

HERIJKING NOMENCLATUUR:

OPROEP TOT DEELNAME AAN DE STUDIE "PRAKTIJKKOSTEN VAN DE TECHNISCH-MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES (TMCP)" DOOR ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Inhoud

0.	Inleiding.....	1
1.	Opzet studie FASE 2.2. 'praktijkkosten van de medische prestaties'	2
2.	Inhoud en vorm van de vereiste gegevens voor de reële kostenbenadering.....	8
3.	Geplande timing van het project.....	10
4.	Kandidaatstelling en financiering.....	10
	FICTIEF VOORBEELD REËLE KOSTENBENADERING ENDOSCOPIE.....	12

0. Inleiding

Deze oproep 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 :

- het wegwerken van onredelijke inkomensverschillen tussen huisartsen en specialisten en tussen de artsen-specialisten onderling;
- het in aanmerking nemen van de evolutie in de medische activiteit;
- het verbeteren van de interne logica, de leesbaarheid en de transparantie van nomenclatuur;
- het invoeren van incentives die samenwerking en kwaliteit bevorderen.

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 werkingskosten bij de belangrijkste medische procedures

Deze hervorming van de nomenclatuur verloopt in 2 fases :

- Fase 1: herstructurering van de omschrijvingen – descriptieve nomenclatuur
- Fase 2: tarifierende fase (opmaak relatieve waardenschaal)

Fase 2.1.: uitwerking van de betrekkelijke waarde schalen (intensiteitsscores) voor het professioneel deel

Fase 2.2.: evaluatie van de praktijkkosten van de medische prestaties

De doelstelling van fase 2. bestaat erin om **relatieve waardenschaalen** te ontwikkelen voor elk van de betrokken nomenclatuurprestaties; één op basis van de waardering van het professioneel deel van elke nomenclatuurprestatie (fase 2.1) en een andere op basis van de waardering van de praktijkkosten (fase 2.2) van elke prestatie.

I. Opzet studie FASE 2.2. 'praktijkkosten van de medische prestaties'

Doelstelling

De doelstelling van fase 2.2. bestaat erin om een relatieve waardenschaal te ontwikkelen voor elk van de betrokken nomenclatuurprestaties, op basis van de waardering van de directe praktijkkosten van elke prestatie.

Het is belangrijk om te benadrukken dat het eindresultaat van dit project, dat loopt van 2022 tot medio 2025, een *relatieve waardenschaal* is voor de praktijkkosten van de medische prestaties. De omzetting ervan in reële tarieven voor de praktijkkosten per medische prestatie vereisen vervolgens de nodige beleidsbeslissingen over de intra- en interdisciplinaire toewijzing aan het professioneel en het praktijkkostendeel van het budget voor de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen. Deze omzetting behoort niet tot de opdracht van het onderzoeksproject.

Focus op de TMCP (technische medische en chirurgische prestaties)

Deze oproep heeft als focus de praktijkkosten van alle prestaties 'TMCP' (Technische medische en chirurgische prestaties; 'ATMC' – actes techniques médicaux et chirurgicaux). In de huidige versie van de nomenclatuur (V0) gaat het over 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

Uiteraard is het de bedoeling om, finaal, de praktijkkosten van de nieuwe nomenclatuurcodes (VI) voor deze prestaties in kaart te brengen.

Directe praktijkkosten van de medische prestaties

De doelstelling van deze fase is het in kaart brengen van de directe praktijkkosten van de medische prestaties, en dit los van de huidige financieringsbron. Kortom, alle directe kosten van de medische prestaties worden in kaart gebracht, onafhankelijk van de manier waarop die kosten vandaag gefinancierd worden (bv. via BFM, dagforfaits of honoraria). Onder 'directe kosten' wordt – analoog aan de KCE studie I78A¹ handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuis-interventies – verstaan:

- de personeelskost van de zorgpersoneel (exclusief artsen) die direct betrokken zijn bij de uitvoering van de prestaties
- de kost van de medische apparatuur
- de kost van materiaal (weliswaar met uitsluiting van geneesmiddelen en implantaten)

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 I78A. D/2012/10.273/29

Welke middelen precies beschouwd worden als ‘directe’ praktijkkosten en welke beschouwd worden als ‘ondersteunend’ en niet direct gerelateerd aan de betrokken prestatie zal aan de hand van procesanalyse gedocumenteerd worden.

Stapsgewijze aanpak per functionele eenheid

De praktijkkosten van de medische prestaties worden stapsgewijs in kaart gebracht, voor opeenvolgende “**functionele eenheden**” waar de medische prestaties verricht worden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de zgn. ‘operationele’ functionele eenheid en de ‘theoretische’ functionele eenheid.

Operationele functionele eenheid FE(i):

Met het begrip operationele functionele eenheid wordt bedoeld de afdeling/verpleegeenheid/dienst waar de medische prestaties in het ziekenhuis (i) effectief/fysisch plaats vinden, of m.a.w. de plaats waar de honoraria gegenereerd worden.

Het gaat dus over een organisatorische, operationele functionele eenheid – die in sommige ziekenhuizen wordt aangeduid als ‘dienst’, in andere als ‘afdeling’, of ‘eenheid’ of ...

Operationele functionele eenheden die zullen onderscheiden worden zijn o.m. beeldvorming, endoscopie, operatiekwartier, dialysecentrum. Desgevallend kunnen deze operationele functionele eenheden nog verder opgesplitst worden. De operationele functionele eenheid verwijst dus niet naar een medisch *specialisme*, *medische dienst*, *noch groep van medisch specialisten* (bv. een *associatie*).

Dit 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 op dit niveau te bestuderen, en anderzijds met de ‘theoretische’ functionele eenheid.

