

## ALLOCATIE VAN HET BUDGET FINANCIËLE MIDDELEN NAAR PATHOLOGIEGROEPEN: VERVOLG OPDRACHT

### Achtergrond

In het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering is verder onderzoek naar **een financiering per ziekenhuisopname** vereist. In België werd dergelijke financiering geleidelijk ingevoerd in de acute ziekenhuizen, maar in beperkte mate en zeer gefragmenteerd en, qua pathologiegerelateerde parameters in het BFM, bijna uitsluitend gebaseerd op de nationale gemiddelde verblijfsduur per pathologiegroep.

Het **Plan van Aanpak** voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (april 2015) voorzag meerdere studie-opdrachten, die deels aan het **KCE** werden toegekend (o.a. het onderzoek naar de mate waarin pathologiegroepen kunnen opgesplitst worden in laag-, medium- en hoogvariabel, een studie van de parameters die in andere landen gehanteerd worden om de hoogvariabele zorg te financieren, ...). Eind 2015 lanceerde minister De Block bijkomend twee studie-opdrachten in het kader van deze hervorming, die werden toegewezen aan universitaire onderzoeksgroepen.

Op vlak van de **honoraria** werd een methodiek ontwikkeld om de praktijkkosten per medische prestatie te identificeren en om het professioneel deel van het honorarium te wegen in functie van tijd, complexiteit en risico van de betrokken prestatie. Deze studie werd uitgevoerd in meerdere Waalse ziekenhuizen, onder leiding van een onderzoeksgroep van de ULB en resulteerde in mei 2018 in een eindrapport ("*Réforme du financement des hôpitaux; la problématique des honoraires médicaux*") dat de methodologie illustreert voor een hele reeks medische prestaties die vooral frequent voorkomen tijdens het ziekenhuisverblijf voor een aantal pathologiegroepen die door het betrokken KCE-rapport als laagvariabel beschouwd worden. De methodiek werd ook reeds voorgesteld binnen de medicomut en binnen de Algemene Directie van het RIZIV zijn sinds december 2018 reeds de nodige initiatieven genomen en budgetten voorzien voor een structurele hevorming van de nomenclatuur, op basis van deze methodologie.

Op vlak van het **budget van financiële middelen** werd opdracht gegeven voor een studie "ontrafeling van het BFM naar pathologiegroepen". Met het oog op de nieuwe financiering dienden deze verschillende budgetonderdelen van het BFM zo accuraat mogelijk ontrafeld te worden en gealloceerd aan de bestaande pathologieën of pathologiegroepen, zodat hiermee bij de graduele implementatie van de nieuwe financiering rekening kan gehouden worden. Deze studie werd uitgevoerd in een samenwerking met meerdere Vlaamse ziekenhuizen (leden van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk (VZN) KU Leuven), onder leiding van een onderzoeksteam van Leuven. Deze studie-opdracht resulteerde in het voorjaar van 2018 in een lijvig eindrapport dat een methodiek uitwerkte om te berekenen hoe elke pathologiegroep bijdraagt tot de opbouw van het BFM (vooral voor onderdeel B2, het belangrijkste onderdeel voor de financiering van klinische activiteiten), zowel in de basispunten (voor personeel en producten) als in de supplementaire punten (op basis van verpleegkundige en medische activiteiten). Voor de aflijning van de pathologiegroepen werkte de onderzoeksequipe met de bestaande APR-DRG- en Sol-classificaties, die momenteel al in de financiering worden gebruikt.

Om de hervorming van de ziekenhuisfinanciering **verder te zetten** dienen de volgende fases van implementatie van de laagvariabele zorg (financiering via een prospectief globaal bedrag, met integratie van o.a. de geneesmiddelen en het BFM) alsook de financieringsmodaliteiten voor de

mediumvariabele zorg (vereenvoudiging nationaal gesloten BFM) en de hoogvariabele zorg verder voorbereid te worden.

## **Vervolg studie Allocatie BFM naar pathologiegroepen**

Met het oog op de implementatie van de hervormde ziekenhuisfinanciering dient het studiewerk rond het BFM (dat resulteerde in een syntheserapport "*Ontrafeling BFM naar pathologiegroepen*" in maart 2018) verder ontwikkeld en veralgemeend te worden. Voor een aantal voorstellen ter vereenvoudiging van het BFM vraagt ook de FRZV, in haar advies 489-2 naar extra studiewerk, voorafgaand aan de implementatie.

