

LAAGVARIABELE ZORG

het verhaal van administratieve nonsens

historiek

30.03.18: ministerraad

16.04.18: verzekeringscomité

23.04.18: medicomut

15.05.18: advies raad van state

22.06.18: wetsontwerp kamer van volksvertegenwoordigers

03.07.18: discussie kamer

19.07.18: goedkeuring wet

26.07.18: belgisch staatsblad

17.12.18: omzendbrief RIZIV naar ziekenhuizen

18.12.18: uitvoeringsbesluit wet LVZ

WET EN TOELICHTING

Artikel 3

- Patientengroepen met standaardproces van diagnostiek en behandeling
- Weinig verschil tussen patienten en ziekenhuizen
- Kostprijs op voorhand bepaald
- Onafhankelijk van reële zorgproces
- Opnames en dagopnames
- CARENZ periode kan
- Stapsgewijze invoering, eerst honoraria

- De verstrekkingen verleend tijdens opname in een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (Sp): worden uitgesloten

Artikel 4

- Prestaties artsen en andere zorgverleners (erelonen)
 - Geneesmiddelen
 - Implantaten en medische hulpmiddelen
 - Verschillende forfaits (maxi, dagziekenhuis, chronische pijn)
 - BFM
-
- Stapsgewijs ingevoerd
 - Eerste fase: enkel honoraria

Het deel van het globaal prospectief bedrag dat de honoraria vertegenwoordigt blijft **eigendom van de zorgverstrekkers** en wordt verder verdeeld volgens de **vergoedingsstelsels die van toepassing zijn in het ziekenhuis**.

Artikel 146 van de ziekenhuiswet blijft van toepassing.

Het is de bedoeling dat het globaal prospectief bedrag per opname in de eerste fase voor de verstrekkingen van **klinische biologie en medische beeldvorming enkel de honoraria per prestatie** vervangt en **de forfaitaire honoraria die voor alle ziekenhuizen dezelfde zijn**, maar **niet** de honoraria die voor elk ziekenhuis apart worden berekend in functie van de specifieke kenmerken van het ziekenhuis.

Artikel 6

- De lijst van patiëntengroepen waarvoor het globaal prospectief bedrag per opname wordt toegepast, zal worden vastgesteld door de Koning.
- Om de patiënten te classificeren kan men zich baseren op het systeem van de “All Patient Refined Diagnosis Related Groups”, dat nu ook wordt gebruikt voor het systeem van de referentiebedragen, of op andere mogelijke criteria zoals **nomenclatuurcodes**

Artikel 7

- Berekening bij start: op historische basis
- Voor alle opnames in België voor een bedoelde patiëntengroep zal hetzelfde bedrag worden toegekend
- MEDIAAN
- In voorbereiding bij herhaling: geen besparing!! (???)
- Herberekening om het jaar!

Het ziekenhuis krijgt informatie inzake de bestanddelen van het globaal prospectief bedrag. Daarnaast krijgen de ziekenhuizen (beheerder, artsen en andere zorgverleners) **per gedefinieerde patiëntengroep ook inzicht in hoe het deel “honoraria” van het globaal prospectief bedrag precies is samengesteld.**

Er zal duidelijk aangegeven worden **welke prestaties van welk hoofdstuk van de nomenclatuur inbegrepen zijn in het globaal prospectief bedrag, met inbegrip van het tarief van die prestaties.**

Binnen het ziekenhuis zien de zorgverleners zich het deel van het globaal prospectief bedrag toegekend dat de honoraria vertegenwoordigt .

Deze regeling heeft tot doel discussies over de verdeling van de honoraria tussen de verschillende zorgverleners te beperken

- Bovendien zorgt de regeling ervoor dat geen enkele zorgverlener er financieel voordeel bij heeft om de prestaties van andere zorgverleners op een of andere manier in te perken.
- De verdeling van de honoraria moet evenwel gebeuren **met respect voor de (financiële) afspraken die neergeschreven zijn in de algemene regeling** van het ziekenhuis
- Wat bijvoorbeeld de problematiek van **afdrachten** door de zorgverleners aan het ziekenhuis voor de **dekking van kosten** betreft, zullen de overeenkomsten die **momenteel** in elk ziekenhuis van kracht zijn worden toegepast voor de honoraria die zijn inbegrepen in het globaal prospectief bedrag volgens die verdeling.

Artikel 8

Het persoonlijk aandeel zal dan ook niet meer worden vastgesteld op basis van de individuele verstrekking maar op basis van het globaal prospectief bedrag.