Theoretische functionele eenheid:

Naast de ‘operationele functionele eenheden’ (die kunnen verschillen tussen ziekenhuizen) wordt ook het begrip ‘theoretische functionele eenheid’ geïntroduceerd. Dat is een afbakening van een logisch geheel van medische activiteiten op basis van nomenclatuurcodes (die dus abstractie maakt van concrete verschillen in organisatie tussen ziekenhuizen). Waar de ‘operationele functionele eenheden’ kunnen verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis, wordt met het begrip ‘theoretische functionele eenheid’ een vergelijkbare onderverdeling voor alle ziekenhuizen nagestreefd. Via het concept ‘theoretische’ functionele eenheid kunnen m.a.w. ook de verschillen tussen ziekenhuizen in hun operationele werking (via operationele functionele eenheden) in kaart gebracht worden.

Er wordt een **stapsgewijze** benadering gehanteerd. Tijdens de eerste fase van het project (2022-2024) zal de nadruk liggen op die functionele eenheden (FE’s) waar het grootste deel van de honoraria TMCP wordt gegenereerd, d.w.z. de “meest voorkomende” operationele functionele eenheden. Er zal een *gefaseerde aanpak* worden toegepast, te beginnen met één functionele eenheid om vervolgens door te gaan met andere functionele eenheden. Beeldvorming zal wellicht de eerste theoretische functionele eenheid zijn waarvan de praktijkkosten bestudeerd worden.

Twee complementaire benaderingen: een normatieve benadering en een benadering gebaseerd op de reële kosten

De berekening van de praktijkkosten zal uitgewerkt worden aan de hand van twee methoden, die onderling zeer complementair zijn.

a) Een normatieve benadering “should be”

In deze benadering worden experts bevestigd, per (theoretische) functionele eenheid over de middelen (personeel, materialen en medische apparatuur) die, in principe, nodig zijn om de medische prestaties, eigen aan deze functionele eenheid te kunnen uitvoeren, alsook welk volume aan prestaties er kan uitgevoerd worden met deze ingezette middelen binnen een normatief vast te leggen aantal uren dat de capaciteit kan benut worden. Het is eerder een ‘theoretische’ oefening,

b) Een benadering gebaseerd op de reële kosten

Deze benadering berekent de praktijkkosten van de medische prestaties op basis van de reële kostengegevens (voor het zorgpersoneel direct betrokken bij de prestaties, de materiaalkosten en de medische apparatuur) per operationele functionele eenheid waar de medische prestaties in kwestie worden uitgevoerd. Dit gebeurt aan de hand van de reële kostengegevens van de deelnemende ziekenhuizen, gegevens die, via de nodige interacties tussen de experts in de betrokken ziekenhuizen, vergelijkbaar dienen gemaakt te worden.

Beide benaderingen zijn sterk complementair. Een paar voorbeelden kunnen dit verduidelijken:

- De middelen, die volgens de normatieve benadering worden ingezet dienen een monetaire waardering te krijgen per eenheid (bv. jaarkost/VTE → personeelskost per minuut prestatie). Dit zal minstens deels gebeuren aan de hand van de kostengegevens, die ook in de reële kostenbenadering gehanteerd worden.
- De normatieve benadering voor identificatie van de vereiste materialen om de medische prestaties uit te voeren zal minstens deels gebaseerd zijn op de gegevens over de werkingskosten (o.a. op basis van de boekhouding) die aan de betrokken functionele eenheid zijn toegewezen, als inspiratiebron om de relevante materialen (en hun kosten) in kaart te brengen.

Bovendien is het de bedoeling om de resultaten van beide benaderingen onderling te vergelijken en de eventuele verschillen in resultaat (i.e. in relatieve waardering) te verklaren, met behulp van de experts (cf. infra).

Uiteindelijk wordt beoogd om, via die twee complementaire benaderingen, één resultaat (één waardenschaal voor de betrokken medische prestaties, gebaseerd op de combinatie van beide benaderingen), te kunnen voorleggen.

Hieronder wordt de methodologie van beide benaderingen kort toegelicht. In bijlage wordt de werkwijze voor de reële kostenbenadering geïllustreerd, voor een fictief voorbeeld.

Methodologie voor de reële kostenbenadering

- I. Selectie: vertrekkende van een theoretische functionele eenheid. Voor elk van de TMCP nomenclatuurcodes in een theoretische functionele eenheid, dient het ziekenhuis aan te geven:
 - a. in **welke ‘operationele functionele eenheid’** van het eigen ziekenhuis de prestaties met de TMCP-nomenclatuurcodes worden uitgevoerd?
 - b. voor **welke** van deze ‘operationele functionele eenheden’ het ziekenhuis gegevens kan aanleveren over de **directe kosten** (personeel, materialen, medische apparatuur gebruikt

voor de medische activiteiten) binnen deze operationele functionele eenheden?

Dit betekent dat deze informatie beschikbaar is voor het ziekenhuis in de analytische boekhoudgegevens (in een format analoog aan Finhosta tabel-2) op het niveau van de operationele functionele eenheden van de geïnteresseerde ziekenhuizen. Hetzelfde geldt voor de personeelsgegevens die beschikbaar zijn in de Finhosta tabel-13.

2. Met alle ziekenhuizen die zijn geselecteerd voor **een operationele functionele eenheid** kan de **kostenberekening** worden uitgevoerd. Dit vereist een intensieve en iteratieve samenwerking om:
 - a. de directe kosten af te bakenen die wel/niet in de studie worden meegenomen (dit is het 'definiëren van de startpositie')

Het afbakenen van de directe praktijkkosten gebeurt aan de hand van het in kaart brengen van de **procesflows** voor de activiteiten(groepen) in de operationele functionele eenheid.
 - b. kosten toe te wijzen aan verschillende groepen medische activiteit

Tijdens deze stap worden de kosten toegewezen aan medische activiteiten. Voor elke operationele functionele eenheid (bijv. endoscopie, het operatiekwartier, etc.) zal er een afbakening zijn van "klinische activiteitgroepen" of "types" medische activiteiten. Hiervoor zal de onderzoeksgroep hoofdzakelijk samenwerken met (medische en verpleegkundige) experts van de deelnemende ziekenhuizen. Kosten worden toegewezen aan deze klinische activiteitgroepen.

