

FOD VOLKSGEZONDHEID  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

Brussel, 9 juli 2020

---  
Directoraat-generaal Gezondheidszorg

---  
FEDERALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

---  
Kenm.: FRZV/D/515-1 (\*)

**Advies van de gemengde werkgroep RIZIV-FRZV over de financiering van  
daghospitalisatie**

Namens de Voorzitter,

Margot Cloet

De secretaris,

Pedro Facon

(\*) Dit advies werd (per mail) goedgekeurd door de plenaire op 9/07/2020 en door het Bureau op 14/08/2020 geratificeerd.

## Inleiding

De visienota<sup>1</sup> goedgekeurd door het verzekeringscomité en de FRZV eind 2019 maakt duidelijk dat er nood is aan een hervorming van de daghospitalisatie, zowel organisatorisch als financieel, zowel voor de chirurgische als de niet-chirurgische daghospitalisatie. Het dagziekenhuis schrijft zich perfect in in het streven om de patiënt kwalitatief en efficiënt ten laste te nemen. Maar ook toegankelijkheid blijft belangrijk: voor sommige, sociaal zwakkere, patiënten moet klassieke hospitalisatie uit medische noodzaak wel mogelijk blijven.

Een billijke, correcte en transparante financiering gebaseerd op reële noden en kosten en toekomstige evoluties is het uitgangspunt. Op middellange termijn komt er een uniek financieringssysteem, waarbij het historisch onderscheid tussen chirurgische en niet-chirurgische daghospitalisatie in het financieringssysteem wordt weggewerkt en de limitatieve lijsten niet langer nodig zijn. De uitwerking van deze hervorming vraagt de nodige tijd. Daarom is in de visienota en het bijhorende stappenplan gekozen voor een aanpak in fases.

De laatste grote update van de financiering en de limitatieve lijsten van de chirurgische daghospitalisatie dateert van 2002. Voor de niet-chirurgische daghospitalisatie betreft het 2007, behalve het oncologisch dagziekenhuis wat in 2018 hervormd werd. We menen dat enkele gerichte maatregelen de bestaande rem op de verdere ontwikkeling van de daghospitalisatie kunnen wegnemen.

Het huidige advies is uitgewerkt binnen de financiële werkgroep van het begeleidingscomité “hervorming dagziekenhuis” die is samengesteld uit vertegenwoordigers van de FRZV, de overeenkomstencommissie RIZIV en de medicomut. Het advies werd formeel ter goedkeuring voorgelegd aan de FRZV en de overeenkomstencommissie van het RIZIV. Het heeft als doelstelling om een eerste stap te zetten in de hervorming van de financiering van het dagziekenhuis door het huidige dubbele financieringsmechanisme te actualiseren: chirurgisch via het BFM en niet-chirurgisch via de RIZIV-forfaits.

Het advies focust zich op heel concrete voorstellen die realiseerbaar zijn op korte termijn. In functie van de beschikbaarheid van een beperkt bijkomend budget en de voortgang van de expertenwerkgroep kunnen de maatregelen binnen het BFM in principe al op 1 juli 2021 worden gerealiseerd. De maatregelen binnen de nationale overeenkomst zouden ingang kunnen vinden ten vroegste vanaf 01/01/2021. In dit advies gaan we dieper in op de volgende punten.

### Voor de chirurgische daghospitalisatie (BFM):

- Definitie van de in het BFM te financieren prestaties (hoofdstuk 1)
- Korte termijn bijsturing van de financieringstechniek BFM, onderdeel B2 (hoofdstuk 3)

### Voor de niet-chirurgische daghospitalisatie (RIZIV):

- Voorstel tot hervorming van het maxiforfait anesthesie (hoofdstuk 4)

### Voor beide:

- Hoe de lijst A en de lijsten in de nationale overeenkomst bijwerken en hoe de nodige middelen bepalen? (hoofdstuk 2)

---

<sup>1</sup> Nota Verzekeringscomité 2019/345

De FRZV zal de minimale behoeften voor het dagziekenhuis inschatten in een specifiek advies over de behoeften 2021 (hoofdstuk 5).

