

# Herijking van de medische nomenclatuur in België.

## Voorstel van principes en methodiek.

1 december 2016

Prof. Dr. Jeroen Trybou, Prof. Dr. Lieven Annemans

Afdeling Gezondheidseconomie

Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

Universiteit Gent



## Inleiding

De huidige regering heeft in het regeerakkoord van oktober 2014 aangegeven werk te willen maken van een hervorming van de medische honoraria. Daarbij werd de intentie uitgedrukt om niet-technische (cognitieve) prestaties, in het bijzonder voor knelpuntspecialismen, beter te vergoeden. Daarnaast heeft de regering ook aangegeven nieuwe vormen van financiering te willen invoeren die samenwerking, coördinatie en kwaliteit bevorderen.

Op vraag van het ASGB heeft de afdeling gezondheidseconomie van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Gent een voorstel uitgewerkt van algemene principes en methodiek tot hervorming van de 'nomenclatuur'.<sup>1</sup>

Het voorstel heeft tot doel om de kwaliteit van de zorgverstrekking – in zijn verschillende facetten<sup>2</sup> – mee te ondersteunen (en waar mogelijk te verbeteren) en daarnaast ook de logica en de transparantie in de nomenclatuur te verbeteren.

Het voorstel werd onder andere gebaseerd op een analyse van de honoraria-systemen in Zwitserland, Frankrijk en Nederland en werd afgetoetst en verfijnd op basis van de inzichten van een aantal belangrijke stakeholders en het ASGB-bestuur.

## Basisprincipes

De zeven basisprincipes van het voorstel zijn:

- (1) Een herwaardering van consultatieactiviteit:
  - a. Zorgt voor een correctie van de huidige onevenwichtige vergoeding tussen 'technische en niet-technische activiteiten'.
  - b. Zorgt voor een herwaardering van specialismen die voornamelijk dit type van activiteit uitvoeren, zowel in de eerste als tweede lijn.
- (2) Een bepaling van de nomenclatuur die afgestemd is op een 'billijk inkomen' voor de gemiddelde arts, gebaseerd op het huidige gemiddelde inkomensniveau.
- (3) Een transparante financiering van de geneeskunde door het opsplitsen van de vergoeding voor de arts in:

---

<sup>1</sup> Dit voorstel werd geformuleerd in samenspraak met het ASGB, rekening houdend met haar bezorgdheden, visie en noden.

<sup>2</sup> Met kwaliteit bedoelen we effectieve, rechtvaardige, veilige, efficiënte, patiëntgerichte, toegankelijke en continue zorg. We verwijzen hierbij naar de gespecialiseerde literatuur (o.a. het Institute of Medicine).

- Een “niet-tastbare” component ter compensatie van de inspanningen van de arts.
  - Een tastbare component ter compensatie van de geassocieerde kosten.
- (4) Het introduceren van een vergoeding voor taken inzake coördinatie en communicatie.
- (5) Een gebalanceerd vergoedingssysteem dat het evenwicht bewaart tussen enerzijds voldoende prikkels tot het uitvoeren van kwaliteitsvolle prestaties en anderzijds een reductie van prikkels tot (niet-waarde toevoegende) aanbod-geïnduceerde vraag.
- (6) Het verhogen van de transparantie en meer tariefzekerheid voor de patiënt, o.a. door het aanmoedigen van conventionering en het reglementeren en afbouwen van ereloon-supplementen.
- (7) Een budget-neutrale hervorming waarbij het totale inkomenspakket van de artsen bewaard blijft, rekening houdend met de geplande groei van de uitgaven aan gezondheidszorg, en met de aanpak van huidige verspillingen in het systeem.

## Stappenplan

De aangereikte methodiek bestaat uit 7 stappen die hieronder een voor een worden toegelicht, en waarin de zeven principes zijn verwerkt.

### **Stap 1: samenstellen van een vernieuwde nomenclatuurlijst.**

In een eerste stap wordt de bestaande nomenclatuurlijst herzien. Dit leidt tot een vernieuwde lijst van alle ‘aktes’ die kunnen plaatsvinden. Deze nomenclatuurlijst per specialisme omvat dus alle mogelijke activiteiten die artsen kunnen uitvoeren en die vergoedbaar zijn. Hierbij wordt, waar nodig, tevens zorgcoördinatie, multi- en interdisciplinair overleg (met aandacht voor netwerken waarin zorg wordt verstrekt), zorg van op afstand, enz... geïncorporeerd. Er wordt ook bijzondere aandacht besteed aan innovatieve werkwijzen zoals (kosteneffectieve) telemonitoring, teleconsultaties en meekijkconsultaties<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Een meekijkconsultatie biedt de mogelijkheid voor de huisarts om de expertise in te roepen van gespecialiseerde zorgaanbieders zonder hierbij effectief tot verwijzing over te gaan. Het doel is om

Deze stap is nodig omdat in het verleden er onvoldoende herzieningen waren van de nomenclatuur in functie van de evolutie van de medische wetenschap en praktijkvoering.

