

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

Eindrapport studie in opdracht van het RIZIV

De Leuvense onderzoeksgroep:

prof. Katrien Kesteloot, PhD., dr. Wim Tambeur, Tom Hamels, Reini Mertens, Mouna Vanlommel,
Pieter De Veuster, Daphne Roskams, dr. Michael Erkens, Jo Vandersmissen met de samenwerking
van Prof. Dr. Johan Kips.

In samenwerking met de onderzoeksgroep GEDISULB:

Promoteur: Prof. P. Leclercq ; Collaborateurs scientifiques : S. Bardiaux, M. Vincent, D. Martins,
C. Dauven, J. Van Den Bulcke avec la collaboration du Prof. M. Pirson.

Juni 2025

Voorwoord

De voorbereiding voor dit project ging van start in de zomer van 2021, toen het projectvoorstel met betrekking tot fase 2.2 van de directe praktijkkosten van de technisch medische chirurgische prestaties (TMCP) in het kader van de hervorming van de nomenclatuur werd voorbereid door twee onderzoeksgroepen: het *Centre Universitaire de Gestion, Économie et Droit appliqués aux Institutions de Soins et de Santé* van de Université Libre de Bruxelles (ULB), hierna ULB genoemd en het *Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid* van de KU Leuven, hierna de Leuvense onderzoeksgroep genoemd. Het Verzekeringscomité van het RIZIV beslist op 20 december 2021 en de studie startte op 1 januari 2022.

Aan Nederlandstalige zijde werd op de oproep gereageerd door 18 geïnteresseerde ziekenhuizen, waarvan er finaal 13 hun kandidatuur indienden. Na afstemming met het RIZIV werd een proefdataset opgevraagd bij de ziekenhuizen. Finaal werden er 11 ziekenhuizen weerhouden, waarmee het RIZIV een *service agreement* afsloot. Een *data processing agreement* werd opgesteld tussen de KU Leuven en elk van de deelnemende ziekenhuizen.

De directies en hoofdartsen van de 11 ziekenhuizen waren bereid om de methodologie uit te rollen in hun ziekenhuizen. Een vaste (groep van) stafmedewerker(s) werd(en) hierrond in 2023 en 2024 individueel begeleid door de onderzoeksgroep. Er werd eveneens een maandelijks plenair moment voorzien met de 11 deelnemende ziekenhuizen en de onderzoeksgroep. We willen de directies, hoofdartsen en stafmedewerkers graag uitdrukkelijk bedanken voor deze uitermate boeiende en intensieve samenwerking: dr. Katrien Bervoets, Nathalie Caestecker, Monique De Wolf (Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (nu ZAS)), Sabine Verhofstadt, Marc Muylaert (AZ Sint-Blasius), Guy Tormans, Dorien Verdick, Greet De Visscher (AZ Turnhout), Koen De Gronckel, Nadine Desmedt, Luc Demyttenaere (Gasthuiszusters Antwerpen (nu ZAS)), Herbert Lecomte, Nele Deleu (AZ Sint-Vincentius Deinze), Dirk Corens (UZ Brussel), Nancy Vansteenkiste, Jo Vandersmissen (UZ Leuven), Elke Panis, Jens Cruysberghs, Fabian Kubben, Lien Stevens (ZOL Genk), Isabelle Périlleux, Sabine Wulteputte, Bruno Deroeck (Vitaz), Ann Van Ingelgem, Karolien Vermeylen, Arne Troffaes (Imeldaziekenhuis), Marc Vanderbeeken, Catherine Schreurs en Eline Luys (Noorderhart).

Dank ook aan alle stafmedewerkers, verpleegkundigen en artsen die in de deelnemende ziekenhuizen veelal achter de schermen meegewerkt hebben aan de realisatie van het project door aanlevering van hun kennis, expertise en tijd. De relatieve waardeschalen (RWS) op basis van empirische resultaten uit de steekproef werden voor grote delen van de nomenclatuur bijkomend gevalideerd en zo nodig bijgestuurd door artsen en andere experts uit de deelnemende ziekenhuizen. Hartelijk dank voor ieders toewijding en zeer relevante inzichten.

De samenwerking met collega's van de onderzoeksgroep ULB was en blijft zeer waardevol, zowel op vlak van het uitwisselen van methodologische elementen, de bespreking van aandachtspunten en finaal een vergelijking van resultaten om tot één finale relatieve waardeschaal (RWS) te komen. Bedankt.

De stuurgroep van opdrachtgever RIZIV volgde de voortgang van het project mee op. We danken Benoit Collin, Pedro Facon, Mickaël Daubie, dr. Jean Legrand, Marleen Louagie en hun medewerkers. Het begeleidingscomité in de schoot van het RIZIV, met een vertegenwoordiging vanuit FOD VVVL, KCE, ziekenhuiskoepels, mutualiteiten, artsensyndicaten en de onderzoeksgroepen van ULB, Leuven en Möbius werd periodiek geïnformeerd over de stand van zaken van alle lopende studies. We bedanken de gemandateerde leden voor hun inhoudelijke en methodologische feedback.

De Leuvense onderzoeksgroep: prof. Katrien Kesteloot, PhD., dr. Wim Tabeur, Tom Hamels, Reini Mertens, Mouna Vanlommel, Pieter De Veuster, Daphne Roskams, dr. Michael Erkens, en Jo Vandersmissen, in nauwe en zeer gewaardeerde samenwerking met prof. dr. Johan Kips.

Juni 2025.

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

HOOFDSTUK I: INLEIDING

I Bepalingen van het contract

In de overeenkomst die met het RIZIV werd afgesloten, met het oog op het ontwerp van een relatieve waardeschaal (RWVS) voor de directe praktijkkosten van de technisch-medisch chirurgische prestaties (TMCP) in de huidige nomenclatuur (V0) zijn de volgende bepalingen opgenomen.

Artikel 2: Looptijd van het contract

Het contract maakt deel uit van een meerjarenprogramma dat ingaat op 1st januari 2022. De duur van het contract voor de fasen 2.1A en 2.2A bedraagt 42 maanden en eindigt op 30 juni 2025. Het takenrooster (tijdschema + levering van resultaten) op pagina 43 van bijlage 1 geeft de voortgang van de geplande studies aan vanaf de begindatum van het contract.

Artikel 9: Verplichtingen en te leveren prestaties of verslagen

De vorm van de te leveren prestaties en het tijdschema en de procedures voor het indienen van de resultaten bij het RIZIV worden beschreven in bijlage 6.

Bijlage 6: Praktijkkosten

- *Afhankelijk van de gegevens die zij beschikbaar achten en hun respectievelijke interpretaties van bijlage 5, zullen de twee teams twee methodologieën gebruiken die technische verschillen kunnen vertonen.*
- *Beide teams zijn het er echter over eens dat deze verschillende benaderingen niet onverenigbaar zijn. Het zal nodig zijn om de resultaten te vergelijken, om te proberen de verschillen te begrijpen en om, bij consensus, een gemeenschappelijke EVR FF ATMC(TMCP) NPS V0¹ te behouden.*

Tijdens de projectwerkzaamheden werd de vooruitgang van de werkzaamheden toegelicht op talrijke vergaderingen met de stuurgroep en het begeleidingscomité. Een belangrijke conclusie hierbij is de volgende:

Notulen van de vergadering van de stuurgroep van 17 juni 2022.

De twee universitaire teams presenteerden hun respectieve methodologieën, het resultaat van voorafgaand overleg tussen hen.

- *Deze methodologieën vloeien voort uit bijlage 5 van het contract, die voorziet in de ontwikkeling van een relatieve waardeschaal van de directe praktijkkosten met betrekking tot de nieuwe nomenclatuur tegen eind 2024, waarin de kosten van het personeel, materiaal, apparatuur en alle andere directe kosten die in overleg tussen de twee teams worden vastgesteld, worden weerspiegeld (ongeacht de huidige financieringsbron).*
- *Het RIZIV stemt in met de door de twee teams gevolgde methodologieën, maar is bezorgd over de coherentie van het eindresultaat, dat één schaal moet zijn van de relatieve waarde van de praktijkkosten met betrekking tot de nieuwe nomenclatuur voor eind 2024.*

In bijlage bevindt zich het eindrapport van de werkzaamheden, waarbij, zoals afgesproken, deze éne relatieve waardeschaal (RWVS) voor de directe praktijkkosten van de TMCP, op basis van de huidige nomenclatuurcodes (V0) en op basis van kostengegevens van 2019 wordt toegelicht.

¹ Totdat de nieuwe beschrijvende nomenclatuur NPS V1 in werking treedt, wordt de berekening van de directe praktijkkosten van TMCP gebaseerd op de boekhouding en medische activiteiten met betrekking tot de nomenclatuur NPS V0 (boekjaar 2019).

2 Structuur van het rapport ter afsluiting van fase 2.2A

Het eindrapport is onderverdeeld in vijf hoofdstukken. Naar de bijlagen die aan het einde van het rapport zijn opgenomen, wordt verwezen door eerst het hoofdstuknummer en vervolgens een volgnummer voor elke bijlage te vermelden (te beginnen met nummer 1 voor elk hoofdstuk).

Deze hoofdstukken worden hieronder kort toegelicht.

Hoofdstuk 1: Inleiding

Hoofdstuk 1 omvat een eenvoudige opsomming van de contractuele bepalingen met betrekking tot fase 2.2A, gevolgd door een korte inleiding die bedoeld is om de verschillende hoofdstukken van het rapport te presenteren.

Hoofdstuk 2: Methodologie

Dit hoofdstuk beschrijft de methodologie voor de berekening van de directe praktijkkosten voor de technisch-medisch chirurgische prestaties (TMPC) in de nomenclatuur 2019 (NPS V0 2019). Dit hoofdstuk is specifiek voor elk onderzoeksteam, aangezien elk team verschillende methodologieën kon ontwikkelen en toepassen (zie punt 1), op voorwaarde dat deze technieken uiteindelijk kunnen worden gecoördineerd om te komen tot één relatieve waardeschaal voor de directe praktijkkosten.

Voor de Leuvense onderzoeksgroep omvat dit:

1. methodologie Leuven team
2. technische bijlage
3. TFE cathlab IRCC
4. TFE bevallingskwartier
5. TFE dialyse
6. TFE beeldvorming
7. TFE endoscopie
8. TFE operatiekwartier
9. overige TFE

Hoofdstuk 3: Vergelijkende methodologie voor de integratie van de resultaten in een gemeenschappelijke schaal

Deze methodologie maakt het mogelijk om het door het RIZIV verwachte resultaat te bereiken. Ze werd ontwikkeld voor herhaald gebruik. Ze werd eind 2024 voor het eerst toegepast om een voorlopige versie van de relatieve waardeschaal (EVR FF ATMC NPS V0 2019, versie 1), op te stellen.

Hoofdstuk 3 begint met het schetsen van verschillende voorstellen voor het verbeteren van deze voorlopige schaal (versie 1), gevolgd door een beschrijving van de vergelijkende methodologie die is gebruikt om een tweede versie van de relatieve waardeschaal (EVR FF ATMC NPS V0 2019) op te maken.

Hoofdstuk 4: Resultaten

Hoofdstuk 4 omvat de resultaten: één relatieve waardeschaal (EVR FF ATMC NPS V0 2019). Dit is uiteraard het belangrijkste hoofdstuk, aangezien hier het eindresultaat van het werk van de twee teams wordt voorgesteld, met name één relatieve waardeschaal voor de technisch medisch-chirurgische prestaties volgens de huidige nomenclatuur (EVR FF ATMC NPS V0 2019, versie 2).

Hoofdstuk 5: Besluiten en aandachtspunten

Dit hoofdstuk geeft een besluit bij de studie, en bespreekt een aantal thema's die de nodige aandacht verdienen bij de verdere uitwerking van de herijking van de vergoeding voor de praktijkkosten van de medische prestaties. Dit hoofdstuk behandelt achtereenvolgens drie thema's die nauw verbonden zijn met studies naar de praktijkkosten van medische activiteit.

- Een kostenschaal is slechts één van de componenten die gebruikt worden om tarieven voor medische prestaties te ontwikkelen.
- Medische activiteiten zijn van nature complex en evolutief. De berekening van de kosten van deze activiteiten brengt heel wat problemen en aandachtspunten met zich mee. In een vervolgstudie dienen deze thema's in overleg met het RIZIV verder uitgeklaard te worden
- De beschikbaarheid van basisgegevens (vergelijkbare activiteitendata en gegevens uit de kostprijsboekhouding, voor een representatieve steekproef van ziekenhuizen) is ook het onderwerp van discussies en voorstellen.

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

HOOFDSTUK 2: METHODOLOGIE LEUVENS TEAM

Voorafgaand

Dit hoofdstuk beschrijft de methodologie voor de berekening van de directe praktijkkosten voor de technisch-medisch chirurgische prestaties (TMPC) in de nomenclatuur 2019. Dit hoofdstuk is specifiek voor elk onderzoeksteam, aangezien elk team verschillende methodologieën kon ontwikkelen en toepassen. Hoofdstuk 2 van het Franstalig rapport beschrijft de methodologie van de onderzoeksgroep GEDISULB.

Inhoudstafel

1	Inleiding.....	3
1.1	Achtergrond: project 'herijking nomenclatuur'	3
1.2	Opzet studie fase 2.2	3
2	Technisch kader.....	5
2.1	Selectie deelnemende ziekenhuizen	5
2.2	Gegevensverzameling.....	6
2.3	Kostenclassificatie: afbakening van de directe praktijkkosten o.b.v. kostensoort en kostenplaats	6
3	Methodologisch proces.....	9
3.1	Theoretische functionele eenheid (TFE)	10
3.2	Operationele functionele eenheid (OFE).....	11
3.3	Klinische Activiteitgroepen.....	12
4	Kostprijsberekening per prestatie.....	12
4.1	Directe praktijkkosten per OFE per activiteitgroep	12
4.2	Van activiteitgroep naar prestatie	12
4.2.1	Verdeelsleutels	13
4.2.2	Eenheidskost per prestatie.....	14
5	Resultaat op <i>pool</i> niveau.....	15
5.1	Theoretische activiteitgroepen.....	15
5.2	RWS per T.AG.....	16
5.3	Expertvalidatie	17
6	Finale Relatieve Waardeschaal (RWS)	18
6.1	Validatie met ULB.....	18
6.2	Finaal resultaat.....	18
7	Bijlagen	20

Lijst tabellen

Tabel 1: aantal erkende bedden van deelnemende Nederlandstalige ziekenhuizen	6
Tabel 2: laken FOD VVVL en HNC classificatie per kostenplaats.....	7
Tabel 3: aantal en honoraria pool en nationaal, per TFE	11
Tabel 4: aantal unieke prestaties per T.AG.....	15
Tabel 5: resultaten per GAC	19
Tabel 6: econodatIDs per TFE.....	20
Tabel 7: econodatIDs per T.AG.....	24

Lijst figuren

Figuur 1: methodologisch proces.....	10
Figuur 2: berekening RWS.....	17

I Inleiding

1.1 Achtergrond: project 'herijking nomenclatuur'

Dit rapport kadert in het globale project 'herijking nomenclatuur', waarvan de doelstellingen werden opgenomen in de opeenvolgende Nationale Akkoorden Artsen - Ziekenfondsen sinds 2018-2019, tot en met 2022-2023:

- Onredelijke inkomensverschillen corrigeren tussen huisartsen en specialisten, en tussen artsenspecialisten onderling;
- De nomenclatuur updaten en aanpassen aan de evoluties in de medische activiteit en de nieuwe modellen van zorgverlening (telegeneeskunde, multidisciplinaire zorg ...);
- De interne logica, de leesbaarheid en de transparantie van de nomenclatuur verbeteren;
- Incentives invoeren die samenwerking en kwaliteit bevorderen;
- Binnen de honoraria van alle artsen, het gedeelte 'medisch honorarium bestemd om alle kosten die direct of indirect verbonden zijn aan de uitvoering van de medische verstrekkingen en die niet gedekt worden door andere bronnen' op een transparante en gestandaardiseerde manier onderscheiden van het gedeelte 'honorarium bestemd om de verstrekking van de arts te dekken' + weerslag in de ziekenhuissector op retrocessie/werkelijke kosten, op beheer van ereloon-supplementen en op het medische beheer van het onderdeel 'kosten'.

De onderzoeksgroepen die door het Verzekeringscomité werden aangesteld voor dit project dienden in de eerste plaats voorstellen op te leveren inzake:

- De standaardisering en de classificatie van de nomenclatuur van medische verstrekkingen
- De identificatie van het onderscheid tussen de professionele honoraria en de praktijkkosten bij de belangrijkste medische procedures.

De hervorming verloopt in twee fasen. In Fase 1 gebeurt de herstructurering van de bestaande nomenclatuur (**van V0 naar V1**), waarbij de omschrijvingen van medische prestaties worden aangepast en gestandaardiseerd. In Fase 2, de tarifierende fase, is de doelstelling om **relatieve waardeschalen** te ontwikkelen voor elke nomenclatuurprestatie. In Fase 2.1 gebeurt de uitwerking van de betrekkelijke waardeschalen (intensiteitsscores) voor het professioneel (artsen) gedeelte. In Fase 2.2 worden de directe praktijkkosten die gepaard gaan met de medische prestaties geëvalueerd en uitgewerkt in een relatieve waardeschaal.

De onderzoeksgroep van KU Leuven staat samen met een onderzoeksgroep van ULB (cf. infra) in voor de uitwerking van **Fase 2.2**, voor de technisch-medisch chirurgische prestaties (**TMCP**). In het vervolg van dit rapport wordt de methodologie van deze fase toegelicht.

1.2 Opzet studie fase 2.2

De studie van Fase 2.2: 'Relatieve waardeschaal van de praktijkkosten van de medische prestaties' heeft als doel een relatieve waardeschaal te ontwikkelen voor alle Technisch-Medisch-Chirurgische prestaties (**TMCP**), op basis van de waardering van de directe praktijkkosten van elke prestatie.

Zoals eerder aangegeven, wordt in Fase 1 van het project de nieuwe nomenclatuur (V1) uitgewerkt. Aangezien deze versie nog niet in gebruik is, richt de studie in Fase 2.2 zich op de praktijkkosten van de huidige nomenclatuur (V0). De focus ligt hierbij op de 'TMCP' (Technische Medische en

Chirurgische Prestaties; ‘ATMC’ – actes techniques médicaux et chirurgicaux). In de huidige nomenclatuur (V0) betreft het de volgende artikels:

Art. 3	Technische geneeskundige verstrekkingen
Art. 9 b, c, d	Verlossingen (door artsen-specialisten)
Art. 11	Algemene speciale verstrekkingen
Art. 12	Anesthesiologie
Art. 13	Reanimatie
Art. 14	Heelkunde
Art. 17	Medische beeldvorming (MBV) - Radiologie (door arts-specialisten in de röntgendiagnose)
Art. 17bis	MBV – Echografie (door arts-specialisten in de röntgendiagnose)
Art. 17ter	MBV – Radiologie (door arts-specialisten m.u.v. arts-specialisten in de röntgendiagnose)
Art. 17quater	MBV (door arts-specialisten m.u.v. arts-specialisten in de röntgendiagnose)
Art. 18	Radiotherapie en radiumtherapie - Nucleaire geneeskunde (enkel in vivo)
Art. 20	Inwendige geneeskunde
Art. 21	Dermato-venerologie
Art. 22	Fysische geneeskunde en revalidatie
Art. 34	Percutane interventionele verstrekkingen onder MBV-controle

Het uiteindelijke doel is om, nadat voldoende volumedata over de nieuwe nomenclatuurcodes (VI), ontwikkeld in Fase I, beschikbaar zijn, ook de praktijkkosten van deze prestaties in kaart te brengen.

Deze studie wordt op nationaal niveau uitgevoerd, gezien de resultaten ervan breed toepasbaar moeten zijn voor het gehele zorgsysteem. De uitwerking van Fase 2.2: ‘Relatieve waardeschaal van de praktijkkosten van de medische prestaties’ gebeurt daarom simultaan door twee teams. De Leuvense onderzoeksgroep leidt het in kaart brengen van de directe praktijkkosten van de medische prestaties, in samenwerking met 11 Nederlandstalige ziekenhuizen. Dit in samenwerking en nauw overleg met het ULB-team, dat samenwerkt met 15 Franstalige ziekenhuizen (cf. infra). Elk ziekenhuis doorloopt daarbij een oefening met dezelfde finaliteit.

In deze oefening worden de directe **praktijkkosten geanalyseerd, los van de huidige financieringsbron**. De indirecte praktijkkosten per medische prestatie worden uitgewerkt aan de hand van parameters uit het KCE-rapport 380AS (2024): “indirecte ziekenhuiskosten als mark-up percentage op de directe kosten”. Een tarief voor de totale praktijkkosten per medische prestatie zal rekening houden met zowel de directe als indirecte kosten.

In het door het RIZIV goedgekeurde projectvoorstel worden de relatieve waardeschalen ontwikkeld op basis van de praktijkkosten van het boekjaar 2019. 2019 was immers het meest recente jaar waarvoor data beschikbaar waren zonder invloed van COVID-19, op het ogenblik dat de studie werd opgestart.

Het eindresultaat van dit project is het aanleveren van een **relatieve waardeschaal** voor de directe praktijkkosten van de medische prestaties (V0). De omzetting van deze waardeschaal in reële tarieven voor de praktijkkosten per medische prestatie vereist echter de nodige beleidsbeslissingen met betrekking tot de intra- en interdisciplinaire toewijzing van het budget voor de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen. Deze omzetting valt buiten de scope van dit onderzoeksproject.

2 Technisch kader

In wat volgt wordt het technisch opzet van Fase 2.2 geduid. Eerst wordt er besproken hoe de deelnemende ziekenhuizen zijn geselecteerd en wordt de dataverzameling van de ziekenhuizen toegelicht. Nadien wordt er ingegaan op de classificatie van de kosten en hoe de directe praktijkkosten zijn afgelijnd.

2.1 Selectie deelnemende ziekenhuizen

Alle Nederlandstalige ziekenhuizen konden zich kandidaat stellen indien ze voldeden aan volgende vereisten (zie H2: *Technische bijlage* voor meer detail over de opgevraagde data):

- Algemene (inclusief universitaire) ziekenhuizen
- Data 2019 beschikbaar
- Facturatiegegevens op niveau operationele functionele eenheid (zie 3.2 voor definitie)
- Boekhoudkundige gegevens PLUS: Finhosta tabel 2 met recordtype B0201, aangevuld met de operationele functionele eenheden (OFE, code en omschrijving);
- Personeelsgegevens PLUS: Finhosta tabel 13, aangevuld met de operationele functionele eenheden (OFE, code en omschrijving).
- MZG-data (voor OKA-passages) – link met operationele functionele eenheid
- Tabel met link patientID naar en (latere fase) op niveau operationele functionele eenheid
- Vaste contactpersoon per ziekenhuis, in functie van projectopvolging binnen het ziekenhuis
- Bereidheid tot deelname aan de vergaderingen. Concreet betekent dit:
 - o 3 à 5 vergadermomenten per theoretische functionele eenheid
 - o Deelnemen aan de thematische besprekingen
 - o Data bespreken, analyseren en desgevallend verwerken
 - o Methodologie en resultaten valideren
- Beschikbaar stellen van medische expertise
- Beschikbaar stellen van verpleegkundige expertise
- Beschikbaar stellen van financiële expertise
- Beschikbaar stellen van expertise m.b.t. apparatuur en specifieke materialen
- Bereidheid om extra informatie (mits beschikbaar) aan te leveren in de loop van de studie.

Van de kandidaat ziekenhuizen werden elf ziekenhuizen weerhouden om deel te nemen aan het project. De ziekenhuizen werden geselecteerd op basis van de nauwkeurigheid van de aanleverbare data. Vervolgens werden de ziekenhuizen weerhouden voor deelname aan het project om een zo goed mogelijke diversiteit aan karakteristieken (grootteorde, universitair/niet-universitair, etc.) te bekomen in de studie. De selectie van deelnemende ziekenhuizen is finaal door het RIZIV bevestigd.

De deelnemende Nederlandstalige ziekenhuizen, verder beschreven als ‘pool’, zijn:

- Ziekenhuisnetwerk Antwerpen
- AZ Sint-Blasius
- AZ Turnhout
- Gasthuiszusters Antwerpen
- AZ Sint-Vincentius Deinze
- UZ Brussel
- UZ Leuven
- ZOL Genk
- Vitaz

- Meldziekenhuis
- Noorderhart

De 11 Nederlandstalige ziekenhuizen vertegenwoordigen 32% van de bedden van de ziekenhuizen in Vlaanderen.

Tabel 1: aantal erkende bedden van deelnemende Nederlandstalige ziekenhuizen

erk. bedden acuut	Vlaams gewest*		HNC		
	verdeling		aandeel	verdeling	
C	7.882	33%	2.577	33%	33%
D	8.066	34%	2.625	33%	34%
E	1.497	6%	511	34%	7%
G	4.594	19%	1.367	30%	18%
M	1.710	7%	571	33%	7%
NIC	164	1%	98	60%	1%
AZ	20.220	85%	5.527	27%	71%
UZ	3.693	15%	2.222	60%	29%
prive	19.866	83%	7.053	36%	91%
openb	4.047	17%	696	17%	9%
Totaal	23.913		7.749	32%	

2.2 Gegevensverzameling

Na de selectie van de ziekenhuizen worden de benodigde gegevens verzameld. Om de kwaliteit en betrouwbaarheid van deze gegevens te garanderen, worden validatierapporten opgesteld waarin de belangrijkste controles worden uitgevoerd. Het doel is om de data tussen de verschillende ziekenhuizen zo volledig en uniform mogelijk te maken i.f.v. zo goed mogelijke onderlinge vergelijkbaarheid. Deze validatierapporten tonen aan welke aanpassingen of verschuivingen ziekenhuizen nog moeten doorvoeren voordat de gegevens klaar zijn voor analyse.

Om een vergelijkbare en uniforme startpositie van de kosten te bekomen, werd aan de ziekenhuizen gevraagd om specifieke data aan te leveren.

- Data jaar 2019;
- Facturatiegegevens;
- Boekhoudkundige gegevens (PLUS);
- Personeelsgegevens (PLUS);
- Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG-RHM).

Een gedetailleerde beschrijving van de opgevraagde gegevens, samen met de technische achtergrond van de bestanden en de validatierapporten, is terug te vinden in Herijking NC-2.2 Leuven – technische bijlage.

2.3 Kostenclassificatie: afbakening van de directe praktijkkosten o.b.v. kostensoort en kostenplaats

De doelstelling van dit project is om de directe praktijkkosten van medische prestaties in kaart te brengen, onafhankelijk van de huidige financieringsbronnen. Uitzondering hierop vormen de kosten van farmaceutische specialiteiten, implantaten en synthesemateriaal (en zo mogelijk de materialen die onder bepaalde omstandigheden worden gefinancierd door een materiaalhonorarium). De directe kosten daarvan worden in de studie buiten beschouwing gelaten, aangezien ze een eigen financiering kennen, waarvoor op dit moment geen plannen bestaan om deze in de praktijkkosten per medische prestatie te integreren. Het uiteindelijke doel is om, op basis van deze gegevens, een relatieve waardeschaal van de praktijkkosten voor alle (TMCP) prestaties op te bouwen.

De afbakening van de 'directe' praktijkkosten van de medische prestaties gebeurt o.b.v. de kostensoorten en de kostenplaatsen waarop de kosten geboekt zijn in de tabellen 'Boekhoudkundige gegevens PLUS'. De kostensoorten geven weer over welke soort kost het gaat (bv. personeelskost, afschrijvingslast ...) en zijn bepaald in de Minimumindeling van het Algemeen Rekeningenstelsel voor de Ziekenhuizen (MARZ). De kostenplaatsen geven weer waar de kosten gemaakt/geboekt zijn (bv. spoedgevallen, operatiekwartier, beddenhuis ...). Ze zijn door FOD VVVL vastgelegd en kunnen worden onderverdeeld in 2 groepen: voorlopige en definitieve kostenplaatsen. In het Finhosta 'laken' worden de voorlopige kostenplaatsen versleuteld naar de definitieve kostenplaatsen a.d.h.v. sleutels:

Tabel 2: laken FOD VVVL en HNC classificatie per kostenplaats

Kostenplaats FOD VVVL		Laken FOD VVVL	HNC-studie	Sleutel
001-004	Afschrijvingen	Voorlopig	Voorlopig	m ²
010-014	Financiële lasten	Voorlopig	Voorlopig	m ²
020-024	Algemene onkosten, brandbeveiliging & afvalstoffen	Voorlopig	Voorlopig	m ²
030-031	Onderhoud & schoonmaak	Voorlopig	Voorlopig	m ²
040-041	Verwarming	Voorlopig	Voorlopig	m ²
050-052	Administratie & IT	Voorlopig	Voorlopig	FTE
060-061	Wasserij & linnen	Voorlopig	Voorlopig	Kg was
070-072	Voeding & dieet	Voorlopig	Voorlopig	Voedingsdagen
080	Internaat	Voorlopig	Voorlopig	FTE
090	Medische kosten	Voorlopig	Voorlopig	Verpleegdagen
091	Directie nursing & middenkader	Voorlopig	Voorlopig	FTE nursing
092	Ziekenhuishygiëne	Voorlopig	Voorlopig	Vrij te kiezen
093	Intern ziekenhuisvervoer	Voorlopig	Voorlopig	Vrij te kiezen
100	Klooster	Voorlopig	Voorlopig	FTE zusters
110	Eredienst	Voorlopig	Voorlopig	Verpleegdagen
120	Mortuarium	Voorlopig	Voorlopig	Overlijdens
130-139	Functionele readaptatie & ontspanningstherapie	Voorlopig	Voorlopig	Vrij te kiezen
140	Medisch secretariaat	Voorlopig	Voorlopig	Opnames
141	Medische archieven	Voorlopig	Voorlopig	Opnames
142	Morbiditeitdossiers - MKG	Voorlopig	Voorlopig	Opnames
150-153	Spoedgevallen, wachtdienst, MUG & PIT	Voorlopig	Definitief	
160	Sterilisatie	Voorlopig	Definitief	
170	Anesthesie	Voorlopig	Definitief	
180-181	Operatiekwartier & gipskamer	Voorlopig	Definitief	
190	Bloedbank	Voorlopig	Voorlopig	Vrij te kiezen
200-490	Verpleegdiensten	Definitief	Definitief	
500-710	Medisch-technische diensten	Definitief	Definitief	
830	Apotheek	Definitief	Definitief	
840	Consultaties	Definitief	Definitief	
900-990	Niet-ziekenhuisactiviteiten	Definitief	Definitief	

In het aan FOD VVVL gerapporteerd Finhosta 'laken' worden de kostenplaatsen 150-153 Spoedgevallen, wachtdienst, MUG & PIT, 160 Sterilisatie, 170 Anesthesie, 180 Operatiekwartier en 181 Gipskamer als voorlopige kostenplaatsen beschouwd. Naar analogie met de KCE-studie 'Indirecte ziekenhuiskosten als mark-up percentage op de directe kosten' van 2024 worden deze kostenplaatsen in de HNC (Herijking Nomenclatuur)-studie als definitieve kostenplaatsen beschouwd.

Op basis van deze werkwijze worden **drie kostengroepen** gedefinieerd: directe, indirecte en geëxcludeerde kosten.

De **directe praktijkkosten** zijn de middelen die rechtstreeks nodig zijn om de medische prestaties uit te voeren. Deze groep kan opgesplitst worden in directe zorgkosten en directe – ondersteuning zorgkosten. Directe zorgkosten zijn middelen die nodig zijn om de medische prestatie uit te voeren en die rechtstreeks worden ingezet voor één specifieke activiteit of activiteitgroep. Deze middelen worden uitsluitend voor deze ene activiteit gebruikt. Directe ondersteuning zorgkosten omvatten directe kosten van middelen die 'indirect' nodig zijn voor de uitvoering van medische prestaties. Ze worden rechtstreeks voor meerdere activiteiten of activiteitgroepen ingezet. In dit geval worden de kosten over de verschillende betrokken activiteiten of activiteitgroepen verdeeld, maar ook deze kosten behoren tot de directe praktijkkosten en worden meegenomen in de studie. Deze directe praktijkkosten worden opgesplitst in drie kostensoortgroepen:

- **Zorgpersoneel (P)**: personeelskosten (617-, 619- en 62-rekeningen met uitzondering van 624 (ouderdoms- en overlevingspensioenen)) van verplegend en verzorgend, paramedisch en ander personeel (personeelscategorie 3, 4 en 5) indien geboekt op definitieve ziekenhuisactiviteiten kostenplaatsen (150-840, uitgezonderd 190);
- **Materiaal (M)**: farmaceutische producten, medische producten en disposables (600-, 601-, 6063- en de overeenkomstige 609-rekeningen) uitgezonderd farmaceutische specialiteiten, implantaten en synthesemateriaal (60000-, 60001-, 6007-, 6016-rekeningen en de overeenkomstige 609-rekeningen), geboekt op definitieve ziekenhuisactiviteiten kostenplaatsen (150-840, uitgezonderd 190);
- **Medische apparatuur (A)**: afschrijvingen (6303- en 63051-rekeningen), huurlasten (6103-rekeningen) en onderhoudskosten (6135-rekeningen) van medische apparatuur, geboekt op definitieve ziekenhuisactiviteiten kostenplaatsen (150-840, uitgezonderd 190).

De **indirecte kosten** omvatten alle andere middelen die, ook onrechtstreeks, nodig zijn om de betrokken activiteit te kunnen uitvoeren. Hoewel deze kosten belangrijk zullen zijn voor het vaststellen van de tarieven die de *totale* praktijkkosten per medische prestatie dekken, zijn ze minder relevant voor de opstelling van de relatieve waardeschaal. Om die reden worden deze kosten in de huidige fase van het project buiten beschouwing gelaten. Echter, zodra er op basis van de relatieve waardeschaal praktijkkostentarieven per prestatie (of andere financieringsmodaliteiten) vastgesteld moeten worden, zullen deze kosten wel degelijk meegenomen moeten worden. Deze kosten omvatten:

- De kosten van de ondersteunende diensten, directie en middenkader, mortuarium e.d. geboekt op voorlopige kostenplaatsen (001-142 en 190);
- Personeelskosten van vak- en dienstpersoneel (personeelscategorie 1) en administratief personeel (personeelscategorie 2), ongeacht de kostenplaats en operationele functionele eenheid (OFE – zie definitie 3.2 Operationele functionele eenheid (OFE)) waarop ze zijn geboekt;
- Ander materiaal dan farmaceutische of medische producten en disposables (602->607-rekeningen uitgezonderd 6063, en de overeenkomstige 609-rekeningen), ongeacht de kostenplaats en OFE;
- Diensten en diverse goederen (61-rekeningen) andere dan huur en onderhoud van medische apparatuur (6103- en 6135-rekeningen), ongeacht de kostenplaats en OFE;

- Afschrijvingen (630-rekeningen) andere dan m.b.t. medische apparatuur (6303- en 63051-rekeningen), ongeacht de kostenplaats en OFE;
- Ouderdoms- en overlevingspensioenen (624-rekeningen) van niet-medisch personeel (personeelscategorie 1, 2, 3, 4 en 5), ongeacht de kostenplaats en OFE;
- Waardeverminderingen en voorzieningen (631->637-rekeningen), overige bedrijfskosten (64-rekeningen) en financiële kosten (65-rekeningen), ongeacht de kostenplaats en OFE waarop ze zijn geboekt.

Volgende kostensoorten en kostenplaatsen worden **geëxcludeerd** bij de analyse:

- Personeelskosten van medisch personeel (personeelscategorie 0), omdat deze middeleninzet in principe vergoed wordt via het professioneel deel van de honoraria;
- Geneesmiddelen, implantaten en synthesemateriaal: normale farmaceutische specialiteiten (60000-rekeningen), radio-isotope farmaceutische specialiteiten (60001-rekeningen), synthesemateriaal en implantaten (6007-rekeningen), radio-actief materiaal en isotopen (6016-rekeningen) en de overeenkomstige 609-rekeningen, omdat voor deze kosten een afzonderlijke financiering is voorzien;
- Verkregen kortingen en ristorno's (608-rekeningen);
- Uitzonderlijke kosten (66-rekeningen), omdat deze kosten geen representatief beeld geven van de recurrente bedrijfskosten, noodzakelijk om de medische activiteiten uit te voeren;
- Niet-ziekenhuisactiviteiten kostenplaatsen (900-999);
- Opbrengsten (7-rekeningen)

Om een volledig beeld te krijgen op de praktijkkosten per medische prestatie, moeten ook de indirecte kosten in kaart worden gebracht. Dit valt echter buiten de scope van dit onderzoek.

In *Herijking NC-2.2 Leuven – technische bijlage (tabel 2)* wordt weergegeven welke kostensoorten als direct, indirect en exclusief worden beschouwd.

Na de hierboven beschreven gegevensverzameling en kostenclassificatie worden zeer intensieve iteraties met de deelnemende ziekenhuizen uitgevoerd om correcties op de aangeleverde data - door middel van datavalidatierapporten - door te voeren.

Er worden correcties uitgevoerd: toevoegingen van kosten, verschuivingen van voorlopige naar definitieve kostenplaatsen, aanpassingen van personeelscategorie, aanpassingen van kostensoort, aanpassingen van de kostenplaats en/of operationele functionele eenheid (zie later), correcties op facturatie. Zie H2: Technische bijlage.

De uitgebreide manier en rapportering van datavalidatie wordt evenals beschreven in *Herijking NC-2.2 Leuven – technische bijlage*.

Op deze manier is de startpositie van de kosten en opbrengsten voldoende betrouwbaar voor de start van het methodologisch proces.

3 Methodologisch proces

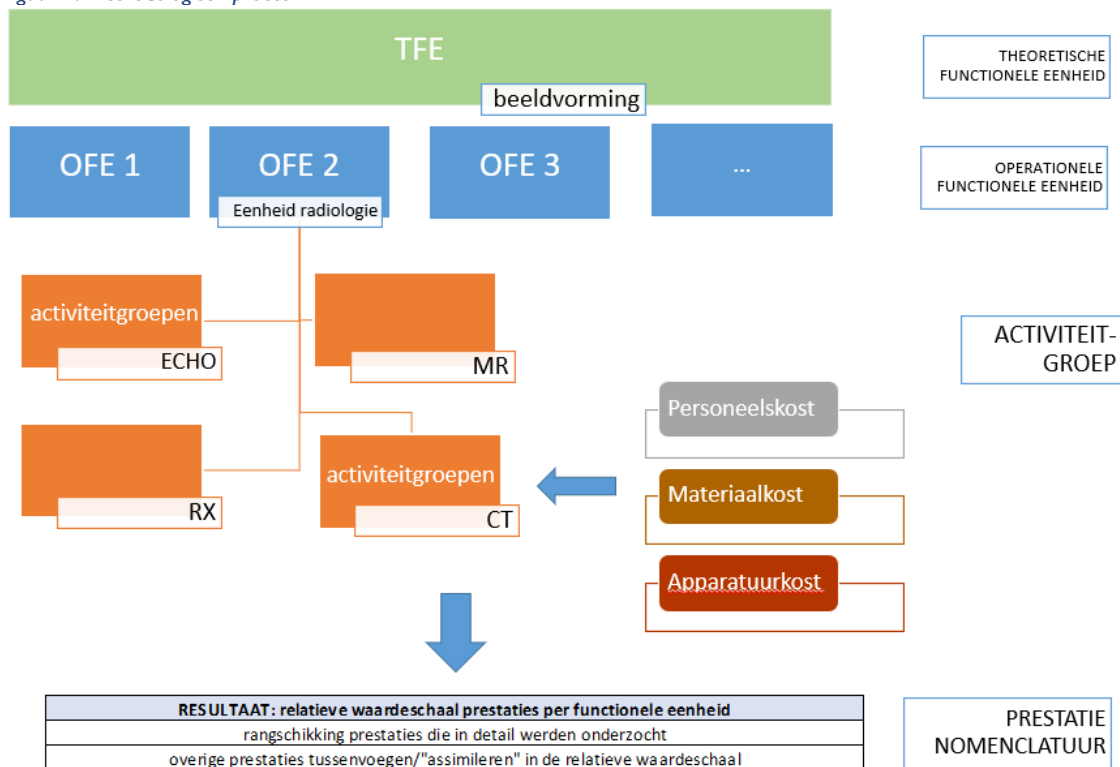
Gezien de beperkingen in tijd en volume is het niet haalbaar om elke prestatie afzonderlijk te onderzoeken en er directe praktijkkosten aan toe te wijzen. Daarom kiest de KU Leuven onderzoeksgroep ervoor om gebruik te maken van een methodologisch proces dat hieronder beschreven wordt. De praktijkkosten van de ziekenhuizen worden hierbij stapsgewijs in kaart gebracht

voor de (meest frequent) uitgevoerde medische prestaties. Op deze manier wordt er een kostenbenadering per prestatie ontwikkeld, die de basis vormt van de relatieve waardeschaal.

Voor het operatiekwartier wordt een aangepaste methodologie ontwikkeld. Zie H2: TFE operatiekwartier.

In Figuur 1 wordt een voorbeeld van beeldvorming geïllustreerd.

Figuur 1: methodologisch proces



In wat volgt wordt het methodologisch proces en zijn concepten verder toegelicht.

3.1 Theoretische functionele eenheid (TFE)

Een theoretische functionele eenheid is een afbakening van een logisch geheel van medische activiteiten op basis van nomenclatuurcodes. Dit concept maakt abstractie van concrete verschillen in de organisatie tussen ziekenhuizen en biedt een uniforme en vergelijkbare onderverdeling voor alle ziekenhuizen.

Door het gebruik van theoretische functionele eenheden wordt het mogelijk om medische activiteiten op een gestructureerde en eenduidige manier te analyseren, los van specifieke organisatorische keuzes binnen een ziekenhuis. Dit draagt bij aan een beter inzicht in de spreiding en uitvoering van medische prestaties.

Aan de start van het HNC-project worden alle TMCP binnen de scope geïnventariseerd, wat resulteert in een totaal van 2.647 unieke prestaties: 2.633 ambulante prestaties en 2.638 hospitalisatieprestaties. Vervolgens worden deze prestaties ingedeeld in theoretische functionele eenheden (TFE's), die voor alle ziekenhuizen identiek zijn. Het projectteam ontwikkelt een initiële indeling van de prestaties per

TFE, gebaseerd op de meest frequent uitgevoerde prestaties binnen een specifieke operationele functionele eenheid in een ziekenhuis. De volgende TFE's zijn afgebakend:

Tabel 3: aantal en honoraria pool en nationaal, per TFE

TFE	Uniek # prestaties	Aantal			Honoraria		
		Pool	Nationaal		Pool	Nationaal	
Beeldvorming	326	3.092.114	20.607.358	15%	€ 169.501.063	€ 1.003.256.267	17%
Bevallingskwartier	16	98.514	558.990	18%	€ 8.166.424	€ 31.629.759	26%
Cathlab_Ircc	39	53.117	216.070	25%	€ 17.457.234	€ 36.852.545	47%
Dialysecentrum	10	281.800	1.394.333	20%	€ 33.816.645	€ 165.260.166	20%
Endoscopie	89	245.302	1.522.251	16%	€ 27.592.784	€ 153.573.891	18%
Fm_Cardio	11	516.517	3.516.764	15%	€ 16.102.700	€ 98.934.942	16%
Fm_Neuro	7	47.383	338.509	14%	€ 3.266.020	€ 21.904.097	15%
Fm_Pneumo	7	302.249	1.874.808	16%	€ 10.675.325	€ 61.129.304	17%
Operatiekwartier	1.634	422.055	2.634.111	16%	€ 124.175.871	€ 562.138.445	22%
Pijnkliniek	22	63.265	281.299	22%	€ 5.935.718	€ 24.355.598	24%
Poli_Nko	27	328.909	3.224.249	10%	€ 7.257.931	€ 61.800.824	12%
Poli_Oftalmo	42	574.374	8.425.892	7%	€ 12.255.013	€ 121.154.621	10%
Poliklinieken	109	314.517	3.855.881	8%	€ 12.883.175	€ 89.774.196	14%
Slaaplabo	1	10.811	74.048	15%	€ 2.666.678	€ 18.219.350	15%
Andere	307	1.537.279	9.686.745	16%	€ 115.738.422	€ 578.463.752	20%
Totaal	2.647	7.888.206	58.211.308	14%	€ 567.491.002	€ 3.028.447.757	19%

3.2 Operationele functionele eenheid (OFE)

Een **operationele functionele eenheid (OFE)** wordt gedefinieerd als “de afdeling, verpleegeenheid of dienst waar de medische prestaties fysiek worden verricht”. Met andere woorden, de plaats waar de honoraria gegenereerd worden. Deze kunnen verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis. In tegenstelling tot de theoretische functionele eenheid, die uniform is voor alle ziekenhuizen, kan de structuur van de operationele FE verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis.

Het betreft een organisatorische, operationele eenheid die in sommige ziekenhuizen ‘dienst’ wordt genoemd, terwijl andere ziekenhuizen spreken van ‘afdeling’ of ‘eenheid’. Voorbeelden van operationele functionele eenheden zijn: radiologie, functiemeting endoscopie, operatiekwartier en dialysecentrum. De operationele functionele eenheid verwijst echter niet naar een medisch specialisme, een medische dienst of een groep van medisch specialisten, zoals een associatie.

Prestaties kunnen worden uitgevoerd op verschillende operationele functionele eenheden (OFE(i)). De analyse wordt uitgewerkt op de belangrijkste operationele functionele eenheden, m.a.w. de eenheden waar het grootste aandeel omzet van de bestudeerde theoretische functionele eenheid wordt gerealiseerd.

Het begrip ‘operationele functionele eenheid’ is essentieel omdat alle gegevens die gevraagd worden enerzijds in relatie gebracht worden met een operationele functionele eenheid om middeleninzet en activiteit/nomenclatuur per ziekenhuis op dit niveau te bestuderen, en anderzijds met de ‘theoretische’ functionele eenheid.

3.3 Klinische Activiteitgroepen

Elk ziekenhuis bepaalt - in functie van de interne operationele realiteit - in samenwerking met zijn deskundigen een logische groepering van medische prestaties per operationele functionele eenheid. Deze klinische activiteitgroepen zijn gebaseerd op een min of meer homogeen zorgproces en de bijbehorende inzet van middelen (de hoeveelheid kan verschillen), zoals specifieke medische apparatuur, materiaal en personeel met de vereiste kwalificaties.

Bijvoorbeeld, binnen de theoretische functionele eenheid endoscopie kunnen de activiteitgroepen gastro-enterologische, pneumologische en urologische endoscopieën worden onderscheiden. Voor de theoretische functionele eenheid radiologie kunnen onder andere de activiteitgroepen met prestaties van NMR, CT, radiografie en echografie worden afgebakend. Verondersteld wordt dan dat voor de prestaties in die activiteitgroepen een gelijkaardige personeelsinzet, een vergelijkbare hoeveelheid materiaal en quasi dezelfde apparatuur worden ingezet. De hoeveelheid (aantal VTE, duur, aantal prestaties) kan verschillen.

4 Kostprijberekening per prestatie

4.1 Directe praktijkkosten per OFE per activiteitgroep

Het uitvoeren van een kostenberekening vereist een intensieve en iteratieve samenwerking met de deelnemende ziekenhuizen.

In de eerste fase van dit proces wordt een zorgvuldige afbakening gemaakt van de directe kosten die al dan niet in de kostenstudie worden opgenomen. Dit wordt aangeduid als het 'definiëren van de startpositie'. De afbakening van de directe praktijkkosten wordt gerealiseerd door het in kaart brengen van de procesflows van de activiteiten die binnen de OFE's plaatsvinden.

In de tweede fase wordt er gewerkt aan het toewijzen van de directe kosten aan verschillende groepen van medische prestaties. Hierbij worden de directe kosten gekoppeld aan specifieke klinische activiteitgroepen of 'types' van medische activiteiten binnen elke OFE. De kostenstudie beperkt zich tot de directe praktijkkosten, onderverdeeld in drie directe kostensoortgroepen (P, M en A – cf. supra). Elk van deze types directe kosten worden door de ziekenhuizen zelf verdeeld naar de activiteitgroepen aan de hand van hun eigen gekozen sleutel of methode. De ziekenhuizen werken voor deze taak nauw samen met hun medische en verpleegkundige experts om ervoor te zorgen dat de kosten op een juiste en verantwoorde manier worden toegewezen aan de betreffende klinische activiteitgroepen. Deze zorgvuldige toewijzing is essentieel voor het verkrijgen van een betrouwbare en gedetailleerde kostenanalyse.

4.2 Van activiteitgroep naar prestatie

Nadat de kosten van de drie kostensoortgroepen zijn toegewezen aan de activiteitgroepen kan de relatie met de medische prestaties (nomenclatuurcodes) worden bepaald. Elke ziekenhuis bepaalt per OFE per prestatie de bijhorende activiteitgroep, alsook slot- (zie 4.2.1.1) en personeelsduur (zie 4.2.1.2). Nadien wordt van elke activiteitgroep elk type directe kost (P, M en A – cf. supra) verdeeld over de prestaties. Elke kostensoortgroep wordt op een specifieke manier versleuteld naar de prestaties.

4.2.1 Verdeelsleutels

4.2.1.1 Slotduur

Een belangrijke verdeelsleutel bij de toewijzing van kosten is de 'slotduur' van een prestatie. Dit is de tijd dat de apparatuur bezet is en deze niet voor andere activiteiten gebruikt kan worden. Deze kan worden ingeschat op basis van informatie uit verschillende bronnen: de operatiekamerplanning, de planningssystemen van (radiologische) onderzoeken, uit interne datasystemen van het ziekenhuis, op basis van de expertise van interne specialisten of middels een normatieve inschatting. Wanneer prestaties samen worden uitgevoerd (vb. meerdere gefactureerde prestaties bij één aanwezigheid van de patiënt) wordt de totale slotduur proportioneel verdeeld over de gefactureerde prestaties.

Deze slotduur per prestatie wordt gebruikt om de directe praktijkkosten van de kostengroep **medische apparatuur (A)** van een activiteitgroep te versleutelen naar de betreffende prestaties.

4.2.1.2 Personeelsduur

Naast de slotduur dient ook de 'personeelsduur' (PERSDUUR) per prestatie te worden bepaald. De personeelsduur verwijst naar de tijd die het personeel besteedt aan een onderzoek, vermenigvuldigd met het aantal VTE's (voltijds-equivalenten) van het niet-medisch zorgpersoneel (zoals afgebakend in 0) betrokken bij de prestatie. Een voorbeeld hiervan is een onderzoek dat 10 minuten duurt waarbij twee verpleegkundigen aanwezig zijn: de slotduur is 10 minuten, terwijl de personeelsduur 20 minuten bedraagt.

De personeelsduur omvat de volgende componenten:

1. De tijd die wordt besteed aan de voorzorgsmaatregelen en voorbereiding, mits deze plaatsvinden binnen de operationele functionele eenheid (OFE) en in dezelfde ruimte als de uitvoering van de prestatie.
2. De tijd die daadwerkelijk wordt besteed aan het uitvoeren van de prestatie zelf.
3. De tijd voor nazorg en nabehandeling, bijvoorbeeld het verwijderen van een katheter.

De tijd die de patiënt doorbrengt in de recovery is in principe niet opgenomen in de personeelsduur, tenzij de recovery plaatsvindt in dezelfde ruimte als waar het onderzoek heeft plaatsgevonden en het niet-medisch personeel in de tussentijd niet bij andere patiënten kan worden ingezet.

De personeelsduur wordt gebruikt om de directe praktijkkosten van de kostengroep **personeel (P)** van een activiteitgroep te versleutelen naar de betreffende prestaties.

4.2.1.3 Aantal gefactureerde prestaties

Een laatste verdeelsleutel is het aantal gefactureerde prestaties per econodatID. Een econodatID is een uniek nummer dat overkoepelend is voor zowel de ambulante- als de klinische nomenclatuurcode. Dit aantal wordt gebruikt om de directe praktijkkosten van de kostengroep **materiaal (M)** van een activiteitgroep te versleutelen naar de betreffende prestaties (i.e. voor materialen die niet uniek aan één prestatie (of groep van prestaties) kunnen toegewezen worden. Voor de verdeling van de materiaalkost over prestaties wordt dus geen rekening gehouden met de duurtijd van de prestatie. Er wordt vanuit gegaan dat een langere duurtijd niet noodzakelijk meer materiaalverbruik veronderstelt.

4.2.2 Eenheidskost per prestatie

Per ziekenhuis, OFE en activiteitgroep kan vervolgens per prestatie (econodatID) het aandeel van die prestatie in de kosten berekend worden. Per kostensoortgroep (personeel/materiaal/apparatuur), kan de kostprijsberekening als volgt worden geformuleerd (waarbij het gewicht kostensoortgroep-afhankelijk is):

$$econodatIdKost_{econodatId}^{ZH,OFE,ACTGRP} = ActGrpKost^{ZH,OFE,ACTGRP} \times \left(\frac{Gewicht_{econodatId}^{ZH,OFE,ACTGRP}}{\sum_i Gewicht_{econodatId_i}^{ZH,OFE,ACTGRP}} \right)$$

Een eenheidskost voor een prestatie voor een specifiek ziekenhuis en OFE wordt dan berekend door de verkregen kost te delen door het aantal uitvoeringen:

$$econodatIdEHKost_{econodatId}^{ZH,OFE,ACTGRP} = \left(\frac{NomenKost_{econodatId}^{ZH,OFE,ACTGRP}}{Aantal_{econodatId}^{ZH,OFE}} \right)$$

De eenheidskost wordt per kostensoortgroep (personeel, materiaal, apparatuur) berekend. De som van de drie kostensoortgroep-eenheidskosten is de totale directe praktijkkost voor een prestatie in een ziekenhuis, in een OFE.

4.2.2.1 Eenheidskost op ziekenhuisniveau

Eenzelfde prestatie kan op meerdere OFE's in een ziekenhuis worden uitgevoerd. Op ziekenhuisniveau wordt het **gewogen gemiddelde van de eenheidskosten** berekend. Deze berekening gebeurt eveneens voor de verschillende kostensoortgroepen apart, zo wordt een gewogen gemiddelde eenheidskost bekomen, maar ook een gewogen gemiddelde P/M/A-kost:

$$Gewicht_{econodatId}^{ZH,OFE} = \left(\frac{Aantal_{econodatId}^{ZH,OFE}}{Aantal_{econodatId}^{ZH}} \right)$$

$$\begin{aligned} GewogenEconodatIdEHKost_{econodatId}^{ZH} \\ = Gemiddelde_{OFE} (Gewicht_{econodatId}^{ZH,OFE} \times econodatIdEHKost_{econodatId}^{ZH,OFE,ACTGRP}) \end{aligned}$$

De berekeningen leiden tot een eenheidskost voor een bepaald econodatID per ziekenhuis, per OFE. Daarnaast is geweten hoeveel keer die prestatie uitgevoerd wordt op een bepaalde OFE in elk ziekenhuis. Met dat aantal wordt de gewogen gemiddelde eenheidskost op ziekenhuisniveau berekend.

4.2.2.2 Eenheidskost op poolniveau

Om tot een eenheidskost te komen over alle ziekenhuizen heen wordt de **gewogen mediaan van de gewogen gemiddeldes op ziekenhuisniveau** genomen. Met gewogen wordt bedoeld dat de mediaan genomen wordt van de gewogen gemiddelden van de ziekenhuizen maar dat elk gewogen gemiddelde à rato van het aantal uitvoeringen in het ziekenhuis wordt vertegenwoordigd in de reeks waaruit vervolgens de mediaan wordt bepaald.

$$eenheidsprijs_{\alpha} = \text{mediaan} \left\{ y \in [1, m_{\alpha}] \mid \{ x \in [1, n_{\alpha}^y] \mid \epsilon_{\alpha}^y \} \right\}$$

$$x, y \in \mathbb{N}$$

m_{α} : aantal ziekenhuizen waarvoor een eenheidsprijs voor prestatie α werd berekend

n_{α}^y : aantal uitvoeringen van prestatie α in ziekenhuis y

ϵ_{α}^y : berekende eenheidsprijs voor prestatie α in ziekenhuis y

Deze gewogen mediaan kan worden berekend voor de totale eenheidskost (som van de kostensoortgroepen componenten) of op niveau van elke kostensoortgroep (gewogen mediaan van de gewogen gemiddelde personeel-, materiaal- of apparatuurkosten). Omwille van het gebruik van de mediaan is de som van de kostensoortgroepencomponenten niet altijd gelijk aan de gewogen mediane eenheidskost.

Ter validatie en terugkoppeling van de resultaten per TFE ontvangt elk deelnemend ziekenhuis meerdere rapporten waarin de resultaten per prestatie worden weergegeven, zowel op ziekenhuisniveau als op het niveau van de *pool*. Deze rapporten vormen de basis voor de validatie van de resultaten en brengen eventuele afwijkingen t.o.v. de *pool* of inconsistenties aan het licht. De onderzoeksgroep voorziet hierbij duidelijke aanwijzingen voor correcties, die onder meer kunnen bestaan uit het toewijzen van prestaties aan andere activiteitgroepen (door opsplitsing of aggregatie), het aanpassen van de slot- of personeelstijden per prestatie, of het doorvoeren van boekhoudkundige verschuivingen. Voorbeelden van aanwijzingen voor correcties kunnen zijn dat een bepaald ziekenhuis geen of een lage materiaal-, personeels- of apparatuurkosten heeft voor een prestatie, terwijl de andere ziekenhuizen een hoge p-m-a kost voor deze prestatie hebben, personeelskosten per minuut die beduidend lager of hoger liggen in een bepaald ziekenhuis, enzovoort.

Dit validatieproces van de resultaten per TFE verloopt samen met de ziekenhuizen intensief en iteratief. Voor een overzicht van de gebruikte rapporten wordt verwezen naar Herijking NC-2.2 Leuven – technische bijlage, paragraaf 6 Validatie eenheidskost per prestatie per ziekenhuis.

5 Resultaat op *pool*niveau

Op *pool*niveau wordt de absolute directe praktijkkosten per prestatie berekend als de gewogen mediane eenheidskost van de ziekenhuizen. De activiteitgroepen per ziekenhuis en de manier waarop ziekenhuizen de kosten hiernaar versleutelen zijn niet te vergelijken op *pool*niveau, daarom zijn theoretische activiteitgroepen (T.AG) in het leven geroepen.

5.1 Theoretische activiteitgroepen

Ziekenhuizen bepalen zelf hun activiteitgroepen aan de hand van hun operationele werking. Dit zorgt ervoor dat de gebruikte activiteitgroepen kunnen verschillen tussen ziekenhuizen. Na de gedetailleerde kostprijsberekening van elke prestatie, in elk ziekenhuis, worden prestaties toegewezen aan een **theoretische activiteitgroep (T.AG)**. De T.AG's zijn een groepering van prestaties die klinisch verwant zijn en die door dezelfde klinische experts vergeleken kunnen worden.

De classificatie van theoretische activiteitgroepen is TFE-overschrijdend, een theoretische activiteitgroep kan bijgevolg prestaties uit verschillende TFE's bevatten.

De volgende theoretische activiteitgroepen worden onderscheiden:

Tabel 4: aantal unieke prestaties per T.AG

T.AG	Aantal unieke prestaties
BEELDVERSTERKER	1
BIOPT_PUNC	11
BIOPT_PUNC_KIND	10

T.AG	Aantal unieke prestaties
END_URO	32
END_VARIA	1
FM_CARDIO	20

BMD	2
CBCT	5
CT	26
ECHO	44
ECHO_DUPLEX	19
ECHO_GYN	24
IVR	42
MAMMO	3
MAMMOBIEL	2
MR	12
NUC	9
PET	6
RXCON	73
COLO	19
BRONCHO	14
ERCP	10
CATHLAB_HART	38

FM_NEURO	18
FM_PNEU	9
GASTRO	29
POLI_DERMATO	1
POLI_GYN	3
POLI_NKO_ARTS	29
POLI_NKO_PERS	18
POLI_OFTALMO_ARTS	21
POLI_OFTALMO_PERS	33
POLIKLINIEKEN	101
EPID	2
BEVALLINGSKWARTIER	16
DIALYSECENTRUM	12
PIJNKLINIEK	26
OPERATIEKWARTIER	1603
ANDERE	303

Elke theoretische activiteitgroep krijgt een **basisprestatie** aangeduid, die als klinisch-logisch referentiepunt dient voor de vergelijking met andere prestaties. De basisprestatie wordt geselecteerd op basis van haar vergelijkbare uitvoering en berekende praktijkkosten over meerdere peilziekenhuizen. Daarnaast moet deze prestatie in voldoende aantal keer zijn uitgevoerd en gefactureerd en duidelijk afgebakend kunnen worden ten opzichte van simultaan uitgevoerde prestaties. De prestatie moet eenduidig interpreteerbaar zijn door klinici. Een volledige lijst van TCMF en hun theoretische activiteitgroep is opgenomen in punt 8, Tabel 7.

5.2 RWS per T.AG

De directe praktijkkost van de basisprestatie wordt als referentie genomen en gelijkgesteld aan een relatieve waarde (RWS) van 1,00. Alle overige prestaties binnen de theoretische activiteitgroep (T.AG) worden afgezet t.o.v. de basisprestatie op basis van hun berekende directe praktijkkosten, wat resulteert in een relatieve waarde t.o.v. de basisprestatie die lager, gelijk of hoger kan zijn dan 1,00. Deze berekening wordt uitgevoerd op twee niveaus. Op ziekenhuisniveau wordt de RWS uitsluitend bepaald op basis van de directe praktijkkost van de prestatie binnen het betrokken ziekenhuis, wat het ziekenhuis in staat stelt om de eigen empirische resultaten te analyseren. Op *pool*-niveau wordt de RWS berekend aan de hand van de gewogen mediane praktijkkost van alle deelnemende ziekenhuizen, wat de experts in de validatiefase een referentiepunt biedt voor verdere evaluatie. De transformatie van eenheidskosten op ziekenhuisniveau naar *pool*-niveau gebeurt aan de hand van de gewogen mediaan, waarbij het gewicht wordt bepaald door het aantal uitvoeringen per ziekenhuis (Figuur 2).

Figuur 2: berekening RWS

Berekening RWS o.b.v. empirische directe praktijkkost

$$RWS_{\alpha} = \frac{\text{mediaan } \{y \in [1, m_{\alpha}] | \{x \in [1, n_{\alpha}^y] | \epsilon_{\alpha}^y\}\}}{\text{mediaan } \{y \in [1, m_{\beta}] | \{x \in [1, n_{\beta}^y] | \epsilon_{\beta}^y\}\}}$$

$x, y \in \mathbb{N}$

Waarbij:

- m_{α} : aantal ziekenhuizen waarvoor een eenheidskost voor prestatie α werd berekend
- n_{α}^y : aantal uitvoeringen van prestatie α in ziekenhuis y
- ϵ_{α}^y : berekende eenheidskost voor prestatie α in ziekenhuis y
- β : referentieprestatie

5.3 Expertvalidatie

Na de RWS-berekening per theoretische activiteitgroep (T.AG) wordt deze gevalideerd door een groep experts, bestaande uit klinisch deskundigen (meestal arts-specialisten) vanuit de deelnemende ziekenhuizen. De experts krijgen samen met de RWS per medische prestatie en de T.AG de kostengegevens van de deelnemende ziekenhuizen, waaronder de gewogen mediaan, het gewogen gemiddelde, de spreiding en de minimum- en maximumwaarden. Daarnaast wordt rekening gehouden met de pool-RWS, die wordt afgeleid uit de gewogen mediane directe praktijkkosten. Indien de variatie tussen de RWS-waarden van verschillende ziekenhuizen minder dan 50% bedraagt, wordt initieel voorgesteld om de berekende RWS te behouden. De experts kunnen echter argumenten aandragen om de RWS alsnog bij te sturen (vb. in functie van variatie in de ziekenhuisspecifieke RWS-waarden) Indien deze argumenten als valide worden beschouwd, wordt de RWS aangepast. Voor prestaties waarbij de variatie groter is dan 50% wordt de input van de experts in elk geval expliciet gevraagd, waarbij men bijvoorbeeld kan overwegen om extreme waarden, zoals te hoog of te laag ingeschatte RWS-waarden van individuele ziekenhuizen, te elimineren.

De verschillende kostcomponenten P-M-A kunnen ook apart worden geanalyseerd om in functie van enkele ijkpunten de validiteit per component te bespreken. Voor functionele eenheden waarbij de kostensoortgroep personeel het grootste deel uitmaakt van de totale directe praktijkkost wordt ervoor geopteerd om de RWS als één geheel (i.e. op basis van de som van de praktijkkosten voor P+M+A) te evalueren. Enkel voor die groepen van prestaties waarbij hetzij materiaal, hetzij apparatuur een substantieel deel van de praktijkkost uitmaken, is het wenselijk geacht om de RWS (of achterliggende kostengegevens) ook afzonderlijk voor respectievelijk de materiaalkosten of de apparatuurskosten te beoordelen.

Door deze methodologische aanpak wordt een robuuste en transparante expertvalidatie van de resultaten per theoretische activiteitgroep gegarandeerd, waarbij zowel empirische data als klinische expertise een rol spelen in het validatieproces.

De empirische RWS per T.AG wordt in de expertensessies bijgestuurd aan de hand van hun advies. Dit advies wordt meegenomen in de verdere verwerking van de finale relatieve waardeschaal.

6 Finale Relatieve Waardeschaal (RWS)

In het onderzoek door de Leuvense onderzoeksgroep hebben 11 deelnemende ziekenhuizen data aangeleverd, gevalideerd en gecorrigeerd om tot een vergelijkbare startpositie te komen voor de directe praktijkkosten. Aan de hand van bovenstaand methodologisch proces worden de directe praktijkkosten voor personeel, materiaal en apparatuur toegekend aan klinische activiteitgroepen. De versleuteling van deze kosten via verdeelsleutels (personeelsduur voor personeelskosten, aantal prestaties voor materiaalkosten en slotduur voor apparatuurkosten) levert finaal een directe praktijkkost voor de TMCP. Na validatie van de eenheidskosten per ziekenhuis en voor de *pool* van ziekenhuizen, worden deze vertaald naar een relatieve waardeschaal (RWS). Voor een selectie van theoretische functionele eenheden en theoretische activiteitgroepen, die belangrijke delen van de nomenclatuur beslaan, wordt de RWS bijkomend gevalideerd door artsen en andere experts.

Het onderzoek van de ULB met 15 deelnemende ziekenhuizen kent eenzelfde finaliteit.

6.1 Validatie met ULB

Zie hoofdstuk 3: Vergelijkende methodologie voor de integratie van de resultaten in een gemeenschappelijke schaal

6.2 Finaal resultaat

De TMCP-selectie bevat 2.500 econodatID's die in 2019 in totaal 53.633.887 keer worden uitgevoerd, goed voor 2.790.763.901 EUR nationale uitgaven in 2019. Voor 24 prestaties anesthesie wordt geen directe praktijkkost berekend gezien de kost wordt meegerekend bij de chirurgische prestatie. **Finaal zijn er resultaten voor 2.281 van de 2.476 prestaties met een te berekenen praktijkkost. Dit is 92,1% van de econodatID's, 99,4% van de nationale aantallen gefactureerd in 2019 en 99,4% van de nationale uitgaven in 2019 (zie Tabel 5).**

Zie hoofdstuk 4: Resultaten

Tabel 5: resultaten per GAC

	Totaal TMCP			TMCP met berekende directe praktijkkost			
	AANTAL	NAT_AANTAL	NAT_UTGAVEN	AANTAL	NAT_AANTAL	NAT_UTGAVEN	
	ECONODAT	2019	2019	ECONODAT	2019	2019	%
GAC_ANESTH_NARCOSE	1	60 798 €	5 636 240	1	100%	60 798 €	100%
GAC_BLOC_OP_CHIR ABDO	171	207 497 €	52 183 997	165	96%	207 485 €	100%
GAC_BLOC_OP_CHIR CARD	35	14 068 €	25 302 331	32	91%	14 067 €	100%
GAC_BLOC_OP_CHIR ORTHO	534	591 594 €	97 646 192	500	94%	591 426 €	100%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	80	127 484 €	29 071 728	80	100%	127 484 €	100%
GAC_BLOC_OP_CHIR THOR	44	23 857 €	7 640 010	40	91%	23 847 €	100%
GAC_BLOC_OP_CHIR VASC	64	117 851 €	33 315 637	61	95%	117 848 €	100%
GAC_BLOC_OP_COLONNE	54	48 183 €	29 537 825	47	87%	47 996 €	100%
GAC_BLOC_OP_GYNECO	92	129 306 €	25 246 294	88	96%	129 294 €	100%
GAC_BLOC_OP_NEUROCHIR	44	19 259 €	16 025 994	40	91%	19 250 €	100%
GAC_BLOC_OP_OPHT	69	200 455 €	82 095 274	68	99%	200 440 €	100%
GAC_BLOC_OP_ORL	141	191 824 €	24 932 156	139	99%	191 798 €	100%
GAC_BLOC_OP_STOMATO	115	445 021 €	50 967 626	112	97%	444 821 €	100%
GAC_BLOC_OP_URO	98	94 748 €	13 435 948	94	96%	94 731 €	100%
GAC_CARDIO_INTERVENTIONNELLE	38	252 488 €	54 633 849	35	92%	252 249 €	100%
GAC_CARDIO_TECHNIQUE	26	5 084 977 €	195 807 044	19	73%	5 084 770 €	100%
GAC_CHIR ORTHO_TECHNIQUE&TRAUMATO	122	702 583 €	28 999 153	96	79%	692 091 €	99%
GAC_CT&MEDNUCL	48	3 072 219 €	410 633 500	47	98%	3 072 180 €	100%
GAC_DERMATO_TECHNIQUE	30	2 139 521 €	38 628 761	30	100%	2 139 521 €	100%
GAC_ECHO	55	4 137 641 €	141 580 097	51	93%	4 137 089 €	100%
GAC_ENDO&TECHNIQUE_GASTRO	69	1 203 913 €	137 805 304	69	100%	1 203 913 €	100%
GAC_ENDO&TECHNIQUE_PNEUMO	44	2 224 558 €	80 713 370	40	91%	2 200 623 €	99%
GAC_ENDO&TECHNIQUE_URO	32	465 493 €	25 394 546	30	94%	465 413 €	100%
GAC_GYNE_TECHNIQUE&PMA&SALLE_ACC	63	3 591 729 €	97 497 293	54	86%	3 591 643 €	100%
GAC_IRM	12	1 153 576 €	105 283 909	12	100%	1 153 576 €	100%
GAC_NEPHRO&HEMATO	21	1 507 097 €	175 320 601	15	71%	1 500 966 €	100%
GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	36	1 367 618 €	98 709 837	28	78%	1 360 207 €	99%
GAC_OPHT_TECHNIQUE	48	8 621 227 €	130 581 153	43	90%	8 620 327 €	100%
GAC_ORL_TECHNIQUE	48	3 636 018 €	72 699 652	47	98%	3 635 939 €	100%
GAC_PAIN_CLINIC	31	446 491 €	35 963 023	29	94%	445 815 €	100%
GAC_RX	88	8 136 488 €	154 832 117	79	90%	8 116 025 €	100%
GAC_RX_INTERVENTIONNELLE&INVASIVE	61	107 025 €	15 829 905	47	77%	102 545 €	96%
GAC_RX_PONCTION	15	133 307 €	4 557 785	15	100%	133 307 €	100%
GAC_STOMATO_TECHNIQUE	12	148 075 €	7 930 475	11	92%	148 028 €	100%
GAC_URGENCES&PETITS ACTES TECHNIQUES	19	1 053 959 €	19 360 750	15	79%	1 044 496 €	99%
GAC_USI	16	268 439 €	11 870 621	2	13%	26 683 €	10%
Totaal	2 476	51 726 387 €	2 537 669 998	2 281	92,1%	51 398 691 €	99,4%

7 Bijlagen

Overzicht nomenclatuur

Tabel 6 en Tabel 7 tonen de econodatIDs per TFE en per T.AG . Prestaties die weerhouden worden in de eenheidskostenberekening op het operatiekwartier (zie H2: TFE operatiekwartier) zijn aangeduid met een *.

Tabel 6: econodatIDs per TFE

TFE	ECONODATID
ANESTHESIE	201740, 202361, 202459, 202460, 202714, 202921, 202954, 203013, 203014, 203053, 203150, 203188, 203217, 203218, 203219, 203243, 203374, 203394, 203395, 203431, 203605, 203715, 203796, 206663, 207074, 207075, 212091*, 212095*, 212099, 213383, 216182
BEELDVORMING	201690, 201691, 201692, 201693, 201694, 201809, 202153*, 202250*, 202853, 202854, 202872*, 202888, 202930, 202943, 202944, 202947*, 203069*, 203220*, 203239, 203240, 203264*, 203273*, 203282, 203287, 203288, 203322, 203326, 203327, 203336, 203337, 203340, 203412, 203413, 203482*, 203507, 203509, 203545, 203613, 203624, 203629, 203630, 203636, 203672, 203697, 203707, 203708, 203709, 203710, 203745, 203753, 203762, 203764, 203826, 203827, 203830, 203831, 203832, 203837, 203839, 203840, 203841, 203843, 203850, 203880, 203881, 203892, 203955, 203960, 203975, 203976, 203978, 203989, 203990, 203995, 203996, 204012, 204013, 204014, 204015, 204031, 204039, 204045, 204086, 204096, 204125, 204126, 204129, 204138, 204149, 204167, 204168, 204169, 204170, 204227, 204260, 204275, 204276, 204277, 204284, 204307, 204309, 204317, 204318, 204325, 204347, 204376, 204402, 204403, 204411, 204412, 204421, 204422, 204446, 204447, 204451, 204456, 204457, 204458, 204459, 204481, 204493, 204509, 204510, 204517, 204524, 204525, 204526, 204527, 204532, 204533, 204538, 204539, 204540, 204546, 204552, 204553, 204554, 204556, 204557, 204558, 204565, 204566, 204567, 204579, 204580, 204581, 204614, 204631, 204651, 204659, 204666, 204688, 204689, 204690, 204710, 204729, 204731, 204732, 204743, 204744, 204757, 204768, 204777, 204778, 204779, 204831, 204832, 204853, 204854, 204879, 204880, 204884, 204885, 204886, 204908, 204940, 204941, 204942, 204943, 204944, 204945, 204946, 204947, 204948, 204953, 204959, 204960, 205022, 205049, 205080, 205083, 205105, 205155, 205171, 205172, 205197, 205198, 205199, 205226, 205227, 205239, 205275, 205314, 205330, 205331, 205450, 205451, 205511, 205514, 205522, 205806, 206655, 206656, 206657, 206658, 206659, 206801, 206939, 206940, 207010, 207011, 207012, 207023, 207024, 207025, 207026, 207039, 207042, 207043, 207044, 207045, 207082, 207083, 207084, 207085, 207087, 207088, 207089, 207090, 207091, 207092, 207093, 207094, 211859, 213017, 213171, 213183, 213184, 213227, 213228, 213229, 213230, 213231, 213350, 213351, 213355, 213356, 213411, 213413, 213415, 213474, 213475, 213476, 213477, 213595, 213596, 213597, 213598, 213599, 213600, 213609, 213610, 214469, 214470, 214747, 215074, 215075, 215076, 215077, 215078, 215079, 215093, 215094, 215095, 215109, 215110, 215111, 215373, 215374, 215375*, 215630, 215631, 215632, 215633, 215634, 215635, 215636, 216003, 216004, 216111, 216112, 216183, 216184, 216185, 216186, 216187, 216188, 216189, 216190, 216191, 216192, 216193, 216194, 216195, 216196, 216197, 216198, 216199, 216200, 216201, 216202, 216203, 216204, 216205, 216206, 216317
BEVALLINGSKWARTIER	202173, 202189, 202934*, 202955, 203030, 203307, 203348, 203349*, 203399, 203653, 203669*, 203792*, 203798*, 204061*, 204196, 204197
CATHLAB_IRCC	201751, 201752*, 201891*, 201937*, 201938*, 202079*, 202152*, 202407*, 202514*, 202646*, 202956*, 203152*, 203163*, 203180*, 203198*, 203259*, 203375*, 203380*, 203396*, 203583*, 203716*, 203810*, 203936*, 204564, 205196*, 206798*, 212200*, 212201*, 212202*, 212203*, 212204*, 212380*, 212520*, 212521*, 213580*, 213593*, 213594*, 215993*, 215994*
DAGHOSPITALISATIE	202063*, 202305*, 202567*, 202586, 202630, 202634*, 202652*, 202720*, 202803*, 203042, 203105, 203346*, 203437*, 203460, 203638*, 203650*, 203685, 203768*, 203794*, 203921*, 203970, 204001, 204048*, 204098*, 204101*, 204150*, 204176*, 204221, 204230*, 204233, 204234*, 204298*, 204461, 204511*, 204519, 204625*, 204691*, 204692, 204693*, 204728*, 204845*, 205036*, 205055*, 205124*, 205144, 205186*, 205188, 205371*, 205996*, 206777*, 207220, 212012*, 212388*, 212402*, 212693, 213018

DIALYSECENTRUM	203414*, 212444, 215139, 215140, 215141, 215142, 215143, 215144, 215145, 215497
ENDOSCOPIE	201780, 201808, 201847*, 201895*, 201903, 201921*, 201961*, 201965*, 202004*, 202012*, 202017, 202077*, 202100*, 202135*, 202147, 202149*, 202171*, 202252, 202297*, 202331, 202404*, 202457*, 202512*, 202578*, 202631, 202702*, 202768, 202807, 202912*, 202931*, 202981*, 202999*, 203018*, 203025*, 203031*, 203039*, 203072*, 203102*, 203131*, 203148*, 203202*, 203247*, 203248*, 203300*, 203308*, 203309, 203361*, 203402, 203461*, 203487, 203711, 203713, 203738*, 203746*, 203795*, 203799*, 203823*, 203900*, 203902, 203906*, 203988, 204071*, 204073, 204102*, 204563*, 204900*, 205245*, 207068*, 207069*, 207070*, 207071*, 207072*, 207073*, 207123*, 212359, 212532, 212609*, 212610*, 212687, 212765, 215249*, 215250, 215251*, 215252*, 215253*, 215254*, 215255*, 215256, 215257*
FM_CARDIO	202056, 202136, 202186*, 202339, 202985, 202986, 203067, 203382, 203392, 203717, 203721
FM_NEURO	202057, 202876, 203471*, 213856, 213857, 213858, 213859
FM_PNEUMO	201792*, 201899, 202005, 202103, 202805*, 202806*, 203005*
FYS_GEN	202651, 202744, 202763, 202926, 202953, 203066, 203125, 203147, 203216, 203407, 203408, 203822, 203877, 206736, 206950, 207444, 207445, 207446, 207448, 212229, 212968, 212969, 212970, 215925
HOSPITALISATIE	202015, 202038, 202078, 202638*, 202946, 203385, 203397, 203666*, 203917*, 204078, 204166*, 204245*, 211918, 211919, 211921, 211922
INTENSIEVE_HOS	201884, 201923, 201959, 202007*, 202138*, 202251, 202253, 202308, 202310*, 202360, 202393, 202723, 202745, 202769*, 203058, 203106, 203343*, 203701, 203815, 204333*, 204348*, 204454, 212530, 213019*, 213020*, 213864, 213865, 213866, 214027, 214041, 215104, 215117*
LABO	203151, 203462, 211912, 211913, 211914, 211915, 211916, 211917, 211920, 212386, 213232
OPERATIEKWARTIER	201741*, 201742*, 201749*, 201750*, 201753*, 201755*, 201756*, 201757, 201789*, 201790*, 201796*, 201797*, 201805, 201806, 201807*, 201845*, 201846*, 201850*, 201851*, 201852*, 201853*, 201854*, 201855*, 201856, 201857*, 201863*, 201869*, 201870*, 201871*, 201885*, 201892*, 201893*, 201894*, 201905*, 201906*, 201912*, 201913*, 201915*, 201916*, 201931*, 201932*, 201933*, 201934*, 201939*, 202013*, 202014, 202016*, 202018*, 202019*, 202032*, 202040*, 202065*, 202066, 202080*, 202081*, 202087*, 202083*, 202084*, 202085*, 202086*, 202087*, 202092*, 202095*, 202096*, 202099*, 202102*, 202114*, 202115*, 202116*, 202146*, 202151*, 202155*, 202176*, 202187, 202216*, 202237*, 202238*, 202267*, 202306*, 202324*, 202327*, 202328*, 202342*, 202347*, 202375*, 202377*, 202378*, 202381*, 202382*, 202384*, 202385, 202386*, 202405*, 202408*, 202455*, 202456*, 202458*, 202486*, 202513*, 202539*, 202568*, 202569, 202572*, 202576*, 202577, 202580*, 202582*, 202624*, 202626*, 202627*, 202628*, 202629*, 202653*, 202664*, 202666*, 202667*, 202669*, 202692*, 202693*, 202694*, 202696*, 202703*, 202705*, 202715*, 202725*, 202786*, 202787*, 202788*, 202789*, 202790*, 202791, 202796, 202802*, 202804*, 202838*, 202845*, 202846*, 202847*, 202849*, 202868*, 202913*, 202914*, 202915, 202916*, 202917*, 202918*, 202919*, 202920*, 202923*, 202932, 202933*, 202935*, 202936*, 202940*, 202941*, 202948*, 202949*, 202959*, 202960*, 202961*, 202962*, 202964*, 202980*, 202982*, 202989*, 202995*, 202996*, 202997*, 202998, 203009*, 203015*, 203016*, 203017, 203019, 203020*, 203021*, 203023*, 203026*, 203027*, 203028*, 203029*, 203032*, 203035*, 203038*, 203041*, 203054*, 203055*, 203056*, 203060*, 203062*, 203065*, 203074*, 203075*, 203076*, 203077*, 203078*, 203079*, 203080*, 203081, 203097*, 203098*, 203099*, 203100*, 203101*, 203103*, 203104*, 203108*, 203110*, 203117*, 203118*, 203120, 203126*, 203127*, 203128*, 203129*, 203132*, 203137*, 203138*, 203139, 203140*, 203141*, 203143*, 203144, 203145*, 203146*, 203157*, 203160*, 203169*, 203170*, 203172*, 203173*, 203174*, 203175*, 203176*, 203177*, 203178, 203179*, 203190*, 203191*, 203192*, 203193*, 203196*, 203210*, 203211*, 203212*, 203213*, 203214*, 203215, 203221*, 203226*, 203227*, 203229*, 203230*, 203234*, 203235*, 203241*, 203242*, 203244*, 203245*, 203246*, 203252*, 203253, 203254*, 203255*, 203260*, 203262*, 203265, 203268*, 203269*, 203271*, 203274*, 203275*, 203276*, 203278*, 203279*, 203280*, 203281*, 203291*, 203292*, 203293*, 203297*, 203299*, 203301*, 203302*, 203312, 203321, 203341*, 203342*, 203350*, 203351*, 203352*, 203362*, 203364*, 203365*, 203366*, 203367*, 203368*, 203369*, 203370*, 203371*, 203376*, 203377*, 203381*, 203384*, 203388*, 203389*, 203390*, 203391*, 203404*, 203405, 203409*, 203410, 203416, 203419*, 203420, 203421, 203426*, 203427*, 203428*, 203435*, 203436*, 203442*, 203443*, 203444*, 203446*, 203447, 203448*, 203449*, 203452, 203453*, 203454*, 203455*, 203457*, 203458*, 203469*, 203470*, 203480*, 203483*, 203485*, 203488*, 203489*, 203493*, 203494*, 203495, 203496*, 203497*, 203498*, 203499*, 203500*, 203501*, 203511*, 203512*, 203513, 203514, 203515*, 203522*, 203523*, 203524*, 203525*, 203528*, 203542*, 203554*, 203555*, 203556*, 203558*, 203559*, 203560, 203561*, 203562*, 203565*, 203566*, 203571*, 203573*, 203574*, 203575*, 203576*, 203577, 203578*, 203581*, 203582*, 203590, 203591*, 203592, 203593*, 203594*, 203595*, 203598*, 203599*, 203600*, 203601, 203604*, 203606*, 203607*, 203608*, 203609*, 203614*, 203615*, 203616*, 203620*, 203621, 203622, 203631*, 203632*, 203633*, 203637*, 203643*, 203644*, 203645*, 203647*, 203651*, 203652*, 203656*, 203658*, 203660*, 203661*, 203662*, 203664*

203667*, 203670*, 203671*, 203673*, 203674*, 203675*, 203676*, 203677*, 203678*, 203679*, 203680*, 203692*, 203694*, 203699*, 203700*, 203704*,
203712*, 203719*, 203720*, 203723, 203724*, 203725*, 203726*, 203728*, 203729*, 203730*, 203731*, 203732, 203733*, 203734*, 203735*, 203742*,
203757*, 203758*, 203760*, 203765*, 203766*, 203767*, 203769*, 203771*, 203774*, 203777*, 203778*, 203779*, 203789*, 203790*, 203791*, 203797*,
203800*, 203803*, 203804*, 203805*, 203807, 203808*, 203809*, 203811*, 203813*, 203814*, 203820*, 203844*, 203846*, 203847*, 203848*, 203849*,
203851*, 203852*, 203854*, 203855*, 203856*, 203857*, 203858*, 203859*, 203860*, 203861, 203862*, 203863, 203864, 203865*, 203866, 203878*, 203893*,
203896*, 203899*, 203901*, 203903*, 203904*, 203909*, 203910*, 203914*, 203915*, 203916*, 203920*, 203943*, 203944*, 203946*, 203947*, 203948*,
203954*, 203956*, 203959*, 203963*, 203972*, 203980*, 203981*, 203991*, 203992*, 203998*, 203999*, 204006*, 204019, 204020*, 204026*, 204028*,
204029*, 204030*, 204036*, 204038*, 204042*, 204044*, 204047*, 204050*, 204057*, 204058, 204059*, 204060*, 204062*, 204072*, 204074*, 204075,
204076, 204079*, 204080, 204081*, 204082*, 204084*, 204085*, 204087*, 204088*, 204089*, 204090*, 204091*, 204092, 204095*, 204099*, 204100*,
204103*, 204105*, 204115*, 204116, 204121*, 204122*, 204123*, 204137*, 204144, 204145*, 204148*, 204160*, 204161*, 204162*, 204163*, 204164*,
204165*, 204171*, 204175*, 204185*, 204198*, 204199*, 204200*, 204203, 204204*, 204208*, 204209*, 204238*, 204242*, 204243*, 204244, 204250*,
204253*, 204257*, 204263*, 204265, 204266*, 204267*, 204268*, 204269*, 204272*, 204285*, 204286*, 204287*, 204288*, 204290*, 204291*, 204292*,
204293*, 204295*, 204303, 204304*, 204310*, 204311*, 204313*, 204315*, 204316*, 204324*, 204330*, 204331*, 204334*, 204335*, 204337*, 204341*,
204343*, 204346, 204351*, 204355*, 204358, 204359*, 204363*, 204377, 204382*, 204384*, 204385*, 204398*, 204400*, 204415*, 204416*, 204418*,
204428*, 204429*, 204430*, 204432, 204436, 204441*, 204444, 204449*, 204450*, 204452*, 204453*, 204460*, 204462*, 204463*, 204464*, 204465*,
204468*, 204469*, 204470*, 204471*, 204473*, 204476*, 204477*, 204479*, 204482*, 204483*, 204484*, 204485*, 204487*, 204488*, 204490*, 204491*,
204495*, 204496*, 204497*, 204498*, 204500, 204501*, 204507*, 204508*, 204513*, 204521, 204523*, 204529*, 204534*, 204559*, 204572, 204574*,
204576*, 204589*, 204590*, 204591*, 204592*, 204593*, 204594*, 204595*, 204598*, 204599*, 204602, 204604*, 204605*, 204607*, 204608*, 204616*,
204621*, 204622*, 204624*, 204627*, 204632*, 204633*, 204635*, 204636*, 204642*, 204643*, 204644*, 204645*, 204647*, 204648*, 204649*, 204653*,
204657*, 204658*, 204662*, 204663*, 204664*, 204665*, 204668*, 204669, 204670*, 204671, 204672, 204685*, 204687, 204698, 204699*, 204700*, 204702*,
204703*, 204704*, 204705*, 204706*, 204709*, 204711*, 204712, 204713*, 204714*, 204715*, 204716*, 204721*, 204723, 204727*, 204733*, 204734,
204735*, 204736*, 204742*, 204746*, 204747*, 204748*, 204749*, 204756, 204758, 204759*, 204760*, 204764*, 204771*, 204773*, 204788, 204789*,
204791*, 204796*, 204797*, 204798, 204799*, 204800*, 204806*, 204807*, 204809*, 204810*, 204811*, 204814*, 204815*, 204816*, 204817*, 204818,
204823*, 204826, 204827*, 204833*, 204837, 204838*, 204839*, 204840*, 204841*, 204847*, 204848*, 204849*, 204859, 204861*, 204862*, 204865*,
204868*, 204874*, 204875*, 204876*, 204877*, 204881*, 204887*, 204894, 204895*, 204903*, 204905*, 204906*, 204907*, 204909*, 204910*, 204916*,
204917*, 204918*, 204919*, 204920*, 204922*, 204927*, 204928*, 204936*, 204937, 204938, 204939*, 204950*, 204956*, 204963*, 204969*, 204970*,
204971*, 204976, 204986*, 204987*, 204989*, 204990*, 204991*, 204993, 204996*, 205003*, 205005*, 205006*, 205007*, 205010*, 205011*, 205012*,
205013*, 205015, 205021, 205023, 205024*, 205025*, 205026*, 205031*, 205032*, 205039*, 205040*, 205042*, 205043*, 205045*, 205050*, 205051, 205054*,
205056*, 205057*, 205058*, 205059*, 205060*, 205061*, 205062*, 205063*, 205064*, 205065*, 205066, 205069*, 205072*, 205073*, 205075*, 205079*,
205081, 205082*, 205085*, 205086*, 205088, 205089*, 205090*, 205097*, 205099*, 205100, 205101*, 205102*, 205103*, 205104*, 205106*, 205109*,
205111*, 205112*, 205113, 205114*, 205115*, 205117*, 205119, 205120, 205121*, 205122*, 205127, 205135*, 205136*, 205137*, 205138*, 205142*, 205143*,
205156*, 205160*, 205166*, 205167, 205169*, 205170*, 205174*, 205175, 205177, 205180*, 205181*, 205182*, 205183*, 205187*, 205189*, 205190, 205192*,
205205*, 205217*, 205218, 205219*, 205221*, 205234*, 205235*, 205240*, 205241*, 205246*, 205248*, 205249*, 205250*, 205251*, 205252*, 205254*,
205255*, 205268*, 205269*, 205270*, 205271*, 205273*, 205274, 205276*, 205289*, 205290*, 205291*, 205293*, 205295*, 205297*, 205298*, 205299*,
205300*, 205306*, 205307*, 205309, 205318*, 205319*, 205320, 205326, 205327*, 205328*, 205329*, 205332*, 205338*, 205339*, 205340*, 205348*,
205349*, 205350*, 205351*, 205352*, 205353*, 205354*, 205355*, 205356*, 205357*, 205358*, 205360*, 205361*, 205362, 205366, 205367*, 205370,
205372*, 205373, 205390, 205391*, 205400*, 205433*, 205434*, 205435*, 205436*, 205437*, 205442, 205458*, 205459*, 205460*, 205461*, 205462*,
205472*, 205473*, 205483*, 205484*, 205485*, 205486, 205487*, 205488, 205512*, 205515, 205516*, 205517*, 205518, 205519*, 205520*, 205523, 205562*,
205563, 205564, 205565*, 205566*, 205595*, 205596*, 205612*, 205614*, 205615*, 205619, 205620*, 205621*, 205625*, 205633*, 205634*, 205635*, 205636,
205637*, 205638*, 205654*, 205655*, 205656*, 205657, 205658*, 205662*, 205663*, 205664*, 205665*, 205666*, 205667*, 205668*, 205669*, 205670,
205671*, 205672*, 205673*, 205674, 205679*, 205680*, 205681*, 205682*, 205726, 205757*, 205758, 205807, 205808*, 205822, 205823*, 205824*, 205825*,
205826*, 205827*, 205833*, 205834*, 205836*, 205837*, 205838*, 205995*, 206003*, 206101*, 206142*, 206417*, 206419*, 206420*, 206421*, 206575*,
206772*, 206773*, 206774*, 206775*, 206776*, 206800*, 206945*, 206946*, 206947*, 206948*, 206949*, 206981*, 206982*, 206983*, 206984*, 206999*,

	207016*, 207040*, 207041*, 207086*, 207095*, 207096*, 207140*, 207203*, 207204*, 207205*, 207207*, 207208*, 207209*, 207210*, 207211*, 207212*, 207213*, 207214*, 207215*, 207216*, 207217*, 207218*, 207221*, 207222*, 207223*, 207224*, 207225, 207226*, 211617*, 211704*, 211741*, 211924*, 211925*, 211926*, 211927*, 211929*, 212002*, 212003*, 212004*, 212005*, 212006*, 212007*, 212008*, 212009*, 212010*, 212011*, 212177*, 212178*, 212180*, 212181*, 212389*, 212390*, 212391*, 212392*, 212393*, 212394*, 212395*, 212396*, 212397*, 212398*, 212399*, 212400*, 212403*, 212404*, 212405*, 212406*, 212407*, 212408*, 212409, 212410, 212411*, 212412, 212413, 212414*, 212415*, 212424*, 212425, 212426, 212427*, 212428*, 212429*, 212430*, 212431*, 212432*, 212433*, 212434*, 212435*, 212436*, 212437*, 212438*, 212439*, 212440*, 212441*, 212442*, 212443*, 212694*, 212695, 212696*, 212697*, 212698*, 212699*, 212700, 212701*, 212702*, 212703*, 212705*, 212706*, 212707*, 212872*, 212873*, 212874*, 212875*, 213102*, 213103*, 213106*, 213292*, 213362*, 213363*, 213430*, 213536*, 213537*, 213538*, 213539*, 213579*, 213581*, 213582*, 213583*, 213584*, 213585*, 213587*, 213588*, 213589*, 213590*, 213591*, 214021, 214068*, 214166*, 214167*, 214209*, 214233*, 214234*, 214235*, 214236*, 214237, 214238*, 214239*, 214240*, 214241*, 214242*, 214243*, 214244*, 214245*, 214246, 214247*, 214248*, 214249*, 214250*, 214251*, 214252*, 214253*, 214254*, 214255*, 214256*, 214257*, 214258*, 214259*, 214260*, 214261*, 214262*, 214263*, 214264*, 214265*, 214266, 214267*, 214268, 214269*, 214270*, 214271*, 214272*, 214273*, 214274, 214275, 214276*, 214277*, 214278*, 214279*, 214280*, 214281*, 214282*, 214283*, 214284*, 214285*, 214286*, 214287*, 214288*, 214289*, 214290*, 214291*, 214292*, 214293*, 214294*, 214295*, 214296*, 214297*, 214298, 214299*, 214300, 214301*, 214302, 214303, 214304*, 214305*, 214306*, 214307*, 214308*, 214309*, 214310*, 214311*, 214312*, 214313*, 214314*, 214315, 214316*, 214317, 214318*, 214319*, 214320*, 214321*, 214322*, 214323, 214325*, 214326*, 214327*, 214328, 214329*, 214330*, 214331*, 214332*, 214333*, 214334, 214335*, 214336*, 214337*, 214338, 214339*, 214340*, 214341*, 214342*, 214343*, 214344*, 214345*, 214346*, 214347*, 214348*, 214349*, 214350*, 214351*, 214352*, 214353*, 214354*, 214355*, 214356*, 214357*, 214358*, 214359*, 214360*, 214361*, 214362*, 214363*, 214364*, 214365*, 214366*, 214367*, 214368*, 214369*, 214370*, 214371*, 214372*, 214373*, 214374*, 214375*, 214376*, 214377*, 214378*, 214379*, 214380*, 214381*, 214382*, 214383*, 214384, 214385*, 214386*, 214387*, 214388*, 214389*, 214390*, 214391*, 214392*, 214393*, 214394*, 214395*, 214396*, 214397*, 214398*, 214399, 214400*, 214401*, 214402, 214403, 214404*, 214405*, 214406*, 214407*, 214408*, 214409*, 214410*, 214411*, 214412*, 214413*, 214414*, 214415*, 214416*, 214417*, 214418*, 214419*, 214420, 214421*, 214422*, 214423*, 214424*, 214425*, 214426*, 214427*, 214428*, 214429*, 214430*, 214431*, 214432*, 214433*, 214434*, 214435*, 214436*, 214437*, 214438*, 214439*, 214440*, 214441*, 214442*, 214443*, 214444*, 214445*, 214446*, 214447*, 214448*, 214449*, 214450*, 214451*, 214452*, 214453*, 214454*, 214455*, 214464*, 215101*, 215112*, 215113*, 215114*, 215115*, 215116*, 215204*, 215205*, 215206*, 215207, 215208*, 215209*, 215210*, 215223*, 216075*, 216076*, 216077*, 216078*, 216079*, 216084*, 216085*, 216086*, 216087, 216210, 216308*, 216354, 216776, 216777, 216778, 216779, 218033, 218034, 218035, 218036, 218037, 218038, 218039, 218040, 218041, 218042, 218043, 218044, 218045, 218046, 218047, 218048, 218049, 218050, 218051, 218052, 218053, 218054, 218055, 218056, 218057, 218058, 218059, 218060, 218061, 218062, 218063, 218064, 218065, 218066, 218067, 218068, 218069, 218070, 218071, 218072, 218073, 218074, 218075, 218076, 218077, 218078, 218079, 218080, 218081, 218082, 218083, 218084, 218085, 218086, 218087, 218088, 218089, 218090, 218091, 218092, 218093, 218094, 218095, 218096, 218097, 218098, 218099, 218100, 218101, 218102, 218103, 218104, 218105, 218106, 218107, 218108, 218109, 218110, 218111, 218112, 218113, 218114, 218115, 218116, 218117, 218118, 218119, 218120, 218121, 218122, 218123, 218124, 218125, 218126, 218127, 218128, 218129, 218130, 218131, 218132, 218133, 218134, 218135, 218136, 218137, 218138, 218139, 218140, 218141, 218142, 218143, 218144, 218145, 218146, 218147, 218148, 218149, 218150, 218151, 218152, 218153, 218154, 218155, 218156, 218157, 218158, 218159, 218160, 218161
PIJNKLINIEK	212074, 212075*, 212076, 212077, 212078*, 212079*, 212080*, 212081*, 212082*, 212083*, 212084*, 212085*, 212086*, 212087, 212088*, 212089*, 212090, 212092*, 212093*, 212094, 212096*, 212098*
POLIKLINIEKEN	201848*, 201883*, 201936*, 202009*, 202010*, 202011, 202027*, 202037, 202039, 202093, 202117, 202148, 202172, 202175*, 202177*, 202241*, 202311*, 202322*, 202323, 202326*, 202435*, 202436*, 202548*, 202584*, 202585*, 202632, 202637, 202639, 202640*, 202641, 202642, 202695*, 202704, 202706, 202746*, 202760, 202852, 202874, 202875, 202925*, 202927*, 202928*, 202929*, 202951, 202957*, 202958, 202971*, 202972*, 202990*, 203007, 203107, 203123, 203124, 203197*, 203222*, 203225*, 203306*, 203372*, 203434*, 203518, 203550, 203659*, 203825*, 203828*, 203905*, 203945*, 203994, 204232, 204261, 204262, 204297, 204338, 204466, 204606, 204696, 204707, 204722, 204724, 204765, 204774, 204891, 204892, 204893, 204952*, 207206, 212100*, 212416*, 212540*, 212689, 212690, 212691, 212692, 212704, 212800*, 213021, 213107*, 213108*, 213431, 213586*, 213592*, 213861, 213863, 214465, 214466, 215211, 215212, 215222*, 215365*, 216074*
POLI_NKO	201849*, 201882, 202088*, 202089, 202091, 202154, 202383*, 202417*, 202511*, 202770*, 202771*, 203022*, 203024*, 203171*, 203183*, 203184*, 203203, 203223, 203373*, 203386, 203387*, 203417*, 203654*, 203706*, 203737, 212016, 212401*