Klinische activiteitgroepen

In overleg met deelnemende ziekenhuizen en experts wordt een logische groepering van medische activiteiten per functionele eenheid vastgelegd. Deze activiteitgroepen verwijzen naar een min of meer homogeen zorgproces en een daaraan gerelateerde inzet van middelen (vb. dezelfde medische apparatuur, personeel/kwalificatie). (bv. voor de functionele eenheid endoscopie zijn mogelijke activiteitgroepen de gastro-enterologische, pneumologische en urologische endoscopieën). Voor de functionele eenheid radiologie kunnen o.a. de activiteitgroepen NMR, CT, radiografie, echografie afgelijnd worden). Kosten worden toegewezen aan deze vastgelegde klinische activiteitgroepen.

Voor elk type directe kosten (kosten van personeel (zorgpersoneel exclusief artsen) materiaal en medische apparatuur) zal een verdeelsleutel worden bepaald (voor personeelskosten en medische apparatuur kan dit bijvoorbeeld 'tijd' zijn – naast (enkel voor personeel) 'aantal medewerkers per functiegroep'). De klinische activiteitgroepen en verdeelsleutels worden bepaald en verfijnd na overleg met de deelnemende ziekenhuizen en geraadpleegde experts. Nadat de kosten zijn toegewezen aan de klinische activiteitgroepen kan de relatie met de medische activiteit (nomenclatuurcodes) worden bepaald. In principe krijgt een nomenclatuurprestatie standaard de kost mee van de klinische activiteitgroep waarin die prestatie het meest voorkomt. Verschillen in kost per activiteitgroep en nomenclatuurprestatie over de ziekenhuizen heen zullen statistisch geanalyseerd worden. Op basis van die analyses zal vervolgens bepaald worden of er dan over de ziekenhuizen gewerkt wordt met een gemiddelde kost, gewogen gemiddelde kost of mediane kost per nomenclatuurprestatie, en hoe, desgevallend, de spreiding dient gedocumenteerd te worden.

De ingeschatte kosten per nomenclatuurprestatie zullen omgezet worden naar een relatieve waardenschaal.

De ingeschatte kosten per nomenclatuurprestatie kunnen eveneens via de groepering naar de theoretische functionele eenheden een idee geven van de totale directe praktijkkosten op niveau van de theoretische functionele eenheden.

Deze stap resulteert in het eindproduct: een gewicht voor de directe praktijkkosten per medische activiteit (of nomenclatuurcode).

Om bovenstaande analyse te kunnen uitvoeren worden er **per** te bestuderen **functionele eenheid** onderscheiden thema's geanalyseerd:

- bepaling van de activiteitgroepen
- beschrijving van de procesflows, om te bepalen welke middelen worden meegenomen als directe praktijkkosten
 - o personeelskosten: identificatie van het direct bij de medische prestatie betrokken zorgpersoneel; tijd en aantal medewerkers per functie
 - o materiaalkosten (exclusief geneesmiddelen en implantaten)
 - o medische apparatuur

Per functionele eenheid zullen 3 tot 5 vergadermomenten worden ingepland om de materie te bediscussieren, de gegevens te analyseren en te verwerken.

In de periode 2022-2024 kunnen de praktijkkosten van de medische prestaties enkel in detail berekend worden voor de medische prestaties, zoals omschreven in de huidige nomenclatuur (V0), omdat er nog geen volumedata beschikbaar zijn voor de nieuwe nomenclatuuromschrijvingen (V1). Het is dus niet zo eenvoudig om als eindproduct van dit project een relatieve waardenschaal op basis van de praktijkkosten voor de nieuwe nomenclatuuromschrijvingen uit te werken. De onderzoeksteams hopen dit te realiseren in drie stappen.

Stap 1: de directe praktijkkosten van de huidige nomenclatuurprestaties (V0) worden in kaart gebracht. Hierbij wordt steeds het onderscheid gemaakt tussen personeelskosten, materiaalkosten en kosten van medische apparatuur, die als afzonderlijke kostensoorten zullen weergegeven worden.

Stap 2: op basis van die praktijkkosten, van de huidige nomenclatuurprestaties (V0) wordt een relatieve waardenschaal van de huidige nomenclatuurprestaties ontwikkeld. Hierbij zal de relatieve waardenschaal ontwikkeld door elk onderzoeksteam onderling vergeleken worden. Als er verschillen optreden zal telkens onderzocht worden in welke mate dat deze kunnen verklaard worden door verschillen in resp. personeels-, materiaal of medische apparatuurkosten.

Stap 3: tot slot wordt een relatieve waardenschaal voor de nieuwe nomenclatuurprestaties (V1) ontwikkeld. Tegen de eindfase van dit onderzoeksproject zal dit enkel kunnen gerealiseerd worden via inter- en extrapolatie van de nieuwe nomenclatuurcodes (V1) tegenover de huidige nomenclatuurcodes (V0). Hiertoe kan er op basis van expertadvies, een inschatting van de tijdsduur van de nieuwe nomenclatuurcodes, relatief tegenover de huidige nomenclatuurcodes worden gemaakt.

Zodra echter de nieuwe nomenclatuurcodes minimaal een jaar van toepassing zijn (wellicht vanaf 1 januari 2025?), en er dus volumedata over de nieuwe codes, alsook praktijkervaring met het werken met de nieuwe codes, beschikbaar is kan, in de toekomst, de praktijkkostenberekening opnieuw worden toegepast, volgens de ontwikkelde methodologie, op de nieuwe nomenclatuurgegevens (m.a.w. ten vroegste vanaf de zomer van 2025).