We stellen bovendien een systematische en cyclisch terugkerende (bv. om de 3 jaar) herziening voor waarbij via een ingebouwde signaalfunctie (via vertegenwoordigers van de artsen in de vorm van een raad van advies) wordt bepaald welke aktes moeten herzien, toegevoegd of geschrapt worden. De voorgestelde lijst heeft dus een dynamisch karakter (in tegenstelling tot het huidige eerder statische systeem).

De lijst is gebaseerd op de volgende basisprincipes:

- Volledigheid: de lijst bevat alle vergoedbare activiteiten;
- Verantwoorde zorg: bij het opstellen van de activiteiten moet het principe van verantwoorde zorg gelden. Activiteiten die niet overeenkomen met dit principe kunnen niet opgenomen worden.

De beschrijving van de activiteiten kan ook bepaalde minimumeisen bevatten om de respectieve activiteiten te kunnen uitvoeren (met waar mogelijk kwaliteitscriteria) evenals de beperkingen inzake cumulatie die van toepassing zijn.

Deze stap kan uitgevoerd worden door een bevraging van de diverse specialismen. Een onafhankelijk wetenschappelijk team staat bij voorkeur in voor de coördinatie en afstemming. Dit kan in twee fasen gebeuren: een eerste schriftelijke bevraging en een daarna een vergadering per specialisme<sup>4</sup>.

---

verwijzing naar specialistische zorg, waar mogelijk, te voorkomen en indien er toch verwezen wordt die optimaal in te vullen (meest geschikt – doelgericht verwijzen). Dit laat toe om, waar mogelijk, op een efficiënte wijze een antwoord te bieden aan vragen en noden van patiënten.

Zie bv. [https://www.nza.nl/1048076/1048107/CI\\_13\\_18c\\_Experimenten\\_meekijkconsult.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048107/CI_13_18c_Experimenten_meekijkconsult.pdf)

<sup>4</sup> We merken op dat in deze eerste stap het inkomensniveau van de diverse specialismen en artsen niet wordt beïnvloed. Om in volgende stappen onevenwichten tussen artsen(groepen) te vermijden is het wel belangrijk dat zoveel als mogelijk alle akten opgenomen worden.

## **Stap 2: waardering van de nieuwe nomenclatuur aan de hand van een puntensysteem.**

In een tweede stap wordt de nomenclatuur gewaardeerd en worden de akten vergeleken met elkaar. Het betreft een theoretische waardering van akten op basis van een puntensysteem. Alle akten van de nomenclatuur worden gescoord.

De punten hangen af van de 'zwaarte' van de akte. Zwaarte is natuurlijk moeilijk uit te drukken. Wel staat vast dat het toevoegen van een veelvoud van determinanten om de 'zwaarte' van een akte te bepalen het nadeel heeft dat:

- dit de transparantie negatief beïnvloedt;
- dit onvermijdelijk leidt tot een complex systeem van berekenen.

Daarom stellen we voor om het aantal determinanten beperkt te houden tot drie items. De 3 items die in rekening worden gebracht zijn:

- de tijd van een bepaalde akte;
- de 'intrinsieke waarde' de complexiteit van een bepaalde akte (dit houdt ook de stress, en de fysieke en mentale inspanning in die de akte met zich mee brengt).
- de 'verhogingscoëfficiënt voor onregelmatige prestaties'. Bij de definiëring van deze verhogingscoëfficiënt kan aansluiting gezocht worden bij de bestaande regelgeving (bv. toeslagpercentages voor onregelmatige prestaties van verpleegkundigen<sup>5</sup>).

De waardering gebeurt op basis van een doorsnee patiënt: dit is de gemiddelde patiënt waarop de akte het meest van toepassing is. De tijd van de akte (eerste component) omvat de globale werklast: alle aspecten (inclusief voor- en na) gerelateerd aan de akte worden in aanmerking genomen:

- de benodigde tijd om de akte uit te voeren;
- de voorbereidingstijd;
- de tijd nodig voor het neerschrijven van de bevindingen

Hieronder geven we een (fictief) voorbeeld van hoe de intrinsieke waarde (tweede component) kan gecombineerd worden met de tijd (in minuten) om tot aan totaal aantal punten te komen.

---

<sup>5</sup> Artikel 6 van het Koninklijk besluit betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep (premies voor ongemakkelijke prestaties).

