

Emile Coerkamp, Freek Herfkens

## **Producttypering, inkomensvorming en werklast**

Dit stuk verscheen per abuis in een premature versie in de vorige MemoRad, De redactie verzoekt eenieder die versie niet te gebruiken, maar van deze definitieve versie uit te gaan.

### **Historie**

In 1993 verscheen in opdracht van het Ministerie van VWS (toen WVC) het rapport 'Gedeelde zorg, betere zorg' van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg o.l.v. oud-premier Biesheuvel. Dit rapport bepleitte een volledige integratie van de medisch specialist in het ziekenhuis, hetgeen het beste bereikt zou worden door een dienstverband met opslagen voor disutility, nevenactiviteiten, opleidingsduur, etc. Voorts zou bekostiging van het ziekenhuis plaats moeten vinden door producttypering en outputpricing. Het verrichtingsysteem zou hoe dan ook moeten verdwijnen, omdat de relatie tussen honorarium en inspanning volledig zoek zou zijn geraakt en omdat het najagen van verrichtingen haaks zou staan op een doelmatige exploitatie van het ziekenhuis. Vervolgens werd het platform Modernisering Curatieve Zorg opgericht, waarin alle partijen uit het veld vertegenwoordigd waren, waaronder de Medische Specialisten d.m.v. een strategieteam. Dit team was een samenwerkingsverband tussen de NSF, de LSV en het Convent van wetenschappelijke verenigingen, waaronder uiteraard ook de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR). In dit platform heeft het strategieteam de sterke wens van VWS en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) naar een dienstverband voor medische specialisten met succes getrotseerd. Zo hebben zij weten te accorderen dat het specialistenaandeel in de door Biesheuvel gewenste geïntegreerde verstrekkingen via diagnosebehandelcombinaties (DBC's) met zelf gedefinieerde bijdragen op basis van een tijdsbeslag ook via het vrije beroep geleverd zou kunnen worden. Het specialistenhonorarium zou hierbij totstandkomen op basis van een uniform uurtarief voor alle specialisten. Een en ander mede op instigatie van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), die hiermee het vrije beroep wenste te borgen en een adequaat uurhonorarium voor haar achterban zou kunnen bewerkstelligen. Er werd onder leiding van ir. L. Baas een landelijke stuurgroep geformeerd, waarin ook de LSV plaatsnam, om een producttyperingssysteem met DBC's te ontwikkelen. Op 22 september 1997 werd onder leiding van Ordevoorzitter dr. J.H. Kingma het convenant gesloten, op grond waarvan het vrije beroep daadwerkelijk behouden bleef, waarna weer breed werd ingezet op producttypering.

Deze had inmiddels enige vertraging opgelopen door de terughoudende opstelling van VWS met betrekking tot de subsidieverlening en wegens uitlatingen van de minister in de Tweede Kamer. Nadat de LSV opnieuw constructief meewerkte in de landelijke stuurgroep, verscheen na een inventarisatie door de LSV bij de wetenschappelijke vereniging het rapport 'Producttypering in ontwikkeling' (het Blauwe boek). In dit Blauwe boek werd de wetenschappelijke verenigingen verzocht hun producten te typeren, zoals de NVvH al had gedaan. Het primaire proces moest omschreven worden, de werklast van de DBC's moest worden bepaald en de DBC's moesten op kwaliteitscriteria worden genormeerd. De aanbevelingen uit het Blauwe boek werden door de NVvR volledig uitgevoerd, hetgeen resulteerde in het in 1998 verschenen Nivelrapport. Onze producten werden met behulp van de oude Sanderspuntenlijst gedefinieerd in een tiental clusters van verrichtingen, variërend in zwaarteklassen van 3 tot 120 punten per verrichting. Blijkens deze werklastmeting was een Sanderspunt in 1997 0,85 minuut. In 1999 werd de productenlijst aangepast, waarbij obsolete

verrichtingen van de lijst werden afgevoerd en nieuwe codes t.b.v. interventieradiologie werden toegevoegd. Een verzoek om m.b.v. deze nieuwe lijst te kunnen declareren ligt bij het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Een aantal wetenschappelijke verenigingen gaf om hun moverende redenen niet of slechts partieel uitvoering aan de beleidsaanbevelingen van de Werkgroep Producttypering van de Orde, ook niet dan nadat eind 1998 in een congres over producttypering in de RAI de tripartiete afspraken werden herbevestigd. De reserve van deze wetenschappelijke verenigingen werd mede veroorzaakt doordat een duidelijke beleidslijn over de toepassing van DBC's van de zijde van het ministerie ontbrak.

