

Raadgevend Comité voor Bio-ethiek

Advies nr 15 d.d. 18 februari 2002 m.b.t. ethische vragen die rijzen bij de impact van de "Minimale Klinische Gegevens" (MKG) op het aantal ligdagen van de patiënten

Vraag om advies van 7 augustus 1998

Van Dr. Johan Ramboer, Voorzitter van de commissie voor medische ethiek van het "Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis" in Geraardsbergen

De vraag gesteld door Dr Johan Ramboer, voorzitter van het plaatselijk Ethisch Comité van het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis te Geraardsbergen, betreft de ethische aanvaardbaarheid de individuele ligduur van patiënten te laten bepalen door de nationaal gemiddelde ligduur bekomen op basis van de registratie van de minimale klinische gegevens (MKG) zoals ingevoerd door het koninklijk besluit van 06.12.1994.

In zijn brief van 7 augustus 1998 schrijft dr J. Ramboer het volgende "Sinds het ontstaan van de MKG-registratie zit ik met een onbehaaglijk gevoel. Vooral door zijn financiële implicaties dreigt deze registratie mijn medisch handelen te beïnvloeden, op een wijze die mij soms achterlaat met de vraag of ik goed deed".

"Ik toetste dit gevoel aan dat van anderen uit verschillende niveaus van verschillende ziekenhuizen. Sommigen zegden dat ik de regels van -het spel- moet volgen, vele anderen herkennen dit onbehaaglijk gevoel.

Is het louter omdat dit systeem mij confronteert met de harde realiteit van de maatschappelijke kost van ziekteverzorging, of zijn er ethische implicaties? Ik ben er nochtans voorstander van om rekening te houden met deze maatschappelijke kost, en wens daarom ingelicht te worden".

Het lokaal ethisch comité stelde hierbij in de eerste plaats en eenparig vast dat het ethisch niet verantwoord is dat de gemiddelde ligduur de norm is. Er wordt verwacht dat een optimale ligduur bepaald wordt, bvb in een dialoog tussen medische en economische wetenschap. Verder wordt aangestipt dat het systeem ondoorzichtig is, dat het niet goed is dat het medisch beleid op louter economische gronden gebaseerd is, dat eventuele complicaties zoals decubituswonden soms aanleiding geven tot een gunstiger financiële regeling en dat de verkorting van de ligduur gestimuleerd wordt zonder dat een goede thuiszorg uitgebouwd is.

INHOUD VAN HET ADVIES

HOOFDSTUK I	ALGEMENE SITUERING VAN DE KOSTEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG	3
1.1	Gezondheidszorg in België en in andere landen	3
1.2	Waarom de kosten in de gezondheidszorg toenemen	3
1.3	Solidariteit: sleutel-element in onze sociale zekerheid	4
1.4	De uitgaven voor gezondheidszorgen	5
1.5	De activiteiten in de algemene ziekenhuizen	5
1.6	De financiering van werkingskosten van ziekenhuizen	5
HOOFDSTUK II	SITUERING VAN HET MKG-PROBLEEM	6
2.1	Gebruikte termen en betekenis	6
2.2	De minimale klinische gegevens (MKG): doel en registratie	8
2.3	De berekening van het subbudget B1+B2	10
2.3.1	<i>Verblijfsduur per patiënt</i>	10
2.3.2	<i>Verblijfsduur per patiënt en DRG</i>	10
2.3.3	<i>Nationaal gemiddelde verblijfsduur per DRG</i>	10
2.3.4	<i>PAL-NAL weging</i>	10
2.4	Het meten van de performantie van een algemeen ziekenhuis	10
2.5	De vergelijking van de gemiddelde verblijfsduur van de individuele algemene ziekenhuizen met de nationale gemiddelde verblijfsduur	11
2.6	Invloed van PAL-NAL weging op het ziekenhuisbudget (Art. 46bis)	12
HOOFDSTUK III	GEOPPERDE BEZWAREN TEGEN HET MKG-SYSTEEM	12
3.1	Bemerkingsen geuit door de patiënten	13
3.2	Bemerkingsen vanwege de zorgverstrekkers	14
3.3	Bemerkingsen van de ziekenhuisdirecties	15
HOOFDSTUK IV	ETHISCHE OVERWEGINGEN	16
4.1	Bestaande ethische richtlijnen over de sociale rol van overheid en artsen	16
4.2	Ethische bedenkingen bij het MKG-systeem	17
4.2.1	<i>Ethische situering van de MKG</i>	18
4.2.2	<i>Factoren met ethische implicaties</i>	18
HOOFDSTUK V	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	20
Afkortingen		24
Referenties		24
Tabellen I tot VII		26

HOOFDSTUK I. ALGEMENE SITUERING VAN DE KOSTEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Dit hoofdstuk situeert het MKG-systeem (Minimale Klinische Gegevens, verder MKG) in het geheel van de gezondheidszorg waarin het thans gebruikt wordt. Het is in de eerste plaats een meetinstrument voor de registratie van een aantal medische activiteiten in de algemene en acute ziekenhuizen, met uitzondering van de psychiatrische instellingen. Tenslotte wordt de ziekenhuisverblijfsduur van de patiënten berekend voor verschillende groepen van aandoeningen en gevolgd door statistische verwerking (zie Hoofdstuk II). Op geen enkel ogenblik wordt rekening gehouden met het spontane verloop van de aandoening of met het resultaat van de behandeling, tenzij de melding van eventuele nevendiagnoses of van overlijden.

1.1 Gezondheidszorg in België en in andere landen

Volgens verschillende nationale en internationale studies, is het huidig gezondheidssysteem in België – op basis van de thans gangbare criteria om de kwaliteit ervan te evalueren – goed, ook wat betreft de kosten – baten analyse. Dit wordt geïllustreerd door de tabellen I tot IV die een aantal gegevens van België met deze van andere landen vergelijken : jaarbedrag besteed aan gezondheidszorg per inwoner, procentueel aandeel van de voornaamste gezondheidssectoren in de totale kost van gezondheidszorg, globale capaciteit en activiteit van de ziekenhuizen. Ook al worden een aantal gezondheidsindices (levensverwachting bij de geboorte, “onder-vijf-kindermortaliteit, percentage van de bevolking boven de leeftijd van 60 jaar) medebepaald door de gezondheidsdeterminanten, -we denken hier vooral aan de kwaliteit van de sociale context waarin een bevolking leeft (huisvesting, arbeidssituatie, zelfwaardering, enz...)-, ze getuigen ook van de algemene kwaliteit van de gezondheidszorg. Deze algemene cijfers kunnen echter, zowel zeer goede als minder goede aspecten verbergen. Het is daarom noodzakelijk te beschikken over een strategie voor het gelijktijdig evalueren van de kwaliteit en de kosten van de gezondheidszorg. Hoge zorgkwaliteit – zowel op individueel niveau als op niveau van de volksgezondheid – veronderstelt ook een goede verhouding tussen de kwaliteit van de verzorging enerzijds, en de kosten ervan anderzijds, en dit voor elke burger. Het MKG-systeem is een poging tot kwantificeren van de gezondheidszorg in het land en moet verder in deze context begrepen worden.

1.2 Waarom de kosten in de gezondheidszorg toenemen

Tijdens de laatste jaren zijn de gezondheidskosten voortdurend gestegen. De oorzaak van deze stijging is multipel en zeer verschillend. Zonder in detail te treden kunnen toch enkele redenen geciteerd worden. Zo hebben de ontwikkeling van de medische kennis en technologie tijdens de laatste helft van vorige eeuw tot toenemende mogelijkheden van diagnostiek en behandeling geleid. De grotere precisie van deze technieken was te danken aan het gebruik van recente aanwinsten in aanverwante wetenschappen waardoor de kostprijs opliep. De steeds groter wordende medische mogelijkheden lieten ook toe steeds zwaardere pathologieën, ook bij patiënten op hoge leeftijd en bij kinderen met laag geboortegewicht of met complexe aangeboren aandoeningen, te behandelen.

De politieke keuzes en het uitblijven van keuzes inzake gezondheidszorg hebben ook een niet verwaarloosbare rol gespeeld in de toename van de kosten in de gezondheidszorg. Het ziekenhuisgericht gezondheidssysteem van het land werd herhaaldelijk aangewezen als de

hoofdverantwoordelijke voor de kostenstijging. De opgelegde vermindering, noch van het aantal ziekenhuisbedden noch van hospitalisatieduur, was echter in staat de kosten voldoende af te remmen.

Parallel met de wetenschappelijk-technische en politiek-economische dynamiek van de gezondheidszorg koesterde de samenleving steeds grotere verwachtingen zowel voor diagnostiek en therapie als voor de “hotelaccommodatie” van de ziekenhuizen. Terecht vragen de mensen meer persoonlijke aandacht en informatie vanwege de zorgverstrekkers. Dit vraagt ook extra opgeleid personeel en tijd om op een humane manier op de vragen van de zieke en zijn familie in te spelen.

De gezondheidszorg is ook toenemend een sterk bevraagde arbeidssector wegens veranderingen die zich in de familiale structuren en arbeidsmarkt voordeden. De sociale en culturele evolutie (daling van het kinderaantal, éénuoudergezinnen, echtscheidingen, toename van alleen-wonenden, ...) verzwakt de informele verzorgingsnetten (mantelzorg). Deze veranderingen leiden op hun beurt, samen met de vergrijzing van de bevolking, tot toenemende vraag naar professionele hulpverlening aan hoge kostprijs.

Sommige leden van het Comité leggen eveneens de nadruk op het feit dat de financiering per prestatie zoals deze vandaag de dag in ons gezondheidszorgsysteem bestaat, aanzet tot een hogere consumptie, in het bijzonder van technische prestaties die in de ziekenhuizen worden geleverd. Ook de directe toegang van de burger tot alle medische structuren kan de kostprijs opdrijven.

Bovendien zijn onderzoekers en medische industrie soms voortvarend en onvoorzichtig bij het aankondigen van nieuwe technieken en recente therapieën. Een aantal innovaties wordt te vroeg en te rooskleurig in de niet-medische pers aangeprezen, nog voor hun algemene bruikbaarheid en veiligheid vaststaan. Door het doorspelen van de eerste kopijen van medische publicaties, zelfs van gezaghebbende medische tijdschriften, naar de algemene pers worden nieuwe aanwinsten soms overdreven opgehemeld, nog voor hun algemeen nut of nevenwerkingen voldoende gekend zijn. Ook de promotie van nieuwe medicamenten, door te verregaande commerciële technieken, leidt soms tot niet adequaat gebruik van de beschikbare gelden.

1.3 Solidariteit : sleutel-element in onze sociale zekerheid

In België moet het evenwicht tussen de financiële middelen en de uitgaven voor de gezondheidszorg ook gezien worden in het kader van de algemeen aangenomen solidariteit zowel wat betreft de aanbreng van de middelen als van de gelijke toegang van alle burgers tot de bestaande gezondheidszorg. Zo leert een analyse van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten dat voor het jaar 1998, ongeveer 8% van de bevolking geen uitgaven had terwijl bijna de helft van de totale uitgaven aan 4% van de bevolking werd gespendeerd en 75% aan 10%.

Men mag spreken van een bestaande basis-solidariteit in ons land, maar men mag tevens niet vergeten dat ongeveer 14 procent van de bevolking onder de armoedegrens leeft. In deze context kan verwezen worden naar Advies 7 van het RCBE (Bioethica Belgica nr 4 – maart 1999) en het KB van 16.04.1997 betreffende de verhoogde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten gunste van een viertal groepen van sociaal behoeftigen.

1.4 De uitgaven voor gezondheidszorgen

In 1996 besteedde België 8,6 percent van zijn Bruto Binnenlands Product (BBP) aan gezondheidszorg. Het gezamenlijk aandeel van de overheid en van de sociale zekerheid, afkomstig van afhoudingen op het salaris van de werkende bevolking, bedroeg 7,6 percent van het BBP tegenover 6,1 percent in 1985. In dezelfde periode steeg het BBP, van 5.148,2 mrd BEF (127,62 mrd EUR) in 1985 tot 8.305,1 mrd BEF (205,88 mrd EUR) in 1996, hetzij met 61%, zie Tabel V. De totale uitgaven van gezondheidszorg stegen van 352,6 miljard BEF (8,74 mrd EUR) in 1985 tot 714,3 miljard BEF (17,70 mrd EUR) in 1996, hetzij met 103%. Het aandeel van de overheid samen met dat van de sociale zekerheid was 82 percent in 1985 en 89 percent in 1996 (Tabel V).