### **Scope van de studie**

Het onderzoek richt zich op alle patiënten die verblijven in de **acute** bedden (m.a.w. revalidatieverblijven en verblijven in psychiatriebedden vallen niet in de prioritaire focus). Het gaat met name zowel om de gehospitaliseerde patiënten als de patiënten van het (chirurgisch) dagziekenhuis. De hoofdfocus ligt op de financiering van de **klinische activiteiten**, omdat daarin uiteraard relatief meest variatie tussen patiënten verwacht wordt, naargelang hun pathologiegroep, ernstgraad, leeftijd ... Deze financiering situeert zich vooral in onderdeel B2.

Qua dagziekenhuis financiert het BFM via onderdeel B2 momenteel enkel dagchirurgie (en het geriatriesch dagziekenhuis deels via B4 en B9), maar een geïntegreerde benadering van de financiering voor zowel chirurgische als internistische dagziekenhuispatiënten is wenselijk in de toekomst. In de mate van het mogelijke dient hier ook al mee rekening gehouden te worden in deze studie (zonder de vereiste om een volledig model voor de financiering van alle dagziekenhuisactiviteiten ten gronde uit te werken) – bv. door financiële prikkels ter stimulering van dagziekenhuisopnames te voorzien.

Er wordt ook een analyse verwacht van de voor- en nadelen om de financiering voor klinische zorg die momenteel via B3, B4, B5, ... van het BFM verloopt te integreren in die pathologiegebaseerde financiering.

Ook voor onderdeel B9, dat de sociale akkoorden financiert, stelt zich de vraag of dit bij voorkeur een afzonderlijke financiering blijft, gerelateerd aan de kenmerken van de personeelsbestaffing van elk individueel ziekenhuis (bestaffing niet enkel op de BFM-diensten trouwens), dan wel of het wenselijk is om deze financiering ook te integreren in een pathologiegebaseerde financiering? En quid dan de financiering voor personeel buiten de BFM-gefinancierde diensten?

De onderdelen A1, A3 en C1 dienen niet in de analyse te worden opgenomen, omdat ze volledig onder de bevoegdheid van de deelstaten vallen. De onderdelen B7 en B8 kunnen het voorwerp uitmaken van een afzonderlijke opdracht.

De voor- en nadelen van de allocatie van de BFM-financiering voor de ondersteunende diensten (onderdeel B1) aan pathologiegroepen is geen prioritair onderdeel van deze studie-opdracht. Het is veel belangrijker om vooruitgang te boeken op vlak van de allocatie van de BFM-financiering voor de klinische zorg aan pathologiegroepen, maar de onderzoeksgroep kan uiteraard aanbevelingen formuleren over de voor- en nadelen van integratie van de financiering voor de ondersteunende diensten.

Idealiter wordt er in de studie-opdracht ook aandacht besteed aan de voor- en nadelen van de integratie in de nieuwe pathologiegebaseerde financiering van de financiering van andere personeelsmandaten, hetzij via het BFM (bv. IBF, startbaanovereenkomsten), hetzij via andere kanalen (bv. Maribelmandaten).

Het is de bedoeling dat de onderzoeksequipe onderstaande werkpakketten uitwerkt, en de verschillende opties/mogelijke werkwijzen, met hun voor- en nadelen, systematisch voorlegt aan het begeleidingscomité (cf. infra). Het begeleidingscomité formuleert, in overleg met de onderzoeksequipe, aanbevelingen over de te weerhouden werkwijzen voor de vervolgwerkpakketten.

Bij de uitwerking van deze werkpakketten dient er ook de nodige aandacht te gaan naar vereenvoudiging van de financieringsregels en het vermijden van extra registratie- en rapporteringslasten bij de ziekenhuizen.

