoor de mediane factuur ten laste van de patiënt 25.000 BEF bedraagt. Het percentiel 75 loopt op tot 40.000 BEF. De chirurgische ingrepen voor obesitas (DRG 403) en de ingrepen op faciaal bot behalve majeure ingrepen op hoofd en hals (DRG 92), waaruit een belangrijk percentage der verblijven een “andere verstrekking” ontvangt, hebben hiervoor een vergelijkbare mediane factuur ten laste van de patiënt die respectievelijk 19.742 en 19.260 BEF. Wat DRG 403 betreft, spreken we slechts over 8 verblijven.

Vervolgens toont tabel 59f aan dat 580 verblijven, dit is 45% van alle verblijven met ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie (DRG 073), een “andere verstrekking” ontvangen. De mediane factuur hiervoor ten laste van de patiënt bedraagt 5.024 BEF.

Tenslotte treffen we drie pathologiegroepen aan waarbij de mediane factuur voor “andere verstrekkingen” schommelt tussen 2.476 en 2.785 BEF. Het betreft aandoeningen van de galwegen (DRG 284), complicaties van behandeling (DRG 813) en ingrepen op nier- en urinewegen behalve voor kwaadaardige aandoeningen (RDRG 443). Het percentage verblijven dat een “andere verstrekking” ontvangt bedraagt respectievelijk 21%, 30% en 47%.

C) ICD9-code

Nagenoeg alle 1.419 verblijven die begeleid werden bij de voortplanting (V26) ontvingen een “andere verstrekking”. Hiervoor bedraagt de mediane factuur ten laste van de patiënt 38.020 BEF (tabel 59g). Het merendeel (94%) van deze verblijven onderging echter overige gespecificeerde vormen van voortplantingsbegeleiding (hoofddiagnose V26.8) waarvan de mediane factuur voor “andere verstrekkingen” ten laste van de patiënt 39.863 BEF bedraagt (tabel 59h).

Ongeveer de helft van alle verblijven met problemen i.v.m. infertiliteit bij de vrouw (geaggregeerde hoofddiagnose 628) ontving een “andere verstrekking”. Het betreft 184 verblijven die voor deze verstrekking een persoonlijke mediane factuur van 25.000 BEF dienen te betalen (tabel 59g). Bij 96% van deze vrouwen waarbij de oorzaak van het fertiliteitsprobleem niet gespecificeerd werd (hoofddiagnose 628.9) ligt het bedrag van de mediaan aanzienlijk hoger (40.000 BEF) (tabel 59h).

Bij enkele kleinere pathologiegroepen varieert de mediane factuur voor “andere verstrekkingen” ten laste van de patiënt tussen 19.260 en 21.722. Het betreft de geaggregeerde hoofddiagnoses: overige vormen van cellulitis en abces (code 682), donoren (V59) en overige ziekten en aandoeningen van gebit en steunweefsel (525). Het percentage verblijven dat een “andere verstrekking” ontvangt bedraagt respectievelijk 46, 100 en 74% (tabel 59g). Mediane facturen ten laste van de patiënt aangaande “andere verstrekkingen” vertonen vergelijkbare bedragen op het niveau van de hoofddiagnoses (tabel 59g). Hierover wordt dan ook niet verder uitgewijd. Voor details wordt verwezen naar de tabel 59g.

7 Verblifsduur

7.1 Inleiding

A) Daghospitalisatie

We definieerden reeds hoger ([zie H2-2.1 daghospitalisatie](#)) dat daghospitalisaties geen overnachting met zich meebrengen waardoor het innen van een verpleegdagprijs onmogelijk is. De forfaits die geïnd worden bij een daghospitalisatie brengen geen remgelden teweeg en we zullen ze dan ook niet verder bespreken.

B) Klassieke hospitalisatie

De verpleegdagprijs dekt op forfaitaire wijze bepaalde kosten die verband houden met het verblijf en het verstrekken van verpleegkundige zorgen aan patiënten in het ziekenhuis. De verpleegdagprijs verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis en wordt samengesteld op basis van de activiteiten en de structuurkenmerken van de instelling (64).

De betaling van de verpleegdagprijs is verschuldigd voor elke dag ziekenhuisverpleging die ten minste één nacht behelst, namelijk een opname die plaatsvindt voor middernacht en eindigt na 8 uur 's anderendaags. De dag van opname en de dag van ontslag worden samen voor één dag ziekenhuisverpleging gerekend behalve indien de opname gebeurde voor 12 uur 's middag en het ontslag plaatsvond na 14 uur. Ook indien de patiënt overlijdt op de dag van zijn opname, is er één dag ziekenhuisverpleging verschuldigd.

Zoals we reeds vermeldden, verschilt de verpleegdagprijs van ziekenhuis tot ziekenhuis. De persoonlijke bijdrage is in elk ziekenhuis echter hetzelfde. Deze bijdrage varieert afhankelijk van de verblijfsduur en van het type rechthebbende (tabel 60a en 60b). Deze gegevens maken in principe deel uit van de MFG maar waren niet aanwezig in onze databank. Op basis van het aantal ligdagen en het type rechthebbende zullen we de facturen ten laste van de patiënt trachten te reconstrueren ([zie H5-1.1 Onderdelen van de factuur](#)).

Naast het opnameforfait wordt er bij de opname een forfait voor technische verstrekkingen, een forfait voor klinische biologie en een forfait voor radiologie geïnd. Patiënten zonder een voorkeurregeling leveren een persoonlijke bijdrage van 2.150 BEF. Patiënten met voorkeurregeling betalen slechts 80 BEF ter gelegenheid van de opname (tabel 60a). Bovenop deze eenmalige persoonlijke bijdrage bij de opname worden de remgelden per ligdag geteld. Zoals we reeds vermeldden in het deel over de farmaceutische verstrekkingen, wordt er elke dag een remgeld van 25 BEF aangerekend om de farmaceutische uitgaven van het ziekenhuis te helpen dekken (tabel 60a). Ook het persoonlijk aandeel in de verpleegdagprijs wordt per dag vastgesteld (tabel 60b). Dit persoonlijk aandeel is voor de meeste rechthebbenden lager van dag 1 tot dag 90 dan vanaf de 91^{ste} dag. Het persoonlijk aandeel is afhankelijk van het recht op de voorkeurregeling en het type rechthebbende, namelijk descendent, werkloze, gerechtigde met personen ten laste of zonder personen ten laste (tabel 60b). In onze databank beschikken we echter niet over deze exacte "typering" van de patiënten.

In de grafieken 13a en 13b geven we dan ook de factuur ten laste van de patiënt voor de afzonderlijke types weer. Descendenten en werklozen zonder voorkeurregeling betalen zoals de patiënten met een voorkeurregeling per dag (163 + 25) 188 BEF remgeld. De factuur ten

laste van de patiënt bij de opname bedraagt voor de descendentes echter 2.150 t.o.v. 80 BEF voor de patiënten met een voorkeurregeling. De overige gerechtigden zonder voorkeurregeling betalen 484 (459 + 25) BEF per dag. Gerechtigden met personen ten laste betalen vanaf de 91^{ste} dag ook slechts 188 BEF remgeld. Op de 90^{ste} dag van hospitalisatie liep de factuur ten laste van de patiënt voor deze gerechtigden zonder voorkeurregeling al op tot 45.710 BEF (tabel 60c). Zoals blijkt uit grafiek 13b en tabel 60c kan de factuur ten laste van de patiënt sterk oplopen indien de patiënt langere tijd in het ziekenhuis verblijft.

De gemiddelde verblijfsduur in onze steekproef van 279.567 verblijven bedraagt 8,9 dagen. Patiënten die maximum tien dagen in het ziekenhuis verblijven betalen zelf nooit meer dan 7.000 BEF (grafiek 13a en tabel 60c). Een ligduur van 20 dagen daarentegen vertegenwoordigt al een factuur ten laste van de patiënt van 11.830 BEF voor gerechtigden zonder voorkeurregeling (uitgezonderd werklozen en descendentes) (tabel 60c). 9,10% van de patiënten verblijft langer dan 20 dagen in het ziekenhuis (tabel 61). Het percentage verblijven met meer dan 30, 40 en 50 ligdagen bedraagt respectievelijk 4,54%, 2,68% en 1,71% (tabel 61 en grafiek 14). Door de invoering van het PAL/NAL systeem (zie B3 Pal/Nal) tracht de overheid de ligduur per verblijf in de ziekenhuizen onder controle te houden. Bepaalde verblijven zullen echter toch geconfronteerd worden met een lange ligduur. Het zijn deze verblijven die we hier willen bestuderen.