In 1997 bedroeg de financiering van de werkingskosten van de algemene ziekenhuizen van het land 143,631 mrd BEF (3,56 mrd EUR). Tegenover 1986 is dit een progressieve toename van 50 %, hetzij 53% minder dan die van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Tabel VI toont de procentuele verdeling van de kosten van de algemene ziekenhuizen.

1.5 De activiteiten in de algemene ziekenhuizen

In de periode van 1985 tot 1996 daalde het totaal aantal bedden in de algemene ziekenhuizen van 68 404 tot 57 433. In dezelfde periode steeg het aantal gehospitaliseerde patiënten van 1 591 000 tot 1 922 000 en daalde het aantal ligdagen van 20 494 000 tot 16 998 000. De bezettingsgraad bleef nagenoeg constant, ongeveer 82 percent, maar het aantal verpleegdagen per opgenomen patiënt daalde van 13 tot 9 dagen (Tabel V).

De daling werd gedeeltelijk mogelijk gemaakt door efficiëntere diagnostische en therapeutische aanwinsten, wat o.a. leidde tot de invoering van daghospitalisatie. De ziekte en de ziektebeleving door de patiënt en zijn omgeving worden daarom niet in dezelfde mate ingekort.

De daling van het totaal aantal verpleegdagen was vooral te wijten aan de politiek in de tachtiger jaren van afbouw van algemene ziekenhuisbedden door het moratorium op de beddenscapaciteit, het stopzetten van de ongelimiteerde betaling van de verpleegdagen en het niet langer herzienbaar zijn van de verpleegdagprijs op basis van de in de boekhouding genoteerde kosten. Sinds 1988 wordt voor de bepaling van de verpleegdagprijs ook rekening gehouden met de klinische activiteit van het ziekenhuis zoals bedbezetting en verblijfsduur.

1.6 De financiering van werkingskosten van ziekenhuizen

De Ministerraad bepaalt elk jaar bij Koninklijk Besluit het totaal budget van financiële middelen van het Rijk voor de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen. Voor 1999 werd het bedrag vastgelegd op 160.605.100.000 BEF (3.981.296.433 EUR) waarvan 136.092.700.000 BEF (3.374.478.056 EUR) voor de algemene ziekenhuizen. Op 21 november 2001 keurde de Ministerraad twee ontwerpen van Koninklijk Besluit goed betreffende het budget voor de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen: verhoging van het totaal budget 2001 naar 173,5 mrd BEF (4,3 mrd EUR) en vastlegging van het totaal budget 2002 op 181,32 mrd BEF (4,49 mrd EUR). Ingevolge de fusies van de laatste jaren is het totaal aantal algemene ziekenhuizen teruggebracht van 375 in 1985 tot 177 in 1996 en tot 135 in 1999.

Om de mogelijke impact van de minimale klinische gegevens op de financiering te situeren is het nodig een bondig overzicht van de verschillende onderdelen van het ziekenhuisbudget te geven met aanduiding van de uitgavenposten in 1997 – de laatste beschikbare gegevens- (tabel VI) en van de bronnen van inkomsten (tabel VII).

Deel A - de investeringen

- A1. De investeringslasten
- A2. De korte-termijn-kredieten
- A3. De algemene niet-geïndexeerde lasten o.a. de vakbondspremie ten bedrage van 3 BEF per verpleegdag (vanaf 2001, ingeschreven in B4).
- A4. De investeringslasten van de zware medisch-technische uitrusting, zoals kernspintomografie (NMR) en radiotherapieapparatuur.

Deel B - de dienstverlening

Voor het begrijpen van het voorliggend advies, is vooral de analyse van onderdelen B1 en B2 belangrijk. Immers het uiteindelijk bedrag, dat jaarlijks aan de onderdelen B1 en B2 wordt toegekend, is afhankelijk van de MKG-gegevens (zie 2.2).

- B1. De kosten voor gemeenschappelijke diensten zoals onderhoud, verwarming, administratie, algemene kosten, onderhoud van linnen en voeding.
- B2. De kosten van de klinische diensten : onderdeel B2 dekt de kosten zowel van het verplegend personeel, werkzaam op hoger vernoemde ziekenhuiseenheden, als van de medische producten gebruikt op genoemde eenheden. Het nationaal budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen op basis van een puntensysteem voor de verschillende activiteitseenheden (verpleegeenheden, operatiekwartier, spoedgevallen en centrale sterilisatie).
- B3. De werkingskosten voor de medisch-technische diensten zoals radiografie en radiotherapie.
- B4. De recuperatie van 25% van de door de beddensluiting vrijgemaakte financiële middelen alsmede een aantal forfaitair gedekte kosten.
- B5. De kosten voor de werking van de ziekenhuisapotheek.
- B6. De financiering van de sociale akkoorden.

Deel C - Varia

- C1. Aankoopkosten in geval van nieuwbouw.
- C2. Inhaalbedragen.
- C3. Het te verminderen bedrag voor kamers met 1 en 2 bedden waarvoor supplementen worden geïnd.
- C4. Aftrek van het geraamde teveel aan ontvangsten voor een bepaald dienstjaar in vergelijking met het toegekende quotum.

HOOFDSTUK II. SITUERING VAN HET MKG-PROBLEEM

2.1 Gebruikte termen en betekenissen

De toenemende druk om de inflatie van de uitgaven voor gezondheidszorg in te tomen, heeft in het laatste decennium geleid tot het controleren van de eenheidsprijzen en tot het in vraag stellen van de

doeltreffendheid (efficacy) van de zorgverlening. Deze controle en invraagstelling zijn gewettigd wegens de, per definitie, beperkte geldmiddelen van de samenleving. In deze context werden uitdrukkingen zoals “kosten-doeltreffendheid” (cost-efficacy); “kosten-werkzaamheid” (cost-effectiveness); “kosten-efficiëntie” (cost-efficiency), “kost-baten analyse” en nog andere, veel belovende analyses, in de gezondheidszorg geïntroduceerd, dit in analogie met de rationele toepassing van economische principes in het bedrijfsleven.

De louter economische evaluatie is slechts één van de instrumenten waarover gezondheidseconomen beschikken want eigenlijk moet het gaan om een pluridisciplinaire wetenschappelijke benadering die ook beroep doet op besliskunde, statistiek en epidemiologie. Daarenboven kan de louter economische evaluatie niet vruchtbaar zijn zonder de wezenlijke bijdrage van het klinisch wetenschappelijk onderzoek en de dagelijkse praktijk-ervaring met behandelde zieken en traumapatiënten.

Om dit te bereiken, moeten de verschillende partijen van de gezondheidszorg zich, als samenspelers, akkoord stellen over de gebruikte termen en hun definitie. Inderdaad, het amalgaam van de gebruikte termen wordt stilaan bron van misverstanden, wantrouwen, en conflicten tussen potilici, gezondheidseconomen en de verschillende gezondheidswerkers. Al te dikwijls wordt de kwaliteit van de zorgen verward met hun doeltreffendheid, hun werkzaamheid of hun efficiëntie.

De adviesvraag gericht aan het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek, vermeldt reeds de noodzakelijke dialoog tussen medische en economische wetenschappen. Derhalve vragen de leden van het Comité, met het oog op een goed begrip van het advies, zeer behoedzaam te zijn in verband met de semantiek van de gebruikte woorden.

Kwaliteit duidt op het resultaat in termen van verbetering van de gezondheid (niet alleen fysiek maar ook psychisch en sociaal), of met andere woorden : de verbetering zowel van preventie als van behandeling van ziekten.

Doeltreffendheid (*efficacy*) slaat op de potentiële werking van een behandeling. Een behandeling wordt doeltreffend genoemd als de werking in het laboratorium of in het kader van een klinisch wetenschappelijk onderzoek aantoonbaar is. Onder strict gecontroleerde omstandigheden werd aangetoond dat de behandeling een wel bepaalde werking, meestal op een intermediaire parameter zoals normalisatie van bloeddruk, glykemie, ... heeft.

Werkzaamheid (*effectiveness-effectivity*) gaat nog een stap verder : een behandeling die in welbepaalde omstandigheden doeltreffend is, wordt pas als werkzaam beschouwd, indien de doeltreffendheid ook in de dagelijkse medische praktijk (daily clinical practice) kan aangetoond worden. Een werkzame of effectieve behandeling heeft dus ook voorbij het proefondervindelijk stadium een praktische klinische evidentie bereikt onder de vorm van één of andere verbetering van de kwaliteit van de gezondheid.

Het verschil tussen doeltreffendheid en werkzaamheid is heel belangrijk. Zo het relatief gemakkelijk is aan te tonen dat een nieuw chemotherapeutikum doeltreffend is om in het laboratorium bepaalde tumoren bij muizen te doen regresseren, kan het aantonen van zijn werkzaamheid onder vorm van verhoogde overlevingskansen bij de mens heel wat meer en langduriger studies vereisen. De finale evaluatiecriteria van deze laatste studies moeten voor de patiënt kwalitatief afdoende zijn zoals verbetering van overleving, confort en/of levenskwaliteit.

Efficiëntie (*efficiency*) Een werkzame behandeling wordt als efficiënt beschouwd indien het klinisch doel bij de patient tegen billijke kostprijs kan bekomen worden. Efficiëntie betekent dus dat de

klinische zorgen tegen gunstige kostprijs kunnen verstrekt worden. De klinisch wetenschappelijke studies, zoals de recente “*Evidence-based-medicine*” studies, doen uitspraak over de doeltreffendheid en werkzaamheid van de zorgen, in tegenstelling met de economische evaluaties die slaan op de efficiëntie. Het is belangrijk de medische en economische rationaliteit van elkaar te onderscheiden en het geheel van gezondheidswinst/kosten niet alleen op korte maar ook op lange termijn te analyseren. Zo is de langdurige chirurgische en verpleegkundige verzorging van ulcera van het onderste lidmaat, te wijten aan arteriële insufficiëntie, veel duurder dan de onmiddellijke amputatie van een lidmaat, o.a. omwille van de langdurige hospitalisatie. Doch heel dikwijls worden deze kortetermijnbesparingen te niet gedaan door verschuiving van de kosten naar andere kostenplaatsen zoals aanschaffing van prothesen, revalidatie, thuishulp, bijstand bij verplaatsing e.a. om nog niet te spreken van verminderde levenskwaliteit. Economische en klinische rationaliteit moeten met elkaar rekening houden want anders ontspreken beiden in irrationaliteit (zie Doubilet, Weinstein en McNeil (1986)¹).

In de gezondheidszorg moet men omzichtig omgaan met de termen “*cost benefit*”. De onmiddellijke kosten kunnen lager liggen door verdoken kosten die soms pas later te voorschijn komen of door de wisselende inhoud van het begrip “*benefit*” dat min of meer groot kan zijn. Soms wordt de verwarring nog in de hand gewerkt door de onduidelijkheid aan wie de “*benefit*” eigenlijk ten goede komt: patiënt, gezondheidsverstrekkers, ziekteverzekering, overheid.

In het kader van gelijk welk politiek systeem, is het geïsoleerd bekijken van de uitgaven, los van de klinische rationaliteit, irrationeel. Het onder controle houden van de uitgaven in een bepaalde sector van de gezondheidszorg verschuift bovendien vaak de uitgaven naar een andere sector.

2.2 De minimale klinische gegevens (MKG): doel en registratie

Volgens artikel 2. van het koninklijk besluit van 6.12.1994 (B.S. 30.12.1994) heeft de registratie van de minimale klinische gegevens tot doel het gevoerde gezondheidsbeleid te onderbouwen, onder meer voor wat betreft :

1. de vaststelling van de behoeften aan ziekenhuisvoorzieningen;
2. de omschrijving van de kwalitatieve en kwantitatieve erkenningsnormen alsmede de klinische effectiviteit en de operationele en economische efficiëntie van de ziekenhuizen en hun diensten;
3. de organisatie van de financiering van de ziekenhuizen;
4. het bepalen van het beleid inzake de uitoefening van de geneeskunde;
5. het uitstippelen van een epidemiologisch beleid.

