

Auteursrechterlijke overeenkomst

Opdat de Universiteit Hasselt uw eindverhandeling wereldwijd kan reproduceren, vertalen en distribueren is uw akkoord voor deze overeenkomst noodzakelijk. Gelieve de tijd te nemen om deze overeenkomst door te nemen, de gevraagde informatie in te vullen (en de overeenkomst te ondertekenen en af te geven).

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling met

Titel: Administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen

Richting: master in de toegepaste economische wetenschappen - beleidsmanagement

Jaar: 2009

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Ik ga akkoord,

VERHEYEN, Katrien

Datum: 14.12.2009

Administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen

Katrien Verheyen

promotor :
Prof. dr. Lode VEREECK

Woord vooraf

Deze eindverhandeling vormt de afsluiter van mijn opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen, optie Beleidsmanagement, aan de Universiteit Hasselt.

Mijn thesis kreeg de titel "Administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen". Ik heb dit onderwerp onder meer gekozen omwille van de samenhang met de afstudeerrichting Beleidsmanagement. Deze richting besteedt veel aandacht aan het overheidsbeleid, zowel op economisch als juridisch vlak. De keuze voor het onderwerp "administratieve lasten", die voortvloeien uit wet- en regelgeving, is daarom niet onlogisch. Ik heb overigens specifiek gekozen om de administratieve lasten in de zorgsector te onderzoeken omdat ik mij aangetrokken voel tot deze sector. Daarenboven is het thema van mijn thesis origineel. Er heeft immers nooit eerder onderzoek naar de omvang en de oorzaken van administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen plaatsgevonden.

Verder zou ik graag van deze gelegenheid gebruik willen maken om een aantal mensen te bedanken. In de eerste plaats dank ik mijn promotor, Prof. dr. Lode Vereeck, en mijn copromotor, drs. Wim Marneffe, voor hun advies en begeleiding. Verder bedank ik de huisartsen en administratieve medewerkers van de Geelse huisartsenpraktijk, alsook de externe huisartsen voor de aangename samenwerking bij het uitvoeren van de administratieve lastenmeting. Tot slot richt ik nog een bijzonder woord van dank aan mijn ouders en naaste omgeving. Niet alleen tijdens dit thesisjaar, maar gedurende de voorbije jaren, was hun steun voor mij van onschatbare waarde.

Samenvatting

De stethoscoop, de tongspatel en de bloeddrukmeter, maar ook de pen en het computerklavier behoren tot de waaier van instrumenten die huisartsen hanteren. Het zijn vooral deze laatste twee instrumenten die huisartsen de laatste jaren steeds frequenter gebruiken. Huisartsen in Vlaanderen verklaren dat deze tendens het gevolg is van de toegenomen administratieve verplichtingen die de wet- en regelgeving hen opleggen. Dergelijke verplichtingen zorgen er voor dat huisartsen minder tijd kunnen besteden aan hun eigenlijke kerntaak, meer bepaald het bieden van eerstelijnszorg. Bijgevolg neemt de kwaliteit van die zorgverlening aan de patiënt af.

De politieke wereld heeft voor het beschreven probleem reeds een aantal vereenvoudigingsmaatregelen genomen. Toch is er nog meer administratieve vereenvoudiging mogelijk en essentieel. Alvorens verdere gerichte administratieve vereenvoudiging kan plaatsvinden, is het in eerste instantie echter noodzakelijk de administratieve lasten in kaart te brengen. Vandaar dat deze eindverhandeling tracht het beschreven probleem te doorgronden door een eerste administratieve lastenmeting bij huisartsen in Vlaanderen uit te voeren. De centrale onderzoeksvraag van dit werk luidt bijgevolg: "Wat is de omvang van de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen?" Hoofdstuk 4 van dit werk zoekt een antwoord op deze vraag aan de hand van een case study. Het meten van de administratieve lasten gebeurt aan de hand van een aangepaste versie van het stappenplan voor het uitvoeren van een full scan dat is opgesteld door de Kenniscel Wetsmatiging.

Alvorens dit werkstuk overgaat tot het uitvoeren van de administratieve lastenmeting, geven hoofdstukken 2 en 3 een theoretisch kader. Hoofdstuk 2 geeft duiding bij het begrip "administratieve lasten". Hoofdstuk 3 schetst het huisartsenlandschap in Vlaanderen.

Hoofdstuk 4 geeft vervolgens de resultaten van de administratieve lastenmeting weer. Die meting toont aan dat de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen in een doorsnee kalenderjaar 383.007.036,56 euro bedragen. Uit de meting blijkt voorts dat een relatief beperkt aantal van de onderzochte informatieverplichtingen (twintig procent of 5 van de 26) verantwoordelijk is voor bijna negentig procent van de totale administratieve lasten.

De informatieverplichting die de hoogste administratieve lasten met zich meebrengt is het "klasseren van medische documenten". Huisartsen die deze verplichting moeten naleven, besteden jaarlijks gemiddeld 360 uren aan het ordenen van dergelijke documenten. De tweede meest belastende verplichting is het getuigschrift voor verstrekte hulp. Bij deze verplichting is het vooral de volumecomponent, meer bepaald de periodiciteit, die zorgt voor de hoge administratieve lasten. Huisartsen in Vlaanderen maken gedurende een doorsnee kalenderjaar namelijk 6.500 van dergelijke getuigschriften op. De "aanvraag terugbetaling van geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV" vervolledigt de top drie van de informatieverplichtingen die hoge administratieve lasten veroorzaken. Zowel de prijs- als de volumecomponent zijn bij deze verplichting aanzienlijk. Het "Formulier 3+4" bekleedt de vierde plaats in de rangschikking. Aangezien de administratieve handelingen bij het naleven van deze verplichting tijdsrovend zijn, vormt de prijscomponent de belangrijkste oorzaak van de hoge administratieve lasten. Het attest betreffende ongeschiktheid is de vijfde meest belastende verplichting. Gemiddeld besteedt de huisarts slechts 2 minuten aan de opmaak van het attest, maar de periodiciteit is bij dit document aanzienlijk.

De resultaten van de meting geven niet alleen inzicht in de omvang en de oorzaken van de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen, maar bieden tevens de mogelijkheid om suggesties voor administratieve vereenvoudiging te formuleren.

Voor wat betreft de verplichting "klasseren van medische documenten" kan de geleidelijke overschakeling op het elektronisch medisch dossier zorgen voor een reductie van de administratieve lasten die gepaard gaan met deze informatieverplichting. Die overschakeling vormt echter enkel op lange termijn een oplossing. Op korte termijn kan een uitbreiding en versoepeling van de Impulseo II maatregel een oplossing bieden. Een aanpassing van de Impulseo II maatregel kan er meer bepaald voor zorgen dat meer huisartsen kunnen genieten van een tussenkomst in de loonkost van administratieve medewerkers. Bijgevolg zullen meer huisartsen administratieve medewerkers, die onder andere het ordenen van papieren medische documenten kunnen verzorgen, aanstellen.

Een tweede vereenvoudigingsvoorstel houdt verband met het getuigschrift voor verstrekte hulp. De procedure bij dit getuigschrift kan vereenvoudigd worden indien het papieren getuigschrift vervangen wordt door een elektronische gegevensstroom. In de praktijk zou dit voorstel kunnen inhouden dat de patiënt zijn SIS-kaart of zijn elektronische identiteitskaart in een kaartlezer bij de huisarts plaatst, waarna de huisarts

met zijn eigen elektronische identiteitskaart een digitale handtekening op het elektronisch getuigschrift plaatst. Op deze manier kan de elektronische gegevensstroom automatisch doorgestuurd worden naar het ziekenfonds. Uiteraard vereist de beschreven maatregel investeringen om bijvoorbeeld de huisartsenpraktijken uit te rusten met apparatuur om SIS-kaarten of elektronische identiteitskaarten te lezen. Deze maatregel zal ongetwijfeld ook de discussie rond de uitbreiding van de derdebetalersregeling versterken.

Een volgende vereenvoudigingssuggestie betreft de afschaffing van het Hoofdstuk IV uit de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten. De terugbetaling van geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV is onderworpen aan bijzondere voorwaarden. Bovendien is de zogenaamde "controle a priori" van toepassing, wat betekent dat de vergoedbaarheid afhankelijk is van een voorafgaande machtiging van een adviserend geneesheer. De problematiek omtrent de geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV is echter complex en de discussie hieromtrent sleept reeds geruime tijd aan. Een eventuele afschaffing is dus enkel op lange termijn realiseerbaar. Het is toch wenselijk reeds op korte termijn maatregelen te nemen. Voorbeelden van tussentijdse maatregelen zijn het verlagen van de periodiciteit, het herzien en aanpassen van de wettelijke bepalingen met betrekking tot het aantal toegelaten terugbetaalde verpakkingen en het up-to-date houden van de huisartsen met betrekking tot de geldende wetgeving inzake de terugbetaling van geneesmiddelen.

Een vierde reeks van vereenvoudigingsingrepen heeft betrekking op het "Formulier 3+4", dat personen met een handicap kunnen indienen wanneer zij bijvoorbeeld aanspraak willen maken op een parkeerkaart voor personen met handicap of een integratietegemoetkoming. Bij dit formulier kan de beschrijving van de zelfredzaamheid, waaronder de verplaatsingsmogelijkheden en de mogelijkheid om voor zijn persoonlijke hygiëne in te staan en zich te kleden, beter worden uitgevoerd door de patiënt zelf, de thuisverplegers of de sociaal assistenten. Een kanttekening bij dit voorstel is dat de huisartsen een deel van de administratieve rompslomp doorschuiven naar de patiënt zelf of de vernoemde zorgverleners. Daarnaast is het wenselijk de verplichting tot het toevoegen van documenten bij het indienen van het formulier af te schaffen. Tot slot kunnen de documenten die de huisarts verzamelt indien de patiënt, in het kader van het indienen van het "Formulier 3+4", op controle moet bij een Medische dienst van de Directie-generaal Personen met een handicap, beter elektronisch worden overgemaakt aan de controlearts.

Verder kunnen uniforme attesten betreffende ongeschiktheid alle "eigen" attesten betreffende ongeschiktheid van overheidsdiensten vervangen. Een meer verregaande vereenvoudigingssuggestie betreft het mogelijk maken dat ook voor werknemers in dienst bij de overheid het eenvoudige attest betreffende ongeschiktheid kan volstaan.

Tot slot is het wenselijk het voorschrift voor voetverzorging voor niet-diabetespatiënten af te schaffen. Indien er bovendien geen specifieke vragenlijst kan worden opgemaakt om te beoordelen of een patiënt al dan niet geschikt is om te sporten, kan ook het attest betreffende de geschiktheid om sport te beoefenen, afgeschaft worden. Huisartsen vinden deze twee documenten namelijk niet zinvol.

Aansluitend bij deze vereenvoudigingsmaatregelen toont hoofdstuk 4 de effecten van een scenario van administratieve vereenvoudiging bij de informatieverplichting "getuigschrift voor verstrekte hulp". Volgens dat scenario kan een administratieve lastenverlaging van vijftienvijftig procent gerealiseerd worden. In de praktijk betekent dit dat elke huisarts op jaarbasis over bijna 150 extra zorguren kan beschikken of bijna 600 extra patiënten kan behandelen.

Bij dit onderzoek geldt tot slot nog een kritische bemerking. De voorstellen voor administratieve vereenvoudiging die dit onderzoek presenteert, zijn geformuleerd op basis van interviews met huisartsen. Andere belangrijke actoren uit de zorgsector zoals onder meer mutualiteiten en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering werden niet betrokken bij het voorstellen van vereenvoudigingsingrepen. Deze vaststelling vormt de beperking van dit onderzoek.

De belangrijkste reden voor het consulteren van slechts één groep van actoren uit de zorgsector is het feit dat de huisartsen het makkelijkst bereikbaar zijn. Verder droeg ook de tijdsbeperking bij dit onderzoek ertoe bij dat enkel de huisartsen bevroegd werden.

Opdat administratieve vereenvoudiging in de praktijk zou kunnen plaatsvinden is het echter noodzakelijk overleg over mogelijke vereenvoudigingsmaatregelen te organiseren tussen de verschillende betrokken partijen. De maatregelen die dit werkstuk voorstelt, vormen evenwel een goed vertrekpunt om dergelijk overleg op te starten.

Inhoudsopgave

Woord vooraf

Samenvatting

Inhoudsopgave

Inleiding	1
Hoofdstuk 1: Methodologische aspecten	4
1.1 Probleemstelling	4
1.2 Onderzoeksopzet.....	5
1.2.1 Literatuurstudie	5
1.2.2 Case study	6
Hoofdstuk 2: Administratieve lasten.....	9
2.1 Situering en definitie van het begrip administratieve lasten.....	9
2.2 Soorten administratieve lasten	13
2.3 Bronnen van administratieve lasten	14
2.3.1 Vlaamse regelgeving	14
2.3.2 Federale, gewestelijke en gemeentelijke regelgeving	14
2.4 Meetinstrumenten.....	17
2.4.1 Waarom meten?	17
2.4.2 Hoe meten?.....	18
2.5 Administratieve vereenvoudiging	24
2.5.1 Maatregelen die leiden tot administratieve vereenvoudiging	25
2.5.2 Kafka-project	25
2.5.3 De Dienst Wetsmatiging.....	27
2.5.4 De Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging	27

2.5.5	Resultaten tweejaarlijkse enquête Federaal Planbureau	27
2.5.6	Resultaten Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu	28
Hoofdstuk 3: Huisartsenlandschap Vlaanderen		30
3.1	Aantal huisartsen.....	30
3.2	Geografische spreiding van huisartsen	32
3.3	Demografische gegevens.....	33
3.3.1	Indeling naar geslacht	33
3.3.2	Indeling naar leeftijdscategorie	34
Hoofdstuk 4: Case study.....		37
4.1	Voorstelling huisartsenpraktijk	37
4.2	Omvang van de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen ...	37
4.3	Oorzaken administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen	44
4.4	Voorstellen voor administratieve vereenvoudiging	46
4.4.1	Klasseren van medische documenten	46
4.4.2	Getuigschrift voor verstrekte hulp	49
4.4.3	Aanvraag terugbetaling van geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV	50
4.4.4	Formulier 3+4	53
4.4.5	Attest betreffende ongeschiktheid	55
4.4.6	Attest geschiktheid sport.....	55
4.4.7	Voorschrift voetverzorging	56
4.5	Effect van een afname van de administratieve lasten	57
Hoofdstuk 5: Conclusies		61
Lijst van geraadpleegde werken		
Bijlage 1: Kafka-test		

Bijlage 2: Ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen

Bijlage 3: Contactgegevens huisartsen

Bijlage 4: Resultaten administratieve lastenmeting

Bijlage 5: Berekeningen totale bestede tijd per huisarts

Inleiding

“Mijn arts beklagde zich over de schoendozen vol formulieren die hij op huisbezoek moest meenemen, en hoe die papierberg steeds meer zijn werkplezier vergalde. Op den duur had hij de indruk meer bezig te zijn met papieren dan met patiënten”, aldus federaal minister voor Ondernemen en Vereenvoudigen Vincent Van Quickenborne in *Artsenkrant* op 26 september 2008.¹ Nog geen jaar eerder had ook huisarts Roger Bunnens zijn ongenoegen geuit over de toegenomen administratieve lasten voor huisartsen. Hij verklaarde dat hij dertig jaar geleden meer patiënten per dag kon behandelen en meer tijd had om met ze te praten.² Concreet cijfermateriaal over de administratieve lasten waarmee huisartsen in Vlaanderen vandaag de dag geconfronteerd worden, is niet voorhanden. Toch tonen de bovenstaande getuigenissen aan dat die lasten doorheen de jaren beduidend zijn toegenomen.

