

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 12 september 2019

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/499-1 (*)

**Gezamenlijk advies van de FRZV en de overeenkomstencommissie RIZIV
m.b.t. de herziening van de organisatie, het functioneren en de
financiering van de daghospitalisatie**

Namens de Voorzitter,
Margot Cloet

De Secretaris,
Pedro Facon



(*) Dit advies werd behandeld tijdens de plenaire vergadering van 12/09/2019 en dezelfde dag bekrachtigd door het Bureau

Conceptnota

Herziening van de organisatie, het functioneren en de financiering van de daghospitalisatie

Inhoudsopgave

- I. Context, feiten, nieuwe ontwikkelingen
- II. Krijtlijnen voor een nieuw concept van daghospitalisatie
 - II.1. Inleiding
 - II.2. Definitie
 - II.3. Organisatie
 - II.4. Financiering
- III. Essentiële voorwaarden om daghospitalisatie te stimuleren
- IV. Besluit

Als overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen pleiten wij al geruime tijd voor een herziening van zowel de organisatie, het functioneren en de financiering van de daghospitalisatie. Zoals ook vastgesteld door het Kenniscentrum in hun rapport KCE 2017/282¹ zien we dat bepaalde activiteiten (zoals cholecystectomie,..) nog al te veel in klassieke hospitalisatie gebeuren die ook in daghospitalisatie kunnen behandeld worden.

Doel van de conceptnota is om op korte, middellange en lange termijn een daghospitalisatie te ontwikkelen met garanties voor het behoud van kwaliteit, de financiering te actualiseren waarbij ook nood is aan eventuele aanpassing van het juridisch en reglementair kader (nationale overeenkomst ziekenhuizen VI's, KB's).

We pleiten voor een uniek coherent forfaitair systeem van correcte en transparante financiering, gebaseerd op reële noden en kosten en toekomstige evoluties dat optimaal inzet op een kwaliteitsvol proces.

Parallel aan de verbeteringen die op korte termijn (2021), op basis van het huidige systeem kunnen worden geïmplementeerd, moeten de werkzaamheden voor een fundamentele hervorming van daghospitalisatie en de financiering ervan op lange termijn worden opgestart.

Dit document moet worden beschouwd als een conceptnota die de problematiek van daghospitalisatie vanuit verschillende invalshoeken benadert. Deze invalshoeken dienen elk in een later stadium verder te worden uitgewerkt in diverse werkgroepen. De belangrijkste richtlijnen die als leidraad moeten dienen voor deze werkgroepen zijn samengevat in de conclusie.

¹ Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Report 282As. D/2017/10.273/06.

I. Context, feiten, nieuwe ontwikkelingen

In vrijwel elk ziekenhuis ontplooit daghospitalisatie activiteit buiten de fysieke locatie van de erkende chirurgische of niet-chirurgische daghospitalisatie diensten. In voorkomend geval wordt de daghospitalisatie activiteit waar de patiëntveiligheid dat toelaat, decentraal uitgevoerd in daartoe specifiek uitgeruste behandelruimtes. Patiënten worden als daghospitalisatie patiënten ingeschreven maar bezetten er dan niet noodzakelijk en niet altijd een bed/zetel voorafgaand of na de interventie. Hierbij dient de vraag gesteld of we in deze gevallen steeds mogen spreken van een opname in het dagziekenhuis. Ook al is er ontegensprekelijk sprake van bijkomende inzet van mensen (assistentie) en middelen (uitgeruste ruimte), en gebeurt de interventie binnen het veilige kader van het ziekenhuis (met onmiddellijke toegang tot urgentiediensten in geval van nood). Voor deze activiteiten pleiten we voor een coherente en correcte financiering, rekening houdend met de financiering door honoraria, maar waarbij het aanzuigefect op ingrepen die gemakkelijk en veilig kunnen uitgevoerd worden in de spreekkamer vermeden wordt.

Voor de patiënten is daghospitalisatie zeer comfortabel (men kan snel terug naar huis, er ontstaan geen wachtlijsten) en de operatiezalen worden op een andere manier belast voor relatief minder complexe interventies, tevens komen er dankzij daghospitalisatie ziekenhuisbedden vrij. Een correcte patient flow staat centraal en men volgt uitgestippelde procedures.

We zien ontwikkelingen van daghospitalisatie activiteit op diverse terreinen:

Soorten daghospitalisatie activiteiten	Normen voorzien	Financiering in BFM	Financiering via RIZIV conventie
Chirurgische daghospitalisatie	Ja	BFM - Lijst A	Forfaits
Niet chirurgische daghospitalisatie	Ja		Forfaits
Geriatrische daghospitalisatie	ZP geriatrie	BFM – B4	
Pediatrie daghospitalisatie	ZP pediatrie		Soms forfaits, maar te weinig
Oncologische daghospitalisatie	ZP oncologie		Forfaits
Pijnkliniek	FOD overeenkomst		Forfaits
Daghospitalisatie MKA-stomatologie	Neen	BFM - Lijst A	Forfaits
Daghospitalisatie plastische chirurgie	Neen	BFM - Lijst A	Forfaits
Daghospitalisatie urologie	Neen	BFM - Lijst A	Forfaits
Daghospitalisatie gynecologie	Neen	BFM - Lijst A	Forfaits

Een daghospitalisatie activiteit verschilt in aanrekenbaarheid met een klassiek verblijf op diverse gebieden:

- Geen remgeld voor de patiënt van 0,62 EUR per dag voor terugbetaalbare geneesmiddelen;
- Geneesmiddelen worden ambulant gefactureerd aan reeel gebruik;
- Geen remgeld in de aangerekende ligdag in chirurgische daghospitalisatie of het RIZIV forfait;
- Soms wel en soms geen mogelijkheid tot aanrekening forfaitaire honoraria medische beeldvorming², klinische biologie³, medische permanentie (IZ en Spoed) of toezichtshonoraria en coördinatiehonoraria en dit o.b.v. de historiek van het ontstaan van de forfaits (men moet teruggaan naar de periode voor 01-07-2007 – en de forfaits A, B, C en D - en diverse RIZIV-omzendbrieven. Deze informatie is overgenomen in de limitatieve lijsten van het betreffende honorarium.

In vrijwel elk ziekenhuis zijn er daghospitalisatie activiteiten die verder ontplooid kunnen worden, maar die niet als dusdanig gefinancierd worden, noch via het BFM noch via de RIZIV forfaits, terwijl er wel een artsenhonorarium voorzien is. Er zijn weinig incentives om bepaalde interventies in daghospitalisatie uit te voeren, omwille van bv. de niet-aanrekenbaarheid van forfaitaire honoraria, toezichtshonoraria, het verlies van verantwoorde dagen in klassieke hospitalisatie enz.

Bij de creatie/wijziging van nomenclatuurcodes is er geen systematische aanpassing van de prestatie lijsten A en B in het BFM of de lijsten van RIZIV-forfaits, waardoor er voor bepaalde daghospitalisatie activiteiten geen of geen adequate vergoeding is. Er zijn voor de aanpassing van de lijsten A en B in het BFM, maar ook voor de stijgende trend van deze activiteit, nooit specifieke extra middelen voor de chirurgische daghospitalisatie toegevoegd aan het BFM. De aanpassing van deze activiteit is dus veronderteld te worden gefinancierd door een verschuiving van de financiële middelen van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie binnen dezelfde enveloppe.

De nomenclatuur voorziet dat prestaties met een waarde \geq K120 of N200 enkel door de ziekteverzekering vergoed worden als ze in een erkend ziekenhuis gebeuren (m.u.v. oftalmologie). Criteria die de kwaliteit en patiëntveiligheid garanderen moeten vastgesteld worden. Hierbij moet ook gewaakt worden over de financiële toegankelijkheid voor de patiënt.