De patiënt zal een **forfaitair persoonlijk aandeel** betalen per opname.

Dit persoonlijk aandeel vervangt alle persoonlijke aandelen voor de geneeskundige verstrekkingen die worden vergoed door het globaal prospectief bedrag.

De Koning kan ook **verschillende niveau's van persoonlijk aandeel** vaststellen voor de verschillende patiëntengroepen.

Het forfaitair persoonlijk aandeel dat de Koning kan vaststellen krachtens het voorgestelde artikel 37, § 22, valt onder deze definitie en zal bijgevolg, net zoals de huidige persoonlijke aandelen voor de afzonderlijke verstrekkingen, **in aanmerking worden genomen voor de maximumfactuur.**

Artikel 9

Het systeem van de referentiebedragen zal voor de laatste maal worden toegepast voor de **opnames in 2017**. Voor de opnames vanaf 2018 wordt het systeem vervangen door de financiering op basis van het globaal prospectief bedrag per opname.

Artikel 11: supplementen

- Het zal dus **verboden** zijn om ereloonsupplementen aan te rekenen bij opname in twee of meerpersoonskamers.
- Bij opname in een **individuele kamer** zijn, behoudens een aantal uitzonderingen, **wel ereloonsupplementen** mogelijk.
- De ereloonsupplementen kunnen enkel worden aangerekend op de **verstrekkingen die aanleiding kunnen geven tot supplementen** en effectief werden **verricht en aangerekend**.

De basis waarop de supplementen worden berekend, is de **waarde van de honoraria van de verrichte prestaties**, maar die **totale waarde** mag het totaal bedrag van de honoraria binnen het deel van het **globaal prospectief bedrag** per opname dat de tegemoetkoming voor de geneeskundige verstrekkingen vertegenwoordigt, **niet overschrijden**.

Artikel 16

- Dit artikel voorziet dat de bepalingen betreffende het systeem van de referentiebedragen van toepassing blijven voor de opnames die worden **beëindigd vóór 1 januari 2018**.
- Rekening houdende met de termijn voor de terbeschikkingstelling en de validering van de gegevens die in het systeem van de referentiebedragen worden opgenomen, kan de toepassing van het **systeem voor de verblijven van het jaar X immers pas in het jaar X+3 worden uitgevoerd**

Artikel 17

- De berekeningsbasis voor de honorariumsupplementen wordt gedurende een overgangsperiode, die loopt tot **31 december 2019**, **verhoogd met 15 pct.**
- De overgangsmaatregel is bedoeld om de artsen en de ziekenhuizen de tijd te geven om **per ziekenhuis afspraken te maken** hoe men zal omgaan met de situatie waarbij de berekeningsbasis van de gevraagde honorariumsupplementen 100 % van het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag overstijgt.

De overgangsmaatregel dient de zorgverleners en elk ziekenhuis ook en vooral toe te laten hun **reële praktijk** (verrichte verstrekkingen) aan te passen aan de **gestandaardiseerde praktijk** (die het globaal prospectief bedrag vertegenwoordigt) teneinde geen supplementen meer te moeten vragen voor verstrekkingen die buiten de nieuwe norm vallen en dus het risico te vermijden om in de praktijk de nieuwe berekeningsbasis te overschrijden

BRIEF BSAR-APSAR MET STANDPUNT OVER TOEWIJZING HONORARIA

02/10/2018

(gewaardeerd juridisch advies meester Filip Dewallens)

- Enkel primaire verdeling volgens de RIZIV verdeling is wettelijk!
- Recht van anesthesist op de overeenkomstige vergoeding voor in het kader van het GPB geleverde prestatie (KB 78, art 15 §1)
- Wijzigingen van algemene en financiële regelingen in kader van prestaties LVZ zijn onwettig!
- Afstand doen van erelonen van anesthesisten voor prestaties in kader van GPB ten voordele van andere ziekenhuisartsen past in geen van de vijf wettelijke vergoedingsstelsels van artikel 146.
- Wijziging van financiële regeling is niet afdwingbaar van de individuele anesthesist: individuele overeenkomst met het ziekenhuis primeert!

