FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Brussel, 30/09/2022

Kenm.: FRZV/D/562-2*

Advies van de FRZV over financiering van het dagziekenhuis

Namens de Voorzitter, Margot Cloet,

Annick Poncé
(Signature)

Digitally signed by Annick Poncé (Signature)
Date: 2022.10.25 17:45:21 +02'00'

Annick Poncé

Directeur-generaal ad interim

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 30/09/2022 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

De Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) ontving op 7 juni 2022 een adviesvraag van de minister met betrekking tot de hervorming van de financiering van het dagziekenhuis. Dit vormt een belangrijke volgende stap in het proces dat voortvloeit uit het gezamenlijk advies van 12 september 2019 de FRZV en de RIZIV-overeenkomstencommissie m.b.t. de herziening van de organisatie, het functioneren en de financiering van de daghospitalisatie en de FRZV adviezen van 9 juli 2020 en 10 februari 2022 met betrekking tot het dagziekenhuis.

In de adviesvraag van 7 juni 2022 legt de Minister een voorstel voor met betrekking tot de actualisatie van Lijst A (prestaties die in aanmerking komen voor financiering dagziekenhuis), gepaard met overeenkomstige aanpassing van bijlage 9 (standaardtijden operatiekwartier) en met betrekking tot de herinvoering van Lijst B (oneigenlijke verblijven).

De FRZV formuleert hierover het volgend advies, opgebouwd als volgt:

1. Inleiding: Een overzicht van de basisprincipes, werkwijze en timing vooropgesteld door de FRZV
2. A-Lijst: Een analyse van het voorstel van de Minister met betrekking tot de A- lijst en bijkomende suggesties
3. Oneigenlijke verblijven: Een analyse van het voorstel van de Minister met betrekking tot de B-lijst en de voorwaarden voor de kwalificatie van een oneigenlijk klassiek verblijf
4. Budgettaire impact
5. Operatiekwartier
6. Volgende stappen

1. Inleiding

De verdere uitbouw van het dagziekenhuis dient gefundeerd te worden op volgende basisprincipes:

- We streven een hervorming van de zorgorganisatie na die een **maximale kwaliteit** waarborgt bij de verschuivingen van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie en van daghospitalisatie naar ambulante zorg. De oefening moet leiden tot stimulans en een bredere opname van nieuwe technieken die ingrepen in dagziekenhuizen mogelijk maken.

- We kiezen voor een aanpak waarbij **artsen de vrijheid behouden** om op basis van hun medisch inzicht de geschikte keuze voor hun patiënt te maken en waarbij een verblijf met overnachting in het ziekenhuis ook mogelijk blijft.

- Een **goede communicatie** zowel aan de zorgverleners als aan de ziekenhuisbeheerders over het bredere kader waarbinnen deze hervorming zich situeert als over concreet voorliggende stappen. Vanuit praktisch oogpunt is het belangrijk dat de ziekenhuizen en de zorgverleners snel op de hoogte worden gebracht van de geplande wijzigingen (bijgewerkte A- en B-lijsten, criteria die oneigenlijke verblijven definiëren) zodra ze werden vastgesteld, zodat deze hervorming binnen een realistische termijn kan worden uitgevoerd**.**

- **Appropriate care**: waar de verschuiving naar dagziekenhuis leidt tot het beschikbaar komen van budgetten die voorheen naar de ziekenhuizen gingen, wenst de FRZV deze middelen doelgericht te investeren in het budget van financiële middelen. We pleiten voor het vrijwaren van de budgetten zodat het terrein mee de vruchten van de aangepaste werkwijze geniet. De

nodige hervormingstred aanhouden, betekent dat de sector zich niet vastrijdt in een besparingsoperatie. In dat opzicht mag de oefening ook niet te koste gaan van de financiering van de resterende klassieke hospitalisaties.

Bij de opmaak van dit advies heeft de FRZV gekozen voor een data-gedreven aanpak op basis van RIZIV-gegevens en simulaties door de FOD Volksgezondheid. Vanuit de FRZV geven we een advies dat complementaire inzichten voor het hervormingsplan aanreikt ten aanzien van de adviezen vanuit de Technische Geneeskundige Raad (TGR) van het RIZIV.

Tot slot streeft de FRZV een tweefasige aanpak na:

In een **eerste fase**	Elementen waar unanimiteit over is binnen de FRZV, die medisch verantwoord zijn in chirurgisch dagziekenhuis en geen bedreiging vormen voor verdunning van het BFM	Op te nemen in het huidige advies en het aanvullend advies
In een **tweede fase**	Verder uit te werken punten en actualisatie van het actieplan op basis van aanvullend onderzoek en data-analyse	Op te nemen in een volgend advies in 2023

Financiering van het chirurgisch dagziekenhuis

Om de rol van de lijst A, bijlage 9 en lijst B te situeren, schetsen we kort de financiering van het chirurgisch dagziekenhuis. Gebeurt een chirurgische prestatie in dagziekenhuis, dan zijn er twee mogelijkheden: financiering via het BFM of financiering via het RIZIV.