De Minimale Klinische Gegevens (MKG) worden geregistreerd bij elk ontslag voor verblijven gepreciseerd in artikel 3 en artikel 6 van het KB van 6.12.1994. De gegevens moeten, overeenkomstig de bepalingen van dit besluit, geanonimiseerd meegedeeld te worden aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. Laatst genoemde is houder van bedoelde gegevens en de Directeur-Generaal van het Bestuur der Verzorgingsinstellingen is de bewerker ervan.

De mede te delen MKG omvatten :

- 1 Algemene gegevens over de instelling die opneemt

¹ Doubilet P., Weinstein M.C., McNeil B.J. Use and misuse of the term “Cost Effective” in Medicine. *New England Journal of Medicine* 1986; 314: 253-256.

- 1.1 Registratienummer toegekend aan de instelling
- 1.2 Erkenningsnummer van de ziekenhuisdiensten
- 1.3 Code van het gegevensbestand
- 2 Gegevens met betrekking tot de patiënt
 - 2.1 Uniek registratienummer dat geen enkel persoonlijk gegeven, zoals geboortedatum, mag bevatten
 - 2.2 Geboortjaar en geslacht
 - 2.3 Postnummer van gemeente van hoofdverblijf (voor inwoners) of land van herkomst (voor niet-inwoners)
- 3 Gegevens betreffende het verblijf van de patiënt
 - 3.1 Uniek verblijfsnummer
 - 3.2 Aantal verpleegdagen per ziekenhuisverblijf, ingedeeld per kenletter van erkenning van de ziekenhuisdiensten waar de patiënt, in chronologische volgorde, verbleven heeft
 - 3.3 Datum (jaar, maand en dag van de week) van opname en ontslag
 - 3.4 Verblijfsduur (dagen) in intensieve zorgen
 - 3.5 Aard van opname
 - 3.6 Verwijzende instantie
 - 3.7 Aard van ontslag en bestemming
 - 3.8 Verblijfsduur
- 4 Diagnoses en verrichtingen
 - 4.1 Hoofd- en nevendiagnoses volgens de ICD-9-CM Code
 - 4.2 Ingrepen gecodeerd volgens RIZIV-nomenclatuur en ICD-9-CM Code
 - 4.3 Uitbestede onderzoeken die elders dan in het ziekenhuis van opname verricht werden
 - 4.4 Risicodragende technieken

Confidentialiteit

Zolang het document individuele (medische en administratieve) gegevens bevat is inbreuk op de confidentialiteit mogelijk. Om dit te verhinderen moet meer bepaald een arts, verantwoordelijk voor de verwerking van gegevens en de toegang tot de databank, in elk ziekenhuis aangesteld worden. De benoemde arts moet het vertrouwen hebben van het ziekenhuis en gekend zijn door de Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren.

Alle medewerkers van de arts, die instaan voor de verwerking van de MKG-gegevens, zijn ook gebonden door het beroepsgeheim. Daarenboven gebiedt de privacy-wet het bijhouden van de lijst van de personen, met inbegrip van hun taakomschrijving, die tot de databank toegang hebben. De Nationale Raad van de Orde der Geneesheren blijft niettemin bezorgd over het feit dat de bezitters van de coderingssleutels in het ziekenhuis in staat zijn eventueel de identiteit van patiënten te achterhalen. Het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek deelt deze bezorgheid. De te nemen voorzorgen gelden des te meer wanneer de gegevens gekoppeld worden aan deze van andere databanken (zie advies van de Nationale Raad van 16.05.1987).

Hoewel de gegevens geanonimiseerd vanuit het behandelende ziekenhuis naar de Minister van Volksgezondheid gestuurd worden, heeft de Raad van State (10.12.1993) toch geoordeeld dat een dergelijke convergentie en verspreiding van concrete persoonlijke gegevens niet altijd de stricte anonimiteit van de patiënt waarborgen. Elke theoretische mogelijkheid van identificatie is dan ook voldoende om de wettelijkheid van desbetreffend koninklijke besluit van 21.06.1990 te betwisten.

De vertrouwelijkheid slaat ook op de overgebrachte gecodeerde gegevens. De vraag blijft immers of het grote aantal van de opgevraagde MKG-gegevens –vooral van een persoon uit een weinig bevolkte postcodezone – toch niet toelaat, in zeldzame gevallen, de anonimiteit te verbreken? De commissie voor de bescherming van het privé-leven is wel van oordeel dat de thans gebruikte dubbele codering geen inbreuk op het privé-leven toelaat.

2.3 De berekening van het subbudget B1+B2

De berekening van het budget B1 + B2 van de individuele ziekenhuizen gebeurt op basis van ligduur, *diagnosis related groups*, nationale gemiddelde ligduur en PAL (Aantal positieve ligdagen)-NAL (Aantal negatieve ligdagen) weging (*cfr infra*).

2.3.1 Verblifsduur per patiënt

De verblifsduur of ligduur wordt uitgedrukt in aantal dagen waarvan de dag van opname als eerste dag en de dag van ontslag als laatste dag gerekend wordt, voor zover de patiënt na 14 uur ontslagen wordt.

2.3.2 Verblifsduur per patiënt en DRG

De patiënten zoals geregistreerd in de MKG-registratie worden ondergebracht in groepen, verder DRG's (*Diagnosis Related Groups*) genoemd (zie definitie 2.4). Elke diagnosegroep werd aanvankelijk ingedeeld in twee DRG-subgroepen, één met patiënten onder 75 jaar en één met patiënten boven 75 jaar. Sinds 1996 worden patiënten verzorgd in een dienst Geriatrie als een derde subgroep beschouwd.

2.3.3 Nationaal gemiddelde verblifsduur per DRG

Per DRG wordt een nationale gemiddelde ligduur (NGL) berekend, zonder rekening te houden met de extreme cijfers van de curve die doorgaans niet gaussiaans is. Voor de berekeningen wordt alleen rekening gehouden met de cijfers gelegen tussen percentiel 25 en 75 en wordt een correctie uitgevoerd op de ligdagcijfers van de daarbuiten gelegen patiënten, "outliers" genaamd.

2.3.4 PAL-NAL-weging

Ligt het aantal ligdagen boven de nationale gemiddelde ligduur, dan spreekt men van een positief aantal ligdagen (PAL). Ligt het aantal ligdagen onder het nationale gemiddelde, dan spreekt men van een negatief aantal ligdagen (NAL). Voor het gebruik van de PAL-NAL-weging, verwijzen wij naar punt 2.6.

2.4 Het meten van de performantie van een algemeen ziekenhuis

Vooreerst rijst de vraag of de operationele en economische efficiëntie van een ziekenhuis meetbaar is aan de hand van de verblifsduur bij opleggen van een minimale bezettingsgraad gepaard met de beperking van aantal ziekenhuisbedden en verblifsduur, zonder rekening te houden met objectieve klinische kwaliteitscriteria van de toegediende zorgen.

Sinds 1990 wordt voor de individuele ziekenhuizen zowel aantal en type bedden als het aantal verpleegdagen per jaar vastgelegd. Daarenboven is het minimaal verwachte percentage van de bedbezetting gefixeerd. Voor de algemene ziekenhuizen wordt het quotum van verpleegdagen dat per dienstjaar aan een ziekenhuis wordt toegekend, bepaald op basis van het aantal bestaande en erkende bedden op 1 januari van het betrokken dienstjaar enerzijds en van de hierna volgende minimale bezettingsgraden voor de overeenstemmende diensten: kindergeneeskunde (E) en kraamafdeling (M) 70%; intensieve neonatologie (N) 75 %; erkende palliatieve diensten (Sp-palliatief) 90%; en andere diensten 80 %. Tijdens de voorbereiding van het advies werden de normen inzake bezettingsgraad met terugwerkende kracht vanaf 1.1.2001 *sine die* opgeschort (K.B. 15.10.01, B.S.22.11.01).

Voor de herziening van het budget ingevolge het niet-realiseren of overschrijden van het quotum van verpleegdagen, zijn volgende regels van toepassing voor de onderdelen B1 + B2 :

- 1 Voor alle verpleegdagen die ten opzichte van het toegestane quotum niet gerealiseerd zijn, wordt geen bedrag toegekend. In afwijking hiervan wordt
 - 1.1 een bedrag toegekend ten belope van 100 percent van de onderdelen B1 + B2 van de verpleegdagprijs voor de eenheden van ernstige brandwonden en voor erkende diensten Sp-palliatief.
 - 1.2 in bepaalde gevallen, een bedrag toegekend ten belope van 25 percent van de onderdelen B1 + B2, berekend voor de toepassing van het aantal PAL en NAL volgens artikel 46bis (zie hoofdstuk 2.5).
- 2 Voor de pleegdagen boven het verpleegdagen-quotum, wordt voor de onderdelen B1 + B2 een bedrag toegekend ten belope van 25 percent van de waarde per dag voor die onderdelen, berekend volgens toepassing van de PAL-NAL weging volgens artikel 46bis (zie hoofdstuk 2.5).

De vraag gesteld door dr. J. Ramboer heeft vooral betrekking op de financiering door de Overheid van hoger beschreven onderdelen B1 + B2 van het ziekenhuisbudget. In het jaar 1997 bedroeg het nationale budget besteed voor de posten B1 + B2 122,086 mrd BEF (3,026 mrd EUR) (zie Tabel VI).

2.5 De vergelijking van de gemiddelde verblijfsduur van de individuele algemene ziekenhuizen met de nationale gemiddelde verblijfsduur.

In 1991 situeerde de nationale gemiddelde verblijfsduur van respectievelijk 10, 23 en 44 percent van de algemene ziekenhuizen zich binnen de zones -1 tot +1%, -2 tot +2% en -5 tot +5% rond de nationaal gemiddelde verblijfsduur. Dit gegeven was het vertrekpunt om de gemiddelde nationale verblijfsduur als maatstaf van budgettaire performantie te gebruiken. Men stelde echter vast dat vooral de ziekenhuizen met geriatrische en psychiatrische activiteiten een negatieve budgettaire efficiëntie scoorden. Door de geobserveerde gemiddelde ligduur van de ziekenhuizen grafisch uit te zetten tegenover de gestandaardiseerde gemiddelde ligduur per pathologie, werd een correlatie van 0,78 vastgesteld.

Deze gegevens leidden tot de conclusie dat nagenoeg 78 percent van het verschil in ligduur tussen de ziekenhuizen door de pathologiestructuur te verklaren is. Om praktische redenen groepeerde men de pathologieën en maakt men gebruik van grote diagnostische categorieën of "major diagnostic categories" afgekort als MDC's.

Binnen de MDC-subgroepen worden de eigenlijke diagnosegroepen, DRG's (*Diagnosis Related Groups*) genaamd, onderscheiden. Dit gebeurt op basis van hoofddiagnose, nevendiagnoses,

chirurgische ingrepen, speciaal gebruikte technieken, leeftijd, geslacht, eventueel overlijden van de patiënt of aard van ontslag overeenkomstig de "All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0". De meest voorkomende aandoeningen in 1995 zijn deze van het bewegings- en bindweefselstelsel (MDC 8 : 14,8%), de aandoeningen van de bloedsomloop (MDC 5 : 11,7%), de aandoeningen van het spijsverteringsstelsel (MDC 6 : 10,6%), de zwangerschappen en bevallingen (MDC 14 : 8,5%) en de aandoeningen van het zenuwstelsel (MDC 1 : 7%). De interne pathologie vertegenwoordigt ongeveer 60 percent van de hospitalisaties.

Bij gelijke pathologie zijn de nog vastgestelde verschillen in ligduur veeleer te wijten aan de karakteristieken van de gehospitaliseerde patiënten.