	Intrinsieke waarde (I) <sup>6</sup>	Tijd (T)	Punten (I x T)
Appendectomie (243165)	1,1	110	121
Cholecystectomie (242465)	1,2	180	216
Gastrectomie (241566)	1,3	430	559
Duodenopancreatectomie (242023)	1,4	480	672

Voor de onregelmatige prestaties (bv. avondprestaties, nachtprestaties, zaterdag-, zon- en feestdagen) wordt er een substantiële extra vergoeding voorzien. Deze toeslag is van toepassing op de 'inspanningscomponent' en waar nodig op de kostencomponent (zie verder<sup>7</sup>).

Voor georganiseerde wachtdiensten wordt een vaste basisvergoeding voorzien. We verwijzen hierbij naar het bestaande systeem van de beschikbaarheidshonoraria in de ziekenhuizen. Dit kan tevens – waar nodig – in andere settings worden geïntroduceerd.

Het voorstel tot waardering op basis van de bovenvermelde criteria zou moeten uitgaan van beleidsvoorbereidend wetenschappelijk onderbouwd studiewerk, uitgevoerd door een onafhankelijk onderzoeksteam. Dit komt de consistentie/uniformiteit en objectiviteit ten goede. Bovendien beperkt dit de belasting van de artsen (en hun vertegenwoordigers). Dit voorstel wordt daarna voorgelegd aan een paritair panel samengesteld uit vertegenwoordigers van de mutualiteiten en de betrokken specialismen.<sup>8</sup> Dit panel kan de analyse van de onafhankelijke experts weerleggen. De bewijslast ligt hierbij bij het paritair comité.

### *Referentie-aktes en inschaling*

Zoals uit de tabel hierboven blijkt wordt de intrinsieke waarde van de aktes het best afgestemd op een referentie-akte (een basis-akte die veelvuldig wordt toegepast). Deze basisakte wordt daarna gescoord op vlak van complexiteit in vergelijking met een 'gemiddelde consultatie van het kort type' (die bv. score 1 krijgt). Dit leidt tot een waardering van deze basisakte (in punten uitgedrukt). Vervolgens wordt dan de

<sup>6</sup> De intrinsieke waarde is in dit voorbeeld illustratief. Dit dient niet gezien te worden als een voorstel tot beoordeling voor de nomenclatuur die in het voorbeeld is opgenomen.

<sup>7</sup> Indien de kostencomponent loonkosten van ondersteunend personeel bevat zijn deze ook variabel in functie van toeslagen voor onregelmatige prestaties.

<sup>8</sup> Naar analogie met de huidige werking van de medico-mut. De ziekenhuizen stellen hun data ter beschikking bij de beleidsvoorbereidende studie maar zijn niet actief betrokken in het paritair panel. We wijzen er op dat het hierbij niet om de geassocieerde kosten gaat maar enkel een weging van de nomenclatuur.

gemiddelde duurtijd bepaald (dit kan idealiter – waar mogelijk – tevens met metingen worden ondersteund – bv. de OK-tijden).

In een volgende stap wordt het aantal punten dan vermenigvuldigd met de duurtijd (zie ook tabel hierboven).

Bv.  $1,10 * 20$  minuten (standaardakte specialisme A)= 22 punten

Bv.  $1,20 * 30$  minuten (standaardakte specialisme B)= 36 punten

In een volgende stap wordt dit tevens gedaan voor alle aktes van de nomenclatuur van het desbetreffende specialisme (bv. specialisme A).

Bv.  $1,60 * 10$  minuten (een vrij complexe akte met relatief korte duur): 16 punten.

Hierbij kan de techniek worden gehanteerd dat men, na het bepalen en waarderen van de standaardakte, eerst de meest complexe akte waardeert. Daarna kunnen alle overige aktes worden gepositioneerd ten aanzien van beide. Tijdens dit inschalingsproces kan men tevens bijkomende referentiepunten gebruiken die doorheen het scoren duidelijk worden. Concreet zullen tijdens dit proces diverse akten worden gescoord. Deze akten kunnen ook als referentiepunt worden gebruikt: indien er akten voorkomen die naar hun aard vergelijkbaar zijn dan kunnen deze onderling worden vergeleken en eventueel worden bijgestuurd. De akten worden hierbij ingedeeld in een aantal te onderscheiden niveaus (in plaats van een continue schaal), waarbij elk niveau een vooraf bepaald 'procentueel aandeel' heeft in het geheel. Bijvoorbeeld kan men opleggen dat 80% van de akten in de range van beperkte complexiteit met niveau 1-2 liggen en slechts aan 20% van de akten van een bepaald specialisme een hogere complexiteitsscore kan worden toegekend. Onderstaande tabel geeft een meer gedetailleerd overzicht.

Intrinsieke waarde	% - spreiding
Niveau 1 (1-1,09)	60
Niveau 2 (1,1-1,19)	20
Niveau 3 (1,2-1,29)	10
Niveau 4 (1,3-1,39)	5
Niveau 5 (1,4-1,49)	5

Indien een bepaalde akte in belangrijke mate kan variëren in functie van patiënt-karakteristieken en/of pathologie dan wordt deze in de nomenclatuur verder verfijnd (zie tevens volgende stap).

