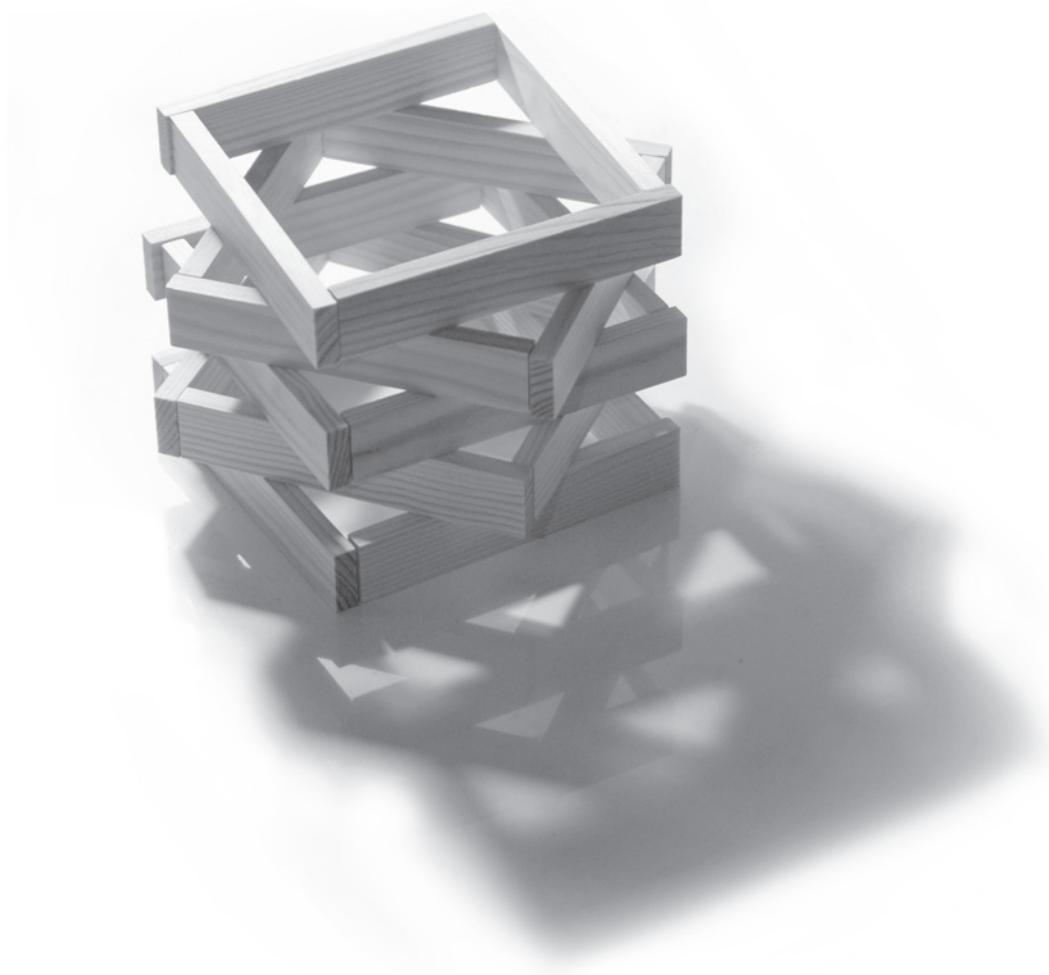




RIZIV

# Het systeem van de referentiebedragen

**Nieuwe toepassingsmodaliteiten**



Verklarende brochure

# Inleiding

Het systeem van de referentiebedragen (artikel 56ter van de ZIV-wet) is bedoeld om de onverantwoorde verschillen in de praktijkvoering tussen de ziekenhuizen die dezelfde aandoeningen behandelen, weg te werken. Men wil met dat systeem in het bijzonder de praktijkvoering van de medische zorgverleners in de ziekenhuizen standaardiseren of harmoniseren wat betreft de medische of heelkundige aandoeningen die “relatief courant en weinig ernstig” zijn.

