Nomenclatuurkennis bij huisartsen: werk aan de winkel?

Een kwantitatieve studie over de kennis van de nomenclatuurregels bij geconventioneerde Vlaamse huisartsen en HAIO's

Masterproef neergelegd voor het behalen van de graad Master na Master in de Huisartsengeneeskunde

van Gemert Ruben, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Dirk Devroey, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Master na master in de huisartsengeneeskunde

Academiejaar 2017-2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoud

Inleiding ... 6
De Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen ... 7
Begripsomschrijving ... 7
Een korte geschiedenis ... 8
Structuur van de nomenclatuur ... 9
Waarom nomenclatuur? ... 10
Onderzoeksvragen ... 12
Materialen en methoden ... 13
Resultaten ... 16
Personalia ... 16
Praktijk ... 16
Praktijkvoering ... 16
Tarificatie in de praktijk ... 17
Nomenclatuur ... 18
Casuïstiek ... 18
Beïnvloedende factoren ... 21
Discussie ... 22
Casuïstiek ... 22
Significante factoren ... 23
Hervorming nomenclatuur ... 25
Sterktes & zwaktes ... 26
Suggesties voor verder onderzoek ... 27
Conclusie ... 28
Bronnenlijst ... 30
Bijlagen ... 32
Bijlage 1: opsomming van de casussen ... 32
Bijlage 2: tabel p-waardes ... 33
Bijlage 3: gunstig advies Commissie Medische Ethiek ... 34
Bijlage 4: goedgekeurd protocol masterthesis ... 35
Protocol masterthesis ... 35
Vragenlijst ... 37
Bijlage 5: inleiding vragenlijst voor deelnemers ... 41

Abstract

Achtergrond: Dagelijks rekenen huisartsen tal van verstrekkingen aan. Op de getuigschriften van verstrekte hulp geeft een arts aan welke verrichting(en) of prestatie(s) hij of zij heeft uitgevoerd. Dit gebeurt aan de hand van een specifiek nummer: een nomenclatuurnummer. Deze nummers zijn gebundeld in een zeer uitgebreide gecodeerde lijst: de Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen. Elke prestatie heeft een specifieke waarde. Het optellen van verschillende prestaties binnen één enkel consult vormt de eindsom van de consultatie. De ziekenfondsen betalen hier een groot deel van terug. De grote lijst met nomenclatuurnummers en de zeer specifieke indicatiestelling maakt van de nomenclatuur mogelijks een complex gegeven. Het doel van deze studie is een inzicht te krijgen in de kennis van de nomenclatuur bij Vlaamse huisartsen en HAIO's door middel van casuïstiek. Ook wordt gepoogd factoren te achterhalen die van invloed zijn op een goede kennis.

Methodologie: Een online enquête met persoonlijke, demografische en praktijkgegevens werd opgesteld. Ook werden vijf casussen met betrekking tot de nomenclatuur bevraagd. De enquête werd per e-mail verspreid naar de verschillende huisartsenkringen, via sociale media en via de nieuwsfeed van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen in Opleiding. Van de 385 responsen waren er 286 ingevulde vragenlijsten bruikbaar voor verdere statistische analyse.

Resultaten: Slechts acht deelnemers (2,8%) konden alle vijf de casussen correct beantwoorden, gevolgd door 26 personen (9,1%) die vier antwoorden goed hadden. 74 Participanten hadden drie casussen juist. 175 (61%) deelnemers slaagden niet voor de test en hadden nul, één of twee casussen juist. Drie factoren hadden een significante invloed op het correct invullen van de casussen: kennis en gebruiken van de online Webapplicatie Nomensoft ($p=0,048$), de perceptie van de arts om geen moeilijkheden te ondervinden bij dergelijke casussen ($p=0,005$) en de leeftijd van de artsen ($p=0,041$).

Conclusie: Het onderzoekt overstijgt de verwachtingen in die zin dat het een zeer gebrekkige kennis van de nomenclatuur aantoont. Verder onderzoek en extra educatie lijken aangewezen om financiële errata in de toekomst te voorkomen, zowel voor patiënten, ziekteverzekeringen en huisartsen.

Trefwoorden: Huisarts – Huisarts in opleiding – Nomenclatuur – Getuigschriften – Nomensoft – Opleiding – Honoraria – Prestaties

Totstandkoming

De beslissing om te kiezen voor dit onderwerp vloeit voort uit de persoonlijke moeilijkheden die ik ondervond bij het verstrekken van getuigschriften tijdens het laatste masterjaar geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel. Hoewel we aan de principes van de nomenclatuur een hoorcollege hebben gespendeerd, was de praktische toepassing voor mij en mijn jaargenoten alles behalve makkelijk. Bij de vele regels en uitzonderingen kwamen er vele vragen naar boven. Dit was niet anders in het begin van mijn 'HAIO-schap'. Bepaalde prestaties in bepaalde situaties aanrekenen, bleef voor mezelf een moeilijke opgave. Ook tijdens het bespreken van verschillende casussen met mijn praktijkopleider(s) was dit niet altijd evident. Hieruit kwam dan ook de vraag naar boven hoe het gesteld is met de kennis van deze topic bij andere huisartsen in België. Immers, wanneer dit op grote schaal verkeerd zou gebeuren, zouden de bedragen die fout worden aangerekend wel eens aanzienlijk kunnen zijn. Wanneer we oorzakelijke factoren zouden kunnen achterhalen en deze kunnen oplossen/voorkomen, zou dit verloren budget anders gespendeerd kunnen worden. De keuze voor dit thesisonderwerp was bij deze gemaakt.

Inleiding

België telde per 1 januari 2017 in totaal 11.322.088 inwoners. Op datzelfde moment stond de teller van het aantal geregistreerde huisartsen in België op 15764 en het aantal HAIO's (huisartsen in opleiding) op 1138. De Gezondheidsenquête van 2013 gaf aan dat 77% van deze inwoners per jaar minstens één keer een contact had bij deze zorgverleners. Gemiddeld waren er per inwoner zo een 3,9 contacten per jaar. Vanaf 1 januari 2018 koste een standaard consult bij een geconventioneerd en geaccrediteerd huisarts 25,43 euro, waarvan de patiënt het grootste gedeelte vergoed krijgt door zijn ziekteverzekering. De som die de patiënt terugbetaald krijgt, is afhankelijk van het al dan niet hebben van een Globaal Medisch Dossier en/of het recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Bovendien kunnen hierbij nog supplementen worden aangerekend voor het uitvoeren van bepaalde terugbetaalde technische handelingen en zijn er honoraria voor het tijdstip of de dag waarop een consult gehouden wordt. Het is dan ook makkelijk om voor te stellen dat de som geld, die hiermee gepaard gaat, enorm is. Om dit te concretiseren geven cijfers uit het boekjaar 2015 van het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) aan dat de terugbetaalde kosten in de ambulante praktijk voor dat jaar 1.283.151.948 euro waren voor raadplegingen, bezoeken en adviezen en 9.626.061 euro voor de technische prestaties (1–4).

Het systeem van de Belgische sociale zekerheid legt een verplichte ziekteverzekering op voor alle inwoners. Deze voorziet terugbetaling van de ziektekosten en verzorgt een tegemoetkoming bij arbeidsongeschiktheid. Elke inwoner kan vrij een ziekenfonds kiezen om zich bij aan te sluiten. Deze verzekeringsinstellingen zorgen, onder toezicht van het RIZIV, voor een terugbetaling van de medische kosten aan de patiënt. Wanneer een patiënt op consultatie is geweest bij een huisarts, vult deze arts, schriftelijk of digitaal, een getuigschrift voor verstrekte hulp in. Dit getuigschrift dient de patiënt tot bij zijn ziekenfonds te brengen of wordt digitaal bezorgd. Vervolgens verzorgen de ziekenfondsen een terugbetaling van de verstrekkingen die door de arts aangerekend zijn. De prestaties die een arts mag aanrekenen staan beschreven in een register: "de Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen" (5–7).

De Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen

Begripsomschrijving

De Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen is een register waarin alle medische handelingen, technische prestaties en andere verstrekkingen zijn gebundeld waarvoor de ziekenfondsen een (partiële of gehele) terugbetaling voorzien. In deze lijst staan steeds zescijferige codes die men een "nomenclatuurcode" noemt. Deze codes zijn coderingen voor honoraria van alle medische en paramedische verrichtingen die voor deze prestaties aangerekend worden. De codes staan dus voor een bepaalde handeling/verrichting en een bepaald bedrag dat hieraan gekoppeld is. In het register van de Nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen staat ook steeds een uitleg bij deze handeling (figuur 1). Een arts of andere zorgverlener schrijft een getuigschrift van verstrekte hulp uit waarop de nomenclatuurnummer staat die bij de desbetreffende prestatie(s) hoort. Dit getuigschrift dient vervolgens bij de mutualiteiten terecht te komen, die op hun beurt een terugbetaling voorzien (6–9).

101076	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts	N Q	8 30	+
102432	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging 's nachts tussen 21 uur en 8 uur wordt gehouden	D	17,99	"

Figuur 1: enkele voorbeelden van nomenclatuurnummers en hun omschrijving (RIZIV,2017)

Artsen kunnen deze lijst op verschillende manieren raadplegen. Allereerst hebben vertegenwoordigers van farmaceutische bedrijven dikwijls brochures met hun producten met achteraan een overzicht van de meest gebruikte prestaties en handelingen. Verder kan men onder andere op de website van het RIZIV en Domus Medica (een VZW ter ondersteuning van de Belgische huisartsen) de nummers raadplegen. Tot slot heeft het RIZIV een webtoepassing "NomenSoft" ontwikkeld. Hier kan men tevens meer informatie vinden over de nomenclatuur en zijn verschillende toepassingsregels. Zo staat hier onder andere een verwijzing naar de bijbehorende Koninklijke Besluiten (KB's) en hun interpretatieregels (3,10).