ARTIKEL 155? (BEVORDEREN MEDISCHE ACTIVITEIT)

MEESTER FILIP DEWALLENS:

- Onwettig!
- Enkel mogelijk indien **individuele aanvaarding** van de herverdelingsmechaniek door de ziekenhuisarts
- Of indien **kettingclausule** in individuele overeenkomst

MAAR:

- Art 144 en 155 onvoldoende wettelijke basis om financiële regeling te wijzigen!
Rechtsgeldig wijzigen van financiële regeling die leidt tot secundaire verdeling is onmogelijk!!
- Niet toekennen van GPB aan individuele arts is strafbaar volgens strafbepalingen uit artikel 164 van ziekenhuiswet
- Art 155: secundaire verdeling is **geen** maatregel om medische activiteit in ziekenhuis bevorderen of in stand houden

NOTA ZORGNET ICURO OVER VERDELING HONORARIA
LAAGVARIABLELE ZORG

17/10/2018

Zorgnet werpt op tegen primaire verdeling:

1. De verdeling is niet logisch en fair voor de kwaliteit van zorg...**geen incentive** om prestaties uit te voeren...geen vergoeding wanneer niet opgenomen in de verdeling
2. Zo zorgverstreker opgenomen in primaire verdeling: **vergoeding, ook zo geen prestatie**
3. Vergoeding is **afhankelijk van nationale praktijk**, en niet van de lokale praktijk in het ziekenhuis

MAAR:

IS DIT NIET JUIST DE BEDOELING VAN LAAGVARIABELE ZORG???

Problemen primaire verdeling

- Soms verschillende specialiteiten betrokken voor één prestatie, vb carpal tunnel, vb monitoring bij pacemaker...
- Honoraria voor disciplines die niet in het ziekenhuis voorhanden zijn
- Betrokken specialisten waar geen honoraria voor voorhanden zijn
- Verdeling heel laattijdig gekend: start 01 januari 2019: administratief onmogelijk om klaar te geraken!!

Secundaire verdeling

- Zorgnet is voorstander van secundaire verdeling
- Citaat: *zowel bij het volgen van de primaire verdeling, als voor het komen tot een secundaire verdeling is het akkoord van de zorgverstrekkers nodig. Het zijn in de eerste plaats de zorgvertrekkers zelf die onderling overeen moeten komen...*
- Alternatief 1: vereenvoudiging riziv verdeling
- Alternatief 2: volgens lokaal vastgelegde percentages
- Alternatief 3: pro rata werkelijke prestaties per opname
- Alternatief 4: pro rata werkelijke prestaties per periode

Echter:

- Multidisciplinariteit en het salami principe
- Secundaire verdeling kan terug de discussies doen oplaaien over de verdeling
- Secundaire verdeling en het includeren van het BFM: probleem waar momenteel een hoog BFM

Cave precedentswaarde van secundaire verdeling onder artsen: ook secundaire verdeling met ziekenhuizen???

- Secundaire verdeling haalt basisprincipe van LVZ onderuit...
(10 X 10% is ook 100%)
- *Zorgnet: de vraag is of het wel wenselijk is dat de financiering (primaire verdeling) zou bepalen hoe men zich klinisch organiseert?*

dit staat haaks op de definitie van LVZ: standaardproces van diagnostiek en behandeling

OMZENDBRIEF LVZ AAN ZIEKENHUIZEN

RIZIV 17/12/2018

- Artikel 7, 4e lid van voornoemde wet bepaalt dat de honoraria begrepen in het globaal prospectief bedrag per opname aan **de artsen en andere zorgverleners worden overgemaakt overeenkomstig de verdeling meegedeeld door het RIZIV en onverminderd de toepassing van artikel 144 van de gecoördineerde ziekenhuiswet.**
- Verder wordt hierbij verduidelijkt dat voornoemde verdeling impliceert dat de honoraria die werden opgenomen in het globaal prospectief bedrag per opname worden toegekend aan de artsen en de andere zorgverleners op wie het betrokken globaal prospectief bedrag per opname van toepassing is overeenkomstig de voorwaarden bepaald in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Bovendien **zijn de honoraria die in het globaal prospectief bedrag zijn opgenomen, verschuldigd ongeacht of deze daadwerkelijk werden uitgevoerd.**

- De wet van 19 juli 2018 heeft geen wijzigingen aangebracht in de bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen **noch een herallocatiemechanisme** ingevoerd. Bovendien **wijzigt voornoemde wet op geen enkele wijze de vergoedingsstelsels voorzien in art. 146 van de ziekenhuiswet.**
- Er kunnen zich ook situaties voordoen waarbij in het globaal prospectief bedrag per opname bedragen werden opgenomen die niet kunnen worden toegewezen aan een verstrekker, bijv. omdat er **geen zorgverlener met een overeenstemmende bekwaamheid aanwezig is**. In deze situatie kunnen de betrokken honoraria worden toegewezen aan **“een reservepool”**. Deze wordt tussen de zorgverleners verdeeld overeenkomstig de bepalingen van de ziekenhuiswet, inzonderheid met toepassing van art. 144.

