

SYNTHESE

HOE KAN DAGCHIRURGIE IN BELGIË VERDER WORDEN UITGEBREID?



SYNTHESE

HOE KAN DAGCHIRURGIE IN BELGIË VERDER WORDEN UITGEBREID?

ROOS LEROY, CÉCILE CAMBERLIN, MÉLANIE LEFÈVRE, PATRIEK MISTIAEN, KOEN VAN DEN HEEDE, STEFAAN VAN DE SANDE, CARINE VAN DE VOORDE, CLAIRE BEGUIN



■ VOORWOORD

“Goeiedag, mevrouw, u bent hier dus op de voorziene afspraak drie weken voor uw geplande ingreep. We kunnen dan nu misschien even bekijken wat u verkiest: een ingreep in dagziekenhuis, en u gaat tegen het einde van de namiddag naar huis, of anders een gewone opname met één overnachting, en u gaat de tweede dag kort na de middag naar huis.”

Hoe vaak zou een dergelijke conversatie plaatsvinden? Onze gok: niet zo vaak. En bovendien zal de patiënt zich hierover ook moeilijk een uitgesproken mening kunnen vormen, en zullen toevallige, contextuele factoren gemakkelijk de voorkeur in de ene of de andere richting doen overhellen. Maar, laat ons wel wezen, doorgaans zal de patiënt zich zonder morren schikken naar de geplogenheden van het huis.

En die geplogenheden van het huis – zo leerde ons al onze studie over het dagziekenhuis uit 2012 – worden in belangrijke mate mee gestuurd door de prikkels van een al te ingewikkeld en onlogisch financieringssysteem. Wie zijn wij, overigens, om te verwachten dat ziekenhuizen en artsen zich in het eigen vlees zouden snijden terwijl de overheid de winst opstrijkt en het uiteindelijke resultaat voor de patiënt wellicht hetzelfde is?

Een beleid dat opteert voor meer ambulante zorg – zich inschrijvend in een internationaal breed gedragen trend – moet dan ook resoluut de stimuli op de juiste plaats leggen, de nodige veiligheidsnetten inbouwen en de opvangcapaciteit van de eerste lijn op het gewenste peil krijgen. De aan de gang zijnde grondige hervorming van de ziekenhuisfinanciering, ja, van het hele ziekenhuislandschap, biedt misschien een historische kans. Het is ons aanvoelen dat dit ook op het terrein als een opportuniteitsvenster wordt gezien. Getuige hiervan is de massale respons die wij kregen van de clinici: niet minder dan 145 chirurgen en anesthesisten vonden tussen hun drukke praktijkactiviteiten door toch nog de tijd om feedback te geven in een online bevraging en in 11 werkgroepen samen met ons na te denken over het chirurgisch dagziekenhuis van morgen. Zij bouwden zo mee aan een breed draagvlak voor dit rapport. Wij willen hen bij deze nogmaals hartelijk danken voor hun inbreng en voor de boeiende discussies die we met hen konden voeren.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ KERN BOODSCHAPPEN

- De afgelopen decennia nam dagchirurgie in de westerse landen steeds toe. Toch bestaan er nog **grote verschillen tussen landen** of tussen ziekenhuizen binnen eenzelfde land. Voor bepaalde ingrepen (bv. cataractoperaties en het verwijderen van de amandelen) behaalt België gelijkaardige scores als de meeste andere landen, voor andere (bv. galblaasverwijdering en gedeeltelijke verwijdering van een borstklier) is er duidelijk nog ruimte voor verbetering.
- De **variabiliteit** in percentage dagchirurgie voor geplande ingrepen **tussen de Belgische ziekenhuizen** onderling is **aanzienlijk**. Ook voor behandelingen met een hoog nationaal percentage dagchirurgie (bv. niersteenvergruizing en de verwijdering van keel- en neusamandelen) zijn er ziekenhuizen die de trend naar meer dagchirurgie niet volgen. Voor bepaalde ingrepen schommelt het percentage aan dagchirurgie zelfs tussen 0% en 100% (voor de periode 2011-2013).
- **Verschillende factoren bemoeilijken een verdere uitbreiding** van dagchirurgie in België. Het huidig financieringssysteem moedigt dagchirurgie niet aan; het is bijzonder complex en intransparant. Organisatorische en logistieke barrières zowel binnen het ziekenhuis als in de ambulante zorg vormen een obstakel. De macht van de gewoonte bij medische teams en het gebrek aan (de implementatie van) *evidence-based* richtlijnen mogen niet onderschat worden.
- Wanneer men opteert voor een verdere uitbreiding van dagchirurgie in België, moet er gezorgd worden voor:
 - Eén **coherent financieringssysteem** dat dagchirurgie financieel aanmoedigt en waarbij een aanzuigefect op ingrepen die gemakkelijk kunnen worden uitgevoerd in de spreekkamer vermeden wordt;
 - Een **duidelijke opdeling** van enerzijds het chirurgisch dagziekenhuis (met een autonome organisatie van de zorgprocessen) en anderzijds het klassiek ziekenhuis;
 - De ontwikkeling van klinische **praktijkrichtlijnen en zorgpaden** en de opvolging van hun implementatie;
 - Goede **communicatie** met de patiënt en zijn mantelzorger, zijn huisarts, thuisverpleegkundige, kinesitherapeut en apotheker, evenals het aanbieden van de **gepaste opleidingen** zodat een optimale postoperatieve zorg buiten het ziekenhuis kan verleend worden;
 - Een **feedbacksysteem** waarbij ziekenhuizen en zorgverstrekkers de cijfers krijgen over hun eigen percentage procedures dat in dagchirurgie wordt uitgevoerd in vergelijking met andere ziekenhuizen en zorgverstrekkers (benchmarking) en de **monitoring** van een aantal kwaliteitsparameters (bv. ongeplande heropname, ongepland verblijf in klassieke opname, bezoek aan spoed);
 - Een **kostenneutrale keuze voor de patiënt** tussen dagchirurgie en een klassieke opname.



■ SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

| | | |
|------|---|----|
| ■ | VOORWOORD | 1 |
| ■ | KERN BOODSCHAPPEN | 2 |
| ■ | SYNTHESE | 3 |
| 1. | SITUERING EN CONTEXT | 5 |
| 1.1. | WAT IS DAGCHIRURGIE? | 5 |
| 1.2. | DAGCHIRURGIE IN VOLLE EXPANSIE | 5 |
| 1.3. | WAT IS HET VOORDEEL? | 5 |
| 1.4. | WELKE PATIËNTEN KOMEN IN AANMERKING?..... | 5 |
| 1.5. | NOG RUIMTE VOOR MEER DAGCHIRURGIE IN BELGIË..... | 5 |
| 1.6. | <i>WHAT'S IN A NAME?</i> | 6 |
| 1.7. | HOE VERLIEP HET ONDERZOEK? | 6 |
| 2. | DAGCHIRURGIE IN EEN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF | 7 |
| 2.1. | GELIJKE TRED VOOR CATARACTOPERATIES EN VERWIJDERING VAN DE AMANDELEN | 7 |
| 2.2. | ZEER LAGE SCORE VOOR GALBLAASVERWIJDERING EN GEDEELTELIJKE VERWIJDERING VAN EEN BORSTKLIER | 7 |
| 3. | HUIDIGE SITUATIE IN BELGIË | 8 |
| 3.1. | VARIABILITEIT TUSSEN DISCIPLINES EN REGIO'S | 8 |
| 3.2. | VARIABILITEIT TUSSEN DE BELGISCHE ZIEKENHUIZEN..... | 9 |
| 3.3. | WELKE FACTOREN VERKLAREN DE VARIABILITEIT? | 12 |
| 3.4. | VOORZICHTIGHEID GEBODEN BIJ DE INTERPRETATIE VAN BELGISCHE GEGEVENS | 12 |
| 4. | WAT BEMOEILIJKT EEN VERDERE UITBREIDING VAN DAGCHIRURGIE IN BELGIË? | 14 |
| 4.1. | EEN FINANCIERINGSSYSTEEM DAT DAGCHIRURGIE NIET AANMOEDIGT: COMPLEX EN INTRANSPARANT | 14 |



| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.2. | ORGANISATORISCHE BELEMMERINGEN IN DE ZIEKENHUIZEN | 19 |
| 4.3. | ORGANISATORISCHE OBSTAKELS BIJ DE AMBULANTE ZORG EN MEDISCH-JURIDISCHE BELEMMERINGEN | 20 |
| 4.4. | KLINISCHE VOORKEUREN EN GEWOONTEN BIJ DE MEDISCHE TEAMS EN GEBREK AAN <i>EVIDENCE-BASED</i> RICHTLIJNEN | 20 |
| 4.5. | DAGCHIRURGIE ALLEEN GESCHIKT VOOR PATIËNTEN MET DE NODIGE ONDERSTEUNING | 21 |
| 4.6. | VOORKEUREN EN COMFORT VAN DE PATIËNT | 21 |
| 5. | VOORSTELLEN VOOR EEN VERDERE UITBREIDING VAN DAGCHIRURGIE | 21 |
| 5.1. | DAGCHIRURGIE ONDERSTEUNEN MET FINANCIËLE STIMULI | 21 |
| 5.2. | ORGANISATIE EN LOGISTIEK ONDERSTEUNEN EN VERBETEREN | 23 |
| 5.3. | KLINISCHE RICHTLIJNEN EN ZORGPADEN | 23 |
| 5.4. | DE BETROKKEN PARTIJEN INFORMEREN EN ZE GEPASTE OPLEIDINGEN AANBIEDEN | 24 |
| 5.4.1. | De ziekenhuisteam | 24 |
| 5.4.2. | De patiënt | 24 |
| 5.4.3. | De ambulante zorg | 24 |
| 5.4.4. | Duidelijkheid over de medisch-juridische verantwoordelijkheid | 24 |
| 5.5. | KWALITEITSBEWAKING DOOR DATA INZAMELING, MONITORING EN FEEDBACK | 24 |
| 5.6. | DE KOSTEN NIET AFWENTELEN OP DE PATIËNT | 25 |
| ■ | AANBEVELINGEN | 26 |



1. SITUERING EN CONTEXT

1.1. Wat is dagchirurgie?

Wanneer een patiënt na een operatie dezelfde dag nog het ziekenhuis verlaat, spreekt men van dagchirurgie. De ingrepen worden uitgevoerd in een chirurgisch dagcentrum, dat over een volwaardige operatie infrastructuur beschikt. Voorbeelden van operaties die vaak in dagchirurgie gebeuren, zijn het plaatsen van trommelvliesbuisjes, cataract chirurgie en sterilisatie bij de man.

1.2. Dagchirurgie in volle expansie

De afgelopen decennia nam dagchirurgie in de westerse landen steeds toe. Dit is te danken aan de vooruitgang in de chirurgische, verdovings- en pijnbestrijdingstechnieken. Zo worden er steeds meer minimaal invasieve technieken toegepast (bv. laparoscopie i.p.v. “open” chirurgie), waardoor de operatiewonde veel kleiner is en deze sneller herstelt. Kortwerkende verdovingsmiddelen zorgen ervoor dat de patiënt na het ontwaken minder bijwerkingen heeft, zoals sufheid en misselijkheid. Maar ook veranderingen in de klinische praktijkvoering en in de attitude van medische teams (bv. sneller mobiliseren en sneller starten met voeding) en financiële stimulansen hebben in veel landen bijgedragen tot een verschuiving van klassieke naar dagchirurgie en de oprichting van centra voor dagchirurgie met eigen teams en goed gedefinieerde zorgpaden.

1.3. Wat is het voordeel?

Dagchirurgie is voor een groot aantal chirurgische indicaties **veilig**. Zelfs bij patiënten met een stabiele chronische aandoening (bv. diabetes, astma, epilepsie) gebeuren ingrepen, wanneer mogelijk, bij voorkeur in dagchirurgie. Hun dagelijkse routine, waaronder hun medicatieschema, wordt dan immers minimaal onderbroken. Bovendien ligt het risico op besmetting bij dagchirurgie lager, omdat de patiënten minder tijd in het ziekenhuis doorbrengen en op een andere plaats worden behandeld dan de ziekere patiënten. Na een ingreep in een chirurgisch dagcentrum worden patiënten ook sneller terug mobiel.