Kennis van deze nomenclatuurregeling is een essentieel onderdeel in de opleiding (huisartsen)geneeskunde en staat bovendien beschreven in de eindtermen van de master na master opleiding in de huisartsengeneeskunde in Vlaanderen (11).

Een korte geschiedenis

Eind 19e eeuw was er van een verplichte ziekteverzekering in België nog geen sprake. Wel bestonden er enkele lokale afspraken tussen zorgverleners, communes van ziekenfondsen en werknemers. Dit om aangesloten werknemers een vergoeding te kunnen bieden bij ziekte of invaliditeit. Ook waren er afspraken omtrent honoraria die aangerekend werden door artsen. Voor de aangesloten leden werden afgesproken bedragen gehanteerd. Anderzijds werd aan de leden ook een eigen inbreng (=remgeld) gevraagd om overconsumptie tegen te gaan(6,7,12–16).

Een eerste aanzet naar de invoering van een verplichte ziekteverzekering dateert van na de tweede wereldoorlog. In de Besluitwet van 28 december 1944 werd een verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering voor tewerkgestelden opgelegd. Echter stond deze Besluitwet van 1944 nog niet gelijk aan de ziekteverzekering zoals we deze nu kennen. Er was enkel een verplichte ziekteverzekering voor arbeiders met een arbeidsovereenkomst. Mensen zonder werk waren hier bijgevolg niet toe verplicht. Bovendien was dit systeem totaal niet in balans: de terugbetalingstarieven waren niet evenredig met de feitelijke kosten (honoraria) die aangerekend werden, artsen konden vaak extra supplementen aanrekenen en daarbij gingen de erelonen als reactie op de wet omhoog. Ondanks goede bedoelingen betekende dit systeem een verhoogde financiële drempel naar gezondheidszorg voor de minderbedeelden(6,12,14,15)

Een mijlpaal voor de ziekteverzekering die we vandaag de dag kennen, is de komst van de wet van 9 augustus 1963; de Wet Leburton. Hierbij werd de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering doorgetrokken naar de gehele bevolking. Deze verzekering voorziet in de terugbetaling van ziekteverzorging enerzijds en een waarborg van inkomen bij langdurige ziekte of invaliditeit anderzijds. In deze periode kende ook het huidige RIZIV zijn ontstaan. Om een overzicht te krijgen van de medische handelingen en technische akten die vergoed werden door het RIZIV, werd een register samengesteld waar al deze prestaties in gebundeld werden: De Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen. Dit register werd gebundeld in artikel 24 van deze wet. In het KB van 14 september 1984 werden al deze prestaties tenslotte effectief vastgelegd (6,8,9,17–19).

Structuur van de nomenclatuur

De Nomenclatuur is een register dat 36 artikels bevat waarin meer dan 10.000 prestaties zijn opgelijst uit medische en paramedische beroepen. De lijst is enorm uitgebreid en zou nog uitgebreid moeten worden om alle aktes, handelingen of prestaties beter te kunnen specifiëren. Artikels één tot en met vier omvatten de Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen (6). Elke verstrekking heeft een vaste structuur die ons informatie verschaft over de desbetreffende verstrekking. De opbouw is als volgt (figuur 2):

A) Het rangnummer

Het rangnummer is de zescijferige code die gebruikt wordt om de nomenclatuur te coderen. De eerste twee cijfers beschrijven het type van de prestatie (bijvoorbeeld 47xxxx staat voor inwendige geneeskunde, terwijl 22xxxx voor algemene heelkunde staat). Ook kan men van deze code aflezen of de prestatie al dan niet ambulant (oneven vijfde cijfer bv. xxxx5x) of tijdens een hospitalisatie gebeurt (even vijfde cijfer bv. xxxx6x). Om van een ambulant cijfer naar een prestatie in de hospitaalgeneeskunde te gaan, kan men simpelweg het de code vermeerderen met elf (6,8,19).

B) Omschrijving

In de omschrijving van de nomenclatuurnummer staat wat deze nummer inhoudt en wanneer deze eventueel aangerekend zou mogen worden. Op de website van het RIZIV staat steeds een beschrijving met de eventuele interpretatieregels. Deze beschrijven in welke omstandigheden de nummer wel of net niet aangerekend mag worden. Deze regels leggen allerhande vereisten vast om een verstrekking aan te mogen reken. Enkele voorbeelden hiervan zijn: de titel van de verstrekker, verplichting van een onderzoeksprotocol, bepaalde vereisten waaraan een patiënt dient te voldoen,… (6,8,19).

Rangnummer (ambulant)	Rangnummer (gehospitaliseerd)	Omschrijving	Sleutelletter	Coëfficiëntgetal
288050	288061	Insnijden en draineren van een panaritium van een vinger	N (=1,039741)	50

Figuur 2: structuur van technische prestatie "insnijden en draineren van een panaritium van een vinger" RIZIV

C) Sleutelletter

De sleutelletter volgt op de omschrijving en staat voor een bepaalde 'sleutelletterwaarde'. Het is een letter die enerzijds verschillende prestaties/handelingen groepeert. De sleutelletter N staat bijvoorbeeld voor "adviezen, bezoeken en raadplegingen bij artsen of tandartsen en voor sommige technische prestaties" en de letter D staat dan weer voor "de beschikbaarheid". Anderzijds staat deze sleutelletter voor een bepaalde waarde in euro's. De waarde is verschillend per letter, maar kan ook onderling tussen de letters verschillen. Het bepalen, vastleggen en eventueel indexeren van deze waarden gebeurt per overeenkomst van de commissies. In deze commissies zetelen onder andere het verzekeringscomité van het RIZIV en de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (6–8,19) .

D) Coëfficiëntgetal

Het coëfficiëntgetal is een factor waarmee de sleutelletter vermenigvuldigd wordt om de echte waarde of het honorarium van deze verstrekking te kennen. Op deze manier kan voor getallen met dezelfde sleutelletter, die bovendien ook nog eens dezelfde sleutelwaarde hebben, een verschillend bedrag aangerekend worden. Het is een wegingsfactor om een bepaalde waarde aan een prestatie te koppelen. Hoe zwaarder deze factor weegt, des te complexer of tijdrovender een prestaties is ten opzichte van een andere met dezelfde sleutelwaarde. Wanneer het uiteindelijke honorarium gekend is (in figuur 2 1,039741 x 50 = €51,98705), kan ook het remgeld en de hoeveelheid van terugbetaling door de mutualiteit bepaald worden (6–8,19).

Waarom nomenclatuur?

Het register van de nomenclatuur is ontstaan om de toegang tot gezondheidszorg voor iedereen te verhogen. Door vaste tarieven te hanteren en hier bovendien ook een terugbetaling voor te voorzien, verlaagt de drempel naar gezondheidszorg voor de patiënt. Ook ligt het remgeld of persoonlijk aandeel van de patiënt op deze manier vast. Verder is het ook een tool om het voorziene overheidsbudget te verdelen over de verschillende zorgverstrekkers. Voor de arts is deze tool een vergoeding naargelang zijn werkprestaties. Meer patiënten en complexere verstrekkingen betekenen een hoger inkomen (= 'fee for service' of 'prestatiefinanciering'). Tot slot is de nomenclatuur een enorme bron van data en epidemiologische gegevens. Zo kan het zorggebruik in kaart gebracht worden, kan dit geëvalueerd en eventueel herzien worden (6–8).

Ondanks het grote aantal voordelen, zijn er eveneens een aantal nadelen verbonden aan deze vorm van financiering. Allereerst is er geen vergoeding voor de kwaliteit van de prestaties of handelingen die verricht worden. Het is een financiering waarin vooral een kwantitatieve verloning van prestaties plaatsvindt, namelijk hoe meer contacten of verrichten des te hoger het loon. De kwaliteit van een prestatie kan hierdoor zelfs achteruitgaan omdat meer prestaties in minder tijd beter vergoed worden. Een tweede nadeel vinden we vooral in de hospitaalgeneeskunde waar technische akten veel beter vergoed worden dan cognitieve of intellectuele verrichtingen. Dit leidt tot een grote inkomensongelijkheid van de specialisten in ziekenhuizen. Onder andere door deze twee factoren heeft de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie de Block (Open VLD) in 2015 een plan voor hervorming van de ziekenhuisfinanciering voorgesteld. Een ander groot nadeel is dat het toepassen van de nomenclatuurregels een erg complex gegeven kan zijn: elk nomenclatuurnummer heeft zijn specifieke toepassingsregels. Deze regels leggen voorwaardes op of een prestatie al dan niet aangerekend mag worden. Een groot probleem is dat de interpretatie van deze beschreven regels niet altijd éénduidig is. Tel hierbij nog een groot aantal nomenclatuurnummers op en het correct aanrekenen van prestaties wordt dan vanzelfsprekend een complexe materie. Het kan dan voor huisartsen en HAIO's een lastig gegeven zijn om dit correct aan te rekenen. Het verkeerd aanrekenen van prestaties kan enerzijds de ziekteverzekering ten onrechte (veel) geld kosten. Dit namelijk indien prestaties onterecht of verkeerd worden aangerekend. Anderzijds kan het zijn dat, bij onvoldoende kennis van de nomenclatuur, er prestaties aan artsen voorbijgaan. Dit terwijl deze toch aangerekend zouden mogen worden (6–8,20).

Dit laatste probleem vormt, in combinatie met een gebrek aan vergelijkende studies hierover, de basis voor de onderzoeksvragen van deze masterthesis.

Onderzoeksvragen

1) In hoeverre vullen Vlaamse huisartsen en HAIO's correct de getuigschriften in?
2) Welke factoren beïnvloeden het al dan niet correct invullen van de getuigschriften?