Met de hulp van artsen-experten wordt daarnaast een complementair advies voor een update van de lijst A in het BFM en de lijsten in de nationale overeenkomst voorbereid, rekening houdend met:

- Shift klassiek naar dag: interventies waarvoor er geen overnachting meer nodig is, kunnen maximaal van de klassieke hospitalisatie naar de daghospitalisatie worden overgeheveld;
- Shift dag naar ambulante: 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 financiële toegankelijkheid en tariefzekerheid voor de patiënt moeten worden gegarandeerd ook wanneer die interventies buiten het ziekenhuis worden verricht.

## 1. Definitie van de te financieren prestaties daghospitalisatie (in het BFM / de nationale conventie)

### Vandaag

Historisch werden zowel de chirurgische als de niet-chirurgische daghospitalisatie gefinancierd via RIZIV-overeenkomst. In 2002 is de chirurgische daghospitalisatie geïntegreerd in het Budget Financiële Middelen (BFM). Twee types prestaties zijn toen toegevoegd aan het BFM:

- prestaties die recht geven op een financiering in het kader van chirurgische daghospitalisatie (lijst A). Selectiecriteria in 2002<sup>2</sup>:
  - een bloederige heelkundige ingreep, zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit betreffende de forfaitarisering van de antibiotica-profylaxie in de heelkunde en
  - het aantal intramurale prestaties moet minstens 60 % zijn van het totaal aantal ambulante gerealiseerde prestaties waarbij intramuraal = in ziekenhuisverband, hetzij in daghospitalisatie hetzij poliklinisch
- zogenaamde oneigenlijke verblijven, zijnde prestaties die plaats vonden in klassieke hospitalisatie maar geherkwalificeerd en bijgevolg gefinancierd werden als prestaties chirurgische daghospitalisatie (lijst B).  
Selectiecriteria in 2002<sup>3</sup>:
  - een bloederige heelkundige ingreep, zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit betreffende de forfaitarisering van de antibiotica-profylaxie in de heelkunde en
  - de substitutiegraad van de klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie moet minstens 10 % bedragen in de referentieperiode

Prestaties die in 2002 niet aan deze definitie voldeden, zijn gefinancierd gebleven via de nationale overeenkomst. De term "chirurgische" daghospitalisatie is in dat opzicht enigszins misleidend, want bepaalde chirurgische prestaties worden vandaag gefinancierd via het "niet-chirurgisch"

---

<sup>2</sup> Zie bijlage 3, punt 5 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

<sup>3</sup> Zie bijlage 3, punt 6 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

dagziekenhuis. Daarbij komt dat de grens tussen “chirurgische” en “niet-chirurgische” interventies niet steeds even duidelijk is (bv. endoscopische interventies).

Voor de bijwerking van de lijsten moeten we bepalen welke prestaties via welk financieringssysteem zullen worden gefinancierd.

### Advies

- Afschaffen van de oneigenlijke verblijven (lijst B)<sup>4</sup>. Verantwoording:
  - Die berekening is enkel zinvol naarmate de financiering van het daghospitaal penaliserend is. Bovenstaande voorstellen zijn er echter op gericht dat dat niet meer voorkomt
  - Zie de visienota, er moet een reële keuze gelaten worden aan de arts om in chirurgisch daghospitaal/klassiek hospitaal te behandelen naargelang de noden van de patiënt
  - Deze berekening wordt nu al niet meer uitgevoerd, sinds de overgang naar ICD 10 in 2018.
- Definitie prestaties gefinancierd via het BFM (chirurgische daghospitalisatie – cf. prestaties lijst A): heelkundige prestaties die het gebruik van een operatiekwartier vereisen. Verantwoording:
  - Eenduidige en heldere definitie
  - Link met de financiering van het operatiekwartier, dat ook wordt gefinancierd in het BFM
- Definitie prestaties gefinancierd via de nationale overeenkomst (niet-chirurgische daghospitalisatie): prestaties die geen gebruik van een operatiekwartier vereisen. Het maxiforfait anesthesie (hoofdstuk 4) kan een uitzondering vormen op die regel aangezien dat forfait "standaard" kan worden gefactureerd voor elke prestatie onder algemene anesthesie zowel in chirurgische als niet-chirurgische daghospitalisatie.  
We verwijzen naar de visienota voor meer details over de mogelijke verdeling in categorieën. De prestaties die aangepaste hybride zalen<sup>5</sup> vereisen, blijven gefinancierd in de RIZIV-overeenkomst.