Met een herziening van de daghospitalisatie voorzien we ook dat voor pure ambulante activiteiten die gemakkelijk en veilig kunnen uitgevoerd worden in de spreekkamer⁴ geen daghospitalisatieforfaits kunnen aangerekend worden. Daghospitalisatie geeft echter een betere bescherming voor de patiënt dan ambulante prestaties zeker wanneer de arts-specialist gedeconventioneerd is. We pleiten om, binnen de perken van de definitie, maximaal

² De forfaits medische beeldvorming per consult en per voorschrift worden aangerekend aan daghospitalisatie verblijven, volgens dezelfde regels als bij ambulante verblijven (er dienen dus wel verstrekkingen medische beeldvorming zijn uitgevoerd om deze forfaits te mogen aanrekenen).

³ Dans certains cas, ces honoraires forfaitaires ne constituent pas un financement de la prestation, mais résultent de l'implémentation de la liquidation du budget global de l'hôpital.

⁴ en die niet voldoen aan de definitie van een opname in het daghospitalisatie in hoofdstuk II.2 die includeert het kwalitatief toezicht, de continuïteit, de nazorg en de essentiële voorwaarde dat er verpleegkundig en medisch toezicht noodzakelijk is om te kunnen spreken over daghospitalisatie.

verstrekkingen binnen de daghospitalisatie terug te betalen en de forfaits goed mogelijk aan te passen aan de hedendaagse kostprijs, die kan evolueren in functie van de medische vooruitgang.

Komende ontwikkelingen mbt laagvariabele zorg en de vorming van de klinische netwerken gaan ook impact hebben op de daghospitalisatie ontplooiing. De financiering van de laagvariabele zorg voorziet dat in een volgende fase het BFM, de geneesmiddelen en de RIZIV-forfaits geïncorporeerd kunnen worden in de lump-sum. De (laagvariabele) daghospitalisatie wordt best zo herwerkt dat een inschaling in het systeem van laagvariabele zorg vlot kan gebeuren. Dit uiteraard op basis van een correcte herschaling van de kosten.

De MZG-codering van de daghospitalisatie activiteiten wordt vandaag niet gebruikt voor financieringsdoeleinden (in plaats hiervan is er een link met de nomenclatuur) en wordt er dus vrij beperkt gecodeerd. De financiering van de cluster "laagvariabele zorg" heeft ook betrekking op de daghospitalisatie en is afhankelijk van de graad van ernst van het verblijf, de MZG-codering van de dagactiviteit zou voortaan beter moeten worden gestaafd. Naar aanleiding van deze hervorming zou men die met andere karakteristieken van de patiënt moeten aanvullen, die een eventuele daghospitalisatie kunnen rechtvaardigen.

Door de netwerken zouden op termijn bepaalde daghospitalisatie activiteiten kunnen georganiseerd worden in focussed factories binnen erkende ziekenhuizen waar de proximateit centraal staat en de interventie goed planbaar (electieve ingrepen) is, mogelijks in bepaalde gevallen zelfs specifiek op erkende ziekenhuissites die hieraan gewijd zijn.

II. Krijtlijnen voor nieuw concept van daghospitalisatie

II.1. Inleiding

Een eerste oefening inzake harmonisering en integratie via het BFM voor de mini-forfaits, is een schoolvoorbeeld van hoe het niet moet. Niet alleen werd er eerst bespaard (10 mio €) en werd een deel van het overgedragen budget onmiddellijk aangewend om bepaalde (weliswaar legitieme) noden inzake een andere activiteit (m.n. die van de spoedgevallendienst) te lenigen, maar tevens wordt een verdelingsmechanisme o.b.v. historische cijfers aangehouden en is men er niet in geslaagd een adequaat nieuw verdelingsmechanisme uit te werken (deze intentie staat ondertussen al enkele jaren in het besluit, zonder dat het wordt gerealiseerd). Dat men bovendien de mini forfaits aan nul euro moet factureren, lijkt ook op zijn minst merkwaardig en is een administratieve last, ook al levert dat een voordeel op voor de patiënt (onder de vorm van een tussenkomst van de hospitalisatieverzekering).

Herhaling hiervan dient vermeden te worden. Elke aanpassing aan het concept van daghospitalisatie dient bijgevolg futureproof en grondig doordacht zijn, rekening houdend met de bredere context.

We pleiten voor een gelijke toegang tot zorg op financieel vlak. De vraag dient ook gesteld of er niet een billijk remgeld voor de patiënt ingesteld moet worden voor de daghospitalisatie naar analogie met de klassieke opnames. Met een lager bedrag voor voorkeurgerechtigden. Er dient voorafgaand een vergelijking gemaakt te worden van alle kosten voor de patiënt in de twee situaties (klassieke hospitalisatie en dagziekenhuis). Klassieke hospitalisatie is vaak goedkoper

voor de patiënt dan daghospitalisatie. Dezelfde prestaties moeten aan dezelfde prijs worden terugbetaald en belangrijk is ook dat de patiënt op voorhand geïnformeerd is over de kosten van de interventie.

Het werken met limitatieve lijsten (lijst A in het BFM, forfaitlijsten 1 tem 7, lijst in de nomenclatuur bij het coördinatiehonorarium) die zelden worden bijgewerkt is verlamvend.

Het steeds verhogen van de activiteit zonder bijkomend budget, holt de budgetten uit. Nieuwe evoluties in de chirurgie en anesthesie worden niet uitgerold naar daghospitalisatie en aldus afgeremd. De huidige financieringsmodellen werken contraproductief. In het KCE rapport 2017/282A werden talrijke hiaten blootgelegd. Een aanpassing van de daghospitalisatie activiteiten moet wel degelijk gepaard gaan met een aanpassing van het budget in dit onderdeel, rekening houdend met de transfers tussen klassieke verblijven en daghospitalisatie.

We vinden het om al deze redenen noodzakelijk om een nieuw transparant, correct en coherent plan voor de financiering van de daghospitalisatie op tafel te leggen. Hierbij dienen we er ook voor te zorgen dat dit systeem op macro-budgetair vlak degelijk kan gemonitord worden.

II.2. Definitie

De daghospitalisatie behelst chirurgische en niet-chirurgische interventies, waarbij de patiënt dezelfde dag nog het ziekenhuis verlaat. Daghospitalisatie verwijst naar een functie/activiteit en niet naar een herkenbare architectonische eenheid binnen het ziekenhuis. De interventies gebeuren in daghospitalisatie, maar "zijn" niet de daghospitalisatie. De interventie zelf wordt trouwens gedekt door de nomenclatuur, en niet door het forfait daghospitalisatie. Het forfait dekt de inzet van mensen en middelen die nodig zijn om de kwaliteit van de zorg en de handhaving van procedures in daghospitalisatie te verzekeren, die niet gedekt zijn door de nomenclatuur.

We spreken doorheen de tekst over interventies in plaats van ingrepen, behandelingen of diagnostische onderzoeken. Sommige interventies beginnen als een onderzoek en eindigen als een behandeling of een ingreep.

Deze nota omschrijft daghospitalisatie als volgt:

Een daghospitalisatie is een opname en verblijf in een erkend ziekenhuis zonder overnachting waarbij de patiënt één of meerdere planbare interventies ondergaat. Bedoelde interventies vereisen vastgestelde procedures voor de selectie van de patiënten⁵, de veiligheid, het kwalitatief toezicht, de continuïteit, de nazorg, de opstelling van verslagen en de samenwerking met de diverse medisch-technische diensten onder toezicht en leiding van een arts-specialist verbonden aan het ziekenhuis met adequaat toezicht en toediening van zorg.