POLI_OFTALMO	202571, 202772*, 202850*, 203034*, 203303*, 203304, 203502*, 203543, 203612*, 203698, 203834*, 203836, 203883*, 203888*, 203891*, 204010*, 204011, 204280*, 204294, 204328*, 204329, 204332, 204375*, 204390*, 204478, 204562*, 204652*, 204725, 204785*, 204843*, 204850*, 204851*, 204869*, 204870*, 204871, 204872*, 204873*, 204949, 204957*, 212445*, 213134*, 215926*
SLAAPLABO	202922
SPOEDGEVALLEN	201783*, 201958, 202008*, 202394*, 202406*, 202420*, 202421*, 202565, 202645*, 202773, 202844*, 202987*, 203181, 203238*, 203266*, 203284*, 203318*, 203319*, 203320*, 203359, 203360*, 203418*, 203503*, 203546*, 203564, 203627, 203628*, 203635, 203657, 203702*, 203705*, 203743*, 203744*, 203801*, 203894*, 203895*, 203958*, 203965, 203966*, 203967, 203968*, 203969, 204046*, 204124, 204228*, 204236*, 204252, 204279*, 204281, 204282*, 204283*, 204296, 204299, 204305*, 204306*, 204344*, 204345*, 204397*, 204399, 204408*, 204410*, 204413*, 204414*, 204431*, 204480*, 204504*, 204505, 204547, 204548*, 204568*, 204569, 204570*, 204578, 204582*, 204694, 204695*, 204697, 204718*, 204801*, 204802*, 204803, 204804, 204830*, 204856, 204857*, 204888, 204889*, 204890*, 204896*, 204951, 205107*, 205108*, 205176*, 205236*, 205237*, 205365*, 212001
ANDERE	202174, 202387, 202510, 202570, 202643, 202764, 202843, 202924, 202988, 203037, 203057, 203064, 203270, 203383, 203401, 203492, 203563, 203603, 203665, 203690, 203727, 204041, 204231, 204342, 204583, 204628, 204766, 204844, 204852, 205439, 205440, 207017, 212050, 212051, 212799, 213862, 216913, 216914, 203759, 213611

Tabel 7: econodatIDs per T.AG

T.AG	ECONODATID
ANESTHESIE	201740, 202361, 202459, 202714, 202921, 202954, 203013, 203014, 203053, 203150, 203188, 203217, 203218, 203219, 203243, 203374, 203395, 203431, 203605, 203715, 203796, 206663, 207075, 212091*, 212099, 213383, 216182
BEELDVERSTERKER	203337
BEELDVORMING	202943, 202944, 203708, 203826, 203830, 203831, 203832, 203955, 203960, 203976, 203990, 204045, 204096, 204260, 204275, 204307, 204317, 204459, 204525, 204526, 204533, 204539, 204552, 204553, 204556, 204579, 204580, 204581, 204710, 204732, 204953, 205105, 205514, 207090, 213597, 215111
BEVALLINGSKWARTIER	202173, 202189, 202934*, 202955, 203030, 203307, 203348, 203349*, 203399, 203653, 203669*, 203792*, 203798*, 204061*, 204196, 204197
BIOPT_PUNC	202153*, 202250*, 202872*, 202929*, 202947*, 202972*, 203069*, 203273*, 203482*, 213474, 215375*
BIOPT_PUNC_KIND	201805, 201884, 201885*, 201958, 201959, 202308, 202723, 203181, 203265, 203704*
BMD	213183, 213184
BRONCHO	201847*, 201921*, 201965*, 202251, 202331, 202404*, 202807, 202931*, 203487, 203906*, 203988, 207123*, 212609*, 212610*
CATHLAB_HART	201891*, 201937*, 202138*, 202407*, 202408*, 202514*, 203152*, 203163*, 203198*, 203259*, 203375*, 203380*, 203396*, 203583*, 203716*, 203810*, 203841, 203936*, 204013, 204564, 205196*, 205198, 212200*, 212201*, 212202*, 212203*, 212204*, 212520*, 212521*, 213580*, 213593*, 213594*, 213596, 213598, 213599, 213600, 215993*, 215994*
CBCT	214747, 215373, 215374, 216111, 216112
COLO	201895*, 202135*, 202149*, 202171*, 202631, 202702*, 202768, 203039*, 203202*, 203248*, 203300*, 203361*, 203746*, 204102*, 204900*, 205245*, 207072*, 212532, 215250
CT	203839, 203850, 204412, 204614, 204689, 204945, 205314, 213227, 213228, 213229, 213230, 213231, 213411, 213413, 213415, 213609, 213610, 215109, 215110, 215630, 215631, 215632, 215633, 216003, 216004, 216317
DAGHOSPITALISATIE	202063*, 202305*, 202567*, 202586, 202630, 202634*, 202652*, 202720*, 202803*, 203042, 203105, 203346*, 203437*, 203460, 203638*, 203650*, 203685, 203768*, 203794*, 203921*, 203970, 204001, 204048*, 204098*, 204101*, 204150*, 204176*, 204221, 204230*, 204233, 204234*, 204298*, 204461, 204511*, 204519, 204625*, 204691*, 204692, 204693*, 204728*, 204845*, 205036*, 205055*, 205124*, 205144, 205186*, 205188, 205371*, 205996*, 206777*, 207220, 212012*, 212388*, 212402*, 212693
DIALYSECENTRUM	203414*, 212444, 213018, 214041, 215139, 215140, 215141, 215142, 215143, 215144, 215145, 215497

ECHO	201693, 201809, 202959*, 203240, 203264*, 203340, 203412, 203509, 203666*, 203707, 203753, 204138, 204227, 204276, 204446, 204532, 204546, 204777, 204778, 204779, 206655, 206656, 206657, 206658, 206659, 207010, 207012, 207024, 207025, 207026, 207042, 207043, 207044, 207087, 207088, 207089, 207091, 213017, 213475, 213476, 215095, 216188, 216198, 216199
ECHO_DUPLEX	203413, 203697, 203764, 203843, 204015, 204347, 206801, 207023, 207045, 207082, 207083, 207092, 207093, 207094, 211859, 213350, 213351, 213355, 213356
ECHO_GYN	206939, 206940, 207039, 213171, 216183, 216184, 216185, 216186, 216187, 216189, 216190, 216191, 216192, 216193, 216194, 216195, 216196, 216197, 216200, 216201, 216202, 216203, 216204, 216205
ENDOSCOPIE	201903, 203309, 203402, 204073, 204563*
END_URO	201961*, 202012*, 202085*, 202100*, 202216*, 202297*, 202456*, 202457*, 202512*, 202578*, 202746*, 202930, 202941*, 203018*, 203025*, 203028*, 203102*, 203118*, 203131*, 203220*, 203247*, 203391*, 203725*, 203975, 203995, 203996, 204039, 204277, 204879, 213107*, 213108*, 213592*
END_VARIA	203711
EPID	203394, 207074
ERCP	202912*, 202999*, 203799*, 203900*, 204744, 205226, 207069*, 207073*, 215249*, 215251*
FM_CARDIO	201690, 201691, 201692, 202056, 202136, 202186*, 202339, 202706, 202985, 202986, 203067, 203382, 203392, 203717, 203721, 203989, 207084, 207085, 214469, 214470
FM_NEURO	202057, 202486*, 202876, 202946, 202951, 203383, 203397, 203471*, 213856, 213857, 213858, 213859, 213861, 213862, 213863, 213864, 213865, 213866
FM_PNEU	201792*, 201899, 202005, 202015, 202103, 202805*, 202806*, 202922, 203005*
GASTRO	201780, 201808, 202004*, 202017, 202077*, 202147, 202252, 202981*, 203031*, 203072*, 203148*, 203713, 203738*, 203795*, 203823*, 203902, 204071*, 207068*, 207070*, 207071*, 212359, 212687, 212765, 215252*, 215253*, 215254*, 215255*, 215256, 215257*
HOSPITALISATIE	202038, 202078, 202953, 203147, 203917*, 204078, 204166*, 204245*, 207445, 211918, 211919, 211921, 211922, 212229
INTENSIEVE_HOS	203106, 203657, 203701, 204333*, 204348*, 213020*, 214027, 215117*, 201923, 202007*, 202253, 202360, 202393, 202745, 202769*, 203058, 203343*, 203815, 204454, 212530, 213019*, 215104
IVR	201751, 201752*, 201938*, 202040*, 202079*, 202152*, 202646*, 202888, 202956*, 203180*, 203239, 203308*, 203322, 203326, 203461*, 203613, 203624, 203745, 204012, 204014, 204031, 204309, 204457, 204524, 204554, 204666, 204688, 204880, 204959, 205083, 205155, 205171, 205197, 205199, 205227, 205275, 205330, 205331, 205451, 206798*, 212380*, 213595
LABO	203151, 203462, 211912, 211913, 211914, 211915, 211916, 211917, 211920, 212386, 213232
MAMMO	204651, 213477, 215093
MAMMOBIEEL	203892, 204517
MR	203840, 204458, 204831, 204832, 204960, 205049, 205080, 205239, 215094, 215634, 215635, 215636
NUC	203507, 203629, 204729, 204731, 205172, 205450, 205511, 205522, 215074

OPERATIEKWARTIER

201741*, 201742*, 201749*, 201750*, 201753*, 201755*, 201756*, 201757, 201789*, 201790*, 201796*, 201797*, 201806, 201807*, 201845*, 201846*, 201850*, 201851*, 201852*, 201853*, 201854*, 201855*, 201856, 201857*, 201863*, 201869*, 201870*, 201871*, 201892*, 201893*, 201894*, 201905*, 201906*, 201912*, 201913*, 201915*, 201916*, 201931*, 201932*, 201933*, 201934*, 202013*, 202014, 202016*, 202018*, 202019*, 202032*, 202065*, 202066, 202080*, 202081*, 202082*, 202083*, 202084*, 202086*, 202087*, 202092*, 202095*, 202096*, 202099*, 202102*, 202114*, 202115*, 202116*, 202146*, 202151*, 202155*, 202176*, 202187, 202237*, 202238*, 202267*, 202306*, 202324*, 202327*, 202328*, 202342*, 202347*, 202375*, 202377*, 202378*, 202381*, 202382*, 202384*, 202385, 202386*, 202405*, 202455*, 202458*, 202513*, 202539*, 202568*, 202569, 202572*, 202576*, 202580*, 202582*, 202624*, 202626*, 202627*, 202628*, 202629*, 202653*, 202664*, 202666*, 202667*, 202669*, 202692*, 202693*, 202694*, 202696*, 202703*, 202705*, 202715*, 202725*, 202786*, 202787*, 202788*, 202789*, 202790*, 202791, 202796, 202802*, 202804*, 202838*, 202845*, 202846*, 202847*, 202849*, 202868*, 202913*, 202914*, 202915, 202916*, 202917*, 202919*, 202920*, 202923*, 202932, 202933*, 202935*, 202936*, 202940*, 202948*, 202949*, 202960*, 202961*, 202962*, 202964*, 202980*, 202982*, 202995*, 202996*, 202997*, 202998, 203009*, 203015*, 203016*, 203017, 203019, 203020*, 203021*, 203023*, 203026*, 203027*, 203029*, 203032*, 203035*, 203038*, 203041*, 203054*, 203055*, 203056*, 203060*, 203062*, 203065*, 203074*, 203075*, 203076*, 203077*, 203078*, 203079*, 203080*, 203081, 203097*, 203098*, 203099*, 203100*, 203101*, 203103*, 203104*, 203108*, 203110*, 203117*, 203120, 203126*, 203127*, 203128*, 203129*, 203132*, 203137*, 203138*, 203139, 203140*, 203141*, 203143*, 203144, 203145*, 203146*, 203157*, 203160*, 203169*, 203170*, 203172*, 203173*, 203174*, 203175*, 203176*, 203177*, 203178, 203179*, 203190*, 203191*, 203192*, 203193*, 203196*, 203210*, 203211*, 203212*, 203213*, 203214*, 203215, 203221*, 203226*, 203229*, 203230*, 203234*, 203235*, 203241*, 203242*, 203244*, 203245*, 203246*, 203252*, 203253, 203254*, 203255*, 203260*, 203262*, 203268*, 203269*, 203271*, 203274*, 203275*, 203276*, 203278*, 203279*, 203280*, 203281*, 203291*, 203292*, 203293*, 203297*, 203299*, 203301*, 203302*, 203312, 203321, 203341*, 203342*, 203350*, 203351*, 203352*, 203362*, 203364*, 203365*, 203366*, 203367*, 203368*, 203369*, 203370*, 203371*, 203376*, 203377*, 203381*, 203384*, 203388*, 203389*, 203390*, 203404*, 203405, 203409*, 203410, 203416, 203419*, 203420, 203421, 203426*, 203427*, 203428*, 203435*, 203436*, 203442*, 203443*, 203444*, 203446*, 203447, 203448*, 203449*, 203452, 203453*, 203454*, 203455*, 203457*, 203458*, 203469*, 203470*, 203480*, 203483*, 203485*, 203488*, 203489*, 203493*, 203494*, 203495, 203496*, 203497*, 203498*, 203499*, 203500*, 203501*, 203511*, 203512*, 203513, 203514, 203515*, 203522*, 203523*, 203524*, 203525*, 203528*, 203542*, 203554*, 203555*, 203556*, 203558*, 203559*, 203560, 203561*, 203562*, 203566*, 203571*, 203573*, 203574*, 203575*, 203576*, 203577, 203578*, 203581*, 203582*, 203590, 203591*, 203592, 203593*, 203594*, 203595*, 203598*, 203599*, 203600*, 203601, 203604*, 203606*, 203607*, 203608*, 203609*, 203616*, 203620*, 203621, 203622, 203631*, 203632*, 203633*, 203637*, 203643*, 203644*, 203645*, 203647*, 203651*, 203652*, 203656*, 203658*, 203660*, 203661*, 203662*, 203664*, 203667*, 203670*, 203671*, 203673*, 203674*, 203675*, 203676*, 203677*, 203678*, 203679*, 203680*, 203692*, 203694*, 203699*, 203700*, 203712*, 203719*, 203720*, 203723, 203724*, 203726*, 203728*, 203729*, 203730*, 203731*, 203732, 203733*, 203734*, 203735*, 203742*, 203757*, 203758*, 203760*, 203765*, 203766*, 203767*, 203769*, 203771*, 203774*, 203777*, 203778*, 203779*, 203789*, 203790*, 203791*, 203797*, 203800*, 203803*, 203804*, 203805*, 203808*, 203809*, 203811*, 203813*, 203814*, 203820*, 203844*, 203846*, 203847*, 203848*, 203849*, 203851*, 203852*, 203854*, 203855*, 203856*, 203857*, 203858*, 203859*, 203860*, 203861, 203862*, 203863, 203864, 203865*, 203866, 203878*, 203893*, 203896*, 203899*, 203901*, 203904*, 203909*, 203910*, 203914*, 203915*, 203916*, 203920*, 203943*, 203944*, 203946*, 203947*, 203948*, 203954*, 203956*, 203959*, 203963*, 203972*, 203980*, 203981*, 203991*, 203992*, 203998*, 203999*, 204006*, 204019, 204020*, 204026*, 204028*, 204029*, 204030*, 204036*, 204038*, 204042*, 204044*, 204047*, 204050*, 204057*, 204058, 204059*, 204060*, 204062*, 204072*, 204074*, 204075, 204076, 204079*, 204080, 204081*, 204082*, 204084*, 204085*, 204087*, 204088*, 204089*, 204090*, 204091*, 204092, 204095*, 204099*, 204100*, 204103*, 204105*, 204115*, 204116, 204121*, 204122*, 204123*, 204137*, 204144, 204145*, 204148*, 204160*, 204161*, 204162*, 204163*, 204164*, 204165*, 204171*, 204175*, 204185*, 204198*, 204199*, 204200*, 204203, 204204*, 204208*, 204209*, 204238*, 204242*, 204243*, 204244, 204253*, 204257*, 204263*, 204265, 204266*, 204267*, 204268*, 204269*, 204272*, 204285*, 204286*, 204287*, 204288*, 204290*, 204291*, 204292*, 204293*, 204295*, 204303, 204304*, 204310*, 204311*, 204313*, 204315*, 204316*, 204324*, 204330*, 204331*, 204334*, 204335*, 204337*, 204341*, 204343*, 204346, 204351*, 204355*, 204358, 204359*, 204363*, 204377, 204382*, 204384*, 204385*, 204398*, 204400*, 204415*, 204416*, 204418*, 204428*, 204429*, 204430*, 204432, 204436, 204441*, 204444, 204449*, 204450*, 204452*, 204460*, 204462*, 204463*, 204464*, 204465*, 204468*, 204469*, 204470*, 204471*, 204473*, 204476*, 204477*, 204479*, 204482*, 204483*, 204484*, 204485*, 204487*, 204488*, 204490*, 204491*, 204495*, 204496*, 204497*, 204498*, 204500, 204501*, 204507*, 204508*, 204513*, 204521, 204523*, 204529*, 204534*, 204559*, 204572, 204574*, 204576*, 204589*, 204590*, 204591*, 204592*, 204593*, 204594*, 204595*, 204598*, 204599*, 204602, 204604*, 204605*, 204607*, 204608*, 204621*, 204622*, 204624*, 204632*, 204633*, 204635*, 204636*, 204642*, 204643*, 204644*, 204645*

204647*, 204648*, 204649*, 204653*, 204657*, 204658*, 204662*, 204663*, 204664*, 204665*, 204668*, 204669, 204670*, 204671, 204672, 204685*, 204687, 204698, 204699*, 204700*, 204702*, 204703*, 204704*, 204705*, 204706*, 204709*, 204711*, 204712, 204713*, 204714*, 204715*, 204716*, 204723, 204727*, 204733*, 204734, 204735*, 204736*, 204742*, 204746*, 204747*, 204748*, 204749*, 204756, 204758, 204759*, 204760*, 204764*, 204771*, 204773*, 204788, 204789*, 204791*, 204796*, 204797*, 204798, 204799*, 204800*, 204806*, 204807*, 204809*, 204810*, 204811*, 204814*, 204815*, 204816*, 204817*, 204818, 204823*, 204826, 204827*, 204833*, 204837, 204838*, 204839*, 204840*, 204841*, 204847*, 204848*, 204849*, 204859, 204861*, 204862*, 204865*, 204868*, 204874*, 204875*, 204876*, 204877*, 204881*, 204887*, 204894, 204895*, 204903*, 204905*, 204906*, 204907*, 204909*, 204910*, 204916*, 204917*, 204918*, 204919*, 204920*, 204922*, 204927*, 204928*, 204936*, 204937, 204938, 204939*, 204950*, 204956*, 204963*, 204969*, 204970*, 204971*, 204976, 204986*, 204987*, 204989*, 204990*, 204991*, 204993, 204996*, 205003*, 205005*, 205006*, 205007*, 205010*, 205011*, 205012*, 205013*, 205015, 205021, 205023, 205024*, 205025*, 205026*, 205031*, 205032*, 205039*, 205040*, 205042*, 205043*, 205045*, 205050*, 205051, 205054*, 205056*, 205057*, 205058*, 205059*, 205060*, 205061*, 205062*, 205063*, 205064*, 205065*, 205066, 205069*, 205072*, 205073*, 205075*, 205079*, 205081, 205082*, 205085*, 205086*, 205088, 205089*, 205090*, 205097*, 205099*, 205100, 205101*, 205102*, 205103*, 205104*, 205106*, 205109*, 205111*, 205112*, 205113, 205114*, 205115*, 205117*, 205119, 205120, 205121*, 205122*, 205127, 205135*, 205136*, 205137*, 205138*, 205142*, 205143*, 205156*, 205160*, 205166*, 205167, 205169*, 205170*, 205174*, 205175, 205177, 205180*, 205181*, 205182*, 205183*, 205187*, 205189*, 205190, 205192*, 205205*, 205217*, 205218, 205219*, 205221*, 205234*, 205235*, 205240*, 205241*, 205246*, 205248*, 205249*, 205250*, 205251*, 205252*, 205254*, 205255*, 205268*, 205269*, 205270*, 205271*, 205273*, 205274, 205276*, 205289*, 205290*, 205291*, 205293*, 205295*, 205297*, 205298*, 205299*, 205300*, 205306*, 205307*, 205309, 205318*, 205319*, 205320, 205326, 205327*, 205328*, 205329*, 205332*, 205338*, 205339*, 205340*, 205348*, 205349*, 205350*, 205351*, 205352*, 205353*, 205354*, 205355*, 205356*, 205357*, 205358*, 205360*, 205361*, 205362, 205366, 205367*, 205370, 205372*, 205373, 205390, 205391*, 205400*, 205433*, 205434*, 205435*, 205436*, 205437*, 205442, 205458*, 205459*, 205460*, 205461*, 205462*, 205472*, 205473*, 205483*, 205484*, 205485*, 205486, 205487*, 205488, 205512*, 205515, 205516*, 205517*, 205518, 205519*, 205520*, 205523, 205562*, 205563, 205564, 205565*, 205566*, 205595*, 205596*, 205612*, 205614*, 205615*, 205619, 205620*, 205621*, 205625*, 205633*, 205634*, 205635*, 205636, 205637*, 205638*, 205654*, 205655*, 205656*, 205657, 205658*, 205662*, 205663*, 205664*, 205665*, 205666*, 205667*, 205668*, 205669*, 205670, 205671*, 205672*, 205673*, 205674, 205679*, 205680*, 205681*, 205682*, 205726, 205757*, 205758, 205807, 205808*, 205822, 205823*, 205824*, 205825*, 205826*, 205827*, 205833*, 205834*, 205836*, 205837*, 205838*, 205995*, 206003*, 206101*, 206142*, 206417*, 206419*, 206420*, 206421*, 206575*, 206772*, 206773*, 206774*, 206775*, 206776*, 206800*, 206945*, 206946*, 206947*, 206948*, 206949*, 206981*, 206982*, 206983*, 206984*, 206999*, 207016*, 207040*, 207041*, 207086*, 207095*, 207096*, 207140*, 207203*, 207204*, 207205*, 207207*, 207208*, 207209*, 207210*, 207211*, 207212*, 207213*, 207214*, 207215*, 207216*, 207217*, 207218*, 207221*, 207222*, 207223*, 207224*, 207225, 207226*, 211617*, 211704*, 211741*, 211924*, 211925*, 211926*, 211927*, 211929*, 212002*, 212003*, 212004*, 212005*, 212006*, 212007*, 212008*, 212009*, 212010*, 212011*, 212177*, 212178*, 212180*, 212181*, 212389*, 212390*, 212391*, 212392*, 212393*, 212394*, 212395*, 212396*, 212397*, 212398*, 212399*, 212400*, 212403*, 212404*, 212405*, 212406*, 212407*, 212408*, 212409, 212410, 212411*, 212412, 212413, 212414*, 212415*, 212424*, 212425, 212426, 212427*, 212428*, 212429*, 212430*, 212431*, 212432*, 212433*, 212434*, 212435*, 212436*, 212437*, 212438*, 212439*, 212440*, 212441*, 212442*, 212443*, 212694*, 212695, 212696*, 212697*, 212698*, 212699*, 212700, 212701*, 212702*, 212703*, 212705*, 212706*, 212707*, 212872*, 212873*, 212874*, 212875*, 213102*, 213103*, 213106*, 213292*, 213362*, 213363*, 213430*, 213536*, 213537*, 213538*, 213539*, 213579*, 213581*, 213582*, 213583*, 213584*, 213585*, 213587*, 213588*, 213589*, 213590*, 213591*, 214021, 214068*, 214166*, 214167*, 214209*, 214233*, 214234*, 214235*, 214236*, 214237, 214238*, 214239*, 214240*, 214241*, 214242*, 214243*, 214244*, 214245*, 214246, 214247*, 214248*, 214249*, 214250*, 214251*, 214252*, 214253*, 214254*, 214255*, 214256*, 214257*, 214258*, 214259*, 214260*, 214261*, 214262*, 214263*, 214264*, 214265*, 214266, 214267*, 214268, 214269*, 214270*, 214271*, 214272*, 214273*, 214274, 214275, 214276*, 214277*, 214278*, 214279*, 214280*, 214281*, 214282*, 214283*, 214284*, 214285*, 214286*, 214287*, 214288*, 214289*, 214290*, 214291*, 214292*, 214293*, 214294*, 214295*, 214296*, 214297*, 214298, 214299*, 214300, 214301*, 214302, 214303, 214304*, 214305*, 214306*, 214307*, 214308*, 214309*, 214310*, 214311*, 214312*, 214313*, 214314*, 214315, 214316*, 214317, 214318*, 214319*, 214320*, 214321*, 214322*, 214323, 214325*, 214326*, 214327*, 214328, 214329*, 214330*, 214331*, 214332*, 214333*, 214334, 214335*, 214336*, 214337*, 214338, 214339*, 214340*, 214341*, 214342*, 214343*, 214344*, 214345*, 214346*, 214347*, 214348*, 214349*, 214350*, 214351*, 214352*, 214353*, 214354*, 214355*, 214356*, 214357*, 214358*, 214359*, 214360*, 214361*, 214362*, 214363*, 214364*, 214365*, 214366*, 214367*, 214368*, 214369*, 214370*, 214371*, 214372*, 214373*, 214374*, 214375*, 214376*, 214377*, 214378*, 214379*, 214380*, 214381*, 214382*, 214383*, 214384, 214385*, 214386*, 214387*, 214388*

	214389*, 214390*, 214391*, 214392*, 214393*, 214394*, 214395*, 214396*, 214397*, 214398*, 214399, 214400*, 214401*, 214402, 214403, 214404*, 214405*, 214406*, 214407*, 214408*, 214409*, 214410*, 214411*, 214412*, 214413*, 214414*, 214415*, 214416*, 214417*, 214418*, 214419*, 214420, 214421*, 214422*, 214423*, 214424*, 214425*, 214426*, 214427*, 214428*, 214429*, 214430*, 214431*, 214432*, 214433*, 214434*, 214435*, 214436*, 214437*, 214438*, 214439*, 214440*, 214441*, 214442*, 214443*, 214444*, 214445*, 214446*, 214447*, 214448*, 214449*, 214450*, 214451*, 214452*, 214453*, 214454*, 214455*, 214464*, 215101*, 215112*, 215113*, 215114*, 215115*, 215116*, 215204*, 215205*, 215206*, 215207, 215208*, 215209*, 215210*, 215223*, 216075*, 216076*, 216077*, 216078*, 216079*, 216084*, 216085*, 216086*, 216087, 216210, 216308*, 216354, 216776, 216777, 216778, 216779, 218033, 218034, 218035, 218036, 218037, 218038, 218039, 218040, 218041, 218042, 218043, 218044, 218045, 218046, 218047, 218048, 218049, 218050, 218051, 218052, 218053, 218054, 218055, 218056, 218057, 218058, 218059, 218060, 218061, 218062, 218063, 218064, 218065, 218066, 218067, 218068, 218069, 218070, 218071, 218072, 218073, 218074, 218075, 218076, 218077, 218078, 218079, 218080, 218081, 218082, 218083, 218084, 218085, 218086, 218087, 218088, 218089, 218090, 218091, 218092, 218093, 218094, 218095, 218096, 218097, 218098, 218099, 218100, 218101, 218102, 218103, 218104, 218105, 218106, 218107, 218108, 218109, 218110, 218111, 218112, 218113, 218114, 218115, 218116, 218117, 218118, 218119, 218120, 218121, 218122, 218123, 218124, 218125, 218126, 218127, 218128, 218129, 218130, 218131, 218132, 218133, 218134, 218135, 218136, 218137, 218138, 218139, 218140, 218141, 218142, 218143, 218144, 218145, 218146, 218147, 218148, 218149, 218150, 218151, 218152, 218153, 218154, 218155, 218156, 218157, 218158, 218159, 218160, 218161
PET	205806, 215075, 215076, 215077, 215078, 215079
PIJNKLINIEK	202460, 212074, 212075*, 212076, 212077, 212078*, 212079*, 212080*, 212081*, 212082*, 212083*, 212084*, 212085*, 212086*, 212087, 212088*, 212089*, 212090, 212092*, 212093*, 212094, 212095*, 212096*, 212098*, 212540*, 213586*
POLIKLINIEKEN	201694, 201848*, 202010*, 202011, 202037, 202039, 202117, 202148, 202172, 202241*, 202311*, 202323, 202326*, 202435*, 202436*, 202548*, 202584*, 202585*, 202632, 202637, 202640*, 202641, 202642, 202651, 202695*, 202704, 202744, 202760, 202852, 202874, 202875, 202925*, 202926, 202927*, 202928*, 202957*, 202958, 202971*, 202990*, 203007, 203066, 203123, 203124, 203125, 203197*, 203407, 203408, 203434*, 203518, 203550, 203822, 203825*, 203828*, 203877, 203905*, 203945*, 203994, 204232, 204261, 204262, 204297, 204338, 204466, 204606, 204696, 204707, 204722, 204724, 204765, 204774, 204891, 204892, 204893, 204952*, 206736, 206950, 207206, 207444, 207446, 207448, 212100*, 212416*, 212689, 212690, 212691, 212692, 212704, 212800*, 212968, 212969, 212970, 213021, 213431, 214465, 214466, 215211, 215212, 215222*, 215365*, 215925, 216074*
POLI_DERMATO	203222*
POLI_GYN	201936*, 202027*, 216206
POLI_NKO_ARTS**	201882, 201883*, 202009*, 202177*, 202310*, 202322*, 202383*, 202511*, 202638*, 202639, 202645*, 202764, 202770*, 202771*, 202918*, 202987*, 202989*, 203024*, 203171*, 203225*, 203306*, 203372*, 203373*, 203387*, 203417*, 203418*, 203654*, 203706*, 203737
POLI_NKO_PERS**	201849*, 202088*, 202089, 202091, 202093, 202154, 202417*, 203022*, 203107, 203183*, 203184*, 203203, 203223, 203385, 203386, 203659*, 212016, 212401*
POLI_OFTALMO_ARTS**	202577, 203303*, 203565*, 203612*, 203615*, 203698, 203807, 204010*, 204328*, 204329, 204390*, 204453*, 204562*, 204652*, 204785*, 204850*, 204851*, 204869*, 204872*, 207011, 215926*
POLI_OFTALMO_PERS**	202175*, 202571, 202772*, 202850*, 203034*, 203304, 203502*, 203543, 203614*, 203834*, 203836, 203883*, 203888*, 203891*, 204011, 204250*, 204280*, 204294, 204332, 204375*, 204478, 204616*, 204627*, 204721*, 204725, 204843*, 204870*, 204871, 204873*, 204949, 204957*, 212445*, 213134*
RXCON	202853, 202854, 203282, 203287, 203288, 203327, 203336, 203545, 203630, 203636, 203672, 203709, 203710, 203762, 203827, 203837, 203880, 203881, 203978, 204086, 204125, 204126, 204129, 204149, 204167, 204168, 204169, 204170, 204284, 204318, 204325, 204376, 204402, 204403, 204411, 204421, 204422, 204447, 204451, 204456, 204481, 204493, 204509, 204510, 204527, 204538, 204540, 204557, 204558, 204565, 204566, 204567, 204631, 204659, 204690, 204743, 204757, 204768, 204853, 204854, 204884, 204885, 204886, 204908, 204940, 204941, 204942, 204943, 204944, 204946, 204947, 204948, 205022

SPOEDGEVALLEN	201783*, 202008*, 202394*, 202406*, 202420*, 202421*, 202565, 202773, 202844*, 203238*, 203266*, 203284*, 203318*, 203319*, 203320*, 203359, 203360*, 203503*, 203546*, 203564, 203627, 203628*, 203635, 203702*, 203705*, 203743*, 203744*, 203801*, 203894*, 203895*, 203958*, 203965, 203966*, 203967, 203968*, 203969, 204046*, 204124, 204228*, 204236*, 204252, 204279*, 204281, 204282*, 204283*, 204296, 204299, 204305*, 204306*, 204344*, 204345*, 204397*, 204399, 204408*, 204410*, 204413*, 204414*, 204431*, 204480*, 204504*, 204505, 204547, 204548*, 204568*, 204569, 204570*, 204578, 204582*, 204694, 204695*, 204697, 204718*, 204801*, 204802*, 204803, 204804, 204830*, 204856, 204857*, 204888, 204889*, 204890*, 204896*, 204951, 205107*, 205108*, 205176*, 205236*, 205237*, 205365*, 212001
ANDERE	201939*, 202174, 202387, 202510, 202570, 202763, 202843, 202924, 202988, 203037, 203057, 203064, 203216, 203227*, 203270, 203401, 203492, 203563, 203603, 203665, 203690, 203727, 203903*, 204041, 204231, 204342, 204583, 204628, 204766, 204844, 204852, 205439, 205440, 207017, 212050, 212051, 212799, 216913, 216914, 203759, 213611, 202643

** zie H2: overige TFE

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

HOOFDSTUK 2: TECHNISCHE BIJLAGE

Inhoudstafel

1	Data	3
1.1	Aan te leveren gegevens: inhoud en vorm.....	3
1.2	Aan te leveren gegevens: technische achtergrond.....	3
1.3	Bronbestanden.....	5
1.3.1	Classificatie van kosten.....	5
1.3.2	FE_IN_TFE.....	5
1.3.3	Mapping nomenclatuur op TFE en T.AG	6
2	Datavalidatie startpositie: datavalidatierapporten i.f.v. data-aanlevering.....	6
2.1	Geaggregeerde datavalidatierapporten.....	6
2.2	Ziekenhuisspecifieke datavalidatierapporten i.f.v. data-aanlevering.....	6
3	Startpositie: correcties n.a.v. datavalidatie	7
3.1	Toevoeging kosten	8
3.2	Verschuiving kosten: van voorlopige naar definitieve kostenplaatsen.....	8
3.3	Verschuiving kosten: aanpassing van de personeelscategorie	8
3.4	Verschuiving kosten: aanpassing van de kostensoort.....	9
3.4.1	Personeel	9
3.4.2	Materiaal en medische apparatuur.....	9
3.5	Verschuiving kosten: aanpassing van de kostenplaats en/of OFE.....	10
3.6	Correcties facturatie.....	10
4	Datavalidatie bij start TFE	10
5	Projectwerk per ZH: methodologie per TFE.....	16
6	Validatie eenheidskost per prestatie per ziekenhuis.....	20
7	Bijlage	22

Lijst tabellen

Tabel 1: bronbestand dimensies kostensoort	22
--	----

Lijst figuren

Figuur 1: operationele functionele eenheid.....	5
Figuur 2: methodologisch proces	16
Figuur 3: cyclus per TFE	16

I Data

I.1 Aan te leveren gegevens: inhoud en vorm

Alle aangeleverde data hebben betrekking **op kalenderjaar 2019**. Elk deelnemend ziekenhuis levert volgende bestanden aan:

- **Boekhoudkundige gegevens:** Finhosta tabel 2 met recordtype B0201 (kosten, i.e. 6-rekeningen) zoals gerapporteerd aan FOD, per kostensoort, kostenplaats en suffix;
- **Boekhoudkundige gegevens PLUS:** Finhosta tabel 2 met recordtype B0201, aangevuld met de operationele functionele eenheden (OFE, code en omschrijving);
- **Personeelsgegevens:** Finhosta tabel 13 zoals gerapporteerd aan FOD, met een detail van het aantal voltijds equivalenten (FTE) en van de loonkosten per gegevenstype (loonkostcomponent), personeelscategorie, personeelstype, graadfunctie, geslacht en kostenplaats;
- **Personeelsgegevens PLUS:** Finhosta tabel 13, aangevuld met de operationele functionele eenheden (OFE, code en omschrijving);
- **Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG):** voor TFE operatiekwartier worden de operatietijden gebruikt. Hiervoor zijn de structuurgegevens (S) en de administratieve gegevens (A) over de bewegingen van de patiënt nodig;
- **Mappingstabellen** voor de conversie van verblijfsnummers en OFE eenheden om de facturatiegegevens te kunnen koppelen met aanwezigheden en MZG code units;
- **Facturatiegegevens** voor alle nomenclatuurcodes gefactureerd in het ziekenhuis, in RIZIV-INAMI formaat. Vereiste variabelen zijn: (een unieke en geanonimiseerde) patiëntenidentificatie, een aanwezigheidsID, prestatiedatum, operationele functionele eenheid en nomenclatuurcode. Ook de informatie m.b.t. assistentie (10%) en 50% aanrekening (2^e ingreep) is opgenomen in het facturatiebestand. De gefactureerde aantallen en € zijn exclusief ereloonsupplementen en incl. remgelden, inclusief de aantallen in het kader van laagvariabele zorg.

De tabellen m.b.t. personeelsgegevens (tabel 13 en tabel 13 PLUS) worden louter voor analyse doeleinden opgevraagd en worden niet gebruikt voor de berekening van de relatieve waardeschaal van de directe praktijkkosten van de medische prestaties. Tabel 13 (PLUS) geeft een detail van de personeelskosten opgenomen in tabel 2 (PLUS) en laat toe deze te analyseren en valideren. Merk op dat de loonkosten in tabel 13 enkel het personeel betreft dat op de eigen payroll staat (62-rekeningen in tabel 2), terwijl het aantal FTE in tabel 13 zowel het eigen payroll personeel (62-rekeningen) als het ter beschikking gesteld personeel (617-rekeningen) betreft.

De opgevraagde nomenclatuurcodes worden opgelijst in *Herijking NC-2.2 Leuven – methodologie (Punt 8, tabel 6 per TFE en tabel 7 per T.AG)*.

I.2 Aan te leveren gegevens: technische achtergrond

In totaal bezorgt elk deelnemend ziekenhuis 11 TXT-bestanden. Specifieker: 6 txt bestanden conform de rapportering aan FOD en 5 TXT-bestanden die nieuw aangemaakt moeten worden. De gevraagde naamgeving van de bestanden is als volgt:

- I. Txt-bestanden conform de rapportering aan FOD:
 - o XXX-SFBUD-4.7-EXPORTBUD-2019-12.TXT (Boekhoudkundige gegevens Finhosta Tabel 2)
 - o XXX-SFANN-4.7-EXPORTANN-2019-12.TXT (Personeelsgegevens Finhosta Tabel 13)

- XXX-Z-3.0-A-STAYHOSP-2019-1.TXT (MZG A2 semester 1)
 - XXX-Z-3.0-A-STAYHOSP-2019-2.TXT (MZG A2 semester 2)
 - XXX-Z-3.0-A-STAYUNIT-2019-1.TXT (MZG A5 semester 1)
 - XXX-Z-3.0-A-STAYUNIT-2019-2.TXT (MZG A5 semester 2)
 - XXX-Z-3.0-S-UNITINDEX-2019-1.TXT (MZG S4 semester 1)
 - XXX-Z-3.0-S-UNITINDEX-2019-2.TXT (MZG S4 semester 2)
2. Overige TXT-bestanden:
- XXX_Facturatiegegevens.TXT
 - XXX_Boekhoudkundige PLUS gegevens.TXT
 - XXX_Personeel PLUS gegevens.TXT
 - XXX_Conversietabel Functionele eenheid.TXT
 - XXX_Conversietabel VerblijfsNr.TXT

Elk ziekenhuis vervangt de suffix “XXX” in de verschillende bestanden door het eigen erkenningsnummer.

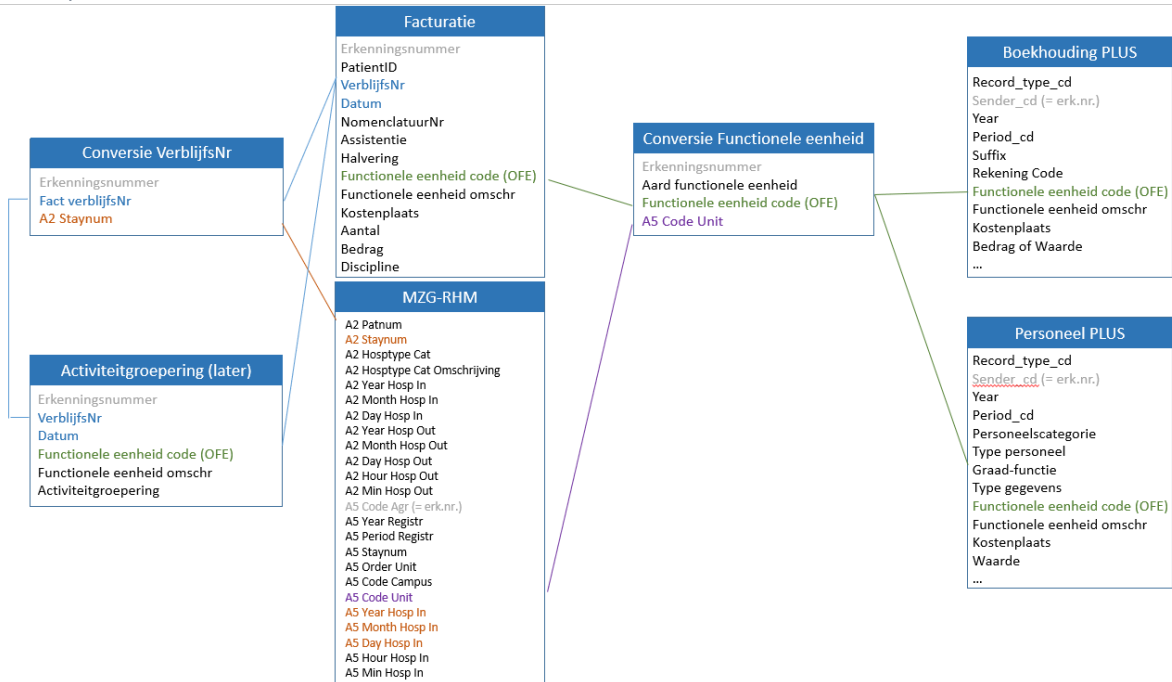
Het verschil tussen “XXX-SFBUD-4.7-EXPORTBUD-2019-12.TXT” (Boekhoudkundige gegevens Finhosta Tabel 2) en “XXX_Boekhoudkundige **PLUS** gegevens.TXT” (en tussen “XXX-SFANN-4.7-EXPORTANN-2019-12.TXT” (Personeelsgegevens Finhosta Tabel 13) en “personeel **PLUS** gegevens.TXT”) is de toevoeging van de operationele functionele eenheid (code en omschrijving) in de ‘PLUS’-bestanden. De operationele functionele eenheid is de locatie/eenheid/het activiteitencentrum waar de (zorg)activiteit plaatsvond.

De 6 “TXT-bestanden conform de rapportering aan FOD” betreffen bestanden zoals ze aan de overheid worden aangeleverd. Dit wil zeggen dat “XXX-SFBUD-4.7-EXPORTBUD-2019-12.TXT” de Finhosta Tabel 2 en “XXX-SFANN-4.7-EXPORTANN-2019-12.TXT” de Finhosta Tabel 13 is zoals deze worden aangeleverd aan de overheid. Er zijn met andere woorden geen aanpassingen / verschuivingen gebeurd in deze bestanden.

De 5 overige TXT-bestanden moeten de ziekenhuizen zelf aanmaken. De inhoud en structuur waarin deze aangeleverd moeten worden staat grondig beschreven in begeleidende excelbestanden. Het is de bedoeling dat het ziekenhuis de gevraagde gegevens rapporteert in de volgorde zoals die in de Excel-template wordt vermeld. Deze TXT-bestanden dienen op dezelfde manier aangemaakt te worden als de TXT-bestanden, conform de rapportering aan FOD. Dit wil zeggen dat alle bestanden ASCII-bestanden zijn en de verplichte extensie ‘.TXT’ hebben. Het einde van een veld wordt aangeduid door een scheidingsteken, nl. een #. De records (inclusief de laatste record!) moeten afgesloten worden met een LINE FEED (character: \n, Unicode: U+000A, ASCII: 10, hex: 0x0a). Indien in een veld slechts bepaalde waarden (die fungeren als code) toegelaten zijn, dan mag dit veld geen andere waarde bevatten.

Alle aangeleverde bestanden worden gelinkt op basis van de **operationele functionele eenheid** (zie onderstaand schema):

Figuur 1: operationele functionele eenheid



1.3 Bronbestanden

Onderstaande informatie wordt bijgehouden in een zogenaamd 'bronbestand'. Deze bestanden bevatten, voor verschillende informatiebronnen, een overzicht van de richtlijnen die gehanteerd worden.

1.3.1 Classificatie van kosten

Of kosten als direct, indirect of geëxcludeerd mogen worden beschouwd, wordt beslist op basis van een set regels gebaseerd op kostensoort en kostenplaats. Voor Finhosta tabel 2 wordt op basis van kostensoort en kostenplaats de mapping gemaakt. De exacte regels daarvoor zijn vervat in een centraal bewaakt bronbestand zodat ze voor elk ziekenhuis op dezelfde manier worden toegepast (zie 7 bijlage).

Veelal is de kostensoort zelf voldoende om de classificatie te maken maar voor bepaalde kostensoorten is de kostenplaats waarop ze geboekt zijn nodig om de uiteindelijke classificatie van de kost te bepalen.

Eenzelfde set regels om de kost te classificeren werd opgesteld voor Finhosta tabel 13. Ook deze regels worden centraal bewaakt in een bronbestand zodat voor elk ziekenhuis de kosten op eenzelfde manier worden geclassificeerd (zie 7 bijlage).

Om kosten te kunnen aggregeren werd de notie kostensoortgroep ingevoerd. Elke kost wordt toegewezen, op basis van de kostensoort aan een van de groepen: personeel (P), materiaal (M), apparatuur (A) of overige. Ook deze toewijzing is terug te vinden in een centraal bronbestand (zie 7 bijlage).

1.3.2 FE_IN_TFE

Prestaties van een bepaalde TFE worden vaak niet op slechts één OFE uitgevoerd. Per ziekenhuis en per TFE wordt bekeken welke OFE's het merendeel van de prestaties van de te onderzoeken TFE uitvoeren. Zo wordt er voor elk ziekenhuis, per TFE, een selectie gemaakt van "te onderzoeken OFE's". De selectie van OFE's gebeurt in samenspraak met de deelnemende ziekenhuizen. In het

FE_IN_TFE bestand wordt, per ziekenhuis, bijgehouden welke OFE's ze voor de verschillende TFE's moeten onderzoeken.

1.3.3 Mapping nomenclatuur op TFE en T.AG

Een groepering van de prestatie nummers wordt eveneens bewaakt in een centraal bronbestand. Hierin wordt elke prestatie toegewezen aan één TFE en één theoretische activiteitgroep (T.AG). Daarnaast wordt in diezelfde centrale repository bijgehouden tot welke GAC (*group d'activité clinique*) de prestatie behoort. Een GAC is een groepering die het ULB-team gebruikt en die gebruikt wordt bij een vergelijking van de resultaten van beide onderzoeksgroepen.

2 Datavalidatie startpositie: datavalidatierapporten i.f.v. data-aanlevering

Na het aanleveren van de brondata genereert het Leuvens onderzoeksteam onderstaande datavalidatierapporten en bespreekt deze met het deelnemend ziekenhuis (zie onder – datavalidatierapporten).

Datavalidatierapporten laten toe de kwaliteit, nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van gegevens te controleren. Deze datavalidatierapporten helpen bij het opsporen van fouten, inconsistenties en ontbrekende waarden in de aangeleverde gegevens van de ziekenhuizen. Daarnaast dragen deze rapporten bij aan de naleving van regelgeving en standaarden om zo problemen te voorkomen bij data-analyse en -verwerking en een uniforme verwerking van de gegevens mogelijk te maken. Aan de ziekenhuizen wordt gevraagd deze bestanden grondig door te nemen en aanpassingen te maken indien nodig.

Er worden zowel geaggregeerde (overheen alle deelnemende ziekenhuizen) als ziekenhuisspecifieke (bv. XXX_dataValidatieBoekh, XXX_dataValidatieFact, XXX_dataValidatieKost, XXX_dataValidatieKostVsOpbrengst, XXX_dataValidatiePers) datavalidatierapporten aangemaakt. De bestanden werden zowel in HTML- als Excel-formaat aangeleverd aan de ziekenhuizen. Voor elk ziekenhuis wordt de suffix "XXX" in de verschillende bestanden vervangen door het erkenningsnummer van het ziekenhuis.

2.1 Geaggregeerde datavalidatierapporten

Het geaggregeerde datavalidatierapport (dataValidatiePool.html) bevat per geanonimiseerd ziekenhuis:

1. het aandeel directe/indirecte/geëxcludeerde kosten in de totale ziekenhuiskost per (anonieme) ziekenhuiscode
2. het aandeel kosten per kostensoortgroep (P/M/A) in de totale ziekenhuiskost
3. een detail van directe/indirecte/geëxcludeerde kosten per kostensoortgroep en MARZ3 of personeelscategorie
4. een detail van directe/indirecte/geëxcludeerde kosten per kostensoortgroep per kostensoort
5. een overzicht van het percentage VTE per graadfunctie
6. een overzicht van het percentage personeelskost per graadfunctie
7. een overzicht van de gemiddelde loonkost per graadfunctie

2.2 Ziekenhuisspecifieke datavalidatierapporten i.f.v. data-aanlevering

De ziekenhuisspecifieke datavalidatierapporten betreffen:

- **XXX_dataValidatieBoekh:** validatie van de boekhoudkundige gegevens (Finhosta tabel 2(PLUS)). Kosten (ook per kostensoortgroep (personeel/materiaal/apparatuur) worden per kostenplaats geaggregeerd. De originele tabel 2 wordt vergeleken met de tabel 2 PLUS die de kostentoe wijzing aan OFE's bevat. Beide tabellen zouden uiteindelijk dezelfde kost moeten rapporteren.
- **XXX_dataValidatieFact:** validatie van de facturatiegegevens. Per artikel wordt gerapporteerd welke aantallen en bedragen het ziekenhuis factureerde. (ziekenhuis)pseudonomenclatuur en foutieve nomenclatuurcodes in de facturatie worden gerapporteerd. Er wordt een overzicht gemaakt van de gefactureerde aantallen en bedragen per type normverstrekking. De normverstrekking geeft onder andere meer informatie over de aanwezigheid van operatieve hulp tijdens een heelkundige ingreep of de aanwezigheid van een (chirurgische) interventie uitgevoerd tijdens eenzelfde zitting in velden, duidelijk te onderscheiden van deze waarin de voornaamste ingreep is uitgevoerd. Per kostenplaats en OFE wordt geaggregeerd hoeveel prestaties en voor welk bedrag er werd gefactureerd. Verder worden ook de OFE's opgelijst waar geen TMCP werd geregistreerd.
- **XXX_dataValidatieKost:** validatie van de personeelsgegevens (Finhosta tabel 13(PLUS)). Op basis van de gegevens in tabel 13 en tabel 2 wordt een gemiddelde loonkost berekend voor verschillende combinaties van personeelscategorieën en -types, ook opgesplitst naar graadfunctie. Het laat het ziekenhuis toe de personeelskostgegevens te evalueren.
- **XXX_dataValidatieKostVsOpbrengst:** validatie van de boekhoudkundige gegevens versus de facturatiegegevens. Dit validatierapport geeft meer informatie over de operationele functionele eenheden (OFE's) waarbij directe kosten worden geboekt, maar waarvoor geen theoretische functionele eenheid (TFE) bestaat. Indien er geen theoretische functionele eenheid (TFE) wordt toegekend aan een operationele functionele eenheid (OFE) betekent dit dat er geen TMCP worden uitgevoerd op deze operationele functionele eenheid. Een OFE waar veel prestatiefacturaties op gebeuren maar weinig kosten op geboekt zijn is in onevenwicht en moet -zeker als het een te onderzoeken OFE is in het kader van dit onderzoek- nader worden bekeken. Desgevallend worden kosten verschoven of honoraria-opbrengsten aan de OFE's toegewezen waar ook de kosten zich situeren (zie 3 *Startpositie: correcties n.a.v. datavalidatie*).
- **XXX_dataValidatiePers:** validatie van de personeelskost (Finhosta tabel 2 versus tabel 13). Dit rapport vergelijkt de personeelskosten uit tabel 2 met die van tabel 13. Verder rapporteert het ook de vergelijking tussen tabel 13 en tabel 13 PLUS – het enige verschil tussen beide zou een indeling op OFE-basis mogen zijn (in tabel 13 PLUS). Als blijkt dat er grote kostenverschillen zijn tussen tabel 13 en tabel 13 PLUS, moet het ziekenhuis deze corrigeren.

3 Startpositie: correcties n.a.v. datavalidatie

Om een zo accuraat mogelijke eenheidskost per prestatie te berekenen is een goede match tussen kost en opbrengst noodzakelijk. Daarnaast moeten ziekenhuizen dezelfde soorten personeelskosten, kosten van materiaal en medische apparatuur includeren.

Ziekenhuizen verschillen echter in hun boekingswijze. Om een uniforme startpositie te bekomen, dienen correcties uitgevoerd te worden. Verschillen in boekingswijzen bij de deelnemende ziekenhuizen worden weggewerkt door kosten te verschuiven van kostensoort, kostenplaats of operationele functionele eenheid. In een uitzonderlijk geval wordt een correctie doorgevoerd in de facturatiegegevens.

De ziekenhuizen leveren deze kostenverschuivingen aan in afzonderlijke correctielijnenbestanden: één correctiebestand voor de Boekhoudkundige gegevens PLUS en één voor Personeelsgegevens PLUS. Correcties m.b.t. personeelskosten dienden in beide correctiebestanden te gebeuren. Uitzonderlijk werden eventuele kostentoevoegingen aangeleverd in een afzonderlijk bestand. Correcties in het facturatiebestand gebeuren door een nieuwe aanlevering van het bronbestand.

3.1 Toevoeging kosten

Indien nodig en mits motivatie worden extra kosten meegenomen die niet in de aangeleverde Finhosta bestanden Boekhoudkundige gegevens PLUS terug te vinden zijn, maar die het ziekenhuis nodig acht om een realistisch kostentotaal te bekomen. Bij één van de deelnemende ziekenhuizen zijn de personeelskosten van audiologen voor de dienst neus-, keel- en oorziekten niet vervat in de boekhouding van het ziekenhuis, maar in de boekhouding van de (zelfstandige) artsen. Deze kosten (0,25 mio EUR) worden toegevoegd om ze te includeren in de relatieve waardeschaal van de directe praktijkkosten van de medische prestaties.

3.2 Verschuiving kosten: van voorlopige naar definitieve kostenplaatsen

Enkel directe praktijkkosten geboekt op definitieve kostenplaatsen wordt meegenomen in de berekening van de praktijkkost per prestaties. Zorgpersoneel, farmaceutische of medische producten of medische apparatuur die op een voorlopige kostenplaats zijn geboekt zijn, worden als indirecte kost beschouwd en dus niet meegenomen bij de analyse van de directe praktijkkost.

De mobiele equipe van verpleegkundigen die in veel ziekenhuizen bestaat, wordt veelal geboekt op een voorlopige kostenplaats (090 of 091). Hierdoor zou de kost van deze verpleegkundigen als indirect worden beschouwd, terwijl het aangewezen is om deze kost mee te nemen in de relatieve waardeschaal van de directe praktijkkosten van de medische prestaties.

De ziekenhuizen verschuiven de kosten van het zorgpersoneel (personeelscategorie 3, 4 en 5, dus exclusief artsen), materiaal (farmaceutische, medische producten en disposables, uitgezonderd geneesmiddelen, implantaten en synthesemateriaal (en zo mogelijk de materialen die onder bepaalde omstandigheden worden gefinancierd door een materiaalhonorarium)) en medische apparatuur (afschrijvingen, huur en onderhoud) geboekt op voorlopige kostenplaatsen waar nodig naar definitieve kostenplaatsen (en de betreffende operationele functionele eenheden), zodat ze in de verdere analyse gelden als directe praktijkkosten van de medische prestaties.

Dit resulteert in volgende kostenverschuivingen van voorlopige naar definitieve kostenplaatsen:

- Verschuiving personeelskosten zorgpersoneel: 26,5 mio EUR, waarvan 26,3 mio EUR (372 FTE) mobiele equipe;
- Verschuiving materiaalkosten: 38,3 mio EUR;
- Verschuiving kosten medische apparatuur: 2,3 mio EUR.

3.3 Verschuiving kosten: aanpassing van de personeelscategorie

Volgens de classificatie worden de personeelskosten van vak- en dienstpersoneel (personeelscategorie 1) en administratief personeel (personeelscategorie 2) als indirecte kosten beschouwd, ongeacht de kostenplaats en operationele functionele eenheid waarop ze geboekt zijn. Bij de datavalidatie van de startpositie controleren de deelnemende ziekenhuizen of deze personeelscategorieën graadfuncties bevatten waarvan het toch aangewezen is om deze mee te nemen in de relatieve waardeschaal van de directe praktijkkosten van de medische prestaties.

Om die personeelskosten te includeren verschuiven de ziekenhuizen (de kostensoorten van) de personeelskosten van personeelscategorie I (vak- en dienstpersoneel) naar categorie 3 (verplegend en verzorgend personeel):

- Verschuiving vak- en dienstpersoneel centrale sterilisatie: 8,2 mio EUR (162,5 FTE);
- Verschuiving logistiek personeel operatiekwartier: 1,0 mio EUR (20,7 FTE).

3.4 Verschuiving kosten: aanpassing van de kostensoort

3.4.1 Personeel

Naast de kostensoortverschuivingen i.k.v. de aanpassing van de personeelscategorie wordt voor één van de deelnemende ziekenhuizen de (foutief geboekte) kost m.b.t. ouderdoms- en overlevingspensioenen overgeboekt van de 620- en 623-rekeningen naar de 624-rekeningen (ad. 0,1 mio EUR). De ouderdoms- en overlevingspensioenen betreffen immers geen personeelsinzet rechtstreeks nodig om de medische prestaties uit te voeren en moeten dus niet als directe kost worden beschouwd.

3.4.2 Materiaal en medische apparatuur

Bij de afbakening van de directe praktijkkosten worden farmaceutische specialiteiten, implantaten en synthesemateriaal (en zo mogelijk de materialen die onder bepaalde omstandigheden worden gefinancierd door een materiaalhonorarium) uit de materiaalkosten geëxcludeerd omdat ze een eigen financiering kennen. Overleg tussen de ziekenhuizen wijst uit dat deze te excluseren kosten afgebakend kunnen worden a.d.h.v. volgende kostensoorten:

- 60000-rekeningen: farmaceutische specialiteiten;
- 60001-rekeningen: radio-isotope farmaceutische specialiteiten;
- 6007-rekeningen: synthesemateriaal en farmaceutische handel in zwachtels en breukbanden;
- 6016-rekeningen: radio-actief materiaal en isotopen;
- en de overeenkomstige 609-rekeningen voorraadwijzigingen.

Deze afbakening is echter niet helemaal sluitend omdat (i) er geen eenduidige link is tussen de kostensoorten en de financiering en (ii) de kostensoorten niet altijd uniform worden gebruikt in alle ziekenhuizen.

Na afstemming tussen de deelnemende ziekenhuizen, worden onder andere volgende kostensoortverschuivingen uitgevoerd:

- 10,98 mio EUR initieel geboekt als directe praktijkkost op de rekening 60032 'Injectie-, infuus-, transfusie-, drainagemateriaal' wordt verschoven naar de geëxcludeerde kosten, terwijl 0,11 mio EUR materiaalkosten worden verschoven van de geëxcludeerde naar de directe kosten;
- 0,13 mio EUR wordt verschoven van de directe naar de indirecte kosten, omgekeerd wordt 0,07 mio EUR verschoven van indirecte naar directe kosten;
- 0,11 mio EUR wordt verschoven van materiaalkost naar kost van medische apparatuur.

Deze opsomming van kostensoortverschuivingen is echter niet exhaustief. Ziekenhuizen kunnen zelf rechtstreeks correcties doorgevoerd hebben in de boekhouding zonder dit expliciet als kostverschuiving door te geven, waardoor dergelijke verschuivingen onopgemerkt blijven voor het onderzoeksteam maar wel vervat zitten in de boekhouding van de ziekenhuizen, i.f.v. correctere vergelijkbaarheid tussen ziekenhuizen.

3.5 Verschuiving kosten: aanpassing van de kostenplaats en/of OFE

Voor de specifiek in de analyse geselecteerde OFE wordt aan de ziekenhuizen gevraagd om de directe praktijkkosten (na bovenstaande kostenverschuivingen) na te kijken en toe te wijzen aan activiteitgroepen. Daarbij moet telkens worden nagegaan dat:

- De directe praktijkkosten en opbrengsten matchen op OFE-niveau, i.e. dat er geen mismatch bestaat tussen de OFE waar de opbrengsten landen en de OFE waar de kosten geboekt zijn.
- De directe praktijkkosten van de betrokken OFE een zo volledig en getrouw mogelijk beeld geven van de middelen die rechtstreeks nodig zijn om de medische prestaties van die OFE uit te voeren. Bijvoorbeeld, ter validatie van de afschrijvingslasten van medische apparatuur kunnen deze worden vergeleken met een toestellenlijst van de betrokken OFE. De personeelslasten van de OFE kunnen a.d.h.v. tabel 13 PLUS (na bovenstaande kostenverschuivingen) worden (bijvoorbeeld a.d.h.v. het aantal FTE per graadfunctie) gevalideerd.

Dit resulteert alsnog in bijkomende kostenverschuivingen:

- 25,2 mio EUR directe praktijkkosten worden verschoven van kostenplaats en OFE;
- 25,7 mio EUR directe praktijkkosten worden verschoven van OFE - met behoud van de kostenplaats.

3.6 Correcties facturatie

De aangeleverde facturatiebestanden bevatten alle gefactureerde prestaties van het jaar 2019. Daartussen bevinden zich ook fouten en correctielijnen. Lijnen met gefactureerd aantal groter dan nul maar negatief gefactureerd bedrag worden geëlimineerd en lijnen met een gefactureerd aantal kleiner of gelijk aan nul met positief gefactureerd bedrag, worden verwijderd. Daarna worden gelijke facturatielijnen (zelfde patiënt, datum, OFE, normverstrekking etc.) geaggregeerd, bedragen en aantallen gesommeerd. Enkel geaggregeerde lijnen met gefactureerd aantal groter dan nul en bedrag groter dan of gelijk aan nul worden weerhouden. Enkel over die prestaties worden kosten verdeeld.

Indien ziekenhuizen bij het bestuderen van een OFE vaststellen dat het aantal gefactureerde prestaties niet overeenkomt met de werkelijkheid, is er een correctie gebeurd op de aantallen. Dit is zeer uitzonderlijk en kan enkel na een grondige argumentatie.

4 Datavalidatie bij start TFE

Voor de start van een TFE wordt er nog een bijkomende validatie gedaan specifiek op de geselecteerde OFE's per ziekenhuis. In theorie zouden alle kosten en opbrengsten reeds goed moeten staan na de validatie en correcties met betrekking tot de startpositie, maar de praktijk leert dat er bij de start van een TFE vaak nog TFE-specifieke aandachtspunten aan bod komen.

Het rapport "XXX_TFE_Kerngetallen" wordt gebruikt om validatie op TFE-niveau te faciliteren. Het bestand vat een TFE in verschillende kosten- en opbrengstenparameters samen per ziekenhuis – totaal (van de relevant geselecteerde OFE's per TFE gesommeerd) en per OFE (binnen de geselecteerde TFE) afzonderlijk. Daarnaast bevat het bestand ook een geanoniseerd overzicht van de ratio's van het totaal van de relevant geselecteerde OFE's per deelnemend ziekenhuis (inclusief de *pool*).

De kerngetallen worden vanuit het onderzoeksteam per TFE gedeeld met de ziekenhuizen van zodra de geselecteerde OFE's binnen de TFE gekend zijn voor het ziekenhuis. Het bestand helpt de ziekenhuizen bij het finaliseren van de startpositie: het onderzoeksteam analyseert per ziekenhuis welke kosten- en opbrengstenparameters sterk afwijkend zijn t.o.v. andere ziekenhuizen (of de *pool*) waarna

eventueel het ziekenhuis correcties (indien nodig) kan doorvoeren. Eenmaal de startpositie voor alle ziekenhuizen gekend is, zijn de finale kerngetallen gekend.

Het bestand bevat de volgende tabbladen:

- **Tabblad Legende:** dit tabblad bevat een legende van de kerngetallen parameters weergegeven in het rapport.
- **Tabblad Pool:** dit tabblad toont de kerngetallen ratio's (totaal) van alle geselecteerde OFE's van de relevante TFE per ziekenhuis (geanonimiseerd) en voor de volledige *pool*. Het eigen ziekenhuis wordt steeds gemarkeerd in blauw, zodat ziekenhuizen de eigen parameters gemakkelijk kan vergelijken met die van de andere ziekenhuizen. Per ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van een persoonlijke anonieme code die in alle anonieme rapporten wordt gebruikt waarin ziekenhuizen worden vergeleken.
- **Tabblad XXX_Totaal:** dit tabblad toont de kerngetallen (het totaal) van alle geselecteerde OFE's van de relevante TFE voor het desbetreffende ziekenhuis.
- **Tabblad XXX_OFE:** dit tabblad bevat de kerngetallen voor het desbetreffende ziekenhuis per geselecteerde OFE van de relevante TFE.

De verschillende kosten- en opbrengstenparameters die worden meegegeven in het rapport, zijn weergegeven in volgende tabel:

Parameter	Omschrijving
Aantal_Verantwoorde_Bedden	Het aantal verantwoorde bedden dat is gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen in 2019 (ziekenhuisbreed)
Facturatie_Totaal	Totaal € facturatie (ziekenhuisbreed)
Facturatie_TFE_Totaal	Totaal € facturatie van de relevante TFE (ziekenhuisbreed)
Facturatie_TFE_ambu	€ facturatie ambulante prestaties van de relevante TFE (ziekenhuisbreed)
Facturatie_TFE_hospi	€ facturatie klinische prestaties van de relevante TFE (ziekenhuisbreed)
Facturatie_TFE_ambu_percentage	Percentage facturatie ambulante prestaties van de relevante TFE
Facturatie_TFE_hospi_percentage	Percentage facturatie klinische prestaties van de relevante TFE
Facturatie_TFE_artxx	€ facturatie artikel xx prestaties van de relevante TFE (ziekenhuisbreed)
Facturatie_TFE_artxx_percentage	Percentage facturatie artikel xx prestaties van de relevante TFE tegenover de totale facturatie van de relevante TFE (ziekenhuisbreed)
Facturatie_OFE_Totaal	Totale € facturatie van alle prestaties uitgevoerd in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Facturatie_TMCP_OFE_Totaal	Totale € facturatie van alle TMCP uitgevoerd in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Ratio_TMCP_OFE	Facturatie_TMCP_OFE_Totaal/Facturatie_OFE_Totaal
Facturatie_TFE_OFE_Totaal	€ facturatie van prestaties uit de relevante TFE uitgevoerd in de geselecteerde OFE's
Facturatie_TFE_OFE_ambu	€ facturatie van ambulante prestaties uit de relevante TFE uitgevoerd in de geselecteerde OFE's
Facturatie_TFE_OFE_hospi	€ facturatie van klinische prestaties uit de relevante TFE uitgevoerd in de geselecteerde OFE's
Facturatie_TFE_OFE_ambu_percentage	Percentage facturatie ambulante prestaties uit de relevante TFE uitgevoerd in de geselecteerde OFE's
Facturatie_TFE_OFE_hospi_percentage	Percentage facturatie klinische prestaties uit de relevante TFE uitgevoerd in de geselecteerde OFE's
Facturatie_TFE_OFE_artxx	€ facturatie van prestaties uit artikel xx uit de relevante TFE uitgevoerd in de geselecteerde OFE's
Facturatie_TFE_OFE_artxx_percentage	Percentage facturatie prestaties uit artikel xx uit de relevante TFE uitgevoerd in de geselecteerde OFE's tegenover de totale facturatie OFE's van de relevante TFE (ziekenhuisbreed)
Ratio_1	Facturatie_TFE_OFE_Totaal/Facturatie_TFE_Totaal
Ratio_2	Facturatie_TFE_OFE_Totaal/Facturatie_OFE_Totaal
Aantal_OFE	Aantal geselecteerde OFE's binnen de relevante TFE
Aantal_TFE_prestaties	Totaal aantal prestaties uit de relevante TFE uitgevoerd in de geselecteerde OFE's
Eenheidsopbrengst	Facturatie_TFE_OFE_Totaal/Aantal_prestaties
Directe_Kosten	€ directe kosten in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE

Direct_Personeel	€ directe personeelskosten in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Percentage_DO_personeel	Percentage direct ondersteunend zorgpersoneel ten opzichte van het totaal direct personeel
Percentage_DZ_personeel	Percentage direct zorgpersoneel ten opzichte van het totaal direct personeel
Direct_Materiaal	€ directe materiaalkosten in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Direct_Apparatuur	€ directe apparaaturokosten in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Ratio_Personeel_Direct	Direct_Personeel/Directe_Kosten
Ratio_Materiaal_Direct	Direct_Materiaal/Directe_Kosten
Ratio_Apparatuur_Direct	Direct_Apparatuur/Directe_Kosten
Directe_Kosten_60_61	Directe kosten op 60 en 61 rekeningen in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Directe_Kosten_617	Directe kosten op 617 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Directe_Kosten_62	Directe kosten op 62 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Directe_Kosten_63	Directe kosten op 63 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Ratio_60_61_in_Directe_Kosten	Directe_Kosten_60_61/Directe_kosten
Ratio_62_617_in_Directe_Kosten	Directe_Kosten_62_617/Directe_kosten
Ratio_60_61_62_in_Directe_Kosten	Directe_Kosten_60_61_617_62/Directe_kosten
Totaal_Kosten	Totale kosten in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Totaal_Kosten_60_61	Totale kosten op 60 en 61 rekeningen in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Totaal_Kosten_617	Totale kosten op 617 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Totaal_Kosten_619	Totale kosten op 619 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Totaal_Kosten_62	Totale kosten op 62 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Totaal_Kosten_63	Totale kosten op 63 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Totaal_Kosten_64_65_66	Totale kosten op 64, 65 en 66 rekeningen in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Ratio_60_61_in_Totaal_Kosten	Totale_Kosten_60_61/Totale_kosten
Ratio_62_617_619_in_Totaal_Kosten	Totale_Kosten_62_617_619/Totale_kosten
Ratio_60_61_62_in_Totaal_Kosten	Totale_Kosten_60_61_617_619_62/Totale_kosten
Indirecte_Kosten	Indirecte kosten in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Indirecte_Kosten_60_61	Indirecte kosten op 60 en 61 rekeningen in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Indirecte_Kosten_617	Indirecte kosten op 617 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Indirecte_Kosten_62	Indirecte kosten op 62 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Indirecte_Kosten_63	Indirecte kosten op 63 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Indirecte_Kosten_64_65_66	Indirecte kosten op 64, 65 en 66 rekeningen in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE

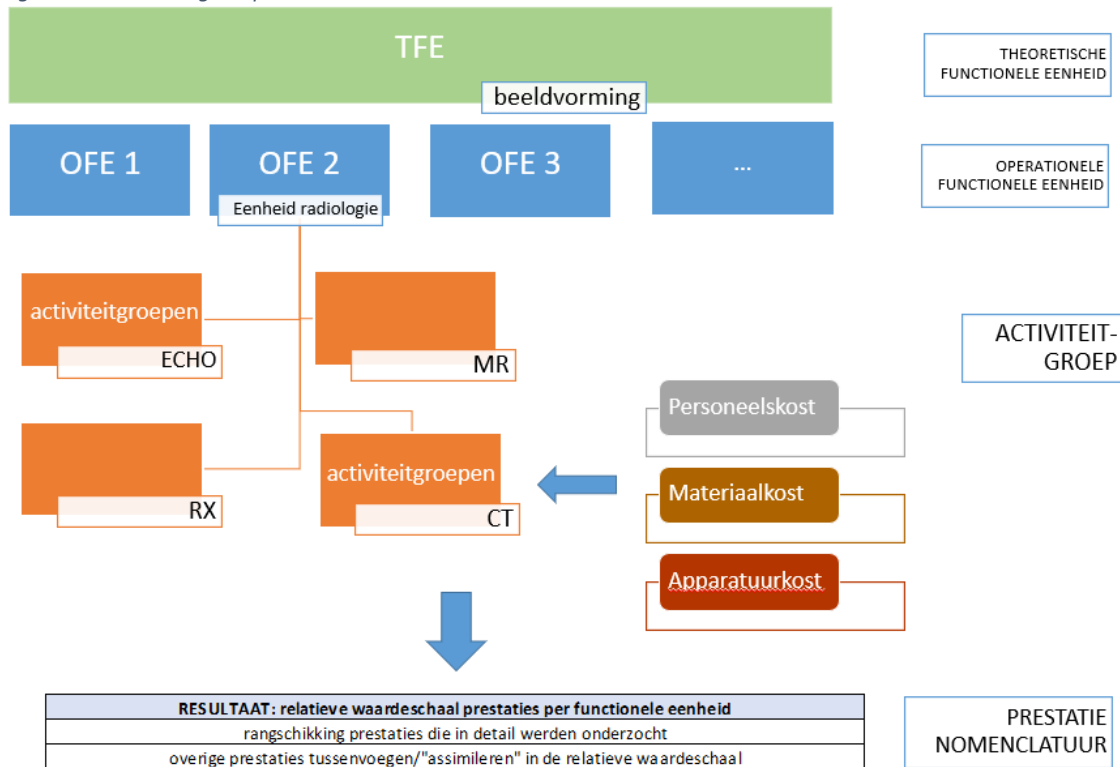
Exclusie_Kosten	Exclusie kosten in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Exclusie_Kosten_60_61	Exclusie kosten op 60 en 61 rekeningen in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Exclusie_Kosten_617	Exclusie kosten op 617 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Exclusie_Kosten_619	Exclusie kosten op 619 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Exclusie_Kosten_62	Exclusie kosten op 62 rekening in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Exclusie_Kosten_64_65_66	Exclusie kosten op 64, 65 en 66 rekeningen in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Ratio_Direct_Totaal_Kosten	Directe_kosten/Totale_kosten
Ratio_Indirect_Direct_Kosten	Indirecte_kosten/Directe_kosten
Ratio_Fact_Directe_Kosten	Facturatie_OFE_Totaal/Directe_kosten
Ratio_Fact_60_61_62_Directe_Kosten	Facturatie_OFE_Totaal/Directe_kosten_60_61_62
Personeelskosten_Direct_Verpleging	Directe verpleging personeelskosten in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Ratio_Verpleging_Directe_Kosten	Personeelskosten_Direct_Verpleging/Directe_Kosten
Ratio_Fact_Verpleging_Directe_Kosten	Facturatie_OFE_Totaal/Personeelskosten_Direct_Verpleging
Ratio_Verpleging_Directe_Kosten_Aantalprestaties	Personeelskosten_Direct_Verpleging/Aantal_prestaties
Personeelskosten_Totaal_0	Totaal personeelskosten waarbij personeelscategorie = medisch in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Personeelskosten_Totaal_1	Totaal personeelskosten waarbij personeelscategorie = loontrekkend in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Personeelskosten_Totaal_2	Totaal personeelskosten waarbij personeelscategorie = administratief in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Personeelskosten_Direct_3	Directe personeelskosten waarbij personeelscategorie = verplegend in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Personeelskosten_Totaal_3	Totaal personeelskosten waarbij personeelscategorie = verplegend in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Ratio_Personeelskosten_Direct_Totaal_3	Personeelskosten_Direct_3/Personeelskosten_Totaal_3
Personeelskosten_Direct_4	Directe personeelskosten waarbij personeelscategorie = paramedisch in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Personeelskosten_Totaal_4	Totaal personeelskosten waarbij personeelscategorie = paramedisch in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Ratio_Personeelskosten_Direct_Totaal_4	Personeelskosten_Direct_4/Personeelskosten_Totaal_4
Personeelskosten_Direct_5	Directe personeelskosten waarbij personeelscategorie = ander in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE

Personeelskosten_Totaal_5	Totaal personeelskosten waarbij personeelscategorie = ander in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
Ratio_Personeelskosten_Direct_Totaal_5	$\text{Personeelskosten_Direct_5} / \text{Personeelskosten_Totaal_5}$
VTE_Totaal_DZ	Totaal aantal VTE direct zorgpersoneel in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
VTE_Totaal_DO	Totaal aantal VTE direct ondersteuning zorgpersoneel in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
VTE_Totaal_0	Totaal aantal VTE, personeelscategorie = medisch in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
VTE_Totaal_1	Totaal aantal VTE, personeelscategorie = loontrekkend in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
VTE_Totaal_2	Totaal aantal VTE, personeelscategorie = administratief in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
VTE_Direct_3	Direct aantal VTE, personeelscategorie = verplegend in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
VTE_Totaal_3	Totaal aantal VTE, personeelscategorie = verplegend in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
VTE_Ratio_Direct_Totaal_3	$\text{VTE_Direct_3} / \text{VTE_Totaal_3}$
VTE_Direct_4	Direct aantal VTE, personeelscategorie = paramedisch in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
VTE_Totaal_4	Totaal aantal VTE, personeelscategorie = paramedisch in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
VTE_Ratio_Direct_Totaal_4	$\text{VTE_Direct_4} / \text{VTE_Totaal_4}$
VTE_Direct_5	Direct aantal VTE, personeelscategorie = ander in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
VTE_Totaal_5	Totaal aantal VTE, personeelscategorie = ander in de geselecteerde OFE's van de relevante TFE
VTE_Ratio_Direct_Totaal_5	$\text{VTE_Direct_5} / \text{VTE_Totaal_5}$

5 Projectwerk per ZH: methodologie per TFE

De methodologische aanpak per TFE werd reeds toegelicht in *Herijking NC-2.2 Leuven – methodologie*. In dit rapport wordt dieper ingegaan op enkele (technische) details uit de procedure: het stappenplan dat de ziekenhuizen doorlopen om tot resultaten te komen.

Figuur 2: methodologisch proces



De methodologie wordt uitgewerkt in 3 werksessies per TFE via onderstaand stappenplan.

Figuur 3: cyclus per TFE

In 3 werksessies per TFE-cyclus naar een RWS

Sessie	Cyclus	actie sessie
voorbereiding	start positie	validatie en mogelijks verschuivingen kosten per OFE -> interactie HNC <> ZH(i)
	stap 1 stap 2	Analyse zorgprocessen in TFE/OFE per ZH(i) Selectie theoretisch functionele eenheid (TFE) – o.b.v. Nomenclatuur VO Bepaling belangrijkste OFE's ZH(i) o.b.v. facturatie selectie kosten en honoraria per OFE
SESSIE 1	stap 4	bepaling activiteitgroepen per OFE: consensus o.b.v. voorbereiding
	stap 5	bepaling kostengroepen 1-2(-3-4) sleutels meegeven huiswerk: hang kosten (per kostensoortgroep P-M-A) aan activiteitgroep
SESSIE 2		validatie sessie 1
		bepaling verdeelsleutels per kostensoortgroep P-M-A sleutels (tijden) valideren
SESSIE 3	Stap 6	validatie resultaat: kost per activiteit(sub)groep analyse spreiding -> normatieve benadering?
	Stap 7	activiteit(sub)groepen -> nomenclatuur Relatieve waardeschaal

Stap 1: bepalen van de theoretische functionele eenheid (TFE)

De TMCP worden onderverdeeld in theoretische functionele eenheden (TFE's). Een TFE is een afbakening van een logisch geheel van medische activiteiten op basis van nomenclatuurcodes. Dit concept maakt abstractie van concrete verschillen in de organisatie tussen ziekenhuizen en biedt een uniforme en vergelijkbare onderverdeling voor alle ziekenhuizen. De groepering van prestaties per TFE wordt in eerste instantie bepaald op basis van prestaties die in UZ Leuven het meeste uitgevoerd worden op een bepaalde operationele functionele eenheden. Bijvoorbeeld: prestaties die voornamelijk op de functionele eenheid radiologie worden uitgevoerd, worden gegroepeerd in een TFE "BEELDVORMING".

Het onderzoek gebeurt per TFE en de keuze daarvan gebeurt in deze eerste stap.

Stap 2: bepalen van de operationele functionele eenheden per deelnemend ziekenhuis

De relevante 'Operationele Functionele Eenheden' (OFE's) binnen de geselecteerde TFE worden gekozen. Een OFE wordt gedefinieerd als "de afdeling, verpleegeenheid of dienst waar de medische prestaties fysiek worden verricht". Met andere woorden, de plaats waar de honoraria gegenereerd worden. In tegenstelling tot de theoretische functionele eenheid, die uniform is voor alle ziekenhuizen, kan de structuur van de operationele FE verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis.

De prestaties van een TFE kunnen ook worden uitgevoerd op verschillende operationele functionele eenheden binnen één ziekenhuis (OFE(i)). De analyse wordt echter uitgevoerd op de belangrijkste operationele eenheden, m.a.w. de eenheden waar de grootste omzet wordt gerealiseerd met betrekking tot de theoretische functionele eenheid. Dit in samenspraak met het deelnemende ziekenhuis omdat zij kunnen oordelen of de analyse van de geselecteerde eenheden haalbaar is.

Het is van belang dat voor de geselecteerde OFE's de middeleninzet (kosten) en activiteit/nomenclatuur kunnen worden samengebracht. Dit evalueren de ziekenhuizen bij de start van elke TFE aan de hand van de kerngetallen (zie 4 *Datavalidatie bij start TFE*). Indien nodig voeren de ziekenhuizen op basis hiervan nog correcties door. Eenmaal de startpositie op basis van deze kerngetallen door het Leuvens onderzoeksteam is goedgekeurd kan werk gemaakt worden van de effectieve meer gedetailleerde kostenallocatie.

Stap 3: voorstel van de activiteitgroepen vanuit het Leuvens onderzoeksteam

Het doel van het HNC-project is de kostenallocatie van de directe kosten op een OFE naar alle TMCP op de OFE. Hiervoor is een accurate identificatie en toewijzing van directe praktijkkosten nodig. Dit wil zeggen, de kosten van alle middelen die 'direct' nodig zijn om elk van de medische prestaties uit te voeren. In plaats van de kosten te bepalen voor elke prestatie afzonderlijk gaat de methodologie van het HNC-project aan de slag met activiteitgroepen. Een activiteitgroep is een logische groepering van medische prestaties per operationele functionele eenheid. Deze klinische activiteitgroepen zijn gebaseerd op een min of meer homogeen zorgproces en de bijbehorende inzet van middelen (de hoeveelheid kan verschillen), zoals specifieke medische apparatuur, materiaal en personeel met de vereiste kwalificaties.

Het Leuvens onderzoeksteam doet een voorstel van activiteitgroepen binnen elke TFE op basis van de praktijkvoering in UZ Leuven. Het voorstel wordt zowel kenbaar gemaakt via het *Teams*-kanaal van het project als gedocumenteerd in een algemeen toegankelijk Excelbestand. De deelnemende ziekenhuizen kunnen het als basis gebruiken voor de analyse van hun eigen OFE's.

Stap 4: bepalen van de activiteitgroepen binnen de relevant geselecteerde OFE's

Elk ziekenhuis bepaalt voor de eigen geselecteerde OFE's de activiteitgroepen. Ze kunnen zich laten inspireren door de activiteitgroepen voorgesteld door het Leuvens onderzoeksteam (stap 3) of ze kunnen eigen activiteitgroepen te definiëren, die zelfs per geselecteerde OFE kunnen verschillen. De finale selectie van activiteitgroepen gebeurt in elk deelnemend ziekenhuis door intern overleg met de experts. De interne klinische experts moeten zich immers herkennen in de gekozen activiteitgroepen – de activiteitgroepen zijn uiteindelijk een soort “veruitwendiging” van de eigen werking.

De gekozen activiteitgroepen worden door de ziekenhuizen aangeleverd in een Excel-bestand “XXX_ActiviteitgroepPerOFE”, met als prefix (XXX) het erkenningsnummer van het ziekenhuis. Dit bestand dient volgens strikte richtlijnen ingevuld te worden. Bij het gebruik van eigen activiteitgroepen, dient het ziekenhuis de volgende regels in verband met naamgeving in acht te nemen:

- Het ziekenhuis kiest zelf de “codes” voor de eigen activiteitgroepen
- Het ziekenhuis gebruikt voor zichzelf sprekende codes (maximum 40 karakters lang) zonder spaties en in HOOFDLETTERS (indien nodig underscores)
- Het ziekenhuis geeft in de kolom “ACTIVITEIT_OMSCHRIJVING” een korte toelichting van de activiteitgroep

Stap 5: directe kosten per kostensoortgroep (P-M-A) toewijzen aan de activiteitgroepen

De ziekenhuizen alloceren hun ‘directe’ kosten naar hun activiteitgroepen. Om deze kostenverdeling te doen, krijgen de ziekenhuizen per TFE het (Excel) document “kostDistributie” voor kostenverdeling ter beschikking: XXX_<TFE>_kostDistributie.xlsx, waarbij XXX het prefix is overeenkomstig met het erkenningsnummer van het ziekenhuis en <TFE> de naam van de TFE waarvoor de kosten worden verdeeld. In dit document verdelen ze de directe kosten per OFE over de zelfgekozen activiteitgroepen. De directe boekhoudkundige kosten die per ziekenhuis per OFE moeten worden verdeeld, zijn op voorhand bepaald in hun ‘startpositie kosten’ aan de hand van vooropgestelde dimensies. Er wordt een verdeling gevraagd van de kosten over activiteitgroepen per OFE van 4 directe kostensoortgroepen: personeel directe zorg, personeel direct ondersteunende zorg, materiaal en apparatuur. Het resultaat van deze oefening is een directe P-M-A kost per activiteitgroep.

Voorbeeld: TFE BEELDVORMING

Het bestand XXX_BEELDVORMING_kostDistributie.xlsx (voor ziekenhuis met erkenningsnummer XXX) bevat de volgende tabbladen:

- **Data:** dit tabblad bevat een opsomming van de geselecteerde operationele functionele eenheden (OFE's) voor de TFE BEELDVORMING. Het doel van dit tabblad bestaat eruit om de directe kosten te verdelen (gerapporteerd in het tabblad “KostenPerOFE”) per activiteitgroep over de volgende 4 kolommen:
 - PERS_DIR_ZORG: bedrag van directe kosten (2 cijfers na de komma) per activiteitgroep waarbij kostensoortgroep = P, kostengroep = DZ (zie H2: Methodologie Leuvens team)
 - PERS_DIR_ONDERSTEUNING_ZORG: bedrag van directe kosten (2 cijfers na de komma) per activiteitgroep waarbij kostensoortgroep = P, kostengroep = DO (zie H2: Methodologie Leuvens team)
 - MATERIAAL: bedrag van directe kosten (2 cijfers na de komma) per activiteitgroep waarbij kostensoortgroep = M
 - APPARATUUR: bedrag van directe kosten (2 cijfers na de komma) per activiteitgroep waarbij kostensoortgroep = A

Merk op: de som van PERS_DIR_ZORG en PERS_DIR_ONDERSTEUNING_ZORG per operationele functionele eenheid moet gelijk zijn aan de directe kosten gerapporteerd in het tabblad "KostenPerOFE" (kostensoortgroep = P) voor die OFE. Hetzelfde geldt voor kostensoortgroepen materiaal (kostensoortgroep = M) en apparatuur (kostensoortgroep = A). Met andere woorden: alle directe kosten gerapporteerd op de OFE moeten worden verdeeld. Een deel van de kosten kan -al dan niet tijdelijk- worden toegekend aan de activiteitgroep "REST" indien deze kosten gerelateerd zijn aan nomenclatuurprestaties buiten de TFE BEELDVORMING. De directe kosten worden dus enerzijds toegekend aan activiteitgroepen in het kader van de TFE BEELDVORMING, anderzijds aan andere activiteitgroepen én aan de activiteitgroep "REST".

- **KostenPerOFE:** Dit tabblad is een hulpmiddel en vereist geen verdere actie. Het bevat ziekenhuisbreed voor alle operationele functionele eenheden (OFE's) de directe kosten (opgesplitst per kostensoortgroep - personeel (P), materiaal (M) en apparatuur (A)) uit Finhosta tabel 2 PLUS (opgevraagd in de "Boekhoudkundige PLUS gegevens" – zie ook detail hiervan in het bijgevoegd tabblad "Tabel2Plus"). Deze directe kosten dienen in tabblad "Data" over de verschillende activiteitgroepen te worden verdeeld.
- **Tabel2Plus:** Dit tabblad is een hulpmiddel en vereist geen verdere actie. Dit bevat de boekhoudkundige PLUS gegevens (Finhosta tabel 2 PLUS) van het ziekenhuis, waaraan de verschillende dimensies (zoals bepaald door het HNC-team) werden gekoppeld. De dimensies die aan de Boekhoudkundige PLUS gegevens werden gekoppeld zijn:
 - MARZ3: eerste drie digits van de aangeleverde kostensoort;
 - KOSTENSOORTGROEP: de kostensoortgroep waartoe de kostensoort behoort (P-M-A-O);
 - KOSTENSOORTGROEP_OMSCHRIJVING: de omschrijving van de kostensoortgroep (P (personeel) – M (materiaal) – A (apparatuur) – O (overige));
 - HNC_CLASSIFICATIE: informatie over de classificatie van de kosten (direct – indirect – exclusie).
- **Tabel13Plus:** Dit tabblad is een hulpmiddel en vereist geen verdere actie. Dit bevat de Personeel PLUS gegevens (Finhosta tabel 13 PLUS) van het ziekenhuis, waaraan de verschillende dimensies (zoals bepaald door het HNC-team) werden gekoppeld. De dimensies die aan de Personeel PLUS gegevens werden gekoppeld zijn:
 - KOSTENSOORTGROEP: de kostensoortgroep waartoe de kostensoort behoort (uitsluitend P – aangezien er in Finhosta tabel 13 PLUS enkel personeelsgegevens zijn opgenomen)
 - KOSTENSOORTGROEP_OMSCHRIJVING: de omschrijving van de kostensoortgroep (P (personeel))
 - KOSTENGROEP: informatie over de kostengroep van de personeelskost (DZ – DO – I – E)
 - KOSTENGROEP_OMSCHRIJVING: de omschrijving van de kostengroep (DZ (Direct – zorg), DO (Direct - ondersteuning zorg), I (indirect), E (exclusie))
 - DZ (directe – zorg)/kostengroep 1: dit betreft middelen die nodig zijn om de medische prestatie uit te voeren én die rechtstreeks worden ingezet voor één activiteit of activiteitgroep (ze worden enkel daarvoor gebruikt). Voorbeeld: verpleegkundige aan CT-toestel
 - DO (direct – ondersteuning zorg)/kostengroep 2: dit betreft middelen die nodig zijn om medische prestaties uit te voeren en die rechtstreeks worden ingezet voor meerdere activiteiten of activiteitgroepen. In tegenstelling tot kostengroep 1, wordt kostengroep 2

versleuteld over meerdere activiteitgroepen. Voorbeeld: hoofdverpleegkundige radiologie die werkt voor alle activiteitgroepen beeldvorming.

- HNC_CLASSIFICATIE: informatie over de classificatie van de kosten (direct – indirect – exclusie)
- **Info:** informatie over de data aanlevering van het bestand.

Stap 6: Resultaat – directe kost per prestatie

De laatste stap in de methodologie gaat van kostenallocatie op niveau van een activiteitgroep naar een kostenberekening op prestatieniveau. Om die kostentoe wijzing naar prestaties te realiseren vult het ziekenhuis per TFE een 'facPres' document in: XXX_<TFE>_FacPres.xlsx waarbij XXX het erkenningsnummer van het ziekenhuis is en <TFE> de naam van de TFE. Dit document bevat per OFE, de gefactureerde prestaties samen met de aantallen en bedragen. Het ziekenhuis kent elke prestatie een activiteitgroep, slotduur en personeelsduur toe.

Voorbeeld: voor de TFE BEELDVORMING bevat het bestand XXX_BEELDVORMING_FacPres.xlsx de volgende tabbladen:

- **Data:** dit bevat, per (geselecteerde) operationele functionele eenheid (OFE) voor de TFE BEELDVORMING, alle TMCP die op deze OFE worden uitgevoerd. Dit wil zeggen dat ook de nomenclatuurprestaties uitgevoerd op de OFE die behoren tot een andere TFE opgenomen zijn in deze lijst. Het ziekenhuis kent aan elke prestatie een activiteitgroep, een slotduur en een personeelsduur toe (zie H2: *methodologie Leuvens team*). Een activiteitgroep kan ook nomenclatuurprestaties van een andere TFE bevatten.

Niet alle prestaties op de OFE moeten een activiteitgroep en duurtijd krijgen. Bij voorkeur is dat wel het geval voor de prestaties van de onderzochte TFE. Andere prestaties kunnen echter onder de activiteitgroep REST worden ondergebracht, waarbij het verder niet nodig is om een duurtijd voor deze prestaties op te geven – er zullen geen kosten worden verdeeld naar die prestaties. Het kan evenzeer gebeuren dat een activiteitgroep nomenclatuurprestaties omvat die onder andere TFE's thuishoren. De kosten die men voor die activiteitgroep allocceert in het kostdistributiebestand worden uitgespreid over de prestaties van die activiteitgroep (zowel prestaties van de onderzochte TFE als van andere TFE's).

- Voorbeeld: nomenclatuurprestaties van de TFE 'FM_CARDIO' toekennen aan activiteitgroepen op de operationele functionele eenheid 'FM IG HART- EN VAATZIEKTEN' waar ook nomenclatuurprestaties, die behoren tot de TFE BEELDVORMING, worden uitgevoerd.

6 Validatie eenheidskost per prestatie per ziekenhuis

De in stap 5 en 6 bovengenoemde documenten *kostDistributie* en *facPres* maken het mogelijk om voor elke prestatie een directe praktijkkost te berekenen (zie H2: *methodologie Leuvens team*). Deze absolute praktijkkost wordt vervolgens omgezet in een relatieve waardeschaal (RWS), waarbij één van de prestaties binnen een TFE - bijvoorbeeld de meest frequent uitgevoerde (tenminste: als deze een voldoende homogene medische realiteit weergeeft) - als basisprestatie fungeert. De waarde van de overige prestaties wordt uitgedrukt ten opzichte van deze basisprestatie.

Per afgewerkte TFE ontvangt elk deelnemend ziekenhuis een reeks rapporten met als doel de eenheidskosten per prestatie en de bijbehorende relatieve waardeschaal te valideren. Het gaat hierbij om de volgende rapporten:

- **RWS_01_OFE.xlsx** en **datavalidatieRWS_01_OFE.html**: bevatten per ziekenhuis, per prestatie de berekende absolute praktijkkosten.
- **Basiskosten schema's**: bevatten per theoretische activiteitgroep (T.AG) de resultaten (aantallen, basiskosten-schema, berekende praktijkkost)
- **XX_TFE_vorbereiding sessie 1-2-3.xlsx**: bevat ziekenhuis-specifieke detailinformatie over zowel de opbrengsten als de kosten.
- **Basiskostenschema.pdf** en **RWS.pdf**: vertalingen van het bestand *basiskosten.xlsx*, dit ter voorbereiding van de expertvalidatie.

Deze rapporten vormen de basis voor de validatie van de resultaten door de ziekenhuizen en brengen eventuele afwijkingen t.o.v. de *pool* of inconsistenties aan het licht. De onderzoeksgroep voorziet per ziekenhuis duidelijke richtlijnen voor aandachtspunten of correcties die uitgevoerd kunnen worden. Deze kunnen onder meer bestaan uit het hergroeperen van prestaties in andere activiteitgroepen (via opsplitsing of aggregatie), het aanpassen van slot- of personeelstijden per prestatie, of het doorvoeren van boekhoudkundige herschikkingen. Het validatieproces van de resultaten verloopt iteratief.

Tot slot wordt tijdens een normatieve validatiesessie de RWS door artsen (expertensessie) geëvalueerd en gevalideerd (zie H2: *methodologie Leuvens team*).