### **Project DBC 2003**

Inmiddels is onder invloed van VWS het hele project in een stroomversnelling geraakt. Dit heeft zijn oorzaak in de wens van de overheid om de regierol aan de zorgverzekeraars toe te kennen. Deze zouden hiertoe slechts bereid zijn als productieafspraken gemaakt kunnen worden op basis van transparante producten, zoals goed omschreven diagnosebehandelcombinaties. VWS is momenteel opdrachtgever van het project en heeft hiervoor ruime financiële middelen ter beschikking gesteld. In december jl. werd het organisatieadviesbureau Cap Gemini Ernst & Young uitgezocht om het project binnen twee jaar tot stand te brengen. Dit project wordt genoemd DBC 2003. Per 01-01-2003 moet het systeem van DBC's voor de bekostiging van ziekenhuizen en medische specialisten operationeel zijn, waarna de budgettering in FB-parameters zal worden afgeschaft. Het hele project is opgesplitst in de volgende deeltrajecten: implementatie, kostprijbepaling, werklasmeting, een tarieventraject en een ICT-traject.

Het deeltraject werklasmeting specialisten is voor ons radiologen het meest belangwekkend en ziet er als volgt uit:

- per 1 juli 2001 moet de onderzoekopzet gereed zijn;
- per 1 januari 2002 moeten de tijdsnormen per DBC bepaald zijn;
- per 1 april 2002 zal het tijdsbestedingonderzoek gereed moeten zijn;
- per 1 september 2002 wordt alles rondgerekend, waarbij het uurtarief van de radioloog zal zijn vastgesteld.

Een verkennende voorstudie loopt nu al. Een belangrijk discussiepunt hierbij is het al of niet meten van de bijdrage van hulppersoneel, agio's en agnio's aan de te leveren productie. Als voorbeeld kan genoemd worden de bijdrage van TOA's (Technisch Oftalmologisch Assistent) aan een oogheelkundige praktijk: ongetwijfeld zal de vraag beantwoord moeten worden of een oogarts die werkt zonder TOA's, een onzakelijke praktijkvoering heeft of dat een oogarts die werkt met een TOA, zijn praktijk op een oneigenlijke manier voert. In het verlengde hiervan zal ongetwijfeld de bijdrage van echolaboranten aan de productie in de radiologie opnieuw door de NVvR gedefinieerd moeten worden. Voorts is het de vraag of het wel verstandig is om, zoals tot nu toe gebruikelijk is in het kader van opleidingseisen, vast te leggen dat een assistent gelijk is aan een halve radioloog. Dit suggereert o.i. ten onrechte dat de bijdrage van agio's aan de productie 50% bedraagt. Een en ander dient dus goed begeleid te worden door de NVvR. Het hele proces zal via een brede steekproef in koploperziekenhuizen totstandkomen.

### **Risico's voor de radiologen**

Onze belangrijkste strategie met betrekking tot het te ontwikkelen producttyperingssysteem is het behoud van onze producten (170 soorten verrichtingen in 10 zwaarteklassen uitgedrukt in

Sanderspunten), zo ook de mogelijkheid deze zelf nog te kunnen declareren en de levering hiervan op basis van productieafspraken goed te kunnen sturen.