Dagchirurgie wordt als **meer kosteneffectief** beschouwd, omdat er geen personeel moet aanwezig zijn buiten de openingsuren van het dagcentrum en de patiënt minder gebruik maakt van de “hotelvoorzieningen” (maaltijden, drank, lakens, verwarming, enz.) van het ziekenhuis. Tegelijkertijd kunnen personeel en infrastructuur intensiever en efficiënter worden ingezet, omdat de minder zware ingrepen worden geconcentreerd in het centrum voor dagchirurgie. Daarbij kunnen de “klassieke” ziekenhuisbedden worden vrijgehouden voor zwaardere operaties of behandelingen, of in bepaalde gevallen zelfs worden afgebouwd.

1.4. Welke patiënten komen in aanmerking?

Of een patiënt in aanmerking komt voor dagchirurgie moet gebaseerd zijn op een **individuele preoperatieve beoordeling** door het medisch team, en de beslissing moet worden genomen in samenspraak met de patiënt. De preoperatieve beoordeling moet op tijd gebeuren zodat, indien nodig, comorbiditeiten kunnen worden aangepakt en de patiënt voldoende kan worden geïnformeerd en voorbereid. De selectie van patiënten voor dagchirurgie mag alleszins niet gebaseerd zijn op arbitraire grenswaarden (zoals bijvoorbeeld een bepaalde leeftijd of BMI/gewicht), maar wel op medische én sociale criteria uit recente richtlijnen. Want zelfs als een ingreep vanuit medisch oogpunt perfect in dagchirurgie kan worden uitgevoerd, dan nog moet worden nagegaan of de patiënt thuis voldoende ondersteuning kan krijgen en in staat is om de instructies voor nazorg te begrijpen en op te volgen.

1.5. Nog ruimte voor meer dagchirurgie in België

Ofschoon dagchirurgie overal toeneemt, bestaan er nog grote verschillen tussen landen of tussen ziekenhuizen binnen eenzelfde land (zie verder in Sectie 2). Ook in België is er nog ruimte voor verdere uitbreiding van dagchirurgie. Eén van de doelstellingen van het Plan van Aanpak voor de hervorming van de Belgische ziekenhuisfinanciering (april 2015) van de huidige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is dan ook het aantal klassieke ziekenhuisverblijven te verminderen door meer in te zetten op dagchirurgie.



Onze studie werd uitgevoerd op vraag van de minister en past binnen het hierboven genoemde actieplan. Met ons onderzoek hebben we getracht de volgende twee vragen te beantwoorden:

1. Welke electieve (geplande) chirurgische ingrepen kunnen veilig worden uitgevoerd in dagchirurgie als een alternatief voor een klassieke opname?
2. Hoe kan het aandeel van dagchirurgie worden verhoogd?

Alleen electieve chirurgische ingrepen kwamen voor deze studie in aanmerking. Niet-chirurgische ingrepen in daghospitalisatie (bv. dialyse, oncologische behandelingen), spoedchirurgie en ambulante chirurgie (in de spreekkamer) maken er geen deel van uit.

1.6. *What's in a name?*

In de internationale literatuur worden de termen “dagchirurgie” en “ambulante chirurgie” als synoniemen gebruikt. In een Belgische context wordt ambulante chirurgie (of “*outpatient surgery*”) echter niet uitgevoerd in een operatiezaal, maar in de spreekkamer van een arts, binnen of buiten het ziekenhuis. Om elke verwarring te voorkomen, gebruiken we daarom in dit rapport uitsluitend de term “dagchirurgie”, wanneer we verwijzen naar ingrepen die in een chirurgisch dagcentrum worden uitgevoerd. Hierdoor wijken we enigszins af van de definities van de *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS).

1.7. Hoe verliep het onderzoek?

Om een antwoord te vinden op de hogervermelde vragen, pasten we de volgende onderzoeksmethoden toe:

- Een overzicht van de internationale literatuur over de risico's en de veiligheid van dagchirurgie (zie Wetenschappelijk Rapport, Hoofdstuk 4);
- Een online enquête voor elk van de elf chirurgische disciplines (zie Figuur 1) waarbij aan Belgische medisch specialisten (in deze synthese “geconsulteerde experts” genoemd, zie colofon) gevraagd werd welke chirurgische ingrepen in aanmerking komen voor dagchirurgie (zie Wetenschappelijk Rapport, Hoofdstuk 5);
- Een analyse van de huidige praktijk op basis van Belgische administratieve gegevens (2011-2013) van de Technische Cel (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) – FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu) (zie Wetenschappelijk Rapport, Hoofdstuk 5);
- Expertmeetings met 11 groepen van Belgische medisch specialisten (in deze synthese “geconsulteerde experts” genoemd) waarbij de huidige praktijk besproken werd, evenals de barrières voor een verdere uitbreiding van dagchirurgie (zie Wetenschappelijk Rapport, Hoofdstuk 5);
- Een raadpleging van stakeholders die betrokken zijn bij de organisatie en financiering van dagchirurgie in België (zie colofon);
- Een validatie van dit rapport door drie onafhankelijke wetenschappelijke experts, waaronder twee uit het buitenland (zie colofon).



2. DAGCHIRURGIE IN EEN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

Uit de meest recente gegevens van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO; 2014) blijkt dat tussen de West-Europese landen grote verschillen bestaan inzake dagchirurgie (zie Wetenschappelijk Rapport, Hoofdstuk 2). Voor bepaalde ingrepen behaalt België gelijkaardige scores als de meeste andere landen, voor andere is er duidelijk nog ruimte voor verbetering.

2.1. Gelijke tred voor cataractoperaties en verwijdering van de amandelen

Bij **cataractchirurgie** wordt de natuurlijke lens van het oog, die troebel is geworden, verwijderd en (meestal) vervangen door een kunstlens. In veel Europese landen wordt cataractchirurgie vooral uitgevoerd in dagchirurgie; dat is ook het geval in België voor 95% van de ingrepen.

De situatie is minder homogeen voor **tonsillectomie** (verwijdering van de keelamandelen), een ingreep die vooral bij kinderen wordt uitgevoerd: minstens de helft van de patiënten keert dezelfde dag terug naar huis in Finland (85%), in Zweden (71%), in België (70%), in Nederland (68%), in Noorwegen (62%) en in het Verenigd Koninkrijk (50%). Aan de andere kant van het spectrum zien we dat in Duitsland geen en Ierland bijna geen enkele patiënt in dagchirurgie wordt behandeld.

2.2. Zeer lage score voor galblaasverwijdering en gedeeltelijke verwijdering van een borstklier

Een ingreep die in België duidelijk minder vaak in dagchirurgie gebeurt dan in andere landen is de **cholecystectomie (galblaasverwijdering)**. Terwijl in Denemarken meer dan de helft van alle open en laparoscopische cholecystectomieën (respectievelijk 53% en 57%) in dagchirurgie worden uitgevoerd, gebeurt dit in België slechts voor een kleine minderheid van de ingrepen (respectievelijk 4% en 5%).

In België wordt 28% van de **gedeeltelijke verwijderingen van een borstklier** uitgevoerd in dagchirurgie. Ons land ligt daardoor ver achter op Ierland (70%), het Verenigd Koninkrijk (69%), Denemarken (67%) en Zweden (60%).



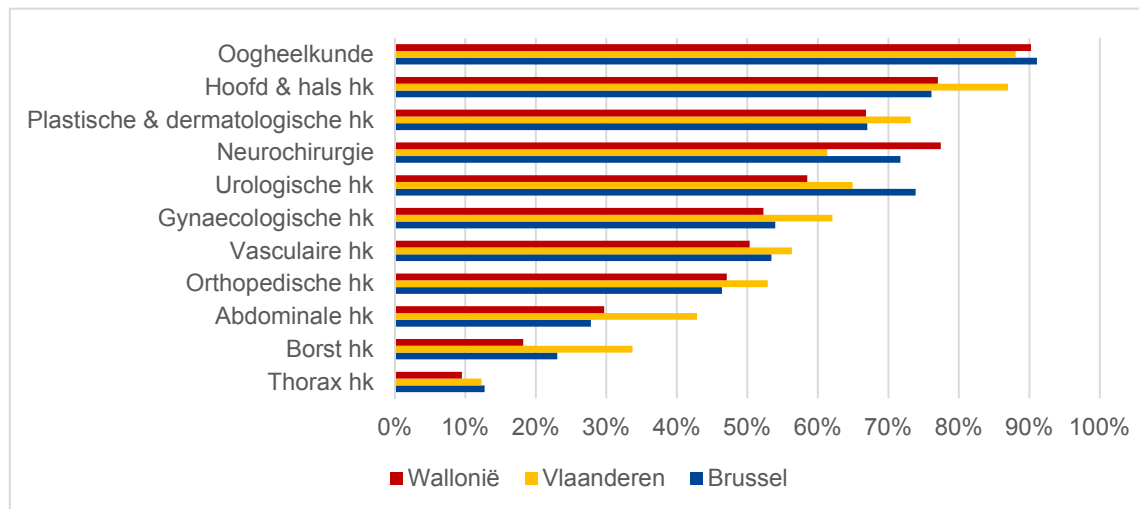
3. HUIDIGE SITUATIE IN BELGIË

We analyseerden de Belgische administratieve data van de periode 2011-2013 voor 486 chirurgische ingrepen, verdeeld over 11 disciplines (zie Figuur 1; voor meer details zie Wetenschappelijk Rapport, Hoofdstuk 5). In Figuur 2 en Figuur 3 wordt elk Belgisch ziekenhuis voorgesteld door een cirkel. Hoe meer (klassieke en dagchirurgie) ingrepen een ziekenhuis uitvoert, des te groter het cirkeltje. Alleen ziekenhuizen met minstens 10 ingrepen in 2011-2013 worden weergegeven. Enkel patiënten die geen zware co-morbiditeiten hadden op het moment van de ingreep ("Severity of illness" (Graad van ernst) 1 of 2, zie Tekstvak 1) werden in de analyses opgenomen.

3.1. Variabiliteit tussen disciplines en regio's

Uit de analyse van de hogervermelde 486 ingrepen blijkt dat oogheelkundige operaties in België het meest in dagchirurgie worden uitgevoerd, en thoracale (aan o.a. longen) het minst (zie Figuur 1). Voor de meeste chirurgische disciplines worden in Vlaanderen meer operaties in dagchirurgie uitgevoerd dan in Wallonië of Brussel. De verschillen tussen Wallonië en Brussel zijn eerder beperkt (zie ook sectie 3.3). Uit de administratieve gegevens konden we de redenen voor deze verschillen niet achterhalen.

Figuur 1 – Regionale verschillen in dagchirurgie voor 11 chirurgische disciplines, 2011-2013



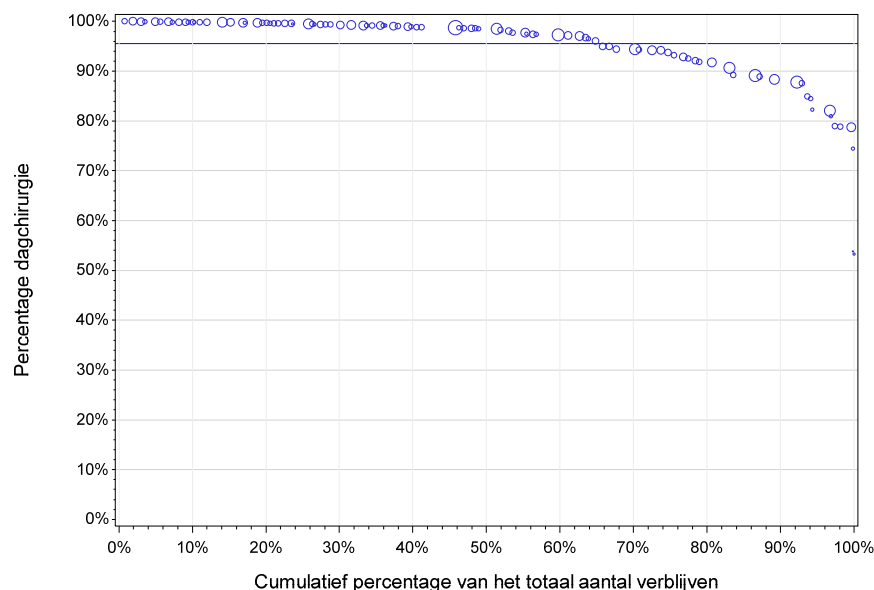
Hk: heekunde



3.2. Variabiliteit tussen de Belgische ziekenhuizen

Tussen de Belgische ziekenhuizen onderling stelden we een aanzienlijke variabiliteit vast.