Het systeem is ingevoerd in 2002 en heeft al vele wijzigingen ondergaan. De recentste wijzigingen zijn opgenomen in de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg (“Gezondheidswet 2008”<sup>1</sup>). Voor de referentiebedragen moeten drie belangrijke evoluties worden vermeld:

1. Oorspronkelijk werden de referentiebedragen de eerste keer vastgesteld voor 2003. Bij de “Gezondheidswet” die in 2008 is bekendgemaakt, wordt de toepassing van de referentiebedragen voor de jaren 2003 tot 2005 opgeheven. Voor die jaren zal geen enkele terugvordering plaatsvinden.
2. De referentiebedragen zullen dus voor de eerste keer worden vastgesteld voor de verblijven van 2006 volgens een gevoelig gewijzigde methode ten gevolge van het verslag van het KCE<sup>2</sup>. Die “methode 2006” zal van toepassing zijn op de verblijven 2006, 2007 en 2008.
3. Vanaf de verblijven die aflopen na 31 december 2008, wordt de berekeningsmethode van de bedragen opnieuw gewijzigd, voornamelijk om rekening te houden met de opmerkingen en de verbeteringen die door de Multipartite-structuur zijn gedaan en voorgesteld. Die “methode 2009” voorziet voornamelijk in een voorafgaande mededeling van de referentiebedragen en de mechanismen, waardoor een neerwaartse “spiraal” van de referentiebedragen wordt voorkomen.

Het doel van deze brochure is de methode voor te stellen, die toepasbaar is op de verblijven 2006, 2007 en 2008, alsook de methode die zal worden gebruikt voor de verblijven die na 31 december 2008 aflopen.



Als u na het lezen van dit document nog vragen hebt, stuurt u ze dan naar: [referentiebedragen@riziv.fgov.be](mailto:referentiebedragen@riziv.fgov.be)

<sup>1</sup> Die werd goedgekeurd door de parlementaire kamers maar nog niet gepubliceerd op het moment van de opstelling van deze brochure

<sup>2</sup> KCE reports, vol 17 B – Studie 2004-13



1<sup>e</sup> deel

Het systeem dat van  
toepassing is voor de  
verblijven 2006, 2007  
en 2008



## 1. Wat is het wettelijke kader?

Het wettelijke kader is vastgesteld in de paragrafen 1 tot 10 van artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

## 2. Wat is het "referentiebedrag" en hoe wordt het berekend?

Het referentiebedrag is de norm waarmee het ziekenhuis wordt vergeleken. Het gaat eigenlijk om een nationaal gemiddelde van de reële uitgaven, dat met 10 % wordt verhoogd. Dat gemiddelde wordt berekend per APR-DRG, per graad van ernst en per groep van verstrekkingen. Alleen de ZIV-uitgaven worden in aanmerking genomen.

### VOORBEELD 1

We nemen als (fictief) voorbeeld de APR-DRG 225 (Appendectomie) en 139 (Pneumonie) – Graden van ernst 1 en 2 – Groep van verstrekkingen “Medische beeldvorming”

| APR-DRG                | Graad van ernst | Nationaal gemiddelde van de uitgaven<br>(a) | Referentie-bedrag<br>(a) *1,1= (b) |
|------------------------|-----------------|---|------------------------------------|
| 225 - Appendectomie    | 1               | 50 EUR                                      | 55 EUR                             |
| 225 - Appendectomie    | 2               | 80 EUR                                      | 88 EUR                             |
| 139 - Gewone pneumonie | 1               | 40 EUR                                      | 44 EUR                             |
| 139 - Gewone pneumonie | 2               | 100 EUR                                     | 110 EUR                            |

## 3. Wordt in de referentiebedragen rekening gehouden met de “outliers”?

De referentiebedragen worden berekend na weglating van de verblijven waarvan de duur groter is dan de grens van de “outliers” type 2 bedoeld in de besluiten genomen ter uitvoering van artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. De “outliers” type 2 zijn gedefinieerd bij het KB van 4 juni 2003 (BS van 16 juni 2003) als de verblijven die binnen hun APR-DRG-subgroep de volgende afgeronde bovengrens overschrijden:  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ , maar die onder de bovengrens van de outliers type 1 liggen.