- Voor de onderaanneming **van anatomopathologie** zullen reglementaire maatregelen worden genomen om deze onderaanneming te organiseren op een manier die analoog is aan de klinische biologie. In de FAQ's worden ook de factureringsregels gepreciseerd die van toepassing zijn op de prestaties die buiten het ziekenhuis van verblijf worden uitgevoerd.

UITVOERINGSBESLUITEN (KB 2.12.2018) en DE PRAKTIJK

Worden uitgesloten:

- de verstrekkingen vermeld in artikelen 2, 5, 8, 21, 24*bis*, 27, 28 § 8, 30, 31, 36, 33, 33*bis* en 33*ter* van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 : raadplegingen, bezoeken en adviezen, psychotherapiën, tandheelkunde, thuisverpleegkunde, bepaalde dermatologische ingrepen, moleculaire biologie, bandagisten, mobiliteitshulpmiddelen, opticien, gehoorprothesisten, logopedie, genetica: de niet frekwente prestaties.
- Forfaitaire honoraria klinische biologie per opname
- Diverse honoraria pediatrie bij pasgeborenen en bij consulten aan min 16 jarigen
- Honoraria in consult geroepen psychiater en multidisciplinair consult bij min 18 jarigen

Worden uitgesloten

- Onderzoek door geriater op niet geriatische afdeling, ontslagonderzoek door geriater
- Onderzoek van een in het ziekenhuis opgenomen patiënt door een geneesheer specialist
- Onderzoek en behandeling door psychiater in dienst waar patiënt verblijft
- Forfaitair honorarium klinische biologie per verpleegdag
- Forfaitair honorarium medische beeldvorming per opname
- Dialyse in alle vormen
- Verstrekkingen op een SP dienst
- Geïsoleerde G-diensten en geïsoleerde Sp-diensten (over naar gemeenschappen)

Worden uitgesloten

- Nacht , feestdag en weekendtarief peridurale bij bevalling is niet inbegrepen bij opnames die een aanvang nemen voor 1 januari 2022
- Prestaties uitgevoerd in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf omdat het ziekenhuis van verblijf niet de nodige erkenning heeft.
- Forfaitaire honoraria voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in een erkende functie voor spoed en IZ.

- Ongeveer 11% van totale ZIV uitgave (ong 350 à 370 M)
- **Mediaan**: gevaarlijk voor salamitechniek, zeker in tweede tijd of zo secundaire verdeling toegepast
- **CARENZ**: hoe te berekenen?
- 57patiëntengroepen: SOI 1 (33) of SOI 2 (2) of SOI 1 + 2 (22)
- **Jaarlijkse herberekening**
- Indexatie volgens afspraken
- **Verdeelsleutel** gegeven door RIZIV en **toe te passen**
- Huidige kostenregeling blijft van toepassing: **art 144**
- **Art 146** van toepassing: verdeling per prestatie, pool, procentueel deel van pool of prestatie, vaste wedde of wedde plus deel van pool.

- Zware administratie...CID?
- Facturatie via pseudonomenclatuurnummer, nomenclatuurnummer op 0 en oude nomenclatuurbedrag voor supplementen...
- SOI klasse bepaling?
- Herfacturatie zo andere SOI klasse: GPB versus oude nomenclatuur
- Geen onderscheid voor opname langs **spoed en IZ**
- **Urgentietarief** (weekend...) inbegrepen
- Berekeningsbasis **ICD 10 , jaar 2016** (simulaties ICD 9, 2012-13-14)

- Exclusie bij bepaalde verwikkelingen: vb bloeding na amandel...
- Uitsluiting bepaalde patiënten om homogeniciteit te garanderen, bvb bilateraal carpal tunnel
- **Assistentiegeld** inbegrepen
- **Accreditatierings honorarium** inbegrepen...(ook zo niet geaccr)
- **Supplementen worden berekend op oude nomenclatuur**

- Toekomst cave ziekenhuisfinanciering: **salami**
- **Risico per patient** gedragen door zorgverleners
- **Risico aantal pt** gedragen door overheid
- Startdatum 1 januari 2019
- Budgetneutraal????