Figuur 2 – Cataractchirurgie (Lensextractie met het inbrengen van een intraoculaire lensprothese), 2011-2013



Horizontale lijn die het nationaal % weergeeft: 95.5 %
Aantal ziekenhuizen met 0% dagchirurgie: 0

De 100 ziekenhuizen die minstens 10 cataractoperaties uitvoerden, deden gemiddeld 95,5% van deze ingrepen in dagchirurgie (Figuur 2). Maar toch is er nog ruimte voor verbetering: uit de figuur blijkt dat een aantal ziekenhuizen nog steeds onder de 90% blijven. Daarbij is er zelfs een ziekenhuis dat maar 53,3% van zijn cataractoperaties in dagchirurgie uitvoert en dus 46.7% van deze patiënten minstens één nacht opneemt.

Vergelijkbare resultaten (een hoog nationaal percentage dagchirurgie, met een aantal ziekenhuizen die daar ver onder blijven) stelden we ook vast voor andere ingrepen, uit andere disciplines. Tabel 1 bevat enkele voorbeelden: het nationaal gemiddelde van al deze ingrepen is hoog, maar de minima daarentegen zijn zeer laag, wat aangeeft dat bepaalde ziekenhuizen de trend naar meer dagchirurgie niet volgen.



Tabel 1 – Voorbeelden van geplande chirurgische ingrepen met een hoog nationaal percentage aan dagchirurgie, waar er toch “lage presteerders” zijn, 2011-2013

| Procedure | Aantal verblijven (alle) | Aantal verblijven dag-chirurgie | Nationaal % dag-chirurgie | Min % dag-chirurgie | Max % dag-chirurgie | P25 (%) | P75 (%) |
|---|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|---------|---------|
| Vrijmaken van carpale tunnel | 92 526 | 90 606 | 97,9 | 42,9 | 100,0 | 97,0 | 99,1 |
| Lithotripsie (niersteenvergruizing) | 36 626 | 35 180 | 96,1 | 0,0 | 99,4 | 92,7 | 97,4 |
| Correctie van blefaroptosis (hangend ooglid) | 5 893 | 5 585 | 94,8 | 63,6 | 100,0 | 92,3 | 100,0 |
| Arthroscopische meniscectomie (verwijdering meniscus) | 113 946 | 106 847 | 93,8 | 51,3 | 99,4 | 91,2 | 95,8 |
| Endometriumbiopsie/aspiratie met hysteroscopy (onderzoek baarmoeder) | 23 168 | 21 647 | 93,4 | 30,2 | 100,0 | 88,4 | 96,5 |
| Tonsillectomie met adenotomie (verwijderen van keel-en neusamandelen) | 41 828 | 37 133 | 88,8 | 2,7 | 100,0 | 86,3 | 96,3 |
| Uni- of bilaterale orchidopexie (operatief doen indalen van de testikels) | 6 973 | 5 867 | 84,1 | 16,0 | 100,0 | 78,9 | 96,0 |

%: percentage; Min: minimum; Max: maximum; P: percentiel; data beperkt tot ziekenhuizen die minstens 10 van dergelijke procedures uitvoerden in 2011-2013.

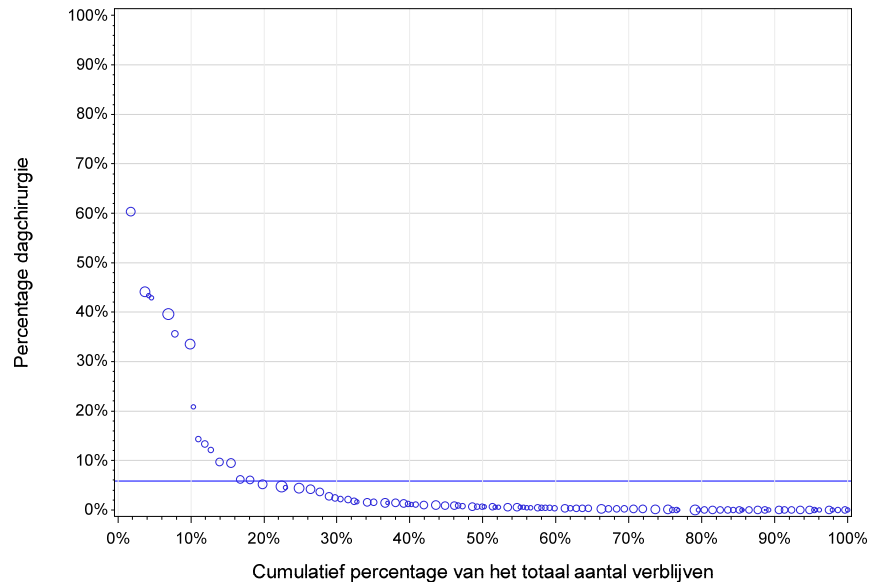
Voor bepaalde ingrepen schommelt het percentage aan dagchirurgie zelfs tussen 0% en 100% (voor de periode 2011-2013). Een aantal van deze ingrepen is opgesomd in Tabel 2.


Tabel 2 – Voorbeelden van geplande chirurgische ingrepen met een percentage dagchirurgie dat schommelt tussen 0% en 100%, 2011-2013

| Procedure | Aantal Verblijven (alle) | Aantal Verblijven dag- chirurgie | Nationaal % dag- chirurgie | Min % dag- chirurgie | Max % dag- chirurgie | P25 (%) | P75 (%) |
|--|--------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------|---------|
| Faciale (gezichts-) bottransplantatie | 6 198 | 4 524 | 73,0 | 0,0 | 100,0 | 46,6 | 88,5 |
| Dacryocystorhinostomie (operatie traankanaal) | 2 455 | 1 522 | 62,0 | 0,0 | 100,0 | 34,1 | 82,6 |
| Verwijderen van borstweefsel bij mannen | 1 495 | 893 | 59,7 | 0,0 | 100,0 | 31,3 | 80,0 |
| Turbinectomie (verwijderen neusschelp) | 19 558 | 9 623 | 49,2 | 0,0 | 100,0 | 24,5 | 69,9 |
| Trabeculectomie (verlagen van de oogdruk) | 2 788 | 1 300 | 46,6 | 0,0 | 100,0 | 51,0 | 100,0 |
| Facelift | 1 523 | 369 | 24,2 | 0,0 | 100,0 | 8,2 | 48,2 |
| Laserfotocoagulatie van scheur of loslating van het netvlies | 3 016 | 522 | 17,3 | 0,0 | 100,0 | 3,1 | 80,2 |

%: percentage; Min: minimum; Max: maximum; P: percentiel; data beperkt tot ziekenhuizen die minstens 10 van dergelijke procedures uitvoerden in 2011-2013.

Voor sommige ingrepen ligt het nationaal percentage van dagchirurgie in België duidelijk lager dan in andere West-Europese landen (zie ook sectie 2.2). Een sprekend voorbeeld hiervan is **laparoscopische cholecystectomie** (het verwijderen van de galblaas). In de periode 2011-2013 bedroeg het nationale percentage dagchirurgie voor deze ingreep slechts 5,9% (Figuur 3). Toch behaalde één ziekenhuis een score van 60,3%, terwijl er 31 ziekenhuizen waren die er geen enkele in dagchirurgie uitvoerden. Nochtans blijkt deze ingreep er zich volgens de geconsulteerde experts in ongeveer de helft van de gevallen toe te lenen. Maar zoals getoond in sectie 4.1, worden de Belgische ziekenhuizen er financieel niet toe aangemoedigd.

**Figuur 3 – Laparoscopische cholecystectomie, 2011-2013**

Horizontale lijn die het nationaal % weergeeft: 5.9 %
Aantal ziekenhuizen met 0% dagchirurgie: 31

3.3. Welke factoren verklaren de variabiliteit?

In aanvullende analyses keken we na welke factoren bepalen of een patiënt in dagchirurgie wordt behandeld. **De leeftijd van de patiënt en de ernst van de aandoening blijken doorslaggevend te zijn, ongeacht het type ingreep.** Ouderen (>75 jaar) en vooral patiënten met een meer ernstige aandoening hebben doorgaans een kleinere kans om in dagchirurgie te worden behandeld. Verder stelden we vast dat vooral universitaire ziekenhuizen en ziekenhuizen in Wallonië (en iets minder ook in Brussel) minder dan één vierde van hun operaties in dagchirurgie uitvoeren. Verschillen in “*severity of illness*” (zie Tekstvak 1) konden dit niet volledig verklaren. Zijn andere klinische of opnamepraktijken de oorzaak? Kunnen

hun patiënten minder een beroep doen op de eerstelijns- en thuiszorg? Hebben ze een verschillend sociaaleconomisch profiel? Met de administratieve gegevens waarover we vandaag beschikken kon dit helaas niet worden nagegaan.

3.4. Voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van Belgische gegevens

Voor de meerderheid van de geconsulteerde experts was het de allereerste keer dat ze werden geïnformeerd over de verhouding dagchirurgie tegenover klassieke opnames. Dit werd erg nuttig en soms zelfs confronterend bevonden. Volgens hen is het belangrijk dat die gegevens op regelmatige basis met alle specialisten worden gedeeld zodat ze daarin een beter inzicht krijgen. Het kan ook motiverend werken. Belangrijk is wel dat de gegevens voorzichtig worden geïnterpreteerd. Verschillende aanpassingen zullen nodig zijn indien men ze adequaat wil inzetten voor monitoring en benchmarking. In Appendix 16 vindt u een uitgebreid overzicht per discipline van de bezorgdheden van de geconsulteerde experts i.v.m. de gegevens. Hieronder geven we de meest voorkomende:

- Soms wordt voor een **brede waaier** aan indicaties, ingrepen, technieken en niveaus van ernst **eenzelfde nomenclatuurcode** gebruikt. Een voorbeeld daarvan is de transplantatie van hoornvlies. Er bestaat maar één nomenclatuurcode voor deze ingreep, terwijl de transplantatie volledig of gedeeltelijk kan zijn. De recentere techniek, waarbij enkel stukjes hoornvlies worden getransplanteerd, geeft een veel kleiner risico op complicaties en is dus geschikt voor dagchirurgie, terwijl de volledige transplantatie zich daar veel minder toe leent (o.w.v. een hoger complicatierisico). Op basis van de nomenclatuur kunnen beide technieken echter niet onderscheiden worden in de databank.



- Sommige ingrepen worden in de **nomenclatuur** en/of de **ICD-9-CM codes** (zie Tekstvak 1) te **vaag** omschreven, waardoor het op basis van de databanken niet mogelijk is te achterhalen of de ingreep in aanmerking kwam voor dagchirurgie. Voorbeelden zijn de botcurettages in de orthopedie: in bepaalde gevallen is er een risico op ernstige sepsis en moet de patiënt van nabij worden opgevolgd en behandeld met o.a. intraveneuze antibiotica. In dat geval is dagchirurgie niet aangewezen. Maar andere minder uitgebreide curettage ingrepen kunnen wel perfect in dagchirurgie worden uitgevoerd.
- De gegevens laten meestal niet toe een **onderscheid** te maken tussen **primaire** en **revisiechirurgie**. Voor sommige ingrepen is dit nochtans zeer belangrijk, want revisiechirurgie duidt over het algemeen op een zwaardere ingreep en komt daardoor minder in aanmerking voor dagchirurgie. Daarnaast kan er op basis van de gegevens die wij gebruikten (2011-2013) niet altijd een verschil worden gemaakt tussen open en minimaal invasieve chirurgie. Met het nieuwe patiëntenclassificatiesysteem (zie Tekstvak 1) dat vanaf 2015 gebruikt wordt, zal dat onderscheid beter kunnen gemaakt worden.
- Bepaalde **nomenclatuurcodes** worden **gebruikt voor andere ingrepen dan bedoeld**, omdat geschikte codes ontbreken (bv. omdat de nomenclatuur nog niet is aangepast aan de huidige praktijk) of omdat de vergoeding voor de ingreep te laag wordt bevonden. Deze problematiek werd door verschillende expertgroepen aangehaald. Een voorbeeld is de radicale excisie van endometriose, een ingreep die volgens de geconsulteerde experts enkel in gespecialiseerde centra zou mogen worden uitgevoerd (80 ziekenhuizen blijken ze nochtans uit te voeren, waaronder 57 slechts 10 maal over een periode van 3 jaar), en die zeker binnen het kader van een klassiek ziekenhuisverblijf moet gebeuren. Volgens de experts werd voor de 119 zogenaamde radicale excisies van endometriose die in dagchirurgie gebeurden, een incorrecte nomenclatuurcode doorgegeven.
- **Ingrepen die in de spreekkamer** van de arts plaatsvinden (ambulante chirurgie), mogen in principe niet geregistreerd worden als dagchirurgie. Toch werd in verschillende expertwerkgroepen gemeld dat in sommige ziekenhuizen dergelijke ingrepen courant (**frauduleus**) **als dagchirurgie** worden geregistreerd om op die manier aanspraak te kunnen maken op vergoedingen eigen aan het chirurgisch dagziekenhuis (zie sectie 4.1). Voorbeelden uit verschillende disciplines werden geciteerd (en worden in Hoofdstuk 5 van het Wetenschappelijk Rapport verder besproken en in Appendix 16 opgesomd). Op basis van de administratieve gegevens kan men onmogelijk achterhalen welke ingrepen daadwerkelijk in een operatiezaal werden uitgevoerd en welke ten onrechte als dusdanig geregistreerd.