Een belangrijk gevolg van die hoge administratieve lasten is het feit dat huisartsen minder tijd kunnen besteden aan daadwerkelijke zorgverlening. De kwaliteit van de zorgverlening aan de patiënt, die de belangrijkste schakel binnen de zorgketen is, vermindert hierdoor.³ Het geschetste probleem vormt dus in de eerste plaats een probleem voor de patiënt, niet voor de huisarts.

Niet enkel huisartsen, maar ook organisaties, burgers en overheden ervaren hoge administratieve lasten. Eind 2007, begin 2008 gingen zes Vlaamse beleidsdomeinen over tot een meting van de administratieve lasten die voortvloeiden uit de Vlaamse regelgeving in 2007. Uit de meting van het beleidsveld Toerisme bleek bijvoorbeeld dat de regelgeving van dit beleidsveld voor 194.249 euro aan administratieve lasten veroorzaakte voor hoteluitbaters. De regelgeving van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin zorgde voor 518.281 euro aan administratieve lasten voor vrijwilligersorganisaties. Vlaamse gemeenten werden op hun beurt geconfronteerd met 1.193.751,85 euro aan administratieve lasten die verbonden waren aan de wetgeving van het beleidsveld Sociaal-Cultureel Werk voor Jeugd en Volwassenen. Deze voorbeelden en de geaggregeerde resultaten in tabel 1 geven aan dat administratieve lasten in Vlaanderen een groot probleem vormen.⁴

¹ Backx P. (2008), Een kafkatest in de medicomut, *Artsenkrant*, 1943: 2

² Bunnens R. (2007), De papierberg, *Artsenkrant*, 1870: 22

³ Bex P.M.H.H., van den Hurk J.J.F.M., & Sterrenburg J.P. (2008), Meting lasten huisartsen, *Onderzoek naar de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen*, Nieuwegein: 4

⁴ Bourgeois G. (2008), Mededeling aan de Vlaamse regering, *Eindrapporten nulmetingen van administratieve lasten van de voortrekkers*, Brussel: 2

Tabel 1: Administratieve lasten Vlaamse beleidsdomeinen in 2007

Beleidsveld Toerisme	€ 1.253.368
Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG)	€ 17.835.004
Beleidsdomein Werk en Sociale Economie (WSE)	€ 25.490.591
Beleidsveld Hoger Onderwijs	€ 4.913.562
Beleidsveld Kunsten en Erfgoed	€ 5.017.291
Beleidsveld Sociaal-Cultureel Werk voor Jeugd en Volwassenen	€ 6.610.651

(Bron: Bourgeois G. (2008), Mededeling aan de Vlaamse regering, Eindrapporten nulmetingen van administratieve lasten van de voortrekkers, Brussel: 2)

Dit probleem is vooral ontstaan in de jaren negentig. Tussen 1997 en 2003 is de omvang van de regelgeving in Vlaanderen immers meer dan verdubbeld. Voor deze toename bestaan twee hoofdoorzaken. Ten eerste kreeg Vlaanderen na elke staats hervorming steeds meer bevoegdheden zoals onderwijs, cultuur en landbouw toegewezen. Vlaanderen zette deze bevoegdheden snel om in wetgeving als teken van die uitgebreide bevoegdheden. Daarnaast zorgden de pogingen van de Europese Unie om een Europese markt te ontwikkelen, voor meer Vlaamse regelgeving. De Vlaamse regering zette de Europese regelgeving namelijk om in Vlaamse en voegde daar zelfs nog elementen aan toe. Er was in Vlaanderen sprake van "regelgevingsinflatie".⁵

Méer Vlaamse regelgeving betekende dat ook de bijhorende informatieverplichtingen die diverse actoren -hetzij burgers, organisaties of overheden- moeten naleven, toenamen. Om aan die informatieverplichtingen te voldoen, moet een actor bepaalde administratieve handelingen uitvoeren.⁶ Het zijn deze handelingen die kosten met zich meebrengen en bijgevolg beslag leggen op de schaarse middelen van de actoren. Het waren voornamelijk de bedrijfsleiders die zich realiseerden dat de toenemende informatieverplichtingen eigenlijk een verborgen kost veroorzaakten. Mede dankzij deze bedrijfsleiders werd de politieke wereld zich bewust van de hoge administratieve lasten en dokterde allerlei maatregelen om de wetgeving te vereenvoudigen, uit. Zo werden bestaande wetten geschrapt, werd meer gebruik gemaakt van ICT toepassingen enz.⁷

Voor het geschetste probleem betreffende de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen zijn eveneens maatregelen genomen. In 2004 bijvoorbeeld werd de

⁵ Cordova-Novion C., & Jacobs S. (2004), Regulatory management and administrative simplification in Belgium and Flanders, Washington: 28-29

⁶ Kenniscel Wetsmatiging (2006), Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten, Brussel: 15

⁷ Marneffe W. (2006), Economische analyse van het effect van de compensatieregule op de administratieve lasten, Hasselt: 9

procedure voor de terugbetaling van cholesterolverlagende geneesmiddelen (statines) aanzienlijk vereenvoudigd. Vroeger vereiste die terugbetaling het akkoord van een adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Deze arts moest controleren of de patiënt al dan niet aan de voorwaarden om recht te hebben op de terugbetaling voldeed. Die zogenaamde controle "a priori" werd afgeschaft.⁸ Een tweede voorbeeld betreft het eHealth-platform. Deze openbare instelling waarborgt een veilige elektronische informatie-uitwisseling tussen alle betrokken partijen (artsen, ziekenhuizen, apothekers enz.) in de gezondheidszorg. Op de portaalsite van het eHealth-platform kunnen huisartsen onder andere nagaan of een patiënt al dan niet een wilsverklaring inzake euthanasie heeft laten registeren bij een gemeente.⁹ Voorheen werden zulke wilsverklaringen enkel in papieren vorm opgeslagen bij de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en hadden huisartsen niet onmiddellijk toegang tot die informatie.¹⁰ Deze twee voorbeelden tonen aan dat bepaalde administratieve procedures die huisartsen moeten volgen, reeds vereenvoudigd werden.

Om nog meer en vooral gericht te vereenvoudigen moet er in eerste instantie een meting van de administratieve lasten en een grondige analyse van de resultaten van die meting gebeuren. Het is met andere woorden noodzakelijk om eerst de omvang en de oorzaken voor de hoge administratieve lasten van huisartsen te achterhalen, vooraleer verdere administratieve vereenvoudiging kan plaatsvinden.

⁸ Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (2007), *Het Kafka-boek, Vier jaar strijd tegen bureaucratie*, Brussel: 14

⁹ <https://www.behealth.be/behealth/goTo.do?sva.action&service=euthanasie>

¹⁰ http://www.ksz.fgov.be/newsletter/CBSSnewsletter_70_NL_content.html

Hoofdstuk 1: Methodologische aspecten

1.1 Probleemstelling

De inleiding van dit werk gaf reeds aan dat een onderzoek naar de omvang en de bronnen van administratieve lasten essentieel is met het oog op verdere administratieve vereenvoudiging. Vandaar dat het doel van deze eindverhandeling is het beschreven probleem te doorgronden door het uitvoeren van een eerste administratieve lastenmeting bij huisartsen in Vlaanderen.

De centrale onderzoeksvraag luidt daarom:

- Wat is de omvang van de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen?

Uit deze onderzoeksvraag vloeien logischerwijze volgende deelvragen voort:

- Wat zijn administratieve lasten?
- Hoe ziet het huisartsenlandschap in Vlaanderen eruit?
- Welke informatieverplichtingen veroorzaken de hoogste administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen?
- Welke component (prijs- of volumecomponent) zorgt voor de hoge administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen?
- Welke vereenvoudigingsingrepen kunnen er op lange en op korte termijn gebeuren?
- Hoeveel extra zorguren worden beschikbaar indien de administratieve lasten met vijftig procent afnemen? Hoeveel extra patiënten kan een huisarts in dit geval behandelen?

Het is in de eerste plaats noodzakelijk om een ruim theoretisch kader inzake de begrippen die centraal staan in deze thesis, te scheppen. Daarom zoekt deze thesis eerst een antwoord op de eerste twee deelvragen.

Deelvragen drie en vier peilen naar de oorzaken van de hoge administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen. Aan de hand van deze vragen zal dit werkstuk de resultaten van de administratieve lastenmeting in detail bespreken.

De vijfde deelvraag gaat na welke vereenvoudigingsmaatregelen mogelijk zijn. De laatste deelvraag bekijkt de effecten van een administratieve lastenverlaging.

1.2 Onderzoeksopzet

Deze eindverhandeling is opgebouwd uit twee grote delen. Het eerste, theoretische deel betreft een literatuurstudie. Het tweede gedeelte is praktijkgericht en omvat een case study waarbij de administratieve lasten in een huisartsenpraktijk in Vlaanderen gemeten en geanalyseerd zullen worden. Hierna volgt voor beide delen een verduidelijking van de onderzoeksmethode die zal worden toegepast.

1.2.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie is gericht op het verwerven van informatie over de centrale begrippen van deze thesis. Het is met andere woorden de bedoeling om, aan de hand van de literatuurstudie, een antwoord te zoeken op de eerste twee deelvragen.

Zo biedt hoofdstuk 2 een antwoord op de eerste deelvraag: "Wat zijn administratieve lasten?" In dit hoofdstuk is het de bedoeling de onderzoekseenheden uitvoerig te beschrijven.

Het derde hoofdstuk is gericht op het beantwoorden van de tweede deelvraag: "Hoe ziet het huisartsenlandschap in Vlaanderen eruit?" Dit hoofdstuk stelt dus de waarnemingseenheden van het onderzoek voor.

Bij het uitvoeren van de literatuurstudie zullen verschillende bronnen geraadpleegd worden. Een eerste soort van bronnen zijn de primaire bronnen. Binnen deze categorie zal dit werkstuk op zoek gaan naar onderzoeksrapporten, wetenschappelijke artikels en eventueel andere eindwerken. Daarnaast zullen ook secundaire bronnen, die bestaan uit wetenschappelijke tijdschriften, boeken, kranten, en overheidspublicaties bijdragen tot het literatuuronderzoek. Een laatste soort van bronnen zijn tertiaire bronnen zoals literatuurlijsten van gevonden werkstukken en online databanken.

Zoals eerder werd gezegd dateert het probleem van de administratieve lasten van de jaren negentig. Ik veronderstel dan ook dat gedurende deze periode veel artikels over deze problematiek gepubliceerd werden. Vandaar dat deze thesis naar bronnen vanaf de jaren negentig zal zoeken. Wat de kadering van het Vlaamse huisartsenlandschap betreft, gaat deze thesis uitsluitend op zoek naar de meest recente informatie omtrent dit onderwerp.

Aangezien dit werkstuk handelt over administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen, zal het zich voornamelijk concentreren op Vlaamse bronnen. Daarnaast zullen ook

Nederlandse bronnen nuttig zijn bij het verduidelijken van het begrip "administratieve lasten". Nederland is namelijk één van de pioniers in deze materie.

1.2.2 Case study

Na het schetsen van een ruim theoretisch kader van de begrippen die centraal staan in deze thesis, gaat hoofdstuk 4 over tot het praktijkgerichte gedeelte, dat bestaat uit een case study. Deze gevalstudie heeft tot doel het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag en de laatste vier deelvragen aan de hand van een administratieve lastenmeting in een huisartsenpraktijk.

Er bestaan verschillende methoden om dergelijke meting uit te voeren. Een bespreking van deze methoden volgt in hoofdstuk 2 van dit werkstuk. Het meest geschikte instrument voor het meten van de administratieve lasten van de huisartsenpraktijk is het standaardkostenmodel. Dit model is de standaard in Vlaanderen, België en weldra waarschijnlijk in Europa. De twee toepassingsmogelijkheden van het standaardkostenmodel zijn de quick scan en de full scan. De full scan geeft een grondige en gevalideerde raming van de administratieve lasten. De quick scan levert daarentegen een indicatieve schatting van die lasten.¹¹ Gelet op het doel van dit onderzoek, is de full scan het meest aangewezen. Deze toepassing levert immers de meest nauwkeurige meetresultaten op.

Deze full scan zal worden uitgevoerd aan de hand van het stappenplan dat de Kenniscel Wetsmatiging heeft opgesteld en dat is weergegeven in tabel 2. Dat stappenplan is afgestemd op het standaardkostenmodel -dat oorspronkelijk in Nederland ontwikkeld werd en aangepast aan de Vlaamse context-. De Kenniscel Wetsmatiging merkt op dat het stappenplan geen bijbel is waarvan onderzoekers niet mogen afwijken. Elke administratieve lastenmeting vergt maatwerk, daarom zal dit werkstuk enkele aanpassing aan het stappenplan moeten maken.¹²

¹¹ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 25

¹² Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 30

Tabel 2: Stappenplan full scan

Stap 1	Afbakening van het regelgevingsdomein
Stap 2	Inventarisatie informatieverplichtingen
Stap 3	Draagvlakoverleg
Stap 4	Verzameling tijd- en tariefparameters
Stap 5	Verzameling frequentieparameters
Stap 6	Analyse en normering van de parameters
Stap 7	Deskundigenoverleg
Stap 8	Berekening van de administratieve lasten
Stap 9	Rapportage

(Bron: Kenniscel Wetsmatiging (2006), Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten, Brussel: 30)

Deze thesis voegt stappen één en twee van het stappenplan samen. Bij deze twee stappen wordt de relevante regelgeving alsook de lagere regelgeving zoals Koninklijke besluiten en omzendbrieven, opgelijst. Vervolgens worden alle informatieverplichtingen uit die regelgeving vastgesteld. Dit werkstuk maakt hierbij een aanpassing en kiest voor de zogenaamde "bottom-up approach". Dit betekent dat de huisartsen eerst de informatieverplichtingen zullen identificeren waarna ikzelf de bijhorende wetgeving zal opzoeken. In deze fase verdienen ook informatieverplichtingen waarbij sprake is van samenloop met het kernproces of met andere wetten of decreten, bijzondere aandacht.

Tijdens het draagvlakoverleg (stap drie) zullen minimaal twee externe huisartsen gecontacteerd worden. Deze artsen zullen de lijst met gevonden regelgeving en informatieverplichtingen beoordelen en eventueel aanvullen. Het is de bedoeling dat er na afloop van dit overleg een lijst met goedgekeurde informatieverplichtingen en regelgeving beschikbaar is.

In stap vier zal dit werkstuk per informatieverplichting een voorlopig werkproces opstellen. Dit werkproces bestaat uit een opsomming van de administratieve handelingen die een huisarts achtereenvolgens moet uitvoeren om de informatieverplichting na te leven. Vervolgens zal deze thesis per administratieve handeling, de parameters voor de benodigde tijd, het uurtarief en, indien van toepassing, de externe kosten, bij de vijf huisartsen verzamelen. Daarnaast zullen de huisartsen een inschatting geven van de out-of-pocketkosten.

In de volgende stap zal, per informatieverplichting, bij de betrokken administratie worden nagaan hoeveel actoren volgens de wet aan die informatieverplichting moeten voldoen. Indien de administratie niet beschikt over zulke informatie, zal deze thesis het aantal actoren schatten aan de hand van betrouwbare alternatieve bronnen. Daarna zal de periodiciteit van elke informatieverplichting in de wet worden opgezocht.