Staat de prestatie op **lijst A** - de lijst met prestaties die in aanmerking komen voor BFM chirurgisch dagziekenhuis – dan wordt de opname gewogen aan 0,95 ligdag. De factor is sinds juli 2022 opgetrokken van 0,81 naar 0,95 en dient voor de financiering van het B2- zorgpersoneel. In principe staat de prestatie van lijst A ook op **bijlage 9** van het KB BFM. Op die manier wordt voor deze opname ook financiering van het operatiekwartier toegekend, via de standaardtijden. Deze financiering verloopt via het BFM, meer bepaald via de onderdelen B1, B2, B4 en B9. Het deel B2 omvat het grootste aandeel van dit type financiering voor het dagziekenhuis.

Staat de prestatie niet op lijst A en gebeurt ze onder volledige anesthesie, dan mag het ziekenhuis als vergoeding een maxiforfait anesthesie aanrekenen. Dit forfait is voorzien in de overeenkomst ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen van het RIZIV. Het maxiforfait anesthesie is een bedrag dat verschilt per ziekenhuis, want het is gebaseerd op de historische B2-financiering.

Verder is er een systeem van oneigenlijke verblijven opgenomen in het KB BFM. Dit is een methode om klassieke verblijven te herkwalificeren als oneigenlijke verblijven waardoor ze als een ligdag chirurgisch dagziekenhuis (0,95 ligdag) tellen en geen klassieke verantwoorde ligduur gefinancierd krijgen. Deze lijst is inactief sinds 2018, omwille van de overgang naar ICD-10. De minister stelt in zijn adviesvraag voor om de lijst te heractiveren. Het aanpassen en uitbreiden van de A-lijst tegelijk met het activeren van de B-lijst zorgt voor effecten op verschillende plaatsen (in verschillende BFM onderdelen, bijlage 9 BFM, RIZIV budget maxiforfaits). Het maakt het niet eenvoudig om de budgetimpact te bepalen. Het is daarom bijzonder belangrijk om de verschillende gevolgen in kaart te brengen. Dit wordt verder toegelicht in het advies.

2. A-Lijst

Historiek

Na het bonus-malus financieringssysteem (het PAL – NAL-systeem leverde ziekenhuizen met een kortere verblijfsduur dan het rijksgemiddelde een bonus of, in het geval van een langere verblijfsduur, een malus op) werd in 2002 de financiering van Onderdeel B2 hervormd met het oog op het verminderen van de ligduur in de ziekenhuizen en het stimuleren van het gebruik van het dagziekenhuis. De nieuwe financiering werd gebaseerd op een systeem waarbij de nationaal gemiddelde ligduur per DRG het fundament vormde. Tegelijkertijd werd financiering van het chirurgisch dagziekenhuis overgebracht van een open-end RIZIV-financiering naar de gesloten enveloppe van de Onderdelen B1 en B2 van het BFM. Lijst A was hiervan één component, lijst B (zie verder) een andere. Deze aangepaste werkwijze houdt in dat de transfer van klassieke opnames naar dagziekenhuis automatisch binnen het puntensysteem van het gesloten BFM-budget gefinancierd blijft.

Financiering via het BFM volgt wanneer de prestaties op lijst A in dagziekenhuis worden uitgevoerd. De lijst A dient aldus de chirurgische ingrepen te bevatten waarvoor daghospitalisatie een verantwoorde keuze is. Recent werd de verantwoorde ligduur opgetrokken van 0,81 naar 0,95 en werd een overeenstemmend budget van 9 miljoen euro toegevoegd aan onderdeel B2. Het optrekken van de factor dient om de zorgomkadering in dagziekenhuis correcter te financieren en de keuze tussen klassieke en daghospitalisatie budgetneutraler te maken.

De lijst werd in 2002 gecreëerd op basis van drie criteria:

1. opgenomen op de nominatieve lijst van prestaties welke recht gaven op een maxi-, super-, A-, B-, C- of D-forfait, zoals bedoeld in de nationale overeenkomst van 24 januari 1996 tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen
2. een bloederige heelkundige ingreep, zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit betreffende de forfaitarisering van de antibiotica-profylaxie in de heelkunde en
3. het aantal intramurale prestaties moet minstens 60 % zijn van het totaal aantal ambulant gerealiseerde prestaties waar intramuraal = in ziekenhuisverband, hetzij in daghospitalisatie hetzij poliklinisch.