4. WAT BEMOEILIJKT EEN VERDERE UITBREIDING VAN DAGCHIRURGIE IN BELGIË?

4.1. Een financieringssysteem dat dagchirurgie niet aanmoedigt: complex en intransparant

In België zijn twee overheidsinstellingen bevoegd voor de financiering van dagchirurgie: het RIZIV en de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid en de Voedselketen en Leefmilieu. Deze gedeelde verantwoordelijkheid bemoeilijkt een coherent beleid. Daarnaast is de regelgeving zeer complex en onlogisch, en moedigt ze dagchirurgie niet aan, integendeel. We kunnen stellen dat het huidige financieringssysteem veruit de grootste belemmering vormt voor een uitbreiding van dagchirurgie, en dit werd ook beaamd door de geconsulteerde experts.

Geen uniform model voor de financiering van dagchirurgie

Sinds de laatste grote hervorming van de ziekenhuisfinanciering op 1 juli 2002 krijgen de ziekenhuizen **een financiering binnen het Budget van Financiële Middelen (BFM)**. Het BFM is een gesloten budget en bestaat uit verschillende onderdelen. De verdeling over de individuele ziekenhuizen is gebaseerd op een complexe berekening waarbij een specifieke berekeningsmethode en parameters voor elk onderdeel worden toegepast. Onderdeel B2 is het grootste gedeelte en dekt onder andere het loon van het verpleegkundig personeel. De berekeningsmethode voor dit onderdeel is gebaseerd op de verantwoorde activiteit van ziekenhuizen zoals toegelicht in Tekstvak 1.

Voor de uitbetaling van het individuele ziekenhuisbudget wordt het BFM opgesplitst in een vast en een variabel gedeelte. Het vaste gedeelte wordt betaald op basis van maandelijkse voorschotten en omvat (theoretisch) 80% van de onderdelen B1 (voor de gemeenschappelijke diensten) en B2 en 100% van alle andere onderdelen. Het resterende variabele gedeelte omvat (theoretisch) 20% van de onderdelen B1 en B2, en wordt op basis van het

aantal opnames (10% van het budget) en het aantal verpleegdagen (10% van het budget) betaald. De ziekenhuizen ontvangen een bedrag per opname en per dag voor een klassieke opname en voor dagchirurgie; beide bedragen zijn specifiek voor het ziekenhuis.

Voor een klassieke opname is de berekening van onderdeel B2 gebaseerd op de nationale gemiddelde verblijfsduur voor de APR-DRG-SOI (zie Tekstvak 1) waaraan de opname toegewezen wordt. Om het budget voor dagchirurgie te berekenen zijn er twee soorten verblijven gedefinieerd (zie ook het Wetenschappelijk Rapport, Hoofdstuk 3):

- **De verantwoorde gerealiseerde dagactiviteit:** het gaat om een verblijf met een chirurgische ingreep waarvan minstens één nomenclatuurcode voorkomt op de zogenaamde Lijst A (zie Appendix 4). Deze lijst bestaat uit chirurgische ingrepen waarvoor dagchirurgie als verantwoord wordt beschouwd; ze werd opgesteld om dagchirurgie te promoten. Het ziekenhuis krijgt hiervoor 0,81 verantwoorde ligdag (C-bed) en een bedrag per opname en per dag toegewezen (zie Tabel 3 en Tekstvak 1).
- **Oneigenlijke klassieke verblijven:** de FOD beschouwt een aantal klassieke opnames (d.w.z. met overnachting) als “oneigenlijk” waarmee ze aangeeft dat ze eigenlijk in het chirurgisch dagcentrum hadden moeten gebeuren. Dit is zo in de volgende gevallen
 - De ingreep staat op de lijst van 24 chirurgische of 3 medische APR-DRG's (zie Appendix 5 en Tekstvak 1)
 - EN er is voldaan aan alle volgende voorwaarden:
 - Een geplande klassieke ziekenhuisopname;
 - Een verblijfsduur van maximaal drie dagen;
 - De patiënt is jonger dan 75 jaar;
 - Milde ernst van de ziekte (“*severity of illness*” (SOI) niveau 1);
 - Laag risico op overlijden (niveau 1);
 - De patiënt heeft het ziekenhuis levend verlaten.



Wanneer ingrepen aan deze voorwaarden voldoen en de patiënt na de ingreep minstens één nacht in het ziekenhuis heeft verbleven, ontvangt het ziekenhuis slechts een vergoeding voor 0,81 verantwoorde ligdag en een bedrag per opname en per dag, dus eenzelfde vergoeding als voor dagchirurgie, ongeacht de werkelijke ligduur van de patiënt.

Voor de ingrepen uitgevoerd in dagchirurgie, die niet voorkomen op Lijst A, worden de ziekenhuizen op basis van een open-eind financiering vergoed. Ze kunnen aan het RIZIV een forfait per patiënt aanrekenen:

- **Forfait Groep 1 tot 7:** Voor elk van deze groepen is een lijst opgesteld met nomenclatuurcodes waarvoor het forfait van toepassing is (zie Tabel 3 en Appendix 4). Deze bedragen zijn voor elk ziekenhuis gelijk. Hoewel deze forfaits bedoeld zijn voor de financiering van de werkingskosten van het niet-chirurgisch dagcentrum, komen op de lijst met prestatiecodes ook chirurgische ingrepen voor.

Voor een aantal chirurgische ingrepen kan een ziekenhuis

- een **Maxiforfait** aanrekenen: een forfaitair bedrag dat gebaseerd is op het toegewezen B2-deel van het BFM van het ziekenhuis (en dus ziekenhuisspecifiek is) maar dat minstens € 25 bedraagt. Dit forfait kan worden aangerekend wanneer een ingreep onder algemene anesthesie wordt uitgevoerd.

Deze twee soorten forfaits kunnen niet cumulatief in rekening worden gebracht: enkel het hoogste bedrag kan worden aangerekend. Een combinatie van deze forfaits met een vergoeding uit het BFM is evenmin mogelijk: als een ingreep voorkomt op Lijst A ontvangt het ziekenhuis een vergoeding voor een verantwoorde gerealiseerde dagactiviteit, maar geen forfait.

Gedeelde bevoegdheid van RIZIV en FOD bemoeilijkt een coherent beleid

De forfaits Groep 1 tot 7 en het Maxiforfait behoren tot de bevoegdheid en financiële verantwoordelijkheid van de overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen terwijl de berekening van het BFM voor het chirurgisch dagcentrum tot de bevoegdheid van de FOD behoort, met een adviesrol van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Bovendien hebben nomenclatuurbeslissingen die in de Nationale Commissie van Artsen en Ziekenfondsen (de zogenaamde “Medico-Mut”) genomen worden, inclusief de opmaak van de nominatieve lijsten (zie Tekstvak 2), vaak repercussies op de financiering van dagchirurgie.



Tekstvak 1 – Minimale Ziekenhuisgegevens, het APR-DRG classificatiesysteem en de verantwoorde ligdagen

Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG)

Algemene ziekenhuizen in België moeten twee keer per jaar een grote set aan gegevens over alle klassieke opnames, dagopnames en spoedgevallen doorgeven aan de FOD Volksgezondheid. De gegevens zijn gebaseerd op de “*International Classification of Diseases-9th Revision-Clinical Modification*” (ICD-9-CM)^a. Aan alle klassieke opnames en dagopnames wordt een APR-DRG (“*All Patient Refined Diagnosis Related Group*”) toegewezen.

Het APR-DRG systeem

Het DRG systeem deelt patiëntenverblijven in diagnosegroepen in op basis van hun aandoening. Het APR-DRG systeem voegt aan de DRG basisstructuur twee subklassen toe: het risico op sterfte (“*risk of mortality*” (ROM)) en de ernst van de ziekte (“*severity of illness*” (SOI)). Er zijn vier niveaus van SOI: 1 = mild, 2 = matig; 3 = ernstig; 4 = extreem.

Verantwoorde ligdagen

Voor alle patiëntenverblijven in België met dezelfde diagnosegroep en SOI-niveau wordt de gemiddelde verblijfsduur berekend. Zo verkrijgt men per diagnosegroep/SOI-niveau het aantal verantwoorde ligdagen. Op basis van dit nationale gemiddelde, en rekening houdend met de *case-mix* van de patiënten, wordt het aantal verantwoorde ligdagen voor elk ziekenhuis berekend. Per dienst wordt dan nog het aantal verantwoorde ligdagen gedeeld door een normale bedbezetting (meestal 80%). Wanneer een patiënt langer dan “verantwoord” (eigenlijk gemiddeld) in het ziekenhuis verblijft, krijgen de ziekenhuizen een lagere financiering voor deze extra dagen.

Tekstvak 2 – Artsenhonoraria en supplementen

Artsen worden hoofdzakelijk per prestatie vergoed. Voor klinische biologie zijn er naast de vergoeding per prestatie ook forfaitaire honoraria per opname. De forfaitaire honoraria per opname worden aangerekend voor alle ingrepen op Lijst A of ingrepen waarvoor een Maxiforfait geldt, evenals voor een limitatieve lijst van 64 codes waarvoor een forfait Groep 1 tot 7 mag aangerekend worden.

Voor een verblijf in het chirurgisch dagcentrum waarvan minstens één nomenclatuurcode voorkomt op een limitatieve lijst van 71 codes kan een coördinatiehonorarium (voor de hoofdarts) en een toezichtshonorarium aangerekend worden.

Bovenop de honoraria kunnen artsen honorariumsupplementen aanrekenen maar alleen indien de patiënt kiest voor een eenpersoonskamer.

Tabel 3 bevat een overzicht van verschillende soorten ingrepen in dagchirurgie en de manier waarop ze worden vergoed. De complexiteit van het systeem wordt hiermee geïllustreerd. Ziekenhuizen worden financieel ook niet aangemoedigd om ingrepen in dagchirurgie uit te voeren of om hun activiteiten in dit domein uit te breiden. In bepaalde gevallen hebben ze er juist baat bij om hun patiënten een nacht op te nemen.

^a Vanaf 2015 wordt gebruik gemaakt van ICD-10-BE, een Belgische aanpassing van ICD-10-CM en ICD-10-PCS


Tabel 3 – Huidige financiering van ingrepen uitgevoerd in dagchirurgie

| Ingrep op Lijst A | Ingrep op de lijsten van Groep 1 tot 7* | Ingrep niet op Lijst A noch op de lijsten van Groep 1 tot 7 |
|--|---|--|
| Ziekenhuis | | |
| 0,81 verantwoorde ligdag C-bed (verschilt per ZH) | Forfait Groepen 1 tot 7** | Maxiforfait bij algemene anesthesie** |
| Bedrag per opname (verschilt per ZH) [§] | / | / |
| Bedrag per dag (verschilt per ZH) [#] | / | / |
| Artsen | | |
| Betaling per prestatie voor chirurgen en anesthesisten | Betaling per prestatie voor chirurgen en anesthesisten | Betaling per prestatie voor chirurgen en anesthesisten |
| Coördinatiehonorarium (€ 16,36) als ingrep voorkomt op limitatieve lijst | Coördinatiehonorarium (€ 16,36) als ingrep voorkomt op limitatieve lijst | Coördinatiehonorarium (€ 16,36) als ingrep voorkomt op limitatieve lijst |
| Toezichtshonorarium (€ 16,36) als ingrep voorkomt op limitatieve lijst | Toezichtshonorarium (€ 16,36) als ingrep voorkomt op limitatieve lijst | Toezichtshonorarium (€ 16,36) als ingrep voorkomt op limitatieve lijst |
| Forfaitaire honoraria klinische biologie per opname [°] | Forfaitaire honoraria klinische biologie per opname als ingrep voorkomt op limitatieve lijst [°] | Forfaitaire honoraria klinische biologie per opname (bij Maxiforfait) [°] |

C-bed: een bed op een C-dienst, nl. voor diagnose van een heelkundige aandoening en heelkundige behandeling; ZH: ziekenhuis;

**: vaste bedragen in 2017 voor Groep 1: € 165,02; Groep 2: € 201,57; Groep 3: € 291,14; Groep 4: € 207,45; Groep 5: € 215,70; Groep 6: € 256,97; Groep 7: € 212,17;*

*** de forfaits Groepen 1 tot 7 en het Maxiforfait kunnen niet cumulatief in rekening worden gebracht: enkel het hoogste bedrag kan worden aangerekend - in 2017 schommelde het Maxiforfait (nomenclatuurcode 761235) tussen € 64,26 en € 284,46;*

§: tussen € 105,88 en € 335,38 in 2017 (nomenclatuurcodes 768036-768040);

#: tussen € 22,05 en € 60,64 in 2017 (nomenclatuurcodes 768051-768062);

°: basisforfait (nomenclatuurcode 519091) € 34,20 in 2017, plus één van volgende forfaits, afhankelijk van kenmerken van het klinisch laboratorium van het ziekenhuis: code 591076 (€ 53,58) of code 591113 (€ 47,03) of code 591135 (€ 25,65).

