**Betreft: preoperatieve anesthesieraadpleging met nomenclatuurcode voor anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking onder anesthesie**

De vergoeding van de preoperatieve anesthesieraadpleging was reeds een feit voor **daghospitalisaties** met de codes 102815-102830, wat op zich reeds beantwoordde aan wetenschappelijke richtlijnen en aanbevelingen. Of anders gezegd, het bewijs van de relevantie van deze maatregel werd reeds geleverd door het bestaan van deze vergoeding.

Sinds meer dan twintig jaar dringen wij aan op de vergoeding van de preoperatieve raadpleging voor een **ziekenhuisopname**. Deze werd noodzakelijk door de ziekenhuisopname van patiënten op dezelfde dag als hun operatie – waardoor een nacht wordt uitgespaard – en de daaruit voortvloeiende vermindering van het gemiddeld aantal ligdagen in de wereld en in België. Het was daardoor niet meer mogelijk de patiënt in zijn ziekenhuisbed te bezoeken en hij moest vóór zijn verblijf worden geraadpleegd.

In **december 2020** heeft het Verzekeringscomité deze vergoeding goedgekeurd (codes 101636 en 101651), maar daarbij is onvoldoende rekening gehouden met de potentiële besparing die de raadpleging vóór het verblijf oplevert: besparing van een ziekenhuisdag, vermindering van het percentage geannuleerde operaties, de mogelijkheid om te anticiperen op vermijdbare complicaties in het algemeen, naast de andere voordelen die in het document CGV 2020/314 worden opgesomd.

Deze stap vooruit werd gezet via **halve maatregelen**, waarbij de vergoeding werd beperkt tot de raadplegingen die “minimum 8 dagen vóór de dag van de ingreep” worden verricht. De argumenten achter deze beslissing, ook al zijn ze relevant, kunnen niet worden toegepast op de grote meerderheid van de patiënten en lijken ons niet in verhouding te staan tot het nagestreefde doel, noch aangepast aan de zorg zoals die vandaag wordt verstrekt. Bovendien is dit besluit niet in overeenstemming met de aanbevelingen van de wetenschappelijke verenigingen of met de gebruiken in andere Europese landen. De preoperatieve raadpleging kan zo vroeg mogelijk plaatsvinden, maar kan tot **48 uur** voor de operatie plaatsvinden. Bovendien is ze een quasi-verplichting geworden in de Belgische rechtspraak gezien het belang ervan voor het verkrijgen van de geïnformeerde toestemming van de patiënt.

Gelet op het voorgaande, achten we het zinvol te vragen deze periode van 8 dagen naar 2 dagen te herleiden. Om misbruik te voorkomen en de efficiëntie die voortvloeit uit de vermindering van onnodige ligdagen vóór de hospitalisatie te benadrukken, stellen wij echter voor om deze vergoeding te beperken tot **uitsluitend prehospitalisatieraadplegingen**, met een verbod op vergoeding in geval van ziekenhuisopname die niet plaatsvindt op de dag van de operatie. Dit zou voorkomen dat patiënten die de dag voor de ingreep nog worden opgenomen en die door de anesthesist aan hun bed kunnen worden bezocht, buitensporig worden gefactureerd. Het corrigeert ook een onaanvaardbare en ronduit verbijsterende situatie, die een heuse stap terug betekent, namelijk die van preoperatieve raadplegingen voor ingrepen in dagkliniek. Voorheen werden deze tot 48 uur voor de operatie vergoed, maar deze operaties worden zelden op zeer lange termijn gepland en betreffen vaak patiënten in goede gezondheid die geen preoperatieve optimalisatie nodig hebben.

Met dit voorstel hopen wij een constructieve bijdrage te leveren aan de continue kwaliteitsverbetering en aan de noodzakelijke ondersteuning van de maatregelen in het kader van de ‘appropriate care’, die onder meer gericht zijn op het verkorten van het ziekenhuisverblijf en het verminderen van complicaties, die kunnen worden voorkomen door een goede preoperatieve risicobeoordeling en door correcte en volledige informatie voor de patiënt.

Wij zijn ervan overtuigd dat dit voorstel de huidige situatie, die wordt gezien als een stap terug voor de dagopname, zal corrigeren, terwijl wordt vastgehouden aan de welomschreven voorwaarden voor de raadpleging voor ziekenhuisopnames. Er is ons niet meegedeeld dat het budget werd overschreden en deze correctie lijkt verenigbaar met de reeds toegewezen budgetten. Indien dat niet het geval is, moet het mogelijk zijn de meerkosten, die nog moeten worden aangetoond, op te nemen in het kader van een van de projecten die nog kunnen worden gefinancierd uit de marges waarover de NCAZ beschikt in de budgetten voor appropriate care, zonder dat dit directe gevolgen heeft voor de index van de andere specialismen.

Wij danken u om dit voorstel in overweging te nemen en blijven te uwer beschikking voor nadere informatie.

Met de meeste hoogachting,

G. Bejjani, voorzitter

S. Carlier, secretaris