Het overgrote deel van de interventies die in daghospitalisatie worden verricht, zijn gepland/planbaar. Er moet evenwel rekening worden gehouden met het bestaan van sommige interventies

⁵ Zodus, beperken de normen van de KB's van 25/11/1997 (artikel 8) « chirurgisch dagziekenhuis » en van 10/2/2008 (artikel 4, 2°) (niet-chirurgisch dagziekenhuis) terecht de ten laste neming in het dagziekenhuis tot patiënten « die bij hen thuis, kunnen genieten van een adequate ten laste neming gedurende minstens 24 uur na hun ontslag ».

die in daghospitalisatie worden uitgevoerd en die van nature minder planbaar zijn (bijv. nierstenen, handtrauma, curettage via aspiratie, complicaties in het kader van een oncologische behandeling, enz.). Dat criterium mag de tenlasteneming en de financiering van deze interventies in daghospitalisatie niet in de weg staan. Dit zijn echter occasionele interventies en zullen gemonitord worden. Oneigenlijk gebruik van spoed moet worden tegengegaan.

De daghospitalisatie behelst hier niet alleen chirurgische maar ook niet-chirurgische interventies van een welbepaald patiëntenpubliek, volgens vastgestelde procedures (inzake patiëntselectie, toezicht, voorbereiding, patiëntveiligheid, kwaliteitsbewaking, continuïteit van zorg, nazorg, verslaggeving en samenwerking met diverse medisch technische diensten) die geldig zijn voor alle interventies die uitgevoerd zijn in daghospitalisatie. De interventies uitgevoerd in daghospitalisatie van alle tussenkommende disciplines worden gecoördineerd door een arts-specialist verbonden aan het ziekenhuis. De daghospitalisatie behelst klinische zorg zonder overnachting met adequate voorbereiding en nazorg van de patient. Er is continu toezicht en toediening van zorg nodig.

De veilige omgeving en een goede planning en organisatie zijn doorslaggevend om een interventie in daghospitalisatie uit te voeren. Er dient evidenced based gewerkt te worden. De Belgian Association of Ambulatory Surgery (BAAS) en de BSAR (Belgian Society for Anaesthesia and Reanimation) en andere experts kunnen hiertoe helpen. Er wordt een duidelijk kwaliteitsbeleid en kwaliteitsbewakingsparameters voorzien in overeenstemming met de guidelines. Het registreren en bijhouden van deze parameters wordt in het elektronisch patiëntendossier geïntegreerd.

De voorbereiding van een interventie in daghospitalisatie en het ontslag van de patient door de behandelend arts/chirurg/anesthesist en de verpleegkundige zorgen zijn eveneens belangrijke parameters. De algemene conditie van de patient na het ontslag moet in het oog gehouden worden. Een goede nazorg alsook efficiënte communicatie van de ontslagbrief aan de huisarts en communicatie met andere betrokken zorgverstrekkers van de eerste lijn, maken deel uit van het ontslagmanagement plan. Er moet ook op gelet dat de nodige opvang voorzien is 24h na het ontslag.

II.3. Organisatie

Het RIZIV en de DGCE zijn in het kader van het handhavingsbeleid gestart met een stringenter toezicht op de aanrekening van de RIZIV-daghospitalisatie forfaits en controleren en contesteren (o.a. urologie, pneumologie en MK-stomatologie) de plaats van de interventie in sommige gevallen. Terugvallen op de wetteksten hierover biedt niet altijd een oplossing.

Echter vandaag stelt VIPA - in afwachting van een globaal zorgstrategisch plan Vlaanderen - geen middelen in het vooruitzicht voor eventuele infrastructuurwerken i.f.v. het herorganiseren van de daghospitalisatie naar één centrale locatie in het ziekenhuis. In Brussel wordt momenteel nog het bouwplan 2009-2020 afgewerkt. De dagcentra worden om organisatorische redenen verder ontwikkeld rond andere activiteiten in het ziekenhuis waar de infrastructuur en ombouwingskosten zo laag mogelijk kunnen gehouden worden. In de toekomst lijkt deze oplossing (bij gebrek aan middelen) ook werkbaar.

Er is nood aan een kader dat de voorwaarden schept om een lokalisatie binnen de ziekenhuismuren te definiëren zonder zich te beperken tot de huidige architectonische setting doch met uitsluiting van bijvoorbeeld raadplegingsruimtes en wachtzalen. Het is noodzakelijk om een set van kwalitatieve minimumcriteria qua oppervlakte, uitrusting etc. te definiëren rekening houdend met de beperkte middelen.

Het onderscheid tussen chirurgische en niet chirurgische daghospitalisatie zal, met uitzondering van heel specifieke vormen van daghospitalisatie (oncologisch , pediatriesch ...) met de tijd verder vervagen en de fundamentele vraag rond een strikt onderscheid tussen beiden dient blijvend gesteld te worden zodat elk model rekening houdt met deze vervaging (endoscopische sleeve gastrectomie, endoscopische resecties van mucosa of poliepen,). De vraag in hoeverre dit onderscheid vandaag al verlaten kan worden zal deel moeten uitmaken van de werkgroepen hieromtrent.

Het model van 'focused factories' voor bepaalde electieve interventies dient zeker overwogen te worden in het licht van de huidige en toekomstige evoluties. Zo worden bijvoorbeeld heupprothesen in daghospitalisatie geplaatst wat een zeer grondige selectie van patiënten vereist, een bijzondere expertise van het zorgteam en een heel strikt organisatie-model. Dergelijke interventies kunnen binnen een netwerkstructuur gecentraliseerd worden in een 'focused factory' in een erkend ziekenhuis.

De interventies in daghospitalisatie worden steeds in een aangepaste infrastructuur uitgevoerd i.f.v. de karakteristieken van de patiënt en/of de aard van de chirurgische en niet-chirurgische interventie. Algemene anesthesie wordt hoofdzakelijk in het OK uitgevoerd doch meer en meer ook erbuiten. Net zoals in het OK vereist dit specifiek volledig uitgerust materiaal en personeel zoals omschreven in de Belgian Standards for Patient Safety in Anesthesia. Er is een toename van het aantal anesthesie procedures buiten de operatiezaal. Dit heeft belangrijke implicaties naar materiaal en naar medische en niet-medische omkadering toe. Loco-regionale anesthesie kan in eender welke behandelruimte worden uitgevoerd mits voldaan aan de bovenvermelde normen. Zenuw-en/of plexusblokkades worden best uitgevoerd in een aparte (en daartoe voorziene) ruimte in de operatiezaal, door de anesthesist samen met een daartoe opgeleide operatiezaalverpleegkundige. Guidelines bepalen de correcte plaats van uitvoering in functie van de interventie.

II.4. Financiering

Op dit moment verloopt de financiering van de daghospitalisatie via twee financieringsbronnen: het Budget Financiële Middelen (BFM) en de diverse RIZIV forfaits.

De karakteristieken van de financieringsbronnen zijn de volgende :

- BFM is gemakkelijk om de shift van middelen te voorzien tussen een klassiek verblijf met meerdere ligdagen naar daghospitalisatie zonder budget transfer. Maar het heeft ook verschillende nadelen: gebrek aan transparantie en geen link met de werkelijke kosten en dus complex om in te kantelen in de setting van laagvariable zorg (de meeste ingrepen in chirurgische daghospitalisatie behoren tot de definitie van laagvariable zorg). Deze BFM financiering laat ook weinig ruimte om op een flexibele wijze de huidige en toekomstige evoluties binnen dit domein te ondervangen. Het BFM is een gesloten budget dat klassieke verblijven en de chirurgische daghospitalisatie financieert. Deze financiering laat een shift

toe van klassieke opnames richting daghospitalisatie, maar evolueert niet in functie van een stijgende activiteit of zorgzwaarte hetgeen een basis kan vormen voor een structurele onderfinanciering. Bovendien bedraagt de tijdsspanne tussen de uitvoering van de activiteit en de liquidatie van het budget bedraagt momenteel 2 jaar.