De ligdagen zijn duidelijk niet gelijk verdeeld over de verblijven. Zoals blijkt uit de Lorenz curven (grafiek 15) zit 42% van de ligdagen geconcentreerd bij 10% van alle verblijven. De top 5% van de verblijven met de langste ligduur verzamelen zelfs 30% van alle ligdagen. Hieronder gaan we op zoek naar oorzaken voor een lange ligduur.

7.2 Verklaring voor een lange ligduur

A) Pathologie

MDC

De mediane verblijfsduur van 4 MDC's bedraagt meer dan 10 ligdagen, namelijk mentale ziekten en verstoringen (11 dagen), multipele traumata (18 dagen), beenmergtransplantaties (23 dagen) en tracheotomieën (44 dagen) (tabel 62). Aangezien percentiel 75 van de ligduur in de meeste MDC's meer dan 10 ligdagen bedraagt, bekijken we de pathologieën meer in detail op DRG niveau.

DRG

In tabel 63a worden alle DRG's met hun mediane ligduur weergegeven. Tabel 63b bevat dezelfde gegevens voor de DRG's met minstens 5 verblijven en met een mediane ligduur van minstens 15 dagen. In tabel 63b hebben we de DRG's gegroepeerd per MDC.

Verschillende DRG's voor pasgeborenen hebben een hoge mediane ligduur waarvan twee (DRG 593 en 602) zelfs een mediane ligduur van meer dan 50 dagen (tabel 63b).

Via de MDC indeling stelden we reeds vast dat de tracheotomieën (DRG 249 en 39) en de beenmergtransplantaties (DRG 92) een lange verblijfsduur veroorzaken.

Zoals blijkt uit tabel 63b zijn er in MDC 8 (Aandoeningen van spier, bot of huidweefsel) ook enkele DRG's die in het oog springen met een lange verblijfsduur. Bepaalde circulatoire aandoeningen (MDC 5) hebben een lange verblijfsduur. De amputatie wegens circulatoire aandoeningen (met uitzondering van bovenste ledematen en teen) heeft zelfs een mediane verblijfsduur van 37 dagen.

Patiënten in rehabilitatie (36 dagen) en met een amputatie van onderste extremiteiten wegens endocriene, voedings- of metabole afwijkingen (28 dagen) hebben eveneens een hoge

mediane ligduur. Voor een uitgebreid overzicht van de pathologiegroepen met een lange verblijfsduur verwijzen we naar tabellen 63a en 63b.

B) andere variabelen

Om het effect van andere variabelen (dan louter de zuivere pathologie indeling) te bestuderen op de ligduur stelden we een lineaire regressie^{xxii} samen met de ligduur als onafhankelijke variabele en DRG, geslacht, ernst en mortaliteit (in combinatie), leeftijd en aantal aangetaste systemen als verklarende variabelen.

Uit deze analyse blijkt (tabel 64) dat mannen gemiddeld 1.18 dagen minder lang in het ziekenhuis verblijven.

De variabelen **ernst en de mortaliteit** kennen een hoge correlatie. Daarom is het interessant om de combinaties te bekijken waarin ernst en mortaliteit gelijk zijn. We zien een duidelijke afname van de ligduur naarmate ernst en mortaliteit gezamenlijk dalen. We merken een verschil van 10,06 dagen tussen patiënten met ernst en mortaliteit van graad 4 t.o.v. patiënten met ernst en mortaliteit van graad 1.

De leeftijd van de patiënt heeft in combinatie met de overige variabelen een effect van 0,08 extra dagen per bijkomend jaar. Een leeftijdsverschil van 50 jaar zorgt ceteris paribus gemiddeld voor een verschil in ligduur van 4 dagen.

Het **aantal aangetaste systemen** heeft juist zoals de bovenstaande variabelen een significante invloed op de ligduur. Per bijkomend aangetast systeem worden gemiddeld 2,78 extra ligdagen geregistreerd.

H5. Combinatie van alle bestanden

In het vorige hoofdstuk bestudeerden we de verschillende onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt. In dit hoofdstuk brengen we de verschillende onderdelen samen en bestuderen we de pathologieën met de grootste totale factuur ten laste van de patiënt. Bij het samenstellen van deze totale factuur houden we rekening met de validaties en vaststellingen uit het vorige hoofdstuk.

1. Onderdelen van de factuur

De factuur ten laste van de patiënt is samengesteld uit verschillende onderdelen.

De farmaceutische verstrekkingen, verstrekkingen m.b.t. de klinische biologie, andere verstrekkingen en de verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 werden zonder aanpassingen opgenomen (tabel 66). We stelden in het vorige hoofdstuk echter vast dat bepaalde ziekenhuizen systematisch coderingsfouten maakten in de bestanden met andere verstrekkingen of met verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31. Slechts 40% van alle ziekenhuizen past een correcte codering toe in beide bestanden. Om de representativiteit van de steekproef niet in gevaar te brengen, besloten we om deze ziekenhuizen te behouden in de databank. Bij de interpretatie van de resultaten moeten we rekening houden met deze beperkingen.

De facturen ten laste van de patiënt voor de verstrekkingen die behoren tot de grote risico's en die in theorie geen remgeld veroorzaken, werden niet weerhouden (zie H4- 2.2 validatie). De facturen ten laste van de mutualiteit werden wel volledig weerhouden.

De forfaitaire honoraria bij de opname worden samen besproken met de factuur ten laste van de patiënt op het vlak van de verpleegdagen. In daghospitalisatie kan m.b.t. deze onderdelen van de factuur nooit een bedrag ten laste van de patiënt geregistreerd worden. Foutieve registraties in daghospitalisatie zullen dus buiten beschouwing gelaten worden. In klassieke hospitalisatie zijn er wel facturen ten laste van de patiënt mogelijk.

Met behulp van de forfaitaire factuur ten laste van de patiënt op het vlak van de klinische biologie (zie H4-5.2 klassieke hospitalisatie) deelden we de verblijven in twee groepen in. De verblijven die geen remgeld betalen worden gedefinieerd als verblijven met voorkeurregeling (24% van alle verblijven) en de overige verblijven definiëren we als verblijven zonder voorkeurregeling (76% van alle verblijven).

Op basis van deze indeling m.b.t. de voorkeurregeling wijzen we de factuur ten laste van de patiënt toe voor de forfaitaire honoraria van klinische biologie en radiologie, voor het opnameforfait en het forfait technische verstrekkingen (tabel 60a).

Zoals we hoger reeds bespraken (zie H4-7.1B klassieke hospitalisatie) is het remgeld per verpleegdag afhankelijk van het recht op de voorkeurregeling en het type rechthebbende (werkloos, descendent, personen ten laste of niet). Op basis van de forfaitaire honoraria van klinische biologie zonderden we de verblijven met een voorkeurregeling af. In de MKG of MFG wordt echter geen bijkomende informatie geleverd m.b.t. de personen ten laste, de werklozen en de descendenten.

Zoals blijkt uit tabel 67 waren er enkele scenario's mogelijk in de toewijzing van de factuur ten laste van de patiënt bij de opname en per verpleegdag. Indien we veronderstellen dat iedereen van een voorkeurregeling geniet, bedraagt de gemiddelde factuur ten laste van de patiënt per verblijf 1.754 BEF (scenario 2). In de hypothese dat alle patiënten geen

voorkeurregeling noch personen ten laste hebben, bedraagt de gemiddelde factuur per verblijf 6.459 BEF (scenario 3). Om de werkelijkheid zo dicht mogelijk te benaderen maken we wel een opsplitsing tussen patiënten enerzijds met voorkeurregeling en anderzijds zonder voorkeurregeling en zonder personen ten laste (scenario 1). Binnen de verblijven zonder voorkeurregeling kunnen we geen opsplitsing maken m.b.t. werklozen en personen ten laste. We rekenen voor al deze verblijven het maximale remgeld aan om op die manier geen hoge remgelden over het hoofd te zien. Alle kinderen jonger dan 19 en zonder een voorkeurregeling zonderen we bij benadering echter nog af in de categorie descendentes. Op deze manier bekomen we een gemiddelde factuur ten laste van de patiënt (4.822 BEF) per verblijf dat de reële uitgaven licht overschat (scenario 4). Dit laatste scenario zullen we toepassen in de gecombineerde berekening van de verschillende onderdelen van de factuur ten laste van de patiënt