Tabel 4 geeft enkele concrete voorbeelden die in Tekstvak 3 verder worden toegelicht. De voorbeelden illustreren ook dat een financieringssysteem, gebaseerd op nominatieve lijsten van ingrepen, alleen kan werken wanneer deze lijsten regelmatig worden aangepast aan de klinische richtlijnen en de hedendaagse praktijk. De achterhaalde lijsten vormen momenteel een belangrijke belemmering om te kiezen voor dagchirurgie.

**Tabel 4 – Voorbeelden ter illustratie van het complex financieringssysteem van dagchirurgie (nomenclatuurcode; kenletter[§])**

| Ingreep op Lijst A | Ingreep op de lijsten van Groep 1 tot 7 | Ingreep niet op Lijst A noch op de lijsten van Groep 1 tot 7 |
|--|--|---|
| Tonsillectomie met adenotomie (kind) (256491/502; K50) | Tonsillectomie met of zonder adenotomie (volwassene) (256535/546; K100; groep 7) | |
| Cataractchirurgie (bv. 246595/606; N425) | | Cholecystectomie (galblaasverwijdering) (242454/465, N350 ; 242476/480, N400) |
| | Herstel van een bilaterale liesbreuk (241894/905; N325; groep 6) | Herstel van een unilaterale liesbreuk (241872/883; N200) |
| Anale fissurectomie met sfincterotomie (244473/484; N125) | Anale fissurectomie (244510/521; N90; groep 6) | |
| Excisie van een peesschede (280534/545; N100) | Incisie van een peesschede (280512/523; N75; groep 5) Onderzoek van een pees (280556/560; N75; groep 6) | |
| Osteotomie (correctie) van een niet doorgebroken tand (312410/421; K120) | Tandtransplantatie (312373/384; K180; groep 1) | |

§: De vergoeding voor een nomenclatuurcode wordt berekend door de kenletter (bv. 1,15 voor "K") te vermenigvuldigen met de coëfficiënt van de nomenclatuurcode (bv. 63).



Tekstvak 3 – Concrete voorbeelden van onlogische vergoedingsregels

Een **tonsillectomie** (verwijdering van de keelamandelen) bij een volwassene, al dan niet in combinatie met een **adenotomie** (verwijdering neusamandelen) komt niet voor op Lijst A. Het ziekenhuis heeft recht op een forfait voor groep 7 (€ 212,17 in 2017). Voor eenzelfde ingreep bij een kind ontvangt het ziekenhuis een vergoeding gelijk aan 0,81 verantwoorde ligdag en een bedrag per opname en per dag omdat die ingreep bij een kind wel voorkomt op Lijst A.

Voor een **cataractoperatie** (opgenomen in Lijst A) in dagchirurgie ontvangt het ziekenhuis een vergoeding gelijk aan 0,81 verantwoorde ligdag en een bedrag per opname en per dag. Voor een **cholecystectomie** (verwijderen van de galblaas) in dagchirurgie, een ingreep die volgens de geconsulteerde experts in de helft van de gevallen perfect in dagchirurgie kan worden uitgevoerd, krijgt het ziekenhuis dergelijke vergoeding niet, omdat ze niet voorkomt op Lijst A. Enkel het Maxiforfait kan bij dagchirurgie worden aangerekend (o.w.v. de totale anesthesie). Als het ziekenhuis de patiënt echter minstens voor één nacht opneemt, ontvangt het een vergoeding voor de verantwoorde ligduur en forfaitaire bedragen voor medicatie, radiologie en klinische biologie.

Voor het herstellen van een **dubbele liesbreuk** kan het ziekenhuis een forfait voor groep 6 (€ 256,97 in 2017) in rekening brengen. Voor een operatie aan een eenzijdige liesbreuk ontvangt het daarentegen enkel het Maxiforfait voor algemene anesthesie, wat voor de meeste ziekenhuizen lager ligt.

Een **anale fissurectomie** (schoonmaken van een kloofje in het anale slijmvlies) in combinatie met een **sfincterotomie** (doorknippen van een stukje van de binnenste sluitspier van de anus) staat op Lijst A. Een ziekenhuis dat deze combinatie van ingrepen in dagchirurgie uitvoert, ontvangt een vergoeding gelijk aan 0,81 verantwoorde ligdag, een bedrag per opname en per dag. Voor een fissurectomie alleen kan het ziekenhuis echter enkel het forfait van groep 6 in rekening brengen (€ 256,97 in 2017).

Omwille van deze uiteenlopende en soms ontradende financieringsregels vragen sommige ziekenhuisdirecties dan ook in een aantal gevallen aan de medische teams om hun patiënten een nacht te laten blijven, zelfs als de ingreep in aanmerking komt voor dagchirurgie. Daarnaast zijn er specialisten die hun patiënten liever niet opereren in het dagcentrum als er geen (of maar een beperkt aantal) eenpersoonskamer beschikbaar zijn, omdat ze dan geen supplementen kunnen aanrekenen. Een aantal anesthesisten neemt een gelijkaardige houding aan: ze wensen dat bepaalde ingrepen worden uitgevoerd onder algemene verdoving (waarvoor ze een vergoeding ontvangen), ofschoon een lokale verdoving (door de chirurg zelf) vaak perfect mogelijk is.

4.2. Organisatorische belemmeringen in de ziekenhuizen

Volgens de meerderheid van de geconsulteerde experts kunnen er meer ingrepen in dagchirurgie plaatsvinden als organisatorische en logistieke barrières worden aangepakt. Veel chirurgische teams beginnen het liefst in de ochtend met de zwaarste ingrepen (die meestal niet in dagchirurgie kunnen worden uitgevoerd), omdat ze de meeste concentratie vergen, en voeren pas nadien de minder veeleisende ingrepen uit. Ook vele anesthesisten wensen dat eerst de ingrepen onder algemene verdoving worden uitgevoerd, en dan pas degene onder plaatselijke verdoving, omdat zij daarbij meestal niet meer moeten aanwezig zijn. Daardoor worden de ingrepen in dagchirurgie, die gewoonlijk minder zwaar zijn, vaak later op de dag ingepland. Bovendien treden er dan nog vaak vertragingen op door onverwachte, dringende ingrepen, die ertussen moeten worden genomen. Omdat de “recovery” periode voor patiënten die later op de dag worden geopereerd, dan niet meer valt binnen de openingstijden van het dagcentrum, worden deze mensen voor een nacht opgenomen, terwijl dit helemaal niet zo gepland was. De geconsulteerde experts signaleerden ook dat in veel ziekenhuizen de wachtlijst voor dagchirurgie langer is dan die voor een klassiek ziekenhuisverblijf. Hierdoor worden patiënten met een semi-dringende ingreep, die eigenlijk geschikt is voor dagchirurgie, toch vaak opgenomen voor een klassieke opname.



4.3. Organisatorische obstakels bij de ambulante zorg en medisch-juridische belemmeringen

Na een chirurgische ingreep hebben patiënten vaak nood aan specifieke medische en paramedische zorg (bv. wondzorg, pijnbestrijding, nagaan of er zich complicaties voordoen, aangepaste en tijdige kinesitherapie). In geval van dagchirurgie moet die zorg dan vooral in de thuisomgeving kunnen worden aangeboden. De geconsulteerde experts gaven aan dat het schoentje daar vaak wringt: volgens hen is de ambulante postoperatieve medische, verpleegkundige, kinesitherapeutische en paramedische zorg zeker in bepaalde gebieden in België nog niet voldoende ontwikkeld. Daarnaast wezen ze erop dat in sommige regio's in België de huisartsen en/of thuisverpleegkundigen overbelast zijn en niet de tijd (noch de expertise) hebben om postoperatieve complicaties te diagnosticeren en zo nodig te behandelen. Vandaar dat de verleiding groot is om patiënten een nacht of twee in het ziekenhuis te houden, totdat het grootste risico op complicaties is geweken.

Verder maken de geconsulteerde experts zich ook zorgen over de medisch-juridische verantwoordelijkheid. Wie is medisch-juridisch verantwoordelijk wanneer een patiënt thuis te maken krijgt met postoperatieve complicaties, die te laat en/of niet correct worden gediagnosticeerd en/of behandeld?

4.4. Klinische voorkeuren en gewoonten bij de medische teams en gebrek aan *evidence-based* richtlijnen

In bijna elke expertgroep werd het herhaald: de huidige keuze van zorgsetting (dagchirurgie of klassieke hospitalisatie) wordt ook in belangrijke mate bepaald door de gewoonten en tradities van het medisch team en door hun opleiding. Het gebrek aan klinische richtlijnen (die ook geïmplementeerd worden) speelt hierbij een niet te onderschatten rol, en zorgt voor een gebrek aan coherentie. Wat voor de ene expert de belangrijkste motivatie is om een patiënt in het ziekenhuis te laten overnachten (bv. intraveneus toedienen van antibiotica, het plaatsen van een drain gedurende 24 uur post-operatief, de specifieke positionering van de patiënt na een oogheelkundige ingreep) is dat duidelijk niet voor de andere. Deze laatste geeft bv. oraal of helemaal geen antibiotica, neemt de drain na een paar uur al weg of realiseert zich dat tijdens de nacht één verpleegkundige onmogelijk de positie kan controleren van 25 patiënten, en opteert daarom voor dagchirurgie.

Daarnaast zijn sommige specialisten onvoldoende opgeleid, missen ze bijvoorbeeld ervaring in adequate pijnbestrijding in de thuisomgeving of zijn ze terughoudend om nieuwe technieken, zoals minimaal invasieve technieken, te gebruiken. Anderen wijzigen liever de organisatie van hun werk niet (bv. aanpassen van operatieschema of ontslagprocedure, lokale i.p.v. algemene verdoving).



4.5. Dagchirurgie alleen geschikt voor patiënten met de nodige ondersteuning

Ingrepen kunnen enkel in dagchirurgie worden uitgevoerd bij patiënten die op iemand kunnen rekenen die hen de eerste 24 uur na de operatie thuis kan ondersteunen. Dit werd ook zo voorzien in de Belgische wetgeving^b. Zonder deze ondersteuning is er geen andere keuze dan de patiënt minstens één nacht te hospitaliseren. Door de toename van het aantal alleenstaanden, de veroudering van de bevolking en de verdere afbrokkeling van sociale netwerken, zal deze groep, die geen dagchirurgie kan krijgen omwille van een gebrek aan ondersteuning, alleen maar groter worden.

4.6. Voorkeuren en comfort van de patiënt

De geconsulteerde experts signaleerden dat sommige patiënten er van overtuigd zijn dat ze na een ingreep recht hebben op een overnachting. In sommige ziekenhuizen wordt aan patiënten, die op grote afstand van het ziekenhuis wonen, aangeboden om de nacht voor de operatie in het ziekenhuis te verblijven, zodat er geen risico is dat door hun latere aankomst het operatieschema moet worden aangepast. Soms blijven patiënten zelfs enkel voor hun comfort één of twee nachten, bv. als ze de eerste of tweede dag na de operatie toch naar het ziekenhuis moeten terugkeren voor postoperatieve zorg. Andere ziekenhuizen bieden dan weer één of meer overnachtingen aan als een vorm van psychologische ondersteuning (bv. na een oncologische ingreep).