Bij de bepaling van de verantwoorde gerealiseerde dagactiviteit wordt gebruik gemaakt van de MZG van het laatst gekende registratiejaar. Alle in MZG geregistreerde dagverblijven waarvoor ten minste 1 heelkundige RIZIV-nomenclatuurcode uit de lijst A werd geregistreerd, worden weerhouden als een verantwoorde gerealiseerde daghospitalisatie. Er is geen cumul mogelijk met de financiering voor het medisch dagziekenhuis via RIZIV-forfaits.

De hervorming van 2002 bracht voor een aantal ingrepen zoals follikelaspiratie, behandeling van liesbreuk of het aanbrengen van een subcutane poortsysteem een verschuiving van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie teweeg[1].

De Lijst A onderging sinds 2002 slechts beperkte wijzigingen, voornamelijk met betrekking tot de actualisatie van de nomenclatuurcodes, waardoor ze in praktijk lang niet meer alle chirurgische ingrepen omvat die verantwoord in daghospitalisatie kunnen worden uitgevoerd. De gemeenschappelijke conceptnota dagziekenhuis vanwege de FRZV en de overeenkomstencommissie

[1] https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_192A_daghospitalisatie_synthese_0.pdf

ziekenhuizen heeft het belang van een actualisatie gemotiveerd. In het Regeerakkoord van 30 september 2020 werd het bijsturen van de financiering voor het dagziekenhuis expliciet opgenomen.

Analyse actualisatie-voorstel lijst A

De FRZV verwelkomt de belangrijke vorderingen die vooropgesteld worden voor de hervorming van het dagziekenhuis en de uitbreiding van lijst A. Belangrijk aandachtspunt hierbij blijft echter dat het toevoegen van extra prestaties geen verdunning van het Budget van Financiële Middelen tot gevolg mag hebben. Verdunning van het BFM treedt op wanneer activiteiten worden toegevoegd voor financiering in het BFM zonder dat daarvoor ofwel reeds financiering bestond binnen het BFM, ofwel budget wordt toegevoegd. In dat geval moet een zelfde budget meer activiteiten dekken, waardoor het dus "verdunt" aangezien de gemiddelde vergoeding per verblijf daalt.

Een aantal van deze prestaties worden vandaag al vaak in polikliniek of in medisch dagziekenhuis uitgevoerd, waardoor een financiële stimulans richting dagziekenhuis niet noodzakelijk de keuze voor de meest aangepaste zorgomkadering teweegbrengt. Evenmin mag de uitbreiding tot gevolg hebben dat de ziekenhuizen aan financiering voor het operatiekwartier verliezen, zeker gezien deze post vandaag al sterk ondergefinancierd is.

Criteria om A-lijst te updaten en voorstel lijst A op 01/01/2023

Bij de selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes gaat de adviesvraag van de Minister uit van een actualisatie op basis van de huidige praktijkvoering. De lijst werd medisch gevalideerd door de technisch geneeskundige raad (TGR) van het RIZIV. De obsolete nomenclatuurnummers en de nomenclatuurnummers die reeds voor meer dan 80% worden uitgevoerd in de ambulante setting werden bovendien uitgezuiverd.

583 nomenclatuurnummers worden in het voorstel voorgelegd door de Minister voor de nieuwe A-lijst, bestaande uit:

- 236 verstrekkingen die reeds op de huidige A-lijst staan (i.e. 10 uit de nomenclatuur geschrapte verstrekkingen worden van de lijst gehaald)
- 347 kandidaat-verstrekkingen voor toevoeging, per discipline afgetoetst door medische experten

Verschillende leden van de werkgroep FRZV brachten bovendien bijkomende kandidaat-verstrekkingen aan. De suggesties voor kandidaat-prestaties kwamen tot stand via een combinatie van data-analyse en bevraging van experten. Daarbij werden zowel medische als financiële criteria gehanteerd. [2]

[2] Er is rekening gehouden met diverse criteria, namelijk de medische haalbaarheid van dagziekenhuis (en de eventuele risico's), het chirurgische dan wel eerder medische karakter van de ingreep (gebruik van het (groot) operatiekwartier, het gebruik van (volledige) anesthesie), een minimum percentage dat al in dagziekenhuis gebeurt, korte verblijven indien nog klassieke opname, prestaties met een minimum aantal nationaal, financiële criteria, de omschrijving van de prestatie (nomenclatuuromschrijving).

De FRZV paste op het geheel aan kandidaten een data-analyse toe met als belangrijkste doelstellingen:

- Maximaal inzetten op verstrekkingen die vandaag nog vaak in klassieke hospitalisatie gebeuren en meer en meer in daghospitalisatie kunnen gebeuren, met focus op de chirurgische ingrepen;
- Verdunning van het BFM, in het bijzonder de financiering van het operatiekwartier, maximaal vermijden;
- Aangezien we op middellange termijn zullen overgaan naar één enkel systeem zou het onnodig complex zijn om bestaande verstrekkingen, en dus budget, over te hevelen van het ene financieringssysteem naar het andere. We proberen dat dus zoveel mogelijk te vermijden.