2. Klassieke hospitalisatie

2.1 Algemeen

De gemiddelde factuur ten laste van de patiënt per verblijf in klassieke hospitalisatie bedraagt 8.019 BEF (tabel 66 en grafiek 16). De mutualiteit betaalt gemiddeld 39.272 BEF exclusief het mutualiteitsaandeel in de verpleegdagprijs. Het grootste gedeelte (60%) van de factuur ten laste van de patiënt wordt betaald bij de opname en per bijkomende verpleegdag (inclusief 25 BEF remgeld voor farmaceutische verstrekkingen). Per verblijf wordt gemiddeld 4.822 BEF betaald door de patiënt voor deze verpleegdagprijs. De niet terugbetaalbare geneesmiddelen dragen voor 14% bij aan de factuur ten laste van de patiënt met een gemiddelde van 1.152 BEF per verblijf. De remgelden van de geneesmiddelen werden reeds forfaitair aangerekend bij de verpleegdagen. Daarna volgen de verstrekkingen met een gemiddelde van 908 BEF (14%). De andere verstrekkingen en artikel 27 t.e.m. 31 hebben beiden een aandeel van 7% in de factuur ten laste van de patiënt, respectievelijk gemiddeld 535 BEF en 590 BEF per verblijf. De factuur ten laste van de patiënt op het vlak van de klinische biologie is daarentegen verwaarloosbaar klein (0,2% of gemiddeld 12 BEF per verblijf).

Op het vlak van andere verstrekkingen betaalt de patiënt 29% van de factuur zelf, de overige 71% wordt betaald door de mutualiteiten (tabel 66). In artikel 27 tot 31 valt 18% van de factuur ten laste van de patiënt. 12% van de farmaceutische verstrekkingen bestaat uit niet terugbetaalbare geneesmiddelen. Voor de overige verstrekkingen bedraagt het aandeel van de patiënt niet meer dan 3% en bij de klinische biologie zelfs niet meer dan 1%. De tussenkomst van de mutualiteit in de verpleegdagprijs behoort niet tot onze gegevens en maakt dan ook geen deel uit van de totale factuur ten laste van de mutualiteit. De 17% ten laste van de patiënt voor de totale factuur van een gemiddeld ziekenhuisverblijf is dan ook een overschatting. In grafiek 17 worden de facturen ten laste van de patiënt en ten laste van de mutualiteit weergegeven voor de verschillende onderdelen van de factuur. We merken nog op dat de verstrekkingen (25.406 BEF) en de geneesmiddelen (8.465 BEF) het overgrote deel van de gemiddelde factuur ten laste van de mutualiteit (39.272 BEF) vormen in afwezigheid van de mutualiteitbedragen voor de verpleegdagprijs.

2.2 Pathologiegroepen

Per pathologiegroep zullen we hieronder zowel de mediane als de gemiddelde factuur ten laste van de patiënt bestuderen. Van de pathologiegroepen met de hoogste facturen zullen we eveneens de verschillende onderdelen van de factuur analyseren. Pathologiegroepen met minder dan 5 verblijven worden niet besproken in de tekst maar zijn wel opgenomen in de tabellen.

A) MDC

Uit grafiek 18 en tabel 68 blijkt dat de 288 tracheotomieën (MDC p3) de hoogste gemiddelde factuur hebben ten laste van de patiënt (50.209 BEF). Het grootste gedeelte van deze factuur bestaat uit betalingen m.b.t. verpleegdagen (22.472 BEF) en m.b.t. farmaceutische verstrekkingen (14.211 BEF). Daarna volgen de 279 verblijven met multipole traumata (MDC 25 met 27.033 BEF), de 92 beenmergtransplantaties (MDC p2 met 25.401 BEF) en 63 HIV infecties (MDC 24 met 17.493 BEF)

B) DRG

Een specifiek type coronaire bypass (DRG 164) dat slechts één keer voorkomt in onze databank heeft de hoogste gemiddelde factuur ten laste van de patiënt van alle DRG's, namelijk 125.282 BEF waarvan 114.524 BEF op het vlak van de andere verstrekkingen (tabel 69).

De 27 verblijven met bilaterale of multipole majeure ingrepen op gewrichten van de onderste ledematen (DRG 300) hebben een gemiddelde factuur van 60.842 BEF ten laste van de patiënt. Naast de lange ligduur spelen de verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 een belangrijke rol. Andere DRG's die eveneens tot MDC 8 (aandoeningen van spier, bot en huidweefsel) behoren, vertonen ook een hoge factuur ten laste van de patiënt omwille van een lange ligduur en bepaalde verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31, namelijk de 8 verblijven met spinale arthrodesen bij deviatie van de rugkromming (DRG 303 met 39.724 BEF) en de 410 verblijven met spinale arthrodesen behalve bij deviatie van de rugkromming (DRG 304 met 33.276 BEF), de 3.080 verblijven met majeure ingrepen op gewrichten en het heraanhechten van onderste ledematen behalve bij trauma (DRG 302 met 33.536 BEF) en de 920 verblijven met majeure ingrepen op gewrichten en het heraanhechten van onderste ledematen bij trauma (DRG 301 met 29.416 BEF).

De dure tracheotomieën, beenmergtransplantaties, multipole traumata en HIV infecties bespreken we reeds bij de [MDC indeling](#).

82 neonaten, verspreid over 5 DRG's (602, 601, 590, 592, 603) hebben een factuur ten laste van de patiënt van meer dan 25.000 BEF. De lange ligduur en de verstrekkingen m.b.t. de toezichthonoraria vormen de hoofdbestanddelen van deze factuur.

Zoals we reeds vermeldden voert DRG 164 de lijst aan van gemiddelde facturen ten laste van de patiënt per verblijf. Ook andere circulatoire aandoeningen (MDC 5) hebben echter een hoge factuur ten laste van de patiënt namelijk de 186 ingrepen op de hartkleppen met catheterisatie (DRG 162 met 33.540 BEF) en de 6 ingrepen zonder catheterisatie (DRG 163 met 28.286 BEF), de 1.040 coronaire overbruggingen met hartcatheterisatie (DRG 165 met 23.927 BEF) en de overbruggingen zonder hartcatheterisatie (DRG 166 met 28.373) en de 161 amputaties wegens circulatoire aandoeningen van de bovenste ledematen en de teen (DRG 172 met 27.251 BEF). Naast de ligduur zijn vooral de niet terugbetaalbare geneesmiddelen en de verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 de oorzaak voor een grote factuur ten laste van de patiënt bij deze circulatoire aandoeningen.

367 ingrepen bij zogenaamde andere contacten met gezondheidsinstellingen vertonen een gemiddelde factuur ten laste van de patiënt van 25.138 BEF. Gemiddeld wordt 16.437 BEF besteed aan andere verstrekkingen. Het gaat hier hoofdzakelijk om fertiliteitsbehandelingen.

Voor een volledig overzicht van de gemiddelde factuur ten laste van de patiënt per DRG verwijzen we naar tabel 69.

C) Geaggregeerde hoofddiagnose

De indeling op basis van geaggregeerde hoofddiagnoses bevestigt de bovenstaande resultaten. Osteo-arthrose en fractuur van de femurhals komen het frequent voor (respectievelijk 3.392 en 2.557 verblijven) en hebben een hoge factuur ten laste van de patiënt (respectievelijk 27.088 en 23.933 BEF). Hieronder vermelden we alleen mogelijke aanvullingen op eerdere vaststellingen.

De diagnose voor traumatische pneumothorax en haemothorax vertoont een hoge gemiddelde factuur ten laste van de patiënt (32.479 BEF). De mediane factuur van deze 89 verblijven bedraagt echter slechts 8.711 BEF.

De 21 verblijven met als hoofddiagnose overige mycosen hebben een gemiddelde factuur ten laste van de patiënt van 25.858 BEF en een mediane factuur van 16.073 BEF.

Voor een uitgebreid overzicht verwijzen we naar tabel 70.

2.3 Verdeling van de factuur ten laste van de patiënt over de verblijven

Uit de Lorenz curve (grafiek 19) leiden we af dat 20% van de verblijven 53% van de totale factuur ten laste van de patiënt dragen. De top 10% en de top 5% van de verblijven staan respectievelijk nog in voor 37% en 26% van de totale factuur ten laste van de patiënt.