7 Bijlage

Legende:

Kostensoortgroep: personeel (P), materiaal (M), medische apparatuur (A), overige (O)

Personeelscategorie: medisch (0), loontrekkend (1), administratief (2), verplegend (3), paramedisch (4), andere (5)

Personeelstype: normaal (0), Stagiair RVA of Startbaanovereenkomst (= SBO), Impulsion (RW) of andere regionale tewerkstellingsmaatregelen (1), Gesubsidieerde contractueel (=IBF) (2), logistiek assistent (3), Sociale Maribel (4), Personen ter beschikking gesteld van het ziekenhuis (5), Uitzendkrachten personeel (6), Statutairen (7), Bruggepensioneerden (8)

Tabel 1: bronbestand dimensies kostensoort

KOSTENSOORT	KOSTENSOORT OMSCHRIJVING	HNC CLASSIFICATIE	KOSTENSOORT GROEP	PERSONEELS CATEGORIE	PERSONEELS TYPE
60000	Normale farmaceutische specialiteiten	Exclusie	M		
60001	Radio-isotope farmaceutische specialiteiten	Exclusie	M		
60002	Farmaceutische specialiteiten steriele medische gassen	Direct	M		
6002	Courante producten	Direct	M		
60030	Steriele afdekverbanden	Direct	M		
60031	Chirurgische Ligaturen	Direct	M		
60032	Injectie-, infuus-, transfusie-, drainagemateriaal	Direct	M		
60033	Steriel verwijderingsmateriaal	Direct	M		
60034	Steriel linnen voor uniek gebruik	Direct	M		
60039	Diverse steriele producten en materialen	Direct	M		
6004	Magistrale bereidingen	Direct	M		
60070	Ander divers materiaal	Exclusie	M		
60071	Materiaal voor viscerosynthese en endoscopie	Exclusie	M		
60080	Therapeutische verbanden	Direct	M		
60081	Irrigatie geneesmiddelen	Direct	M		
60082	Farmaceutische voedingsproducten	Direct	M		
6010	Disposables en klein medisch materieel	Direct	M		

6011	Medische gassen niet-farmaceutische specialiteiten	Direct	M		
6012	Zwachtels, niet-steriele verbanden	Direct	M		
6013	Niet-steriel hechtingsmateriaal	Direct	M		
6014	Niet-steriel afnamemateriaal	Direct	M		
6015	Reagentia	Direct	M		
6016	Radioactief materiaal en isotopen niet-farmaceutische specialiteiten	Exclusie	M		
6017	Filmen en ontwikkelingsmateriaal	Direct	M		
60180	Moedermelk	Direct	M		
60181	Bloed, plasma, afgeleiden	Direct	M		
60182	Gipsen en gipsverbanden	Direct	M		
6019	Diversen niet-steriele medische producten	Direct	M		
6020	Specifieke leveringen voor eredienst	Indirect	M		
6021	Specifieke leveringen voor mortuarium	Indirect	M		
6022	Specifieke leveringen voor revalidatie	Indirect	M		
6029	Diversen	Indirect	M		
60300	Onderhoudsproducten en klein onderhoudsmaterieel	Indirect	M		
60301	Reinigingsproducten en klein kuismaterieel	Indirect	M		
60302	Toiletartikelen (inclusief kleine) en soortgelijke	Indirect	M		
60303	Wasproducten	Indirect	M		
60304	Afwasproducten	Indirect	M		
60310	Zonder bestemming	Indirect	M		
6039	Diversen	Indirect	M		
60400	Kolen	Indirect	M		
60401	Elektriciteit	Indirect	M		
60402	Gas	Indirect	M		
60403	Mazout	Indirect	M		
60404	Stoom	Indirect	M		

60409	Diversen	Indirect	M		
60410	Kolen	Indirect	M		
60411	Elektriciteit	Indirect	M		
60412	Gas	Indirect	M		
60413	Mazout	Indirect	M		
60414	Stoom	Indirect	M		
60415	Brandstoffen voor voertuigen	Indirect	M		
60419	Diversen	Indirect	M		
6042	Water	Indirect	M		
6050	Bureelbenodigdheden	Indirect	M		
6051	Materieel voor informatieverwerking	Indirect	M		
6052	Drukwerken	Indirect	M		
6059	Diversen	Indirect	M		
6060	Linnen en beddengoed	Indirect	M		
6062	Werkkledij	Indirect	M		
6063	Disposables	Direct	M		
6064	Klein wasmaterieel	Indirect	M		
6069	Diversen	Indirect	M		
6070	Voedingswaren	Indirect	M		
6073	Dranken	Indirect	M		
6074	Dieetproducten	Indirect	M		
6075	Wegwerpbestekken	Indirect	M		
6076	Ander vaatwerk	Indirect	M		
6077	Klein keukenmaterieel	Indirect	M		
6079	Diversen	Indirect	M		
60902	Courante producten	Direct	M		
60904	Magistrale bereidingen	Direct	M		
609000	Normale farmaceutische specialiteiten	Exclusie	M		

609001	Radio-isotope farmaceutische specialiteiten	Exclusie	M		
609002	Farmaceutische specialiteiten steriele medische gassen	Direct	M		
609005	INVALID	Exclusie	M		
609030	Steriele afdekverbanden	Direct	M		
609031	Chirurgische Ligaturen	Direct	M		
609032	Injectie-, infuus-, transfusie-, drainagemateriaal	Direct	M		
609033	Steriel verwijderingsmateriaal	Direct	M		
609034	Steriel linnen voor uniek gebruik	Direct	M		
609039	Diverse steriele producten en materialen	Direct	M		
609070	Ander divers materiaal	Exclusie	M		
609071	Materiaal voor viscerosynthese en endoscopie	Exclusie	M		
609080	Therapeutische verbanden	Direct	M		
609081	Irrigatie geneesmiddelen	Direct	M		
609082	Farmaceutische voedingsproducten	Direct	M		
60910	Disposables en klein medisch materiaal	Direct	M		
60911	Medische gassen niet-farmaceutische specialiteiten	Direct	M		
60912	Zwachtels, niet-steriele verbanden	Direct	M		
60913	Niet-steriel hechtingsmateriaal	Direct	M		
60914	Niet-steriel afnamemateriaal	Direct	M		
60915	Reagentia	Direct	M		
60916	Radioactief materiaal en isotopen niet-farmaceutische specialiteiten	Exclusie	M		
60917	Filmen en ontwikkelingsmateriaal	Direct	M		
60919	Diverse niet-steriele medische producten	Direct	M		
609180	Moedermelk	Direct	M		
609181	Bloed, plasma, afgeleiden	Direct	M		
609182	Gipsen en gipsverbanden	Direct	M		
60920	Specifieke leveringen voor eredienst	Indirect	M		

60921	Specifieke leveringen voor mortuarium	Indirect	M		
60922	Specifieke leveringen voor revalidatie	Indirect	M		
60929	Diversen	Indirect	M		
60939	Diversen	Indirect	M		
609300	Onderhoudsproducten en klein onderhoudsmaterieel	Indirect	M		
609301	Reinigingsproducten en klein kuismaterieel	Indirect	M		
609302	Toiletartikelen (inclusief kleine) en soortgelijke	Indirect	M		
609303	Wasproducten	Indirect	M		
609304	Afwasproducten	Indirect	M		
60942	Water	Indirect	M		
609400	Kolen	Indirect	M		
609401	Elektriciteit	Indirect	M		
609402	Gas	Indirect	M		
609403	Mazout	Indirect	M		
609404	Stoom	Indirect	M		
609409	Diversen	Indirect	M		
609410	Kolen	Indirect	M		
609411	Elektriciteit	Indirect	M		
609412	Gas	Indirect	M		
609413	Mazout	Indirect	M		
609414	Stoom	Indirect	M		
609415	Brandstoffen voor voertuigen	Indirect	M		
609419	Diversen	Indirect	M		
60950	Bureelbenodigdheden	Indirect	M		
60951	Materieel voor informatieverwerking	Indirect	M		
60952	Drukwerken	Indirect	M		
60959	Diversen	Indirect	M		
60960	Linnen en beddengoed	Indirect	M		

60962	Werkkledij	Indirect	M		
60963	Disposables	Direct	M		
60964	Klein wasmaterieel	Indirect	M		
60969	Diversen	Indirect	M		
60970	Voedingswaren	Indirect	M		
60973	Dranken	Indirect	M		
60974	Dieetproducten	Indirect	M		
60975	Wegwerpbestekken	Indirect	M		
60976	Ander vaatwerk	Indirect	M		
60977	Klein keukenmaterieel	Indirect	M		
60979	Diversen	Indirect	M		
608	Verkregen kortingen en ristöno's	Exclusie	M		
6102	Terreinen en gebouwen	Indirect	O		
6103	Materieel voor medische uitrusting	Direct	A		
61040	Meubilair	Indirect	O		
61041	Materieel	Indirect	O		
61042	Rollend materieel	Indirect	O		
61043	Materieel en meubilair voor informatieverwerking	Indirect	O		
61110	Externe medische verstrekkingen	Indirect	O		
61111	Prestaties geleverd door verpleegstersscholen en paramedici	Indirect	O		
61120	Bewakings- en veiligheidsdiensten	Indirect	O		
61121	Inzamelingen behandeling van afval	Indirect	O		
61129	Overige algemene externe diensten	Indirect	O		
61130	Onderhoudsdienst	Indirect	O		
61131	Reinigingsdienst	Indirect	O		
61150	Sociaal secretariaat	Indirect	O		
61151	Comptabiliteitskantoor	Indirect	O		
61152	Dienst voor informatieverwerking	Indirect	O		

61159	Overige externe administratieve diensten	Indirect	○		
6116	Externe diensten voor wasserij - linnen	Indirect	○		
6117	Externe diensten voor voeding	Indirect	○		
6118	Externe diensten voor internaat	Indirect	○		
61200	Interne transporten	Indirect	○		
61201	Externe transporten	Indirect	○		
61202	Bloedtransport	Indirect	○		
61203	Patiëntentransport	Indirect	○		
61204	Verplaatsingen van personeel	Indirect	○		
61210	Brandverzekering	Indirect	○		
61211	Verzekering Burgerlijke aansprakelijkheid	Indirect	○		
61212	Andere	Indirect	○		
61213	Andere	Indirect	○		
61214	Andere	Indirect	○		
61215	Andere	Indirect	○		
61216	Andere	Indirect	○		
61217	Andere	Indirect	○		
61218	Andere	Indirect	○		
61219	Andere	Indirect	○		
6129	Diverse algemene onkosten	Indirect	○		
61300	Onderhoudscontracten	Indirect	○		
61301	Andere prestaties	Indirect	○		
61302	Andere prestaties	Indirect	○		
61303	Andere prestaties	Indirect	○		
61304	Andere prestaties	Indirect	○		
61305	Andere prestaties	Indirect	○		
61306	Andere prestaties	Indirect	○		
61307	Andere prestaties	Indirect	○		

61308	Andere prestaties	Indirect	○		
61309	Andere prestaties	Indirect	○		
61310	Onderhoudscontracten	Indirect	○		
61311	Andere prestaties	Indirect	○		
61312	Andere prestaties	Indirect	○		
61313	Andere prestaties	Indirect	○		
61314	Andere prestaties	Indirect	○		
61315	Andere prestaties	Indirect	○		
61316	Andere prestaties	Indirect	○		
61317	Andere prestaties	Indirect	○		
61318	Andere prestaties	Indirect	○		
61319	Andere prestaties	Indirect	○		
61320	Onderhoudscontracten	Indirect	○		
61321	Andere prestaties	Indirect	○		
61322	Andere prestaties	Indirect	○		
61323	Andere prestaties	Indirect	○		
61324	Andere prestaties	Indirect	○		
61325	Andere prestaties	Indirect	○		
61326	Andere prestaties	Indirect	○		
61327	Andere prestaties	Indirect	○		
61328	Andere prestaties	Indirect	○		
61329	Andere prestaties	Indirect	○		
61330	Onderhoudscontracten	Indirect	○		
61331	Andere prestaties	Indirect	○		
61332	Andere prestaties	Indirect	○		
61333	Andere prestaties	Indirect	○		
61334	Andere prestaties	Indirect	○		
61335	Andere prestaties	Indirect	○		

61336	Andere prestaties	Indirect	O		
61337	Andere prestaties	Indirect	O		
61338	Andere prestaties	Indirect	O		
61339	Andere prestaties	Indirect	O		
61340	Onderhoudscontracten	Indirect	O		
61341	Andere prestaties	Indirect	O		
61342	Andere prestaties	Indirect	O		
61343	Andere prestaties	Indirect	O		
61344	Andere prestaties	Indirect	O		
61345	Andere prestaties	Indirect	O		
61346	Andere prestaties	Indirect	O		
61347	Andere prestaties	Indirect	O		
61348	Andere prestaties	Indirect	O		
61349	Andere prestaties	Indirect	O		
61350	Onderhoudscontracten	Direct	A		
61351	Andere prestaties	Direct	A		
61352	Andere prestaties	Direct	A		
61353	Andere prestaties	Direct	A		
61354	Andere prestaties	Direct	A		
61355	Andere prestaties	Direct	A		
61356	Andere prestaties	Direct	A		
61357	Andere prestaties	Direct	A		
61358	Andere prestaties	Direct	A		
61359	Andere prestaties	Direct	A		
61360	Onderhoudscontracten	Indirect	O		
61361	Andere prestaties	Indirect	O		
61362	Andere prestaties	Indirect	O		
61363	Andere prestaties	Indirect	O		

61364	Andere prestaties	Indirect	○		
61365	Andere prestaties	Indirect	○		
61366	Andere prestaties	Indirect	○		
61367	Andere prestaties	Indirect	○		
61368	Andere prestaties	Indirect	○		
61369	Andere prestaties	Indirect	○		
61370	Onderhoudscontracten	Indirect	○		
61371	Andere prestaties	Indirect	○		
61372	Andere prestaties	Indirect	○		
61373	Andere prestaties	Indirect	○		
61374	Andere prestaties	Indirect	○		
61375	Andere prestaties	Indirect	○		
61376	Andere prestaties	Indirect	○		
61377	Andere prestaties	Indirect	○		
61378	Andere prestaties	Indirect	○		
61379	Andere prestaties	Indirect	○		
61380	Onderhoudscontracten	Indirect	○		
61381	Andere prestaties	Indirect	○		
61382	Andere prestaties	Indirect	○		
61383	Andere prestaties	Indirect	○		
61384	Andere prestaties	Indirect	○		
61385	Andere prestaties	Indirect	○		
61386	Andere prestaties	Indirect	○		
61387	Andere prestaties	Indirect	○		
61388	Andere prestaties	Indirect	○		
61389	Andere prestaties	Indirect	○		
61390	Onderhoudscontracten	Indirect	○		
61391	Andere prestaties	Indirect	○		

61392	Andere prestaties	Indirect	O		
61393	Andere prestaties	Indirect	O		
61394	Andere prestaties	Indirect	O		
61395	Andere prestaties	Indirect	O		
61396	Andere prestaties	Indirect	O		
61397	Andere prestaties	Indirect	O		
61398	Andere prestaties	Indirect	O		
61399	Andere prestaties	Indirect	O		
61500	Verzendingskosten	Indirect	O		
61501	Telefoon, telegram, telex	Indirect	O		
61503	Aanwervingskosten voor personeel	Indirect	O		
61510	Congressen en informatievergaderingen	Indirect	O		
61511	Recepties en representatiekosten	Indirect	O		
61512	Lidgeld ziekenhuisverenigingen	Indirect	O		
61513	Andere bijdragen	Indirect	O		
61514	Werkingskosten voor de verschillende raden en comités	Indirect	O		
6152	Gerechtskosten en kosten voor dekking van vorderingen	Indirect	O		
6159	Diversen	Indirect	O		
6160	Advocaat	Indirect	O		
6161	Revisor	Indirect	O		
6162	Andere	Indirect	O		
6170	Medisch personeel	Exclusie	P	0	5
6171	Loontrekkend personeel	Indirect	P	1	5
6172	Administratief personeel	Indirect	P	2	5
6173	Verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	5
6174	Paramedisch personeel	direct, indien geboekt OFE	P	4	5
6175	Ander personeel	direct, indien geboekt OFE	P	5	5

6176	INVALID	Indirect	P	2	5
6190	Geneesheren	Exclusie	P	0	
6191	Tandartsen	Exclusie	P	0	
6192	Verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	
6193	Paramedici	direct, indien geboekt OFE	P	4	
618	Bezoldigingen, premies voor buitenwettelijke verzekeringen, ouderdoms- en overlevingspensioenen van bestuurders, zaakvoerders, werkende vennoten en bedrijfsleiders, die niet worden toegekend uit hoofde van een arbeidsovereenkomst	Indirect	O		
62000	Medisch personeel	Exclusie	P	0	0
62001	Medisch personeel stagiairs R.V.A.	Exclusie	P	0	1
62002	Gesubsidieerd contractueel medisch personeel	Exclusie	P	0	2
62004	Medisch Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Exclusie	P	0	4
62010	Loontrekkend personeel	Indirect	P	1	0
62011	Loontrekkend personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	1	1
62012	Gesubsidieerd contractueel loontrekkend personeel	Indirect	P	1	2
62014	Loontrekkend Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	1	4
62020	Administratief personeel	Indirect	P	2	0
62021	Administratief personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	2	1
62022	Gesubsidieerd contractueel administratief personeel	Indirect	P	2	2
62024	Administratief Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	2	4
62030	Verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	0
62031	Verplegend personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	3	1
62032	Gesubsidieerd contractueel verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	2
62033	Logistieke steun verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	3

62034	Verplegend Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	3	4
62040	Paramedisch personeel	direct, indien geboekt OFE	P	4	0
62041	Paramedisch personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	4	1
62042	Gesubsidieerd contractueel paramedisch personeel	direct, indien geboekt OFE	P	4	2
62044	Paramedisch Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	4	4
62050	Ander personeel	direct, indien geboekt OFE	P	5	0
62051	Ander personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	5	1
62052	Gesubsidieerd contractueel ander personeel	direct, indien geboekt OFE	P	5	2
62054	Ander Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	5	4
62100	Medisch personeel	Exclusie	P	0	0
62101	Medisch personeel stagiairs R.V.A.	Exclusie	P	0	1
62102	Gesubsidieerd contractueel medisch personeel	Exclusie	P	0	2
62104	Medisch Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Exclusie	P	0	4
62110	Loontrekkend personeel	Indirect	P	1	0
62111	Loontrekkend personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	1	1
62112	Gesubsidieerd contractueel loontrekkend personeel	Indirect	P	1	2
62114	Loontrekkend Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	1	4
62120	Administratief personeel	Indirect	P	2	0
62121	Administratief personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	2	1
62122	Gesubsidieerd contractueel administratief personeel	Indirect	P	2	2
62124	Administratief Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	2	4
62130	Verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	0

62131	Verplegend personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	3	1
62132	Gesubsidieerd contractueel verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	2
62133	Logistieke steun verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	3
62134	Verplegend Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	3	4
62140	Paramedisch personeel	direct, indien geboekt OFE	P	4	0
62141	Paramedisch personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	4	1
62142	Gesubsidieerd contractueel paramedisch personeel	direct, indien geboekt OFE	P	4	2
62144	Paramedisch Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	4	4
62150	Ander personeel	direct, indien geboekt OFE	P	5	0
62151	Ander personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	5	1
62152	Gesubsidieerd contractueel ander personeel	direct, indien geboekt OFE	P	5	2
62154	Ander Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	5	4
62200	Medisch personeel	Exclusie	P	0	0
62201	Medisch personeel stagiairs R.V.A.	Exclusie	P	0	1
62202	Gesubsidieerd contractueel medisch personeel	Exclusie	P	0	2
62204	Medisch Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Exclusie	P	0	4
62210	Loontrekkend personeel	Indirect	P	1	0
62211	Loontrekkend personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	1	1
62212	Gesubsidieerd contractueel loontrekkend personeel	Indirect	P	1	2
62214	Loontrekkend Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	1	4
62220	Administratief personeel	Indirect	P	2	0
62221	Administratief personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	2	1
62222	Gesubsidieerd contractueel administratief personeel	Indirect	P	2	2

62224	Administratief Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	2	4
62230	Verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	0
62231	Verplegend personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	3	1
62232	Gesubsidieerd contractueel verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	2
62233	Logistieke steun verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	3
62234	Verplegend Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	3	4
62240	Paramedisch personeel	direct, indien geboekt OFE	P	4	0
62241	Paramedisch personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	4	1
62242	Gesubsidieerd contractueel paramedisch personeel	direct, indien geboekt OFE	P	4	2
62244	Paramedisch Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	4	4
62250	Ander personeel	direct, indien geboekt OFE	P	5	0
62251	Ander personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	5	1
62252	Gesubsidieerd contractueel ander personeel	direct, indien geboekt OFE	P	5	2
62254	Ander Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	5	4
62300	Medisch personeel	Exclusie	P	0	0
62301	Medisch personeel stagiairs R.V.A.	Exclusie	P	0	1
62302	Gesubsidieerd contractueel medisch personeel	Exclusie	P	0	2
62304	Medisch Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Exclusie	P	0	4
62310	Loontrekkend personeel	Indirect	P	1	0
62311	Loontrekkend personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	1	1
62312	Gesubsidieerd contractueel loontrekkend personeel	Indirect	P	1	2
62314	Loontrekkend Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	1	4

62320	Administratief personeel	Indirect	P	2	0
62321	Administratief personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	2	1
62322	Gesubsidieerd contractueel administratief personeel	Indirect	P	2	2
62324	Administratief Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	2	4
62330	Verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	0
62331	Verplegend personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	3	1
62332	Gesubsidieerd contractueel verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	2
62333	Logistieke steun verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	3
62334	Verplegend Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	3	4
62340	Paramedisch personeel	direct, indien geboekt OFE	P	4	0
62341	Paramedisch personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	4	1
62342	Gesubsidieerd contractueel paramedisch personeel	direct, indien geboekt OFE	P	4	2
62344	Paramedisch Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	4	4
62350	Ander personeel	direct, indien geboekt OFE	P	5	0
62351	Ander personeel stagiairs R.V.A.	direct, indien geboekt OFE	P	5	1
62352	Gesubsidieerd contractueel ander personeel	direct, indien geboekt OFE	P	5	2
62354	Ander Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	direct, indien geboekt OFE	P	5	4
62400	Medisch personeel	Exclusie	P	0	0
62401	Medisch personeel stagiairs R.V.A.	Exclusie	P	0	1
62402	Gesubsidieerd contractueel medisch personeel	Exclusie	P	0	2
62404	Medisch Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Exclusie	P	0	4
62410	Loontrekkend personeel	Indirect	P	1	0

62411	Loontrekkend personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	1	1
62412	Gesubsidieerd contractueel loontrekkend personeel	Indirect	P	1	2
62414	Loontrekkend Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	1	4
62420	Administratief personeel	Indirect	P	2	0
62421	Administratief personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	2	1
62422	Gesubsidieerd contractueel administratief personeel	Indirect	P	2	2
62424	Administratief Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	2	4
62430	Verplegend personeel	Indirect	P	3	0
62431	Verplegend personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	3	1
62432	Gesubsidieerd contractueel verplegend personeel	Indirect	P	3	2
62433	Logistieke steun verplegend personeel	Indirect	P	3	3
62434	Verplegend Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	3	4
62440	Paramedisch personeel	Indirect	P	4	0
62441	Paramedisch personeel stagiairs R.V.A..	Indirect	P	4	1
62442	Gesubsidieerd contractueel paramedisch personeel	Indirect	P	4	2
62444	Paramedisch Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	4	4
62450	Ander personeel	Indirect	P	5	0
62451	Ander personeel stagiairs R.V.A.	Indirect	P	5	1
62452	Gesubsidieerd contractueel ander personeel	Indirect	P	5	2
62454	Ander Maribel personeel (uitgezonderd logistieke steun)	Indirect	P	5	4
62500	Loonvoorzieningen : Medisch personeel	Exclusie	P	0	
62501	Loonvoorzieningen : Loontrekkend personeel	Indirect	P	1	
62502	Loonvoorzieningen : Administratief personeel	Indirect	P	2	
62503	Loonvoorzieningen : Verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	
62504	Loonvoorzieningen : Paramedisch personeel	direct, indien geboekt OFE	P	4	

62505	Loonvoorzieningen : Ander personeel	direct, indien geboekt OFE	P	5	
62510	Loonvoorzieningen : Medisch personeel	Exclusie	P	0	
62511	Loonvoorzieningen : Loontrekkend personeel	Indirect	P	1	
62512	Loonvoorzieningen : Administratief personeel	Indirect	P	2	
62513	Loonvoorzieningen : Verplegend personeel	direct, indien geboekt OFE	P	3	
62514	Loonvoorzieningen : Paramedisch personeel	direct, indien geboekt OFE	P	4	
62515	Loonvoorzieningen : Ander personeel	direct, indien geboekt OFE	P	5	
63000	Stichtingskosten en inbreng	Indirect	O		
63001	Eerste oprichtingskosten	Indirect	O		
63002	Aanloopkosten	Indirect	O		
63003	Intercalaire intresten niet-gesubsidieerd gedeelte	Indirect	O		
63004	Intercalaire intresten gesubsidieerd gedeelte	Indirect	O		
63005	Herstructureringskosten	Indirect	O		
63010	Op software	Indirect	O		
63011	Op andere immateriële vaste activa	Indirect	O		
63021	Gebouwen	Indirect	O		
63022	Bebouwde terreinen	Indirect	O		
63023	Andere reële rechten op onroerende goederen	Indirect	O		
63024	Grote herstellingen en groot onderhoud	Indirect	O		
63025	INVALID	Indirect	O		
630250	Afschrijvingen op inrichting van de gebouwen (voor 01/01/2010)	Indirect	O		
630251	Afschrijvingen voor herconditioneringswerken	Indirect	O		
630252	Afschrijvingen van goederen in het kader van duurzame ontwikkeling	Indirect	O		
630253	Afschrijvingen voor andere inrichting van de gebouwen	Indirect	O		
6303	Op materieel voor medische uitrusting	Direct	A		

63040	Meubilair	Indirect	○		
63041	Materieel	Indirect	○		
63042	Rollend materieel	Indirect	○		
63043	Materieel en meubilair voor informatieverwerking	Indirect	○		
63051	Materieel voor medische uitrusting	Direct	A		
63052	Meubilair	Indirect	○		
63053	Materieel voor niet-medische uitrusting	Indirect	○		
63054	Rollend materieel	Indirect	○		
63055	Materieel en meubilair voor informatieverwerking	Indirect	○		
630500	Afschrijv. i.v.m diverse inrichting v/d gebouwen (voor 01/01/2010)	Indirect	○		
630501	Afschrijvingen voor herconditioneringswerken	Indirect	○		
630502	Afschrijvingen van goederen in het kader van duurzame ontwikkeling	Indirect	○		
630503	Afschrijvingen voor andere inrichting van de gebouwen	Indirect	○		
630504	Grote herstellingswerken en groot onderhoud	Indirect	○		
6310	Toevoeging	Indirect	○		
6311	Terugneming (-)	Indirect	○		
6330	Toevoeging	Indirect	○		
6331	Terugneming (-)	Indirect	○		
6340	Toevoeging	Indirect	○		
6341	Terugneming (-)	Indirect	○		
6350	Toevoeging	Indirect	○		
6351	Besteding en terugneming (-)	Indirect	○		
6360	Toevoeging	Indirect	○		
6361	Besteding en terugneming (-)	Indirect	○		
6370	Toevoeging	Indirect	○		
6371	Besteding en terugneming	Indirect	○		

6400	Voorheffing onroerende goederen	Indirect	<input type="radio"/>		
6401	Taks op voertuigen	Indirect	<input type="radio"/>		
6402	Taks op drijfkracht	Indirect	<input type="radio"/>		
6403	Taks op tewerkgesteld personeel	Indirect	<input type="radio"/>		
6404	Taks op patrimonium	Indirect	<input type="radio"/>		
6405	Belastingen voor de milieubescherming	Indirect	<input type="radio"/>		
6409	Diverse taksen	Indirect	<input type="radio"/>		
642	Minderwaarden op de realisatie van vorderingen op prestaties	Indirect	<input type="radio"/>		
643	Diverse bedrijfskosten	Indirect	<input type="radio"/>		
644	Diverse bedrijfskosten	Indirect	<input type="radio"/>		
644022	INVALID	Indirect	<input type="radio"/>		
645	Diverse bedrijfskosten	Indirect	<input type="radio"/>		
646	Diverse bedrijfskosten	Indirect	<input type="radio"/>		
647	Diverse bedrijfskosten	Indirect	<input type="radio"/>		
648	Diverse bedrijfskosten	Indirect	<input type="radio"/>		
649	Exploitatiekosten geactiveerd als herstructureringskosten	Indirect	<input type="radio"/>		
6500	Intresten	Indirect	<input type="radio"/>		
6510	Toevoegingen	Indirect	<input type="radio"/>		
6511	Terugnemingen (-)	Indirect	<input type="radio"/>		
6560	Kredietinstellingen	Indirect	<input type="radio"/>		
6561	Kredietinstellingen	Indirect	<input type="radio"/>		
6562	Kredietinstellingen	Indirect	<input type="radio"/>		
6563	Kredietinstellingen	Indirect	<input type="radio"/>		
6564	Kredietinstellingen	Indirect	<input type="radio"/>		
6565	Kredietinstellingen	Indirect	<input type="radio"/>		
6566	Kredietinstellingen	Indirect	<input type="radio"/>		
6567	Kredietinstellingen	Indirect	<input type="radio"/>		

6568	Kredietinstellingen	Indirect	<input type="radio"/>		
6569	Kredietinstellingen	Indirect	<input type="radio"/>		
652	Minderwaarden op de realisatie van vlottende activa	Indirect	<input type="radio"/>		
654	Koersverschillen	Indirect	<input type="radio"/>		
655	Omrekeningsverschillen van deviezen	Indirect	<input type="radio"/>		
657	Diverse financiële kosten	Indirect	<input type="radio"/>		
658	Diverse financiële kosten	Indirect	<input type="radio"/>		
659	Diverse financiële kosten	Indirect	<input type="radio"/>		
6690	Voorraden en leveringen met betrekking tot voorgaande boekjaren	Exclusie	<input type="radio"/>		
6691	Bijkomende diensten en leveringen met betrekking tot voorgaande boekjaren	Exclusie	<input type="radio"/>		
6692	Bezoldigingen en sociale lasten met betrekking tot voorgaande boekjaren	Exclusie	<input type="radio"/>		
6693	Afschrijvingen met betrekking tot voorgaande boekjaren	Exclusie	<input type="radio"/>		
6694	Andere exploitatiekosten met betrekking tot voorgaande boekjaren	Exclusie	<input type="radio"/>		
6695	Financiële kosten met betrekking tot voorgaande boekjaren	Exclusie	<input type="radio"/>		
660	Afschrijvingen en uitzonderlijke waardeverminderingen	Exclusie	<input type="radio"/>		
661	Waardeverminderingen op financiële vaste activa	Exclusie	<input type="radio"/>		
662	Voorzieningen voor risico's en uitzonderlijke kosten	Exclusie	<input type="radio"/>		
663	Minderwaarden op de realisatie van vaste activa	Exclusie	<input type="radio"/>		
664	Andere uitzonderlijke kosten	Exclusie	<input type="radio"/>		
665	Andere uitzonderlijke kosten	Exclusie	<input type="radio"/>		
666	Andere uitzonderlijke kosten	Exclusie	<input type="radio"/>		
667	Andere uitzonderlijke kosten	Exclusie	<input type="radio"/>		
668	Andere uitzonderlijke kosten	Exclusie	<input type="radio"/>		

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

HOOFDSTUK 2: TFE CATHLAB IRCC

Inhoudstafel

1	Functionele eenheid: cathlab IRCC.....	3
1.1	Theoretische functionele eenheid.....	3
1.2	Operationeel functionele eenheden.....	3
2	Startpositie kosten.....	5
2.1	Kostensoort.....	5
2.2	Kostenplaats.....	5
3	Kostprijsberekening (ZH): allocatie naar de prestaties.....	6
3.1	Bepaling klinische activiteitgroepen.....	6
3.2	Kostverdeling.....	6
3.2.1	Slotduur.....	6
3.2.2	Personeelsduur.....	7
4	Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS).....	7
4.1	Theoretische activiteitgroep(en).....	7
4.1.1	Bepaling theoretische activiteitgroepen.....	7
4.1.2	Bepaling basisprestatie.....	8
4.2	Relatieve waardeschaal o.b.v. directe praktijkkosten.....	8
4.2.1	Basisresultaat.....	8
4.2.2	Expertvalidatie RWS en opmerkingen.....	8
5	Aandachtspunten.....	15
5.1	Anesthesie.....	15
5.2	Praktijkvoering.....	16
5.3	Beperkingen nomenclatuur.....	16

Lijst tabellen

Tabel 1: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal, in 2019.....	3
Tabel 2: TMCP HON TFE cathlab IRCC t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's.....	4
Tabel 3: TMCP HON TFE cathlab IRCC in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE cathlab IRCC op de geselecteerde OFE's	4
Tabel 4: overzicht van de kosten in en uit selectie.....	5
Tabel 5: activiteitgroepen per ziekenhuis.....	6
Tabel 6: P-M-A verhouding per T.AG.....	8
Tabel 7: empirische en expertvalidatie RWS.....	9
Tabel 8: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie cathlab hart.....	12

Lijst figuren

Figuur 1: variatie slottijden per T.AG.....	7
Figuur 2: variatie personeelstijden per T.AG	7

I Functionele eenheid: cathlab IRCC

I.1 Theoretische functionele eenheid

Het vertrekpunt in de analyse is een **theoretische functionele eenheid (TFE)**, gedefinieerd als een “afgebakend geheel van medische activiteiten op basis van nomenclatuurcodes”.

Deze documentatiefiche beschrijft de methodologie, analyses en resultaten van de theoretische functionele eenheid ‘**cathlab IRCC**’ die wordt afgebakend door een selectie van nomenclatuur uit onderstaande artikels:

- Art 11 Algemene speciale verstrekkingen
- Art 13 Reanimatie
- Art 14f Bloedvatenheelkunde
- Art 20 Inwendige geneeskunde
- Art 34 Interventionele verstrekkingen

De theoretische functionele eenheid ‘cathlab IRCC’ omvat activiteiten waarbij gebruik gemaakt wordt van beeldvormingstechnieken op basis van röntgenstralen, om het inbrengen en sturen van instrumenten in het lichaam te vergemakkelijken en zo een diagnose te kunnen stellen of een behandeling te kunnen uitvoeren:

- Diagnostische en therapeutische percutane procedures ter hoogte van het hart en de kransslagaders;
- Therapeutische percutane vaatprocedures;
- Minimaal invasieve rugprocedures.

De TFE bestaat uit 78 nomenclatuurprestaties, waarvan 39 ambulante en 39 klinische nomenclatuurcodes. 4 prestaties worden niet onderzocht omdat ze enkel op een niet geselecteerde OFE voorkomen (zie I.2).

De *pool* voor TFE cathlab IRCC bestaat uit acht deelnemende ziekenhuizen.

Het totaal aantal prestaties in de TFE cathlab IRCC dat nationaal en in de *pool* is uitgevoerd in 2019 wordt weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 1: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal, in 2019

ARTIKEL	Aantal			Honoraria		
	POOL	NATIONAAL		POOL	NATIONAAL	
11	16.887	96.984	17%	€ 600.255	€ 2.923.005	21%
13	598	4.000	15%	€ 55.692	€ 357.738	16%
14f	90	335	27%	€ 39.698	€ 149.113	27%
20	16.072	45.705	35%	€ 3.537.295	€ 8.949.132	40%
34	19.470	69.046	28%	€ 13.224.292	€ 24.473.557	54%
Eindtotaal	53.117	216.070	25%	€ 17.457.232	€ 36.852.545	47%

I.2 Operationeel functionele eenheden

Een **operationele functionele eenheid (OFE)** wordt gedefinieerd als “de afdeling, verpleegeenheid of dienst waar de medische prestaties worden verricht”. In tegenstelling tot de TFE die gelijk is voor

alle ziekenhuizen, is de verzameling van prestaties die op een OFE gebeuren afhankelijk van de organisatie van het ziekenhuis. Prestaties kunnen worden uitgevoerd op verschillende operationele eenheden (OFE(i)). De analyse wordt uitgewerkt op de belangrijkste operationele eenheden, m.a.w. de eenheden waar het grootste aandeel omzet van de bestudeerde theoretische functionele eenheid wordt gerealiseerd.

Voor TFE cathlab IRCC leidt de selectie in de acht *pool* ziekenhuizen tot 10 relevante OFE's. Onderstaande tabel toont per geselecteerde OFE de honorariummassa van de TMCP uit TFE cathlab IRCC versus de totale TMCP honorariummassa op de OFE.

Tabel 2: TMCP HON TFE cathlab IRCC t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's

ZH	OFE	TMCP		
		HON TFE CATHLAB IRCC	HON ANDERE TFE	% TFE CATHLAB IRCC
ZH1	OFE4	€ 411.778	€ 2.004.405	17%
ZH2	OFE1	€ 143.122	€ 279.040	34%
ZH3	OFE1	€ 7.313.123	€ 2.109.311	78%
ZH4	OFE1	€ 79.045	€ 141.072	36%
	OFE2	€ 724.752	€ 1.025.933	41%
	OFE3	€ 2.016.098	€ 71.744	97%
ZH5	OFE1	€ 712.020	€ 749.760	49%
ZH6	OFE2	€ 1.823.504	€ 2.815.746	39%
ZH7	OFE1	€ 2.898.280	€ 4.411.021	40%
ZH8	OFE3	€ 142.831	€ 325.607	30%

Tabel 3 toont per artikel de honorariummassa en het aantal prestaties voor TFE cathlab IRCC, enerzijds voor de volledige *pool* en anderzijds voor de 10 onderzochte OFE's van de ziekenhuizen. Op de onderzochte OFE's (= 93% van de totale honorariummassa in de *pool*) worden in 2019 in totaal 37.077 prestaties gefactureerd. Hiertegenover staat een honorariummassa van € 16.264.551.

Tabel 3: TMCP HON TFE cathlab IRCC in volledige *pool* t.o.v. TMCP HON TFE cathlab IRCC op de geselecteerde OFE's

HON/AANTAL TFE CATHLAB IRCC				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
11	Algemene speciale verstrekkingen	16.887	€ 600.255	3,4%
13	Reanimatie	598	€ 55.692	0,3%
14f	Bloedvatenheelkunde	90	€ 39.698	0,2%
20	Inwendige geneeskunde	16.072	€ 3.537.295	20,3%
34	Interventionele verstrekkingen	19.470	€ 13.224.292	75,8%
TOTAAL		53.117	€ 17.457.234	100%

HON/AANTAL TFE CATHLAB IRCC, geselecteerde OFE's				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
11	Algemene speciale verstrekkingen	4.323	€ 192.121	1,2%
13	Reanimatie	169	€ 15.955	0,1%
14f	Bloedvatenheelkunde	67	€ 30.953	0,2%
20	Inwendige geneeskunde	14.876	€ 3.357.442	20,6%
34	Interventionele verstrekkingen	17.642	€ 12.668.081	77,9%
TOTAAL		37.077	€ 16.264.551	100%

AANDEEL IN SELECTIE	93%
----------------------------	------------

2 Startpositie kosten

Het is belangrijk om de kostengegevens van de deelnemende ziekenhuizen te analyseren, te valideren en te 'herordenen' zodat de kostengegevens per operationele FE over de ziekenhuizen heen zo volledig en vergelijkbaar mogelijk zijn. Afhankelijk van de specifieke boekingswijze van de deelnemende ziekenhuizen, kunnen verschuivingen tussen operationele eenheden nodig zijn om een vergelijkbare (i.e. zo uniform mogelijke) startpositie te verzekeren.

2.1 Kostensoort

Op basis van de feedback op de validatierapporten zijn er ziekenhuisspecifieke knelpunten geïdentificeerd. Ziekenhuizen verschuiven kosten van andere OFE's naar de te bestuderen OFE's of omgekeerd (zowel personeel, materiaal als apparatuur). Deze verschuivingen zorgen voor een zo juist mogelijke match tussen directe kosten en honoraria op de geselecteerde OFE's.

Tabel 4 vat de geïncludeerde en geëxcludeerde kostensoorten samen voor de geselecteerde OFE's voor de vier kostensoortgroepen (personeel, materiaal, apparatuur, overige).

Tabel 4: overzicht van de kosten in en uit selectie

TFE CATLAB_IRCC, geselecteerde OFE's	Kosten_POOL		
	2019		
	IN selectie		
Direct	Personeel	€ 10.021.471	36,0%
Direct	Materiaal	€ 11.714.473	42,1%
Direct	Medische apparatuur	€ 6.069.639	21,8%
	Subtotaal	€ 27.805.583	34%
Indirect	Personeel	€ 928.620	20,4%
Indirect	Materiaal	€ 189.860	4,2%
Indirect	Overige	€ 3.423.323	75,4%
	Subtotaal	€ 4.541.803	5%
Exclusie	Personeel	€ 14.528.271	28,9%
Exclusie	Materiaal	€ 34.443.564	68,5%
Exclusie	Overige	€ 1.344.323	2,7%
	Subtotaal	€ 50.316.158	61%
	TOTAAL	€ 82.663.544	
	AANDEEL IN SELECTIE	34%	

2.2 Kostenplaats

De regelgeving voorziet geen specifieke kostenplaatsen in de boekhouding voor cathlab IRCC.

3 Kostprijsberekening (ZH): allocatie naar de prestaties

De te verdelen directe praktijkkost per operationele functionele eenheid van elk ziekenhuis staat nu vast. Om tot een directe praktijkkost per prestatie te komen, doorloopt elk ziekenhuis de volgende stappen.

3.1 Bepaling klinische activiteitgroepen

De deelnemende ziekenhuizen bepalen per OFE de klinische activiteitgroepen. Deze activiteitgroepen verwijzen naar een min of meer homogeen zorgproces en een daaraan gerelateerde inzet van middelen, de hoeveelheid kan verschillen.

Tabel 5: activiteitgroepen per ziekenhuis

	DFW	EWR	JFK	LAX	MIA	ORD	PHX	SEA
(Biopt_)punctie					x	x	x	
Cong/PFO_asd	x	x			x			x
Coro(naro)	x	x	x	x	x	x	x	x
Efo_abla	x	x			x		x	x
IVR_T/angio					x		x	
PCI/stent	x	x	x	x	x	x		x
PM	x	x		x	x		x	x
	DFW	EWR	JFK	LAX	MIA	ORD	PHX	SEA
Rhart		x			x	x		x
Shock		x						

3.2 Kostverdeling

Vervolgens inventariseert elk ziekenhuis per OFE zijn middeleninzet om de kosten per activiteitgroep te bepalen. De kostenstudie beperkt zich tot de directe praktijkkosten, onderverdeeld in drie directe kostensoortgroepen, meer bepaald: (1) de personeelskost (P) van het direct bij de medische prestatie betrokken (zorg)personeel (excl. artsen), (2) materiaalkosten (M) (excl. geneesmiddelen, implantaten, synthesemateriaal (en zo mogelijk de materialen die onder bepaalde omstandigheden worden gefinancierd door een materiaalhonorarium)) en (3) kosten van medische apparatuur (A).

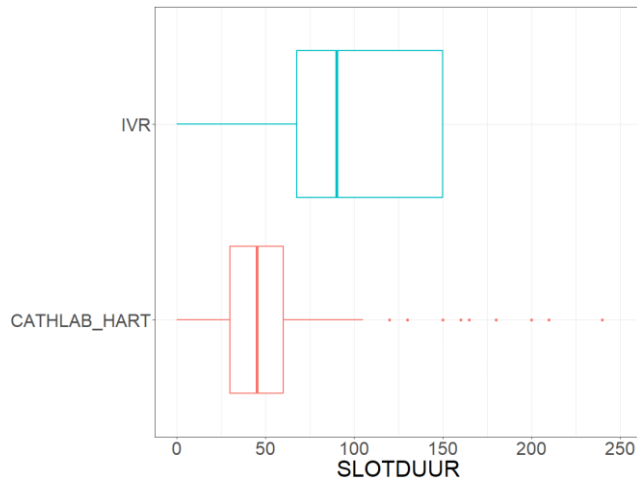
Nadat de kosten van de drie kostensoortgroepen zijn toegewezen aan de activiteitgroepen kan de relatie met de medische prestaties (nomenclatuur) worden bepaald. Elke ziekenhuis bepaalt per OFE per prestatie de bijhorende activiteitgroep, slot- en personeelsduur. Nadien wordt van elke activiteitgroep elk type directe kosten (personeel, materiaal en apparatuur) verdeeld over de prestaties op basis van een eigen verdeelsleutel zoals toegelicht in *Herijking NC-2.2 Leuven – methodologie*.

Het resultaat is per ziekenhuis, per operationele functionele eenheid een directe praktijkkost (in euro) per prestatie voor het boekhoudjaar 2019.

3.2.1 Slotduur

De volgende grafiek toont de variatie in slottijden van de ziekenhuizen per T.AG van TFE cathlab IRCC. De T.AG's worden hierna (zie 4.1.1) omschreven.

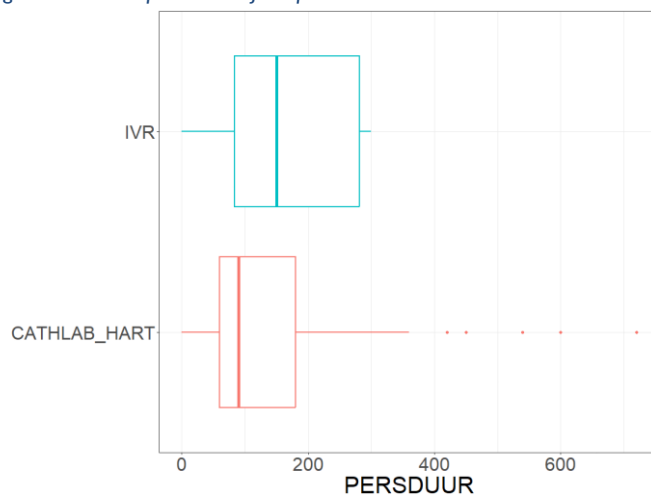
Figuur 1: variatie slottijden per T.AG



3.2.2 Personeelsduur

De volgende grafiek toont de variatie in personeelstijden van de ziekenhuizen per T.AG van TFE cathlab IRCC. De T.AG's worden hierna (zie 4.1.1) omschreven.

Figuur 2: variatie personeelstijden per T.AG



4 Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS)

4.1 Theoretische activiteitgroep(en)

4.1.1 Bepaling theoretische activiteitgroepen

Ziekenhuizen bepalen zelf hun activiteitgroepen aan de hand van hun operationele werking. Dit zorgt ervoor dat de gebruikte activiteitgroepen kunnen verschillen tussen ziekenhuizen. Na de gedetailleerde kostprijsberekening van elke prestatie, in elk ziekenhuis, worden prestaties toegewezen aan een **theoretische activiteitgroep (T.AG)**. De T.AG's zijn een groepering van prestaties die klinisch verwant zijn en die door dezelfde klinische experts vergeleken kunnen worden.

De classificatie van theoretische activiteitgroepen is TFE-overschrijdend, een theoretische activiteitgroep kan bijgevolg prestaties uit verschillende TFE's bevatten. (Zie H2: methodologie Leuven)

team) voor een verdere toelichting over theoretische activiteitgroepen en een volledige bijlage van de prestaties per T.AG.)

Prestaties uit TFE cathlab IRCC komen in volgende theoretische activiteitgroepen voor:

1. CATHLAB_HART
2. IVR

Zoals hierboven vermeld, zijn theoretische activiteitgroepen TFE-overschrijdend. De theoretische activiteitgroep 'IVR' bevat prestaties van TFE cathlab IRCC, maar sluit in zijn geheel beter aan bij TFE beeldvorming. In wat volgt wordt deze T.AG niet besproken (komt aan bod in fiche TFE beeldvorming).

Onderstaande tabel toont de P-M-A verhouding van de geïncludeerde kosten binnen de T.AG van TFE cathlab IRCC.

Tabel 6: P-M-A verhouding per T.AG

T.AG	personeel	%	materiaal	%	apparatuur	%
CATHLAB_HART	€ 7.106.412,77	35%	€ 8.946.540,38	44%	€ 4.409.508,32	22%

4.1.2 Bepaling basisprestatie

Voor elke theoretische activiteitgroep wordt een basisprestatie aangeduid. Een basisprestatie is klinisch logisch om andere prestaties mee te vergelijken. Ze heeft een vergelijkbare uitvoering en berekende praktijkkost over de deelnemende ziekenhuizen heen. Verder wordt ze uitgevoerd en gefactureerd in voldoende groot aantal en kan ze afgelijnd worden ten opzichte van samen uitgevoerde prestaties.

Als basisprestatie voor de T.AG CATHLAB_HART wordt geopteerd voor de '**Digitale coronarografie door hartcatheterisatie**' (NC 464170-464181) omwille van het groot aantal uitvoeringen in elk van de geselecteerde OFE's.

4.2 Relatieve waardeschaal o.b.v. directe praktijkkosten

4.2.1 Basisresultaat

3.2 geeft aan dat de totale directe praktijkkosten verdeeld worden over alle prestaties aan de hand van de verdeelsleutel per kostensoortgroep. Hieruit volgt als resultaat per ziekenhuis, per operationele functionele eenheid een directe praktijkkost per prestatie voor het boekhoudjaar 2019. Deze directe praktijkkost per prestatie wordt op *pool*niveau berekend als de **gewogen mediane eenheidskost** van de ziekenhuizen. Op basis hiervan wordt de eerste **relatieve waardeschaal (RWS)** vastgelegd.

4.2.2 Expertvalidatie RWS en opmerkingen

Eenmaal de eenheidskost op prestatieniveau gekend is, kan geaggregeerd worden op het niveau van theoretische activiteitgroep om de resultaten bevattelijker te maken. Per theoretische activiteitgroep wordt een RWS berekend door zijn basisprestatie als uitgangspunt te gebruiken. Deze (empirische) RWS wordt vervolgens ter validatie voorgelegd aan experts (artsen, hoofdverpleegkundigen) uit het domein.

De empirische RWS per T.AG wordt in de expertensessies bijgestuurd aan de hand van hun advies (resultaat en argumentatie zie tabellen hieronder). Dit advies wordt meegenomen in de verdere verwerking van de finale relatieve waardeschaal (Zie H2: *methodologie Leuvens team*).

De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

4.2.2.1 T.AG CATHLAB HART

Tabel 7: empirische en expertvalidatie RWS

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
464170	464181	Digitale coronarografie door hartcatheterisatie	1,00	1,00
464192	464203	Digitale coronarografie door hartcatheterisatie met minimum twee gefilmde sekwenties per overbrugging	1,17	1,25
476055	476066	Hartcatheterismen buiten het continu toezicht op de hartfunctie - Hartcatheterismen met grafisch registreren van de drukcurven op verschillende niveaus, inclusief eventueel de afnamen van bloedmonsters voor doseren, de radioscopische controles met televisie, de electrocardiografische controles, de denudatie en de inspuiting van contrastmiddelen met of zonder krachtsinspanningsproef of farmacodynamische proef, met protocol en tracés (mogen niet worden gecumuleerd met de raadplegingen) : langs arteriële weg	0,76	0,80
476011	476022	Hartcatheterismen buiten het continu toezicht op de hartfunctie - Hartcatheterismen met grafisch registreren van de drukcurven op verschillende niveaus, inclusief eventueel de afnamen van bloedmonsters voor doseren, de radioscopische controles met televisie, de electrocardiografische controles, de denudatie en de inspuiting van contrastmiddelen met of zonder krachtsinspanningsproef of farmacodynamische proef, met protocol en tracés (mogen niet worden gecumuleerd met de raadplegingen) : langs veneuze weg	0,49	0,80
476652	476663	Hartcatheterisatie met endomyocardiopsie langs veneuze weg	0,77	1,50
476033	476044	Hartcatheterismen buiten het continu toezicht op de hartfunctie - Hartcatheterismen met grafisch registreren van de drukcurven op verschillende niveaus, inclusief eventueel de afnamen van bloedmonsters voor doseren, de radioscopische controles met televisie, de electrocardiografische controles, de denudatie en de inspuiting van contrastmiddelen met of zonder krachtsinspanningsproef of farmacodynamische proef, met protocol en tracés (mogen niet worden gecumuleerd met de raadplegingen) : langs veneuze weg met transeptale punctie	0,94	1,00
212214	212225	Hartcatheterisme met het oog op het plaatsen van één of meerdere catheters langs veneuze weg voor tijdelijke atriale en/of ventriculaire stimulatie en/of voor monitoring van de drukken of van de hartdebieten, inclusief de eventuele radioscopische controles met televisie, denudatie, electrocardiografische controles	0,40	0,75
589934	589945	Meting van de Fractional Flow Reserve bij eentaks intermediaire kransslagaderstenose	0,54	0,77

589956	589960	Het geheel van metingen van de Fractional Flow Reserve bij een rechthebbende met meertaks intermediaire kransslagaderstenose	0,69	1,00
589013	589024	Percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stent(s) onder controle door medische beeldvorming van een vernauwing en/of occlusie van een kransslagader, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, met uitsluiting van de dilatatiecatheter, de farmaca en de contrastmiddelen. Voor het geheel van de kransslagaders	1,76	2,00
589035	589046	Bijkomend honorarium bij de verstrekking 589013-589024 voor de behandeling van minimum 2 coronaire vaten tijdens eenzelfde procedure met name: de rechter coronair (kransslagadersegmenten nrs. 1 tot en met 4) en/of de hoofdstam (kransslagadersegment nr. 5) en/of de linker coronair (kransslagadersegmenten nrs. 6 tot en met 10) en/of de circumflexa (kransslagadersegmenten nrs. 11 tot en met 15) en/of saphena of arteriële (mammaria) enten.	0,82	1,30
476114	476125	Metten van het hartdebiet door de curven van thermodilutie of door de curven van kleurstofdilutie en berekenen van de circulatietijden: Bij rust, minimum twee afzonderlijke metingen	0,30	0,65
589455	589466	Sluiten van een defect van atrium septum, sluiten van een defect van ventrikel septum, van ductus Botalli of fenestratie van het atrium septum of sluiten van een coronaire fistel en fenestratie of septatie in het inter-atriaal septum of van het interventriculair septum of dilatatie van de intra-thoracale bloedvaten (perifere pulmonalisstenose, pericardiale veneuze pathways, coarctatio aortae) inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters exclusief de dilatatiecatheter(s), het occlusiemateriaal, de implantaten en farmaca en de contrastmiddelen, maximum per operatiezitting	3,22	5,00
589190	589201	Percutane endovasculaire plastiek van de aortaklep, van een aangeboren misvorming van de aorta, van de pulmonalisklep, de mitralisklep, de tricuspideklep of fulguratie van een klep inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de dilatatiecatheter(s) en farmaca en de contrastmiddelen, maximum per operatiezitting	3,45	5,00
239072	239083	Plaatsen van een intra-aortaal ballonnetje voor langdurige circulatie-assistentie door diastolische contrapulsie, inclusief eventuele revisie en het wegnemen met herstellen van de slagader, buiten de verstrekkingen 229014-229025, 229530-229541, 229552-229563 en 229596-229600	0,14	0,50
476276	476280	Uitgebreid elektrofysiologisch onderzoek zonder ablatie voor het opwekken en beëindigen van tachycardiën met behulp van drie of meer catheters, inclusief afname van bloedstalen, radioscopische en electrocardiografische controles, toediening van farmaca en contraststoffen, met protocol en tracés	1,97	3,00

476291	476302	Beperkt elektrofysiologisch onderzoek zonder ablatie tot studie van de sinusknopfunctie en van de atrioventriculaire geleiding met behulp van een of meerdere catheters met inbegrip van de electrocardiografische opnamen	1,06	1,00
589551	589562	Elektrofysiologisch onderzoek en percutane ablatie ter behandeling van een linker atriale flutter (door gerichte ablatie van het aritmiecircuit of van aritmiefocus) of atriale fibrillatie (door isolatie of circumferentiële ablatie van de pulmonaalvenen)	4,32	8,00
589536	589540	Elektrofysiologisch onderzoek en percutane ablatie ter behandeling van ventriculaire aritmieën door gerichte ablatie van het aritmiecircuit of van de aritmiefocus	4,23	8,00
589514	589525	Elektrofysiologisch onderzoek en percutane ablatie ter behandeling van een rechter atriale flutter door gerichte ablatie van het aritmiecircuit	2,26	4,00
589492	589503	Elektrofysiologisch onderzoek en percutane ablatie ter behandeling van een atrioventriculaire nodale re-entry tachycardie, een atrioventriculaire re-entry tachycardie (over Kent-bundel) of een rechter atriale ectopische tachycardie door gerichte ablatie van het aritmiecircuit of van de aritmiefocus	2,33	5,00
589573	589584	Elektrofysiologisch onderzoek en percutane His bundel ablatie	1,71	2,00
476313	476324	Diagnose en/of behandeling van tachycardieën door middel van elektrische prikkels via één of meerdere endocavitair geplaatste catheters met inbegrip van de electrocardiografische opnamen	0,53	0,75
475016	475020	Electrische defibrillatie van het hart, inclusief electrocardiografische controle tijdens bewerking	0,30	0,50
354373	354384	Chirurgische implantatie, verwijdering of vervanging van een actief implantaat met de eventuele geleidingsdraad of extensiekabel maar zonder elektroden of ander toebehoren	0,98	1,50
475974	475985	Percutane plaatsing van (één of meer) blijvende intracavitare elektrode(n) langs transveneuze weg	0,94	1,00
475952	475963	Implantatie langs transveneuze weg van een linker kamer elektrode, verbonden aan een pacemaker of een hartdefibrillatoR	1,25	2,50
475930	475941	Herpositioneren van één of meerdere hartelektroden, op een andere dag dan de implantatie	1,31	1,41
475996	476000	Vervangen van één of meerdere blijvende intracavitare elektrode(n) via transveneuze weg	2,11	2,00
589433	589444	Percutane extractie van een elektrode bij een patiënt met een ingeplante hartstimulator of een ingeplante hartdefibrillator, met uitsluiting van de farmaceutische producten, de contrastmiddelen en het wegwerpmateriaal	2,12	5,11
355471	355482	Punctie bij pericarditis (inclusief de eventuele inspuitingen en spoelingen) onder echografische of fluoroscopische controle	0,60	2,00
464531	464542	Digitale subtractie-angiografie na intraveneuze toediening van contrastmiddel, ongeacht het aantal injecties van contrastmiddel, ongeacht het aantal onderzochte streken of organen, inclusief alle manipulaties, met documentatie op	0,51	0,50

		transparante film van de significante beelden: De andere gevallen		
464516	464520	Digitale substractie-angiografie na intraveneuze toediening van contrastmiddel, ongeacht het aantal injecties van contrastmiddel, ongeacht het aantal onderzochte streken of organen, inclusief alle manipulaties, met documentatie op transparante film van de significante beelden: Met plaatsen van een catheter in de vena cava	0,51	0,50

Op de expertensessie voor TFE cathlab IRCC zijn 3 artsen, 1 hoofdverpleegkundige, 2 stafmedewerkers en 2 financieel directeurs aanwezig uit 4 verschillende ziekenhuizen. Tijdens de bespreking worden onderstaande nomenclatuurspecifieke opmerkingen gemaakt:

Tabel 8: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie cathlab hart

464170-464181 Digitale coronarografie door hartcatheterisatie	
BASISPRESTATIE	
Akkoord met 30 minuten slotduur en 2 verpleegkundigen.	
464192-464203 Digitale coronarografie door hartcatheterisatie met minimum twee gefilmde sekwenties per overbrugging	
Twee bloedvaten extra te injecteren.	
476011-476022 Hartcatheterismen buiten het continu toezicht op de hartfunctie - Hartcatheterismen met grafisch registreren van de drukcurven op verschillende niveaus, inclusief eventueel de afnamen van bloedmonsters voor doseren, de radioscopische controles met televisie, de elektrocardiografische controles, de denudatie en de inspuiting van contrastmiddelen met of zonder krachtsinspanningsproef of farmacodynamische proef, met protocol en tracés (mogen niet worden gecumuleerd met de raadplegingen): langs veneuze weg	
Idem aan NC 476055-476066 hartcatheterisme langs arteriële weg.	
476652-476663 Hartcatheterisatie met endomyocardbiopsie langs veneuze weg	
Complexere procedure, duurt minstens even lang als een coronarografie: RWS 1,50.	
476033-476044 Hartcatheterismen buiten het continu toezicht op de hartfunctie - Hartcatheterismen met grafisch registreren van de drukcurven op verschillende niveaus, inclusief eventueel de afnamen van bloedmonsters voor doseren, de radioscopische controles met televisie, de elektrocardiografische controles, de denudatie en de inspuiting van contrastmiddelen met of zonder krachtsinspanningsproef of farmacodynamische proef, met protocol en tracés (mogen niet worden gecumuleerd met de raadplegingen): langs veneuze weg met transseptale punctie	
Vergelijkbaar met een coronarografie: RWS 1,00.	
212214-212225 Hartcatheterisme met het oog op het plaatsen van één of meerdere catheters langs veneuze weg voor tijdelijke atriale en/of ventriculaire stimulatie en/of voor monitoring van de drukken of van de hartdebieten, inclusief de eventuele radioscopische controles met televisie, denudatie, elektrocardiografische controles	
Empirisch resultaat lijkt een onderschatting want vergelijkbaar met een basiscatheterisatie en drukmeting: RWS 0,75.	
589934-589945 Meting van de Fractional Flow Reserve bij eentaks intermediaire kransslagaderstenose	
Te beschouwen als aanvullende handeling bij coronarografie: RWS 0,75.	

589956-589960 Het geheel van metingen van de Fractional Flow Reserve bij een rechthebbende met meertaks intermediaire kransslagaderstenose

Te beschouwen als aanvullende handeling bij coronarografie met metingen in bijkomende bloedvaten: RWS 1,0.

589013-589024 Percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stent(s) onder controle door medische beeldvorming van een vernauwing en/of occlusie van een kransslagader, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, met uitsluiting van de dilatatiecatheter, de farmaca en de contrastmiddelen. Voor het geheel van de kransslagaders

Aanvullende handeling, grote individuele verschillen afhankelijk van de complexiteit: gemiddeld RWS 2,00.

589035-589046 Bijkomend honorarium bij de verstrekking 589013-589024 voor de behandeling van minimum 2 coronaire vaten tijdens eenzelfde procedure met name: de rechter coronair (kransslagadersegmenten nrs. 1 tot en met 4) en/of de hoofdstam (kransslagadersegment nr. 5) en/of de linkercoronair (kransslagadersegmenten nrs. 6 tot en met 10) en/of de circumflexa (kransslagadersegmenten nrs. 11 tot en met 15) en/of saphena of arteriële (mammaria) enten.

Aanvullende handeling ten opzichte van dilatatie van één kransslagader, grote individuele verschillen en afhankelijk van één of meer bijkomende dilataties: gemiddeld RWS 1,30.

476114-476125 Meten van het hartdebiet door de curven van thermodilutie of door de curven van kleurstofdilutie en berekenen van de circulatietijden : Bij rust, minimum twee afzonderlijke metingen

Aanvullende handeling waarbij thermodilutie moet worden uitgevoerd en bloedstalen moeten worden genomen. Slotduur 25 minuten aanvaardbaar: RWS 0,65

589455-589466 Sluiten van een defect van atrium septum, sluiten van een defect van ventrikel septum, van ductus Botalli of fenestratie van het atrium septum of sluiten van een coronaire fistel en fenestratie of septatie in het inter-atriaal septum of van het interventriculair septum of dilatatie van de intra-thoracale bloedvaten (perifere pulmonalisstenose, pericardiale veneuze pathways, coarctatio aortae) inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters exclusief de dilatatiecatheter(s), het occlusiemateriaal, de implantaten en farmaca en de contrastmiddelen, maximum per operatiezitting

Volledige procedure. Veel variatie mogelijk gaande van herstel van een atriumseptumdefect (ASD, uitgevoerd door 1 arts) tot een ventrikelseptumdefectherstel (VSD, uitgevoerd door 2 artsen en meer tijd). Telkens 2 verpleegkundigen en 1 technicus nodig. Op basis van benodigde personeelsinzet (3 niet-artsen gedurende minstens 100 minuten) alvast RWS 5,0.

589190-589201 Percutane endovasculaire plastiek van de aortaklep, van een aangeboren misvorming van de aorta, van de pulmonalisklep, de mitralisklep, de tricuspidklep of fulguratie van een klep inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de dilatatiecatheter(s) en farmaca en de contrastmiddelen, maximum per operatiezitting

Gelijkaardig aan NC 589455-589466: RWS 5,0.

239072-239083 Plaatsen van een intra-aortaal ballonnetje voor langdurige circulatie-assistentie door diastolische contrapulsie, inclusief eventuele revisie en het wegnemen met herstellen van de slagader, buiten de verstrekkingen 229014-229025, 229530-229541, 229552-229563 en 229596-229600

Volledige procedure, helpt van een klassieke coronarografie: RWS 0,5.

476276-476280 Uitgebreid elektrofysiologisch onderzoek zonder ablatie voor het opwekken en beëindigen van tachycardieën met behulp van drie of meer catheters, inclusief afname van bloedstalen, radioscopische en electrocardiografische controles, toediening van farmaca en contraststoffen, met protocol en tracés

Volledige procedure, ongeveer driemaal zo lang als een coronarografie en ook twee verpleegkundigen: RWS 3,0.

476291-476302 Beperkt elektrofysiologisch onderzoek zonder ablatie tot studie van de sinusknopfunctie en van de atrioventriculaire geleiding met behulp van een of meerdere catheters met inbegrip van de electrocardiografische opnamen

Volledige procedure, vergelijkbaar met coronarografie: RWS 1,0.

589551-589562 Elektrofysiologisch onderzoek en percutane ablatie ter behandeling van een linker atriale flutter (door gerichte ablatie van het aritmiecircuit of van aritmiefocus) of atriale fibrillatie (door isolatie of circumferentiële ablatie van de pulmonaalvenen)

Volledige procedure, empirische RWS lijkt een sterke onderschatting te zijn, vergelijkbaar met het onderzoek en behandeling van de ventriculaire aritmie NC 589536-589540: RWS 8,0.

589536-589540 Elektrofysiologisch onderzoek en percutane ablatie ter behandeling van ventriculaire aritmieën door gerichte ablatie van het aritmiecircuit of van de aritmiefocus

Volledige procedure, akkoord met slotduur 240 min: RWS 8,0.

589514-589525 Elektrofysiologisch onderzoek en percutane ablatie ter behandeling van een rechter atriale flutter door gerichte ablatie van het aritmiecircuit

Volledige procedure inclusief uitgebreid elektrofysiologisch onderzoek, rechter atriale ingreep gemakkelijker dan linker, wel wachttijd tijdens procedure: RWS 4,0.

589492-589503 Elektrofysiologisch onderzoek en percutane ablatie ter behandeling van een atrioventriculaire nodale re-entry tachycardie, een atrioventriculaire re-entry tachycardie (over Kent-bundel) of een rechter atriale ectopische tachycardie door gerichte ablatie van het aritmiecircuit of van de aritmiefocus

Volledige procedure inclusief uitgebreid elektrofysiologisch onderzoek, minstens 2,5 uur durende procedure: RWS 5,0.

589573-589584 Elektrofysiologisch onderzoek en percutane His bundel ablatie

Volledige procedure, 60 minuten: RWS 2,0.

476313-476324 Diagnose en/of behandeling van tachycardieën door middel van elektrische prikkels via één of meerdere endocavitair geplaatste catheters met inbegrip van de electrocardiografische opnamen

Indien geïnterpreteerd als tijdelijke (overdrive) pacing tijdens een onderzoek, dan gelijkaardig aan plaatsing tijdelijke pacemaker NC 212214-212225: RWS 0,75.

475016-475020 Electriche defibrillatie van het hart, inclusief electrocardiografische controle tijdens bewerking

Synchrone defibrillatie waarbij de patiënt in slaap wordt gedaan, samen met installatie en voorbereiding 25 minuten: RWS 0,5.

354373-354384 Chirurgische implantatie, verwijdering of vervanging van een actief implantaat met de eventuele geleidingsdraad of extensiekabel maar zonder elektroden of ander toebehoren

Device (vervangen), zonder elektroden. Chirurgische procedure, dus langer dan catheterisatie omwille van ontsmetten, installeren, afdekken, insnijden en hechten: RWS 1,5.

<p>475974-475985 Percutane plaatsing van (één of meer) blijvende intracavitaire elektrode(n) langs transveneuze weg Aanvullende handeling, vergelijkbaar met coronarografie: RWS 1,0.</p>
<p>475952-475963 Implantatie langs transveneuze weg van een linker kamer elektrode, verbonden aan een pacemaker of een hartdefibrillatoR Aanvullende handeling, moeilijker te plaatsen via sinus coronarius, duurtijd x3: RWS 2,5.</p>
<p>475930-475941 Herpositioneren van één of meerdere hartelektroden, op een andere dag dan de implantatie Volledige procedure, transveneuze realiteit, toegang te creëren dus meer dan originele plaatsing: RWS 1,4.</p>
<p>475996-476000 Vervangen van één of meerdere blijvende intracavitaire elektrode(n) via transveneuze weg Volledige procedure, meer werk dan herpositioneren: RWS 2,0.</p>
<p>589433-589444 Percutane extractie van een elektrode bij een patiënt met een ingeplante hartstimulator of een ingeplante hartdefibrillator, met uitsluiting van de farmaceutische producten, de contrastmiddelen en het wegwerpmateriaal Volledige procedure, grote individuele verschillen, meestal complex met veel personeelsinzet, gebeurt niet in alle ziekenhuizen: RWS 5,1.</p>
<p>355471-355482 Punctie bij pericarditis (inclusief de eventuele inspuitingen en spoelingen) onder echografische of fluoroscopische controle Volledige procedure, zeldzaam en complex met meer personeelsinzet dan coronarografie: RWS 2,0.</p>
<p>464531-464542 Digitale substractie-angiografie na intraveneuze toediening van contrastmiddel, ongeacht het aantal injecties van contrastmiddel, ongeacht het aantal onderzochte streken of organen, inclusief alle manipulaties, met documentatie op transparante film van de significante beelden: De andere gevallen Beeldvorming, 10 à 15 minuten: RWS 0,5.</p>
<p>464516-464520 Digitale substractie-angiografie na intraveneuze toediening van contrastmiddel, ongeacht het aantal injecties van contrastmiddel, ongeacht het aantal onderzochte streken of organen, inclusief alle manipulaties, met documentatie op transparante film van de significante beelden : Met plaatsen van een catheter in de vena cava Beeldvorming, 10 à 15 minuten: RWS 0,5.</p>

5 Aandachtspunten

Tot slot worden een aantal aandachtspunten meegegeven, die van belang zijn bij de interpretatie van de resultaten, en waarmee, bij voorkeur, rekening wordt gehouden in de vervolgfase(n) van het nomenclatuurproject.

5.1 Anesthesie

Elk ziekenhuis verdeelt de boekhoudkundige kosten op een OFE naar activiteitgroepen. Die kosten omvatten vaak ook de kosten voor anesthesie (tenzij ze op een aparte OFE zouden zijn geboekt). Op die manier krijgen prestaties anesthesiekosten toebedeeld. Dit is naar best vermogen gebeurd door elk ziekenhuis. Het is niet vanzelfsprekend om anesthesiekosten te spreiden over prestaties vanwege de variabiliteit in uitvoering van eenzelfde prestatie: in bepaalde gevallen krijgt de patiënt de keuze om al dan niet onder verdoving te worden behandeld of er kan worden gekozen voor lokale verdoving in

plaats van algehele. Zodra een ziekenhuis anesthesiekosten toekent aan een activiteitgroep worden de kosten echter a rato van de verdeelsleutels over alle prestaties in die activiteitgroep verdeeld, zonder onderscheid in mogelijke variabiliteit in uitvoering zoals eerder omschreven.

In de realiteit is er bij de meerderheid van de prestaties van T.AG CATHLAB_HART sprake van een vorm van anesthesie. Bij volwassenen zal dit in veel gevallen beperkt zijn tot lokale verdoving. Er zijn echter ook procedures die onder algemene anesthesie plaatsvinden.

5.2 Praktijkvoering

Zalen voor interventionele radiologie kunnen worden ingericht met *monoplane* of *biplane* installaties. Bij *biplane* opstellingen kan er beeldvorming gebeuren in twee vlakken tegelijkertijd. Deze hebben op het vlak van beeldvorming vooral een meerwaarde bij neurovasculaire interventies en elektrofysiologische procedures. In de praktijk is er een algemene evolutie richting *biplane* zalen. De installatiekost van de apparatuur is zo'n 50% hoger dan die van een *monoplane* toestel.

5.3 Beperkingen nomenclatuur

Op basis van de ziekenhuisresultaten blijkt er (in 2019) onduidelijkheid te zijn over de cumuleerbaarheid van een aantal prestaties uit de T.AG CATHLAB_HART (bv. cumuleerbaarheid van therapeutische procedures met hartcatheterismen).

Tijdens de expertvalidatie zijn volgende types prestaties beschouwd als de volledige (omschreven) procedure omvattend en dus niet cumuleerbaar met een prestatie voor de manipulaties en controles:

- Coronarografieën
- Types hartcatheterismen afzonderlijk
- Percutane herstellingen septum- en klepdefecten
- Plaatsen intra-aortale ballon
- Elektrofysiologische onderzoeken (EFO) en ablaties
- Synchronische defibrillatie en tijdelijke (overdrive) pacing
- Manipulaties van pacemaker-elektrodes op andere dag dan de implantatie

De volgende prestaties zijn beschouwd als aanvullende handelingen, cumuleerbaar met een voorafgaandelijke procedure:

- Metingen van de Fractional Flow Reserve (FFR)
- Metingen hartdebiet
- Oorspronkelijke plaatsing pacemaker-elektrodes
- Percutane endovasculaire dilataties kranslagaders met/zonder stent (PCI)

De omschrijving van de nomenclatuur met betrekking tot de elektroden van cardiale *devices* is inhoudelijk onduidelijk.

Bovenstaande onduidelijkheden bij het bepalen van de praktijkkost voor de prestaties van T.AG CATHLAB_HART worden vaak gecombineerd met de aanwezigheid van materiaalhonoraaria gekoppeld aan deze prestaties. De hierdoor gefinancierde materialen zijn niet steeds duidelijk afgebakend waardoor hun exclusie uit de materiaalkosten niet evident is en het toewijzen van materiaalkosten verder bemoeilijkt wordt.

De huidige situatie maakt een eenduidige interpretatie moeilijk. Die onduidelijkheid zal ongetwijfeld doorsijpelen in de lopende herijkingsstudies. Het is daarom van belang de verschillende kostenbenaderingen op de juiste manier te interpreteren om dubbele financiering of hiaten te vermijden.

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

HOOFDSTUK 2: TFE BEVALLINGSKWARTIER

Inhoudstafel

1	Functionele eenheid: bevallingskwartier	3
1.1	Theoretische functionele eenheid.....	3
1.2	Operationeel functionele eenheden.....	3
2	Startpositie kosten	4
2.1	Kostensoort.....	5
2.2	Kostenplaats.....	5
3	Kostprijsberekening (ZH): allocatie naar de prestaties.....	6
3.1	Bepaling klinische activiteitgroepen	6
3.2	Kostverdeling.....	6
3.2.1	Slotduur.....	6
3.2.2	Personeelsduur.....	7
4	Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS).....	7
4.1	Theoretische activiteitgroep(en).....	7
4.1.1	Bepaling theoretische activiteitgroepen	7
4.1.2	Bepaling basisprestatie.....	8
4.2	Relatieve waardeschaal o.b.v. directe praktijkkosten.....	8
4.2.1	Basisresultaat	8
4.2.2	Expertvalidatie RWS en opmerkingen.....	8
5	Aandachtspunten	11
5.1	Resultaten uit OKA-setting.....	11
5.2	Anesthesie	11
5.3	Patiënt- en/of pathologiekarakteristieken	11
5.4	Beperkingen nomenclatuur (v0)	11

Lijst tabellen

Tabel 1: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal in 2019.....	3
Tabel 2: TMCP HON TFE bevallingskwartier t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's	4
Tabel 3: TMCP HON TFE bevallingskwartier in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE bevallingskwartier op de geselecteerde OFE's.....	4
Tabel 4: overzicht van de kosten in en uit selectie.....	5
Tabel 5: overzicht kostenplaatsen onder het type 'bevallingskwartier'	5
Tabel 6: activiteitgroepen per ziekenhuis	6
Tabel 7: P-M-A verhouding per T.AG.....	8
Tabel 8: empirische en expertvalidatie RWS.....	9
Tabel 9: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie bevallingskwartier.....	9

Lijst figuren

Figuur 1: variatie slottijden per prestatie.....	7
Figuur 2: variatie personeelstijden per prestatie	7

I Functionele eenheid: bevallingskwartier

I.1 Theoretische functionele eenheid

Het vertrekpunt in de analyse is een **theoretische functionele eenheid (TFE)**, gedefinieerd als een “afgebakend geheel van medische activiteiten op basis van nomenclatuurcodes”.

Deze documentatiefiche beschrijft de methodologie, analyses en resultaten van de theoretische functionele eenheid ‘**bevallingskwartier**’ die wordt afgebakend door een selectie van nomenclatuur uit onderstaande artikels:

- Art 9 Verlossingen
- Art 14a Algemene heekunde
- Art 14g Gynaecologie-verloskunde
- Art 3 Technische geneeskundige verstrekkingen

De theoretische functionele eenheid ‘bevallingskwartier’ bestaat uit 32 nomenclatuurprestaties, waarvan 16 ambulante en 16 klinische nomenclatuurcodes. 6 prestaties worden niet onderzocht omdat ze enkel op een niet geselecteerde OFE voorkomen (zie I.2).

De *pool* voor TFE bevallingskwartier bestaat uit tien deelnemende ziekenhuizen.

Het totaal aantal prestaties in de TFE bevallingskwartier dat nationaal en in de *pool* is uitgevoerd in 2019 wordt weergegeven in onderstaande Tabel 1.

Tabel 1: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal in 2019

ARTIKEL	AANTAL			HONORARIA		
	POOL	NATIONAAL		POOL	NATIONAAL	
9	94.361	538.466	18%	€ 7.866.706	€ 30.316.240	26%
14a	4.003	19.947	20%	€ 278.533	€ 1.241.137	22%
14g	146	563	26%	€ 21.164	€ 72.323	29%
3	4	14	29%	€ 20	€ 59	34%
Totaal	98.514	558.990	18%	€ 8.166.423	€ 31.629.759	26%

I.2 Operationeel functionele eenheden

Een **operationele functionele eenheid (OFE)** wordt gedefinieerd als “de afdeling, verpleegeenheid of dienst waar de medische prestaties worden verricht”. In tegenstelling tot de TFE die gelijk is voor alle ziekenhuizen, is de verzameling van prestaties die op een OFE gebeuren afhankelijk van de organisatie van het ziekenhuis. Prestaties kunnen worden uitgevoerd op verschillende operationele eenheden (OFE(i)). De analyse wordt uitgewerkt op de belangrijkste operationele eenheden, m.a.w. de eenheden waar het grootste aandeel omzet van de bestudeerde theoretische functionele eenheid wordt gerealiseerd.

Voor TFE bevallingskwartier leidt de selectie in de 10 *pool* ziekenhuizen tot 12 relevante OFE's. Onderstaande Tabel 2 toont per geselecteerde OFE de honorariummassa van de TMCP uit TFE bevallingskwartier versus de totale TMCP honorariummassa op de OFE.

Tabel 2: TMCP HON TFE bevallingskwartier t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's

ZH	OFE	TMCP		
		HON TFE BEVALLINGSKWARTIER	HON ANDERE TFE	% TFE BEVALLINGSKWARTIER
ZH1	OFE1	€ 233.751	€ 8.902	96%
ZH2	OFE1	€ 832.143	€ 631.947	57%
ZH3	OFE1	€ 373.374	€ 182.086	67%
ZH4	OFE1	€ 120.898	€ 19.677	86%
ZH5	OFE1	€ 1.007.280	€ 1.804	100%
ZH6	OFE1	€ 888.472	€ 94.345	90%
ZH7	OFE1	€ 214.027	€ 97.361	69%
ZH8	OFE1	€ 1.249.503		100%
	OFE2	€ 582.216		100%
ZH9	OFE1	€ 221.247	€ 66.084	77%
ZH10	OFE1	€ 167.355		100%
	OFE2	€ 110.980		100%

Tabel 3 toont per artikel de honorariummassa en het aantal prestaties voor TFE bevallingskwartier, enerzijds voor de volledige pool en anderzijds voor de 12 onderzochte OFE's van de ziekenhuizen. Op de onderzochte OFE's (= 73% van de totale honorariummassa in de pool) worden in 2019 in totaal 61.160 prestaties gefactureerd. Hiertegenover staat een honorariummassa van € 6.001.246.

Tabel 3: TMCP HON TFE bevallingskwartier in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE bevallingskwartier op de geselecteerde OFE's

HON/AANTAL TFE BEVALLINGSKWARTIER				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
9	Verlossingen	94.361	€ 7.866.706	96,3%
14a	Algemene heelkunde	4.003	€ 278.533	3,4%
14g	Gynecologie-verloskunde	146	€ 21.164	0,3%
3	Technische geneeskundige verstrekkingen	4	€ 20	0,0%
TOTAAL		98.514	€ 8.166.424	100%

HON/AANTAL TFE BEVALLINGSKWARTIER, geselecteerde OFE's				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
9	Verlossingen	60.758	€ 5.969.639	99,5%
14a	Algemene heelkunde	336	€ 22.573	0,4%
14g	Gynecologie-verloskunde	65	€ 9.029	0,2%
3	Technische geneeskundige verstrekkingen	1	€ 5	0,0%
TOTAAL		61.160	€ 6.001.246	100%

AANDEEL IN SELECTIE	73%
----------------------------	------------

2 Startpositie kosten

Het is belangrijk om de kostengegevens van de deelnemende ziekenhuizen te analyseren, valideren en te 'herordenen' zodat de kostengegevens per operationele FE over de ziekenhuizen heen zo volledig en vergelijkbaar mogelijk zijn. Afhankelijk van de specifieke boekingswijze van de deelnemende ziekenhuizen, kunnen verschuivingen tussen operationele eenheden nodig zijn om een vergelijkbare (i.e. zo uniform mogelijke) startpositie te verzekeren.

2.1 Kostensoort

Op basis van de feedback op de validatierapporten zijn er ziekenhuisspecifieke knelpunten geïdentificeerd. Ziekenhuizen verschuiven kosten van andere OFE's naar de te bestuderen OFE's of omgekeerd (zowel personeel, materiaal als apparatuur). Deze verschuivingen zorgen voor een zo juist mogelijke match tussen directe kosten en honoraria op de geselecteerde OFE's.

Tabel 4 vat de geïncludeerde en geëxcludeerde kostensoorten samen voor de geselecteerde OFE's voor de vier kostensoortgroepen (personeel, materiaal, apparatuur, overige).

Tabel 4: overzicht van de kosten in en uit selectie

TFE BEVALLINGSKWARTIER, geselecteerde OFE's		Kosten_POOL	
2019			
IN selectie			
Direct	Personeel	€ 15.555.826	85,1%
Direct	Materiaal	€ 1.952.505	10,7%
Direct	Medische apparatuur	€ 773.171	4,2%
Subtotaal		€ 18.281.501	69%
Exclusie			
Indirect	Personeel	€ 428.039	17,2%
Indirect	Materiaal	€ 443.635	17,9%
Indirect	Overige	€ 1.613.576	64,9%
Subtotaal		€ 2.485.250	9%
Exclusie	Personeel	€ 5.234.785	93,3%
Exclusie	Materiaal	€ 368.378	6,6%
Exclusie	Overige	€ 6.625	0,1%
Subtotaal		€ 5.609.788	21%
TOTAAL		€ 26.376.540	
AANDEEL IN SELECTIE		69%	

2.2 Kostenplaats

De regelgeving voorziet meerdere kostenplaatsen in de boekhouding waar prestaties van TFE bevallingskwartier kunnen landen. Naast de specifieke kostenplaats 'Bevallingskwartier M' (261) zijn er ook de kostenplaatsen 260 'Kraamdienst (hospitalisatie-eenheden)', 263 'Dienst M.I.C.' en 264-269 'Kraamdienst (hospitalisatie-eenheden) M'. Tabel 5 geeft een overzicht van de kostenplaatsen onder het type 'bevallingskwartier' weer.

Tabel 5: overzicht kostenplaatsen onder het type 'bevallingskwartier'

Groepering kostenplaats:	kostenplaatsen:
BEVALLINGSKWARTIER	261 Bevallingskwartier M
BEVALLINGSKWARTIER	260 Kraamdienst (hospitalisatie-eenheden) M
BEVALLINGSKWARTIER	263 Dienst M.I.C.
BEVALLINGSKWARTIER	264 – 269 Kraamdienst (hospitalisatie-eenheden) M

Daarenboven is het ook mogelijk dat gynaecologen bepaalde van deze prestaties uitvoeren in andere afdelingen/kostenplaatsen van een ziekenhuis. Zo worden bijvoorbeeld keizersneden in sommige ziekenhuizen standaard in een specifiek daarvoor ingericht deel van het bevallingskwartier uitgevoerd, terwijl dit in andere ziekenhuizen in het operatiekwartier gebeurt.

3 Kostprijberekening (ZH): allocatie naar de prestaties

De te verdelen directe praktijkkost per operationele functionele eenheid van elk ziekenhuis staat nu vast. Om tot een directe praktijkkost per prestatie te komen, doorloopt elk ziekenhuis de volgende stappen.

3.1 Bepaling klinische activiteitgroepen

De deelnemende ziekenhuizen bepalen per OFE de klinische activiteitgroepen. Deze activiteitgroepen verwijzen naar een min of meer homogeen zorgproces en een daaraan gerelateerde inzet van middelen, de hoeveelheid kan verschillen.

Tabel 6: activiteitgroepen per ziekenhuis

	(Vag_)bev	Sectio	CTG	Afbr	Cer	Cur	Bevallingskwartier
DEN	x	x	x	x		x	
DFW	x		x	x			
JFK	x		x	x			
LAS							x
LAX	x	x	x	x		x	
MIA	x	x	x	x	x	x	
ORD	x		x	x			
PHX	x	x	x	x	x	x	
SEA	x		x	x			
SFO	x		x	x			

3.2 Kostverdeling

Vervolgens inventariseert elk ziekenhuis per OFE zijn middeleninzet om de kosten per activiteitgroep te bepalen. De kostenstudie beperkt zich tot de directe praktijkkosten, onderverdeeld in drie directe kostensoortgroepen, meer bepaald: (1) de personeelskost (P) van het direct bij de medische prestatie betrokken (zorg)personeel (excl. artsen), (2) materiaalkosten (M) (excl. geneesmiddelen, implantaten, synthesemateriaal (en zo mogelijk de materialen die onder bepaalde omstandigheden worden gefinancierd door een materiaalhonorarium)) en (3) kosten van medische apparatuur (A).

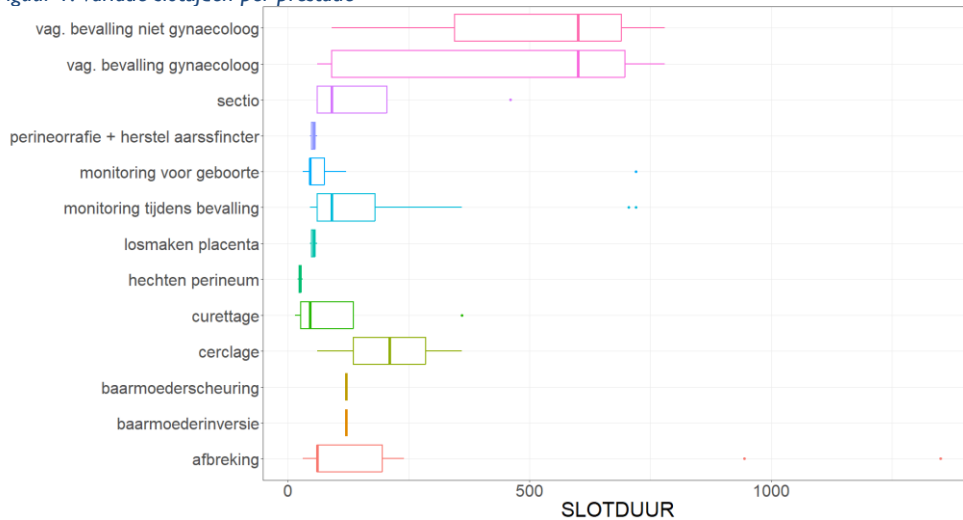
Nadat de kosten van de drie kostensoortgroepen zijn toegewezen aan de activiteitgroepen kan de relatie met de medische prestaties (nomenclatuur) worden bepaald. Elke ziekenhuis bepaalt per OFE per prestatie de bijhorende activiteitgroep, slot- en personeelsduur. Nadien wordt van elke activiteitgroep elk type directe kosten (personeel, materiaal en apparatuur) verdeeld over de prestaties op basis van een eigen verdeelsleutel zoals toegelicht in *Herijking NC-2.2 Leuven – methodologie*.

Het resultaat is per ziekenhuis, per operationele functionele eenheid een directe praktijkkost (in euro) per prestatie voor het boekhoudjaar 2019.

3.2.1 Slotduur

De volgende figuur toont de variatie in slottijden van de ziekenhuizen voor TFE-bevallingskwartierprestaties.

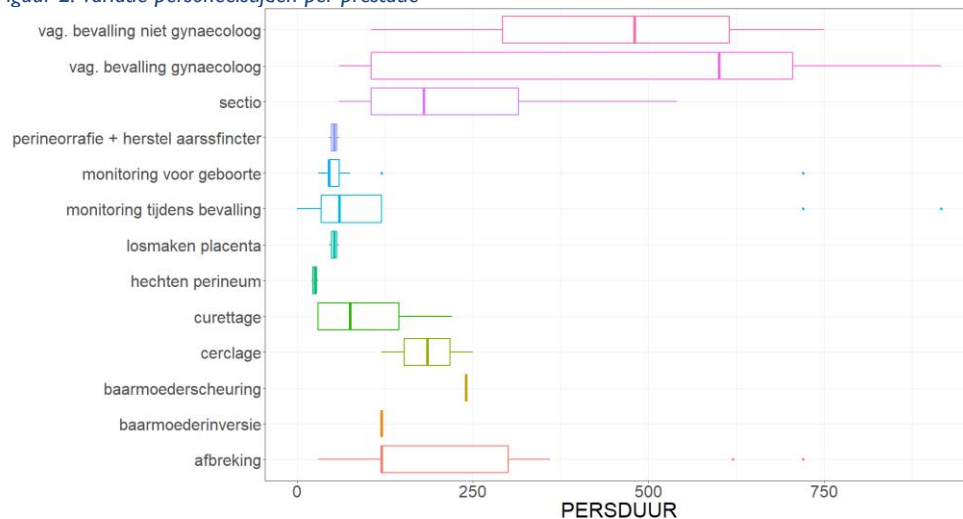
Figuur 1: variatie slottijden per prestatie



3.2.2 Personeelsduur

De volgende figuur toont de variatie in personeelstijden van de ziekenhuizen voor TFE-bevallingskwartierprestaties.

Figuur 2: variatie personeelstijden per prestatie



4 Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS)

4.1 Theoretische activiteitgroep(en)

4.1.1 Bepaling theoretische activiteitgroepen

Ziekenhuizen bepalen zelf hun activiteitgroepen aan de hand van hun operationele werking. Dit zorgt ervoor dat de gebruikte activiteitgroepen kunnen verschillen tussen ziekenhuizen. Na de gedetailleerde kostprijberekening van elke prestatie, in elk ziekenhuis, worden prestaties toegewezen aan een **theoretische activiteitgroep (T.AG)**. De T.AG's zijn een groepering van prestaties die klinisch verwant zijn en die door dezelfde klinische experts vergeleken kunnen worden.

De classificatie van theoretische activiteitgroepen is TFE-overschrijdend, een theoretische activiteitgroep kan bijgevolg prestaties uit verschillende TFE's bevatten. (Zie H2: *methodologie Leuvens team* voor een verdere toelichting over theoretische activiteitgroepen en een volledige bijlage van de prestaties per T.AG.)

Gezien het beperkt aantal prestaties wordt er voor de TFE bevallingskwartier slechts één theoretische activiteitgroep gebruikt: 'bevallingskwartier'.

Onderstaande Tabel 7 toont de P-M-A verhouding van de geïncludeerde kosten binnen de T.AG van TFE bevallingskwartier.

Tabel 7: P-M-A verhouding per T.AG

T.AG	personeel	%	materiaal	%	apparatuur	%
BEVALLINGSKWARTIER	€ 11.481.953,00	84%	€ 1.579.648	12%	€ 657.826	5%

4.1.2 Bepaling basisprestatie

Voor elke theoretische activiteitgroep (T.AG) wordt een basisprestatie aangeduid. Een basisprestatie is klinisch logisch om andere prestaties mee te vergelijken. Ze heeft een vergelijkbare uitvoering en berekende praktijkkost over de deelnemende ziekenhuizen heen. Verder wordt ze uitgevoerd en gefactureerd in voldoende groot aantal en kan ze afgelijnd worden ten opzichte van samen uitgevoerde prestaties.

Als basisprestatie voor de T.AG bevallingskwartier wordt geopteerd voor de '**Normale of ingewikkelde verlossing**' (NC 424012-424023) omwille van het groot aantal uitvoeringen in elk van de geselecteerde OFE's.

4.2 Relatieve waardeschaal o.b.v. directe praktijkkosten

4.2.1 Basisresultaat

3.2 geeft aan dat de totale directe praktijkkosten verdeeld worden over alle prestaties aan de hand van de verdeelsleutel per kostensoortgroep. Hieruit volgt als resultaat per ziekenhuis, per operationele functionele eenheid een directe praktijkkost per prestatie voor het boekhoudjaar 2019. Deze directe praktijkkost per prestatie wordt op *pool*niveau berekend als de **gewogen mediane eenheidskost** van de ziekenhuizen. Op basis hiervan wordt de eerste **relatieve waardeschaal (RWS)** vastgelegd.

4.2.2 Expertvalidatie RWS en opmerkingen

Eenmaal de eenheidskost op prestatieniveau gekend is, kan geaggregeerd worden op het niveau van theoretische activiteitgroep (T.AG) om de resultaten bevattelijker te maken. Per theoretische activiteitgroep wordt een RWS berekend door zijn basisprestatie als uitgangspunt te gebruiken. Deze (empirische) RWS wordt vervolgens ter validatie voorgelegd aan experts (artsen, hoofdverpleegkundigen) uit het domein.

De empirische RWS per T.AG wordt in de expertensessies bijgestuurd aan de hand van hun advies (resultaat en argumentatie zie tabellen hieronder). Dit advies wordt meegenomen in de verdere verwerking van de finale relatieve waardeschaal zie H2: *methodologie Leuvens team*.

De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

4.2.2.1 T.AG BEVALLINGSKWARTIER

Tabel 8: empirische en expertvalidatie RWS

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
424012	424023	Normale of ingewikkelde verlossing inclusief het honorarium voor de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie	1,00	1,00
423010	423021	Normale of ingewikkelde verlossing, inclusief het honorarium van de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie	1,28	1,00
424093	424104	Verlossing door keizersnede	1,45	1,00
424115	424126	Verloskundige ingreep wegens miskraam van vier tot zes maanden	1,12	1,00
424152	424163	Manueel losmaken van de placenta, na een verlossing door vroedvrouw	0,38	0,40
424130	424141	Hechten van het perineum, na een verlossing door vroedvrouw	0,27	0,27
424233	424244	Perineorrafie en herstel van de aarssfincter wegens volledige scheuring na een verlossing door een vroedvrouw of behandelend erkende huisarts of behandelend algemeen geneeskundige met verworven rechten	0,49	0,50
424196	424200	Heelkunde ter herstelling van baarmoederscheuring na een verlossing	1,12	1,20
424174	424185	Heelkundige bewerking wegens baarmoederinversie na een verlossing	0,43	0,60
220290	220301	Baarmoedercuretage, curatieve of exploratieve, eventueel inclusief dilatatie en afname voor endo-uterine biopsie	0,56	0,35
431513	431524	Ringen van baarmoederhals	1,03	0,40
424056	424060	Cardiotocografie voor de geboorte (met uitsluiting van de cardiotocografieën, verricht de dag van de verlossing) : gecombineerd registreren van de hartfrequentie van de foetus, van de intensiteit en van de frequentie van de contractie, met een minimumduur van een half uur, met protocol en uittreksel uit de tracés, per dag	0,21	0,10
424034	424045	Bijkomend honorarium bij de verlossing in geval van monitoring van de foetus met gecombineerd registreren van de hartfrequentie van de foetus, van de intensiteit en van de frequentie van de contracties, met protocol en uittreksels uit de tracés (forfaitair honorarium van de monitoring de dag van de verlossing)	0,12	0,05

Op de expertensessie voor TFE bevallingskwartier zijn 6 stafmedewerkers, 2 vroedvrouwen en 7 artsen aanwezig uit 7 verschillende ziekenhuizen. Tijdens de bespreking worden onderstaande nomenclatuurspecifieke opmerkingen gemaakt:

Tabel 9: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie bevallingskwartier

<p>424012-424023 Normale of ingewikkelde verlossing inclusief het honorarium voor de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesie door de geneesheren, specialisten voor anesthesie.</p> <p>BASISPRESTATIE</p> <p><i>De gehele duur van het verblijf op het verloskwartier in het kader van de bevalling wordt in rekening gebracht. In de realiteit bestaat er veel variatie met een groot verschil tussen enerzijds normale bevallingen en anderzijds kunstverlossingen (met ventouse en/of forceps). Daarnaast is de gemiddelde verblijfsduur langer in ziekenhuizen met een groot aandeel maternale intensive care bedden (MIC).</i></p> <p><i>Voor gebruik als basisprestatie wordt er uitgegaan van een gemiddelde aanwezigheid van 480 minuten.</i></p> <p>423010-423021 Normale of ingewikkelde verlossing, inclusief het honorarium van de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesie door de geneesheren, specialisten voor anesthesie.</p>
--

<p><i>Uitvoering door niet-gynaecologen. Gelijk aan uitvoering door gynaecologen. Geschrapt in nomenclatuur VI.</i></p> <p>424093-424104 Verlossing door keizersnede.</p> <p><i>Er bestaat een grote variabiliteit: geplande keizersneden hebben een veel kortere verblijfsduur op het verloskwartier, terwijl secundaire keizersneden vaak plaatsvinden na een lange arbeidsduur. De tweede groep maakt ongeveer 40 à 50% uit van het totale aantal keizersneden. In beide gevallen verblijven de vrouwen langer op het verloskwartier voor recovery. Globaal zal de middeleninzet daarmee gelijkaardig zijn aan deze bij een vaginale bevalling.</i></p>
<p>424115-424126 Verloskundige ingreep wegens miskraam van vier tot zes maanden</p> <p><i>Minder inzet personeel voor monitoring maar wel meer inzet voor algemene/psychosociale ondersteuning.</i></p>
<p>424152-424163 Manueel losmaken van de placenta, na een verlossing door vroedvrouw</p> <p><i>Weinig frequente prestatie: enkel wanneer een thuisbevalling eindigt in het ziekenhuis omwille van deze complicatie. Soms is er een zekere intensiteit, en dus middeleninzet, omwille van transfusienood.</i></p>
<p>424130-424141 Hechten van het perineum, na een verlossing door vroedvrouw</p> <p><i>Weinig frequente prestatie: enkel wanneer een thuisbevalling eindigt in het ziekenhuis omwille van deze complicatie. Dit zijn dan in realiteit complexere scheuren. In nomenclatuur VI ook dekking van NC 424233-424244 dus waardering in VI zal naar boven moeten worden bijgesteld.</i></p>
<p>424233-424244 Perineorrafie en herstel van de aarsfinciter wegens volledige scheuring na een verlossing door een vroedvrouw of behandelend erkende huisarts of behandelend algemeen geneeskundige met verworven rechten</p> <p><i>Weinig frequente prestatie: enkel wanneer een thuisbevalling eindigt in het ziekenhuis omwille van deze complicatie. Dit zijn dan in realiteit nog complexere scheuren, met aantasting van de sluitspier. Geschrapt in nomenclatuur VI, gedekt door NC 424130-424141.</i></p>
<p>424196-424200 Heelkunde ter herstelling van baarmoederscheuring na een verlossing</p> <p><i>Zelden gefactureerd. Open ingreep. Volgend op verlossing in geval van complicatie.</i></p>
<p>424174-424185 Heelkundige bewerking wegens baarmoederinversie na een verlossing</p> <p><i>Zelden gefactureerd. Open ingreep. Volgend op verlossing in geval van complicatie.</i></p>
<p>220290-220301 Baarmoedercuretage, curatieve of exploratieve, eventueel inclusief dilatatie en afname voor endo-uterine biopsie</p> <p><i>Hier validatie voor uitvoering buiten een operatiekwartier. Meerderheid wordt op OKA's uitgevoerd.</i></p>
<p>431513-431524 Ringen van baarmoederhals</p> <p><i>Hier validatie voor uitvoering buiten een operatiekwartier. Meerderheid wordt op OKA's uitgevoerd. Vraagt zeker meer middelen dan curettage, maar minder dan de basisprestatie.</i></p>
<p>424056-424060 Cardiotocografie voor de geboorte (met uitsluiting van de cardiotocografieën, verricht de dag van de verlossing): gecombineerd registreren van de hartfrequentie van de foetus, van de intensiteit en van de frequentie van de contractie, met een minimumduur van een half uur, met protocol en uittreksel uit de tracés, per dag</p> <p><i>Ambulante monitoring.</i></p>
<p>424034-424045 Bijkomend honorarium bij de verlossing in geval van monitoring van de foetus met gecombineerd registreren van de hartfrequentie van de foetus, van de intensiteit en van de frequentie van de contracties, met protocol en uittreksels uit de tracés (forfaitair honorarium van de monitoring de dag van de verlossing)</p> <p><i>Tijdens arbeid: daarom halvering, want personeelskost is deels geïntegreerd in de basisprestatie.</i></p>

5 Aandachtspunten

Tot slot worden een aantal aandachtspunten meegegeven die van belang zijn bij de interpretatie van de resultaten en waarmee, bij voorkeur, rekening wordt gehouden in de vervolgfase(n) van het nomenclatuurproject.