Een specifiek takenpakket betreft de consultatie-activiteit. Hierbij kan gediversifieerd worden door een minimale duurtijd te specificeren. Concreet kan een onderscheid gemaakt worden tussen een korte consultatie (bv. 10 minuten) en een langere

consultatie (bv. 20 minuten)<sup>9</sup>. Deze tijdsbepaling kan, waar nodig, variëren tussen specialismen. Concreet kunnen bv. voor psychiatrie of voor gesprekken bij het levenseinde andere mogelijkheden worden gespecificeerd.

### *Vergelijking tussen specialismen*

Tenslotte, aan het einde van stap 2 wordt ieder specialisme vergeleken met drie andere specialismen. Naar analogie met het Zwitsers systeem gaat men hierbij op zoek naar:

- aktes die gelijkaardig zijn qua intrinsieke waarde;
- aktes die kunnen vergeleken worden op vlak van de duurtijd.

Op beide vlakken dient bij afwijking in consensus een onderbouwde correctie op te treden. Als een bepaalde akte een hogere score heeft gekregen dan een vergelijkbare akte uit een andere discipline, dan moet een correctie worden toegepast. Indien bepaalde akten door verschillende specialismen kunnen worden uitgevoerd dan zou de waardering gelijk moeten zijn.

### **Stap 3: bepalen van een referentie-inkomen per discipline.**

In een derde stap wordt het referentie-inkomen van de ‘gemiddeld-fictieve’ arts bepaald per discipline. Dit betreft een arts van een bepaald specialisme die een ‘gemiddeld’ aantal uur actief is en een ‘gemiddelde’ complexiteit van zorg realiseert.

Het referentie-inkomen is een vergoeding voor de inspanning van de arts en *niet* de geassocieerde kosten (die via een parallel systeem op een kostenneutrale manier dienen te worden gefinancierd – zie verder). Dit referentie-inkomen komt tot stand door een analyse van het complexiteitsniveau van de nomenclatuur (intrinsieke waarde) en de onregelmatige prestaties (verhogingsfactor) van de verschillende specialismen door een onderzoeksteam, bijgestaan door experts. Deze formuleren een voorstel tot weging van de verschillende specialismen. Dit bevordert de objectiviteit (en billijkheid) en consistentie van de beoordeling. Indien nodig wordt hierbij tevens rekening gehouden met de korte loopbaan van bepaalde specialismen. Het is essentieel dat de weging enkel kan tot stand komen via objectieve elementen zoals bv. het niveau van complexiteit, de duur van de opleiding, de noodzakelijke expertise, en de fysieke en emotionele belasting. Het is daarom aangewezen om hier een multi-criteria besliskundige analyse toe te passen.

---

<sup>9</sup> Dit kan bij uitvoering uiteraard het onderwerp vormen van controle.



Een commissie (paritair samengesteld met op zijn minst vertegenwoordigers van artsen en ziekenfondsen) beoordeelt de toegekende referentie-inkomens (en de daarmee samenhangende nomenclatuur) per specialisme (de gemiddeld-fictieve arts van een bepaald specialisme). Bij afwijking ten aanzien van het objectieve voorstel van het onafhankelijk orgaan ligt de bewijslast bij deze paritaire commissie.

Het referentie-inkomen is een bruto-inkomen (= voor belastingen en sociale bijdragen). Het bepalen van de hoogte van dit inkomen vormt een beleidsbeslissing die kan onderbouwd worden met een evaluatie van het huidig inkomensniveau (en de aanwezige verschillen tussen artsen) en een internationale vergelijking.

Gezien het voorstel uitgaat van een budget-neutrale hervorming dient eerst worden nagegaan hoeveel middelen er gealloceerd moeten worden aan de kostencomponent (zie verder). Het saldo tussen het totale budget en het budget 'kostencomponent' is dan de ruimte die beschikbaar is om de inspanningen van de artsen te vergoeden.

Hieronder beschrijven we hoe het nieuwe referentie-inkomen per specialisme kan tot stand komen. Ter illustratie vertrekken we van een gemiddelde jaarinkomen van Belgische artsen (exclusief praktijkkosten) van 200.000 EUR per jaar (bruto<sup>10</sup>).

Concreet wordt een weging gemaakt voor elk specialisme om te komen tot een 'gemiddeld-fictieve arts' per specialisme. Dit kan worden onderbouwd door een bottom-up argumentatie van de specialismen op basis van het aandeel 'generalistische' en 'gespecialiseerde' prestaties van deze gemiddeld-fictieve arts per discipline, zoals bepaald in stappen 1 en 2 van de methodiek. Ook de aard van de prestaties kan hierbij in aanmerking worden genomen (bv. nacht, weekend, enz.).