2.6 Invloed van PAL-NAL weging op het ziekenhuisbudget (art. 46bis)

In toepassing van artikel 46bis van het ministerieel besluit van 2.8.86²(*) wordt een jaarlijks te bepalen percentage van het totaal budget B1+B2 niet onmiddellijk toegewezen. Pas wanneer de PAL-NAL berekening van alle ziekenhuizen gekend is wordt het budget B1+B2, uiteindelijk aan de ziekenhuizen toegekend, bekendgemaakt, rekening houdend met het bedrag dat aanvankelijk werd achtergehouden om de PAL-ziekenhuizen te ontmoedigen en de NAL-ziekenhuizen te stimuleren (zie Ministerieel Besluit van 28.12.1994).

Het is de bedoeling artikel 46bis geleidelijk in werking te laten treden. In 1999 bedroeg het aanvankelijk achtergehouden bedrag op het totaal budget B1+B2, 1,15 percent van 96,4 mrd BEF (2,39 mrd EUR) t.t.z. 1,1 mrd BEF (0,27 mrd EUR). De in 1999 aangebrachte correctie op het budget B1+B2 van 1998 mag echter niet 7% van het totaal bedrag, dat initieel aan het betrokken ziekenhuis werd toegekend, overschrijden. Na ontvangst van het voorstel tot aanpassing, mag de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis binnen de dertig dagen een bezwaar indienen bij de voorzitter van de MKG-Commissie.

Artikel 46bis van het K.B. van 6.4.1994 beoogt op die manier de ziekenhuizen te responsabiliseren om te komen tot een meer performant gebruik van de beschikbare budgetten voor de gezondheidszorg in de algemene ziekenhuizen.

HOOFDSTUK III. GEOPPERDE BEZWAREN TEGEN HET MKG-SYSTEEM

Bij het onderzoek naar het functioneren van het zogenaamde MKG-systeem, heeft het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek (RCBE), naast de voordelen ook kennis genomen van heel wat bezwaren die tegen het stelsel worden aangevoerd. *De bekomen informatie over de bezwaren is niet het resultaat van een systematisch uitgevoerde enquête doch werd door de commissieleden verzameld tijdens de georganiseerde hoorzittingen en ter gelegenheid van de professionele contacten van de commissieleden met patiënten, zorgverstrekkers en ziekenhuisverantwoordelijken.* Er werd vooral geluisterd naar de gewone patiënt die het eerst getroffen wordt wanneer iets misloopt. Ter herinnering, het gezegde dat ontstond na de scheepsramp met de Titanic "Het zijn de mensen van het

² Dit besluit handelt over de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget van de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

onderste dek die het eerst de nattigheid voelen”. De vernomen klachten zijn soms eigen aan de MKG, maar sommigen hebben betrekking op het geheel van de gezondheidszorg.

Achtereenvolgens zullen de bezwaren geuit door de patiënten, door de zorgverstrekkers en door de ziekenhuisdirecties besproken worden.

3.1 Bemerkingen geuit door de patiënten

Meer en meer patiënten vragen zich af of zij, in het raam van de veralgemeende politiek van vroegtijdiger ontslag bij ziekenhuisopname, niet al te vroeg het ziekenhuis moeten verlaten en of de optimale kwaliteit van de behandeling waarvoor zij werden opgenomen, daardoor niet in het gedrang komt. Bovendien blijkt uit tal van studies dat individuele thuisverzorging duurder **is** voor de patiënt, maar voordeliger voor het RIZIV. Daarenboven is thuiszorg voor alleenstaanden moeilijker te organiseren. Vandaar dat bij thuiszorg zowel kwaliteit als efficiëntie in het gedrang komt.

Dankzij het decreet van 30.3.1999 van de Vlaamse Gemeenschap kunnen bij thuiszorg, niet-medische kosten gedeeltelijk terugbetaald worden via één van de zorgkassen waartoe iedereen boven de leeftijd van 25 jaar verplicht is toe te treden. Deze zorgverzekering is een solidariteitsfonds dat gedeeltelijk tussenkomt voor niet-medische diensten en hulpverlening, aankoop en ontlending van hulpmiddelen en voor de vergoeding van mantelzorg.

Tijdens hun hospitalisatie krijgen vele patiënten de indruk dat zij door de verhoogde tijdsdruk onvoldoende gelegenheid krijgen om zich ernstig over de te nemen beslissingen te bezinnen. Tijd om na te denken of gelegenheid om een tweede advies te vragen is er nauwelijks. In deze context wordt het verkrijgen van *informed consent* praktisch onmogelijk, terwijl het essentieel is. Door geen rekening te houden met de kosten die samenhangen met een ethisch verantwoorde omgang van verzorgers met verzorgden – kosten die niet onbeperkt samendrukbaar zijn - komt men onvermijdelijk tot kwaliteitsvermindering van de zorgen. Ethisch handelen vraagt dikwijls extra tijd en competentie, met als gevolg nood aan bijkomend en competent personeel en dus ook toename van kosten. Nochtans wordt het belang van de goede verhouding tussen zieken en verzorgers wel door de overheid herkend en aangemoedigd.

Vele gehospitaliseerde patiënten hebben ook de indruk onvoldoende tijd te krijgen voor de verwerking van ziekte en behandeling. Ook het afrondend gesprek met hun arts, na het beëindigen van de verschillende onderzoeken - een belangrijke stap voor herstel en verwerking van de ziekte - riskeert onvoldoende aandacht te krijgen. Ten slotte, waar zij de kwaliteit en de effectiviteit van de technische acten wel kunnen appreciëren voelen zij zich als mens tekort gedaan. Een technische act humaan uitvoeren vraagt immers extra tijd!

Bij gebrek aan voldoende mantelzorg en aan professionele thuiszorg voelen vele patiënten zich, bij hun ontslag uit het ziekenhuis, in de steek gelaten en zelfs afgewezen. Zij worden moedeloos en tevens opstandig daar er geen enkel beroep tegen het ontijdig ziekenhuisontslag mogelijk is. Een aantal ouderen en hoogbejaarden vreest zelfs, vooral naar aanleiding van de debatten over het levenseinde, dat ze niet meer de nodige zorg en behandeling zullen krijgen tot op het ogenblik van hun natuurlijke dood.

Patiënten beginnen zich ook meer en meer vragen te stellen over hun privacy als zij vernemen welke administratieve gegevens nodig zijn om hun dossier af te ronden. De toenemende informatisering van

medische gegevens brengt onzekerheid omtrent het respecteren van de vertrouwelijkheid waarmee persoonlijke gegevens behandeld worden.

Ten slotte, beginnen sommige patiënten zich af te vragen - nu vooral met het openstellen van de Europese grenzen - of de keuze van het ziekenhuis en van de behandeling, in de toekomst niet bij voorkeur zal gedaan worden op basis van kostprijs – en dus op overwegend economische basis – leidend tot de meest voordelige financiële regeling voor de Staat en voor de verzekeringsorganismen. Een te grote binding tussen overheid, private verzekeringsinstellingen en mutualiteiten, en de ziekenhuizen kan inderdaad leiden tot afspraken die niet altijd ingegeven zijn door het welzijn en de gezondheid van de individuele patiënten.

3.2 Bemerkingen vanwege de zorgverstrekkers

Sommige zorgverstrekkers in de ziekenhuizen vrezen dat de toenemende infiltratie van economische principes en termen in de geneeskunde kan leiden tot het opvatten van de geneeskunde als een handelszaak, zulks in tegenstrijd met de “*Good clinical practice*” van de Europese commissie en met artikel 10 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer. Sommigen beklagen er zich over dat de MKG-registratie reeds aanleiding gegeven heeft tot conflicten tussen de behandelende artsen en de administratief verantwoordelijken van het ziekenhuis. De behandelende artsen staan in voor de kwaliteitszorg aan de individuele patiënten en verstrekken de nodige MKG-gegevens. De administratief ziekenhuisverantwoordelijken, daarentegen, dragen bij tot de goede zorgverlening via een goed financieel beleid. Het tijdig doorsturen van de MKG-gegevens, de basis van het toe te kennen budget voor patiëntenzorg, is daarvan een onderdeel. Wanneer het komt tot de interne besteding van het budget, is de verleiding groot de ontvangen gelden prioritair te besteden aan de diensten die de gunstigste MKG-gegevens kunnen voorleggen en niet aan de diensten waar de nood van de patiënten het grootst is.

In dezelfde lijn moet vermeld worden dat de bestaande nomenclatuur de verschillende zorgactiviteiten ongelijk vergoedt met bevoordeling van de technische prestaties ten koste van de intellectuele akten zoals de raadplegingen. Dit leidt tot het opdelen van specialismen in “financieel rentabele en niet-rentabele”. Deze opdelingen leiden tot vermenging van de concepten kwaliteit en effectiviteit van de patiëntenzorg met de economische begrippen van financiële rentabiliteit. Daarenboven wat efficiënt is op niveau van de volksgezondheid is niet noodzakelijk een waarborg van kwaliteit voor de enkeling, vooral wanneer financiële rentabiliteit het enig referentie-criterium is.

De zorgverstrekkers voelen meer en meer aan dat de budgettaire bekommernis wordt doorgeschoven naar de individuele arts-patiënt relatie daar waar artikel 5 van de Code van geneeskundige plichtenleer de artsen eraan herinnert dat ze aan alle patiënten kwalitatief even hoge zorgen moeten verstrekken ongeacht hun nationaliteit, hun overtuiging, hun faam en persoonlijke gevoelens jegens hen. De budgettaire druk brengt de artsen, verpleegkundigen en paramedici herhaaldelijk in delicate situaties leidend tot gewetensconflicten en op lange termijn tot “*burn out*”.

De plicht die op de artsen weegt om mee te werken aan een correcte registratie en verwerking van de MKG-gegevens, teneinde de financiële middelen van de overheid ten bate van de volksgezondheid optimaal te gebruiken en ze voor de toekomst veilig te stellen, kan in conflict komen met hun bezorgdheid voor de financiële situatie van hun instelling. Het is dan ook niet verwonderlijk vast te stellen dat sommigen zich laten verleiden om de registratiegegevens niet correct in te vullen of dat ze de geregistreerde MKG-gegevens in verband met hoofddiagnose en co-morbiditeit herschikken,

waardoor de financieel meest gunstige situatie voor het ziekenhuis kan uitgekozen worden. Er zijn inderdaad informatica programma's in omloop die toelaten de geregistreerde gegevens post factum te "optimaliseren" om er maximaal financieel profijt uit te halen.

De aanhoudende druk om de ligduur steeds in te korten zou ook negatieve gevolgen kunnen hebben voor de werking van de ziekenhuizen. De turn-over van de patiënten kan dermate hoog zijn dat bepaalde elementaire veiligheidsnormen onvoldoende worden nagekomen wat kan leiden tot onvoldoende hygiëne van de lokalen, risico van ziekenhuisinfecties, slecht onderhoud van de apparatuur, besparing op bijscholing van het personeel e.a. Overdreven werkdruk, bijvoorbeeld door het opleggen vanwege de ziekenhuisdirectie van de maximale duur van een raadpleging, kan ook leiden tot frequenter optreden van burn-out fenomenen met ongunstige gevolgen zowel voor de professionele zorgverstrekkers als voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Zowel de kwaliteit van de verstrekte zorgen als de efficiëntie van de hospitalisering wordt op die manier gehypothekerd.

Transparantie van het systeem, rationalisatie en stabiliteit van de regelgeving zijn onmisbaar voor het goed functioneren van een evaluatiesysteem zoals de MKG. De voortdurende aanpassingen van de registratie en van de verwerking van de MKG-gegevens, met onvoorspelbare gevolgen voor de toekomstige financiën van de ziekenhuizen, zijn onvoldoende doorzichtig, niet alleen voor het administratieve personeel maar zeker voor de artsen die laattijdig en zeer onvolledig of nooit ingelicht worden over de wijziging van de regels en hun gevolgen. De verstrekte informatie wordt daarenboven versnipperd verspreid en de arts is nooit zeker of hij wel over de laatste richtlijnen beschikt. De aanhoudende aanpassingen en veranderingen verhinderen ook de ziekenhuisdirecties strategische beslissingen op lange termijn te nemen.

