**Stappenplan hervorming daghospitalisatie – 10/12/2019**

**Onderdelen artsen-expertengroepen en financiering**

Op 12 september 2019 heeft de overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen in overleg met de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een visienota goedgekeurd m.b.t. de hervorming van de daghospitalisatie. Deze nota is goedgekeurd door CGV op 18 november 2019.

In artikel 14 van de nationale overeenkomst is voorzien om in uitvoering van de visienota een aantal opdrachten toe te vertrouwen aan artsen-expertengroepen inzake het actualiseren van de lijsten van de daghospitalisatie. Op basis van het advies van de artsen zal de overeenkomstencommissie een beslissing nemen over de aanpassing van de overeenkomst en een voorstel formuleren aan de FRZV voor de aanpassing van de lijst A. Hierbij zal het budget van verstrekkingen die geschrapt worden uit de overeenkomst, gebruikt worden om nieuwe verstrekkingen aan de lijsten in de overeenkomst toe te voegen.

Uitgaande van dit voorstel hebben de administraties van het Riziv en de FOD VG een stappenplan opgemaakt voor de realisatie van het voorstel. Daarbij worden vanuit deze administraties bijkomende accenten (bijvoorbeeld op vlak van timing) voorgesteld.

In deze tekst wordt ingegaan op de opdrachten, werkwijze en timing van de werkgroep artsen-experten en de werkgroep financiering. De andere werkgroepen (benchmarking, opnameverklaring, registratie MZG, …) die in de visienota genoemd worden komen apart aan bod.

1. **Quick wins en andere aanpassingen in 2020**
	1. **Quick wins in 2020**
2. De artsen-exertenwerkgroepen (zie punt 2) onderzoeken op korte termijn of er verstrekkingen zijn waarvoor het duidelijk is dat ze geen bijkomende financiering van daghospitalisatie meer behoeven maar louter ambulant kunnen, zowel voor lijst A als voor de groepen 1 tot 7. Deze werkgroepen doen tevens een voorstel voor het toevoegen van verstrekkingen aan de lijsten (zie punt a)3) ).

Maken hiervan deel uit de verstrekkingen die zijn vastgesteld door DGEC en die volgens DGEC op een kwaliteitsvolle en veilige manier ambulant of extra-muros kunnen doorgaan:

* urologie (260271 cystoscopie man, 355073 lithotripsie);
* mond-keel-aangezicht (310914 curettage tandostitis, 311135 apicectomie);
* gyneco (432353 amniospunctie/vlokkentest) en 220253 therapie diepe flegmone.

In 2016 werd 16.380.000 euro (voor 2020 geraamd op 20 miljoen euro) aan forfaits daghospitalisatie aangerekend bij deze prestaties.

In uitvoering van artikel 14 van de overeenkomst moeten de artsen-experten tegen uiterlijk 30 juni een advies formuleren waarbij de aanbeveling van de DGEC wordt bevestigd of waarbij ze argumenteren om de verstrekkingen toch te behouden in de lijsten 1-7. Op basis van dit advies zal de overeenkomstencommissie in de loop van 2020 een beslissing nemen tot schrapping of behoud in de lijsten 1-7.

1. Werkwijze:

op basis van facturatiegegevens betreffende de huidige praktijk : voor elk nomenclatuurnummer in de lijsten (groepen 1-7, lijst A, kandidatenlijst 2012, voorstellen nieuwe verstrekkingen KCE): aantallen uitgevoerd in klassieke hospitalisatie, in groepen 1-7, in lijst A, ambulant binnen ziekenhuis, ambulant buiten het ziekenhuis. Desgevallend en indien mogelijk wordt de info omtrent algemene anesthesie en/of andere vertrekkingen die tegelijkertijd zijn uitgevoerd en ook recht geven op een forfait dagziekenhuis, toegevoegd. Dit voorbereidend werk wordt uitgevoerd door Directie instellingen i.s.m. Directie RDQ en medische Directie.