Specialisme	A	B	C	D	E	F
Niveau van complexiteit, expertise en belasting	0,9	0,95	1	1,1	1,2	1,25
Referentie-inkomen (ter illustratie)	180.000	190.000	200.000	220.000	240.000	250.000

Voor een fictief specialisme F dat wordt gekenmerkt door een hogere graad van complexiteit (bv. complexe chirurgie), een hogere graad van expertise (bv. extra scholing) en meer fysieke (bv. nachtwerk) of emotionele belasting (bv. een hoge mortaliteit gerelateerd aan het betreffende ziektebeeld) kan bv. een referentie-inkomen van 250.000 EUR worden vooropgesteld. Voor een fictief specialisme A dat wordt gekenmerkt door een lagere graad van complexiteit (bv. minder complexe activiteiten), een standaard graad van expertise en relatief weinig fysieke (bv. activiteiten voornamelijk geconcentreerd tijdens de dag) en emotionele belasting kan bv. een referentie-inkomen van 180.000 EUR worden vooropgesteld.

<sup>10</sup> Dit betreft een rekenvoorbeeld. De keuze voor € 200.000 is louter illustratief.

Door een raming op basis van het aantal artsen per discipline kan het totaal overheidsbudget worden bepaald en kan eventueel een correctiemechanisme worden geïnstalleerd om tot een resultaat te komen dat op zijn minst budget-neutraal is (een gesloten budget), rekening houdt met het budget dat moet gaan naar de kostencomponent, maar ook met de geanticiperde besparingen gerelateerd aan bv. telegeneeskunde, de hervorming van ziekenhuisfinanciering enz..

Dit voorstel zal een ingrijpende wijziging brengen in de bestaande inkomensverhoudingen tussen artsen. Maar het herzien van de verhoudingen is een noodzakelijke stap in de evolutie naar een meer evenwichtige en meer billijke nomenclatuur binnen de beschikbare budgettaire ruimte<sup>11</sup>.

#### **Stap 4: beschikbaarheid en niet-factureerbare tijd per discipline.**

In een vierde stap wordt per specialisme een gemiddelde beschikbaarheid bepaald. Dit kan worden onderbouwd door de hiervoor beschreven onafhankelijke en wetenschappelijk onderbouwde studie/meting. Hoewel dit idealiter aansluit bij de inzet en tijdsbesteding van de 'gemiddeld-fictieve' arts uit het verleden kunnen er, indien nodig, in deze stap eventuele correcties worden doorgevoerd. We geven in dit verband ook mee dat de EU-limiet (gemiddeld aantal uur inclusief overwerk voor artsen in een werknemer-statuuat) 48 uur bedraagt. Dit sluit tevens aan bij het cijfer van 48 uur gebruikt in de studie van Kok et al. (2015)<sup>12</sup>.

In dit verband merken we ook op dat artsen een beroepsgroep vormen die in belangrijke mate worden gekenmerkt door hoge niveaus van job-stress en burn-out. Het aantal uur dat voor een gemiddelde arts (met een bepaald inkomensniveau) als aanvaardbaar wordt beschouwd dient men deze problematiek tevens in acht te nemen.

Het gemiddeld aantal uur kan op jaarbasis worden bepaald en verrekend worden per maand of week.

Bijkomend moet men ook een correctie maken voor de niet-factureerbare tijd. Hoewel een arts bv. 46 uur per week actief is, is hij/zij niet 100 % bezet met zaken die via de nomenclatuur worden vergoed. Hoewel de nomenclatuur zoveel als mogelijk afgestemd is op de 'volledige akte' (inclusief voorbereiding en nazorg) dient een deel van deze tijd te worden beschouwd als niet-vermijdbare 'overhead'. Het specifieke percentage kan tevens via een bevraging in kaart worden gebracht.

---

<sup>11</sup> Indien wordt geopteerd tot een verlaagde terugbetaling bij niet-geconventioneerde artsen (zie verder) en het afschaffen van het deels geconventioneerd statuut dan kan mogelijk ook extra budgettaire ruimte worden vrijgemaakt.

<sup>12</sup> Kok L., Boyle S., Lammers M. & Tempelman C. (2015) Remuneration of medical specialists. Drivers of differences between six European countries. Health Policy. 119(9), 1188-96.

Richtinggevend – ter illustratie – merken we op dat in Zwitserland het gemiddelde basispercentage ‘vergoedbare tijd’ 81,7% bedraagt.

Specialisme	A	B	C	D	E	F
Percentage vergoedbare tijd	78	80	82	84	86	88

Indien de fictief-gemiddelde specialist van specialisme C wordt gekenmerkt door een werkweek van 46 uur en men past een vergoedbaar percentage toe van 82% dan is het resultaat dat er 37,7 uur per week wordt besteed aan factureerbare activiteiten (via de nomenclatuur).