- De RIZIV lijsten zijn flexibeler, transparant over wat er gefinancierd wordt d.m.v. herschaling, er wordt een trend toegepast op de uitgaven voor activiteit stijgingen en innovatie kan er gemakkelijk in opgenomen worden. Het forfait systeem sluit aan bij de noden en de kosten, is makkelijker inpasbaar in de toekomstige modellen (bv laag variabele zorg) en is aanpasbaar aan de zeer snelle evoluties en innovaties op het terrein. De financiering kan op maat gemaakt worden van de bedoelde verstrekking en houdt rekening met de effectieve kost van zowel uitrusting, personeel als materiaal en technische prestaties. De forfaits dienen dusdanig geconstrueerd dat zij op een vrij vlotte en flexibele wijze aanpasbaar zijn.

Op **korte termijn** pleiten we voor een zo eenvoudig mogelijk systeem van forfaits (zie verder ook honoraria). We bekijken of er voorlopig nog een onderscheid blijft bestaan tussen de chirurgische en niet-chirurgische interventies. De limitatieve lijsten⁶ worden jaarlijks door experts gevalideerd.

Op termijn, zal deze financiering voor een aantal aandoeningen van laagvariabele zorg die ten laste genomen worden in dagziekenhuis wellicht geïntegreerd worden in de globale prospectieve bedragen. We kunnen dan ook bekijken om een meer geïntegreerde financiering mogelijk te maken en werken met financiering per zorgpad. Op deze manier zullen vanzelf de lijsten afgeschaft worden. Hiervoor is echter nog meer evidentie nodig.

II.4.1 Chirurgische interventies in daghospitalisatie via nieuw budget

Financieringstechniek

De financiering van de chirurgische daghospitalisatie gebeurt momenteel binnen een gesloten enveloppe in het BFM waardoor men zeer afhankelijk is van de activiteit van andere ziekenhuizen en van de waarde van het punt.

- A. We pleiten voor een verantwoord **budget** voor de financiering van de geobjectiveerde kosten in chirurgische daghospitalisatie, gebaseerd op shift in activiteiten tussen klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie én trends in stijgende activiteit, ook rekening houdend met de structurele onderfinanciering van klassieke en daghospitalisatie en de toenemende intensivering van de zorg. Een evaluatie na 3 jaar is voorzien.
- B. Op dit moment krijgt elk verblijf in chirurgische daghospitalisatie een verantwoorde verblijfsduur van 0,81 dagen (multiplicator) toegewezen voor het onderdeel B2. Om de financiering coherent en correct te maken zijn er hier twee opties. We kunnen blijven werken

⁶ De DGEC toonde aan dat bepaalde verstrekkingen op een kwaliteitsvolle en veilige manier ambulant of extra-muros kunnen doorgaan. Het betreft volgende prestaties: urologie (260271 cystoscopie man, 355073 lithotripsie); mond-keel-aangezicht (310914 curettage tandostitis, 311135 apicectomie); gyneco (432353 amniopunctie/vlokkentest) en 220253 therapie diepe flegmone. In 2016 werd 16.380.000 euro aan dagziekenhuisforfaits aangerekend bij deze prestaties. Dit moet nog door de experts gevalideerd worden.

met een BFM budget waar de financiering van de daghospitatie minstens gelijkwaardig wordt aan de financiering van een klassiek verblijf⁷. Dit brengt bv. het personeelsequivalent op 13/30 minstens gelijkwaardig⁸ als voor klassieke verblijven. De tweede optie is om te werken met forfaits per type interventie. Zo kan de link met de historische kosten doorgeknipt en gewerkt worden met de werkelijk geobjectiveerde kost. Hier is dan een herschaling oefening nodig. Ook bij de eerste optie kan een herschalingstudie zeer nuttig zijn (dekking van kosten): de transfer van heelkundige daghospitalisatie naar BFM gebeurde zonder kostenstudie en zelfs met een arbitraire budgetbesparing.

- C. Er wordt, zoals in klassieke hospitalisatie, bijkomende financiering toegekend voor
- De inzet van verpleegkundigen in het operatiekwartier rekening houdend met het type anesthesie met een toeslag voor het voorbereiden en het opruimen van de zaal
 - voor de aanwezigheid van verpleegkundig toezicht voor en na de interventie (ontwaakzaal)
 - een financiering voor de centrale sterilisatie, uitrusting en medische producten (onder andere single use materiaal)
 - voor de werkingskosten betreffende ondersteunende diensten (onderhoud, administratie, voeding, was en linnen,...).

De financiering van de chirurgische daghospitalisatie dient dus rekening te houden met de personeelsomkadering noodzakelijk voor het toezicht en de zorg voor, tijdens en na de ingreep op basis van de interventiekenmerken, de patiënt en zijn context en de noodzaak aan verpleegkundig toezicht.

Daarnaast dient naast het gebruik van operatiekwartier of andere uitrusting, de nodige materiaalkost (indien deze niet gedekt wordt door 'honoraria') in rekening gebracht worden waarbij ten allen tijde een 'dubbele' financiering vermeden moet worden.

Indien aan de voorwaarden van een correcte nieuwe financiering voldaan zijn (cf. supra) en na samenvoeging van de bestaande budgetten, en (mogelijk) na toevoeging van bijkomende

⁷ Een eerste indicatie van de meerkost op basis van de huidige activiteit van een multiplicator van 1,08 punt, ofwel een equivalent van 13 VTE per 30 plaatsen wat overeenkomt met de basisnorm in een C-bed, zodat er niet langer een financiële stimulus tot klassieke hospitalisatie is en om rekening te houden met de hoge rotatie in daghospitalisatie. Inschatting van de nationale meerkost: 1.632 punten op 01/07/2018 * 27.336,75 € waarde punt op 01/07/2018/ 0,81 * 1,08 – 1.632 * 27336.75 = 14.871.192 €

Het vereiste budget ligt meer dan waarschijnlijk hoger rekening houdende met de nieuwe heelkundige verstrekkingen buiten de huidige A-lijst die in het BFM zijn opgenomen en de gevolgen voor andere punten die in onderdeel B2 en onderdeel B1 zijn opgenomen

⁸ Oeso Health at a glance Europe 2018 aanbeveling: providing proper financial incentives to ensure that health care providers (hospitals and surgical teams) do not lose revenue by moving towards a greater use of day surgery.

https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1544624824&id=id&accname=guest&checksum=1E092E5D2C691779692A8EBD0AC973C5

budgetten na de herschaling oefening, worden de volgende chirurgische interventies op de chirurgie lijsten geplaatst:

- ∂ de prestaties van de aangepaste (zuiver ambulante verstrekkingen eruit & uitbreiding met nieuwe prestaties) lijst A van het BFM uitgevoerd door het expertenpanel na herschaling
- ∂ de prestaties van de RIZIV lijsten 1-7 uitgevoerd in een OK

Op korte termijn dienen lijsten jaarlijks via een flexibele formule worden aangepast. De experten werkgroep bepaalt de interventies op de lijsten, de standaardtijden van de behandelingen en de meest aangewezen vorm van anesthesie. Dit is al mogelijk binnen de huidige regelgeving maar gebeurt in de praktijk onvoldoende.

Zo snel als kan schrappen we de lijst: elke verstrekking die eerder in daghospitalisatie dan in een klassieke hospitalisatie kan worden verricht, moet zo kunnen worden verricht. In zoverre dit in het voordeel is van de patiënt, zowel naar kwaliteit van zorg als naar de kostprijs. Een expertengroep moet zich over de criteria buigen die het onderscheid vastleggen tussen een situatie die in daghospitalisatie moet worden verricht, of een klassiek verblijf of als puur ambulante moet worden beschouwd. Een combinatie van criteria zoals: voldoen aan een opname en ontslag van de patient op dezelfde dag, de karakteristieken gelinkt aan de patient, kunnen in aanmerking komen. Op basis van EBM worden projecten opgezet om gaandeweg de shift naar daghospitalisatie verder te stimuleren, voor alles wat idealiter in daghospitalisatie kan gebeuren.