De grens van de outliers type 2 ligt minstens 8 dagen hoger dan de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep.

## 4. Welke groepen van verstrekkingen komen in aanmerking voor de berekening van de referentiebedragen?

Drie groepen van verstrekkingen komen in aanmerking voor de berekening van de referentiebedragen: de medische beeldvorming, de klinische biologie en de technische verstrekkingen.

Heel precies gaat het om de volgende groepen:

- a. de klinische biologie: de verstrekkingen opgenomen in artikel 3, § 1, A, II, en C, I, in artikel 18, § 2, B, e) en in artikel 24, § 1, uitgezonderd de forfaitaire vergoedingen, van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- b. de medische beeldvorming: de verstrekkingen opgenomen in artikel 17, § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 17bis, 17ter en 17quater, uitgezonderd de forfaitaire vergoedingen, van de bijlage bij hogervermeld Koninklijk Besluit van 14 september 1984
- c. de technische verstrekkingen: de verstrekkingen opgenomen in artikel 3, uitgezonderd de verstrekkingen inzake klinische biologie, artikel 7, artikel 11, artikel 20 en artikel 22 van de bijlage bij hogervermeld Koninklijk Besluit van 14 september 1984.

## 5. Op welke aandoeningen (APR-DRG's) zijn de referentiebedragen van toepassing?

De referentiebedragen zijn van toepassing op sommige courante chirurgische ingrepen zoals de heupoperatie, de prostaatoperatie, enz., alsook op sommige inwendige aandoeningen, zoals pneumonie, myocardinfarct, enz. In totaal gaat het om 20 chirurgische APR-DRG's (geklasseerd in 22 diagnosegroepen) en 12 medische APR-DRG's (geklasseerd in 12 diagnosegroepen) waarvoor alleen de graden van ernst 1 en 2 in aanmerking komen.

| Chirurgische APR-DRG – Diagnosegroepen  |
|---|
| 024 – Ingrepen op extracraniale bloedvaten  |
| 072 – Extra-oculaire ingrepen behalve op orbita   |
| 073 - Ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie   |
| 097- Adenoidectomie en amygdalectomie   |
| 171 - Andere redenen voor het plaatsen van permanente pacemaker   |
| 176 – Vervangen van pacemaker of defibrillator  |
| 179 - Onderbinden en strippen van venen   |
| 225 - Appendectomie   |
| 228 - Ingrepen voor hernia inguinalis en cruris   |
| 263 - Laparoscopische cholecystectomie  |
| 302a - Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 289085 - Arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop) werd aangerekend |
| 302b - Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 290286 - Femorotibiale arthroplastiek met gelede prothese werd aangerekend                        |
| 313 - Ingrepen onderste extremiteiten knie en onderbeen, behalve voet, indien nomenclatuurcode 300344 - Therapeutische arthroscopieën (partiële of totale meniscectomie) werd aangerekend                                 |
| 318 - Verwijderen van inwendige fixatoren   |
| 445 – Mineure ingrepen op de blaas  |
| 482 - Transurethrale prostatectomie   |
| 513a - Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, indien nomenclatuurcode 431281 - Totale hysterectomie, langs abdominale weg werd aangerekend  |

| Chirurgische APR-DRG – Diagnosegroepen (Vervolg)   |
|--|
| 513b - Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, indien nomenclatuurcode 431325 - Totale hysterectomie, langs vaginale weg werd aangerekend |
| 516 - Laparoscopie en onderbreken tubae  |
| 517 - Dilatatie en curettage, conisatie  |
| 540 - Keizersnede  |
| 560 - Vaginale bevalling   |

| Medische APR-DRG – Diagnosegroepen  |
|---|
| 045 - CVA met herseninfarct   |
| 046 - Niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct |
| 047 - Transient ischemia  |
| 134 - Longembolie   |
| 136 - Nieuwvormingen van het ademhalingsstelsel                             |
| 139 - Gewone pneumonie  |
| 190 - Circulatoire aandoeningen met acuut myocardinfarct                    |
| 202 - Angina pectoris   |
| 204 - Syncope en collaps  |
| 244 - Diverticulitis en diverticulosis                                      |
| 464 - Urinaire stenen en ultrasona lithotripsie                             |
| 465 - Urinaire stenen zonder ultrasona lithotripsie                         |