## 2. Hoe de lijst A en de lijsten in de nationale overeenkomst bijwerken en hoe de nodige middelen bepalen?

### Vandaag

De laatste grote update van de financiering en de limitatieve lijsten van de niet-chirurgische daghospitalisatie dateert van 2007, behalve het oncologisch dagziekenhuis wat in 2018 hervormd werd.

Wijzigingen in de lijsten in de nationale overeenkomst hebben een onmiddellijke budgettaire impact, zowel voor schrappingen als voor toevoegingen. De overeenkomstencommissie van het RIZIV kan deze op eender welk moment bijwerken.

Voor de chirurgische daghospitalisatie dateert de laatste hervorming van 2002, toen deze in het BFM werd geïntegreerd. Die integratie gebeurde niet enkel zonder herwaardering van de forfaits, ze ging ook nog eens gepaard met een besparing op het budget van 328 miljoen BEF in 2002, of 11,4 miljoen

---

<sup>4</sup> Zie bijlage 3, punt 4.2.2 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

<sup>5</sup> Bijvoorbeeld Catlab

euro aan de index 1/3/2020<sup>6</sup>. Die transfer "a minima" in 2002 samen met de arbitraire vermindering, verantwoordt des te meer de huidige vraag om een herwaardering.

Merk op dat wijzigingen in de lijst A van het BFM tot twee types van budgettaire impacten leiden: één voor wat de facturatie van de verstrekkingen betreft en één voor wat de berekening van het BFM betreft.

- Wat de facturatie van de verstrekkingen betreft, zal een schrapping of een toevoeging van een prestatie een onmiddellijke budgettaire impact vertonen op het aantal gefactureerde ligdagen en opnames. Deze ligdagen en opnames dekken enkel het variabel deel van het BFM (20 % van onderdeel B1 en B2). Het vast deel van het BFM (80 % B1 en B2 + 100 % van de andere onderdelen) wijzigt niet. Er is bijgevolg een onmiddellijke financiële impact op het terrein
- Voor de berekening van het BFM wordt rekening gehouden met gegevens van een referentiejaar dat er 2 jaar aan voorafgaat. Bijvoorbeeld: op 1 juli 2020 wordt het BFM berekend op basis van referentiejaar 2018. Een opname in chirurgisch dagziekenhuis moet aan een dubbele voorwaarde voldoen om in aanmerking te komen voor financiering: de verstrekking moet voorkomen op lijst A en de verstrekking moet het voorwerp uitmaken van een MZG-registratie dagziekenhuis.
  - toevoeging van een prestatie heeft bijgevolg in de praktijk pas concrete impact in de berekening van het BFM 2 jaar na datum, namelijk wanneer de berekening van het BFM zich baseert op een referentiejaar waarin de toegevoegde prestatie aan de lijst was toegevoegd.  
Concreet voorbeeld: prestatie x wordt in 2020 toegevoegd aan lijst A en komt dus vanaf dan in aanmerking voor financiering. We kunnen ervan uitgaan dat deze prestatie dus vanaf 2020 grootschalig in dagziekenhuis wordt uitgevoerd. De financiering wordt als volgt toegekend:
    - op 1 juli 2020 → referentiejaar 2018 (excl. prestatie x)
    - op 1 juli 2021 → referentiejaar 2019 (excl. prestatie x)
    - op 1 juli 2022 → referentiejaar 2020 (incl. prestatie x)
    - ...
  - Tot op heden is er nooit een schrapping van een prestatie geweest.