Bij stap zes zal deze thesis de resultaten voor de parameters "tijd", "uurtarief" en, indien van toepassing, "externe kosten" analyseren. Uitschieters zullen hierbij bijzondere aandacht krijgen. Vervolgens zal dit werkstuk, per administratieve handeling, het rekenkundig gemiddelde van deze parameters berekenen. Die berekende waarden zijn de zogenaamde "voorlopige normen".

Tijdens het deskundigenoverleg (stap 7) zullen de voorlopig genormeerde parameters nogmaals worden voorgelegd aan de bevroagde huisartsen. Daarna zullen minimaal twee externe huisartsen de voorlopig genormeerde parameters beoordelen. Deze artsen kunnen wijzigingen in de parameters aanbrengen. Aan het eind van dit overleg zullen voor elke informatieverplichting en de administratieve handelingen de genormeerde tijden, tarieven en externe kosten vaststaan. Er zal tevens een akkoord bestaan over de out-of-pocketkosten.

Vervolgens zal deze thesis de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen in een doorsnee kalenderjaar, uitgedrukt in euro, berekenen.

Ter afronding van de full scan zal er aan de hand van de laatste vier deelvragen een grondige analyse van de resultaten van de administratieve lastenmeting plaatsvinden.

Hoofdstuk 2: Administratieve lasten

In dit hoofdstuk komen volgende onderdelen aan bod:

- situering en definitie van het begrip administratieve lasten
- soorten administratieve lasten
- bronnen van administratieve lasten
- meetinstrumenten
- administratieve vereenvoudiging

2.1 Situering en definitie van het begrip administratieve lasten

Een veilige arbeidsomgeving voor werknemers, duidelijke productinformatie voor consumenten en een schoner milieu zijn enkele voorbeelden van publieke doelen die de wetgever nastreeft. Om die publieke doelen te realiseren, stelt de wetgever wet- en regelgeving op. Via deze wet- en regelgeving legt de overheid verplichtingen op aan actoren.¹³

Doorgaans gaat het bij de term "overheid" om de bevoegde minister en de betrokken administratie. Soms treden ook instellingen, zoals milieu-instellingen of SABAM, in de plaats van de overheid.¹⁴

De actoren zijn de doelgroepen die aan de verplichtingen moeten voldoen. Meestal gaat het om bedrijven, burgers of instellingen, maar ook overheden zijn soms actoren. Indien de Vlaamse overheid bijvoorbeeld verplichtingen oplegt aan Vlaamse steden en gemeenten, fungeren die steden en gemeenten als actoren.¹⁵

Binnen de verplichtingen die de overheid oplegt, zijn twee categorieën te onderscheiden. Een eerste soort van verplichtingen zijn de zogenaamde inhoudelijke verplichtingen. Deze verplichtingen dragen rechtstreeks bij tot de realisatie van het publiek doel dat de overheid voor ogen heeft. De wetgever concretiseert het leveren van kwaliteitsvol onderwijs als publiek doel bijvoorbeeld in de inhoudelijke verplichting om les te geven. Door het opleggen van die inhoudelijke verplichtingen hoopt de wetgever dat actoren hun eigen gedrag of de toestand waarin producten of diensten verkeren, aanpassen. De

¹³ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Metten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 15

¹⁴ Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (2008), *Het Kafka-meetmodel, Praktische handleiding voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 10

¹⁵ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Metten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 16

kosten die actoren dragen om aan inhoudelijke verplichtingen te voldoen, vormen echter geen administratieve lasten.¹⁶

Naast inhoudelijke verplichtingen legt de overheid informatieverplichtingen op aan actoren. Deze verplichtingen hebben betrekking op het informeren van de overheid of een derde over de naleving van de inhoudelijke verplichtingen. In tegenstelling tot de inhoudelijke verplichtingen beogen informatieverplichtingen geen aanpassing van het gedrag van de actoren of de toestand van producten of diensten. Informatieverplichtingen dragen met andere woorden niet bij tot de realisatie van het publiek doel. De verplichting om lesvoorbereidingen ter beschikking te houden voor de inspectie vormt dergelijke informatieverplichting. Deze handeling draagt op zich niet bij tot de realisatie van het publiek doel, met name het leveren van kwaliteitsvol onderwijs. De handeling maakt het voor de overheid wel mogelijk om de naleving van de inhoudelijke verplichtingen te controleren. De kosten die informatieverplichtingen met zich meebrengen, leiden tot administratieve lasten.¹⁷

De Kenniscel Wetsmatiging vat het bovenstaande samen als volgt:

*"Administratieve lasten zijn de kosten van de administratieve handelingen die actoren moeten uitvoeren voor de naleving van wettelijke informatieverplichtingen aan de overheid, ongeacht of zij die handelingen ook zonder wettelijke verplichting zouden uitvoeren. Die kosten zijn additioneel ten opzichte van de kosten om de administratie van hun kernproces op orde te hebben en gaan uit van een efficiënte naleving van de informatieverplichtingen door de actoren."*¹⁸

Bij de formulering van deze definitie heeft de Kenniscel vier principes gehanteerd. Ten eerste neemt de definitie van administratieve lasten de wet- en regelgeving als uitgangspunt. Concreet betekent dit dat van zodra er een specifieke wettelijke informatieverplichting geldt, een administratieve last ontstaat. Het feit of de actor een bepaalde administratieve handeling al dan niet zinvol acht, vormt geen criterium voor het bepalen of er sprake is van administratieve lasten.¹⁹ Nochtans bestaan er administratieve handelingen die actoren ook zouden uitvoeren indien er geen wettelijke

¹⁶ Kenniscel Wetsmatiging (2006), Meten om te weten, *Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 16-17

¹⁷ Kenniscel Wetsmatiging (2006), Meten om te weten, *Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 17

¹⁸ Kenniscel Wetsmatiging (2006), Meten om te weten, *Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 20

¹⁹ Kenniscel Wetsmatiging (2006), Meten om te weten, *Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 19

verplichting tot zou bestaan. Een voorbeeld hiervan is het archiveren van medische gegevens van patiënten door huisartsen. Huisartsen zouden de medische gegevens van patiënten ook archiveren indien deze handeling niet wettelijk verplicht zou zijn, simpelweg omdat ze het archiveren van die gegevens zinvol vinden.²⁰

Ten tweede houdt de definitie geen rekening met het moment waarop vrijwilligheid overgaat in een verplichting. Het aanvragen van subsidies bijvoorbeeld is vrijwillig, maar van zodra actoren een subsidie aanvragen, zullen bepaalde informatieverplichtingen gelden en bijgevolg ontstaan administratieve lasten.²¹

Een derde veronderstelling betreft het feit dat niet alle administratieve handelingen aanleiding geven tot administratieve lasten. Enkel handelingen die additioneel zijn ten opzichte van de administratie van het kernproces van de actor kunnen resulteren in administratieve lasten. Het kernproces zijn de taken en werkzaamheden die tot de kern van de activiteiten van de actor behoren. Elke actor die zijn kernproces behoorlijk wil uitvoeren, zal hier een administratie van bijhouden. Een voorbeeld van dergelijke administratie is de "boekhouding" van onder andere in- en uitgaande goederenstromen en facturen die bedrijven bijhouden. De kosten van die administratie vormen volgens de definitie van de Kenniscel dus geen administratieve lasten.²²

Ten vierde gaat de definitie ervan uit dat de actoren de informatieverplichtingen op een efficiënte wijze uitvoeren. Indien de definitie rekening zou houden met een inefficiënte praktijk, zou de actor een invloed hebben op de omvang van de administratieve lasten, wat volgens de Kenniscel niet wenselijk is.²³

De Kenniscel maakt nog enkele opmerkingen met betrekking tot het begrip administratieve lasten. Zo drukt de Kenniscel onder meer op het verschil tussen administratieve lasten en beheerskosten. Deze laatste soort van kosten, ook wel uitvoeringskosten genoemd, houden verband met het ontvangen, verwerken en controleren van de informatie van de actoren. Beheerskosten zijn dus kosten die de overheid of de instellingen die in de plaats van de overheid optreden, draagt.

²⁰ Bex P.M.H.H, van den Hurk J.J.F.M., & Sterrenburg J.P. (2008), *Meting lasten huisartsen, Onderzoek naar de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen*, Nieuwegein: 10

²¹ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Metten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 20

²² Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Metten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 20

²³ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Metten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 20

Administratieve lasten of informatienalevingskosten worden daarentegen gedragen door de actoren op wie de informatieverplichtingen rusten.²⁴

Een tweede opmerking betreft het feit dat de definitie enkel de kosten die gepaard gaan met informatieverplichtingen tussen de betrokken actoren en de overheid in rekening brengt. Nochtans kan een wet- of regelgeving ook aanleiding geven tot informatieverplichtingen tussen actoren en derden. In dat geval moeten de actoren geen informatie overmaken aan de overheid, maar wel aan derden zoals burgers of consumenten. Een voorbeeld van een informatieverplichting aan derden is het informeren van werknemers over de arbeidsveiligheid.²⁵ Hoewel de bovenstaande definitie enkel melding maakt van informatieverplichtingen tussen de actoren en de overheid, adviseert de Kenniscel ook de informatieverplichtingen van actoren ten opzichte van derden op te nemen bij een administratieve lastenmeting.²⁶

Ter afsluiting wijst dit onderdeel nog op de termen "papierberg" en "rompslomp". Wanneer mensen deze woorden in de mond nemen, doelen ze op verplichte administratieve handelingen die door anderen zijn opgelegd en als nodeloos tijdsrovend, veel werk eisend of niet zinvol worden ervaren. De termen "papierberg" en "rompslomp" vormen dus een zinspeling op het formele begrip administratieve lasten.²⁷

²⁴ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Metten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 27

²⁵ Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (2008), *Het Kafka-meetmodel, Praktische handleiding voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 10

²⁶ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Metten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 22

²⁷ VWS-commissie administratieve lasten in de zorg (2006), *Een kwestie van vertrouwen, Over transparantie en verantwoord in de zorg en het terugdringen van administratieve lasten*, Den Haag: 13

2.2 Soorten administratieve lasten

Er bestaan drie soorten van administratieve lasten: de eenmalige, de structurele en de tijdelijke. Eenmalige administratieve lasten ontstaan indien een bestaande wet wijzigt of de wetgever nieuwe wetgeving introduceert. Een voorbeeld van dergelijke administratieve last is de tijd die huisartsen besteden aan het lezen van een nieuwe omzendbrief van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).²⁸

Structurele of wekerende administratieve lasten zijn de periodiek terugkerende kosten die gepaard gaan met het naleven van informatieverplichtingen. Zo vormt het opstellen van een verplicht jaarrapport een informatieverplichting die aanleiding geeft tot een structurele administratieve last. Ook de tijd die ondernemingen besteden aan het invullen van een aanvraagformulier voor een milieuvergunning veroorzaakt een structurele administratieve last. Voor de onderneming zelf is die last weliswaar eenmalig, toch vormt het voor de economie in haar geheel een structurele administratieve last. Elk jaar opnieuw zullen tal van ondernemingen immers dergelijke aanvragen indienen.²⁹

Tijdelijke administratieve lasten zijn de bijkomende kosten die actoren dragen gedurende de periode vlak na de introductie van een nieuwe wet of vlak na de verandering van een bestaande wet. Leereffecten zorgen ervoor dat deze tijdelijke kosten na verloop van tijd verdwijnen.³⁰

²⁸ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 21

²⁹ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 21

³⁰ Steurs G., Van Der Beken W., Nijsen A., Regter G., Neerscholten B., & Jansen M. (2003), *Meetmethode Administratieve Lasten, Eindrapport*, Brussel: 4

2.3 Bronnen van administratieve lasten

Administratieve lasten vloeien voort uit wet- en regelgeving. Vanuit het Belgisch perspectief gezien bestaan er vier bronnen van administratieve lasten: Europese, Belgische, Vlaamse en lokale wet- en regelgeving.

Er zijn momenteel geen resultaten over de omvang van elk van deze bronnen in België of in Vlaanderen beschikbaar. Toch hebben onderzoekers reeds op verschillende niveaus administratieve lasten gemeten. Het merendeel van die uitgevoerde administratieve lastenmetingen bestaat uit het meten van administratieve lasten die verbonden zijn aan een bepaald domein van regelgeving -bijvoorbeeld van het beleidsdomein Werk en Sociale Economie- of het meten van administratieve lasten verbonden aan regelgeving die van toepassing is op specifieke doelgroepen zoals landbouwers.

Dit onderdeel schetst hierna kort een aantal Vlaamse, federale, gewestelijke en gemeentelijke regelgevingen als bronnen van administratieve lasten.

2.3.1 Vlaamse regelgeving

In maart 2007 besliste de Europese Raad om tegen 2012 alle administratieve lasten die verbonden zijn aan de Europese regelgeving met vijftwintig procent te verminderen. Europa riep ook haar lidstaten op om hun eigen administratieve lasten te meten en initiatieven te nemen om die lasten te verminderen.

De Vlaamse regering komt aan die wens van Europa tegemoet. Tegen 2012 wil de Vlaamse regering namelijk de administratieve lasten die verbonden zijn aan alle Vlaamse regelgeving laten afnemen. Om te kunnen nagaan of die lasten verminderd zijn, moet er een eerste meting van de administratieve lasten plaatsvinden. Vandaar dat de Vlaamse regering in juni 2007 besliste om de administratieve lasten, die verbonden zijn aan de Vlaamse regelgeving, te meten. Zes Vlaamse beleidsdomeinen kregen een voortrekkersrol en voerden in de periode september 2007-april 2008 een meting uit van de administratieve lasten die voortvloeien uit hun eigen regelgeving. Enkele resultaten van die metingen staan beschreven in de inleiding van deze thesis en in tabel 1.³¹

2.3.2 Federale, gewestelijke en gemeentelijke regelgeving

Het Federaal Planbureau neemt op regelmatige basis -tweejaarlijks- enquêtes af om de evolutie van de administratieve lasten die wegen op ondernemingen en zelfstandigen in

³¹ Bourgeois G. (2008), Mededeling aan de Vlaamse regering, *Eindrapporten nulmetingen van administratieve lasten van de voortrekkers*, Brussel: 1

België na te gaan. De resultaten van de meest recent uitgevoerde survey geven een raming van de administratieve lasten veroorzaakt door wet- en regelgeving inzake tewerkstelling, fiscaliteit en milieu in 2006. Het Planbureau schatte de administratieve lasten van ondernemingen in België op 6,46 miljard euro of 2,05% van het BBP.