Het is de bedoeling dat de ziekenhuizen, die deelnemen aan de praktijkkostenstudie in 2022-2024 ondertussen hun interne gegevensverzameling en datasets zo organiseren, dat ze, tijdens de volgende ronde, veel sneller en efficiënter de nodige data in het vereist format kunnen aanleveren. Het is m.a.w. de bedoeling dat de deelnemende ziekenhuizen zich profileren als 'peilziekenhuis' dat kostengegevens op een gestandaardiseerde manier kan ter beschikking stellen voor toekomstige analyses.

Methodologie voor de normatieve benadering

De normatieve benadering volgt ook een stapsgewijze benadering, parallel met de reële kostenbenadering. Voor elke operationele functionele eenheid die in de reële kostenbenadering bestudeerd wordt, wordt simultaan de normatieve benadering uitgewerkt.

Aan experts (zowel artsen-specialisten als verpleegkundigen, medewerkers met materiaalkennis, ...) uit de deelnemende ziekenhuizen, desgevallend aangevuld met andere experts, zal voor elke theoretische functionele eenheid gevraagd worden, welke en hoeveel middelen er vereist zijn om de betrokken medische prestaties (gespecificeerd in termen van nomenclatuurcodes, die gegroepeerd worden in klinische activiteitgroepen) uit te voeren – en hoeveel medische prestaties er met deze middelen kunnen verricht worden, gegeven de capaciteit (bv. uren beschikbaarheid per dag of per jaar). Of, preciezer uitgedrukt, hoeveel en welke middelen er nodig geacht worden om elk van de medische prestaties uit te voeren. Het is evident dat hiertoe de medische prestaties ook dienen gegroepeerd te worden, in termen van gelijkaardige prestaties / prestaties die een gelijkaardige middeleninzet vragen.

Resultaat / eindproduct na afstemming tussen de normatieve en reële kosten benadering: relatieve waardenschaal m.b.t. de directe praktijkkosten van de medische prestaties

Het is de betrachting dat er uiteindelijk één relatieve waardenschaal wordt opgesteld voor de directe praktijkkosten per groep van medische prestaties, die in één theoretische functionele eenheid worden verricht.

Deze relatieve waardenschaal zal tot stand komen na zorgvuldige aftoetsing / afstemming / aanvulling tussen de normatieve en reële kostenbenadering per functionele eenheid:

De normatieve benadering is eerder een **'bottom up'** benadering, waarbij o.b.v. een oplijsting van klinische activiteitgroepen (waaraan een groepering van medische prestaties/activiteiten vasthangt), de vereiste middelen voor het uitvoeren van die prestaties worden geïdentificeerd. Deze benadering brengt m.a.w. de middelen die slechts 'onrechtstreeks' nodig (maar even noodzakelijk) zijn om de prestaties te kunnen uitvoeren, niet in kaart (bv. onthaal van de patiënt op de afdeling). In deze benadering wordt er ook geen rekening gehouden met pauzes, met onvoorziene uitval van apparatuur, patiënten die niet komen opdagen, enz ...

De reële kostenbenadering daarentegen is veel meer een **'top-down'** benadering, waarbij de praktijkkosten van een bepaalde functionele eenheid (na exclusie van de kosten die buiten de scope van de studie vallen) worden verdeeld over alle betrokken medische prestaties. In deze benadering wordt m.a.w. per definitie ook bv. de kosten van de 'niet-productieve' tijd of middelen (bv. lege afsprakenloten, patiënten die niet komen opdagen, materiaal dat onbruikbaar is wegens vervaldatum of gebreken, ...) in rekening gebracht, alhoewel die kosten misschien deels vermijdbaar zijn.

Door een vergelijking van de resultaten van beide benaderingen kunnen de praktijkkosten per (type) medische prestatie op een meer accurate manier in kaart gebracht worden.

Idealiter resulteert deze afstemming in één relatieve waardenschaal m.b.t. de directe praktijkkosten van de medische prestaties per functionele eenheid.

De voorstellen van relatieve waardenschalen, die het onderzoeksteam voorbereidt zullen afgestemd worden met de deelnemende ziekenhuizen, en de medische experts betrokken bij het nomenclatuurproject, vooraleer ze aan het RIZIV worden overgemaakt.

Er wordt hierbij benadrukt dat het eindproduct van dit project rond de directe praktijkkosten van de medische prestaties een relatieve waardenschaal is, die de directe praktijkkosten van de diverse prestaties weerspiegelt. In deze fase van het project is het nog niet de bedoeling om een 'tarief' voor de praktijkkosten per medische prestatie vast te leggen. In de vervolgfase, waarin de tarieven zullen vastgelegd worden, dient o.a. ook nog rekening gehouden te worden met o.a. de kosten van de

ziekenhuisbrede ondersteunende diensten (zoals verwarming, elektriciteit, schoonmaak, IT, ziekenhuisonthaal, inschrijvingen, facturatie, ...) die diensten leveren aan elke operationele functionele eenheid.

2. Inhoud en vorm van de vereiste gegevens voor de reële kostenbenadering

De focus van dit project ligt bij de TMCP nomenclatuurcodes (cf. supra schema van de betrokken artikels uit de huidige nomenclatuur) in algemene ziekenhuizen.

Het volume (aantal) en de omzet van de gefactureerde/uitgevoerde nomenclatuurcodes moeten per functionele eenheid beschikbaar zijn in de boekhouding of in andere databanken van het ziekenhuis.