^b Art. 8 KB 25/11/97 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend, B.S. 5 december 1997

5. VOORSTELLEN VOOR EEN VERDERE UITBREIDING VAN DAGCHIRURGIE

Op basis van de analyse van de Belgische gegevens, de gesprekken met de geconsulteerde experts en stakeholders, de geraadpleegde literatuur en de ervaringen uit andere landen, worden in dit deel voorstellen geformuleerd voor een verdere uitbreiding van dagchirurgie in België. Hieruit werden dan concrete beleidsaanbevelingen voor de Belgische context gedestilleerd.

5.1. Dagchirurgie ondersteunen met financiële stimuli

Zoals reeds gezegd is het huidige financieringssysteem bijzonder complex, mist het de nodige stimulansen in het voordeel van dagchirurgie, en wordt de verantwoordelijkheid gedeeld tussen het RIZIV en de FOD Volksgezondheid. Het feit dat ziekenhuizen voor bepaalde procedures vergoed worden via het Budget van Financiële Middelen (BFM) en voor andere procedures via vergoedingen van het RIZIV, maakt het systeem onnodig complex. Een financieringssysteem dat (deels) is gebaseerd op nominatieve lijsten kan bovendien alleen maar werken wanneer die lijsten regelmatig worden aangepast aan de meest recente klinische richtlijnen en de evoluties in de dagelijkse praktijk en de nomenclatuur.

Een pragmatische aanpak zou zijn om **voor elke electieve (geplande) chirurgische ingreep een (voorkeur) behandeloptie te bepalen**, gebaseerd op onder andere de complexiteit van de ingreep. In de "*BADS Directory of Procedures*" van de Britse *Association of Day Surgery* (BADS) worden meer dan 200 chirurgische ingrepen zo toegewezen aan de spreekkamer, geen overnachting, één nacht en twee nachten^c. Deze lijst wordt regelmatig herzien.

De huidige financieringssystemen worden best samen ondergebracht in **één enkel transparant systeem dat dagchirurgie financieel aanmoedigt**.

^c <http://daysurgeryuk.net/en/shop/publications/>



Hierbij kunnen verschillende vergoedingscriteria worden voorzien, best gebaseerd op objectieve parameters (bv. duur van verblijf, ernst van de aandoening, gebruikt materiaal). Anderzijds moet men wel een **aanzuigefect vermijden** op ingrepen die gemakkelijk kunnen worden uitgevoerd in de spreekkamer. Het bepalen van de voorkeursetting zoals hierboven aangegeven zou hierbij al kunnen helpen. De uitwerking van een financieringssysteem dat dagchirurgie financieel aanmoedigt, kan best ingepast worden in de hervormingsplannen van de minister van Volksgezondheid, die volop aan de gang zijn. (zie Tekstvak 4).

Tekstvak 4 – Plan van Aanpak voor een hervorming van de Belgische ziekenhuisfinanciering

Het Plan van Aanpak voor de hervorming van de Belgische ziekenhuisfinanciering (april 2015) van minister van Volksgezondheid Maggie De Block voorziet in een indeling van ziekenhuisverblijven in drie **clusters** waarbij op elk van die clusters een verschillend financieringssysteem zou toegepast worden. Het onderscheid tussen de clusters is gebaseerd op de voorspelbaarheid van het zorgproces. Bepaalde ziekenhuisverblijven vergen immers een meer gestandaardiseerd zorgproces, terwijl voor andere dat zorgproces en dus de gebruikte middelen minder voorspelbaar zijn. De *laagvariabele cluster* bestaat uit ziekenhuisverblijven die een standaardproces van weinig complexe zorg vereisen dat weinig verschilt tussen patiënten. Voor opnames die tot deze cluster behoren, stelt het Plan van Aanpak voor een prospectief bepaald bedrag per opname toe te passen, ongeacht de zorg die voor elk individueel verblijf wordt verleend. De *mediumvariabele cluster* bestaat uit ziekenhuisverblijven die minder voorspelbaar zijn dan die in de eerste cluster. Het voorgestelde financieringssysteem leunt zeer dicht aan bij de huidige regeling, waarbij een gesloten nationaal budget (BFM) over de ziekenhuizen wordt verdeeld op basis van verantwoorde activiteiten. De *hoogvariabele cluster* bestaat uit ziekenhuisverblijven waarvoor het zorgproces niet voorspelbaar is en afhankelijk is van de individuele patiënt. Het financieringssysteem is onderwerp van een andere KCE studie (juni 2017).

Daarnaast zou het helpen als de **nomenclatuur regelmatig herzien** en aangepast wordt aan bv. technologische innovaties (na een grondige “*harm-benefit*” analyse). Op die manier kan men vermijden dat bepaalde nomenclatuurcodes worden gebruikt voor andere ingrepen dan bedoeld, omdat de geschikte codes ontbreken. In het Wetenschappelijk Rapport (Hoofdstuk 5) worden een aantal door de experts geciteerde voorbeelden gegeven van hiaten in de nomenclatuur.

Tot slot is het bepalen van de “**oneigenlijke klassieke verblijven**” momenteel gebaseerd op een lijst van 24 chirurgische en 3 medische APR-DRG's (zie sectie 4.1). Als het systeem van “oneigenlijke klassieke verblijven” wordt behouden, kan dit het best worden **uitgebreid naar meer APR-DRG's**. Voor het huidig onderzoek selecteerden we de electieve (geplande) chirurgische ingrepen uit 71 verschillende chirurgische APR-DRG's.

Tekstvak 5 – Vastleggen van doelstellingen voor dagchirurgie - hou rekening met specifieke situaties

Wanneer men dagchirurgie verder wil stimuleren via het opstellen van doelstellingen (“targets”, bv. om te bepalen wat een oneigenlijk klassiek ziekenhuisverblijf is) moet er met de volgende specifieke situaties rekening worden gehouden:

Gecombineerde chirurgie: 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;

Revisiechirurgie: deze ingrepen zijn vaak complex en dus ook minder geschikt voor dagchirurgie;

Patiënten met een **ernstige comorbiditeit:** patiënten met ernstige comorbiditeiten komen meestal minder in aanmerking voor dagchirurgie, vandaar dat in dit rapport SOI 3 en 4 verblijven buiten beschouwing werden gelaten;



De **case-mix** van het ziekenhuis of van de chirurgische afdeling. De meest ernstige gevallen, die niet in dagchirurgie kunnen worden behandeld, worden vaak doorverwezen naar chirurgen die er veel ervaring mee hebben. Dit kan als gevolg hebben dat zij een laag aandeel van dagchirurgie behalen. Omgekeerd zijn er chirurgen die enkel de minst ernstige gevallen behandelen en die dus een hoog percentage behalen. Ook hiermee moet rekening gehouden worden bij het opstellen van maatregelen die dagchirurgie willen aanmoedigen.

5.2. Organisatie en logistiek ondersteunen en verbeteren

Veel van de organisatorische en logistieke problemen die door de geraadpleegde experts werden aangehaald, kunnen opgelost worden als men voorziet in een dichotome opdeling van enerzijds het chirurgisch dagziekenhuis en anderzijds het klassiek ziekenhuis. De oprichting van autonome dagziekenhuizen (autonoom wat betreft de organisatie van de zorgprocessen, maar wel binnen de structuur van een ziekenhuis of locoregionaal netwerk) met eigen operatie- en recovery ruimtes en speciaal daartoe opgeleid en getraind personeel zal niet alleen bijdragen tot een verbetering van de zorg, maar ook in een toename van de capaciteit. Daarnaast kan ook bekeken worden om de capaciteit verder uit te breiden door het aantal operatiekamers en andere infrastructuur uit te breiden en de centra langer open te houden. Voor een vlotte organisatie en een optimaal gebruik van de capaciteit van dergelijke afdeling is er ook voldoende administratief en verplegend personeel nodig, waarvoor ook adequate financiering moet worden voorzien.

Ook zou de term “dagchirurgie” herbekeken kunnen worden. De nadruk zou meer kunnen liggen op de lengte van het verblijf (bv. 12, 24 of 36 uren) i.p.v. enkel te focussen op het al dan niet overnachten in het ziekenhuis. Op deze manier kunnen patiënten die laat in de middag werden geopereerd en dus wel moeten overnachten, nog steeds beschouwd worden als dagchirurgiepatiënten. De *British Association of Day Surgery* (BADs) maakt bijvoorbeeld een onderscheid tussen dagchirurgie (klassieke dagchirurgie), een verblijf van één nacht en een verblijf van twee nachten.

De ziekenhuizen met reeds overbevroegde dagcentra zullen tijd nodig hebben om hun infrastructuur en personeelsbezetting uit te breiden. Daarmee moet rekening worden gehouden als men dagchirurgie verder wil stimuleren via het opstellen van doelstellingen en zeker wanneer die worden gecombineerd met financiële sancties.

Daarnaast kan een verdere inkorting van de verblijfsduur en een uitbreiding van de dagactiviteit tot gevolg hebben dat de klassieke ziekenhuisafdelingen meer te maken krijgen met patiënten met een hoge zorgbehoefte. De toename van het aantal patiënten per verpleegkundige en de toenemende flexibiliteit die van hen gevraagd wordt kan een veilige en kwalitatieve zorg in de ziekenhuizen in gevaar brengen.

5.3. Klinische richtlijnen en zorgpaden

De keuze van de zorgsetting (dagchirurgie of klassieke hospitalisatie) moet voor elke patiënt zoveel mogelijk gebaseerd zijn op *evidence-based* klinische richtlijnen. Het ontwikkelen van klinische praktijkrichtlijnen en zorgpaden en het opvolgen van hun implementatie is heel belangrijk als men dagchirurgie in België verder wil uitbreiden. Ze kunnen niet alleen nuttig zijn om bijvoorbeeld de optimale postoperatieve observatietijd te bepalen, maar ook om de keuze te helpen maken tussen een chirurgische ingreep en een niet-chirurgisch alternatief. Zo is voor veel patiënten met endometriose een hormonaal spiraaltje een goed alternatief voor endometriumablatie. Voor deze ingreep wordt echter dezelfde vergoeding betaald als voor een hysterectomie (verwijderen van de baarmoeder en soms ook de eileiders en eierstokken), wat het aanbieden ervan uiteraard zeer aantrekkelijk maakt.



5.4. De betrokken partijen informeren en ze gepaste opleidingen aanbieden

5.4.1. De ziekenhuisteam

Verschillende experts erkennen dat de medische teams niet altijd volledig op de hoogte zijn van de financiële gevolgen van een opname voor één nacht. Daarom kan meer feedback, met benchmarking, zeker helpen bij het sensibiliseren van de zorgverleners en hen aanmoedigen om meer dagchirurgie aan te bieden (zie ook sectie 5.5).

De opmars van dagchirurgie was o.a. mogelijk door de komst van nieuwe medische technologieën, zoals minimaal invasieve chirurgische technieken. De jongere generatie van chirurgen is daarmee al sinds hun opleiding vertrouwd, maar sommige oudere collega's zijn dat minder. Als men dagchirurgie op een veilige en realistische manier verder wil uitbreiden, houdt men best ook rekening met deze factor. Deze redenering geldt ook voor de anesthesisten, die voor dagchirurgie ervaring moeten hebben bij de bestrijding van postoperatieve pijn buiten het ziekenhuis.

5.4.2. De patiënt

Heel belangrijk is dat er voor en na de ingreep voldoende tijd wordt uitgetrokken om de patiënt en zijn mantelzorg(er) volledig te informeren: wat omvat de ingreep? Hoeveel pijn kan worden verwacht en hoe kan pijn worden voorkomen of beperkt? Welke andere complicaties kunnen zich voordoen en hoe kunnen ze worden herkend en aangepakt? Wie te contacteren in geval van problemen of bijkomende vragen? Wanneer deze informatie na de operatie wordt gegeven moet de patiënt goed wakker zijn en in gezelschap zijn van een mantelzorg(er), zodat ze beiden de instructies goed begrijpen.

De geconsulteerde experts meldden echter dat hun ziekenhuisdirectie, omwille van financiële redenen, vandaag niet altijd bereid is om de nodige investeringen in patiëntinformatie te doen (zoals multidisciplinaire preoperatieve raadplegingen om o.a. de geschiktheid van de patiënt voor dagchirurgie na te gaan of om instructies voor de postoperatieve periode te geven).