### **Werkpakket 1: allocatie BFM per pathologiegroep (APR-DRG- SoI combinatie)**

In eerste instantie wordt verwacht dat de methodologie voor allocatie van het BFM-onderdeel B2 aan pathologiegroepen (op basis van APR-DRG en SoI) die werd voorgesteld in het eerste syntheserapport van de OBFM-studie (voorjaar 2018) kritisch wordt afgetoetst voor een ruimere set van ziekenhuizen. Doel is om de veralgemeenbaarheid van de resultaten en bruikbaarheid van de methodologie te toetsen en ook een definitieve keuze te maken, in overleg met de begeleidingsgroep (cf. infra) m.b.t. diverse methodologische werkwijzen die in het eerste rapport werden voorgesteld; zo bv.:

- wordt er gewerkt met een (her)verdeling van het BFM dat individueel per ziekenhuis werd toegekend of worden de ziekenhuis-BFM-massa's eerst gepoold en vervolgens herverdeeld; en i.g.v. pooling, hoe dient deze te gebeuren (één globaal budget met alle ziekenhuizen, kostenplaatsen en pathologiegroepen gepoold, of: pooling per type van kostenplaatsen (bv. alle OKA-budgetten, alle budgetten voor hospitalisatie...); of: pooling per groepering van patiënten, ....)
- hoe wordt omgegaan met de tijdsdecalage (budget BFM toegekend in juli t is gebaseerd op activiteiten in het ziekenhuis in t-2 of t-3, soms op activiteiten in t (i.g.v. herziening: wordt het BFM van juli t toegewezen aan de activiteiten in kalenderjaar t, in budgetjaar juli t tot juni t+1, of in kalenderjaar t-2 (of t-3, naargelang); hoe wordt omgegaan met de dimensie kalenderjaar versus budgetjaar?
- keuze tussen doelsleutel en KB-sleutel?
- Wordt er verder gewerkt met de dimensionering qua type budget (verblijf, vast, semi-vast, bed, personeel) en qua BFM-categorie (basis, bijkomend, specifiek, universitair, personeel, rest) zoals voorgesteld in het syntheserapport OBFM van maart 2018? Of zijn bijstellingen wenselijk?
- Is het wenselijk om de financiering van bv. de radiotherapie (onderdeel van B3), de ziekenhuishygiëne (onderdeel van B4), of de ziekenhuisapothek (B5) te integreren in een pathologiegebaseerde financiering. Of is het eerder wenselijk om die onderdelen van het BFM afzonderlijk te houden, gerelateerd aan ziekenhuis- of dienstkarakteristieken (en niet te alloceren per patiënt).
- Een zelfde vraag geldt trouwens t.a.v. o.a. onderdeel B9, dat de sociale akkoorden financiert
- ....

## **Werkpakket 2: Identificatie BFM-gerelateerde kosten per pathologiegroep**

Daarnaast dient ook de methodologie die ontwikkeld werd om de kosten van de ingezette middelen (althans dié middelen die via het BFM gefinancierd horen te worden) toe te wijzen aan pathologiegroepen, verder afgetoetst te worden op een ruimere set van ziekenhuizen (analoog aan werkpakket 1), zowel qua bruikbaarheid als qua veralgemeenbaarheid van de resultaten. O.a. de volgende aspecten dienen zeker aan bod te komen:

- De aflijning, alsook de hergroepering en verfijning van de kostenplaatsen die in het onderzoek worden opgenomen (+ afcheck van de onderlinge vergelijkbaarheid qua activiteiten op elk van die kostenplaatsen in alle deelnemende ziekenhuizen). De volgende groepen werden onderscheiden: hospitalisatie (standaard + intensieve + revalidatie (i.g.v. gemengde eenheden)), OKA + chirurgisch dagziekenhuis, CSA, spoed, materniteit + bevallingskwartier.
- De aflijning, alsook de hergroepering en verfijning, qua kostensoorten die in het onderzoek worden opgenomen (personeel t.l.v. BFM en werkingskosten t.l.v. BFM).
- Bijzondere aandacht dient te gaan naar de werkwijze m.b.t. de mobiele equipe in elk ziekenhuis (met het oog op het verbeteren van de onderlinge vergelijkbaarheid).