Materialen en methoden

Studieopzet

Om een inzicht te krijgen in de kennis van de nomenclatuur en de eventuele problematiek hieromtrent, werd een online enquête opgesteld. Er werd een URL gecreëerd die elektronisch verspreid werd onder Vlaamse huisartsen en huisartsen in opleiding (https://minf.vub.ac.be/survey/index.php/396287?lang=nl). Met behulp van de vragenlijst en zijn resultaten werd gepoogd een visie te krijgen in de nomenclatuurkennis van de huisartsen/HAIO's in Vlaanderen. Dit om te kijken of de kennis hiervan toereikend is. Zo kan een eventuele problematiek wat betreft de complexiteit van de nomenclatuur aangetoond worden. Tevens werd gepoogd factoren te achterhalen die een invloed kunnen hebben op deze kennis. Dit om in de toekomst eventueel op deze factoren te kunnen anticiperen en zo de mogelijke financiële over-, dan wel onderconsumptie per individuele arts in te perken.

Deelnemers

De doelpopulatie voor dit onderzoek waren huisartsen en huisartsen in opleiding. Om de bevraging en zijn resultaten zo representatief mogelijk te maken voor heel Vlaanderen, werd gepoogd huisartsen en HAIO's uit alle Vlaamse provincies en Het Brussels Hoofdstedelijk gewest te bereiken. Om uniformiteit in de studiepopulatie te verkrijgen, werden enkel volledig geaccrediteerde en geconventioneerde huisartsen geïncludeerd (RIZIV-nummer eindigend op 003, 004, 005 of 006). Op deze manier kan iedereen de tarieven/nomenclatuurcodes een uniforme manier hanteren.

Vragenlijst

Met behulp van de opensource software 'Limesurvey' werd een vragenlijst ontwikkeld. Een URL naar deze vragenlijst werd per e-mail verstuurd en kon enkel online ingevuld worden. De probleemstelling en de opzet van de studie werd in een inleiding meegedeeld aan de deelnemers. Een informed consent werd aan het begin van de vragenlijst verwerkt. Door op de knop 'volgende' te drukken, wordt een akkoord gegeven en ging de enquête van start.

De vragenlijst zelf bestaat uit twee verschillende delen. Deel één bevraagt algemene informatie over de participant en is op zijn beurt opgesplitst in drie subdelen. Hiervan bevraagt een eerste subdeel enkele personalia (o.a. leeftijd, aantal jaren werkzaam als huisarts, …). Het volgende subdeel handelt over de praktijk waarin de deelnemer werkt (o.a. solo-/duo-/groepspraktijk, ligging, gebruikte medische softwarepakket voor praktijkvoeren en eventuele derdebetalersregeling, …). Het derde subdeel bevat enkele algemene vragen met betrekking tot de nomenclatuur. In deel twee wordt de kennis van de nomenclatuurregels van de deelnemers getoetst aan de hand van vijf verschillende casussen. Deze casussen bevragen verschillende situaties die in de dagdagelijkse praktijk kunnen voorkomen. Bovendien werd gepoogd om met deze casussen de meest voorkomende aspecten van de nomenclatuurcode aan bod te laten komen. Volgende facetten kwamen hierbij aan bod: adviezen en raadplegingen waarbij men rekening diende te houden met tijd, locatie en personen, het aanrekeningen van technische prestaties en het al dan niet aanreken van sleutelletterwaardes horende bij deze prestaties. Bij het invullen van deze vragen is slechts één juiste antwoordencombinatie mogelijk. Dit gebeurt door het aanklikken van één of meerdere beschreven nomenclatuurnummers.

De antwoordenformulieren werden geprogrammeerd op een manier dat steeds alle vragen ingevuld dienden te worden vooraleer er verder kon gegaan worden naar een volgend antwoordenblad. Dit om steeds hetzelfde aantal respondenten per antwoord te verkrijgen. Partiële opting out voor bepaalde delen was dus niet mogelijk. Onvolledige enquêtes werden dan ook niet gebruikt bij de verwerking van de gegevens. De volledige vragenlijst is opgenomen in bijlage 4.

Procedure

Na goedkeuring van het protocol en de vragenlijst door het Ethisch Comité betreffende een Onderzoeksproject bij de Mens in het kader van de master-na-master huisartsgeneeskunde, werd de vragenlijst online geprogrammeerd. De vragenlijst werd uitvoerig getest op eventuele programmatiefouten door drie medestudenten. Hierna werd de enquête gefinaliseerd en geactiveerd.

De gecreëerde URL werd op drie verschillende manieren verspreid onder de Vlaamse Huisartsen en HAIO's. Een eerste contactmedium was per e-mail. Via de website van Domus Medica werd een lijst van alle huisartsenkringen per provincie bekomen. Van deze kringen werden steeds de contactgegevens opgezocht en vervolgens werd een e-mail met de URL verzonden (21).

Een tweede manier was een melding op het nieuwsberichtenoverzicht van ICHO VZW (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen in Opleiding), een internetplatform voor HAIO's en hun praktijkopleiders (22). Na het verkrijgen van toestemming werd een bericht met een link naar de enquête geplaatst. Een derde manier was het bereiken van HAIO's via sociale media. Via een groep op Facebook van de huidige Huisartsen in Opleiding, werd als laatste een oproep verspreid om deel te nemen aan de enquête (23).

De enquête werd geactiveerd en verspreid op 28 november 2017 en offline gehaald op 29 januari 2018. In totaal waren er 382 responsen. Van deze 382 waren er 286 volledig (zonder missing values). Deze werden gebruikt voor gegevensverwerking. De gegevens werden geëxporteerd naar een XLS bestand. Datacleaning en interpretatie van de resultaten werd uitgevoerd in Microsoft Excel 2016. Vraag per vraag werd steeds bekeken of er dataverlies was door exporteren van gegevens. Vragen met de optie 'andere', alwaar vrije tekst kon getypt worden, werden tevens steeds apart bekeken en in de datasheet opgenomen.

Statistische analyse

Het descriptieve statistische gedeelte werd uitgevoerd en verwerkt in Microsoft Excel 2016. Frequenties, aantallen, percentages, gemiddelden en standaarddeviaties werden hier berekend. Om factoren te achterhalen die mogelijks van invloed zijn op de nomenclatuurkennis van huisartsen en HAIO's werden Chi-Square testen uitgevoerd om discrete (nominale) variabelen te vergelijken. De dataset werd hiervoor geïmporteerd in het statistische analyseprogramma IBM SPSS Statistics versie 20. Een p-waarde kleiner dan 0,05 wordt gebruikt om statistische significante verschillen aan te tonen en de nulhypothese te verwerpen. Bij een klein aantal rijen of kolommen werd de Fisher Exact test uitgevoerd indien er meer dan 20% van de antwoorden kleiner dan vijf zijn. Omwille van praktische redenen werden, bij een groot aantal kolommen en rijen, enkele groepen samengevoegd. Het beantwoorden van nul, één of twee juiste antwoorden kreeg de codering "niet geslaagd". Drie, vier of vijf juiste antwoorden werden vervolgens in de groep van de "geslaagden" ingedeeld. Voor het vergelijken van continue variabelen werden t-testen uitgevoerd. Voor het vergelijken van drie of meer groepen continue variabelen werd de One-Way Anova analyse uitgevoerd met de Shelley post-hoc analyse voor het onderscheiden van de significant vergelijkende groepen. Daar leeftijd, het al dan niet HAIO of huisarts zijn en geslacht geen onafhankelijke factoren zijn (oudere artsen hebben meer kans op man te zijn en minder kans op HAIO te zijn), werd voor deze factoren een logistische regressie uitgevoerd.

Resultaten

Personalia

In totaal namen 286 huisartsen en HAIO's deel aan de enquête. Hiervan waren 126 (44%) van het mannelijke geslacht en 160 (56%) vrouwelijk. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 39 jaar en varieerde van 23 tot 73 jaar met een standaarddeviatie van 13,69. Een minderheid van 77 participanten hadden een functie als HAIO (27%), terwijl 209 de functie van huisarts hadden (73%). Gemiddeld waren de deelnemers 14,76 jaar afgestudeerd en 12,84 jaar werkzaam als arts met een standaarddeviatie respectievelijk van 13,55 en 13,52. Wat betreft de universiteit van afstuderen zijn alle Vlaamse universiteiten, alwaar een masterdiploma behaald kan worden, vertegenwoordigd. 161 Deelnemers (56%) behaalden hun masterdiploma aan de Katholieke Universiteit Leuven. De Universiteit Gent nam 43 (15%) deelnemers voor zijn rekening. De Universiteit Antwerpen en de Vrije Universiteit Brussel respectievelijk 39 (14%) en 38 (13%) van de deelnemers. Ook studeerden deelnemers af aan twee niet-Vlaamse universiteiten. Vier Huisartsen/HAIO's studeerden af aan de Université Catholique de Louvain (1,4%) en één participant aan de Universiteit van Nijmegen (0,34%).

Praktijk

Praktijkvoering

Van alle Vlaamse provincies hebben HAIO's en artsen deelgenomen. Ook zijn van alle soorten praktijkvormen respondenten in dit onderzoek aanwezig. Een overgrote meerderheid van 150 (52%) huisartsen en HAIO's was werkzaam in een groepspraktijk. Gemiddeld werkten er 4,8 artsen in de praktijk met een minimum van drie en een maximum van elf artsen. Het aantal GMD's (Globaal Medisch Dossier) dat een arts gemiddeld bezat, werd opgedeeld in vier categorieën. Een overzicht van deze gegevens is opgenomen in tabel 1.

Slechts twee artsen (1%) werkten zonder enig medisch programma. Alle erkende Medische Softwarepakketten werden bevraagd in dit onderzoek (24). Volgende programma's werden niet gebruikt door de bevraagden: Accrimed, ICure, Le Généraliste, Medigest, Medinect, Medinote en Omnopro. Een overzicht van de verdeling per softwarepakket wordt tevens weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Demografische gegevens deelnemers

	Deelnemers (n=286)	Percentage (%)
Ligging Praktijk		
Antwerpen	75	26
Brussel	12	4
Limburg	33	12
Oost-Vlaanderen	34	12
Vlaams-Brabant	97	34
West-Vlaanderen	35	12
Praktijkvorm		
Solopraktijk	80	28
Duopraktijk	51	18
Groepspraktijk	150	52
Medisch Huis (forfaitaire vorm)	5	2
Aantal GMD's		
<500	34	12
500-1000	131	46
1001-1500	89	31
>150	32	11
Medisch Softwarepakket		
Careconnect	137	48
Daktari	8	3
Epicure	3	1
Health One	66	23
Medidoc	16	6
Pricare	3	1
Prodoc	4	1
Windoc	47	16
Geen	2	1

Tarificatie in de praktijk

Tartificatie van derde betalenden (bij verhoogde tegemoetkoming of in een andere bijzondere situatie (25)) gebeurde bij 49 deelnemers (17%) schriftelijk. De andere 237 (83%) rekenden hun derdebetalende steeds digitaal aan.