Dit leidt tot een eerste lijst van 391 verstrekkingen die vanaf 01/01/2023 kan worden ingevoerd, waarover unanimiteit bestaat binnen de FRZV dat zij aan deze drie doelstellingen voldoen. De nog niet weerhouden kandidaten zullen in een tweede advies verder geanalyseerd worden met het oog op een verdere uitbreiding van de A-lijst.

De volgende criteria werden toegepast in de data-analyse om tot deze eerste lijst te komen:

- verstrekkingen die vandaag al op de A-lijst staan, werden allen behouden, tenzij zij uit de nomenclatuur werden geschrapt;
- de verstrekkingen moeten minimum 100 keer per jaar worden uitgevoerd (alle vormen van tenlasteneming door elkaar). Zo vermijden we het risico dat deze codes weer ingang vinden "omdat er financiering is";
- verstrekkingen die reeds worden gefinancierd via een forfait medisch dagziekenhuis, groepen 1 tot en met 7, of massaal via een maxiforfait, zijn uitgesloten: die worden reeds gefinancierd en hun integratie brengt het risico met zich mee van verdunning van de BFM-financiering, met name voor het operatiekwartier
- de geselecteerde verstrekkingen worden momenteel voor ten minste 75 % van de gevallen gepresteerd in klassieke hospitalisatie. Zo wordt het risico beperkt dat er verstrekkingen worden toegevoegd die al grotendeels zuiver ambulant worden verricht of die buiten het operatiekwartier kunnen worden uitgevoerd.

- **Zo komen we tot een finale lijst met 391 verstrekkingen voor lijst A, waarvan 36 voorgesteld door de leden van de WG. De finale lijste is opgenomen in bijlage. Al deze verstrekkingen dienen ook opgenomen te worden in bijlage 9 (standaardtijden). De huidige standaardtijden van de bijhorende gehospitaliseerde code zijn hiervoor voorlopig de referentie in afwachting van de hervorming van de OK financiering (zie punt 5.).**

• Voorstel 01/01/23 A-lijst	• Aantal verstrekkingen	• Gevallen in poliklinie k*	• Gevallen in dagziekenhuis*	• Gevallen in klassieke hospitalisatie*
• Bestaande verstrekkingen	• 236	• 29.846	• 746.509	• 153.579
• Nieuwe verstrekkingen voorgesteld door de Minister	• 119	• 1.269	• 9.687	• 158.412

• Nieuwe verstrekkingen voorgesteld door de leden	• 36	• 281	• 2.330	• 85.184
• Totaal	• 391	• 31.396	• 758.526	• 397.175

- referentieperiode 2017-2019

In deze definitieve lijst zullen de 36 verstrekkingen die via de medische experten van de ziekenhuizen werden toegevoegd en de verstrekkingen waarover in de werkgroep medische opmerkingen werden gemaakt, ter medische validatie aan de TGR worden voorgelegd.

Prestaties voor medisch dagziekenhuis

Bij een aantal prestaties van de kandidatenlijst staat de opmerking dat zij eerder medisch van aard zijn.[3] Indien de TGR deze opmerking bevestigt, stellen we voor dat de overeenkomstencommissie ziekenhuizen-VI's onderzoekt of ze in aanmerking komen voor een dagforfait groep 1-7. Aangezien de focus van lijst A chirurgisch is, plaatsen we ze dan niet op de A-lijst.

Next step

De momenteel nog niet weerhouden chirurgische kandidaat-prestaties zullen het voorwerp uitmaken van een diepgaandere analyse met het oog op een verdere uitbreiding van lijst A, rekening houdend met budgetimpact. De FRZV streeft ernaar om hierover tegen juni 2023 een bijkomend advies af te leveren. Heel praktisch kunnen de lijsten regelmatig per omzendbrief bijgewerkt worden in functie van de werkzaamheden van de werkgroep op basis van artikel 101bis van het BFM-besluit.

3. Oneigenlijk klassieke verblijven

Historiek

Tegelijkertijd met de invoering van een financiering van het chirurgisch dagziekenhuis in 2002 via de lijst A, werd een systeem van oneigenlijke klassieke verblijven ingevoerd. Dit systeem werkt penaliserend. Voor deze ingrepen was de wetgever namelijk van oordeel dat een klassiek ziekenhuisverblijf, dat voldeed aan een reeks voorwaarden, eigenlijk als dagziekenhuis i.p.v. als een klassieke ziekenhuisopname moest gefinancierd worden. Het totaal aantal verantwoorde verblijven in heelkundige daghospitalisatie per ziekenhuis zijn bijgevolg het totaal aantal gerealiseerde daghospitalisaties (o.b.v lijst A) én het totaal aantal oneigenlijke klassieke ziekenhuisverblijven (o.b.v. lijst B).