Er worden vastgelegde procedures gevolgd voor de selectie van de patiënten, de veiligheid, het kwalitatief toezicht, de continuïteit van zorgen, de verslaggeving en de samenwerking met de verschillende medisch-technische diensten en de verwijzende artsen en een contactpersoon binnen het ziekenhuis .

Selectiecriteria gelinkt aan de interventie en criteria gelinkt aan de patient zoals leeftijd, comorbiditeit, SOI, ASA, BMI, statuut en socio-familiale situatie, nood aan intensieve zorgen of mid care zorgen, meer dan 24h intraveneus infuus, kunnen als contra indicaties opgegeven worden om één of meerdere overnachtingen toe te staan.

II.4.2. Niet-chirurgische daghospitalisatie via RIZIV forfaits

Financieringstechniek

Voor elke vorm van niet-chirurgische daghospitalisatie worden forfaits voorzien voor de inzet van mensen en middelen, volgens het principe een zelfde prijs voor eenzelfde product, ongeacht het ziekenhuis⁹, wat ook strookt met de concepten van de financiering van de laagvariabele zorg.

Wat deze forfaits betreft dienen diverse opties verder onderzocht te worden in de werkgroepen. Eén van die opties is een indeling in **zes groepen van forfaits**.

⁹ Het opleggen van een zelfde prijs aan alle ziekenhuizen (chirurgische of niet-chirurgische daghospitalisatie) zal voor bepaalde instellingen in sommige gevallen aanzienlijke winsten of verliezen met zich meebrengen. We moeten erop toezien dat de impact niet te negatief is voor de ziekenhuizen die een hoog maxiforfait hadden.

- De lijsten van de **groepen 1 t.e.m. 7** worden uitgezuiverd zodat deze enkel nog de niet-chirurgische interventies omvatten (ook de twijfelgevallen tussen chirurgie en niet-chirurgie blijven in deze groep). Met mogelijkheid van invoeging van nieuwe prestaties cf. manometrie.
- NEW Het systeem van **maxi-forfaits anesthesie wordt uitgebreid naar andere anesthesie prestaties die geattesteerd worden door een erkend anesthesist binnen een ziekenhuis**. Maw niet alleen de algemene maar ook de locoregionale anesthesie kan resulteren in de attestering ervan. De nieuwe forfaiten per type anesthesie houden ook rekening met de pediatrie gevallen. De prestaties worden per type anesthesie opgelijst en herschaald.

Het is na herschaling van belang om een of meerdere "standaard" factureerbare anesthesieforfaits van het RIZIV ook voor de chirurgische gevallen te bewaren.

- NEW - Creatie van een vast **forfait (materiaal, toezicht) voor infuustherapie** (analgetica, MS, reuma, pediatrie, IBD bij ziekte van Crohn, Fe infuus, ...), **complexe wondzorg¹⁰ met gebruik van behandelzaal,**
- **Pijnkliniek forfaiten:** de lijsten van de groepen 1 t.e.m. 3 voor chronische pijnbehandeling blijven behouden,
- **Oncologisch daghospitaal:** de forfaiten voor oncologische behandeling blijven behouden,
- Het **forfait manipulatie poortkatheter** blijft behouden.

De forfaiten dekken de werkingskosten (= verplegend personeel, onderhoud, administratie, voeding, was en linnen, uitrusting en medisch materiaal), met uitzondering van de kost van de medische interventie en de geneesmiddelen.

III. Essentiële voorwaarden om daghospitalisatie te stimuleren

Adequate en correcte financiering

We pleiten voor een correcte en verantwoorde financiering voor de daghospitalisatie. Het budget moet mee evolueren met de evolutie van de activiteiten, rekening houdend met de transfer van klassieke opnames naar daghospitalisatie en van daghospitalisatie naar ambulante, de kostprijs en de trend, ook rekening houdend met de structurele onderfinanciering van klassieke en daghospitalisatie en de toenemende intensivering van de zorg.

Oprichting artsen-experten werkgroep daghospitalisatie

¹⁰ In artikel 8 van de nomenclatuur wordt complexe wondzorg omschreven als het verzorgen van:

- o Wonde(n) met drain met /zonder aspiratie
- o Wonde(n) met wijk en/of irrigatie
- o Wonde(n) met stift of uitwendige fixateur
- o Twee of meer eenvoudige wonden
- o Tweede- of derdegraads brandwonde(n), ulcus/ulcera, ent(en), doorligwonde(n) met een oppervlakte van minder dan 60 cm²
- o Stoma(ta) na colostomie, gastrostomie, ileostomie, cystostomie, ureterostomie of tracheostomie

De verstrekking complexe wondzorg mag slechts aangerekend worden door een verpleegkundige op voorwaarde dat een specifiek wondzorgdossier wordt opgemaakt en bijgehouden. De tussenkomst van de ziekteverzekering voor de verpleegkundige bedraagt maximaal 8,07 euro.

Er wordt een permanente werkgroep met artsen-experten opgericht binnen het RIZIV/FOD Volksgezondheid die de lijst(en) jaarlijks actualiseert, dit in afwachting van de beslissing om via bepaalde criteria het dagziekenhuis op een permanente wijze vorm te geven. Tevens wordt bij elke nomenclatuurwijziging overwogen of de prestatiecode op een limitatieve lijst thuishoort.

Honoraria

Zoals aangegeven wordt in de inleiding van de overeenkomst, moeten we ook nadenken over de harmonisering van de financiering van de medische activiteit die aan de daghospitalisaties is gelinkt, zoals de toezichts- en coördinatiehonoraria maar ook de forfaitaire honoraria¹¹. We pleiten ervoor om de coherentie te bewaren tussen de nomenclatuur en de lijst van ingrepen in daghospitalisatie.

Om te vermijden dat bepaalde nomenclatuurcodes worden gebruikt voor andere ingrepen dan bedoeld omdat geschikte codes ontbreken (nomenclatuur volgt niet altijd de concrete praktijken) is het belangrijk de nomenclatuur up to date te houden. Dit wil zowel zeggen toevoegen als schrappen van codes.

In overeenstemming met de nieuwe definitie van daghospitalisatie is het belangrijk om een medisch toezicht voor elke ten laste genomen patiënt te garanderen. Dat is belangrijk om de kwaliteit van de zorg en de medische follow-up van de patiënt te garanderen, alsook op het vlak van medische aansprakelijkheid. Voor elke interventie in daghospitalisatie zouden daarom toezichts- en coördinatiehonoraria moeten worden vastgelegd. De technisch geneeskundige raad (TGR) wordt gevraagd om de financiering van de toezichtshonoraria en de coördinatiehonoraria en de limitatieve lijst te herbekijken. Er dienen kwaliteitsparameters verbonden worden aan de toekenning van de vergoedingen. Deze kwaliteitsparameters kunnen als voorwaarde voor aanrekening in de nomenclatuur worden vermeld (bv opmaak ontslagbrief, effectieve toezicht en coördinatie te registreren in medisch dossier, ...).

We vragen eveneens of de TGR de forfaitaire honoraria voorzien voor de klinische biologie, medische beeldvorming, medische permanentie (IZ en Spoed) voor elke daghospitalisatie te evalueren. Deze honoraria dienen afgetoetst aan de noodzaak in relatie met bepaalde verstrekkingen waarbij de waarde gewogen wordt tegenover de inhoud van deze noodzakelijke verstrekkingen.

Transparantie van kosten aan de patiënt, administratieve vereenvoudiging

We pleiten voor een gelijke toegang tot zorg op financieel vlak. Er wordt ook nagegaan of er niet een billijk remgeld voor de patiënt ingesteld moet worden voor de daghospitalisatie naar analogie met de klassieke opnames. Met een lager bedrag voor voorkeurgerechtigden. Er dient voorafgaand een vergelijking gemaakt te worden van alle kosten voor de patiënt in de twee situaties (klassieke hospitalisatie en dagziekenhuis).