Tabel 3 toont aan dat de fiscale regelgeving de belangrijkste bron van administratieve lasten van ondernemingen in België was. De fiscale regelgeving was namelijk verantwoordelijk voor meer dan de helft van de administratieve lasten. Dat resultaat is toe te schrijven aan het feit dat fiscale regelgeving voor kleine en middelgrote ondernemingen -de ondernemingsvorm die België typeert- de belangrijkste bron van administratieve lasten vormde. Bij grote ondernemingen vormde de regelgeving inzake tewerkstelling de grootste bron van administratieve lasten.³²

Tabel 3: Verdeling van de administratieve lasten per regelgeving voor ondernemingen in België (2006)

Soort regelgeving	In % van de totale administratieve lasten
Tewerkstelling	29,1
Fiscaliteit	63,7
Milieu	7,2

(Bron: Federaal Planbureau (2007), De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, Eindrapport, Brussel: 11)

Het rapport van het Federaal Planbureau gaat dieper in op de administratieve lasten die voortvloeien uit milieuwetgeving. Tabel 4 vermeldt de tijd die het uitvoeren van administratieve handelingen om te voldoen aan informatieverplichtingen die de milieuwetgever in 2006 oplegde, in beslag nam. Zo blijkt onder meer dat ondernemingen de meeste tijd besteedden aan het naleven van de terugkerende informatieverplichtingen die de gewestelijke en gemeentelijke overheden opleggen. Daartegenover staat dat vierentachtig procent van de ondernemingen niet meer dan tien procent van de totale tijd spendeerden aan het uitvoeren van administratieve handelingen om te voldoen aan de informatieverplichtingen uit de federale milieuwetgeving.³³

³² Federaal Planbureau (2007), De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, *Eindrapport*, Brussel: 10-11

³³ Federaal Planbureau (2007), De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, *Eindrapport*, Brussel: 13

Tabel 4: Verdeling van de tijd die werd besteed aan het uitvoeren van administratieve handelingen om te voldoen aan de informatieverplichtingen die de milieuwetgeving oplegde, in % van de verkregen antwoorden bij ondernemingen in België (2006)

Tijdsbesteding in %	0%	1-10%	11-30%	31-50%	51-70%	71-100%
Federale verplichtingen	42	42	9	5	0	3
Occasionele gewestelijke en gemeentelijke verplichtingen	2	29	31	31	6	2
Terugkerende gewestelijke en gemeentelijke verplichtingen	2	0	8	22	31	38

(Bron: Federaal Planbureau (2007), *De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, Eindrapport*, Brussel: 13)

Naast een schatting van de administratieve lasten voor ondernemingen, geeft het rapport van het Planbureau een raming van de administratieve lasten van de zelfstandigen in België. Voor deze zelfstandigen bedroegen de geschatte administratieve lasten 1,23 miljard euro, wat overeenkomt met 0,39% van het BBP. Tabel 5 toont aan dat, net zoals bij de ondernemingen in België, de fiscale regelgeving de belangrijkste bron van administratieve lasten vormde bij de zelfstandigen in België.³⁴

Tabel 5: Verdeling van de administratieve lasten per regelgeving voor zelfstandigen in België (2006)

Soort regelgeving	In % van de totale administratieve lasten
Fiscaliteit	84
Milieu	16

(Bron: Federaal Planbureau (2007), *De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, Eindrapport*, Brussel: 31)

³⁴ Federaal Planbureau (2007), *De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, Eindrapport*, Brussel: 30

2.4 Meetinstrumenten

Dit onderdeel geeft eerst een aantal redenen voor het uitvoeren van een administratieve lastenmeting. Verder bespreekt dit onderdeel twee meetinstrumenten.

2.4.1 Waarom meten?

Een eerste reden voor het uitvoeren van een administratieve lastenmeting is dat dergelijke meting informatie over de omvang en de oorzaken van de administratieve lasten oplevert. Deze informatie is van cruciaal belang bij het uitwerken of aanpassen van een vereenvoudigingsbeleid.

Daarnaast vormt de noodzaak tot het controleren of de omvang van de administratieve lasten verminderd is, een aanleiding om een administratieve lastenmeting uit te voeren. De inleiding bij deze thesis haalde reeds aan dat administratieve lasten een probleem vormen en dat de politieke wereld een vermindering van die lasten nastreeft. Om te bepalen of de omvang van de administratieve lasten verminderd is, moeten deze lasten uiteraard gekwantificeerd worden aan de hand van een meting.³⁵

Een derde reden betreft de wettelijke verplichting tot het kwantificeren van administratieve lasten. Die verplichting geldt onder meer in het kader van de compensatiemaatregel. Deze regel bepaalt namelijk dat elke verhoging van de administratieve lasten, wegens een beslissing van de regering, moet samengaan met een minstens even grote daling van de bestaande administratieve lasten. Ook in het kader van de opmaak van een reguleringssimpactanalyse (RIA) moeten administratieve lasten gekwantificeerd worden. Een RIA bekijkt immers de effecten van een beleidsmaatregel, bijvoorbeeld de administratieve lasten die een voorgenomen regelgeving met zich meebrengt.³⁶

Tot slot blijkt het meten van administratieve lasten een nuttig instrument binnen elke fase van een vereenvoudigingsbeleid. In de zogenaamde "bewustwordingsfase" laat een objectieve meting van de administratieve lasten de beleidsmakers inzien dat een vermindering van de administratieve lasten noodzakelijk is. Bij de fase van de beleidsvoorbereiding laat het meten van de administratieve lasten van voorgenomen regelgeving toe de informatieverplichtingen, en bijgevolg de administratieve lasten, zo

³⁵ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 12

³⁶ Dienst Wetsmatiging (2007), *Eenvoud binnen handbereik, Ondersteuning voor Vlaamse ambtenaren op het vlak van reguleringsmanagement*, Brussel: 18, 25

beperkt mogelijk te houden. Een administratieve lastenmeting kan tevens bijdragen tot het kiezen van beleidsalternatieven die minder administratieve lasten veroorzaken. In de fase van de beleidsuitvoering maakt een meting van de administratieve lasten het mogelijk om ideeën op te doen voor de vermindering van die lasten die voortvloeien uit bestaande wet- en regelgeving. Bovendien draagt een regelmatige meting van de administratieve lasten bij tot de evaluatie van het gevoerde beleid. Een administratieve lastenmeting laat namelijk toe na te gaan of de vooropgestelde doelstellingen inzake administratieve lastenvermindering gerealiseerd werden. Eventueel kunnen de beleidsmakers, op basis van de meetgegevens, hun beleid aanpassen.³⁷

2.4.2 Hoe meten?

Om de administratieve lasten die verbonden zijn aan de wet- en regelgeving te meten, bestaan er verschillende methoden. Dit onderdeel bespreekt de meest belangrijke methoden, met name: het standaardkostenmodel en de survey.

Het standaardkostenmodel

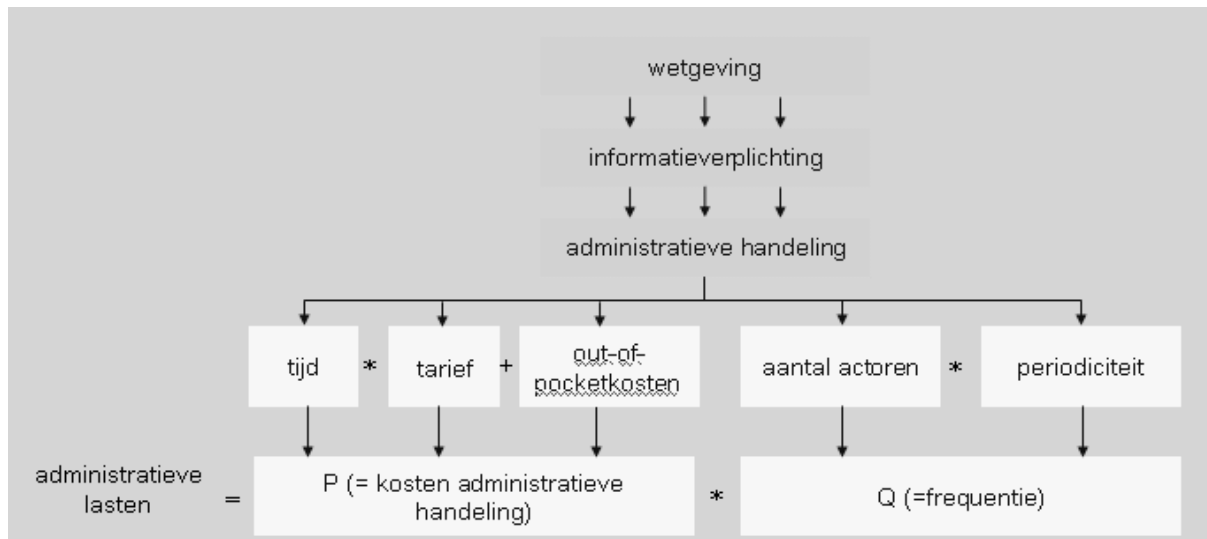
Het standaardkostenmodel is oorspronkelijk ontwikkeld in Nederland. Vandaag de dag hanteren steeds meer Europese landen deze meetmethode.³⁸

Ook in Vlaanderen wordt deze meetmethode toegepast. De Kenniscel Wetsmatiging stemde het standaardkostenmodel namelijk af op de Vlaamse context en ontwikkelde een stappenplan voor het meten van administratieve lasten. Tabel 2 uit hoofdstuk 1 van deze eindverhandeling bevat de negen stappen van dat plan.

³⁷ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Metten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 12-13

³⁸ Standard Cost Model Network (2005), *International Standard Cost Model Manual, Measuring and reducing administrative burdens for businesses*: 8

Figuur 1: Samenstellende delen van de administratieve lasten



(Bron: Kenniscel Wetsmatiging (2006), Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten, Brussel: 24)

De laatste stap van dat stappenplan omvat de berekening van de administratieve lasten. Administratieve lasten worden berekend als de kosten van de informatieverplichtingen die een wet oplegt, uitgedrukt in euro. Figuur 1 toont de samenstellende delen van de administratieve lasten.

Een wet bevat één of meerdere informatieverplichtingen. Om aan een bepaalde informatieverplichting te voldoen, moet de actor administratieve handelingen uitvoeren. Het uitvoeren van die handelingen neemt een zekere tijd in beslag en brengt bijgevolg kosten voor de actor met zich mee. Indien de actor een bedrijf is, moet dat bedrijf bijvoorbeeld een loon betalen aan de werknemer die de administratieve handelingen uitvoert. Het product van de benodigde tijd en het uurtarief van de persoon die de handelingen uitvoert, vormt de zogenaamde tijdsbestedingskost.

Naast de tijdsbestedingskost draagt een betrokken actor ook out-of-pocketkosten. Deze kosten zijn de feitelijke uitgaven die gepaard gaan met het naleven van informatieverplichtingen. Een voorbeeld van dergelijke kost is de verplaatsingskost naar het gemeentehuis. Samen met de tijdsbestedingskost vormen de out-of-pocketkosten de prijscomponent P.

Een andere belangrijke component is de hoeveelheidscomponent Q. Deze component is het product van het aantal actoren en de periodiciteit -het aantal keren per jaar dat de actor een bepaalde administratieve handeling moet uitvoeren-. De administratieve last

die verbonden is aan het uitvoeren van een bepaalde administratieve handeling is het product van P en Q, uitgedrukt in euro en op jaarbasis.

Het totaal van alle administratieve lasten van de verschillende administratieve handelingen die eenzelfde informatieverplichting vereist, vormt de administratieve last van die informatieverplichting. De administratieve lasten van een wet bestaan uit de som van de administratieve lasten van alle informatieverplichtingen die de wet bevat.³⁹

Het standaardkostenmodel kent verschillende toepassingsmogelijkheden. Ten eerste is het mogelijk om een quick scan of een full scan uit te voeren. Een full scan berekent de administratieve lasten zeer nauwkeurig, meer bepaald tot op het niveau van de administratieve handelingen. Bij een full scan is daarom nood aan gedetailleerde informatie. Om die informatie te verkrijgen, moeten onderzoekers veel veldwerk verrichten. Zij moeten bijvoorbeeld tijd-, tarief- en frequentieparameters verzamelen en gesprekken voeren met deskundigen die op hun beurt de parameters valideren. Een quick scan geeft daarentegen slechts een indicatieve schatting van de administratieve lasten. Vandaar dat bij het uitvoeren van het stappenplan in geval van een quick scan een aantal stappen wegvallen of bepaalde stappen minder omvangrijk zijn. De resultaten die de quick scan oplevert, zijn bijgevolg minder nauwkeurig dan bij de full scan. De quick scan vergt bovendien eerder deskresearch waarbij de onderzoeker soms zelf inschattingen maakt van bijvoorbeeld de parameter tijd.

De quick scan en de full scan zijn twee uitersten waartussen vele variaties mogelijk zijn, vooral wat betreft de omvang van het veldwerk om de parameters te verzamelen. De keuze tussen beide toepassingsmogelijkheden is vooral afhankelijk van de doelstelling van de meting. Indien de meting het selecteren van wetten of decreten die de hoogste administratieve lasten veroorzaken beoogt, is een quick scan het meest aangewezen. Ook voor een meting in het kader van de compensatieregel volstaat het een quick scan uit te voeren. Indien meer nauwkeurige informatie over de administratieve lasten wenselijk is, is het aangewezen om te opteren voor een full scan.⁴⁰

Een ander onderscheid is dat tussen een nulmeting en een eenmeting. De nulmeting heeft betrekking op de situatie vóór een administratieve vereenvoudiging of wetswijziging, de eenmeting op de situatie erna. Het verschil tussen beide metingen

³⁹ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Metten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 24

⁴⁰ Kenniscel Wetsmatiging, (2006), *Metten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 25-26

levert daardoor een schatting van de administratieve lastenverlaging of -verhoging op. Hierbij is het belangrijk na te gaan of de wijziging van de administratieve lasten -volledig of gedeeltelijk- toe te schrijven is aan een bepaald regelgevingsinitiatief, zoals administratieve vereenvoudiging, of aan veranderingen in exogene factoren zoals een gewijzigd uurtarief. ⁴¹

Een derde toepassingsmogelijkheid van het standaardkostenmodel ligt in het berekenen van de beheerskosten. De Kenniscel Wetsmatiging raadt echter aan om beheerskosten en administratieve lasten niet in eenzelfde meting op te nemen. ⁴²

Tot slot is het standaardkostenmodel toepasbaar op zowel bestaande regelgeving als op voorgenomen regelgeving. Het meten van administratieve lasten van bestaande regelgeving geeft inzicht in de verschillende componenten en de omvang van deze lasten. Bijgevolg is een dergelijke meting essentieel voor het uitwerken van een degelijk vereenvoudigingsbeleid. ⁴³ Daarenboven is het meten van administratieve lasten van voorgenomen wetgeving nuttig en soms zelfs, zoals eerder vermeld, verplicht. In het kader van de opmaak van een RIA bijvoorbeeld moeten onderzoekers de administratieve lasten van een voorgenomen regelgeving schatten. ⁴⁴

Een belangrijke opmerking bij het standaardkostenmodel betreft het feit dat dit model enkel de kosten -en dus niet de baten- die wet- en regelgeving met zich meebrengen, bekijkt. De voornaamste redenen die de Kenniscel hiervoor opgeeft zijn:

- het meten van de baten van wet- en regelgeving is veel moeilijker dan het meten van de kosten ervan;
- het vermijden van een politieke discussie over het nut en de noodzaak van bepaalde publieke doelen. ⁴⁵

De survey

De survey vormt een tweede manier om administratieve lasten te meten. Meestal neemt die survey de vorm van een schriftelijke enquête aan. Paragraaf 2.3.2 vermeldde dat

⁴¹ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 26

⁴² Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 27

⁴³ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 27

⁴⁴ Dienst Wetsmatiging (2007), *Eenvoud binnen handbereik, Ondersteuning voor Vlaamse ambtenaren op het vlak van reguleringsmanagement*, Brussel: 24

⁴⁵ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Meten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 28

onder meer het Federaal Planbureau deze methode hanteert. In samenwerking met de Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (DAV) neemt het Planbureau tweejaarlijks enquêtes af bij een representatief staal van ondernemingen en zelfstandigen in België. Op basis van deze enquêtes maakt het Planbureau vervolgens een raming van de administratieve lasten die wegen op ondernemingen en zelfstandigen in België.⁴⁶

Voor de ondernemingen omvat de enquête drie categorieën van administratieve lasten, namelijk tewerkstelling, milieu en fiscaliteit. Voor de zelfstandigen zijn enkel de domeinen milieu en fiscaliteit opgenomen.