5.1 Resultaten uit OKA-setting

De analyse binnen TFE bevallingskwartier bevat enkel uitvoeringen op verloskwartieren, en dus niet binnen operatiekwartieren, tenzij het operatiekwartier geïntegreerd is in de geselecteerde OFE 'BEVALLINGSKWARTIER' van dat ziekenhuis.

Prestaties van de TFE bevallingskwartier die ziekenhuizen uitvoeren in hun OFE's van het type 'OPERATIEKWARTIER' zijn niet meegenomen gezien de OFE selectie. De resultaten voor onderstaande prestaties binnen deze TFE omvatten daardoor niet de volledige realiteit voor enkele ziekenhuizen:

424093-424104 Verlossing door keizersnede

424115-424126 Verloskundige ingreep wegens miskraam van vier tot zes maanden

424152-424163 Manueel losmaken van de placenta, na een verlossing door vroedvrouw

220290-220301 Baarmoedercurettagage

431513-431524 Ringen van baarmoederhals

De berekeningen (tijden en inzet personeel, materiaal, apparatuur) voor bovenstaande prestaties verschillen tussen de setting in het operatiekwartier en de setting in bevallingskwartier: de berekende directe kost reflecteert deze verschillen in kostenstructuur, zonder eenduidige uitspraak over de kostverhouding in beide settings.

5.2 Anesthesie

De interpretatie of de epidurale verdoving inherent is aan de verlossingen en keizersneden is verschillend over de ziekenhuizen heen. Sommige ziekenhuizen laten deze anesthesiekosten landen op de hoofdprestatie, anderen zonderen deze af. In de expertvalidatie gaat men ervan uit dat de epidurale verdoving niet meegerekend wordt in de bevalling of keizersnede prestatie.

5.3 Patiënt- en/of pathologiekarakteristieken

Maternal Intensive Care (MIC) bedden zijn bedoeld voor de intensieve observatie van vrouwen met een risicovolle zwangerschap waarbij na de bevalling hooggespecialiseerde verzorging nodig is voor moeder en/of haar baby. Als deze bedden aanwezig zijn op een bevallingskwartier heeft dit een significante impact op de kostenstructuur van deze OFE en de betrokken prestaties. De omkadering voor het bieden van deze intensieve begeleiding is immers uitgebreider en kan moeilijk afgezonderd van de prestaties beschouwd worden. De impact van de meerkost is groter bij prestaties met een lange slot- en personeelsduur, zoals de verlossingen en keizersneden.

5.4 Beperkingen nomenclatuur (v0)

424012-424023 Normale of ingewikkelde verlossing inclusief het honorarium voor de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie)

We stellen een grote variabiliteit inzake duurtijden vast. Een 'gemakkelijke bevalling' kan minder lang duren/minder zorgpersoneel vragen dan een bevalling van een moeder met MIC-profiel (met impact op tijdsbesteding van zorgpersoneel). Idem voor een 'gewone bevalling' vs. een 'kunstverlossing' met ventouse en forceps.

424093-424104 Verlossing door keizersnede

Net zoals bij de verlossing is er ook bij een keizersnede een grote variabiliteit in duurtijden. De inzet van zorgpersoneel kan hierdoor sterk verschillen. Zo is er bijvoorbeeld een groot verschil tussen een electieve keizersnede en een secundaire keizersnede. Er is eveneens een grote impact van het type setting waarin de keizersnede wordt uitgevoerd op de kosten. Sommige ziekenhuizen hebben een OKA-setting in hun bevallingskwartier. In andere ziekenhuizen worden keizersneden uitgevoerd in een afzonderlijk operatiekwartier.

Er is hierbij een grote variabiliteit in kostprijsberekening tussen de ziekenhuizen, maar uiteindelijk is er beslist om de gewogen mediaan als valide te beschouwen.

424115-424126 Ingreep wegens miskraam 4-6m

Bij deze prestatie is er minder inzet van personeel voor monitoring in vergelijking met een normale verlossing, maar er is wel meer psychosociale ondersteuning van de patiënt. Het is niet duidelijk of deze ondersteuning onderdeel is van deze nomenclatuurcode. In de expertvalidatie is ervan uitgegaan dat de psychosociale ondersteuning door niet-medisch zorgpersoneel een directe kost is waarmee rekening gehouden moet worden in de kostberekening.

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

HOOFDSTUK 2: TFE DIALYSE

Inhoudstafel

1	Functionele eenheid: dialyse	3
1.1	Theoretische functionele eenheid.....	3
1.2	Operationeel functionele eenheden.....	3
2	Startpositie kosten	4
2.1	Kostensoort.....	5
2.2	Kostenplaats.....	6
3	Kostprijsberekening (ZH): allocatie naar de prestaties.....	6
3.1	Bepaling klinische activiteitgroepen	6
3.2	Kostverdeling.....	6
3.2.1	Slotduur.....	7
3.2.2	Personeelsduur.....	7
4	Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS).....	7
4.1	Theoretische activiteitgroep(en).....	7
4.1.1	Bepaling theoretische activiteitgroepen	7
4.1.2	Bepaling basisprestatie.....	8
4.2	Relatieve waardeschaal o.b.v. directe praktijkkosten.....	8
4.2.1	Basisresultaat	8
4.2.2	Expertvalidatie RWS en opmerkingen.....	9
5	Aandachtspunten	11
5.1	Geïnccludeerde kosten.....	11
5.2	Kostenberekening.....	11

Lijst tabellen

Tabel 1: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal, in 2019.....	3
Tabel 2: TMCP HON TFE dialyse t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's	4
Tabel 3: TMCP HON TFE dialyse in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE dialyse op de geselecteerde OFE's	4
Tabel 4: specifieke kosten dialyse.....	5
Tabel 5: overzicht van de kosten in en uit selectie.....	5
Tabel 6: overzicht kostenplaatsen, onder het type 'dialyse'	6
Tabel 7: activiteitgroepen per ziekenhuis.....	6
Tabel 8: P-M-A verhouding per T.AG.....	8
Tabel 9: empirische en expertvalidatie RWS.....	9
Tabel 10: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG dialyse.....	10

Lijst figuren

Figuur 1: variatie slottijden per prestatie.....	7
Figuur 2: variatie personeelstijden per prestatie	7

I Functionele eenheid: dialyse

I.1 Theoretische functionele eenheid

Het vertrekpunt in de analyse is een **theoretische functionele eenheid (TFE)**, gedefinieerd als een “afgebakend geheel van medische activiteiten op basis van nomenclatuurcodes”.

Deze documentatiefiche beschrijft de methodologie, analyses en resultaten van de theoretische functionele eenheid ‘**dialyse**’ die wordt afgebakend door een selectie van nomenclatuur uit artikel 20a (inwendige geneeskunde) en pseudonomenclatuur uit de overeenkomst dialyse.

De theoretische functionele eenheid ‘dialyse’ bestaat uit 17 nomenclatuurprestaties, waarvan 10 ambulante en 7 klinische nomenclatuurcodes. 3 prestaties worden niet onderzocht omdat ze enkel op een niet geselecteerde OFE voorkomen (zie I.2).

De *pool* voor TFE dialyse bestaat uit 7 deelnemende ziekenhuizen.

Het totaal aantal prestaties in de TFE dialyse dat nationaal en in de *pool* is uitgevoerd in 2019 wordt weergegeven in onderstaande Tabel 1.

Tabel 1: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal, in 2019

ARTIKEL	AANTAL			HONORARIA		
	POOL	NATIONAAL		POOL	NATIONAAL	
20	4.720	20.854	23%	€ 924.929	€ 4.606.111	20%
overeenkomst	277.080	1.373.479	20%	€ 32.891.716	€ 160.654.055	20%
Totaal	281.800	1.394.333	20%	€ 33.816.645	€ 165.260.166	20%

I.2 Operationeel functionele eenheden

Een **operationele functionele eenheid (OFE)** wordt gedefinieerd als “de afdeling, verpleegeenheid of dienst waar de medische prestaties worden verricht. In tegenstelling tot de TFE die gelijk is voor alle ziekenhuizen, is de verzameling van prestaties die op een OFE gebeuren afhankelijk van de organisatie van het ziekenhuis. Prestaties kunnen worden uitgevoerd op verschillende operationele eenheden (OFE(i)). De analyse wordt uitgewerkt op de belangrijkste operationele eenheden, m.a.w. de eenheden waar het grootste aandeel omzet van de bestudeerde theoretische functionele eenheid wordt gerealiseerd.

Voor TFE dialyse leidt de selectie in de *pool* ziekenhuizen tot 16 relevante OFE's. Onderstaande Tabel 2 toont per geselecteerde OFE de honorariummassa van de TMCP uit TFE dialyse versus de totale TMCP honorariummassa op de OFE.

Tabel 2: TMCP HON TFE dialyse t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's

ZH	FAC_FE	TMCP		
		HON TFE DIALYSE	HON ANDERE TFE	% TFE DIALYSE
ZH1	OFE1	€ 2.172.081	€ 5.241	100%
	OFE2	€ 173.752		100%
	OFE3	€ 855.371		100%
ZH2	OFE1	€ 619.397	€ 35.062	95%
	OFE2	€ 1.879.578		100%
	OFE3	€ 140.627		100%
	OFE4	€ 370.014		100%
	OFE5	€ 350.499		100%
ZH3	OFE1	€ 1.980.984	€ 994	100%
	OFE2	€ 519.029	€ 3.298	99%
	OFE3	€ 364.744		100%
ZH4	OFE1	€ 4.763.182	€ 183.553	96%
ZH5	OFE1	€ 2.186.361	€ 6.223	100%
	OFE2	€ 2.454.646	€ 6.955	100%
ZH6	OFE1	€ 3.776.081	€ 83.972	98%
ZH7	OFE1	€ 3.034.486	€ 51.035	98%

Tabel 3 toont per artikel de honorariummassa en het aantal prestaties voor TFE dialyse, enerzijds voor de volledige pool en anderzijds voor de 16 onderzochte OFE's van de ziekenhuizen. Op de onderzochte OFE's (= 76% van de totale honorariummassa in de pool) worden in 2019 in totaal 217.796 prestaties gefactureerd. Hiertegenover staat een honorariummassa van € 25.640.831.

Tabel 3: TMCP HON TFE dialyse in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE dialyse op de geselecteerde OFE's

HON/AANTAL TFE DIALYSECENTRUM				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
20	Inwendige geneeskunde	4.720	€ 924.929	2,7%
	Overeenkomst	277.080	€ 32.891.716	97,3%
TOTAAL		281.800	€ 33.816.645	100%

HON/AANTAL TFE DIALYSECENTRUM, geselecteerde OFE's				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
20	Inwendige geneeskunde	2.718	€ 533.234	2,1%
	Overeenkomst	215.078	€ 25.107.597	97,9%
TOTAAL		217.796	€ 25.640.831	100%

AANDEEL IN SELECTIE	76%
----------------------------	------------

2 Startpositie kosten

Het is belangrijk om de kostengegevens van de deelnemende ziekenhuizen te analyseren, valideren en te 'herordenen' zodat de kostengegevens per operationele FE over de ziekenhuizen heen zo volledig en vergelijkbaar mogelijk zijn. Afhankelijk van de specifieke boekingswijze van de deelnemende ziekenhuizen, kunnen verschuivingen tussen operationele eenheden nodig zijn om een vergelijkbare (i.e. zo uniform mogelijke) startpositie te verzekeren.

2.1 Kostensoort

Op basis van de feedback op de validatierapporten zijn er ziekenhuisspecifieke knelpunten geïdentificeerd. Ziekenhuizen verschuiven kosten van andere OFE's naar de te bestuderen OFE's of omgekeerd (zowel personeel, materiaal als apparatuur). Deze verschuivingen zorgen voor een zo juist mogelijke match tussen directe kosten en honoraria op de geselecteerde OFE's.

Bij TFE dialysecentrum wordt voor onderstaande kosten in Tabel 4 expliciet aangegeven of deze beschouwd worden als direct, indirect of exclusie. Indien ziekenhuizen deze kosten op een ander type kostensoort geboekt hebben, worden de nodige verschuivingen uitgevoerd.

Tabel 4: specifieke kosten dialyse

Kost	Classificatie kostensoort
Personeel	
Thuisverpleegkundigen peritoneale dialyse	Direct
Kinésist/ergotherapeut/diëtist/sociale dienst/psycholoog	Indirect
Technicus (o.a. onderhoud van medisch materieel) - graadfunctie 12377 (= technicus dialysetoestellen)	Indirect
Materiaal	
Dialysetetels en -bedden	Indirect
Apparatuur	
De installatie- en deïnstallatiekost voor het dialysetoestel bij thuisdialyse	Direct
Onderhoud en herstellingen van de waterbehandeling / bacteriologische controles op het dialysewater	Indirect
Waterzuivering	Indirect

Tabel 5 vat de geïncludeerde en geëxcludeerde kostensoorten samen voor de geselecteerde OFE's voor de vier kostensoortgroepen (personeel, materiaal, apparatuur, overige).

Tabel 5: overzicht van de kosten in en uit selectie

TFE DIALYSECENTRUM, geselecteerde OFE's		Kosten_POOL	
2019			
IN selectie			
Direct	Personeel	€ 21.406.742	67,8%
Direct	Materiaal	€ 9.131.603	28,9%
Direct	Medische apparatuur	€ 1.043.952	3,3%
Subtotaal		€ 31.582.297	56%
Indirect			
Indirect	Personeel	€ 1.586.605	29,6%
Indirect	Materiaal	€ 945.972	17,7%
Indirect	Overige	€ 2.822.178	52,7%
Subtotaal		€ 5.354.755	9%
Exclusie			
Exclusie	Personeel	€ 15.486.714	78,5%
Exclusie	Materiaal	€ 3.428.711	17,4%
Exclusie	Overige	€ 802.552	4,1%
Subtotaal		€ 19.717.977	35%
TOTAAL		€ 56.655.029	
AANDEEL IN SELECTIE		56%	

2.2 Kostenplaats

De regelgeving voorziet de kostenplaatsen 560-569 (hemodialyse) in de boekhouding.

Tabel 6: overzicht kostenplaatsen, onder het type 'dialyse'

Groepering kostenplaats: DIALYSE	kostenplaatsen: 560-569	Hemodialyse
---	--	--------------------

3 Kostprijberekening (ZH): allocatie naar de prestaties

De te verdelen directe praktijkkost per operationele functionele eenheid van elk ziekenhuis staat nu vast. Om tot een directe praktijkkost per prestatie te komen, doorloopt elk ziekenhuis de volgende stappen.

3.1 Bepaling klinische activiteitgroepen

De deelnemende ziekenhuizen bepalen per OFE de klinische activiteitgroepen. Deze activiteitgroepen verwijzen naar een min of meer homogeen zorgproces en een daaraan gerelateerde inzet van middelen, de hoeveelheid kan verschillen.

Tabel 7: activiteitgroepen per ziekenhuis

	Hemo actuut	Hemo chron	Auto	Selfcare	Peri	Thuis	Nierkliniek
DFW							x
EWR		x			x		
JFK	x	x			x		
LAX	x	x	x		x		
MIA	x	x	x	x	x	x	
ORD	x	x	x		x		
PHX		x			x	x	

3.2 Kostverdeling

Vervolgens inventariseert elk ziekenhuis per OFE zijn middeleninzet om de kosten per activiteitgroep te bepalen. De kostenstudie beperkt zich tot de directe praktijkkosten, onderverdeeld in drie directe kostensoortgroepen, meer bepaald: (1) de personeelskost (P) van het direct bij de medische prestatie betrokken (zorg)personeel (excl. artsen), (2) materiaalkosten (M) (excl. geneesmiddelen, implantaten, synthesemateriaal (en zo mogelijk de materialen die onder bepaalde omstandigheden worden gefinancierd door een materiaalhonorarium)) en (3) kosten van medische apparatuur (A).

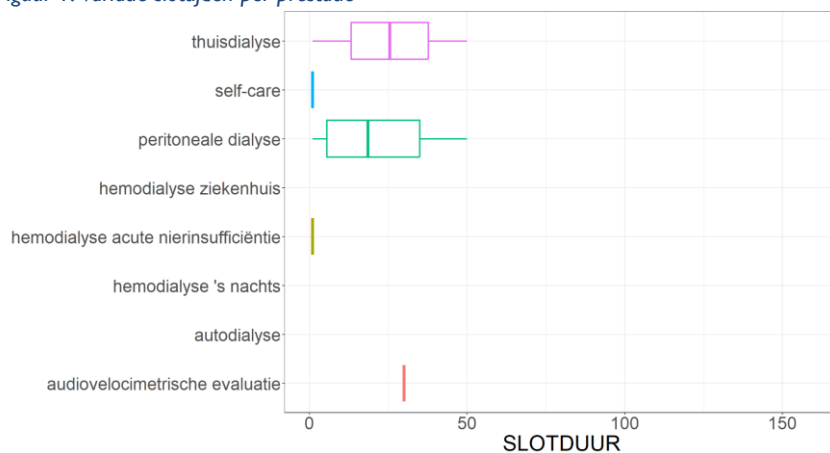
Nadat de kosten van de drie kostensoortgroepen zijn toegewezen aan de activiteitgroepen kan de relatie met de medische prestaties (nomenclatuur) worden bepaald. Elke ziekenhuis bepaalt per OFE per prestatie de bijhorende activiteitgroep, slot- en personeelsduur. Nadien wordt van elke activiteitgroep elk type directe kosten (personeel, materiaal en apparatuur) verdeeld over de prestaties op basis van een eigen verdeelsleutel zoals toegelicht in *Herijking NC-2.2 Leuven – methodologie*.

Het resultaat is per ziekenhuis, per operationele functionele eenheid een directe praktijkkost (in euro) per prestatie voor het boekhoudjaar 2019.

3.2.1 Slotduur

De volgende grafiek toont de variatie in slottijden van de ziekenhuizen voor TFE-dialyseprestaties.

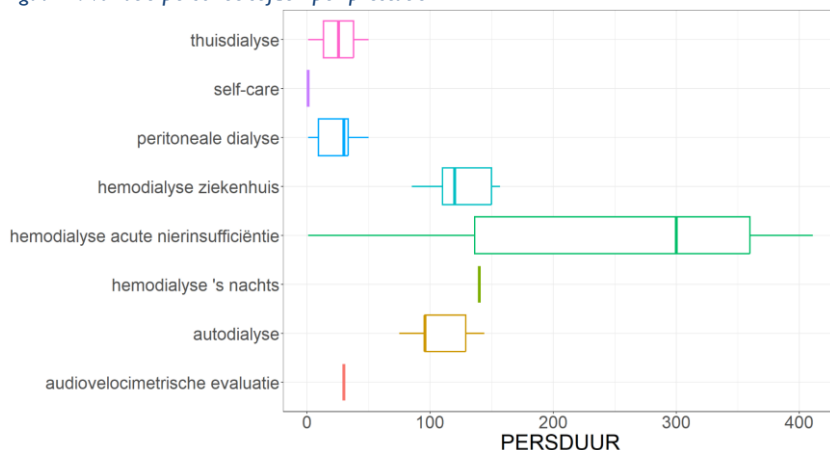
Figuur 1: variatie slottijden per prestatie



3.2.2 Personeelsduur

De volgende grafiek toont de variatie in personeelstijden van de ziekenhuizen voor TFE-dialyseprestaties.

Figuur 2: variatie personeelstijden per prestatie



4 Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS)

4.1 Theoretische activiteitgroep(en)

4.1.1 Bepaling theoretische activiteitgroepen

Ziekenhuizen bepalen zelf hun activiteitgroepen aan de hand van hun operationele werking. Dit zorgt ervoor dat de gebruikte activiteitgroepen kunnen verschillen tussen ziekenhuizen. Na de gedetailleerde kostprijsberekening van elke prestatie, in elk ziekenhuis, worden prestaties toegewezen aan een **theoretische activiteitgroep (T.AG)**. De T.AG's zijn een groepering van prestaties die klinisch verwant zijn en die door dezelfde klinische experts vergeleken kunnen worden.

De classificatie van theoretische activiteitgroepen is TFE-overschrijdend, een theoretische activiteitgroep kan bijgevolg prestaties uit verschillende TFE's bevatten. (Zie H2: *methodologie Leuven team* voor een verdere toelichting over theoretische activiteitgroepen en een volledige bijlage van de prestaties per T.AG.)

Gezien het beperkt aantal prestaties wordt er voor de TFE dialyse slechts één theoretische activiteitgroep gebruikt: 'dialysecentrum'. De T.AG dialyse omvat 20 nomenclatuurcodes (12 unieke prestaties). Drie nomenclatuurcodes (twee unieke prestaties) vallen niet onder TFE dialyse omwille van de setting waarin deze hoofdzakelijk worden uitgevoerd:

- 1) (TFE intensieve hos) 0-211525 Extrarenale zuivering, verricht volgens de techniek van de hemodialyse/filtratie, voor de behandeling van een acute nierinsufficiëntie, een intoxicatie, een toestand van ernstige volume-overbelasting of een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen, per dag, en maximum 6 weken behandeling, inclusief het hemofiltratiemateriaal en het hemodialyse materiaal
- 2) (TFE daghospitalisatie) 470956-470960 Plasmawisseling (of therapeutische plasmaferese) of bloedcelwisseling (of therapeutische cytaferese) van minimum 1 bloedvolume door middel van een cellenseparator, inclusief disposable materiaal

Onderstaande Tabel 8 toont de P-M-A verhouding van de geïncludeerde kosten binnen de T.AG van TFE dialyse.

Tabel 8: P-M-A verhouding per T.AG

T.AG	personeel	%	materiaal	%	apparatuur	%
dialyse	€ 20.574.981	67%	€ 8.930.800	29%	€ 982.172	3%

4.1.2 Bepaling basisprestatie

Voor elke theoretische activiteitgroep (T.AG) wordt een basisprestatie aangeduid. Een basisprestatie is klinisch logisch om andere prestaties mee te vergelijken. Ze heeft een vergelijkbare uitvoering en berekende praktijkkost over de deelnemende ziekenhuizen heen. Verder wordt ze uitgevoerd en gefactureerd in voldoende groot aantal en kan ze afgelijnd worden ten opzichte van samen uitgevoerde prestaties.

Als basisprestatie voor de T.AG dialysecentrum wordt geopteerd voor de '**hemodialyse in het ziekenhuis**' (NC 470293-470304) omwille van het groot aantal uitvoeringen in elk van de geselecteerde OFE's.

4.2 Relatieve waardeschaal o.b.v. directe praktijkkosten

4.2.1 Basisresultaat

0 geeft aan dat de totale directe praktijkkosten verdeeld worden over alle prestaties aan de hand van de verdeelsleutel per kostensoortgroep. Hieruit volgt als resultaat per ziekenhuis, per operationele functionele eenheid een directe praktijkkost per prestatie voor het boekhoudjaar 2019. Deze directe praktijkkost per prestatie wordt op *pool*niveau berekend als de **gewogen mediane eenheidskost** van de ziekenhuizen. Op basis hiervan wordt de eerste **relatieve waardeschaal (RWS)** vastgelegd.

4.2.2 Expertvalidatie RWS en opmerkingen

Enmaal de eenheidskost op prestatieniveau gekend is, kan geaggregeerd worden op het niveau van theoretische activiteitgroep (T.AG) om de resultaten bevattelijker te maken. Per theoretische activiteitgroep wordt een RWS berekend door zijn basisprestatie als uitgangspunt te gebruiken. Deze (empirische) RWS wordt vervolgens ter validatie voorgelegd aan experts (artsen, hoofdverpleegkundigen) uit het domein.

De empirische RWS per T.AG wordt in de expertensessies bijgestuurd aan de hand van hun advies (resultaat en argumentatie zie tabellen hieronder). Dit advies wordt meegenomen in de verdere verwerking van de finale relatieve waardeschaal (zie *H2: methodologie Leuvens team*).

De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

4.2.2.1 T.AG dialyse

Zoals in Tabel 9 hieronder weergegeven, werd tijdens de expertvalidatie niet voor elke nomenclatuurprestatie afgeklopt op een 'RWS expert'. De experts gaven aan dat er bij prestaties zoals selfcare, auto- en peritoneale dialyse veel factoren meespelen waardoor een betrouwbare 'expert' inschatting niet altijd mogelijk is. Desondanks werd er zeer waardevolle beschrijvende feedback gegeven.

Tabel 9: empirische en expertvalidatie RWS

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERT
470293	470304	Hemodialyse in het ziekenhuis	1,0	1,0
470330	470341	Autodialyse	0,89	0,89
470934	470945	Self-care hemodialyse (Honoraria)	0,93	/
470352		Thuisdialyse	1,71	/
470315	470326	Dialyse s nachts in het ziekenhuis	1,16	1,16
470875		Peritoneale dialyse	0,45	/
470956	470960	Plasmawisseling (of therapeutische plasmaferese) of bloedcelwisseling (of therapeutische cytaferese) van minimum 1 bloedvolume door middel van een cellenseparator, inclusief disposable materiaal	3,67	3,67
	211525	Extrarenale zuivering, verricht volgens de techniek van de hemodialyse/filtratie, voor de behandeling van een acute nierinsufficiëntie, een intoxicatie, een toestand van ernstige volume-overbelasting of een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen, per dag, en maximum 6 weken behandeling, inclusief het hemofiltratiemateriaal en het hemodialyse materiaal	4,33	/
470455	470466	Extrarenale zuivering, verricht wegens acute nierinsufficiëntie volgens de techniek van de hemodialyse of van intermitterende hemofiltratie, of verricht voor de behandeling van een intoxicatie volgens de techniek van de hemodialyse of hemo-infusie, of verricht voor de behandeling van een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen, volgens de techniek van de plasmfiltratie, per zitting, maximum één zitting per 24 uur en maximum zes weken behandeling, inclusief het hemofiltratiemateriaal en het hemodialyse materiaal	2,87	/
470735	470746	Kwalitatieve en audiovelocimetrische evaluatie van (arteriële en/of veneuze) circulatieverschijnselen door Dopplereffect, in	0,39	/

	arterioveneuze fistels voor hemodialyse, buiten de heelkundige verstrekkingen, met protocol en besluit op basis van gestandaardiseerde Dopplerogrammen		
--	--	--	--

Op de expertensessie voor TFE dialyse zijn 6 stafmedewerkers, 1 hoofdverpleegkundige en 9 artsen aanwezig uit 7 verschillende ziekenhuizen. Tijdens de bespreking worden onderstaande nomenclatuurspecifieke opmerkingen gemaakt:

Tabel 10: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG dialyse

<p>470293-470304 Hemodialyse in het ziekenhuis BASISPRESTATIE <i>Geen opmerkingen. Goede basisprestatie. Voldoende uniformiteit over de verschillende ziekenhuizen.</i></p>
<p>470330-470341 Autodialyse <i>Lagere relatieve waarde dan de basisprestatie omwille van lagere inzet van zorgpersoneel. Er is een verschil tussen lowcare ingebed in het 'moederziekenhuis' versus lowcare in een 'satellietcentrum'. Indien ingebed in het moederziekenhuis is er vaak een betere differentiatie tussen low- en highcare.</i></p>
<p>470934-470945 Self-care hemodialyse <i>Niet besproken.</i></p>
<p>470352 Thuisdialyse <i>Geen consensus door experts. Relatieve waarde van 1,71 lijkt aan de hoge kant. Er is een team dat zorgt voor de opleiding van de patiënt + thuisverpleegkundigen. De personeelskost is dus niet te onderschatten maar niet eenvoudig om in te schatten of dit effectief hoger is dan een hemodialyse in een ziekenhuissetting. Het is duidelijk dat er een grotere apparatuurkost is in vergelijking met de basisprestatie omwille van de setting: één toestel per patiënt bij thuisdialyse (+ (de)installatiekosten) t.o.v. één toestel voor meerdere patiënten bij hemodialyse in een ziekenhuissetting.</i></p>
<p>470315-470326 Dialyse 's nachts in het ziekenhuis <i>Relatieve waarde is iets hoger ingeschat dan de basisprestatie omwille van langere duurtijd. De nachtpremies voor het zorgpersoneel werden bij de achterliggende kostberekening niet in rekening genomen, maar ondersteunen eveneens een hogere relatieve waarde t.o.v. de basisprestatie.</i></p>
<p>470875 Peritoneale dialyse <i>Geen consensus door experts. Relatieve waarde van 0,45 lijkt aan de lage kant, wellicht eerder richting 0,6. Er is een groot team nodig voor een beperkter aantal patiënten. De opleiding en monitoring van de patiënten is een aanzienlijke personeelskost. Er wordt geschat dat de personeelskost voor peritoneale dialyse 20% is t.o.v. de klassieke hemodialyse. Materiaalkost wordt 2x zoveel geschat als klassieke hemodialyse.</i></p>
<p>470956-470960 Plasmawisseling (of therapeutische plasmaferese) of bloedcelwisseling (of therapeutische cytaferese) van minimum 1 bloedvolume door middel van een cellenseparator, inclusief disposable materiaal <i>Empirische relatieve waarde lijkt valide. Materiaal is een stuk duurder.</i></p>
<p>211525 Extrarenale zuivering, verricht volgens de techniek van de hemodialyse/filtratie, voor de behandeling van een acute nierinsufficiëntie, een intoxicatie, een toestand van ernstige volume-overbelasting of een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen, per dag, en maximum 6 weken behandeling, inclusief het hemofiltratiemateriaal en het hemodialysemateriaal <i>Geen consensus door experts. Onder deze prestaties worden verschillende procedures aangerekend in de peilziekenhuizen: continue hemofiltratie hemodialyse (CVVH), acute intermittente dialyse en sustained low-efficiency dialyse (SLED). Deze procedures verschillen in duurtijd en inzet zorgpersoneel.</i></p>

470455-470466 Extrarenale zuivering, verricht wegens acute nierinsufficiëntie volgens de techniek van de hemodialyse of van intermitterende hemofiltratie, of verricht voor de behandeling van een intoxicatie volgens de techniek van de hemodialyse of hemo-infusie, of verricht voor de behandeling van een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen, volgens de techniek van de plasmafiltratie, per zitting, maximum één zitting per 24 uur en maximum zes weken behandeling, inclusief het hemofiltratiemateriaal en het hemodialysemateriaal

Niet besproken.

470735 470746 Kwalitatieve en audiovelocimetrische evaluatie van (arteriële en/of veneuze) circulatieverschijnselen door Dopplereffect, in arterioveneuze fistels voor hemodialyse, buiten de heelkundige verstrekingen, met protocol en besluit op basis van gestandaardiseerde Dopplerogrammen

Geen consensus door experts.

5 Aandachtspunten

Tot slot worden een aantal aandachtspunten meegegeven die van belang zijn bij de interpretatie van de resultaten en waarmee, bij voorkeur, rekening wordt gehouden in de vervolgfase(n) van het nomenclatuurproject.

5.1 Geïnccludeerde kosten

Er zijn voor dialyse disciplinespecifieke kosten die toch als indirect worden beschouwd binnen de huidige kostenafbakening. Deze worden dus niet meegenomen in de kostenberekening.

Onder andere:

- Technicus medische instrumentatie;
- Paramedici (o.a. kinesist, diëtist, psycholoog) die betrokken zijn bij de zorg rondom de dialysepatiënt;
- Waterzuivering (omgekeerde osmose toestellen (RO) + hittedesinfectie) + onderhoud en herstellingen van de waterbehandeling / bacteriologische controles op het dialysewater;
- Software Diasoft.

Door de experts is herhaaldelijk aangegeven dat deze resources noodzakelijk zijn voor goede, kwaliteitsvolle praktijkvoering en deze bijgevolg niet als indirecte praktijkkost mogen beschouwd worden. Dit is een aandachtspunt bij vervolgonderzoek.

5.2 Kostenberekening

Hoewel de ziekenhuizen beschikken over een gedetailleerde boekhouding met nauwkeurige toewijzing van kosten aan de verschillende dialyse-units, blijkt het in de praktijk toch moeilijk om de kosten volledig correct toe te wijzen aan de specifieke OFE's en activiteitgroepen.

Er werd gepoogd een zo correct mogelijke eenheidskostenberekening te maken voor de verschillende dialysemodaliteiten. Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening gehouden worden met onderstaande elementen:

1. De slot- en personeelsduur bepalen is niet eenvoudig terwijl dit een belangrijke verdeelsleutel is. Dialyseprestaties zijn in tegenstelling tot vele andere TMCP geen mooi afgelijnde, consecutieve

activiteiten. Hemodialyse in het ziekenhuis is een collectief gebeuren, waarbij patiënten simultaan worden behandeld en waarbij ook simultaan complicaties kunnen optreden bij verschillende patiënten.

2. De dialysepatiënt is een complexe patiënt met multimorbiditeit. Op dialyseafdelingen gebeurt meer dan enkel de dialyse zelf (o.a. wondzorg, psychologische ondersteuning, vaccinaties ...). Deze kosten zitten niet vervat in de eenheidskostenberekening van de dialyseprestaties en zullen in een toekomstige financiering nog apart meegenomen moeten worden.

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

HOOFDSTUK 2: TFE BEELDVORMING

Inhoudstafel

1	Functionele eenheid: beeldvorming	3
1.1	Theoretische functionele eenheid.....	3
1.2	Operationeel functionele eenheden.....	3
2	Startpositie kosten	5
2.1	Kostensoort.....	5
2.2	Kostenplaats.....	6
3	Kostprijsberekening (ZH): allocatie naar de prestaties.....	6
3.1	Bepaling klinische activiteitgroepen	7
3.2	Kostverdeling.....	7
3.2.1	Slotduur.....	8
3.2.2	Personeelsduur.....	8
4	Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS).....	9
4.1	Theoretische activiteitgroep(en).....	9
4.1.1	Bepaling theoretische activiteitgroepen	9
4.1.2	Bepaling basisprestatie.....	10
4.2	Relatieve waardeschaal o.b.v. directe praktijkkosten.....	11
4.2.1	Basisresultaat	11
4.2.2	Expertvalidatie RWS en opmerkingen.....	11
5	Aandachtspunten.....	19
5.1	Anesthesie	19
5.2	Patiënt- en/of pathologiekarakteristieken	20
5.3	Praktijkvoering.....	21
5.4	Beperkingen nomenclatuur (v0)	21

Lijst tabellen

Tabel 1: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal, in 2019.....	3
Tabel 2: TMCP HON TFE beeldvorming t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's	4
Tabel 3: TMCP HON TFE beeldvorming in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE beeldvorming op de geselecteerde OFE's	5
Tabel 4: overzicht van de kosten in en uit selectie.....	6
Tabel 5: overzicht kostenplaatsen, onder het type 'medische beeldvorming'	6
Tabel 6: activiteitgroepen per ziekenhuis.....	7
Tabel 7: P-M-A verhouding per T.AG.....	10
Tabel 8: basisprestatie per T.AG.....	11
Tabel 9: empirische en expertvalidatie RWS T.AG MR	12
Tabel 10: empirische en expertvalidatie RWS T.AG CT	13
Tabel 11: empirische en expertvalidatie RWS T.AG RXCON.....	14
Tabel 12: aandachtspunten per prestatie vanuit expertvalidatie RXCON.....	15
Tabel 13: empirische en expertvalidatie RWS T.AG mammo	16
Tabel 14: aandachtspunten per prestatie vanuit expertvalidatie MAMMO.....	16
Tabel 15: empirische en expertvalidatie RWS T.AG NUC	16
Tabel 16: aandachtspunten per prestatie vanuit expertvalidatie NUC	16
Tabel 17: empirische en expertvalidatie RWS T.AG PET	17
Tabel 18: empirische en normatieve RWS T.AG IVR.....	17

Lijst figuren

Figuur 1: variatie slottijden per T.AG.....	8
Figuur 2: variatie personeelstijden per T.AG	9

I Functionele eenheid: beeldvorming

1.1 Theoretische functionele eenheid

Het vertrekpunt in de analyse is een **theoretische functionele eenheid (TFE)**, gedefinieerd als een “afgebakend geheel van medische activiteiten op basis van nomenclatuurcodes”.

Deze documentatiefiche beschrijft de methodologie, analyses en resultaten van de theoretische functionele eenheid ‘**beeldvorming**’ die wordt afgebakend door een selectie van nomenclatuur uit onderstaande artikels:

Art 11	Algemene speciale verstrekkingen
Art 17	Radiologie (specialist voor röntgendiagnose)
Art 17 _{bis}	Echografieën (specialist voor röntgendiagnose)
Art 17 _{quater}	Echografieën (specialist, met uitzondering van de specialist in röntgendiagnose)
Art 17 _{ter}	Radiologie (specialist, met uitzondering van de specialist in röntgendiagnose)
Art 18	Radiotherapie en radiumtherapie – Nucleaire geneeskunde
Art 34	Interventionele verstrekkingen

De theoretische functionele eenheid ‘beeldvorming’ bestaat uit 650 nomenclatuurprestaties, waarvan 324 ambulante en 326 klinische nomenclatuurcodes. 129 prestaties worden niet onderzocht omdat ze niet worden uitgevoerd in de ziekenhuizen of omdat ze enkel op een niet geselecteerde OFE voorkomen (zie 1.2).

De *pool* voor TFE beeldvorming bestaat uit tien deelnemende ziekenhuizen.

Het totaal aantal prestaties in de TFE beeldvorming dat nationaal en in de *pool* is uitgevoerd in 2019 wordt weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 1: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal, in 2019

ARTIKEL	Aantal			Honoraria		
	POOL	NATIONAAL		POOL	NATIONAAL	
17	1.873.097	11.725.801	16%	€ 97.022.106	€ 562.232.896	17%
17 _{quater}	657.001	4.905.651	13%	€ 28.693.303	€ 192.686.369	15%
17 _{bis}	374.928	2.915.771	13%	€ 14.513.908	€ 100.448.455	14%
18	103.713	587.126	18%	€ 19.317.932	€ 112.465.434	17%
17 _{ter}	64.767	381.026	17%	€ 8.478.428	€ 29.336.443	29%
11	15.708	81.849	19%	€ 725.534	€ 3.490.241	21%
34	2.900	10.134	29%	€ 749.853	€ 2.596.430	29%
Eindtotaal	3.092.114	20.607.358	15%	€ 169.501.064	€ 1.003.256.268	17%

1.2 Operationeel functionele eenheden

Een **operationele functionele eenheid (OFE)** wordt gedefinieerd als “de afdeling, verpleegeenheid of dienst waar de medische prestaties worden verricht”. In tegenstelling tot de TFE die gelijk is voor alle ziekenhuizen, is de verzameling van prestaties die op een OFE gebeuren afhankelijk van de organisatie van het ziekenhuis. Prestaties kunnen worden uitgevoerd op verschillende operationele

eenheden (OFE(i)). De analyse wordt uitgewerkt op de belangrijkste operationele eenheden, m.a.w. de eenheden waar het grootste aandeel omzet van de bestudeerde theoretische functionele eenheid wordt gerealiseerd.

Voor TFE beeldvorming leidt de selectie in de 10 poolziekenhuizen tot 36 relevante OFE's. Onderstaande tabel toont per geselecteerde OFE de honorariummassa van de TMCP uit TFE beeldvorming versus de totale TMCP honorariummassa op de OFE.

Tabel 2: TMCP HON TFE beeldvorming t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's

ZH	OFE	TMCP		
		HON TFE BEELDVORMING	HON ANDERE TFE	% TFE BEELDVORMING
ZH1	OFE1	€ 13.115.068,99	€ 7.918.219,41	62%
	OFE2	€ 3.392.085,88	€ 639.023,75	84%
ZH2	OFE1	€ 2.838.758,90	€ 2.511.584,56	53%
	OFE2	€ 3.060.826,19	€ 2.325.681,90	57%
	OFE3	€ 1.294.332,48	€ 771.113,28	63%
ZH3	OFE1	€ 1.343.866,63	€ 257.316,18	84%
	OFE2	€ 2.289.816,56	€ 102.166,52	96%
	OFE3	€ 3.399.350,18	€ 4.477.276,77	43%
	OFE4	€ 2.672.314,88	€ 1.711.483,84	61%
	OFE5	€ 3.959.693,96	€ 1.993.610,92	67%
ZH4	OFE1	€ 5.969.587,72	€ 4.739.080,09	56%
	OFE2	€ 974.417,98	€ 68.278,43	93%
ZH5	OFE1	€ 1.379.831,20	€ 6.820.948,71	17%
	OFE2	€ 116.015,33	€ 114.744,92	50%
	OFE3	€ 1.812.583,02	€ 103.590,38	95%
	OFE4	€ 909.787,75	€ 982.290,48	48%
	OFE5	€ 1.826.023,69	€ 446.007,74	80%
	OFE6	€ 5.593.013,25	€ 1.343.501,08	81%
	OFE7	€ 924.203,34	€ 28,05	100%
	OFE8	€ 806.313,30	€ 275.274,97	75%
ZH6	OFE1	€ 2.465.227,00	€ 2.878.992,70	46%
	OFE2	€ 4.774.970,40	€ 441.651,50	92%
	OFE3	€ 1.948.725,10	€ 5.613.235,80	26%
	OFE4	€ 19.920.860,40	€ 9.303.403,80	68%
ZH7	OFE1	€ 4.879.970,66	€ 3.762.778,11	56%
	OFE2	€ 1.347.009,55	€ 325.491,81	81%
ZH8	OFE1	€ 2.372.082,37	€ 6.820.102,28	26%
	OFE2	€ 2.263.318,07	€ 1.400.179,72	62%

	OFE3	€ 4.340.203,55		100%
	OFE4	€ 1.312.470,56		100%
	OFE5	€ 1.439.613,08	€ 243.168,51	86%
	OFE6	€ 1.975.144,69		100%
ZH9	OFE1	€ 6.690.296,32	€ 5.329.738,06	56%
	OFE2	€ 807.046,17	€ 270.715,16	75%
ZH10	OFE1	€ 2.205.169,79	€ 1.418.943,82	61%
	OFE2	€ 690.094,09	€ 21.426,00	97%

Tabel 3 toont per artikel de honorariummassa en het aantal prestaties voor TFE beeldvorming, enerzijds voor de volledige *pool* en anderzijds voor de 36 onderzochte OFE's van de ziekenhuizen. Op de onderzochte OFE's (=69% van de totale honorariummassa in de *pool*) worden in 2019 in totaal 2.075.155 prestaties gefactureerd. Hiertegenover staat een honorariummassa van € 117.110.093.

Tabel 3: TMCP HON TFE beeldvorming in volledige *pool* t.o.v. TMCP HON TFE beeldvorming op de geselecteerde OFE's

HON/AANTAL TFE BEELDVORMING					
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING		AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
11	Algemene speciale verstrekkingen		15.708	€ 725.534	0,4%
17	Radiologie (specialist voor röntgendiagnose)		1.873.097	€ 97.022.106	57,2%
17bis	Echografieën (specialist voor röntgendiagnose)		374.928	€ 14.513.908	8,6%
17quater	Echografieën (specialist, met uitzondering van de specialist in röntgendiagnose)		657.001	€ 28.693.303	16,9%
17ter	Radiologie (specialist, met uitzondering van de specialist in röntgendiagnose)		64.767	€ 8.478.428	5,0%
18	Radiotherapie en radiumtherapie - Nucleaire geneeskunde		103.713	€ 19.317.932	11,4%
34	Interventionele verstrekkingen		2.900	€ 749.853	0,4%
TOTAAL			3.092.114	€ 169.501.063	100%

HON/AANTAL TFE BEELDVORMING, geselecteerde OFE's					
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING		AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
11	Algemene speciale verstrekkingen		10.997	€ 520.680	0,4%
17	Radiologie (specialist voor röntgendiagnose)		1.547.507	€ 81.304.161	69,4%
17bis	Echografieën (specialist voor röntgendiagnose)		319.383	€ 12.490.638	10,7%
17quater	Echografieën (specialist, met uitzondering van de specialist in röntgendiagnose)		100.899	€ 5.124.299	4,4%
17ter	Radiologie (specialist, met uitzondering van de specialist in röntgendiagnose)		15.871	€ 2.508.800	2,1%
18	Radiotherapie en radiumtherapie - Nucleaire geneeskunde		78.597	€ 14.672.736	12,5%
34	Interventionele verstrekkingen		1.901	€ 488.778	0,4%
TOTAAL			2.075.155	€ 117.110.093	100%

	AANDEEL IN SELECTIE	69%
--	----------------------------	------------

2 Startpositie kosten

Het is belangrijk om de kostengegevens van de deelnemende ziekenhuizen te analyseren, te valideren en te 'herorderen' zodat de kostengegevens per operationele FE over de ziekenhuizen heen zo volledig en vergelijkbaar mogelijk zijn. Afhankelijk van de specifieke boekingswijze van de deelnemende ziekenhuizen, kunnen verschuivingen tussen operationele eenheden nodig zijn om een vergelijkbare (i.e. zo uniform mogelijke) startpositie te verzekeren.

2.1 Kostensoort

Op basis van de feedback op de validatierapporten zijn er ziekenhuisspecifieke knelpunten geïdentificeerd. Ziekenhuizen verschuiven kosten van andere OFE's naar de te bestuderen OFE's of omgekeerd (zowel personeel, materiaal als apparatuur). Deze verschuivingen zorgen voor een zo juist mogelijke match tussen directe kosten en honoraria op de geselecteerde OFE's.

Tabel 4 vat de geïncludeerde en geëxcludeerde kostensoorten samen voor de geselecteerde OFE's voor de vier kostensoortgroepen (personeel, materiaal, apparatuur, overige).

Tabel 4: overzicht van de kosten in en uit selectie

TFE BEELDVORMING, geselecteerde OFE's		Kosten_POOL	
2019			
IN selectie			
Direct	Personeel	€ 44.180.080	55,0%
Direct	Materiaal	€ 9.994.542	12,4%
Direct	Medische apparatuur	€ 26.174.738	32,6%
Subtotaal		€ 80.349.360	45%
Indirect	Personeel	€ 8.968.712	42,8%
Indirect	Materiaal	€ 717.392	3,4%
Indirect	Overige	€ 11.251.379	53,7%
Subtotaal		€ 20.937.482	12%
Exclusie	Personeel	€ 45.431.514	59,5%
Exclusie	Materiaal	€ 27.469.951	36,0%
Exclusie	Overige	€ 3.401.066	4,5%
Subtotaal		€ 76.302.531	43%
TOTAAL		€ 177.589.374	
AANDEEL IN SELECTIE		45%	

2.2 Kostenplaats

De regelgeving voorziet meerdere kostenplaatsen in de boekhouding waar prestaties van TFE beeldvorming kunnen landen.

Tabel 5: overzicht kostenplaatsen, onder het type 'medische beeldvorming'

Kostenplaats	kostenplaatsen:
500	Radiologie
501	Nucleaire magnetische resonantie
502	Scanner
503-509	Andere diensten voor medische beeldvorming
700	Nucleaire geneeskunde in vivo
701	PET scan
702-709	Nucleaire geneeskunde in vivo

3 Kostprijberekening (ZH): allocatie naar de prestaties

De te verdelen directe praktijkkost per operationele functionele eenheid van elk ziekenhuis staat nu vast. Om tot een directe praktijkkost per prestatie te komen, doorloopt elk ziekenhuis de volgende stappen.

3.1 Bepaling klinische activiteitgroepen

De deelnemende ziekenhuizen bepalen per OFE de klinische activiteitgroepen. Deze activiteitgroepen verwijzen naar een min of meer homogeen zorgproces en een daaraan gerelateerde inzet van middelen, de hoeveelheid kan verschillen.

Tabel 6: activiteitgroepen per ziekenhuis

	DEN	EWR	JFK	LAS	LAX	MIA	ORD	PHX	SEA	SFO
Aaf									x	
Angio/ang_art					x			x		
Angiografie		x								
Beeldversterker				x						
(Biopsie_)punctie		x	x		x	x	x	x		x
BMC/BMD/DXA	x	x	x		x					
Civr_D						x				
Con/RX	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cone beam					x					
Contrast					x		x			
Coro						x		x		
CT	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Echo	x	x	x	x	x	x	x			x
Echo_cardio				x						
Echo_chir				x						
Echo_gyn				x						
Echo_uro				x						
Echomammo								x		
ERCP		x				x	x			
Flebografie		x								
IVR_D						x				
IVR(_T)					x	x				
Mammo	x	x	x		x	x	x			x
Mammobiel						x				
MEPD									x	
(N)MR	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Nucl/non-pet	x	x	x		x			x	x	x
PET					x	x		x	x	
PTC						x				
Rhart						x				
Spect					x					x
TEE						x				
Tomo						x				
TTE						x				

3.2 Kostverdeling

Vervolgens inventariseert elk ziekenhuis per OFE zijn middeleninzet om de kosten per activiteitgroep te bepalen. De kostenstudie beperkt zich tot de directe praktijkkosten, onderverdeeld in drie directe

kostensoortgroepen, meer bepaald: (1) de personeelskost (P) van het direct bij de medische prestatie betrokken (zorg)personeel (excl. artsen), (2) materiaalkosten (M) (excl. geneesmiddelen, implantaten, synthesemateriaal (en zo mogelijk de materialen die onder bepaalde omstandigheden worden gefinancierd door een materiaalhonorarium)) en (3) kosten van medische apparatuur (A).

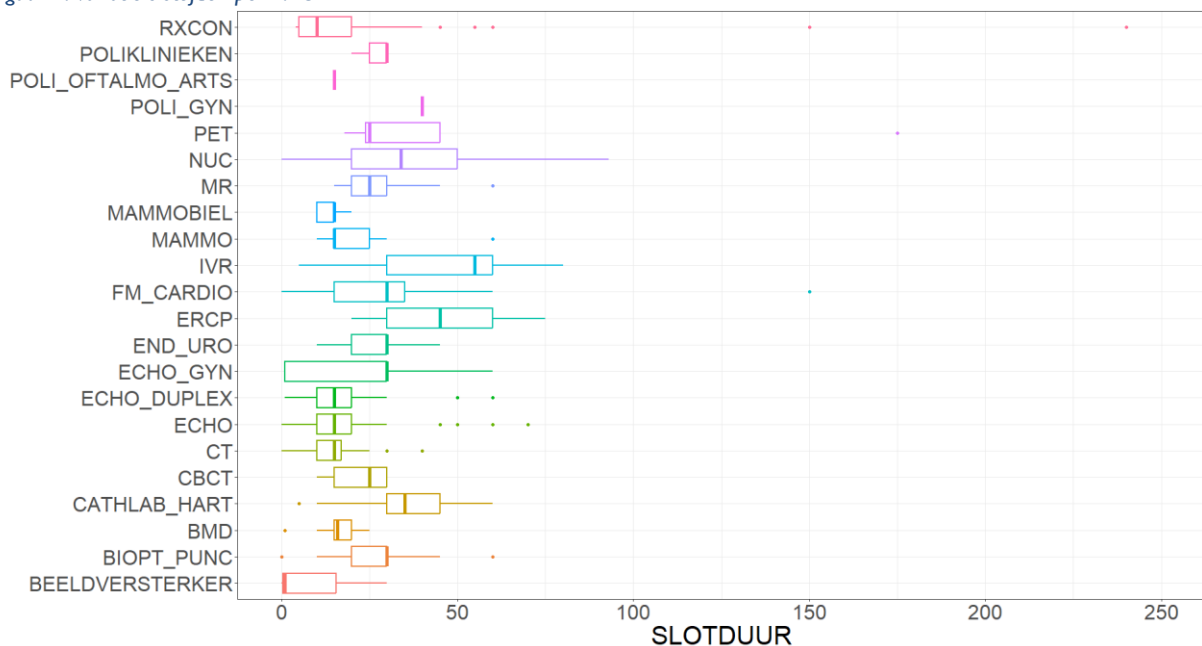
Nadat de kosten van de drie kostensoortgroepen zijn toegewezen aan de activiteitgroepen kan de relatie met de medische prestaties (nomenclatuur) worden bepaald. Elke ziekenhuis bepaalt per OFE per prestatie de bijhorende activiteitgroep, slot- en personeelsduur. Nadien wordt van elke activiteitgroep elk type directe kosten (personeel, materiaal en apparatuur) verdeeld over de prestaties op basis van een eigen verdeelsleutel zoals toegelicht in *Herijking NC-2.2 Leuven – methodologie*.

Het resultaat is per ziekenhuis, per operationele functionele eenheid een directe praktijkkost (in euro) per prestatie voor het boekhoudjaar 2019.

3.2.1 Slotduur

De volgende grafiek toont de variatie in slottijden van de ziekenhuizen per T.AG van TFE beeldvorming. De T.AG's worden hierna (zie 4.1.1) omschreven.

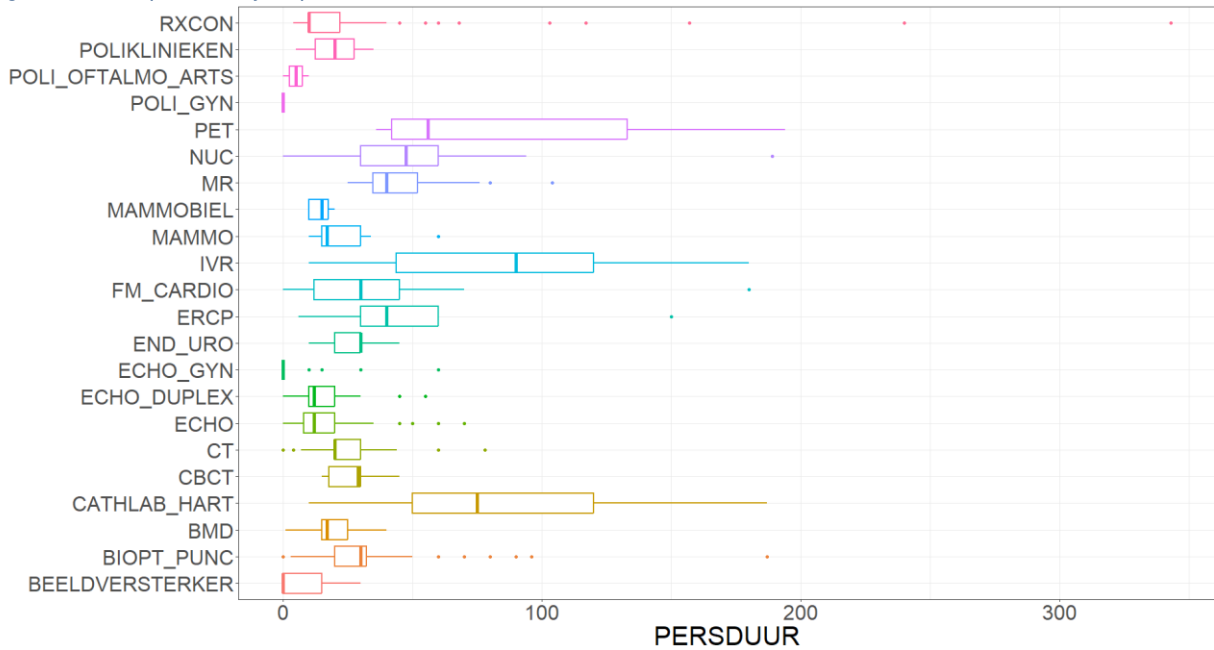
Figuur 1: variatie slottijden per T.AG



3.2.2 Personeelsduur

De volgende grafiek toont de variatie in personeelstijden van de ziekenhuizen per T.AG van TFE beeldvorming. De T.AG's worden hierna (zie 4.1.1) omschreven.

Figuur 2: variatie personeelstijden per T.AG



4 Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS)

4.1 Theoretische activiteitgroep(en)

4.1.1 Bepaling theoretische activiteitgroepen

Ziekenhuizen bepalen zelf hun activiteitgroepen aan de hand van hun operationele werking. Dit zorgt ervoor dat de gebruikte activiteitgroepen kunnen verschillen tussen ziekenhuizen. Na de gedetailleerde kostprijsberekening van elke prestatie, in elk ziekenhuis, worden prestaties toegewezen aan een **theoretische activiteitgroep (T.AG)**. De T.AG's zijn een groepering van prestaties die klinisch verwant zijn en die door dezelfde klinische experts vergeleken kunnen worden.

De classificatie van theoretische activiteitgroepen is TFE-overschrijdend, een theoretische activiteitgroep kan bijgevolg prestaties uit verschillende TFE's bevatten. (Zie H2: methodologie Leuven team voor een verdere toelichting over theoretische activiteitgroepen en een volledige bijlage van de prestaties per T.AG.)

Prestaties uit TFE beeldvorming komen in volgende theoretische activiteitgroepen voor:

1. BEELDVERSTERKER
2. BIOPT_PUNC
3. BMD
4. CATHLAB_HART
5. CBCT
6. CT
7. ECHO
8. ECHO_DUPLEX
9. ECHO_GYN
10. END_URO
11. ERCP

12. FM CARDIO
13. IVR
14. MAMMO
15. MAMMOBIEL
16. MR
17. NUC
18. PET
19. POLI_GYN
20. POLI_OFTALMO_ARTS
21. POLIKLINIEKEN
22. RXCON

Zoals hierboven vermeld, zijn theoretische activiteitgroepen TFE-overschrijdend. De theoretische activiteitgroepen: 'CATHLAB_HART', 'END_URO', 'ERCP', 'FM_CARDIO', 'POLI_GYN', 'POLI_OFTALMO_ARTS' en 'POLIKLINIEKEN' bevatten prestaties van TFE beeldvorming, maar sluiten in hun geheel beter aan bij andere TFE's. In wat volgt worden deze T.AG's niet besproken. Ze komen aan bod in andere TFE-fiches.

Onderstaande tabel toont de P-M-A verhouding van de geïncludeerde kosten binnen de T.AG's van TFE beeldvorming.

Tabel 7: P-M-A verhouding per T.AG

T.AG	personeel	%	materiaal	%	apparatuur	%
BEELDVERSTERKER	€ 683,31	1%	€ 159,66	0%	€ 46.095,00	98%
BIOPT_PUNC	€ 253.508,10	78%	€ 34.036,91	11%	€ 35.919,59	11%
BMD	€ 101.098,83	71%	€ 1.636,87	1%	€ 39.859,31	28%
CBCT	€ 112.776,99	62%	€ 10.952,33	6%	€ 58.812,04	32%
CT	€ 9.892.520,41	60%	€ 1.080.784,03	7%	€ 5.456.941,25	33%
ECHO	€ 2.897.561,29	69%	€ 306.708,04	7%	€ 995.700,72	24%
ECHO_DUPLEX	€ 909.974,40	73%	€ 58.606,23	5%	€ 273.760,13	22%
ECHO_GYN	€ 217.865,21	25%	€ 277.444,98	32%	€ 375.823,35	43%
IVR	€ 1.238.601,70	34%	€ 1.243.348,54	35%	€ 1.113.034,01	31%
MAMMO	€ 1.182.169,65	63%	€ 69.062,54	4%	€ 624.877,90	33%
MAMMOBIEL	€ 723.083,91	74%	€ 25.117,16	3%	€ 227.976,35	23%
MR	€ 7.095.684,75	58%	€ 322.889,79	3%	€ 4.871.818,09	40%
NUC	€ 2.279.804,48	44%	€ 249.104,16	5%	€ 2.647.426,09	51%
PET	€ 1.256.026,78	41%	€ 276.885,09	9%	€ 1.550.870,63	50%
RXCON	€ 11.007.537,52	60%	€ 415.979,81	2%	€ 6.796.273,50	37%

4.1.2 Bepaling basisprestatie

Voor elke theoretische activiteitgroep (T.AG) wordt een basisprestatie aangeduid. Een basisprestatie is klinisch logisch om andere prestaties mee te vergelijken. Ze heeft een vergelijkbare uitvoering en berekende praktijkkost over de deelnemende ziekenhuizen heen. Verder wordt ze uitgevoerd en

gefactureerd in voldoende groot aantal en kan ze afgelijnd worden ten opzichte van samen uitgevoerde prestaties.

Onderstaande tabel toont de basisprestatie per T.AG. Voor de T.AG's BEELDVERSTERKER, BIOPT_PUNCT, BMD, CBCT, ECHO, ECHO_DUPLEX, ECHO_GYN en MAMMOBIEL wordt geen basisprestatie bepaald, aangezien deze niet door experts worden gevalideerd.

Tabel 8: basisprestatie per T.AG

T.AG	NOMENNR	OMSCHRIJVING
CT	458673-568684	Computergestuurde tomografie van de schedel met of zonder contrast, met registreren en clichés, minimum 10 coupes, voor het hele onderzoek
IVR	453331-453342	Digitale flebografie van een lidmaat of van een segment van een lidmaat
MAMMO	450096-450100	Mammografie per borst, inclusief de eventuele okselclichés (ongeacht het aantal clichés)
MR	459513-459524	NMR-onderzoek van een lidmaat, minstens drie sequenties, met of zonder contrast, met registratie op optische of elektromagnetische drager
NUC	442396-442400	Tomografisch onderzoek tijdens een scintigrafie, met verwerking op computer die ten minste twee niet-parallelle reconstructievlakken omvat, met protocol en iconografische documenten (Single-photon emission computed tomography - SPECT)
PET	442971-442982	Positronentomografisch onderzoek door coincidentiedetectie met protocol en documenten, voor het geheel van het onderzoek, voor oncologische indicaties
RXCON	452712-452723	Radiografie van de thorax en de inhoud ervan, minimum twee clichés

4.2 Relatieve waardeschaal o.b.v. directe praktijkkosten

4.2.1 Basisresultaat

3.2 geeft aan dat de totale directe praktijkkosten verdeeld worden over alle prestaties aan de hand van de verdeelsleutel per kostensoortgroep. Hieruit volgt als resultaat per ziekenhuis, per operationele functionele eenheid een directe praktijkkost per prestatie voor het boekhoudjaar 2019. Deze directe praktijkkost per prestatie wordt op *pool*niveau berekend als de **gewogen mediane eenheidskost** van de ziekenhuizen. Op basis hiervan wordt de eerste **relatieve waardeschaal (RWS)** vastgelegd.

4.2.2 Expertvalidatie RWS en opmerkingen

Eenmaal de eenheidskost op prestatieniveau gekend is, kan geaggregeerd worden op het niveau van theoretische activiteitgroep (T.AG) om de resultaten bevattelijker te maken. Per theoretische activiteitgroep wordt een RWS berekend door zijn basisprestatie als uitgangspunt te gebruiken. Deze (empirische) RWS wordt vervolgens ter validatie voorgelegd aan experts (artsen, hoofdverpleegkundigen) uit het domein.

Gezien het grote aantal prestaties en theoretische activiteitgroepen worden enkel de 6 belangrijkste T.AG's, zijnde de groepen met het grootste aandeel in honorariummassa binnen de geselecteerde OFE's, van TFE beeldvorming gevalideerd door experts:

1. MR
2. CT
3. RXCON
4. MAMMO

5. NUC
6. PET

De empirische RWS per T.AG wordt in de expertensessies bijgestuurd aan de hand van hun advies (resultaat en argumentatie zie tabellen hieronder). Dit advies wordt meegenomen in de verdere verwerking van de finale relatieve waardeschaal (zie H2: *methodologie Leuvens team*).

Voor T.AG IVR werd er, omwille van de achterliggende complexiteit, naast de empirische kostprijberekening ook een normatieve oefening gedaan. Het resultaat hiervan wordt hieronder weergegeven. Dit resultaat wordt meegenomen in de verdere verwerking van de finale relatieve waardeschaal (zie H2: *methodologie Leuvens team*).

De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

4.2.2.1 T.AG MR

Tabel 9: empirische en expertvalidatie RWS T.AG MR

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
459454	459465	MORFOLOGISCHE EN FUNCT.MR-STUDIE V. HART	2,02	2,4
459513	459524	NMR-ONDERZ.VAN EEN LIDMAAT	1	1
459476	459480	NMR-ONDERZOEK EEN OF BEIDE MAMMAE	1,33	1,6
459830	459841	NMR BORSTEN ASYMPTOMATISCH + HIGH RISK	1,44	1,6
459535	459546	FUNCT.MR-STUDIE HERSENEN(BOLD-TECHNIEK)	1,62	2,4
459395	459406	NMR HOOFD MIN.3 SEQUENTIES M/Z CONTRAST	1,46	1,5
459432	459443	MR-ANGIOGR.HALS-THORAC-ABD. OF PELV.BLDV	0,9	1,2
459410	459421	NMR HALS/THORAX/ABDOMEN OF BEKKEN	2,04	2,5
457914	457925	NMR THORACALE WERVELZUIL	1,1	1,2
457936	457940	NMR LUMBOSACRALE WERVELZUIL	0,92	1,2
459491	459502	NMR CERVICALE WERVELZUIL	1,1	1,2
457951	457962	NMR VOLLEDIGE WERVELZUIL	1,36	1,8

Op de expertensessie voor T.AG MR zijn 17 stafmedewerkers en 12 artsen aanwezig uit 10 verschillende ziekenhuizen.

De experts geven aan dat de 'MR-nomenclatuur' een brede nomenclatuur is waarbij één prestatie verschillende soorten onderzoeken dekt. Hun inschattingen representeren het gemiddelde en gaan uit van uitvoering zonder contrast. Indien de onderzoeken met contrast worden uitgevoerd moet er 0,20 bijgeteld worden als verzwarende factor.

4.2.2.2 T.AG CT

Tabel 10: empirische en expertvalidatie RWS T.AG CT

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
458953	458964	CT ZONDER CONTRAST BK/OK	0,44	1
458570	458581	CT HART +CONTRASTMID.+EVAL.CORON.ANATOM.	1,77	3
458592	458603	CT HART +CONTRASTMID.+EVAL.MORFOLOGIE	1,45	2,5
458872	458883	TOMO I OF MEER LEDEMATEN MIN 6 COUPES	1,48	1
458894	458905	TOMO GEWR.LEDEM.+CONTR.SC.MIN.10SNED.	0,64	3
459675	459686	TOMOGR.M.CONTRAST FACIAAL MASSIEF	0,55	1,2
459955	459966	CONEBEAM CT Z.CONTRAST ROTSBEENDEREN	0,6	1,4
459690	459701	CT ZONDER CONTRAST FACIAAL MASSIEF	0,76	1
458673	458684	TOMO SCHEDEL MIN.10 COUPES M/Z CONTR.	1	1
459874	459885	TOMO HERSENEN M/Z CONTRAST BIJ PET	1,14	1
458732	458743	TOMO SCHEDELBASIS <=2MM MIN.20 COUPES	1,24	1,2
459572	459583	TOMO ABDOMEN M/Z CONTR.MIN15 COUPES	1,08	1,45
459550	459561	TOMO THORAX M/Z CONTR.MIN15 COUPES	1,02	1,25
459616	459620	TOMO THORAX/ABDOM.M/Z CONTR.MIN.30COUPES	1,48	1,55
459896	459900	TOMO HALS->ABDOMEN M/Z CONTRAST BIJ PET	1,29	1,55
459631	459642	TOMO HALS/THO/ABD.M/Z CONTR.MIN.30COUPES	0,76	1,65
458452	458463	TOESLAG CT ABDOMEN MULTIDETECTORCT	0,36	1
459594	459605	TOMO HALS/THORAX M/Z CONTR.MIN.30 COUPES	0,84	1,35
457870	457881	CT LUMBOSACRALE WERVELZUIL	0,84	1,2
458850	458861	CT CERVICALE WERVELZUIL	0,84	1,2
457892	457903	CT VOLLEDIGE WERVELZUIL	0,84	1,2
457855	457866	CT THORACALE WERVELZUIL	0,84	1,2
458813	458824	TOMO HALS M/Z CONTR.MIN15 COUPES	1,47	1,2
458835	458846	TOMO WERVELLICHAAM MIN 6 COUPES	1,47	1,2

Op de expertsessie voor T.AG CT zijn 17 stafmedewerkers en 12 artsen aanwezig uit 10 verschillende ziekenhuizen.

Ze geven aan dat er in de huidige nomenclatuur geen aandacht is voor het gebruik van low-end dan wel high-end CT-scanners afhankelijk van de indicatie, terwijl dit de apparatuurkosten aanzienlijk beïnvloedt. De expertinschattingen gaan uit van uitvoering zonder contraststof toediening. Indien uitgevoerd met contrast moet een verzwarende factor van 0,20 toegevoegd worden. Tijdens de bespreking worden eveneens onderstaande nomenclatuurspecifieke opmerkingen gemaakt:

458570-458581 CT HART +CONTRASTMID.+EVAL.CORON.ANATOM. <i>Uitvoering duurt langer dan prestatie 458592-458603 (CT HART +CONTRASTMID.+EVAL.MORFOLOGIE)</i>
458872-458883 TOMO I OF MEER LEDEMATEN MIN 6 COUPES <i>Er wordt uitgegaan van uitvoering zonder arthrografie.</i>
458894- 458905 TOMO GEWR.LEDEM.+CONTR.SC.MIN.10SNED. <i>Er wordt uitgegaan van gebruik voor CT-arthrografie.</i>
459955-459966 CONEBEAM CT Z.CONTRAST ROTSBEENDEREN

Reconstructie software werkt nog niet zo goed waardoor er meer tijdsinvestering van personeel nodig is. Het onderzoek duurt langer dan een gewone CT.

459874-459885 TOMO HERSENEN M/Z CONTRAST BIJ PET

Kan beter ingeschat worden door nuclearisten.

4.2.2.3 T.AG RXCON

Tabel 11: empirische en expertvalidatie RWS T.AG RXCON

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
452712	452723	RX THORAX MIN 2CL	1	1,00
452690	452701	RX THORAX 1CL	1,29	1,30
455254	455265	RX FEMUR EN OF HEUP MIN.2CL	1,07	1,50
455232	455243	RX KNIE EN OF FEMUR MIN.2CL	0,84	1,50
455173	455184	MID VOET E/O WORTEL E/O ENKEL 2CL	0,84	1,50
455136	455140	RX SCHOUDER E/O CLAV.E/O SCAP.2CL	1	1,50
455276	455280	RX BEKKEN	1,03	1,50
455195	455206	RX ENKEL EN OF BEEN MIN.2CL	0,71	1,50
455033	455044	RX HAND EN OF POLS MIN.2CL	1,03	1,50
455055	455066	RX POLS EN OF ONDERARM MIN.2CL	0,84	1,50
451010	451021	RX ABD.E/O GALBL.RECHTSTR.ONGEACHT CL.	0,71	1,30
455475	455486	RX LSWK INCL.SACRO-ILI.ARTIC. MIN. 3 CL	1,07	1,50
455011	455022	RX VINGERS EN OF HAND MIN.2CL	0,71	1,50
455092	455103	RX ELLEBOOG EN OF ARM MIN.2CL	0,71	1,50
455335	455346	RX RIBROOSTER 2 OF MEER CL	1	1,00
455291	455302	VERG.MENSUR.BEIDE OND.LED.SCANOMETRIE	2,12	2,00
455394	455405	RX CERVICALE WERVELKOLOM OCCIPIT.SCHARN.	1	1,50
455210	455221	RX BEEN EN OF KNIE MIN.2CL	1,07	1,50
455416	455420	RX DWZ MIN. 2 CL	1,07	1,50
455593	455604	RX STAT.VOLL WERVELK.MIN.1CL.ONG.BIJK.CL	3,79	2,00
455070	455081	RX ONDERARM EN OF ELLEBOOG MIN.2CL	1,03	1,50
455851	455862	RX BOVENBEEN FEMURDIAFYSE MIN. 2 CLICHES	1,07	1,50
459115	459126	SCOPIE MET TV GESL.KETEN BIJ OPERATIE	5,01	5,00
455114	455125	RX ARM EN OF SCHOUDER MIN.2CL	1,03	1,50
455151	455162	TENEN E/O MIDDELVOET E/O WORTEL 2CL	0,71	1,50
455836	455840	RX SLEUTELBEEN MET VISUALISATIE MIN.2CL	1,07	1,50
455711	455722	ARTROGRAFIE MIN.4CL	3,21	4,00
451430	451441	RX SLOKDARM / MAAG / DUODENUM	4,23	4,00
455630	455641	SCHEDEL-SIN-MAST-ROTSB-TEMP.ONG.BIJK.CL.	1	1,20
451076	451080	RX SLIKF.EN SCOPIE MIN 6 CL.	3,43	4,00
455873	455884	RX STERNUM MIN.1CL	1,85	1,00
450634	450645	CYSTO URETHROGR.+SCOP.TIJD.MICTIE 5CL	7	8,00
455534	455545	RX SACROCOCCYG.STREEK OF SIG MIN. 2 CL	0,84	2,00
450516	450520	RX ABD EN OF BLAAS	0,71	1,20
450590	450601	STIJGENDE CYSTOGRAFIE -3 CLICHES	4,23	8,00
455696	455700	RX NEUSBEENDEREN	0,78	1,20
451135	451146	RX SLOKD.EN SCOPIE MIN.6 CL.	4,23	4,00

451754	451765	RX CONTRASTLAVEMENT MIN. 8 CL.	11,3	9,00
451393	451404	SLOKD.MIN.6CL.EN MAAG MIN.2CL.+SCOP.	1,08	9,00
451710	451721	RX CONTRASTLAVEMENT MIN.4CL.	1,4	9,00
450671	450682	UNILAT.STIJG.PYELOGRAFIE INCL.TV+SCOPIE	7,51	8,00
455814	455825	RX SCHOUDERBLAD MIN. 2 CLICHES	1,07	1,50
452793	452804	LARYNX EVT.EN TRACHEA Z.KM MIN.2CL	1,85	1,20
450074	450085	HYSTEROGRAFIE MET BEELDVERSTERKER	2,71	4,50
450531	450542	IV UROGR.INCL.TOMOGR.MIN.4 CLICHES	7,51	4,00
459196	459200	FISTULOGR.INCL.MANIP.SCOPIE MIN.2CL	4,81	8,00
451511	451522	RX SLOKD/MAAG/DUODENUM/TRANSIT DUN DARM	16,58	15,00
450715	450726	BILAT.STIJG.PYELOGRAFIE INCL.TV+SCOPIE	11,3	8,00
451356	451360	VOLL.TRANSIT EN CAECUM+SCOP MIN.2 CL.	1,07	15,00
451614	451625	RX POSTOP.CHOLANGIO EN OND.MIN.6CL.	2,15	4,00
450030	450041	RADIOPELVIMETRIE	0,55	1,20
451312	451323	RX TRANSIT ILEOCOECALESTR.SCOP.TV.	11,3	15,00
451474	451485	RX MAAGDUOD.MIN.6CL.TRANS.MIN.6CL.+SCOP.	1,07	4,00

Op de expertensessie voor T.AG RXCON zijn 17 stafmedewerkers en 12 artsen aanwezig uit 10 verschillende ziekenhuizen.

Ze geven aan dat een gerichte RX van het 'klein skelet' in principe meer tijd in beslag neemt, bij uitvoering in een Buckyzaal of zonder continue scopie in een telezaal, dan een RX van het 'groot skelet' omwille van de tijd nodig voor positionering van de patiënt. Tijdens de bespreking worden eveneens onderstaande nomenclatuurspecifieke opmerkingen gemaakt:

Tabel 12: aandachtspunten per prestatie vanuit expertvalidatie RXCON

<p>452712-452723 RX THORAX MIN 2CL BASISPRESTATIE Dit onderzoek gebeurt meestal staand of zittend, bij mobiele patiënten.</p>
<p>452690-452701 RX THORAX 1CL Dit zijn meestal bedlegerige patiënten waardoor dit meer tijd in beslag neemt dan 2 clichés bij een mobiele patiënt.</p>
<p>455291-455302 VERG.MENSUR.BEIDE OND.LED.SCANOMETRIE Dit onderzoek neemt meer tijd in beslag dan de basisprestatie (o.a. meting lengte van een lidmaat, tijd nodig voor plaatsen meetlat ...).</p>
<p>459115-459126 SCOPIE MET TV GESL.KETEN BIJ OPERATIE Gebeurt meestal door orthopedisten.</p>
<p>451511-451522 RX SLOKD/MAAG/DUODENUM/TRANSIT DUN DARM Onderzoek duurt zeer lang.</p>
<p>451356-451360 VOLL.TRANSIT EN CAECUM+SCOP MIN.2 CL. Onderzoek duurt zeer lang.</p>
<p>451312-451323 RX TRANSIT ILEOCOECALESTR.SCOP.TV. Onderzoek duurt zeer lang.</p>

4.2.2.4 T.AG MAMMO

Tabel 13: empirische en expertvalidatie RWS T.AG mammo

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
450096	450100	MAMMOGR + OKSELS (ONGEACHT CLICHES)	1	1
450354	450365	MAMMO BORSTEN ASYMPTOMATISCH + HIGH RISK	1,08	1
355272	355283	INTRALES.PLAATS>/=1 MARKEERDERS BORSTKL.	2	4

Op de expertensessie voor T.AG MAMMO zijn 17 stafmedewerkers en 12 artsen aanwezig uit 10 verschillende ziekenhuizen.

Tijdens de bespreking wordt onderstaande nomenclatuurspecifiek opmerking gemaakt:

Tabel 14: aandachtspunten per prestatie vanuit expertvalidatie MAMMO

355272-355283 INTRALES.PLAATS>/=1 MARKEERDERS BORSTKL. Dit onderzoek omvat alle stereotactische markeringsen.
--

4.2.2.5 T.AG NUC

Tabel 15: empirische en expertvalidatie RWS T.AG NUC

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
442514	442525	TOMO.STREEK LICH.BIJ SCINTIGR.GANS LICH.	1,19	1,25
442396	442400	TOMOGRAFISCH ONDERZOEK TIJD.SCINTIGRAFIE	1	1
442536	442540	BIJK.HON.VOOR LOKALISATIE CT BIJ SPECT	0,16	?
442610	442621	FUNCT. SCINTIGRAFISCHE TEST	1,89	1,9
442411	442422	SCINTIGRAFIE (MO)	1,31	0,55
442455	442466	SCAN GANS LICHAAM (UITZ.I-131)	0,96	0,8 à 0,9?
442632	442643	THYROID CAPT + / OF SCAN	0,51	0,55
442212	442223	FUNCTIONELE TEST	1,66	?
442234	442245	FUNCTIONELE TEST SCHILDKLIER I METH.	1,22	0,55

Op de expertensessie voor T.AG NUC zijn 6 stafmedewerkers en 4 artsen aanwezig uit 6 verschillende ziekenhuizen.

Tijdens de bespreking worden onderstaande nomenclatuurspecifieke opmerkingen gemaakt:

Tabel 16: aandachtspunten per prestatie vanuit expertvalidatie NUC

442514-442525 TOMO.STREEK LICH.BIJ SCINTIGR.GANS LICH. Deze prestatie is heel heterogeen. 1,19 is te laag in +- 1/3e van de gevallen. Er wordt gekozen om deze prestatie iets hoger in te schatten (1,25).
442411-442422 SCINTIGRAFIE (MO) Heel heterogeen.
442632-442643 THYROID CAPT + / OF SCAN Indien uitgevoerd bij een kind, score x2.

4.2.2.6 T.AG PET

Tabel 17: empirische en expertvalidatie RWS T.AG PET

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
442971	442982	PET-ONDERZOEK - ONCOL.INDICATIE	1	1
442750	442761	PET-WEESINDICATIES	1	1
442713	442724	PET- INFECTIEUZE OF INFLAMMATOIRE INDIC.	1	1,2
442735	442746	PET-NEURODEGENERATIEVE INDICATIES	1	0,9
442691	442702	PET - LOKALISATIE EPILEPTOGENE HAARD	1	1,75
442676	442680	PET-MYOCARDVIABILITEIT BIJ COR.INSUFFIC.	5,84	5

Op de expertensessie voor T.AG NUC zijn 6 stafmedewerkers en 4 artsen aanwezig uit 6 verschillende ziekenhuizen.

Tijdens de bespreking worden geen specifieke opmerkingen gemaakt.

4.2.2.7 T.AG IVR

Tabel 18: empirische en normatieve RWS T.AG IVR

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS NORMATIEF
453331	453342	Digitale flebografie van een lidmaat of van een segment van een lidmaat	1,00	1,00
453294	453305	Digitale arteriografie van één of van de slagaders van een lidmaat	1,10	1,10
453390	453401	Digitale selectieve viscerale flebografie na catheterisme van een viscerale ader vanaf de oorsprong ervan	1,03	1,03
453154	453165	Digitale viscerale arteriografie na selectief catheterisme van een viscerale slagader vanaf de oorsprong ervan	1,03	1,03
453412	453423	Digitale veelvoudige selectieve viscerale flebografie na catheterisme van verscheidene viscerale aders vanaf de oorsprong ervan: ongeacht het aantal aders	1,14	1,14
453176	453180	Digitale veelvoudige viscerale arteriografie, na selectief catheterisme van verscheidene viscerale slagaders vanaf de oorsprong ervan, ongeacht het aantal slagaders	1,03	1,03
453316	453320	Digitale angiografie van de vena cava en/of viscerale flebografie	1,00	1,00
453552	453563	Digitale angiografie van de rechter ventrikel en/of arteria pulmonalis (minimum één incidentie)	1,03	1,03
453272	453283	Digitale angiografie van de aorta abdominalis en van de vertakkingen ervan, en arteriografie van de onderste ledematen	0,11	0,73
453235	453246	Digitale angiografie van de aorta thoracalis en/of abdominalis en van de vertakkingen ervan (mag niet worden gecumuleerd met verstreking nr. 453294-453305, dezelfde dag verricht)	0,99	0,99
453515	453526	Digitale substractie-angiografie na intraveneuze toediening van contrastmiddel, ongeacht het aantal injecties van contrastmiddel, ongeacht het aantal onderzochte streken of organen, inclusief alle manipulaties, met documentatie of transparante film van de significante beelden : met plaatsen van een catheter in de vena cava	0,39	0,88
453530	453541	Digitale substractie-angiografie na intraveneuze toediening van contrastmiddel, ongeacht het aantal injecties van contrastmiddel, ongeacht het aantal onderzochte streken of organen, inclusief alle	0,99	0,99

		manipulaties, met documentatie of transparante film van de significante beelden : de andere gevallen		
454031	454042	Cerebrale angiografie langs de arteria carotis bilateraal	2,89	1,09
454016	454020	Cerebrale angiografie langs één arteria carotis	0,09	0,56
454075	454086	Cerebrale angiografie langs de arteria vertebralis bilateraal	2,89	1,08
589131	589142	Percutane occlusie onder controle door medische beeldvorming van de arteriële of veneuze vascularisatie van pathologische letsels of van arteriële bloeding in de faciale, thoracale, abdominale of bekkenstreek, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de gebruikte embolisatiecatheter(s), de farmaca, de contrastmiddelen en het embolisatiematerieel	0,59	1,20
589116	589120	Percutane occlusie onder controle door medische beeldvorming van de arteriële of veneuze vascularisatie van één of meer organen en van pathologische letsels door fysische of chemische middelen in de encefale of medullaire streek inclusief de manipulaties en controles, tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de gebruikte embolisatiecatheter(s), de farmaca, de contrastmiddelen en het embolisatiematerieel	0,74	1,35
589175	589186	Percutaan inbrengen onder controle door medische beeldvorming van endovasculaire catheters met het oog op de rekanalisatie van een gedocumenteerde vasculaire occlusie, door fibrinolyse, door mechanische rekanalisatie, door aanwending van energie (thermische, laser, radiofrequentie) en door aspiratie inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en het gebruikte materiaal, exclusief de angioplastiekcatheters, de farmaca en contrastmiddelen. Voor de andere bloedvaten dan de coronaire	0,45	1,06
589153	589164	Percutaan inbrengen onder controle door medische beeldvorming van endovasculaire catheters met het oog op het oplossen van één of meer bloedstolsels, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de farmaca en contrastmiddelen. Voor de coronaire bloedvaten	1,41	1,92
589374	589385	Percutane endovasculaire plastiek van de ader bij veneuze stenose ten gevolge van chronische hemodialysebehandeling of bij compressie van de vena cava superior of inferior, van de vena subclavia of van de vena iliaca door een expansief proces, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en/of het gebruikte materieel, exclusief de dilatatiecatheter(s), de farmaca en de contrastmiddelen en de eventuele stent(s)	0,40	1,01
473410	473421	Inbrengen van een katheter in de venae hepaticae door transcutane punctie	0,39	0,39
589352	589363	Inbrengen van een porto-systemische shunt langs transjugulaire weg, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling, exclusief het dilatatiematerieel en de stent(s)	0,74	1,35
354336	354340	Implantatie van een katheter type Hickman of Tesio of Jocath voor nierdialyse, via denudatie van de vena jugularis interna	0,31	0,78
451850	451861	Percutane cholangiografie, inclusief het onderzoek zonder contrastmiddel, dezelfde dag verricht, minimum 3 clichés, met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisieketen	0,43	0,44
473535	473546	Inbrengen van een endoprothese in de galwegen langs de huid	0,50	0,41
589676	589680	Percutane ballonkyphoplastie voor de behandeling van indeukingsfracturen van een wervellichaam (per wervellichaam)	0,59	0,60
355552	355563	Punctie van de vena jugularis, de vena subclavia of vena femoralis (buiten narcose) voor het inbrengen van een catheter of plaatsing van een perifeer ingebrachte centrale veneuze katheter (PICC)	0,22	0,22

459255	459266	Bijkomend honorarium voor substractiemethode bij een cerebrale of viscerale angiografie, inclusief het masker en het positief : maximum voor het ganse onderzoek	0,30	0,31
--------	--------	--	------	------

Voor deze T.AG is er geen expertensessie georganiseerd.

De resultaten moeten met de nodige omzichtigheid benaderd worden. Deze prestaties worden immers in een beperkt aantal ziekenhuizen uitgevoerd, in lage volumes. Het betreft ook een nomenclatuur met grote complexiteit. Deze T.AG bestaat uit een eerder beperkt aantal prestaties met vaak ruim interpreteerbare omschrijving waarbij één code vaak van toepassing is bij verschillende regio's en/of een procedure ter hoogte van meerdere regio's omvat. Op basis van de resultaten is een verschil in interpretatie van cumuleerbaarheid tussen verschillende prestaties waarschijnlijk (in 2019). De kostbepaling wordt verder bemoeilijkt door een groot aantal materiaalhonoraria waarvan de draagwijdte niet exact vastligt en waardoor het moeilijk is alle materiaalkosten ten laste van die honoraria met zekerheid te excluseren. Er is dan ook een grote variatie in de ziekenhuisresultaten, in het bijzonder voor de materiaalkost.

Om die reden wordt er een (semi-)normatieve materiaalkost berekend. Deze is gebaseerd op de resultaten van 1 ziekenhuis, met specifieke materiaalkosten voor de cerebrale diagnostische procedures. Op basis van een validatiesessie met het betrokken ziekenhuis worden de overige materiaalkosten voor endovasculaire prestaties evenredig verdeeld over de betrokken prestaties (exclusief prestaties waarvoor een materiaalhonorarium bestaat dat het materiaal voor het geheel van de procedure dekt). Zo worden de therapeutische endovasculaire prestaties van artikel 34 behandeld als de volledige procedure omvattend, niet cumuleerbaar met de diagnostische angiografieën van artikel 17. Met behulp van deze normatieve materiaalkost wordt een nieuwe eenheidskost per prestatie berekend die omgezet wordt in een normatieve RWS en wordt gebruikt voor de verdere analyse om tot finale resultaten te komen.

In de toekomst kan uitgebreidere materiaalregistratie op niveau van procedures in de ziekenhuizen wellicht tot een fijnere en meer gedifferentieerde toewijzing van materiaalkosten leiden voor de endovasculaire prestaties.

5 Aandachtspunten

Tot slot worden een aantal aandachtspunten meegegeven, die van belang zijn bij de interpretatie van de resultaten, en waarmee, bij voorkeur, rekening wordt gehouden in de vervolgfase(n) van het nomenclatuurproject.

5.1 Anesthesie

Elk ziekenhuis verdeelt de boekhoudkundige kosten op een OFE naar activiteitgroepen. Die kosten omvatten vaak ook de kosten voor anesthesie (tenzij ze op een aparte OFE zouden zijn geboekt). Op die manier krijgen prestaties anesthesiekosten toebedeeld. Dit is naar best vermogen gebeurd door elk ziekenhuis. Het is niet vanzelfsprekend om anesthesiekosten te spreiden over prestaties vanwege de variabiliteit in uitvoering van eenzelfde prestatie: in bepaalde gevallen krijgt de patiënt de keuze om al dan niet onder verdoving te worden behandeld of er kan worden gekozen voor lokale verdoving in plaats van algehele. Zodra een ziekenhuis anesthesiekosten toekent aan een activiteitgroep worden de

kosten echter a rato van de verdeelsleutels over alle prestaties in die activiteitgroep verdeeld, zonder onderscheid in mogelijke variabiliteit in uitvoering zoals eerder omschreven.

Bij de prestaties van T.AG IVR is er in realiteit bij de meerderheid van de procedures sprake van een vorm van anesthesie. Bij volwassenen zal dit in veel gevallen beperkt zijn tot lokale verdoving. Er zijn echter ook procedures die onder algemene anesthesie plaatsvinden. Hiervoor is er geen correctie toegepast.

5.2 Patiënt- en/of pathologiekarakteristieken

De inschatting van belangrijke verdeelsleutels zoals slot- en personeelsduur gebeurt op basis van een doorsnee onderzoek. In praktijk zijn er echter een aantal patiënt- en/of pathologiekarakteristieken die een significante impact kunnen hebben op de slot- en personeelsduur van prestaties.

De praktijk leert dat de slot- en personeelsduur beïnvloed wordt door:

- Het toedienen van contraststoffen (voorbereiden en toediening product).
- Het uitvoeren van onderzoeken onder algemene anesthesie (voorbereiding en toediening anesthesie, verplaatsen en supervisie patiënt na onderzoek). Naast de impact op de duur moet ook rekening gehouden worden met de kost van de anesthesie-ondersteuning, die vanuit de dienst anesthesie mee wordt aangeleverd.
- Het uitvoeren van onderzoeken bij minder mobiele patiënten, hoofdzakelijk patiënten die verblijven op een intensieve zorgen eenheid (nood aan monitoring tijdens het onderzoek) of die getransfereerd worden vanuit OKA of spoed (meer tijd voor verbedden patiënt; ev. leidingen die moeten verlegd worden, ...).
- De leeftijd. Bij kinderen moet een langer tijdslot voorzien worden (moeilijkere voorbereiding, patiënt blijft niet stilliggen). In dit geval is de bijkomende tijd moeilijk in te schatten. In het beste geval is er geen verschil met een volwassene, maar in veel gevallen wordt het tijdslot verlengd. In sommige gevallen moet er, na het mislukken van een poging tot onderzoek, een nieuw slot ingepland worden. Ook oudere patiënten vergen soms extra begeleiding en dus een langer tijdslot om uiteenlopende redenen (mobiliteit, Alzheimer-problematiek, ...).
- Het uitvoeren van MR onderzoeken bij patiënten met een device. Tien jaar geleden was er slechts sporadisch sprake van MR onderzoeken bij patiënten met een actief implantaat (pacemakers, ICD's, neuro- & blaasstimulatoren, medicatiepompen, drains, etc.) omdat deze als gecontra-indiceerd werden beschouwd. Tegenwoordig is er een groot aanbod aan (actieve) implantaten die – onder technische/praktische voorwaarden weliswaar – een MR scan mogelijk maken. Dergelijke onderzoeken gaan wel gepaard met nog striktere procedures (o.a. bijkomend overleg radioloog/aanvrager/interne specialist i.f.v. toestel type). De drempel tot een MR onderzoek bij een patiënt met een (actief) implantaat is door technologische vooruitgang dus ten dele weggevallen (of minstens verlaagd). De randvoorwaarden die de firma's & internationale adviezen opleggen en bijhorende praktische regelingen (cf. instellingen en controle toestel, monitoring patiënt, aangepaste scanmethoden, etc.) vragen echter aanzienlijk meer ondersteuning dan een standaard MR onderzoek. Rekening houdend met de input van de fysici, voor de voorbereiding, afstemming, keuze onderzoek ... moet aan de personeelskost i.g.v. patiënten met een device zo'n 75 à 120 min toegevoegd worden (verloningsniveau fysicus).

Deze bijkomende elementen, die gerelateerd zijn aan patiënt- (bv. leeftijd, mobiliteit) of pathologiekenmerken (bv. device, contraststof, algemene anesthesie) zijn factoren die bijkomend in rekening gebracht moeten worden zodra de relatieve waardeschaal omgezet wordt in een vergoeding voor de praktijkkosten en bij vergelijking met andere T.AG's.

5.3 Praktijkvoering

De berekeningen en hieruit voortvloeiende RVS zijn gebaseerd op de reële praktijkvoering (in 2019). Dit komt niet altijd overeen met wat (medisch) aangewezen is, bv. het gebruik Bucky-zaal voor 'klein skelet' versus uitvoering in telezaal, al dan niet met continue scoping, of low-end versus high-end CT-scanners afhankelijk van de indicatie. Ook het al dan niet gebruiken van biplane installaties voor (alle) prestaties interventionele radiologie kan verschillen per ziekenhuis en heeft een impact op de apparatuurkosten.

In de TFE Beeldvorming komen er in de v0 nomenclatuur veel prestaties voor die ontduddeld zijn op basis van de uitvoerende discipline. Zo kent de artikel 17(bis) nomenclatuur voor radiologen tegenhangers in artikels 17ter en 17quater voor niet-radiologen. De berekende praktijkkosten voor beide toont voor een aantal prestaties relevante verschillen. Hiervoor kunnen een aantal verklaringen zijn zoals een verschillend aandeel van de arts-specialist in de uitvoering, een andere kostenstructuur afhankelijk van de OFE, verschillen in gebruikte apparatuur of de afschrijvingsstatus ervan, een andere cumuleerbaarheid afhankelijk van het specialisme, etc.