Dit mechanisme werd vanaf 1 juli 2018 niet meer toegepast door de technische onuitvoerbaarheid. Bij het koninklijk besluit van 10 september 2020 verdween dit mechanisme uit het financieringsbesluit (KB 25 april 2002 betreffende het BFM).

[3] Merk op dat het onderscheid chirurgisch en medisch niet altijd strikt toegepast wordt. Een aantal (kandidaat)prestaties op de A-lijst zijn eerder medisch van aard, een aantal prestaties in de groepen 1-7 van het RIZIV zijn eerder chirurgisch van aard.

- Analyse van het voorstel en voorstel criteria B-lijst op 01/01/2023

Het voorstel van de minister vertrekt van het in 2002 ingevoerde mechanisme van oneigenlijke klassieke verblijven en breidt het gevoelig uit, zowel wat de betrokken nomenclatuurverstrekkingen betreft (de zogenaamde lijst B) als wat de betrokken APR-DRG's betreft.

Voorstel van de Minister

- 192 verstrekkingen op de B-lijst:
  - 145 verstrekkingen oude B-lijst (tenzij o.b.v. medische overwegingen)
  - Selectie kandidaatverstrekkingen zijn afkomstig van de A-lijst waarvoor 84,5% of meer t.o.v. totaal in DH gebeurde
  - Toevoeging verstrekkingen waarvoor [PK+DH] ≥ 84,5% van het totaal.
  - 5 internistische verstrekkingen die momenteel in het medisch dagziekenhuis gebeuren (forfaitgroepen)
- 89 betrokken APR-DRG's (vroeger: 27), opgedeeld in chirurgische oneigenlijke verblijven (40 APR-DRG's) en medische oneigenlijke verblijven (49). Vroeger waren er 24 chirurgische APR-DRG's en 3 medische APR-DRG's.
- Behouden van de standaardcriteria

Advies van de FRZV

De herinvoering van het systeem van oneigenlijke verblijven vertrekt vanuit een ander principe dan de conceptnota. Het uitgangspunt van de conceptnota was immers om barrières voor de verschuiving van activiteit naar het dagziekenhuis weg te werken maar wel de vrije keuze van de arts en de patiënt te bewaren om zo de toegankelijkheid te verzekeren van de meest aangepaste zorgvorm. De herinvoering van het systeem van oneigenlijke verblijven kan tegenstrijdig lijken aan dit principe.

De filosofie van de FRZV is dat "stimuleren" de verandering op het terrein beter bewerkstelligt dan "penaliseren". Daarom pleit de FRZV eerder voor het opzetten van een benchmarking tussen de ziekenhuizen zodat zij zich kunnen vergelijken en ervaringen kunnen uitwisselen op basis van data-analyses.

Indien de Minister er toch voor kiest om het systeem van oneigenlijke verblijven terug in te voeren, dan stelt de FRZV voor om de criteria te finetunen om enkel prestaties die echt voor het overgrote deel van de patiënten in dagziekenhuis kunnen gebeuren, te includeren. De manier waarop het geheel van criteria gebruikt en geprogrammeerd zal worden omwille van de overgang van ICD9-CM naar ICD10-PCS, moet nog verder afgestemd worden met experten.

De FRZV is ongerust over het feit dat er momenteel heel weinig data en analyses beschikbaar zijn over de impact van de herinvoering van dit systeem, terwijl de Minister een belangrijke uitbreiding ervan voorstelt. Deze herinvoering kan niet "blind" gebeuren. De FRZV vraagt meer tijd om de data-analyse te voltooien en zal hierover een aanvullend advies geven tegen eind oktober. Dit zal de registratie vanaf 01/01/2023 in principe niet in het gedrang brengen.

In afwachting hiervan, kan de FRZV alvast de volgende meer algemene elementen meegeven:

- Basiscriteria:
    - Maximum 2 in plaats van 3 dagen. De gemiddelde ligduur is sinds 2002 namelijk heel sterk gedaald
    - Er moet een minimumleeftijd worden voorzien zodat baby's worden uitgesloten van het systeem
    - De FOD Volksgezondheid maakt de lijst met operating procedures op die nodig zijn om de data-analyse te kunnen uitvoeren.
    - De problematiek van oncologische patiënten zal specifiek worden bestudeerd in de data-analyse
    - Conform de aanbevelingen van het KCE[4] moet gecombineerde chirurgie uitgesloten worden. Vaak is het bij een combinatie van twee of meer ingrepen te zwaar voor de patiënt om diezelfde dag naar huis terug te keren, terwijl wanneer dezelfde ingreep solitair wordt uitgevoerd, de patiënt wel in aanmerking kan komen voor dagchirurgie
    - Het KCE waarschuwt eveneens voor revisiechirurgie, aangezien dit vaak complexe ingrepen zijn die minder in aanmerking komen voor dagchirurgie.
- Lijst B:
    - Het is merkwaardig dat sommige voorgestelde kandidaatverstrekkingen een heel grote proportie klassieke hospitalisaties kennen. Zo bijvoorbeeld de coronarografie (71 % klassieke hospitalisaties) en de cystoscopie (56 % klassieke hospitalisaties). Dit is een gevolg van het feit dat deze prestaties vaak voorkomen als “secundaire” prestaties bij een andere “primaire” diagnose. Het kan echter nooit de bedoeling zijn van het systeem van oneigenlijke verblijven om dit type verblijven te viseren.
    - Het is niet aangewezen om prestaties met een hoge graad klassieke hospitalisatie in aanmerking te nemen. Meer in het algemeen overwegen wij de verstrekkingen te schrappen waarvoor het %(DH+PK) lager is dan 84,5 % (= omgekeerd criterium dan het criterium dat werd vastgesteld om verstrekkingen toe te voegen aan lijst B)
    - Is het toevoegen van medische prestaties een relevante evolutie? We overwegen om dit principe te analyseren.

- APR-DRG's:
    - Na analyse van de gekoppelde gegevens blijkt dat de lijst van de 89 voorgestelde APR-DRG’s nog fouten bevat.
    - Op basis van de huidig voorgestelde lijst, stellen we vast Dat de 90 % cut-off zeker te hoog is. De data-analyse zal gebeuren op basis van een cut-off van 80 %, maar zelfs met een cut-off van 80 % bevat deze lijst duidelijk nog APR-DRG's die er overduidelijk niet in thuishoren, zoals bijvoorbeeld de APR-DRG “Vaginale bevalling”
    - De FRZV vraagt om over een correcte lijst te kunnen beschikken om in het kader van een vervolgadvies de nodige data-analyse te kunnen uitvoeren.

- Om de ziekenhuizen transparantie te bieden en aan te zetten om oneigenlijke verblijven in dagziekenhuis uit te voeren:

[4] KCE-studie 282A

- Neem in het KB een duidelijke limitatieve lijst van APR-DRG's en operating procedures zodat de ziekenhuizen zelf prospectief kunnen inschatten welke verblijven potentieel oneigenlijk zullen zijn
- Geef alle ziekenhuizen een simulatie via portahealth op basis van hun activiteit 2019

4. Budgettaire impact

Er wordt momenteel een (nieuwe) kandidaatverstrekking lijst A gepresteerd:

1. In klassieke hospitalisatie
2. In dagziekenhuis met een financiering maxi-anesthesie
3. In dagziekenhuis zonder enige financiering
4. Zuiver ambulant (polikliniek of buiten het ziekenhuis)

Er moeten 2 types impact worden onderzocht:

1. Op het niveau van de facturatie van het variabele gedeelte (VI-patiënten) en van de dagprijs (niet-VI-patiënten), vanaf 01/01/2023
2. Op het niveau van de berekening van de financiering van het BFM (vast en variabel gedeelte), vanaf 01/07/2025

Facturatie van de verstrekkingen op lijst A

Zodra de nieuwe verstrekkingen zijn opgenomen in lijsten A en bijlage 9, gepland voor 01/01/2023, moet de facturatie van het variabele gedeelte (VI-patiënten) en de dagprijs (niet-VI-patiënten) vanaf dezelfde datum worden toegestaan. De verstrekking wordt dus gefinancierd op basis van de case mix van het ziekenhuis voor het referentiejaar, zoals het geval is voor elke nieuwe activiteit die een ziekenhuis ontwikkelt.

De overheveling van budget van het RIZIV naar het BFM moet ook plaatsvinden op 01/01/2023 (cf. infra).

Financieringsmodaliteiten bij de herberekening van het BFM

Voor verstrekkingen die voorheen werden gefactureerd in klassieke hospitalisatie

Lijst A: het betreft een overheveling van budget binnen de BFM-enveloppe, zowel voor B1 als voor B2 (basispunten – personeel dagziekenhuis en punten operatiekwartier). De operatie is op korte termijn neutraal.

Vanaf 01/07/2025 zou het aantal verantwoorden dagen moeten dalen[5], zowel door de ontwikkeling van de dagactiviteit als door de herinvoering van de oneigenlijke verblijven. De waardestijging die daaruit zou moeten voortvloeien zou kunnen helpen om de onderfinanciering, bijvoorbeeld van het operatiekwartier, weg te werken nadat de impact ervan werd geëvalueerd.