Vele artsen zijn de mening toegedaan dat de verwerking van een toenemend aantal persoonlijke medische gegevens en hun eventuele koppeling aan meerdere databanken de privacy van de patiënten en het beroepsgeheim van de artsen uithollen en het vertrouwen van de patiënten in het artsencorps niet ten goede te komen. Het recente initiatief van een aantal privé verzekeringsinstellingen en mutualiteiten om na ontslag van de patiënt, niet alleen de kostennota maar ook een dubbel van de ingestuurde MKG-gegevens en zelfs een kopij van de ontslagbrief te ontvangen, is daarvan een voorbeeld. Het onvoldoende respecteren van het privéleven is nooit goed te keuren en riskeert bovendien de efficiëntie van het gezondheidsstelsel te ondermijnen. Het kan de patiënten aanzetten tot het vrijwillig achterwege houden van persoonlijke gegevens die onmisbaar zijn voor de correcte aanpak van diagnose en van behandeling van hun aandoening. De anamnese van de ziekte-toestand van een patiënt is nog steeds een belangrijk element van de klinische diagnostiek.

3.3 Bemerkingen van de ziekenhuisdirecties

De hoger vermelde bezwaren aangaande het tekort aan transparantie van het MKG-systeem, de onophoudelijke wijzigingen van gegevensverzameling en hun weerslag op de berekening van het budget van hospitalisatie, worden ook door de administratieve verantwoordelijken van de ziekenhuizen aangeklaagd. Zij doen ook hun beklag over het gebrek aan kennis van de ziekenhuisartsen in verband met het MKG-systeem en de moeilijkheid de nodige medewerkers te vormen die voor de gegevensverzameling kunnen instaan. Anderzijds zijn zij ook niet gelukkig met de sluikse ontwikkeling van een soort "spitstechnologie" die erin bestaat de MKG-registratie van hoofddiagnose en co-morbiditeit of nevendiagnosen niet zozeer te laten afhangen van medische feiten maar wel van het post factum uitkienen van de financieel meest gunstige invulling. Deze situaties worden ook in de hand gewerkt door het inefficiënt karakter van het controlesysteem.

De onzekerheid over het al of niet, meer of minder ontvangen van voorziene overheidsgelden ingevolge de MKG-regeling, voor reeds gedane uitgaven verhoogt nog de malaise. Daarenboven worden ziekenhuisdirecties op de proef gesteld door de laattijdige uitbetaling van andere verschuldigde bedragen. Ook mag niet uit het oog verloren worden dat de stijgende loonkosten, de toename en uitbreiding van de erkenningsnormen, het naleven van steeds meer veiligheidsvoorschriften en milieuverplichtingen, de stijgende verzekeringspremies en de toenemende schadeclaims, ... het de ziekenhuisdirecties toenemend moeilijk maken om een begroting op te stellen en hun instelling in financieel evenwicht te houden. In deze context van financiële onzekerheid gebeurt het – doch het is nooit goed te keuren – dat een aantal ziekenhuisdirecties de artsen niet alleen aansporen doch praktisch verplichten onnodige, dure technische onderzoeken uit te voeren in aansluiting met de klinische benadering.

De financiële onzekerheid leidt tenslotte tot ongeoorloofde concurrentie waardoor de samenwerking tussen de verschillende ziekenhuizen niet op gang komt of wegvalt. Een toenemende samenwerking zal in de toekomst nog belangrijker zijn om dure apparatuur en uitrusting efficiënt over het land te spreiden en er optimaal gebruik van te maken.

De impact van MKG-wetgeving kan ook leiden tot onhoudbare druk op de ziekenhuisbeheerders, die dan leven in de tweespalt hun instelling al of niet, meer of minder, kwalitatief uit te bouwen voor de verzorging van de gehospitaliseerde patiënten. Dit leidt ook tot, voor de patiënten, nefaste toestanden daar de beslissingen prioritair niet geschieden op basis van de noden van de patiënten maar wel op basis van de meest voordelige vergoeding vanwege de overheid. Op die manier ontstaat of stijgt niet-productieve onenigheid tussen de directies van ziekenhuizen en de daarin werkende artsen, verpleegkundigen en medewerkers. De overheid moet begrijpen dat door het laattijdig of onoordeelkundig plannen en beslissen het probleem uiteindelijk wordt doorgeschoven naar de burgers, d.w.z. patiënten, gezondheidswerkers en ziekenhuisdirecties.

HOOFDSTUK IV. ETHISCHE OVERWEGINGEN

4.1 Bestaande ethische richtlijnen over de sociale rol van overheid en artsen

De staat heeft de plicht zijn middelen zo doeltreffend mogelijk te beheren door nutteloze en overvloedige uitgaven te schrappen en de vrijgekomen bedragen te oriënteren naar sectoren van tekorten. De overheid heeft ook de opdracht een billijk gedeelte van haar middelen aan gezondheidszorg te besteden, het gebruik ervan op te volgen en te zorgen voor de gelijke toegang van alle burgers tot de zorgverstrekking. Deze opdracht wordt bevestigd door de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948), het Charter van Ottawa (1986) en de Conventie over de Rechten van de Mens en de Biogeneeskunde (1996) -door België nog niet ondertekend- die de toegang tot zorgverstrekking als een fundamenteel recht van elke mens beschrijven.

Laatstgenoemde Conventie bevat een drietal artikelen die belangrijk zijn voor het gevraagde ethisch advies :

Artikel 2 : Voorrang van de mens.

Het belang en het welzijn van de mens moeten voorrang krijgen op het uitsluitend belang van de samenleving of de wetenschap.

Artikel 3 : Billijke toegang tot de gezondheidszorg

De Partijen nemen, rekening houdend met de gezondheidsbehoeften en de beschikbare middelen, aangepaste maatregelen om, binnen hun bevoegdheidsfeer, een billijke toegang te verzekeren tot gezondheidszorg van een toereikende kwaliteit.

Artikel 4 : Professionele verplichtingen en gedragsregels

Elke interventie op het gebied van de gezondheid, het wetenschappelijk onderzoek inbegrepen, moet worden uitgevoerd in overeenstemming met de professionele normen en verplichtingen, alsook met de gedragsregels die ter zake van toepassing zijn.

Ook de Code van Geneeskundige Plichtenleer (1997), opgesteld door de Nationale Raad van de Orde van de Geneesheren, wijst op de sociale rol van de arts zowel tegenover zijn patiënten (art. 5) als tegenover de gemeenschap (art. 8). De sociale en economische verantwoordelijkheid van de arts wordt dan verder gepreciseerd in de artikels 36, 100 en 101. Zo wijst artikel 36 op de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts, en tevens op de beperkingen ervan, zoals het vermijden van onnodig dure diagnostische middelen en behandelingen. Artikel 100 bepaalt dat elke geneesheer, in welk milieu hij ook werkt, ernaar moet streven de kwaliteit van de verzorging te verbeteren. Artikel 101 verduidelijkt dit verder :

“ De geneesheer moet zijn persoonlijke bijdrage leveren in de gezamenlijke opdracht van het medisch korps om de volksgezondheid te verbeteren. In eerbied voor de medische deontologie en de rechten van de enkeling werkt het medisch korps mee aan die vormen van de sociale zekerheid die als doel hebben alle burgers de beste gezondheidszorgen te verstrekken”.

4.2 Ethische bedenkingen bij het MKG-systeem

In hoofdstuk I en II werd aangetoond dat het MKG-systeem past in de billijke besteding van de financiële middelen van de totale gezondheidszorg en van de overheidsfinanciering van de werking van de algemene ziekenhuizen in het bijzonder. Een arts weet even goed als een socioloog dat de gezondheidszorg een technisch zodanig complexe aangelegenheid is, dat zij enerzijds niet meer individueel betaalbaar is, en anderzijds collectief moet georganiseerd worden teneinde het gezondheidspeil van alle leden van de gemeenschap zo goed mogelijk op peil te houden (M. Renaer p.21). Zo werd in de loop van de 20^{ste} eeuw het medisch beroep in een groter geheel opgenomen, de maatschappelijke gezondheidszorg, die een onderdeel van de sociale zekerheid geworden is (F. Van Neste).

In het medisch gebeuren treden thans drie belangengroepen op : de hulpvragers of patiënten, de hulpverleners : artsen, verpleegkundigen en ziekenhuisverantwoordelijken en tenslotte de financiers : ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en de overheid. Dit heeft ook zijn invloed op de ethiek van het medisch handelen. Zo breidde tijdens de laatste helft van vorige eeuw, de hippocratische visie op de patient progressief uit van “beneficere, non nocere” tot het respect van de autonomie van de patiënt en tot het rechtvaardigheidsbeginsel van gelijke toegang van elkeen tot goede gezondheidszorg. Het was nodig het complexer geworden medisch handelen met de toenemende ethische complexiteit te verzoenen. Het is zeer waarschijnlijk dat in de komende jaren zich een vierde pool met ethische implicaties, namelijk de farmaceutische en medische industrie, zich aan hoger vernoemde triade toevoegt. In de meeste, courante gevallen blijven de medisch-ethische problemen zich binnen de individuele patiënt-arts relatie situeren. Echter, naarmate de complexiteit van het medisch gebeuren toeneemt, zal de medische ethiek vanuit een breder perspectief met inbegrip van

gezondheidsbeleid en financiering, moeten bekeken worden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het op elkaar afstemmen van de verschillende identiteiten geregeld tot spanningen leidt vooraleer een aanvaardbare medisch-ethische oplossing gevonden wordt.

4.2.1 *Ethische situering van de MKG*

De MKG is een instrument dat het mogelijk maakt de verblijfsduur per pathologietype in de verschillende instellingen te vergelijken. De registratie en het gebruik van deze gegevens, teneinde de optimale hospitalisatieduur per ziekte te bepalen, staan op zich niet ter discussie. Het is normaal dat de overheid systemen invoert voor het optimaliseren van het gebruik van haar financiële middelen. De grootste ethische kritiek ten aanzien van het MKG-systeem is evenwel dat de optimale verblijfsduur individueel te bepalen is en dat statistische gegevens alleen aanwijzingen zijn voor een theoretisch homogene patiëntenpopulatie. Enkel de evolutie van de medianen van de verblijfsduur worden in acht genomen en geenszins de kwaliteit van verzorging en herstel. Daardoor leidt dit systeem, via de financiële bestraffingen en beloningen, die respectievelijk aan de PAL-NAL weging gekoppeld zijn, tot een vicieuze spiraal van dalende hospitaalverblijfsduur om op het einde van het werkjaar zeker een zo gunstig mogelijke PAL-NAL weging te bekomen. De administratief verantwoordelijken beseffen soms onvoldoende vanaf welk ogenblik de kwaliteit van de zorgen in het gedrang komt. Het huidig gebruik van het MKG-systeem kadert vooral in de economische logica van rentabiliteit van de hospitaalgeneeskunde. De medische ethiek moet niet alleen rekening houden met financiële beperkingen maar moet ook alle burgers en verantwoordelijke overheden stimuleren om tussen te komen in de kosten van een billijke gezondheidszorg voor iedereen. Vanuit ethisch standpunt, mogen de patiënten met een chronische aandoening en de sociaal en economisch zwakkeren zeker niet vergeten worden.

Het huidig stelsel beoogt zeker een verbetering te realiseren in de ziekenhuissector en er in de toekomst richting aan te geven. Dat doet het door de financiële middelen binnen de ziekenhuissector op een objectieve en billijke basis te verdelen. Het stelsel heeft echter ook als onuitgesproken bedoeling het totale aantal ligdagen te beperken en daardoor de totale ziekenhuiskosten te doen dalen. Principieel heeft het Comité daar geen enkel bezwaar tegen, voor zover de maatregelen, gericht op het vastleggen van de hospitalisatieduur een optimaal compromis zijn tussen de noden van de patiënt en de daartoe vereiste hospitalisatiekosten. Financieel-economische strategieën mogen echter nooit zo ver gaan dat ze de uitoefening van goede geneeskunde in gevaar brengen of dat bepaalde groepen uit de maatschappij zoals ouderen, werklozen, niet beschermde personen e.a. van geneeskundige zorgen zouden verstoken worden.

4.2.2 *Factoren met ethische implicaties*

Om de MKG bruikbaar te maken is het nodig het budget toegekend voor gezondheidszorg alsmede het onderdeel ervan voor de algemene ziekenhuizen, tijdig vast te leggen en bekend te maken.