5.4 Beperkingen nomenclatuur (v0)

In de context van interventionele radiologie (T.AG IVR) worden een aantal moeilijkheden met betrekking tot de afbakening van de nomenclatuur en eraan verbonden praktijkkosten gecombineerd:

- Beperkt aantal codes met een ruime omschrijving;
- Nomenclatuuromschrijving en regels waarbij interpretatieverschillen mogelijk zijn wat betreft cumuleerbaarheid (in 2019);
- Mogelijke verschillen in cumuleerbaarheid tussen gelijktijdige uitvoering endovasculaire procedures van artikel 17(ter) en artikel 34 onderling en combinatie met gelijktijdige endovasculaire procedures van andere artikels (bv. 11 en 20);
- Materiaalhonoraaria met onduidelijke draagwijdte en onduidelijkheid mbt de exclusie van de kost van de betrokken materialen

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

HOOFDSTUK 2: TFE ENDOSCOPIE

Inhoudstafel

1	Functionele eenheid: endoscopie	3
1.1	Theoretische functionele eenheid.....	3
1.2	Operationeel functionele eenheden.....	3
2	Startpositie kosten	5
2.1	Kostensoort.....	5
2.2	Kostenplaats.....	6
3	Kostprijsberekening (ZH): allocatie naar de prestaties.....	6
3.1	Bepaling klinische activiteitgroepen	6
3.2	Kostverdeling.....	7
3.2.1	Slotduur.....	8
3.2.2	Personeelsduur.....	8
4	Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS).....	9
4.1	Theoretische activiteitgroep(en).....	9
4.1.1	Bepaling theoretische activiteitgroepen	9
4.1.2	Bepaling basisprestatie.....	9
4.2	Relatieve waardeschaal o.b.v. directe praktijkkosten.....	10
4.2.1	Basisresultaat	10
4.2.2	Expertvalidatie RWS en opmerkingen.....	10
5	Aandachtspunten	24
5.1	Anesthesie	24
5.2	(Centrale) Sterilisatie	25
5.3	Beperkingen nomenclatuur (v0)	25

Lijst tabellen

Tabel 1: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal, in 2019.....	3
Tabel 2: TMCP HON TFE endoscopie t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's	4
Tabel 3: TMCP HON TFE endoscopie in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE endoscopie op de geselecteerde OFE's	5
Tabel 4: overzicht van de kosten in en uit selectie	6
Tabel 5: activiteitgroepen per ziekenhuis	6
Tabel 6: P-M-A verhouding per T.AG.....	9
Tabel 7: basisprestatie per T.AG.....	10
Tabel 8: empirische en expertvalidatie RWS T.AG GASTRO	11
Tabel 9: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG GASTRO.....	12
Tabel 10: empirische en expertvalidatie RWS T.AG COLO	14
Tabel 11: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG COLO	15
Tabel 12: empirische en expertvalidatie RWS T.AG ERCP.....	16
Tabel 13: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG ERCP	17
Tabel 14: empirische en expertvalidatie RWS T.AG BRONCHO	17
Tabel 15: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG BRONCHO	18
Tabel 16: empirische en expertvalidatie RWS T.AG END_URO.....	19
Tabel 17: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG END_URO	20
Tabel 18: gecombineerde RWS T.AG GASTRO-COLO-ERCP	22

Lijst figuren

Figuur 1: variatie slottijden per T.AG.....	8
Figuur 2: variatie personeelstijden per T.AG	8

I Functionele eenheid: endoscopie

I.1 Theoretische functionele eenheid

Het vertrekpunt in de analyse is een **theoretische functionele eenheid (TFE)**, gedefinieerd als een “afgebakend geheel van medische activiteiten op basis van nomenclatuurcodes”.

Deze documentatiefiche beschrijft de methodologie, analyses en resultaten van de theoretische functionele eenheid ‘**endoscopie**’ die wordt afgebakend door een selectie van nomenclatuur uit onderstaande artikels:

- Art 3 Technische geneeskundige verstrekkingen
- Art 11 Algemene speciale verstrekkingen
- Art 13 Reanimatie
- Art 14_d Heelkunde op het abdomen
- Art 14_i Otorhinolaryngologie
- Art 14_j Urologie
- Art 20 Inwendige geneeskunde

De theoretische functionele eenheid ‘endoscopie’ bestaat uit 178 nomenclatuurprestaties, waarvan 89 ambulante en 89 klinische nomenclatuurcodes. 12 prestaties worden niet onderzocht omdat ze niet worden uitgevoerd in de ziekenhuizen of omdat ze enkel op een niet geselecteerde OFE voorkomen (zie I.2).

De *pool* voor TFE endoscopie bestaat uit negen deelnemende ziekenhuizen.

Het totaal aantal prestaties in de TFE endoscopie dat nationaal en in de *pool* is uitgevoerd in 2019 wordt weergegeven in onderstaande Tabel 1.

Tabel 1: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal, in 2019

ARTIKEL	AANTAL			HONORARIA		
	POOL	NATIONAAL		POOL	NATIONAAL	
3	439	2.969	15%	€ 3.200	€ 17.018	19%
11	34.244	183.997	19%	€ 1.503.120	€ 7.693.183	20%
13	2.492	11.598	21%	€ 195.253	€ 904.033	22%
14 _d	425	4.266	10%	€ 83.586	€ 689.094	12%
14 _i	2	16	13%	€ 416	€ 3.223	13%
14 _j	45.966	354.303	13%	€ 1.866.661	€ 11.123.488	17%
20	161.734	965.102	17%	€ 23.940.549	€ 133.143.852	18%
Totaal	245.302	1.522.251	16%	27.592.785	153.573.891	18%

I.2 Operationeel functionele eenheden

Een **operationele functionele eenheid (OFE)** wordt gedefinieerd als “de afdeling, verpleegeenheid of dienst waar de medische prestaties worden verricht”. In tegenstelling tot de TFE die gelijk is voor alle ziekenhuizen, is de verzameling van prestaties die op een OFE gebeuren afhankelijk van de organisatie van het ziekenhuis. Prestaties kunnen worden uitgevoerd op verschillende operationele eenheden (OFE(i)). De analyse wordt uitgewerkt op de belangrijkste operationele eenheden, m.a.w.

de eenheden waar het grootste aandeel omzet van de bestudeerde theoretische functionele eenheid wordt gerealiseerd.

Voor TFE endoscopie leidt de selectie in de 9 poolziekenhuizen tot 32 relevante OFE's. Onderstaande Tabel 2 toont per geselecteerde OFE de honorariummassa van de TMCP uit TFE endoscopie versus de totale TMCP honorariummassa op de OFE.

Tabel 2: TMCP HON TFE endoscopie t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's

ZH	OFE	TMCP		
		HON TFE ENDOSCOPIE	HON ANDERE TFE	% TFE ENDOSCOPIE
ZH1	OFE1	€ 961.982,85	€ 400.049,64	71%
	OFE2	€ 1.021.964,15	€ 435.182,82	70%
	OFE3	€ 128.275,18	€ 44.237,63	74%
	OFE4	€ 794.676,05	€ 403.828,37	66%
	OFE5	€ 155.481,96	€ 121.724,77	56%
ZH2	OFE1	€ 1.041.527,94	€ 911.854,67	53%
ZH3	OFE1	€ 1.657.381,00	€ 554.270,43	75%
	OFE2	€ 134.674,98	€ 1.326.013,99	9%
	OFE3	€ 92.151,49	€ 470.771,49	16%
ZH4	OFE1	€ 1.616.794,67	€ 460.445,49	78%
	OFE2	€ 142.452,51	€ 934.397,98	13%
	OFE3	€ 325.408,08	€ 112.698,98	74%
	OFE4	€ 918.818,28	€ 527.007,54	64%
	OFE5	€ 57.845,19	€ 1.000.113,35	5%
ZH5	OFE1	€ 3.467,64		100%
	OFE2	€ 304.104,85	€ 129.637,17	70%
	OFE3	€ 15.796,81	€ 561,51	97%
	OFE4	€ 163.922,01	€ 17.182,09	91%
	OFE5	€ 6.991,31		100%
ZH6	OFE1	€ 174.334,80	€ 87.582,36	67%
	OFE2	€ 58.619,27	€ 40.988,08	59%
	OFE3	€ 90.604,39	€ 287.904,41	24%
	OFE4	€ 1.103.420,64	€ 544.541,46	67%
ZH7	OFE1	€ 3.939.472,50	€ 1.408.743,60	74%
	OFE2	€ 387.863,40	€ 856.874,60	31%
	OFE3	€ 907.404,90	€ 6.654.556,00	12%
ZH8	OFE1	€ 1.705.240,92	€ 654.728,60	72%
	OFE2	€ 323.197,32	€ 681.799,66	32%
ZH9	OFE1	€ 79.530,73	€ 944.489,12	8%
	OFE2	€ 87.993,10		100%
	OFE3	€ 1.885.473,49	€ 3.114,63	100%
	OFE4	€ 25.792,08		100%

Tabel 3 toont per artikel de honorariummassa en het aantal prestaties voor TFE endoscopie, enerzijds voor de volledige pool en anderzijds voor de 32 onderzochte OFE's van de ziekenhuizen. Op de

onderzochte OFE's (= 74% van de totale honorariummassa in de pool) worden in 2019 in totaal 162.886 prestaties gefactureerd. Hiertegenover staat een honorariummassa van € 20.312.664.

Tabel 3: TMCP HON TFE endoscopie in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE endoscopie op de geselecteerde OFE's

HON/AANTAL TFE ENDOSCOPIE				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
3	Technische geneeskundige verstrekkingen	439	€ 3.200	0,0%
11	Algemene speciale verstrekkingen	34.244	€ 1.503.120	5,4%
13	Reanimatie	2.492	€ 195.253	0,7%
14d	Heelkunde op het abdomen	425	€ 83.586	0,3%
14i	Otorhinolaryngologie	2	€ 416	0,0%
14j	Urologie	45.966	€ 1.866.661	6,8%
20	Inwendige geneeskunde	161.734	€ 23.940.549	86,8%
TOTAAL		245.302	€ 27.592.784	100%

HON/AANTAL TFE ENDOSCOPIE, geselecteerde OFE's				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
3	Technische geneeskundige verstrekkingen	165	€ 991	0,0%
11	Algemene speciale verstrekkingen	13.687	€ 495.919	2,4%
13	Reanimatie	864	€ 68.080	0,3%
14d	Heelkunde op het abdomen	72	€ 7.663	0,0%
14j	Urologie	20.179	€ 830.569	4,1%
20	Inwendige geneeskunde	127.919	€ 18.909.443	93,1%
TOTAAL		162.886	€ 20.312.664	100%

AANDEEL IN SELECTIE	74%
----------------------------	------------

2 Startpositie kosten

Het is belangrijk om de kostengegevens van de deelnemende ziekenhuizen te analyseren, valideren en te 'herordenen' zodat de kostengegevens per operationele FE over de ziekenhuizen heen zo volledig en vergelijkbaar mogelijk zijn. Afhankelijk van de specifieke boekingswijze van de deelnemende ziekenhuizen, kunnen verschuivingen tussen operationele eenheden nodig zijn om een vergelijkbare (i.e. zo uniform mogelijke) startpositie te verzekeren.

2.1 Kostensoort

Op basis van de feedback op de validatierapporten zijn er ziekenhuisspecifieke knelpunten geïdentificeerd.

Ziekenhuizen verschuiven kosten van andere OFE's naar de te bestuderen OFE's of omgekeerd (zowel personeel, materiaal als apparatuur). Deze verschuivingen zorgen voor een zo juist mogelijke match tussen directe kosten en honoraria op de geselecteerde OFE's.

Tabel 4 vat de geïncludeerde en geëxcludeerde kostensoorten samen voor de geselecteerde OFE's voor de vier kostensoortgroepen (personeel, materiaal, apparatuur, overige).

Tabel 4: overzicht van de kosten in en uit selectie

TFE ENDOSCOPIE, geselecteerde OFE's		Kosten_POOL	
2019			
IN selectie			
Direct	Personeel	€ 12.795.525	52,5%
Direct	Materiaal	€ 6.751.945	27,7%
Direct	Medische apparatuur	€ 4.815.088	19,8%
Subtotaal		€ 24.362.558	39%
Indirect	Personeel	€ 1.859.907	46,2%
Indirect	Materiaal	€ 446.598	11,1%
Indirect	Overige	€ 1.715.346	42,7%
Subtotaal		€ 4.021.851	6%
Exclusie	Personeel	€ 16.367.676	48,7%
Exclusie	Materiaal	€ 16.097.491	47,9%
Exclusie	Overige	€ 1.134.789	3,4%
Subtotaal		€ 33.599.956	54%
TOTAAL		€ 61.984.365	
AANDEEL IN SELECTIE		39%	

2.2 Kostenplaats

De regelgeving voorziet geen specifieke kostenplaatsen in de boekhouding voor endoscopie.

3 Kostprijsberekening (ZH): allocatie naar de prestaties

De te verdelen directe praktijkkost per operationele functionele eenheid van elk ziekenhuis staat nu vast. Om tot een directe praktijkkost per prestatie te komen, doorloopt elk ziekenhuis de volgende stappen.

3.1 Bepaling klinische activiteitgroepen

De deelnemende ziekenhuizen bepalen per OFE de klinische activiteitgroepen. Deze activiteitgroepen verwijzen naar een min of meer homogeen zorgproces en een daaraan gerelateerde inzet van middelen, de hoeveelheid kan verschillen.

Tabel 5: activiteitgroepen per ziekenhuis

	DEN	DFW	JFK	LAS	LAX	MIA	ORD	PHX	SEA
Ascites_D					x				
Ascites_T					x				
Biopsie_punctie								x	
Broncho			x						
Broncho_D					x	x	x		
Broncho_T					x	x	x		
Colo_gastro								x	
Colo	x		x	x					
Colo_D		x			x	x	x		x

	DEN	DFW	JFK	LAS	LAX	MIA	ORD	PHX	SEA
Colo_T		x			x	x	x		x
Cysto				x		x	x		
Cysto_dil									x
Dil		x			x	x	x		
Duo	x								
Ebus					x	x	x		
Echo								x	
Echo_duplex						x	x		
Echo_T					x				
Endo_uro								x	
Entero_s					x				
ERCP	x	x	x		x	x	x	x	
ESWL			x						x
Eus	x		x			x		x	x
Eus_D		x			x				
Eus_T		x			x				
Flow									x
Gastro			x	x		x			
Gastro_D		x			x	x	x		x
Gastro_T		x			x	x	x		x
Mano			x						
Motiliteit			x			x	x	x	x
Oeso	x								
Pleura						x			
Pleura_D					x				
Pleura_T					x				
Proctologie	x	x	x		x	x	x	x	x
PTC						x			
Rect	x								
Sigmo	x								
Udo			x			x	x		x
Vid_endo	x								

3.2 Kostverdeling

Vervolgens inventariseert elk ziekenhuis per OFE zijn middeleninzet om de kosten per activiteitgroep te bepalen. De kostenstudie beperkt zich tot de directe praktijkkosten, onderverdeeld in drie directe kostensoortgroepen, meer bepaald: (1) de personeelskost (P) van het direct bij de medische prestatie betrokken (zorg)personeel (excl. artsen), (2) materiaalkosten (M) (excl. geneesmiddelen, implantaten, synthesemateriaal (en zo mogelijk de materialen die onder bepaalde omstandigheden worden gefinancierd door een materiaalhonorarium)) en (3) kosten van medische apparatuur (A).

Nadat de kosten van de drie kostensoortgroepen zijn toegewezen aan de activiteitgroepen kan de relatie met de medische prestaties (nomenclatuur) worden bepaald. Elke ziekenhuis bepaalt per OFE per prestatie de bijhorende activiteitgroep, slot- en personeelsduur. Nadien wordt van elke

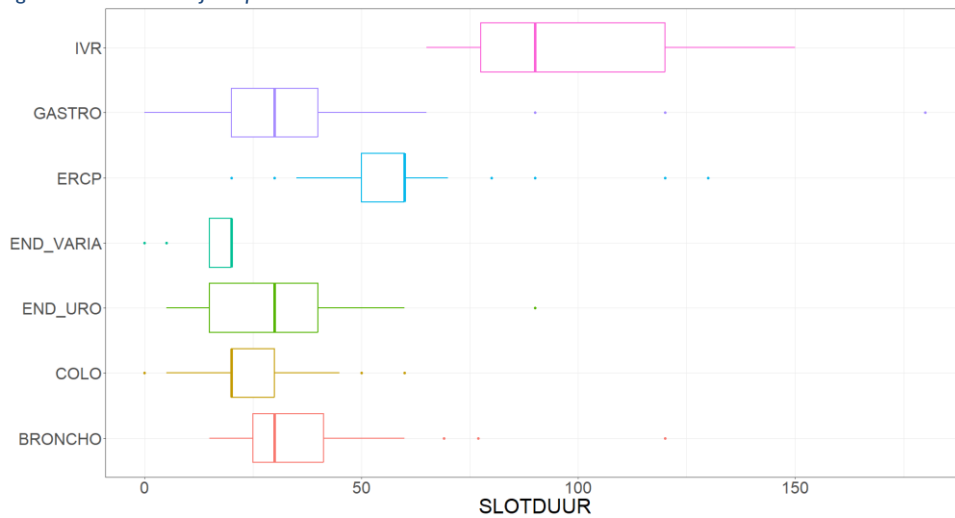
activiteitgroep elk type directe kosten (personeel, materiaal en apparatuur) verdeeld over de prestaties op basis van een eigen verdeelsleutel zoals toegelicht in *Herijking NC-2.2 Leuven – methodologie*.

Het resultaat is per ziekenhuis, per operationele functionele eenheid een directe praktijkkost (in euro) per prestatie voor het boekhoudjaar 2019.

3.2.1 Slotduur

De volgende grafiek toont de variatie in slottijden van de ziekenhuizen per T.AG van TFE endoscopie. De T.AG's worden hierna (zie 4.1.1) omschreven.

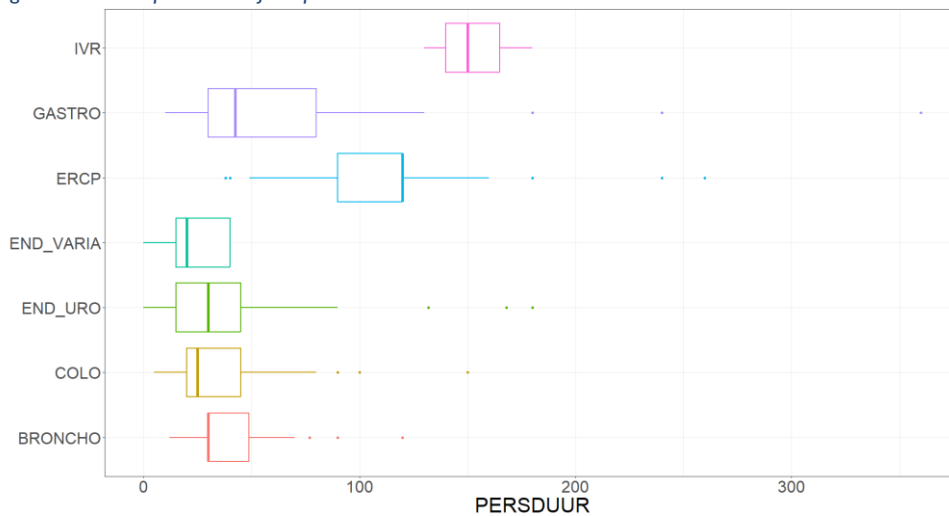
Figuur 1: variatie slottijden per T.AG



3.2.2 Personeelsduur

De volgende grafiek toont de variatie in personeelstijden van de ziekenhuizen per T.AG van TFE endoscopie. De T.AG's worden hierna (zie 4.1.1) omschreven.

Figuur 2: variatie personeelstijden per T.AG



4 Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS)

4.1 Theoretische activiteitgroep(en)

4.1.1 Bepaling theoretische activiteitgroepen

Ziekenhuizen bepalen zelf hun activiteitgroepen aan de hand van hun operationele werking. Dit zorgt ervoor dat de gebruikte activiteitgroepen kunnen verschillen tussen ziekenhuizen. Na de gedetailleerde kostprijsberekening van elke prestatie, in elk ziekenhuis, worden prestaties toegewezen aan een **theoretische activiteitgroep (T.AG)**. De T.AG's zijn een groepering van prestaties die klinisch verwant zijn en die door dezelfde klinische experts vergeleken kunnen worden.

De classificatie van theoretische activiteitgroepen is TFE-overschrijdend, een theoretische activiteitgroep kan bijgevolg prestaties uit verschillende TFE's bevatten. (Zie H2: *methodologie Leuvens team* voor een verdere toelichting over theoretische activiteitgroepen en een volledige bijlage van de prestaties per T.AG.)

Prestaties uit TFE endoscopie komen in volgende theoretische activiteitgroepen voor:

1. BRONCHO
2. COLO
3. END_URO
4. END_VARIA
5. ERCP
6. GASTRO
7. IVR

Zoals hierboven vermeld, zijn theoretische activiteitgroepen TFE overschrijvend. De theoretische activiteitgroep 'IVR' bevat prestaties van TFE endoscopie, maar sluit in zijn geheel beter aan bij TFE beeldvorming. In wat volgt wordt deze T.AG niet besproken (komt aan bod in fiche TFE beeldvorming).

Onderstaande Tabel 6 toont de P-M-A verhouding van de geïncludeerde kosten binnen de T.AG's van TFE endoscopie.

Tabel 6: P-M-A verhouding per T.AG

T.AG	personeel	%	materiaal	%	apparatuur	%
BRONCHO	€ 560.117,61	41%	€ 251.048,37	18%	€ 566.719,92	41%
COLO	€ 3.462.799,96	62%	€ 871.335,90	16%	€ 1.250.419,31	22%
END_URO	€ 1.518.347,49	66%	€ 267.515,67	12%	€ 528.897,11	23%
END_VARIA	€ 54.621,85	41%	€ 43.649,63	33%	€ 34.155,49	26%
ERCP	€ 655.048,82	41%	€ 684.474,83	42%	€ 273.841,69	17%
GASTRO	€ 2.675.075,42	55%	€ 993.181,68	20%	€ 1.228.359,28	25%

4.1.2 Bepaling basisprestatie

Voor elke theoretische activiteitgroep (T.AG) wordt een basisprestatie aangeduid. Een basisprestatie is klinisch logisch om andere prestaties mee te vergelijken. Ze heeft een vergelijkbare uitvoering en berekende praktijkkost over de deelnemende ziekenhuizen heen. Verder wordt ze uitgevoerd en

gefactureerd in voldoende groot aantal en kan ze afgelijnd worden ten opzichte van samen uitgevoerde prestaties.

Onderstaande Tabel 7 toont de basisprestatie per T.AG. Voor T.AG END_VARIA wordt geen basisprestatie bepaald, aangezien deze niet door experts wordt gevalideerd. Deze T.AG bevat alleen NC 355913-355924 'Bijkomend honorarium bij de verstrekkingen nrs. 355353-355364, 355375-355386, 355434-355445, 355456-355460, 355552-355563, 355596-355600, 355611-355622, 355633-355644, 355670-355681, 355714-355725, 355751-355762, 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985, 475996-476000, wanneer zij uitgevoerd worden onder echografische of radiologische controle'.

Tabel 7: basisprestatie per T.AG

T.AG	NOMENNR	OMSCHRIJVING
BRONCHO	471715-471726	Bronchoscopie zonder afname voor biopsie, inclusief een eventuele minilavage (< 100 ml)
COLO	473174-473185	Onderzoek van het colon tot de ileocecale klep, door middel van endoscopie
END_URO	260271-260282	Cystoscopie, met of zonder afname voor biopsie bij de man
ERCP	473830-473841	Extractie van een of meer gal- of pancreasstenen tijdens een cholangiopancreatografie door middel van endoscopie
GASTRO	473056-473060	Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal door middel van endoscopie

4.2 Relatieve waardeschaal o.b.v. directe praktijkkosten

4.2.1 Basisresultaat

3.2 geeft aan dat de totale directe praktijkkosten worden verdeeld over alle prestaties aan de hand van de verdeelsleutel per kostensoortgroep. Hieruit volgt als resultaat per ziekenhuis, per operationele functionele eenheid een directe praktijkkost per prestatie voor het boekhoudjaar 2019. Deze directe praktijkkost per prestatie wordt op *pool*-niveau berekend als de **gewogen mediane eenheidskost** van de ziekenhuizen. Op basis hiervan wordt de eerste **relatieve waardeschaal (RWS)** vastgelegd.

4.2.2 Expertvalidatie RWS en opmerkingen

Eenmaal de eenheidskost op prestatieniveau gekend is, kan geaggregeerd worden op het niveau van theoretische activiteitgroep (T.AG) om de resultaten bevattelijker te maken. Per theoretische activiteitgroep wordt een RWS berekend door zijn basisprestatie als uitgangspunt te gebruiken. Deze (empirische) RWS wordt vervolgens ter validatie voorgelegd aan experts (artsen, hoofdverpleegkundigen) uit het domein.

De empirische RWS per T.AG wordt in de expertensessies bijgestuurd aan de hand van hun advies (resultaat en argumentatie zie tabellen hieronder). Dit advies wordt meegenomen in de verdere verwerking van de finale relatieve waardeschaal (zie H2: *methodologie Leuvens team*).

De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

4.2.2.1 T.AG GASTRO

Tabel 8: empirische en expertvalidatie RWS TAG GASTRO

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
473056	473060	Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal door middel van endoscopie	1	1
473852	473863	Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal en de naburige organen met een echo-endoscoop	3,72	3,72
472356	472360	Onderzoek van de oesophagus door middel van endoscopie	0,8	1
474795	474806	Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door technieken van mucosectomie, door middel van endoscopie.	1,17	3
473815	473826	Dilatatie van een of meer stricturen van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	4,15	2
355950	355961	Gastrostomie of enterostomie door endoscopie	2,71	2,7
472076	472080	Meting van de druk in de oesophagus, tegelijkertijd op drie niveaus	2	3
472393	472404	Extractie van een of meer vreemde lichamen van het spijsverteringskanaal door middel van endoscopie	1,28	2
473771	473782	Hemostase van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	2,08	3
473874	473885	Een of meer afnamen van weefsel met behulp van een naald doorheen de wand van het spijsverteringskanaal, door middel van echo-endoscopie	1,83	1
474670	474681	Registrering van de pH en de impedantie, gedurende 24 uur, op minstens 3 niveaus van de oesophagus	2,08	2
473675	473686	Vernietiging van een of meer hemorragische letsels of angiodysplasieën van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	0,39	1
473594	473605	Registrering van de pH, gedurende 24 uur, in de oesophagus	1,77	2
473933	473944	Onderzoek van het spijsverteringskanaal door middel van een endoscopische videocapsule	1,27	1
474891	474902	Vernietiging van een of meer letsels van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	2,47	1
473270	473281	Behandeling van spataders van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	0,71	2
472091	472102	Dilatatie van de oesophagus met behulp van een pneumatische sonde	1,48	1,48
473093	473104	Onderzoek van de dunne darm met een endoscoop die is uitgerust met een hulpmiddel om het inbrengen ervan langs orale weg te vergemakkelijken	2,83	4
473292	473303	Inbrengen van een endoprothese in het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	1,32	2,5
473970	473981	Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door submucosale dissectie, door middel van endoscopie	12,17	8
474810	474821	Behandeling van een fistel of perforatie van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	3,82	4
474854	474865	Vernietiging van hooggradige dysplasie van de oesophagus door middel van radiofrequentie, door middel van endoscopie	4,33	4,33
112254	112265	Duodenumcatheterisatie, al dan niet gechronometreerd	4,33	4,33
474272	474283	Duodenumcatheterisatie bij kind jonger dan zeven jaar	4,33	4,33

474832	474843	Sectie van de musculus cricopharyngeus, door middel van endoscopie	3,49	4
474876	474880	Sectie van de muscularis van de oesophagus en van de cardia, na submucosale tunneling (POEM), door middel van endoscopie	12,17	9
473012	473023	Meting van de drukken in het spijsverteringskanaal door middel van een manometrische sonde	2,53	6
112210	112221	Dilatatie van de slokdarm	0,81	0,81
473616	473620	Registrering van de druk, gedurende 24 uur, op minstens 3 niveaus van de oesophagus	6,59	6

Op de expertensessie voor T.AG GASTRO zijn 3 stafmedewerkers, en 6 artsen aanwezig uit 4 verschillende ziekenhuizen.

Tijdens deze sessie gaan de experts uit van uitvoering van de basisprestatie zonder sedatie omdat dit, op basis van hun ervaring, in de meerderheid van de uitvoeringen het geval is. De hogere waardering van de RWS door experts voor prestaties mét anesthesie is aan dit uitgangspunt gerelateerd. Daarnaast is er vaak sprake van interpretatie van een prestatie als zijnde een aanvullende handeling op een (echo-)endoscopie. Als zo een prestatie toch geïnterpreteerd dient te worden als een volledige, op zichzelf staande procedure moet de relatieve waarde met 1,00 verhoogd worden (of 3,72 in het geval van uitvoering met een echo-endoscoop).

Tijdens de bespreking worden onderstaande nomenclatuurspecifieke opmerkingen gemaakt:

Tabel 9: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG GASTRO

<p>473056-473060 Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal door middel van endoscopie BASISPRESTATIE <i>Uitgangspunt: uitvoering zonder sedatie. Uitvoering onder sedatie vergt meer tijd en een extra verpleegkundige.</i></p>
<p>473852-473863 Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal en de naburige organen met een echo-endoscoop <i>Altijd met sedatie dus langere duur en extra verpleegkundige, materiaal en apparatuur duurder.</i></p>
<p>472356-472360 Onderzoek van de oesophagus door middel van endoscopie <i>Er wordt in de planning evenveel tijd voorzien als voor de basisprestatie waardoor het personeel en de apparatuur niet beschikbaar is. De uitvoering zelf is vaak iets korter dan de basisprestatie.</i></p>
<p>474795-474806 Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door technieken van mucosectomie, door middel van endoscopie. <i>Empirische RWS is onderschatting als dit enkel endomucosale resecties (EMR) omvat. Aanvullende handeling, indien dit niet cumuleerbaar zou zijn met de basisprestatie moet de RWS met 1 verhoogd worden.</i></p>
<p>355950-355961 Gastrostomie of enterostomie door endoscopie <i>Aanvullende handeling.</i></p>
<p>473815-473826 Dilatatie van een of meer stricturen van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie <i>Complexere ingreep, aanvullende handeling. RWS lager dan EMR.</i></p>
<p>472076-472080 Meting van de druk in de oesophagus, tegelijkertijd op drie niveaus <i>Manometrie. (Aanvullende handeling). Er wordt een verschil opgemerkt tussen de uitvoering in 1 ziekenhuis en de andere. Omwille van het belang van dit ene ziekenhuis in het aandeel uitvoeringen wordt de waarde verhoogd.</i></p>

<p>472393-472404 Extractie van een of meer vreemde lichamen van het spijsverteringskanaal door middel van endoscopie <i>Aanvullende handeling. Steeds met sedatie, soms ook intubatie dus extra verpleegkundige.</i></p>
<p>473874-473885 Een of meer afnamen van weefsel met behulp van een naald doorheen de wand van het spijsverteringskanaal, door middel van echo-endoscopie <i>Aanvullende handeling.</i></p>
<p>474670-474681 Registrering van de pH en de impedantie, gedurende 24 uur, op minstens 3 niveaus van de oesophagus <i>(Aanvullende handeling). Minder dan manometrie 472076-472080.</i></p>
<p>473675-473686 Vernietiging van een of meer hemorrhagische letsels of angiodysplasieën van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie <i>Aanvullende handeling.</i></p>
<p>473594-473605 Registrering van de pH, gedurende 24 uur, in de oesophagus <i>Gelijkaardig aan 473594-473605 die wel uitgebreider is met duurdere sonde (deze sonde wordt echter aangerekend aan patiënt wegens geen RIZIV-honorarium).</i></p>
<p>473933-473944 Onderzoek van het spijsverteringskanaal door middel van een endoscopische videocapsule <i>Middeleninzet vergelijkbaar met de basisprestatie.</i></p>
<p>474891-474902 Vernietiging van een of meer letsels van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie <i>Aanvullende handeling. Wordt niet meer uitgevoerd.</i></p>
<p>473270-473281 Behandeling van spataders van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie <i>Aanvullende handeling. RWS 1,00 minder dan 473771-473782 Hemostase, 2 verpleegkundigen.</i></p>
<p>472091-472102 Dilatatie van de oesophagus met behulp van een pneumatische sonde <i>Aanvullende handeling. Toegepast in geval van achalasia. Riskanter dan de gewone dilatatie 473815-473826, langere monitoring tot gevolg.</i></p>
<p>473093-473104 Onderzoek van de dunne darm met een endoscoop die is uitgerust met een hulpmiddel om het inbrengen ervan langs orale weg te vergemakkelijken <i>Lange duur met intubatie, 2e verpleegkundige, specifiek toestel. Hogere RWS dan echo-endoscopie 473852-473863.</i></p>
<p>473292-473303 Inbrengen van een endoprothese in het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie <i>Aanvullende handeling. Hogere RWS dan de gewone dilatatie 2,5 473815-473826.</i></p>
<p>473970-473981 Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door submucosale dissectie, door middel van endoscopie <i>Aanvullende handeling. Endoscopische submucosale dissectie (ESD). Middeleninzet verschilt van casus tot casus, minstens RWS 8,00.</i></p>
<p>474810-474821 Behandeling van een fistel of perforatie van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie <i>Aanvullende handeling.</i></p>
<p>I 12254-I 12265 Duodenumcatheterisatie, al dan niet gechronometreerd <i>Aanvullende handeling.</i></p>
<p>474272-474283 Duodenumcatheterisatie bij kind jonger dan zeven jaar <i>Aanvullende handeling.</i></p>

474876-474880 Sectie van de muscularis van de oesophagus en van de cardia, na submucosale tunneling (POEM), door middel van endoscopie <i>Gebruikt bij behandeling van een Divertikel van Zencker, mag even zwaar wegen als ESD 473970-473981 (8,00 + 1,00 wegens niet cumuleerbaar met endoscopie)</i>
473012-473023 Meting van de drukken in het spijsverteringskanaal door middel van een manometrische sonde <i>(Aanvullende handeling). 2x zo zwaar als de gewone manometrie 472076-472080, indien gebruik voor dunne darm of het colon</i>
I12210-I12221 Dilatatatie van de slokdarm <i>Aanvullende handeling. Gelijkaardig aan de gewone dilatatatie 473815-473826.</i>

4.2.2.2 T.AG COLO

Tabel 10: empirische en expertvalidatie RWS T.AG COLO

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
473174	473185	Onderzoek van het colon tot de ileocecale klep, door middel van endoscopie	1	1
473432	473443	Onderzoek van het ileum door middel van endoscopie	1	1
473211	473222	Uitsnijden van een of meer poliepen in het colon, het ileum of het jejunum, door middel van endoscopie en met een diathermische lus	0,75	0,75
472452	472463	Onderzoek van het rectum en van het sigmoid of het colon tot de linkerhoek van het colon, door middel van endoscopie	0,43	0,5
472511	472522	Rectoscopie	0,68	0,5
472150	472161	Onderbinden van aambeien	0,37	0,3
473476	473480	Coagulatie met infrarode stralen of fotocoagulatie of cryotherapie van hemorrhoiden, per zitting	0,32	0,3
473955	473966	Uitsnijden van een of meer poliepen van het colon, het ileum of het jejunum, door middel van endoscopie en met een diathermische lus	1,3	0,75
474795	474806	Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door technieken van mucosectomie, door middel van endoscopie.	1,03	2,7
473896	473900	Onderzoek van de anus, van het rectum en de naburige organen met een echo-endoscoop	1,3	2
244576	244580	Volledige behandeling van veelvuldige inwendige hemorrhoiden door diathermoresectie of heelkundige resectie	2,39	2,4
I12011	I12022	Anestheserende infiltratie van aarssfincter	0,93	0,3
473970	473981	Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door submucosale dissectie, door middel van endoscopie	10,76	7
244311	244322	Resectie, langs natuurlijke weg, van een tumor villosus uit rectum	2,39	2,7
I12276	I12280	Insnijden van aarsabces	0,65	0,65
I13131	I13142	Insnijden van perineumabces	1,3	0,65
244370	244381	Verwijderen van goedaardige tumoren of van poliepen van het sigmoideum langs endoscopische weg, per zitting	1,21	0,65
244510	244521	Resectie van aarskloof	2,39	2,39
244355	244366	Verwijderen van goedaardige tumoren of van poliepen van het rectum, inclusief de rectoscopie, per zitting	1,81	1
474751	474762	Onderzoek van het ileum met een endoscoop die is uitgerust met een hulpmiddel om het inbrengen ervan langs anale weg te vergemakkelijken	1,96	3,5

474353	474364	Rectoscopie met of zonder afname voor biopsie bij een kind jonger dan 7 jaar	0,75	0,75
--------	--------	--	------	------

Op de expertensessie voor T.AG COLO zijn 3 stafmedewerkers, en 6 artsen aanwezig uit 4 verschillende ziekenhuizen.

Tijdens deze sessie gaan de experts uit van uitvoering van de basisprestatie zonder sedatie, naar analogie met T.AG GASTRO. In de praktijk zal de basisprestatie van T.AG COLO mogelijk in een groter aandeel van de procedures uitgevoerd worden met een vorm van anesthesie. Dit aandeel kan ook verschillen tussen de ziekenhuizen. De hogere waardering van de RWS door experts voor prestaties mét anesthesie is aan dit uitgangspunt gerelateerd.

Daarnaast is er vaak sprake van interpretatie van een prestatie als zijnde een aanvullende handeling op een endoscopie. Als zo een prestatie toch geïnterpreteerd dient te worden als een volledige, op zichzelf staande procedure moet de relatieve waarde met 1,00 verhoogd worden.

Tijdens de bespreking worden onderstaande nomenclatuurspecifieke opmerkingen gemaakt:

Tabel 11: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG COLO

<p>473174-473185 Onderzoek van het colon tot de ileocecale klep, door middel van endoscopie BASISPRESTATIE <i>Uitgangspunt: uitvoering zonder sedatie. Uitvoering onder sedatie vergt meer tijd en een extra verpleegkundige.</i></p>
<p>473432-473443 Onderzoek van het ileum door middel van endoscopie <i>Gelijkaardig aan basisprestatie.</i></p>
<p>473211-473222 Uitsnijden van een of meer poliepen in het colon, het ileum of het jejunum, door middel van endoscopie en met een diathermische lus <i>Aanvullende handeling.</i></p>
<p>472511-472522 Rectoscopie <i>Gelijkgesteld aan rectosigmoidoscopie gezien steeds flexibele scoop tegenwoordig (geen starre scopen meer)</i></p>
<p>473955-473966 Uitsnijden van een of meer poliepen van het colon, het ileum of het jejunum, door middel van endoscopie en met een diathermische lus <i>Aanvullende handeling. Nomenclatuur voor herhaling binnen het jaar. Kostengewijs zelfde realiteit.</i></p>
<p>474795-474806 Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door technieken van mucosectomie, door middel van endoscopie. <i>Aanvullende handeling. Wordt gelijkgesteld aan de EMR wanneer uitgevoerd ter hoogte van het hoger spijsverteringskanaal.</i></p>
<p>244576-244580 Volledige behandeling van veelvuldige inwendige hemorrhoiden door diathermoresectie of heekundige resectie <i>(Aanvullende handeling). Proctologische realiteit die meestal via open chirurgie uitgevoerd wordt.</i></p>
<p>473970-473981 Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door submucosale dissectie, door middel van endoscopie <i>Aanvullende handeling. Wordt gelijkgesteld aan de ESD wanneer uitgevoerd ter hoogte van het hoger spijsverteringskanaal.</i></p>
<p>244311-244322 Resectie, langs natuurlijke weg, van een tumor villosus uit rectum <i>Aanvullende handeling. Gelijk te stellen aan de EMR.</i></p>

244370-244381 Verwijderen van goedaardige tumors of van poliepen van het sigmoideum langs endoscopische weg, per zitting <i>Aanvullende handeling.</i>
244510-244521 Resectie van aarskloof <i>Gelijkaardig aan chirurgische behandeling hemorrhoiden 244576-244580.</i>
474751-474762 Onderzoek van het ileum met een endoscoop die is uitgerust met een hulpmiddel om het inbrengen ervan langs anale weg te vergemakkelijken <i>Gelijkaardig aan 473093-473104 het onderzoek via orale weg uit T.AG GASTRO</i>

4.2.2.3 T.AG ERCP

Tabel 12: empirische en expertvalidatie RWS T.AG ERCP

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
473734	473745	Katheterisatie van de gal- en pancreaswegen	0,86	0,5
473830	473841	Extractie van een of meer gal- of pancreasstenen tijdens een cholangiopancreatografie door middel van endoscopie	1	1
473712	473723	Inbrengen van een prothese in de gal- of pancreaswegen, door middel van endoscopie	0,93	1
451813	451824	Cholangiowirsungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen (minimum tien clichés), mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr 451894-451905 dezelfde dag verricht	0,97	0,5
451894	451905	Cholangiowirsungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen met papillectomie (minimum 10 clichés) mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr 451813-451824 dezelfde dag verricht	0,56	0,5
473410	473421	Inbrengen van een katheter in de venae hepaticae door transcutane punctie	0,52	1
473911	473922	Draineren van een of meer abdominale vochtophoping doorheen de wand van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	0,79	1
473690	473701	Sectie van de sfincterspier van de papil van Vater, door middel van endoscopie	0,43	0,8
474736	474740	Onderzoek van de gal- en pancreaswegen door middel van endoscopie	1	3
474773	474784	Fragmenteren van een of meer gal- of pancreasstenen met behulp van een laser of elektrohydraulische sonde	1,34	1

Op de expertsessie voor T.AG ERCP zijn 3 stafmedewerkers, en 6 artsen aanwezig uit 4 verschillende ziekenhuizen.

Er is er vaak sprake van interpretatie van een prestatie als zijnde een aanvullende handeling. Als zo een prestatie toch geïnterpreteerd dient te worden als een volledige, op zichzelf staande procedure moet de expert RWS met de waarde van de bijhorende prestatie(s) verhoogd worden. Afhankelijk van de procedure kan dit één of meerdere van de volgende prestaties zijn: de (echo-)endoscopie van het hogere spijsverteringskanaal, endoscopie van de gal- en pancreaswegen, katheterisatie van de gal- en pancreaswegen en/of percutane cholangiografie.

Tijdens de bespreking worden onderstaande nomenclatuurspecifieke opmerkingen gemaakt:

Tabel 13: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG ERCP

473734-473745 Katheterisatie van de gal- en pancreaswegen <i>Inclusief de endoscopie van het hogere spijsverteringskanaal. De helft van een procedure met steenverwijdering of stenting van de gal- of pancreaswegen.</i>
473830-473841 Extractie van een of meer gal- of pancreasstenen tijdens een cholangiopancreatografie door middel van endoscopie BASISPRESTATIE <i>Volledige procedure inclusief de endoscopie van het hogere spijsverteringskanaal en katheterisatie van de gal- of pancreaswegen. Langere duur en extra verpleegkundige omwille van sedatie/narcose ten opzichte van een coloscopie zonder sedatie (praktijkkosten x3).</i>
473712-473723 Inbrengen van een prothese in de gal- of pancreaswegen, door middel van endoscopie <i>Volledige procedure, gelijkaardig aan basisprestatie.</i>
451813-451824 Cholangiowirsungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen (minimum tien clichés), mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr 451894-451905 dezelfde dag verricht <i>Aanvullende handeling.</i>
451894-451905 Cholangiowirsungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen met papillectomie (minimum 10 clichés) mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr 451813-451824 dezelfde dag verricht <i>Aanvullende handeling.</i>
473410-473421 Inbrengen van een katheter in de venae hepaticae door transcutane punctie <i>Nomenclatuur die behoort tot het domein van de interventioneel radiologen (T.AG IVR)</i>
473911-473922 Draineren van een of meer abdominale vochtophopingen doorheen de wand van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie <i>Aanvullende handeling.</i>
473690-473701 Sectie van de sfincterspier van de papil van Vater, door middel van endoscopie <i>Papillotomie, volledige procedure.</i>
474736-474740 Onderzoek van de gal- en pancreaswegen door middel van endoscopie <i>Aanvullende handeling.</i>
474773-474784 Fragmenteren van een of meer gal- of pancreasstenen met behulp van een laser of elektrohydraulische sonde <i>Aanvullende handeling. 1 indien cumuleerbaar bovenop cathe en endoscopie van gal en pancreas (474740 en 473745)</i>

4.2.2.4 T.AG BRONCHO

Tabel 14: empirische en expertvalidatie RWS T.AG BRONCHO

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
471715	471726	Bronchoscopie zonder afname voor biopsie, inclusief een eventuele minilavage (< 100 ml)	1,00	1,00
214314	214325	Bronchoscopie zonder biopsie bij geïntubeerde patiënten in het raam van een kunstmatige beademing	1,72	1,20

471774	471785	Bronchoscope met bronchoalveolair wassen (min. 100 ml)	1,30	1,30
471811	471822	Bronchoscope met afname van perifere longbiopsies (inclusief een eventuele radioscopie) zonder gebruik van navigatietechnieken	1,00	1,50
471730	471741	Bronchoscope met biopsie ter hoogte van de centrale luchtwegen, inclusief een eventuele minilavage (<100ml)	1,00	1,30
471752	471763	Bronchoscope met transcarinale punctie en eventuele radioscopische controle	1,72	1,30
471796	471800	Bronchoscope met extractie van een endobronchiale klep, stent of ander vreemd voorwerp	1,79	2,00
471833	471844	Echo-endoscopie van de bronchi	1,69	3,00
471855	471866	Echo-endoscopie van de bronchi met punctie van extramuraal weefsel (disposable materiaal niet inbegrepen)	1,17	3,00
355434	355445	Punctie bij ascites of borstvliesontsteking	0,09	0,50
355456	355460	Punctie voor evacuatie bij ascites of borstvliesontsteking, inclusief de eventuele inspuitingen en spoelingen	0,40	0,70
471516	471520	Exsufflatie van spontane pneumothorax, inclusief radioscopie (maximum 4 exsufflaties): Eerste exsufflatie	0,72	1,00
471553	471564	Exsufflatie van spontane pneumothorax door voortdurende aspiratie, inclusief radioscopisch onderzoek bij het plaatsen van de drain	0,88	1,25

Op de expertensessie voor T.AG BRONCHO zijn 2 stafmedewerkers en 7 artsen aanwezig uit 6 verschillende ziekenhuizen. Tijdens de bespreking worden onderstaande nomenclatuurspecifieke opmerkingen gemaakt:

Tabel 15: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG BRONCHO

471715-471726 Bronchoscope zonder afname voor biopsie, inclusief een eventuele minilavage (< 100 ml) BASISPRESTATIE
214314-214325 Bronchoscope zonder biopsie bij geïntubeerde patiënten in het raam van een kunstmatige beademing <i>Empirische RWS lijkt een overschatting, kortere duur dan basisprestatie. In praktijk vaker gebruik van single use scopen, hogere materiaalkost.</i>
471811-471822 Bronchoscope met afname van perifere longbiopsies (inclusief een eventuele radioscopie) zonder gebruik van navigatietechnieken <i>Complexer en langere duur dan bronchoalveolair wassen 471774-471785. Duurtijd beïnvloed door al dan niet gebruik van radioscopie.</i>
471730-471741 Bronchoscope met biopsie ter hoogte van de centrale luchtwegen, inclusief een eventuele minilavage (<100ml) <i>Duur tussen basisprestatie en afname perifere longbiopsies 471811-471822.</i>
471752-471763 Bronchoscope met transcarinale punctie en eventuele radioscopische controle <i>Wordt quasi niet meer uitgevoerd, in v0 opgenomen onder biopsie ter hoogte van de centrale luchtwegen 471730-471741.</i>
471796-471800 Bronchoscope met extractie van een endobronchiale klep, stent of ander vreemd voorwerp

<i>Sowieso omslachtigere procedure met veel variatie, voorwerp kan van alles zijn. Soms procedure in meerdere keren. Laag aantal uitvoeringen.</i>
471833-471844 Echo-endoscopie van de bronchi <i>Dure apparatuur, variabele materiaalkost. Geen punctie.</i>
471855-471866 Echo-endoscopie van de bronchi met punctie van extramuraal weefsel (disposable materiaal niet inbegrepen) <i>Weinig meerkost ten opzichte van uitvoering zonder punctie 471833-471844.</i>
355434-355445 Punctie bij ascites of borstvliesontsteking
355456-355460 Punctie voor evacuatie bij ascites of borstvliesontsteking, inclusief de eventuele inspuitingen en spoelingen <i>Minder dan basisprestatie maar meer dan eenvoudige punctie bij ascites of borstvliesontsteking 355434-355445</i>
471516-471520 Exsufflatie van spontane pneumothorax, inclusief radioscopie (maximum 4 exsufflaties): Eerste exsufflatie <i>Vergelijkbaar met basisprestatie.</i>
471553-471564 Exsufflatie van spontane pneumothorax door voortdurende aspiratie, inclusief radioscopisch onderzoek bij het plaatsen van de drain <i>In vergelijking met 'eerste exsufflatie' 471516-471520: bijkomende kost voor plaatsen drain en continue aspiratie, invasievere procedure met extra verpleegkundige assistentie.</i>

4.2.2.5 T.AG END_URO

Tabel 16: empirische en expertvalidatie RWS T.AG END_URO

AMBU	HOSPI	NOMENOMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
260271	260282	Cystoscopie, met of zonder afname voor biopsie bij de man	1	1,00
260330	260341	Cystoscopie, met of zonder afname voor biopsie, bij de vrouw	1	1,00
260293	260304	Cystoscopie, met uretercatheterisme	2,51	1,16
260315	260326	Cystoscopie, met fulguratie	2,2	1,32
260352	260363	Dilatatie van urethra	0,04	0,79
261914	261925	Urodynamisch onderzoek: Mictiografie met protocol en uittreksel uit de tracés	0,11	0,36
261951	261962	Urodynamisch onderzoek, met een of meer van de volgende parameters, gelijktijdig registreren: - van de intravesicale druk; - van het urethraal profiel; - van de intrarectale druk; - E.M.G. van de perineale spieren: Drie kanalen	0,69	2,00
261973	261984	Urodynamisch onderzoek, met een of meer van de volgende parameters, gelijktijdig registreren: - van de intravesicale druk; - van het urethraal profiel; - van de intrarectale druk; - E.M.G. van de perineale spieren: Vier kanalen	3,78	2,00
261995	262006	Urodynamisch onderzoek, met een of meer van de volgende parameters, gelijktijdig registreren: - van de intravesicale druk; - van het urethraal profiel; - van de intrarectale druk; - E.M.G. van de perineale spieren: Vijf of meer kanalen met protocol en uittreksels uit de tracés.	0,34	2,00
355073	355084	Behandeling van steenvormingen (nier, gal-, pancreas-, parotisstenen) met behulp van de extracorporele schokgolvenlithotriptor onder radioscopische of echografische controle.	3,15	4,00
262555	262566	Controle van de werking van de neurostimulator voor stimulatie van de sacrale zenuw	1,89	0,30

262430	262441	Plaatsen van een suprapubische katheter	3,49	1,25
262452	262463	Vervangen van een suprapubische, ureterocutaneostomie of nefrostomie katheter.	2,27	0,80
261811	261822	Percutane pyelo- of nefrostomie onder echoscopische of radioscopische controle met beeldversterker en televisie in gesloten keten	2,89	1,80
262150	262161	Endoscopische behandeling van urine-incontinentie	7,54	1,60
261575	261586	Heelkundig doorsnijden van het frenulum praepatii met hechten	1,92	0,75

Op de expertensessie voor T.AG END_URO is 1 arts aanwezig uit één ziekenhuis. Tijdens de bespreking worden onderstaande nomenclatuur specifieke opmerkingen gemaakt:

Tabel 17: aandachtspunten per prestatie vanuit de expertvalidatie T.AG END_URO

<p>260271-260282 Cystoscopie, met of zonder afname voor biopsie bij de man BASISPRESTATIE De cystoscopie zelf kent in principe overal een gelijkaardig verloop: +/- 15 minuten uitvoering en enkele minuten voorbereiding, met 1 verpleegkundige ter ondersteuning. Slotduren kunnen verschillen tussen ziekenhuizen afhankelijk van uitvoering geïntegreerd in het raadplegingsverloop of als afzonderlijke procedure.</p>
<p>260330-260341 Cystoscopie, met of zonder afname voor biopsie, bij de vrouw Gelijkwaardig aan de basisprestatie: iets meer voorbereidingswerk dan bij de man, toegang dan weer net iets gemakkelijker bij de vrouw.</p>
<p>260293-260304 Cystoscopie, met uretercatheterisme Wordt voornamelijk gebruikt bij verwijdering van ureterstents. Beperkte meerkost ten opzichte van de basisprestatie.</p>
<p>260315-260326 Cystoscopie, met fulguratie Duidelijk langere duur dan basisprestatie.</p>
<p>260352-260363 Dilatatie van urethra Iets kortere procedure dan basisprestatie. Geen apparatuurkosten.</p>
<p>261914-261925 Urodynamisch onderzoek: Mictiografie met protocol en uittreksel uit de tracés Beperkte tijdsbesteding. Kost sterk afhankelijk van type plasstoel.</p>
<p>261951-261962 Urodynamisch onderzoek, met een of meer van de volgende parameters, gelijktijdig registreren: - van de intravesicale druk; - van het urethraal profiel; - van de intrarectale druk; - E.M.G. van de perineale spieren: Drie kanalen</p>
<p>261973-261984 Urodynamisch onderzoek, met een of meer van de volgende parameters, gelijktijdig registreren: - van de intravesicale druk; - van het urethraal profiel; - van de intrarectale druk; - E.M.G. van de perineale spieren: Vier kanalen</p>
<p>261995-262006 Urodynamisch onderzoek, met een of meer van de volgende parameters, gelijktijdig registreren: - van de intravesicale druk; - van het urethraal profiel; - van de intrarectale druk; - E.M.G. van de perineale spieren: Vijf of meer kanalen met protocol en uittreksels uit de tracés. Op het vlak van directe kosten is er weinig verschil tussen deze prestaties. Een bijkomend kanaal betekent plaatsing van een extra catheter en een pleister.</p>
<p>355073-355084 Behandeling van steenvormingen (nier, gal-, pancreas-, parotisstenen) met behulp van de extracorporele schokgolvenlithotriptor onder radioscopische of echografische controle. Minstens een uur bezig met een patiënt, dure investering voor apparatuur. Exclusief beeldvorming.</p>

262555-262566 Controle van de werking van de neurostimulator voor stimulatie van de sacrale zenuw

Duurt een 15-tal minuten. Eigenlijk een soort consultatie, geen technische procedure, geen apparatuur nodig. Gespecialiseerde verpleegkundigen kunnen neurostimulator uitlezen. Te controleren met fase 2.1 wie als uitvoerder beschouwd wordt. Hier geïnterpreteerd als uitvoering door zorgpersoneel en dus directe personeelskost.

262430-262441 Plaatsen van een suprapubische katheter

45 minuten verpleegkundige ondersteuning. Weinig materiaalkost door materiaalhonarium.

262452-262463 Vervangen van een suprapubische, ureterocutaneostomie of nefrostomie katheter.

In realiteit voornamelijk suprapubisch katheters die om de 6 weken vervangen moeten worden. De andere types zijn veel complexer, maar zeldzamer. 20 minuten personeelskost.

261811-261822 Percutane pyelo- of nefrostomie onder echoscopische of radioscopische controle met beeldversterker en televisie in gesloten keten

Exclusief de beeldvorming. In realiteit voornamelijk vervanging van een nefrostomie.

262150-262161 Endoscopische behandeling van urine-incontinentie

Empirische RWS overschat. Botoxinjectie blaas. Dure naald en wat bijkomend materiaal.

261575-261586 Heelkundig doorsnijden van het frenulum praepatii met hechten

Korte procedure, amper materiaal- en apparatuurkost

Er wordt aangegeven dat nomenclatuur voor een video-urodynamisch onderzoek ontbreekt. Dit is een procedure die veelal in universitaire ziekenhuizen wordt uitgevoerd en heel wat extra kosten met zich meebrengt ten opzichte van een klassiek urodynamisch onderzoek. Er is een extra technicus en apparatuur bij nodig voor meerdere röntgenbeelden. Ook in de radiologische nomenclatuur is hier geen geschikte nomenclatuur voor voorzien.

4.2.2.6 **Gecombineerde T.AG's GASTRO, COLO en ERCP**

De T.AG's GASTRO, COLO en ERCP zijn behandeld tijdens dezelfde expertsessie. De experts hebben verhoudingen van praktijkkosten voor enkele prestaties over de verschillende T.AG's heen besproken. Op basis van onderstaande vergelijkingen zijn we in staat om een gemeenschappelijke RWS op te stellen voor deze 3 T.AG's:

- De EMR (NC 474795-474806), respectievelijk de ESD (NC 473970-473981) worden als gelijkwaardig beschouwd bij uitvoering ter hoogte van het hogere (T.AG GASTRO) en lagere spijsverteringskanaal (T.AG COLO). Hetzelfde geldt voor het onderzoek van het ileum met een endoscoop die is uitgerust met een hulpmiddel om het inbrengen ervan langs orale, dan wel anale weg te vergemakkelijken (respectievelijk NC 473093-473104 en NC 474751-474762. Op basis hiervan moeten de RWS-waarden voor de prestaties van de T.AG COLO met een factor 1,14 verhoogd worden.
- De basisprestatie van T.AG ERCP wordt 3 keer zwaarder gewaardeerd dan de basisprestatie van T.AG COLO waardoor de RWS-waarden van alle prestaties van deze T.AG met een factor 3 kunnen worden verhoogd ten opzichte van T.AG COLO. Hierbij gelden dezelfde interpretaties als eerder besproken. De verhoudingen zijn gebaseerd op uitvoering van de basisprestatie van T.AG ERCP onder sedatie/narcose ten opzichte van diagnostische gastro- en coloscopiën zonder sedatie.

Tabel 18: gecombineerde RWS T.AG GASTRO-COLO-ERCP

	AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERTEN
GASTRO	473056	473060	Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal door middel van endoscopie	1,00	1,00
	473852	473863	Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal en de naburige organen met een echo-endoscoop	3,72	3,72
	472356	472360	Onderzoek van de oesophagus door middel van endoscopie	0,80	1,00
	474795	474806	Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door technieken van mucosectomie, door middel van endoscopie.	1,17	3,00
	473815	473826	Dilatatie van een of meer stricturen van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	4,15	2,00
	355950	355961	Gastrostomie of enterostomie door endoscopie	2,71	2,70
	472076	472080	Meting van de druk in de oesophagus, tegelijkertijd op drie niveaus	2,00	3,00
	472393	472404	Extractie van een of meer vreemde lichamen van het spijsverteringskanaal door middel van endoscopie	1,28	2,00
	473771	473782	Hemostase van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	2,08	3,00
	473874	473885	Een of meer afnamen van weefsel met behulp van een naald doorheen de wand van het spijsverteringskanaal, door middel van echo-endoscopie	1,83	1,00
	474670	474681	Registrering van de pH en de impedantie, gedurende 24 uur, op minstens 3 niveaus van de oesophagus	2,08	2,00
	473675	473686	Vernietiging van een of meer hemorragische letsels of angiodysplasie'n van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	0,39	1,00
	473594	473605	Registrering van de pH, gedurende 24 uur, in de oesophagus	1,77	2,00
	473933	473944	Onderzoek van het spijsverteringskanaal door middel van een endoscopische videocapsule	1,27	1,00
	474891	474902	Vernietiging van een of meer letsels van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	2,47	1,00
	473270	473281	Behandeling van spataders van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	0,71	2,00
	472091	472102	Dilatatie van de oesophagus met behulp van een pneumatische sonde	1,48	1,48
	473093	473104	Onderzoek van de dunne darm met een endoscoop die is uitgerust met een hulpmiddel om het inbrengen ervan langs orale weg te vergemakkelijken	2,83	4,00
	473292	473303	Inbrengen van een endoprothese in het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	1,32	2,50
	473970	473981	Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door submucosale dissectie, door middel van endoscopie	12,17	8,00
474810	474821	Behandeling van een fistel of perforatie van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	3,82	4,00	

	474854	474865	Vernietiging van hooggradige dysplasie van de oesophagus door middel van radiofrequentie, door middel van endoscopie	4,33	4,33
	112254	112265	Duodenumcatheterisatie, al dan niet gechronometreerd	4,33	4,33
	474272	474283	Duodenumcatheterisatie bij kind jonger dan zeven jaar	4,33	4,33
	474832	474843	Sectie van de musculus cricopharyngeus, door middel van endoscopie	3,49	4,00
	474876	474880	Sectie van de muscularis van de oesophagus en van de cardia, na submucosale tunneling (POEM), door middel van endoscopie	12,17	8,00
	473012	473023	Meting van de drukken in het spijsverteringskanaal door middel van een manometrische sonde	2,53	6,00
	112210	112221	Dilatatie van de slokdarm	0,81	0,81
	473616	473620	Registrering van de druk, gedurende 24 uur, op minstens 3 niveaus van de oesophagus	6,59	6,00
COLO	473174	473185	Onderzoek van het colon tot de ileocecale klep, door middel van endoscopie	1,14	1,14
	473432	473443	Onderzoek van het ileum door middel van endoscopie	1,14	1,14
	473211	473222	Uitsnijden van een of meer poliepen in het colon, het ileum of het jejunum, door middel van endoscopie en met een diathermische lus	0,86	0,86
	472452	472463	Onderzoek van het rectum en van het sigmoïd of het colon tot de linkerhoek van het colon, door middel van endoscopie	0,49	0,57
	472511	472522	? Rectoscopie	0,78	0,57
	472150	472161	? Onderbinden van aambeien	0,42	0,34
	473476	473480	? Coagulatie met infrarode stralen of fotocoagulatie of cryotherapie van hemorrhoiden, per zitting	0,36	0,34
	473955	473966	Uitsnijden van een of meer poliepen van het colon, het ileum of het jejunum, door middel van endoscopie en met een diathermische lus	1,48	0,86
	474795	474806	Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door technieken van mucosectomie, door middel van endoscopie.	1,17	3,08
	473896	473900	Onderzoek van de anus, van het rectum en de naburige organen met een echo-endoscoop	1,48	2,28
	244576	244580	Volledige behandeling van veelvuldige inwendige hemorrhoiden door diathermoresectie of heelkundige resectie	2,72	2,74
	112011	112022	Anestheserende infiltratie van aarsfincter	1,06	0,34
	473970	473981	Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door submucosale dissectie, door middel van endoscopie	12,27	7,98
	244311	244322	Resectie, langs natuurlijke weg, van een tumor villosus uit rectum	2,72	3,08
	112276	112280	Insnijden van aarsabces	0,74	0,74
	113131	113142	Insnijden van perineumabces	1,48	0,74
	244370	244381	Verwijderen van goedaardige tumors of van poliepen van het sigmoideum langs endoscopische weg, per zitting	1,38	0,74
244510	244521	Resectie van aarskloof	2,72	2,72	

	244355	244366	Verwijderen van goedaardige tumors of van poliepen van het rectum, inclusief de rectoscopie, per zitting	2,06	1,14
	474751	474762	Onderzoek van het ileum met een endoscoop die is uitgerust met een hulpmiddel om het inbrengen ervan langs anale weg te vergemakkelijken	2,23	3,99
	474353	474364	** Rectoscopie met of zonder afname voor biopsie bij een kind jonger dan 7 jaar	0,86	0,86
ERCP	473734	473745	Katheterisatie van de gal-en pancreaswegen	2,94	1,71
	473830	473841	Extractie van een of meer gal- of pancreasstenen tijdens een cholangiopancreatografie door middel van endoscopie	3,42	3,42
	473712	473723	Inbrengen van een prothese in de gal- of pancreaswegen, door middel van endoscopie	3,18	3,42
	451813	451824	Cholangiowirsungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen (minimum tien clichés), mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr 451894-451905 dezelfde dag verricht	3,32	1,71
	451894	451905	Cholangiowirsungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen met papillectomie (minimum 10 clichés) mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr 451813-451824 dezelfde dag verricht	1,92	1,71
	473410	473421	Inbrengen van een katheter in de venae hepaticae door transcutane punctie	1,78	3,42
	473911	473922	Draineren van een of meer abdominale vochtophopingen doorheen de wand van het spijsverteringskanaal, door middel van endoscopie	2,70	3,42
	473690	473701	Sectie van de sfincterspier van de papil van Vater, door middel van endoscopie	1,47	2,74
	474736	474740	Onderzoek van de gal- en pancreaswegen door middel van endoscopie	3,42	10,26
	474773	474784	Fragmenteren van een of meer gal- of pancreasstenen met behulp van een laser of elektrohydraulische sonde	4,58	3,42

5 Aandachtspunten

Tot slot worden een aantal aandachtspunten meegegeven, die van belang zijn bij de interpretatie van de resultaten, en waarmee, bij voorkeur, rekening wordt gehouden in de vervolgfase(n) van het nomenclatuurproject.

5.1 Anesthesie

Elk ziekenhuis verdeelt de boekhoudkundige kosten op een OFE naar activiteitgroepen. Die kosten omvatten vaak ook de kosten voor anesthesie (tenzij ze op een aparte OFE zouden zijn geboekt). Op die manier krijgen prestaties anesthesiekosten toebedeeld. Dit is naar best vermogen gebeurd door elk ziekenhuis. Het is niet vanzelfsprekend om anesthesiekosten te spreiden over prestaties vanwege de variabiliteit in uitvoering van eenzelfde prestatie: in bepaalde gevallen krijgt de patiënt de keuze om al dan niet onder verdoving te worden behandeld of er kan worden gekozen voor lokale verdoving in plaats van algehele. Zodra een ziekenhuis anesthesiekosten toekent aan een activiteitgroep worden

de kosten echter a rato van de verdeelsleutels over alle prestaties in die activiteitgroep verdeeld, zonder onderscheid in mogelijke variabiliteit in uitvoering zoals eerder omschreven.

In de empirische RVS worden deze verschillen gevat in 1 gewogen resultaat. Bij de expertsessie is er voor de waardering van de diagnostische gastro- en coloscopie uitgegaan van een uitvoering zonder sedatie.

5.2 (Centrale) Sterilisatie

De kosten verbonden aan de sterilisatie van herbruikbare materialen zijn niet toegewezen aan de prestaties. Hoewel sterilisatie veelal gebeurt op een daartoe gespecialiseerde eenheid in het ziekenhuis, worden deze kosten binnen de ziekenhuizen voor sommige afdelingen toch decentraal geboekt. Een gedetailleerde kosttoewijzing aan prestaties is bijgevolg niet evident. In het kader van endoscopische procedures vormt dit een belangrijke kost. Deze kosten moeten dus zeker meegenomen worden in één van de financieringsbronnen.

5.3 Beperkingen nomenclatuur (v0)

De cumulregels voor deze TFE zijn redelijk complex en niet rechtstreeks af te leiden uit de omschrijving, in het bijzonder voor de T.AG's GASTRO, COLO en ERCP. Dit leidt mogelijk tot verschillen in de facturatie en kostentoewijzingen tussen de ziekenhuizen.

Voor meerdere endoscopische procedures bestaan er materiaalhonoraaria. Er wordt aangegeven dat deze zelden kostendekkend zijn en niet of amper mee evolueren met de technieken en materialen waardoor innovatie wordt afgeremd.

De experts geven aan dat er een bredere evolutie is waarbij chirurgische procedures in OKA-settings verplaatsen naar andere settings en specialisten, in het bijzonder endoscopisten. Dit brengt een verhoging van de complexiteit en risico's met zich mee die niet snel genoeg vertaald wordt in dekking door nieuwe nomenclatuur of verhoging van de bestaande honoraria.

Tijdens de expertsessies wordt er geduid op het belang van de bredere context waarin een prestatie uitgevoerd wordt. Eenzelfde nomenclatuurnummer kan procedures met verschillende complexiteit omvatten omwille van de ernstgraad van het onderliggend lijden (*severity of illness, SOI*) en algemene patiëntenkenmerken zoals leeftijd. Dit heeft uiteenlopende praktijkkosten per uitvoering tot gevolg. Verwijscentra voor tertiaire zorg krijgen vaker te maken met een hogere complexiteit bij dezelfde nomenclatuur. Het wordt wenselijk geacht deze verschillen in complexiteit gedifferentieerd te honoreren.

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

HOOFDSTUK 2: TFE OPERATIEKWARTIER

Inhoudstafel

1	Functionele eenheid operatiekwartier	3
1.1	Theoretische functionele eenheid.....	3
1.1.1	Weerhouden OKA prestaties	4
1.2	Operationele functionele eenheid	4
2	Startpositie kosten	8
2.1	Kostensoort	8
2.1.1	Selectie	8
2.1.2	Verschuivingen m.b.t. kostensoort.....	8
2.2	Kostenplaats.....	9
3	Kostprijsberekening (zh): allocatie naar prestaties	9
3.1	Bepaling klinische activiteitgroepen	10
3.2	Verdeelsleutels	10
3.2.1	Duurtijd.....	10
3.2.2	Personeelsinzet.....	13
3.2.3	Materiaalgewicht	14
3.2.4	Apparatuurgewicht.....	15
3.3	Kostprijsberekening.....	16
3.3.1	Personeel	17
3.3.2	Materiaal.....	17
3.3.3	Apparatuur	17
3.3.4	Andere kosten	18
4	Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS).....	22
5	Validatie OKA	23
5.1	Validatie basisdata	23
5.2	Validatie resultaten	23
5.2.1	Analyses	23
5.2.2	OKA betrouwbaarheidsindicatie.....	29
5.2.3	Prestatie logica	29
6	Aandachtspunten.....	30
6.1	Anesthesie en medische beeldvorming.....	30
6.2	Duurtijdbepaling prestaties.....	30
6.3	Personeelsinzet.....	31
6.4	Materiaal/Apparatuur	31
6.5	Robot / Perfusie	32
6.6	(Centrale) Sterilisatie	32
6.7	PAZA	32
6.8	Bepalingen nomenclatuur.....	33
7	Bijlagen.....	35

Lijst tabellen

Tabel 1: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal, in 2019.....	3
Tabel 2: aantal geselecteerde code unit's en OFE's OKA per ZH.....	5
Tabel 3: TMCP HON TFE operatiekwartier t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's	5
Tabel 4: aantal en omzet prestaties, geselecteerde OFE's operatiekwartier in 2019.....	6
Tabel 5: uniek aantal econodatID's TFE OKA.....	6
Tabel 6: uniek aantal econodatID's OFE's OKA.....	7
Tabel 7: overzicht van de kosten in en uit selectie, geselecteerde OFE's.....	8
Tabel 8: overzicht kostenplaatsen, onder het type 'operatiekwartier'	9
Tabel 9: verdeling duurtijden op verschillende CODE UNIT's (geanonimiseerd)	13
Tabel 10: empirische RWS van de 15 meest uitgevoerde prestaties "Heelkunde op het abdomen" (RIZIV artikel 14d)	22
Tabel 11: personeel per minuut.....	24
Tabel 12: materiaal per uitvoering.....	25
Tabel 13: apparatuur per uitvoering.....	26
Tabel 14: verschil apparatuurkosten in de boekhouding versus listprijs.....	26
Tabel 15: prestaties 'Niet weerhouden OKA' met laag aantal uitvoeringen	35
Tabel 16: perfusiegerelateerde prestaties	36
Tabel 17: prestaties inclusief procentuele meerkost robot.....	39

Lijst figuren

Figuur 1: telling econodatID's in het operatiekwartier	7
Figuur 2: voorbeeld duurtijdberekening per prestatie	11
Figuur 3: aandeel PMA kost in de boekhouding per ziekenhuis/OFE.....	24
Figuur 4: spreiding duurtijden per OFE.....	28

I Functionele eenheid operatiekwartier

I.1 Theoretische functionele eenheid

Het vertrekpunt in de analyse is een **theoretische functionele eenheid (TFE)**, gedefinieerd als een “afgebakend geheel van medische activiteiten op basis van nomenclatuurcodes”.

Deze documentatiefiche beschrijft de methodologie, analyses en resultaten van de theoretische functionele eenheid ‘**operatiekwartier (OKA)**’ die wordt afgebakend door een selectie van nomenclatuur uit onderstaande artikels:

Art 3	technische geneeskundige verstrekkingen
Art 11	algemene speciale verstrekkingen
Art 13	reanimatie
Art 14	heelkunde
Art 20	inwendige geneeskunde
Art 21	dermato-venereologie
Art 34	interventionele verstrekkingen

De theoretische functionele eenheid ‘operatiekwartier’ bestaat uit 3.267 nomenclatuurprestaties, waarvan 1.633 ambulante en 1.634 klinische nomenclatuurcodes. Dit betreft 1.634 overkoepelende econodatID's. Een econodatID is een uniek nummer dat overkoepelend is voor zowel de ambulante als de klinische nomenclatuurcode.

Het totaal aantal prestaties in de TFE operatiekwartier dat nationaal en in de pool is uitgevoerd in 2019 wordt weergegeven in Tabel I.

Tabel I: aantal en omzet prestaties in de pool en nationaal, in 2019

HON/AANTAL TFE OPERATIEKWARTIER						
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	POOL_AANTAL	NAT_AANTAL	POOL_HON	NAT_HON	Aandeel ZH t.o.v. NAT
3	Technische geneeskundige verstrekkingen	5.026	104.022	€ 37.061	€ 450.522	8%
11	Algemene speciale verstrekkingen	36.639	386.929	€ 2.202.387	€ 19.272.237	11%
13	Reanimatie	421	859	€ 25.741	€ 56.382	46%
14a	Algemene heelkunde	15.375	107.166	€ 1.762.912	€ 11.778.647	15%
14b	Neurochirurgie	6.766	28.956	€ 7.448.493	€ 29.601.083	25%
14c	Plastische heelkunde	12.367	64.427	€ 5.644.747	€ 24.850.463	23%
14d	Heelkunde op het abdomen	29.392	171.210	€ 11.943.850	€ 53.738.897	22%
14e	Heelkunde op de thorax	10.568	42.471	€ 13.695.875	€ 40.375.089	34%
14f	Bloedvatenheelkunde	7.593	54.558	€ 2.735.602	€ 14.353.786	19%
14g	Gynecologie-verloskunde	11.337	63.779	€ 2.996.010	€ 14.946.678	20%
14h	Oftalmologie	40.014	219.804	€ 17.045.920	€ 85.812.702	20%
14i	Otorhinolaryngologie	28.822	170.311	€ 5.853.368	€ 27.381.959	21%
14j	Urologie	23.986	129.801	€ 4.671.875	€ 20.735.986	23%
14k	Orthopedie	90.620	490.481	€ 26.244.432	€ 124.237.641	21%
14l	Stomatologie	91.652	538.722	€ 14.057.430	€ 67.306.246	21%
14m	Heelkunde transplantaties	810	1.667	€ 2.498.270	€ 5.685.342	44%
20	Inwendige geneeskunde	1.355	20.041	€ 65.508	€ 687.707	10%
21	Dermato-venereologie	1.729	5.723	€ 535.421	€ 1.354.885	40%
34	Interventionele verstrekkingen	7.583	33.184	€ 4.710.968	€ 19.512.191	24%
	TOTAAL	422.055	2.634.111	€ 124.175.871	€ 562.138.443	22%

1.1.1 Weerhouden OKA prestaties

Om de totale directe praktijkkosten van het operatiekwartier juist te verdelen over prestaties, wordt voor alle TMCP die uitgevoerd worden in een OFE operatiekwartier beoordeeld of ze een relevante prestatie zijn om een directe praktijkkost voor te berekenen of niet. Dit wil zeggen dat het aantal prestaties die meegenomen worden voor kostprijsberekening breder is dan de hierboven benoemde TFE operatiekwartier afbakening. Alle TMCP, uitgevoerd in de operatiekwartieren, worden bijgehouden in een lijst “te weerhouden prestaties OKA”.

Niet alle prestaties die op een OFE operatiekwartier worden uitgevoerd zijn echter relevant voor het onderzoek. De prestaties die niet weerhouden worden en bijgevolg geen directe praktijkkost toegekend krijgen, zijn:

- Prestaties van artikels 7, 12, 13, 15, 17, 17bis, 17ter, 17quater, 18, 2, 22, 24, 25, 26 en 32
- Niet-TMCP uit artikel 3
- Pseudoprestaties zonder artikelnummer
- Prestaties waarvan de omschrijving één van de volgende termen bevat: “RDPL”, “RAADPLEGING”, “GIPS”, “EKG”, “EEG”, “MOC”, “TOEZ.”, “BIJK.HON”, “FARMACODYN.PROEF”, “EFFECT.AANWEZ.PED.IN.VERLOSKAM.RISICOZW.”, “CARDIO TOCOGR.VR GEBOORTE MONIT.MIN 1/2U”, of “UITWENDIGE HARTMASSAGE”
- Ongeveer 50 prestaties die slechts in zeer beperkte aantallen worden uitgevoerd (zie Tabel 15).

De belangrijkste reden voor het niet weerhouden van deze prestaties is dat zij doorgaans geen rechtstreekse middeleninzet in het operatiekwartier vereisen (bijvoorbeeld aanvullende honoraria), of omdat zij functioneel onderdeel zijn van een hoofdprestatie (zoals anesthesie of medische beeldvorming).

Na deze initiële selectie vindt een klinische validatie plaats. In een beperkt aantal gevallen leidt dit tot herziening van de initiële beoordeling. Een voorbeeld hiervan is het bijkomend honorarium voor dilatatie van bijkomende vaatvernauwingen, waarbij alsnog een directe praktijkkost wordt toegekend vanwege de inzet van extra middelen. Daarnaast worden ook bepaalde niet-TMCP binnen de tandheelkunde toegevoegd aan de lijst van weerhouden prestaties. Het uitsluiten van deze tandheelkundige prestaties zou namelijk leiden tot een overschatting van de praktijkkosten voor andere prestaties binnen het operatiekwartier. Echter, aangezien de tandheelkundige prestaties niet in scope zijn voor TMCP, wordt de praktijkkost van deze prestaties niet mee opgenomen in de finaal gerapporteerde RWS.

Samengevat geldt er dat voor alle prestaties die zijn opgenomen in de lijst “te weerhouden prestaties OKA” een directe praktijkkost wordt berekend. Echter, enkel voor de specifiek afgebakende TFE operatiekwartier prestaties wordt er een relatieve waardeschaal voor het operatiekwartier gerapporteerd.

1.2 Operationele functionele eenheid

Een **operationele functionele eenheid (OFE)** verwijst naar de afdeling, verpleegeenheid of dienst waar de medische prestaties in het ziekenhuis fysiek plaatsvinden, met andere woorden de plaats waar de honoraria gegenereerd worden. Deze verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis. De prestaties kunnen ook worden uitgevoerd op verschillende operationele functionele eenheden (OFE(i)). De analyse wordt uitgewerkt op de belangrijkste operationele eenheden, m.a.w. de OFE's waar het

grootste aandeel honoraria van de bestudeerde theoretische functionele eenheid wordt gerealiseerd. In 3.3.4.1 wordt beschreven hoe wordt omgegaan met de PAZA OFE's.

Bij de selectie van operatiekwartieren worden er enkel 'zuivere' operatiekwartieren geselecteerd, d.w.z. OFE's met bedindex "OP" zoals geregistreerd in de Minimale Ziekenhuis Gegevens. OFE's die in de MZG-gegevens een bedindex "ZC" (dagziekenhuis) hebben, worden geëxcludeerd uit de analyse. Enerzijds omdat de kosten van voor- en nazorg maar moeilijk kunnen worden afgezonderd van de kosten van het operatiekwartier in dergelijke (ZC) OFE's, anderzijds omdat fluctuerende wachttijden in het dagziekenhuis de kostprijsberekening (waarin de duurtijd een belangrijke rol speelt) zouden bemoeilijken. Het aantal deelnemende ziekenhuizen, met het aantal geselecteerde OFE's OKA en daaraan gelinkte aantal MZG-code units, worden weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2: aantal geselecteerde code unit's en OFE's OKA per ZH

ZH	#CODE_UNIT	#OFE
ZH1	7	5
ZH2	2	2
ZH3	2	2
ZH4	1	1
ZH5	2	2
ZH6	2	1
ZH7	1	1
ZH8	1	1

Tabel 3 toont per geselecteerde OFE de honorariummassa van de TMCP uit TFE operatiekwartier versus de totale TMCP honorariummassa op de OFE.

Tabel 3: TMCP HON TFE operatiekwartier t.o.v. totale TMCP HON op geselecteerde OFE's

ZH	OFE	TMCP		
		HON TFE OKA	HON ANDERE TFE	% TFE OKA
ZH1	OFE1	€ 6.200.620,82	€ 426.592,42	94%
	OFE2	€ 2.556.233,99	€ 587.081,81	81%
ZH2	OFE1	€ 6.722.522,68	€ 264.674,45	96%
ZH3	OFE1	€ 4.058.896,30	€ 1.825.812,50	69%
	OFE2	€ 17.138.161,00	€ 7.465.101,20	70%
ZH4	OFE1	€ 2.879.008,37	€ 1.652.208,35	64%
	OFE2	€ 3.512.111,61	€ 2.106.873,34	63%
ZH5	OFE1	€ 1.936.411,58	€ 1.346.352,62	59%
ZH6	OFE1	€ 5.884.522,38	€ 132.950,32	98%
ZH7	OFE1	€ 12.800.768,77	€ 6.581.473,32	66%
ZH8	OFE1	€ 3.826.257,79	€ 104.636,64	97%
	OFE2	€ 699.975,18	€ 37.927,85	95%
	OFE3	€ 4.689.690,40	€ 294.209,89	94%
	OFE4	€ 772.974,33	€ 50.319,20	94%
	OFE5	€ 12.774.901,27	€ 671.881,14	95%

Het totaal aantal prestaties en de honorariummassa die in de geselecteerde OFE's worden uitgevoerd in 2019, zijn weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4: aantal en omzet prestaties, geselecteerde OFE's operatiekwartier in 2019

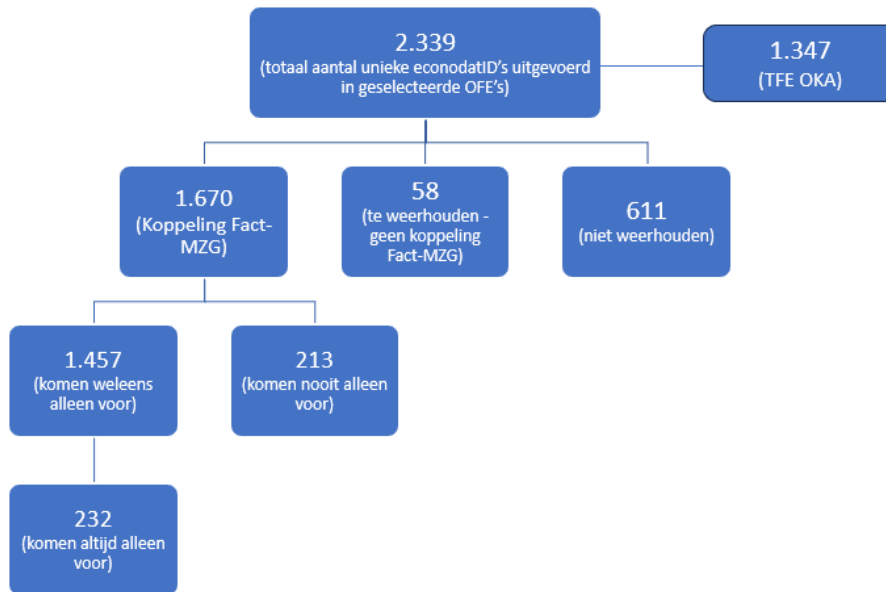
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL
3	Technische geneeskundige verstrekkingen	203	€ 4.573
11	Algemene speciale verstrekkingen	11.561	€ 869.325
13	Reanimatie	104	€ 5.273
14a	Algemene heelkunde	7.346	€ 961.645
14b	Neurochirurgie	5.260	€ 5.929.154
14c	Plastische heelkunde	6.946	€ 3.503.382
14d	Heelkunde op het abdomen	23.362	€ 9.732.974
14e	Heelkunde op de thorax	9.307	€ 13.182.385
14f	Bloedvatenheelkunde	5.756	€ 2.230.788
14g	Gynecologie-verloskunde	8.349	€ 2.300.564
14h	Oftalmologie	21.327	€ 9.732.220
14i	Otorhinolaryngologie	20.250	€ 4.789.660
14j	Urologie	16.281	€ 3.726.843
14k	Orthopedie	58.242	€ 19.295.179
14l	Stomatologie	39.666	€ 6.472.461
14m	Heelkunde transplantaties	398	€ 1.644.644
20	Inwendige geneeskunde	667	€ 36.399
21	Dermato-venereologie	396	€ 131.545
34	Interventionele verstrekkingen	2.984	€ 1.904.042
TOTAAL		238.405	€ 86.453.056

Voor de TFE operatiekwartier worden er op de onderzochte OFE's in 2019 in totaal 238.405 prestaties gefactureerd, waarvan 871 ambulante en 1.281 klinische prestaties (in totaal 1.347 unieke econodatID's). Hiertegenover staat een honorariummassa van € 86.453.056. Dit is 70% van de totale honorariummassa in de pool voor deze TFE. In Tabel 5 wordt weergegeven uit hoeveel unieke econodatID's de pool van prestaties bestaat.

Tabel 5: uniek aantal econodatID's TFE OKA

EconodatID	Aantal
Enkel Ambu nr	66
Enkel Klinisch nr	476
Zowel Ambu als Klinisch nr	805
Totaal	1.347

Figuur 1: telling econodatID's in het operatiekwartier



In de geselecteerde OFE's van de *pool* van ziekenhuizen worden er 2.339 unieke econodatID's (1.486 ambulante en 2.134 klinische prestaties (zie Tabel 6) uitgevoerd in het operatiekwartier (waarvan 1.347 econodatID's gelabeld als TFE operatiekwartier).

Tabel 6: uniek aantal econodatID's OFE's OKA

EconodatID	Aantal
Enkel Ambu nr	205
Enkel Klinisch nr	853
Zowel Ambu als Klinisch nr	1281
Totaal	2.339

Gezien duurtijd een belangrijke verdeelsleutel (zie infra) is voor de kosten van de relevante prestaties in de OFE's van het operatiekwartier is het belangrijk deze goed te vatten. De hierboven genoemde 2.339 unieke econodatID's kunnen opgesplitst worden in (zie ook Figuur 1):

- 1.457 econodatID's die zonder bijkomende prestatie kunnen worden uitgevoerd tijdens een ingreep in het operatiekwartier (en waarvoor een duurtijd kan bepaald worden). 232 van deze prestaties komen altijd alleen voor,
- 213 econodatID's die nooit alleen voorkomen,
- 58 econodatID's waarvan geen link gevonden kan worden tussen de facturatiegegevens en MZG-gegevens en dus geen reële duurtijd kan bepaald worden,
- 611 econodatID's die worden geëxcludeerd, wegens niet weerhouden. Dit betreffen vooral prestaties anesthesiologie, beeldvorming, klinische biologie, bijkomende honoraria weekend/nacht, etc. die inherent aan de hoofdingreep zijn.

Het is belangrijk dat alle prestaties in het operatiekwartier worden bekeken, zodat de kosten in het operatiekwartier over de juiste prestaties (nl. de weerhouden prestaties) worden verdeeld.

2 Startpositie kosten

De kostengegevens van de deelnemende ziekenhuizen worden geanalyseerd, gevalideerd en “herordend” zodat de kostengegevens per operationele FE zo volledig en vergelijkbaar mogelijk zijn. Afhankelijk van de specifieke boekhoudpraktijk van de deelnemende ziekenhuizen, kunnen verschuivingen tussen operationele functionele eenheden nodig zijn om een vergelijkbare (i.e. zo uniform mogelijke) startpositie te verzekeren. In wat volgt, wordt de selectie van de te includeren en te excluseren kostensoorten in functie van het project besproken, evenals de eventuele verschuivingen die leiden tot een vergelijkbare (i.e. zo uniform mogelijke) startpositie als basis voor de analyse.

2.1 Kostensoort

2.1.1 Selectie

De geïncludeerde en geëxcludeerde kostensoorten voor de geselecteerde OFE's worden in Tabel 7 samengevat voor de drie kostensoortgroepen (personeel, materiaal, apparatuur, overige).

Tabel 7: overzicht van de kosten in en uit selectie, geselecteerde OFE's.

TFE OPERATIEKWARTIER, geselecteerde OFE's		Kosten_POOL	
2019			
IN selectie			
Direct	Personeel	€ 53.833.043	49,5%
Direct	Materiaal	€ 38.970.772	35,9%
Direct	Medische apparatuur	€ 15.877.158	14,6%
Subtotaal		€ 108.680.974	55%
OUT selectie			
Indirect	Personeel	€ 1.861.546	18,4%
Indirect	Materiaal	€ 2.198.405	21,7%
Indirect	Overige	€ 6.073.537	59,9%
Subtotaal		€ 10.133.487	5%
Exclusie	Personeel	€ 22.716.230	29,4%
Exclusie	Materiaal	€ 54.465.556	70,4%
Exclusie	Overige	€ 153.137	0,2%
Subtotaal		€ 77.334.923	39%
TOTAAL		€ 196.149.384	
AANDEEL IN SELECTIE		55%	

2.1.2 Verschuivingen m.b.t. kostensoort

Op basis van de feedback uit de validatierapporten worden ziekenhuisspecifieke knelpunten geïdentificeerd. Om een vergelijkbare en zo gelijk mogelijk startpositie te waarborgen, worden kostenverschuivingen doorgevoerd waar nodig.

Voor TFE operatiekwartier zijn de volgende kostenverschuivingen doorgevoerd om een uniform kostenbeeld voor alle operatiekwartieren van de ziekenhuizen te verkrijgen:

- Kosten van PAZA worden afgezonderd van de kosten van OKA, om vervolgens het “niet-eigenlijke” gebruik (zie 3.3.4.1) te excluseren van de kosten van het eigenlijke gebruik. Enkel de kosten van het eigenlijke gebruik van de PAZA worden mee in rekening genomen bij de kosten

van het operatiekwartier. Voor ziekenhuizen die de kosten van PAZA niet kunnen afzonderen van de kosten van het operatiekwartier, wordt het gemiddelde % kosten PAZA t.o.v. kosten OKA van de *pool* genomen.

- Kosten van CSA op een eigen OFE 'CSA' worden afgezonderd zodat deze voor geen enkel ziekenhuis nog landen op de geselecteerde OFE's OKA. Deze kosten worden niet verdeeld over de OKA-prestaties. Ze zijn dus niet opgenomen in de gerapporteerde eenheidskosten (na overleg, conform met de rapportering door het ULB-team).
- Kosten van perfusionisten op een eigen OFE 'Perfusie' worden afgezonderd om vervolgens met een verdeelsleutel enkel te verdelen over prestaties die gebruik maken van perfusie (zie 3.3.4.3)
- Kosten van OKA-logistiek assistenten (personeelscategorie 3) op de OFE's van OKA worden verdeeld naar de prestaties. Dit betreft enkel de kosten van OKA-logistiek assistenten in hoeverre deze effectief taken opnemen die rechtstreeks verband houden met het uitvoeren van de prestatie, zoals: zalen (na einde programma en schoonmaak) terug operationeel maken conform schema operatiezaal, gebruikte karren aanvullen, wegbergen van steriel en niet steriel materiaal afkomstig van de CSA, etc.
- Kosten van robot worden afgezonderd uit de boekhouding (zie 3.3.4.2) – dit wordt namelijk als "meer" kost gerapporteerd en mogen dus niet verrekend worden in de directe praktijkkost per prestatie (omdat er in de V0 quasi geen nomenclatuurcodes specifiek voor robotchirurgie zijn). Wat wordt beschouwd als robot zijn toestellen die niet strikt noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de prestatie, maar eerder een ondersteunende of assisterende rol vervullen (zoals de Da Vinci-, Cori- of Renishaw-systemen).

2.2 Kostenplaats

De regelgeving voorziet meerdere kostenplaatsen voor het operatiekwartier in de boekhouding (zie Tabel 8). Naast de specifieke kostenplaats Operatiekwartier (180) zijn er ook de kostenplaatsen 181 'Gipskamer' en 182-189 'Operatiekwartier'.

Tabel 8: overzicht kostenplaatsen, onder het type 'operatiekwartier'

Groepering kostenplaats:	kostenplaatsen:	
OPERATIEKWARTIER	180	Operatiekwartier
OPERATIEKWARTIER	181	Gipskamer
OPERATIEKWARTIER	182	Operatiekwartier
OPERATIEKWARTIER	183	Operatiekwartier
OPERATIEKWARTIER	184	Operatiekwartier
OPERATIEKWARTIER	185	Operatiekwartier
OPERATIEKWARTIER	186	Operatiekwartier
OPERATIEKWARTIER	187	Operatiekwartier
OPERATIEKWARTIER	188	Operatiekwartier
OPERATIEKWARTIER	189	Operatiekwartier

3 Kostprijsberekening (zh): allocatie naar prestaties

In wat volgt wordt toegelicht hoe de kostprijsberekening per prestatie voor TFE operatiekwartier tot stand is gekomen. Vanwege de omvang, complexiteit en het aantal te analyseren prestaties wijkt deze af van de TFE-methodologische cyclus voor andere prestatiegroepen.

3.1 Bepaling klinische activiteitgroepen

Er wordt geen gebruik gemaakt van klinische activiteitgroepen voor de TFE OKA.

3.2 Verdeelsleutels

De directe praktijkkosten van het operatiekwartier worden, afhankelijk van de kostensoortgroep (P, M, A), op een verschillende manier verdeeld naar de prestatie. Hiervoor worden verschillende verdeelsleutels gebruikt.

3.2.1 Duurtijd

De duurtijd van de prestatie is een eerste belangrijke verdeelsleutel in de berekening van de praktijkkost per prestatie. Om zoveel mogelijk rekening te houden met de operationele realiteit van een ziekenhuis wordt er geopteerd om ziekenhuisspecifieke duurtijden per prestatie te hanteren.

De duurtijd van een prestatie kan op verschillende manieren bekomen worden:

1. Reële duurtijd op basis van MZG-gegevens
2. Normatieve duurtijd inschatting

3.2.1.1 Reële duurtijd op basis van MZG-gegevens

De reële duurtijd van een prestatie is beschikbaar in de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG-tabellen). Specifiek worden gegevens uit de MZG-bestanden A5 (STAYUNIT – verblijf op de verpleegeenheid) en A2 (STAYHOSP – verblijf) gebruikt om aanwezigheden op OFE's van het type OP (type van de CODE UNIT zoals gecodeerd in de MZG-tabel S4) te identificeren. Van deze aanwezigheden worden de IN- en UIT-tijden gedistilleerd uit de MZG-tabellen.

De deelnemende ziekenhuizen leveren een conversietabel aan tussen de door hen bepaalde operationeel functionele eenheden (OFE) en de CODE UNIT's uit de MZG-registratie. In een tweede conversietabel documenteren ze de relatie tussen het STAYNUM-veld in MZG en het verblijfsnummer in de aangeleverde facturatie. Op basis daarvan kan een MZG-aanwezigheid op een OFE gelinkt worden aan een reeks gefactureerde prestaties (datum, verblijfsnummer, OFE). Let wel: die koppeling is niet noodzakelijk uniek; de facturatie bevat gefactureerde prestaties per patiënt per dag terwijl er meerdere aanwezigheden kunnen zijn op 1 dag in eenzelfde OKA (OFE/CODE UNIT). In dergelijke gevallen worden gesommeerde duurtijden genomen voor het bepalen van duurtijden.

De koppeling van facturatie met MZG-gegevens levert in de dataset voor alle ziekenhuizen tezamen een set van 4.049.481 records op (dat is dus het aantal gefactureerde prestaties gelinkt aan aanwezigheden op OKA in MZG).

Bij de selectie worden volgende criteria gehanteerd:

- Enkel de koppelingen met OFE's van het type OP worden weerhouden.
- Het gefactureerd aantal moet > 0 (na aggregatie om foutieve facturaties recht te zetten).
- Het gefactureerd bedrag moet ≥ 0 (0 voor vb. prestaties onder laagvariabele zorg).
- De gefactureerde prestaties moeten weerhouden zijn voor OKA.
- De gefactureerde prestaties moeten op een voor OKA geselecteerde OFE gefactureerd zijn.
- In de telling van de aantallen van de gefactureerde prestaties wordt geen rekening gehouden met assistentie (normverstrekking 1 of 2) om dubbeltellingen te voorkomen.

Die criteria leveren 209.879 records op: gefactureerde prestaties die overeenkomen met een MZG-aanwezigheid op OKA. Het betreft 1.670 verschillende prestaties (econodatID's) en 156.252 aanwezigheden (zie ook Figuur 1).

De duur van MZG-aanwezigheden wordt gebruikt als basis voor de berekening van de prestatiegebonden duurtijden. Voor twee ziekenhuizen bleken de MZG-duurtijden (gedeeltelijk) onnauwkeurig en worden de duurtijden berekend o.b.v. interne datagegevens (via bv. een OKA-planningsboek).

Om te corrigeren voor onrealistisch lange registraties, worden zeer lange OKA-duurtijden tot 1.920 minuten (32u) ingekort. Op die manier worden 8 aanwezigheden ingekort. Afgaande op de gefactureerde prestaties op die aanwezigheden lijken dat ook verkeerde (te lange) registraties in MZG.

Daar waar slechts 1 prestatie aan een aanwezigheid wordt gekoppeld is de duurtijd van die prestatie gelijk te stellen aan de duurtijd van de aanwezigheid in MZG (zie Figuur 2, voorbeelden ingreep 1, ingreep 2 en ingreep 3). Dit zijn m.a.w. prestaties die solo voorkomen.

Van de aldus bekomen duurtijden voor prestaties die solo voorkomen wordt het gemiddelde genomen. Te lange aanwezigheidstijden op het operatiekwartier worden beperkt tot 1.920 minuten (= de maximale tijd van een transplantatie in een ziekenhuis), waardoor grote outliers worden geneutraliseerd en het gemiddelde van de duurtijden als maat kan worden gebruikt. Dit gebeurt steeds per ziekenhuis – interne werking en organisatie van het ziekenhuis kan immers een kortere of langere duurtijd rechtvaardigen waardoor het berekenen van de duurtijd per ziekenhuis zinvol wordt geacht.

Verder wordt gezocht naar aanwezigheden waar meerdere prestaties samen voorkomen maar waarvoor voor elk van die prestaties ook minstens één duurtijd solo kon worden verkregen. De tijd van die aanwezigheid wordt dan a rato van de gemiddelde solo duurtijden over de prestaties verdeeld. Op die manier worden extra duurtijden verkregen voor prestaties. Zie Figuur 2 voorbeeld ingreep 4: prestatie B en prestatie C kunnen ook solo worden uitgevoerd. Stel dat de duurtijd van prestatie B 20 minuten bedraagt en de duurtijd van prestatie C 50 minuten bedraagt, dan zal de tijd van de aanwezigheid voor ingreep 4 verdeeld worden a rato van 20/70 naar prestatie B en 50/70 naar prestatie C.

Figuur 2: voorbeeld duurtijdberekening per prestatie

Ingreep	Prestatie(s)	Minuten
Ingreep 1 (AW1)	Prestatie A	40
Ingreep 2 (AW2)	Prestatie B	20
Ingreep 3 (AW3)	Prestatie C	50
Ingreep 4 (AW4)	Prestatie B Prestatie C	60
Ingreep 5 (AW5)	Prestatie C Prestatie D	60
Ingreep 6 (AW6)	Prestatie C Prestatie E Prestatie F	70

Per ziekenhuis wordt voor prestaties een gemiddelde solo tijdsduur en een gemiddelde tijdsduur in combinatie met andere prestaties verkregen. De uiteindelijke duurtijd is een gewogen gemiddelde van die 2 duurtijden.