#### Advies

- We vermijden zoveel mogelijk transfers van bestaande prestaties tussen de lijst A en de lijsten in de nationale overeenkomst. De enige uitzondering betreft minimale aanpassingen om de coherentie van de lijsten te verbeteren, op advies van de experts.

Verantwoording:

- Gezien we op middellange termijn overgaan naar één enkel systeem zou het onnodige complexiteit creëren om bestaande prestaties, en dus ook budget, te transfereren tussen de twee financieringssystemen.
  - Echter vandaag bestaan er soms incoherenties waarbij gelijkaardige prestaties in verschillende lijsten zijn opgenomen.
- Nieuw toe te voegen prestaties:

---

<sup>6</sup> Vgl. de oorspronkelijke tekst van bijlage 3 van het KB BFM bepaalde dat: "Elk verantwoord verblijf in chirurgische daghospitalisatie krijgt een verantwoorde verblijfsduur van **0,81** dagen (= multiplicator) toegemeten, die het effect van de besparing van 328 miljoen BEF bevat (nvdr: 8.130.907,61 euro aan de index 2002 => \*1,40382268 = 11.414.352,51 euro aan de index 1/3/2020). Zonder deze besparing bedraagt deze multiplicator 1,05."

lijst A of RIZIV-overeenkomst naargelang de hierboven geformuleerde definitie.

- Budgettaire dynamiek:
  - o Nationale overeenkomst:
    - Schrapting van bepaalde bestaande prestaties indien zij op een veilige manier volledig ambuland kunnen worden uitgevoerd. Dit laat toe om budget vrij te maken voor de financiering van toe te voegen prestaties (voor zover volume \* prijs dit toelaten). De actualisatie (schrappen en toevoegen van prestaties) moet gelijktijdig gebeuren zodat het budget niet verloren gaat.
    - Indien het vrijgemaakte budget niet volstaat om toe te voegen prestaties te financieren, dient hiervoor bijkomend budget worden vrijgemaakt. Dit budget kan deels afkomstig zijn uit de financiering van de maxi anesthesie, voor zover deze vandaag wordt aangerekend voor de betrokken prestaties.
    - Actualisatie van de vergoeding van bestaande prestaties, op basis van herschaling. Dit kan ofwel budget vrijmaken (dalende forfaits) ofwel extra budget vergen (stijgende forfaits). Herschaling kan pas op middellange termijn gebeuren, gezien de tijd die hiervoor nodig zal zijn om dit te onderbouwen.
  - o BFM:
    - Uitgangspunt: verhoogde activiteit van de chirurgische daghospitalisatie mag geen negatieve invloed hebben op de vergoeding van de resterende klassieke hospitalisatie.
    - Het is belangrijk dat de impact van het schrappen of toevoegen van prestaties samenvalt. Dit betekent:
      - dat op het niveau van de facturatie een toegevoegde prestatie onmiddellijk moet kunnen worden gefactureerd en dat omgekeerd de facturatie van een geschrapte prestatie onmiddellijk moet worden verboden
      - dat op het niveau van de berekening van de verantwoorde activiteit rekening wordt gehouden met de lijst A van het referentiejaar in geval van toevoeging of schrapping van prestaties.
    - Indien het budget voor de werkingskosten van de toe te voegen prestaties hoger is dan wat schrapping mogelijk maakt, dan kan dit alleen zonder extra budget voor zover het gaat om 100 % klassieke hospitalisatie die wordt omgezet in daghospitalisatie. In dit geval zal er namelijk binnen de berekening van het BFM een transfer plaatsvinden van financiering van klassieke naar chirurgische daghospitalisatie. Indien de klassieke opname vandaag aanleiding geeft tot meerdere verantwoorde ligdagen, dan kan de transfer van dezelfde prestatie naar dagziekenhuis zelfs leiden tot efficiëntiewinsten, namelijk minder verantwoorde dagen binnen hetzelfde budget. Deze efficiëntiewinsten komen ten goede van de vandaag ondergewaardeerde waarde van het punt.
    - Indien er echter prestaties aan de financiering van chirurgische daghospitalisatie worden toegevoegd die vandaag reeds (deels) in daghospitalisatie gebeuren maar hier niet voor gefinancierd worden, dan dient voor deze opnames een budget worden toegevoegd aan het BFM. Dit budget dekt de impact zowel op het vlak van de financiering van ondersteunende diensten (B1, B4) als die van zorg (B2): de basispunten, het operatiekwartier, de medische producten, de sterilisatie. Dit budget kan deels afkomstig zijn uit de financiering van de maxi anesthesie, voor zover deze vandaag wordt aangerekend voor de betrokken prestaties.