Aandeel van het gezondheidsbudget in het BNP

Het komt de overheid toe de gelden voor de verschillende taken, waarvoor ze verantwoordelijk is, billijk toe te wijzen. Ethisch gezien hebben deze taken niet allemaal hetzelfde gewicht. Op dit vlak verdient de toegang tot de gezondheidszorg van de meest kwetsbare burgers bijzondere aandacht. Men kan zich terecht afvragen of het BNP-gedeelte bestemd voor de gezondheidszorg, op een ogenblik van toenemende therapeutische mogelijkheden en stijgende veroudering van de bevolking, geen gelijke trend zou moeten houden met de stijgende behoeften. De grote vraag van de toekomst ligt in de billijke en solidaire wijze waarop tegelijk het welzijn van de patiënten, het respect voor de verplichtingen van de professionele gezondheidswerkers en de oordeelkundige toekenning van

middelen door de overheid verzekerd worden. Ook de individuele burger moet bereid zijn, volgens eigen mogelijkheden, daartoe bij te dragen.

Thuiszorg

Indien het Comité (RCBE) de wens van de overheid om de ziekenhuisuitgaven te verminderen kan begrijpen, wenst het toch te benadrukken dat dit niet kan gebeuren zonder zich te bekommeren over de ambulante thuiszorg. Immers, het vroegtijdiger ontslag van de patiënten uit het ziekenhuis impliceert op zijn beurt bijkomende investeringen om de continuïteit van zorgen, buiten het ziekenhuis en vanzelfsprekend ook thuis te verzekeren.

Zo is de RIZIV-tussenkost voor behandelingen, verzorging, medicatie, e.a. in de regel voor de patiënt gunstiger bij hospitalisatie dan bij thuiszorg. In het jaar 2001 werd in dit verband, wel een aantal bemoedigende initiatieven genomen zoals de Vlaamse Zorgverzekering die vervroegd van start kon gaan op 1.10.2001 (zie 3.1) en het federaal invoeren van de Maximum factuur voor Gezondheidskosten per gezin, in functie van het gezinsinkomen, ingevoerd door Minister Frank Vandenbroucke. Recent nam de minister ook bijkomende initiatieven om in verschillende omstandigheden een verhoogde tussenkomst in de remgelden te realiseren (zie bijlage 1). Een toenemende fractie van gezondheidsuitgaven wordt echter totaal niet vergoed en geniet evenmin van de gunstmaatregelen inzake de remgelden.

Uitbreiding van het gebruik van de MKG

Volgens inlichtingen verkregen door het Comité (RCBE) in verband met het huidig dossier, zou het systeem van MKG registratie de basis moeten worden van de financiering van de totale hospitaalkosten (zie hoofdstuk 1.6). Tevens blijkt dat de Gemeenschappen de gegevens van het systeem wensen te gebruiken in verband met de ziekenhuisprogrammatie. Men stelt dus vast dat het hier behandelde probleem verder reikt dan de tussenkomst in de werkingskosten B1 + B2 van de algemene ziekenhuizen (zie hoofdstuk 1.6 en Tabel VI). Het is dan ook meer dan dringend de analyses verricht op basis van het MKG-systeem prioritair te richten op de evaluatie van de kwaliteit van de toegediende zorgen en niet op louter economische doeleinden.

Controle

Het Comité (RCBE) acht het nodig de aandacht te vestigen op het feit dat het gebruik van het huidig MKG-systeem als meetinstrument, zeker wanneer zijn gebruik zou uitgebreid worden, moet ontdaan worden van onduidelijke definities en eventuele misbruiken (zie hoofdstuk III). Ook de nodige controles moeten ontwikkeld en ingevoerd worden om de verleiding tot manipulatie van de gegevens te verhinderen.

Vertrouwelijkheid

Gezien de beperkte transparantie van het MKG-systeem en de vaak uitgesproken ongerustheid betreffende de confidentialiteit en de privacy waarmee de geregistreerde gegevens behandeld worden, is het onontbeerlijk dat zekerheid gegeven wordt over de maatregelen om de confidentialiteit te garanderen. Indien zou blijken dat die maatregelen onvoldoende zijn, dienen ze dringend versterkt te worden. Het respect voor het privé-leven van een patiënt is essentieel en zorgt tevens voor het behoud van het vertrouwen van de patiënten in het artsencorps en in de gezondheidswerkers in het algemeen.

Preventie

Een betere coördinatie en samenwerking tussen de verschillende niveaus van zorgverlening zoals preventieve diensten, eerstelijns-gezondheidszorg, regionale ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen e.a. zouden niet alleen toelaten de globale kosten voor gezondheidszorg te drukken maar ook de

kwaliteit van zorgen en de gezondheidstoestand van de ganse populatie te verbeteren. Het Comité (RCBE) wenst echter nogmaals de aandacht te vestigen op de gevolgen van een geïsoleerde hervorming van de financiering van de hospitaalzorg op het geheel van de medische zorgverlening. Indien de toegang tot de hospitaalgeneeskunde moeilijker wordt, zal de persoonlijke financiële bijdrage van de zieken toenemen, wat kan leiden tot de uitsluiting van een gedeelte van de samenleving tot de toegang van bepaalde zorgen. Het vroegtijdig ontslag is maar haalbaar indien het komt tot een betere samenwerking tussen ziekenhuizen en eerstelijns-geneeskunde en tot een opwaardering van deze samenwerking.

Bij het bepalen van de optimale individuele hospitalisatieduur moet benevens met de medische aandoening ook met de socio-economische toestand van de patiënt rekening gehouden worden.

Grensoverschrijdende solidariteit

Wellicht is het niet ongepast erop te wijzen dat de economisch welvarende landen ook de ethische plicht hebben, om langs hun bijdrage in de ontwikkelingshulp, de noden van de gezondheidszorg in minder goed bedeelde streken van de wereld te helpen lenigen. Dit is een reden temeer opdat iedereen, van patiënt tot gezondheidsverstrekker, zuinig met de beschikbare middelen zou omgaan.

HOOFDSTUK V. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Volgens de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens heeft ieder mens recht op een levensstandaard die voldoende is om zijn gezondheid te verzekeren, ook wat betreft medische zorgen en de noodzakelijke sociale diensten (art. 25). Anderzijds, heeft de enkeling verplichtingen tegenover de gemeenschap in wier schoot hij zich kan ontplooien (art. 29).

Het is een plicht van de Overheid te voorzien in de nodige middelen voor gezondheidszorg zodat elke burger toegang heeft tot de zorgen die hij nodig heeft. België kan bogen, sinds meer dan 50 jaar, te beschikken, over een stelsel van sociale zekerheid dat toelaat dit objectief te bereiken. Nochtans stijgen de kosten voortdurend terwijl de bevolking ervoor terugschrikt haar bijdrage, door middel van belastingsverhoging, te vergroten. Deze situatie doet zich thans in alle geïndustrialiseerde landen voor. Alle hebben verschillende systemen van rationalisatie, zelfs van zorgbeperking, ingevoerd om de kosten van de gezondheidszorg binnen, voor de bevolking aanvaardbare, grenzen te houden.

De Minimale-Klinische-Gegevens (MKG) moeten in deze strategie gesitueerd worden, naast andere initiatieven zoals de Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG), Minimale Financiële Gegevens (MFG), Artsenprofielen, Pharmanet, Locale overlegkringen (LOK), e.a.

Het MKG-systeem heeft als voornaamste doel de zwaarte van de hospitaalzorgen en de manier waarop deze zorgen gerealiseerd worden te evalueren, teneinde de financiering aan de noden aan te passen. Principieel bestaat geen enkel ethisch bezwaar tegen deze strategie. Gezien de Staat de middelen verschaft, kan men hem niet bekritisieren na te gaan hoe deze middelen gebruikt worden. De wijze van gegevensverzameling, de manier waarop de resultaten geïnterpreteerd worden en de gevolgen die hieraan gegeven worden, daarentegen, lokken wel ethische bemerkingen en vragen uit.

De grootste ethische kritiek ten aanzien van het MKG-systeem is dat het huidig systeem, via de financiële bestraffingen en beloningen die aan de PAL-NAL weging gekoppeld zijn, de financiële verantwoordelijken van de ziekenhuizen ertoe aanzet de hospitalisatieduur zo kort mogelijk te houden, onafgezien de evolutie van de patiënt, om zeker een zo gunstig mogelijke financiële terugbetaling voor het R.I.Z.I.V. te bekomen. Anderzijds is het zorgverstrekkers niet mogelijk de

hospitalisatieduur, indien medisch aangewezen, individueel te verlengen zonder financieel nadeel aan het ziekenhuis waarin ze werken te berokkenen.

5.1 Het RCBE is van oordeel dat de **zorgverlening een geheel** vormt. Een maatregel op één bepaald niveau van het gezondheidssysteem, zoals de vermindering van toegestane ligdagen, leidt onvermijdelijk tot overbelasting van de thuiszorg niet alleen door de bemoeilijkte toegang tot hospitaalzorg, maar ook door het vroegtijdiger ziekenhuisontslag van patiënten die dan thuis zorgen van een hoger niveau nodig hebben. Anderzijds stijgt de werkbelasting in het ziekenhuis door de toename van ziektegraad van de aldaar verblijvende zieken. De gevolgen van toenemende werkbelasting van het personeel hetzij door verschuiving of toename van taken, mogen bij het invoeren van een nieuw beleid niet over het hoofd gezien worden.

Ons land, door het bestaan van federale en regionale structuren, is bijzonder kwetsbaar voor het verschuiven van verantwoordelijkheden. Zo leert de recente invoering van de hepatitis B-vaccinatie dat niet minder dan vijf ministers hieromtrent tot een eensluitende beslissing moesten komen. Permanent overleg tussen de diverse bevoegde ministeries, federale en gemeenschappelijke, is een noodzaak.

5.2 Het **huidig MKG-systeem** richt zich momenteel op de gemiddelde verblijfsduur per pathologie. Deze referentie-waarde heeft een **louter statistische betekenis** en houdt geen rekening met de kwaliteit van het bekomen resultaat, zowel individueel als op populatie-niveau. In het huidig stelsel wordt ook geen rekening gehouden met de satisfactie noch van de patiënt noch van de zorgverlener.

De MKG is een instrument dat het mogelijk maakt de verblijfsduur per pathologietype tussen de verschillende instellingen te vergelijken. De registratie en het gebruik van deze gegevens, teneinde de optimale hospitalisatieduur per ziekte te bepalen, staan op zich niet ter discussie. Het is normaal dat de overheid systemen invoert voor het optimaliseren van haar financiële middelen. De grootste ethische kritiek ten aanzien van het MKG-systeem is evenwel dat de optimale verblijfsduur individueel te bepalen is en dat statistische gegevens alleen aanwijzingen zijn voor een homogene patiëntenpopulatie. Enkel de evolutie van de medianen van de verblijfsduur worden in acht genomen en geenszins de kwaliteit van verzorging en herstel. Daardoor leidt dit systeem, via de financiële bestraffingen en beloningen, die respectievelijk aan de PAL-NAL weging gekoppeld zijn, tot een vicieuze spiraal van dalende hospitaalverblijfsduur om op het einde van het werkjaar zeker een zo gunstig mogelijke PAL-NAL weging te bekomen. De administratief verantwoordelijken beseffen soms onvoldoende vanaf welk ogenblik de kwaliteit van de zorgen in het gedrang komt.

Het Comité (RCBE) is van oordeel dat de zuiver statistische benadering voor het bepalen van de duur van hospitalisatie zou moeten aangevuld worden met een wetenschappelijke vaststelling van het ziektebeloop. De ontwikkeling en de financiering van op feiten-gesteunde-geneeskunst (evidence based medicine), los van het gelobby van de medische industrie, zou de nodige informatie moeten kunnen geven voor het opstellen van richtlijnen over de hospitalisatieduur, waarbij tegelijk rekening gehouden wordt met de kostprijs en met de kwantitatieve en kwalitatieve gezondheidswinst. Deze evaluatie mag zich niet beperken tot individuele gevallen, maar moet ook rekening houden met de verwachtingen van de ganse samenleving.

