**Eindverslag fase 1A**

**“Herijking van de nomenclatuur”**

 **Radiotherapie-oncologie**

Opdracht gerealiseerd op vraag van RIZIV-INAMI

Document versie 1

Datum: 20/02/2020

Inhoudstafel

[1. Objectief van fase 1A van het project “Herijking van de nomenclatuur” 3](#_Toc34724999)

[2. Is er nood aan een nieuwe classificatie of een herstructurering? 4](#_Toc34725000)

[3. Volgens welke algemene principes moet de toekomstige nomenclatuur geformuleerd worden en moet radiotherapie gefinancierd worden? 5](#_Toc34725001)

[4. Maakt de huidige codificatie het mogelijk om het echte werk van de artsen te isoleren en te honoreren? Hoe kan een nomenclatuur opgesteld worden die dit medische werk beter kan benadrukken en waarbij de overige kosten vergoed worden adhv een andere methode? 6](#_Toc34725002)

[5. Is het nodig om sommige activiteiten (management, coördinatie, …) die niet gekoppeld zijn aan een specifieke handeling of actie te financieren? 7](#_Toc34725003)

[6. Wat wordt de aanpak om dit concreet te maken (methodologie volgende fases)? 8](#_Toc34725004)

[7. Besluit 9](#_Toc34725005)

[8. Auteurs 9](#_Toc34725006)

## Objectief van fase 1A van het project “Herijking van de nomenclatuur”

Het RIZIV wenst een structurele hervorming van de nomenclatuur voor gezondheidsprestaties door te voeren. Enkele belangrijke doelstellingen hierbij zijn onder meer:

* Verbeteren van de interne logica;
* Maximaliseren van de leesbaarheid en transparantie van de nomenclatuur;
* Rekening houden met de evolutie van de medisch(-technisch)e activiteit;
* Elimineren van onredelijke inkomensverschillen tussen huisartsen en arts-specialisten en tussen arts-specialisten onderling;
* Introduceren van prikkels om samenwerking en kwaliteit te bevorderen.

Om ervoor te zorgen dat de nomenclatuur volledig up-to-date is en klaar is voor de uitdagingen van de toekomst wordt in het project “de herijking van de nomenclatuur” de huidige situatie van elke discipline in kaart gebracht. Daarnaast worden verbetermogelijkheden met betrekking tot de nomenclatuur geïdentificeerd om deze vervolgens te implementeren. Er zijn een aantal verbeterprincipes die gelden voor alle disciplines. Deze principes zullen op globaal niveau behandeld worden en niet voor elke discipline afzonderlijk. Zo is het bijvoorbeeld voor alle disciplines momenteel zeer moeilijk om binnen een redelijke termijn aanpassingen te doen aan de nomenclatuur waardoor deze uitdaging overkoepelend bekeken zal worden.

Het is de bedoeling om in de eerste fase (fase 1A) voor elke discipline inzicht te krijgen in de huidige situatie, na te gaan wat de gebreken en sterktes zijn van de huidige nomenclatuur en te achterhalen of het noodzakelijk is om een volledig nieuwe classificatie op te stellen voor een discipline of dat een herstructurering voldoende is. Vervolgens wordt er een methodologie opgesteld om de noodzakelijke veranderingen door te voeren.

Om de meest geschikte methode te bekomen, worden de huidige financieringsmethoden en enkele internationale praktijken onderzocht. Voor de realisatie van deze fase en het opstellen van de documenten hebben we een aantal deskundigen betrokken die representatief zijn voor de praktijk in radiotherapie-oncologie.

De betrokken experts zijn:

* Prof. Dr. Yolande Lievens – UZ Gent\*
* Dr. Jean-François Daisne – UZ Leuven \*
* Dr. Hilde Engels – RIZIV

*\*Experten* die voor het project werken namens Möbius

*De huidige situatie en uitdagingen zijn terug te vinden in de presentatie “desk research radiotherapie”.
De methodologie en conclusie worden verder in dit document besproken.*

In fase 1B, die start vanaf april-mei 2020, wordt de nomenclatuur aan de hand van de vooraf bepaalde methodologie geherstructureerd of wordt een volledig nieuwe nomenclatuur opgemaakt. Tegen december 2021 zou fase 1B klaar moeten zijn zodat de aangepaste of nieuwe artikels beschikbaar zijn. Vervolgens zal de waardering van de aangepaste artikels plaatsvinden in fase 2. Deze fase start vanaf januari 2022.