## **Werkpakket 3: vergelijking verhouding BFM-opbrengsten versus zorgkosten, te financieren via BFM-B2, per pathologiegroep: algemeen**

Om de BFM-financiering (vooral onderdeel B2) accurater te kunnen alloceren aan pathologiegroepen, dient de **verhouding** van de huidige BFM-financiering per pathologiegroep in elke APR-DRG-SoI groep ten gronde vergeleken te worden met de onderlinge verhouding van de zorgkosten (die door BFM-B2 moeten gefinancierd worden) voor diezelfde pathologiegroepen. Deze verhouding wordt bepaald o.b.v. de opbrengsten en de kosten, zoals die berekend werden volgens de scenario's die weerhouden zullen worden in overleg met het begeleidingscomité, uit werkpakket 1 en 2. (Voor het BFM is ook een vergelijking o.b.v. de huidige sleutels die het KB voorziet, noodzakelijk). Met die K/O -verhouding wordt bedoeld: een vergelijking van de globale verhouding tussen (de relevante) BFM-opbrengsten en kosten:

- per ziekenhuis, over alle groepen van kostenplaatsen
- per groep van kostenplaatsen, over alle ziekenhuizen
- per ziekenhuis en per groep van kostenplaatsen
- per ziekenhuis, over alle (groeperingen van) pathologiegroepen (APR-DRG- SoI en MDC)
- per groepering van pathologiegroepen, over alle ziekenhuizen
- per ziekenhuis en per groepering van pathologiegroepen

Daarnaast is het ook wenselijk om te onderzoeken of, naast de specifieke B2-gefinancierde personeels- en werkingskosten, ook de kosten en opbrengsten (via BFM – bv. B4, B9 – of andere bronnen, bv. Sociale Maribel) van andere zorggerelateerde middelen kunnen geïntegreerd worden in deze vergelijking.

Deze vergelijking tussen opbrengsten en kosten is een noodzakelijke stap voor meerdere cruciale stappen in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering:

- Om, voor de **laagvariabele** patiëntengroepen, een deel van het BFM te kunnen isoleren en te transfereren naar het globaal prospectief bedrag per patiëntengroep is een goed zicht vereist

op de relatieve verhouding tussen BFM-opbrengst (berekend o.b.v. de huidige verdeelsleutels alsook o.b.v. de voorstellen voor gewijzigde verdeelcriteria) en BFM-gefinancierde kost per LVZ-patiëntengroep

- Om, in het kader van de **vereenvoudiging** van het BFM, minder, maar meer accurate, verdeelcriteria voor het BFM voor te stellen. Met 'meer accuraat' wordt bedoeld dat de verdeelcriteria nauwer moeten aansluiten bij de verantwoorde kostenverschillen tussen pathologiegroepen en ziekenhuizen.
- Om een efficiënte besteding van het BFM te garanderen (bv. geen financiering voor vermijdbare kosten, bv. wegens inefficiënte capaciteitsbenutting) dient ook nagegaan te worden welk volume aan activiteiten aan **minimale** verantwoordbare kosten kan gerealiseerd worden, rekening houdend met de verhouding vaste versus variabele kosten. De bedoeling is dat de BFM enkel "kostenefficiënte" volumes aan zorgverlening financiert, weliswaar met een zekere marge – behalve in dié, weliswaar uitzonderlijke, situaties waar dit kostenefficiënt volume per ziekenhuis niet altijd haalbaar is (bv. in geografisch afgelegen gebieden).
- Geleidelijk zal ook de BFM-financiering voor de zgn. locoregionale zorgopdrachten, zo nodig, dienen bijgestuurd te worden. Een eerste prioriteit is de financiering van de zorg voor de **geriatrische (dag)ziekenhuisverblijven**. Zo dienen, in elk geval, de reguliere B2-financiering voor de G-bedden, alsook de specifieke B2-financiering voor G fin en G pot, alsook de financiering voor het geriatrisch dagziekenhuis (deels via B4 en deels via B9 van het BFM) onderling beter afgestemd te worden en complexe, intransparante rekenregels dienen vermeden te worden.

#### **Werkpakket 4: BFM-financiering versus kosten voor intensieve eenheden**

In bovenstaande oefening (vergelijking BFM-opbrengst versus BFM-gefinancierde zorgkost) dient zeker een grondige afzonderlijke analyse te gebeuren voor het deelterrein van de **intensieve zorgen**. Momenteel worden de intensieve zorgen bedden in het ziekenhuis gefinancierd onder de vorm van een zgn. "supplementaire" financiering (die toelaat om, in principe, 2 VTE zorgpersoneel per intensief bed te financieren – zijnde de basisbestaffing per bed die de normering oplegt) op een bepaald percentage van alle CD-bedden, dat als intensief bed beschouwd wordt. Voor de vastlegging van dat percentage intensieve bedden worden de ziekenhuizen momenteel ingedeeld in decielen op basis van drie verschillende parameters, die uiteenlopende aspecten van het intensief zorgkarakter meten (specifieke reanimatieverstrekingen, de parameter NPERCIZ uit de MZG-registratie en intensieve verpleegkundige zorgperiodes (met een hogere waarde dan de mediaan)).