Technische verstrekkingen worden in de meerderheid van de gevallen (84%) samen met het consult aangerekend. Dit gebeurt zowel schriftelijk bij 192 artsen als digitaal bij 149 artsen. Hierbij is er dus een overlap van artsen die zowel schriftelijk als digitaal aanrekenen. Van de 47 artsen die hun technische prestaties apart in derdebetalende aanrekenen, doen er 15 dit schriftelijk (32%) en 32 dit digitaal (68%).

Nomenclatuur

Eén op vijf deelnemers (58%) heeft tijdens de masterjaren genoten van een specifieke opleiding over kennis van nomenclatuur in al zijn aspecten. Hierbij is leeftijd een significant bepalende factor (p= 0,00047) voor het al dan niet gekregen hebben van een opleiding. Een opleiding kwam meer voor bij HAIO's en jongere artsen. De meeste artsen waren grote voorstander om dit standaard te implementeren in de masteropleiding geneeskunde. Immers kozen 247 deelnemers voor een standaardimplementatie (86%) en 39 personen tegen een implementatie (14%).

Bij het toepassen van de nomenclatuur in de dagdagelijkse praktijk ondervonden 202 (71%) deelnemers moeilijkheden. Van alle 286 respondenten gaven 84 (29%) aan nooit problemen te ondervinden met de toepassing van de nomenclatuur. Op de vraag of de nomenclatuur voor de bevraagden een te complex gegeven was, antwoordden 193 deelnemers positief (67%).

De online database van alle nomenclatuurcodes en zijn toepassingsregels, Nomensoft, was bekend bij 121 huisartsen en HAIO's (42%). Een meerderheid van 165 deelnemers (58%), had nog nooit van de webtoepassing gehoord. Leeftijd is hier opnieuw een significant bepalende factor (p=0,020), waarbij vooral jongere artsen deze applicatie wel kennen. Van de artsen die deze applicatie kennen, maakten er iets meer dan de helft (54%) gebruik van.

Casuïstiek

Om de nomenclatuurkennis van Vlaamse huisartsen en HAIO's te toetsen, werden vijf casussen opgesteld waarin de meest voorkomende en relevante regels en toepassingen in vervat zijn. Voor de vraagstelling per casus wordt verwezen naar de casuslijst in bijlage 1.

Van de 286 deelnemers hadden er acht (2,80%) alle vijf de antwoorden juist, 26 artsen hadden vier antwoorden juist (9,10%). Respectievelijk 74,79 en 82 deelnemers gaven drie, twee en één juist(e) antwoord(en). Veertien deelnemers hadden geen enkel antwoord juist (5%). Tabel 2 geeft een voorstelling van de finale score van de respondenten. Een uitgebreid overzicht met responsen per nummer per casus is terug te vinden in tabel 3.

Tabel 2: Eindscore van respondenten

Aantal casussen juist	**Aantal deelnemers (n=286)**	**Percentage (%)**
5	8	2,8
4	26	9,1
3	74	26,9
2	79	27,6
1	82	28,7
0	14	4,9
Totaal	286	100

Naar elke casus werd apart gekeken om te achterhalen waar de grootste fout(en) gemaakt werd(en). Bij casus nummer één was de grootste fout het onterecht aanrekenen van de nummer 144712 ("Verwijderen van niet ingesloten vreemde lichamen uit de pharynx of uit de externe gehoorgang"). Dit is niet toegelaten bij het verwijderen van een lichaamseigen voorwerp (cerumen). De fout die bij casus nummer twee het meest gemaakt werd, was het vergeten aan te rekenen van een technische prestatie 288050 ("Insnijden en draineren van een panaritium van een vinger"). Het onterecht aanrekenen van bijkomende honararia, waarbij rekening dient gehouden te worden met sleutelletterwaardes (hier vooral k-waarden), werd ook enkele malen gedaan. In de derde casus werden meerdere fouten gemaakt. De grootste hiervan was het aanrekenen van een huisbezoek bij één persoon (nummer 104230) in plaats van één huisbezoek voor twee rechthebbenden (nummer 104112). Hierdoor wordt dus te veel aangerekend aan de patiënt. Anderzijds werd ook dikwijls te weinig aangerekend door het vergeten van de een bijkomend honorarium (nummer 599631). Bij casus nummer vier werden meestal twee fouten gemaakt die opnieuw teveel aanrekenden aan de patiënt, namelijk het onterecht aanrekenen van een toeslag op zaterdag (nummer 102410) en het onterecht aanrekenen van een extra honorarium (nummer 599653). Dit supplement mag enkel aangerekend worden wanneer een technische prestatie dringend is. Een cervicaal uitstrijkje is in dit geval niet dringend. Dit was een fout bij respectievelijk 104 (36%) en 31 (11%) personen. Tot slot werden bij de vijfde, en meest complexe casus, ook meerdere fouten gemaakt. Een eerste fout die 79 artsen (28%) maakten, was het aanrekenen van een verkeerd nummer voor een bezoek. 247 Participanten (86%) maakten vervolgens een fout bij het aanrekenen van de extra supplementen. Hierbij werd vooral vergeten de k-waardes van de verrichte prestaties en bijkomende op te tellen.

Tabel 3: Respons per casus van nomenclatuurnummers enerzijds en goed/fout anderzijds

	Casus 1		**Casus 2**		**Casus 3**		**Casus 4**		**Casus 5**	
	Nr. Nomenclatuur	**N=**	**Nr. Nomenclatuur**	**N=**	**Nr. Nomenclatuur**	**N=**	**Nr. Nomenclatuur**	**N=**	**Nr. Nomenclatuur**	**N=**
	101076	284	101076	283	103132	9	101076	272	103132	16
	101010	0	101091	1	104230	126	102410	104	104215	53
	101032	1	101032	4	103412	148	114030	231	104230	13
	144712	42	101113	252	104311	137	114170	15	124252	207
	144723	2	288050	156	104333	5	599653	31	104296	10
	144856	0	599594	7	475075	271	599631	0	148013	45
			599616	3	590030	20			148035	196
					590052	2			148094	171
					599653	7			148116	43
					599631	139			590015	30
					599616	5			590030	14
									590052	4
									599572	2
									599594	39
									599616	104
									599631	54
									599653	2
	(n=286)	(%)	(n=286)	(%)	(n=286)	(%)	(n=286)	(%)	(n=286)	(%)
Juist	243	85	133	47	69	24	144	50	24	8
Fout	43	15	153	53	217	76	142	50	262	92

= juiste antwoorden

Beïnvloedende factoren

In de vragenlijst werden zeventien factoren getest die van invloed zouden kunnen zijn op het correct beantwoorden van de casussen. Hier blijken uiteindelijk drie factoren een significante invloed te hebben op de uitkomst van de casussen. Voor een volledig overzicht van de geteste factoren wordt verwezen naar bijlage 2.

Een factor die initieel een significante impact had op het al dan niet correct beantwoorden van de vragen is het geslacht van de deelnemer (p=0,035). Meer mannen dan vrouwen gaven drie, vier of vijf correcte antwoorden. De leeftijd van de deelnemers is een ander aspect dat een impact had op de uitkomst (p= 0,005). Hierbij scoren oudere artsen beter dan de jongere. In eenzelfde lijn heeft het aantal jaren van afstuderen ook een impact. Hieruit blijkt dat de artsen die reeds langer afgestudeerd waren een beter resultaat scoorden (p= 0,005). Een derde factor waar dit resultaat zich toonde, was de functie van de deelnemer. Hierin was een significant verschil tussen huisartsen en HAIO's in het al dan niet slagen op de casussen (p= 0,022) in het voordeel van de huisartsen. Dit geldt wanneer alle factoren als onafhankelijke factoren beschouwd worden. Echter hebben oudere artsen een grotere kans op het hebben van het mannelijke geslacht en minder kans om HAIO te zijn. Een logistische regressie werd uitgevoerd om rekening te houden met al deze factoren. Geen enkele factor was significant verschillend wanneer dit getest werd voor de drie variabelen (geslacht, leeftijd, HAIO versus huisarts) (p waardes respectievelijk 0,223; 0,333; 0,217). Wanneer de factor HAIO/huisarts in dit model wordt weggelaten is leeftijd echter wel opnieuw significant verschillend (p=0,041). Deze is dan ook een confounding factor.

De deelnemers die aangaven geen moeilijkheden te ondervinden met het toepassen van de nomenclatuur en zijn regels, scoorden ook beter dan degenen die hier wel moeilijkheden bij ondervonden (p= 0.005). Een laatste factor die een invloed had op de uitkomst van de casussen was de kennis van de online webtoepassing Nomensoft. Artsen die kennis hadden van deze webtoepassing, scoorden significant beter dan de artsen die hier nog nooit van gehoord hadden (p= 0,0048).

Andere bevraagde factoren hadden geen significante invloed op de resultaten: school van afstuderen, praktijkvorm, locatie van praktijk, aantal GMD's, schriftelijk of digitaal factureren, programma van facturatie en het al dan niet gehad hebben van een opleiding over nomenclatuur.