De duurtijd wordt ook berekend over alle ziekenhuizen heen waarbij dus voor alle prestaties de gemiddelde duurtijden solo en gecombineerd worden berekend op *pool*niveau. Het gewogen gemiddelde daarvan wordt beschouwd als de *pool*-duurtijd.

Om voldoende onderbouwde duurtijden te gebruiken, worden volgende voorwaarden opgelegd:

- Het aantal duurtijden waarover uitgemiddeld wordt moet groter dan 10 zijn,
- Als het ziekenhuis een prestatie minder dan 50 keer uitvoert, volstaat het voor minstens 20% van dat aantal een duurtijd te kunnen vinden. Dus voor een prestatie die maar 40 keer wordt uitgevoerd, volstaan 8 gevonden duurtijden.

Prestaties die niet aan deze voorwaarden voldoen, worden aan de ziekenhuizen voorgelegd voor normatieve inschatting (zie Figuur 2, prestatie D in ingreep 5 en prestatie E en F in ingreep 6). Van de andere prestaties wordt een validatie verwacht door experts, waarmee wordt bedoeld dat het ziekenhuis deze nakijkt en desgevallend aangeeft indien een verkregen duurtijd niet realistisch lijkt.

3.2.1.2 Normatieve duurtijd inschatting

Aangezien er wordt gewerkt met ziekenhuisspecifieke duurtijden per prestatie, wordt er niet standaard gebruik gemaakt van duurtijden die beschikbaar zijn op *pool*niveau. Om een duurtijd te bepalen voor prestaties die nooit alleen voorkomen (of waarvoor geen/onvoldoende tijden gekend zijn via MZG-gegevens), wordt per ziekenhuis een normatieve inschatting gevraagd (normatieve duurtijd ziekenhuis i). Om dit te verwezenlijken wordt per ziekenhuis een Excel-bestand gegenereerd waarin alle prestaties worden opgelijst waar voor dat ziekenhuis geen duurtijd gekend is (of waarbij de duurtijd is bepaald o.b.v. een te laag aantal). Voor de normatieve inschatting van prestaties waarvoor een ziekenhuisspecifieke tijd ontbrak, wordt de berekende *pool*-duurtijd aangegeven. Let wel: de *pool*-duurtijd is een gemiddelde over ziekenhuizen heen, gebaseerd op hetgeen voor MZG geregistreerd is. Deze duurtijden kunnen dienen als inspiratie, maar het zijn uiteindelijk het ziekenhuis en hun experts die de normatieve duurtijd voor het eigen ziekenhuis bepalen.

Er wordt aan de ziekenhuizen gevraagd de reële duurtijden o.b.v. MZG-gegevens te valideren, en de normatieve duurtijden (o.b.v. expertadvies) aan te vullen in het Excel-bestand.

Eenmaal voor elke prestatie in de geselecteerde OFE's een duurtijd gekend is, wordt per prestatie de gemiddelde duurtijd berekend. Het is deze gemiddelde duurtijd die per ziekenhuis zal dienen voor het verdelen van de directe praktijkkosten.

Tabel 9 geeft de verdeling van de duurtijden weer op de verschillende CODE UNIT's.

Tabel 9: verdeling duurtijden op verschillende CODE UNIT's (geanonimiseerd)

ERK	CODE_UNIT	OFE	MIN_DUUR	AVG_DUUR	MAX_DUUR	MDN_DUUR	Q60_DUUR	Q70_DUUR	Q80_DUUR	Q90_DUUR
ZH8222	CU4881	OFE6808	1	63	677	58	63	70	81	102
ZH8222	CU7246	OFE4408	1	127	1920	111	126	144	167	209
ZH8222	CU5427	OFE3779	1	153	819	127	149,4	177	217	286
ZH8222	CU4628	OFE3779	1	139	1920	106	123	144	179	246
ZH8222	CU6445	OFE3779	1	171	1439	153,5	178	206	238	291
ZH8222	CU5568	OFE8696	1	62	1425	48	55	64	76	98,2
ZH8222	CU1789	OFE9539	1	132	1639	118	134	151	173	209
ZH8122	CU6403	OFE6654	1	129	1084	115	132	150	173	216
ZH8122	CU8684	OFE7140	1	88	529	77	90	105	126	157
ZH0639	CU7933	OFE5558	6	103	1122	86	99	115	137	181
ZH0639	CU0818	OFE4817	3	67	572	50	59	72	90	131
ZH1221	CU4680	OFE4281	1	134	1920	109	128	155	190	253
ZH5613	CU3432	OFE0766	1	68	498	58	67	79	95	121
ZH5613	CU5379	OFE1579	1	207	1653	171	201	240	296	388
ZH3334	CU1165	OFE9337	1	96	1920	77	92	112	137	183
ZH3334	CU1032	OFE9337	5	62	370	54	61	71	86	109
ZH2183	CU5976	OFE4281	1	89	960	67	81	99	123	179
ZH6527	CU6195	OFE1718	1	91	1049	77	88	103	121	152

Het valt op te merken dat er wel degelijk verschillen bestaan tussen de verschillende OFE's. Een en ander heeft te maken met de verschillen in *case-mix* op de verschillende OKA's.

Dit verschil is belangrijk om te duiden aangezien eerder is gesteld dat sommige ziekenhuizen een *pool*-gemiddelde hebben aanvaard voor prestaties waarvoor uit MZG voor hen geen specifieke tijd kon worden afgeleid. Deze aldus geïntroduceerde tijd kan een afwijkende tijd vormen binnen de set van duurtijden op hun specifieke OKA.

Los van de *case-mix* is ook de MZG-registratie, de manier van tijdsinterpretatie (IN/UIT) een mogelijke bron van introductie van afwijkingen wanneer tijden uit een *pool*context worden geïntroduceerd in de set van tijden van een OFE.

Het is ook zo dat voor eenzelfde prestatie binnen een ziekenhuis (dus binnen alle verschillende OKA OFE's ervan) dezelfde tijd wordt verondersteld. Er is dus geen specifieke duurtijd per OKA OFE. De context van een specifiek OKA zou eventueel aanleiding kunnen geven tot andere duurtijden maar hier wordt in dit model dus geen rekening mee gehouden.

3.2.2 Personeelsinzet

Voor personeel wordt gevraagd aan alle ziekenhuizen om een gemiddelde personeelsinzet op OKA op te geven. De meeste deelnemende ziekenhuizen gaven hiervoor 2 verpleegkundigen per zaal aan.

Binnen eenzelfde ziekenhuis wordt deze gemiddelde personeelsbezetting uniform toegepast op alle OKA OFE's. Dit impliceert een beperking van het huidige model, aangezien men kan verwachten dat de personeelsbezetting varieert afhankelijk van de complexiteit van de ingreep en de specialisatie van de OKA-eenheid. Zo zou een operatiekwartier met ingrepen van hoge complexiteit een hogere personeelsinzet kunnen veronderstellen dan een OFE waar vooral eenvoudige procedures worden uitgevoerd.

Voor de kostenverdeling speelt de gemiddelde personeelsinzet binnen eenzelfde ziekenhuis dan weer geen rol. Vermits de assumptie in dit model dat ze gelijk is voor alle prestaties, speelt ze geen rol in de verdeling van de kosten en wordt dus de eenheidskost personeel die een prestatie krijgt toebedeeld bepaald door haar duurtijd.

3.2.3 Materiaalgewicht

Om de materiaalkosten van het operatiekwartier te kunnen verdelen, worden de materiaalgewichten als verdeelsleutel gebruikt. Drie deelnemende ziekenhuizen beschikken over een gedetailleerde materiaalregistratie per patiënt en per ingreep in het operatiekwartier en kunnen dus de kosten van verbruikt materiaal per ingreep nauwkeurig bepalen. Met deze drie ziekenhuizen wordt de methodiek van de verdeling van de materiaalkosten verder uitgewerkt.

Binnen deze werkgroep worden meerdere aspecten behandeld. Allereerst wordt de afbakening van de materiaalkosten besproken, met een onderscheid tussen directe en indirecte kosten. Vervolgens worden per medische prestatie de gebruikte materialen in het operatiekwartier in kaart gebracht, en worden gelijkenissen en verschillen in de wijze van materiaalregistratie tussen de drie ziekenhuizen geanalyseerd. Dit gebeurt in eerste instantie door zich in detail te richten op een kleine set aan prestaties, namelijk de 25 meest uitgevoerde prestaties in het operatiekwartier op nationaal niveau. Hiervoor worden werksessies georganiseerd met materiaalexperten uit de drie ziekenhuizen, waarbij de materiaalregistratie op artikelniveau per ingreep uitvoerig wordt geanalyseerd. Deze sessies brengen significante verschillen aan het licht in de wijze van registratie, bijvoorbeeld met betrekking tot welke materialen wel of niet gescand worden. Eén ziekenhuis blijkt bijvoorbeeld structureel meer materialen te registreren dan het andere. Ook verschillen in type materiaalverbruik, herbruikbaar materiaal versus materiaal voor eenmalig gebruik, kunnen zorgen voor significante verschillen in kostprijs. Deze verschillen worden besproken en uitgeklaard om tot een zo vergelijkbaar mogelijke uitgangspositie te komen. Na afloop van deze detailanalyse leveren de drie ziekenhuizen hun volledige, gedetailleerde materiaalregistratie aan per ingreep op artikelniveau voor het jaar 2022. Hierbij wordt expliciet enkel rekening gehouden met de directe materiaalkosten, conform de algemene afbakeningsprincipes die binnen het herijkingsproject worden gehanteerd.

Echter, uit nadere analyse blijkt dat de afbakening van directe kosten niet volledig sluitend is. Dit komt doordat de indeling van kosten naar direct of indirect niet altijd eenduidig is op basis van de kostensoort: een algemene beperking wanneer studies zich enkel kunnen baseren op (zeer geaggregeerde) kostensoorten in Finhosta. Hierdoor worden bepaalde (dure) materialen mogelijk ten onrechte als directe kosten beschouwd, of uitgesloten uit de directe kosten.

De materiaalregistratie van deze ziekenhuizen is gekend voor alle aanwezigheden in het operatiekwartier en wordt geleverd met het unieke patiëntnummer, de datum en de operationele functionele eenheid waar het materiaal verbruikt is. De meest nauwkeurige materiaalregistratie van de ziekenhuizen is afkomstig uit het jaar 2022 en wordt daarom gebruikt. Omdat materiaalscanning op patiëntniveau plaatsvindt, beschikken de ziekenhuizen niet over een materiaalkost per individuele prestatie. Daarom wordt de materiaalkost per patiënt toegerekend aan de hoofdprestatie van de desbetreffende aanwezigheid in het operatiekwartier (d.w.z. de prestatie met de hoogste nomenclatuurwaarde).

Het is echter niet correct om de materiaalkost enkel toe te wijzen aan de hoofdprestatie van de aanwezigheid, aangezien dit ertoe zou leiden dat bepaalde prestaties geen materiaalkost krijgen toegewezen. De aangeleverde materiaalkost (die aan de hoofdprestatie hangt), wordt met andere woorden als de materiaalkost van die aanwezigheid in het operatiekwartier beschouwd. Door het koppelen van de materiaalregistratie en facturatiegegevens, kan de materiaalkost op aanwezigheidsniveau worden verspreid over de prestaties (die worden gefactureerd tijdens die aanwezigheid) op basis van de, hierboven besproken, duurtijd van de prestaties.

Gezien de verschillende operationele realiteiten, wordt een grote variatie in de materiaalkost per prestatie tussen de drie ziekenhuizen opgemerkt. Om tot een gestandaardiseerde benadering te komen, wordt een gewogen gemiddelde berekend op basis van de materiaalkosten per prestatie. Dit gewogen gemiddelde wordt vervolgens omgezet naar een materiaalgewicht per prestatie.

Niet voor alle prestaties, die binnen de operatiekwartieren van de deelnemende ziekenhuizen worden gefactureerd, kon een materiaalgewicht worden toegekend. Voor de overige prestaties wordt gebruik gemaakt van een lineair model. Bij gebrek aan andere informatie wordt de materiaalkost van prestaties zonder materiaalgewicht (o.b.v. de steekproef van drie ziekenhuizen) bepaald o.b.v. de huidige (V0) relatieve nomenclatuurwaarde.

Het eindresultaat – een materiaalgewicht per prestatie – wordt vervolgens toegepast op de directe boekhoudkundige materiaalkosten in 2019 van alle deelnemende ziekenhuizen, waarbij rekening wordt gehouden met het aantal uitgevoerde prestaties.

3.2.4 Apparatuurgewicht

De apparatuurgewichten worden gebruikt voor de verdeling van de boekhoudkundige apparatuurkosten over de prestaties die binnen het operatiekwartier zijn gefactureerd.

De apparatuurgewichten zijn gebaseerd op data van slechts één ziekenhuis, dat per operationele functionele eenheid (OKA) de toestellen specifiek kan toewijzen aan ingrepen. Dit betreft data van 2022 omdat voor dat jaar de meest gedetailleerde toestellenlijst beschikbaar is. De twee grootste OKA OFE's worden bevraagd over hun apparatuurpark. Het operatiekwartier van dit ziekenhuis bestaat uit meerdere kernen, die meerdere zalen kunnen bevatten. Afhankelijk van de mogelijkheden van de kern worden de toestellen op een gedetailleerder niveau toegewezen.

Er zijn vier toewijzingsniveaus gebruikt:

- *Algemeen*: toestellen die op OKA geregistreerd staan en waarvan de kosten over alle ingrepen binnen dat OKA worden gespreid
- *Kern/zaal*: toestellen die specifiek op een bepaalde kern of zaal staan; de kosten daarvan worden verspreid over de ingrepen die op die zaal/kern worden uitgevoerd
- *Medische discipline*: toestellen die specifiek door een bepaalde medische discipline worden gebruikt. Ze staan misschien ook altijd op dezelfde kern, maar door ze op niveau van discipline toe te wijzen zullen de kosten ervan enkel worden verdeeld op de ingrepen uitgevoerd door die discipline.
- *Ingreep*: toestellen die enkel voor specifieke ingrepen worden gebruikt.

Deze toewijzing wordt niet voor alle groepen van OKA-zalen in even groot detail uitgewerkt.

Voor de berekening van de apparatuurgewichten wordt de listprijs (= catalogusprijs) en de geregistreerde onderhoudskost van de apparatuur gehanteerd.

Binnen een operatiekwartier (OKA) zijn de aanwezige ingrepen op de zalen, evenals de bijbehorende aanwezigheid en de duurtijd van deze aanwezigheid, gedocumenteerd. Op basis van deze gegevens wordt de apparatuurkost toegewezen aan de aanwezigheid. De fractie van de apparatuurkost die aan de aanwezigheid wordt toegekend, wordt bepaald door de verdeling van de kosten op het niveau van

het OKA, de kern (= groep van zalen), de discipline en de ingreep, waarbij de duurtijd van de aanwezigheid als sleutel voor de toewijzing dient.

Aanwezigheden worden gekoppeld aan de facturatiegegevens op basis van het patiëntidentificatienummer en de datum. Meerdere aanwezigheden van dezelfde patiënt op dezelfde dag binnen hetzelfde OKA worden samengevoegd (op basis van zowel duurtijd als gefactureerde prestaties), aangezien de facturatiekoppeling enkel op dagniveau kan worden gemaakt. Dit betreft echter slechts een beperkt aantal gevallen.

De apparatuurkosten toebedeeld aan een aanwezigheid wordt verdeeld over de gefactureerde prestaties a rato van hun duurtijd (zoals berekend in de sectie over de duurtijden) en hun aantal. Op deze wijze wordt een apparatuurkosten per prestatie berekend. Het gemiddelde van deze apparatuurkosten op prestatieniveau bepaalt het uiteindelijke apparatuurgewicht voor elke prestatie.

De apparatuurgewichten worden berekend voor de prestaties die worden uitgevoerd binnen één ziekenhuis. Dit dekt echter niet alle mogelijke TMCP binnen het OKA. Voor sommige prestaties kan daarom geen apparatuurgewicht worden berekend. Voor deze prestaties, die wel binnen een OKA-OFE in een ander ziekenhuis worden uitgevoerd, wordt een gewicht bepaald op basis van een lineair model. Bij gebrek aan andere informatie wordt de apparatuurkosten van prestaties zonder apparatuurgewicht (o.b.v. de steekproef van één ziekenhuis) bepaald o.b.v. de duurtijd.

De apparatuurgewichtberekening is uitsluitend gebaseerd op de gegevens van één ziekenhuis. De overige deelnemende ziekenhuizen zijn op korte termijn niet in staat om betrouwbare apparatuurgewichten aan te leveren, noch de noodzakelijke gegevens te verstrekken om deze af te leiden. De kostensoortbepaling en RWS-bepaling zou accurater zijn indien meer ziekenhuizen over deze gegevens zouden beschikken. Tegelijkertijd moet benadrukt worden dat de apparatuurkosten slechts 13% van de directe praktijkkosten uitmaken, zodat de impact van deze factor ook niet moet overschat worden.

3.3 Kostprijsberekening

De berekening van de eenheidskosten voor prestaties die voor OKA zijn geselecteerd, gebeurt op basis van een selectie van OKA OFE's per ziekenhuis.

Per geselecteerde OKA OFE worden de directe kosten van de boekhouding van 2019 verdeeld over de prestaties die op die OFE's worden gefactureerd. De kost van elke prestatie wordt bepaald per kostengroep (Personeel, Materiaal en Apparatuur) op volgende manier:

Personeel	vaste gemiddelde personeelsinzet x aantal x duurtijd van de prestatie
Materiaal	materiaalgewicht x aantal
Apparatuur	apparatuurgewicht x aantal x duurtijd van de prestatie

De kost per ziekenhuis (ZH_x) en OKA (OKA_y) kan voor elke kostengroep apart (P, M, A) worden berekend als volgt:

$$KOST_{ZH_x, OKA_y}^{P, M, A} = \sum_{i=1}^N \text{aantal}_i \times \text{gewicht}_i^{P, M, A} \times \text{duurtijd}_i$$

Hierbij is N het aantal voor de OKA-berekening weerhouden prestaties (econodatID's) op de desbetreffende OKA OFE. Het gewicht is afhankelijk van de kostensoortgroep en dus anders voor personeel, materiaal en apparatuur. De duurtijd is prestatie-afhankelijk, net als het aantal dat gefactureerd wordt.

Het uiteindelijk deel van de kost dat landt op een bepaalde prestatie (i) in een OKA OFE, kan dan als volgt worden berekend:

$$KOST_{ZH_x,OKA_y,i}^{P,M,A} = \frac{aantal_i \times gewicht_i^{P,M,A} \times duurtijd_i}{KOST_{ZH_x,OKA_y}^{P,M,A}}$$

De eenheidskost voor de prestatie (i) is dan die kost gedeeld door het aantal uitvoeringen van de prestatie.

3.3.1 Personeel

Voor de verdeling van de personeelskosten is er geen prestatie-afhankelijk personeelsgewicht. Het ziekenhuis is de bepalende factor voor het gewicht op basis van de gemiddelde personeelsinzet.

$$gewicht_i^P = gewicht_{ZH}^P$$

3.3.2 Materiaal

De boekhoudkundige materiaalkosten worden verdeeld aan de hand van het materiaalgewicht bepaald op basis van een gezamenlijke studie met drie deelnemende ziekenhuizen. Het uiteindelijke materiaalgewicht is ziekenhuisonafhankelijk. Zoals eerder aangegeven is het gewicht waar het bepaald is op basis van de gegevens van de drie ziekenhuizen, een algemeen geldende waarde. Waar het niet kon worden bepaald, wordt een correlatie gebruikt op basis van de huidige (v0) nomenclatuurwaarde, die eveneens ziekenhuisonafhankelijk is (maar wel afhangt van de prestatie (v0)).

$$gewicht_i^M = gewicht_i^M$$

Of in geval van afleiding op basis van huidig nomenclatuurbedrag:

$$gewicht_i^M = gewicht_i^M(\text{huidig nomenclatuurbedrag})$$

3.3.3 Apparatuur

De verdeling van de apparatuurkosten naar prestaties wordt bepaald door het aantal gefactureerde eenheden, de duurtijd van de prestatie (zoals vastgesteld per ziekenhuis) en het apparatuurgewicht, een factor die de kosten van de bij de ingreep benodigde apparatuur weerspiegelt. Het product van deze drie factoren bepaalt de fractie van de totale boekhoudkundige apparatuurkost die naar een specifieke prestatie wordt versleuteld.

Het apparatuurgewicht wordt bepaald op basis van gegevens van slechts één van de deelnemende ziekenhuizen. Voor prestaties waarvoor op die manier een gewicht kon worden berekend is deze waarde ziekenhuisonafhankelijk. Maar waar dat niet mogelijk was, wordt het materiaalgewicht bepaald op basis van een lineair model met de duurtijd van de prestatie als basisvariabele (merk op: de duurtijd is ziekenhuisafhankelijk).

$$gewicht_i^A = gewicht_i^A$$

Of in geval van afleiding op basis van de duurtijd:

$$gewicht_i^A = gewicht_i^A(\text{duurtijd}_i)$$

Voor apparatuurkostverdeling wordt de bovenstaande procedure echter nog verfijnd. Aan de deelnemende ziekenhuizen wordt gevraagd of ze kunnen aangeven hoeveel van hun apparatuurskost aan welke discipline wordt besteed. Om redenen van specialisatie kan een ziekenhuis immers er de voorkeur aan geven om meer te investeren in bv. apparatuur voor orthopedische ingrepen dan voor bv. neurochirurgische ingrepen. Vanuit dat perspectief worden de ziekenhuizen bevroegd om de investering procentueel per discipline uit te drukken. Tegelijkertijd worden prestaties onderverdeeld in diezelfde disciplines.

Een voorbeeld: ziekenhuis geeft aan dat 30% van de apparatuurskost naar neurochirurgie gaat voor een bepaald OKA. Dan wordt 30% van de apparatuurskost van dat OKA verdeeld over de gefactureerde prestaties van die discipline op dat OKA.

De kostprijsberekening voor apparatuur verloopt dan eigenlijk iets anders dan voor de andere kostensoortgroepen (Materiaal/Personeel).

$$KOST_{ZH_x,OKA_y}^{A_{discipline}} = \sum_{i=1}^N \text{aantal}_i \times gewicht_i^A \times \text{duurtijd}_i$$

Waarbij de $KOST_{ZH_x,OKA_y}^{A_{discipline}} = \text{percentage van } KOST_{ZH_x,OKA_y}^A$ dus de kost is voor een bepaalde discipline op dat OKA.

En per prestatie:

$$KOST_{ZH_x,OKA_y,i}^A = \frac{\text{aantal}_i \times gewicht_i^A \times \text{duurtijd}_i}{KOST_{ZH_x,OKA_y}^{A_{discipline}}}$$

In de praktijk zijn slechts drie ziekenhuizen in staat om dergelijke kostenverdeling per discipline aan te leveren. Voor ziekenhuizen die deze apparatuurverdeling per discipline niet kunnen aanleveren, wordt de standaard apparatuurverdeling gebruikt waarbij dus de volledige apparatuurkost voor het OKA wordt verspreid over alle prestaties, ongeacht de discipline.

3.3.4 Andere kosten

3.3.4.1 Postanesthesie-zorgafdeling (PAZA)

Bij de verdeling van de kosten wordt uitgegaan van de directe boekhoudkundige kosten, zoals deze ook in de Finhosta-bestanden worden gerapporteerd. Met betrekking tot de OKA-kostenberekening dient rekening te worden gehouden met de kosten voor PAZA. In deze studie worden de PAZA-kosten toegevoegd aan de eenheidskosten van het OKA, maar zij worden afzonderlijk berekend.

Ziekenhuizen zonderen de kosten van de PAZA af van de kosten van OKA in een aparte OFE in de boekhouding. Voor ziekenhuizen die de PAZA-kosten niet zelf op een aparte OFE kunnen afzonderen (omwille van ziekenhuiseigen registratieredenen), wordt een deel van de OKA-kost overgeheveld als

kost op de PAZA OFE o.b.v. de gemiddelde verhouding (per kostensoortgroep) van de andere ziekenhuizen.

Daarnaast worden de MZG-gegevens van de PAZA OFE's geanalyseerd. Patiënten die langer dan 8u op de PAZA verblijven, worden geacht "oneigenlijk" gebruik te maken van de recovery. Patiënten zouden na de eigenlijke recovery moeten doorstromen naar de hospitalisatie, hiervoor is echter niet altijd de capaciteit waardoor er oneigenlijk gebruik van de PAZA ontstaat. Het oneigenlijk gebruik van de PAZA wordt niet mee opgenomen in de directe kostprijsberekening per prestatie. Dit wil zeggen dat langdurige PAZA-registraties worden beperkt tot een maximale duur van acht uur, en de kosten van PAZA worden proportioneel aangepast op basis van het tijdsdeel. Indien bijvoorbeeld 10% van de geregistreerde tijd op een PAZA OFE in de MZG-registratie aan langdurige verblijven wordt toegeschreven, dan wordt ook 10% van de kosten van de PAZA OFE geëxcludeerd bij de verdeling van de kosten.

3.3.4.2 Robot- en navigatiesystemen

Sommige medische prestaties kunnen zowel met als zonder geavanceerde technologische ondersteuning worden uitgevoerd. De huidige nomenclatuur (v0) houdt niet expliciet rekening met het gebruik van een robot (behalve voor de totale prostatectomie waarbij er een materiaalhonorarium is dat voor uitvoering via endoscopische robot-geassisteerde chirurgie verhoogd is ten opzichte van het materiaalhonorarium via endoscopische weg). Dit impliceert dat de huidige nomenclatuurwaarde van een prestatie zowel de uitvoering met als zonder robot dekt. Het gebruik van een robot bij een ingreep brengt echter een significante (directe) meerkost met zich mee. Bij gebruik van geavanceerde technologische ondersteuning wordt een onderscheid gemaakt tussen toestellen die essentieel zijn voor het uitvoeren van de ingreep (bijvoorbeeld voor neuronavigatie) en toestellen die niet strikt noodzakelijk zijn, maar eerder een ondersteunende of assisterende rol vervullen (zoals de Da Vinci-, Cori- of Renishaw-systemen).

Gezien de substantiële meerkost van robots wordt aan de ziekenhuizen gevraagd om de kostengegevens van robots, die niet strikt noodzakelijk zijn voor de ingreep, af te zonderen. Op deze manier worden deze kosten niet evenredig verdeeld over alle prestaties binnen de geselecteerde OFE's, maar enkel op een selectie daarvan. De lijst met prestaties waarover robotkosten worden verdeeld, worden gerapporteerd in bijlage Tabel 17.

Er wordt - op basis van de afgezonderde kosten - een specifieke meerkost bepaald per prestatie waarbij robotapparatuur wordt gebruikt. De meerkost wordt bepaald op basis van gegevens van één ziekenhuis waarvan de gegevens beschikbaar zijn op welke aanwezigheden op OKA robotapparatuur werd ingezet en waarvan de apparatuurlijst volledig is (dit is het geval voor het jaar 2022). Over de op die aanwezigheden gefactureerde prestaties worden robotkosten verdeeld, a rato van de duurtijd van de prestaties – maar enkel over prestaties die robotapparatuur gebruiken. Er wordt tegelijk ook rekening gehouden met het aandeel van de uitvoeringen van een prestatie waarin de robot wordt gebruikt – aangezien de robotapparatuur niet noodzakelijk bij elke uitvoering van de prestatie werd ingezet.

De robotkosten (van 2022) worden vervolgens als gewicht gebruikt om de afgezonderde boekhoudkosten van de robotapparatuur van 2019 te verdelen over de prestaties van 2019 (waarbij ook hier het aandeel van de uitvoeringen met robot voor elke prestatie wordt in rekening gebracht). De uiteindelijke robot-apparatuurkosten is een verdeling van de kosten van de boekhouding van 2019 voor zes ziekenhuizen (de andere deelnemende ziekenhuizen beschikken in 2019 niet over

robotapparatuur of ze hebben de robotkosten niet kunnen afzonderen in de boekhouding). Er zijn verschillen in omvang van boekhoudkundige kost tussen de ziekenhuizen. Enerzijds door afschrijvingen, anderzijds door beperktere investering in robottechnologie in 2019. De uiteindelijk gerapporteerde meerkost is dan ook een gemiddelde van potentieel uiteenlopende realiteiten. De berekening maakt duidelijk dat de inzet van robotapparatuur leidt tot een niet te onderschatten meerkost bij de prestaties. Deze is bijgevolg richtinggevend.

Het eindresultaat is een procentuele meerkost robot per prestatie (zie Tabel 17). Gezien de omvang van deze kost en het feit dat een prestatie niet altijd met de robotapparatuur wordt uitgevoerd, wordt deze kost niet standaard geïncludeerd in de directe praktijkkost maar afzonderlijk gerapporteerd.

3.3.4.3 Perfusie

Perfusionisten worden ingeschakeld voor specifieke ingrepen. In sommige gevallen zijn ze aanwezig bij de ingreep, in andere gevallen beperkt hun betrokkenheid zich tot het toezien op het optimaal functioneren van de apparatuur.

Perfusiegerelateerde medische procedures omvatten diverse technieken en hulpmiddelen ter ondersteuning van de circulatie en oxygenatie, zowel tijdens chirurgische ingrepen als bij de behandeling van ernstige cardiovasculaire en oncologische aandoeningen. *Assist devices*, zoals LVAD en RVAD, helpen de hartfunctie te behouden bij patiënten met hartfalen. *Extracorporele circulatie* (ECC) en *extracorporele membraanoxygenatie* (ECMO) worden toegepast bij hartchirurgie en ernstige long- of hartinsufficiëntie. In de oncologie maakt *geïsoleerde lidmaatperfusie* gerichte chemotherapietoediening mogelijk, terwijl hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) een gecombineerde chirurgische en chemotherapeutische benadering biedt voor peritoneale maligniteiten. Een off-pump coronaire bypassoperatie (OPCAB) maakt coronaire bypass mogelijk zonder hartstillegging. Een perfusionist is hierbij aanwezig voor het geval zich complicaties voordoen en er alsnog overgeschakeld moet worden naar extracorporele circulatie. *Cellsaving* vermindert de noodzaak van donorbloed door intraoperatieve bloedrecycling. Tot slot zijn perfusionisten in de regel actief bij complexe transplantatieprocedures, waar optimale perfusie en oxygenatie cruciaal zijn voor het succes van de ingreep.

De perfusiegewichten per prestatie worden berekend op basis van data uit 2022. De gegevens van 2022 worden gebruikt omdat de gegevenskwaliteit met betrekking tot het apparaatpark vollediger en betrouwbaarder zijn dan voor 2019. Nadien worden de berekende gewichten gebruikt om de boekhoudkundige kosten van perfusie voor 2019 in het kader van het onderzoeksproject te verdelen.

De identificatie van perfusiegerelateerde aanwezigheden gebeurt aan de hand van verschillende methoden, afhankelijk van de voorhanden zijnde registraties in de systemen. Aanwezigheden met specifieke categorieën van ingrepen, zoals extracorporele circulatie en assist devices, worden op basis van deze criteria geselecteerd. Daarnaast wordt in bepaalde gevallen ook rekening gehouden met de aanwezigheid van een perfusionist in het operatiekwartier, hoewel deze registraties niet altijd volledig zijn. Er wordt doorgaans uitgegaan van de aanwezigheid van één perfusionist behalve in specifieke gevallen, zoals bij cellsaving, waar een vaste tijdsduur wordt gehanteerd voor de kostentoe wijzing of wanneer de extra perfusionist expliciet geregistreerd is in de systemen.

In een beperkt aantal gevallen wordt meer dan één OKA-aanwezigheid op dezelfde dag gevonden. Deze worden samengevoegd voor de analyse, omdat de facturatie op datumniveau wordt geregistreerd

en geen informatie bevat over het exacte tijdstip van uitvoering. De koppeling van de aanwezigheden met de gefactureerde prestaties is de basis om te bepalen welke prestaties perfusiekosten moeten krijgen. De via de facturatiekoppeling geïdentificeerde prestaties worden klinisch gevalideerd en enkel de prestaties die daadwerkelijk perfusie rechtvaardigen worden verder meegenomen om de perfusiegewichten te bepalen. In het geval van toepassing van ECMO wordt de kost dus, bijvoorbeeld, niet toegewezen aan econodatID 213019 die de plaatsing, het opstarten en de wegname ervan omvat maar bijvoorbeeld aan econodatID 204115, de harttransplantatie of gecombineerde hart-longtransplantatie. Voor de gehanteerde lijst met perfusiegerelateerde prestaties zie bijlage Tabel 16.

De kosten van perfusie omvatten zowel personeels-, apparatuur- als materiaalkosten. De personeelskosten worden toegewezen op basis van de duurtijd van OKA-aanwezigheden, terwijl de apparatuurkosten specifiek worden verdeeld door een koppeling te maken tussen de gebruikte apparatuur en de uitgevoerde ingrepen. Materiaalkosten worden niet apart gelinkt aan perfusie. De apparatuur- en personeelskosten voor perfusie in 2022 worden toegewezen aan de bijbehorende prestaties, waarbij zowel de kosten als de duur van de prestaties als weegfactoren fungeren voor de verdeling van de boekhoudkosten uit 2019.

Op basis van de berekende gewichten, het aantal uitvoeringen en de prestatieduur wordt de perfusiekost (personeel en apparatuur) uit de boekhouding van 2019 verdeeld over de in 2019 uitgevoerde en gefactureerde prestaties waaraan een perfusiegewicht en prestatieduur kunnen worden gekoppeld. De perfusiekosten van 2019 worden uitsluitend gespreid over het aandeel van de prestaties in het operatiekwartier dat ook in 2022 met perfusie wordt geassocieerd. Indien een prestatie in 2022 honderdmaal wordt gefactureerd, maar slechts in zestig gevallen met perfusie in verband wordt gebracht, wordt de kostentoe wijzing voor 2019 eveneens beperkt tot zestig procent van de uitvoeringen. De verdeling van de boekhoudkundige kosten voor perfusie in 2019 wordt uitgevoerd voor twee ziekenhuizen, omdat enkel deze twee ziekenhuizen perfusiekosten (P-M-A) afzonderlijk in de boekhouding beschikbaar hebben.

De eenheidskostberekening voor OKA-prestaties bevat de kosten voor perfusie (waar relevant). Echter, de methodologie laat toe deze kost alsnog apart te rapporteren en eenheidskosten ook aan te leveren zonder deze perfusiekost. In samenspraak met het ULB-team wordt beslist kosten te rapporteren inclusief perfusiekosten.

Aandachtspunten perfusie

- Prestaties die in 2019 niet plaatsvinden of in dat jaar zonder of net mét perfusie worden gedaan zouden een andere realiteit reflecteren. De aantallen waarover de kost van 2022 wordt gespreid zijn die van 2022 – als dus in 2022 slechts in een deel van de gevallen perfusie werd geregistreerd wordt in de data van 2019 datzelfde aandeel in perfusie verondersteld.
- De gewichten zijn enkel berekend op basis van de gegevens van één ziekenhuis. Als in andere ziekenhuizen perfusie bij meer of minder prestaties plaatsvindt, zullen de gewichten minder accuraat zijn in de context van de andere ziekenhuizen. Het is mogelijk dat op die manier ook prestaties geen perfusiekosten hebben gekregen terwijl dat -uit een andere ziekenhuiscontext- wel het geval had moeten zijn.
- Perfusiekost is vooral personeelskost tezamen met een niet onaanzienlijke apparatuurkost. De uiteindelijk gerapporteerde perfusiekost (voor 2019) is een gewogen gemiddelde van twee ziekenhuizen. Op te merken valt dat het tweede ziekenhuis echter een veel kleinere apparatuurkost heeft gerapporteerd voor 2019 (mogelijk omwille van een grotendeels

afgeschreven machinepark of omwille van minder perfusie-activiteit waardoor de omvang van het apparaatpark kleiner is).

4 Resultaat: Relatieve Waardeschaal (RWS)

De kostprijsberekening uit punt 3.3 verdeelt de totale directe praktijkkosten over alle prestaties aan de hand van een verdeelsleutel per kostensoortgroep. Hieruit volgt als resultaat per ziekenhuis, per operationele functionele eenheid een directe praktijkkost per prestatie voor het boekhoudjaar 2019. Deze directe praktijkkost per prestatie wordt op *pool*niveau berekend als de gewogen mediane eenheidskost van de ziekenhuizen. Op basis hiervan wordt de relatieve waardeschaal (RWS) vastgelegd.

Tabel 10 geeft ter illustratie het RWS-resultaat voor de 15 meest uitgevoerde prestaties in de *pool* van ziekenhuizen van de discipline “Heelkunde op het abdomen” (RIZIV artikel 14d). Het volledige finale resultaat is beschikbaar in Excel-bestand “20250630 RWS fase 2.2 KUL_ULB.xlsx”.

Tabel 10: empirische RWS van de 15 meest uitgevoerde prestaties "Heelkunde op het abdomen" (RIZIV artikel 14d)

ECONODA AMBU	HOSPI	Prestatie omschrijving	RWS EMPIRISCH
205079	242454	242465 Cholecystectomie	1,00
213536	241872	241883 Heelkundige behandeling van een eenzijdige inguinale, femorale of obturatorhernia	0,89
204986	243154	243165 Appendectomie in de koude of in het acute stadium met of zonder perforatie	0,93
204838	243051	243062 Hemicolectomie rechts of links of segmentaire colonresectie of sigmoïdrectie of partiële rectumresectie met herstel van de continuïteit	2,36
212181	241835	241846 Reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunaal diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch) (ter behandeling van obesitas)	1,63
213538	241916	241920 Heelkundige behandeling van een primaire buikwandhernia (inclusief navelbreuk, epigastrische hernia, Spigheliaanse hernia of lumbale hernia)	0,71
213539	241931	241942 Heelkundige behandeling van een incisionele buikwandhernia (inclusief recidief na behandeling van een primaire buikwandhernia en parastomale hernias)	1,37
213537	241894	241905 Heelkundige behandeling van een bilaterale inguinale, femorale of obturatorhernia	0,91
205246	244554	244565 Radicale behandeling van hemorrhoiden, die resectie, onderbinden van de pediculi en neerhalen van het slijmvlies omvat, ongeacht de aangewende techniek	0,55
204091	241275	241286 Exeresis van uitgebreide vetschort met functionele hinder : Resectie met huidplastiek en transpositie van de navel	1,56
204806	243331	243342 Ingreep wegens darmobstructie (exclusief beklemde hernia)	1,19
204145	244436	244440 Heelkundige resectie van aarsfistel in of boven de sfincter, al dan niet gecombineerd met de behandeling door de tresmethode, in één of meer operatietijden	0,54
205069	240472	240483 Tweezijdige uitruiming van liesganglia en/of van de iliacale streek of van de obturator	2,11
204989	243633	243644 Exploratieve laparotomie	1,48
204703	243235	243246 Segmentaire resectie van de dunne darm	1,92

Door het nemen van de mediaanprijs voor elke prestatie afzonderlijk kan het gebeuren dat de berekende prijs die voor elk van de gerelateerde prestaties uit een ander ziekenhuis wordt betrokken. Er is geen garantie dat de methodologie de verwachte hiërarchie tussen prestaties in kostprijs oplevert.

Om hieraan tegemoet te komen, worden gerelateerde prestaties -na berekening- herbekeken en waar nodig worden correcties toegepast op de prijzen.

5 Validatie OKA

5.1 Validatie basisdata

Voorafgaand aan de opstart van de kostprijsberekening binnen het kader van TFE operatiekwartier vindt een grondige validatie van de onderliggende data plaats. In eerste instantie worden per ziekenhuis de relevante MZG OFE's gevalideerd. Vervolgens worden de kosten per geselecteerde OFE gecontroleerd en, waar nodig, verschuivingen doorgevoerd – onder meer met betrekking tot logistiek assistenten en recovery. Ook de geregistreerde verblijfsduren per MZG OFE worden gevalideerd. In één ziekenhuis blijken de MZG-tijden in hun geheel onbruikbaar, waardoor nieuwe duurtijden worden aangeleverd op basis van interne databronnen. In een ander ziekenhuis zijn de MZG-tijden van het dagziekenhuis niet bruikbaar, waarvoor eveneens vervangende data wordt aangeleverd. Tot slot vindt aanvullende validatie plaats van de berekende duurtijden per prestatie, de standaard personeelsinzet per ingreep, en de af te zoncomponenten zoals OKA-logistiek personeel, perfusie, CSA en PAZA.

5.2 Validatie resultaten

Voor de validatie van deze resultaten worden een aantal analyses gedaan die inzicht geven in de betrouwbaarheid van de kostprijsberekening op niveau van een prestatie, een OFE of een ziekenhuis. In tweede instantie wordt op basis hiervan een betrouwbaarheidsindicatie per prestatie bepaald (zie 5.2.2).

Er is overlap tussen prestaties die in onderstaande analyses een indicatie krijgen van 'lagere betrouwbaarheid'. Afhankelijk van het aantal indicaties krijgt de prestaties in punt 5.2.2 het label 'middelmattig' (1 indicatie) of 'zwak' (> 1 indicatie).

5.2.1 Analyses

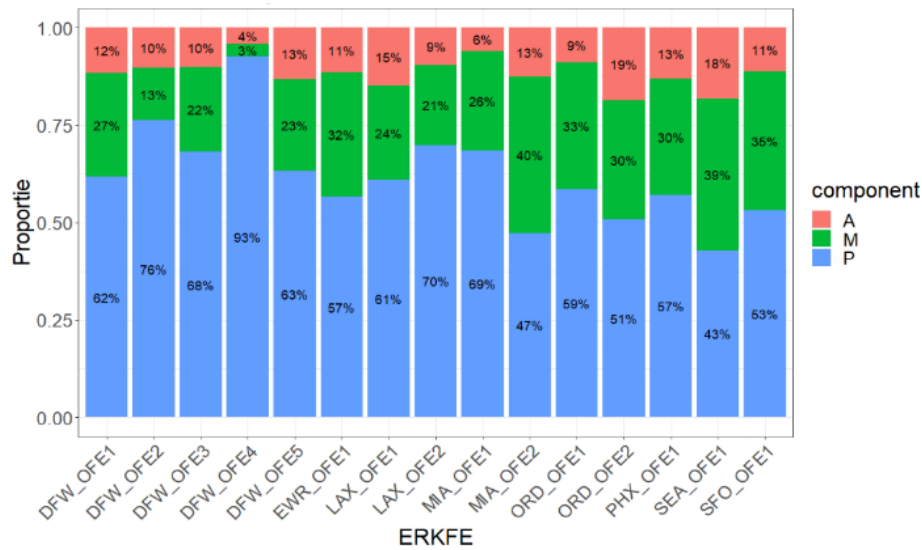
5.2.1.1 PMA kosten in de boekhouding

In deze analyse worden verschillen in personeel-, materiaal- en apparatuur (PMA) tussen de verschillende OFE's/ziekenhuizen onderzocht.

Het doel is om na te gaan in welke mate boekhoudkundige PMA-verschillen tussen ziekenhuizen verklaarbaar zijn op basis van legitieme factoren, zoals verschillen in case-mix, operationele organisatie of andere contextuele elementen. Daarnaast wordt onderzocht of er sprake is van systematische over- of onderschattingen in de boekhoudkundige registratie van PMA-kosten die een invloed kunnen uitoefenen op het eindresultaat van de kostprijsberekening.

Verhouding tussen personeel, materiaal en apparatuur

Figuur 3: aandeel PMA kost in de boekhouding per ziekenhuis/OFE



Voor het totaal van de geïncludeerde OFE's bedraagt het aandeel personeelskosten 54%, materiaalkosten 33% en apparatuurkosten 13%.

OFE4 van ziekenhuis DFW heeft een afwijkende procentuele PMA-verdeling. Het percentage materiaal lijkt abnormaal laag in vergelijking met andere OFE's. Bij OFE2 van ziekenhuis MIA en OFE1 van ziekenhuis SEA lijken de materiaalkosten eerder hoog. Verder (zie "Materiaalkost per uitvoering") zal blijken dat dit invloed heeft op de betrouwbaarheidsindicatie die aan de prestatie wordt gegeven.

Personeelskost per minuut

Tabel 11: personeel per minuut

ERK	OFE	FE_AANTAL	FE_P_PERMIN	FE_P_PERMIN_ALT
DFW	OFE1	7456	1,1	1,1
DFW	OFE2	4295	1,0	1,0
DFW	OFE3	13517	0,9	0,9
DFW	OFE4	4984	1,3	1,3
DFW	OFE5	25602	1,0	1,0
ORD	OFE1	8281	1,5	1,5
ORD	OFE2	24492	0,7	0,7
LAX	OFE1	28140	0,8	1,3
LAX	OFE2	22554	0,6	1,0
PHX	OFE1	19362	1,4	1,4
MIA	OFE1	27872	1,5	1,5
MIA	OFE2	31765	1,5	1,5
SEA	OFE1	54947	0,9	1,1
EWB	OFE1	20308	1,6	1,6
SFO	OFE1	9412	1,5	1,5
GEMIDDELDE			1,2	1,2
MIDIAAN			1,1	1,3
MAXMIN			2,5	2,4

P_PERMIN geeft de personeelskost per minuut, uitgaande van de standaard personeelsinzet (2 tot 3 verpleegkundigen, zoals aangegeven door betrokken ziekenhuis)

P_PERMIN_ALT geeft de personeelskost per minuut, uitgaande van dezelfde standaard personeelsinzet (2 verpleegkundigen) voor alle ziekenhuizen.

Op basis van bovenstaande Tabel 11 mogen de personeelskosten in de ziekenhuizen als betrouwbaar beschouwd worden. Een factor 2,4/2,5 verschil tussen de ziekenhuizen wordt aanvaardbaar geacht omwille van de verschillende operationele werking tussen de ziekenhuizen.

Materiaalkost per uitvoering

Tabel 12: materiaal per uitvoering

ERK	OFE	FE_AANTAL	MATWEIGHT	FE_M_PEREXEC
DFW	OFE1	7456	121,9	112,8
DFW	OFE2	4295	54,3	22,4
DFW	OFE3	13517	87,7	49,6
DFW	OFE4	4984	58,9	5,1
DFW	OFE5	25602	101,8	69,4
ORD	OFE1	8281	146,8	197,5
ORD	OFE2	24492	74,9	56,3
LAX	OFE1	28140	84,2	70,6
LAX	OFE2	22554	63,9	31,2
PHX	OFE1	19362	124,7	174,3
MIA	OFE1	27872	52,2	67,1
MIA	OFE2	31765	186,7	407,6
SEA	OFE1	54947	91,8	150,5
EWR	OFE1	20308	121,6	147,5
SFO	OFE1	9412	97,9	182,1
GEMIDDELDE			97,9	116,3
MEDIAAN			94,9	91,7
MAXMIN			3,6	79,7

De kolom MATWEIGHT geeft het 'theoretisch' materiaalgewicht per uitvoering o.b.v. de gezamenlijke studie tussen drie deelnemende ziekenhuizen (zie 3.2.3 Materiaalgewicht).

De kolom M_PEREXEC geeft het materiaalgewicht per uitvoering o.b.v. de boekhouding van de verschillende ziekenhuizen.

Het verschil tussen de OKA's in de ziekenhuizen in de MATWEIGHT kolom in de Tabel 12 hierboven wordt allicht vooral verklaard door een verschil in *case mix* tussen de OKA's. Afhankelijk van het aantal materiaalintensieve prestaties op zo'n OKA zal dat gewicht variëren. Tegelijkertijd dient te worden opgemerkt dat materiaalgewichten bepaald zijn o.b.v. gegevens van drie deelnemende ziekenhuizen en dat er dus op OKA's van andere ziekenhuizen prestaties worden uitgevoerd die een gewicht toebedeeld moesten worden o.b.v. van een correlatie met de nomenclatuurwaarde van V0. De FE_M_PEREXEC kolom geeft dan weer aan hoeveel materiaalkost per prestatie wordt verdeeld. De ratio's tussen beide kolommen is hier belangrijk. Een hogere FE_M_PEREXEC kan te maken hebben met het gebruik van duurder materiaal maar evenzeer speelt de *case mix* hier een rol (materiaalintensievere prestaties). In een finale kostprijsberekening worden deze effecten voldoende uitgemiddeld waardoor de uiteindelijke materiaalkost toch een realistisch beeld geacht wordt te geven.

Uit deze analyse blijkt nogmaals (zie supra – Figuur 3: aandeel PMA kost in de boekhouding per ziekenhuis/OFE) dat OFE4 van ziekenhuis DFW een onwaarschijnlijk lage materiaalkost lijkt te hebben. OFE2 van ziekenhuis MIA lijkt dan weer een hoge materiaalkost te hebben.

Na afstemming met de ziekenhuizen wordt beslist de materiaalkost van DFW als minder betrouwbaar te labelen (zie 6.2.2 OKA betrouwbaarheidsindicatie). De materiaalkosten van MIA en SEA zijn correct en worden als betrouwbaar beschouwd. Indien de materiaalkost van minder betrouwbare ziekenhuizen

sterk doorweegt in de finale eenheidskost van een bepaalde prestatie, wordt aan deze prestatie een lage betrouwbaarheid gegeven (zie infra).

Apparatuurkost per uitvoering

Tabel 13: apparatuur per uitvoering

ERK	OFE	FE_AANTAL	APPWEIGHT	FE_A_PEREXEC
DFW	OFE1	7456	221,2	49,1
DFW	OFE2	4295	75,6	17,1
DFW	OFE3	13517	149,4	23,2
DFW	OFE4	4984	68,8	6,7
DFW	OFE5	25602	142,9	39,1
ORD	OFE1	8281	279,8	54,1
ORD	OFE2	24492	95,8	34,6
LAX	OFE1	28140	161,6	43,1
LAX	OFE2	22554	96,3	14,3
PHX	OFE1	19362	185,5	76,7
MIA	OFE1	27872	91,6	15,6
MIA	OFE2	31765	250,0	127,9
SEA	OFE1	54947	140,5	69,8
EWR	OFE1	20308	165,1	52,8
SFO	OFE1	9412	157,7	58,1
GEMIDDELDE			152,1	45,5
MEDIJAAN			150,8	44,3
MAXMIN			4,1	19,0

De kolom APPWEIGHT geeft het 'theoretische' apparatuurgewicht per uitvoering o.b.v. de apparatuurtoewijzing binnen één ziekenhuis (zie 3.2.4 Apparatuurgewicht).

De kolom A_PEREXEC geeft het apparatuurgewicht per uitvoering o.b.v. de boekhouding van de verschillende ziekenhuizen.

Bovenstaande Tabel 13 toont dat alle OFE's een lagere apparatuurkost hebben dan verwacht zou worden o.b.v. de theoretische apparatuurgewichten.

Voor het ziekenhuis dat betrokken was bij de uitwerking van de apparatuurgewichten wordt, als controle, eveneens de vergelijking gemaakt tussen de kosten in de boekhouding en de 'theoretische kosten' (= listprijs/5jaar). Deze vergelijking toont dat slechts 20 tot 50% van de theoretische kosten als afschrijving (en onderhoudskost) in de boekhouding landen (zie Tabel 14). De belangrijkste reden is hier allicht dat de boekhoudkundige afschrijvingsduur korter is dan de reële levensduur.

Tabel 14: verschil apparatuurkosten in de boekhouding versus listprijs

OFE	Boekhouding	Listprijs	%
OFE1	€435.506	€2.207.017	20%
OFE2	€4.061.696	€7.996.001	51%

In de finale kostenberekening voor apparatuur zal er dus een onderschatting zijn van de apparatuur component ten gevolge van de boekhoudkundige afschrijvingspraktijk.

5.2.1.2 Belangrijkste verdeelsleutel: duurtijd

De duurtijd van de ingreep is de belangrijkste verdeelsleutel die gebruikt wordt voor de versleuteling van de boekhoudkundige kosten voor OKA. Er wordt gepoogd om op basis van enerzijds een

statistische en anderzijds een klinische analyse inzicht te verwerven in prestaties waarbij er grote verschillen zijn in duurtijd tussen ziekenhuizen. Een groot verschil in duurtijd kan resulteren in een minder betrouwbare kostprijsberekening.

Statistische analyse

In deze analyse wordt bekeken:

1. per OFE: hoeveel prestaties in een uitgesproken ander percentielsegment gepositioneerd worden in verschillende OFE's (percentielverschil > 50)

Per OFE wordt voor elke prestatie het percentiel berekend van de duurtijd. Een laag percentiel voor een bepaalde prestatie binnen een OFE betekent dus dat de meeste prestaties binnen die OFE een hogere duurtijd hebben.

Wanneer een prestatie in een OFE in een uitgesproken ander percentiel voorkomt (percentielverschil > 50) ten opzichte van de andere OFE's (meer dan 1/3 van het totaal aantal OFE's) is dit mogelijk een indicatie van een verkeerde inschatting van de duurtijd in een bepaalde OFE. Deze OFE zal voor de betreffende prestatie in punt 5.2.2 een lagere betrouwbaarheidsindicatie krijgen indien het aantal uitvoeringen > 9 en indien ze een belangrijke invloed heeft op de finale personeels-, materiaal of apparatuurkosten van de prestatie.

⇒ 43 prestaties krijgen de indicatie 'minder betrouwbaar'

De indicatie 'minder betrouwbaar' die op bovenstaande manier wordt toegevoegd aan de gegevens dient als indicatie en betekent geenszins dat de duurtijd ook daadwerkelijk fout is. Een andere situering in duurtijdpercentiel kan bijvoorbeeld ook te wijten zijn aan de mix van prestaties op een OFE. Het kan eveneens op een verschil in praktijk duiden.

2. per econodatID: in welke OFE de prestatie de minimum of maximum duurtijd kreeg.

Voor prestaties waarbij er in punt 1 een indicatie van 'minder betrouwbaar' was voor één van de OFE's, wordt er gekeken welke OFE de minimum en maximum duurtijd levert. Indien dit dezelfde OFE is en indien deze maximum (of minimum) duurtijd verder van de mediaan blijkt te liggen dan de minimum (of maximum) duurtijd voor deze prestatie, krijgt de prestatie op de OFE met de maximum (of minimum) duurtijd een extra indicatie 'minder betrouwbaar'.

Indien een prestatie/OFE in deze analyse eveneens een indicatie 'minder betrouwbaar' krijgt, is dit een extra argument om de duurtijd voor die prestatie in die OFE als onbetrouwbaar te beschouwen. Dit wil namelijk zeggen dat de duurtijd én sterk afwijkt t.o.v. de duurtijd in andere OFE's én de OFE de minimum of maximum duurtijd voor die prestatie levert waardoor de duurtijd met grote waarschijnlijkheid verkeerd wordt ingeschat door de betreffende OFE.

⇒ Van de 43 prestaties uit punt 1 krijgen 20 prestaties deze bijkomende indicatie.

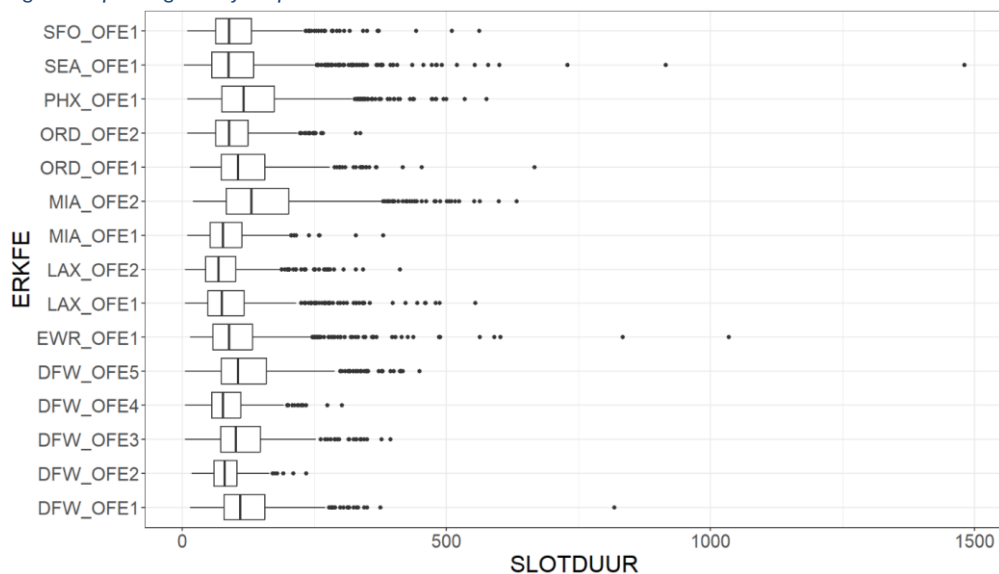
Klinische analyse

Er wordt klinisch beoordeeld of er prestaties zijn met een onlogisch lange (of korte) duurtijd. Hierbij wordt ingezoomd op de ‘outlier’ prestaties (n = 233) en op ‘aanvullende/bijkomende’ prestaties (n = 39).

Een manier om outliers af te bakenen is door na te gaan of de duurtijd buiten de volgende grenzen valt: groter dan $Q75 + (1.5 \times IQR)$ of kleiner dan $Q25 - (1.5 \times IQR)$, met IQR = interkwartielafstand. Figuur toont de spreiding in duurtijden per OFE.

⇒ Van de 233 outlier prestaties worden er 64 prestaties gelabeld als ‘onlogisch’.

Figuur 4: spreiding duurtijden per OFE



Een prestatie wordt als mogelijke aanvullende/bijkomende handeling geselecteerd als een bepaalde term in de omschrijving van de prestatie voorkomt (“aanvullend”, “bijkomend”, “sup(p)lement” of “geassocieerd”). Daarnaast worden econodatID’s ‘207069’, ‘201750’ en ‘203976’ onder de loep genomen, die in de loop van het project gekenmerkt zijn als mogelijk aanvullende handelingen. Er wordt op basis van nomenclatuur en klinische inschatting nagegaan of het inderdaad een aanvullende handeling betreft en of de duurtijd in het verhouding staat tot de hoofdingreep en/of de duurtijd wanneer dezelfde handeling ook als solitaire procedure uitgevoerd wordt.

⇒ Van de 39 aanvullende/bijkomende prestaties worden er 25 gelabeld als ‘onlogisch’.

5.2.1.3 Prestatiegerelateerde materiaal honoraria

De inventarisatie van materialen die vergoed worden door een materiaalhonorarium gekoppeld aan TMCP is complex. Hierdoor zijn mogelijk niet alle kosten van materialen met specifieke financiering geëxcludeerd of niet alle niet-gefinancierde materialen geïncludeerd. Om die reden wordt de berekende materiaalkost voor deze prestaties nauwer geanalyseerd.

Deze prestaties krijgen een indicatie ‘minder betrouwbaar’ omwille van deze complexiteit tenzij de prestatie voldoet aan één (of meerdere) van volgende voorwaarden:

- 1) De totale materiaalkost bedraagt maximum €100. Dit wordt beschouwd als een realistische algemene materiaalkost voor de betrokken soort ingrepen in een operatiekwartier, niet gedekt door prestatiegebonden materiaalhonoraaria (steriele schorten, afdeklakens, compressen, enz.)
- 2) Er bestaat enkel een materiaalhonoraarium voor uitvoering van de prestatie via endoscopische weg en de berekende materiaalkost is lager dan dit materiaalhonoraarium. Er bestaat voor deze prestaties dus geen materiaalhonoraarium dat de materiaalkosten dekt voor uitvoering via open chirurgie.
- 3) De materiaalkost per minuut duurtijd bedraagt maximum €1. Dit wordt beschouwd als een realistische algemene materiaalkost voor een ingreep in een operatiekwartier, niet gedekt door het prestatiegebonden materiaalhonoraarium
- 4) Op basis van de materiaalkost per aanwezigheid in één ziekenhuis, dat heeft meegewerkt aan het project materiaalkosten-registratie, blijkt dat de berekende materiaalkost realistisch is. Deze analyse wordt uitgevoerd voor de prestaties met een berekende materiaalkost van meer dan €600.
- 5) Het materiaalhonoraarium is zéér laag is en dekt inhoudelijk slechts een beperkt gedeelte van de benodigde materialen.

⇒ 102 prestaties krijgen een verminderde betrouwbaarheidsindicatie.

5.2.2 OKA betrouwbaarheidsindicatie

Op basis van de hierboven besproken analyses wordt per prestatie één geaggregeerde betrouwbaarheidsindicatie toegekend: hoog, middelmatig of zwak. Aan identieke en coherente prestaties wordt geen indicatie toegekend omdat de finale eenheidskost manueel wordt gevalideerd (zie 5.2.3 Prestatie logica).

Wanneer er één indicatie is voor twijfel met betrekking tot de betrouwbaarheid, leidt dit tot het label 'middelmatig' (n = 56). Bij twee of meer aanwijzingen wordt dit 'zwak' (n = 213). In dat geval is het aan te bevelen de resultaten van deze prestaties met de nodige omzichtigheid te behandelen.

5.2.3 Prestatie logica

5.2.3.1 Identieke prestaties (doublons)

Binnen de nomenclatuur zijn er prestaties die, ondanks een verschillend econodatID, exact dezelfde omschrijving hebben (bv. uitgevoerd door verschillende disciplines). Dergelijke prestaties kunnen voorkomen binnen hetzelfde artikelnummer (vb. binnen andere subartikel i.f.v. 'connexisten'), maar ook over verschillende artikelnummers heen. Deze prestaties worden beschouwd als identieke of 'doublon'-prestaties. Door de gehanteerde methodologie kan het echter voor komen dat aan deze identieke prestaties verschillende eenheidskosten worden toegekend.

Om tot een unieke prijs te komen, worden de P-M-A-kosten van beide prestaties geanalyseerd en onderling vergeleken. Wanneer de componenten van beide prestaties consistente en aanvaardbare resultaten opleveren, wordt ervoor gekozen het gewogen gemiddelde van de eenheidskosten per component toe te passen. Op deze manier weerspiegelt de uiteindelijke prijs beide prestaties op evenwichtige wijze.

In sommige gevallen blijkt één van de twee prestaties echter niet representatief. Dit doet zich bijvoorbeeld voor wanneer een prestatie door de *pool* in lage aantallen wordt uitgevoerd, wanneer een onrealistische duurtijd wordt toegekend, of wanneer er een grote spreiding is in de eenheidskosten

van de componenten tussen ziekenhuizen. In dergelijke gevallen wordt ervoor geopteerd om de eenheidskost van de meest representatieve prestatie als referentie te gebruiken.

5.2.3.2 Coherente prestaties

Naast identieke prestaties bestaan er ook nomenclatuurprestaties die inhoudelijk sterk op elkaar lijken en waarbij onderlinge coherentie noodzakelijk is. Een eerste voorbeeld betreft prestaties die met of zonder een bijkomende handeling worden uitgevoerd. Daarnaast zijn er prestaties die identiek zijn qua handeling, maar via een alternatieve of meer complexe toegangsweg verlopen. Verder zijn er prestaties die zowel als hoofdbewerking als aanvullende bewerking kunnen worden uitgevoerd. Ten slotte zijn er prestaties met eenzelfde omschrijving die gradueel oplopen in intensiteit of omvang (bijvoorbeeld: één pees, twee pezen, drie pezen).

In al deze gevallen wordt gekozen om de samenhang tussen prestaties correct te weerspiegelen in hun eenheidskosten. De toegewezen kosten moeten coherent zijn met de klinische logica en de variaties tussen de prestaties proportioneel en consistent weergeven, zijnde:

- Kost van de prestatie zonder bijkomende behandeling moet lager zijn dan met bijkomende behandeling
- Kost van de prestatie met de moeilijke toegangsweg moet hoger zijn dan met de meer eenvoudige toegangsweg
- Kost van de prestatie als hoofdbewerking mag niet lager zijn dan van dezelfde prestatie als aanvullende bewerking
- Kost van de prestatie met n bewerkingen dient hoger te zijn dan de kost van dezelfde prestatie met n - x bewerkingen

6 Aandachtspunten

Tot slot worden een aantal aandachtspunten meegegeven, die van belang zijn bij de interpretatie van de resultaten, en waarmee, bij voorkeur, rekening wordt gehouden in de vervolgfase(n) van het nomenclatuurproject.

6.1 Anesthesie en medische beeldvorming

De kosten van anesthesie en medische beeldvorming op de onderzochte OFE's worden via de standaard verdeelsleutels toegewezen aan alle bestudeerde TMCP. In de realiteit is er bij de meerderheid sprake van een vorm van anesthesie. Anesthesie en medische beeldvorming zijn functioneel onderdeel van een hoofdbewerking.

6.2 Duurtijdbepaling prestaties

MZG registreert duurtijden van aanwezigheden op OKA-eenheden. Door koppeling van die aanwezigheden met facturatiegegevens van de ziekenhuizen worden duurtijden afgeleid voor prestaties. De koppeling met facturatie valt niet voor elk ziekenhuis even makkelijk te maken (ontbrekende aanwezigheden zijn in beide richtingen mogelijk - niet alle patiënten moeten worden geregistreerd). Wanneer meerdere prestaties samen voorkomen en één van die prestaties geen enkele keer solo kan worden gekoppeld met een MZG-registratie, kan geen eenduidige duurtijd worden afgeleid. Dan wordt gevraagd aan de ziekenhuizen de duurtijd van die prestatie normatief in te schatten. Dit gebeurt door experts, ondersteund met informatie van duurtijden uit andere ziekenhuizen – maar het levert een mix op van uit systemen verkregen tijdsduren en normatieve tijdsinschattingen.

Het model laat dus per prestatie een verschil in duurtijd toe over de ziekenhuizen heen. Het laat ook verschillen in duurtijd toe tussen ogenschijnlijk *identieke* prestaties. De duurtijd heeft een belangrijke impact op de toegekende kost (personeel en apparatuur) - het is dus belangrijk zich hiervan bewust te zijn, maar variatie in snelheid is nu eenmaal een klinische realiteit.

6.3 Personeelsinzet

In deze methodologie wordt een gemiddelde personeelsinzet op OKA per ziekenhuis gehanteerd. Er is dus weinig differentiatie op het vlak van personeelstoewijzing binnen de OKA's van eenzelfde ziekenhuis. De duurtijd van de prestatie bepaalt eigenlijk de kost die de prestatie zal toebeeld krijgen. Zeker wanneer een ziekenhuis meerdere OKA-eenheden heeft (al dan niet over meerdere campussen gespreid) kan de operationele eigenheid van elk OKA danig verschillen (*case-mix* of discipline-gebonden OKA's) waardoor verfijning van personeelsinzet per OKA-eenheid alvast een mogelijke verfijning voor het model zou kunnen betekenen. In elk geval wordt steeds enkel de totale kost van het betrokken OKA-personeel verdeeld over alle prestaties. De totale kosten worden dus nooit overschat; enkel het aandeel van elke prestatie in de totale kosten zou wijzigen in geval van "fijnere verdeelsleutels". Een verdere doorgedreven verfijning zou kunnen zijn de personeelsinzet te bepalen op prestatieniveau. De vraag bij dit laatste is in hoeverre dit zou verzoenbaar zijn met de manier waarop personeel in de realiteit wordt ingepland in een OKA.

6.4 Materiaal/Apparatuur

Zowel voor apparatuur als voor materiaal wordt een gewicht per prestatie berekend binnen de methodologie. Dit gebeurt voor beide kostensoortgroepen op basis van voorhanden zijnde gegevens uit 2022. Voor apparatuur is uiteindelijk slechts in één ziekenhuis voldoende data gevonden om dit gewicht te bepalen. Voor materiaal zijn drie ziekenhuizen in staat gebleken geregistreerde kosten aan te leveren. Dat betekent dat ook enkel gewichten kunnen worden bepaald voor prestaties die in die ziekenhuizen worden uitgevoerd. Prestaties die geen berekend gewicht kregen voor apparatuur en materiaal, worden op een andere manier van een gewicht voorzien. Dit gebeurt in het model door (lineaire) interpolatie met een aan de prestatie gerelateerde parameter (duurtijd voor apparatuur, het huidig nomenclatuurbedrag voor materiaal). Een vollediger set van gegevens (meer ziekenhuisdata) om gewichten te berekenen zou de kostentoe wijzing nog fijner maken.

Materiaal wordt vaak via honoraria vergoed. Dit bemoeilijkt de manier van kostentoe wijzing. Het is ook niet zo dat een materiaal altijd via dat honorarium wordt vergoed, soms hangt dit ook af van het type patiënt. De materiaalkost wordt op boekhoudkundig vlak zo goed mogelijk uitgezuiverd, maar de gehanteerde kostensoorten laten dit ook niet overall/niet perfect toe. Ook voor de bepaling van de gewichten gebeurt dit, maar de rol van contextfactoren (patiëntspecifiek) maken een exacte kostenbepaling nagenoeg onmogelijk.

Apparatuurgewichten worden dus bepaald op basis van gegevens van slechts één ziekenhuis. Om een differentiatie toe laten in spreiding van apparatuurkosten worden de ziekenhuizen gevraagd om indien mogelijk aan te geven of de apparatuurkost desgevallend op niveau van discipline kan worden verdeeld zodat disciplines die meer/duurdere apparatuur verkiezen een groter deel van de kost zouden worden toegekend. Ook deze verdeling kan slechts door enkele ziekenhuizen worden aangeleverd maar ze laat alvast toe om de kostenverdeling niet enkel van de gewichten per prestatie te laten afhangen.

Daarnaast, ook m.b.t. apparatuur, is het niet vanzelfsprekend dat het apparatuurpark van het ziekenhuis op basis waarvan de gewichten zijn bepaald, vergelijkbaar is met de apparatuur voorhanden in andere

ziekenhuizen. Gebruikte apparatuur wijzigt ook snel, afhankelijk van de evolutie van de medische praktijk. Sommige ziekenhuizen namen daarin eerder een voortrekkersrol op, anderen een volgende. Die verschillen worden nu mogelijk te weinig uitgemiddeld omdat de apparatuurgewichten slechts op basis van één ziekenhuis worden bepaald. Bovendien wordt het risico gesignaleerd dat de apparatuurkosten wellicht zijn onderschat, doordat (louter) met de boekhoudkundige kosten wordt gewerkt

6.5 Robot / Perfusie

Voor perfusie en robot worden de basisgewichten op basis van één ziekenhuis bepaald. Terwijl zowel robotchirurgie als perfusieprestaties allicht niet in elk ziekenhuis even prevalent zijn als in het ziekenhuis dat de gegevens voor gewichtbepaling aanlevert.

Er is verschil in omvang van kosten voor zowel perfusie als robot voor 2019 voor de deelnemende ziekenhuizen. Prestaties die door het referentieziekenhuis worden geïdentificeerd komen in de andere ziekenhuizen misschien niet voor in combinatie met perfusie of robot. Ook omgekeerd kunnen in andere ziekenhuizen prestaties voorkomen die perfusie- of robotkosten rechtvaardigen maar die niet in de set van het referentieziekenhuis zitten. Een grotere basisset met gegevens van meerdere ziekenhuizen voor gewichtsbepaling zou ook hier een verbetering voor de kostenverdeling kunnen betekenen.

De perfusiekosten worden opgenomen in de gerapporteerde directe praktijkkost per prestatie. De robotkosten worden daar niet in opgenomen. Voor de volledigheid wordt de procentuele meerkost in dit rapport afzonderlijk bijgevoegd (zie Tabel 17).

6.6 (Centrale) Sterilisatie

Centrale sterilisatie gebeurt veelal op een daartoe gespecialiseerde eenheid in het ziekenhuis. Die eenheid steriliseert materiaal voor OKA en andere afdelingen binnen het ziekenhuis (afhankelijk van de ziekenhuiswerking). De kosten voor sterilisatie worden afzonderlijk geboekt (of afgezonderd door de ziekenhuizen ten behoeve van dit project). Slechts één deelnemend ziekenhuis beschikt over sterilisatiegegevens op aanwezigheidsniveau in het operatiekwartier en dit voor slechts een deel van de aanwezigheden. Een gedetailleerde kosttoewijzing aan prestaties is bijgevolg niet evident.

Deze kosten worden in deze studie niet verdeeld over de OKA-prestaties. Ze zijn dus niet opgenomen in de gerapporteerde eenheidskosten (na overleg, conform met de rapportering door het ULB-team).

6.7 PAZA

Kosten van bij de OKA horende *recovery* worden door de ziekenhuizen afgezonderd in de boekhouding. Ze worden wel opgenomen in de kostprijsberekening van de prestaties op OKA. Het is wel zo dat de boekhoudkundige kost van PAZA niet volledig wordt meegerekend. Nazicht van de MZG-gegevens (tijdsregistraties) leerde dat sommige patiënten langer dan 8u op PAZA verbleven. Dit wordt in het kader van het onderzoek beschouwd als oneigenlijk gebruik van de PAZA. De kost van de PAZA voor het “te lange” deel van die verblijven wordt niet meegenomen in de eenheidskostberekening per prestatie.

6.8 Beperkingen nomenclatuur

De V0 nomenclatuur maakt geen onderscheid in de **locatie** waarin een prestatie wordt uitgevoerd. In een OKA-setting zijn de kosten nochtans sterk verschillend dan bv. in een ruimte voor zogenaamde kabinetchirurgie. De apparatuur in het OKA zal -ook al wordt ze niet gebruikt - niet kunnen worden gebruikt voor andere prestaties voor de duurtijd van de prestatie in kwestie. De kost van de ongebruikte apparatuur weegt zo impliciet door in de kostprijs van de prestatie in een OKA-setting. Deze studie rapporteert de prijzen van prestaties al naargelang de GAC waarin de prestatie wordt onderverdeeld (GAC is een groepering bepaald door het ULB-team). Als een prestatie in een van de GAC_BLOC_OP_* is opgenomen, zal haar eenheidskost vanuit OKA-context worden doorgegeven. Vb. econodatID 203654, neussynechiaoperatie, wordt opgenomen in GAC_BLOC_OP_ORL, of econodatID 204429, entropium of ectropium : (heelkundige behandeling), wordt opgenomen in GAC_BLOC_OP_OPHT. Deze prestaties zullen enkel een kostprijs krijgen via kostprijsberekening in het operatiekwartier (en niet via kostprijsberekeningen op andere OFE's).

Er zijn prestaties die **nooit alleen** voorkomen, die nooit alleen worden gefactureerd. Dat stelt problemen voor een goede duurtijdbepaling (zie ook eerder). Daarvoor is een normatieve inschatting door het ziekenhuis nodig. Maar dan nog stelt zich de vraag welke tijd een dergelijke prestatie moet krijgen want uiteindelijk bepaalt die tijd de verdeling van de kosten naar die prestaties. Ze hoeft ook niet altijd met dezelfde prestatie voor te komen dus dan blijft de vraag welke duurtijd eraan kan worden toegekend. In principe zou de gekozen duurtijd niet hoger mogen liggen dan die van de prestatie waarbij ze voorkomt. In het model wordt echter slechts 1 duurtijd per prestatie (per ziekenhuis) toegekend. Afhankelijk van de prestatie waarmee ze samen gebeurt, weerspiegelt dit niet de realiteit. De vraag stelt zich of dergelijke prestaties niet beter uit de berekening worden gelicht en apart normatief worden ingeschat. Zodat enkel de *hoofd*prestatie waar ze bij wordt uitgevoerd een kostberekening krijgt. Maar dat houdt ook in dat de te verdelen boekhoudkundige kost hiervoor moet worden verminderd, wat geen evidente opdracht is. Deze verfijning van kostenverdeling is verder te onderzoeken. Een voorbeeld hiervan is econodatID 203612, binoculaire biomicroscopie van het voorste segment met protocol of iconografie. Deze prestatie komt nooit alleen voor. Deze prestatie wordt meestal uitgevoerd bij prestaties, zoals: econodatID 204785 onrechtstreekse binoculaire oftalmoscopie met of zonder sclerale insnijding of econodatID 204390 dynamometrie en/of tonometrie (Schiötz en/of aplanatietonometer). Een ander voorbeeld is econodatID 214068 peroperatieve computergeassisteerde navigatie, met inbegrip van computergeassisteerde preoperatieve planning en het wegwerpmateriaal (markers), dat nooit alleen wordt uitgevoerd en meestal wordt uitgevoerd samen met econodatID 203455 heelkundige bewerking langs trepanatielukkig wegens supratentoriële intracraniale expansieve processus.

Het komt ook voor dat **“identieke” prestaties** (*doublons – dezelfde prestatie, ander nomenclatuurnummer*) een andere duurtijd krijgen toegewezen. Dit hoeft echter geen fout te zijn, het kan een gevolg zijn van een andere klinische praktijk (een verschil in de uitvoering tussen medische disciplines). Alhoewel deze “identieke” prestaties niet dezelfde duurtijd hebben gekregen in de kostprijsberekening, is in samenspraak met het ULB-team beslist om toch dezelfde kost toe te kennen aan dergelijk soort prestaties in het operatiekwartier. In vervolganalyses dient uitgeklaard te worden of dit effectief gaat om identieke prestaties of niet. Voorbeeld: econodatID's 212388 (artikel 14c - Plastische heelkunde) en 212402 (artikel 14i - Otorhinolaryngologie) Subperichondrale correctie van het neustussenschot.

In deze methodologie van kostenberekening per prestatie wordt elke prestatie onafhankelijk van de andere behandeld. Er bestaan evenwel **relaties** tussen prestaties, **gradaties** van behandelingen of **combinaties**. Een voorbeeld is het trio prestaties “Peetransplantaties aan de onderarm of de hand ... (214357, 214356, 214355)”. Er kan logischerwijs worden verondersteld dat de berekende kostprijs zou moeten toenemen met het aantal getransplanteerde pezen. Om verschillende redenen (complexiteit, prevalentie, etc.) kan het zijn dat de gerelateerde prestaties in meer of mindere mate in de deelnemende ziekenhuizen worden uitgevoerd. De kostenstructuur en de *case mix* binnen de verschillende ziekenhuizen verschilt. Door het nemen van de mediaanprijs voor elke prestatie afzonderlijk kan het gebeuren dat de berekende prijs voor elk van de gerelateerde prestaties uit een ander ziekenhuis wordt betrokken. Er is geen garantie dat de methodologie de verwachte hiërarchie tussen prestaties in kostprijs oplevert. Om hieraan tegemoet te komen, worden gerelateerde prestaties -na berekening- herbekeken en waar nodig worden correcties toegepast op de prijzen. Deze relaties tussen prestaties zijn echter niet altijd vanzelfsprekend te identificeren en ze zijn niet gedocumenteerd in de nomenclatuur. Het strekt tot aanbeveling om dergelijke relaties duidelijker aan te geven in een nieuwe versie van de nomenclatuur.

7 Bijlagen

Tabel 15: prestaties 'Niet weerhouden OKA' met laag aantal uitvoeringen

ECONODAT_ID	AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	ARTIKEL
202011	355353	355364	PUNCTIE VAN DOUGLASHOLTE OF V. PARAMETRI	11
202768	473476	473480	COAGUL.INFRARODE STR.OF FOTOCOAGUL.	11
202930	355375	355386	BLAASPUNCTIE	11
213474	355213	355224	CILINDERBIOPS.BORSTKLIER HISTOLONDERZ.	11
202932	220216	220220	EXERESIS VAN ANTHRAX	14a
203312	221130	221141	TANG.EXC.VERBR.H.M.BEDEK.DERMO-EPIDERM.2	14a
204019	244215	244226	AARSCERCLAGE WEG.RECTUMPROLAPS	14d
205636	241430	241441	TOT.GASTR.M.HEMIPANCREATECT.LI/SEGM.COL.	14d
205021	227172	227183	THORACOPLASTIEK BIJK.OPERATIETIJD	14e
205523	227194	227205	PLEUROPNEUMONECT.WEG.CHR.PLEURITIS	14e
203495	431594	431605	LAPAROT.WEG.TUBAIRE ZWANGERSCHAP Z BLOED	14g
205177	245092	245103	HEELKUNDIG WEGNEMEN VAN TRAANZAK	14h
205309	246794	246805	INTRA OCULVR.LICH.N-MAGNET.ACHT.SEGMENT	14h
201856	256292	256303	CATETERISME/DILATATIE STENONKANAAL	14i
201882	257692	257703	ELEKTROGLOTTOGRAM	14i
202091	257714	257725	SONOGRAM	14i
203385	258613	258624	HERSENPOTENTIALEN AUDITIEVE STIM.PASGEB.	14i
203386	255076	255080	GEDRAGSAUDIOM.+VERSLM.EXPLORATIE 3 FREQ	14i
212016	254973	254984	SUPPL.VOC.AUDIO.SAMEN TONALE AUDIOMETRIE	14i
203622	289192	289203	ARTHROISIS HEUP EXTRACAPSULARTHROPL.	14k
203969	296155	296166	REP.RECIVERENDE LUX.SCHOUDER Z ANESTH.	14k
204144	291255	291266	TOT.PATELLECTOMIE	14k
204303	285176	285180	VERVANGEN HANDWORTELBEEN DR PROTH.	14k
204436	292670	292681	HLK.BEH.PSEUDOARTROSEN I TEEN	14k
204687	284955	284966	VERWIJDEREN SYNOSTOSE VAN ONDERARM	14k
204856	298491	298502	FRACTUUR VAN VOETWORTEL VOORAAN	14k
204859	283533	283544	OSTEOTOMIE CLAVICULA ONGEACHT TYPE/NIV.	14k
205081	281573	281584	VERT.ARTHROD.ACHTER+INGEKEEPT ENT	14k
205119	293731	293742	GECOMB.SECTIE VD HEUPSPIEREN	14k
214237	277712	277723	VERW.ARTICULPROTHESE THV ENKEL	14k
214384	279075	279086	BLOED.BEH.AANGEBOREN HEUPLUXATIE KIND	14k
214399	276754	276765	ARTHROPLASTIE ENKEL/ACHTERVOET	14k
214420	277012	277023	HLK.BEH.PSEUDOARTROSEN: I B.VOORVOET	14k
207220	312815	312826	RESECT.I LINEA MYLOHYOID.ATROF.EDENT.O/K	14l
207225	312911	312922	PREPROTH/ONCOL.GINGIVALE/MUCOSALE ENT<5C	14l
201899	471251	471262	VOLL.SPIROGR.M.BEP.MAX/MIM ADEM VOLUME	20
202331	471516	471520	EXSUFFL.SPONT.PNEUMOTHORAX- ISTE EXSUFFL.	20
202985	475812	475823	INSPANNINGSPROEF MET CONTINUE MONITORING	20
203382	476254	476265	HOLTERMONITORING GED.TRACES	20
203717	476232	476243	HOLTERMONITORING HERHALING BINNEN IJ.	20
212359	473933	473944	ONDERZ.ENDOSC.VIDEOCAPS.DIGEST.BLOEDING	20
213018	470956	470960	PLASMAWIS.MIN.I BLOEDVOLUME CELLENSEPAR.	20
213858	478096	478100	REGISTR.SOMATOSENSIT.GEEVOEERDE POTENT.	20
215104	478133	478144	POLYSOMNOGRAFIE TEM DE LEEFTIJD VAN IJ	20
202037	112313	112324	SCLER.INSPIUIT.WEG.AAMBEIEN PER VERRICHT.	3
202172	112033	112044	ANESTESERENDE INSPIUIT.WEG.VERSTUIKING	3
202189	424012	424023	NORM.OF INGEWIK.VERL.BEKW.SPEC.VEREIST	9

Tabel 16: perfusiegerelateerde prestaties

EconodatID	Ambu	Hospi	Artikel	Nomenclatuur omschrijving
213102	244952	244963	14d	Volledige chirurgische behandeling met wegnemen van het omentum, resectie van alle tumorgeïnvadeerde organen en een minutieuze cytoreductieve debulking van het peritoneum
204333	229073	229084	14e	Heelkundige behandeling van hartwonden
204621	229250	229261	14e	Pericardotomie
204817	229390	229401	14e	Operatie van het type Blalock-Taussig of Potts, wegens blauwe ziekte
205031	229213	229224	14e	Pericardectomie
205136	229014	229025	14e	Operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten, met extracorporale circulatie
205137	229611	229622	14e	Myocardrevascularisatie uitgevoerd met een slagaderent (mammaria, gastroepiploica of geëxplanteerde slagader) inbegrepen de eventuele geassocieerde veneuze bypass(en)
205138	229596	229600	14e	Operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten die de plaatsing van een kunstklep omvat, met extracorporele circulatie
205289	229515	229526	14e	Operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten die het plaatsen omvat van meer dan een kunstklep of van een valvulair homogreffje of van één kunstklep en een myocard-revascularisatie, met extra-corporele circulatie
205290	229530	229541	14e	Operatie op het hart en op de grote intrathoracale bloedvaten, onder hypothermie tot een lichaamstemperatuur van 20°C, met of zonder circulatiestop
205291	229552	229563	14e	Ingreep op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten met extracorporele circulatie, tijdens de eerste twee levensjaren
205319	229110	229121	14e	Plaatsing van elektroden in het myocardium of epicardiaal via thoracotomie of thoracoscopie
205625	229574	229585	14e	Myocardrevascularisatie door anastomose met behulp van de arteria mammaria interna, met aanwending van de twee arteriae mammae internae of implantatie van de arteria mammaria interna in de vorm van sequentiële overbruggingen
206999	229633	229644	14e	Myocardrevascularisatie op kloppend hart uitgevoerd met een slagaderent (mammaria, gastroepiploica of geëxplanteerde slagader) inbegrepen de eventuele geassocieerde veneuze bypass(en)
212177	229655	229666	14e	Heelkundige extractie van een met de vaatwand vergroeide intracavitair elektrode wegens infectie of elektrische malfunctie bij een patiënt met een

				ingeplante hartstimulator of defibrillator met behulp van de excimer laser, al dan niet gepaard gaande met de vervanging of herpositionering van het hoofdimplantaat
204334	236014	236025	14f	Revascularisatie van een groot intrathoracaal bloedvat door endarteriëctomie, endoaneurysmorrhafie, pontage of resectie met enten of anastomose
204799	237156	237160	14f	Hechten van wonden of van incisies van de grote intra-abdominale slagaders: aorta of de rechtstreekse vertakkingen ervan
205109	235152	235163	14f	Aanleggen van een extracorporele circulatie van een lidmaat of van een andere streek van het lichaam met het oog op chemotherapie
205189	237112	237123	14f	Embolectomie van de aortabifurcatie door aortotomie
205621	237016	237020	14f	Resectie of plastiek van de suprarenale aorta
205672	237031	237042	14f	Heelkunde op de aortabifurcatie onder de nierslagaders: resectie van de aortabifurcatie, tweezijdige intra-abdominale pontages, tweezijdige iliacale endarteriëctomieën
205666	282052	282063	14k	Heelkundige behandeling van scoliosis door de techniek van Harrington, inclusief het nemen van de ent
205669	281971	281982	14k	Resectie-reconstructie van één of meer wervellichamen
205681	281654	281665	14k	Arthrodesia of schroeven tussen de wervellichamen langs voor, inclusief het eventueel nemen van de ent
203229	318076	318080	14m	Totale hepatectomie gevolgd door een orthotope levertransplantatie
203230	318290	318301	14m	Nier- en pancreastransplantatie
204115	318054	318065	14m	Harttransplantatie of van hart en longen in blok
206421	318312	318323	14m	Transplantatie van dunne darm
206947	318334	318345	14m	Transplantatie van dunne darm en lever
206948	318356	318360	14m	Afnemen en bewaren van dunne darm met het oog op een transplantatie
206949	318371	318382	14m	Afnemen en bewaren van dunne darm en lever met het oog op een transplantatie
203414	470455	470466	20	Extrarenale zuivering, verricht wegens acute nierinsufficiëntie volgens de techniek van de hemodialyse of van intermitterende hemofiltratie, of verricht voor de behandeling van een intoxicatie volgens de techniek van de hemodialyse of hemo-infusie, of verricht voor de behandeling van een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen, volgens de techniek van de plasmafiltratie, per zitting, maximum

één zitting per 24 uur en maximum zes weken behandeling, inclusief het hemofiltratiemateriaal en het hemodialyse materiaal

203810	476070	476081	20	Hartcatheterismen buiten het continu toezicht op de hartfunctie - Hartcatheterismen met grafisch registreren van de drukcurven op verschillende niveaus, inclusief eventueel de afnamen van bloedmonsters voor doseren, de radioscopische controles met televisie, de electrocardiografische controles, de denudatie en de inspuiting van contrastmiddelen met of zonder krachtsinspanningsproef of farmacodynamische proef, met protocol en tracés (mogen niet worden gecumuleerd met de raadplegingen) : langs veneuze en arteriële weg
212520	475930	475941	20	Herpositioneren van één of meerdere hartelektroden, op een andere dag dan de implantatie
213593	475974	475985	20	Percutane plaatsing van (één of meer) blijvende intracavitare elektrode(n) langs transveneuze weg

Tabel 17: prestaties inclusief procentuele meerkost robot

ECONODAT_ID	AMBU	HOSPI	NOMENOMSCHRIJVING	PCT_MEERKOST_ROBOT
201756	260492	260503	Heelkundige bewerking wegens blaashalsziekte	76,10%
201850	431351	431362	Totale uitgebreide hysterectomie met lymphadenectomie in het bekken	67,46%
201893	261752	261763	Cutane ureteroileo (of colostomie)	113,39%
202378	431336	431340	Totale uitgebreide hysterectomie (Wertheim)	122,74%
202628	432095	432106	Heelkundige bewerking wegens urine-incontinentie, langs abdominale en vaginale wegen (Steckel en afgeleide)	75,78%
202692	432611	432622	Myomectomie wegens myoom waarvan de doorsnede gelijk is aan of groter is dan 2 cm met pathologisch-anatomische bevestiging	87,82%
202715	261634	261645	Totale nefrectomie	84,00%
202789	432596	432600	Kystectomie van de eierstokken met of zonder eierstokplastiek, met pathologisch-anatomische bevestiging	49,16%
202790	259114	259125	Transmandibulaire buccofaryngectomie of glossopelvimandibulectomie	45,50%
202913	432633	432644	Eenzijdige of tweezijdige salpingectomie of ovariëctomie of adnexectomie met pathologisch-anatomische bevestiging	45,39%
202914	432655	432666	Subtotale hysterectomie met pathologisch-anatomische bevestiging	28,20%
202934	220290	220301	° Baarmoedercuretage, curatieve of exploratieve, eventueel inclusief dilatatie en afname voor endouterine biopsie	27,05%

203077	256336	256340	Heelkundige bewerking wegens tumor van mondbodem	22,44%
203097	258392	258403	Unilaterale uitruiming van 4 of meer kliergroepen in de hals met georiënteerd resectiespecimen	72,40%
203099	261413	261424	Ureterimplantatie met gesteeld en getubuleerd blaaslapje	43,78%
203137	261774	261785	Totale cystectomie (de urinederivatie is tijdens een andere bewerking verricht)	213,32%
203145	431373	431384	Heelkundige bewerking wegens genitale prolaps met abdominale en vaginale bewerking tijdens een zelfde ingreep	28,71%
203177	260610	260621	Heelkundige behandeling van vesico-vaginale fistel	55,16%
203191	260094	260105	Heelkundige bewerking wegens hydronephrose door plastiek van nierbekken	68,70%
203193	260396	260400	Gedeeltelijke cystectomie	50,65%
203212	260831	260842	Vesiculectomie	38,35%
203291	228115	228126	Behandeling van mediastinuntumors en -infecties langs thoracale weg	105,05%
203341	261671	261682	Totale radicale of partiële tumornefrectomie inclusief eventuele lymfadenectomie	73,73%
203388	261870	261881	Heelkundige bewerking wegens breuk of stenose van de urethra membranosa langs perineale weg door urethroplastiek, inclusief de eventuele derivatiecystostomie, enige bewerking of hoofdbewerking	64,34%
203390	262135	262146	Plaatsen van een kunstmatige urethrasfincter	83,86%

203454	262334	262345	Radicale cystectomie met aanleggen van een enterische of enterocolische neoblaas, geanastomoseerd aan de urethrale stomp, met of zonder beschermingsanus	79,55%
203498	431653	431664	Myomectomie langs abdominale of vaginale weg	24,54%
203512	257191	257202	Pharyngectomie	78,62%
203558	258370	258381	Unilaterale uitruiming van 3 kliergroepen in de hals met georiënteerd resectiespecimen	63,04%
203576	242336	242340	Gedeeltelijke hepatectomie wegens tumor, cyste of trauma	24,56%
203813	432530	432541	Eierstokplastiek of myomectomie (myoom met een doorsnede van minder dan 2 cm) of behandeling van endometriose met pathologisch-anatomische bevestiging	43,84%
203916	260212	260223	Ureterostomie	107,66%
204198	260536	260540	Heelkundige bewerking voor vergroting van blaas door intestinale plastiek	112,61%
204200	261796	261800	Totale prostatectomie inclusief exeresis van het vesiculair blok met urethro-vesicaal hechten	43,55%
204209	260433	260444	Totale cystectomie met vervangen van blaas door darment	88,09%
204647	290253	290264	Arthroplastie van de knie door unicompartimentele prothese met femorale en tibiale component	49,29%
204703	243235	243246	Segmentaire resectie van de dunne darm	59,54%
204714	240450	240461	Eenzijdige uitruiming van liesganglia en/of van de iliacale streek of van de obturator	79,23%

204807	244156	244160	Operatieve behandeling van rectumprolaps langs abdomino-perineale weg of langs abdominale weg volgens Loygues	49,86%
204838	243051	243062	Hemicolectomie rechts of links of segmentaire colonresectie of sigmoidresectie of partiële rectumresectie met herstel van de continuïteit	114,36%
204909	244053	244064	Operatie van Hartmann	150,95%
204996	243751	243762	Exeresis van tumoren van het retroperitoneale weefsel	70,21%
205069	240472	240483	Tweezijdige uitruiming van liesganglia en/of van de iliacale streek of van de obturator	40,57%
205079	242454	242465	Cholecystectomie	52,95%
205143	227275	227286	Resectie met anastomose (broncho-bronchiaal of tracheo-bronchiaal) van een stambronchus of van de trachea via thoracotomie	104,69%
205240	243176	243180	Terminale ileo- of colostomie	44,52%
205271	241032	241043	Middenrifs- of hiatushernia langs abdominale weg	88,52%
205298	241533	241544	Resectie van de maag of reducerende gastroplastiek zonder onderbreking van de continuïteit	37,49%
205348	242476	242480	Cholecystectomie met peroperatoire cholangiografie	80,04%
205353	242351	242362	Operatieve behandeling van leverabces	33,15%
205367	228152	228163	Mediastinoscopie	76,88%
205434	227216	227220	Uitgebreide totale of gedeeltelijke longexeresis met klierevidement voor oncologische aandoening	107,96%
205437	243736	243740	Exeresis van tumoren van het mesenterium	119,15%

205459	227135	227146	Middenrijs- of hiatushernia of middenrijs- of hiatuseventratie, langs thoracale of thoraco-abdominale weg	63,74%
205512	242690	242701	Eenzijdige surrenalectomie met of zonder splanchnicectomie	109,45%
205565	241452	241463	Totale gastrectomie met oesofago-jejunale anastomose of subtotale gastrectomie met herstellen van de transit, door interpositie van een darmsegment	128,30%
205566	242314	242325	Totale resectie van de linkerleverkwab	72,84%
205625	229574	229585	Myocardrevascularisatie door anastomose met behulp van de arteria mammaria interna, met aanwending van de twee arteriae mammae internae of implantatie van de arteria mammaria interna in de vorm van sequentiële overbruggingen	105,62%
205664	290275	290286	Arthroplastie van de knie met totale prothese	45,21%
205668	244016	244020	Ingreep type Miles	79,15%
205825	244753	244764	Restauratieve proctocolectomie of colectomie met constructie van een ileumreservoir, aanleggen van een ileo-anale anastomose met of zonder een tijdelijke proximale ileostomie	133,57%
205826	242491	242502	Hepatico-enterostomie	103,11%
205827	244031	244042	Anterior rectumresectie met behoud van de sfincter en colo-anale anastomose (type TME)	110,79%
205833	243036	243040	Totale colectomie met ileostomie of ileorectale anastomose	84,63%

205836	227253	227264	Totale of gedeeltelijke longexeresis	37,29%
206575	432736	432740	Totale hysterectomie langs laparoscopische weg, met anatomopathologische bevestiging	73,91%
206999	229633	229644	Myocardrevascularisatie op kloppend hart uitgevoerd met een slagaderent (mammaria, gastroepiploica of geëxplanteerde slagader) inbegrepen de eventuele geassocieerde veneuze bypass(en)	47,69%
212003	244856	244860	Sparende resectie van multipale levermetastasen of partiële resectie van rechter leverkwab	62,69%
212005	244893	244904	Debulking voor tumor (I) Ovariumresectie met omentumresectie en retroperitoneale klieruitruiming	114,56%
212006	244915	244926	Debulking voor uitgebreide intra-abdominale tumor (II) (totale hysterectomie, omentumresectie, resectie peritoneale metastasen, retroperitoneale exploratie met lymfadenectomie)	111,17%
212178	241776	241780	Reducerende gastroplastie (Mason, Sleeve) (ter behandeling van obesitas)	78,91%
212181	241835	241846	Reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch) (ter behandeling van obesitas)	114,81%
212437	227776	227780	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier	46,70%
212696	258856	258860	Transorale endoscopische faryngectomie	32,74%

213102	244952	244963	Volledige chirurgische behandeling met wegnemen van het omentum, resectie van alle tumorgeinvadeerde organen en een minutieuze cytoreductieve debulking van het peritoneum	80,95%
213536	241872	241883	Heelkundige behandeling van een eenzijdige inguinale, femorale of obturatorhernia	35,99%
213537	241894	241905	Heelkundige behandeling van een bilaterale inguinale, femorale of obturatorhernia	69,68%
213538	241916	241920	Heelkundige behandeling van een primaire buikwandhernia (inclusief navelbreuk, epigastrische hernia, Spigheliaanse hernia of lumbale hernia)	89,58%
213539	241931	241942	Heelkundige behandeling van een incisionele buikwandhernia (inclusief recidief na behandeling van een primaire buikwandhernia en parastomale hernias)	107,42%
215204	252652	252663	Unilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een microchirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite)	329,39%
216084	242830	242841	Pancreaticoduodenectomie	137,99%
216085	242852	242863	Hemipancreatectomie links met jejunale anastomose van het snedevlak van de pancreas, of nagenoeg totale pancreatectomie (95 pct)	92,28%
216086	242874	242885	Hemipancreatectomie links	96,89%

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

HOOFDSTUK 2: OVERIGE TFE

FUNCTIEMETINGEN CARDIO, NEURO EN PNEUMO,
PIJNKLINIEK,
POLIKLINIEKEN NKO EN OFTALMO

Inhoudstafel

1	Inleiding.....	3
2	TFE FM cardio.....	3
2.1	Geselecteerde OFE's	3
2.2	Expertvalidatie T.AG FM cardio.....	3
2.2.1	Empirische en expert RWS.....	3
2.2.2	Aandachtspunten	5
3	TFE FM neuro	5
3.1	Geselecteerde OFE's	5
3.2	Expertvalidatie T.AG FM neuro	6
3.2.1	Empirische en expert RWS.....	6
3.2.2	Aandachtspunten	7
4	TFE FM pneumo	8
4.1	Geselecteerde OFE's	8
4.2	Expertvalidatie T.AG FM pneumo	8
4.2.1	Empirische en expert RWS.....	9
4.2.2	Aandachtspunten	9
5	TFE pijnkliniek.....	9
5.1	Geselecteerde OFE's	9
5.2	Expertvalidatie T.AG pijnkliniek.....	10
5.2.1	Empirische en expert RWS.....	10
5.2.2	Aandachtspunten	12
6	TFE poli NKO.....	12
6.1	Geselecteerde OFE's	12
6.2	Expertvalidatie T.AG poli NKO arts en T.AG poli NKO pers	12
6.2.1	Empirische en expert RWS T.AG poli NKO arts.....	13
6.2.2	Aandachtspunten T.AG poli NKO arts.....	13
6.2.3	Empirische en expert RWS T.AG poli NKO pers.....	14
6.2.4	Aandachtspunten T.AG poli NKO pers.....	15
7	TFE poli oftalmo	15
7.1	Geselecteerde OFE's	15
7.2	Expertvalidatie T.AG poli oftalmo arts en T.AG poli oftalmo pers.....	16
7.2.1	Empirische en expert RWS T.AG poli oftalmo arts.....	16
7.2.2	Aandachtspunten T.AG poli oftalmo arts.....	17
7.2.3	Empirische en expert RWS T.AG poli oftalmo pers.....	17
7.2.4	Aandachtspunten T.AG poli oftalmo pers.....	18
7.2.5	Aandachtspunten T.AG poli oftalmo algemeen.....	19

Lijst tabellen

Tabel 1: TMCP HON TFE FM cardio in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE FM cardio op de geselecteerde OFE's	3
Tabel 2: empirische en expert RWS T.AG FM cardio	4
Tabel 3: TMCP HON TFE FM neuro in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE FM neuro op de geselecteerde OFE's	6
Tabel 4: empirische en expert RWS T.AG FM neuro.....	6
Tabel 5: TMCP HON TFE FM pneumo in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE FM pneumo op de geselecteerde OFE's	8
Tabel 6: empirische en expert RWS T.AG FM pneumo.....	9
Tabel 7: TMCP HON TFE pijnkliniek in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE pijnkliniek op de geselecteerde OFE's	10
Tabel 8: empirische en expert RWS T.AG pijnkliniek	10
Tabel 9: TMCP HON TFE poli NKO in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE poli NKO op de geselecteerde OFE's	12
Tabel 10: empirische en expert RWS T.AG poli NKO arts.....	13
Tabel 11: empirische en expert RWS T.AG poli NKO pers.....	14
Tabel 12: TMCP HON TFE poli oftalmo in volledige pool t.o.v. TMCP HON poli oftalmo op de geselecteerde OFE's	16
Tabel 13: empirische en expert RWS T.AG poli oftalmo arts.....	16
Tabel 14: empirische en expert RWS T.AG poli oftalmo pers.....	18

I Inleiding

In deze documentatiefiche worden een aantal aandachtspunten meegegeven die bij de TFE's functiemetingen (FM) cardio, FM neuro, FM pneumo, TFE pijnkliniek, TFE's poliklinieken (poli) NKO en poli oftalmo tijdens de expertensessies aan bod komen en van belang zijn bij de interpretatie van de resultaten. Hiermee wordt, bij voorkeur, rekening gehouden in de vervolgfase(n) van het nomenclatuurproject.