Om tot een gebalanceerd systeem te komen dat het risico op aanbod-geïnduceerde vraag beperkt wordt deze overhead niet verrekend binnen het hierboven uitgewerkte systeem van de nomenclatuur. Het eenzijdig vooropstellen van een systeem van een betaling per prestatie vormt een huidige zwakte van het systeem met de gekende gevolgen op vlak van een té grote nadruk op prestatiegeneskunde. Daarom gaat dit voorstel uit van een forfaitaire activiteiten-vergoeding voor de arts voor de niet factureerbare tijd.

Concreet bedraagt dit voor het specialisme C 18% (100% activiteit - 82% factureerbare tijd) van € 200.000 of een bedrag van € 36.000. Dit bedrag wordt toegekend aan iedere arts die voltijds actief is (de eerder vooropgestelde 37,7 uur op basis van de aangerekende nomenclatuur). De tijdsinschatting van de nomenclatuur die de arts factureert wordt hierbij gehanteerd om een inschatting te maken van de beschikbaarheid. Indien een arts minder dan voltijds presteert dan wordt dit bedrag uiteraard pro-rata verminderd. Om het systeem beheersbaar te houden kan men met een getrappt systeem werken (100% - 80% - 60% - 40% - 20%). Een arts die gemiddeld bv. 31 uur (in plaats van de hierboven beschreven 37,7 uur) factureerbare tijd heeft wordt een bedrag van € 28.800 toegekend). Het betreft tevens een geplafonneerd bedrag: een arts die gemiddeld over bv. 40 uur factureerbare tijd per week beschikt wordt het maximum van € 36.000 toegekend.

### **Stap 5: bepalen van de waarde van een punt.**

In een vijfde stap wordt eerst het totale volume ingeschat van de aktes. Hierbij kan men gebruik maken van historische gegevens die in consensus door een panel van experts worden aangepast. Het is daarbij ook belangrijk om rekening te houden met recente en verwachte evoluties in de geneeskunde. Dit laat toe om eventuele bestaande en verwachte onevenwichten te detecteren. Daarna wordt het budget per specialisme (gebaseerd op het referentie-inkomen) – na aftrek van het budget voor de forfaitaire activiteitenvergoeding – gedeeld door het geheel aan punten van een

bepaald specialisme. Dit bepaalt de waarde van een punt. De waarde van het punt wordt daarna vermenigvuldigd met de score (het aantal punten) van een bepaalde akte. Dit leidt tot een waardering van deze inspanning.

Deze stap schept ook de uitgelezen gelegenheid om aanpassingen door te voeren in het systeem van de conventionering en in het toepassen van ereloon-supplementen in de ziekenhuizen.

Conventionering kan mogelijk aangemoedigd worden door:

- i. het substantieel verbeteren van het sociaal statuut (nu ong. € 4.535) van geconventioneerde artsen;
- ii. het invoeren van een significante bonus op een praktijktoelage voor geconventioneerde artsen;
- iii. de toepassing van het principe van indexering op de erelonen voor geconventioneerde artsen.

Gedeeltelijke conventionering zou tevens afgeschaft kunnen worden. Op basis van de billijke vergoeding die ontstaat via stappen 1 tot en met 5 kan ook een basis worden gecreëerd voor een gefaseerde afschaffing van de ereloon-supplementen in de ziekenhuizen.

### **Stap 6: vergoeding voor de kosten.**

De vergoeding zoals beschreven in de vorige 5 stappen wordt ten slotte aangevuld met een vergoeding voor geassocieerde kosten (materiaal, infrastructuur/ruimte, personeel,...) te bepalen via kostprijscalculatie ter voorbereiding van het systeem.

Op beleidsniveau adviseren we om met 2 macrobudgetten te werken. Enerzijds een budget voor de inspanning (zie de 5 stappen hierboven) en anderzijds een budget voor de geassocieerde kosten.

Het basisprincipe gaat uit van een dekking van verantwoorde kosten zonder winstmarge. Voor intramurale activiteiten (ziekenhuis) kunnen de bestaande (uitgezuiverde) financiële overeenkomsten een basis vormen. Voor de financiering van deze geassocieerde kosten adviseren we tevens om dit in overleg met de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen te verfijnen.

Ons voorstel gaat uit van een andere benadering voor structurele kosten (bv. verbruiksmateriaal, consultatie-infrastructuur en kosten van assistentie door personeel) en kosten van significante technologische investeringen (die boekhoudkundig worden afgeschreven).