Discussie

Casuïstiek

Een eerste opzet van deze studie was het in kaart brengen van de kennis van de nomenclatuur bij de Vlaamse huisartsen en HAIO's. Dit werd getest door het opstellen van vijf casussen waarin verschillende aspecten van de nomenclatuur aan bod kwamen. Hierbij werden volgende zaken bevraagd: indicatiestelling om prestaties aan te mogen rekenen, dag en uur waarop prestaties aangerekend werden, onderscheid dringende en niet dringende prestaties, aantal personen op bezoek en de waarde van sleutelletters (vooral van de sleutelletter K) waarmee men rekening dient te houden. De outcome van deze resultaten is ondermaats. Ondanks de initiële hypothese dat de kennis van de huisartsen en HAIO's van deze nomenclatuurregeling niet heel goed was, zijn de resultaten toch wel indrukwekkend. Slechts 2,8% van de respondenten rekenden alle vijf de casussen correct aan. Er waren zelfs meer deelnemers die geen enkele casus juist aanrekenden (4,9%). Wanneer we dit vertalen naar de helft of meer van de casussen juist te beantwoorden (=geslaagd), kan een minderheid van 38,8% dit. Gezien deze studie de enige is in zijn soort kunnen moeilijk vergelijkingen gemaakt worden.

In de vijf casussen werden fouten gemaakt in twee richtingen. Langs de ene zijde werd te veel aangerekend. Dit was het geval bij casus één waar cerumenproppen gezien werden als vreemde lichamen, terwijl deze eigenlijk lichaamseigen zijn. In casus drie werd in iets minder dan de helft van de gevallen een verkeerd nummer met betrekking tot het aantal geraadpleegde personen geteld. Hierdoor wordt dan ook weer te veel aangerekend aan de patiënt. Bij casus vier en vijf werden supplementen onterecht aangerekend, wat opnieuw leidt tot een meerkost voor de patiënt. Anderzijds werd ook te weinig aangerekend aan de patiënt. In casus twee vergaten 130 (46%) personen een heelkundige technische prestatie aan te rekenen. In casus drie werd vergeten een supplement voor een technische prestatie aan te rekenen. In casus vijf werd door 104 (36%) personen een te hoge k – waarde gebruikt en werd een te hoog supplement aangerekend. Een beeld van de totale som van geld die teveel wordt aangerekend of misgelopen wordt, kan aan de hand van deze studie niet in kaart gebracht worden. Ligt het overwicht eerder in de richting van te veel aanrekenen of net andersom? Of is het systeem door het maken van fouten in twee richtingen in balans? Een extra studie met betrekking tot dit onderwerp zou dan ook zeer interessant zijn.

Significante factoren

Drie van de zeventien getoetste factoren, blijken een significante invloed te hebben op het correct beantwoorden van de vragen. Van deze drie factoren is er één factor niet beheersbaar of niet veranderbaar. Deze factor is de leeftijd van de respondenten (p= 0,045). Een plausibele verklaring hiervoor is dat de ervaring toeneemt met de leeftijd. Het langer bezig zijn met de regels van de nomenclatuur, een eventuele weigering tot terugbetaling van een aantal geneeskundige verstrekkingen door het ziekenfonds en eventuele controles van het RIZIV, zorgen voor een betere bewustwording van deze regels en correctere toepassing ervan (26). Daar leeftijd een factor is waar weinig verandering in gebracht kan worden, werden ook andere factoren gezocht die de kennis van de nomenclatuur zou kunnen bepalen. Dit om in de toekomst de kennis van zowel huisartsen als HAIO's van alle leeftijden en van beide geslachten bij te schaven.

Een aantal bevraagde factoren zijn wel beïnvloedbaar of veranderbaar. Twee van deze factoren kwamen in deze studie significant naar voor. Een eerste factor was de awareness van de online webapplicatie NomenSoft en de toepassing ervan (p=0,0048). Personen die op de hoogte waren van het bestaan van NomenSoft scoorden significant beter dan de deelnemers die de webtoepassing niet kenden. Een suggestie van deze studie uit is dan ook om de awareness van de webapplicatie bij Vlaamse Huisartsen en HAIO's op te krikken. Door te surfen naar NomenSoft kan de arts alle nomenclatuurnummers raadplegen en additionele info over de toepassing ervan vinden. Een handleiding over het gebruik van de toepassing is tevens beschikbaar. Hoewel NomenSoft reeds aan het daglicht gebracht werd via nieuwsfeeds, lijkt extra bekendmaking uit deze studie dan ook nuttig. Dit zou onder andere kunnen via advertenties in nieuwsbrieven en tijdschriften voor huisartsen maar ook via de brochures van de vertegenwoordigers van farmaceutische bedrijven ,alwaar op de laatste pagina's een overzicht staat met de nomenclatuurcodes. Een 'QR-code' naar de applicatie zou de doorschakeling eventueel nog kunnen vergemakkelijken (10,27).

Een tweede factor die een invloed had op het beantwoorden van de casussen was de perceptie van de deelnemers om al dan niet moeilijkheden te ondervinden met het toepassen van de regels. Artsen die geen moeilijkheden ondervonden bij het toepassen, scoorden hier significant beter (p= 0,005). Hoewel dit een subjectieve perceptie is van de deelnemers, heeft deze wel invloed op het objectief correct invullen van de verstrekkingen.

Een manier om deelnemers minder moeilijkheden te laten ondervinden bij het invullen van de getuigschriften is door middel van een correcte educatie hierover. Op deze manier wordt de subjectieve perceptie op een objectieve manier gewijzigd.

Aan het begin van deze studie werd als hypothese gesteld dat het gehad hebben van een opleiding met betrekking tot de nomenclatuur een invloed zou hebben op het correct invullen van getuigschriften. Echter is er in deze studie geen significant verschil aantoonbaar tussen de deelnemers die wel of geen opleiding over nomenclatuur gehad hebben (p= 0,478). Dit resultaat dient echter met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Immers zegt het al dan niet genoten hebben van een opleiding met betrekking tot de nomenclatuur niets over de inhoud van deze opleiding. Ook de eindtermen huisartsengeneeskunde van het ICHO zijn eerder vaag over wat begripskennis van de Nomenclatuur effectief dient in te houden (11). Vanuit deze studie wordt dan ook de suggestie gegeven om educatie omtrent het correct invullen van getuigschriften te stimuleren. Dit zowel in het basispakket als in de vorm van bijscholingen (met eventuele accrediteringspunten). De topics die aan bod zouden moeten komen bij dergelijke scholingen zijn volgens deze studie:

- Correcte indicatiestelling van de meest gebruikte nummers
- Informatie over permanentie- en wachttoeslagen
- Het aanrekenen van technische prestaties en bijkomende honoraria (in bepaalde omstandigheden
- Leren werken met Nomensoft

Een nuttig document dat gebruikt kan worden ter ondersteuning van deze educatie is de "Infobox RIZIV "wegwijzer naar de reglementering van de huisarts". Hier staan ook de meeste toepassingen en reglementeringen in vervat (19).

Een andere veronderstelling betrof het schriftelijk of digitaal aanrekenen van derde betalenden en technische prestaties. Hierbij was de hypothese dat de deelnemers die digitaal aanrekenen beter zouden scoren dan het schriftelijk aanrekenen. Dit omdat vele softwarepakketten de arts hierin ondersteunen. Zo worden automatisch honoraria geteld wanneer een prestatie op een bepaald uur of op een bepaalde dag wordt aangerekend. Ook worden eventueel nomenclatuurcodes voorgesteld op basis van de ingevoerde handelingen in het softwarepakket.

Echter was er ook geen significant verschil tussen het schriftelijk of digitaal aanrekenen van prestaties (p=0,379). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de huidige software geen rekening houdt met de interpretatieregels en of een nummer al dan niet aangerekend mag worden. Een suggestie hiervoor is om aan de arts bijvoorbeeld met pop-ups de belangrijkste zaken en indicaties van het specifieke nummer op het scherm te tonen.

Hervorming nomenclatuur

Een grote meerderheid van 202 (71%) deelnemers ondervond in deze studie ooit moeilijkheden bij het aanrekenen van verstrekking en het toepassen van de Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen. Ook vond een meerderheid van 193 (67%) deelnemers dat de toepassing van de nomenclatuurregels te complex was. Deze vaststelling staat ook geformuleerd in het plan van aanpak voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, opgesteld door Minister de Block (28). Door een groot aantal nadelen van huidige financiering van de geneeskundige zorg en de nomenclatuur, werd in 2003 een wetsvoorstel tot wijziging ingediend. In 2015 werd een plan van aanpak voor deze hervorming gepubliceerd. Een voorstel tot vereenvoudiging van de nomenclatuur is dan ook opgenomen in het wetsvoorstel (8,28,29). Een simplificatie van de nomenclatuur en zijn toepassingsregels zal de kans op het fout aanrekenen van verstrekking meer dan waarschijnlijk doen reduceren. De wetsvoorstellen tot hervorming hebben vooral betrekking op de ziekenhuisgeneeskunde. Vanuit deze studie volgt dan ook het voorstel om de vereenvoudiging van de nomenclatuur dan door te trekken naar de huisartsengeneeskunde om zo een lagere foutenmarge te bekomen.

Sterktes & zwaktes

Sterktes

Het sterkste punt van deze studie is de uniciteit ervan. Tijdens het literatuuronderzoek werden geen studies gevonden die van gelijkaardige aard waren. Zowel niet voor België als andere landen. Deze studie zou dan ook gebruikt kunnen worden als aanzet voor gelijkaardige of vervolgstudies omtrent dit thema.

Een tweede sterk punt is de goede respons met deelnemers over geheel België en representatie van alle Vlaamse provincies.

Zwaktes

Zoals alle andere studies heeft ook deze enkele zwakheden. Allereerst is de grootste sterkte van deze studie ook meteen een zwakte. Daar deze studie uniek is in zijn soort is het moeilijk om vergelijkbare studies te vinden. Hierbij diende er vooral gebruik gemaakt te worden van de zogenaamde "grijze literatuur" om dit onderzoek te staven. Het was dan ook zeer moeilijk om zaken te vergelijken in deze studies. Hierdoor beperkte de studie zich dan ook vooral in het geven van gefundeerde suggesties.