De volgende gegevens worden **opgevraagd** bij het ziekenhuis:

- facturatiegegevens (in relatie tot de operationele functionele eenheden); deze worden opgevraagd om een selectie van "meest voorkomende" operationele functionele eenheden te bepalen, dit om de volgorde van de te onderzoeken operationele functionele eenheden te bepalen.
- de boekhoudkundige gegevens, personeelsgegevens en desgevallend MZG-gegevens (voor de operationele functionele eenheid OKA) opgevraagd.
- de tabel met betrekking tot de link tussen patiëntID en klinische activiteitgroepen (*in latere fase*).

Alle data wordt gevraagd **voor kalenderjaar 2019**. Indien een ziekenhuis motiveert dat de data 2018 meer compleet of relevant is, kan dit voorgelegd worden aan de onderzoeksgroepen.

- **Facturatiegegevens** voor alle nomenclatuurcodes gefactureerd in het ziekenhuis, in RIZIV-INAMI formaat. Vereiste variabelen zijn: (geanonimiseerde) patiëntenidentificatie, prestatiedatum, operationele functionele eenheid en nomenclatuurcode. Bijkomend dient ook voorzien te worden in een mappingtabel tussen elke operationele functionele eenheid in het betrokken ziekenhuis en een "aard" van operationele functionele eenheden vb. operatiekwartier, beeldvorming, De (geanonimiseerde) patiëntidentificatie is noodzakelijk omdat voor een patiënt meerdere nomenclatuurcodes geregistreerd kunnen worden tijdens eenzelfde zorgepisode, bv. bij een passage in het operatiekwartier. Om de gehele ingreep/procedure te kunnen identificeren is het belangrijk om te kunnen identificeren of meerdere prestatiecodes simultaan bij eenzelfde patiënt zijn uitgevoerd.

Excel "XXX_Facturatiegegevens" in bijlage wordt gebruikt om deze data aan te leveren. Ook de informatie m.b.t. assistentie (10%) en 50% aanrekening (2^e ingreep) wordt opgevraagd. Alle aantallen en € zijn exclusief ereloon-supplementen en incl. remgelden, inclusief de aantallen in het kader van laagvariabele zorg

Excel "XXX_mappingtabel Functionele eenheid" (tabblad: Oplijsting plaats verstrekking) in bijlage toont een groepering van functionele eenheden.

- **Boekhoudkundige data:** FINHOSTA tabel 2, op een 'gedetailleerde korrel'/niveau van operationele functionele eenheid (dus minder geaggregeerd dan de 'verplichte') kostenplaatsen. (zie Excel XXX_Boekhoudkundige gegevens)

- **Personeelsdata:** FINHOSTA tabel 13 op hetzelfde gedetailleerde niveau als 'tabel 2 gedetailleerd' (namelijk met operationele functionele eenheid) (zie [Excel XXX_Personeelsgegevens](#))
- Voor de functionele eenheid 'operatiekwartier' is het nuttig om te kunnen beschikken over operatietijden, die standaard in de **Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG-RHM)** beschikbaar zijn: Voor dit project zijn de structuurgegevens (S) en de administratieve gegevens (A) over de bewegingen van de patiënt nodig. Om deze MZG-gegevens te kunnen gebruiken is een mappingtabel nodig met de koppeling tussen de code-eenheid uit de MZG-tabel en de operationele functionele eenheid uit de andere datasets.

Via Excel "[XXX_Conversietabel PatientID](#)" in bijlage wordt het mogelijk gemaakt de relatie te leggen tussen de (geanonimiseerde) patiëntID die aangeleverd wordt via de facturatiegegevens en de A2 G Patnum die aangeleverd wordt via de MZG-RHM gegevens.

Indien sommige deelnemende ziekenhuizen dit wensen kan de onderzoeksgroep, met het akkoord van de deelnemende ziekenhuizen, de individuele feedback per ziekenhuis van de Technische Cel voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen (RIZIV) opvragen. Deze feedback is gebaseerd op de gekoppelde en gevalideerde Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) van FOD Volksgezondheid en factureringsgegevens van de documenten AZV afgeleverd door de verzekeringsinstellingen. De koppeling tussen de twee basisgegevens gebeurt via het identificatienummer van de opgenomen patiënt bij zijn verzekeringsinstelling of via het NISS nummer die door het RIZIV is afgeleverd, na onomkeerbare codering, door de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen.

- In een latere fase van het project zal de ziekenhuizen worden gevraagd een tabel met betrekking tot de **link tussen patiëntID en activiteitgroepen** in te dienen. Voordat dit door de ziekenhuizen kan worden ingediend, zal het onderzoeksteam met experts voor elke bestudeerde operationele functionele eenheid bijeenkomen. De besprekingen met de experts moeten leiden tot de afbakening van de "klinische activiteitgroepen". Uiteindelijk is het de bedoeling de directe praktijkkosten aan deze klinische activiteitgroepen toe te wijzen. Hoe deze tabel met patiëntengroepen/ activiteitgroepen moet worden opgesteld, zal individueel met de deelnemende ziekenhuizen worden afgesproken. Vereiste variabelen zijn: patiëntidentificatie, datum, functionele eenheid en toegewezen activiteitgroep.
- Afhankelijk van aanvullende inzichten/vragen kan de onderzoeksgroep met de deelnemende ziekenhuizen afspreken om bij elk van de ziekenhuizen aanvullende gegevens op te vragen (bv. extra gegevens, informatie i.k.v. toestellen, etc.).