## Is er nood aan een nieuwe classificatie of een herstructurering?

De huidige nomenclatuur van radiotherapie-oncologie dateert van 2001 en is sterk verouderd waardoor er nood is aan een volledige herziening van de nomenclatuur. De belangrijkste tekortkomingen van de huidige nomenclatuur zijn:

1. Onvolledige nomenclatuur

De nomenclatuur is onvolledig doordat nieuwe (complexe) technieken zeer moeilijk opgenomen worden in de nomenclatuur (bv. SBRT). Daarnaast wordt de nomenclatuur niet aangepast aan nieuwe bestralingsschema’s zoals bv. extreme hypofractionatie. Een andere reden waarom de nomenclatuur onvolledig is, is dat kwaliteitsondersteunende activiteiten onvoldoende opgenomen zijn in de nomenclatuur.

1. Categorieën onaangepast

De indicaties voor uitwendige bestraling zijn verdeeld over 4 zwaartecategorieën, die kunnen worden aangerekend voor specifieke indicaties, maar doordat radiotherapie snel evolueert en er (quasi) geen aanpassingen gebeuren, klopt deze verdeling niet meer. Hierdoor zijn de categorieën onaangepast aan de huidige richtlijnen en praktijk.

Dit geldt evenzeer voor brachytherapie, en bovendien stelt zich hier ook het probleem van te veel nomenclatuurnummers, waardoor ook deze categorisatie onaangepast is aan de reële noden.

1. Onduidelijke en niet transparante nomenclatuur

De nomenclatuur is momenteel onduidelijk en niet transparant:

* + In art 18 §2 A wordt verwezen naar prestaties van de radiotherapie uit art 18§1;
	+ Cumul- en diagnoseregels worden niet overzichtelijk weergegeven;
	+ Er wordt gebruik gemaakt van archaïsche taal;
	+ Art 18 § 2B in vitro wordt voornamelijk gebruikt door klinisch biologen maar de verstrekkingen zijn opgenomen in artikel 18;
	+ …

## Volgens welke algemene principes moet de toekomstige nomenclatuur geformuleerd worden en moet radiotherapie gefinancierd worden?

Er is nood aan een nieuwe classificatie voor radiotherapie. De kans is reëel dat de nieuwe classificatie sterk zal verschillen van de huidige nomenclatuur. Zo zijn er momenteel (te) veel nomenclatuurnummers voor brachytherapie waardoor deze nomenclatuur gesimplificeerd kan worden. Daarnaast dient de huidige categorisatie van de externe radiotherapie, met een link naar specifieke indicaties en tumortypes, kritisch te worden herbekeken.

Omdat radiotherapie een snel-evoluerende discipline is, is het noodzakelijk om de nomenclatuur dynamisch te maken en een duidelijk proces uit te bouwen zodat innovaties op een correcte manier gefinancierd en geïmplementeerd kunnen worden. Hierdoor is het voor radiotherapie belangrijk om een onderscheid te maken tussen “emerging innovation” en de “standard of care”.

De “*emerging innovations*” zijn de innovaties waar er reeds enige evidentie voor bestaat maar waar er de noodzaak is om meer evidentie te verzamelen alvorens deze innovaties standaardbehandelingen worden en opgenomen kunnen worden in de nomenclatuur. Het is aangewezen om deze innovaties te vergoeden a.d.h.v. een conventie (of een gelijkaardig systeem) met de uitdrukkelijke voorwaarde dat evidentie verzameld wordt (zowel over het klinisch resultaat als de kostprijs). Door een goede structuur uit te bouwen wordt het implementeren van innovaties (indien de effectiviteit en economische haalbaarheid voldoende bewezen zijn) gefaciliteerd.

De “*standard of care*” wordt opgenomen in de nomenclatuur. De meeste activiteiten wensen we te groeperen zodat er een vergoeding is per episode (episode-based-payment). Echter sommige activiteiten worden niet gegroepeerd en worden apart vergoed (add-ons) , bijvoorbeeld a.d.h.v. een fee-for-service systeem. “Add-ons” kunnen verschillende doelen hebben, bv. de terugbetaling beter doen aansluiten aan de hogere kostprijs die het gevolg is van de complexiteit van de behandeling, of om de kwaliteit van de behandeling te stimuleren.

Opmerking: indien er voldoende bewijs is om een “emerging innovation” op te nemen in de nomenclatuur, zal een aanpassing (herziening) van de nomenclatuur dienen te gebeuren. Het is daarbij belangrijk dat dergelijke aanpassingen snel kunnen doorgevoerd worden. Omdat het voor alle disciplines belangrijk is dat de nomenclatuur dynamisch is, zal deze uitdaging overkoepelend behandeld worden.