Kandidaatlijst verstrekkingen 2012 :



* pre-analyse door artsen van het Riziv : zij maken een eerste selectie op van verstrekkingen die kunnen geschrapt of toegevoegd worden. Zij baseren zich daarbij op de kennis omtrent een verstrekking en/of op de verhoudingen die vastgesteld worden tussen aantal klassiek/dagziekenhuis/ambulant. Zij houden eveneens rekening met de aanbevelingen van KCE voor een aantal verstrekkingen. En bij de eerste selectie wordt ook een voorstel geformuleerd m.b.t. de 6 verstrekkingen van DGEC.
* Zowel de basisinformatie als het voorstel van de artsen van het Riziv wordt voorgelegd aan de artsen-experten en aan de voorzitters van het project;
* Actuariaat/Directie instellingen:berekenen van het budget dat vrijkomt door het schrappen/toevoegen van prestaties op de lijsten.
* Vrijgekomen middelen herinvesteren in de uitvoering van de hervorming van de daghospitalisatie : wijzigingsclausule bij de overeenkomst. In het kader van de quick wins zou ten laatste op 1 oktober 2020 een wijzigingsclausule moeten in voege treden.
* M.b.t. de verstrekkingen “quick win” uit de lijst A : om wijzigingen op 01/07/xx door te voeren, moeten de wijzigingen gekend zijn tegen februari / maart xx. Het is bijgevolg realistischer om te werken naar een aanpassing van lijst A op 01/07/2021. Dit laat de FRZV ook toe om alvast een voorstel uit te werken om vanaf diezelfde datum eventuele negatieve financiële incentives weg te werken en om effecten binnen het BFM van schrapping en toevoeging van prestaties te identificeren (cf infra, financiële werkgroep).

Tegen 01/07/2021 zullen dan de wijzigingen op lijst A die geïdentificeerd zijn door de artsen-expertengroepen worden ingevoerd, ofwel budget neutraal ofwel in functie van vrijgekomen budgetten.

* 1. **Verschuivingen van klassieke hospitalisatie en naar daghospitalisatie en van daghospitalisatie naar ambulant die geen ‘quick win’ zijn vanaf 30/06/2020**

Doelstelling en werkwijze zijn dezelfde als onder punt a) maar het gaat dan over verstrekkingen waarover niet meteen beslist kan worden en die dus iets langer onderzoek vergen.

De inhoud van dit luik wordt gedetailleerder toegelicht in het luik ‘Opdrachten van elke arts-expertengroep (tussen 1/7/2020 en 30/6/2021)’.

* 1. **Verschuiven chirurgische verstrekkingen van lijst 1 tot 7 naar lijst A (en omgekeerd) vanaf 30/06/2021**

Verschuiving lijst 1 tot 7/maxiforfait → lijst A

Er moet bevestigd worden of de in 2002 gebruikte definitie nog relevant is:

*“Bij de selectie van de RIZIV-nomenclatuurcodes werd uitgegaan van de nominatieve lijst van prestaties welke recht geven 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.
   Een prestatie werd weerhouden indien ze gelijktijdig aan alle hiernavermelde criteria voldeed :
   - het betreft 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 ambulant gerealiseerde prestaties waar intramuraal = in ziekenhuisverband, hetzij in daghospitalisatie hetzij poliklinisch.”*

Er lijkt een link te zijn tussen het chirurgisch dagziekenhuis en de noodzaak van een operatiekwartier of een gelijkaardige (steriele) omgeving. Bevestiging of herformulering van deze definitie is een opdracht voor de financiële werkgroep (cf infra).

Bepalen van deze verstrekkingen, op basis van de bevestigde definitie en validatie door WG artsen- experten na pre-analyse door artsen Riziv. Twijfelgevallen blijven in de groepen.

Het budget achter deze forfaits gaat over naar BFM – BFM wordt bepaald van 1/7 van jaar T tot 30/6 van jaar T+1. Er dient afgetoetst of deze budgetten voldoende zijn voor de financiering binnen het BFM alvorens deze over te brengen.