- Bij schrapping van bestaande prestaties omdat zij op een veilige manier volledig ambuland uitgevoerd kunnen worden, kan voor een gelijkaardig budget aan nieuwe prestaties worden toegevoegd.
  - Heel praktisch kunnen de lijsten regelmatig per omzendbrief bijgewerkt worden in functie van de werkzaamheden van de artsen-expertenwerkgroep op basis van artikel 101bis van het BFM-besluit<sup>7</sup>.
- Artsenhonoraria: de medicomut moet de impact van de veranderingen onderzoeken en de nomenclatuur overeenkomstig bijwerken, bijvoorbeeld de impact op de honoraria voor consultaties, anesthesie, ...

### 3. Korte termijn bijsturing van de financieringstechniek BFM

#### Vandaag

De activiteit van de chirurgische daghospitalisatie geeft vandaag aanleiding tot financiering in verschillende onderdelen. We mogen deze financiering binnen onderdeel B2 beschouwen als eenzelfde prijs voor eenzelfde prestatie. De financiering van eenzelfde prestatie verschilt namelijk niet in functie van het ziekenhuis waarin de patiënt wordt behandeld: zelfde aantal verantwoorde punten aan dezelfde puntenwaarde.

Samenvatting huidige financiering per onderdeel van het BFM:

- Onderdeel B1: het budget B1 chirurgisch dagziekenhuis is opgenomen in het beschikbaar budget B1 per ziekenhuisgroep en het chirurgisch dagziekenhuis wordt meegerekend in de berekening van de werkeenheden.
- Onderdeel B2:
  - Basispunten:
    - berekening van een verantwoorde activiteit voor chirurgisch daghospitaal op basis van het aantal verblijven in chirurgisch daghospitaal waarvoor een nomenclatuurcode uit lijst A werd gefactureerd
    - toekenning van een verantwoorde verblijfsduur van 0,81 dagen
    - berekening van het aantal verantwoorde plaatsen chirurgische daghospitalisatie door te delen door 365 dagen en rekening houdend met een bezettingsgraad van 80 %
    - toekenning van 1 punt per verantwoorde plaats chirurgische daghospitalisatie (na toepassing van de coëfficiënt 0,81)<sup>8</sup>
  - Operatiekwartier: rekening houden met de prestaties van de lijst A voor de toekenning van een standaardtijd. Er bestaat een standaardtijd voor alle huidige prestaties op lijst A die een standaardtijd krijgen in de klassieke hospitalisatie<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Art. 101bis van het KB van 25 april 2002 bepaalt: *teneinde de facturatie niet te vertragen, kunnen de wijzigingen in de lijst A in aanmerking genomen RIZIV-codes bij de identificatie van de gerealiseerde daghospitalisatie' zoals opgenomen in punt 6 van bijlage 3 onverwijld door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft ter kennis van de ziekenhuizen worden gebracht, voor zover die wijzigingen door de verschillende betrokken instellingen van het RIZIV zijn goedgekeurd. Eenmaal per jaar worden die wijzigingen in bijlage 3 ingevoegd.*

<sup>8</sup> In overeenstemming met de bepalingen van bijlage 3 (3bis) van het KB van 25/04/2002.

<sup>9</sup> Alle daghospitalisatiecodes (dienst 320) hebben een standaardtijd met uitzondering van twee codes: 300274 (diagnostische arthroscopie met gebruik van taster, inclusief de eventuele biopsie, het spoelen en de kleine manipulaties die geen deel uitmaken van de andere arthroscopische verstrekkingen) en 258731 (behandeling van een breuk van de neusbeenderen). Die codes hebben geen standaardtijd aangezien die codes er ook in klassieke hospitalisatie geen kregen.