Een tweede zwakte is dat de casuïstiek met enige nuance dient geïnterpreteerd te worden. Dit omdat bij de vraagstelling enkel de nomenclatuurnummers bevraagd zijn. De bedragen of de beschrijving van de nummers stonden niet vermeld. Dit werd gedaan om de deelnemers actief op zoek te laten gaan naar de nomenclatuurnummers, zoals zij dit in de dagdagelijkse praktijk zouden doen. Echter wordt hierdoor ook een bias veroorzaakt. Zo kan men sneller een verkeerd nummer aanduiden, zeker wanneer deze erg op elkaar gelijken. De kans bestaat dan ook dat sommige deelnemers de nummers niet opgezocht hebben en dan gewoon op de nummer geklikt hebben waarvan ze dachten dat deze de juiste was.

Een laatste zwakte is dat de grootte van de steekproef (n=286) te klein is om representatief te zijn voor de gehele populaties HAIO's en huisartsen, berekend op het aantal huisartsen en HAIO's in 2016 (17834). Voor een betrouwbaarheidsinterval van 95% en een significantie van $\alpha<0,05$ zou een steekproef van 377 personen noodzakelijk zijn. Hierdoor dient men voorzichtig te zijn met het generaliseren naar de gehele populatie HAIO's en huisartsen.

Suggesties voor verder onderzoek

In deze studie kwamen enkele suggesties naar boven voor verder onderzoek.

Allereerst zou het interessant zijn in kaart te brengen welke som geld er eventueel verloren gaat door het verkeerd aanrekenen van prestaties of het verkeerd invullen van getuigschriften. Is dit ten nadele van de ziekenfondsen, in het geval dat de arts te veel aanrekent of ten nadele van de arts in het geval dat die te weinig aanrekent. Dit om de grootte van het probleem te kaderen. In deze studie werd aangetoond dat er veel fouten gemaakt worden. De impact van de fouten werd niet berekend.

Een andere boeiende topic voor verder onderzoek zou het beoordelen van het effect van educatie over de nomenclatuur kunnen zijn. Hierbij zou men twee groepen kunnen vergelijken waarbij men één controlegroep heeft van huisartsen en/of HAIO's en een andere groep die eerst een opleidingsmodule volgen over de nomenclatuur.

Conclusie

Uit deze studie is gebleken dat de Vlaamse huisartsen en HAIO's, die hebben deelgenomen aan dit onderzoek, een gebrekkige kennis hanteren over de nomenclatuur. Minder dan de helft van de respondenten 'slaagde' op de casusvragen en slechts 2,8% van de deelnemers scoorden 100% op die vragen. Dit resultaat ligt in de lijn van de gestelde hypotheses, maar overstijgt ergens de verwachtingen. Het onderwerp van deze masterproef is een weinig onderzocht thema, waardoor vergelijking moeilijk is. Dit geeft aan dat verder onderzoek zeker interessant kan zijn.

Om de kennis bij te schaven, wordt vanuit deze studie een betere educatie voorgesteld. Dit lijkt de meest voor de hand liggende oplossing. De Masteropleiding Geneeskunde in Vlaanderen omschrijft in de officiële richtlijnen dat artsen, die willen afstuderen, kennis moeten hebben van de nomenclatuur. Deze eindtermen zouden bij voorkeur beter gespecifieerd kunnen worden. Een correcte indicatiestelling van de nomenclatuurnummer, het aanrekenen van permanentie- en wachthonoraria én het aanrekenen van technische prestaties en bijkomende honoraria zijn thema's die niet gemist kunnen worden in zulke opleiding. Voor artsen die reeds afgestudeerd zijn, zouden deze topics in een bijscholing gegoten kunnen worden.

De studie toont aan dat verschillende factoren een invloed hebben op het al dan niet juist beantwoorden van de casusvragen. Drie factoren bleken na verdere analyse een significante impact te hebben. Ten eerste scoren huisartsen en HAIO's met kennis van Nomensoft beter. Ten tweede zijn er heel wat respondenten die aangeven dat ze moeilijkheden ondervinden bij het toepassen van de nomenclatuurregels. Deze deelnemers scoorden effectief slechter op de casusvragen. Om deze moeilijkheden van de baan te vegen, is de hierboven beschreven educatie een mogelijke oplossing. Een inleiding van Nomensoft zou een interessante en waardevolle extra toets geven aan zulke opleidingen. Ten derde speelt leeftijd in dit onderzoek een significante rol, waarbij oudere artsen – gekoppeld aan de factor ervaring – een betere kennis vertonen.

Hervorming van de nomenclatuur waaronder een vereenvoudiging van de nomenclatuurregels zijn reeds agendapunt in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Dit gegeven mag vanuit deze studie dan ook doorgetrokken worden naar de huisartsengeneeskunde.

Als auteur begon ik aan deze masterproef met de titel: 'Nomenclatuurkennis bij huisartsen: werk aan de winkel?'. Na 286 antwoorden sluit ik af met deze titel, dan wel met een andere bijklank: 'Nomenclatuurkennis bij huisartsen: werk aan de winkel!'.

Dankwoord

Ondanks het feit dat het opzetten/uitvoeren van de studie en het schrijven van deze masterproef vooral door mezelf is gedaan, zou dit niet gelukt zijn zonder hulp van enkele personen. Deze zou ik dan ook graag willen bedanken in dit dankwoord.

Allereerst wil ik mijn promotor prof. dr. Dirk Devroey bedanken voor het bijsturen van deze thesis, de vlotte communicatie en de goede bijsturing op mijn statistiekvragen.

Vervolgens ook een woord van dank voor mijn praktijkopleiders Peter Peusens en Marc Van Duffel die mij de tijd gaven om aan deze masterproef te werken en hier erg begripvol mee omgingen.

Verder wil ik ook mijn ouders bedanken voor de opportuniteiten die zij mij gegeven hebben om deze studierichting te mogen doen. Ook bedank ik hen voor hun steun op elke mogelijke manier. Ook mijn zus wil ik bedanken voor het nalezen van mijn thesis.

Hierna wil ik mijn vriendin Sien bedanken voor alle steun van haar zijde. De lekkere maaltijden die zij voor mij maakte als ik aan het werk was, kwamen altijd goed van pas, evenals de tijd de je er steeds voor nam om mijn geschreven stukken te vrijwaren van grammaticale fouten.

Tot slot ik zou ik Elias willen bedanken voor de hulp bij mijn logistische regressie en mijn kameraad/collega Dries omdat we beiden negen jaar lang hetzelfde pad hebben bewandeld om de studie huisartsgeneeskunde te vervolledigen.

Bronnenlijst

1. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête 2013 Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. 2013;p. 97.

2. Belgische Federale Overheidsdiensten. Structuur van de bevolking | [Internet]. 2017. Beschikbaar via: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking. [Geraadpleegd op 2017 Dec 3]

3. Domus Medica. Erelonen - nomenclatuur [Internet]. 2017 Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/praktijk/praktijkorganisatie/erelonen.html. [Geraadpleegd op 2017 Dec 17]

4. Christelijke Mutualiteit. Huisartsen: tarieven raadplegingen | CM [Internet]. 2018. Beschikbaar via: https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalingen-behandelingen/huisartsen/raadplegingen. [Geraadpleegd op 2018 Jan 17]

5. Wet betreffende de verplichte ziekteverzekering. Belgisch Staatsblad. 1994

6. van den Oever R, Volckaert C. Vijftig jaar nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen: een instrument tot verdeling van het overheidsbudget voor zorgverleners 1963-2013. CM-informatie. 2013;254:17–30.

7. van den Oever R. De veregoeding van de arts in België. De nomenclatuur: van prestatievergoeding naar budgetfinanciering? 2008;p.13. Beschikbaar via: https://www.kuleuven.be/vesaliusonline/vandenOever2008.pdf [Geraadpleegd op 2017 Aug 1]

8. Dierick M. Herijking en hervorming van de medische nomenclatuur in België: Perceptie van de studenten geneeskunde. Thesis Universiteit Gent; 2017.

9. RIZIV. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen - RIZIV [Internet]. 2018. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur/Paginas/default.aspx#.WqrMC-jOVPY. [Geraadpleegd op 2018 Mar 15]

10. RIZIV. Nomenclatuur-NomenSoft [Internet]. 2017. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/Paginas/NomenSoft.aspx#.WsOyiohuZPY. [Geraadpleegd op 2018 Apr 3]

11. VZW ICHO. Toetslijst Eindtermen Huisartsen in Opleiding. 2013. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/brochures/

12. Regueras N. 50 jaar ZIV Verleden, heden en toekomst van de verplichte ziekteverzekering. CM-informatie. 2013;(december):3–16.

13. Sánchez-Sagrado T. Primary care in Belgium. Semergen. 2017 Sep;43(6):445-449;

14. Mckee M, Allin S, Krasnik A, Marchildon G, Maynard A, Van De Ven WPMM. Belgium Health system review. Health systems in Transition. 2010;12(5).