Concrete mogelijkheden vormen:

- het invoeren van een forfaitaire kostenvergoeding 'praktijktoelage' (zoals nu reeds in de huisartsgeneeskunde bestaat) ter compensatie van kleinere investeringen (en gekoppeld aan het activiteitsniveau van de arts gemeten via de nomenclatuur). Concreet gaat het om een vergoeding ter dekking van o.a. kantoorkosten, ICT, klein medisch materiaal. Deze praktijktoelage is evenwel niet te verwarren met de forfaitaire activiteitenvergoeding (stap 4).
- het financieren van assistentie door personeel gekoppeld aan het beschreven systeem van de nomenclatuur. Hierbij kunnen een aantal prestaties worden geïdentificeerd die gebeuren met assistentie van ondersteunend personeel. Deze prestaties genereren dan een extra kostenvergoeding voor de arts. De tijd die aan de nomenclatuur werd toegewezen kan hierbij gebruikt worden als vertrekpunt om tevens de tijd inzake ondersteuning te ramen. Daarnaast kunnen verschillende complexiteitsniveaus van ondersteuning worden onderscheiden.
- het werken met een degressieve vergoeding voor specifieke, meer omvangrijke<sup>13</sup> (af te schrijven) medische investeringskosten. Dit laat toe om enerzijds prikkels te introduceren tot efficiëntie en anderzijds voldoende innovatie te stimuleren.

Om de compensatie van kosten van de artsenpraktijk (gebouw en uitrusting voor consultaties) te financieren kan het bv. een idee vormen om analoog aan de VIPA-financiering een forfaitaire vergoeding te bepalen. Er kan hierbij een onderscheid gemaakt worden tussen een onderhoudsforfait (going concern principe) en een opstartforfait bij volledig nieuwe praktijken. Hierbij kan tevens een aftoetsing gebeuren in functie van de aantoonbare behoefte aan zorg in de betrokken regio (zorgstrategische planning).

De specifieke bedragen kunnen worden bepaald door een studie van de kosten (en een bepaald aantal m<sup>2</sup>) die in de praktijk van toepassing zijn. Hierbij kan een correctie gemaakt worden voor artsen die deeltijds actief zijn.

Gezien de complexiteit kunnen we in dit rapport geen volledig berekend antwoord aanreiken voor deze stap. De nadruk van de oefening lag op de 5 stappen om tot een billijk inkomen voor de inspanning te komen. We verwijzen hierbij tevens naar de beleidsplannen van Minister De Block inzake de ziekenhuisfinanciering.

---

<sup>13</sup> Analoog aan de ziekenhuiswet zou voor investeringen een drempelwaarde van minstens € 1.250 kunnen worden gehanteerd.

## Stap 7: vergoeding voor kwaliteit.

Een extra vergoeding voor kwaliteit van de geleverde prestaties kan ook overwogen worden. Gezien de complexiteit en de diversiteit met betrekking tot het meten en belonen van kwaliteit adviseren we dat hetzelfde panel een 3-tal criteria vooropstelt, dynamisch in de tijd: in een introductiefase van zo een systeem worden, naar analogie met het Nederlandse systeem, de te behalen scores relatief laag geplaatst zodat de overgrote meerderheid van de artsen deze score behaalt. Geleidelijk aan kan zo'n systeem worden bijgestuurd (andere of meer nuance in de criteria) en de te behalen scores verhogen.<sup>14</sup>

Ter illustratie geven we een overzicht van de criteria die in de 1<sup>e</sup> lijn in Nederland worden vooropgesteld:

- a. Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen.
- b. Preventieve geneeskunde:
  - i. Vaccinatie Griep 65+
  - ii. Deelname bevolkingsonderzoek:
    - 1. mammografie (50-70 jaar);
    - 2. uitstrijkje (25-64; 3-jaarlijks);
    - 3. dikkedarmkanker (56-74; 2-jaarlijks).
- c. Chronische aandoeningen:
  - i. COPD: rookgedrag vastgelegd + vastleggen gezondheidsstatus via gevalideerde vragenlijst.
  - ii. Diabetes: GFR bepaald in afgelopen 12 maand; funduscontrole in afgelopen 24 maand en voetonderzoek in afgelopen 12 maand (zelf te rapporteren).

In 2009 publiceerde het KCE een studie omtrent de haalbaarheid en wenselijkheid van een systeem van betalen per prestatie in ons land. Uit dat rapport en ook uit meer recente literatuur blijkt dat betalen voor kwaliteit wel degelijk een effect kan hebben op de kwaliteit van de zorg, maar dit effect is niet eenduidig positief.<sup>15</sup> Bovendien zijn er valkuilen, zoals het risico dat artsen zich gaan focussen op de prestaties waarvoor een bonus geldt en daardoor andere aspecten van de zorg gaan verwaarlozen. Dit heeft te maken met een mogelijke verschuiving van de intrinsieke motivatie van artsen naar extrinsieke motivatie (een financiële bonus). Ook is het onduidelijk van welke grootteorde de bonussen moeten zijn en welk percentage van het gehele inkomen van artsen zou bepaald moeten worden door een bonus voor kwaliteit. Zoals bekend denkt de