- Centrale sterilisatie: de punten berekend voor de financiering van het personeel van de sterilisatieafdeling hangen af van de punten berekend voor de producten van het operatiekwartier, de spoedgevallen en de zorgafdelingen. De activiteit van het dagziekenhuis wordt niet aangerekend in de berekeningen met betrekking tot de producten in de zorgafdelingen maar wel in de berekeningen voor het operatiekwartier.
- Extra punten, medische producten: worden niet in aanmerking genomen.
- Onderdeel B4: rekening houden met verantwoorde plaatsen chirurgische daghospitalisatie voor de berekening van de vaste financiering op basis van de bedden.
- Onderdeel B9: rekening houden met het personeel van de chirurgische daghospitalisatie voor het vastleggen van bepaalde financieringen voor de maatregelen sociale akkoorden toegekend per VTE.

### Advies

- Geen wijziging aan onderdelen B1, B4, B9. Verantwoording:
  - Deze onderdelen houden op voldoende wijze rekening met de activiteit van het chirurgisch dagziekenhuis en vormen geen rem op zijn korte termijn ontwikkeling. Dit neemt niet weg dat ze eventueel mee in beschouwing genomen kunnen worden bij meer algemene oefeningen over vereenvoudiging van het BFM. Het is ook noodzakelijk te herhalen dat de gesloten enveloppes B1 (ondersteunende diensten) en B4 (bijvoorbeeld EPD) erg beperkt blijven ten opzichte van de noden en de kosten voor de ziekenhuizen (klassiek en daghospitalisatie).
- Onderdeel B2:
  - Stijging van de verantwoorde ligduur in dagziekenhuis van 0,81 (equivalent van 9,7 VTE per 30 plaatsen) naar 1 punt (= equivalent van 12 VTE per 30 plaatsen) voor alle bestaande prestaties op lijst A.  
De stijging tot 1 verantwoorde dag wordt pas toegekend nadat de lijst A is bijgewerkt t.o.v. de prestaties die niet langer in het chirurgisch dagziekenhuis dienen te gebeuren maar op een veilige manier volledig ambulant kunnen gebeuren (schrapping van niet-relevante codes – opdracht van de artsen-specialisten). De stijging van de toe te kennen punten kan deels door de schrapping van vrijgekomen middelen worden gefinancierd (zie hoofdstuk 2) voor zover deze niet nodig zijn om de lijsten te vervolledigen met nieuwe prestaties.  
Verantwoording:
    - De bestaande toekenning van 0,81 verantwoorde ligdag chirurgische daghospitalisatie wordt in de sector vaak aanzien als een financiële rem op de ontwikkeling van het dagziekenhuis. Deze is namelijk bijna 20 % minder gefinancierd als een klassiek verblijf op een C-dienst<sup>10</sup>. Er is nochtans een grotere turnover aan personeel dan in klassieke diensten die de werkdruk vergroot. In dagziekenhuis werft men quasi uitsluitend gekwalificeerd personeel (verpleegkundigen) aan, dat een grotere kost heeft. Dit weerspiegelt zich ook in de erkenningsnormen<sup>11</sup> die qua minimale normen uitsluitend gegradueerde verpleegkundige personeelsleden vermeldt, zowel binnen de functie chirurgische daghospitalisatie – die tijdens zijn openingsuren over een eigen

<sup>10</sup> Bij een klassiek verblijf wordt elke verantwoorde ligdag volledig in acht genomen voor financiering

<sup>11</sup> KB van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend, art. 14



personeelsofstelling moet beschikken als in het operatiekwartier. Daar tegenover staat dat er geen weekends en nachten moeten worden bezet.