15. Geschiedenis mutualiteiten [Internet].Beschikbaar via: https://www.cm.be/over-cm/geschiedenis/eerste-wetten.jsp. [Geraadpleegd op 2017 Aug 1]

16. Geschiedenis mutualiteiten [Internet]. [Geraadpleegd op 2017 Mar 12]. Beschikbaar via: http://www.partena-ziekenfonds.be/nl/advies-op-maat/geschiedenis-mutualiteiten

17. Wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Belgisch Staatsblad. 1963.;

18. KB 14-09-1984: Koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Belgisch Staatsblad. 1984.

19. J. De Cock. Infobox RIZIV: Wegwijzer naar de reglementering voor de huisarts. RIZIV. 2017. p 216 .

20. FOD kanselarij van de Eerste Minister. Strategische hervormingen: Maggie De Block zet de hervorming van de ziekenhuisfinanciering op de rails | Maggie De Block [Internet]. 2015. Beschikbaar via: http://www.deblock.belgium.be/nl/maggie-de-block-zet-de-hervorming-van-de-ziekenhuisfinanciering-op-de-rails. [Geraadpleegd op 2017 Jun 24]

21. Huisartsenkringen: kaarten. Domus medica vzw. [Internet]. 2017. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/kringen/kaartjes/187-kringen/kringen-kaarten.html. [Geraadpleegd op 2017 Nov 28]

22. Nieuwsberichten. VZW ICHO. [Internet]. 2017. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/secure/index.htm

23. HAIO'S 2016-2018. Facebook. [Internet]. 2017. Beschikbaar via: https://www.facebook.com/groups/1691662904387539/

24. Erkende softwarepaketten. Nationaal Intermutualistisch College. [Internet]. Beschikbaar via: http://ned.mycarenet.be/sectoren2/dokter/erkende-softwarepakketten. [Geraadpleegd op 2017 May 12]

25. Regeling betalende derde: specifieke situaties. CM [Internet]. Beschikbaar via: https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/specifieke-regelingen/regeling-betalende-derde/verhoogde-tegemoetkoming-en-bijzondere-situaties. [Geraadpleegd op 2018 Mar 13]

26. RIZIV. De Dienst voor administratieve controle [Internet]. 2018. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/structure/Paginas/dienst-administratieve-controle.aspx#.WtNfg4huZPY. [Geraadpleegd op 2018 Jan 15]

27. BVAS (Belgische vereniging van Artsensyndicaten). Nieuwe functionaliteiten Nomensoft [Internet]. 2017. Beschikbaar via: https://www.absym-bvas.be/riziv/nieuwe-functionaliteiten-nomensoft. [Geraadpleegd op 2018 Jan 15]

28. De Block M. Plan van aanpak hervorming ziekenhuisfinanciering. 2015.Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. p. 47.

29. Wetsvoorstel tot wijziging van de wet betreffende de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met het oog op de oprichting van een Comité voor de permanente doorlichting van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. 2004;

Bijlagen

Bijlage 1: opsomming van de 5 casussen

Casus 1

Op een dinsdag om 16.00h komt een 56-jarige dame op consultatie met bilaterale oorproppen in de externe gehoorgang. Je verwijdert deze beiderzijds.

Welke codes en welk bedrag reken je aan?

Casus 2

Je zit op woensdag in je kabinet en krijgt om 15.00h telefoon van een 27- jarige dame. Echter wil ze nog blijven werken en kan ze pas ten vroegste om 18.45u bij jou op de raadpleging komen. Dit komt goed uit want dan heeft er net iemand afgebeld. Op de raadpleging blijkt deze een fors panaritium te hebben, wat je ook gaat insnijden.

Welke codes en welk bedrag reken je aan?

Casus 3

Tijdens je wacht op donderdagnacht krijg je om 03.00h telefoon van een koppel van 59 en 63 jaar. Ze zijn de avond ervoor naar een feestje geweest en hebben gourmet gegeten. Ze zijn beiden beginnen braken. Je gaat hen beiden zien. Gezien de man van 63 jaar een patiënt is met cardiovasculaire risicofactoren en nu ook een drukkend gevoel op de borst heeft, besluit je een EKG te maken.

Welke codes en welk bedrag reken je **DE MAN (met het EKG)** aan?

Casus 4

Je hebt besloten om je praktijk op zaterdagvoormiddag ook open te doen. Tijdens de vrije raadpleging presenteert zich een 58-jarige dame die komt voor een tweejaarlijks uitstrijkje.

Welke codes en welk bedrag reken je aan?

Casus 5

Je bent op zaterdag van wacht en een 76-jarige dame belt je om 19.00h voor een dringend huisbezoek. Ze heeft hierbij drie wonden in het gelaat die elk 2 hechtingen vereisen. Op haar arm heeft ze een grotere wonde die 5 hechtingen vereisen.

Welke codes en welk bedrag reken je aan?

Bijlage 2: tabel p-waardes

	0,1,2,3,4 of 5 antwoorden juist (p-waarde)	Geslaagd/niet geslaagd (p-waarde)
Geslacht	0,035	0,061
Leeftijd	0,005	0,01
Aantal jaar afgestudeerd	0,005	0,07
Functie	0,158	0,22
School van afstuderen	[a]	0,8
Praktijkvorm	[a]	0,514
Locatie praktijk	[a]	0,114
Aantal GMD's	[a]	0,842
Derdebetaler schriftelijk vs digitaal	0,685	0,235
Programma derdebetaler	[a]	0,576
Technische prestaties schriftelijk vs digitaal	0,379	0,964
Opleiding gehad	0,478	0,138
Ondervinden van moeilijkheden	0,005	0,008
Nomenclatuur TE complex gegeven	0,491	0,506
Kennis en gebruikt Nomensoft	0,048	0,007

Statistische significant verschil (p<0,005)

[a] analyses omwille van praktische redenen niet uitgevoerd

Bijlage 3: gunstig advies Commissie Medische Ethiek

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. D. DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 22-03-2017

Ons Kenmerk: **2017/073**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Nomenclatuurkennis bij huisartsen : werk aan de winkel?
B.U.N. 143201731737

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 22 maart 2017

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

FS4_01

Bijlage 4: goedgekeurd protocol masterthesis

Protocol masterthesis

Naam student: van Gemert Ruben

Promotor: prof. Dr. Dirk Devroey

Titel

Nomenclatuurkennis bij huisartsen: werk aan de winkel?

Een kwantitatieve studie over de kennis van de nomenclatuurregels bij geconventioneerde Vlaamse huisartsen en HAIO's

Inleiding

Voor geconventioneerde artsen die werkzaam zijn in een systeem van prestatiegeneeskunde, is het toepassen van de nomenclatuur sinds 1963 bijna dagdagelijkse praktijk. Voor elk bezoek en voor vele technische prestaties bestaat een specifieke nomenclatuurnummer, waar ook een specifiek bedrag mee gepaard gaat. De optelsom van verschillende nomenclatuurnummers van het bezoek en de prestaties uitgevoerd tijdens het consult, bepaalt de uiteindelijke prijs van een verstrekking.

Doorheen de jaren is het aantal aan te rekenen prestaties toegenomen. De meerder aanpassingen en herformuleringen, alsook de uitbreiding van den nomenclatuurnummers vanwege het toenemend aantal terugbetaalde prestaties, hebben ervoor gezorgd dat deze lijst enorm uitgebreid is. Bovendien gelden er bij bepaalde nummers een aantal regels waarbij rekening mee moet gehouden worden. Dit maakt het correct toepassen van de nomenclatuur een complex gegeven voor de huisartsen.

Verkeerd aanrekenen van technische prestaties en bezoeken kan in twee richtingen gevolgen hebben. Enerzijds kan het verkeerd aanrekenen de ziekteverzekering ten onrechte veel geld kosten. Anderzijds kan onvoldoende kennis van de nomenclatuurregels ervoor zorgen dat bepaalde prestaties aan artsen voorbijgaan. Dit wanneer er geen prestatie wordt aangerekend, wanneer dit wel zou mogen.

Een correcte kennis van de nomenclatuurregels is dus een essentieel gegeven in de geneeskunde. Dit heeft mijn interesse gewekt om deze kennis eens te toetsen bij Vlaamse HAIO's en huisartsen en hier het onderwerp van mijn masterthesis over te maken.

Onderzoeksvragen

1) In hoeverre mate antwoorden Vlaamse huisartsen en HAIO's correct op de bevraagde casussen, die peilen naar toepassing van de nomenclatuurkennis?
2) Kunnen enkele bevraagde variabelen achterhaald worden die verantwoordelijk zijn voor het al dan niet correct beantwoorden van de vragen?

Studieopzet

Type studie: Kwantitatief prospectioneel observatief onderzoek dat de nomenclatuurkennis bij Vlaamse Huisartsen en HAIO's toetst.

Populatie: Geconventioneerde Vlaamse huisartsen en huisartsen in opleiding

Locatie studie: Vrije Universiteit Brussel

Inclusiecriteria studiepopulatie: Om deel uit te maken van de studie, dienen de proefpersonen te voldoen aan alle onderstaande criteria.

- Geslacht:Man of vrouw
- Leeftijd: De proefpersoon dient meerderjarig te zijn
- Erkenning/tewerkstelling
  - Erkend huisarts OF HAIO zijn met een RIZIV-nummer eindigend op 003, 004, 005 of 006
  - Tewerkgesteld zijn in het Vlaamse of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
  - De arts moet volledig geconventioneerd zijn
- Enquête
  - De enquête dient volledig ingevuld te worden. Niet volledig ingevulde enquêtes worden buiten beschouwing gelaten.

Exclusiecriteria studiepopulatie

- Geen erkenning als huisarts of een erkenning in een andere specialisatie
- Artsen die niet of slechts gedeeltelijk tot de conventie zijn toegetreden
- Artsen die werken volgens een forfaitair betalingssysteem

Vragenlijst

Deel 1

Personalia

1) Wat is uw geslacht?
   - □ Man
   - □ Vrouw
2) Wat is uw leeftijd in jaren?
   ….
3) Wat is uw huidige functie?
   - □ Huisarts
   - □ HAIO
4) In welk jaar bent u afgestuurd als arts
   ….
5) Hoeveel jaar bent u werkzaam als huisarts
   ….
6) Aan welke Universiteit heeft u uw masterdiploma in de huisartsengeneeskunde behaald (A6)
   - □ Katholieke Universiteit Leuven
   - □ Universiteit Antwerpen
   - □ Universiteit Gent
   - □ Vrije Universiteit Brussel
   - □ Andere: …

Over uw praktijk

1) Ik ben werkzaam in een
   - □ Solopraktijk
   - □ Duo-praktijk
   - □ Groepspraktijk
     - ⇨ Hoeveel artsen telt uw groepspraktijk?
   - □ Medisch huis
   - □
2) Mijn praktijk is gelegen in
   - □ Antwerpen
   - □ Brussel
   - □ Limburg
   - □ Oost – Vlaanderen
   - □ Vlaams Brabant
   - □ West- Vlaanderen

3) Hoeveel GMD’s hebt u gemiddeld per arts in uw praktijk
   - □ < 500
   - □ 500-1000
   - □ 1001-1500
   - □ >1500

4) Welke medisch softwarepakket gebruikt u

- ☐ Accrimed
- ☐ CareConnect
- ☐ Daktari
- ☐ Epicure
- ☐ HealthOne
- ☐ iCure
- ☐ Le Généraliste
- ☐ Medidoc
- ☐ Medigest
- ☐ Medinect
- ☐ Medinote
- ☐ Omnipro
- ☐ Pricare
- ☐ Prodoc
- ☐ Windoc
- ☐ Geen

5) Op welke manier wordt in uw praktijk de derdebetalersregeling gefactureerd?