3. Geplande timing van het project

Opdat de kandiderende ziekenhuizen enigszins zouden kunnen inschatten wat er van hen zal verwacht worden, wordt hier een tentatieve werkplanning van dit project voor de eerste maanden (M) van het project voorgesteld:

- M0: indiening kandidaturen door de ziekenhuizen
- M1: selectie van de deelnemende ziekenhuizen + afsluiting overeenkomst met RIZIV
- M2:
 - o samenstelling werkgroep experts voor de eerste functionele eenheid die bestudeerd wordt + eerste bijeenkomst
 - o aanlevering eerste dataset door deelnemende ziekenhuizen
- M3-5: aanlevering dataset link patiëntID en activiteitsgroep + bespreking, analyse en verwerking gegevens eerste functionele eenheid
- M6: oplevering eerste resultaten (praktijkkosten per groep van medische prestaties / klinische activiteitsgroep) – verdere bespreking en fine tuning
- M7: finale resultaten eerste functionele eenheid
- Vanaf M5: opstart zelfde cyclus (cf. vanaf M2) voor een tweede functionele eenheid; de verwachting is dat deze cyclus sneller zal kunnen afgewerkt worden vanaf de 2^e of 3^e functionele eenheid (leereffect).

4. Kandidaatstelling en financiering

Van de ziekenhuizen die geïnteresseerd zijn in deelname aan dit project wordt het volgende verwacht:

Selectiecriteria deelnemende ziekenhuizen

- algemene (incl. universitaire) ziekenhuizen
- de mogelijkheid om data 2019 aan te leveren
 - ! op niveau operationele functionele eenheid:**
 - facturatiegegevens
 - boekhoudkundige data (Finhosta tabel-2)
 - personeelsgegevens (Finhosta tabel-13)
 - desgevallend MZG data (voor het luik OKA-passages) – ev. *via technische cel RIZIV-FOD*
 - link patiënt ID naar klinische activiteitsgroepen (latere fase)
- Vaste contactpersoon per ziekenhuis, voor interne projectopvolging
- bereidheid tot deelname aan de vergaderingen, georganiseerd per functionele eenheid,
 - o om de data te bespreken, analyseren en desgevallend verwerken
 - o om expertise te delen
 - o om de methodologie en resultaten te valideren
 - o ...
- Voor elke functionele eenheid zal beroep gedaan worden op zowel medische als verpleegkundige expertise, naast financiële expertise en materiaalkennis.
- Bereidheid om bijkomende informatie (mits beschikbaar) aan te leveren indien wenselijk geacht (vb. prijzen toestaan)

In de planning worden min 3 – max 5 bijeenkomsten per functionele eenheid (met alle deelnemende ziekenhuizen samen) voorzien.

De ziekenhuizen die wensen deel te nemen, dienen hun kandidatuur te bevestigen voor 09/09/2022 via xxx@riziv-inami.fgov.be

In geval van vragen over de aan te leveren gegevens / de vereiste inspanningen voor de deelnemende ziekenhuizen, kan contact opgenomen worden met herijkingNC@uzleuven.be voor de Nederlandstalige ziekenhuizen.

Hierbij moeten de kandidaten aangeven te kunnen voldoen aan bovenstaande “**selectiecriteria deelnemende ziekenhuizen**” (zie sjabloon in bijlage). Ziekenhuizen die menen niet volledig aan bovenstaande voorwaarden te kunnen voldoen maar alsnog wensen deel te nemen aan de studie worden gevraagd te bepalen wat hun bijdrage kan zijn en dit te motiveren. Ook ziekenhuizen waar niet alle medische disciplines actief zijn, kunnen deelnemen aan het project.

Op basis van een beoordeling van de kandidaatstelling, desgevallend na extra afstemming met het betrokken ziekenhuis, zullen de onderzoeksgroepen een voorstel van eindselectie overmaken aan het RIZIV. De voorkeur zal gaan naar ziekenhuizen die voor meerdere (of zelfs zoveel mogelijk) functionele eenheden kunnen deelnemen aan het project. De weerhouden kandidaat-ziekenhuizen sluiten vervolgens een contract af met het RIZIV.

De tegemoetkoming voor elk ziekenhuis dat actief deelneemt aan werkgroepen, expertise deelt en de methodologie/resultaten valideert bedraagt **€ 50.000 per kalenderjaar (gedurende 3,5 jaren)** . Op deze manier vergoedt het RIZIV de gevraagde tijdsinzet van experts (verpleegkundig, medisch, logistiek, financieel, administratief ...) van elk deelnemend ziekenhuis. Voor ziekenhuizen die slechts voor een beperkt aantal functionele eenheden deelnemen wordt het budget pro rata toegekend.

FICTIEF VOORBEELD REËLE KOSTENBENADERING ENDOSCOPIE

STAP 1:

Het vertrekpunt in de analyse is een **theoretische functionele eenheid (FE)**, wat we definiëren als een “afgebakend geheel van medische activiteiten op basis van nomenclatuurcodes die bepaalde medische activiteiten omschrijven”.

Ter illustratie: de theoretische functionele eenheid ‘**endoscopie**’ wordt *voorlopig* afgebakend aan de hand van 85 nomenclatuurprestaties / 170 (ambulant/klinisch)nomenclatuurcodes uit artikel 11, 14, 17, 20.

Nomenclatuurcode	Prestatienr Omschrijving
474810	ENDOSC.BEH.FISTEL/PERFORATIE SPIJSVERTK
474821	ENDOSC.BEH.FISTEL/PERFORATIE SPIJSVERTK
474832	ENDOSC.SECTIE MUSCULUS CRICOPHARYNGEUS
474843	ENDOSC.SECTIE MUSCULUS CRICOPHARYNGEUS
...	...

STAP 2:

Om de kostprijs van medische prestaties te berekenen, moeten de kosten gekend zijn op het niveau waar deze prestaties worden uitgevoerd. Hiervoor introduceren we het begrip ‘**operationele functionele eenheid**’. Dit is de “afdeling, verpleegeenheid of dienst waar de medische prestaties in realiteit worden verricht en waar de honoraria worden geregistreerd”. Uiteraard kan/zal deze operationele FE verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis, want dit is afhankelijk van de praktische organisatie binnen elk ziekenhuis en de gehanteerde kostenplaatsen. Facturatiegegevens worden gebruikt om het relatieve aandeel van de prestaties in de verschillende operationele FE in kaart te brengen.