2 TFE FM cardio

De theoretische functionele eenheid (TFE) FM cardio bestaat uit 22 nomenclatuurprestaties, waarvan 11 ambulante en 11 klinische nomenclatuurcodes.

De *pool* voor TFE FM cardio bestaat uit 8 deelnemende ziekenhuizen.

2.1 Geselecteerde OFE's

Tabel I toont per artikel de honorariummassa en het aantal prestaties voor TFE FM cardio, enerzijds voor de volledige *pool* en anderzijds voor de 15 onderzochte OFE's van de ziekenhuizen. Op de onderzochte OFE's (77% van de totale honorariummassa in de *pool*) worden in 2019 in totaal 354.345 prestaties gefactureerd. Hiertegenover staat een honorariummassa van €12.396.887.

Tabel I: TMCP HON TFE FM cardio in volledige *pool* t.o.v. TMCP HON TFE FM cardio op de geselecteerde OFE's

HON/AANTAL TFE FM_CARDIO				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
11	Algemene speciale verstrekkingen	328.938	€ 5.837.895	36,3%
20	Inwendige geneeskunde	187.577	€ 10.265.146	63,7%
TOTAAL		516.515	€ 16.103.041	100%

HON/AANTAL TFE FM_CARDIO, geselecteerde OFE's				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
11	Algemene speciale verstrekkingen	190.655	€ 3.382.319	27,3%
20	Inwendige geneeskunde	163.690	€ 9.014.568	72,7%
TOTAAL		354.345	€ 12.396.887	100%

AANDEEL IN SELECTIE	
	77%

2.2 Expertvalidatie T.AG FM cardio

De theoretische activiteitgroep (T.AG) bevat, naast 11 unieke prestaties (econodatID's) uit TFE FM cardio, ook 6 unieke prestaties uit TFE beeldvorming en 1 unieke prestatie uit TFE poliklinieken.

Op de expertensessie voor de T.AG FM cardio zijn 3 artsen, 1 hoofdverpleegkundige, 2 stafmedewerkers en 2 financieel directeurs aanwezig uit 4 verschillende ziekenhuizen.

2.2.1 Empirische en expert RWS

Onderstaande prestaties krijgen een expertenwaardering. De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

Tabel 2: empirische en expert RWS TAG FM cardio

AMBU	HOSPI	NOMENOMSCHRIJVING	RWS empirisch	RWS expert
475812	475823	Inspannings- of hypoxieproef, met continue monitoring van minstens één afleiding voor elke belastingsverandering, op het einde van de proef en gedurende minstens drie minuten na het beëindigen van de proef, meerdere electrocardiografische registraties op verschillende afleidingen en bloeddrukmetingen, met uittreksels en gestandaardiseerd protocol	1,00	1,00
471391	471402	** Ergospirometrie	1,57	1,57
475075	475086	* Electrocardiografische onderzoeken, met protocol, ten minste 12 verschillende derivaties	0,34	0,34
475834	475845	Registratie met kwalitatieve en kwantitatieve analyse van een electrocardiografie met hoge amplitudo via orthogonale afleidingen ter opsporing van abnormale potentialen, bij gedocumenteerd kamerarythmia-risico, met protocol	0,53	0,53
476210	476221	Monitoring Holter : continue electrocardiografisch registreren gedurende ten minste 24 uur, door middel van een draagbaar toestel met magneetband of met ingebouwd geheugen, inclusief de raadpleging bij het plaatsen en het wegnemen van het toestel, met protocol en mogelijkheid tot reproduceren van de volledige tracés	1,27	1,27
476232	476243	Herhaling binnen een jaar van verstrekking nr 476210 - 476221	1,21	1,27
476254	476265	Monitoring Holter : continue electrocardiografische analyse gedurende ten minste 24 uur, door middel van draagbaar toestel, inclusief de raadpleging bij het plaatsen en het wegnemen van het toestel met protocol en mogelijkheid tot reproduceren van een deel van de tracés	1,1	1,27
469814	469825	Volledig transthoracaal echografisch bilan van het hart, waarbij bidimensionele beelden bekomen worden in minstens drie verschillende snedevlakken, en kleuren-Doppler signalen en in spectraal mode ter hoogte van minstens drie klepopeningen. De opname en archivering van het onderzoek op magneetband of digitale drager is vereist, evenals een gedetailleerd protocol	1,13	1,20
469630	469641	Herhaling binnen het kalenderjaar van de verstrekking 469814 - 469825 of 460456 - 460460 voor één van de volgende indicaties. De opname en archivering van het onderzoek op magneetband of digitale drager is vereist, evenals een gedetailleerd protocol en het bijhouden van een register van de herhalingsonderzoeken	1,45	1,20
469652	469663	Bepoort transthoracaal echografisch bilan van het hart, waarbij bidimensionele beelden bekomen worden, en Doppler signalen in spectraal mode. De opname en archivering van het onderzoek is vereist, evenals een beknopte beschrijving die een antwoord geeft op het klinisch probleem	0,45	0,60
469836	469840	Volledig transoesofagaal echografisch bilan van het hart, waarbij bidimensionele beelden bekomen worden in minstens drie verschillende snedevlakken, en kleuren-Doppler signalen ter hoogte van minstens 3 klepopeningen. De opname en archivering van het onderzoek op magneetband of digitale drager is vereist, evenals een gedetailleerd protocol	3,2	3,00
469674	469685	Bepoort transoesofagaal echografisch bilan van het hart, waarbij bidimensionele beelden bekomen worden, en kleuren-Doppler signalen in spectraal mode. De opname en archivering van het onderzoek is vereist, evenals een beknopte beschrijving die een antwoord geeft op het klinisch probleem	2,2	2,20
475871	475882	Controle van de deugdelijkheid en/of herprogrammatie van een tweekamerpacemaker (DDD) of een driekamerpacemaker (CRT-P), met ondervraging van het geheugen en meting van de stimulatie- en gevoeligheidsdrempel, met protocol en tracés	0,77	0,85
475893	475904	Controle van de deugdelijkheid en/of herprogrammatie van een hartdefibrillator, met meting van de stimulatie- en gevoeligheidsdrempel en met evaluatie van de performantie van de defibrillator, met protocol en tracés	0,77	0,85

475856	475860	Controle van de deugdelijkheid en/of herprogrammatie van een eenkamerpacemaker (SSI), met ondervraging van het geheugen en meting van de stimulatie- en gevoeligheidsdrempel, met protocol en tracés	0,77	0,75
475532	475543	Farmacodynamische proef bij cardiale scintigrafische stress-test, gevolgd door electrocardiografische controles, met protocol	11,23	2,00
469954	469965	Cardiale echografische stress-test door middel van een farmacodynamische proef, inclusief de electrocardiografische controles	3,24	3,00
476335	476346	Tilt-test op 60° met minimumduur van 45' of tot optreden van syncope, onder continue electrocardiografische controle en niet-invasieve bloeddrukmonitoring, al dan niet met toediening van farmaca, met protocol	2,29	3,25

2.2.2 Aandachtspunten

De empirische relatieve waarde van NC 475532-475543 '*Farmacodynamische proef bij cardiale scintigrafische stress-test, gevolgd door electrocardiografische controles, met protocol*' wordt als te hoog geëvalueerd tijdens de expertensessie. Het is een uitgebreidere vorm van de basisprestatie, met plaatsing en verwijdering van een infuus en gecontroleerde toediening van een farmaceutisch product.

NC 476335-476346 '*Tilt-test op 60° met minimumduur van 45' of tot optreden van syncope, onder continue electrocardiografische controle en niet-invasieve bloeddrukmonitoring, al dan niet met toediening van farmaca, met protocol*' heeft volgens de experts een hogere waardering nodig gezien vaak uitvoering tot een minimumduur van 45 minuten nodig is met voorafgaand nog tijd voor de installatie van de patiënt.

3 TFE FM neuro

De theoretische functionele eenheid (TFE) FM neuro bestaat uit 14 nomenclatuurprestaties, waarvan 7 ambulante en 7 klinische nomenclatuurcodes. 2 prestaties worden niet onderzocht omdat ze niet worden uitgevoerd in de ziekenhuizen of omdat ze enkel op een niet geselecteerde OFE voorkomen.

De pool voor TFE FM neuro bestaat uit 8 deelnemende ziekenhuizen.

3.1 Geselecteerde OFE's

Tabel 3 toont per artikel de honorariummassa en het aantal prestaties voor TFE FM neuro, enerzijds voor de volledige pool en anderzijds voor de 10 onderzochte OFE's van de ziekenhuizen. Op de onderzochte OFE's (=79% van de totale honorariummassa in de pool) worden in 2019 in totaal 37.132 prestaties gefactureerd. Hiertegenover staat een honorariummassa van €2.580.883.

Tabel 3: TMCP HON TFE FM neuro in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE FM neuro op de geselecteerde OFE's

HON/AANTAL TFE FM_NEURO				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
20	Inwendige geneeskunde	47.383	€ 3.266.020	100,0%
TOTAAL		47.383	€ 3.266.020	100%

HON/AANTAL TFE FM_NEURO, geselecteerde OFE's				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
20	Inwendige geneeskunde	37.132	€ 2.580.883	100,0%
TOTAAL		37.132	€ 2.580.883	100%

AANDEEL IN SELECTIE			79%	
----------------------------	--	--	------------	--

3.2 Expertvalidatie T.AG FM neuro

De theoretische activiteitgroep (T.AG) bevat naast 7 unieke prestaties (econodatID's) uit TFE FM neuro nog 11 unieke prestaties uit andere TFE's. Op de expertensessie T.AG FM neuro worden slechts 14 unieke prestaties (econodatID's) besproken. Voor de overige prestaties is op het moment van validatie nog geen kostprijsberekening beschikbaar.

Op de expertensessie van T.AG FM neuro zijn 11 artsen, 2 (hoofd)verpleegkundige, 7 stafmedewerkers en 2 financieel directeurs aanwezig uit 8 verschillende ziekenhuizen.

3.2.1 Empirische en expert RWS

Onderstaande prestaties krijgen een expertenwaardering. De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

Tabel 4: empirische en expert RWS T.AG FM neuro

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERT
477131		Elektro-encefalografie AMB	1,00	1,00
	477142	Elektro-encefalografie HOSP	1,88	2,00
	478181	verstrekking 477142 wanneer ze uitgevoerd wordt op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg	2,51	2,50
477116	477120	*Elektromyografie, door middel van een naaldelektrode	0,22	0,22
	478166	verstrekking 477120 wanneer ze uitgevoerd wordt op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg	0,28	0,30
477470	477481	* Meten van de (motorische en/of sensitieve) zenuwgeleidingssnelheid en/of myasthenische tests en/of reflex van Hoffman en/of F- golven, één of meer streken, met verslag, ten minste twee tests	0,22	0,22
477514	477525	* Meten van de motorische en/of sensitieve geleidingssnelheid, verscheidene streken, met verslag	0,08	0,22
477492	477503	* Meten van de motorische en/of sensitieve geleidingssnelheid, één streek, met verslag	0,25	0,22
478096	478100	Registratie van de somatosensitieve geëvoceerde potentialen	2,46	2,46
	478203	verstrekking 478100 wanneer ze uitgevoerd wordt op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg	2,90	2,90
478074	478085	Registratie van de auditieve geëvoceerde potentialen	1,26	1,26

478052	478063	Registratie van de visuele geëvoeerde potentialen	0,87	1,26
478111	478122	Registratie van de motorische geëvoeerde potentialen	0,89	1,26
355493	355504	* Lumbale punctie, exploratief of therapeutisch, met inbegrip van de naald	0,58	1,00
477411	477422	Continu elektroëncefalografisch registreren gedurende ten minste 24 uur door middel van een draagbaar toestel (techniek van het Holtertype) met minimum 4 derivaties, inclusief de raadpleging bij het plaatsen en het wegnemen van het toestel, met protocol en uittreksels uit de tracés	2,38	3,00

3.2.2 Aandachtspunten

3.2.2.1 Nomenclatuurspecifieke aandachtspunten

Voor NC 355493-355504 'Lumbale punctie, exploratief of therapeutisch, met inbegrip van de naald' lijkt de empirische relatieve waarde een onderschatting volgens de experts. Er is minstens 20 minuten personeelsondersteuning nodig en een beperkte kost voor steriele materialen. Verder is er geen apparatuurkosten.

3.2.2.2 Patiëntkenmerken

Tijdens de expertensessie wordt als basisprestatie de ambulante uitvoering van de elektroencefalografie (EEG, NC 477131) gekozen met als uitgangspunt uitvoering door een verpleegkundige met personeelsinzet gedurende 30 minuten. Medische richtlijnen bevelen een registratie van minstens 20 minuten aan. Uitvoering van het onderzoek bij gehospitaliseerde patiënten die zich naar de dienst functiemeting kunnen begeven, wordt hieraan gelijkgesteld.

Er wordt echter een afzonderlijke inschatting gemaakt voor deze verstrekking bij gehospitaliseerde patiënten wanneer het onderzoek op de hospitalisatieafdeling wordt uitgevoerd (NC 477142), en nog specifieker voor uitvoering op een dienst intensieve zorgen. Voor dit laatste bestaat een afzonderlijk nomenclatuurnummer (NC 478181). Ook voor de elektromyografieën (EMG, NC 477116-477120) en de registratie van somatosensitieve geëvoeerde potentialen (SSEP, 478096-478100) bestaat er aparte nomenclatuur voor uitvoering op een dienst intensieve zorgen (NC 478166 respectievelijk NC 478203). Afhankelijk van de context vraagt de uitvoering immers meer middelen, in het bijzonder personeel, bv. voor manipulatie van minder mobiele patiënten of verplaatsing van het personeel naar een hospitalisatiedienst.

De verschillen in inzet van personeel en middelen zijn in veel gevallen meer patiëntgebonden dan afhankelijk van de plaats van uitvoering. Meer in het algemeen wordt geduïd op het belang van een aantal patiëntkenmerken, onder andere de pathologie-index, die een impact hebben op de uitvoering van procedures en dus op de praktijkkosten. Omwille van de verschillen in *case mix* tussen ziekenhuizen worden deze contextfactoren belangrijk geacht voor een billijke en duurzame vorm van financiering, in het bijzonder voor tertiaire en universitaire centra.

3.2.2.3 Personeelsondersteuning

Er blijken tussen de ziekenhuizen verschillen te bestaan in de mate waarin prestaties van TFE FM neuro worden ondersteund door paramedici. Tijdens de expertensessie wordt, als consensus, uitgegaan van volledige uitvoering door een arts zonder ondersteuning in geval van het EMG (NC 477116-477120) en de verschillende metingen van de geleidingssnelheid (NC 477470-477481, 477514-477525 en 477492-477503). Bij de verschillende types registratie van geëvoeerde potentialen (NC 478096-

478100, 478203, 478074-478085, 478052-478063 en 478111-478122) wordt ondersteuning door paramedici als uitgangspunt genomen bij de evaluatie. Voor beide groepen van prestaties van TFE FM neuro zijn er echter praktijkverschillen te vinden tussen de ziekenhuizen van de pool. Er moet nagegaan worden of de interpretatie in fase 2.1 (artseninzet) congruent is met bovenstaande. De evaluaties moeten op elkaar afgestemd zijn om dubbele financiering of hiaten te vermijden.

3.2.2.4 Procedures met behulp van echografie

Bij de prestaties van TFE FM neuro is er volgens de experts regelmatig een indicatie voor uitvoering onder echografische controle. Er bestaat hiervoor geen bijkomend honorarium en de reguliere beeldvormingsnomenclatuur kan hier niet voor worden gebruikt omdat het doel niet is een gehele regio of orgaan in beeld te brengen. Er wordt bijgevolg ook geen protocol van de beeldvorming opgesteld. De kost voor de uitvoering van de echografische controle landt op de hoofdprestaties waarbij echografie mogelijk gebruikt wordt. De experts achten het wenselijk hiervoor een bijkomend honorarium te creëren dat aangerekend kan worden wanneer echografische controle toegepast wordt.

4 TFE FM pneumo

De theoretische functionele eenheid (TFE) FM pneumo bestaat uit 14 nomenclatuurprestaties, waarvan 7 ambulante en 7 klinische nomenclatuurcodes. 2 prestaties worden niet onderzocht omdat ze niet worden uitgevoerd in de ziekenhuizen of omdat ze enkel op een niet geselecteerde OFE voorkomen.

De pool voor TFE FM pneumo bestaat uit 8 deelnemende ziekenhuizen.

4.1 Geselecteerde OFE's

Tabel 5 toont per artikel de honorariummassa en het aantal prestaties voor TFE FM pneumo, enerzijds voor de volledige pool en anderzijds voor de 13 onderzochte OFE's van de ziekenhuizen. Op de onderzochte OFE's (=74% van de totale honorariummassa in de pool) worden in 2019 in totaal 222.898 prestaties gefactureerd. Hiertegenover staat een honorariummassa van €7.951.288.

Tabel 5: TMCP HON TFE FM pneumo in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE FM pneumo op de geselecteerde OFE's

HON/AANTAL TFE FM_PNEUMO				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
20	Inwendige geneeskunde	302.249	€ 10.675.325	100,0%
TOTAAL		302.249	€ 10.675.325	100%

HON/AANTAL TFE FM_PNEUMO, geselecteerde OFE's				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
20	Inwendige geneeskunde	222.898	€ 7.951.288	100,0%
TOTAAL		222.898	€ 7.951.288	100%

AANDEEL IN SELECTIE	74%
----------------------------	------------

4.2 Expertvalidatie T.AG FM pneumo

De theoretische activiteitgroep (T.AG) bevat, naast 7 unieke prestaties (econodatID's) uit TFE FM pneumo, ook 1 unieke prestatie uit TFE slaaplabo en 1 unieke prestatie uit TFE hospitalisatie. Op de

expertensessie T.AG FM pneumo worden slechts 8 unieke prestaties (econodatID's) besproken. Voor één econodatID is op het moment van validatie nog geen kostprijsberekening beschikbaar.

Op de expertensessie voor T.AG FM pneumo zijn 2 stafmedewerkers en 7 artsen aanwezig uit 6 verschillende ziekenhuizen.

4.2.1 Empirische en expert RWS

Onderstaande prestaties krijgen een expertenwaardering. De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

Tabel 6: empirische en expert RWS T.AG FM pneumo

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERT
471251	471262	** Volledige spirografie met bepalen van maximum adem minuten volume	1,00	1,00
471273	471284	** Petrografie met bronchodilatatieproef	2,67	2,67
471295	471306	** Spirografie met pharmacodynamische provocatieproef al dan niet gevolgd van bronchodilatatie	7,06	6
471354	471365	** Meten van diffusiecapaciteit	0,61	0,61
471376	471380	** Studie van de ventilatiemechaniek	0,61	0,61
471310	471321	** Bepalen van het residuair volume	0,7	0,7
355530	355541	° Slagaderpunctie voor afname(n), inspuitingen, inbrengen van catheter, enz	0,11	0,11

4.2.2 Aandachtspunten

Bij NC 471295-471306 'Spirografie met pharmacodynamische provocatieproef al dan niet gevolgd van bronchodilatatie' zijn er verschillende toedieningswijzen van het farmacologisch product mogelijk. Hier is steeds een vorm van apparatuur voor nodig (bv. aerosol-apparaat). Afhankelijk van de reactie van de patiënt moeten er meer of minder spirometrieën worden uitgevoerd. De duurtijd van de gehele procedure kan bijgevolg variëren. Een gemiddelde uitvoering neemt volgens de experten 45 minuten in beslag. De empirische relatieve waarde wordt naar beneden bijgesteld.

De 'Polysomnografie na de leeftijd van één jaar' (NC 477374 – 477385) wordt tijdens de expertensessie te complex bevonden om de concrete praktijkkosten ervan te valideren.

5 TFE pijnkliniek

De theoretische functionele eenheid (TFE) FM pijnkliniek bestaat uit 44 nomenclatuurprestaties, waarvan 22 ambulante en 22 klinische nomenclatuurcodes.

De pool voor TFE pijnkliniek bestaat uit 6 deelnemende ziekenhuizen.

5.1 Geselecteerde OFE's

Tabel 7 toont per artikel de honorariummassa en het aantal prestaties voor TFE pijnkliniek, enerzijds voor de volledige pool en anderzijds voor de 8 onderzochte OFE's van de ziekenhuizen. Op de onderzochte OFE's (=77% van de totale honorariummassa in de pool) worden in 2019 in totaal 47.428 prestaties gefactureerd. Hiertegenover staat een honorariummassa van €4.588.889.

Tabel 7: TMCP HON TFE pijnkliniek in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE pijnkliniek op de geselecteerde OFE's

HON/AANTAL TFE PIJNKLINIEK				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
12	Anesthesiologie	63.265	€ 5.935.718	100,0%
TOTAAL		63.265	€ 5.935.718	100%

HON/AANTAL TFE PIJNKLINIEK, geselecteerde OFE's				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
12	Anesthesiologie	47.428	€ 4.588.889	100,0%
TOTAAL		47.428	€ 4.588.889	100%

AANDEEL IN SELECTIE	77%
----------------------------	------------

5.2 Expertvalidatie T.AG pijnkliniek

De theoretische activiteitgroep (T.AG) bevat, naast 22 unieke prestaties (econodatID's) uit TFE FM pijnkliniek, ook 2 unieke prestatie uit TFE anesthesie en 2 unieke prestaties uit TFE poliklinieken.

Op de expertensessie voor T.AG pijnkliniek zijn 2 stafmedewerkers en 4 artsen aanwezig uit 3 verschillende ziekenhuizen.

5.2.1 Empirische en expert RWS

Onderstaande prestaties krijgen een expertenwaardering. De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

Tabel 8: empirische en expert RWS T.AG pijnkliniek

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERT
202790	202801	Radiculaire of transforaminale infiltratie, met gebruik van medische beeldvorming, maximum een zenuwwortel per zitting, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar	1,00	1,00
202834	202845	Epidurale infiltratie met therapeutisch doel, op thoracaal of cervicaal niveau, uitgevoerd in een daartoe technisch uitgeruste ruimte binnen een erkende verplegingsinrichting, aanrekenbaar maximaal zesmaal per jaar	1,03	1,15
202436	202440	Selectieve diagnostische blokkade van de bezenuwing van de zygoapofysaire gewrichten, minimum drie gewrichtsniveaus (unilateraal), met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar	1,19	1,15
202510	202521	Selectieve diagnostische blokkade van het lumbaal of sacraal dorsaal ganglion met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar	0,91	1,00
202576	202580	Selectieve diagnostische blokkade van het cervicaal dorsaal ganglion met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar	1,19	1,30
202635	202646	Selectieve diagnostische blokkade van het thoracaal dorsaal ganglion met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar	1,25	1,30
202731	202742	Selectieve diagnostische blokkade van de sympaticusstreng, op cervicaal, thoracaal of lumbo-sacraal niveau, met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar	2,40	2,00

202495	202506	Percutane radiofrequente behandeling van de bezenuwing van de zygoapofysaire gewrichten, minimum drie gewrichtsniveaus (unilateraal), met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar - op lumbaal/sacraal niveau	1,82	1,75
202451	202462	Percutane radiofrequente behandeling van de bezenuwing van de zygoapofysaire gewrichten, minimum drie gewrichtsniveaus (unilateraal), met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar - op cervicaal niveau	1,82	1,90
202473	202484	Percutane radiofrequente behandeling van de bezenuwing van de zygoapofysaire gewrichten, minimum drie gewrichtsniveaus (unilateraal), met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar - op thoracaal niveau	1,82	1,90
202532	202543	Percutane radiofrequente behandeling van het lumbaal of sacraal dorsaal ganglion, met gebruik van medische beeldvorming, 1ste zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar	1,79	1,60
202554	202565	Percutane radiofrequente behandeling van het lumbaal of sacraal dorsaal ganglion, met gebruik van medische beeldvorming, 2de en volgende zenuwniveau (s), tijdens dezelfde zitting, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar	0,81	1,20
202591	202602	Percutane radiofrequente behandeling van het cervicaal dorsaal ganglion, met gebruik van medische beeldvorming, 1ste zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar	1,82	1,75
202613	202624	Percutane radiofrequente behandeling van het cervicaal dorsaal ganglion, met gebruik van medische beeldvorming, 2de en volgende zenuwniveau(s), tijdens dezelfde zitting, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar	0,81	1,20
202650	202661	Percutane radiofrequente behandeling van het thoracaal dorsaal ganglion, met gebruik van medische beeldvorming, 1ste zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar	1,82	1,75
202672	202683	Percutane radiofrequente behandeling van het thoracaal dorsaal ganglion, met gebruik van medische beeldvorming, 2de en volgende zenuwniveau(s), tijdens dezelfde zitting, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar	0,81	1,20
202753	202764	Radiofrequente of chemische behandeling van de sympaticusstreng, op cervicaal, thoracaal of lumbo-sacraal niveau, met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar	4,16	3,00
202370	202381	Percutane behandeling van het ganglion van Gasser door middel van radiofrequente stromen, glycerol of balloncompressie, met gebruik van medische beeldvorming	2,32	4,00
202392	202403	Percutane behandeling van het ganglion, sphenopalatinum door middel van radiofrequente stromen, met gebruik van medische beeldvorming	2,32	4,00
202775	202786	Radiofrequente of chemische behandeling van het ganglion coeliacum bilateraal, met gebruik van medische beeldvorming	5,49	4,00
354292	354303	Vullen van een programmeerbare pomp voor intrathecale toediening van geneesmiddelen, inbegrepen de materiaalkost, en/of titreren van deze pomp met objectieve evaluatiemeting, maximum zes maal per jaar aanrekenbaar	0,85	0,50
232433	232444	Programmeren van een externe of inwendige neurostimulator, inclusief de meting van de verschillende parameters met protocol	0,97	0,50

202716	202720	Plaatsen, subcutaan tunnels en fixeren van een epidurale, intrathecale of plexuscatheter met het oog op een langdurige infusie van analgetica, al dan niet met gebruik van medische beeldvorming	5,70	4,00
202355	202366	Cervicale cordotomie door middel van percutane radiofrequente techniek, met gebruik van medische beeldvorming	7,17	6,00

5.2.2 Aandachtspunten

De percutane radiofrequente behandelingen voor 2^{de} en volgende zenuwniveau(s) (NC 202554-202565, 202613-202624 en 202672-202683) worden tijdens de expertensessie geïnterpreteerd als aanvullende handelingen bij de behandeling van het 1^{ste} zenuwniveau (respectievelijk NC 202532-202543, 202591-202602, 202650-202661). Zij nemen daardoor minder tijd en middelen in beslag dan de behandeling van het 1^{ste} zenuwniveau.

6 TFE poli NKO

De theoretische functionele eenheid (TFE) poli NKO bestaat uit 54 nomenclatuurprestaties, waarvan 27 ambulante en 27 klinische nomenclatuurcodes.

De pool voor TFE poli NKO bestaat uit 9 deelnemende ziekenhuizen.

6.1 Geselecteerde OFE's

Tabel 9 toont per artikel de honorariummassa en het aantal prestaties voor TFE poli NKO, enerzijds voor de volledige pool en anderzijds voor de 21 onderzochte OFE's van de ziekenhuizen. Op de onderzochte OFE's (=87% van de totale honorariummassa in de pool) worden in 2019 in totaal 282.043 prestaties gefactureerd. Hiertegenover staat een honorariummassa van €6.304.638.

Tabel 9: TMCP HON TFE poli NKO in volledige pool t.o.v. TMCP HON TFE poli NKO op de geselecteerde OFE's

HON/AANTAL TFE POLI_NKO				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
14i	Otorhinolaryngologie	328.909	€ 7.257.931	100,0%
TOTAAL		328.909	€ 7.257.931	100%

HON/AANTAL TFE POLI_NKO, geselecteerde OFE's				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
14i	Otorhinolaryngologie	282.043	€ 6.304.638	100,0%
TOTAAL		282.043	€ 6.304.638	100%

AANDEEL IN SELECTIE			87%
----------------------------	--	--	------------

6.2 Expertvalidatie T.AG poli NKO arts en T.AG poli NKO pers

DE TFE poli NKO wordt opgesplitst in twee T.AG's:

1. **T.AG poli NKO arts:** NKO-prestaties, volledig uitgevoerd door een arts. Geen ondersteuning van verpleegkundig/paramedisch personeel.
2. **T.AG poli NKO pers:** NKO-prestaties, uitgevoerd of ondersteund door verpleegkundig/paramedisch personeel onder supervisie van een arts.

Beide TFE's worden in dezelfde expertensessie gevalideerd. Hierop zijn 2 stafmedewerkers en 4 artsen aanwezig uit 3 verschillende ziekenhuizen.

6.2.1 Empirische en expert RWS T.AG poli NKO arts

De T.AG poli NKO arts bevat, naast 13 unieke prestaties (econodatID's) uit TFE poli NKO, ook 16 unieke prestaties uit andere TFE's. Op de expertensessie worden slechts 21 unieke prestaties besproken. Voor de overige prestaties is op het moment van validatie nog geen kostprijsberekening beschikbaar.

Onderstaande prestaties krijgen een expertenwaardering. De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

Tabel 10: empirische en expert RWS T.AG poli NKO arts

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERT
351035	351046	** Tracheo- en/of laryngoscopie, met of zonder afname voor biopsie	1,00	1,00
258274	258285	Stroboscopisch onderzoek van de stembanden met een onbuigzaam optisch systeem of door fibroscopie, met of zonder registreren van de bewegingen met een camera en vidéorecorder	1,23	1,00
258834	258845	Nasale endoscopie met of zonder biopsie, met behulp van een rechte optiek of hoekoptiek of van een fibroscoop waarmee het cavum, de meatus, de conchae en de drainagewegen van de maxillaire, frontale, ethmoidale, sphenoidale sinussen worden geëxploreerd inclusief de eventuele lokale anesthesie	0,46	1,00
258510	258521	** Endoscopie van één of meer sinussen, met of zonder afname voor biopsie, met of zonder manometrie	3,57	1,00
258812	258823	Een- of tweezijdige tympanoscopie met behulp van een stereoscopische binoculaire microscoop met veelvoudige vergroting van ten minste 10 keer	0,84	0,84
257773	257784	Onderzoek van een letsel van het middenoor in geval van perforatie van het trommelvlies, onder binoculaire heelkundige microscoop, type Zeiss (buiten de heelkundige bewerkingen)	2,28	0,84
257530	257541	Aspiratie van cholesteatoom onder microscoop	0,71	0,84
144712	144723	* Verwijderen van niet ingesloten vreemde lichamen uit de pharynx of uit de externe gehoorgang	0,84	0,84
257692	257703	Elektroglottogram, inclusief het eventueel referentiefonogram, met protocol en uittreksel uit de tracés	6,67	1,00
144616	144620	* Galvanocauteriseren van neus	0,5	0,50
144535	144546	Paracentese van trommelvlies of vliezen	0,52	0,50
255813	255824	° Verwijderen van vreemde lichamen uit neus	1,22	0,50
255216	255220	Resectie van oorpoliepen, volledige behandeling	0,71	0,50
144594	144605	* Opstoppen van neus wegens epistaxis	10,79	0,50
144653	144664	* Opstoppen van neus achteraan	3,97	0,50
355935	355946	** Spoeling van een sinus door punctie en curatieve inspuiting	7,79	0,50

6.2.2 Aandachtspunten T.AG poli NKO arts

De empirische relatieve waarde voor NC 258834-258845 'Nasale endoscopie met of zonder biopsie, met behulp van een rechte optiek of hoekoptiek of van een fibroscoop waarmee het cavum, de meatus, de conchae en de drainagewegen van de maxillaire, frontale, ethmoidale, sphenoidale sinussen worden geëxploreerd inclusief de eventuele lokale anesthesie' is volgens de experten een onderschatting (in de huidige context).

Deze is wellicht gebaseerd op het gebruik van een starre endoscoop, terwijl dit tegenwoordig vrijwel steeds met een, duurdere, flexibele scoop gebeurt.

De prestaties waarbij enkel gebruik gemaakt wordt van een binoculaire microscoop voor tympanoscopie als apparatuur (NC 258812-258823, 257773-257784, 257530-257541 en 144712-144723) zijn mogelijk overgewaardeerd ten opzichte van de basisprestatie met gelijkaardige uitvoeringsduur. De gebruikte microscopen kennen een veel langere reële levensduur dan de apparatuur voor tracheo- en/of laryngoscopie. Ze worden ook voor veel meer uitvoeringen gebruikt waardoor een lagere apparatuurkost per uitvoering realistisch is.

Volgens de aanwezigen op de expertsessie worden de opstoppen van de neus en sinusspoelingen (NC 144594-144605, 144653-144664 en 355935-355946) uitgevoerd zonder personeelondersteuning. Om die reden lijken deze prestaties overgewaardeerd in de empirische RWS.

6.2.3 Empirische en expert RWS T.AG poli NKO pers

De T.AG poli NKO pers bevat, naast 14 unieke prestaties (econodatID's) uit TFE poli NKO, ook 3 unieke prestaties uit TFE poliklinieken en 1 unieke prestatie uit TFE hospitalisatie.

Onderstaande prestaties krijgen een expertenwaardering. De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

Tabel 11: empirische en expert RWS T.AG poli NKO pers

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS expert
255010	255021	Tonale of vocale audiometrie in geluiddichte kamer	1,00	1,00
254973	254984	Supplement voor vocale audiometrie wanneer deze uitgevoerd wordt samen met een tonale audiometrie	1,05	1,00
255054	255065	Tonale of vocale audiometrie met één of meer bijkomende tests : - supraliminaire test - studie van het oorsuizen op de intensiteit en op de frekwentie - oriënterings- of lateralisatietest en uitgevoerd in geluiddichte kamer	1,70	1,70
255076	255080	Gedragsaudiometrie met verslag, met exploratie van op zijn minst drie frekwentiezones bij een kind, jonger dan zes jaar	2,32	2,32
257736	257740	Metten van de impedantie van het trommelvlies, van het middenoor en van de gehoorbeentjesketen, met protocol en tympanogram, inclusief de eventuele stapediale reflex	0,48	0,50
258296	258300	Onderzoek van de cochleaire werking door registratie van de spontane en/of opgewekte oto-emissies.	1,01	1,00
257795	257806	Door auditieve stimulatie opgewekte hersenpotentialen en/of elektrocochleografisch onderzoek met protocol en uittreksel uit de tracés	7,60	5,00
258613	258624	Hersenpotentialen opgewekt door auditieve stimulatie en/of elektrocochleografisch onderzoek, met protocol en uittreksels van de tracé's, uitgevoerd bij de pasgeborene	10,65	10,00
257913	257924	Rhinomanometrische studie van de permeabiliteit van twee neusholten met meten van de debieten en drukken, met grafiek en protocol	1,08	1,10
257935	257946	Rhinomanometrische studie van de permeabiliteit van de twee neusholten met meten van de debieten en drukken, gevolgd door een of meer neusprovocatie-tests door aërosols, met grafiek en protocol	3,09	2,20
258694	258705	Akoestische rhinometrie met curve en protocol en bepaling van de minimale dwarsdoorsnedeoppervlakte van de neusholte (MCA, minimal cross sectional area) en van het nasaal volume, met het oog op of ter evaluatie van het resultaat van een heelkundige ingreep	2,58	1,65

257633	257644	Onderzoek van het labrynth : warmte- en rotatieproeven met registreren en protocol	3,74	4,00
257611	257622	Onderzoek van het labrynth : warmte- of rotatieproef of VHIT (video head impulse test) met registreren en protocol	2,07	2,00
255135	255146	Vestibulumonderzoek met de warmteproeven of rotatoire proef, met verslag	4,69	2,00
257714	257725	Sonogram, ongeacht het aantal tracés dat door verschillende filters is verkregen (grafische voorstelling van de verdeling van de geluidsenergie, van een spraakmonster, over het frequentiebereik in de tijd) protocol en tracés	3,22	1,60
257655	257666	Fonetogram met grafiek	1,63	1,60
350055	350066	Opzoeken van een onmiddellijke allergische overgevoeligheid door pricktests met commerciële allergische en controleoplossingen voor pneumallergenen (minimum 10 testen) en/of trophallergenen (minimum 8 testen) en/of hymenopterae, met syntheseverslag	1,22	1,20

6.2.4 Aandachtspunten T.AG poli NKO pers

Tijdens de expertsessie wordt aandacht gevraagd voor enkele elementen met betrekking tot de onderzoeken van de hersenpotentialen opgewekt door auditieve stimulatie (BERA):

- NC 257795-257806: de waardering betreft het gemiddelde van twee soorten uitvoeringen. Enerzijds gewone BERA's bij volwassenen die 50 minuten in beslag nemen, anderzijds BERA's met drempelbepaling waarvoor 90 minuten nodig is. Differentiatie in de nomenclatuur is wenselijk.
- NC 258613-258624: dit is de BERA bij pasgeborenen. De experts pleiten voor het optrekken van de leeftijdsdrempel tot 36 maanden. Tot deze leeftijd is er meer tijd nodig voor uitvoering o.w.v. uitvoering tijdens natuurlijke slaap, melatonine induced sleep of sedatie. Het onderzoek duurt dan eerder 120 minuten.

Het sonogram (NC 257714-257725) kent volgens de experts een te hoge empirische relatieve waarde. Vermoedelijk is hiervoor een te lange duur ingeschat omwille van uitvoering samen met het fonetogram (NC 257655-257666). Afzonderlijk duren beide onderzoeken ongeveer even lang.

7 TFE poli oftalmo

De theoretische functionele eenheid (TFE) poli oftalmo bestaat uit 84 nomenclatuurprestaties, waarvan 42 ambulante en 42 klinische nomenclatuurcodes.

De pool voor TFE poli oftalmo bestaat uit 9 deelnemende ziekenhuizen.

7.1 Geselecteerde OFE's

Tabel 12 toont per artikel de honorariummassa en het aantal prestaties voor TFE poli oftalmo, enerzijds voor de volledige pool en anderzijds voor de 19 onderzochte OFE's van de ziekenhuizen. Op de onderzochte OFE's (=81% van de totale honorariummassa in de pool) worden in 2019 in totaal 472.559 prestaties gefactureerd. Hiertegenover staat een honorariummassa van €9.867.489.

Tabel 12: TMCP HON TFE poli oftalmo in volledige pool t.o.v. TMCP HON poli oftalmo op de geselecteerde OFE's

HON/AANTAL TFE POLI_OFTALMO				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
3	Technische geneeskundige verstrekkingen	67	€ 762	0,0%
14h	Oftalmologie	574.307	€ 12.254.251	100,0%
TOTAAL		574.374	€ 12.255.013	100%

HON/AANTAL TFE POLI_OFTALMO, geselecteerde OFE's				
ARTIKEL	ARTIKEL_OMSCHRIJVING	AANTAL_POOL	HON_POOL	HON_POOL %
3	Technische geneeskundige verstrekkingen	54	€ 625	0,0%
14h	Oftalmologie	472.505	€ 9.866.864	100,0%
TOTAAL		472.559	€ 9.867.489	100%

AANDEEL IN SELECTIE	
	81%

7.2 Expertvalidatie T.AG poli oftalmo arts en T.AG poli oftalmo pers

DE TFE poli oftalmo wordt opgesplitst in twee T.AG's:

1. **T.AG poli oftalmo arts:** oftalmologieprestaties, volledig uitgevoerd door een arts. Geen ondersteuning van verpleegkundig/paramedisch personeel.
2. **T.AG poli oftalmo pers:** oftalmologieprestaties, uitgevoerd of ondersteund door verpleegkundig/paramedisch personeel onder supervisie van een arts.

Beide TFE's worden in dezelfde expertensessie gevalideerd. Hierop zijn 6 artsen aanwezig uit 5 verschillende ziekenhuizen.

7.2.1 Empirische en expert RWS T.AG poli oftalmo arts

De T.AG poli oftalmo arts bevat, naast 15 unieke prestaties (econodatID's) uit TFE poli oftalmo, ook 5 unieke prestaties uit TFE operatiekwartier en 1 unieke prestatie uit TFE beeldvorming.

Onderstaande prestaties krijgen een expertenwaardering. De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

Tabel 13: empirische en expert RWS T.AG poli oftalmo arts

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERT
249233	249244	Binoculaire biomicroscopie van het voorste segment met protocol of iconografie	1,00	1,00
248975	248986	Onrechtstreekse binoculaire oftalmoscopie met of zonder sclerale insnijding	7,51	1,2
248636	248640	Dynamometrie en/of tonometrie (Schiötz en/of aplanatietonometer)	0,74	0,75
248673	248684	Biomicroscopie van het achterste segment en/of van de oogkamer hoek met contactglazen	7,85	1,2
469335	469346	Bidimensionele echografie met geschreven protocol en iconografische drager die ontstaat na digitale beeldverwerking van de gegevens ongeacht het aantal echogrammen : Van één of beide ogen	38,65	1,5
248275	248286	Behandeling met laser van een cataracta secundaria, per zitting (maximum 3 zittingen)	0,41	1,5
248231	248242	Iridotomie met laser, per zitting (maximum 2 zittingen)	1,16	1,5
248172	248183	Fotocoagulatie met laser van een retinovasculopathie, met fluoangiografisch document voor de behandeling en fotografisch document na de behandeling, per zitting (maximum 4 zittingen)	17,6	1,5
248253	248264	Trabeculoplastiek of iridoplastiek met laser, per zitting (maximum 2 zittingen)	11,08	1,5
248216	248220	Behandeling met laser van perifere degeneratieve chorioretinale letsels, per zitting (maximum 6 zittingen)	11,08	1,5

248312	248323	Behandeling van vergroeiingen (briden) van het corpus vitreum met laser, voor de behandeling in haar geheel	10,6	1,5
248850	248861	Eenzijdige of tweezijdige exploratie van de traanwegen door inspuiten in de traanpunten (mag niet worden gecumuleerd met de nrs. 245011 - 245022 en 245033 - 245044)	9,38	1
248054	248065	In het hoornvlies geïncrusteerd vreemd lichaam of lichamen : extractie onder biomicroscopische controle (mag niet worden gecumuleerd met de raadpleging)	0,67	1
245151	245162	Plaatsen van een punctum plug, per oog	53,72	1
248415	248426	Aanleggen van een hydrofiele sclero-corneale verbandlens voor de behandeling van hoornvliesandoeningen, inclusief de gebruikte lens	0,23	1

7.2.2 Aandachtspunten T.AG poli oftalmo arts

De basisprestatie wordt tijdens de expertensessie medisch-inhoudelijk als een goed vergelijkingspunt beschouwd voor relatieve waardering van de overige prestaties, binnen een ziekenhuiscontext. Daar wordt deze procedure veelvuldig en op homogene wijze uitgevoerd, binnen een vergelijkbare kostenstructuur. In extramurale oogartsenpraktijken zal deze prestatie echter niet overal uitgevoerd worden. Meer in het algemeen kennen deze praktijken ook een andere case mix en kostenstructuur. Opgemerkt wordt dat de basisprestatie zich binnen de empirische RWS van deze T.AG laag tot zeer lage verhoudt tot de overige prestaties. Materiaal- en personeelskosten (excl. artsen) zijn omwille van de procedure afwezig. De apparatuurkosten per uitvoering kunnen zeer laag zijn omwille van zowel de zeer vele uitvoeringen als de zeer lange reële levensduur van spleetlampen, in vergelijking met een korte boekhoudkundige afschrijvingstermijn. Bij bepaling van de apparatuurkosten is aandacht voor de reële levensduur wenselijk.

Nomenclatuur voor non-contact luchttonometrie is wenselijk. Tonometrieën worden bovendien in realiteit telkens gecombineerd met twee andere onderzoeken. Cumuleerbaarheid hiermee wordt gevraagd.

De relatieve expertwaarde voor NC 245151-245162 'Plaatsen van een punctum plug, per oog' is door de experts gebaseerd op de realiteit van het plaatsen van een unilaterale occluderende plug. Voor het plaatsen van dilaterende plugs is een afzonderlijke nomenclatuur wenselijk omwille van de verschillen in middeleninzet. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van verdoving en personeel, gedurende zo'n 15 minuten.

Er is verschil tussen de ziekenhuizen wat de mate van inzet van zorgpersoneel wat deze prestaties betreft. Waar van toepassing gaat het vaak over een zeer beperkte personeelsinzet.

7.2.3 Empirische en expert RWS T.AG poli oftalmo pers

De T.AG poli oftalmo pers bevat, naast 27 unieke prestaties (econodatID's) uit TFE poli oftalmo, ook 5 unieke prestaties uit TFE operatiekwartier en 1 unieke prestatie uit TFE poliklinieken. Op de expertensessie worden slechts 18 econodatID's besproken. Voor de overige prestaties is op het moment van validatie nog geen kostprijsberekening beschikbaar.

Onderstaande prestaties krijgen een expertenwaardering. De basisprestatie is gemarkeerd in het paars.

Tabel 14: empirische en expert RWS TAG poli oftamo pers

AMBU	HOSPI	OMSCHRIJVING	RWS EMPIRISCH	RWS EXPERT
248334	248345	Intravitreale injectie uitgevoerd in strict aseptische omstandigheden	1,00	1,00
144056	144060	Subconjunctivale inspuiting	0,27	0,85
249211	249222	Kwantitatieve computerperimetrie met verschillende gevoeligheidswaarden, computergestuurd met perimeter van Humphrey Octopus of gelijkaardig toestel, met reële of virtuele koepel, met grafiek en besluit	0,48	1,25
248813	248824	Kwantitatieve perimetrie met perimeter van Goldmann of soortgelijke met grafiek en conclusie	0,96	1,25
249255	249266	Oogbiometrie en berekening van de sterkte van een intra-oculair implantaat, met het oog op een heelkundige ingreep, met inbegrip van monodimensionele echografie en keratometrie, met document en protocol	1,39	1,40
248953	248964	Tellen van de endotheliale cellen van de cornea met behulp van een spiegelmicroscop, met fotografisch document, dat betrekking heeft op een oppervlakte van ten minste 0,1 mm ² of 300 cellen, met het oog op een heelkundige ingreep op het voorste segment van het oog	1,26	1,25
248776	248780	Topografische keratometrie	0,46	1,30
249270	249281	Digitale beeldvorming van de retina na injectie van een contrastmiddel of een kleurstof, met protocol	0,58	2,00
248835	248846	Refractometrie door de objectieve methode	0,64	0,65
248710	248721	Omstandig functioneel onderzoek van de oogmotiliteit bij strabismus concomitans of heteroforieën met synoptofoor of soortgelijk toestel (mag slechts tweemaal per jaar worden aangerekend)	0,53	1,80
248732	248743	Omstandig functioneel onderzoek van de oogmotiliteit bij paralytisch strabisme (test van Lancaster of soortgelijke test) + grafiek	1,79	1,80
248754	248765	Juiste diagnose en rangschikking van de aangeboren of verworven dyschromatopsie (test van Farnsworth 100 HUE en/of anomaloscoop + grafieken	8,17	1,00
248533	248544	Elektroretinografie + grafiek	2,92	2,90
248872	248883	Door visuele stimulatie opgewekte hersenpotentialen met protocol en uittreksels uit de tracés	2,92	2,90
248511	248522	Curve van retinale adaptatie met adaptometer van Goldmann-Weekers of gelijkaardige toestel + grafiek	1,03	1,00
248194	248205	Fotocoagulatie met laser van maculaire chorioretinale letsels met fluoangiografisch document vóór de behandeling en fotografisch document na de behandeling, per zitting (maximum 2 zittingen)	1,05	2,50
145014	145025	Uitsnijden van papilloom of van andere goedaardige palpebrale tumor	2,69	2,70
245593	245604	° Volledige behandeling van xanthelasma (één oog)	0,46	2,70

7.2.4 Aandachtspunten TAG poli oftamo pers

Volgens het expertenadvies is de verhouding van de personeelsinzet te laag voor een aantal prestaties omwille van specifieke patiëntenpopulaties of technieken die meer ondersteuning vragen, bijvoorbeeld:

- De kwantitatieve perimetrieën (NC 249211-249222 en 249255-249266) omvatten het onderzoek voor beide ogen en worden veelal uitgevoerd bij een meer kwetsbare patiëntenpopulatie. Er gaat relatief veel tijd naar installatie van de patiënt bij een procedure die dan ook nog eens langer duurt dan de basisprestatie.
- De omstandige functionele onderzoeken van de oogmotiliteit (NC 248710-248721 en 248732-248743) vragen vaak ook meer personeelsinzet van orthoptisten door uitvoering bij o.a. kinderen en polytraumapatiënten.
- Fotodynamische therapie (PDT, NC 248194-248205) vraagt bijkomende personeelsinzet om de lichaamsoppervlakte van de patiënt te bepalen voor het berekenen van de dosis van het farmaceutisch product.

Het uitsnijden van een papilloom of van andere goedaardige palpebrale tumor (NC 145014-145025) en de volledige behandeling van xanthelasma (NC 245593-245604) worden overwegend in operatiekwartieren uitgevoerd. De bepaling van de praktijkkosten voor deze prestaties gebeurt best in die setting.

7.2.5 Aandachtspunten T.AG poli oftalmo algemeen

Voor beide TAG's worden de verhoudingen tussen de onderliggende apparaatkosten regelmatig in vraag gesteld en de empirische relatieve waarde wordt vaak om die reden naar boven bijgesteld. Er zijn grote verschillen in de reële levensduur van de oftalmologische toestellen onderling (niet altijd in lijn met de boekhoudkundige afschrijvingsperiode) en ook de voortdurende technologische evolutie op het vlak van apparatuur nopen tot een tijdige opvolging van de praktijkkosten.

De praktijkkosten voor het gebruik van laser bij oftalmologische procedures in poliklinieken zijn versleuteld naar de hoofdprestaties, niet naar de bestaande bijkomende honoraria voor de verrichting van verstrekkingen volgens de (YAG-)lasermethode (NC 355036-355040 en 355014-355025).

Daarnaast wordt verwacht dat de apparaatkost voor verschillende laserbehandelingen (NC 248253-248264, 248216-248220, 248312-248323 en 248194-248205) stijgt ten gevolge van de overschakeling van het oude type laser naar multispotlasers.

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

**HOOFDSTUK 3: VERGELIJKENDE METHODOLOGIE
VOOR DE INTEGRATIE VAN DE RESULTATEN IN EEN
GEMEENSCHAPPELIJKE SCHAAL**

I Inleiding

Op basis de eigen steekproef van ziekenhuizen heeft elke onderzoeksgroep zijn eigen methodologie toegepast (zie hoofdstuk 2) om de kosten van niet-medisch zorgpersoneel, materialen en medische apparatuur voor de TMCP in de huidige nomenclatuur te berekenen.

Om tegen 31 december 2024 een eerste voorlopige versie (versie 1) van een gemeenschappelijke relatieve waardeschaal (RWS) te verkrijgen, werd een methodologie voor het vergelijken van de resultaten ontwikkeld, besproken, getest en gevalideerd door de twee onderzoeksgroepen.

Kortom, de teams wisselden hun respectievelijke resultaten uit, integreerden ze in hun eigen resultaten, vergeleken ze, analyseerden ze, identificeerden de TMCP die grondiger moesten worden besproken en voerden dit pareto-gewijs uit om tot een consensus te komen over de uiteindelijke totale directe praktijkkosten die in de eerste versie van de RWS wordt opgenomen.

In deze voorbereidende fase, die plaatsvond in oktober en november 2024, wordt de vergelijkende methodologie ontwikkeld en getest met het oog op de integratie van de resultaten van de 2 onderzoeksgroepen in één gemeenschappelijke relatieve waardeschaal.

In de eerste helft van 2025 hebben de teams aan het RIZIV een reeks aanvullende studies voorgesteld om de berekening van de directe praktijkkosten te verbeteren. Deze voorstellen worden op 14 maart 2025 door het RIZIV goedgekeurd. Deze werkzaamheden zijn uitgevoerd en worden hieronder beschreven (zie punt 2).

Op basis van de resultaten van deze bijkomende werkzaamheden wordt de kostprijsberekening van de TMCP voor de huidige nomenclatuur uitgevoerd door elke onderzoeksgroep, onderworpen aan verschillende correcties.

De door elke onderzoeksgroep bijgewerkte kosten worden opnieuw uitgewisseld en de vergelijkingsprocedure, die eind 2024 was ontwikkeld en getest, wordt in mei en juni 2025 herhaald (zie punt 3) om een versie 2 van de RWS uit te werken (zie hoofdstuk 4).

2 Aanvullende studies ter verbetering van de berekening van de directe praktijkkosten in versie 1 van de RWS

2.1 Van de lijst van TMCP opgenomen in versie 1 naar de lijst van TMCP opgenomen in versie 2

In de voorlopige versie 1 van de RWS waren 2.452 TMC prestaties opgenomen. Na bespreking van 76 prestaties die niet in deze eerste RWS waren opgenomen, zijn 28 prestaties verwijderd en 48 extra TMCP aan de oorspronkelijke lijst toegevoegd (zie bestand: hoofdstuk 3 – bijlagen.xlsx, bijlage 1). Versie 2 zal daarom 2.500 TMCP bevatten.

2.1.1 Geëxcludeerde prestaties

- 12 prestaties m.b.t. "Afname van hematopoëtische stamcellen"
 - o Prestaties (econodatID): 211916 / 211912 / 211914 / 211913 / 211915 / 211922 / 211921 / 213232 / 211920 / 211919 / 211918 / 211917

- Complexe prestaties die deels onder TMCP en deels onder ACA of AMTAA vallen. De financiering van deze prestaties zal het onderwerp worden van een specifieke studie.
- 10 prestaties m.b.t. "revalidatiesessies fysische geneeskunde"
 - Prestaties (econodatID): 203408 / 203147 / 207444 / 212229 / 202953 / 207448 / 207446 / 207445 / 212970 / 212969
 - Deze revalidatiesessies voor fysische geneeskunde worden besproken door de ACA-groep.
 - Deze prestaties zijn niet opgenomen in de tweede versie van de RWS.
- 6 prestaties met onduidelijke status (TMCP of ACA)
 - 214021 (0-214126 "Metingen van het hartdebiet door thermodilutiecurven of kleurstof-dilutiecurven en/of continue monitoring van de intracardiale of pulmonale druk door middel van een intracardiale katheter, eerste en tweede dag, per dag") en 214027 (0-211326 "Metingen van het hartdebiet door thermodilutiecurven of kleurstofdilutiecurven, van de eerste tot en met de vijfde dag, per dag").
 - Dit zijn monitoringprocedures die worden onderzocht in de ACA-groep. Deze prestaties zijn niet opgenomen in versie 2 van de RWS.
- 213611 (202856-202860 "Bijkomend honorarium per zitting voor het gebruik van medische beeldvorming bij de verstrekkingen 202355-202366, 202370-202381, 202392-202403, 202436-202440, 202451-202462, 202473-202484, 202495-202506, 202510-202521, 202532-202543, 202554-202565, 202576-202580, 202591-202602, 202613-202624, 202635-202646, 202650-202661, 202672-202683, 202716-202720, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786 en 202790-202801").
- 21 TMC prestaties van de pijnkliniek specificeren in de huidige omschrijving van de nomenclatuur "met gebruik van medische beeldvorming".
 - In de RWS zijn de kosten van het gebruik van medische beeldvorming toegewezen aan prestaties van de pijnkliniek. De prestaties m.b.t. het bijkomende honorarium voor medische beeldvorming zijn dus niet opgenomen in versie 2 van de RWS omdat het een bijkomend honorarium is en geen hoofdprocedure.
- 203759 (201154-201165 "Bijkomend honorarium voor de heelkundige bewerking onder diepe hypothermie (centrale temperatuur onder 33°)")
 - Deze prestatie is een bijkomende vergoeding voor de anesthesist die deelneemt aan het induceren van hypothermie en het monitoren van de patiënt tijdens deze hypothermie.
 - Deze interventie door de anesthesist vereist geen extra operationele kosten.
 - Met akkoord van het RIZIV komt deze prestatie niet voor in de versie 2 van de RWS.
- 204623 (237193-237204 "Bijkomend honorarium voor abdominale heringreep op bestaande aortaprothese bij verstrekking 237016 - 237020, 237031 - 237042, 237053 - 237064 en 237075 - 237086")
 - Deze prestatie komt overeen met een bijkomend honorarium (in feite een modifier) dat wordt toegevoegd aan het ereloon van de hoofdprestatie om voor de vaatchirurg een hogere vergoeding te voorzien in geval van een heringreep van een bestaande aortaprothese.
 - De heringreep brengt geen extra praktijkkosten met zich mee.
 - Met akkoord van het RIZIV zal deze code niet voorkomen in de tweede versie van de RWS.

- 206001 (459970-459981 "Bijkomend honorarium per operatiezitting voor echografieën in de operatiekamer in de loop van een heelkundige bewerking")
 - o Toeslag voor radiologen die in de operatiekamer een echo nemen. Deze prestatie brengt geen extra praktijkkosten met zich mee.
 - o Met akkoord van het RIZIV komt deze code niet voor in de tweede versie van de RWS.

2.1.2 Toegevoegde prestaties

- 9 prestaties "chronische dialyse"
 - o Prestaties (econodatID): 215139 / 215140 / 215143 / 215141 / 215142 / 215145 / 215144 / 215497 / 207227
 - o De berekening van de directe praktijkkosten voor prestaties dialyse zijn opgenomen in de tweede versie van de RWS. Deze resultaten zijn enkel beschikbaar bij het Leuvens team. GEDISULB was immers niet in staat het specifieke onderzoek uit te voeren dat nodig werd geacht om de gedeeltelijke resultaten die momenteel beschikbaar zijn te valideren.
- 25 prestaties m.b.t. "anesthesie gekoppeld aan een oorspronkelijke procedure"
 - o Prestaties (econodatID): 203053 / 203431 / 203150 / 202714 / 202921 / 202954 / 201740 / 203395 / 203013 / 203796 / 203715 / 202361 / 202459 / 203014 / 203217 / 203374 / 213383 / 203243 / 203605 / 212099 / 203218 / 203188 / 203219 / 203394 / 206663
 - o Deze prestaties zijn opgenomen in de tweede versie van de RWS maar met een praktijkkost gelijk aan 0 omdat de kosten, door het gebrek aan registratie van anesthesietechnieken, worden aangerekend aan de procedures van de opdrachtgever. Anesthesie wordt verondersteld functioneel onderdeel te zijn van een hoofdprestatie
- 14 prestaties m.b.t. "installatie en technisch toezicht" uit artikels 13, 11 en 25
 - o Prestaties (econodatID): 214016 / 214052 / 214046 / 214047 / 205431 / 214028 / 214042 / 214025 / 214054 / 214058 / 214044 / 214045 / 214050 / 212385
 - o In de huidige nomenclatuur (V0) zijn "installatie en bewaking" gecombineerd in dezelfde rubriek (en hebben daarom betrekking op zowel de TMCP-groep als de ACA-groep).
 - o In de nieuwe nomenclatuur wordt "installatie" (die betrekking heeft op de TMCP-groep) losgekoppeld van "monitoring" (die betrekking heeft op de ACA-groep).
 - o Deze prestaties zijn opgenomen in de RWS versie 2, maar de praktijkkosten zijn niet berekend om redenen die in hoofdstuk 5 worden toegelicht.

2.2 Herziening van de lijst van klinische activiteitgroepen (GAC)

Er werden 34 GAC's aangemaakt voor de werkplanning en de verdeling van taken tussen de twee onderzoeksgroepen en voor de kostenanalyses.

Om enkele inconsistenties te verhelpen in versie 1 van de RWS, werden er 2 nieuwe GAC's gecreëerd:

- 1 Een GAC_ANESTH_NARCOSE bevat de 25 "narcose" prestaties die zijn toegevoegd in de RWS van de directe praktijkkosten versie 2.
- 2 Een GAC_USI bestaande uit 16 prestaties, waaronder de 14 "controle- en installatie"-procedures (uit de artikel 13, 11 en 25) die zijn toegevoegd in de RWS versie 2.

➤ De verdeling van prestaties over GAC's is gewijzigd voor 55 TMCP.

De 36 GAC's zijn opgenomen in het bestand: hoofdstuk 3 – bijlagen.xlsx, bijlage 2.

2.3 Aan- of afwezigheid van verpleegkundig/technisch personeel om de prestatie uit te voeren

De uitvoering van verschillende prestaties kan variëren van ziekenhuis tot ziekenhuis of van zorgverlener tot zorgverlener, of zelfs naargelang bepaalde patiëntkenmerken.

De berekeningen die worden uitgevoerd in het kader van de RWS versie 1 of versie 2 kunnen uiteraard geen rekening houden met deze praktijkvariatie.

De toewijzing van de kosten van zorgpersoneel aan de TMCP van een operationeel functionele eenheid is daarom gebaseerd op wat de praktijk lijkt te zijn die door de onderzoeksgroepen als meest gebruikelijk wordt beschouwd.

- Ter informatie is in versie 2 van de RWS voor elke prestatie een indicatie "met zorgpersoneel" of "zonder zorgpersoneel" opgenomen.

Dit zou het mogelijk maken om de basis te leggen voor een diepgaander aanvullend onderzoek dat gericht is op het nauwkeuriger definiëren van de respectieve rollen van artsen versus zorgpersoneel bij het uitvoeren van deze procedures. Dit kan ook mogelijke gevolgen hebben voor de waardeschaal voor het professioneel deel van de prestaties (zie fase 2.1) aangezien de tijd "procedure uitgevoerd door de arts" en de tijd "procedure uitgevoerd door zorgpersoneel" zal moeten worden afgestemd en aangepast.

2.4 Doublons

« Doublons » worden gedefinieerd als identieke of bijna identieke bewoordingen in 2 verschillende artikelen van de nomenclatuur, maar met verschillende RIZIV prestatiecodes (dus uitgevoerd door artsen-specialisten van verschillende disciplines).

Er zijn 194 doublons geïdentificeerd in 2019 in de huidige nomenclatuur (zie bestand: hoofdstuk 3 – bijlagen.xlsx, bijlage 3). In versie 1 van de RWS werden een aantal inconsistenties qua dubbele kosten vastgesteld.

Door rekening te houden met RIZIV artikel, prestaties en het verwant zijn van prestaties werden 9 categorieën van doublons gecreëerd.

Type doublon	Aantal paren	Type doublon niveau 2	Aantal paren	Type doublon niveau 3	Aantal paren	Categorie doublon
Artikel 17	108	Radiografie	63	voornamelijk uitgevoerd door radiologen	33	1° RX-doublons die voornamelijk door radiologen worden uitgevoerd
				vrijwel uitsluitend uitgevoerd door radiologen	19	2° RX-doublons die bijna uitsluitend door radiologen worden uitgevoerd
				voornamelijk uitgevoerd door connexisten	7	3° RX-doublons die voornamelijk door connexisten worden uitgevoerd
				vrijwel uitsluitend uitgevoerd door connexisten	4	4° RX-doublons die bijna uitsluitend door connexisten worden uitgevoerd
		Echografie	45	voornamelijk uitgevoerd door radiologen	10	5° ECHO-doublons die voornamelijk door radiologen worden uitgevoerd
				voornamelijk uitgevoerd door connexisten	14	6° ECHO-doublons, voornamelijk uitgevoerd door connexisten
buiten artikel 17	86	OKA buiten OKA	74 12		21	7° ECHO-doublons, bijna uitsluitend uitgevoerd door connexisten
					74	8° doublons buiten RX/ECHO in de OPERATIEKAMER
					12	9° doublons buiten RX/ECHO buiten de OPERATIEKAMER
Totaal	194		194		194	

De resultaten van versie 1 van de RWS geven aan dat er zich 3 verschillende situaties voor doen: (a) verschillende kosten voor doublons, (b) identieke kosten voor doublons, (c) kosten toegeschreven aan slechts één van de doublons.

Door de 9 categorieën doublons en de 3 kostensituaties te vergelijken, wordt duidelijk dat de kosten inconsistent konden zijn binnen dezelfde categorie doublons.

Categorie doublon	Situatie in RWS praktijkkosten V1	Aantal paren
1° RX-doublons die voornamelijk door radiologen worden uitgevoerd	kost: verschillend	10
	kost: identiek	8
	kost voor 1 prestatie binnen de doublon	15
2° RX-doublons die bijna uitsluitend door radiologen worden uitgevoerd	kost: verschillend	9
	kost: identiek	3
	kost voor 1 prestatie binnen de doublon	7
3° RX-doublons die voornamelijk door connexisten worden uitgevoerd	kost: verschillend	1
	kost: identiek	3
	kost voor 1 prestatie binnen de doublon	3
4° RX-doublons die bijna uitsluitend door connexisten worden uitgevoerd	kost: identiek	4
5° ECHO-doublons die voornamelijk door radiologen worden uitgevoerd	kost: verschillend	9
	kost voor 1 prestatie binnen de doublon	1
6° ECHO-doublons, voornamelijk uitgevoerd door connexisten	kost: verschillend	12
	kost voor 1 prestatie binnen de doublon	2
7° ECHO-doublons, bijna uitsluitend uitgevoerd door connexisten	kost: verschillend	1
	kost: identiek	1
	kost voor 1 prestatie binnen de doublon	19
8° doublons buiten RX/ECHO in de OPERATIEKAMER	kost: identiek	73
	NVT 2019	1
9° doublons buiten RX/ECHO buiten de OPERATIEKAMER	kost: verschillend	2
	kost: identiek	6
	kost voor 1 prestatie binnen de doublon	4
Total général		194

Voor versie 2 van de RWS wordt daarom een geharmoniseerde presentatie van de kosten per doubloncategorie voorgesteld.

- Voor de 117 paren van doublons buiten het operatiekwartier (i.e. niet-GAC_BLOC_OP doublons): afzonderlijke kosten worden gerapporteerd indien de gegevens dit toelaten; zoniet, kosten voor één enkele doublon (gebaseerd op criteria zoals lage aantallen of één enkele observatie in één operationele functionele eenheid), de andere aangegeven met een "/"; niet-GAC_BLOC_OP doublons worden vaak uitgevoerd in zeer uiteenlopende operationele functionele eenheden.
- Voor de 77 paren die tot het luik operatiekwartier behoren (« GAC BLOC_OP doublons »): identieke kosten; GAC_BLOC_OP doublons worden vaak uitgevoerd door verschillende disciplines maar in vergelijkbare operationele functionele eenheden (operatiekwartier of chirurgisch dagziekenhuis).

Er moet rekening mee gehouden worden dat de nieuwe nomenclatuur (VI) doublons elimineert, zodat er slechts één label overblijft. Het zal dus nodig zijn om één enkele kostprijs te kiezen (bijvoorbeeld, voor dezelfde omschrijving, of de procedure wordt uitgevoerd door een radioloog of een connexist) of om de omschrijvingen te herschrijven als blijkt dat de procedures niet identiek zijn (met verschillende kosten als gevolg).

2.5 Aanvullende procedures

Een aanvullende procedure is een medische of chirurgische procedure die wordt uitgevoerd naast een hoofdprocedure.

- Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen de kosten van de hoofdprocedure en die van de aanvullende procedure om dubbeltelling van kosten te vermijden.
- Een (niet-limitatieve) lijst van 47 aanvullende procedures wordt opgesteld, die vervolgens waar mogelijk in verband worden gebracht met een of meer hoofdprocedures, op basis van de

formulering of officiële teksten van de nomenclatuur (zie bestand: hoofdstuk 3 – bijlagen.xlsx, bijlage 4).

- De twee onderzoeksgroepen ontwikkelen een gemeenschappelijke methodologie voor de kostprijsberekening van aanvullende procedures. Deze methodologie kon niet worden afgerond binnen het geplande tijdschema.

Na juni 2025 zal een extra studie nodig zijn om deze problematiek grondiger te onderzoeken en tot een geharmoniseerde aanpak te komen.

2.6 Prestaties met betrekking tot specifieke medische apparatuur

Dit zijn procedures die helpen om de hoofdprocedure uit te voeren met behulp van specifieke apparatuur (bijvoorbeeld: geleiding, radioscopische controle, neuronavigatie, verbrijzeling).

355014	355025	Bijkomend honorarium dat mag worden aangerekend door de geneesheer-specialist die één van de volgende verstrekkingen verricht volgens de lasermethode met uitsluiting van de YAG : 431115 - 431126, 431395 - 431406, 431432 - 431443, 431594 - 431605, 432294 - 432305, 432530 - 432541, 432552 - 432563, 432574 - 432585, 432596 - 432600, 432633 - 432644, 432692 - 432703, 245512 - 245523, 245534 - 245545, 245556 - 245560, 246050 - 246061, 246072 - 246083, 246175 - 246186, 246573 - 246584, 246632 - 246643, 246654 - 246665, 248172 - 248183, 248194 - 248205, 248216 - 248220, 248231 - 248242, 248253 - 248264, 248275 - 248286, 248290 - 248301, 248312 - 248323, 255835 - 255846, 256653 - 256664, 257751 - 257762, 258090 - 258101, 258112 - 258123 en 312071 - 312082
--------	--------	---

De uitdaging bestaat erin om dubbele kostenaanrekening te vermijden. Bijvoorbeeld, in het geval van prestatie 355014-355025, moeten de kosten van de laser die nodig is voor een reeks gynaecologische, oftalmologische, etc. prestaties worden aangerekend bij prestatie 355014-355025 (die het mogelijk maakt het gebruik van de laser te factureren) en niet bij de prestaties die de laser gebruiken (431115-431126, 431395-431406, etc.).

In het bovenstaande voorbeeld introduceert de formulering van bepaalde prestaties waarbij gebruik wordt gemaakt van lasers, bv. prestatie 248194-248205 "*Fotocoagulatie met **laser** van maculaire chorioretinale letsels met ...*" een extra dubbelzinnigheid omdat deze formulering het gebruik van lasers specificeert. Dit zou kunnen suggereren dat het gebruik van deze methode is inbegrepen in de vergoeding voor de procedure (en dus dat de kosten voor het gebruik van de laser moeten worden opgenomen in prestatie 248194-248205 terwijl ze moeten worden opgenomen in prestatie 355014-355025). Het ULB team stelde een (niet-limitatieve) lijst op van 20 prestaties die verwijzen naar technische hulpmiddelen, die met het Leuvense team werd besproken (zie bestand: hoofdstuk 3 – bijlagen.xlsx, bijlage 5).

De twee teams kwamen overeen de door het ULB team berekende kosten voor deze prestaties te gebruiken om de methodologische consistentie voor versie 2 van RWS te garanderen. Voor de volgende versies van de RWS wordt gevraagd aan het RIZIV om te beslissen over de meest geschikte methodologie: (a) de kosten van de technische middelen toewijzen aan specifieke prestaties of (b) aan de procedure waarmee het gebruik van de technische middelen gepaard gaat (en bijgevolg voorzien in het schrappen van deze specifieke prestaties).

2.7 Andere discussies met betrekking tot directe praktijkkosten

De onderzoeksgroepen zijn het ook eens over de selectie en verwerking van de volgende kosten:

- De kosten van centrale sterilisatie zijn niet opgenomen in de studie.
- De personeelskosten van de recovery worden samengevoegd met de personeelskosten van het operatiekwartier. Met andere woorden, de personeelskosten van de recovery worden ten laste van de OKA-prestaties gebracht.

3 Vergelijkende methodologie voor de integratie van de resultaten van de 2 onderzoeksgroepen in één RWS.¹

Alvorens nieuwe directe kostprijsberekeningen uit te voeren waarin de hierboven beschreven details zijn verwerkt, analyseerde elke onderzoeksgroep de RWS versie 1. Toen deze voorlopige versie eind 2024 naar het RIZIV werd gestuurd, was er onvoldoende tijd voor verdere gedetailleerde analyse.

De bevindingen van de twee onderzoeksgroepen werden gedeeld en er werd besloten tot gezamenlijke maatregelen om ervoor te zorgen dat de inconsistenties die tijdens de analyse van versie 1 aan het licht kwamen niet zouden worden herhaald in versie 2.

De directe praktijkkosten moeten bijvoorbeeld een voorspelbare gradatie volgen. Analyse van versie 1 laat zien dat dit principe niet altijd is gerespecteerd. Zo heeft prestatie 202095 (255872-255883 "*Resectie van neusschelp of neusschelpstaart of neusschelpplastie, eenzijdige*") een hogere kostprijs dan prestatie 203100 (255894-255905 "*Resectie van neusschelp of neusschelpstaart of neusschelpplastie, tweezijdige*") terwijl het omgekeerde verwacht wordt. Dit type afwijking verdwijnt in versie 2.

3.1 Het samenvoegen van de resultaten van de directe kostprijsberekeningen uitgevoerd door elke onderzoeksgroep.

Elke onderzoeksgroep gebruikt een eigen methodologie (zie hoofdstuk 2) om de kosten van zorgpersoneel, materialen en medische apparatuur te berekenen die direct toe te wijzen zijn aan elk van de 2.500 TMCP.

De resultaten van deze berekeningen worden uitgewisseld, waarbij ervoor wordt gezorgd dat de volgende velden worden gecommuniceerd:

- Theoretisch GAC V2
- Team V2
- ECONODAT
- INAMI ambu-code
- Ziekenhuiscode INAMI
- LIBELLE NPS V0
- Formulering NPS V0
- Tarief 2022
- Nationale hoeveelheid 2022
- Steekproefhoeveelheid 2019
- FF PERS
- FF PMC
- FF EQUIP
- FF TOT
- Betrouwbaarheid van de TC's voor de GAC als geheel
- Betrouwbaarheid van de TC's van TMCP
- Opmerking

¹ Methodologie ontwikkeld in 2024 en een eerste keer getest om een eerste versie van een voorlopige RWS voor het huidige nomenclatuur te rapporteren. Deze methodologie is gereproduceerd voor de nieuwe resultaten die in de eerste helft van 2025 zijn verkregen na de aanpassingen die in punt 3.2 zijn beschreven.

3.2 Voorbereidende analyse uitgevoerd door elke onderzoeksgroep op basis van vooraf overeengekomen principes.

In het ideale geval had elke onderzoeksgroep, die over alle resultaten beschikte, alle beschikbare resultaten voor alle nomenclatuurprestaties kunnen analyseren, op voorwaarde dat het onderzoek niet gebonden zou zijn aan beperkingen in de tijdsplanning (wat duidelijk niet het geval was).

In de praktijk heeft elk team, om de opdracht sneller te kunnen uitvoeren, prioriteit gegeven aan de analyse van een deel van de prestaties, opgesplitst per GAC, volgens een onderling overeengekomen verdeling.

GAC à traiter par KU Leuven	Nb ATMC
GAC_CARDIO_INTERVENTIONNELLE	38
GAC_CARDIO_TECHNIQUE	26
GAC_CHIRORTHO_TECHNIQUE&TRAUMATO	122
GAC_ENDO&TECHNIQUE_GASTRO	69
GAC_ENDO&TECHNIQUE_PNEUMO	44
GAC_ENDO&TECHNIQUE_URO	32
GAC_GYNE_TECHNIQUE&PMA&SALLE_ACC	63
GAC_CT&MEDNUCL	48
GAC_ECHO	55
GAC_IRM	12
GAC_RX	88
GAC_RX_PONCTION	15
GAC_RX_INTERVENTIONNELLE&INVASIVE	61
GAC_NEPHRO&HEMATO	21
GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	36
GAC_STOMATO_TECHNIQUE	12
GAC_URGENCES&PETITS ACTES TECHNIQUES	19
GAC_USI	16
TOTAL	777

GAC à traiter par ULB	Nb ATMC
GAC_BLOC_OP_CHIR ORTHO	534
GAC_BLOC_OP_OPHT	69
GAC_BLOC_OP_STOMATO	115
GAC_BLOC_OP_GYNECO	92
GAC_BLOC_OP_ORL	141
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	80
GAC_BLOC_OP_URO	98
GAC_BLOC_OP_CHIR VASC	64
GAC_BLOC_OP_CHIR ABDO	171
GAC_BLOC_OP_COLONNE	54
GAC_BLOC_OP_CHIR THOR	44
GAC_BLOC_OP_NEUROCHIR	44
GAC_BLOC_OP_CHIR CARD	35
GAC_DERMATO_TECHNIQUE	30
GAC_OPHT_TECHNIQUE	48
GAC_ORL_TECHNIQUE	48
GAC_PAIN_CLINIC	31
TOTAL	1 698

De 2.500 TMCP werden als volgt verdeeld: 777 TMCP vielen onder de verantwoordelijkheid van het Leuvense team, 1.698 TMCP werden toegewezen aan het ULB-team. De groep "GAC_ANESTH_NARCOSE", bestaande uit 25 prestaties, werd aan geen enkel team toegewezen omdat in onderling overleg werd besloten de directe praktijkkosten toe te wijzen aan de hoofdprestaties (met uitzondering van prestatie 203394 "Epidurale anesthesie en het toezicht erop, gedurende de verschillende stadia van de verlossing, inclusief de dilatatieperiode en de eventuele in de verstrekkingen 202031 - 202042 en 202053 - 202064 vermelde obstetrische postpartum-manipulaties" waarvoor het Leuvense team een kost heeft toegewezen).

- Wanneer het verschil in totale directe praktijkkosten minder dan 50% bedraagt, zijn de twee onderzoeksgroepen overeengekomen de volgende regel toe te passen: het bedrag behouden dat overeenkomt met het gewogen gemiddelde van de kosten van het ULB team en het Leuvense team.
- Wanneer het verschil in totale directe praktijkkosten groter is dan 50%, is bijkomende analyse nodig waarbij alle beschikbare informatiebronnen worden onderzocht (omvang zorgpersoneel en geschatte of geregistreerde tijden voor het uitvoeren van de procedure, gebruikte apparatuur, informatie van artsen en experts, etc.).
 - o Elke onderzoeksgroep voerde deze grondige analyses uit, met de nadruk op de GAC-procedures waarvoor ze in de eerste plaats verantwoordelijk waren, om de oorsprong

van de discrepanties te begrijpen en passende oplossingen voor te stellen die bij consensus werden aangenomen.

- Als slechts één onderzoeksgroep kosten opgeeft voor een bepaalde prestatie, worden die kosten aangehouden. Dit geldt ook als de kosten van het andere team om geldige redenen minder betrouwbaar worden geacht.
- Als de twee onderzoeksgroepen geen kosten hebben voor een bepaalde prestatie of als de kosten onbetrouwbaar worden geacht, wordt over het algemeen geen eindresultaat weerhouden.
- Een aanvullende techniek, te omschrijven als "verwachte gradatie van directe praktijkkosten" werd ook gebruikt, met name voor chirurgische GAC's, om afwijkingen aan het licht te brengen die anders moeilijk te ontdekken zouden zijn.

Binnen dezelfde GAC werden TMCP die overeenkomen met vergelijkbare "operatietypes" wat betreft locatie en operatietechniek gegroepeerd. De reden hiervoor is dat het gemakkelijker is om gelijksoortige prestaties tegelijkertijd te vergelijken, in plaats van ze in willekeurige volgorde te analyseren, omdat TMCP binnen dezelfde groepering overeenkomsten vertonen op vlak van zorgpersoneel, materialen en de medische apparatuur die nodig zijn om ze uit te voeren.

Binnen dezelfde groepering werden de prestaties gesorteerd volgens de verwachte gradatie in directe praktijkkosten. Deze gradatie (die slechts een voorstel was en natuurlijk discutabel) was gebaseerd op:

- Ervaring in het veld
- Kostenresultaten
- Duur
- GEDISULB kostendrijvers
- Fase 2.1 scores

Voorbeeld van een groepering van TMCP met betrekking tot "abdominale chirurgie":

ECONO DAT	Omschrijving	Moyenne pondérée FF PERS	W_MDN_EHK_ P	verschil	Moyenne pondérée FF PMC	W_MDN_EHK_ M	verschil	Moyenne pondérée FF EQUIP	W_MDN_EHK_ A	verschil	Moyenne pondérée FF TOT	POOL_W_MDN_ EENHEIDSKOST	%verschil
213538	Heelkundige behandeling van een primaire buikwandhernia (inclusief navelbreuk, epigastrische hernia, Spighellaanse hernia of lumbale hernia)	€ 147,64	€ 158,72	8%	€ 113,74	€ 96,48	-15%	€ 35,93	€ 26,14	-27%	€ 297,31	€ 311,65	5%
213536	Heelkundige behandeling van een eenzijdige inguinale, femorale of obturatorhernia	€ 161,70	€ 197,68	22%	€ 101,14	€ 105,47	4%	€ 42,46	€ 31,40	-26%	€ 305,29	€ 363,61	19%
213537	Heelkundige behandeling van een bilaterale inguinale, femorale of obturatorhernia	€ 170,98	€ 205,37	20%	€ 94,48	€ 121,58	29%	€ 44,02	€ 62,14	41%	€ 309,48	€ 421,91	36%
213539	Heelkundige behandeling van een incisionete buikwandhernia (inclusief recidief na behandeling van een primaire buikwandhernia en parastomale hernias)	€ 206,52	€ 250,50	21%	€ 107,44	€ 186,51	74%	€ 48,72	€ 111,53	129%	€ 362,68	€ 576,02	59%

A priori zouden de materiaalkosten vergelijkbaar moeten zijn (in het voorbeeld is dit niet het geval). Als het gewogen gemiddelde tussen de resultaten van de twee onderzoeksgroepen blindelings was toegepast, zouden de verkregen resultaten inconsistent zijn geweest op vlak van de "verwachte" positionering van de prestaties in de GAC_BLOC_OP_CHIR ABDO.

3.3 Overlegvergaderingen

Door talrijke uitwisselingen per e-mail konden de twee onderzoeksgroepen de voortgang en de coördinatie van hun respectieve werkzaamheden verzekeren en de door elke partij voorgestelde oplossingen valideren.

Voor bijzonder belangrijke handelingen (geselecteerd op basis van de Paretotechniek²) werden gezamenlijke overlegmomenten georganiseerd via teleconferentie om interactief de oplossingen te identificeren die het meest geschikt waren voor de ondervonden problemen.

3.4 De gemeenschappelijke relatieve waardeschaal

Elke onderzoeksgroep stelde vervolgens een totale kostenschaal op voor de TMCP van de GAC's waarvoor het team verantwoordelijk was. De twee schalen werden samengevoegd om één gemeenschappelijke relatieve waardeschaal voor de huidige nomenclatuur te verkrijgen. Deze relatieve waardeschaal wordt in het volgende hoofdstuk voorgesteld.

² Pareto-gewijs = focus op prestaties die 80% van de nationale TMCP uitgaven 2019 uitmaken.

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

HOOFDSTUK 4 : RESULTATEN

Eind december 2024 werd een voorlopige relatieve waardeschaal voor de huidige nomenclatuur (EVR FF ATMC NPS V0 2019 versie 1) verzonden naar het RIZIV. In de eerste helft van 2025 werden verschillende verbeteringen voorgesteld aan het RIZIV (zie hoofdstuk 3 punt 2). Na herberekeningen van de directe praktijkkosten hebben de twee onderzoeksgroepen de vergelijkende methodologie overgenomen, waardoor hun resultaten konden worden geïntegreerd in een gemeenschappelijke schaal.

In dit hoofdstuk is, ter illustratie, een fragment van de RWS versie 2 opgenomen (de volledige schaal wordt in Excel-formaat – 20250630 RWS fase 2.2 KUL_ULB.xlsx – aan het RIZIV bezorgd). De schaal bevat de volgende informatie (kolommen):

econodatID	numéro unique pour la nomenclature ambulatoire et hospitalier code INAMI uniek nummer overkoepelend voor ambulante en klinische nomenclatuurcode RIZIV
Code INAMI ambu Code RIZIV ambu	code de nomenclature INAMI ambulatoire nomenclatuurnummer ambulante RIZIV
Code INAMI hosp Code RIZIV hosp	Code de nomenclature INAMI hospitalisé nomenclatuurnummer klinische RIZIV
Libelle NPS V0 Formulering NPS V0	description nomenclature omschrijving nomenclatuur
FF TOT kost totaal	total des frais de fonctionnement directs totale directe praktijkkosten
EVR RWS	échelle de valeur relative relatieve waardeschaal
fiabilité betrouwbaarheid	niveau de fiabilité (faible/moyen/élevé) niveau van betrouwbaarheid (laag/gemiddeld/hoog)
personnel de santé zorgpersoneel	nomenclature réalisée avec ou sans personnel soignant nomenclatuur uitgevoerd met of zonder zorgpersoneel
commentaire commentaar	explication toelichting
NUM_NAT 2019 NAT_AANTAL 2019	quantités nationales facturées de la nomenclature 2019 nationaal aantal facturaties nomenclatuur 2019
NAT_DEPENSES 2019 NAT_UTGAVEN 2019	dépenses nationales de la nomenclature 2019 nationale uitgaven nomenclatuur 2019

De kolom "betrouwbaarheid" geeft de mate van betrouwbaarheid aan waarmee de onderzoeksgroepen een indicatie van "zekerheid" geven over de berekende relatieve waarde (per prestatie of per GAC). De kolom "zorgpersoneel" geeft een indicatie over de hypothese m.b.t. de aanwezigheid van niet-medisch zorgpersoneel dat direct betrokken is bij de prestatie.

De relatieve waardeschaal rapporteert 2.500 unieke prestaties (ECONODATID, d.w.z. een uniek nummer dat overkoepelend is voor zowel de ambulante- als de klinische nomenclatuurcode), die in 2019 in totaal 53.633.887 keer werden uitgevoerd en die goed zijn voor 2.790.763.901 euro aan nationale uitgaven voor TMCP in 2019.

De directe praktijkkosten worden berekend voor 2.281 prestaties, d.w.z. 91,24% van de TMCP van 2019. Deze 2.281 prestaties vertegenwoordigen 95,83% van de uitgevoerde prestaties en 90,39% van de nationale uitgaven voor TMCP in 2019.

	Aantal Econodat	Nat. Aantal 2019	Nat. Uitgaven 2019
TMCP	2.500	53.633.887	2.790.763.901 €
Resultaat TMCP	2.281	51.398.691	2.522.500.801 €
	91,24%	95,83%	90,39%

De directe praktijkkosten van 24 TMCP behorende tot anesthesie, worden toegewezen aan de uitgevoerde hoofdprestatie, waardoor deze 24 prestaties geen afzonderlijke waarde toegewezen krijgen in de relatieve waardeschaal die in juni aan het RIZIV wordt bezorgd. Bovenstaande tabel is daarom aangepast, waarbij deze 24 prestaties van de 2.500 TMCP zijn geëxcludeerd, zodat de berekende percentages de situatie nauwkeuriger weergeven.

	Aantal Econodat	Nat. Aantal 2019	Nat. Uitgaven 2019
TMCP (excl. 24 anesthesieprestaties)	2.476	51.726.387	2.537.669.998 €
Resultaat TMKP	2.281	51.398.691	2.522.500.801 €
	92,12%	99,37%	99,40%

De directe praktijkkosten worden berekend voor deze 2.281 prestaties, d.w.z. 92,12% van de TMCP van 2019. Deze 2.281 prestaties vertegenwoordigen 99,37% van de uitgevoerde prestaties en 99,40% van de nationale uitgaven voor TMCP in 2019.

Ter informatie geven de onderzoeksgroepen hieronder aan voor welk deel van de nomenclatuur deze eerste resultaten (hoewel gebaseerd op de huidige nomenclatuurgegevens in 2019) als meer of minder betrouwbaar kunnen worden beschouwd. Deze classificatie is niet 'hard-coded' en is ook gedefinieerd aan de hand van verschillende criteria (bv. zeer grote kostenverschillen tussen ziekenhuizen of tussen de twee onderzoeksgroepen, prestaties met een zeer laag volume, etc. in de verschillende GAC's). Dit overzicht van de mate van betrouwbaarheid wordt daarom **alleen ter informatie (confidentieel !)** gegeven.

De mate van "betrouwbaarheid" werd opgesplitst in 3 groepen: laag/gemiddeld/hog.

Rijlabels	Aantal van ECONODAT	Som van NAT_AANTAL 2019	Som van NAT UITGAVEN 2019	AANTAL ECONODAT	NAT_AANTAL 2019	NAT UITGAVEN 2019
faible/laag	487	2 573 893	96 907 733 €	21%	5%	4%
moyen/gemiddeld	451	18 138 856	537 391 684 €	20%	35%	21%
élevé/hog	1343	30 685 942	1 888 201 384 €	59%	60%	75%
Eindtotaal	2281	51 398 691	2 522 500 801 €			

Hieruit blijkt dat een zeer groot deel in het nationaal volume aan TMCP (95%) en de nationale uitgaven (96%) als 'gemiddeld' of 'hoog' betrouwbaar mag beschouwd worden.

Opgemerkt moet worden dat de gepresenteerde resultaten vertrouwelijk zijn. De universitaire teams benadrukken dat de schaal in dit stadium niet los kan worden gezien van de opmerkingen in hoofdstuk 5. De universitaire teams bevelen aan om bij de omzetting van deze schaal in een tarief rekening te houden met deze opmerkingen.

ECONODAT	Code INAMI ambu Code RIZIV ambu	Code INAMI hosp Code RIZIV hosp	Libelle NPS V0 Formulering NPS V0	FF TOT kost totaal	EVR RWS	fiabilité betrouwbaarheid	personnel de santé zorgpersoneel
204517	450214	450225	Tweede lezing van een screeningsmammografie van beide borsten, in het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek	€		moyen/gemiddeld	zonder zorgpersoneel
202173	113190	113201	* Eenvoudige hydramniospunctie	€		moyen/gemiddeld	zonder zorgpersoneel
202771	258812	258823	Een- of tweezijdige tympanoscopie met behulp van een stereoscopische binoculaire microscoop met veelvoudige vergroting van ten minste 10 keer	€		moyen/gemiddeld	zonder zorgpersoneel
212800	149634	149645	Nemen van een cervicaal en vaginaal uitstrijkpreparaat met het oog op een cytopathologisch onderzoek uitgevoerd door een geneesheer-specialist voor een diagnostische of therapeutische follow-up	€		élevé/hoog	zonder zorgpersoneel
202957	149612	149623	Nemen van een cervicaal en vaginaal uitstrijkpreparaat met het oog op een cytopathologisch onderzoek uitgevoerd door een geneesheer-specialist voor het opsporen van neoplastische cellen	€		élevé/hoog	zonder zorgpersoneel
202770	257773	257784	Onderzoek van een letsel van het middenoor in geval van perforatie van het trommelvlies, onder binoculaire heekkundige microscoop, type Zeiss (buiten de heekkundige bewerkingen)	€		moyen/gemiddeld	zonder zorgpersoneel
202174	114030	114041	Nemen van een cervicaal en vaginaal uitstrijkpreparaat met het oog op een cytopathologisch onderzoek, uitgevoerd voor het opsporen van neoplastische cellen	€		moyen/gemiddeld	zonder zorgpersoneel
212799	114170	114181	Nemen van een cervicaal en vaginaal uitstrijkpreparaat met het oog op een cytopathologisch onderzoek, uitgevoerd voor een diagnostische of therapeutische follow-up	€		moyen/gemiddeld	zonder zorgpersoneel
204390	248636	248640	Dynamometrie en/of tonometrie (Schiötz en/of aplanatietonometer)	€		moyen/gemiddeld	met zorgpersoneel

203612	249233	249244	Binoculaire biomicroscopie van het voorste segment met protocol of iconografie	€		moyen/gemiddeld	met zorgpersoneel
202241	431955	431966	** Microscopische colposcopie	€		élevé/hoog	zonder zorgpersoneel
202764	257670	257681	Stroboscopisch onderzoek van de trillingen van de stembanden	€		moyen/gemiddeld	met zorgpersoneel
204010	248673	248684	Biomicroscopie van het achterste segment en/of van de oogkamer hoek met contactglazen	€		moyen/gemiddeld	met zorgpersoneel
202926	558773	558784	Vertebrale manipulaties (mag één keer per dag en maximum 3 keer per patiënt voor een zelfde behandeling worden geattesteerd)	€		faible/laag	met zorgpersoneel
202585	149030	149041	* Implantatie van hormonen	€		élevé/hoog	zonder zorgpersoneel
204785	248975	248986	Onrechtstreekse binoculaire oftalmoscopie met of zonder sclerale insnijding	€		moyen/gemiddeld	met zorgpersoneel
216190	468753	468764	Echografische zwangerschapsevaluatie in het derde trimester, met protocol en documenten, maximum één maal aanrekenbaar per zwangerschap.	€		élevé/hoog	zonder zorgpersoneel
216191	468775	468786	Echografisch morfologisch onderzoek in het tweede trimester vanaf de 20ste week gestationele leeftijd die naast de biometrie en de beoordeling van de levensvatbaarheid de exploratie van de foetale orgaanstelsels omvat met protocol en documenten.	€		élevé/hoog	zonder zorgpersoneel
212427	252571	252582	Borstreconstructie door middel van een vrije perforatorflap (huid en vetweefsel)	€		faible/laag	met zorgpersoneel
212426	252556	252560	Borstreconstructie door middel van een microchirurgische vrije flap	€		faible/laag	met zorgpersoneel
203447	232632	232643	Craniosynostosen : Heelkundige behandeling door advancement van de orbitale band en reconstructie van het beendermassief van gelaat	€		faible/laag	met zorgpersoneel
216084	242830	242841	Pancreaticoduodenectomie	€		élevé/hoog	met zorgpersoneel
205823	242012	242023	Duodeno-pancreatectomie	€		élevé/hoog	met zorgpersoneel

205726	229272	229283	Aortaresectie met bescherming door een tijdelijke bypass door prothese (aorta ascendens en aortaboog)	€		moyen/gemiddeld	met zorgpersoneel
216079	228336	228340	Subtotale oesofagectomie tot op het niveau van de arcus aortae met herstellen van de continuïteit en uitgebreid klierevidement	€		élevé/hoog	met zorgpersoneel
213363	228255	228266	Subtotale oesofagectomie tot op het niveau van de arcus aortae met herstellen van de continuïteit en uitgebreid klierevidement	€		élevé/hoog	met zorgpersoneel
203229	318076	318080	Totale hepatectomie gevolgd door een orthotope levertransplantatie	€		moyen/gemiddeld	met zorgpersoneel
215205	252674	252685	Bilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap, (met inbegrip van het sluiten van de donorsite)	€		élevé/hoog	met zorgpersoneel
215207	252711	252722	Bilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite), na akkoord van het College van Geneesheren-Directeurs voorafgaand aan de ingreep	€		élevé/hoog	met zorgpersoneel
206999	229633	229644	Myocardrevascularisatie op kloppend hart uitgevoerd met een slagaderent (mammaria, gastroepiploica of geëxplanteerde slagader) inbegrepen de eventuele geassocieerde veneuze bypass(en)	€		élevé/hoog	met zorgpersoneel
205137	229611	229622	Myocardrevascularisatie uitgevoerd met een slagaderent (mammaria, gastroepiploica of geëxplanteerde slagader) inbegrepen de eventuele geassocieerde veneuze bypass(en)	€		élevé/hoog	met zorgpersoneel
205625	229574	229585	Myocardrevascularisatie door anastomose met behulp van de arteria mammaria interna, met aanwending van de twee arteriae mammariae internae of implantatie van de arteria mammaria interna in de vorm van sequentiële overbruggingen	€		élevé/hoog	met zorgpersoneel
206947	318334	318345	Transplantatie van dunne darm en lever	€		faible/laag	met zorgpersoneel
205136	229014	229025	Operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten, met extracorporale circulatie	€		élevé/hoog	met zorgpersoneel

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.2A: DIRECTE PRAKTIJKKOSTEN VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

**HOOFDSTUK 5 : BESLUITEN EN AANDACHTSPUNTEN /
COMMENTAIRES**

Voorafgaand: In dit afsluitend hoofdstuk geven beide onderzoeksgroepen gezamenlijk een aantal aanvullende toelichtingen. Dit gezamenlijk hoofdstuk omvat delen in beide talen, omdat elke groep in de eigen landstaal de voornaamste elementen (“besluiten en aandachtspunten” / “commentaires”) toelicht.