In het kader van de vereenvoudiging van het BFM stelt zich de vraag of de BFM-verdeling, op basis van deze parameters, effectief leidt tot een correcte financiering, dit wil zeggen i.f.v. van de medisch verantwoordbare kosten en (onderlinge kostenverhoudingen) voor de patiënten die op een intensieve zorgafdeling in de ziekenhuizen horen te verblijven.

In het kader van deze oefening wordt ook een grondige analyse en vergelijking gevraagd van het aantal bedden erkend voor de functie intensieve zorgen in elk ziekenhuis, de bezettingsgraad van die bedden + het profiel van de patiënten die op intensieve verblijven (+ de vergelijking met het aantal intensieve bedden op basis van de NPERCIZ-cijfers en de MZG in elk deelnemend ziekenhuis). Hierbij dient trouwens ook het profiel van de patiënten die op de intensieve zorgafdelingen verblijven in de verschillende ziekenhuizen vergeleken te worden.

## **Werkpakket 5: loonkostencorrectie**

In de B2 financiering is momenteel een correctie van een deel van het onderdeel B2 van het BFM van elk ziekenhuis voorzien, op basis van een vergelijking tussen een theoretische gemiddelde loonkost voor het zorgpersoneel van het ziekenhuis en een theoretisch gemiddelde nationale loonkost.

De resultaten uit de eerste OBFM-studie illustreerden echter dat de loonkostencorrectie via het BFM, voor de ziekenhuizen die deelnamen aan die eerste studie, geen correlatie vertoonde met de reële verschillen in loonkosten van het zorgpersoneel. Kortom: deze vaststelling laat toe te concluderen dat de huidige regelgeving m.b.t. de loonkostencorrectie haar doel niet bereikt (althans voor de steekproef van ziekenhuizen die deelnamen aan de OBFM-studie).

Met het oog op een vereenvoudiging van het BFM dient in eerste instantie nagegaan te worden waarom dergelijke loonkostencorrectie in het BFM van de toekomst al dan niet nog aangewezen is. Als dergelijke correctie wenselijk geacht wordt, moet onderzocht worden of de vaststelling uit het eerste OBFM-rapport (i.e. beoogde doelstelling wordt niet bereikt) ook geldt voor een ruimere steekproef van ziekenhuizen, na de nodige '*datacleaning*' uiteraard (i.e. zodat de personeelskosten van de relevante kostenplaatsen wel degelijk onderling vergelijkbaar zijn tussen de ziekenhuizen). En vervolgens dient de onderzoeksgroep een zo eenvoudig mogelijk *conceptueel voorstel* te doen voor een meer accuraat mechanisme van loonkostencorrectie (zonder dit al in zijn techniciteit volledig uit te werken, omdat de implementatie van IF-IC momenteel nog maar pas in een eerste fase zit, en dit enkel voor de ziekenhuizen onder PC 330).

Dit is een werkpakket dat **snel** dient aangepakt te worden (na de nodige *datacleaning*), omdat het huidige mechanisme van loonkostencorrectie vanaf het BFM juli 2021 niet meer in zijn huidige vorm kan toegepast worden: de loonkostencorrectie in het BFM juli 2021 zou moeten gebaseerd worden op de VTE en de toegepaste barema's in 2018, maar vanaf 2018 is de overschakeling naar IF-IC barema's gestart ....

## **Startpunt: representatieve steekproef van ziekenhuizen, die bereid zijn om deel te nemen**

Ten slotte dienen bovenstaande vragen, evenals een aantal andere bevindingen uit het eerste O-BFM rapport getoetst te worden voor een ruimere steekproef van ziekenhuizen (dan de steekproef in het eerste O-BFM-rapport), een steekproef die representatief is voor het Belgische ziekenhuislandschap (en dit zowel op vlak van geografische spreiding (VL/BXL/WALL), als grootte (aantal bedden) en statuut (privaat/publiek en algemeen/universitair)).