Dezelfde prestaties moeten aan dezelfde prijs worden terugbetaald en belangrijk is ook dat de patiënt op voorhand geïnformeerd is over de kosten van de interventie. Het is belangrijk dat voor de patiënt daghospitalisatie in principe niet duurder is dan klassieke hospitalisatie.

¹¹ En distinguant les honoraires forfaitaires liés à des prestations des honoraires forfaitaires qui constituent une modalité de liquidation d'un budget sans impact sur le niveau de celui-ci.

Momenteel moet wettelijk de opnameverklaring steeds worden voorgelegd aan de patienten in alle omstandigheden. We willen onderzoeken of enkel aan de patienten in een éénpersoonskamer en/of wanneer er supplementen gevraagd worden aan de patient nog een opnameverklaring voor te leggen, wetende dat gegarandeerd moet worden dat de patiënt voor zijn opname geïnformeerd wordt over kosten ten zijnen laste. Nu al mag er om redenen van administratieve vereenvoudiging geen opnameverklaring meer worden voorgelegd bij elk bezoek van de patiënt in geval van terugkerende behandelingen (dialyse, chemotherapie, radiotherapie, enz.).

De vraag over kamertypes en supplementen kaderen we binnen een het ruimer debat dat hierover plaatsvindt binnen het RIZIV.

Andere elementen

Zoals ook aanbevolen door het KCE, zou een profilering en benchmarking van artsen of ziekenhuizen binnen dit kader een stimulans zijn om bepaalde interventies meer in daghospitalisatie uit te voeren. Daarnaast kunnen ook kwaliteitsparameters worden opgenomen (bv. ongeplande heringreep of heropname, ongepland verblijf klassiek, bezoek aan spoed en patienttevredenheid) die toelaten om de kwaliteit en veiligheid van substitutie van klassiek naar daghospitalisatie op te volgen en waar nodig bij te sturen.

IV. Besluit

Er is nood aan een hervorming van de daghospitalisatie, zowel organisatorisch als financieel, zowel voor de chirurgische als de niet-chirurgische daghospitalisatie.

We wensen als overeenkomstencommissie organisatorische en reglementaire aspecten naar voor te schuiven in deze nota.

Een billijke, correcte en transparante financiering gebaseerd op reële noden en kosten en toekomstige evoluties is het beste uitgangspunt. De herziening en verduidelijking van de nomenclatuur van de honoraria voor geneeskundige verzorging hangen nauw samen met de herziene financiering van het dagziekenhuis.

Wij verkiezen een systeem van forfaits gezien dit beter aansluit bij de noden en de kosten, makkelijker inpasbaar is in toekomstige modellen en aanpasbaar aan de zeer snelle evoluties op het terrein.

Wij pleiten voor een uitrol over een periode van een drietal jaar waarbij ook het juridisch en reglementair kader dient aangepast.

Samengevat:

- De organisatie, de reglementering en de financiering van de daghospitalisatie stemmen niet meer overeen met de mogelijkheden die dankzij de huidige technieken worden aangeboden en zetten een rem op de ontwikkeling van de daghospitalisatie. De daghospitalisatie moet zowel op organisatorisch, reglementair als financieel vlak worden hervormd.

Zoals aanbevolen door het KCE, moet het opmaken van een profiel en benchmarking van artsen en/of ziekenhuizen als een prioriteit worden beschouwd om also een reflectie op gang te brengen over de praktijken en de organisatie in ziekenhuizen.

- Op termijn moeten de criteria voor de definitie van daghospitalisatie soepel genoeg zijn zodat rekening wordt gehouden met de medische ontwikkelingen:
 - o interventies waarvoor er geen overnachting meer nodig is, moeten van de klassieke hospitalisatie naar de daghospitalisatie worden overgeheveld.
 - o interventies die buiten de ziekenhuizen in een context van toereikende kwaliteit en veiligheid kunnen worden verricht, moeten van het toepassingsgebied van de daghospitalisatie worden uitgesloten. Er moet altijd aan de kwaliteitscriteria zijn voldaan en de tariefzekerheid moet worden gegarandeerd ook wanneer die interventies buiten het ziekenhuis worden verricht.

De criteria in de definitie van daghospitalisatie hebben zowel betrekking op de omgeving (begeleiding, infrastructuur, toerusting, ...) als op de patiënt (gezondheidstoestand, sociale kenmerken, ...).

- Op korte termijn (2021) moeten de lijsten van interventies die in daghospitalisatie worden verricht, worden bijgewerkt; daaraan kunnen nieuwe verstrekkingen worden toegevoegd

en de verstrekkingen die niet meer in daghospitalisatie moeten worden verricht, kunnen daaruit worden verwijderd (behalve in nader te bepalen omstandigheden).

- Op termijn moeten andere criteria in de plaats komen van de lijst van interventies om de financiering van het dagziekenhuis te bepalen
- De financiering moet ervoor zorgen dat de reële kosten op een transparante manier worden gedekt en dat aldus de doelstellingen op het vlak van kwaliteit en veiligheid worden behaald. Een forfaitaire, integreerde, geobjectiverde financiering is de geschiktste formule.
- We pleiten voor een gelijke toegang tot zorg op financieel vlak. Dezelfde prestaties moeten aan dezelfde prijs worden terugbetaald en belangrijk is ook dat de patiënt op voorhand geïnformeerd is over de kosten van de interventie. De tariefzekerheid van de patiënt moet gegarandeerd zijn.
- Het budget moet ook, rekening houdende met het activiteitsvolume en de shift van klassieke verblijven naar daghospitalisatie, evolueren zodat aan de behoeften wordt voldaan, ook rekening houdend met de structurele onderfinanciering van klassieke en daghospitalisatie en de toenemende intensivering van de zorg.
- Het arbitrair onderscheid chirurgisch en niet-chirurgisch is achterhaald en dient op korte termijn geüniformeerd te worden.

Bijlage 1:

Ontwikkelingen in anesthesie

De ontwikkeling van de mogelijkheden op het gebied van anesthesie uitgevoerd door erkende anesthesisten moet ook meegenomen worden in de nieuwe financiering. Het plaatsen van blocks vraagt soms meer tijd en expertise dan een patient onder algemene anesthesie te brengen en het zou wel eens kunnen gebeuren dat men omwille van financiering geen moeilijke blocks "interscalenusblock, femoraal block, popliteablock, enkel block,.... meer plaatst en liever gewoon de patient snel in slaap doet.

Anesthesie is het « gevoelloos » maken van het lichaam. Dit kan volledig (algemene anesthesie/narcose/verdooving/....) of gedeeltelijk (een kleinere of grotere zone van het lichaam).

Door het aanbrengen van een anesthesie kunnen diverse procedures op het lichaam worden uitgevoerd:

- Diagnostische: onderzoeken zoals een coronarografie, gastroscopie,...
- Minimaal invasieve behandelingen: bepaalde infiltraties, interventionele radiologische ingrepen,...
- Heelkundige interventies – operaties

De meeste vormen van anesthesie zijn kortdurend met name gedurende de tijd die nodig is om een onderzoek of operatie uit te voeren. Een algemene anesthesie kan ook langdurig toegepast worden met bv het kunstmatig 'in slaap' houden van patiënten op intensieve zorgen.