Verschuiving lijst A → lijst 1 tot 7

Bepalen van deze verstrekkingen, op basis van de bevestigde definitie: validatie door WG artsen-experten na pre-analyse door artsen Riziv. Twijfelgevallen blijven in de lijst A.

Aangezien er geen kosteraming, type ‘herschaling’, gebeurd is voor deze vestrekkingen, stelt de administratie voor om deze voorlopig naar de duurste groep van de overeenkomst te verschuiven (budget= forfait x # verstrekkingen), in afwachting van herschaling.

Werkwijze :

* Actuariaat/cel boekhouding zh: berekening budgettaire impact van voorgestelde verschuivingen.
* Indien het verschuiven van lijst A naar lijst 1 tot 7 voor budgettaire ruimte zorgt, toevoegen van verstrekkingen op lijst A.
1. **Artsen-expertengroepen per specialisatie**

Van de artsen-expertengroepen wordt verwacht dat zij per verstrekking oordelen of deze zuiver ambulant kan uitgevoerd worden, daghospitalisatie vereist, klassieke hospitalisatie vereist. Dit wordt verder toegelicht in het luik ‘opdrachten’.

Ter info: het KCE heeft voor de uitvoering van haar studie ‘dagchirurgie’ (rapport 2017) 11 groepen van artsen-experten samengesteld. In die studie werd de medische daghospitalisatie dan nog buiten beschouwing gelaten.

Bedoeling is ook hier artsen-expertengroepen samen te stellen per specialisme. Sommige specialismen kunnen wellicht samen genomen worden (vb. urologie en gyneacologie). Het aantal artsen-expertengroepen wordt door het begeleidingscomité vastgelegd op basis van de pre-analyse van de RIZIV-artsen.

Januari 2020:

- bepalen algemene criteria, prioriteitenlijst, te behandelen doelgroepen / groepen van pathologieën (en dus ook het aantal nodige artsen-expertengroepen). (Riziv – medische directie en directie instellingen)

- samenstellen van de artsen-expertengroepen (met het oog op vergaderingen vanaf begin januari). Samenstelling zoals voorzien door OC en FRZV (meddir). Oproep tot kandidaten via BAAS, BSAR, artsensyndicaten, ziekenhuisfederaties, VI, ... Mogelijks kan beroep gedaan worden op artsen-expertengroepen die momenteel actief zijn op het project ‘hervorming nomenclatuur’.

- aanduiden van voorzitters voor de artsen-expertengroepen (voorkeur binnen de administratie om uniform te kunnen werken) (meddir).

- Voorbereidend werk door de administratie voor elke arts-experten werkgroep (Directie instellingen/RDQ):

* Per specialisatie lijst opstellen van de verstrekkingen die op lijst A, lijsten 1 tot 7 staan en op de lijsten van kandidaat-codes van 2012 (+uitzuiveren van de lijsten van 2012 van intussen geschrapte verstrekkingen, eventueel toevoegen van de code die in de plaats is gekomen), voorstellen KCE + elke andere technische verstrekking die voor minstens 20% in daghospitalisatie uitgevoerd wordt?
* Voor elke verstrekking statistiek maken die weergeeft hoe vaak ze uitgevoerd wordt ambulant binnen of buiten het ziekenhuis, in dagziekenhuis, klassiek.
* Voor elke verstrekking de variatie tussen de ziekenhuizen bepalen (zelfde verstrekking wordt in het ene zh overwegend in dagzh gedaan, in ander zh overwegend klassiek). Visuele voorstelling via boxplot of min / max en kwartielen.
* In de mate van het mogelijke en voor zover noodzakelijk bij bovenstaande rekening houden met de situatie waarbij tijdens eenzelfde daghospitalisatie meerdere verstrekkingen plaatsvinden die aanleiding geven tot een forfait of waarbij er een combinatie is met algemene anesthesie en het maxiforfait hoger is.
* Opportuun om ziekenhuizen te bevragen over hun praktijk? Via enquêtes of bezoek ter plekke

Opdrachten van elke arts-expertengroep (tussen 1/2/2020 en 30/6/2020):

Bepalen van quick wins zowel voor de groepen 1-7 als voor de lijst A:

- verstrekkingen waarvoor het direct duidelijk is dat ze geschrapt kunnen worden aangezien ze veilig zuiver ambulant mogelijk zijn.