Indien we veronderstellen dat elk verblijf binnen eenzelfde pathologiegroep (MDC of DRG of hoofddiagnose) een factuur ten laste van de patiënt heeft dat gelijk is aan het gemiddelde van die pathologiegroep, kunnen we opnieuw Lorenz curven waarin de pathologieën gerangschikt worden volgens hun gemiddelde factuur ten laste van de patiënt. Het aantal verblijven binnen de pathologiegroep wordt in rekening gebracht bij de berekening van het cumulatieve aantal verblijven.

De Lorenz curve op basis van MDC leunt echter niet nauw aan bij de Lorenz curve op verblijfsniveau. De veronderstelde homogeniteit van de factuur ten laste van de patiënt binnen de MDC's wordt hiermee verworpen. De Lorenz curven op basis van DRG, geaggregeerde hoofddiagnose en hoofddiagnose evolueren wat meer in de richting van de Lorenz curve op verblijfsniveau maar een zekere heterogeniteit is op die classificatieniveaus toch nog aanwezig.

De MDC's, DRG's en geaggregeerde hoofddiagnoses met de hoogste facturen ten laste van de patiënt bespreken we reeds hoger ([zie H5-2.2 pathologiegroepen](#)). Voor de analyse van de heterogeniteit van bepaalde factuuronderdelen bij pathologiegroepen verwijzen we naar het [vorige hoofdstuk](#) waarin alle onderdelen meer in detail bestudeerd werden.

3. Daghospitalisatie

3.1 Algemeen

In daghospitalisatie bedraagt de gemiddelde factuur ten laste van de patiënt en ten laste van de mutualiteit respectievelijk 1.593 BEF en 10.976 BEF. De forfaitaire dagprijzen voor

daghospitalisatie die volledig ten laste van de mutualiteit vallen zijn niet opgenomen in onze resultaten omwille van het grote aantal foutieve registraties (tabel 66 en grafieken 20 en 21).

Het grootste gedeelte van de gemiddelde factuur ten laste van de patiënt wordt veroorzaakt door de andere verstrekkingen (36,6% of 582 BEF) en de farmaceutische verstrekkingen (34,2% of 544 BEF) (grafiek 20 en 21).

Op het vlak van de andere verstrekkingen betaalt de patiënt gemiddeld 94% van de factuur uit eigen zak. In artikel 27 tot 31 bedraagt dit percentage 27% en bij de andere onderdelen van de factuur blijft dit percentage onder de 20%.

Uit grafiek 20 blijkt dat de gemiddelde factuur ten laste van de mutualiteit (10.976 BEF) in afwezigheid van de forfaitaire dagprijzen vooral wordt samengesteld door de verstrekkingen (7.505 BEF) en de geneesmiddelen (2.726 BEF)

3.2 Pathologiegroepen

A) MDC

MDC 23 (contact met ziekenhuizen en factoren die gezondheid beïnvloeden) heeft de hoogste gemiddelde factuur ten laste van de patiënt (13.659 BEF). De mediane factuur ten laste van de patiënt bedraagt echter slechts 1.201 BEF. Slechts een gedeelte van de 3.711 verblijven uit MDC 23 zullen dus een hoge factuur ten laste van de patiënt krijgen. Het onderdeel andere verstrekkingen is de oorzaak van deze hoge factuur (tabel 71 en grafiek 22). Uit verdere analyse op niveau van de DRG's en de hoofddiagnoses zal blijken dat het hier vooral over fertiliteitbehandelingen gaat.

De 6.607 verblijven met een aandoening van het oog (MDC 2) hebben zowel een hoge gemiddelde als mediane factuur ten laste van de patiënt, respectievelijk 5.280 en 2.893 BEF.

Verder merken we nog 5 multipale traumata op met een gemiddelde factuur ten laste van de patiënt van 3.168 BEF.

De 4.410 aandoeningen van de vrouwelijke geslachtsorganen hebben een gemiddelde en mediane factuur van respectievelijk 2.512 en 1.149 BEF. Ook in deze MDC worden bepaalde fertiliteitbehandelingen geplaatst.

B) DRG

De 1.574 ingrepen bij andere contacten met gezondheidsinstellingen (DRG 850) zijn grotendeels (97%) fertiliteitbehandelingen. De gemiddelde en de mediane factuur ten laste van de patiënt bedragen respectievelijk 31.240 en 40.001 BEF (tabel 72 en grafiek 23). In 270 van de 557 gevallen met een ingreep op uterus of adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen (DRG 513) wordt eveneens een fertiliteitbehandeling toegepast. Dit verklaart de hoge gemiddelde factuur ten laste van de patiënt (10.463 BEF) maar de lagere mediane factuur (1.743 BEF). De 98 ingrepen op faciaal bot behalve majeure ingrepen op hoofd en hals (DRG 92) hebben een gemiddelde factuur ten laste van de patiënt van 11.002 BEF. Ook bepaalde chirurgische ingrepen voor obesitas gaan gepaard met een hoge factuur ten laste van de patiënt. De gemiddelde factuur van de 27 patiënten (7.000 BEF) ligt echter veel hoger dan de mediane factuur (846 BEF) waardoor we veronderstellen dat slechts enkele verblijven deze hoge factuur ten laste van de patiënt veroorzaken.

Het onderdeel andere verstrekkingen is steeds verantwoordelijk voor het hoge bedrag ten laste van de patiënt van bovenstaande DRG's.

Tenslotte vermelden we nog de 5.034 ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie met een gemiddelde en mediane factuur ten laste van de patiënt van respectievelijk 6.609 BEF en

6.227 BEF. In tegenstelling tot de vorige DRG's zijn de onderdelen m.b.t. artikel 27 t.e.m. 31 (2.386 BEF) en de farmaceutische verstrekkingen (3.734 BEF) hier verantwoordelijk voor de hoge gemiddelde factuur ten laste van de patiënt.

Een overzicht van de verschillende factuuronderdelen van alle DRG's is terug te vinden in tabel 72.

C) Geaggregeerde hoofddiagnose

De vaststellingen op basis van de geaggregeerde hoofddiagnoses komen sterk overeen met de vaststellingen op DRG niveau. We vatten de belangrijkste resultaten hieronder samen.

De 1.514 begeleidingen van de voortplanting (code V26) en de 409 verblijven m.b.t. infertiliteit bij de vrouw (code 628) hebben een hoge gemiddelde factuur ten laste van de patiënt, respectievelijk 32.159 en 14.105 BEF (tabel 73 en grafiek 24). De mediane factuur bij de begeleiding van de voortplanting bedraagt zelfs 40.279 BEF. De 19 beenmergdonoren (code V59) hebben gemiddeld 23.855 BEF ten laste van de patiënt. In de praktijk zal de receptor voor deze kosten opdraaien. Een gedeelte van de 169 verblijven met ziekten of aandoeningen van gebit en steunweefsels (code 525) hebben eveneens een hoge factuur ten laste van de patiënt. De gemiddelde factuur voor de 169 verblijven bedraagt 6.449 BEF maar de mediane factuur valt terug tot 370 BEF.

Het onderdeel m.b.t. de andere verstrekkingen is opnieuw verantwoordelijk voor de hoge facturen bij de bovenstaande geaggregeerde hoofddiagnoses.

De 5.089 cataractbehandelingen hebben een hoge gemiddelde factuur ten laste van de patiënt (6.617 BEF) omwille van de geneesmiddelen (2.383 BEF) en de verstrekkingen uit artikel 27 t.e.m. 31 (3.750 BEF). Gedetailleerde informatie over de facturatie onderdelen van de verschillende geaggregeerde hoofddiagnoses is samengebracht in tabel 73.

3.3 Verdeling van de factuur ten laste van de patiënt over de verblijven

We stellen vast dat de factuur ten laste van de patiënt in daghospitalisatie nog onevenwichtiger verdeeld is dan in klassieke hospitalisatie. Een klein gedeelte van de verblijven draagt dus een zeer groot deel van de uitgaven ten laste van de patiënt. De top 20%, top 10% en top 5% van de verblijven staan respectievelijk in voor 76%, 66% en 56% van de uitgaven ten laste van de patiënt (grafiek 19).