I Besluiten

Het eindproduct van dit project rond de directe praktijkkosten van de medische prestaties uit de groep TMCP is een **relatieve waardenschaal**, die de directe praktijkkosten van de diverse prestaties weerspiegelt, voor de huidige TMCP-nomenclatuurcodes (V0).

Deze relatieve waardenschaal (RWS) voor de praktijkkosten van de TMCP is uitgewerkt na een grondige onderzoeksfase, die startte in 2022, door twee onderzoeksteams, een Nederlandstalig (Leuven) en een Franstalig (ULB), die beiden intensief samenwerkten met een aantal ziekenhuizen.

De ontwikkeling van de methodiek, alsook het ‘vergelijkbaar maken’ van de data van de verschillende ziekenhuizen vergde de nodige tijd en energie. Gedurende heel de periode konden beide onderzoeksequipes hiervoor rekenen op de inzet, interesse en bijdragen van de deelnemende ziekenhuizen en was er zeer regelmatig overleg tussen beide equipes. Beide equipes volgen niet exact dezelfde methodiek, maar de aanpak is zeer complementair: de inzichten van beide equipes resulteren in onderlinge synergieën en wederzijdse verrijking van de aanpak.

Als eindresultaat kan een RWS voorgelegd worden, voor **het overgrote deel van de TMCP-codes**, die al in sterke mate de ‘toets van de praktijk’ kan doorstaan. De onderzoeksequipes legden voor 2.281 van de 2476 verschillende TMCP-codes (dus voor 92,12% van de codes) een RWS vast. Deze codes vertegenwoordigen echter 99,37% van het nationaal volume aan TMC-prestaties en ook 99,40% van de honorariamassa van de TMC-prestaties.

Vele onderdelen van deze RWS mogen – weliswaar nog op basis van data 2019 – beschouwd worden als betrouwbaar en representatief voor de reële verschillen in directe praktijkkosten tussen TMC-prestaties. Voor een beperkt aantal prestaties, bv. prestaties die zeer zelden voorkomen, prestaties die altijd ‘aanvullend’ zijn (dus samen met een andere prestatie worden uitgevoerd), is de gehanteerde kostenmethodiek niet zo goed bruikbaar en dient een andere waarderingswijze te worden overwogen. Op basis van scoringsysteem worden 59% van de verschillende codes een score ‘hoge betrouwbaarheid’ toegekend. Deze vertegenwoordigen echter 60% van het nationaal aantal TMC-prestaties en 75% van de nationale honorariamassa van die prestaties. 20% van de TMCP krijgt een score ‘medium betrouwbaarheid’. Deze vertegenwoordigen 35% van het nationaal volume en 21% van de nationale honorariamassa van de TMC-prestaties. 21% van de codes krijgt ‘lage betrouwbaarheid’ toebedeeld, maar deze codes vertegenwoordigen slechts 5% van het nationaal volume en 4% van de nationale honoraria-uitgaven voor de TMC-prestaties.

In globo mag bijgevolg geconcludeerd worden dat de RWS voor de praktijkkosten van de meeste TMCP reeds bruikbaar is als een **voorlopige RWS**, om de voorbereidingen van de herijking van de nomenclatuur verder te zetten (bv. in vergelijking met de resultaten van ACA en ATMAA). Actualisering, verdere bijsturing en verfijning blijft echter noodzakelijk vooraleer deze RWS effectief kan gebruikt worden om nieuwe nomenclatuurtarieven voor de praktijkkosten (of algemener: een aangepaste financiering van de praktijkkosten) te ontwikkelen.

Deze fase van het project laat nog niet toe om een **'tarief'** voor de praktijkkosten per TMCP vast te leggen – en al helemaal niet voor de nieuwe nomenclatuurcodes (VI), die nog niet in voege zijn.

De bijgevoegde nota beschrijft, vervolgens eerst de belangrijkste aandachtspunten van het vervolgtraject, om, finaal aan de hand van de RWS, een vergoeding voor de directe (alsook indirecte) praktijkkosten van de TMCP volgens de nieuwe nomenclatuurcodes (VI) te kunnen vastleggen. Daarna komen de belangrijkste aandachtspunten m.b.t. de berekende RWS per TMCP-nomenclatuurcode aan bod. Hierboven werd reeds aangegeven dat verfijningen en bijsturing wenselijk zijn: een derde paragraaf geeft de belangrijkste, voortschrijdende, inzichten weer die hierrond groeiden in de loop van het project, gerangschikt onder elf thema's. De laatste paragraaf benadrukt nogmaals de noodzaak om ook voor het vervolgtraject nog verder met peilziekenhuizen/ referentieziekenhuizen te werken.

L'échelle de valeurs relatives des frais de fonctionnement des actes techniques médicaux et chirurgicaux de la nomenclature des prestations de santé 2019 version 2 (EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2) constitue un instrument exploitable pour poursuivre les travaux visant à la mise en place de la réforme de la nomenclature.

Toutefois, une mise à jour et des perfectionnements restent nécessaires avant qu'une échelle basée sur les mêmes méthodologies puisse être utilisée efficacement pour l'élaboration des nouveaux tarifs des frais de fonctionnement des ATMC.

Ce chapitre aborde différents sujets regroupés en 3 thématiques :

- L'EVR FF ATMC, élément constitutif de la construction tarifaire
- Réflexions et suggestions concernant le calcul des frais de fonctionnement de l'activité médicale
- Les sources des données comptables et des activités hospitalières.

2 Van RWS (relatieve waardenschaal) naar tarief

In de vervolgfase, waarin op basis van de RWS van de directe praktijkkosten, de tarieven voor de praktijkkosten worden vastgelegd, dient o.a. nog rekening te worden gehouden met:

- De kosten van de **ziekenhuisbrede ondersteunende diensten** (zoals verwarming, elektriciteit, schoonmaak, IT, ziekenhuisonthaal, inschrijvingen, facturatie ...) die diensten en producten leveren aan elke operationele functionele eenheid (OFE).
 - o De in dit project berekende RWS, die uiteraard kan worden uitgedrukt in euro, volstaat niet om de 'totale' praktijkkosten van de TMCP in kaart te brengen. Om een 'totale' (directe + indirecte) kost in kaart te brengen, dienen de euro's, die enkel berekend werden op basis van de directe praktijkkosten, bijgevolg te worden aangevuld met de indirecte kosten die de ziekenhuisbrede ondersteunende dienstverlening omvat (en voor sommige ziekenhuizen allicht ook kosten die rechtstreeks (= direct) op de operationele functionele eenheid werden geboekt, maar niet mee opgenomen zijn bij de directe kosten).
 - o Het KCE heeft de opdracht om de indirecte kosten te berekenen voor verschillende groepen van medische prestaties (cf. infra).

- De RWS voor de directe praktijkkosten mag trouwens ook niet ‘automatisch’ gebruikt worden om de indirecte kosten te versleutelen over TMCP, omdat het gebruik van de ondersteunende diensten sterk kan verschillen naargelang de aard van de activiteiten.
- Met betrekking tot deze problematiek is er nood aan verdere afstemming met het KCE, dat de indirecte kosten in kaart brengt per Finhosta-kostenplaats voor alle ziekenhuizen.
- **De actualisatie van de kostengegevens:** deze studie is gebaseerd op de reële kosten en activiteitsvolumes in 2019 – het recentste COVID-vrije jaar waarvoor er data, met representatieve volumes aan activiteiten, beschikbaar zijn bij aanvang van de studie (in 2022). In de toekomst zal verdere periodieke actualisatie van de praktijkkosten (startend bij de implementatie van de nieuwe nomenclatuur) noodzakelijk blijven, omdat de medische praktijkvoering, evident, ook blijft evolueren. Een eerste actualisatie op basis van gegevens 2024 is trouwens al wenselijk.
- Een deel van de praktijkkosten wordt momenteel ook door **andere bronnen van financiering** gedekt (bv. BFM, dagzaalforfaits, materiaalhonoraria en materiaal honoraria forfaits). Ook deze dienen in kaart te worden gebracht, om vervolgens te beslissen hoe deze andere bronnen van financiering worden in rekening gebracht.

On attire l’attention des décideurs sur le fait que l’EVR FF ATMC NPS V0 version 2 est basée sur le calcul des coûts directs réels et sur l’activité de 2019. Les équipes universitaires ont régulièrement rappelé l’importance d’une actualisation périodique.

On rappelle qu’une EVR FF ATMC n’est qu’une des composantes d’une échelle tarifaire. L’élaboration de celle-ci doit également prendre en compte plusieurs paramètres.

Les charges indirectes et les charges directes des centres d’activité opérationnels non incorporées dans les calculs des coûts directs dont est issue l’EVR FF ATMC NPS V0 devront être pris en compte dans (ou en parallèle avec) l’EVR FF qui sera utilisée pour déterminer les tarifs destinés à couvrir ces frais de fonctionnement)

On croit utile de rappeler qu’actuellement, seule une partie des coûts de la pratique est couverte par les honoraires tandis que d’autres frais de fonctionnement sont couverts par d’autres sources de financement comme le BMF ou des forfaits spécifiques.

Ces 3 considérations, font l’objet des développements suivants :

- Prise en compte des "coûts indirects "
- Mise à jour périodique de l’EVR FF ATMC
- Coûts de la pratique et sources de financement

2.1 Mark-up voor de zogenaamde “indirecte kosten”

Elke medische activiteit heeft nood aan (soms) dienstgebonden, alsook ziekenhuisbrede ondersteunende dienstverlening (onderhoud, schoonmaak, energie, administratie ...). Beide (zowel dienstgebonden als ziekenhuisbrede) worden aangeduid met de term “indirecte kosten”. Voor deze ondersteuning worden er in dit project geen cijfers verzameld.

In 2012 publiceerde het KCE een studie¹ over de kostprijs van ziekenhuisinterventies, en op basis van de data van een ruime steekproef van ziekenhuizen werd door het KCE toen een ‘overhead’ percentage voor deze ondersteunende dienstverlening vastgelegd van 56,6% van de directe kosten. Dit percentage werd uniform vastgelegd voor alle ziekenhuisdiensten, terwijl, in praktijk, de nood aan ondersteunende dienstverlening sterk kan verschillen naargelang het soort medische prestaties. Zo zal de energieconsumptie op een dienst radiologie of radiotherapie totaal niet vergelijkbaar zijn met de energieconsumptie op raadplegingen. Ook de nood aan (hooggeschoold) ondersteunend personeel (die onder de indirecte kosten vallen) varieert heel sterk tussen de medische disciplines/TMCP (bv. IT-medewerkers op radiologie; biotechnici in een dialysecentrum). Dialysecentra hebben bv. ook specifiek nood aan waterzuivering.

Het KCE deed daarom in 2024² een actualisatie van de studie uit 2012. Binnen deze nieuwe KCE-studie, die vertrok van de methodologie die in 2012 werd ontwikkeld, en die sterk gebaseerd is op de kostenplaatsen, zoals afgelijnd in Finhosta, was er geen ruimte noch tijd voor een gedetailleerde afstemming met de individuele ziekenhuizen (om bv. verschillen in boekingswijzen te duiden, en te ‘cleanen’ i.f.v. een betere onderlinge vergelijkbaarheid). De KCE-equipe kon zich enkel baseren op de ingediende Finhostagegevens van alle ziekenhuizen. De KCE-studie probeerde weliswaar de aflijning van de geëxcludeerde (bv. farmaceutische specialiteiten en implantaten) en indirecte kosten zo consistent mogelijk te houden met de aflijning gehanteerd in het onderzoek naar de directe praktijkkosten van de TMCP, maar was beperkt door het niveau van detail dat in de Finhostatabellen beschikbaar is. De kostenplaatsen die Finhosta voorziet zijn bovendien vrij geaggregeerd en worden niet door alle ziekenhuizen op exact dezelfde manier geïnterpreteerd, wat het gevolg is van o.a. verschillen in de organisatie van de medische praktijk tussen ziekenhuizen onderling.

Zo zijn er voor bepaalde medisch-technische diensten/medische disciplines wel redelijk eenduidige kostenplaatsen opgenomen in Finhosta (bv. labo’s en medische beeldvorming, ook OKA, raadplegingen³), maar voor andere activiteiten is helemaal niet duidelijk op welke Finhostakostenplaats deze dienen te landen. Dit geldt bv. voor functiemetingen (bv. pneumo, endoscopieën maagdarm), cathlabs ...

Zelfs binnen de eenduidig gedefinieerde kostenplaatsen verschillen de boekhoudpraktijken in de ziekenhuizen. Zo is bv. duidelijk dat in veel ziekenhuizen de specifieke kostenplaats NMR (binnen de kostenplaatsen van medische beeldvorming) niet steeds alle kosten specifiek voor NMR omvat.

Daarenboven wordt de medische praktijkvoering, evident, niet in alle ziekenhuizen op exact dezelfde manier georganiseerd. Bepaalde prestaties worden in één ziekenhuis in een OKA uitgevoerd, terwijl ze in andere ziekenhuizen in een dagzaal of op een kabinet worden uitgevoerd. Prestaties interventionele radiologie kunnen in de boekhouding verwerkt worden op een OKA, of op medische beeldvorming ...

¹ Swartenbroekx N, Obyn C, Guillaume P, Lona M, Cleemput I. Handleiding voor op kostengebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Report 178A. D/2012/10.273/29

² Vande Voorde Carine, Lefèvre Mélanie, Devriese Stephan, Obyn Caroline, Swartenbroekx Nathalie. Indirecte ziekenhuiskosten als mark-up percentage op de directe kosten. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 380AS. [DOI : 10.57598/R380AS](https://doi.org/10.57598/R380AS).

³ Weliswaar niet van toepassing voor de TMCP

Daarnaast moet ook vastgesteld worden dat het reëel gebruik van sommige ondersteunende functies (bv. energie, koeling, IT-support) sterk kan verschillen naargelang de soorten medische prestaties, terwijl de boekhoudkundige verdeelsleutels onvoldoende deze variatie in gebruik weerspiegelen.

De KCE-studie kon enkel pogen om (a) alle kosten die in de RWS-studie beschouwd worden als indirecte kosten op te nemen in hun studie (ook voor de ziekenhuizen die sommige van deze kosten als directe kost boekten) en (b) om na te gaan hoe de ziekenhuizen deze kosten toewijzen aan de diverse (in Finhosta vrij geaggregeerde) kostenplaatsen, waar TMCP worden uitgevoerd.

Op basis van de resultaten van de KCE-studie, die inderdaad aangeven dat het aandeel indirecte kosten sterk verschilt naargelang de kostenplaats (en ook sterk verschilt tussen de ziekenhuizen onderling – zelfs na (poging tot) uitzuivering door het KCE), dienen verdere stappen gezet te worden om de directe praktijkkosten, berekend in het kader van het huidig onderzoeksproject aan te vullen met een benadering van de indirecte praktijkkosten. Zo zou het KCE de berekende indirecte kosten voor de volledige set van algemene ziekenhuizen kunnen vergelijken met de indirecte kosten voor de subset van ziekenhuizen die deelnamen aan de praktijkkostenstudie uitgevoerd door het Leuvense en het ULB-team. Daarnaast kunnen de onderzoeksgroepen inzoomen op de ‘dienstgebonden’ indirecte kosten, die specifiek zouden kunnen worden toegewezen aan bepaalde OFE’s (bv. verdeling kost centrale sterilisatie, kost PACS voor radiologie, kost biotechnicus en waterzuivering voor dialyse).

Om in de toekomst de indirecte kosten op een meer accurate manier te kunnen toewijzen aan TMCP, om een RWS op basis van directe en indirecte praktijkkosten te kunnen bepalen, wordt bij voorkeur gewerkt met een beperkte groep van peilziekenhuizen, die de indirecte kosten op een uniforme, grondigere en meer nauwkeuriger manier toewijzen en versleutelen, dan momenteel op basis van de Finhostatabellen mogelijk is. Zo pleiten een aantal experts voor een ruimere afbakening in de directe praktijkkosten, met een afbakening die qua kostensoorten zou kunnen verschillen tussen de functionele eenheden. Dit zou ongetwijfeld toelaten om accuratere kosten per medische prestatie te berekenen, maar deze werkwijze vergroot ook het risico op dubbeltellingen.

Cette partie de l'étude des frais de fonctionnement liés à l'activité médicale a été confiée au KCE.

En 2012, le KCE a publié une étude⁴ sur le coût des interventions hospitalières. Sur la base des données issues des hôpitaux belges, le KCE a fixé un taux de « frais généraux » pour les services logistiques de 56,6% des coûts directs. Ce pourcentage a été fixé uniformément pour tous les services hospitaliers, alors que, dans la pratique, les besoins en services logistiques peuvent varier considérablement en fonction du type de services médicaux (par exemple, la consommation d'énergie d'un service de radiologie ou de radiothérapie ne sera pas du tout comparable à la consommation d'énergie des consultations).

⁴ Swartenbroekx N, Obyn C, Guillaume P, Lona M, Cleemput I. Guide pour la tarification des interventions hospitalières en fonction des coûts. Évaluation des technologies de la santé (ETS). Bruxelles : Centre fédéral de connaissances des soins de santé (KCE). 2012. Rapport 178A du KCE. D/2012/10.273/29

En 2024, le KCE a procédé à une mise à jour de l'étude de 2012.⁵ Cette nouvelle étude s'est basée sur les données de l'application Finhosta ce qui limite, de l'aveu même du KCE, la valeur des résultats (données trop agrégées et instructions d'enregistrement trop sommaires ou interprétées différemment selon les hôpitaux).

Sans surprise, cette étude fait état d'une grande variabilité dans les coûts indirects entre des centres d'activités similaires (ou considérés comme tels) dans des hôpitaux différents.

Sur base de ce constat, les deux équipes formulent une suggestion :

A l'avenir, pour pouvoir allouer les coûts indirects aux ATMC de manière plus précise, et donc disposer d'une EVR FF ATMC basée sur les coûts directs et indirects de la pratique, il est préférable de travailler avec un groupe limité d'hôpitaux de référence qui imputeront ces coûts indirects de manière plus uniforme que ce qui est actuellement possible sur la base des tableaux de Finhosta.

2.2 Actualisatie van de kostengegevens 2019 naar het jaar van toepassing

De berekende RWS dienen daarenboven nog geactualiseerd te worden naar het jaar waarin ze toegepast zullen worden. Indien de kost van alle ingezette middelen op dezelfde manier zou evolueren, zou de kostenevolutie de RWS niét beïnvloeden, maar meestal is dat niet het geval. Bovendien blijft de medische praktijkvoering evolueren, onder invloed van technologische evoluties en wijzigingen in de operationele werking, zodat de inzet van personeel, materiaal en apparatuur, per medische prestatie, over de loop der jaren sterk kan wijzigen. Een deel van deze evoluties heeft zich ook al vertaald in een aantal TMCP nomenclatuurwijzigingen sinds 2019.

Hierbij moet minstens rekening worden gehouden met de prijsevolutie (**inflatie**) sindsdien, die o.a. op de loonkosten een zeer substantiële impact heeft – denk aan de 6 indexsprongen in 2022. Maar ook andere kostensoorten zijn sterk onderhevig aan inflatie (bv. energie, voeding ...).

Daarenboven zijn de lonen niet enkel gestegen t.g.v. de inflatie, maar de barema's werden ook aangepast. Een recent sociaal akkoord voorziet de invoering van **IF-IC barema's**, die gemiddeld een 6% reële loonstijging over de loopbaan van de medewerkers impliceren. In 2019 was IF-IC nog maar gedeeltelijk van toepassing (bv. voor 18,25% in de private ziekenhuizen), terwijl sinds juli 2021 IF-IC volledig (100%) van toepassing is. Andere reële loonstijgingen die na 2019 werden ingevoerd zijn het nieuwe specialisatiecomplement (sinds jan 2022) en de verhoging van de eindejaarspremie sinds 2022.

Deze nood aan actualisatie van de kostengegevens speelt evenzeer voor het luik van de indirecte kosten, omwille van diverse factoren: er waren o.a. de zeer sterke stijging, maar permanent-hoogblijvende energiekosten, hogere exploitatiekosten door evoluties op het vlak van IT, cybersecurity, blijvend hogere kosten van voeding en impact van nieuwe regelgeving (bv. GDPR, MDR, NIS 2.0 ...).

Er zal in de toekomst, structureel, steeds een periodieke nood aan actualisatie van de praktijkkosten blijven, omwille van evoluties in de medische praktijkvoering en operationele werking. Dergelijke periodieke actualisatie faciliteert trouwens ook een verbetercyclus voor de analytische boekhouding

⁵ Vande Voorde Carine, Lefèvre Mélanie, Devriese Stephan, Obyn Caroline, Swartenbroekx Nathalie. Les coûts hospitaliers indirects en tant que pourcentage de majoration des coûts directs. Recherche sur les services de santé (HSR). Bruxelles. Centre de connaissances des soins de santé fédéraux (KCE). 2024. Rapports KCE 380AS. DOI : 10.57598/R380AS.

van ziekenhuizen en laat toe om knelpunten uit voorgaande oefeningen methodologisch te verfijnen. In de voorbereidingsfase naar de invoering van de nieuwe nomenclatuur (VI) is er trouwens nood aan tussentijdse actualisatie van de praktijkkostendata, bv. een eerste maal op basis van de kostengegevens 2024 (weliswaar nog op basis van de huidige nomenclatuurprestaties en -volumes (V0)) en een tweede maal net voorafgaand aan de implementatie van de nieuwe nomenclatuur, op basis van ingeschatte volumedata voor de nieuwe nomenclatuur (VI).

Binnen het geheel van de nomenclatuurhervorming stelt er zich voor dit luik bijkomend nog de uitdaging dat de berekening van de praktijkkosten voor andere medische prestaties dan de TMCP gebeurde voor recentere jaren, wellicht met goede redenen (bv. substantiële nomenclatuurwijzigingen na 2019). Dit blijft een aandachtspunt i.f.v. de vergelijkbaarheid van de gegevens.

L'EVR FF ATMC devrait être actualisée périodiquement.

En effet, la pratique médicale ne cesse d'évoluer sous l'influence des développements technologiques et des changements dans le fonctionnement opérationnel, de sorte que le déploiement de personnel, de produits médicaux courants et d'équipement, par prestation, peut changer de manière significative au fil des ans.

L'inflation est un autre facteur qui agit de manière significative sur les coûts salariaux mais également sur d'autres types de coûts comme l'énergie, l'alimentation, etc.

D'autres initiatives ont également modifié les barèmes comme le récent accord social qui prévoit l'introduction des barèmes IF-IC, ce qui implique en moyenne une augmentation réelle de 6 % du salaire au cours de la carrière des employés.

Cette actualisation des données relatives aux coûts joue également pour les coûts indirects, en raison de divers facteurs : entre autres, la très forte augmentation des coûts de l'énergie, de l'informatique et de la cybersécurité.

Il faut également rappeler que l'EVR FF ATMC a été calculée sur base de la nomenclature NPS V0 mais que ces coûts devront être adaptés à la nouvelle nomenclature NPS VI qui est censée entrer en vigueur en 2028. Cette adaptation implique des calculs réalisés à partir d'une activité enregistrée selon la nomenclature NPS VI dans un nombre représentatif d'hôpitaux.

2.3 Praktijkkosten versus andere bronnen van financiering

Uiteraard dient de vergelijking tussen de berekende praktijkkosten en de huidige financiering via honoraria aan de hand van tarieven per prestatie met de nodige omzichtigheid te gebeuren, om diverse redenen. De huidige honorariatarieven omvatten immers ook de vergoeding voor de professionele input van de arts. De tarieven werden in het verleden nooit opgesplitst in een 'professioneel' deel en een deel 'praktijkkosten'.

De studieopdracht die werd toevertrouwd aan het ULB-Leuven team omvat weliswaar enkel het in kaart brengen van de directe praktijkkosten van de TMCP, maar de praktijkkosten van een hele reeks TMCP worden ook nog (deels) gefinancierd via andere bronnen dan de prestatiehonoraria. In de studieopdracht werden enkel de kosten van de farmaceutische specialiteiten, implantaten en invasieve medische hulpmiddelen uitgesloten, omwille van hun specifieke eigen financiering. Een aantal belangrijke andere bronnen van financiering zijn de volgende (niet exhaustief):

- De praktijkkosten van de chirurgische en anesthesieprestaties worden voor een groot deel gefinancierd via onderdeel B2 van het BFM, dat de praktijkkosten in het OKA mee financiert. En onderdeel B1 van het BFM financiert, minstens deels, ook de kosten van de ondersteunende diensten (i.e. indirecte kosten) voor de dienstverlening in OKA.
- Daarnaast zijn er forfaitaire honoraria o.a. in de radiologie en klinische biologie die niet kunnen gerelateerd worden aan specifieke prestaties (o.a. forfaitair honorarium klinische biologie en medische beeldvorming per opname voor patiënten die in het ziekenhuis verblijven en het forfaitair honorarium per voorschrift voor ambulante patiënten, naast het consultancy honorarium voor radiologie, het forfaitair honorarium klinische biologie per verpleegdag), en waarbij ook niet altijd duidelijk is of ze enkel de professionele input van de arts-specialist (bv. consultancy) dan wel ook een deel van de praktijkkosten dekken.
- De praktijkkosten van TMCP voor NMR en de PET worden deels gefinancierd via onderdeel B3 van het BFM (idem dito in radiotherapie, maar deze prestaties vallen buiten de scope TMCP).
- Voor TMCP uitgevoerd in een dagzaal wordt een deel van de praktijkkosten gefinancierd via dagforfaits, althans voor die TMCP die op de lijst van de dagforfaits 1-7 voorkomen (bv. veel prestaties endoscopie). Bovendien werd, bij de vastlegging en actualisatie van de dagforfaits 1-7 (in 2015) uitgegaan van een ruimere omschrijving van de directe praktijkkosten.
- Voor veel medische prestaties financiert het honorarium ook, minstens deels, de nodige medische apparatuur, maar voor sommige apparatuur was er, historisch, ook een gedeeltelijke financiering via het BFM (in het toenmalige onderdeel A3 en A1). Dit was het geval voor de NMR- en PET-toestellen (voor de TMCP) en de lineaire versnellers (van radiotherapie) (via A3; voor andere medische uitrusting via A1). Sinds de laatste staatsvorming is deze financiering verschoven naar de deelstaten, maar met de uitbreiding van het aantal toestellen (ruimere programmatie door de federale overheid) is die financiering ook deels verwaterd.
- Het BFM voorziet in onderdeel B9 financiering voor een aantal sociale akkoorden, die impact (kunnen) hebben op alle ziekenhuispersoneel, dus ook op personeelskosten, die meegerekend werden in de praktijkkosten, bv. de IF-IC financiering (voorlopig via voorschotten), de attractiviteitspremie, het functiecomplement, de arbeidsduurvermindering.
- ...

Het is dan ook van groot belang dat bij de bepaling van tarieven op basis van de verschillende herijkingsprojecten de omvang van de andere financieringsbronnen in beeld wordt gebracht en op elkaar wordt afgestemd om dubbele financiering, of hiaten te vermijden.

Jusqu'à la mise en exploitation de la nomenclature tarifante NPS VI, les honoraires n'auront jamais été divisés en une partie "professionnelle" et une partie "honoraires de pratique".

Si les frais de fonctionnement de l'activité médicale, et l'EVR FF ATMC qui en découle, ont été calculés en prenant en compte tous les coûts directs⁶ des ressources nécessaires à la réalisation des prestations, le financement actuel obéit à d'autres règles.

- Les coûts de pratique des services de chirurgie et d'anesthésie sont largement financés par la composante B2 du BMF, qui cofinance les coûts de pratique dans les blocs opératoires.

⁶ Coûts définis dans les méthodologies du chapitre 2

- Le volet B1 du BMF finance également, du moins en partie, les coûts des services logistiques (c'est-à-dire les coûts indirects) pour les blocs opératoires.
- Il existe également des honoraires forfaitaires en radiologie qui ne peuvent pas être liés à des services spécifiques (par exemple, des honoraires forfaitaires d'imagerie médicale).
- Les frais de fonctionnement pour la RMN et le PET sont partiellement financés par le volet B3 du BMF
- Une partie des frais de fonctionnement des ATMC réalisés en hospitalisation de jour est financée par les tarifs journaliers
- Le volet B9 du BMF finance de nombreux accords sociaux qui ont (peuvent avoir) un impact sur l'ensemble du personnel hospitalier, donc également sur les frais de personnel, qui ont été inclus dans les frais de fonctionnement des actes médicaux.
 - o On souhaite rappeler qu'il sera très important, lors de la fixation des tarifs, de s'assurer d'une bonne adéquation des coûts calculés et des sources de financement retenues afin d'éviter un double financement ou des lacunes.

3 Representativiteit van de berekende directe praktijkkosten voor sommige TMCP

De in het kader van de lopende studie berekende directe praktijkkosten reflecteren niet steeds eenduidig de praktijkkosten van de medische praktijkvoering. Bovendien worden soms grote verschillen in praktijkvoering (en dus in praktijkkosten) tussen ziekenhuizen vastgesteld. Het ligt daarenboven buiten de scope van de huidige studie om uit te klaren welke medische praktijkvoering de voorkeur zou genieten. Hieronder worden de redenen toegelicht en worden eerste voorstellen geformuleerd hoe deze elementen zouden kunnen worden gemedieerd. Evident valt de beslissing over welke elementen worden weerhouden, of niet, onder de verantwoordelijkheid van het RIZIV, en niet onder de onderzoeksgroepen. Hierbij kan het RIZIV uiteraard ook rekening houden met andere overwegingen dan de door de onderzoeksgroepen aangebrachte elementen.

Différents facteurs peuvent expliquer les variations des frais de fonctionnement résultant des calculs réalisés par les équipes universitaires à partir des données hospitalières.

Il n'entre pas dans le cadre de l'étude assignée aux équipes universitaires de se prononcer sur les modalités selon lesquelles devraient être réalisés les actes médicaux et chirurgicaux.

Trois années d'étude des frais de fonctionnement des prestations médicales ont naturellement suscité différentes réflexions et suggestions dont l'intérêt paraissait justifier une mention dans ce rapport.

3.1 Waar wordt de prestatie uitgevoerd?

Zo blijkt dat de deelnemende ziekenhuizen op uiteenlopende manieren georganiseerd zijn in hun operationele medische werking. Bepaalde prestaties worden in één ziekenhuis in een OKA of een hooggespecialiseerd cathlab uitgevoerd, terwijl diezelfde prestaties in andere ziekenhuizen in een kabinet of in een poliklinische omgeving plaatsvinden. Een en ander heeft, uiteraard, impact op de

beschikbaarheid van zorgpersoneel ter ondersteuning en de aanwezigheid van medische uitrusting, die allen mee de directe praktijkkosten bepalen.

Voor de lopende studie wordt gepoogd om deze praktijkverschillen zo goed mogelijk uit te zuiveren (door bv. de focus te leggen op de praktijkkosten in die operationele functionele eenheden (OFE) in elk ziekenhuis waar de overgrote meerderheid van de prestaties werd uitgevoerd).

De berekende directe praktijkkosten zijn bijgevolg mee beïnvloed door de verschillen in operationele werking in elk van de deelnemende ziekenhuizen en het is uiteraard niet duidelijk, op dit ogenblik, of deze mix representatief is voor de praktijkvoering in de Belgische ziekenhuizen, laat staan wat de “meest aangewezen” vorm van praktijkvoering zou zijn.

- ➔ Bij een (periodieke) actualisatie van de directe praktijkkosten (zie ook infra) zou daarom in de toekomst, idealiter, eerst worden vastgesteld op welk soort locatie (bv. OKA/ kabinet/ polikliniek) een bepaalde prestatie geacht wordt te worden uitgevoerd, vooraleer de vergoeding van de praktijkkosten van de VI-nomenclatuurcodes (voor uitvoering in die specifieke locatie) wordt vastgelegd. Indien, onder bepaalde omstandigheden/voor bepaalde patiëntengroepen het noodzakelijk geacht wordt dat de prestatie in een ander soort locatie wordt uitgevoerd, – of bv. een andere soort voorbereiding of nazorg vereist (met andere praktijkkosten) - zou hiervoor een aparte nomenclatuurcode kunnen worden voorzien; of dienen andere financieringsbronnen hiermee rekening te houden (bv. andere dagzaalforfaits i.g.v. uitgebreidere voor- of nazorgtrajecten).

✓ Constat

L'organisation des activités médicales varie d'un hôpital à l'autre avec la conséquence qu'une même prestation peut être réalisée dans des centres d'activité opérationnels (CAO) différents (par exemple, selon l'organisation de l'hôpital ou les circonstances, une colonoscopie peut être réalisée dans un plateau technique dédié aux endoscopies, dans une salle d'opération ou dans un service médicotechnique de gastro-entérologie) ce qui peut entraîner une importante variation des frais de fonctionnement.

✓ Commentaire

LIGBKUL suggère que le lieu où la prestation devrait être « normativement » réalisée soit déterminé, et que le coût de la pratique des codes de la nomenclature NPS VI soit calculé en conséquence. LIGBKUL remarque que dans certaines circonstances ou pour certains groupes de patients, il est jugé opportun que le service soit exécuté dans un autre type de lieu, ou nécessite par exemple un autre type de préparation ou de suivi (avec des coûts de pratique différents), d'autres sources de financement devraient en tenir compte (par exemple, des tarifs journaliers de chambre différents dans le cas de procédures de préparation ou de suivi plus approfondies).

GEDISULB préfère s'en tenir à sa méthode décrite dans le chapitre 2 (prise en compte de la variabilité des lieux d'exécution de l'acte médical dans le calcul des coûts).

L'INAMI, qui prend en compte d'autres considérations (modalités de contrôle, politique de financement, etc.), indiquera son point de vue aux équipes qui seront chargées de l'actualisation des frais de fonctionnement.

3.2 Wie voert de presatie uit: arts-specialist of arts-specialist ondersteund door zorgpersoneel?

In praktijk kunnen sommige TMCP:

- volledig worden uitgevoerd door de arts-specialist (in dit geval bevat de component 'praktijkkosten' geen of zeer beperkte personeelskosten, enkel eventueel voor voorbereiding, begeleiding, nazorg, planning, ...).
- uitgevoerd worden door de arts-specialist, met ondersteuning door zorgpersoneel (in dit geval bevat de component 'praktijkkosten' personeelskosten).
- (quasi) volledig gedelegeerd uitgevoerd worden door het zorgpersoneel (weliswaar onder globale medische supervisie), en situeert de bijdrage van de arts zich vooral, of uitsluitend, op het vlak van de protocollering van de onderzoeksresultaten alsook de supervisie op de manier waarop het onderzoek procesmatig plaatsvindt (in dit geval bevat de component 'praktijkkosten' een veel groter deel personeelskosten).

Voor sommige prestaties zal de manier van medische praktijkvoering (i.e. met of zonder ondersteuning door zorgpersoneel) weinig verschillen tussen de ziekenhuizen onderling, althans aangaande de vraag 'voert de arts de prestatie volledig zelf uit of niet?' (Bv. een OKA zal niet functioneren zonder verpleegkundigen; de oculaire biomicroscopie van art 14h wordt door de oftalmologen zelf uitgevoerd), maar voor veel andere prestaties is het niet zo duidelijk hoe omvangrijk de inzet van de arts tijdens de prestatie precies is – en dus hoeveel ondersteuning door zorgpersoneel vereist is. Die praktijken kunnen bovendien sterk verschillen tussen de ziekenhuizen onderling.

Ook voor de prestaties die artsen quasi-nooit zonder zorgpersoneel uitvoeren, kan de omvang van de ondersteuning door zorgpersoneel sterk verschillen (bv. aantal verpleegkundigen in een OKA-zaal). En ook voor prestaties die de artsen effectief volledig zelf uitvoeren, werden er significante verschillen vastgesteld in de mate waarin er zorgpersoneel werd ingezet om de patiënten voor te bereiden, te begeleiden en/of op te volgen na de interventie (bv. verpleegkundige inzet bij diagnostische en therapeutische endoscopieën). Hierbij wordt het (medisch) materiaal en de apparatuur ook vaak in uiteenlopende mate voorbereid door het zorgpersoneel.

Voor bepaalde prestaties zijn er, op basis van de resultaten van het onderzoek naar de duurcomplexiteit-risicoscores voor het professioneel deel (= bijdrage arts-specialist), indicaties met welke assumpties de praktijkkost voor de vigerende medische prestaties kan worden berekend:

- Als in het professioneel deel de prestatie een ruime duurscore krijgt toebedeeld (desgevallend rekening houdend met de tijd voor protocollering), kan ervan uitgegaan worden dat die score veronderstelt (of zelfs vastlegt) dat de arts de prestatie grotendeels zelf uitvoert à in dergelijk geval mogen de directe praktijkkostengegevens van de ziekenhuizen met een beperkte (of zelfs geen) inzet van zorgpersoneel voor die prestaties als de relevant worden beschouwd.
- Als in het professioneel deel de prestatie een beperkte duurscore krijgt toebedeeld, kan ervan worden uitgegaan dat die score veronderstelt (of zelfs vastlegt) dat de arts voor de uitvoering van de prestatie wordt bijgestaan door zorgpersoneel (bv. longfunctietesten) à in dergelijk geval worden de directe praktijkkostengegevens van de ziekenhuizen met een heel beperkte (of zelfs geen) inzet van zorgpersoneel voor die prestaties als niet-relevant beschouwd voor de vastlegging van de praktijkkosten.

➔ In een vervolgonderzoek wordt, *idealiter*, op voorhand vastgelegd wat de veronderstelling is m.b.t. de inzet van de arts-specialist in de betrokken prestatie, en dit zowel voor de vastlegging

van de score voor het professioneel gedeelte als voor de berekening van de directe praktijkkosten. De assumptie m.b.t. welk deel van de prestatie eventueel niet door de arts (maar door een medewerker) wordt gedaan dient bovendien nauwgezet afgestemd te worden tussen het professioneel en het praktijkkostendeel per prestatie.

In het huidige onderzoeksproject groeide dit inzicht pas geleidelijk in de loop van het onderzoek (zgn. “voortschrijdend inzicht”), zowel voor het luik ‘professioneel deel’ als voor het luik ‘praktijkkosten’, waardoor het niet altijd meer mogelijk was om die bijkomende inzichten volledig mee te nemen in de analyses. Waar mogelijk wordt echter in het eindrapport aangegeven of de TMCP geacht werden uitgevoerd te zijn door de arts met/zonder ondersteuning door zorgpersoneel.

Bij toekomstige (periodieke) actualisaties van de resultaten zou, *idealiter*, zelfs op voorhand vastgelegd moeten worden wat de bijdrage van de arts – versus de ondersteunende rol van het zorgpersoneel – zou moeten zijn, vooraleer geactualiseerde waarden worden vastgelegd.

✓ Constat

A nouveau, les pratiques diffèrent selon les services, voire les médecins, et les hôpitaux.

Ces pratiques entraînent à la fois des conséquences sur l'EVR des honoraires professionnels et sur l'EVR des frais de fonctionnement.

Au § 3.2.3 du chapitre 3 du présent rapport, on a indiqué que, pour les calculs réalisés actuellement, les imputations des charges de personnel soignant/technique sur les ATMC d'un centre d'activité opérationnel procèdent de ce qui semble être la pratique jugée la plus habituelle par les équipes universitaires et que, à titre indicatif, la version 2 de l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 comporte pour chaque prestation une mention « avec personnel soignant » ou « sans personnel soignant ».

✓ Commentaire

Une étude complémentaire plus approfondie pourrait s'efforcer de définir, d'une manière plus précise, la part respective du médecin et du personnel soignant dans la réalisation des ATMC (ce qui aura également d'éventuelles conséquences sur l'EVR HP ATMC NPS VI puisque la durée « réalisation de l'acte par le médecin » et la durée « réalisation de l'acte par le personnel soignant/technique » devront être coordonnées et adaptées).

La manière dont il faudra prendre en compte les résultats d'une telle étude sera également à discuter ; faudra-t-il fixer les cost drivers en fonction de la norme retenue ou faudra-t-il substituer un calcul normatif au calcul en coût réel actuel.

La décision de l'INAMI sera probablement influencée par d'autres considérations telles, par exemple, les conséquences de ce choix sur la mission du SECM ou sur les déplacements potentiels intra ou extra murs de certaines activités médicales.

3.3 Welke groepen van middelen zijn rechtstreeks bij de prestatie betrokken?

Bij de ontwikkeling van de methodologie om de directe praktijkkosten in kaart te brengen is beslist om, voor de kosten van het ondersteunend personeel enkel rekening te houden met de personeelsgroepen die direct bij de uitvoering van de prestatie betrokken kunnen zijn. In praktijk wordt dit 'technisch' omschreven als – hierbij wordt gerefereerd naar de Finhostacategorieën - het verplegend

en verzorgend personeel (categorie 3), het paramedisch personeel (categorie 4) en het ander personeel (categorie 5) dat ingezet wordt voor de betrokken activiteit/werkzaam is in de desbetreffende operationele eenheid. Deelnemende ziekenhuizen die bepaalde van die personeelsgroepen niet als directe kost (maar als indirecte kost op een andere kostenplaats) boeken dienden bijgevolg deze categorieën nog te verschuiven.⁷

Voor sommige groepen van medische prestaties blijkt echter duidelijk dat de praktijkvoering ook een sterke ondersteuning door andere personeelsgroepen vereist, personeel dat weliswaar niet 1-op-1 bij de uitvoering van de prestaties wordt betrokken, maar wel absoluut noodzakelijk is om de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid te garanderen. Voorbeelden zijn IT'ers ter ondersteuning van PACS en biotechnici op een afdeling dialyse.

Naast medewerkers kan het ook gaan over materiaal- of apparatuurkosten - die weliswaar 'standaard' als indirecte kosten beschouwd worden - die voor sommige soorten medische prestaties in praktijk eigenlijk als directe kosten moeten worden beschouwd. Voorbeelden zijn o.a. de (praktijk)kosten van centrale sterilisatie (die vooral ondersteunend werken aan operationele eenheden zoals OKA en endoscopie), systemen van (technische) kwaliteitscontrole bv. voor specifieke medische apparatuur, waterzuivering op dialyse ...

Uit de KCE-studie m.b.t. de indirecte praktijkkosten zou bijgevolg een relatief groter aandeel zgn. "indirecte" kosten moeten blijken, omdat deze personeelscategorieën in relatief sterkere mate zouden moeten versleuteld worden naar de afdelingen waar ze ingezet worden. Hierbij wordt 'zouden moeten' benadrukt omdat in praktijk de Finhostakostenplaatsen niet altijd voldoende grannulariteit vertonen en de voorziene verdeelsleutels niet altijd voldoende accuraat de reële inzet van middelen weerspiegelen.

➔ Bij toekomstige studies zou, per groep van TMCP kunnen worden bepaald welke andere personeelsgroepen (en bij extensie mogelijk ook andere kosten materiaal of apparatuur) als directe kost dienen beschouwd te worden (i.p.v. als een 'indirecte kost').

Het is een uitdaging om die personeelsgroepen/materiaalkosten of apparatuur in elk van de deelnemende ziekenhuizen op een consistente en uniforme manier te integreren, wat nog het nodige onderzoekswerk zou vereisen.

Pour démarrer les études de la phase 2.2.A, une définition de ce qu'il fallait entendre par frais de fonctionnement directs a été arrêtée de commun accord.

Cette définition assez restrictive présente des avantages mais également quelques inconvénients :

- Pour certains groupes de services médicaux, il est clair que la gestion de la pratique nécessite également un soutien important de la part d'autres groupes de personnel pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Il s'agit par exemple du personnel informatique chargé du PACS et des bio techniciens d'un service de dialyse.
- Outre les employés, il peut également s'agir de coûts de matériel ou d'équipement - qui, bien que "standard", sont considérés comme des coûts indirects -alors que, pour certains types de

⁷ En omgekeerd: indien in een ziekenhuis andere personeelsgroepen (bv. secretariaat) rechtstreeks op de betrokken kostenplaats werden geboekt, als directe kost, moesten deze buiten beschouwing gelaten worden voor de berekening van de directe praktijkkosten.

services médicaux, ces coûts devraient en fait être considérés comme des coûts directs dans la pratique. Les exemples incluent les coûts (pratiques) de la stérilisation centrale (qui soutiennent principalement les unités opérationnelles telles que le bloc opératoire et l'endoscopie), les systèmes de contrôle (technique) de la qualité, par exemple pour des équipements médicaux spécifiques, la purification de l'eau dans les services de dialyse...

✓ Commentaires

On pourrait déterminer, pour différents groupes d'ATMC, quels « autres » groupes de personnel (et, par extension, éventuellement quels « autres » coûts de matériel ou d'équipement) devraient être considérés comme un coût direct (plutôt que comme un "coût indirect").

S'il peut paraître relativement aisé de redéfinir le périmètre des coûts directs à incorporer dans les études de coûts des ATMC, les conséquences pratiques sur la réalisation de ces études ne doivent pas être sous estimées car la diversité des situations rencontrées dans les hôpitaux (même s'il ne s'agit que d'un échantillon d'hôpitaux de référence imposera d'importants travaux de restructuration comptables.

3.4 Prestaties uitgevoerd door meerdere medische specialismen

Sommige medische prestaties kunnen door artsen-specialisten uit meerdere disciplines worden uitgevoerd. In een aantal gevallen zijn er wellicht weinig/geen verschillen in de medische praktijkkosten (en bijgevolg de directe praktijkkosten) naargelang de discipline die de prestatie uitvoert. Maar voor andere prestaties is dat mogelijk wel het geval: er zijn vrij grote verschillen in de tijd die nodig is voor de prestatie, de complexiteit van het werk ... Bij de analyse van de directe praktijkkosten blijkt inderdaad ook dat de verschillen in directe praktijkkosten, voor eenzelfde nomenclatuuromschrijving (maar verschillende nomenclatuurcodes) tussen disciplines voor sommige medische prestaties heel klein was, maar groot was voor andere.

➔ Voor het vervolg van de herijkingsoefening zou in eerste instantie uit de waardering van het professioneel deel al moeten blijken of de waardering verschilt tussen de disciplines onderling.

Daarnaast dient op niveau van het RIZIV te worden bepaald of het *wenselijk* is om de directe praktijkkosten afzonderlijk te berekenen (en bijgevolg met een verschillend bedrag te vergoeden), naargelang de uitvoerende discipline. Als dat het geval zou zijn, dient hiermee ook rekening te worden gehouden bij de nieuwe omschrijving van de nomenclatuurcodes (VI).

✓ Constat

Certaines prestations médicales peuvent être réalisées par des médecins spécialistes de plusieurs disciplines, ce qui pourrait éventuellement avoir un impact sur les frais de fonctionnement à condition que cet impact soit confirmé par une étude statistique.

✓ Commentaire

Dans le cas où une étude statistique objectiverait des variations de frais de fonctionnement dont l'origine pourrait être attribuée à la discipline du prestataire (indépendamment du lieu d'exécution de la prestation [voir 5.3.1]), LIGBKUL souhaiterait connaître l'avis de l'INAMI sur un calcul différencié des frais de fonctionnement en fonction des spécialités concernées.

Il s'agit avant tout d'une problématique qui concerne les honoraires professionnels et subsidiairement les frais de fonctionnement.

3.5 Prestaties steeds/frequent uitgevoerd in combinatie met andere prestaties

De opdracht bestaat erin om voor de TMCP een RWS te bepalen op basis van de directe praktijkkost van de verschillende prestaties.

Bij de uitvoering van de opdracht blijkt dat bepaalde prestaties steeds (of toch heel frequent) samen met een andere prestatie worden uitgevoerd. Indien prestaties (bijna) steeds gezamenlijk worden uitgevoerd is het niet eenvoudig om de directe praktijkkosten afzonderlijk te berekenen voor die twee prestaties (bv. welk deel van de personeelskosten dient aan welke prestatie toegewezen te worden?).

Hetzelfde geldt voor een reeks prestaties die uitgevoerd worden in het OKA. In veel gevallen blijkt dat een patiënt tijdens één OKA-passage een ingreep/ingrepen ondergaat, die door meerdere heekkundige (en anesthesie) nomenclatuurcodes gevat wordt. In het onderzoek voor de relevante prestaties binnen het operatiekwartier (exclusief anesthesie, niet-TMCP zoals klinische biologie en pathologische anatomie) blijkt dat in de steekproef van 2.339 prestaties (€ 120 mio honoraria) er 1.670 (€ 91 mio honoraria) relevante OKA-prestaties zijn. Hiervan komen 213 codes (€ 2 mio honoraria) nooit alleen voor en 232 (€ 1 mio honoraria) altijd alleen voor. In totaal 1.457 prestatiecodes (€ 89 mio honoraria) komen dus soms wel en soms niet alleen voor.

Tijdens de studie vormt ook de interpretatie van cumuleerbare prestaties een uitdaging. Het onderscheid tussen een hoofdprestatie en een aanvullende prestatie is in de huidige nomenclatuur niet altijd duidelijk. De nomenclatuuromschrijvingen bieden op zichzelf niet voldoende houvast. Zo hebben de meeste therapeutische endoscopische prestaties ter hoogte van het spijsverteringsstelsel "door middel van endoscopie" in hun omschrijving staan. Op basis van expliciete cumulregels mag echter een deel wél en een deel niet gecumuleerd worden met het onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal. Daarnaast bestaan er toepassingsregels op artikelniveau die niet geëxpliciteerd zijn voor prestaties onder andere artikels die nochtans tot dezelfde cumulinterpretatievraag kunnen leiden. Deze en andere incongruenties zorgen er mee voor dat interpretatie van cumuleerbaarheid niet éénduidig afgeleid kan worden van de omschrijving van prestaties waarbij er geen expliciete cumulregels zijn (bv. Percutane plaatsing van elektrode(n) via transveneuze weg en hartcatheterisme langs veneuze weg)). Dit geeft soms aanleiding tot grote verschillen in kostprijsberekeningen. Ook de interpretatie van bijkomende honoraria verschilt sterk tussen ziekenhuizen. Voor bv. het bijkomend honorarium medische beeldvorming laten sommige ziekenhuizen alle directe praktijkkosten landen op de hoofdprestatie terwijl andere ziekenhuizen de opsplitsing tussen beide proberen te behouden.

- ➔ In dergelijke gevallen kan het de voorkeur genieten dat de directe praktijkkost wordt berekend voor de gezamenlijke prestatie. In eerste instantie moet nagegaan worden hoe deze prestaties landen in de nieuwe nomenclatuurcodes (VI). Voor de cumuleerbaarheid geniet het de voorkeur dat deze zoveel mogelijk éénduidig afleidbaar is uit de omschrijving of een duidelijk en geëxpliciteerd kader krijgt. Zo kan het uitgangspunt bijvoorbeeld zijn dat elke prestatie de globale medische handeling omvat en eventuele uitzonderingen kenbaar worden gemaakt door een toevoeging in de omschrijving zoals "aanvullende handeling".

Ook voor de heekkundige prestaties in het OKA zou het nuttig zijn om de directe praktijkkosten per OKA-passage te kunnen vastleggen (i.p.v. per prestatie). Met het RIZIV dient te worden afgestemd of het gewenst is om die piste verder uit te werken in een

vervolgonderzoek. Het rapport over de RWS van de TMCP biedt al wat meer zicht op de aard en omvang van dit soort prestaties.

✓ Constat

La mission impartie aux équipes universitaires était de calculer des frais de fonctionnement par prestation (en l'occurrence pour les 2.500 prestations de la NPS V0).

On peut cependant constater que certaines prestations sont toujours (ou du moins très fréquemment) exécutées en même temps qu'une autre prestation. Il est également fréquent que plusieurs interventions soient réalisées simultanément lors d'un passage d'un patient au bloc opératoire. Dans ces cas, le calcul des frais de fonctionnement imputables à chaque prestation est plus complexe.

NB. Une distinction doit être faite entre ces actes isolés, réalisés simultanément ou successivement lors d'un passage unique, et des actes principaux accompagnés d'actes complémentaires. Cette dernière modalité a été discutée au § 3.2.5. du chapitre 3 du présent rapport.

✓ Commentaire

Peut-être serait-il préférable de calculer un coût direct de la pratique pour les prestations communes.

Sous réserve de l'avis de l'INAMI, un calcul d'un coût « par passage » pour les prestations chirurgicales réalisées dans les blocs opératoires peut être envisagé dans le cadre de la nomenclature NPS VI.

Pour rappel, la nomenclature NPS VI prévoit, à côté de la notion d'actes isolés, d'une part la notion d'actes complémentaires et d'autre part, la notion de procédure⁸. Il serait donc tout à fait approprié de calculer des frais de fonctionnement uniques pour de telles procédures.

Ceci ne dispense cependant pas de calculer des coûts pour chacune des prestations composant une procédure si, dans certaines circonstances, ces prestations pouvaient être réalisées indépendamment les unes des autres et, dès lors justifier des tarifs séparés.

3.6 Kunnen de materiaalkosten accuraat worden toegewezen?

De boekhoudkundige gegevens over de praktijkkosten per OFE (= operationele functionele eenheid)mogen niet zomaar over alle TMCP in die OFE verdeeld worden, in functie van het aantal prestaties, omdat de aard en hoeveelheid van de materiaalkosten sterk kan verschillen tussen prestaties onderling. Er werd gepoogd om de materiaalkosten accurater toe te wijzen door (a) eerst activiteitgroepen vast te leggen, waarbij de materiaalkosten door lokale experts worden toegewezen aan activiteitgroepen en (b) vervolgens de kosten te verdelen over medische prestaties binnen elke activiteitgroep. De materiaalkosten worden dan verdeeld over alle medische prestaties in een activiteitgroep o.b.v. het aantal uitvoeringen (gefactureerde aantallen).

⁸ Procédures : « ensemble d'actes isolés couramment associés dans le cadre d'interventions réglées. La rédaction d'un tel type de libellé est acceptée uniquement lorsque la combinaison d'actes est suffisamment fréquente et standardisée, et aboutit à un nombre limité de formulations. »

Voor de OKA-prestaties wordt door het Leuvense team een ruimere, afzonderlijke, studie opgezet, met een beperkt aantal ziekenhuizen (3) die over een meer gedetailleerd materiaalregistratiesysteem beschikken, dat toelaat om de kosten van (dure – doch niet vergoed via materiaalhonorarium of materiaalforfaits) materialen eenduidig toe te wijzen aan medische prestaties. Het aandeel van de materiaalkosten per OKA-prestatie, op basis van de gegevens van 3 ziekenhuizen, wordt vervolgens gehanteerd om de totale materiaalkosten in andere ziekenhuizen (die niet beschikken over gedetailleerde registratiesystemen) te verdelen over de OKA-prestaties in deze andere ziekenhuizen.

Materiaal dat gedekt wordt door een materiaalhonorarium of materiaalforfait kan niet altijd makkelijk worden afgebakend; er bestaan onder andere verschillen tussen ambulante en klinische aanrekening. In principe zijn deze materialen uitgesloten van de directe praktijkkosten in deze studie. Echter, verschillende ziekenhuizen geven aan dat dit materiaal in hun systemen niet of niet volledig identificeerbaar is, waardoor dit niet automatisch uitgesloten kon worden. Deze moeilijkheid is het grootst voor materialen gedekt door een materiaalhonorarium waarvoor het recht ontstaat door facturatie van de uitgevoerde prestatie en niet door facturatie van het gebruikte materiaal zelf. Hierbij laat de omschrijving van de materiaalforfaits vaak ruimte voor interpretatie van de draagwijdte door de algemene verwoording. Deze onduidelijkheid neemt nog toe wanneer er een (schijnbare) tegenstelling is met de omschrijving van de materiaaldekking van de betrokken TMCP en/of de regels met betrekking tot cumuleerbaarheid van meerdere TMCP, met daaraan verbonden materiaalhonoraaria, niet geëxpliciteerd zijn. De afbakening van deze materialen is hierdoor vaak ad hoc gebeurd door de ziekenhuizen zelf waardoor de uniformiteit en accuraatheid van deze afbakening nog niet helemaal zuiver zit. Daarnaast is het ook zo dat de materialen die een eigen financiering kennen niet steeds een-op-een kunnen gerelateerd worden aan materiaalkostensoorten. Soms dekt een materiaalforfait de kosten van producten die over meerdere kostensoorten zijn verdeeld en bovendien bevatten die kostensoorten ook materialen die niet door een materiaalforfait worden vergoed.

Ondanks deze onduidelijkheden zijn er aanwijzingen dat de materiaalhonoraaria en materiaalforfaits vaak niet volstaan om de materiaalkosten te dekken. In de meeste gevallen is de vergoeding niet of amper geëvolueerd doorheen de tijd. De berekening van de materiaalkosten gedekt door materiaalhonoraaria vormde geen onderwerp van deze studie. Deze financieringsbron vormt wel een belangrijk aspect voor een voldoende en duurzame financiering van de TMCP.

- ➔ In een vervolgstudie is het wenselijk om voor meer ziekenhuizen beroep te kunnen doen op meer accurate materiaalregistraties, om die praktijkkosten beter te kunnen toewijzen aan de TMCP. Daarnaast dient ook de mate waarin materiaalhonoraaria de werkelijke materiaalkosten dekken bestudeerd te worden. Dit is echter een werk van lange adem. Naast een verduidelijking van de draagwijdte van de verschillende materiaalhonoraaria moeten hiervoor ook de kostensoorten verder verfijnd worden, niet enkel o.b.v. evoluties in soorten materialen, maar ook rekening houdend met de verschillende financieringsbronnen.

La précision de ces imputations dépend des clés de répartition (cost driver PMC) qui seront utilisées.

Dans le chapitre consacré à la présentation de sa méthodologie, chaque équipe a décrit la ou les techniques utilisées pour se procurer ces cost drivers.

- ✓ Constat

Il n'est pas toujours facile de délimiter les PMC c'est-à-dire les produits médicaux (PM) de chaque CAO qui doivent être pris en compte dans le calcul des frais de fonctionnement directs.

A priori, la tarification permet de séparer, d'une part, les spécialités pharmaceutiques et les implants, dont le financement est assuré par une tarification faisant référence au code du produit délivré et au bénéficiaire, et d'autre part, les autres produits médicaux. Cependant une partie de ces derniers ne doit pas être incorporée aux PMC car une partie de ces « autres » produits médicaux font l'objet d'un financement forfaitaire spécifique lié à la prestation réalisée. Il est à souligner qu'en fonction de la prestation réalisée, certains PM seront soit considérés comme des PMC soit seront couverts par un forfait « ensemble de matériel » lié à la prestation. Par ailleurs, la description des produits médicaux laisse souvent une marge d'interprétation du champ d'application en raison de la formulation générale.

✓ Commentaires

Les deux équipes aboutissent à la même conclusion. Il serait souhaitable :

- D'obtenir une liste exhaustive des produits médicaux délivrés à chaque CAO pour la réalisation des ATMC produit par ce centre d'activité
- De catégoriser, sur base d'une classification uniforme, les produits médicaux en fonction des sources de financement et du périmètre défini pour le calcul de frais de fonctionnement
- D'analyser les écarts entre les coûts de chaque catégorie de PM et les financements alloués à ces catégories

3.7 De jaarlijkse kost van medische apparatuur (en onderhoudscontracten)

Voor de apparatuur is gewerkt met de boekhoudkundige gegevens van de afschrijvingen van de medische apparatuur nodig voor het uitvoeren van de TMCP, alsook de kost van de onderhoudscontracten.

Bij een voldoende grote steekproef van ziekenhuizen zouden deze afschrijvingsgegevens representatief moeten zijn voor de reële jaarlijkse kost van de apparatuur: in sommige ziekenhuizen is de apparatuur immers nog in gebruik, maar al volledig afgeschreven (dus € 0 apparatuurkost), maar in andere ziekenhuizen starten dan weer pas de afschrijvingen van gloednieuwe apparatuur (lineaire afschrijving op 5 of 10 jaar, terwijl het apparaat wellicht misschien langer wordt gebruikt, desgevallend mits upgrade).

Indien echter voor sommige apparatuur heel veel ziekenhuizen in de steekproef werken met apparatuur die boekhoudkundig reeds volledig afgeschreven is, wordt de apparatuurkost onderschat en indien veel ziekenhuizen met gloednieuwe apparatuur werken is er een overschatting. Uit de detail analyse van OKA blijkt bv. het risico op onderschatting van de apparatuurkosten. Hier moet ook de nodige aandacht aan worden besteed. Desgevallend kan de apparatuurkost op een andere (normatieve) manier berekend worden.

Daarenboven houdt de huidige nomenclatuur (V0) geen of onvoldoende rekening met de uiteenlopende manieren waarop een bepaalde prestatie kan uitgevoerd worden (bv. al dan niet met behulp van een robot). Zo voorzien veel huidige nomenclatuurcodes voor heelkundige ingrepen nog onvoldoende het onderscheid tussen een uitvoering als open ingreep, (mini-)laparoscopische ingreep of met behulp van robot. Als de kosten van de robot(s) – voor de ziekenhuizen waar er in 2019 al robotingrepen werden uitgevoerd – uitgesmeerd worden over alle heelkundige ingrepen (bv. cholecystectomieën, hysterectomieën), dan wordt de directe praktijkkost van de niet-robotische variant overschat en van de robotvariant onderschat. Daarom worden, voor de analyse o.b.v. de V0-prestaties in 2019 de kosten van de robot buiten beschouwing gelaten, maar afzonderlijk gerapporteerd.

- ➔ In een vervolgonderzoek kan worden overwogen om de boekhoudcijfers (afschrijvingen apparatuur, o.b.v. een 'boekhoudkundige' levensduur van 5, 7 of 10 jaar voor medische apparatuur) te vergelijken met de actuele vervangingswaarde en reële levensduur, en dit minstens voor de relatief dure medische uitrusting, om hiermee een meer accurate, normatieve, inschatting van de apparatuurkosten te kunnen maken.
- Idealiter wordt, voor de dure apparatuur, ook geëxpliciteerd welk soort toestel (i.e. basismodel versus model met diverse opties ...) financierbaar is binnen de honorariafinanciering.

✓ Constat

Les calculs de frais de fonctionnement réalisés par les équipes universitaires se fondent sur les données comptables transmises par les hôpitaux de leurs échantillons respectifs.

On peut présumer qu'avec des échantillons représentant plus du tiers des hôpitaux belges, les données d'amortissement sont représentatives du coût annuel réel des équipements.

Toutefois,

- Si, pour des raisons budgétaires, la majorité des hôpitaux sous-investissaient
- Si, pour les mêmes raisons, ils prolongeaient les durées économiques d'amortissement
- Si, certains équipements étaient sous-utilisés

Les calculs à la base de l'EVR FF ATMC, correspondraient, certes, à la réalité du terrain mais pas aux coûts de ce qui devrait être financé pour assurer des soins de qualité.

✓ Commentaires

Les équipes universitaires suggèrent qu'à côté du coût « réel » calculé à partir de la comptabilité des hôpitaux, un calcul « normatif » soit réalisé pour les équipements médicaux relativement coûteux. Ce second calcul, prenant en compte la valeur de remplacement et une durée de vie économique normative par catégorie d'équipement ainsi qu'un taux « normatif » d'exploitation, pourrait être comparé (ou être substitué) au coût « réel » des calculs actuels.

On relève également l'imprécision des libellés de la nomenclature actuelle NPS V0 et on s'inquiète des distorsions qui peuvent en résulter (par exemple en cas d'utilisation du robot). Si le coût du robot est réparti sur l'ensemble des procédures chirurgicales (par exemples, cholécystectomies, hystérectomies), le coût direct de la variante non-robotique serait surestimé et celui de la variante robotique sous-estimé.

On notera que la restructuration des libellés qui caractérise la nouvelle nomenclature NPS VI répond à cette préoccupation. Le paragraphe 3.2.6 du chapitre 3 aborde également cette problématique.

3.8 Patiëntkenmerken kunnen de praktijkkosten beïnvloeden

In de loop van het onderzoek komt duidelijk tot uiting dat voor sommige TMCP de directe praktijkkosten sterk kunnen verschillen, naargelang bepaalde kenmerken van de patiënt. Dit geldt trouwens evenzeer voor de waardering van het professioneel deel van de medische prestatie.

In het verleden werden bepaalde patiëntkenmerken, zij het in beperkte mate, reeds meegenomen als differentiërende factor bij de vastlegging van het tarief (honorarium). Het meest voor de hand liggende

kenmerk is de leeftijd van de patiënt: voor een beperkt aantal prestaties wordt een hogere vergoeding voorzien als de patiënt jonger is dan een bepaalde leeftijd. Enkele relevante voorbeelden zijn:

- Voor longfunctietesten (spirometrie, diffusietesten, meten van luchtwegresistentie, ...) is er een duidelijk verschil op vlak van personeelsinzet en slottijd afhankelijk van de leeftijd van de patiënt. Kinderen (bv. onder de 16 jaar) hebben vaak meer uitleg en begeleiding nodig dan volwassenen om de test goed uit te voeren. Voor de jongste kinderen (<7j) zal de personeelsinzet en slottijd nog hoger liggen. Voor hen zullen de ademhalings technieken die nodig zijn voor de test, zoals krachtig in- en uitademen, moeilijker zijn waardoor de test mogelijk meerdere keren moet worden herhaald. De huidige nomenclatuur differentieert enkel op basis van de leeftijd van 7 jaar.
- De tijd dat zorgpersoneel besteedt aan extrarenale zuivering verschilt tussen leeftijdsgroepen 0-1 jaar, 1-7 jaar, 7-15 jaar en volwassenen. Bij de jongste patiënten is vaak continu toezicht noodzakelijk. Kinderen in de leeftijdsgroep 1-7 jaar hebben vaak meer uitleg en begeleiding nodig om de procedure goed te begrijpen en mee te werken. Oudere kinderen zullen vaker behoefte hebben aan extra ondersteuning om met de stress en angst van de behandeling om te gaan. Dit vergt meer tijd van het zorgpersoneel waardoor de procedure zelf meer tijd in beslag neemt.
- Voor het BERA-onderzoek (door auditieve stimulatie opgewekte hersenpotentialen) is er momenteel enkel een verhoogd honorarium voor uitvoering bij pasgeborenen. Het differentiërend element in de praktijkkosten voor de uitvoering wordt echter bepaald door het gegeven dat dit onderzoek tot zekere leeftijd tijdens de slaap (natuurlijk, medicatie geïnduceerd of middels sedatie) dient te worden uitgevoerd. Dit is in praktijk meestal nodig tot de leeftijd van 36 maanden.
- Echografieën vragen meer tijd bij kinderen, omdat ze moeilijker stil blijven liggen en meer uitleg behoeven dan volwassenen. De huidige nomenclatuur voorziet daartoe een hoger tarief voor echo's bij kinderen onder de 5 jaar.
- Veel medische handelingen (vb. plaatsen van intra-arteriële katheter, sluiten van atriumseptum-defect, diagnostische punctie-aspiratie van de buikholte ...) kosten meer tijd voor het zorgpersoneel bij patiënten jonger dan 1 jaar. Zij zijn fysiek kleiner en kwetsbaarder dan oudere kinderen waardoor ze vaak intensievere ondersteuning nodig hebben tijdens en na de medische handeling. Daarnaast is de communicatie met deze jonge patiënten moeilijker waardoor het meer tijd kost om hen gerust te stellen en hun medewerking te krijgen.

→ Bij een vervolgonderzoek is het wenselijk om de patiëntkenmerken of 'contextfactoren' die in rekening dienen te worden gebracht om de RWS – en bijgevolg het tarief voor de praktijkkosten – vast te leggen uit te breiden. Onderstaande lijst geeft een aantal voorbeelden van relevante elementen, andere dan leeftijd, niet-exhaustief, maar bedoeld als illustratie:

- Voor eenzelfde prestatie kan de case-mix wat betreft severity-of-illness (SOI) of level-of-complexity sterk verschillen per ziekenhuis. In het algemeen liggen deze hoger in de tertiaire centra met hogere directe praktijkkosten tot gevolg (fase 2.2) maar ook een hogere duur, complexiteit en risico voor de arts (fase 2.1). Deze verschillende realiteiten worden erkend in de expertvalidatiesessies; bv. bij de endoscopische mucosale resectie (EMR) en endoscopische submucosale dissecties (ESD).
- Een patiënt die in het ziekenhuis verblijft op intensieve zorgen en tijdens dat verblijf een NMR-of CT-onderzoek dient te ondergaan vraagt veel meer

ondersteuning door zorgpersoneel, en een langere slottijd dan patiënten die volledig mobiel zijn.

- Diagnostische onderzoeken, bv. aan het oog, of in NKO, vragen veel meer tijd van de arts en het zorgpersoneel indien de patiënt beperkt is in zijn mobiliteit, verwardheid vertoont ...
- Wanneer een patiënte met een onderliggende pathologie moet bevallen, zal zij gedurende een periode voor en/of na de bevalling ter observatie aanwezig moeten zijn in het bevallingskwartier. Dit vergt een aanzienlijk hogere personeelsinzet (vaak zelfs 1-op-1 toezicht) in vergelijking met patiënten zonder onderliggende pathologie (1-op-x toezicht).
- Een elektro-encefalografie (EEG) vraagt beduidend meer tijd (en dus personeelskost) voor een gehospitaliseerde patiënt t.o.v. een ambulante patiënt.
- Patiënten die sedatie/anesthesie nodig hebben vragen – los van de sedatie – ook meer tijd voor meerdere TMCP.

Voor sommige van deze voorbeelden zou de nieuwe nomenclatuur hiermee, op heel eenvoudige wijze, rekening kunnen houden omdat de vereiste extra informatie al standaard beschikbaar is uit de facturatie (bv. verschillend tarief voor ambulante of verblijvende patiënt, afhankelijk van de verblijfsafdeling van de patiënt, afhankelijk van de leeftijd ...) Het uitwerken van een geschikt aanrekenbeleid zal voor andere voorbeelden het nodige aanvullend studiewerk vergen.

✓ Constat

Pour la réalisation d'un même type de prestation, les ressources consommées peuvent varier en fonction des techniques choisies par le médecin, de son expérience et, bien entendu, des caractéristiques du patient.

Dans un nombre de cas limités (certaines épreuves respiratoires, certaines dialyses, etc.), les tarifs de la nomenclature NPS V0 prennent en compte l'âge du patient.

✓ Commentaires

Une prise en compte élargie de caractéristiques des patients ou de facteurs contextuels pourrait, éventuellement, être envisagée lors des calculs conduisant à l'élaboration des EVR FF ATMC NPS V0/V1. Ce plaidoyer est illustré par différents exemples énumérés ci-dessous :

- a. Pour un même service, le case-mix en termes de gravité de la maladie (SOI) ou de niveau de complexité peut varier fortement d'un hôpital à l'autre. En général, ils sont plus élevés dans les centres tertiaires, ce qui se traduit par des coûts directs de pratique plus élevés (phase 2.2.A), mais aussi par une durée, une complexité et un risque plus élevés pour le médecin (phase 2.1.A).
- b. Un patient qui séjourne à l'hôpital en soins intensifs et qui doit bénéficier d'une RMN ou d'un examen tomodynamométrique au cours de ce séjour a besoin d'un soutien beaucoup plus important de la part du personnel soignant et d'un créneau horaire plus long que les patients qui sont entièrement mobiles.
- c. Les examens diagnostiques nécessitent beaucoup plus de temps de la part du médecin et du personnel soignant si le patient est à mobilité réduite, s'il est confus, etc.

- d. Lorsqu'une patiente souffrant d'une pathologie doit accoucher, elle devra bénéficier d'une surveillance accrue ce qui sous-entend la présence d'effectifs plus importants.
- e. L'électroencéphalographie (EEG) nécessite beaucoup plus de temps (et donc des coûts de personnel) pour un patient hospitalisé que pour un patient ambulatoire.

S'il s'agit, comme proposé dans l'étude de la phase 2.1.A, d'appliquer des modificateurs majorant ou minorant des tarifs en fonction d'estimations subjectives, la question se situe sur le plan « économique-politique » et, à ce titre, relève de l'INAMI.

S'il s'agit de fournir des justifications basées sur des études de coûts, l'équipe GEDISULB estime qu'une étude de faisabilité préalable est nécessaire afin d'évaluer ce qu'implique concrètement des calculs de coûts aussi différenciés.

3.9 Prestaties zeer zelden/ niet uitgevoerd in steekproefziekenhuizen

Er zijn een beperkt aantal TMCP die nationaal niet frequent worden uitgevoerd, en die dus in de deelnemende ziekenhuizen zeer zelden of zelfs niet werden uitgevoerd in 2019. Voor die prestaties is het, uiteraard, onmogelijk om een directe praktijkkost te berekenen op basis van reële kosten.

Daarnaast zijn er ook een aantal prestaties die, wellicht toevallig, in 2019 in de deelnemende ziekenhuizen heel weinig werden uitgevoerd – toch niet op de operationele functionele eenheid die in het onderzoek werden opgenomen. Ook voor deze prestaties kon er nog geen directe praktijkkost berekend worden, die toeliet om de prestaties op te nemen in een RWS.

Voor die TMCP zal een andere manier van berekening van de praktijkkost dienen te worden vastgesteld. Een eerste indicatie, of deze oefening überhaupt nuttig is, is alvast of de betrokken prestaties nog een nieuwe nomenclatuurcode kennen in VI. Indien dit het geval is, zal bijkomend studiewerk vereist zijn.

✓ Constat

Quelques prestations sont peu, voire pas, représentées dans les statistiques nationales de l'INAMI. Il n'est donc pas étonnant qu'elles ne figurent pas ou ne sont exécutées que très rarement dans les échantillons hospitaliers des équipes universitaires. Pour ces prestations, il est bien entendu impossible de calculer un coût direct de la pratique sur la base des coûts réels.

Pour l'exercice 2019, la liste de ces prestations est fournie en annexe I au chapitre 5 (zie bestand "hoofdstuk 5 – bijlage.xlsx").

✓ Commentaires

Il faut d'abord savoir si ces prestations ont un équivalent dans la NPS VI et si, c'est le cas, il convient de s'interroger avec les services de l'INAMI de l'intérêt de maintenir ces prestations dans la nomenclature.

On peut aussi décider de les maintenir pour des raisons statistiques mais se borner à les assimiler, sur un plan tarifaire, à telle ou telle prestation jugée équivalente par ces services spécialisés (SECM, CTM).

Enfin, on peut décider de maintenir ces prestations dans l'EVR FF ATMC. Dans ce cas, il conviendra de recourir à des estimations ou à une méthode de calcul « normative ».

3.10 Prestaties met quasi-onmogelijke reële kostprijsberekening

Voor sommige prestaties is een berekening van de directe praktijkkosten o.b.v. de reële (boekhoudkundige) kosten quasi onmogelijk. Dit is o.a. het geval voor een aantal prestaties die voornamelijk uitgevoerd worden op (intensieve) hospitalisatieafdelingen.

Ten eerste zijn de prestaties m.b.t. monitoringondersteuning van patiënten op (intensieve) hospitalisatieafdelingen, zoals omschreven in nomenclatuur V0, moeilijk af te lijnen. Zo neemt vooral de installatie van de continue monitoring relatief veel tijd in beslag en is er weinig “dedicated” tijdsbesteding van het zorgpersoneel voor het toezicht zolang de metingen vlot lopen of is hier veel variatie in. Ook gebeuren er vaak meerdere prestaties tegelijkertijd bij patiënten op diensten intensieve zorgen.

Een gelijkaardige moeilijkheid doet zich voor bij de nomenclatuur voor plaatsen, functioneel opstarten en wegname van extracorporele ondersteuning, inclusief eventuele heringrepen.

De beperking van deze TMCP tot de installatie/plaatsing binnen nomenclatuur VI komt tegemoet aan dit aspect.

Ten tweede wordt voor een aantal TMCP die vooral uitgevoerd worden op (intensieve) hospitalisatieafdelingen gebruikt gemaakt van apparatuur die al functioneel is voor continue monitoring/medicatioediening. Denk hierbij bijvoorbeeld aan pendels, monitoringsapparatuur en spuitdrijvers. Ook het personeel dat assisteert bij deze prestaties is reeds aanwezig in het kader van hun algemene verpleegopdracht. Deze middelen worden slechts voor een beperkt deel van hun tijd ingezet voor de TMCP.

Door de veelheid aan niet-TMCP activiteit en de continuïteit van monitoring op (intensieve) hospitalisatieafdelingen is het moeilijk de specifieke kosten voor de TMCP af te zonderen binnen de boekhouding van deze OFE's, in het bijzonder voor personeel en apparatuur.

- ➔ Voor deze TMCP is mogelijk een normatieve benadering wenselijk. In deze benadering wordt opgelijst welke specifieke apparatuur en materialen nodig zijn om de prestaties uit te voeren en wordt in overleg met het zorgpersoneel vastgelegd hoeveel tijd er nodig is voor de prestaties. Dit omvat de tijd nodig voor zowel (a) de installatie alsook voor (b) het dagelijks toezicht en eventueel (c) de wegname.

✓ Constat

Dans la nomenclature actuelle NPS V0, en fonction de leur libellé, quelques prestations peuvent être classées partiellement dans les ATMC et partiellement dans les ACA (voir § 3.2.1 du chapitre 3).

✓ Commentaire

Avec l'accord de l'INAMI, on a veillé, lors de la restructuration de ces prestations, à les scinder de telle manière que chaque nouvelle prestation issue de cette opération puisse être classée sans ambiguïté dans les ATMC ou dans les ACA. C'est par exemple le cas du code (Econodat) 205431 « 211013-211024 : Installation et surveillance de la respiration artificielle contrôlée ou assistée continue, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors de la narcose, y compris la capnométrie : Le premier jour ».

Toutefois, cette clarification au niveau de la classification ne résout pas les problèmes de calcul des coûts et de tarifs. Deux difficultés devront être résolues.

- Le personnel qui effectue les installations est souvent le même que celui qui assure la surveillance des équipements et effectue de nombreuses autres tâches de soins aux patients.
- Imputer une partie de l'équipement à l'installation de celui-ci est une chose. Il faut s'assurer que l'autre partie de l'amortissement et de la maintenance ne sera pas négligée. Cette dernière observation pose la question de l'EVR FF ACA NPS V0/VI. A ce jour, ce sujet n'a été abordé que très superficiellement par le groupe chargé des ACA.

Concrètement, il semble souhaitable de confier le calcul des coûts de ces prestations à statut mixte à un seul groupe de travail. Celui-ci devra vraisemblablement recourir à une méthode de calcul « normative ».

3.11 Focus op prestaties in een ziekenhuiscontext

Tot slot moet nog worden benadrukt dat de initiële opzet van de opdracht voor het RIZIV erin bestaat om de directe praktijkkosten van de TMCP in een ziekenhuiscontext vast te leggen.

Er mag dus niet automatisch worden van uit gegaan dat de berekende directe praktijkkosten ook representatief zijn voor de uitvoering van deze prestaties in de context van een extramurale zelfstandige medisch specialistische praktijk, buiten een ziekenhuiscontext. Het is goed mogelijk dat, binnen de groep van TMCP die ook buiten een ziekenhuisomgeving kunnen en mogen uitgevoerd worden, de aard van de medische praktijkvoering sterk verschilt van de praktijkvoering binnen een ziekenhuis, bv. qua beschikbare apparatuur, ondersteuning door zorgpersoneel alsook dat de kenmerken van de patiëntenpopulatie die in een extramurale zelfstandige artspraktijk komt sterk kunnen verschillen (bv. meer mobiele patiënten, met minder co-morbiditeiten).

Uiteraard zijn er ook geen gegevens over de indirecte kosten in zelfstandige medische praktijken voorhanden in de KCE-studie.

- ➔ Bij vervolgonderzoek is het wenselijk om, minstens voor de TMCP die frequent ook in extramurale privépraktijken worden uitgevoerd, een steekproef van privépraktijken in de analyse te betrekken. Deze invalshoek maakt echter geen deel uit van de scope van de initiële opdracht om de directe praktijkkosten in kaart te brengen. Dit zal de kosten oefening trouwens niet vereenvoudigen omdat deze privépraktijken in hun boekhouding niet gebonden zijn aan het minimum rekeningstelsel dat de ziekenhuizen dienen te hanteren. Bovendien zijn de

jaarrekeningen van deze organisaties, met de details van de kostprijboekhouding moeilijker consulteerbaar.

✓ Constat

Extrapoler les frais de fonctionnement des ATMC calculés à partir des données hospitalières à des organisations extrahospitalières nécessiterait beaucoup de réflexion et de prudence comme cela a été discuté à plusieurs reprises lors de comités d'accompagnement.

✓ Commentaire

L'étude actuelle des frais de fonctionnement, confiée aux équipes universitaires par l'INAMI, concerne les hôpitaux. Extrapoler les résultats au milieu extra-hospitalier, sans réflexion approfondie, serait imprudent.

Il serait peut-être souhaitable d'inclure un échantillon de cabinets privés dans l'analyse, au moins pour les ATMC qui sont fréquemment réalisés dans des cabinets privés extra-muros.

Toutefois, plusieurs problèmes inhérents à la réalisation d'une telle étude doivent être préalablement analysés et résolus par l'INAMI (accès aux données comptables et d'activité ; qualité, transparence et organisation des données comptables ; etc.).

4 Naar een systeem van peilziekenhuizen

Het is de betrachting dat de (meeste) ziekenhuizen, die deelnemen aan de praktijkkostenstudie in 2022-2024 ondertussen hun interne gegevensverzameling en datasets zo organiseren, dat ze, tijdens een volgende studie, sneller en efficiënter de nodige data in het vereist formaat kunnen aanleveren. Het is m.a.w. de bedoeling dat een aantal deelnemende ziekenhuizen zich profileren als 'peilziekenhuis' dat kostengegevens op een gestandaardiseerde manier kan ter beschikking stellen voor toekomstige analyses.

Deze data zullen trouwens niet enkel nuttig zijn om de praktijkkosten van de nieuwe nomenclatuurcodes (VI) te berekenen, maar ook om in daaropvolgende jaren periodieke actualisaties van deze praktijkkostenberekeningen te kunnen doorvoeren – of data aan te leveren voor andere kostprijsstudies vanuit diverse overheidsinstanties (RIZIV, FOD VVVL, KCE ...). Als dusdanig wordt verwacht dat een aantal van de ziekenhuizen die deelnemen aan de eerste fase van de directe praktijkkostenstudie (V0) ambiëren ook in de toekomst als peilziekenhuis voor dergelijke studies te blijven functioneren.

En cas de répétition d'études portant sur les frais de fonctionnement des ATMC, il serait souhaitable que les hôpitaux qui participeraient à ces études améliorent l'enregistrement de leurs données d'activité médicale et de comptabilité de manière à pouvoir fournir plus rapidement et plus efficacement les données nécessaires dans le format requis.

4.1 Limieten aan de ziekenhuisboekhouding

Deze eerste studie om RWS vast te leggen voor de TMCP leert dat de kostengegevens tussen ziekenhuizen niet altijd vergelijkbaar zijn, om meerdere redenen:

- De medische praktijkvoering wordt, niet in alle ziekenhuizen op dezelfde manier georganiseerd. Bijvoorbeeld:
 - o Zalen voor interventionele radiologie kunnen specifiek ingericht worden voor bepaalde types prestaties (bv. biplane zalen enkel voor cerebrale procedures en elektrofysiologie, de overige procedures in monoplane zalen) of gebruikt worden voor alle vormen van interventionele radiologie. Dit heeft een impact op de apparatuurkosten.
 - o Endoscopieën gebeuren in sommige ziekenhuizen op een zuivere endoscopieafdeling. In andere ziekenhuizen gebeuren ze op dagzalen, waar ook veel andere medische interventies plaatsvinden.
- Zelfs indien de praktijkvoering op dezelfde wijze zou georganiseerd zijn, boeken de ziekenhuizen deze kosten niet altijd op dezelfde manier in qua kostenplaats. Bijvoorbeeld:
 - o Personeel op een afdeling kan aangevuld worden met medewerkers van de mobiele equipe, terwijl de mobiele equipe in de boekhouding op een afzonderlijke kostenplaats landt.
 - o In sommige ziekenhuizen wordt de medische apparatuur niet altijd toegewezen aan de kostenplaats waar de corresponderende medische prestaties worden uitgevoerd.
 - o Gespecialiseerd personeel (perfusionisten, fysici ...) wordt vaak op kostenplaatsen geboekt die niet gerelateerd zijn aan de plaatsen waar de prestaties worden uitgevoerd.

Beide elementen zijn aanvaardbaar als verklarende factoren, en het is ondoenbaar, noch wenselijk, om te ambiëren die verschillen tussen ziekenhuizen in de toekomst helemaal weg te werken. Dit zou de boekhoudkundige verplichtingen onnodig rigide maken en zou de ziekenhuizen kunnen verhinderen om hun werkprocessen te optimaliseren.

A l'exception d'adaptations superficielles, la comptabilité des hôpitaux n'a pas évolué depuis la fin des années 90. A l'époque, une réforme du financement débutait et l'administration de la santé publique voyait surtout la comptabilité hospitalière comme un outil permettant de comparer les coûts des services communs (ou généraux).

L'étude des frais de fonctionnement entreprise dans le cadre de la réforme de la nomenclature a confirmé ce qui est bien connu des spécialistes de la comptabilité hospitalière, à savoir que les données d'activité et de coûts imputés aux centres d'activité (centres de frais des consultations et des services médico-techniques) ne sont pas aisément comparables entre les hôpitaux notamment :

- Parce que les pratiques médicales ne sont pas organisées de la même manière dans tous les hôpitaux. Par exemple,
- Les salles de radiologie interventionnelle peuvent être aménagées spécifiquement pour certains types de prestations (des salles biplans uniquement pour les procédures cérébrales et l'électrophysiologie, tandis que d'autres procédures seront réservées à des salles monoplan) ou utilisées pour toutes les formes de radiologie interventionnelle.
- Dans certains hôpitaux, les endoscopies sont réalisées dans un service d'endoscopie conçu à cet effet. Dans d'autres hôpitaux, elles ont lieu dans des hôpitaux chirurgicaux de jour ou au bloc opératoire ou dans des services medicotechniques où de nombreuses autres interventions médicales ont également lieu.

- Parce que les hôpitaux ne comptabilisent pas toujours les coûts de manière uniforme dans les centres de frais. Par exemple,
- Un service peut « consommer » du personnel de l'équipe mobile, alors que l'équipe mobile fait l'objet d'une comptabilisation dans un centre de frais distinct dans la comptabilité.
- Dans plusieurs hôpitaux, l'équipement médical n'est pas toujours affecté au centre de frais où les prestations correspondantes sont effectuées.
- Le personnel spécialisé (perfusionnistes, médecins, etc.) est souvent comptabilisé dans des centres de frais qui ne sont pas liés aux lieux où les prestations sont réalisées.
- Les imputations de personnel soignant, technique ou administratif ne sont pas régulièrement actualisées ce qui induit un déséquilibre entre l'activité produite et les ressources utilisées.
- Parce que, pour des raisons de facilité, plusieurs hôpitaux ont pris l'habitude de regrouper, dans un centre de frais unique, des activités réalisées, par les spécialistes d'une même discipline dans différents centres d'activité. Par exemple,
- Les gynécologues prestent en consultation, au bloc opératoire, au quartier d'accouchement, etc. mais l'ensemble de ces activités médico-chirurgicales sont imputées dans un seul centre de frais...

L'enregistrement des données comptables transmises au Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF SP), via le système Finhosta sont inutilisables en tant que telles pour mener à bonne fin les études de réformes de la nomenclature ou du financement hospitalier. Comparativement aux systèmes comptables suisse, français ou allemand, Finhosta manque de la granularité suffisante, de règles d'imputation documentées et suffisamment précises et uniformes pour limiter, autant que faire se peut, les défaillances énumérées ci-dessus à titre d'exemple.

4.2 Gevolgen

Tijdens deze eerste studie gaat veel tijd en energie naar het vastleggen van “vergelijkbare startposities” voor elk van de ziekenhuizen. De ervaring leert dat de meeste ziekenhuizen heel veel tijd nodig hebben om de kostengegevens per “operationele functionele eenheid” te groeperen. Dit zijn onvermijdbare “opstartkosten”, die in de toekomst kunnen worden gereduceerd of vermeden door bv. het uitwisselen van best practices rond analytische boekhouding, door verder samen te werken met ziekenhuizen die al ervaring opbouwden, aangevuld met ziekenhuizen die leren benchmarken met de reeds opgebouwde ervaring. Bovendien wordt er bij voorkeur verder gebouwd op de reeds opgedane ervaring, om de methodiek nog verder te verfijnen, en de “startposities” nog beter te uniformiseren.

Deze ervaring leert ook dat de Finhostakostengegevens die de ziekenhuizen jaarlijks moeten aanleveren aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL) op zich dus niet goed bruikbaar zijn door de FOD VVVL (of het Federaal Kenniscentrum (KCE)) voor kostenstudies. Die Finhostagegevens lijden immers aan dezelfde euvels. Een “ondoordacht” gebruik van (louter) de Finhostagegevens (i.e. kostprijsgegevens op niveau kostensoort en/of suffix per kostenplaats) om bv. de praktijkkosten van medische prestaties in kaart te brengen zou resulteren in onbruikbare en onbetrouwbare resultaten: de gedetailleerde bevraging van de deelnemende ziekenhuizen illustreert immers dat de gerapporteerde gegevens per kostenplaats nauwelijks vergelijkbaar zijn tussen ziekenhuizen, omdat de achterliggende activiteiten die op elk van de kostenplaatsen uitgevoerd worden sterk van elkaar kunnen verschillen en omdat Finhosta ook geen detailinformatie bevat over welke medische prestatie op welke kostenplaats wordt uitgevoerd. Bijgevolg kunnen er vraagtekens worden geplaatst bij het nut van de huidige jaarlijkse Finhosta-kostenbevraging. Deze vaststelling geldt trouwens niet enkel voor dit RWS-project maar werd ook

gemaakt door het KCE n.a.v. de studie om de omvang van de indirecte kosten per (soort) kostenplaats te actualiseren.

Deze problematiek, van kostengegevens per soort medische prestatie, die moeilijk vergelijkbaar zijn tussen ziekenhuizen, stelt zich in praktijk in sterkere mate voor de TMCP dan voor veel AATMA-prestaties: bij die prestaties is de kans immers veel groter dat de prestaties grotendeels gerealiseerd worden op “boekhoudkundig goed aflijnbare” operationele eenheden (i.e. kostenplaatsen) in het ziekenhuis. Bv. (externe) radiotherapieprestaties zullen hoogstwaarschijnlijk enkel op de radiotherapie-afdeling uitgevoerd worden; de meeste pathologische onderzoeken zullen uitgevoerd worden binnen een labo anatomopathologie. Uiteraard zijn er hier ook vormen van praktijkvoering die de kostenoefening compliceren (bv. brachytherapie wordt veelal toegediend op de bestralingsafdeling) maar dit speelt slechts voor een beperkter deel van de prestaties – terwijl deze complicatie een heel groot deel van de TMCP treft.

Avant d’exploiter les données d’activité médicales et de comptabilité hospitalière, des travaux préparatoires de validation, de ré imputation et de restructuration de ces données sont nécessaires.

Les hôpitaux mettent beaucoup de temps et doivent consacrer une énergie considérable pour fournir des données correspondant aux cahiers de charges auxquels ils doivent souscrire s’ils souhaitent répondre aux appels à collaboration lancés dans le cadre des calculs des coûts des prestations (et ensuite des séjours et des pathologies).

La plupart des hôpitaux ont besoin d’une aide extérieure pour les guider et les aider à organiser leurs données selon les formats requis. Un contrôle des données transmises par les hôpitaux est indispensable pour s’assurer de leur validité avant de les exploiter. L’importance de ces travaux varie selon le niveau d’organisation de l’hôpital. L’expérience montre, que même dans les meilleurs établissements, il ne faut pas sous-estimer les efforts et les moyens à consacrer à ces travaux préparatoires qui impliquent une disponibilité et une grande réactivité des hôpitaux.

4.3 Hervorming van het boekhoudplan van de ziekenhuizen

Op langere termijn kan heil worden verwacht van een actualisatie van het boekhoudplan dat de ziekenhuizen dienen te volgen. De kostensoorten dienen te worden geactualiseerd, de definitieve kostenplaatsen dienen verder te worden verfijnd, verdeelsleutels geactualiseerd, ... Dit is echter een werk van lange adem, o.a. omdat er voorstellen moeten uitgewerkt worden, via advies vanuit de FRZV die vervolgens in wetgeving dienen omgezet te worden. Ziekenhuizen dienen echter ook nog sterker aangespoord te worden om de diverse kostensoorten en kostenplaatsen op een uniforme manier te gebruiken (bv. toewijzing mobiele equipes; welke soorten personeel moeten aan definitieve versus voorlopige kostenplaatsen toegewezen te worden) – maar de overheid moet ervan uitgaan dat de operationele werking van de verschillende ziekenhuisdiensten en medische specialismen binnen ziekenhuizen onderling zal blijven verschillen i.f.v. verschillen in patiëntenpopulatie, werking, aanwezige medische disciplines, beschikbare erkende functies, afdelingen, zorgprogramma’s, Een accurate vergelijking van kostengegevens per patiëntengroep, per medische dienst of per TMCP zal bijgevolg, zelfs mét geactualiseerde boekhoudregelgeving, nooit een eenvoudige oefening worden, waarbij de FOD VVVL met als het ware “een druk op de knop” resultaten kan afleveren. Een werkwijze met ‘referentieziekenhuizen’/ peilziekenhuizen, die bereid zijn om de nodige extra informatie, anders

gegroepeerde of meer fijnkorrelige data aan te leveren zal in elk geval minder “ad hoc correcties en verschuivingen” vereisen dan in de huidige studie het geval was.

GEDISULB souhaite que les autorités envoient aux hôpitaux un signal clair indiquant une volonté de remanier la comptabilité analytique dans un délai raisonnable.

Les principes qui inspireront cette réforme devront être clairement présentés afin de permettre aux hôpitaux d’orienter progressivement leurs pratiques comptables conformément à ces directives générales⁹.

Pour ce qui concerne les hôpitaux francophones, ce message constitue un préalable important qui conditionnera, en grande partie, la mobilisation de ces hôpitaux et, plus particulièrement, des hôpitaux qui pourraient collaborer activement en tant qu’hôpitaux de référence (voir § 5.4.4).

4.4 Noodzaak aan peilziekenhuizen

Een op korte termijn meer (of zelfs enige) werkbare oplossing in praktijk bestaat erin om met “**peilziekenhuizen**” te werken, waarbij een representatieve steekproef van ziekenhuizen bereid is (en hiervoor structureel gefinancierd wordt) om de interne kostengegevens (die inderdaad qua methodiek verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis – cf. supra), periodiek op een gestandaardiseerde manier ter beschikking te stellen van een overheidsinstantie (bv. het KCE) of onderzoeksteam, om actualisaties van kostenstudies te kunnen uitvoeren.

Dergelijke “peilpraktijken” kunnen niet enkel ingezet worden voor de actualisatie van de RWS van de nomenclatuur – een actualisatie die niet enkel noodzakelijk zal zijn zodra de VI-nomenclatuur minimum 18 maanden in voege is, maar die ook periodiek noodzakelijk zal blijven om wijzigingen in de kostenstructuur t.g.v. wijzigingen in de medische praktijkvoering (o.a. onder invloed van technologische innovatie) op te volgen en in kaart te brengen. Op die manier kan gegarandeerd worden dat, in de toekomst, de nomenclatuurtarieven sneller en nauwer aansluiten bij de wijzigende medische realiteit.

Comme une réforme de la comptabilité hospitalière est une entreprise qui prendra plusieurs années et que l’actualisation des EVR FF ATMC NPS V0/VI devra être organisée dans des délais plus courts, la solution la plus pratique, à court terme, consiste à travailler avec des “hôpitaux de référence” constituant des échantillons représentatifs d’hôpitaux.

Ces hôpitaux devraient s’engager à fournir, périodiquement¹⁰ et selon des formats standardisés, des données d’activité et de comptabilité aux organisations chargées d’actualiser les coûts des activités médico-hospitalières.

⁹ Il s’agit d’une énumération de quelques principes de bon sens sur lesquels les équipes universitaires et le KCE pourraient probablement s’accorder sans trop de difficulté.

¹⁰ L’actualisation des coûts de l’activité médicale doit permettre d’assurer la pérennité et l’amélioration des échelles de valeurs relatives de frais de fonctionnement pour tenir compte des changements des pratiques médicales (notamment en raison de l’innovation technologique) et pour intégrer les améliorations suggérées au § 5.3 ci-dessus.

A cette fin des cahiers de charges, suffisamment explicites pour concrétiser ce qui serait demandé aux hôpitaux susceptibles de poser ou de renouveler leur candidature comme hôpitaux de référence, devraient être rédigés afin que ces établissements s'engagent en toute connaissance de cause.

Sur le modèle de ce qui se pratique depuis plusieurs années dans d'autres pays voisins, les hôpitaux de référence devraient pouvoir compter sur un financement structurel destiné à les soutenir dans les efforts qu'ils devront consentir pour répondre aux exigences de standardisation comptables auxquelles ils devront répondre.