Dit is van eminent belang omdat de tweedelijnsproductie en de daarbijbehorende werklust sterk afhankelijk zijn van de couleur locale (beschikbare apparatuur, knowhow, etc.) in de verschillende ziekenhuizen. Het is mogelijk dat de poortspecialisten meer radiologische producten aan gaan vragen dan op grond van de in de DBC's gedefinieerde radiologische verrichtingen verwacht zou kunnen worden. Bijvoorbeeld zou een bepaalde urologische DBC kunnen bestaan waarin opgenomen een door de uroloog uit te voeren nefrostomie. Er zouden urologen kunnen zijn die de neiging hebben deze nefrostomie door de radioloog uit te laten voeren; hun normatief bepaalde honorarium hebben zij immers al binnen. Op grond van deze problematiek zou nog wel eens voorgesteld kunnen worden een dienstverband te creëren voor de ondersteunende specialismen. Hiertegen treden wij in alliantie op met de wetenschappelijke verenigingen van deze specialismen.

Ook een punt van zorg is de inkomensharmonisatie, die van het ene op het andere moment geëffectueerd zou worden op grond van de werklustmeting en het beschikbare budget (uitgangspunt was immers een uniform uurtarief voor alle medische specialisten). In dit laatste geval zullen ongetwijfeld radiologen weer meer werk accepteren teneinde hun omzet op hetzelfde peil te houden. Wel zijn er nog niet nader uitgewerkte afspraken gemaakt dat zowel voor ziekenhuisbudget als medisch-specialistisch honorarium een zekere overgangsfase ingaat op 1-1-2003 om een al te abrupte zogenaamde herallocatie van gelden te voorkomen. Ook dringt de vraag zich op of er naast de interdisciplinaire ook een intradisciplinaire inkomensharmonisatie gaat plaatsvinden, waarbij bijvoorbeeld honorarium van de periferie naar academische ziekenhuizen overgeheveld zou moeten worden. Over alle bovengenoemde problemen kan niet eenvoudig, noch eenduidig of met grote mate van zekerheid helderheid worden verschaft.

### **Waarom dan toch meedoen?**

Bestuur en Commissie voor Beroepsaangelegenheden zijn van mening dat afhaken niet gewenst en ook niet mogelijk is. In de eerste plaats omdat producttypering helemaal past in het eigen beleid van de Orde en de NVvR. Niet alleen op basis van de wens tot het voeren van een consistent beleid, zoals eerder in dit artikel vermeld, maar ook ter realisatie van:

- objectivering van de werklust van radiologen;
- de vestiging van een richtig uurtarief;
- adequate capaciteitsplanning;
- inbedding van kwaliteitsnormen;
- het behoud van het vrije beroep in het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

In de tweede plaats zullen wij mee moeten doen omdat anders onze producten niet meer door onszelf maar door anderen zullen worden gedefinieerd. Tevens bestaat dan het risico dat de huidige functiegerichte budgettering (FB-stelsel) van de ziekenhuizen wordt gerenoveerd, waarbij het honorarium van de medisch specialist zal gaan bestaan uit een opslag op de waarde van de FB-parameters. Dit leidt dan alleen tot een grove omschrijving van de inzet van de medisch specialist. Wat de inkomensharmonisatie tussen specialisten en specialismen betreft: deze zal onontkoombaar zijn. Immers, het betreft hier een inkomensharmonisatie die gekoppeld is aan werklust. Uitgangspunt van producttypering was een zelfde uurtarief voor alle specialisten. Specialisten die hun praktijk goed georganiseerd hebben en snel en efficiënt werken zullen hierbij uiteraard een hoger uurtarief weten te realiseren. Dit past ook bij het vrije ondernemerschap. Wat intradisciplinaire inkomensharmonisatie tussen academische

specialisten en perifeer werkende specialisten betreft: het is niet te verwachten dat bij een terugtrekkende overheid het CTG deze inkomens naar elkaar toe zal brengen. Als na het tijdsbestedingonderzoek blijkt dat academische specialisten een uurtarief hebben dat onmaatschappelijk laag is, hebben deze een zeer sterk argument om extra budget op te eisen bij het ministerie van VWS.