Zoals bij klassieke hospitalisatie construeren we met behulp van de gemiddelden per pathologiegroep ook Lorenz curven op basis van MDC, DRG en geaggregeerde hoofddiagnose. In vergelijking met klassieke hospitalisatie benaderen deze curves veel sterker de Lorenz curve op verblijfsniveau. De factuur ten laste van de patiënt zit immers geconcentreerd in enkele vrij homogene pathologiegroepen die we reeds hoger bespraken. ([zie H5-3.2 pathologiegroepen](#))

Besluit

We startten deze studie met een korte inleiding in het huidige gezondheidszorgsysteem van België en belichtten meer in detail de toegang tot de gezondheidszorg en de huidige reglementering om extra bescherming te bieden aan bepaalde socio-economische categorieën.

Met behulp van de koppeling tussen minimale financiële (MFG) en minimale klinische gegevens (MKG) gingen we in deze studie op zoek naar patiëntengroepen die in een ziekenhuis (klassieke hospitalisatie of daghospitalisatie) een hoge factuur voorgeschoteld krijgen die ze zelf moeten betalen. We beschikten over de gekoppelde MFG en MKG van 30 representatieve ziekenhuizen uit 1996.

De kamersupplementen en de ereloon-supplementen werden niet weerhouden aangezien deze kosten ontstaan door de bewuste persoonlijke keuze van de patiënt. We bestudeerden wel de remgelden (m.b.t. verblijfsduur, prestaties, geneesmiddelen en forfaitaire honoraria), de niet terugbetaalde geneesmiddelen en de materiaalsupplementen.

In klassieke hospitalisatie stelden we vast dat materiaalsupplementen en niet terugbetaalde geneesmiddelen voor bepaalde patiëntengroepen een zware kost kunnen veroorzaken.

Ook de verblijfsduur heeft een sterke invloed op de factuur ten laste van de patiënt. Naast het opnameforfait (inclusief forfaitaire honoraria) wordt voor elke verblijfsdag in het ziekenhuis een remgeld gevraagd. Voor de farmaceutische verstrekkingen wordt daarenboven eveneens een forfaitair bedrag per dag gevraagd (25 Bef per dag). Patiënten die langer in het ziekenhuis verblijven, krijgen eveneens vaak te maken met het dagelijkse remgeld m.b.t. de honoraria voor medische wachtdienst en toezicht.

Ook bepaalde kinesitherapie- en fysiotherapiebehandelingen kunnen voor een groot bedrag aan remgelden zorgen.

In tabel 69 worden de pathologiegroepen met hoge facturen weergegeven. We treffen ondermeer aandoeningen van spier en bot, circulatoire aandoeningen, tracheotomieën, enz. aan.

In daghospitalisatie kunnen we eveneens enkele pathologiegroepen afzonderen die een beduidend hogere kost voor de patiënt veroorzaken omwille van de materiaalsupplementen en in mindere mate de niet terugbetaalbare geneesmiddelen. De aandoeningen m.b.t. het oog, de fertiliteitsbehandelingen en de aandoeningen m.b.t. het gebit vallen het meeste op (tabel 72).

De bescherming tegen gezondheidskosten is in hoofdzaak een bescherming per afzonderlijke prestatie. De eigen betalingen hebben als doel de medische consumptie af te remmen waardoor overconsumptie vermeden wordt en de patiënten een zekere vorm van financiële responsabilisering krijgen. Om een globaal beeld te krijgen van de persoonlijke uitgaven van bepaalde patiëntengroepen werden de uitgaven op basis van de klinische gegevens gegroepeerd. Deze studie toonde aan dat bepaalde pathologiegroepen te maken krijgen met een significant hogere factuur ten laste van de patiënt.

Ofwel kunnen specifieke initiatieven ontwikkeld worden voor deze specifieke pathologiegroepen ofwel kunnen de facturatie onderdelen (vooral materiaalsupplementen en verblijfsduur) die de hoge factuur ten laste van de patiënt veroorzaken, verwerkt worden of behouden blijven in de reeds bestaande maximumfactuur. Deze beschermingsmaatregelen kunnen pas genomen worden na het advies van experts m.b.t. de opportuniteit van de verstrekte prestaties.

Bibliografie

- (1) RIZIV jaarverslagen, Statistieken van ledentallen, 1998 tot 2000.
- (2) Nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen en terugbetalingstarieven.
- (3) Van Limberghen G, Baeke A.M., Ulrix E., Actualisering van de opdeling in grote en kleine risico's, Vakgroep Sociaal Recht (VUB), 1999.
- (4) KB 08/08/1997 ter bepaling van de inkomensvoorwaarden en de voorwaarden in verband met de ingang, het behoud en de intrekking van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (BS 22/08/1997).
- (5) KB 16/04/1997 houdende maatregelen om het recht op een verhoogde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging uit te breiden tot andere categorieën van rechthebbenden (BS 30/04/1997).
- (6) KB 21/09/1993 tot aanpassing van de persoonlijke aandelen in de kostprijs van bepaalde verstrekkingen (BS 29/09/1993).
- (7) De sociale franchise is ingevoerd door de programmawet van 6 augustus 1993 en het KB van 3 november 1993 (BS 10/02/1994). De fiscale franchise is ingevoerd door artikel 43 van de programmawet van 24 december 1993.
- (8) Beide franchises werden in 1997 aangepast via het KB 17/04/1997 (BS 30/04/1997).
- (9) KB 3/11/1993. tot uitvoering van artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, (BS 10/02/1994).
- (10) KB 15/01/1997 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 november 1993 tot uitvoering van artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (BS 8/02/1997).
- (11) RIZIV, Thematische uiteenzetting: Sociale en fiscale franchise, Jaarverslag 2000.
- (12) Vandenbroucke Frank, De Maximumfactuur voor gezondheidszorgen (de MAF): Universele bescherming op maat van het gezin, Beleidsnota van de Minister van Sociale Zaken, 30 april 2001, Brussel.
- (13) KB 26/02/2001 (BS 28/02/2001) Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 25 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- (14) Vandenbroucke Frank, Twee jaar Sociale Zaken, Beleidsnota van de Minister van Sociale Zaken.
- (15) Handboek gezondheidseconomie Kluwer, dossier daghospitalisatie.
- (16) RIZIV, Omzendbrief aan de verpleeginrichtingen, Nationale overeenkomsten tussen de verplegingsinstellingen en de verzekeringsinstellingen op het vlak van de daghospitalisatie.

- (17) Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Richtlijnen voor de registratie van de Minimale Klinische Gegevens (MKG), januari 1995.
- (18) Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Richtlijnen voor de registratie van de Minimale Klinische Gegevens (MKG), juni 1999.
- (19) Test Aankoop Magazine, Ziekenhuistarieven: Het taboe doorbroken, nr. 390, juli-augustus 1996, p.19-28.
- (20) Test Aankoop Magazine, Informatie en tarieven in ziekenhuizen, nr. 42, april-mei 2001, p. 20-27.
- (21) KB 27/04/1998 met betrekking tot de wijze waarop de ziekenhuizen aan de Technische Cel de noodzakelijke informatie meedelen voor de samenvoeging van de anonieme minimale klinische en financiële gegevens (BS 14/08/1998).
- (22) KB 21/06/1990 waarin de regels bepaald worden volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en waarin een Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen wordt opgericht (BS 10/07/1990).
- (23) KB 06/12/1994 waarin de regels bepaald worden volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en waarin een Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen wordt opgericht (BS 30/12/1994).
- (24) Mertens I., APR-DRG.
- (25) Mertens I., koppeling minimaal financiële en minimaal klinische gegevens, symposium 15/05/2002.
- (26) Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Richtlijnen voor de registratie van de Minimale Financiële Gegevens (MFG), augustus 1998.
- (27) Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, nationale Feedback CD-rom met resultaten van de gekoppelde MKG - MFG uit 1996, 2001.
- (28) Rousseau Ronald, De gini-index en de Lorenzkromme, Wiskunde en onderwijs, nr. 18, 1992.
- (29) RIZIV jaarverslagen 1998 tot 2000.
- (30) Vandenbroucke Frank, Toegankelijkheid tot de gezondheidszorg, studiedag toegankelijkheid van de gezondheidszorg: een wijkgerichte benadering, 21 september 2000, Gent.
- (31) Vandenbroucke Frank, Vernieuwd geneesmiddelenbeleid en de medisch-farmaceutische comités, studiedag 'Kwaliteit van de farmacotherapie in het ziekenhuis', 10 november 2000, Brussel.
- (32) Vandenbroucke Frank, Rechtvaardig besturen is keuzes maken, 1 mei toespraak, Leuven.