Problemen naar verdeling en toekomst

- Verdeling is niet gebeurd op basis van **reële verstrekker**, maar op basis van alle mogelijke specialiteiten en subspecialiteiten die verstrekking doen: vb carpal tunnel, monitoring...
- Quid verdeling van niet specifieke honoraria, vb monitoring op medium care, urgentiehonoraria, echo op IZ????
- **Inkonsekwente opname van groepen pathologiën** in laagvariabele zorg: carpal tunnel, lobectomie, pneumonectomie, varices, klepoperaties, coronaire bypass, amandels, diablo's... heel merkwaardige combinatie
- De koning kan uitbreiden? Even konsekwent?
- Quid mediumvariabele zorg: wat staat ons daar te wachten???

Anesthesie

- PCA!!!
- Quid urgentiehonorarium??
- ICU???? Zo toegekend aan de “intensivist” geen probleem als één discipline de ICU runt, maar quid echo, monitoring buiten ICU...: allemaal redelijk onduidelijk...
- Opsplitsing categorie met en zonder anesthesie:
 1. Pacemaker
 2. Cardiale ablatie
 3. Transtympale drain
 4. Peri partus
 5. Carpal tunnel
 6. vasectomie

Praktisch te velde: AZG

- **Primaire verdeling** wordt gevolgd
- Principe van **voorschotregeling** omdat software niet klaar is: uitbetaling volgens geïndexeerde nomenclatuurwaarde
- Zodra software (Xperthis) klaar: **correctie** retrograad vanaf 01 jan 2019 per discipline **in plus of min**
- Nationaal forfait wordt **aan verstrekker** toegewezen zo verdeeld over verschillende disciplines (vb carpal tunnel): akkoord nodig van betrokken diensten!!
- Supplementen: **pro rata verdeling bij overschrijding** van de supplementenbasis
- Gezien codering nodig bij toewijzing oa voor SOI klasse: **administratieve boete van 100 euro per dossier** dat administratief te laat door arts afgewerkt wordt.

HOE DAN OOK

Hoe dan ook

57 APRDRG

24918 NOMENCLATUURCODES TE VERDELEN

Hoe dan ook....

Er zat duidelijk geen minister van administratieve vereenvoudiging in de regering Michel I....

Hoe dan ook...

Wie zal dit betalen? Wie heeft zo veel geld?

IZ **Algemene Jaarvergadering**
Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in Intensieve Zorgen

SI **Assemblée Générale Annuelle**
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Soins Intensifs

- 19.30 Inleiding / Introduction
Margot Vander Laenen
voorzitter BBIZ / président UPSI
- 19.40 Algemene vergadering / Assemblée générale
- nieuwe leden / nouveaux membres
- financiële balans / bilan financier
Didier Neuberg / penningmeester / trésorier
- 20.00 Voorstelling modelbrochure "Informed consent"
Présentation du modèle de brochure sur le « Consentement éclairé »
Jasperina Dubois
Beroepsvereniging IZ / Union Professionnelle SI
- 20.15 RIZIV-uitgaven voor reanimatieprestaties - besparingen – indexatie
Dépenses INAMI pour les prestations de réanimation - économies – indexation
Jan Verbeke
Beroepsvereniging IZ / Union Professionnelle SI
- 20.30 Visie minister M. De Block op de laagvariabele zorg binnen IZ
Vision de la ministre M. De Block sur les soins à basse variabilité au sein des SI
Margot Vander Laenen
Beroepsvereniging IZ / Union Professionnelle SI
- 20.45 Correct coderen door de clinicus in tijden van laagvariabele zorg
Codage correct par les cliniciens dans le contexte des soins à basse variabilité
Eric Verbruggen MD
3M Health Information Systems
- 21.45 Voorstellen en discussie / Propositions et discussion
- 22.15 Receptie / Réception

Chers Collègues,

Comme chaque année, les points d'action et les objectifs de l'union professionnelle seront présentés lors de son assemblée générale. Nos membres auront donc l'occasion d'exprimer leur vision et leurs souhaits.

Le modèle de brochure reprenant le texte de consensus sur le Consentement éclairé sera mis à la disposition de l'assemblée. La brochure a été rédigée en tenant compte des particularités propres au service des soins intensifs. Nous espérons ainsi avoir trouvé un équilibre entre les exigences de la loi ou de l'accréditation et ce qui est réalisable dans la pratique.

Depuis la réévaluation des prestations de réanimation fin 2012, l'INAMI surveille attentivement les honoraires du médecin spécialiste en soins intensifs. À plusieurs reprises, des correctifs ont été apportés pour rester dans les limites du budget préétabli. Lors de la réunion on analysera l'évolution des dépenses des dernières années. À cette occasion, il sera également possible de discuter des propositions d'optimisation.