## 6. Wanneer is er sprake van een "terug te storten bedrag"?

De vaststelling van de bedragen die de ziekenhuizen moeten terugstorten, verloopt in twee fasen:

- a. De eerste fase bestaat in het selecteren van de ziekenhuizen die in aanmerking komen voor de effectieve terugvordering van de terug te storten bedragen:
  1. Men berekent de verschillen tussen de reële uitgaven van het ziekenhuis voor alle betrokken APR-DRG's (na weglating van de outliers) en de referentie-uitgaven. De referentie-uitgaven zijn het product van het aantal ziekenhuisverblijven en het referentiebedrag. Die berekening van het verschil tussen de reële uitgaven en de referentie-uitgaven wordt uitgevoerd per APR-DRG, graad van ernst en groep van verstrekkingen.
  2. Men telt vervolgens de (positieve en negatieve) verschillen op die zo zijn berekend. Alleen de ziekenhuizen met een positief eindresultaat komen in aanmerking voor de terugstorting.



## VOORBEELD 2

We nemen opnieuw ons voorbeeld 1 om die eerste selectiefase van de ziekenhuizen te illustreren:

| APR-DRG              | Graad van ernst   | Aantal verblijven van het ziekenhuis i (c) | Referentie-uitgaven (b) * (c) = (d) | Reële uitgaven (e) | Verschil (e) -(d) |
|----------------------|---|--|-------------------------------------|--------------------|-------------------|
| 225 Appendectomie    | 1   | 20   | 1 100 EUR                           | 3 000              | 1 900 EUR         |
| 225 Appendectomie    | 2   | 10   | 880 EUR                             | 1 500              | 620 EUR           |
| 139 Gewone pneumonie | 1   | 12   | 528 EUR                             | 600                | -28 EUR           |
| 139 Gewone pneumonie | 2   | 25   | 2 750 EUR                           | 1 100              | -1 650 EUR        |
| Totaal               |   |  |                                     |                    | 842 EUR           |
| Besluit              | Op basis van dit voorbeeld wordt het ziekenhuis i geselecteerd en zal het bedrag dat het moet terugbetalen, worden bepaald in fase 2. |  |                                     |                    |                   |

b. Voor de ziekenhuizen die in fase 1 geselecteerd zijn, berekent men het werkelijk terug te storten bedrag in twee stappen:

1. Men berekent de verschillen tussen de reële uitgaven van het ziekenhuis voor alle beschouwde APR-DRG's (na weglating van de outliers) en de nationale mediaanuitgaven. Die berekening van het verschil tussen de reële uitgaven en de nationale mediaanuitgaven wordt uitgevoerd per APR-DRG, graad van ernst en groep van verstrekkingen.
2. Vervolgens worden ALLEEN de positieve verschillen (reële uitgaven van het ziekenhuis die boven die nationale mediaanuitgaven liggen) opgeteld. Dat totaal is het werkelijk terug te storten bedrag voor zover het hoger is dan 1 000 EUR.

Elke storting van de terug te betalen bedragen moet worden uitgevoerd in de vorm van een eenmalige en globale betaling.

### VOORBEELD 3

Laten we deze tweede etappe in de berekening van de bedragen die effectief terug te betalen zijn, illustreren aan de hand van onze voorbeelden 1 en 2:

| APR-DRG              | Graad van ernst   | Aantal verblijven van het ziekenhuis i (c) | Nationale mediaanuitgaven (f) | « Mediaan referentie-uitgaven » (c)*(f)=(g) | Reële uitgaven (e) | Vershil (e) -(g) |
|----------------------|---|--|-------------------------------|---|--------------------|------------------|
| 225 Appendectomie    | 1   | 20   | 40 EUR                        | 800 EUR                                     | 3 000 EUR          | 2 200 EUR        |
| 225 Appendectomie    | 2   | 10   | 85 EUR                        | 850 EUR                                     | 1 500 EUR          | 650 EUR          |
| 139 Gewone pneumonie | 1   | 12   | 35 EUR                        | 420 EUR                                     | 500 EUR            | 80 EUR           |
| 139 Gewone pneumonie | 2   | 25   | 100 EUR                       | 2 500 EUR                                   | 1 100 EUR          | -1400 EUR        |
| Totaal               |   |  |                               |   |                    | 2 930 EUR        |
| Besluit              | Op basis van dit voorbeeld moet het ziekenhuis i 2 930 EUR terugstorten |  |                               |   |                    |                  |

7. Op basis van welke gegevens worden de referentiebedragen en de terug te storten bedragen berekend?

De door de Technische Cel gekoppelde MKG-AZV-gegevens van het beschouwde jaar dienen voor de berekening van de referentiebedragen en de terug te storten bedragen. In dit geval zijn dat de gekoppelde gegevens 2006 (ontslagen in 2006) die dienen voor de vaststelling van de referentiebedragen en de terug te storten bedragen voor 2006.

Ter herinnering, de AZV-gegevens ( "Anonieme Ziekenhuisverblijven") betreffen alleen de "klassieke" ziekenhuisverblijven (ten minste een nacht) voor VI-patiënten (de werkongevallen, patiënten van OCMW,... niet inbegrepen). De AZV-gegevens bevatten de aanvaarde en geboekte facturen door de VI's over een periode van 24 maanden. De AZV-gegevens 2006 (ontslagen 2006) betreffen de geboekte gegevens tussen 1 juli 2005 en 30 juni 2007.

8. Is de reglementering van de referentiebedragen al van toepassing voor de daghospitalisatie?

Nee, die reglementering is nog niet van toepassing op de daghospitalisatie, maar ze kan wel tot de daghospitalisatie worden uitgebreid door de Koning.

## 9. Kan de berekening van de terug te storten bedragen worden betwist?

Vanaf de datum waarop de resultaten zijn meegedeeld, beschikt het ziekenhuis, op straffe van onontvankelijkheid, over dertig kalenderdagen om de elementen van de berekening van de terug te storten bedragen te betwisten bij het Verzekeringscomité.

De betwistingen kunnen slaan op de volgende elementen:

- de samenstelling van de gebruikte case-mix
- de reële uitgaven met betrekking tot de case-mix
- eventuele materiële fouten in de uitgevoerde berekeningen.

De betwistingen, gemotiveerd en gerechtvaardigd door bewijselementen, moeten worden ingediend met een ter post aangetekende brief.

Het Verzekeringscomité neemt een beslissing binnen de negentig dagen na ontvangst van de betwisting en deelt deze met een ter post aangetekende brief mee aan de ziekenhuizen.

## 10. Wordt de betaling van het terug te storten bedrag opgeschort als een betwisting wordt ingediend?

Ja. In geval van betwisting stort het betrokken ziekenhuis de terug te storten bedragen aan het Riziv binnen de dertig dagen die volgen op de mededeling van de beslissing van het Verzekeringscomité.

## 11. Waarvoor zal het geld dat door de ziekenhuizen wordt gestort, worden gebruikt?

De regering heeft bepaald dat de bedragen die de ziekenhuizen storten in het kader van de referentiebedragen, het "Toekomstfonds voor de Geneeskundige Verzorging" structureel zullen spijzen (artikel 111 van de "Programmawet van november 2008). Dit fonds wordt opgericht om ten vroegste vanaf 2012 bij te dragen in de investeringen die nodig zijn om het systeem van de geneeskundige verzorging aan te passen aan de vergrijzing van de bevolking.

## 12. Wat is de timing van de toepassing van de referentiebedragen voor de verblijven 2006, 2007 en 2008?

De referentiebedragen worden jaarlijks berekend door de Technische Cel en in de maand mei van elk jaar meegedeeld aan de Multipartite-structuur. Voor de verblijven 2006 zal de Technische Cel de referentiebedragen in mei 2009 meedelen aan de Multipartite-structuur.