Per bevroegd regelgevingsdomein stelt het Planbureau één enquête op. Elk van die vragenlijsten bestaat uit drie luiken. Een eerste luik is kwantitatief van aard. Op basis van de antwoorden op deze soort van vragen berekent het Planbureau de totale kosten van de informatieverplichtingen. Een voorbeeld van dergelijke vraag luidt als volgt: "Hoeveel tijd hebben het personeel en de directie van uw onderneming in (jaartal) nodig gehad om te beantwoorden aan de administratieve verplichtingen inzake fiscale regelgevingen?"⁴⁷

Binnen het tweede, kwalitatieve, luik peilt het Planbureau naar de mening en de kennis van de ondernemingen en zelfstandigen over de administratieve lasten. Een voorbeeldvraag binnen dit luik is: "Hoe zijn volgens u de administratieve kosten voor het naleven van de regelgevingen in de volgende domeinen geëvolueerd tijdens de afgelopen twee jaar?"⁴⁸

Ten slotte is er nog een luik dat tracht te achterhalen hoe de ondernemingen en zelfstandigen de vereenvoudiging van bepaalde administratieve procedures ervaren. Zo legt het Federaal Planbureau bijvoorbeeld een aantal vereenvoudigingsmaatregelen en e-governmenttoepassingen voor aan de respondenten. De respondenten moeten aangeven of ze de vereenvoudigingsmaatregelen kennen en of ze er tevreden over zijn.

⁴⁹

Het Planbureau merkt op dat er een aantal nadelen verbonden zijn aan het afnemen van enquêtes om de administratieve lasten te ramen. Een belangrijk nadeel is dat de

⁴⁶ Federaal Planbureau (2007), *De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, Eindrapport*, Brussel:3

⁴⁷ Federaal Planbureau (2007), *De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, Eindrapport*, Brussel:5

⁴⁸ Federaal Planbureau (2007), *De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, Eindrapport*, Brussel:5

⁴⁹ Federaal Planbureau (2007), *De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, Eindrapport*, Brussel:5

verstreckte informatie subjectief is. De enquêtes peilen immers naar de mening van de ondernemers en zelfstandigen over de omvang van de administratieve lasten. Andere nadelen die het Planbureau vermeldt:

- het invullen van de vragenlijst is een bijkomende administratieve last;
- er kan een neiging zijn om de resultaten te overschatten omdat het voor de ondernemingen en zelfstandigen moeilijk is om een onderscheid te maken tussen administratieve lasten die opgelegd worden door de overheid en lasten die voortkomen uit het beheer van de onderneming;
- er kunnen afwijkingen in de resultaten sluipen indien enkel die ondernemingen of zelfstandigen antwoorden die hun administratieve verplichtingen het efficiëntst vervullen of indien ondernemingen of zelfstandigen hun administratieve lasten overschatten om zo de druk op het proces van administratieve vereenvoudiging te vergroten.⁵⁰

⁵⁰ Federaal Planbureau (2007), *De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, Eindrapport*, Brussel:4

2.5 Administratieve vereenvoudiging

Wet- en regelgeving vormen middelen om publieke doelen te bereiken. Regulering heeft in de eerste plaats dus een positieve functie. Toch ervaren bedrijven en burgers wet- en regelgeving vaak als negatief. Dit negatieve karakter ligt in het bestaan van de administratieve lasten die voortvloeien uit wet- en regelgeving. De politieke wereld is zich van dat probleem bewust en plaatst het uitwerken van vereenvoudigingsingrepen dan ook hoog op de politieke agenda.

Volgens de Nederlandse Volksgezondheid-Welzijn-Sport-commissie administratieve lasten in de zorg heeft dat proces van administratieve vereenvoudiging niet tot doel een regellose samenleving te creëren. Administratieve vereenvoudiging is volgens de commissie:

*"Een aanval op "te veel", soms zelfs veel te veel en op de vaak ongecoördineerde stapeling van lasten. Elke regel kan op zichzelf rationeel en logisch ogen, maar alle regels tezamen en van toepassing op één bedrijf (een zorginstelling) kunnen een resultaat opleveren met irrationele en soms absurde trekjes."*⁵¹

De Belgische DAV stelt dat administratieve vereenvoudiging een proces is dat administratieve handelingen die een onderneming of burger moet uitvoeren om te voldoen aan de voorschriften die de overheid oplegt, gemakkelijker en eenvoudiger maakt.⁵²

Kenmerkend voor administratieve vereenvoudiging is onder meer het herbekijken van de regelgeving (reguleringsmanagement), het inzetten van informatie- en communicatietechnologie (e-government) en het efficiënter structureren van procedures (business process re-engineering).⁵³

Momenteel is federaal minister voor Ondernemen en Vereenvoudigen Vincent Van Quickenborne de politieke verantwoordelijke voor administratieve vereenvoudiging. Toch moeten iedere minister en iedere overheidsdienst ervoor zorgen dat voor hun beleidsdomein vereenvoudigingsprojecten worden uitgewerkt. In iedere overheidsdienst is daarom ook een vereenvoudigingsambtenaar actief die projecten initieert.⁵⁴

⁵¹ VWS-commissie administratieve lasten in de zorg (2006), Een kwestie van vertrouwen, *Over transparantie en verantwoord in de zorg en het terugdringen van administratieve lasten*, Den Haag: 13

⁵² <http://www.dav.be/showpage.php?iPageID=224&sLangCode=NL>

⁵³ <http://www.dav.be/showpage.php?iPageID=227&sLangCode=NL>

⁵⁴ <http://www.dav.be/showpage.php?iPageID=227&sLangCode=NL>

Zonder volledig te willen zijn, bespreekt dit onderdeel achtereenvolgens maatregelen die leiden tot administratieve vereenvoudiging, een vereenvoudigingsproject, een aantal officiële instanties die zich bezighouden met administratieve vereenvoudiging en enkele resultaten van administratieve vereenvoudiging binnen België.

2.5.1 Maatregelen die leiden tot administratieve vereenvoudiging

Een eerste vereenvoudigingsmaatregel betreft het afschaffen van een bepaalde administratieve formaliteit. Die afschaffing kan het gevolg zijn van de afschaffing van de volledige wet- of regelgeving of de schrapping van de formaliteit zelf uit de regelgeving. In dat geval moeten de actoren bijvoorbeeld bepaalde attesten niet meer overmaken aan de overheid.

Daarnaast kunnen beleidsmakers beslissen om het aantal actoren die de informatieverplichtingen van een wet moeten naleven, te verlagen. Een voorbeeld hiervan is een informatieverplichting die voorheen alle sectoren moesten vervullen nu enkel door een selectie van sectoren laten vervullen.

Ten derde is het mogelijk de periodiciteit te wijzigen. Een voorbeeld van dergelijke maatregel is het vervangen van een driemaandelijks verplichte rapportering aan de overheid door een jaarlijkse verplichte rapportering.

Een vierde vereenvoudigingsmaatregel bestaat uit het reduceren van de tijd die een administratieve handeling in beslag neemt. Hierbij valt te denken aan de ontwikkeling van internetapplicaties die actoren toelaten gegevens via internet over te maken aan de overheid alsook het opstellen van eenvoudiger formulieren.⁵⁵

2.5.2 Kafka-project

De federale regering pakt de administratieve lasten aan door middel van het project "Kafka". Dit project berust op drie pijlers.

Een eerste pijler is de zogenaamde "Kafka-test" die op 1 oktober 2004 werd ingevoerd. Deze test inventariseert de impact van nieuwe regelgeving op de administratieve lasten waarmee burgers, ondernemingen en non-profit organisaties geconfronteerd worden. De test vormt met andere woorden een hulpmiddel bij de ex-ante wetsevaluatie en heeft tot doel eventuele nieuwe administratieve lasten zo laag mogelijk te houden.⁵⁶

⁵⁵ Van Quickenborne V. (2004), Leidraad voor de Kafka-test, Brussel: 5

⁵⁶ Van Quickenborne V. (2004), Leidraad voor de Kafka-test, Brussel: 4

Bijlage 1 geeft een schematische voorstelling van de Kafka-test. Vraag 3.1 peilt bijvoorbeeld naar de aard van de nieuwe of bijkomende administratieve lasten. Vraag 3.2 helpt de regelschrijver bij het nadenken over eventuele maatregelen die hij kan nemen om de nieuwe of extra administratieve lasten tot een minimum te beperken.

Alle nota's die worden voorgelegd aan de ministerraad van de federale regering zijn onderworpen aan de Kafka-test. Er wordt echter een uitzondering gemaakt voor:

- autoregulering (oprichting van FOD's, parastatalen of rechtspersonen naar publiek recht, delegaties van bevoegdheden binnen een FOD, regelingen inzake personeelsstatuut, regeling van advies- en overlegorganen, bepalingen die betrekking hebben op officiële symbolen van de federale staat, ...);
- regelgeving inzake de begroting;
- regelgeving ter goedkeuring van verdragen en akkoorden;
- regelgeving zonder inhoudelijke impact of met een louter formeel karakter (bekrachtigingswetten, errata, consolidatie, coördinaties, schrapping van verouderde overgangsbepalingen, een benoeming, een bevordering, een sanctie, eretekens, ...).⁵⁷

De tweede pijler van het Kafka-project bestaat uit een meldpunt. Dit meldpunt, toegankelijk via de website <http://www.kafka.be>, is opgericht door de federale overheid samen met de overheden van de gemeenschappen en de gewesten. Zowel bedrijven, zelfstandigen, burgers als verenigingen kunnen hier klachten en opmerkingen over administratieve lasten uiten. Tot 31 maart 2007 ontving het meldpunt 21.025 meldingen. De Kafka-meldingen zorgden voor de afschaffing of vereenvoudiging van meer dan 200 wetten en regels: van de afschaffing van de voetbalkaart over het creëren van de mogelijkheid om een bedrijf op te richten in amper drie dagen tot het vereenvoudigen van de overlijdensprocedure. Sinds mei 2007 beheert de DAV het Kafka-meldpunt.⁵⁸

De laatste pijler van het Kafka-project is het Kafka-meetmodel. Dit model is gebaseerd op het standaardkostenmodel dat in onderdeel 2.4.2 aan bod kwam. Het Kafka-meetmodel maakt het mogelijk om alle vereenvoudigingen precies te becijferen.⁵⁹

⁵⁷ Van Quickenborne V. (2004), Leidraad voor de Kafka-test, Brussel: 5

⁵⁸ Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (2007), Het Kafka-boek, *Vier jaar strijd tegen bureaucratie*, Brussel: 7, 8, 52, 65, 71

⁵⁹ Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (2008), Het Kafka-meetmodel, *Praktische handleiding voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 9

2.5.3 De Dienst Wetsmatiging

De Dienst Wetsmatiging, voorheen Kenniscel Wetsmatiging, staat in voor het verzorgen van het reguleringsmanagement. Concreet betekent dit dat de missie van de Dienst het bevorderen van de kwaliteit van de regelgeving omvat.

Om die missie te bereiken rapporteert en adviseert de Dienst Wetsmatiging onder meer aan de Vlaamse regering en de Vlaamse minister die bevoegd is voor administratieve vereenvoudiging, over vereenvoudigingsprojecten. Daarnaast ontwikkelt de Dienst handleidingen, meetinstrumenten en richtlijnen in verband met administratieve vereenvoudiging. Voorbeelden hiervan zijn de leidraad voor het meten van administratieve lasten en richtlijnen voor de opmaak van een RIA. Verder verzorgt de Dienst Wetsmatiging consultancydiensten voor verschillende beleidsdomeinen zoals vormings- en studiedagen over de opmaak van een RIA en over het meten van administratieve lasten.⁶⁰

2.5.4 De Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging

De federale tegenhanger van de Dienst Wetsmatiging is de DAV.

De belangrijkste opdrachten van deze dienst zijn onder meer het formuleren, stimuleren en coördineren van vereenvoudigingsvoorstellen, het becijferen van de administratieve lasten, het beheren van het Kafka-meldpunt en het organiseren van de samenwerking tussen de federale administraties.⁶¹

2.5.5 Resultaten tweejaarlijkse enquête Federaal Planbureau

Onderdeel 2.4.2 besprak de methodologie van de tweejaarlijkse enquête van het Federaal Planbureau die peilt naar de omvang van de administratieve lasten van bedrijven en zelfstandigen in België. Hier volgen de resultaten van de survey waaruit afgeleid kan worden of de overheid werk heeft gemaakt van administratieve vereenvoudiging.

Een vergelijking tussen 2004 en 2006 toont aan dat de totale administratieve lasten van de ondernemingen gedurende deze periode gestegen zijn met tweeëndertig procent, namelijk van 4,91 miljard euro naar 6,46 miljard euro. Bij de zelfstandigen daarentegen

⁶⁰ Dienst Wetsmatiging (2007), Eenvoud binnen handbereik, *Ondersteuning voor Vlaamse ambtenaren op het vlak van reguleringsmanagement*, Brussel: 38-40

⁶¹ Dienst Wetsmatiging (2007), Eenvoud binnen handbereik, *Ondersteuning voor Vlaamse ambtenaren op het vlak van reguleringsmanagement*, Brussel: 51

zijn de administratieve lasten gedaald met achtenveertig procent, meer bepaald van 2,37 miljard euro in 2004 naar 1,23 miljard euro in 2006.⁶²

Toch nuanceert het Planbureau de resultaten van deze vergelijkingen enigszins. Zo onderlijnt het Planbureau dat in de periode 2004-2006 het aantal ondernemingen is toegenomen met 2,4%. Uit een sensitiviteitsanalyse blijkt dat deze toename van de bedrijvenpopulatie dertig procent van de stijging van totale administratieve lasten van ondernemingen, verklaart. In dezelfde periode is ook het aantal zelfstandigen niet constant gebleven. Dat aantal daalde meer bepaald met 7,2%. Het Planbureau berekende dat de afname van het aantal zelfstandigen 7,5% van de daling van de totale administratieve lasten van zelfstandigen verklaart.⁶³ Bovendien haalt het Planbureau aan dat het hier gaat het om een enquête. De eerder vermelde nadelen van deze meetmethode kunnen opspelen.

Volgens het Planbureau is het vooral belangrijk de evolutie van het aandeel van de administratieve lasten ten opzichte van het BBP te bekijken. Het Planbureau interpreteert de resultaten van de enquête dus als een grootteorde. Uitgedrukt in procent van het BBP blijven de administratieve lasten zowel voor ondernemingen als zelfstandigen dalen: in 2006 bedroeg dat percentage 2,44 terwijl dat in 2004 2,57 was, 3,43 in 2002 en 3,48 in 2000. Deze evolutie toont een algemene trend: de administratieve lasten in België zijn dalende, mede dankzij vereenvoudigingsingrepen.⁶⁴

2.5.6 Resultaten Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Aangezien de case study van dit werk betrekking heeft op huisartsen, is het interessant om in dit onderdeel enkele vereenvoudigingsmaatregelen ten voordele van huisartsen, te bespreken.

De inleiding bij dit werkstuk beschreef reeds twee vereenvoudigingsingrepen, met name de vereenvoudigde procedure voor de terugbetaling van cholesterolverlagende geneesmiddelen en de opstart van het eHealth-platform.