Het Comité is vooral bekommerd over de huidige opvang van de individuele patiënt bij en na zijn ontslag uit het ziekenhuis. Naarmate de patiënten vroeger het ziekenhuis verlaten en hierdoor de ziekenhuiskosten verminderen, zou de overheid er moeten voor zorgen dat de zorgverlening in de thuissituatie toeneemt. Meer bedden in rust- en verzorgingstehuizen (RVT), meer gelegenheid tot

kortverblijf, nachtopname of dagverblijf – al naar gelang van de noodzaak – zijn een absolute noodzaak. Het is evident dat voor de opvang van patiënten in laatstgenoemde structuren bijkomende investeringen nodig zijn om zowel nieuwbouw als herinrichting mogelijk te maken. Alleen op deze manier zal het verblijf zinvol en validerend zijn en de re-integratie in de samenleving bevorderen. Ontwikkeling van verschillende vormen van thuiszorg en ondersteuning van de mantelzorg zijn even grote prioriteiten. Huisartsen en verpleegkundigen zullen meer moeten betrokken worden om nieuwe technieken en zorgplannen, die tot nu toe uitsluitend in het ziekenhuis gebruikt werden, aan te leren en aan de thuissituatie aan te passen. Wat nu vlot in het ziekenhuis verloopt, doet het daarom niet automatisch in de woonst van de patiënt. Men moet ook voorzien dat bij voortijdig ontslag de patiënt, eventueel begeleid door huisarts en thuisverpleegkundige, door de ziekenhuisarts zal moeten verder gevolgd worden teneinde een veilig ziektebeloop te verzekeren. Is een ambulance nodig, voor vervoer van de zieke vanuit zijn woonplaats naar het ziekenhuis, dan overschrijdt de patiënt na enkele beurten, vlug de bovengrens van toegestane terugbetaling en wordt dat een dure bijkomende financiële belasting.

5.3 De druk uitgeoefend op het medisch korps en op het geheel van het ziekenhuispersoneel om de hospitalisatieduur in te korten, kan leiden tot een ethisch conflict zoals beschreven in de brief van Dr. Ramboer. Onder de beschuldigende druk van de Overheid en soms ook van de ziekenhuisbeheerders zou de ziekenhuisarts kunnen verleid, en zelfs aangespoord worden om de **hospitalisatieduur** aan te passen in functie van opgelegde **economische** en **statistische** maatregelen, veeleer dan in functie van de eigenlijke behoeften van de patiënt.

5.4 De verzameling van gegevens, in het bijzonder bij gebruik van informatica-technologie, moet scrupuleus de **anonimiteit van de patiënt** respecteren. Deze verplichting geldt zowel in het ziekenhuis bij de verzameling van de gegevens als bij de verdere verwerking ervan buiten het ziekenhuis. Het verbinden van persoonlijke gegevens van diagnose en uitgevoerde behandelingen met andere datastelsels moet tot het stricte minimum beperkt worden én onderworpen worden aan een vaste procedure met hoge drempel en in overeenstemming met artikel 458 van de Strafwet over het beroepsgeheim, de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (d.d.8.12.1992) en met de in voorbereiding zijnde wetgeving inzake patiëntenrechten. Anderzijds moet de wetgever zich hoeden voor toenemende en onnodige uitholling van het beroepsgeheim van de artsen, de onontbeerlijke voorwaarde voor het behoud van de patiënt-arts vertrouwensrelatie. De toenemende koppelingen van andere databanken aan het MKG-systeem is ook bron van aanhoudende ongerustheid zowel bij patiënten i.v.m. de privacy als bij de artsen i.v.m. het beroepsgeheim, essentiële elementen van de therapeutische relatie.

5.5 Het is **ontoelaatbaar** dat al of niet gewilde **weglatingen**, evenals **manipulaties** met de bedoeling de richtlijnen te omzeilen of meer dan geoorloofde voordelen te bekomen, de financiële tegemoetkomingen van de ziekenhuizen of van de totale hospitaalzorg beïnvloeden. Een duidelijk en doeltreffend **controlesysteem**, met daaraan gekoppeld een vastgelegde bestraffing bij overtreding, moet worden uitgewerkt. Geen enkele controle of sanctie kan echter de ethische en deontologische attitude van de betrokkenen namelijk artsen, verpleegkundigen, diverse deskundigen en administratief verantwoordelijken vervangen.

5.6 De **data-verzameling en de verwerking** ervan binnen het MKG-systeem moeten duidelijker worden. Dat het beheer van de gezondheidsgegevens niet zo eenvoudig is, kan afgeleid worden uit de noodzaak tot opstelling van een Ministeriële Besluit tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in het beheer van gezondheidsgegevens (MB 15.10.2001, BS 13.12.2001). De richtlijnen zouden duidelijker en tijdiger, zeker niet a posteriori, moeten bekend

gemaakt worden. Zo werd recent bekend gemaakt dat de normen inzake de bezettingsgraad (zie 2.3) met terugwerkende kracht vanaf 1.1.2000 *sine die* opgeschort worden (KB 15.10.2001, BS 22.11.2001). Het interval tussen het verzamelen van de gegevens en de definitieve afrekening van het budget zou moeten ingekort worden waardoor de vereffening van interesten, op door de ziekenhuizen geleende kapitalen, zou verminderen. Al deze aanpassingen kunnen de financiële onzekerheid, bron van spanning tussen de administratief en medisch/verpleegkundige verantwoordelijken, luwen. Zoals in hoofdstuk III vermeld kan het huidige MKG-systeem niet voldoende functioneren zonder bijkomende begeleiding en controle, en sancties indien nodig.

5.7 Het MKG-stelsel werd ingevoerd op een ogenblik dat men algemeen de overtuiging had, dat de ligduur van de patiënten in de algemene ziekenhuizen overdreven lang was. Op dit ogenblik is de **ligduur dermate geslonken** dat een **kritische toestand bereikt is**. De ligduur nog verder inkrimpen kan de gezondheid van een toenemend aantal mensen, vooral van mensen met een krap inkomen en langdurige ziekte waarvoor speciale behandelingen nodig zijn, in gevaar brengen. In afwachting van andere maatregelen, dient de thans vooropgestelde gemiddelde ligduur tijdelijk bevroren te worden. De vrijgekomen tijd en energie zouden moeten besteed worden aan een multidisciplinaire en globale evaluatie van het huidige MKG-stelsel op de gezondheid van de bevolking en groepen patiënten met verscheidene aandoeningen.

5.8 Tenslotte, reeds tijdens de opleiding tot arts, zou de kandidaat-arts op de hoogte moeten gebracht worden van de kostprijs, voor patiënt en gemeenschap, van zijn diagnostische en therapeutische voorstellen. De kandidaat-arts zou ook moeten aangeleerd worden, hoe met een zuinig budget toch optimale diagnostiek en therapie te realiseren. Misschien kan dit voorstel gerealiseerd worden door toevoeging van een geneesheer-specialist in het beheer van gezondheidsgegevens aan de verantwoordelijken voor de klinische opleiding.

Gebruikte afkortingen

MKG	Minimale klinische gegevens
MVG	Minimale verpleegkundige gegevens
NAL	Aantal negatieve ligdagen
NGL	Nationaal gemiddelde ligduur
PAL	Aantal positieve ligdagen
DJN	Différence négative de journées d'hospitalisation
DJP	Différence positive de journées d'hospitalisation
DMN	Durée d'hospitalisation moyenne nationale
RCM	Résumé clinique minimal.
RIM	Résumé infirmier minimal
DRG	Diagnosis related groups
MDC	Major diagnostic category

Referenties

- 1 BELLAMY C., "The state of the world's children", Unicef, New York, 1999
- 2 "Compendium gezondheidsstatistiek 2001", Belgisch Instituut Gezondheidseconomie (BIGE), Brussel, 2001, 1-141
- 3 BINDMAN AB, "Managed Care", Stein J.H. Internal Medicine, St. Louis, Mosby, 1998 : 29-34
- 4 "Vademecum begroting van de sociale zekerheid. Begrotingscontrole 1999", Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Koninkrijk België
- 5 CORENS D., BEECKMANS J., VAN OYEN H., DE COSTER C., "Health care in Belgium", Federal Ministry of Social Affairs, Public Health and Environment, Brussels 2001
- 6 DERCQ J-P., SOMERS A., SMETS D., DESANTOINE D., VAN LOO G., "De kosten voor de gezondheidszorg aan het einde van het leven", Tijdschr. Geneesk. 1999, 55:1061-1068
- 7 DOUBILET P., WEINSTEIN M., McNEIL B.J., "Use and misuse of the term "cost effective" in medicine", N. Engl. J Med., 1986, 314, 253-256
- 8 « La mesure de la production hospitalière », Les Cahiers de la M.M.I.S.S. (Actes du colloque des 25 et 26 mars 1998), Ecole de Commerce Solvay / Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 1998
- 9 "Care of patients and subterfuge, in equal parts", Editorial, Lancet 1999, 354:1743
- 10 ERDMANN Y., WILSON R., "Managed care : a view from Europe", Ann. Rev. Public Health, 2001, 22, 273-291
- 11 GILLET P., FECHER F., "Evaluatie van het financieringssysteem van de ligdagen in functie van de pathologie", Nieuws over ziekenhuisregistratiesystemen, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Brussel, 1999, Nr 16:3-7
- 12 "Financiering van de ziekenhuizen 1999. Gezondheidszorg 1999", Kluwer Editorial, 16:6/10-6/31
- 13 "Financiering van de ziekenhuizen in 2001. Gezondheidszorg 2001", Kluwer documenta, 18 (7) : 1-15
- 14 LABART N., MERTENS I., "Vergelijkend onderzoek van de minimale klinische gegevens van 1993 tot 1995. Nieuws over ziekenhuisregistratie systemen", Ministerie Volksgezondheid, 1999, Nr 16:17-23
- 15 MELTZER M.I., « Introduction to health economics for physicians, Lancet, 2001, 358: 993-998
- 16 MOENS M., « Financement des hôpitaux », Le médecin spécialiste, 2000, N°1 :12-13

- 17 NYS H., "Van ethiek naar recht", Antwerpen, Maklu, 1995
- 18 NYS H., "De rechten van de patient. Gids voor patienten en zorgverleners die in deze Eis-tijd voor een vertrouwensrelatie kiezen." Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2001
- 19 OFFNER E., ZACKER HB., "Managed care", Dershowutz RA. Ambulatory pediatric care, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1999, 22-28
- 20 « Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 », Organisation Mondiale de la Santé
- 21 PEERS J., GILLET P., HERMESSE J., POLUS C., "Gezondheidszorg in België", Brussel, Nationale Raad Ziekenhuisvoorzieningen, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 1999, 1-227
- 22 RENAER M.J., "Kritische beschouwingen over geneeskunde en gezondheidszorg", Leuven, Universitaire Pers, 2000
- 23 RICHARDS T., "Medecine in Europe", London, British Medical Journal, 1992
- 24 TASIAUX M., GOBEAUX M., LABART N., "Vaststelling van de onderdelen B1 en B2 op 1 januari 1997 in de acute ziekenhuizen.", Nieuws over ziekenhuisregistratiesystemen, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Brussel, 1999, Nr 16:8-16
- 25 US Census Bureau, "Global aging into the 21th century", Washington DC, National Institute of aging, 1996
- 26 VAN NESTE F., "Levensende en rantsoenering van medische zorg", Acta Med. Cathol. 2001, 70 (2) : 79-88

TABEL I
PER CAPITA IN 1997 BESTEED AAN GEZONDHEIDSZORG
(U.S. DOLLARS)

(Erdmann Y., Wilson R., 2001)

België	1.918		
Canada	1.783	Nederland	2.041
Denemarken	2.574	Noorwegen	2.283
Duitsland	2.713	Oostenrijk	2.277
Estland	204	Portugal	845
Finland	1.789	Spanje	1.071
Frankrijk	2.369	United Kingdom	1.303
Griekenland	905	U.S.A.	4.187
Italië	1.855	Zweden	2.456
Letland	140	Zwitserland	3.564
Litauen	167		

Europese Unie (gemiddeld) in 1996 : 1.562 US\$

TABEL II

**PROCENTUEEL AANDEEL VAN DE VOORNAAMSTE GEZONDHEIDSSECTOREN IN
DE TOTALE GEZONDHEIDSKOSTEN VAN 1994**

(Erdmann Y., Wilson R. 2001)

LAND	NURSING	TANDEN	MEDICATIE	AMB. ZORG	HOSPITAL.
België	10.4	7.7	15.4	16.3	37.3
Canada	11.9	5.8	14.0	9.8	47.3
Denemarken	18.0	5.0	9.2	8.2	49.7
Duitsland	10.4	10.4	14.6	14.8	35.8
Frankrijk	5.3	6.0	16.8	15.0	45.1
Griekenland	3.0	6.2	21.3	18.1	41.3
Italië	7.3	4.8	17.8	18.5	43.5
Nederland	13.9	4.6	11.2	9.6	44.2
Oostenrijk	14.0	8.4	7.8	16.6	48.0
Portugal	6.0	6.2	20.5	21.3	33.1
Spanje	7.1	8.0	19.7	17.3	42.4
Un. Kingdom	17.2	4.0	12.7	12.2	41.0
U.S.A.	11.5	5.6	7.7	22.2	39.4
Zweden	16.5	9.0	9.7	11.7	39.6
Zwitserland	8.1	8.3	10.2	15.5	52.2
Eur. Unie *	9.8	6.8	15.6	15.4	41.0

* Gemiddelde cijfers

De totalen zijn door het wegvallen van kleinere kostplaatsen lager dan 100 procent.