Het RIZIV past de berekeningsmethode toe die hierboven is vastgesteld op basis van de gegevens die door de Technische Cel zijn verstrekt, en deelt het individuele resultaat ervan mee aan elk ziekenhuis. De mededeling van de resultaten, inclusief de eventueel terug te storten bedragen, vindt plaats in september van elk jaar. Zo deelt het RIZIV in september 2009 de resultaten van de berekening voor de verblijven 2006 mee aan de ziekenhuizen.

Als er bedragen moeten worden teruggestort, betaalt het betrokken ziekenhuis ze aan het RIZIV, uiterlijk op 15 december van het jaar van de mededeling, of in december 2009 voor de verblijven 2006.

### 13. Welke informatie zal het RIZIV meedelen in september van elk jaar?

Voor alle door de Technische Cel gekoppelde verblijven zal het RIZIV het volgende meedelen:

- a. Een bestand dat de “case-mix” van het ziekenhuis bevat, met voor elke APR-DRG en elke graad van ernst de volgende informatie: de referentiebedragen, het aantal verblijven, de reële uitgaven, de referentie-uitgaven en de nationale mediaanuitgaven voor de drie groepen van verstrekkingen.
- b. Voor elk gekoppeld verblijf dat in aanmerking is genomen in het kader van de referentiebedragen, zal het RIZIV de geneeskundige verstrekkingen in detail meedelen die onder de nomenclatuurcodenummers voor de medische beeldvorming en de technische verstrekkingen vallen. Voor de klinische biologie gaat het om geglobaliseerde gegevens.
- c. Het RIZIV zal ook de referentiebedragen meedelen die zijn gebruikt voor de berekeningen, alsook de lijst van nomenclatuurcodenummers die relevant zijn voor de referentiebedragen.

### 14. Zullen de namen van de ziekenhuizen die voor meer dan de helft van de APR-DRG's een overschrijding kennen, worden bekendgemaakt op de website van het RIZIV?

Nee, in het kader van de referentiebedragen zullen geen namen van ziekenhuizen worden bekendgemaakt op de website van het RIZIV.



2<sup>e</sup> deel

Het systeem dat van  
toepassing is voor de  
verblijven vanaf 2009

## 1. Wat is het wettelijke kader?

Het wettelijke kader is vastgesteld in de paragrafen 1 tot 10 van artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, waaraan paragraaf 11 van datzelfde artikel wordt toegevoegd.

## 2. Wat is het "referentiebedrag" en hoe wordt het berekend?

Het referentiebedrag vertegenwoordigt altijd het nationale gemiddelde van de reële uitgaven, dat met 10 % wordt verhoogd. Dat gemiddelde wordt berekend per APR-DRG, per graad van ernst en per groep van verstrekkingen. De verblijven waarvan de duur groter is dan de grens van de "outliers" type 2 zijn uitgesloten van de berekening van de referentiebedragen.

De "methode 2009" bevat echter wijzigingen die de ziekenhuizen in staat stellen om enerzijds hun gedrag te wijzigen en zo sancties te vermijden, en anderzijds de evolutie van de referentiebedragen te "beveiligen":