Verder maakte de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu de homologatie van het artsdiploma eenvoudiger. Voorheen moesten artsen hun diploma

⁶² Federaal Planbureau (2007), De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, *Eindrapport*, Brussel: 47, 51

⁶³ Federaal Planbureau (2007), De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, *Eindrapport*, Brussel: 67

⁶⁴ Federaal Planbureau (2007), De administratieve lasten in België voor het jaar 2006, *Eindrapport*, Brussel: 59

laten viseren door de provinciale medische commissie van die federale overheidssdienst. Artsen moesten zich daarvoor twee keer verplaatsen, namelijk één keer om hun diploma af te geven en vervolgens om het geviseerde diploma weer op te halen. Sinds juni 2005 bezorgt de overheid zelf het visum aan de gediplomeerde arts, vlak na de proclamatie op het einde van het academiejaar. Deze vereenvoudigingsmaatregel levert een jaarlijkse besparing op van 132.976 euro.^{65 66}

Een andere maatregel betreft de vereenvoudigde procedure voor de vaccinatie tegen het rotavirus. Sinds februari 2007 moet de huisarts voor de eerste twee doses geen toelating meer vragen aan een adviserend geneesheer. De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu berekende dat deze maatregel jaarlijks 499.002 euro bespaart.^{67 68}

⁶⁵ Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (2007), *Het Kafka-boek, Vier jaar strijd tegen bureaucratie*, Brussel: 52

⁶⁶ <http://www.kafka.be/doc/1220625209-3997.pdf>

⁶⁷ Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (2007), *Het Kafka-boek, Vier jaar strijd tegen bureaucratie*, Brussel: 71

⁶⁸ <http://www.kafka.be/doc/1220625209-3997.pdf>

Hoofdstuk 3: Huisartsenlandschap Vlaanderen

Dit hoofdstuk vat de meest interessante gegevens omtrent het huisartsenlandschap in Vlaanderen samen en beschrijft achtereenvolgens:

- aantal huisartsen
- geografische spreiding van huisartsen
- demografische gegevens

3.1 Aantal huisartsen

Diverse bronnen vermelden een verschillend aantal huisartsen in Vlaanderen. Dit onderdeel bespreekt het huisartsenaantal volgens het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG) en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Aangezien op het moment van dit schrijven (februari 2009) de huisartsenaantallen voor het jaar 2008 nog niet beschikbaar zijn, handelt de bespreking die volgt over de aantallen van het jaar 2007.

Uit de gegevens van het VAZG blijkt dat in 2007, 9.576 huisartsen actief waren in Vlaanderen. Dit aantal is gebaseerd op de data die het RIZIV verstrekt. De groep van 9.576 huisartsen bestaat uit drie categorieën. Alle erkende huisartsen in Vlaanderen vormen een eerste subgroep. Deze artsen zijn ingeschreven bij de Orde van geneesheren en zijn erkend als huisarts door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Volgens de gegevens van het VAZG telde Vlaanderen in 2007, 7.668 erkende huisartsen. Daarnaast zijn de niet-erkende huisartsen in Vlaanderen opgenomen. Zij zijn ingeschreven bij de Orde van geneesheren en zijn bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu geregistreerd zonder bijzondere erkende beroepstitel. Deze artsen hebben een RIZIV-nummer dat niet overeenkomt met een erkenning als huisarts en mogen slechts een beperkt aantal terugbetaalde prestaties verrichten. Het aantal niet-erkende huisartsen in Vlaanderen bedroeg 1.650, in 2007. Tot slot nam het RIZIV ook de 258 huisartsen in opleiding in de telling op. Deze personen zijn ingeschreven bij de Orde van geneesheren en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu heeft hun stageplan als huisarts erkend.^{69 70}

⁶⁹ gegevens verleend via e-mail door Luc Monette, medewerker Informatiesteunpunt van het VAZG op 24 november 2008

⁷⁰ Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (2008), Jaarverslag 2007, Brussel: 1

Volgens de gegevens van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu waren er in 2007 7.901 huisartsen actief in Vlaanderen. Dit aantal betreft enkel de huisartsen die de Dienst Gezondheidsberoepen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu ten laatste op 31 december 2007 erkend heeft.⁷¹ Deze dienst hanteert de erkenningscriteria die beschreven zijn in het Ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen (bijlage 2).⁷²

Artikel 1 van dit Ministerieel besluit bepaalt dat enkel gediplomeerde artsen in aanmerking komen voor een erkenning als huisarts. Gediplomeerde artsen zijn artsen die houder zijn van een diploma, certificaat of ander bewijsstuk dat een specifieke opleiding in de huisartsengeneeskunde bekrachtigt. Dat bewijsstuk moet uitgereikt zijn door een bevoegde Belgische overheid. Bovendien moet die specifieke opleiding beantwoorden aan de doelstellingen vastgelegd in de bijlage bij het Ministerieel besluit en aan de voorwaarden bepaald in de artikelen 2 tot 8 van het Ministerieel besluit. Concreet betekent dit dat de huisartsenopleiding start nadat het zesde jaar van de opleiding tot arts met goed gevolg werd voltooid. De huisartsenopleiding duurt minstens drie jaar en bestaat uit een theoretisch en een praktisch gedeelte. Om met het praktisch deel te kunnen starten, moet de student een bewijs van voltooiing van het theoretische deel kunnen voorleggen. Dat praktisch gedeelte bestaat uit een programma van stages in een of meer ziekenhuisdienst(en), die relevant zijn voor de opleiding van huisartsen, en in één of meerde praktijk(en) van stagemeesters in de huisartsgeneeskunde, die de minister van Volksgezondheid erkend heeft. Artikelen 3 en 5 tot en met 8 van het vernoemde Ministerieel besluit schetsen de specifieke bepalingen over de stages.

Personen die niet voldoen aan de voorwaarden die staan beschreven in artikel 1, kunnen toch erkend worden indien zij voldoen aan bepaalde afwijkende bepalingen uit hoofdstukken III en IV van het vernoemde Ministerieel besluit.

Dit onderdeel merkt nog op dat dus zowel het VAZG als de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu jaarlijks statistieken over de huisartsen publiceert. Normaliter zouden die statistische gegevens met elkaar moeten overeenstemmen. Die gelijkheid blijkt echter niet aanwezig omdat het VAZG, op basis van gegevens van het RIZIV, melding maakt van 7.668 erkende huisartsen en de FOD

⁷¹ Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2008), *Beroepsbeoefenaars van gezondheidsberoepen in België, Jaarstatistieken per 31/12/2007*, Brussel: 6

⁷² <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/api2.pl?lg=nl&pd=2006-02-27&numac=2006022199>

spreekt over 7.901 erkende huisartsen. De belangrijkste reden voor dit verschil ligt vervat in de verschillende opdrachten van de twee administraties. De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu staat in voor de erkenning van de huisartsen. De Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV schrijft de huisartsen die prestaties wensen te leveren in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van België in. Alvorens huisartsen zich echter kunnen inschrijven bij het RIZIV moeten zij erkend worden door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Toch wensen niet alle huisartsen die door deze FOD erkend zijn, te werken in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze artsen schrijven zich dus niet in bij het RIZIV. Vandaar dat de huisartsenaantallen van het RIZIV kleiner zijn dan deze de FOD. Met andere woorden: niet alle erkende huisartsen vragen een RIZIV-nummer aan.

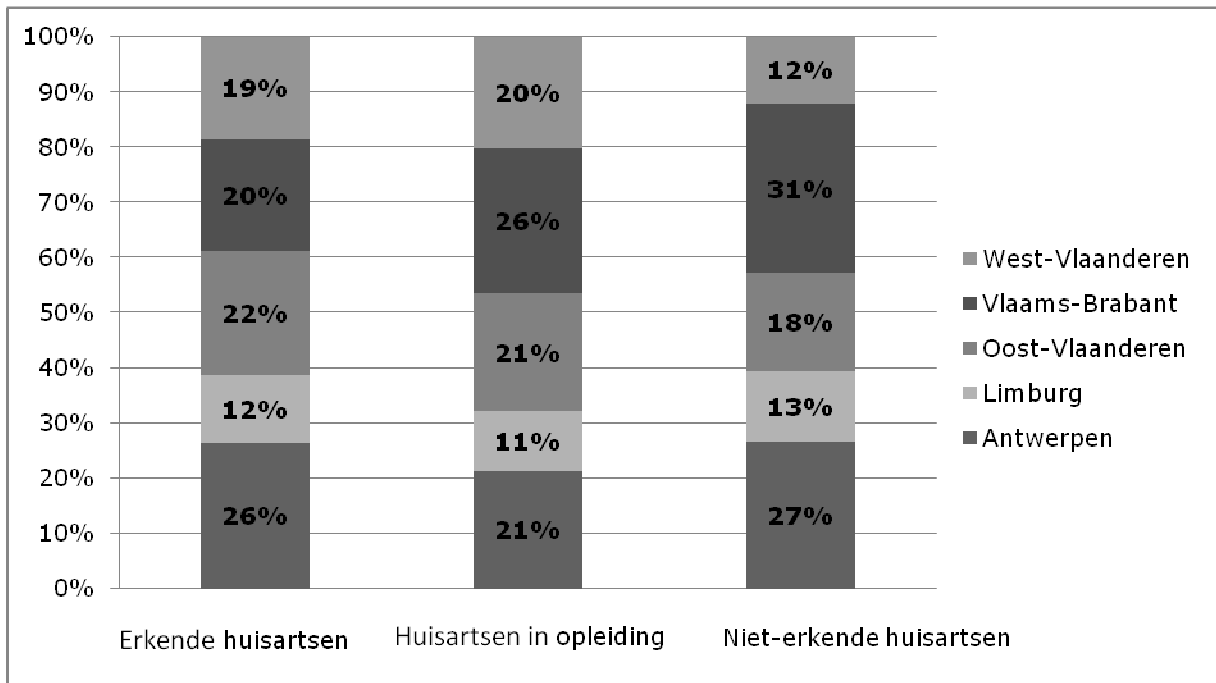
3.2 Geografische spreiding van huisartsen

Volgens de informatie van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu waren de meeste erkende huisartsen in 2007 gesitueerd in de provincie Antwerpen. Zesentwintig procent van alle erkende huisartsen in Vlaanderen was namelijk in deze provincie gevestigd. De provincie Limburg daarentegen telde 968 erkende huisartsen, wat overeenkomt met twaalf procent van het totale aantal erkende huisartsen in Vlaanderen.⁷³ De gegevens van het VAZG bevestigen deze bevindingen. De provincie Vlaams-Brabant bleek koploper voor wat betreft het aantal huisartsen in opleiding en niet-erkende huisartsen.⁷⁴ Figuur 2 visualiseert deze resultaten.

⁷³ Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2008), Beroepsbeoefenaars van gezondheidsberoepen in België, *Jaarstatistieken per 31/12/2007*, Brussel: 6

⁷⁴ gegevens verleend via e-mail door Luc Monette, medewerker Informatiesteunpunt van het VAZG op 24 november 2008

Figuur 2: Aantal huisartsen in Vlaanderen (2007) naar geografische locatie



(Bron: data: VAZG (2008), grafiek: Katrien Verheyen (2008))

3.3 Demografische gegevens

Hierna volgt een bespreking van de verhouding tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke huisartsen evenals een indeling van de huisartsen naar leeftijdscategorie.

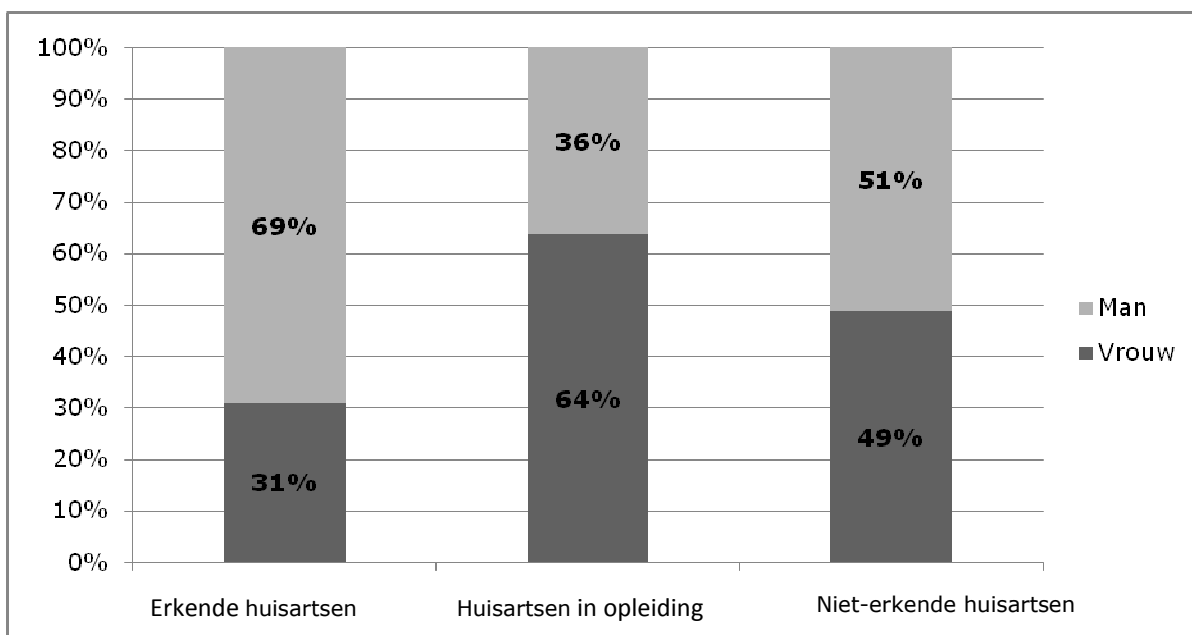
3.3.1 Indeling naar geslacht

Uit de gegevens van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu blijkt dat in 2007, eenendertig procent van de erkende huisartsen in Vlaanderen vrouwen waren.⁷⁵ De gegevens van het VAZG bevestigen deze vaststelling en voegen daaraan toe dat de categorie van huisartsen in opleiding voor maar liefst vierenzestig procent uit vrouwen bestond. Bij de niet-erkende huisartsen bedroeg dat percentage negenenveertig.⁷⁶ Figuur 3 geeft deze conclusies grafisch weer.