Bovendien voorzien de architecturale en functionele normen dat de nodige infrastructuur en procedures moeten opgesteld worden voor de organisatie van preoperatieve onderzoeken, voorbereiding van de patiënt alsook de wijze waarop de continuïteit van de zorg gewaarborgd wordt na zijn ontslag<sup>12</sup>. Het personeelskader moet bijgevolg ook tijdens het ganse preoperatief traject de patiënt correct kunnen voorbereiden voor de operatie en vooral op het vroegtijdig ontslag en bijvoorbeeld ook contactopname met de patiënt de dag volgend op de operatie kunnen verzekeren.

De experts in de werkgroep zijn het erover eens dat de chirurgische daghospitalisatie, exclusief het personeel in operatiekwartier, beroep moet kunnen doen op een equipe van 12 VTE per 30 verantwoorde plaatsen. Idealiter zou deze equipe van 12 VTE per 30 plaatsen nog aangevuld moeten worden met logistiek personeel voor het vervoer van patiënten. We gaan er echter van uit dat dit via ondersteunend personeel vanuit de fondsen Sociale Maribel opgevangen kan worden.

12 VTE is equivalent van 1 B2-punt voor een volledige verantwoorde ligdag. Om de impact van deze stijging op te vangen, is een budget van ongeveer 11,57 Mio €<sup>13</sup> nodig.

- Medische producten: op basis van input van het terrein stelt de FRZV een toekenning van 0,80 basispunt medische producten per verantwoorde plaats chirurgische daghospitalisatie voor. Met die punten zal dus ook rekening worden gehouden voor de berekening van de financiering voor de centrale sterilisatie. Benodigd budget: 6,49 Mio €<sup>14</sup>.
- Operatiekwartier: alle prestaties op lijst A moeten een standaardtijd operatiekwartier verkrijgen. In de meeste gevallen zou dit al het geval moeten zijn, aangezien zij vandaag in klassieke hospitalisatie gebeuren. Indien dit niet het geval zou zijn, dan kan op korte termijn dezelfde standaardtijd worden toegekend als een gelijkaardige prestatie, ofwel kan de werkgroep artsen-specialisten hier input over geven. Op middellange termijn maakt de hervorming van de financiering operatiekwartier deel uit van de globale hervorming van het operatiekwartier (in samenwerking met Omni Care consulting) die lopende is en die vanuit de FRZV mee wordt opgevolgd. Benodigd budget: te berekenen in functie van de geschrapte en toegevoegde prestaties.

---

<sup>12</sup> KB van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend, art. 3 en 7

<sup>13</sup> Zie raming van de administratie op basis van de cijfers van het BFM op 01/07/2020: budgettaire enveloppe die benodigd zou zijn voor de verantwoorde plaats chirurgische daghospitalisatie zonder toepassing van de coëfficiënt 0,81 (anders gezegd: met toepassing van een coëfficiënt 1): 11.565.723 euro.

<sup>14</sup> Zie raming van de administratie op basis van de cijfers van het BFM op 01/07/2020: budgettaire enveloppe die benodigd zou zijn voor de toekenning van 0,80 punt per plaats chirurgische daghospitalisatie (waarvoor het aantal berekend zou worden met toepassing van de coëfficiënt van 1 in plaats van 0,81, zie hoger) om de medische producten in chirurgisch daghospitaal te financieren en de impact van de toekenning van die extra punten op de financiering van het personeel van de sterilisatieafdeling:

O Punten medische producten: € 5.868.720,73;

O Punten personeel sterilisatie: € 616.617,98.

## 4. Hervorming maxiforfait anesthesie dagziekenhuis

### Vandaag

De nationale overeenkomst voorziet in een aan te rekenen maxiforfait anesthesie dagziekenhuis als een verstrekking onder algemene anesthesie wordt uitgevoerd onder toezicht van een arts gespecialiseerd in anesthesie-reanimatie. Dit forfait dekt standaard een reeks prestaties die momenteel niet expliciet zijn opgenomen in de lijsten voor chirurgische en niet-chirurgische daghospitalisatie.

Bijzonder kenmerk van dit forfait: het bedrag ervan varieert naargelang het ziekenhuis. De berekening van dit maxiforfait houdt vandaag immers rekening met de historische waarde van B2 per dag (in de ligdagprijs van 1996).