- a. Vóór 1 januari van elk jaar en dus voor de eerste keer vóór 1 januari 2009 zullen de referentiebedragen ter informatie aan de ziekenhuizen worden meegedeeld (ook de "voorberekende" referentiebedragen genoemd). Die "voorberekende" referentiebedragen zullen gebaseerd zijn op de recentste gekoppelde MKG-AZV-gegevens, of voor 2009, op de gegevens van 2006. De doelstelling bestaat erin de ziekenhuizen in staat te stellen hun positie te bepalen ten opzichte van de andere ziekenhuizen en hun gedrag te wijzigen zodat ze eventuele sancties voor 2009 kunnen voorkomen. Die referentiebedragen worden alleen ter informatie meegedeeld, omdat de definitieve referentiebedragen pas zullen bekend zijn als de gegevens van het beschouwde jaar, in dit geval 2009, beschikbaar zijn (eind 2011, begin 2012).
- b. Als de gegevens van het beschouwde jaar beschikbaar zijn (in ons voorbeeld de gegevens 2009 die eind 2011 beschikbaar zullen zijn), zullen de referentiebedragen die op basis van de verblijven 2009 zijn berekend, worden vergeleken met de "voorberekende" referentiebedragen die eind 2008 worden meegedeeld op basis van de gegevens 2006. De referentiebedragen die zijn berekend op basis van 2009, zullen in aanmerking worden genomen voor het vervolg van de berekening (selectie van de ziekenhuizen) als ze hoger zijn (eventueel met een bepaalde drempel die nog door de Koning moet worden vastgelegd) dan de "voorberekende" referentiebedragen. De doelstelling bestaat erin rekening te houden met een eventuele beduidende groei van de referentiebedragen tussen het jaar van de "voorberekening" en die van het beschouwde jaar, voornamelijk om redenen onafhankelijk van het ziekenhuis (stijging of wijziging van de nomenclatuur, nieuwe technieken,...).
- c. De "methode 2009" voorziet eveneens in de mogelijkheid om drempels vast te stellen die de mogelijke daling van de referentiebedragen van het ene jaar tot het andere (jaarlijkse drempel) kunnen beperken, maar die eveneens de daling gedurende een lange periode (absolute drempel) kunnen beperken. De doelstelling is het eventuele risico van een neerwaartse "spiraal" van de nationale gemiddelden te beperken. Die drempels kunnen worden vastgelegd door de Koning.
- d. Na afloop van de voormelde procedures (voorberekeningen, berekening op basis van het referentiejaar, vergelijking en toepassing van de eventueel vastgestelde drempels) krijgt men de definitieve referentiebedragen die worden meegedeeld aan de Multipartite-structuur en die worden gebruikt voor de selectie van de ziekenhuizen.

### 3. Op welke aandoeningen (APR-DRG's) zijn de referentiebedragen van toepassing?

De referentiebedragen worden berekend voor dezelfde APR-DRG's als in de "methode 2006".

### 4. Welke groepen van verstrekkingen komen in aanmerking voor de berekening van de referentiebedragen?

Het zijn dezelfde groepen van verstrekkingen als voor de "methode 2006" BEHALVE voor 5 APR-DRG's waarvoor de verstrekkingen van artikel 22 (fysiotherapie) zijn uitgesloten van de groep van de technische verstrekkingen en dus van de berekening van de referentiebedragen. De 5 APR-DRG's zijn:

| <b>Chirurgische APR-DRG – Diagnosegroepen</b>   |
|---|
| 302a - Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 289085 - Arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop) werd aangerekend |
| 302b - Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 290286 - Femorotibiale arthroplastiek met gelede prothese werd aangerekend                        |

| <b>Medische APR-DRG – Diagnosegroepen</b>                                   |
|---|
| 045 – CVA met herseninfarct   |
| 046 – Niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct |
| 139 - Gewone pneumonie  |

Bovendien zullen alle verstrekkingen van de drie groepen van verstrekkingen (medische beeldvorming, klinische biologie en technische verstrekkingen) die zijn uitgevoerd binnen de 30 dagen die aan een opname voorafgaan (ook de "carentijd" genoemd) en die behoren tot een van 20 chirurgische APR-DRG's, kunnen worden opgenomen in de berekening van de referentiebedragen en van de mediaanuitgave, ongeacht of die verstrekkingen al dan niet in het ziekenhuis zijn uitgevoerd en of het al dan niet gaat om hetzelfde ziekenhuis als dat waar de patiënt was opgenomen.

Met andere woorden: om het nationale gemiddelde van de uitgaven voor de APR-DRG 225 (APPENDECTOMIE) – Graden van ernst 1 en 2 – Groep van verstrekkingen "medische beeldvorming" (voorbeeld 1) te bepalen, zullen we niet alleen rekening houden met de uitgaven voor medische beeldvorming die zijn gedaan tijdens die verblijven, maar ook met de uitgaven voor medische beeldvorming die zijn gedaan binnen de 30 dagen die aan een van die verblijven voorafgaan. Om de mediaanuitgaven te bepalen, zal eveneens rekening worden gehouden met de verstrekkingen die zijn uitgevoerd binnen de 30 dagen die aan de opname voorafgaan.