- Er bestaan medisch-wetenschappelijk gezien verschillende types van anesthesie:

1. De algemene anesthesie; door het toedienen van:
 - a. Sterke pijnstillers (zoals opioïden)
 - b. Hypnotica die voor de slaap zorgen
 - c. Inhalatie-anesthetica (zorgen voor pijnstilling + slaap + spierontspanning)
 - d. Spierontspanners (myorelaxantia, curares)
2. De sedatie (enkel het bewustzijnsniveau verminderen – "een roesje")
 - a. Met slaapmedicatie (benzodiazepines) of laag gedoseerde hypnotica of andere
3. De epidurale anesthesie of rachi-anesthesie of spinale anesthesie
 - a. Het injecteren via een 'ruggenprik' van 'lokale anesthetica' (en/of adjuvantia) in de epidurale of in de intrathecale (rachi) ruimte thv het ruggenmerg
 - b. Al dan niet met het ter plaatse laten van een catheter voor verlengde pijnstilling
4. De "zenuwblokkade" of de "zenuwplexusblokkade" (de zogenaamde 'blocks')

- a. Onder echografische controle wordt een naald bij een zenuwstructuur gebracht en worden lokale anesthetica en eventueel co-analgetica aangebracht
 - b. Een "anesthesie" van een lidmaat of van een deel van het lidmaat wordt bekomen
 - c. Al of niet met het ter plaatse laten van een catheter voor verlengde pijnstilling
5. De plaatselijke verdoving of de lokale anesthesie
- a. Lokale anesthetica worden oppervlakkig toegediend om een kleine (huid)zone te verdoven

Meer en meer wordt in sommige centra ook gebruik gemaakt van hypnose technieken al dan niet in combinatie met een vorm van anesthesie. Ook hier is de rol van een erkende arts-specialist in de anesthesie essentieel.

De anesthesietypes 1 tem 4 worden door een erkende arts-specialist in de anesthesie (anesthesist) uitgevoerd. Anesthesietype 5 kan door elke arts worden uitgevoerd. Anesthesie type 2 kan door elke arts met een specifieke opleiding worden uitgevoerd.

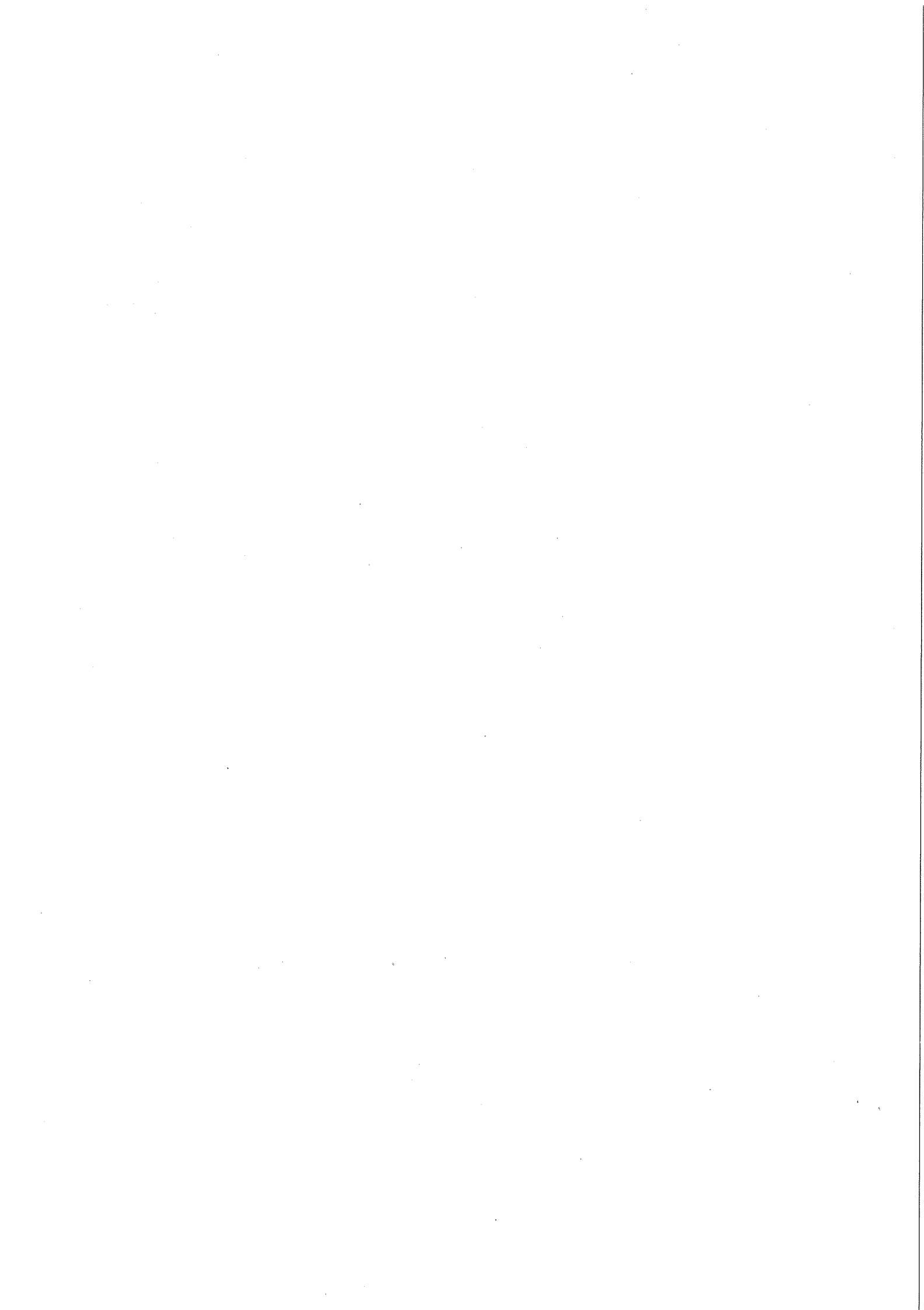
- Infrastructuur

De meeste anesthesie procedures worden uitgevoerd in de operatiezaal waar er beschikking is over specifiek materiaal én opgeleid personeel om de anesthesie te installeren, te onderhouden en te beëindigen. Vast onderdeel qua materiaal is:

- Monitoringapparatuur: voor het opvolgen van minstens de vitale parameters + specifieke apparatuur (echocardiografie, cerebrale oximetrie,...)
- Een anesthesietoestel met beademingsapparatuur
- Reanimatiemateriaal
- Materiaal voor het plaatsen van zenuwblocks zoals echografie toestel, zenuwstimulator,...

Sedert meerdere jaren worden anesthesie procedures ook frequent buiten de muren van de operatiezaal toegepast. Dit vormt actueel een belangrijk deel van de tijdsbesteding van de anesthesist en zal zeker verder evolueren. Door het voorzien van het correcte en vereiste materiaal samen met een voldoende personeelsomkadering (verpleegkundigen) gebeurt dit op een zeer veilige wijze. Enkele voorbeelden:

- Epidurale catheters op materniteit
- Algemene anesthesie voor maag-darm onderzoeken op de afdeling endoscopie
- Algemene anesthesie op de cardiale diensten: elektrofysiologie, percutane ingrepen (TAVI,...)
- Algemene anesthesie op radiologische diensten: NMR onder narcose bij kinderen, coiling van aneurysma's,...
-



Bijlage

Herziening van de organisatie, het functioneren en de financiering van de daghospitalisatie: proces plan

Doelstelling

Dit proces plan heeft als doelstelling om de organisatie en financiering van het medisch en heelkundig dagziekenhuis te hervormen om zo, enerzijds, de prestaties aan te passen aan de realiteit op het terrein en, anderzijds, voor te bereiden op de verdere hervorming van de ziekenhuisfinanciering. De in de nota “herziening van de organisatie, het functioneren en de financiering van de daghospitalisatie” opgenomen concepten zijn de uitgangspunten, de “start” van deze hervorming.

Dit proces plan behelst een periode van drie jaar om tot concrete, door de stakeholders gedragen, actiepunten te ontwikkelen en deze om te zetten naar beleid. Hierbij wensen we een haalbaar middellange termijn resultaat na te streven. Het is waarschijnlijk dat niet alle lange termijn doelstellingen uit de conceptnota dan gerealiseerd zullen zijn. We bewaken wel dat de korte- en middellange termijn realisaties in het teken staan van deze lange termijn doelstellingen.