### Advies

Zolang de financiering van het daghospitaal gebaseerd is op een principe van limitatieve lijsten, is het van belang een 'standaard' aan te rekenen maxiforfait anesthesie dagziekenhuis te behouden om de prestaties van het daghospitaal te kunnen financieren die nog niet opgenomen zouden zijn in die lijsten.

Hierbij moet echter, zoals dit het geval is voor elke vorm van daghospitalisatie, in forfaits worden voorzien voor de inzet van mensen en middelen volgens het principe van eenzelfde prijs voor eenzelfde product, ongeacht het ziekenhuis. Dit strookt ook met de concepten uitgewerkt in de visienota.

De ontwikkeling van nieuwe mogelijkheden op het gebied van anesthesie moet ook meegenomen worden in de hervormde financiering. Het plaatsen van blocks vraagt soms meer tijd en expertise dan een patiënt onder algemene anesthesie te brengen. Het is niet aangewezen dat de financiering het plaatsen van moeilijke blocks (inter-scalenusblock, femoraal block, popliteablock, enkel block, ...) ontmoedigt. Nochtans bieden deze blocks meer comfort aan de patiënt.

Het systeem van maxiforfaits anesthesie moet dan ook worden uitgebreid naar andere anesthesieprestaties die geattesteerd worden door een erkend anesthesist binnen een ziekenhuis. M.a.w. niet alleen de algemene maar ook de locoregionale anesthesie kan resulteren in de attestering ervan.

Het nieuwe anesthesieforfait moet bovendien rekening kunnen houden met de specifieke complexiteit van de pediatrie gevallen.

Concreet stellen we de creatie van een nieuw maxiforfait anesthesie voor dat de drie types van anesthesie toelaat.

### **Maxiforfait anesthesie voor:**

- de algemene anesthesie;
- de epidurale anesthesie of spinale anesthesie;
- de zenuwblokkade of de zenuwplexusblokkade ikv heekunde en/of posttrauma pijnstilling.

Het forfait dekt de:

- personeelskost van de verpleegkundige (klaarmaken patiënt, ingreep, recovery)

*gemiddelde loonkost in het BFM = 74.829 euro (BFM 1/7/2019 aan index 1/3/20). Dat is gemiddeld over alle B2 personeel. Gerekend aan 1.520 uren komt dat op 49,23 euro per uur.*

- werkingskosten (onderhoud, administratie, voeding, was en linnen, uitrusting en medisch materiaal)
- met uitzondering van de kost van de medische interventie en de geneesmiddelen, die elders gefinancierd worden.

Het maxiforfait anesthesie kan worden aangerekend wanneer er een medische prestatie anesthesie wordt aangerekend, voor zover die werd verstrekt onder toezicht van een arts gespecialiseerd in anesthesie-reanimatie. Er moet een lijst opgemaakt worden van de verstrekkingen uit artikel 12, § 1 die aan deze definitie voldoen. De overeenkomstencommissie kan hiervoor het advies van de TGR inwinnen.

Er wordt een herschalingsoefening uitgewerkt op basis van een representatieve steekproef en afgetoetst door een expertenpanel om de vergoeding van deze forfaits vast te stellen. Dit panel moet zich ook buigen over de eventuele meerkosten voor de complexe pediatrie gevallen.

De inschatting van het benodigd budget kan gebeuren na de herschalingsoefening.

## 5. Vaststelling benodigde extra budgetten

Bij de vaststelling van de budgettaire behoeften voor de voorgestelde hervorming wordt rekening gehouden met de budgettaire impact van:

- Korte termijn bijsturing van de financieringstechniek BFM
- Kostprijs toevoeging extra prestaties aan de lijsten die niet afgedekt zou zijn door schrapping bestaande prestaties

De FRZV en de overeenkomstencommissie zullen een eerste inschatting van de behoefte voor de begroting 2021 maken binnen het kader van de reguliere procedure tot vaststelling van de behoeften 2021 die tegen medio september moeten worden ingediend bij het Verzekeringscomité.