De eerste studie leerde dat een fase van zgn. '*datacleaning*' om de detaildata van de ziekenhuizen onderling vergelijkbaar te maken noodzakelijk is i.f.v. accurate analyse, maar tevens tijdrovend is. De ziekenhuizen die deelnemen aan dit vervolgpriject zullen m.a.w. bereid moeten zijn om deel te nemen aan deze *datacleaning*.

## **Opvolging via begeleidingscomité**

Het project zal mee opgevolgd worden door een begeleidingscomité.

Het begeleidingscomité krijgt de opdracht om zowel het projectopzet, als de methodologie, als de vooruitgang i.f.v. de *milestones* mee op te volgen. Tegelijkertijd wordt van het begeleidingscomité een kritische ingesteldheid verwacht t.a.v. de analyses door de onderzoeksgroep(en). Het begeleidingscomité dient, in overleg met de onderzoeksgroep(en) ook aanbevelingen te formuleren m.b.t. de finaal te weerhouden methodologische opties voor de hervorming / herverdeling van het BFM.

Dit comité wordt samengesteld uit medewerkers van de FOD Volksgezondheid, van het KCE, van het RIZIV, van de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, leden van de FRZV, desgevallend aangevuld met bijkomende experts in ziekenhuisfinanciering en kostprijsboekhouding in ziekenhuizen.

## **Projectoproep**

Voor deze studie wordt beroep gedaan op een of meerdere externe onderzoeksequipe(s), die moet(en) beschikken over bewezen **expertise** m.b.t. analyse van het BFM en de toewijzing van middeleninzet aan pathologiegroepen. Het gaat zowel om technisch-inhoudelijke expertise m.b.t. de BFM-regelgeving en de BFM-logica maar evenzeer over de nodige analytische en statistische kennis.

Onderzoeksgroepen die zich kandidaat wensen te stellen voor deze studie-opdracht dienen een concreet onderzoeksvoorstel in te dienen met:

- Een voorstel van werkwijze, met een concrete *time table* en *milestones* voor de analyse van de diverse onderzoeksvragen
- Een overzicht van de ziekenhuizen die zullen deelnemen, en in voorkomend geval, hoe de set van geïnteresseerde ziekenhuizen zal bijgestuurd worden om tot een representatieve steekproef te komen
- Een voorstelling van het onderzoeksteam dat het project zal uitvoeren, aangevuld met een lijst van referenties, de expertise van de teamleden en hun reeds opgedane praktijk- en /of onderzoekservaring op het vlak van kosten- en opbrengstenvergelijking in een ziekenhuisomgeving
- Een voorstel van budget; als richtcijfer wordt als aanvaardbaar budget een financiering voor 2 VTE medewerkers per werkjaar + een beperkt budget voor werkings- en coördinatiekosten voorzien.

De geïnteresseerde groepen wordt er op gewezen dat het project **zo snel mogelijk** dient opgestart te worden, zodat zeker na een eerste werkjaar de eerste resultaten (eerste tussentijds rapport) kunnen neergelegd worden. De maximale looptijd van het project is drie jaar. Bij voorkeur wordt ingetekend op alle werkpakketten. Desgewenst kunnen de werkpakketten over meerdere onderzoeksteams verdeeld worden, maar er worden in dat geval wel de nodige afspraken over de onderlinge coördinatie en afstemming m.b.t. de gehanteerde methoden en gebruik van de datasets verwacht (i.e. zoveel mogelijk uniformiteit).

Dit voorstel wordt ingewacht, ten laatste tegen **9 juni 2019**, om middernacht, op de FOD Volksgezondheid, ter attentie van de heer Pedro Facon, directeur-generaal gezondheidszorg ([pedro.facon@health.fgov.be](mailto:pedro.facon@health.fgov.be))

De concrete werkplanning, inhoudelijke afspraken, timing van de tussentijdse rapporten en overleg met het begeleidingscomité zal met de geselecteerde onderzoeksgroep afgesproken

worden en opgenomen in een B4-overeenkomst via een of meerdere van de deelnemende ziekenhuizen.

De onderzoeksequipe kan (en diént) voor deze studie gebruik (te) maken van de meest recente standaard beschikbare, volledig geanonimiseerde ziekenhuisregistraties (MZG), facturatiegegevens en de FINHOSTA gegevens, voor de deelnemende ziekenhuizen. Daarnaast dienen, desgevallend, bijkomende gegevens beschikbaar te zijn, die vanuit de deelnemende ziekenhuizen worden aangeleverd.