- (33) Vandenbroucke Frank, Voor een betere financiering van de wijkgezondheidscentra, toespraak n.a.v. de uitreiking van de Welzijnszorgprijs aan Wijkgezondheidscentrum Ridderbuurt, Brussel
- (34) Vandenbroucke Frank, Over de kostprijs van ziek zijn, toespraak op Congres Nationaal Verbond Socialistische Mutualiteiten, 8 september 2000, Leuven.
- (35) Vandenbroucke Frank, Vernieuwd geneesmiddelenbeleid: doelstellingen en beleidslijnen, Beleidsnota van de minister van Sociale Zaken, 16 oktober 2000, Brussel.
- (36) Handboek Gezondheidseconomie, Kluwer.
- (37) Gezondheidszorg: Beleid en Organisatie, veertiendaagse nieuwsbrief, Kluwer, jaargang 18, nr. 14, 28 aug 2001.
- (38) Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie, Brochure Geneesmiddelen, www.agim-avgi.be.
- (39) Vereniging voor Gezondheidseconomie, Stijgende uitgaven voor geneesmiddelen: een gezonde ontwikkeling?, Congres op 1 december 2000, Ufsia, Antwerpen.
- (40) PricewaterhouseCoopers, Gezondheidszorg in Europa: een deceniumprognose.
- (41) Christelijke Mutualiteit, Prioriteiten en keuzes in de gezondheidszorg, CM-themadossier, nr. 3, oktober 2000.
- (42) Van Eeckhoutte W., Socialezekerheidsrecht 1998-1999, Kluwer.
- (43) Louckx, F., Gevelarchitectuur van de welvaartsstaat: ongelijke toegang tot de gezondheidszorg, Vubpress, Brussel, 1995.
- (44) Raes V., Kerkhofs E., Louckx, F., Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid, Vubpress, Brussel, 1993.
- (45) Louckx, F., Van Wanseele C., Sociale correcties in de ziekteverzekering: balans en toekomst, Vubpress, Brussel, 1998.
- (46) Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Gezondheidsenquête 1997: De gezondheid in België, zijn gemeenschappen en zijn gewesten, 2000.
- (47) Huber V., Van Rompaey L., Van Buggenhout B., Aanvullende dekking van het gezondheidsrisico, die keure, 1997.
- (48) Vandenbroucke F., Project generische geneesmiddelen, persbericht 21 maart 2001.
- (49) G. Tormans, Persoonlijke aandelen: het vangnet van de sociale en fiscale franchise, Handboek Gezondheidseconomie, Hoofdstuk 3, deel 2, 2.7
- (50) Belgian Association of Ambulatory Surgery, Lijst van de activiteiten van ambulante heelkunde in België, 1998, Brussel.

- (51) Decoster C., Labart N., Splinglaer L., Ambulante chirurgie, Het Belgisch Ziekenhuis, 232 (1), p 5-18, 1998.
- (52) Dewaele P., La prise en charge des patient en hôpital de jour, alternative à l'hospitalisation conventionnelle, L'Hôpital Belge, 232 (1), p. 24-25, 1998.
- (53) Decoster C., Labart N., Splinglaer L., Zijn de financieringsregels voor de ambulante chirurgie adequaat?, Het Belgisch Ziekenhuis, 235 (4), p.42-52, 1998.
- (54) De Lathouwer C., Chirurgie ambulatoire en Belgique, L'Hôpital Belge, 232 (1), 1998, p.19-23.
- (55) De Lathouwer C., Poullier J.P., Ambulatory surgery in 1994-19995: The state of the art in 29 OECD countries, Ambulatory Surgery, 6, 1998, p. 43-55.
- (56) De Lathouwer C., Poullier J.P., How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends?, Ambulatory Surgery, 8, 2000, p. 191-210.
- (57) Belgian Association of Ambulatory Surgery, Chirurgie in daghospitalisatie, Enquête naar de tevredenheid bij 3.429 patiënten in 59 ziekenhuizen, 1998, p. 1-36.
- (58) De Lathouwer C., Chirurgische daghospitalisatie: een Enquête bij 3.429 patiënten in 59 ziekenhuizen, Tijdschrift voor Geneeskunde, 56, nr.12, 2000, p. 904-910.
- (59) Vandenbroucke F., Heelkundige daghospitalisatie, 31 maart 2000, Toespraak ter gelegenheid van het vierde Belgisch congres voor ambulante heelkunde, Brussel.
- (60) RIZIV, Informatiebrochure over de referentietarugbetaling (1 januari 2002).
- (61) Beeckmans J., Financiering van de ziekenhuizen, Handboek Gezondheidseconomie, Kluwer, Volume 2, 1999, p. 123-144.
- (62) Onafhankelijke Ziekenfondsen, Ziekenhuisgids, 2001.

Bijlage

1. Koppeling MKG-MFG

1.1 Technische Cel

Door het Ministerie van Volksgezondheid en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering werd een Technische Cel opgericht voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen. Deze Technische Cel is samengesteld uit een gelijk aantal leden van het RIZIV en het Ministerie. Twee geneesheren van de respectievelijke organisaties nemen de leiding op zich. De commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer vaardigt ook een lid af om de Technische Cel bij te staan. De Technische Cel verzamelt gegevens bij het RIZIV en het ministerie van volksgezondheid, ze verwerkt deze gegevens en tracht ze te valideren en te analyseren. Uit de unieke combinatie tussen MKG en MFG kan de Technische Cel verbanden tussen de uitgaven voor de geneeskundige verzorging en de behandelde aandoening afleiden. Verder heeft de Technische Cel de wettelijke bevoegdheid om financieringsregels, erkenningsnormen en kwaliteitsvoorwaarden in het kader van een doelmatig gezondheidsbeleid uit te werken.

1.2 Feedback

De Technische Cel heeft reeds een aantal feedbacktypes uitgewerkt die zich zowel op papier als elektronische gegevensdrager (HTML-formaat) kunnen bevinden. Het doel van deze feedback beperkt zich niet langer tot het geven van geaggregeerde gegevens maar bereidt zich uit tot het verschaffen van verfijndere gegevens over de medische praktijkvoering en de pathologiegerelateerde kosten. De zorgkwaliteit en de beheersing van de uitgaven moeten zo ondersteund worden. Elk ziekenhuis moet zowel een individuele als landelijke feedback krijgen. De ziekenhuizen moeten verder in staat gesteld worden zich te spiegelen aan een hypothetisch ziekenhuis met dezelfde case-mix. Dit hypothetisch ziekenhuis kan geconstrueerd worden door de landelijke gemiddelden toe te passen op de case-mix van het desbetreffende ziekenhuis.

1.3 Scenario's voor de koppeling van MKG en MFG

Voor de koppeling van de MKG en de MFG worden twee scenario's gevolgd. Voor de jaren 1995, 1997 en volgende worden de MKG van het Ministerie van Volksgezondheid en de anonieme ziekenhuisverblijven van het RIZIV naar de Technische Cel overgedragen. Op basis van het gezamenlijk pseudoniem van de rechthebbende kunnen beide databanken gekoppeld worden. Het pseudoniem van de rechthebbende of het geëncrypteerd verblijfsnummer is het nummer bekomen door irreversibele transformatie van het identificatienummer van de rechthebbende bij de verzekeringsinstellingen. Het nationaal intermutualistisch college en de nationale confederatie van de verzorgingsinstellingen voeren deze nummering uit met behulp van een hashingalgoritme. De veiligheidsconsulent van het RIZIV deelt deze nummering mee aan de veiligheidsconsulenten van de verzekeringsinstellingen en de ziekenhuizen. De nodige wettelijke maatregelen om een dergelijke jaarlijkse koppeling tot stand te brengen werden genomen. Voor het jaar 1996 zal de Technische Cel zich voor beide databanken rechtstreeks wenden tot de ziekenhuizen. In deze versnelde procedure wordt op basis van het MKG verblijfsnummer

een koppeling tot stand gebracht. Het feit dat MKG semesterieel en MFG jaarlijks gebeuren, zorgt niet voor problemen.

In tegenstelling tot de klassieke profielgegevens waarbij per prestatieperiode slechts tot op het ziekenhuis- of eventueel het dienstniveau gegevens beschikbaar waren, laten de gekoppelde gegevens een verdere detaillering per patiëntenverblijf toe. De informatieve waarde van deze koppeling is zeer groot en zorgt voor verscheidene nieuwe gebruiksmogelijkheden.