## Maakt de huidige codificatie het mogelijk om het echte werk van de artsen te isoleren en te honoreren? Hoe kan een nomenclatuur opgesteld worden die dit medische werk beter kan benadrukken en waarbij de overige kosten vergoed worden adhv een andere methode?

Het RIZIV is vragende partij om de intellectuele activiteit te splitsen van de werkings- en investeringskosten en de radiotherapeuten zijn bereid hierover na te denken. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat (in tegenstelling tot de situatie in het verleden) er bij deze opsplitsing geen verschuiving van budget tussen bevoegdheden plaatsvindt en dat zowel het intellectueel honorarium als het technisch honorarium een *honorarium* blijft dat toegekend wordt aan de artsen en onder de bevoegdheid van het RIZIV valt. Dit wordt gestaafd in artikel 154 van de gecoördineerde wet op de hospitalen en zorginstellingen van 10/07/2008 die uitlegt wat de honoraria dekken:

*“Onverminderd artikel 155 dekken de honoraria, centraal geïnd of niet, alle kosten die direct of indirect verbonden zijn aan de uitvoering van medische prestaties, zoals onder meer kosten van medisch, verpleegkundig, paramedisch, verzorgend, technisch, administratief, onderhouds- en ander hulppersoneel, kosten verbonden aan gebruik van lokalen, kosten van aanschaffing, vernieuwing, grote herstellingen en onderhoud van de benodigde uitrusting, kosten van materiaal en geneeskundige verbruiksgoederen en kosten van goederen en door derden geleverde diensten met betrekking tot de gemeenschappelijke diensten, die niet door het budget van financiële middelen worden vergoed.”*

Dit is belangrijk omdat de radiotherapeuten de managers zijn van de dienst radiotherapie-oncologie.

Aangezien de huidige nomenclatuur geen weergave is van de huidige medische activiteiten in de radiotherapie-oncologie, is het niet mogelijk om a.d.h.v. deze codificatie de intellectuele activiteit van de arts te isoleren van de werkings- en investeringskosten. Binnen een nieuwe nomenclatuur dient voor elke verstrekking bekeken te worden of deze verstrekking 100% technisch is, 100% intellectueel of een mix van beiden. Indien het een mix is, wat meestal het geval zal zijn, dient vervolgens de verdeling intellectuele activiteit- technische activiteit bepaald te worden zodat de verstrekking opgedeeld kan worden:

Bijvoorbeeld:

Episode 1: X% intellectueel honorarium – (100-X)% Technisch honorarium

Add-on x: X% intellectueel honorarium – (100-X)% Technisch honorarium

## Is het nodig om sommige activiteiten (management, coördinatie, …) die niet gekoppeld zijn aan een specifieke handeling of actie te financieren?

Er zijn verschillende activiteiten die nu niet vergoed worden of die momenteel apart (en soms onvoldoende) gefinancierd worden en waarmee rekening dient gehouden te worden bij de herziening van de nomenclatuur.

1. Departementeel management
Een belangrijke taak van de artsen in de radiotherapie-oncologie bestaat erin de afdeling te managen. Deze sturende processen worden in de huidige nomenclatuur niet apart vergoed. Doordat het niet evident is om deze processen te identificeren en er veel variatie bestaat tussen de verschillende ziekenhuizen is het aangewezen om dit op te nemen in het intellectueel honorarium (als een overhead) waardoor ziekenhuizen die meer behandelingen uitvoeren automatisch ook een hogere vergoeding ontvangen. Het zal belangrijk zijn om hiermee rekening te houden bij het waarderen en tariferen van de verstrekkingen.
2. Kwaliteitsmanagement (indien niet opgenomen in kankerplan)
Momenteel wordt door het kankerplan actie 16, 1 kwaliteitsmanager vergoed per dienst radiotherapie-oncologie (60 000 euro bruto/jaar). Dit dient geborgen te blijven in het kankerplan, zo niet dient deze personeelskost opgenomen te worden in de nomenclatuur.
3. Data Management
Het kan interessant zijn om een financiële prikkel in te bouwen om data te verzamelen indien dit relevant blijkt.

## Wat wordt de aanpak om dit concreet te maken (methodologie volgende fases)?

FASE 1B: Herziening nomenclatuur:

In fase 1B dient de nieuwe classificatie opgesteld te worden.