- voorstel van verstrekkingen die van klassiek naar daghospitalisatie kunnen schuiven op basis van lijst van kandidaatscodes en voorstel KCE.

 \* nagaan of er reeds een gelijkaardige verstrekking in de groepen zit (voor valorisatie in medisch dagziekenhuis)

 \* nagaan of voor het uitvoeren ervan in daghospitalisatie een OK-omgeving/hybride zaal nodig is? Is er algemene anesthesie nodig? (indicatie opname in lijst A / gebruik maxi-forfait)

Opdrachten van elke arts-expertengroep (tussen 1/7/2020 en 30/6/2021):

* Schrappen van verstrekkingen die zuiver ambulant kunnen (bepalen cut-off ?). Het gaat hier dan om verstrekkingen waarvoor meer tijd nodig is om dit te beslissen dan voor de ‘quick wins’.
* Bepalen van verstrekkingen die absoluut in klassieke hospitalisatie moeten blijven
* Bepalen van verstrekkingen die in ‘gunstige’ situatie kunnen verschuiven van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie.
* Bepalen van criteria eigen aan de patiënt/de omgeving die klassieke hospitalisatie in plaats van daghospitalisatie verantwoorden of die daghospitalisatie ipv zuiver ambulante setting verantwoorden. Die dus zorgen voor een ‘niet-gunstige’ situatie.
* Voor nieuwe verstrekkingen daghospitalisatie:
	+ nagaan of er reeds een gelijkaardige verstrekking in de groepen zit (voor valorisatie in medisch dagziekenhuis)
	+ nagaan of voor het uitvoeren ervan in daghospitalisatie een OK-omgeving/hybride zaal nodig is? Is er algemene anesthesie nodig? (indicatie opname in lijst A / gebruik maxi-forfait)
* Aanduiden welke verstrekkingen in de groepen toe zijn aan een nieuwe evaluatie van de kostprijs, omwille van efficiëntere technieken.

Daarbij wordt abstractie gemaakt van het feit of de verstrekking dan op de lijst A of op de groepen terecht zou moeten komen. Artsen maken beslissing op basis van medische criteria tussen ambulant, daghospitalisatie of klassiek. Zonder onderscheid naar huidige of toekomstige achterliggende vormen van financiering voor het ziekenhuis.

Streefdoel timing: opleveren van de beslissingen van de werkgroepen tegen uiterlijk tegen eind 2020. Indien er meerdere vergadering per specialisatie nodig zijn, wordt gevraagd prioritair de quick wins vast te stellen (mbt schrappen en toevoegen) tegen 30 juni 2020 en daarna voort te gaan met de andere opdrachten.

Is het mogelijk op basis van de resultaten van de artsen-werkgroepen reeds een budget te voorzien in behoeftefiche 2021? Dit hangt mede af van de voorstellen van de financiële werkgroep (o.m. hoe wordt er een inschatting gemaakt van de kostprijs van de bijkomende verstrekkingen ‘daghospitalisatie’?)