---

<sup>15</sup> Zie onder andere Ryan en Werner <https://hbr.org/2013/10/doubts-about-pay-for-performance-in-health-care/>

huidige minister van gezondheidszorg en sociale zaken aan een aandeel 'betalen voor kwaliteit' van 2% in de ziekenhuizen. Wat wel vast staat is dat bestaande programma's in andere landen meer kans maakten op succes wanneer de kwaliteitsbonussen zijn geïntegreerd in het gezondheidsbeleid (bv. kwaliteitsbonussen gerelateerd aan een evidence based en geïntegreerde aanpak van chronische ziekten zoals in Duitsland). Voor een uitgebreid overzicht verwijzen we naar een recent rapport van de WHO.<sup>16</sup>

Het gaat sowieso bij voorkeur om een gesloten budget per specialisme. Indien de artsen opteren voor indicatoren waar quasi iedereen aan voldoet dan is de vergoeding beperkter dan wanneer ze kiezen voor indicatoren waar slechts een beperkter aandeel van de artsen aan voldoet. Dit vormt een incentive voor de specialisten om voldoende ambitieuze doelstellingen te stellen. Na analyse na opstart kan het systeem, waar nodig, worden bijgestuurd.

## Slotbeschouwing

Dit voorstel van basisprincipes en stappenplan tot hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen heeft in de eerste plaats tot doel om de kwaliteit van onze zorgverstrekking – in zijn verschillende facetten – mee te ondersteunen door een meer billijke vergoeding van artsen. Zo een billijke vergoeding vormt een basisvoorwaarde om kwaliteitsvolle en kosteneffectieve zorg te realiseren. Verder beoogt het voorstel om de logica en de transparantie in de nomenclatuur te verbeteren. De belangrijkste kenmerken van dit voorstel zijn:

- (1) Een correcte vergoeding voor iedere arts. Dit wordt bewerkstelligd door volgende principes:
  - (a) De waardering van de nomenclatuur wordt afgestemd op basis een billijk referentie-inkomen.
  - (b) Een zoveel als mogelijk complete lijst van nomenclatuur met voldoende aandacht voor multi- en interdisciplinair overleg en nieuwe technologische mogelijkheden (zoals telegeneeskunde).
  - (c) Een uniforme en gestandaardiseerde weging van de nomenclatuur.
  - (d) De nomenclatuur wordt gesplitst in een 'inspanningsvergoeding' en een 'kostencomponent'. Met betrekking tot deze laatste gaat het basisprincipe uit van een dekking van verantwoorde kosten zonder winstmarge.

---

<sup>16</sup> Cashin C et al. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability. World Health Organization 2014

(2) Een balans tussen enerzijds voldoende stimuli tot productiviteit en anderzijds het vermijden van overproductie en - consumptie<sup>17</sup>

(a) Het systeem van nomenclatuur (betaling per prestatie) wordt deels behouden om:

- de productiviteit en toegankelijkheid te stimuleren;
- een billijke vergoeding op basis van het activiteitsniveau van de individuele arts te bekomen.

(b) Het systeem van nomenclatuur (betaling per prestatie) wordt aangevuld met:

- Een forfaitaire activiteitenvergoeding.
- Een kostenvergoeding (zonder winstmarge).
- Een eventuele bonus op basis van kwaliteitscriteria.

Dit laat toe om het risico op overconsumptie (aanbodgestuurde vraag) te reduceren.

(3) Tariefzekerheid voor de patiënt door:

(a) het afschaffen van de 'gedeeltelijke conventionering';

(b) het voorzien in sterkere prikkels tot conventionering;

(c) het stapsgewijs afschaffen van ereloon-supplementen in 1-persoonskamers van ziekenhuizen.

Dit laatste wordt mee ondersteund door een billijke betaling voor prestaties gebaseerd op toegevoegde waarde, waardoor de supplementen op medische honoraria in ziekenhuizen overbodig worden.

Dit voorstel tot methodiek is hopelijk een eerste aanzet tot de langverwachte hervorming van de nomenclatuur van de artsen. Uiteraard is er nog debat nodig en moet er nog zeer veel energie gestoken worden in de uitwerking ervan. Die uitwerking zal wellicht ook aangeven waar de mogelijk zwakke punten van de methodiek zich bevinden. Een eerste praktische uitwerking gericht op een of meerdere geselecteerde disciplines zou als piloot-project kunnen opgevat worden en al de mogelijke valkuilen kunnen blootleggen.

---

<sup>17</sup> De meest recente wetenschappelijke inzichten geven aan dat ieder systeem van betaling voor- en nadelen met zich mee brengt. Daarom is een gebalanceerd systeem aangewezen.