Voor het behoud van onze producten en de sturing van onze werklust heeft de werkgroep producttypering van de Orde zich op verzoek van de NVvR en de overige ondersteunende specialismen bij de landelijke stuurgroep vooralsnog met succes hardgemaakt voor het behoud van eigen producten en de mogelijkheid deze zelf te declareren. Dit zal worden bereikt door bij de prijsstelling van de DBC's een nultarief in te voeren wat het honorariumdeel van de radioloog betreft. Het kostendeel van de radiologische verrichting zou wel volledig in de DBC's worden opgenomen. De NVvR zal via de Orde bij de landelijke stuurgroep nauwgezette uitvoering bepleiten van bovengenoemde afspraken, mede ook i.v.m. de noodzaak eigen producten te behouden t.b.v. de eerstelijnsgezondheidszorg.

Een andere onwenselijke situatie zou kunnen ontstaan als ziekenhuizen ten behoeve van budgetbewaking besluiten de organisatie te kantelen, waarbij poortspecialismen een budget wordt toebedacht waarmee zij producten van ondersteunende specialismen kunnen inkopen. De leden van de NVvR wordt geadviseerd bij de invoering van het producttyperingssysteem vast te houden aan het maken van productieafspraken, met een duidelijk omschreven mandaat aan de onderhandelaars over de met de zorgverzekeraars af te spreken productie.

Wij zijn van mening dat het aanbevelenswaardig kan zijn om regelmatig soort en aantal verrichtingen af te stemmen met onze verwijzers; om fiscale redenen lijkt het echter zeer onwenselijk om mee te werken aan zulk een onderaannemerschap, onder andere omdat dan sprake zal zijn van enige gezagsrelatie waardoor het vrij ondernemerschap in gevaar komt.

## **Uurtarief**

Het ministerie van VWS heeft het CTG verzocht een normatief uurtarief voor medische specialisten vast te stellen. Dit heeft o.i. op korte termijn nog geen betekenis voor ons honorarium. Ons uurhonorarium zal pas definitief vastgesteld worden na de werklustmeting in 2002. Voor de berekening van dat uurhonorarium zal het huidige macrobudget de bodem zijn, zo is de Orde toegezegd door de minister van VWS. Als bij vaststelling van het uurtarief na het tijdsbestedingonderzoek het uurtarief van sommige specialismen onder het normatieve uurtarief zou komen, dan is ophoging hiervan voor VWS onontkoombaar, hetgeen wellicht, zoals eerder gesuggereerd, van belang kan zijn voor met name de academische specialisten.

## **Is of komt er een werklustprobleem?**

In vergelijking met de meeste westerse landen is het aantal radiologen per 1000 inwoners in Nederland aanzienlijk lager en is ook het verbruik van film en contrast navenant laag te noemen. Er is dus geen overconsumptie van radiologie in onze gezondheidszorg. Voorts zijn er een aantal trends te bespeuren waarvan wij denken dat deze de vraag naar radiologie zullen doen toenemen, onder meer de dubbele vergrijzing, consumentisme, geringe acceptatie van radiologische wachttijden en de opkomst van nieuwe radiologische technieken, waaronder minimaal-invasieve therapie, virtuele endoscopie en longemboliediagnostiek. Ook denken wij dat de toegevoegde waarde van radiologie meer en meer door onze verwijzers wordt erkend en dat bij een stijgende werklust van de verwijzende specialisten in toenemende mate een

beroep op ons zal worden gedaan. De RIS-gegevens van de laatste jaren tonen aan dat ook binnen de lokale initiatieven door radiologen een productie wordt geleverd die de JOZ-ruimte te boven gaat. Al met al zal de werklast de komende jaren flink toenemen en voor een belangrijk deel waarschijnlijk ook door radiologen worden geaccepteerd, ten einde de gevolgen van een eventuele inkomensharmonisatie op te vangen.

### **Conclusies**

Producttypering gaat door. Inkomensharmonisatie zal daadwerkelijk haar beslag krijgen en ons uurtarief zal hier waarschijnlijk door dalen. Dit zal de toch al toenemende werklast verder verhogen. Afstemming met onze verwijzers is wenselijk; wij moeten echter geen onderaannemerschap accepteren. Vooralsnog hebben wij onze producten behouden. We gaan dus terug naar het oude systeem, echter op basis van productieafspraken met nacalculatie voor de gerealiseerde productie.

*E.G. Coerkamp*

*H.F. Herfkens*

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.