1. **Financiële werkgroep**

Doelstelling 2020:

**Impact op BFM**

* Analyse van de aanpassing van lijsten A : verduidelijken impact op BFM, met het oog op bepaling van de techniek van bijwerking van de lijsten (budgetneutraal versus noodzaak budget)
* Bevestigen relevantie definitie chirurgisch dagziekenhuis (cf supra)
* Advies over bijsturing/Vernieuwing korte termijn financieringstechniek BFM daghospitalisatie en behoefte fiche opstellen 2021

**Impact op RIZIV**

* Forfaits analyse en voorstel van financiering anesthesie en de nieuwe technieken en nieuwe ontwikkelingen. Naast forfait voor algemene anesthesie ook voor forfaits voor andere types anesthesie, vb. zgn. ‘blocks’.
* Methode Herschaling II medisch dagziekenhuis op punt stellen: procesplan, interview in de ziekenhuizen. Eventueel al uit te testen op nieuwe quick win verstrekkingen indien deze niet kunnen “gelinkt” worden aan bestaande verstrekkingen

Doelstelling 2021:

* Herschaling II medisch dagziekenhuis starten
* Implementatie bijsturing/vernieuwing financieringstechniek BFM daghospitalisatie (indien relevant in functie van vrijgemaakt budget)
* Begin ontwikkeling nieuwe financiering daghospitalisatie (langere termijn), zowel chirurgisch als niet-chirurgisch, bij voorkeur geïntegreerd en bij voorkeur zonder lijsten.

Hoe in de financiering omgaan met de situaties waarin klassieke opname ipv daghospitalisatie verantwoord is (criteria worden bepaald door arts-expertengroep).Voorstel forfait (materiaal, verpleegkundig toezicht) voor infuustherapie en complexe wondzorg met gebruik behandelzaal met het oog op behoeftefiche 2022. Op het eerste zicht lijkt dit een terugkeer naar het ‘miniforfait’!!! Voor infuustherapie worden de ziekenhuizen nog steeds vergoed via het budget van de miniforfaits dat overgedragen werd naar het BFM. Indien de vergoeding van deze verstrekkingen terug zou moeten verlopen via de Nationale overeenkomst lijkt het noodzakelijk dat ook het budget terugkeert. Daarnaast dient heel duidelijk omschreven te worden voor welke infuustherapieën het forfait bedoeld is. Bij het miniforfait dat aangerekend kon worden voor alle intraveneuze toedieningen van bloed en medicatie werd de ziekteverzekering jaarlijks geconfronteerd met sterke stijgingen in de uitgaven die niet verklaard konden worden. Ook een eventueel forfait voor complexe wondzorg moet uitermate goed omschreven worden.

Doelstelling 2022

* Uitrol project financiering anesthesie, forfait voor infuustherapie en complexe wondzorg met gebruik behandelzaal, herschaling
* Voortzetten ontwikkeling nieuwe financiering daghospitalisatie (langere termijn), zowel chirurgisch als niet-chirurgisch, bij voorkeur geïntegreerd en bij voorkeur zonder lijsten.

Aandachtspunten: zie visienota. Onder andere:

* Neutrale kostprijs voor de patiënt: klassiek verblijf of daghospitalisatie. Dit is voornamelijk een aandachtspunt voor de kostprijs van geneesmiddelen.
* Kostprijs voor de patiënt bij shift van daghospitalisatie naar ambulant: honorariumsupplementen en impact op hospitalisatieverzekering.
* Systeem van up to date houden van de lijsten (in alle richtingen) zolang er nog zijn.
* Indien er niet meer gewerkt wordt met lijsten: shift van ambulant naar daghospitalisatie voorkomen
* Shift in activiteiten van klassiek naar dagzh (= gesuggereerde kosten, zoals grotere turn-over, objectiveren) financieel verrekenen. Gevraagde extra budgetten moeten objectief verantwoord kunnen worden.

- Eenzelfde vergoeding voor eenzelfde prestatie (= forfaitfinanciering of laagvariabele zorg) gebaseerd op analyse van de reële kosten (type ‘herschaling’). Later kunnen globaal prospectieve bedragen cf. laagvariabele zorg.

**IV. Andere deeltrajecten**

* Opnameverklaring: Griet Ceuterick FOD Volksgezondheid
* MKG registratie: Fod Volksgezondheid
* Benchmarking : opdracht binnen OC ZH-VI
* Medico-mut rond toezichtshonoraria: opdracht aan TGR (zie nieuw medico-mut akkoord 2020)