1.4 Overzicht van de gebruikers van de gekoppelde gegevens

A) Departement van Volksgezondheid

Het departement ontwerpt door de koppeling een systeem voor de evaluatie van medische praktijkvoering. Op basis van deze evaluatie kunnen erkenningsnormen en kwaliteitsvoorwaarden uitgewerkt worden. Verder moet men met de beschikbare gegevens tot een betere verdeling van de federale enveloppe tussen de ziekenhuizen kunnen komen. De koppeling van de minimale klinische gegevens aan de facturatiegegevens kan eveneens een belangrijk instrument vormen ter validering van de klinische gegevens. Grote verschillen tussen ziekenhuizen kunnen immers ook wijzen op een slechte of een bedrieglijke registratie.

B) Ziekenhuizen

Een vaak geuite kritiek in verband met de verzameling van de klinische en financiële gegevens is dat zij enkel het Ministerie aanbelangt. De ziekenhuizen zullen door een feedback echter de facturatiegegevens per pathologie kunnen vergelijken met andere ziekenhuizen, waardoor een dialoog kan ontstaan met het medische korps om de patiëntenzorg te optimaliseren. De koppeling moet een polyvalent instrument vormen om zowel het intern beheer van het ziekenhuis in het bijzonder als het ziekenhuisbeleid in het algemeen te optimaliseren. Gegevensregistratie mag voor de ziekenhuizen geen doel op zich vormen maar moet leiden tot concrete toepassingen gebaseerd op een adequate verwerking van data. Deze data moeten gecontroleerd worden op betrouwbaarheid en de confidentialiteit van de individuele patiëntengegevens moet eveneens verzekerd zijn.

C) RIZIV

Dit instituut zal het vaststellen van forfaits, enveloppes en prijzen van prestaties op een objectievere en transparantere wijze kunnen bepalen.

D) Commissie voor begrotingscontrole

De commissie voor begrotingscontrole kan de budgetten eenvoudiger evalueren en de evolutie van de financiering van de ziekteverzekering beter monitoren aangezien ze met deze data simulaties kan uitvoeren.

2. Daghospitalisatie

2.1 Financiering daghospitalisatie

De programmawet van 30 december 1998 voert de mogelijkheid in om de daghospitalisatie te integreren in de ziekenhuisfinanciering of om een afzonderlijk quotum van verpleegdagen en een afzonderlijke verpleegdagprijs te bepalen voor de daghospitalisatie. Deze mogelijkheid werd tot op heden echter niet uitgevoerd waardoor de financiering van de daghospitalisatie nog steeds berust op conventies tussen verzekeringsinstellingen en ziekenhuizen. In de verpleegdagprijs wordt geen rekening gehouden met de werkingskosten van de daghospitalisatie. Alleen de afschrijvingslasten van de investeringen die nodig zijn om aan de architectonische normen voor daghospitalisatie te beantwoorden, worden toegelaten tot het onderdeel A1 van het ziekenhuisbudget indien de werken zijn opgenomen in de bouwkalender.

De mini-, maxi- en super-forfaits worden berekend via het B2-gedeelte van de verpleegdagprijs en zijn dus gebaseerd op de personeelskosten van de klinische diensten van het ziekenhuis. Deze forfaiten verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis. Voor de A, B, C en D forfaiten werd steeds een vast bedrag vooropgesteld dat niet afwijkt van ziekenhuis tot ziekenhuis. In tabel 8 wordt een overzicht gegeven van de bedragen verbonden aan de forfaiten zoals opgenomen in de overeenkomst tussen verplegingsinrichtingen en verzekeringsinstellingen van 1996. Deze overeenkomst werd voor het laatst gewijzigd op 1 april 1998 en op 10 december 2001. Deze wijzigingen omvatten een afschaffing van het superforfait en een uitgebreide aanpassing van de limitatieve lijsten met nomenclatuurnummers. In de nabije toekomst worden nieuwe initiatieven van de overheid aangekondigd om de daghospitalisatie meer te integreren in de verpleegdagprijs (15, 50 t.e.m. 59)

2.2 Voor- en nadelen daghospitalisatie

Daghospitalisatie kan, onder bepaalde voorwaarden, positief uitvallen voor zowel patiënt, personeel, ziekenhuisbeheer als overheid.

De snelle terugkeer naar huis is een belangrijke troef voor de patiënt. De stress die gepaard gaat met een ziekenhuisopname wordt vermeden en de familie kan de patiënt bezoeken in zijn vertrouwde omgeving. De patiënt komt op die manier ook minder in contact met andere zieken. In het kader van een daghospitalisatie moet men vaak een beroep kunnen doen op thuis- en mantelzorg en is een goede samenwerking met de eerstelijnszorg noodzakelijk aangezien correct gereageerd dient te worden op eventuele complicaties bij de post-operatieve zorgen. Het ontbreken van dergelijke mantelzorg en een slechte communicatie met de extramurale zorgenverstrekkers kunnen de mogelijkheden voor een daghospitalisatie beperken. Sociaal zwakkere personen en ouderen doen o.a. om die reden in mindere mate een beroep op daghospitalisatie. Sommige hospitalisatieverzekeringen gelden enkel voor overnachtingen in het ziekenhuis. Patiënten met dergelijke verzekeringen verkiezen daarom eerder voor de zekerheid van een klassieke hospitalisatie. Een enquête in verband met chirurgische daghospitalisatie toonde aan dat de tevredenheidsgraad van de patiënten zeer hoog uitvalt. Toch wordt de keuze voor daghospitalisatie zelden gemaakt door de patiënten maar wel door de artsen

Het personeel wordt niet verplicht tot lange overuren en weekend- of nachtwerk aangezien de patiënten voornamelijk tijdens de kantooruren verzorgd zullen worden. Deze aangename werksituatie bevordert de invoering van daghospitalisatie.

De complexiteit van de financiering van daghospitalisatie zorgt ervoor dat de berekening van het budgettaire effect van een substitutie van klassieke naar daghospitalisatie een ingewikkelde oefening vormt voor zowel de overheid als de ziekenhuisbeheerders. Het finale budgettaire effect is afhankelijk van een heleboel variabelen. De keuze voor daghospitalisatie beïnvloedt de klassieke verpleegdagprijs, de honoraria, de inkomsten aan medicatie en de forfaits per opname en per verpleegdagprijs. Verder bepalen het type ingreep, de waarde van de overeenstemmende ligdag, de substitutiegraad^{xxiii}, de substitutieverblijfsduur, de bezettingsgraad, enz. het budgettaire resultaat. Algemeen kan men stellen dat ziekenhuizen met een hoge bezettingsgraad er voordeel bij doen om meer met daghospitalisaties te werken aangezien ligdagen die het quotum overschrijden slechts voor 25% vergoed worden. Ziekenhuizen met een lage bezetting proberen eerder om hun ligdagen in klassieke hospitalisatie op te drijven in plaats van voor daghospitalisatie te kiezen aangezien zij de verplichte beddenafbouw bij structurele onderbezetting willen vermijden.

2.3 Erkenningsnormen

In het Koninklijk Besluit van 25 november 1997 werd het juridisch statuut van de chirurgische daghospitalisatie vastgelegd op het vlak van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend.

De daghospitalisatie moet zich in de onmiddellijke omgeving van het algemene ziekenhuis bevinden of moet er tenminste een functionele binding mee hebben. Op die manier ontstaan er geen twee afzonderlijke circuits die door de overheid gereguleerd moeten worden. De nauwe band met een algemeen ziekenhuis is eveneens aangewezen om de veiligheid van de patiënt te waarborgen in noodsituaties. In uitzonderlijke en duidelijk omschreven omstandigheden kan een gespecialiseerd dagziekenhuis met beperkte en goed omschreven activiteiten of een satelliet-dagziekenhuis zich buiten een algemeen ziekenhuis bevinden. De daghospitalisatie is dus meestal verbonden met een algemeen ziekenhuis maar moet wel een herkenbare en aanwijsbare entiteit vormen. Zo heeft de daghospitalisatie ook een afzonderlijke personeelsopstelling die niet afhankelijk mag zijn van de toevallige drukte in de klassieke hospitalisatie. De medisch-technische diensten van het algemene ziekenhuis kunnen gebruikt worden voor daghospitalisatie maar de organisatorische afspraken moeten er voor zorgen dat de daghospitalisatie niet secundair kan zijn ten opzichte van de klassieke hospitalisatie.