5.4.3. De ambulante zorg

Zoals reeds vermeld bestaat er volgens de experts een grote behoefte aan een betere ondersteuning van de ambulante sector in postoperatieve zorg. Huisartsen, thuisverpleegkundigen en kinesitherapeuten zouden niet altijd voldoende geïnformeerd en zo nodig getraind zijn om postoperatieve zorg aan te bieden en problemen tijdig te detecteren. Zo lijkt het essentieel dat van bij de pre-operatieve fase de huisarts in de informatie-loop wordt meegenomen. In bepaalde regio's is er ook een probleem van beschikbaarheid van huisartsen en thuisverpleegkundigen. Uitdaging zal zijn om de eerste lijn en het ziekenhuis met zijn specialisten, die nu vaak nog ver van elkaar staan, op een constructieve en geoliede manier te laten samenwerken, met een optimale postoperatieve zorg voor de patiënt als ultiem doel.

5.4.4. Duidelijkheid over de medisch-juridische verantwoordelijkheid

Dit was een belangrijk punt voor de geconsulteerde experts. Als men dagchirurgie wil uitbreiden, moet dit aspect zeker verder worden uitgediept.

5.5. Kwaliteitsbewaking door data inzameling, monitoring en feedback

Een **monitoringsysteem** om de activiteiten in dagchirurgie op te volgen en te controleren is cruciaal om eventuele problemen snel op te sporen en op te lossen, en om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Op internationaal niveau worden er een aantal klinische kwaliteitsindicatoren, zoals het aantal geannuleerde ingrepen, ongeplande tweede ingrepen op dezelfde dag, ongeplande overnachtingen, heropnames in dagchirurgie of in het ziekenhuis en de tevredenheid van de patiënt, aanbevolen. In het kader van het "Day Surgery Data Project (2009-2012)", gefinancierd door de Europese Commissie, werden lijsten met indicatoren voor dagchirurgie opgesteld.



In datzelfde project werd een **gestandaardiseerd informatiesysteem** met een registratie van de uitkomsten (bv. onbedoelde (her)opnames, raadplegingen bij de spoed, complicaties, patiëntervaringen) genoemd als één van de succesfactoren voor de continue verbetering van dagchirurgie. Daarvoor zijn er echter betrouwbare gegevens nodig, die in kennis worden omgezet. Toch stelden we vast dat o.a. RIZIV-codes niet correct gebruikt worden (of zelfs misbruikt) en dat er vergoedingen voor dagchirurgie aangerekend worden voor kleine ingrepen die gewoon in de spreekkamer worden uitgevoerd. Het aanpakken van deze onregelmatigheden zou een eerste stap moeten zijn.

Een **systematische feedback** over hoe het ziekenhuis en de medische teams presteren in vergelijking met andere ziekenhuizen (**benchmarking**) kan sensibiliseren en dagchirurgie aanmoedigen. Door de resultaten en de processen tussen ziekenhuizen te vergelijken kan worden nagegaan waarom bepaalde ziekenhuizen minder ingrepen in dagchirurgie uitvoeren dan andere, en hoe ze kunnen worden ondersteund bij de aanpak van de overblijvende barrières. Zo geeft bijvoorbeeld de *British Association of Day Surgery* (BADs) regelmatig feedback aan de ziekenhuizen over hun percentages dagchirurgie, zodat ze hun prestaties kunnen bekijken en optimaliseren.

Ook het periodiek of systematisch kruisen van deze gegevens met **bijkomende informatie over de patiënt** (bv. alleenwonend, niveau van zelfredzaamheid, sociaaleconomische achtergrond) zou tot nuttige inzichten kunnen leiden.

5.6. De kosten niet afwentelen op de patiënt

De patiënt mag zeker niet de financiële dupe zijn van de verschuiving van klassieke chirurgie naar dagchirurgie. Bij een klassieke ziekenhuisopname worden de kosten van **medische producten** (zoals wondverband) via het ziekenhuisbudget vergoed en betalen patiënten een forfait van € 0,62 voor terugbetaalde geneesmiddelen. Patiënten die thuis worden verzorgd moeten de kosten van medische producten vaak zelf betalen en voor bepaalde categorieën van terugbetaalde geneesmiddelen is het remgeld hoger. Ook is het aantal terugbetaalde thuisbezoeken van verpleegkundigen en het aantal vergoede verpleegkundige handelingen beperkt, behalve voor patiënten die genieten van een verpleegkundig forfait A, B of C (patiënten die een grote afhankelijkheid hebben).

Gelijkaardige bezwaren gelden voor het **transport** van en naar het ziekenhuis voor postoperatieve opvolging. Voor sommige patiënten worden deze extra kosten gedekt door hun hospitalisatieverzekering, maar dit hangt af van het soort contract, en niet iedereen heeft dergelijke verzekering.

Tenslotte mag men niet vergeten dat alleen patiënten die thuis de nodige **ondersteuning** kunnen krijgen, vandaag in aanmerking komen voor dagchirurgie. Als men dagchirurgie zou willen uitbreiden tot patiënten voor wie deze hulp niet voorhanden is, moet dus naar een oplossing gezocht worden, zonder dat de uitgespaarde kosten van een nacht toezicht in het ziekenhuis op de patiënt worden afgewenteld.



■ AANBEVELINGEN

Aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, na advies van de bevoegde instanties:

- Voor de uitrol van een nieuwe financiering, zouden de bestaande lijsten (Lijst A, lijsten voor het forfait dagziekenhuis Groep 1 tot 7 en het Maxiforfait) moeten vervangen worden door een globale nieuwe lijst van electieve (geplande) chirurgische ingrepen die op een veilige manier in een chirurgisch dagziekenhuis kunnen uitgevoerd worden. Hierbij worden ook de voorkeur opname-optie (spreekkamer, dagchirurgie, klassieke opname met één nacht of twee nachten) en de haalbare substitutieniveaus bepaald. Het opstellen van de lijst gebeurt door een adviesraad die beroep doet op werkgroepen per specialisme. Hierbij wordt ook rekening gehouden met cijfers over het gebruik van dagchirurgie in andere landen.
- De lijst zou jaarlijks moeten geëvalueerd en waar nodig herzien worden:
 - Om procedures te schrappen of toe te voegen aan de lijst en evoluties in opname-opties en haalbare substitutiepercentages te evalueren;
 - Om registratie- en codeerproblemen (bv. onduidelijke nomenclatuur) te remediëren en eventueel suggesties voor aanpassingen van de nomenclatuur te formuleren.
- Er zou een financiële stimulans moeten gecreëerd worden voor de ingrepen op de lijst. De uitwerking van dit financieringsmechanisme moet ingepast worden in en coherent zijn met andere geplande hervormingen van de ziekenhuisfinanciering (i.e. laag-, medium- en hoogvariabele financieringsclusters).
 - Voor electieve procedures (en beperkt tot “*severity of illness*” (SOI) 1 en 2) die behoren tot de laagvariabele cluster (vast bedrag per opname):
 - Per ingreep op de lijst, zou een uniek bedrag per opname moeten berekend worden dat onafhankelijk van het type opname wordt toegekend, en dat een gewogen gemiddelde is van de reële kost per klassieke opname en per dagopname voor die ingreep. De gewichten moeten worden gekozen rekening houdend met de huidige en de gewenste percentages dagopname en klassieke opname.
 - Er moet bekeken worden of eenzelfde bedrag voor SOI 1 en 2 opportuun is.



- Voor electieve procedures (en beperkt tot SOI 1 en 2) die behoren tot de mediumvariabele cluster (Budget van Financiële Middelen) worden er twee scenario's voorgesteld. De keuze tussen beide scenario's is afhankelijk van de financiële stimulans die men wil geven aan dagchirurgie:
 - Het eerste scenario bestaat erin de huidige 0,81 verantwoorde ligdag (C-bed) te laten variëren in functie van de financiële stimulans die men wil geven aan dagchirurgie in vergelijking met een klassieke opname (hoger of lager dan 0,81). In dit scenario blijft de huidige berekening voor de verantwoorde ligduur van een klassieke opname behouden.
 - Een tweede scenario bestaat erin om een gewogen gemiddelde van de verantwoorde ligduur voor de klassieke opnames en van de 0,81 ligdag voor dagopname te berekenen. De gewichten moeten worden gekozen rekening houdend met de huidige en de gewenste percentages dagopname en klassieke opname.
 - Verder kunnen klassieke opnames ontraden worden door bij de huidige definitie van oneigenlijke klassieke verblijven de lijst van APR-DRG's als criterium te vervangen door een lijst van ingrepen waarvoor het percentage chirurgische dagopnames zeer hoog is of waarvoor het wenselijk is dat het percentage chirurgische dagopnames zeer hoog wordt (bv. streefcijfer op niveau van percentiel 75). De adviesraad beoordeelt in welke mate de andere criteria in de huidige definitie (bv. leeftijd) moeten behouden blijven.
 - In afwachting van een hervorming van de ziekenhuisfinanciering kunnen de principes van de mediumvariabele cluster toegepast worden op de volledige lijst van electieve chirurgische ingrepen.
- Voor electieve procedures (en beperkt tot SOI 1 en 2) die behoren tot de hoogvariabele cluster worden de resultaten van de KCE studie over betalingssystemen voor hoogvariabele zorg afgewacht (juni 2017).
- Er moet voor gezorgd worden dat de keuze tussen dagchirurgie en een klassieke opname voor de patiënt kostenneutraal is, met name voor de kosten buiten het ziekenhuis.



- Er zou een feedbacksysteem moeten opgestart worden waarbij ziekenhuizen en zorgverstrekkers de cijfers krijgen over hun eigen percentage procedures dat in dagchirurgie wordt uitgevoerd in vergelijking met andere ziekenhuizen en zorgverstrekkers (benchmarking). Daarnaast dienen ook een aantal kwaliteitsparameters in het systeem te worden meegenomen (bv. ongeplande heringreep, ongeplande heropname, ongepland verblijf in klassieke opname, bezoek aan spoed en patiënttevredenheid) die toelaten de kwaliteit en veiligheid van substitutie van klassieke naar dagopnames op te volgen en waar nodig bij te sturen. Deze informatie kan ook publiek bekend gemaakt worden.

Aan het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

- Om het risico van *up-coding* en fraude zo beperkt mogelijk te houden blijft een permanente audit en monitoring, zowel statistisch als op het terrein, van de codering van verblijven aangewezen. De audit en monitoring worden gezamenlijk door het RIZIV en de FOD uitgevoerd. Daarnaast moeten er financiële sancties worden opgelegd bij het vaststellen van fraude of een systematisch verkeerde toepassing van codeer- en registratieregels.
- Om te vermijden dat bepaalde nomenclatuurcodes worden gebruikt voor andere ingrepen dan bedoeld omdat geschikte codes ontbreken (bv. omdat de nomenclatuur nog niet is aangepast aan de huidige praktijk) is het belangrijk de nomenclatuur *up-to-date* te houden. Dit gebeurt in overleg met de FOD zodat een volledige coherentie met de lijst van electieve chirurgische ingrepen die op een veilige manier in een chirurgisch dagziekenhuis kunnen uitgevoerd worden, kan gewaarborgd worden.

Aan de ziekenhuizen

- Het chirurgisch dagziekenhuis zou moeten evolueren naar een infrastructuur en organisatiemodel waarbij dagchirurgie minder in concurrentie wordt gesteld met de klassieke opnames (bv. bezetting van het OK, activiteiten van chirurgen en anesthesisten).
- Daarnaast moet men ook oog hebben voor organisatie- en procesoptimalisatie, en dit vanaf de preoperatieve consultatie waar de patiënt goed geïnformeerd wordt tot en met het ontslagmanagement, de opvolging en de afstemming met de eerste lijn.