- ☐ Schriftelijk
- ☐ Digitaal

5.1) Met welk softwarepakket (indien digitaal)

- ☐ CareConnect
- ☐ Daktari
- ☐ Epicure
- ☐ HealthOne
- ☐ ICure
- ☐ Le Généraliste
- ☐ LTD3
- ☐ MEDERIS 2.2.2
- ☐ Medidoc
- ☐ Medigest
- ☐ Medinect
- ☐ OmniPRO
- ☐ Prodoc
- ☐ Windoc

6) Op welke manier factureert u technische verstrekkingen

- ☐ Schriftelijk, aanvullend voor de technische prestatie van de consultatie
- ☐ Steeds in derdebetaler

6.1. indien in derdebetaler, hoe gebeurt dit

- ☐ Schriftelijk via boekje
- ☐ Digitaal

Via welk softwarepakket (indien digitaal)

- ☐ CareConnect
- ☐ Daktari
- ☐ Epicure
- ☐ HealthOne
- ☐ ICure
- ☐ Le Généraliste
- ☐ LTD3
- ☐ MEDERIS 2.2.2
- ☐ Medidoc
- ☐ Medigest
- ☐ Medinect
- ☐ OmniPRO
- ☐ Prodoc
- ☐ Windoc

Wat betreft de nomenclatuur

1) Heeft u tijdens uw masterjaren ooit lessen/een opleiding gehad die handelde(n) over nomenclatuurkennis of de toepassing ervan?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

2) Ondervind u soms moeilijkheden bij de toepassing van de nomenclatuurregels (dit wil zeggen: niet correct weten wanneer en in welke omstandigheden bepaalde prestaties wel of niet aangerekend mogen worden)

- ☐ Ja
- ☐ Neen

3) Is voor u de nomenclatuur en al zijn aspecten een te complex gegeven?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

Deel 2

Casuïstiek

In dit deel worden er een vijftal casussen voorgesteld. Dit zijn mogelijks allen reële cases die in het dagelijkse praktijkgebeuren kunnen plaatsvinden. Het is bedoeling dat u deze casussen leest en rekening houdt met alle variabelen (dag, uur, technische prestaties,…). Vervolgens dient u voor de voorgestelde casus de juiste nomenclatuurnummers (en het daarbij horende bedrag) aan te vinken. U mag hierbij uiteraard de nomenclatuurnummers raadplegen en/of uw software voor tarificatie raadplegen. Er is steeds slechts één juist antwoord/antwoordencombinatie.

OPM: voor de berekening van de tarieven wordt er steeds vanuit gegaan dat de consultatie plaatsvindt bij een geconventioneerde, geaccrediteerde huisarts die bovendien ingeschreven is in een georganiseerde wachtdienst.

OPM 2: voor deze vragenlijst vragen we om alles tot 2 cijfers na de komma te berekenen

Casus 1

Op een dinsdag om 16.00h komt een 56-jarige dame op consultatie met bilaterale oorproppen in de externe gehoorgang. Je verwijdert deze beiderzijds.

Welke codes reken je aan?

Casus 2

Je zit op woensdag in je kabinet en krijgt om 15.00h telefoon van een 27- jarige dame. Echter wil ze nog blijven werken en kan ze pas ten vroegste om 18.45u bij jou op de raadpleging komen. Dit komt goed uit want dan heeft er net iemand afgebeld. Op de raadpleging blijkt deze een fors panaritium te hebben, wat je ook gaat insnijden.

Welke codes reken je aan?

Casus 3

Tijdens je wacht op donderdagnacht krijg je om 03.00h telefoon van een koppel van 59 en 63 jaar. Ze zijn de avond ervoor naar een feestje geweest en hebben gourmet gegeten. Ze zijn beiden beginnen braken. Je gaat hen beiden zien. Gezien de man van 63 jaar een patiënt is met cardiovasculaire risicofactoren en nu ook een drukkend gevoel op de borst heeft, besluit je een EKG te maken.

Welke codes en welk bedrag reken je **DE MAN (met het EKG)** aan?

Casus 4

Je hebt besloten om je praktijk op zaterdagvoormiddag ook open te doen. Tijdens de vrije raadpleging presenteert zich een 58-jarige dame die komt voor een tweejaarlijks uitstrijkje.

Welke codes reken je aan?

Casus 5

Je bent op zaterdag van wacht en een 76 jarige dame belt je om 19.00h voor een dringend huisbezoek. Ze heeft hierbij drie wonden in het gelaat die elk 2 hechtingen vereisen. Op haar arm heeft ze een grotere wonde die 5 hechtingen vereisen.

Welke codes reken je aan?

Gebruikte procedure en analysemethode

Een vragenlijst wordt ontwikkeld en geprogrammeerd in de opensource software Limesurvey. Vervolgens zal een URL met de link naar de vragenlijst verspreid via de website van het ICHO en naar verschillende huisartsenkringen (dit met behulp van mijn promotor). Het laten rondgaan van de enquêtes zal een 3 tot 6tal maanden in beslag nemen.

De enquêtes zullen vervolgens verzameld en geëxporteerd worden naar Microsoft Excel, alwaar de resultaten uitgefilterd en gesorteerd zullen worden, tot een goed datasheet bekomen is. Deze zal geëxporteerd worden naar het statistisch verwerkingsprogramma SPSS. Hier zal verdere statistische analyse gebeuren. Om verschillende groepen te vergelijken zal gewerkt worden met chi-kwadraattesten die als significant beschouwd worden bij een p-waarde <0.05.

Bijlage 5: inleiding vragenlijst voor deelnemers

Inleiding

Geachte collega

Toepassen van de nomenclatuurregels is dagelijkse kost voor Vlaamse geconventioneerde huisartsen en HAIO's. Dag in, dag uit gaan patiënten buiten met een getuigschrift van verstrekte hulp, alwaar één of meerdere nomenclatuurnummer(s) de totale som van de verstrekking bepalen.

Tijdens het opmaken van een getuigschrift van een geneeskundige verstrekking dient met een groot aantal variabelen rekening gehouden te worden: het type consultatie, week/weekend, het uur van de dag/nacht, het al dan niet uitvoeren van een technische prestaties en de waarde van deze prestatie. Bovendien mogen een aantal verstrekkingen slechts onder bepaalde omstandigheden en bepaalde voorwaarden aangerekend worden. Dit alles zorgt ervoor dat de nomenclatuurregels in meerdere situaties een complex gegeven kunnen zijn. Een foute toepassing van de nomenclatuurregels en dus het niet correct aanrekenen van geneeskundige verstrekkingen, kunnen gevolgen hebben in twee verschillende richtingen. Het verkeerd aanrekenen van prestaties kan enerzijds de ziekteverzekering veel geld kosten, indien er verkeerd technische prestaties worden aangerekend. Anderzijds kan ook u een fors bedrag mislopen indien u niet op de hoogte bent dat bepaalde verstrekkingen kunnen aangerekend worden of dat u voor bepaalde zaken een supplement mag vragen.

Omtrent deze kwestie nodig ik, Ruben van Gemert, u uit deel te nemen aan een enquête die handelt over dit thema. Deze vragenlijst maakt deel uit van mijn masterthesis voor mijn opleiding master na master in de huisartsengeneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel. Het doel van het onderzoek is tweeledig: enerzijds wil ik hiermee een inzicht krijgen in de kennis van de nomenclatuurregels bij Vlaamse huisartsen en HAIO door deze te toetsen. Dit om de complexiteit van de nomenclatuur aan te tonen. Verder wil ik op zoek gaan naar bepaalde variabelen die mogelijks invloed op deze kennis van de nomenclatuurregels. Dit om een eventuele probleemstelling aan het licht te brengen en deze ook in de toekomst aan te kunnen pakken.

Bij opmerkingen, vragen of andere onduidelijkheden mag u me steeds contacteren.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Dr. van Gemert Ruben
HAIO, master na master in de huisartsengeneeskunde
Vrije Universiteit Brussel

Prof. dr. Dirk Devroey
promotor
Vrije Universiteit Brussel

Contact:
rvgemert@vub.ac.be

Instructies

Verder volgt een online enquête die ongeveer een tiental minuten van uw tijd vraagt. Het eerste deel bevraagt enkele gegevens van u en uw praktijk(organisatie). Het tweede deel bevat een aantal casussen waarin u dient aan te duiden welke het correcte aangerekende bedrag is. Hierin is slecht één antwoord juist. Door op de knop 'verzenden' te drukken, zal deze automatisch verstuurd worden.

Vrijwilligheid van deelname

Deelname aan de enquête is geheel vrijwillig. U kan op elk moment en om het even welke reden uw deelname beëindigen door de enquête af te sluiten.

Vertrouwelijkheid van gegevens

Het verzamelen, analyseren en verwerken van uw gegevens gebeurd geheel anoniem. Enkel Ruben van Gemert, Huisarts in opleiding, zal in kader van zijn masterthesis toegang hebben tot deze gegevens. Noch uw identiteit, noch de gegevens van uw praktijk zullen achterhaald of bekendgemaakt kunnen worden.

Informed consent

Door op de knop 'volgende' te drukken gaat u akkoord met al het bovenstaande en wenst u deel te nemen aan het onderzoek.