Voor de verstrekkingen die voorheen in dagziekenhuis werden gepresteerd en gefactureerd met een maxiforfait anesthesie van het RIZIV:

[5] Er moet ook rekening mee worden gehouden dat de gemiddelde verblijfsduur voor verblijven die klassiek bleven, licht kon toenemen aangezien de kortste verblijven werden omgezet in daghospitalisatie.

Het budget dat bij het RIZIV zal worden uitgespaard (maxiforfaits, forfaits gipskamer en manipulatie van een poortsysteem) moet worden overgeheveld naar het BFM en volgens een verdeelsleutel tussen onderdeel B1 en onderdeel B2 worden verdeeld vanaf 01/01/2023. De FRZV stelt concreet voor:

- Overheveling van het budget met betrekking tot de in 2019 door het individuele ziekenhuis gegenereerde RIZIV-forfaits voor de toegevoegde nomenclatuurcodes, naar zijn individuele BFM, acute sector. Het gaat om een geïndexeerd budget dat door het RIZIV wordt geraamd op 1,45 miljoen euro (aan de index van 1/1/2023).
- Dit budget wordt toegevoegd aan 2 nieuw te creëren lijnen: één in onderdeel B1 (27 %), en het andere deel (73 %) in onderdeel B2.

Vanaf 01/07/2025 zullen deze budgetten worden toegevoegd aan de nationale enveloppen, deelenveloppe B2 operatiekwartier zal moeten worden aangepast. Ook de impact op onderdeel B7 zal moeten worden bestudeerd. De FRZV zal later een aanvullend advies uitbrengen over de precieze integratiemodaliteiten.

De in het BFM toegevoegde budgetten zullen correct over de individuele ziekenhuizen worden verdeeld op basis van de overeenkomstige activiteit vanaf 01/07/2025.

We wijzen erop dat het overgedragen budget ontoereikend zal zijn. De gewogen gemiddelde waarde van de maxiforfaits (145,03 euro per dag) dekt immers niet volledig de financieringsbehoeften in B1 en B2, die volgens een op een minimale benadering gebaseerde methodologie op ten minste het dubbele van dit bedrag kunnen worden geraamd (gemiddelde basisfinanciering van de huidige lijst A[6]) Die ramingen zullen verder uitgediept worden in een volgend advies waarbij rekening wordt gehouden met de reële financieringsbehoeften en verantwoorde kosten. De verstrekkingen werden geselecteerd om het aantal betrokken gevallen tot een minimum te beperken.

Voor verstrekkingen die voorheen zonder enige financiering in dagziekenhuis werden uitgevoerd

Voor die verstrekkingen is een aanvullend budget nodig. De verstrekkingen werden geselecteerd om het aantal betrokken gevallen tot een minimum te beperken.

Voor verstrekkingen die voorheen zuiver ambulant werden uitgevoerd (polikliniek of buiten het ziekenhuis)

We gaan uit van het principe dat deze verstrekkingen zuiver ambulant uitgevoerd zullen blijven worden. De verstrekkingen werden geselecteerd om het aantal betrokken gevallen tot een minimum te beperken.

5. Operatiekwartier

Momenteel is er een sterke onderfinanciering van het operatiekwartier. In het BFM van 1/7/2022 werd een correctiefactor van maar liefst 73,35% toegepast om binnen de nationale beschikbare enveloppe te kunnen blijven. Dit betekent dat meer dan een vierde van de OK-activiteit niet gefinancierd wordt.

Historiek

[6] Aandachtspunten zijn onder meer: gemiddelde huidige basisfinanciering kan verschillend zijn van de gemiddelde basisfinanciering van de nieuwe lijst A, deze berekening houdt rekening met de onderfinanciering OK (cfr 73%)

De financiering van het operatiekwartier (OKA) via onderdeel B2 van het BFM verloopt via het toekennen van standaardtijden per OKA-ingreep, zie bijlage 9 van het KB BFM. De standaardtijden die overeenstemmen met de duur van de ingreep zelf worden forfaitair verhoogd om rekening te houden met de tijd die nodig is voor het opruimen van het materieel en het voorbereiden van de zaal. Vervolgens worden de tijden omgezet in OKA-zalen per ziekenhuis, en gefinancierd aan 7,5 B2-punten per zaal. Deze punten financieren de verplichte aanwezigheid van 3 verpleegkundigen tijdens het gebruik van het OKA.

Om in het BFM binnen het nationale beschikbare budget voor OKA te blijven wordt een nationale coëfficiënt toegepast. De eerste jaren na invoering (2002 tot 2006) bedroeg de coëfficiënt tot 117% wat toeliet om ook (gedeeltelijk) het personeel op de ontwaakzaal te financieren, aangezien hiervoor geen aparte financiering in het BFM opgenomen is. Sinds 2007 bedraagt de correctiefactor minder dan 100%. Dit betekent dat de verantwoorde zalen, alsook het personeel van de ontwaakzaal, dus niet langer volledig gefinancierd worden. Deze problematiek wordt alleen maar groter; jaar na jaar stellen we vast dat de correctiefactor verder daalt: van 92% in 2007 tot amper 73% in 2022.