Malgré l'opposition entre les soins à haute variabilité des soins intensifs et les soins à basse variabilité caractérisés par un montant prospectif global, le financement des soins intensifs n'échappera pas à cette nouvelle forme de paiement. Le comité directeur estime que l'introduction du montant prospectif global aura un impact négatif sur le développement des soins intensifs en Belgique. Les arguments de l'union professionnelle et la réponse de la ministre De Block seront présentés.

Auparavant, un codage optimal du patient hospitalier était essentiel à l'organisation de l'hôpital pour fixer le budget des moyens financiers : aujourd'hui, l'enregistrement du RHM (résumé hospitalier minimum) est aussi devenu déterminant pour fixer les honoraires liés à la charge de travail des intensivistes. Ce thème sera le point d'orgue de l'ordre du jour de la soirée. Le Dr E. Verbruggen, APR-DRG and grouper expert chez 3M, expliquera la structure du programme de codage du RHM, de même que l'apport potentiel du médecin spécialiste en soins intensifs. En effet, le clinicien n'est pas suffisamment habitué au processus de codage ni aux éléments qui l'influencent.

L'assemblée générale se tiendra à l'hôtel GOSSET situé à Grand-Bigard, à côté du ring bruxellois (www.gosset.be). Les exposés seront présentés en néerlandais principalement. Les discussions et remarques pourront avoir lieu dans les deux langues nationales.

Le Comité directeur des Soins intensifs

dr s carlier, BSAR-APSAR, brussel 19.01.19

Beste collega's

Naar jaarlijkse gewoonte worden op de algemene vergadering de actiepunten en doelstellingen van de beroepsvereniging toegelicht. De leden kunnen hun visie en wensen duidelijk maken.

De modelbrochure met de consensus tekst over het Informed Consent wordt op de bijeenkomst ter beschikking gesteld. De modelbrochure is opgesteld vanuit de eigenheid van een dienst Intensieve Zorg. We hopen hiermee een evenwicht te vinden tussen wat volgens de wet of de accreditatie noodzakelijk is en wat praktisch haalbaar is.

Sinds de opwaardering van de reanimatieprestaties eind 2012 worden de honoraria voor de Intensieve Zorg-arts aandachtig opgevolgd door het RIZIV. Meermaals is er een bijsturing gebeurd om binnen het vooropgestelde budget te blijven. De uitgaven over de jaren heen worden op deze bijeenkomst geanalyseerd. Voorstellen voor een verdere optimalisatie kunnen hier ook besproken worden.

Ondanks de tegenstelling tussen hoogvariabele zorg op Intensieve Zorg en laagvariabele zorg met zijn globaal prospectief bedrag zal de financiering van de intensieve zorg niet ontsnappen aan deze nieuwe vorm van betaling. Het bestuurscomité van de Beroepsvereniging is van mening dat het invoeren van het globaal prospectief bedrag een negatief effect zal hebben op de verdere ontplooiing van de intensieve zorg in België. De argumenten van de beroepsvereniging en het antwoord van minister De Block zullen worden voorgesteld.

Waar een optimale codering van de ziekenhuispatiënt voordien belangrijk was voor de ziekenhuisorganisatie bij het bepalen van het budget financiële middelen, wordt MKG-registratie (minimale klinische gegevens) nu ook belangrijk voor het honoreren van de workload door de intensivist. Deze topic vormt dan ook het zwaartepunt van de avond. Dr. E. Verbruggen, APR-DRG and grouper expert bij 3M zal de structuur van het coderingsprogramma voor MKG verduidelijken, evenals wat de inbreng kan zijn van de intensieve zorg-arts. De clinicus is immers onvoldoende vertrouwd met het proces van codering en de elementen die hierop een invloed hebben.

De bijeenkomst vindt plaats in het GOSSET Hotel in Groot-Bijgaarden, gelegen naast de Brusselse Ring (www.gosset.be) en de voordrachten zullen voornamelijk in het Nederlands worden gegeven. Discussies en opmerkingen kunnen in beide landstalen.

Het bestuurscomité Intensieve Zorg

IZ
SI

Algemene jaarvergadering
Assemblée Générale

Lieu Plaats

GOSSET Hotel
Groot Bijgaarden
A. Gossetlaan 52
1702 Groot-Bijgaarden

26 02 2019

Belgische beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in Intensieve Zorgen
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Soins Intensifs