⁷⁵ Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2008), Beroepsbeoefenaars van gezondheidsberoepen in België, *Jaarstatistieken per 31/12/2007*, Brussel: 7

⁷⁶ gegevens verleend via e-mail door Luc Monette, medewerker Informatiesteunpunt van het VAZG op 24 november 2008

Figuur 3: Aantal huisartsen in Vlaanderen (2007) naar geslacht



(Bron: data: VAZG (2008), grafiek: Katrien Verheyen (2008))

De gegevens tonen aan dat het merendeel van de huisartsen in Vlaanderen mannen waren. Toch merkt een studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg op dat het huisartsenkorps vervrouwelijkt.⁷⁷

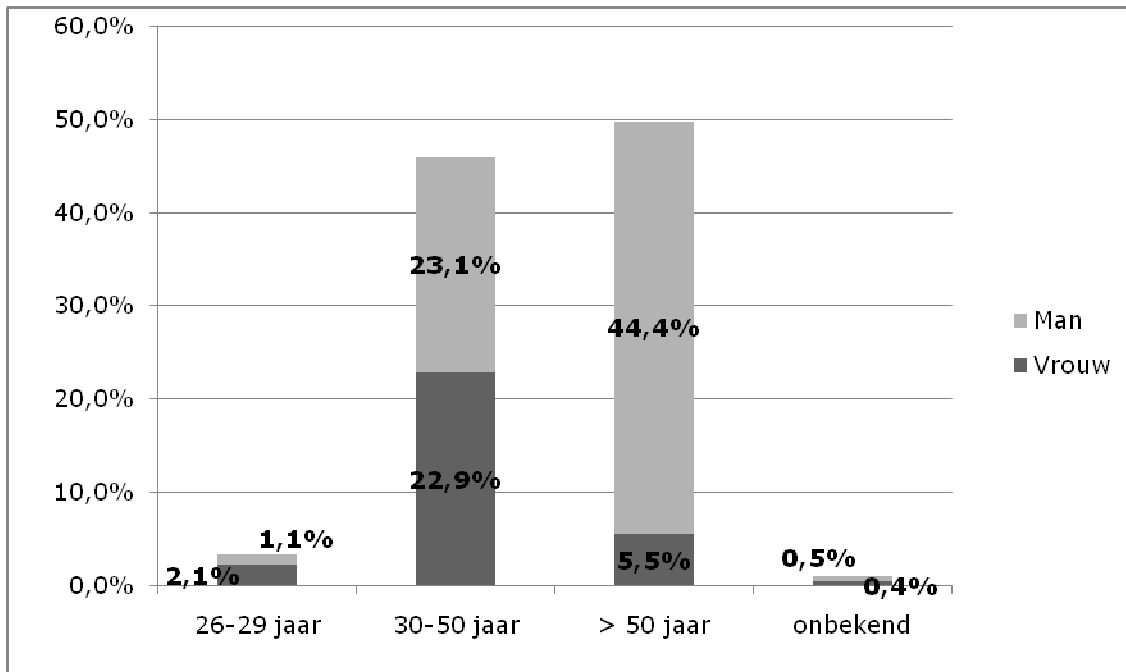
3.3.2 Indeling naar leeftijdscategorie

Een analyse van de data van het VAZG, grafisch weergegeven in figuur 4, toont aan dat binnen de groep van de erkende huisartsen zesenviertig procent tussen 30 en 50 jaar oud was. Verder duiden de gegevens erop dat deze categorie van huisartsen vergrijst. Bijna vijftig procent van de erkende huisartsen was namelijk ouder dan 50 jaar. Deze groep van huisartsen bestond vooral uit mannen: van de erkende huisartsen ouder dan 50 jaar bleek immers slechts één op de tien vrouw.⁷⁸

⁷⁷ Roberfroid D., Stordeur S., Camberlin C., Van de Voorde C., Vrijens F., & Léonard C. (2008), Het aanbod van artsen in België, *Huidige toestand en toekomstige uitdagingen*, Brussel: 20

⁷⁸ gegevens verleend via e-mail door Luc Monette, medewerker Informatiesteunpunt van het VAZG op 24 november 2008

Figuur 4: Erkende huisartsen in Vlaanderen (2007) naar leeftijd en geslacht



(Bron: data: VAZG (2008), grafiek: Katrien Verheyen (2008))

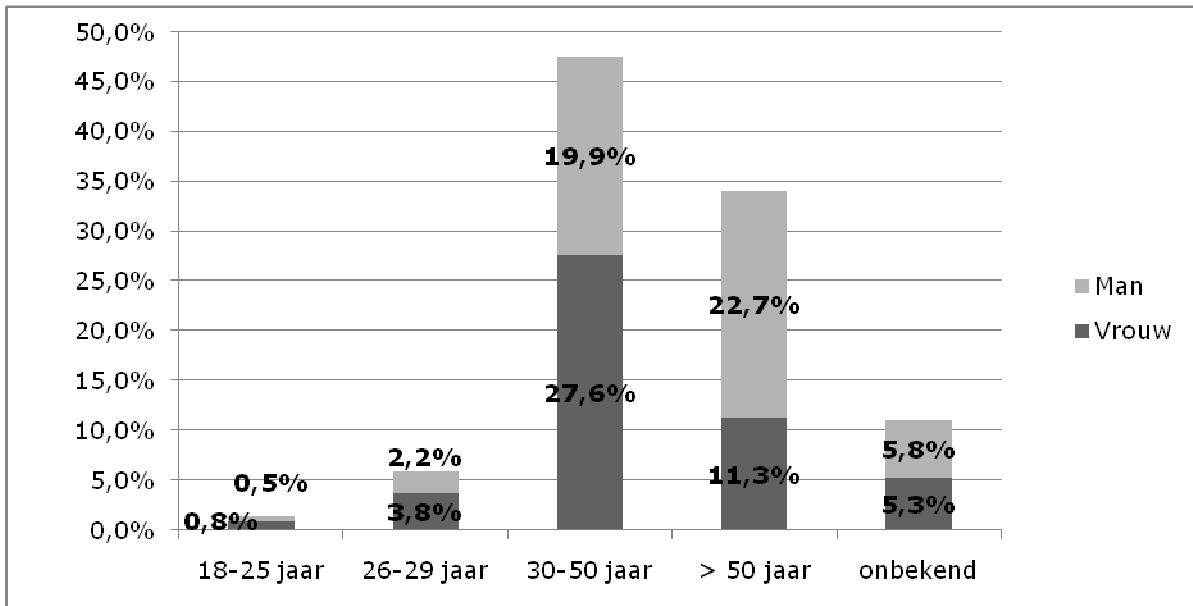
De leeftijd van de huisartsen in opleiding lag vanzelfsprekend lager dan bij de erkende huisartsen. Van de huisartsen in opleiding was 71,3% jonger dan 40 jaar. Ongeveer zeven procent van de huisartsen in opleiding bevond zich in de leeftijdscategorie van 40 tot en met 49 jaar. Van 22,7% was de leeftijd niet bekend. ⁷⁹

Uit figuur 5 blijkt dat binnen de laatste categorie van huisartsen, namelijk de niet-erkende huisartsen, 47,5% tussen 30 en 50 jaar was. Ook deze categorie vergrijst: vierendertig procent van de niet-erkende huisartsen was ouder dan 50 jaar. Opnieuw tonen de gegevens aan dat dit vooral mannen waren. Eén derde van de groep van de niet-erkende huisartsen ouder dan 50 jaar was vrouw. ⁸⁰

⁷⁹ gegevens verleend via e-mail door Luc Monette, medewerker Informatiesteunpunt van het VAZG op 24 november 2008

⁸⁰ gegevens verleend via e-mail door Luc Monette, medewerker Informatiesteunpunt van het VAZG op 24 november 2008

Figuur 5: Niet-erkende huisartsen in Vlaanderen (2007) naar leeftijd en geslacht



(Bron: data: VAZG (2008), grafiek: Katrien Verheyen (2008))

Hoofdstuk 4: Case study

Dit hoofdstuk omvat het praktijkgerichte gedeelte van deze eindverhandeling. Het doel van deze gevalstudie is het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag en de laatste vier deelvragen aan de hand van een administratieve lastenmeting in een huisartsenpraktijk.

Dit hoofdstuk stelt eerst de huisartsenpraktijk die het voorwerp van de gevalstudie vormt, voor (4.1). Vervolgens geeft onderdeel 4.2 de omvang van de administratieve lasten weer en bespreekt paragraaf 4.3 de oorzaken van de administratieve lasten. Onderdeel 4.4 formuleert daarna een aantal voorstellen voor administratieve vereenvoudiging. Tot slot bekijkt paragraaf 4.5 de effecten van een administratieve lastenverlaging.

4.1 Voorstelling huisartsenpraktijk

Een huisartsenpraktijk in Geel vormt het kader van de case study. Binnen deze praktijk die werd opgestart in 1997, werken vijf huisartsen en twee administratieve medewerkers. Bijlage 3 specificeert de contactgegevens van de groepspraktijk. Deze bijlage bevat tevens de contactgegevens van de externe huisartsen die betrokken waren bij het draagvlak- en het deskundigenoverleg.

4.2 Omvang van de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen

Dit onderdeel verschaft een antwoord op de centrale onderzoeksvraag "Wat is de omvang van de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen?" De meting die heeft bijgedragen tot het beantwoorden van deze vraag werd uitgevoerd volgens de methodologie die in hoofdstuk 1 beschreven is.

Alvorens de resultaten van de meting te bespreken, is het noodzakelijk toe te lichten hoe de grens tussen administratieve lasten en de administratie van het kernproces getrokken is.

Hoofdstuk 2 vermeldde volgende definitie van administratieve lasten:

"Administratieve lasten zijn de kosten van de administratieve handelingen die actoren moeten uitvoeren voor de naleving van wettelijke informatieverplichtingen aan de overheid, ongeacht of zij die handelingen ook zonder wettelijke verplichting zouden uitvoeren. Die kosten zijn additioneel ten opzichte van de kosten om de administratie

van hun kernproces op orde te hebben en gaan uit van een efficiënte naleving van de informatieverplichtingen door de actoren.”⁸¹

Het toepassen van bovenstaande definitie op de beschreven case vereist een duidelijke omschrijving van het kernproces van huisartsen. Dit kernproces omvat ten eerste het bieden van eerstelijnszorg. De huisarts vormt namelijk een eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Hij onderzoekt de gezondheidstoestand van de patiënt, stelt een diagnose en bepaalt vervolgens een behandeling. De huisarts heeft dus een curatieve taak, maar steeds vaker ook een preventieve, voorlichtende taak. Hij geeft een patiënt met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten bijvoorbeeld advies over gezonde leefgewoonten. Daarnaast behoort ook de zorgcoördinatie tot de kerntaak van de huisarts. De huisarts participeert meer bepaald in samenwerkingsverbanden met onder andere geneesheren-specialisten, hospitalen, Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, diensten voor thuisverzorging en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Ter verduidelijking van het bovenstaande volgen twee voorbeelden. Een voorschrift voor kinesithérapie geeft geen aanleiding tot een administratieve last omdat deze verplichting rechtstreeks gerelateerd is aan de kerntaak van de huisarts. De huisarts verwijst de patiënt immers door naar een kinesitherapeut met het oog op de verdere behandeling en genezing van de patiënt. Het scala van attesten, op basis waarvan een patiënt aanspraak kan maken op een verhoogde financiële tegemoetkoming of een verlaging van het remgeld, impliceert daarentegen wel administratieve lasten. Het invullen van deze attesten heeft niets te maken met de zorg- of zorgcoördinatie taak op zich en geeft daarom aanleiding tot administratieve lasten.

Na het definiëren van het kernproces van huisartsen, werd er bij elk van de geïdentificeerde informatieverplichtingen nagegaan of er samenloop met het kernproces was of niet. Indien de huisarts gebruik kon maken van gegevens uit de administratie van zijn kernproces om aan een informatieverplichting te voldoen, was er sprake van een afgeleide informatieverplichting. Bij dergelijke verplichtingen is er steeds een samenloop met het kernproces en moest bepaald worden welke handelingen tot het kernproces behoorden en welke handelingen additioneel waren om te voldoen aan de wettelijke informatieverplichting. Volgend voorbeeld verduidelijkt voorgaande omschrijving.

⁸¹ Kenniscel Wetsmatiging (2006), *Metten om te weten, Leidraad voor het meten van administratieve lasten*, Brussel: 20

Artikel 4 van het Ministerieel besluit van 7 mei 1999 betreffende de parkeerkaart voor mensen met een handicap schrijft voor dat alle inlichtingen die nodig zijn voor de toekenning van dergelijke kaart verschaft moeten worden aan de Bestuursdirectie van de Uitkeringen aan Personen met een Handicap.⁸² Concreet betekent dit dat de huisarts het zogenaamde "Formulier 3+4" dient in te vullen waaraan hij bovendien een aantal medische documenten moet toevoegen ter staving van de aanvraag van een parkeerkaart. Om aan die verplichting te voldoen, maakt de huisarts gebruik van gegevens uit de administratie van zijn kernproces, meer bepaald het globaal medisch dossier (GMD) van de patiënt. Het raadplegen van dat medisch dossier bij het invullen van het "Formulier 3+4" en het printen van documenten om bij de aanvraag te voegen, zijn handelingen die de huisarts stelt en die additioneel zijn ten opzichte van het kernproces. Deze handelingen geven bijgevolg aanleiding tot administratieve lasten.

De toepassing van het bovenstaande leverde een lijst met 26 informatieverplichtingen op. Deze verplichtingen werden geïdentificeerd aan de hand van interviews met de vijf huisartsen uit de groepspraktijk. Aangezien de patiëntenbestanden van deze huisartsen divers zijn, zijn de gevonden informatieverplichtingen representatief. Bijlage 4 specificeert deze verplichtingen, de bijhorende administratieve handelingen en de gevonden parameters. Tabel 6 vat de resultaten van de meting samen.

Tabel 6: Samenvatting administratieve lastenmeting

	Informatieverplichting	Administratieve lasten
1	Klasseren van medische documenten	€ 107.730.000,00
2	Getuigschrift voor verstrekte hulp	€ 104.593.125,00
3	Aanvraag terugbetaling van geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV	€ 70.040.115,69
4	Formulier 3+4 (tegemoetkoming voor personen met een handicap)	€ 30.045.045,63
5	Attest betreffende ongeschiktheid (sport, school, werk)	€ 20.114.062,50
6	Verzamelen van documenten voor patiënten die op medische controle moeten	€ 16.091.250,00

⁸² http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1999050750&table_name=wet

7	Attest bij verwijzing naar geneesheer-specialist	€ 8.206.537,50
8	Formulier follow-up arbeidsongevallen	€ 7.723.800,00
9	Voorschrift mobiliteitshulpmiddelen	€ 5.245.747,50
10	Attest betreffende geschiktheid om sport te beoefenen	€ 3.110.975,00
11	Attest kennisgeving chronische pijn	€ 2.172.318,75
12	Attest besmettingsgevaar kinderdagverblijf	€ 1.274.427,00
13	Attest voor personeel in onderwijsinstellingen	€ 965.475,00
14	Voorschrift voetverzorging	€ 858.200,00
15	Aanvraag palliatief forfait	€ 815.290,00
16	Attest palliatief verlof	€ 579.285,00
17	Attest vrijstelling van verkiezingen	€ 536.375,00
18	Attest zorgverlof	€ 450.555,00
19	Attest bij chronische wondzorg	€ 402.281,25
20	Vaststelling van slagen en verwondingen	€ 386.190,00
21	Attest tegemoetkoming voedings- en dieetadvies	€ 343.280,00
22	Attest van werkhervatting	€ 321.825,00
23	Aanvraag kraamgeld	€ 276.769,50
24	Attest voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen	€ 273.551,25
25	Attest voedselveiligheid	€ 236.005,00
26	Attest wilsonbekwaamheid	€ 214.550,00
Totaal administratieve lasten		€ 383.007.036,56

De totale omvang van de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen in een doorsnee kalenderjaar bedraagt 383.007.036,56 euro.

Tot slot maakt dit onderdeel nog enkele opmerkingen bij de meting. Een eerste opmerking houdt verband met de parameter "aantal actoren". Bij het merendeel van de informatieverplichtingen bedraagt dit aantal 6.130. Dit cijfer vertegenwoordigt het aantal erkende huisartsen in Vlaanderen in 2007 die volgens het RIZIV "actief" zijn. Het RIZIV bestempelt deze huisartsen als actief omdat zij gedurende het jaar 2007 minstens 500 prestaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verrichtten.⁸³

Hierbij vermeldt dit onderdeel nog dat federaal minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken Laurette Onkelinx op het moment van dit schrijven (april 2009) de resultaten van het "kadaster van de huisartsen" voorstelde. Uit dat kadaster blijkt dat 5.500 huisartsen in Vlaanderen als actief beschouwd kunnen worden.⁸⁴ Toch houdt deze administratieve lastenmeting geen rekening met de resultaten van het kadaster. Een eerste reden hiervoor ligt in het feit dat de discussies omtrent de resultaten van het kadaster de indruk wekken dat minister Laurette Onkelinx het kadaster als politiek instrument wil gebruiken om een herziening van de numerus clausus te bekomen. Bovendien kan het volledige kadaster niet worden ingekeken, wat maakt dat de betrouwbaarheid van de gegevens van dat kadaster niet kan worden nagegaan.