Problematiek vast percentage deelbudget OK

Het deelbudget OKA in onderdeel B2 is vastgelegd op een vast percentage (11,35%) van de verantwoorde activiteit. De vaststelling van deelbudget OKA volgt dus de evolutie van het aantal verantwoorde bedden. Deze laatste dalen omdat de impact van het stijgend aantal opnames meer dan gecompenseerd wordt door de inkorting van de verblijfsduur. En hier knelt het schoentje: de ligduur kan dan wel inkorten, dit impliceert niet dat de activiteit op OKA in verhouding in dezelfde mate daalt.

Het toevoegen van volgende prestaties aan lijst A en bijgevolg ook aan bijlage 9 kan de onderfinanciering vergroten:

- In dagziekenhuis met een financiering maxi-anesthesie of groepen 1-7
- In dagziekenhuis zonder enige financiering

De opnames die tot nu toe klassiek waren en in de toekomst in dagziekenhuis plaatsvinden, zijn in principe budgetneutraal op vlak van OKA-financiering.

Voorstel hervorming

De FRZV dringt al langer aan op de hervorming van de OKA-financiering met:

- Een actualisatie van bijlage 9: zowel update van de nomenclatuurnummers (klassiek en dag) als de standaardtijden, op basis van de definitie van wat er in een groot OKA moet plaatsvinden;
- Een herziening van het mechanisme om het deelbudget voor OKA te bepalen, en bij uitbreiding het volledige financieringsmechanisme.

In deze hervorming is ook het budgettaire luik cruciaal. De middelen die vrijkomen (shift klassiek naar dag, invoering B-lijst) zullen niet volstaan om het tekort op de OKA-financiering aan te vullen.

6. Volgende stappen

Deze stappen in de hervorming van (de financiering) van het dagziekenhuis kunnen niet losgezien worden van het bredere kader aan hervormingen en evoluties in de gezondheidszorg. De FRZV verwijst hierbij naar de onmiskenbare invloeden van andere evoluties, met name:

- De hervorming van de nomenclatuur
- De hervorming van ziekenhuisfinanciering, met name de evolutie naar een pathologiefinanciering en de ziekenhuisnetwerken.

Evenmin volstaan deze stappen voor het dagziekenhuis als op zichzelf staande maatregelen om te verzekeren dat het Belgische dagziekenhuis beantwoordt aan alle hedendaagse kwaliteits-en organisatienoden. De FRZV pleit ervoor dat de belangrijke vooruitgang die nu geboekt wordt, verankerd wordt door in een structureel proces te voorzien voor toekomstige updates. Dit betreft zowel de voortdurende aanpassing van de lijsten als het stimuleren van het lange termijn denken over de toekomst van het dagziekenhuis, met op termijn een systeem zonder lijsten. Bovendien bieden de huidige ontwikkelingen opportuniteiten om een benchmarking tussen ziekenhuizen op te zetten, wat naast financiële prikkels voor een belangrijke stimulans van het dagziekenhuis kan zorgen.

De FRZV zal zijn werkzaamheden rond dagziekenhuis in de nabije toekomst dan ook verderzetten.

Bijlage 1

Beschrijving databronnen

Dit advies kwam tot stand dankzij het gebruik van gegevens van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid. Voor de selectie van de A-lijst criteria gaat het hoofdzakelijk om RIZIV gegevens over de nomenclatuurprestaties voorgesteld door de minister en door leden van de werkgroep FRZV. Deze data laten toe om een multi-criteria analyse toe te passen en een aantal varianten te proberen. De data kunnen een budgetimpact-analyse onderbouwen.

Meer bepaald gaat het om volgende informatie:

- Het aantal prestaties per nomenclatuurcode, berekend voor 2017-2020 behalve voor de orthopedische verstrekkingen. Voor orthopedie zijn de cijfers van 2019 opgenomen.
- Verdeling van het aantal prestaties naar dagziekenhuis, klassieke hospitalisatie of ambulant. De indeling gebeurde op basis van de RIZIV dienstcodes (documenten P).
- Het al dan niet voorkomen op de groepen 1-7 van het forfait medisch dagziekenhuis
- Het al dan niet voorkomen op bijlage 9 met de standaardtijden operatiekwartier
- Het aantal prestaties met maxiforfait anesthesie en de bijhorende uitgaven.
- De uitgaven per prestatie (uitgaven in de nomenclatuur)

De analyse en simulaties voor het principe van de oneigenlijke verblijven en de B-lijst wordt uitgewerkt in het vervolgadvies op basis van nog aan te leveren data van de FOD Volksgezondheid.

Bijlage 2

Nieuwe lijst A