Om de continuïteit van zorg te waarborgen werd vastgelegd dat voor een dagopname alleen patiënten in aanmerking komen die thuis over de nodige opvang beschikken. In een duidelijke, schriftelijk vastgelegde politiek moeten enerzijds de selectiecriteria voor de patiënten vastgelegd worden zodat ernstige comorbiditeiten vermeden worden. Anderzijds moet de instelling procedureregels opstellen om het contact met de eerste lijn soepel te laten verlopen.

Via een intern registratiesysteem moet een programma worden uitgewerkt om de kwaliteit van de daghospitalisatie te bewaken. De resultaten van deze kwaliteitsbewaking zijn terug te vinden in een jaarlijks rapport.

3. PAL/NAL

Het is de bedoeling van de overheid om in de ziekenhuisfinanciering meer proceselementen in te voeren. De PAL/NAL methode vormde een eerste aanzet in deze richting. Op basis van pathologiegewogen ligdagen wordt per ziekenhuis de afwijking ten opzichte van de gemiddelde nationale ligduur berekend. Deze afwijking wordt vermenigvuldigd met het aantal verblijven in het ziekenhuis. Zo berekent men op basis van de case-mix het aantal overtollige of uitgespaarde ligdagen van een ziekenhuis. Een positief aantal ligdagen (PAL) wijst erop dat er meer ligdagen zijn gepresteerd dan het aantal te verwachten genormaliseerde ligdagen op basis van nationale gemiddelden. Ziekenhuizen scoren een NAL (negatief aantal ligdagen) indien er minder ligdagen worden gerealiseerd dan nationaal verwacht. Ziekenhuizen met een PAL worden als minder performant beschouwd aangezien er meer dagen werden gefactureerd dan echt noodzakelijk was. Het was de bedoeling van de overheid om via een PAL/NAL systeem een herverdeling van de middelen van minder performante naar performantere ziekenhuizen tot stand te brengen. Bepaalde categorieën outliers worden geweerd uit de berekeningen. Per DRG wordt er een boven- en een ondergrens berekend voor de ligdagen om outliers te bepalen. Ook de daghospitalisaties worden in de PAL/NAL berekening betrokken. Een hogere substitutiegraad dan het nationaal gemiddelde wordt aangemoedigd met de toekenning van een negatief aantal ligdagen.

Indien het ziekenhuis een PAL heeft dan worden de budgetten B1 en B2 voor deze overtollige ligdagen vanaf 2000 volledig ingehouden. De vrijgekomen middelen worden herverdeeld onder de ziekenhuizen met een NAL. Om de overgang naar dit PAL/NAL systeem niet te bruusk te laten verlopen, werd in 1994 besloten een franchise toe te passen. Men hield toen nog rekening met een zekere vertekening van de registratie. Toen werd slechts een percentage van de B1 en B2 budgetten ingehouden. De franchise werd in de loop der tijd afgeschaft en het percentage van de B1 en B2 budgetten nam eveneens langzaam toe tot de volle 100% in het jaar 2000 (tabel 65)

Eindnoten

- ⁱ De leden van de kloostergemeenschappen zijn in de regeling van de zelfstandigen geïntegreerd.
- ⁱⁱ De werklozen die gedurende meer dan 1 jaar werkloosheidsuitkeringen ontvangen, zullen deze voorkeursregeling genieten bij een langdurige opname in het ziekenhuis, wat het persoonlijk aandeel betreft in de kosten van de ligdagprijs.
- ⁱⁱⁱ Een ziekenfondsgezin is niet altijd hetzelfde als het gezin in de gewone betekenis. Een gewoon gezin kan bijvoorbeeld personen tellen die voor het ziekenfonds niet ten laste zijn van een ander gezinslid (bijvoorbeeld een echtgenoot die zelf gerechtigde is).
- ^{iv} Het mutualistisch gezin (of ziekenfondsgezin) is verschillend van het fiscale gezin. Indien bijvoorbeeld beide echtgenoten (zonder kinderen) buitenshuis werken vormen zij fiscaal één gezin, maar mutualistisch twee gezinnen van telkens één alleenstaande.
- ^v Dit zijn geneesmiddelen die behoren tot de terugbetalingscategorieën A en B. Aangezien A geneesmiddelen volledig terugbetaald worden, houdt men in praktijk alleen rekening met het beperkte remgeld van de B geneesmiddelen.
- ^{vi} Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, meerdere jaarverslagen
- ^{vii} Het komt voor dat statutair is bepaald dat de aansluiting bij een ziekenfonds automatisch de aansluiting bij een aantal diensten van de aanvullende verzekering met zich meebrengt. Het geheel van deze diensten valt sinds 1991 onder de bevoegdheid van de Controledienst voor de Ziekenfondsen (voorheen Ministerie van Sociale Voorzorg).
- ^{viii} Sinds 1 juli 1994 kunnen de verzekeringsmaatschappijen vrij circuleren in Europa en zijn ze onderworpen aan de regelgeving van de lidstaat waar de zetel van de maatschappij is gevestigd.
- ^{ix} Bij sommige particuliere verzekeringsmaatschappijen is de uitkering voor bepaalde prestaties beperkt tot een veelvoud van de RIZIV-tussenkost.
- ^x In de overeenkomst tussen ziekenfondsen en verplegingsinrichtingen werd opgenomen dat een mini-verpleegdag verschuldigd was voor elke dagopname waar een operatiezaal of bed bezet werd en indien het ging om één van onderstaande ingrepen: heelkundige ingreep met een waarde van minstens K 40, ingreep onder algemene anesthesie, bloedtransfusie of hemodialyse.
- ^{xi} Een afgeleide classificatie van de ICD-9 zodat ze beter geschikt is voor de registratie van ziekenhuismorbiditeit (clinical modification).
- ^{xii} Onlangs hebben enkele farmaceutische firma's de prijs van de originele geneesmiddelen gevoelig verlaagd waardoor het prijsverschil tussen generiek en origineel geneesmiddel soms gering geworden is.
- ^{xiii} In het bestand farmaceutische verstrekkingen werken we met 277.340 verblijven in klassieke hospitalisatie i.p.v. met 279.567. De Technische Cel stelde de farmaceutische facturen ten laste van de patiënt immers in een latere fase samen voor het merendeel van de verblijven.
- ^{xiv} In klassieke hospitalisatie geldt een forfaitair remgeld op farmaceutische verstrekkingen van 25 BEF per dag. Dit forfaitaire remgeld is onafhankelijk van het aantal toegediende farmaceutische producten. In de ambulante sector worden er wel [remgelden per geneesmiddel](#) gevraagd. Indien we deze remgelden per geneesmiddel toepassen op de gehospitaliseerde sector krijgen we het theoretische remgeld. Dit theoretische remgeld wordt in praktijk dus nooit geïnd in klassieke hospitalisatie.
- ^{xv} De beta coëfficiënt voor de variabele leeftijd bedraagt 9,8.
- ^{xvi} In een regressiemodel met de uitgaven ten laste van de patiënt als te verklaren variabele (uitgpat) en de DRG's en de leeftijd als te verklaren variabele (uitgpat= a1 + bi * RDRGi + c * leeftijd) bedraagt de coëfficiënt bij de variabele leeftijd (-1,9 met p=0.03). Er is dus een negatief verband dat echter in omvang vrij klein blijft.
- ^{xvii} Hetzelfde nomenclatuurnummer kan dus meerdere malen verstrekt worden.
- ^{xviii} Uitleg N-codes toevoegen
- ^{xix} Voor gedetailleerde info verwijzen we naar artikel 25 (m.b.t. medische wachtdienst in het ziekenhuis en toezicht op de verpleegden) van de nomenclatuur.
- ^{xx} Hetzelfde nomenclatuurnummer kan dus meerdere malen verstrekt worden.
- ^{xxi} Indien het totaal aan verstrekkingen m.b.t. klinische biologie groter of gelijk is aan B 660 wordt een remgeld van 450 BEF gevraagd.
- ^{xxii} Ligduur= a1 + a2*Leeftijd + a3 * aangetaste systemen + a4 * geslacht + ai (mortaliteit * ernst) + aj * RDRG. De variabelen geslacht, mortaliteit*ernst en RDRG zijn dummy variabelen.
- ^{xxiii} Via de substitutiegraad, de substitutieverblijfsduur en een multiplicatorwerking wordt de daghospitalisatie ook betrokken in het PAL/NAL systeem ([zie B3](#))