COLOFON

| | |
|---|---|
| Titel: | Hoe kan dagchirurgie in België verder worden uitgebreid? – Synthese |
| Auteurs: | Roos Leroy (KCE), Cécile Camberlin (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Stefaan Van de Sande (ex-KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Claire Beguin (KCE) |
| Project coordinator: | Nathalie Swartenbroekx (KCE) |
| Reviewers: | Anja Desomer (KCE), Raf Mertens (KCE), Leen Verleye (KCE), Irm Vinck (KCE) |
| Geraadpleegde experts van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu | Filip Ameye (RIZIV – INAMI), Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Mickael Daubie (INAMI – RIZIV), Michel Gobeaux (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Jean Legrand (INAMI – RIZIV), Ingrid Mertens (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Samira Ouraghi (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique) |
| Geraadpleegde experts voor statistisch advies: | Els Goetghebeur (UGent), Niel Hens (UHasselt) |
| Klinische experts die deelnamen aan de online bevraging en/of de expertvergadering(en) bijwoonden: | Laurence Abeloos (CHU Charleroi), Filip Ameye (AZ Maria Middelaers, Gent), Raberahona Mamisoa Andriantafika (Hôpital Baron Lambert, Bruxelles), Ernesto Bali (CHIREC, Bruxelles), Gilbert Bejjani (CHIREC, Bruxelles), Taoufik Ben Addi (CHIREC, Bruxelles), Denis Berghmans (Clinique Saint-Luc, Bouge), Guy Bergiers (Clinique de l'Europe, Bruxelles), Martine Berlière (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Luc Berwouts (Sint-Vincentius Ziekenhuis, Deinze), Sabine Bonnet (CHR Citadelle, Liège), Arnaud Bosteels (Kliniek Sint-Jan, Brussel), Jan Bosteels (Imelda Ziekenhuis, Bonheiden), Peter Bouvry (AZ Alma, Eeklo), Jean-François Brichant (CHU Liège), Firas Cha'ban (Sint-Vincentius Ziekenhuis, Antwerpen), Cristo Chaskis (CHU Charleroi, Lodelinsart), Chaouki Choghari (Cliniques de l'Europe, Bruxelles), Marnix Claeys (Extramuraal Oogcentrum Okulus, Kortrijk), Frédéric Collignon (CHIREC, Bruxelles), Marc Coppens (UZ Gent), Christophe Daniel (CHU Liège), Giovanni Dapri (CHU Hôpital St Pierre, Bruxelles), Vincent Darche (CHR de Namur), Dimitris Dardamanis (CH, Jolimont), François Daubresse (CHR de Namur), Veerle De Boe (UZ Brussel), Jeremy De Brauwier (AZ Sint-Dimpna, Geel), Michael De Brucker (UZ Brussel & CHU Tivoli), Patrick De Brucker (AZ Sint-Maria, Halle), Joke De Ceulaer (AZ Sint-Jan, Brugge), Albert De Decker (Sint-Elisabeth Ziekenhuis, Brussel), Charles de Gheldere (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), Frederic De Ryck (UZ Gent), Luc de Visscher (Clinique Saint-Luc, Bouge), Olivier De Witte (Hôpital Erasme, Bruxelles), Joke De Wolf (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), Erik Debing (UZ Brussel), Arne Decramer (AZ Delta, Roeselare), Lieven Dedrye (Jan Yperman Ziekenhuis, Ieper), Philippe Deron (UZ Gent), Olivier Detry (CHU Liège), Bernhard Devos-Bevernage (CHIREC, Bruxelles & UZ Gent), André D'Hoore (UZ Leuven), Christophe Dransart (CHU UCL, Namur), Johnny Duerinck (UZ Brussel), Wim Duyvendak (Jessa Ziekenhuis, Hasselt), Fridoline Ebongo (Hôpitaux Iris Sud, Bruxelles), Lara El Hayderi (CHU Sart Tilman, Liège), Stefan Evers (Jessa Ziekenhuis, Hasselt), Patrice Forget (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Philippe Fosseppez (CHU UCL, Namur), Inge Fourneau (UZ Leuven), Ester Geerts (Jessa Ziekenhuis, Hasselt), Benedicte Geniets (GZA, Antwerpen), |



Marie-Pierre Geortay (CHR Verviers East Belgium), Bernard Geulette (CHIREC, Braine-L'alleud/Waterloo), Evy Gillet (UVC Brugmann, Brussel), Karel Gilliams (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), Joseph Gitani (CHIREC, Bruxelles), Jennifer Goedbloed-Laros (Maria Ziekenhuis Noord-Limburg, Overpelt), Vincent Gombault (CHIREC, Bruxelles), Claude Hallet (CHU Liège), Luc Hankenne (CHR Verviers East Belgium), Alexandre Hébert (CHR Verviers East Belgium), Ellen Hendrickx (Imelda Ziekenhuis, Bonheiden), Frans Indesteege (ZOL, Genk), Ruben Jacobs (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), Joseph Jaucot (CHR Mons-Hainaut & Hôpital de Warquignies), Oscar Kallai (Hôpital Erasme, Bruxelles), Véronique Keppenne (CHU Liège & CHR Huy), Ivan Kerschaever (RZ Heilig Hart, Tienen), William Kurth (CHU Liège), Frédéric Lardinois (CHR Verviers East Belgium), Ines Lardinois (CHU St Pierre, Bruxelles), Bernard Lefebvre (Grand Hôpital de Charleroi), Paul Legrand (Maria Ziekenhuis Noord-Limburg, Overpelt & UZ Leuven), Etienne Lejeune (Clinique Saint-Luc, Bouge), Fabienne Liebens (CHU Hôpital St Pierre, Bruxelles), Johan Maes (AZ Sint-Blasius, Dendermonde), Olivier Manil (CHR Huy), Jan Marcelo (AZ Klina, Brasschaat), Peter Martens (Jessa Ziekenhuis, Hasselt), Benjamin Mattelaer (Imelda Ziekenhuis, Bonheiden), Mireille Merckx (Jan Portaels Ziekenhuis, Vilvoorde & UZ Gent), Marianne Mertens (ZNA Middelheim, Antwerpen), Mark Meskens (Europaziekenhuizen, Brussel), Dirk Michiels (UZ Brussel), Benedicta Michielssen (CHU UCL, Namur), Mieke Moerman (AZ Maria Middelaes, Gent & AZ Groeninge, Kortrijk), Benoît Monami (CHC Clinique St Joseph, Liège), Joelle Mostin (CHU Dinant), Xavier Nelissen (Clinique ND, Liège & Clinique Saint-Joseph, Liège), Ivo Nijs (ZOL, Genk), Arjen Nikkels (CHU Sart Tilman, Liège), Katia Ongenae (UZ Gent), Dieter Ost (AZ Sint-Blasius, Dendermonde), Ann Pastijn (UMC St Pieter, Brussel), Frederik Peeters (AZ Klina, Brasschaat), Nicole Pouliart (UZ Brussel), Caren Randon (UZ Gent), Peter Raus (UZ Brussel & Heilig Hartziekenhuis, Mol), Hervé Reyckler (Clinique Saint-Luc, Bouge), Shandra Robaye (CHU Godinne), Thibert Robillard (CHU, Namur), Philippe Rombaux (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Jean Rondia (CHR Citadelle, Liège), Aleid Ruijs (CH de Wallonie Picarde, Hôpital Notre Dame, Tournai), Vassiliki Samartzi (Hôpital de Jolimont, Haine-St-Paul), Jean-Christophe Schobbens (ZOL, Genk), Herman Schroe (ZOL, Genk), Koenraad Schwagten (Koningin Paola kinderziekenhuis (ZNA), Antwerpen), Carine Schwall (CHR Verviers East Belgium), Dirk Smets (UZ Brussel), Patrick Smits (AZ Sint-Dimpna, Geel), Jean-Luc Squifflet (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Myrjam Struyven (AZ Alma, Eeklo), Véronique Suars (CHU UCL, Namur), Marie-José Tassignon (UZA, Edegem), Barend te Rijdt (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), An Teunkens (UZ Leuven), Tom Theys (UZ Leuven), Wiebren Tjalma (UZA, Edegem), Bertrand Tombal (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Patrick Tonnard (Esthetisch Medisch Centrum 2 (EMC2), Sint-Martens-Latem & AZ St Lucas, Gent), Michel Triffaux (CH de Wallonie Picarde, Tournai), Turgay Tuna (Hôpital Erasme, Bruxelles), Michel Van Boven (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Jean-Pierre Van Buyten (AZ Nikolaas, Sint-Niklaas), Joachim Van Calster (UZ Leuven), Gregg Van de Putte (ZOL, Genk), Jean Van de Stadt (Hôpital Erasme, Bruxelles & Institut Jules Bordet, Bruxelles), Marc Van de Velde (UZ Leuven), Nele Van De Winkel (UZ Brussel), Frank Van der Aa (UZ Leuven), Dieter Van der Linden (Jan Yperman Ziekenhuis, Ieper), Kurt Van Der Speeten (ZOL, Genk), Johan Van Ginderachter (AZ Maria Middelaes, Gent), Jean-Paul Van Gossum (Clinique Saint-Jean, Bruxelles), Bruno Van Herendael (ZNA Stuivenberg, Antwerpen), Tom Van Isacker (AZ Sint-Lucas, Brugge), Antoon Van Raebroecx (Imelda Ziekenhuis, Bonheiden), Dirk Van Raemdonck (UZ Leuven), Dirk Van Roost (UZ Gent), Hilde Van Sande (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), Kathy Vander Eeckt (AZ Sint-Blasius, Dendermonde), Inga Vanhandenhove (AZ Monica, Antwerpen & Deurne), Dimitri



Vanhouwaert (AZ Delta, Roeselare), Marian Vanhoeij (UZ Brussel), Mieke Vanhoonacker (Clinique Saint-Luc, Bouge), Marcel Vercauteren (UZ Antwerpen), Paul Vercruysse (Sint Augustinus Ziekenhuis (GZA), Wilrijk), Hubert Vermeersch (UZ Gent), Kristien Vermeulen (UZ Leuven), Marc Vertruyen (Clinique de l'Europe, Bruxelles), Dirk Vervloessem (ZNA Paola Kinderziekenhuis, Antwerpen), Etienne Veys (Clinique ND de Grâce, Gosselies), David Waltregny (CHU Sart Tilman, Liège), Steven Weyers (UZ Gent) en Demet Yuksel (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles)

Stakeholders:

Thierry Ballet (Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique (FHPB)), Xavier Banse (Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique (FHPB)); Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB)), Jean-François Brichant (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB)), Michel Cobut (Mutualités Chrétiennes), Kenneth Coenye (Belgian Association of Ambulatory Surgery (BAAS)), Claudio Colantoni (Fédération des Centrales de Services à Domicile (FCSD)), Jean-Luc Demeere (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS)), Bart Demyttenaere (Socialistische Mutualiteiten), Koenraad Detobel (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Claude Hallet (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB)), Ingrid Nolis (Zorgnet – Icuero), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen), Ann Van de Velde (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Luc Van Outryve (Belgian Association of Ambulatory Surgery (BAAS))

Externe validatoren:

Guy Bogaert (UZ Leuven), Sandra Gomez (Fédération Hospitalière de France), Gaetan Lafortune (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD))

Acknowledgements:

Piet Calcoen (DKV Belgium), François Château (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Sam Cordyn (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen), Stephan Devriese (KCE), Nicolas Fairoon (KCE), Yves Genot (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Isabelle Hirtzlin (Université Paris 1), Laurence Kohn (KCE), Pierre Luysmans (UZ Leuven), Pierre Mahy (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Benoît Navez (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Christian Raftopoulos (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Bruno Ruebens (Nationaal Verbond Socialistische Mutualiteiten), Walter Sermeus (KU Leuven), Kirsten Stulens (Ethias), Daniel Sutcliffe (NHS England), Olena Talavera (NHS England), Melissa Thirion (Assuralia), Ellen Tratsaert (AG Insurance), Valérie Van Heeschvelde (Verzekeringen CM-Vlaanderen), Gigi Veereman (KCE), Leen Verleye (KCE)

Andere belangen:

Alle experts en stakeholders die werden geraadpleegd voor dit rapport werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid in dagchirurgie in België. Daarom hebben zij allen, per definitie, een zekere graad van belangenconflict bij het hoofdthema van dit rapport.

Layout:

Joyce Grijseels, Ine Verhulst

**Disclaimer:**

- De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

| | |
|--------------------|--|
| Publicatiedatum: | 31 maart 2017 |
| Domein: | Health Services Research (HSR) |
| MeSH: | Ambulatory surgical procedures; Belgium; Health Service Research; "Delivery of health care" |
| NLM classificatie: | WO 192 Ambulatory Surgical Procedures |
| Taal: | Nederlands |
| Formaat: | Adobe® PDF™ (A4) |
| Wettelijk depot: | D/2017/10.273/06 |
| ISSN: | 2466-6432 |
| Copyright: | De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties . |



Hoe refereren naar dit document?

Leroy R, Camberlin C, Lefèvre M, Mistiaen P, Van den Heede K, Van de Sande S, Van de Voorde C, Beguin C. Hoe kan dagchirurgie in België verder worden uitgebreid? – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 282As. D/2017/10.273/06.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