Ter illustratie: onderstaande tabel toont aan dat in het ziekenhuis (i) 95% van alle betrokken nomenclatuurprestaties verricht worden in de entiteit ‘Functiemeting Endoscopie’. ‘Functiemeting Endoscopie’ is voor het ziekenhuis (i) bijgevolg de belangrijkste operationele FE voor de theoretische FE ‘endoscopie’. Ook op operationele functionele eenheden 2 en 3 worden endoscopische nomenclatuurprestaties uitgevoerd, maar in (veel) lagere aantallen.

Prestatienr	Prestatienr Omschrijving	Operationele FE		
		FE ‘FM Endoscopie’ (i)	FE 2 (i)	FE 3 (i)
474810	ENDOSC.BEH.FISTEL/PERFORATIE SPIJSVERTK	100%	0%	0%
474821	ENDOSC.BEH.FISTEL/PERFORATIE SPIJSVERTK	94%	5%	1%
474832	ENDOSC.SECTIE MUSCULUS CRICOPHARYNGEUS	90%	5%	5%
...	...			
Totaal		95%	3%	2%

(i): ziekenhuisafhankelijk: entiteit, structuur of benaming van de operationele FE is afhankelijk van de wijze waarop het ziekenhuis haar klinische activiteiten organiseert.

STAP 3:

In fase 3 worden per operationele functionele eenheid '**klinische activiteitgroepen**' bepaald in overleg met de deelnemende ziekenhuizen. Dit zijn groepen van medische activiteiten die een vergelijkbaar zorgproces en een vergelijkbare inzet van middelen vereisen.

Ter illustratie: voor endoscopie stellen we onderstaande activiteitgroepen voor. In overleg met de deelnemende ziekenhuizen zullen deze groepen verder bepaald, aangepast, verfijnd... worden.

Operationele FE	Activiteitgroepen	Aantal activiteiten in 2019
FM Endoscopie	Bronchoscopie	
	Diagnostisch	2.000
	Therapeutisch	200
	Coloscopie	
	Diagnostisch	3.500
	Therapeutisch	1.500
	Fibroscan	500
	Gastroscopie	
	Diagnostisch	5.500
	Therapeutisch	500
	Motiliteit	400
	Proctologie	700
	Restgroep	500

STAP 4:

In stap 4 inventariseren we de **middeleninzet** voor de verschillende activiteitgroepen om vervolgens een **kost per activiteitgroep** te berekenen. De kostenstudie beperkt zich tot de directe praktijkkosten, meer bepaald (1) de personeelskost van het direct bij de medische prestatie betrokken zorgpersoneel (excl. artsen), (2) materiaalkosten (excl. geneesmiddelen en implantaten) en (3) kosten van medische apparatuur. Kosten voor infrastructuur en indirecte kosten worden niet meegenomen in deze analyse – zie projectoproep deelnemende ziekenhuizen. Verder zal de in- en exclusie van kostensoorten / kostenplaatsen zoveel mogelijk gebaseerd zijn op /gelijklopend zijn met de handleiding voor op kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies van het KCE (KCE rapport 178A.). Deze inclusie / exclusie wordt afgestemd met de experten – en indien relevant kan er afgeweken worden van de KCE benadering – om een zo goed mogelijke inschatting van de directe praktijkkosten van de medische prestaties te bekomen.

Ter illustratie: onderstaande tabel bevat een inventarisatie van personen en middelen die worden ingezet voor de verschillende activiteitgroepen endoscopie.

	Niet medisch personeel	Materiaal	Medische apparatuur												
			basis						extra						
Gastroscopie			bran-card	scope (type*)	toestel scope	pomp CO ₂	spoel pomp	coagulat	echo	laser	cryo	spy glass	RX	monit	
diagnostisch	15' 1 vpl	staalnamen + monitoring saturatie/capnometrie (=basispakket)/linnen	x	x	x	x			(x)					x	"reprocessing cost" van scopen door personeel van CSA (X personen per weekdag)
therapeutisch	30'-(60') 1 vpl (2vpl)	basispakket + materiaal anesthesie (buitendienst ANE heeft kant en klare kar bij)+ specifiek materiaal therapeutische procedure	x	x	x	x	x	x	(x)					x	
Coloscopie															
diagnostisch	45' 1 vpl	basispakket + specifiek materiaal poliepwegname + veelal ANE	x	x	x	x	x	x						x	
therapeutisch	45'-(120') 1 vpl (2vpl)	basispakket + materiaal anesthesie (buitendienst ANE heeft kant en klare kar bij) + specifiek therapeutisch materiaal	x	x	x	x	x	x						x	
Bronchoscopie															
diagnostisch	30' 1 vpl	basispakket + steriele materiaalset	x	x	x									x	
therapeutisch	60' 1 vpl	basispakket + specifiek materiaal	x	x	x				x	x	x			x	
ERCP															
diagnostisch	60' 2 vpl	basispakket + steriele materiaalset + specifiek materiaal (sfinkterotoom, diagnostische katheter / voerdraad / extractieballon)		x	x	x		x				x	x	x	
echo endoscopie	30' 2 vpl	basismateriaal + specifiek materiaal (punctienaald)		x	x	x			x				x	x	

Om de kost per activiteitsgroep te berekenen, worden de geïncludeerde kosten per operationele functionele eenheid opgevraagd. Vandaar dat gevraagd wordt aan de deelnemende ziekenhuizen om boekhoudkundige data (Finhosta tabel-2) en personeelsgegevens (Finhosta tabel-13) aan te leveren op niveau van de operationele FE, wat in veel gevallen een "finere"/meer gedetailleerde indeling is van de "klassieke kostenplaatsen", die Finhosta voorziet.

Ter illustratie: kosten voor de operationele FE 'FM Endoscopie' in ziekenhuis (i).