Proces

De financiering en de organisatie van het dagziekenhuis valt onder de bevoegdheid van verschillende instanties. Binnen het RIZIV zijn dat de overeenkomstencommissies ziekenhuizen-VI's en de medico-mut en binnen de FOD Volksgezondheid is dat de FRZV. Het is belangrijk om deze instanties te respecteren in hun bevoegdheid en tegelijkertijd samen naar hetzelfde doel toe te werken. Coördinatie van de werkzaamheden is belangrijk. Hiervoor wordt een stuurcomité aangesteld, alsook een projectcoördinator die het proces bewaakt.

De conceptnota en het proces plan worden voorgelegd aan de plenaire vergadering van de FRZV, aan het verzekeringscomité en de Algemene Raad van het RIZIV teneinde een zo groot mogelijk draagvlak te krijgen voor de werkzaamheden.

De op te richten werkgroepen krijgen een specifieke opdracht te vervullen, binnen een vastgestelde timing. Elke werkgroep wordt voorgezeten door een lid van het stuurcomité. De werkgroepen rapporteren regelmatig aan het stuurcomité.

Stuurcomité

- Opdracht: volgt alle werkzaamheden van de werkgroepen op, valideert de resultaten van deze werkgroepen en stuurt, waar nodig, bij. Fungeert als stuurcomité en als klankbord
- Samenstelling: gemengde werkgroep “daghospitalisatie” van de FRZV en de overeenkomstencommissie RIZIV en mogelijks de medico-mut
- Timing: het stuurcomité komt 3 keer per jaar samen gedurende de ganse periode van 3 jaar (2019-2021)
- Voorzitter: co-voorzitterschap Ingrid Nolis (RIZIV) en Dieter Goemaere (FRZV)
- Rapporteerde jaarlijks aan het bureau van de FRZV en de plenaire vergadering van de FRZV en aan de overeenkomstencommissie ziekenhuizen- VI / het Verzekeringscomité van het RIZIV
- Wordt bijgestaan door een projectcoördinator die erover waakt dat het proces plan correct en tijdig wordt uitgevoerd

Werkgroep financieringssysteem dagziekenhuis

- Opdracht:
 - o financieringssysteem van chirurgische interventies (lijst 1) op punt stellen
 - o financieringssysteem niet-chirurgische interventies (lijst 2) en andere forfaits op punt stellen

- aanzet tot geïntegreerd financieringssysteem uitwerken
- Samenstelling: technische werkgroep, samengesteld uit leden van het stuurcomité (oproep tot kandidaten volgt), met technische ondersteuning van beide administraties. Elke vergadering zal draaien rond één thema, teneinde de juiste experts rond tafel te krijgen
- Timing:
 - Voorbereiden advies FRZV:
 - plenaire februari 2020 realisatie quick wins en verduidelijking to do's 2020
 - plenaire juni 2020: bepalen behoeften 2021
 - plenaire februari 2021: wijzigingen financieringssysteem 01/07/2021
 - voorbereiden advies overeenkomstencommissie zh – VI / verzekeringscomité:
 - eind 2019 / begin 2020: realisatie quick wins, methode herschaling en verduidelijking to do's 2020
 - juni 2020: behoeften 2021
 - eind 2020: wijzigingen financieringssysteem 01/01/2021
 - voorbereiden advies conceptnota geïntegreerd financieringssysteem: najaar 2021
- Voorzitter: co-voorzitterschap Ingrid Nolis (RIZIV) en Dieter Goemaere (FRZV)
- Rapporteert aan het stuurcomité

Werkgroep experts panel artsen

- Opdracht: lijsten 1 en 2 (chirurgische en niet-chirurgische) interventies op punt stellen en permanent bijhouden, transfert prestaties RIZIV-overeenkomst ↔ lijst A
- Samenstelling: werkgroep met referentie-experts van de belangrijkste doelgroepen / groepen van pathologieën. Meetings per doelgroep / groepen van pathologieën na vaststellen van algemene criteria en kalender. Oproep tot kandidaten via BAAS, BSAR, artsensyndicaten, ziekenhuisfederaties. Concretisering en financiële opvolging door medewerker van administratie of projectcoördinator.
- Timing:
 - Bepalen algemene criteria, prioriteitenlijst, te behandelen doelgroepen / groepen van pathologieën: najaar 2019
 - Voorbereiden advies FRZV:
 - Indien budget 2020 → plenaire maart 2020: eerste herziening lijst, voorstel transfert prestaties RIZIV-overeenkomst ↔ lijst A BFM
 - Indien geen budget 2020 → plenaire juni 2020: input voor behoeften 2021 – eerste herziening lijst, voorstel transfert prestaties RIZIV-overeenkomst ↔ lijst A BFM
 - plenaire februari 2021: wijzigingen lijst op 01/07/2021
 - enzovoort (progressief en in functie van beschikbaar budget)
 - voorbereiden advies overeenkomstencommissie zh – VI / verzekeringscomité:
 - Indien budget 2020 → begin 2020: eerste herziening lijst, voorstel transfert prestaties RIZIV-overeenkomst ↔ lijst A BFM
 - Indien geen budget 2020 → juni 2020: input voor behoeften 2021: eerste herziening lijst, voorstel transfert prestaties RIZIV-overeenkomst ↔ lijst A BFM
 - eind 2020: wijzigingen lijsten op 01/01/2021
 - enzovoort (progressief en in functie van beschikbaar budget)
- Voorzitter: oproep doen binnen stuurcomité (arts)
- Rapporteert aan Werkgroep financieringssysteem dagziekenhuis en het stuurcomité
- Voorbereidend werk van KCE 2017: opgevraagd bij KCE, in afwachting van antwoord
- Voorbereidend werk van TGR RIZIV 2012: is beschikbaar

Aanpassing nomenclatuur Via verzekeringscomité een oproep aan médico-mut voor intentie om daghospitalisatie nomenclatuur ook te herzien tov huidige lijsten en toekomstige aanpassingen.

- Opdracht: opname van intentie tot herziening nomenclatuur daghospitalisatie (toezichtshonoraria, coördinatie honoraria, forfaits) in medico-mut akkoord + verdere concretisering voorstellen
- Samenstelling en timing: te bepalen door medico-mut / TGR, ideaal ASAP
- Informeert het stuurcomité van voortgang werkzaamheden: arts te benoemen
- Voorbereidend werk van RIZIV: Daniël Crabbe bezorgt de analyse aan J. de Toeuf (& G. Bejanni)

WG registraties MZG

- Opdracht: MZG-MG registratie voor daghospitalisatie op punt te stellen
- Samenstelling: ad-hoc WG FRZV
- Voorzitterschap: te bepalen
- Timing: voorbereiden advies FRZV tegen plenaire februari 2021
- Rapporteert aan het stuurcomité

WG versoepeling opnameverklaring

- Opdracht: analyseren mogelijkheid van versoepelde toepassing opnameverklaring voor 2PK in daghospitalisatie
- Samenstelling: huidige WG FRZV / RIZIV “opnameverklaring”
- Voorzitter: Griet Ceuterick
- Timing: start najaar 2019, deadline ASAP
- Rapporteert aan het stuurcomité

WG Benchmarking en profiel

Opdracht: Voor BFM is er al individuele feedback naar de ziekenhuizen. Voor medisch dagziekenhuis bestaat dit nog niet. De administratie RIZIV onderzoekt de pertinente criteria en legt deze voor aan het artsenpanel.

Benchmarking worden nog relevanter als de lijsten up to date gemaakt zijn.

Het stuurcomité zal de samenstelling en werking verduidelijken.

WG Guidelines daghospitalisatie

Gezien de discussies met de artsen niet opgenomen als niet relevant .