Nursing = “community nursing” en “lange termijn care nursing”

TABEL III**GLOBALE CAPACITEIT EN ACTIVITEIT VAN DE ZIEKENHUIZEN**

Land	Bedden per 1000 inw.		Bezetting	%	Gemiddelde ligdag	
	1985	1996			1985	1996
België	16.9	7.2	85.2	83.0	16.9	11.3
Frankrijk	15.5	8.7	81.2	81.1	15.5	11.2
Nederland	34.3	11.2	90.2	88.7	34.3	32.5
Duitsland	18.0	9.6	85.8	80.9	18.0	13.6
Un. Kingd.	15.8	4.5	80.8	81.0	15.8	9.8
Italië	12.2	6.6	67.8	73.4	12.2	9.4
Spanje	13.4	3.9	75.2	79.9	13.4	10.0
Oostenrijk	14.1	9.2	82.1	78.8	14.1	10.5
Finland	19.9	9.2	85.3	-	19.9	11.6
Zweden	21.3	4.4	85.8	81.9	21.3	7.5

BIGE Compendium (2001) p.96

TABEL IV
GEZONDHEIDSINDICES

LAND	Levensverwachting V	1998 (Jaren) * M	Onder vijf Mortaliteit (0/00) **	Zuigelingensterfte (0/00) ***	Populatie boven 60j (%) ****
België	81,1	74,8	6	5,8	16,1
Frankrijk	82,2	74,6	5	4,8	15,6
Nederland	80,7	75,2	5	5,2	13,3
Duitsland	80,5	74,5	5	4,7	15,4
Ver. Konink.	79,7	74,8	6	5,7	15,8
Italië	81,6	75,3	6	5,5	16,8
Spanje	82,2	74,8	6	5,7	15,7
Oostenrijk	80,9	74,7	5	4,9	14,5
Finland	80,8	73,5	5	4,2	14,4
Zweden	81,9	79,9	4	3,5	17,0

* Levensverwachting (jaar) bij geboorte in 1998 (Gezondheidsindices in België, 2001)

** Onder-vijf-mortaliteit (0/00) : waarschijnlijkheid te sterven tussen geboorte en leeftijd van 5 jaar per 1000 levend geboren (UNICEF 2000)

*** Zuigelingensterfte: aantal overleden kinderen jonger dan één jaar per 1000 levend geboren in 1998 (Gezondheidszorg in België, 2001)

**** Leeftijdsgroep 60 plus in 1999 (BIGE 2001)

TABEL V

UITGAVE GEZONDHEIDSZORGEN EN ACTIVITEITEN VAN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN IN 1985 EN 1996

	<u>1985</u>	<u>1996</u>
Bruto Binnenlands Product (mrd BEF/EUR)	5 148,2-/127,6	8305,1-/205,8
Uitgave Gezondheidszorgen (*)		
totaal (% BBP)	7,4	8,6
overheidstussenkost (% BBP)	6,1	7,6
Totale Gezondheidszorg (mrdBEF/EUR)	352,6-/8,7	714,3-/17,7
Overheidsbesteding (mrd BEF/EUR)	288,3-/7,1	634,5-/15,7
Zorgverstrekking door Overheid		
Totaal (mrd)	228,1-/5,65	485,1-/12,02
Hospitalisatie + Amb Zorg (mrd BEF/EUR)	197,1-/4,88	407,1-/10,09
Geneesmiddelen (mrd BEF/EUR)	31,0-/0,76	77,1-/1,91
Activiteiten algemene ziekenhuizen (**)		
Aantal bedden	68.404	57.433
Aantal gehospitaliseerden (***)	1.591.000	1.922.000
Aantal ligdagen (***)	20.494.000	16.998.000
Bezettingsgraad (%) (***)	82	81
Verpleegdagen per patiënt (***)	13	9
Aantal algemene ziekenhuizen	375	177
Aantal inwoners	9.859.000	10.143.000

mrd = miljard

BBP : Bruto Binnenlands Product : toegevoegde waarde van alle in het land geproduceerde goederen en diensten tijdens een bepaald kalenderjaar.

Ligdag : verblijf gedurende één dag in een ziekenhuis.

- * BIGE Compendium 2001, p.106 en p.107
- ** BIGE Compendium 2001, p.84 en p.94
- *** BIGE Compendium 2001, p. 86.en p.93

TABEL VI

PROCENTUEEL AANDEEL VAN DE VERSCHILLENDE KOSTENPLAATSEN VAN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN IN 1997

DEEL A	DE INVESTERINGEN	%
	A1 Investeringslasten	6,42
	A2 Korte termijn kredieten	1,38
	A3 Algemene niet-geïndexeerde lasten	0,04
	A4 Investing zware medisch-technische uitrusting	0,36
DEEL B	DE WERKINGSKOSTEN	
	B1 Gemeenschappelijke verblijfskosten	30,00
	B2 Klinische diensten	55,09
	B3 Medisch-technische diensten	0,61
	B4 Recuperatie 25% van beddensluiting	5,57
	B5 Apotheek	2,15
	B6 Sociale akkoorden	1,67
DEEL C	VARIA	
	C1 Aankoopkosten voor nieuwbouw	0,80
	C2 Inhaalbedragen	- 1,33 (minus !)
	C3 Aftrek van geïnde supplementen voor kamers met 1 of 2 bedden	- 2,73 (minus !)
TOTAAL	Globaal budget 143.631,3 miljoen BEF (3.560,5 miljoen EUR)	100,00

CM –informatie 183 – juni/juli 1998

TABEL VII

BRONNEN VAN INKOMSTEN VAN ALLE ZIEKENHUIZEN IN 1997 in miljoen BEF/EUR

(CM-informatie 183 – juni/juli 1998)

1	GEHOSPITALISEERDE PATIENTEN	
1.1	Budget verpleegdagprijs (MVG)	37.750/935,79
2.2	Budget verpleegdagprijs (RIZIV) (waarvan AZH: 84.370 miljoen BEF/2.091,4 milj.EUR)	103.979/2.577,57
3.3	Geneesmiddelen	14.127/350,19
4.4	Medische honoraria **	56.907/1.410,68
5.5	Andere	6.244/154,78
2	AMBULANTE PATIENTEN IN ZIEKENHUIZEN	
2.1	Dagziekenhuis	4.259/105,57
2.2	Dialyse : verpleegdagprijs en erelonen	6.846/169,7
2.3	Prestaties (cijfers 1995)	37.010/917,45
2.4	Geneesmiddelen	4.550/112,79
3	GEDEELTE TEN LASTE VAN GEHOSPITALISEERDEN	
3.1	Remgeld	10.630/263,51*
3.2	Niet-terugbetaalde geneesmiddelen	1.775/44*
3.3	Ereloonsupplementen	3.235/80,19*
3.4	Kamersupplementen	3.277/81,23*
3.5	Andere supplementen	2.725/67,55*

* Raming 1995

** Medische honoraria 56.907 miljoen BEF (141,06 milj.EUR) waarvan klinische biologie 12.104 miljoen BEF (300,05 milj.EUR); medische beeldvorming 9.218 miljoen BEF (228,5 milj.EUR); chirurgie 16.117 miljoen BEF (399,52 milj.EUR); gynecologie 1.472 miljoen BEF (36,48 milj.EUR) en speciale prestaties 12.089 miljoen BEF (299,67 milj.EUR).

Het advies werd voorbereid in beperkte commissie 98/5, samengesteld uit :

Covoorzitters	Verslaggever	Leden	Bureaulid
E. Eggermont G.Rorive	E.Eggermont	N. Becker J.-P. Cobbaut A. De Leenheer P.-Y. Duchesne L. Michel R. Rega G. Verdonk E. Deloof	A. Van Orshoven

Lid van het secretariaat : M. Bosson (1-3)/ B. Orban (4-13)

Externe deskundigen :

- Dr. E. Gillet, C.H.U. Sart Tilman, Liège
- Dr. P. Heirman, geneesheer-analyst, Virga Jesseziekenhuis
- Dr. I. Mertens, geneesheer-analyst, ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur der Gezondheidszorg
- Dr. J. Ramboer, Voorzitter van het Plaatselijk Ethisch Comité, Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis, Geraardsbergen.
- A. Simoens-Desmet, Adviseur-Generaal bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu
- M. Tasiaux, Adviseur-Generaal, ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur der Gezondheidszorg – Dienst Boekhouding en Beheer der Ziekenhuizen
- Dr J. Van Heuverszwin, Vlaamse Gemeenschap, Afdelingshoofd van de afdeling Verzorgingsvoorzieningen

De werkdocumenten van de beperkte commissie 98/5 – vraag, persoonlijke bijdragen van de leden en de experts, notulen van de vergaderingen, geraadpleegde documenten – zijn bewaard als bijlagen 98/5 op het documentatiecentrum van het Comité en kunnen aldaar worden geraadpleegd en gekopieerd.

Bijlage bij het advies nr 15 d.d. 18 februari 2002 betreffende “ MKG ”

Terugbetaling van remgelden die een bepaald bedrag overschrijden, kosten en diensten die door het RIZIV niet erkend zijn komen niet in aanmerking (13.01.02)

1. Sociale Franchise

wordt toegekend (1) aan mensen behorend tot een wel bepaalde sociale categorie die beroep kunnen doen op verhoogde tegemoetkoming en (2) aan langdurig werklozen.

2. Fiscale franchise

wordt toegekend aan mensen met een normaal inkomen doch met hoog oplopende remgelden. De terugbetaling gebeurt pas na twee jaar via de belastingen.

3. Maximumfactuur voor gezondheidszorgen (MAF)

Kenmerkend voor de MAF, die stapsgewijs zal ingevoerd worden, zijn de inkomensgebonden remgeldplafonds. Het inkomen wordt bepaald op basis van het netto-belastbaar jaarinkomen van het FEITELIJK gezin.

Netto-belastbaar	Gezinsinkomen	Remgeldplafonds
0 tot	13.400,00 EUR (*)	450,00 EUR
13.400,01 tot	20.600,00 EUR (**)	650,00 EUR
20.600,01 tot	27.800,00 EUR	1.000,00 EUR
27.800,01 tot	34.700,00 EUR	1.400,00 EUR
34.700,01 tot	49.600,00 EUR	1.700,00 EUR
	vanaf 49.600,01	2.500,00 EUR

4. Beperking van kosten voor kinderen tot en met vijftien jaar los van het inkomen van de ouders : de noodzakelijke medische verzorging van een kind mag nooit meer dan 650 EUR aan bijkomende kosten bedragen. Het gaat om medische kosten waarvoor remgeld betaald wordt : geneesmiddelen categorie A en B, remgelden voor artsen en paramedici en hospitalisatiekosten.

De terugbetaling van de remgelden gebeurt automatisch via het ziekenfonds. De voordelen van de maximumfactuur geldt voorlopig alleen voor de lage (*) en bescheiden (**) inkomens.