De Koning kan de regels en de effectieve toepassingsdatum vaststellen voor de opname van de verstrekkingen die tijdens die carentijd zijn uitgevoerd.



## 5. Wanneer is er sprake van een “terug te storten bedrag”?

De vaststelling van de door de ziekenhuizen terug te storten bedragen gebeurt in dezelfde tweede fase als voor de “methode 2006”: eerst worden namelijk de ziekenhuizen geselecteerd en vervolgens wordt het werkelijke terug te storten bedrag bepaald.

Voor de tweede fase moeten echter twee zaken worden gepreciseerd:

- a. Als de nationale mediaanuitgave per APR-DRG, niveau van ernst en groep van verstrekkingen gelijk is aan 0, wordt zij vervangen door de gemiddelde uitgave.
- b. In de “methode 2009” kunnen de referentiebedragen en de mediaanuitgaven de verstrekkingen bevatten die tot de drie groepen van verstrekkingen behoren en die zijn uitgevoerd binnen de 30 dagen die aan de opname voorafgaan (voor zover die opname tot een van de 29 chirurgische APR-DRG's behoort), ongeacht of die verstrekkingen al dan niet in het ziekenhuis zijn uitgevoerd en ongeacht of de patiënt in het hetzelfde dan wel in een ander ziekenhuis was opgenomen. De terug te storten bedragen door het ziekenhuis zullen echter worden verminderd met het percentage werkelijk gerealiseerde uitgaven in dat ziekenhuis tijdens de voor de toepassing van de referentiebedragen in aanmerking genomen opnames.

## 6. Op basis van welke gegevens zullen de referentiebedragen en de terug te storten bedragen worden berekend?

De door de Technische Cel gekoppelde MKG-AZV-gegevens van het beschouwde jaar, dienen als basis voor de berekening van de referentiebedragen en de terug te storten bedragen.

Als de Koning regels bepaalt voor de werkelijke toepassing van de opnemings van de verstrekkingen die zijn uitgevoerd tijdens de carentijd, zal het Riziv beschikken bovendien over een bestand dat, voor de drie groepen van verstrekkingen, de verstrekkingen bevat die zijn uitgevoerd tijdens de 30 dagen die voorafgaan aan de opnames die tot een van de 20 chirurgische APR-DRG's behoren.

## 7. Wat is de timing van de toepassing van de referentiebedragen voor de verblijven die aflopen na 31 december 2008?

Vóór 1 januari van elk jaar, en dus voor het eerst vóór 1 januari 2009, moeten de referentiebedragen ter informatie aan de ziekenhuizen worden meegedeeld (“voorberekende” referentiebedragen op basis van de gegevens 2006).

Op het einde van 2011 zullen we beschikken over de gekoppelde MKG-AZV-gegevens voor 2009. Op basis van die gegevens 2009 kunnen we de referentiebedragen berekenen, ze vergelijken met de referentiebedragen die eind 2008 zijn meegedeeld en de eventuele drempels toepassen waarvan hierboven sprake is. Aan het einde van dat proces zullen de referentiebedragen 2009 definitief zijn en kunnen de terug te storten bedragen voor 2009 worden berekend. Die elementen zullen in september 2012 aan de ziekenhuizen worden meegedeeld.

De referentiebedragen die zijn berekend op basis van de gegevens 2009 (vóór vergelijking en toepassing van de eventueel vastgestelde drempels) zullen aan de ziekenhuizen worden meegedeeld vóór 1 januari 2012 en zullen dienen als indicator voor de ziekenhuizen. Dat zullen de “voorberekende” referentiebedragen zijn voor 2012.

Verantwoordelijke uitgever: J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie: Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV in samenwerking met de Communicatiecel

Grafisch design en foto's: Communicatiecel van het RIZIV

Druk: RIZIV

Publicatiedatum: December 2008

Wettelijke depot: D/2008/ 0401/5