Type directe kost	FM Endoscopie
Personeel (inzet: 15 VTE die zorg-gerelateerde activiteiten uitvoeren)	€ 1.145.000
Materiaal	€ 1.000.000
Medische apparatuur	€ 3.000.000

De **personeelskost** wordt vervolgens toegewezen aan de verschillende activiteitsgroepen via de verdeelsleutels 'aantal activiteiten en 'aantal minuten personeelsinzet'.

Ter illustratie: toewijzing van personeelskost FM Endoscopie

Activiteit-groepen	Personeels-inzet per prestatie (in min.)	Aantal activiteiten in 2019	Personeelsinzet voor tot. aantal activiteiten (in min.)	Personeelsinzet per activiteit-groep	Personeelskost 2019 (in EURO)	Personeelskost per prestatie (in EURO)
Broncho D	30	2.000	60.000	12%	€ 130.000	€ 65
Broncho T	60	200	12.000	2%	€ 25.000	€ 125
Colo D	45	3.500	157.500	30%	€ 350.000	€ 100
Colo T	90	1.500	135.000	26%	€ 270.000	€ 180
Fibrosan	20	500	10.000	2%	€ 28.000	€ 56
Gastro D	15	5.500	82.500	16%	€ 220.000	€ 40
Gastro T	30	500	15.000	3%	€ 32.000	€ 64
Motiliteit	45	400	18.000	3%	€ 30.000	€ 75
Proctologie	30	700	21.000	4%	€ 45.000	€ 64
Restgroep	15	500	7.500	1%	€ 15.000	€ 30
			518.500	100%	€ 1.145.000	

De **materiaalkosten** worden vervolgens toegewezen aan de verschillende activiteitgroepen a.d.h.v. een lijst van werkingskosten die samen met de verantwoordelijken van de operationele functionele eenheid wordt overlopen. Per operationele functionele entiteit zullen de materiaalkosten worden opgesplitst in (a) materialen die slechts voor één klinische activiteitgroep gebruikt worden (dit is enkel van toepassing op materialen met een hoge eenheidskost of hoge jaarkost) en (b) materialen die voor meerdere activiteitgroep gebruikt worden, of zelfs niet eenduidig toewijsbaar zijn aan activiteitgroepen. Voor deze materiaalkosten zal ook de meest aangewezen verdeelsleutel afgesproken moeten worden (bv. aantal activiteiten, aantal activiteiten gewogen met de personeelsinzet per activiteit). De **medische apparatuur** worden toegewezen aan de verschillende activiteitgroepen a.d.h.v. een investeringslijst die samen met de verantwoordelijken van de operationele functionele eenheid wordt overlopen. Een gelijkaardige opsplitsing wordt voorzien als voor de materiaalkosten (i.e. apparatuur die slechts in één klinische activiteitgroep wordt ingezet versus apparatuur die in meerdere klinische activiteitgroepen wordt ingezet)

Ter illustratie: toewijzing van kosten medisch materiaal en kosten medische apparatuur FM Endoscopie

Activiteit-groepen	Materiaalkost per prestatie (in EURO)	Kost medische apparatuur (in EURO)
Broncho D	€ 20	€ 30
Broncho T	€ 20	€ 30
Colo D	€ 10	€ 15
Colo T	€ 10	€ 15
Fibroscan	€ 35	€ 40
Gastro D	€ 20	€ 20
Gastro T	€ 20	€ 20
Motiliteit	€ 50	€ 30
Proctologie	€ 10	€ 40
Restgroep	€ 30	€ 10

Fase 5:

In de laatste fase van de analyse wordt het verband gelegd tussen de kosten op het niveau van activiteitgroepen en de individuele nomenclatuurprestaties uit stap I. De prestaties (i.e. gefactureerde nomenclatuurcodes), per datum en per patiënt worden gekoppeld aan een klinische activiteitgroep. Statistische technieken zullen worden gebruikt om de verschillende groepen te analyseren. In overleg met experts uit de verschillende deelnemende ziekenhuizen zal de directe praktijkkost per klinische activiteitgroep gebruikt worden om een relatieve waardenschaal te ontwikkelen voor de *voorlopig* 85 nomenclatuurnummers die de theoretische functionele eenheid 'endoscopie' afbakenen.

Vink aan indien uw ziekenhuis denkt 100% of deels te voldoen aan de voorwaarde. Bij twijfel of vragen, geef onder de voorwaarde meer duiding waarom deels.

Selectiecriteria deelnemende ziekenhuizen:

100% Deels

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Algemene (inclusief universitaire) ziekenhuizen |
| ☐ | ☐ | Data 2019 |
| ☐ | ☐ | Facturatiegegevens op niveau operationele functionele eenheid |
| ☐ | ☐ | Boekhoudkundige gegevens (Finhosta tabel-2) op niveau operationele functionele eenheid |
| ☐ | ☐ | Personeelsgegevens (Finhosta tabel-13) op niveau operationele functionele eenheid |
| ☐ | ☐ | MZG data (voor OKA-passages) – link met operationele functionele eenheid |
| ☐ | ☐ | Tabel met link patientID naar activiteitgroepen (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:

- 3 à 5 vergadermomenten per theoretische functionele eenheid
- Deelnemen aan de thematische besprekingen
- Data bespreken, analyseren en desgevallend verwerken
- Methodologie en resultaten valideren

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Beschikbaar stellen van medische expertise |
| ☐ | ☐ | Beschikbaar stellen van verpleegkundige expertise |
| ☐ | ☐ | Beschikbaar stellen van financiële expertise |
| ☐ | ☐ | Beschikbaar stellen van expertise apparatuur en specifieke materialen |
| ☐ | ☐ | Bereidheid om extra informatie (mits beschikbaar) aan te leveren in de loop van de studie |