* + 1. Episode:
		Bepalen hoe de episodes te definiëren (op basis van techniek, indicatie, fractionatie of een combinatie van variabelen) en bepalen wat er geïncludeerd wordt in een episode (simulatie, planning, … ?) door te kijken naar de financiering van radiotherapie in andere landen, zoals Nederland, Frankrijk of Amerika.
		2. Add-ons:
		Relevante add-ons bepalen die de terugbetaling per episode verfijnen, bv. door het identificeren van de complexiteit van de behandeling en/of van activiteiten die de kwaliteit bevorderen.
		3. Definiëren van bijkomende activiteiten indien deze niet opgenomen zijn in de episode of add-ons (bv. departementeel management).

N.B. De methodologische definiëring van deze nieuwe classificatie dient praktisch getoetst te worden door middel van TD-ABC (time-driven activity-based costing).

Möbius stelt voor om dit werk uit te voeren samen met experten in de radiotherapie-oncologie en vervolgens te onderwerpen aan de goedkeuring van de uitgebreide groep van experten en van het RIZIV.

FASE 2: Waardering herzien

Belangrijke opmerking: In de huidige fase (fase 1A) wordt een methode voor fase 1B (herstructurering of herziening) voorgesteld. De methodologie voor fase 2 moet later pas ontwikkeld worden. Hieronder bespreken we enkele aandachtspunten over dit onderwerp.

1. Doordat er voor radiotherapie-oncologie een volledig nieuwe classificatie opgesteld dient te worden, en er reeds veel data beschikbaar is, zal fase 1B en fase 2 deels overlappen zodat de nieuwe classificatie in fase 1B geëvalueerd en gewaardeerd kan worden a.d.h.v. de data van de time-driven activity-based costing oefening (Defourny, N., et al. (2019)).
2. Voor de nieuwe nomenclatuur dient vervolgens per verstrekking bepaald te worden hoe de verdeling technische activiteit vs. intellectuele activiteit is.

Een aanpassing van de waardering heeft ook een impact op het systeem van afdrachten. Hier dient rekening mee gehouden te worden in fase 2.

## Besluit

De radiotherapeuten zijn niet tevreden met de huidige nomenclatuur en er is binnen de radiotherapie-oncologie dringend nood aan een nieuwe nomenclatuur die de huidige state-of-the-art praktijken vergoedt. Daarnaast is het zeer belangrijk dat de nomenclatuur dynamisch is zodat ze kan mee-evolueren en de nomenclatuur up-to-date blijft. Ook dient er een duidelijk proces uitgebouwd te worden zodat innovaties op een correcte manier gefinancierd en geïmplementeerd kunnen worden. Hierdoor wordt er een onderscheid gemaakt tussen “emerging innovation” en de “standard of care”. De “emerging innovations” kunnen vergoed worden a.d.h.v. een conventie (of een gelijkaardig systeem) met de uitdrukkelijke voorwaarde dat evidentie verzameld wordt (zowel over het klinisch resultaat als de kostprijs). De “standard of care” kan vergoed worden per episode en in deze episode worden verschillende activiteiten gebundeld. Daarnaast kunnen variabelen die gecorreleerd zijn met hogere complexiteit of die de kwaliteit bevorderen een aparte vergoeding genereren, opdat kwaliteit gestimuleerd wordt en de financiering zoveel als mogelijk overeenkomt met de reële kostprijs. De radiotherapeut-oncologen zijn geen direct vragende partij voor de creatie van een intellectueel honorarium, maar ze zijn wel bereid hierover na te denken. De differentiatie tussen de intellectuele en technische activiteiten binnen een episode-based honorarium zal gebeuren nadat de nieuwe classificatie opgesteld is. De “emerging innovations” worden niet opgenomen in de nomenclatuur doch maken integraal deel uit van de financiering van de radiotherapie-oncologie.

## Auteurs

Siel Van Renterghem

Herlezen door Möbius : Nicolas Claus & Sarah Misplon

Herlezen door experten radiotherapie-oncologie: Prof. Dr. Yolande Lievens & Dr. Jean-François Daisne

## Bibliografie

Defourny, N., Perrier, L., Borras, J.-M., Coffey, M., Corral, J., Hoozée, S., . . . Lievens, Y. (2019). National costs and resource requirements of external beam radiotherapy: A time-driven activity-based costing model from the ESTRO-HERO project. Radiotherapy and Oncology, 138, 187-194. doi:10.1016/j.radonc.2019.06.015