Bij de informatieverplichting "klasseren van medische documenten" bedraagt het aantal actoren dat deze verplichting moet naleven slechts 2.850. Dit aantal is 46,5% van het aantal erkende actieve huisartsen in Vlaanderen (46,5% van 6.130). Het betreft hier een voorzichtige schatting van het aantal actieve erkende huisartsen in Vlaanderen dat vandaag de dag zelf klasseerwerk verricht. Aangezien noch het RIZIV, noch de koepelorganisatie Domus Medica over officiële gegevens omtrent het aantal huisartsen dat zelf medische documenten klasseert beschikt, was een schatting van dat aantal noodzakelijk.⁸⁵ ⁸⁶ Het geschatte percentage is echter niet zomaar uit de lucht gegrepen. De geïnterviewde huisartsen menen namelijk dat ongeveer zeventig tot vijfenzeventig procent van de actieve erkende huisartsen in Vlaanderen zonder ondersteunend personeel werken en bijgevolg zelf instaan voor het ordenen van medische documenten. Uit een enquête van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en

⁸³ gegevens verleend via e-mail door Mickaël Daubie, medewerker RIZIV op 2 april 2009

⁸⁴ Tegenbos G. (2009), België heeft 9.259 'werkende' huisartsen, *De Standaard*

⁸⁵ gegevens verleend via e-mail door Annemie Verwilt, medewerkster Domus Medica op 24 maart 2009

⁸⁶ gegevens verleend via e-mail door Jonathan Vanhelleputte, medewerker RIZIV op 30 maart 2009

Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent bij erkende huisartsen uit Nederlandstalig België blijkt echter dat 46,5% van deze huisartsen geen administratieve hulp heeft en dus zelf klasseerwerk verricht.⁸⁷ Om deze redenen lijkt het geschatte percentage acceptabel.

Ten tweede merkt dit onderdeel op dat de administratieve lastenmeting de informatieverplichting "derdebetalersregeling" niet heeft onderzocht. De derdebetalersregeling houdt in dat de huisarts enkel het remgeld aan de patiënt aanrekent. Het ziekenfonds betaalt het terugbetaalbare gedeelte van het honorarium rechtstreeks aan de huisarts. Artikel 6, tweede lid van het Koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van het artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt de omstandigheden waarin de huisarts deze regeling mag toepassen. Voorbeelden van dergelijke situaties zijn het aanrekenen van het honorarium voor het beheer van het GMD en bij het uitvoeren van prestaties in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.⁸⁸

Bij de derdebetalersregeling verzamelt de huisarts alle getuigschriften voor verstrekte hulp voor prestaties waarbij hij de derdebetalersregeling heeft toegepast. Vervolgens maakt hij deze over aan een tarifieringsdienst -een dienst die onder meer de administratieve verwerking van zorgverstrekkingen die onder de derdebetalersregeling ressorteren, verzorgt- of rechtstreeks aan de ziekenfondsen. Huisartsen die voor deze laatste optie kiezen, dragen out-of-pocketkosten, met name de kosten voor het verzenden van de getuigschriften aan de verschillende ziekenfondsen. Indien huisartsen daarentegen de hulp van een tarifieringsdienst inschakelen, besteden zij de administratieve verwerking uit. Deze externe kost bedraagt in dit geval gemiddeld 2,50%, exclusief BTW, op de waarde van de ingeleverde getuigschriften.⁸⁹

Ondanks het feit dat de toepassing van de derdebetalersregeling administratieve lasten impliceert, neemt de meting deze verplichting niet op. Een eerste reden hiervoor is dat huisartsen de derdebetalersregeling momenteel slechts in een beperkt aantal situaties mogen toepassen. De administratieve lasten die voortvloeien uit deze verplichting zouden daarom, ten opzichte van het globale resultaat van de meting, relatief laag zijn. Een tweede reden betreft het feit dat het niet meteen duidelijk is hoe vaak huisartsen in

⁸⁷ gegevens verleend via e-mail door Lynn Ryssaert, medewerkster Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent op 6 april 2009

⁸⁸ http://www.vlaamsartsensyndicaat.be/uploads/b195_ziv--kb-10-10-1986--derdebetalersregeling102521.pdf

⁸⁹ gebaseerd op de tarieven van tarifieringsdiensten LTD3 en Artsentarifiering

Vlaanderen de derdebetalersregeling toepassen. De omvang van deze parameter hangt immers af van het patiëntenbestand van de arts. Daarenboven zijn er geen gegevens omtrent het aantal huisartsen in Vlaanderen die beroep doen op de diensten van een tarifieringsdienst en het aantal huisartsen die de administratieve verwerking van zorgverstrekkingen die onder de derdebetalersregeling vallen zelf op zich nemen, voorhanden.

Een derde opmerking heeft betrekking op het toerekeningspercentage dat de administratieve handeling "invullen attest" bij de informatieverplichting "attest betreffende ongeschiktheid" vermeldt. Op dit attest verklaart de huisarts dat de patiënt voor een nader omschreven periode onbekwaam is om arbeid te verrichten, lessen bij te wonen, deel te nemen aan turn- of zwemlessen of een andere activiteit uit te voeren. De huisarts duidt eveneens de reden van de ongeschiktheid -hetzij ziekte, ongeval of heelkundige ingreep- aan. Bij deze informatieverplichting bedraagt het toerekeningspercentage vijftig procent. Dit is het percentage waarvoor het attest aanleiding geeft tot administratieve lasten. Huisartsen zijn van mening dat het uitschrijven van het attest voor de overige vijftig procent deel uitmaakt van de kerntaak van de huisarts. Twee voorbeelden verduidelijken deze stelling.

Indien de huisarts het attest van ongeschiktheid uitschrijft om te verklaren dat een leerling, wegens een overbelasting van de schouder, niet kan deelnemen aan de turnles, geeft het attest geen aanleiding tot administratieve lasten. In dit voorbeeld oefent de huisarts immers een zorgtaak uit: het attest stelt de leerling vrij van deelname aan de turnles zodat eventuele complicaties vermeden worden. Toch bestaan er ook situaties waarbij het invullen van het attest van ongeschiktheid wel administratieve lasten impliceert. Een patiënt, die wegens een ernstige blessure drie maanden niet zal kunnen sporten, kan het attest bijvoorbeeld vragen om het lidmaatschap bij een fitnesscentrum voor een periode van drie maanden te bevriezen. Indien de patiënt het attest kan voorleggen aan het fitnesscentrum, behoudt hij namelijk zijn recht op drie maanden fitness. In deze situatie heeft de opmaak van het attest geen direct verband met de kerntaak van de huisarts en brengt bijgevolg wel administratieve lasten met zich mee.

4.3 Oorzaken administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen

Deze paragraaf onderzoekt aan de hand van deelvragen drie en vier de oorzaken van de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen. Deze deelvragen luiden:

- Welke informatieverplichtingen veroorzaken de hoogste administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen?
- Welke component (prijs- of volumecomponent) zorgt voor de hoge administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen?

Uit tabel 6 blijkt dat het klasseren van medische documenten de informatieverplichting is die de hoogste administratieve lasten met zich meebrengt. Deze verplichting omvat het ordenen van onder meer verslagen van geneesheren-specialisten, tracés, grafieken en protocollen van radiografieën en laboratoriumonderzoeken. Bij deze verplichting is het bekijken van de prijs- of volumecomponent niet relevant. Het is vooral belangrijk de globale tijdsbestedingskost te analyseren. Huisartsen die deze verplichting moeten naleven, besteden gemiddeld 360 uren per jaar aan het ordenen van de beschreven documenten.

De tweede meest belastende informatieverplichting is het getuigschrift voor verstrekte hulp. Een verdere analyse toont aan dat vooral de periodiciteit hiervan de oorzaak is. Gemiddeld duurt het invullen van het getuigschrift slechts anderhalve minuut, maar doordat een huisarts jaarlijks gemiddeld 6.500 van dergelijke getuigschriften opmaakt, zijn de bijhorende administratieve lasten beduidend hoog.

“Aanvraag terugbetaling van geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV” vervolledigt de top drie van de informatieverplichtingen die hoge administratieve lasten genereren. Een normale aanvraagprocedure voor dergelijke geneesmiddelen omvat de handelingen opzoeken, printen en invullen van het formulier en duurt gemiddeld 6 minuten. Bij ruwweg twintig procent van de aanvragen moet de huisarts bij het invullen van het formulier het medisch dossier raadplegen en documenten uit dat dossier printen om als bijlage toe te voegen. De huisarts besteedt gemiddeld 4,5 minuten aan het uitvoeren van deze twee bijkomende administratieve handelingen. Bovendien ontvangen de huisartsen bij vijf procent van alle ingediende aanvragen een bericht van de adviserend geneesheer betreffende de weigering van de aanvraag wegens het niet naleven van bepaalde vormvereisten. Een voorbeeld hiervan is het indienen van een aanvraag op een onofficieel formulier. Voor vijf procent van alle ingediende aanvragen moet de aanvraagprocedure daarom helemaal opnieuw doorlopen worden, wat uiteraard extra tijd

in beslag neemt. De prijscomponent is bij deze informatieverplichting dus aanzienlijk. Daarnaast is ook de hoeveelheidscomponent, meer bepaald de parameter "periodiciteit" verantwoordelijk voor de hoge administratieve lasten. Een huisarts in Vlaanderen schrijft gedurende een doorsnee kalenderjaar namelijk bijna 900 van dergelijke aanvragen uit.

Het "Formulier 3+4" bekleedt de vierde plaats in de rangschikking. Bij deze informatieverplichting zorgt de prijscomponent andermaal voor de hoge administratieve lasten. Het formulier beslaat twaalf pagina's, wat impliceert dat het invullen ervan gemiddeld bijna 25 minuten duurt. Bovendien heeft tien procent van de patiënten waarvoor de huisarts het formulier moet invullen het formulier zelf niet bij. Hierdoor verliest de huisarts gemiddeld 12 minuten extra aan het opzoeken en het printen van het document. Daarnaast spendeert de huisarts iets meer dan 7 minuten aan het printen van een aantal documenten om als bijlage bij het formulier te voegen.

Ondanks het feit dat het attest betreffende ongeschiktheid slechts voor vijftig procent aanleiding geeft tot administratieve lasten, bedragen de administratieve lasten die verband houden met het attest 20.114.062,50 euro. Een huisarts besteedt gemiddeld niet meer dan 2 minuten aan de opmaak van het attest, maar de periodiciteit is aanzienlijk.

De vijf besproken informatieverplichtingen zijn samen verantwoordelijk voor bijna negentig procent van de totale administratieve lasten. Meer concreet betekent dit dat een relatief beperkt aantal van de onderzochte informatieverplichtingen (twintig procent of 5 van de 26) verantwoordelijk is voor het overgrote deel van de totale administratieve lasten. Deze vaststelling impliceert niet dat de administratieve lasten die voortvloeien uit de overige informatieverplichtingen verwaarloosbaar zijn. Dit onderdeel haalt tot slot nog enkele resterende verplichtingen en de voornaamste oorzaak van de bijhorende administratieve lasten aan.

De administratieve lasten die voortvloeien uit de verplichting "verzamelen van documenten voor patiënten die op medische controle moeten" bedragen 16.091.250 euro. Bij deze verplichting vormt de prijscomponent de belangrijkste oorzaak van de hoge administratieve lasten. Huisartsen besteden gemiddeld namelijk 15 minuten aan het opzoeken en het printen van documenten zoals verslagen van geneesheren-specialisten. Verder blijkt ook het uitvoeren van de administratieve handelingen bij het formulier follow-up arbeidsongevallen, het voorschrift voor mobiliteitshulpmiddelen en de aanvraag voor het palliatief forfait, tijdsrovend.

4.4 Voorstellen voor administratieve vereenvoudiging

Dit onderdeel beveelt, op basis van de analyse van de oorzaken van de administratieve lasten, een aantal vereenvoudigingsingrepen aan. Wat volgt, biedt met andere woorden een antwoord op de vijfde deelvraag.

4.4.1 Klasseren van medische documenten

Het vorige onderdeel haalde aan dat het klasseren van medische documenten de meest belastende informatieverplichting vormt voor huisartsen in Vlaanderen. Om deze reden lijkt het aangewezen om, in het kader van de administratieve vereenvoudiging, deze verplichting prioritair te maken.

Een mogelijke vereenvoudigingsmaatregel ligt in de volledige overschakeling op het elektronisch medisch dossier (EMD). Het informatiseren van papieren medische documenten kan met andere woorden bijdragen tot een reductie van de administratieve lasten die verbonden zijn met de beschreven informatieverplichting. Bovendien integreert het EMD de verschillende medische gegevens van de patiënt en vergemakkelijkt het dossier de gegevensuitwisseling tussen verschillende zorgverleners. Bijgevolg kan de kwaliteit van de zorgverlening verbeteren.

Ondanks de beschreven voordelen die het EMD biedt, bestaan er nog steeds hinderpalen met betrekking tot het gebruik van het EMD, waaronder:

- onvoldoende aandacht voor het gebruik van een computer en het EMD bij de opleiding van huisartsen;
- onvoldoende financieringsmogelijkheden voor de aan te kopen hard- en software;
- onvoldoende praktijkondersteuning om oude papieren medische documenten te informatiseren;
- moeilijkheden bij het gebruik van het EMD tijdens huisbezoeken;
- onvoldoende beveiligingsmechanismen en het gevaar op schending van de privacy;
- gebrek aan gebruiksvriendelijkheid en betrouwbaarheid van de software;
- niet-compatibiliteit van de verschillende medische softwarepakketten.

Om die hinderpalen weg te nemen, werden reeds initiatieven genomen. Zo biedt het RIZIV een financiële tegemoetkoming voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers. Een erkende huisarts kan elk jaar namelijk een tegemoetkoming krijgen voor de kosten van medische softwarepakketten. Belangrijk hierbij is het feit dat enkel de softwarepakketten die de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen aanvaardt, in aanmerking komen voor de financiële tussenkomst. Daarnaast moet de huisarts bij zijn tegemoetkomingsaanvraag op eer verklaren dat hij, gedurende het kalenderjaar waarvoor hij de tegemoetkoming vraagt, het softwarepakket daadwerkelijk heeft gebruikt voor het elektronisch beheer van het GMD van zijn patiënten. De firma die het softwarepakket aan de huisarts geleverd heeft, bevestigt vervolgens de verklaring van de huisarts.⁹⁰

Naast de financiële tegemoetkoming in de kostprijs van medische softwarepakketten zijn andere initiatieven die het gebruik van het EMD aanmoedigen, aangewezen. Zo stellen huisartsen voor om de computeropleidingen en opleiding in verband met het beheer van het EMD te organiseren. Daarnaast zou de technische ondersteuning kunnen worden uitgebreid. Een voorbeeld hiervan zijn de fora op websites van bepaalde softwareleveranciers waar huisartsen vandaag de dag terecht kunnen met specifieke vragen in verband met het gebruik van de EMD-software.

Een volledige overschakeling op het EMD is echter nog toekomstmuziek. Uit een enquête van het RIZIV in verband met de informatisering bij huisartsen in België blijkt immers dat in 2007 41,3% van de huisartsen gebruik maakte van het EMD, maar geen gegevens via de EMD-software uitwisselde. 32,7% van de respondenten verklaarde te werken met het EMD en tevens gegevens via EMD-software uit te wisselen.⁹¹ Het zal met andere woorden nog enige tijd duren vooraleer de volledige medische gegevensstroom geïnformatiseerd zal zijn. Toch zijn reeds maatregelen gedurende de overgangsfase wenselijk. Huisartsen pleiten meer bepaald voor een uitbreiding en versoepeling van de Impulseo II maatregel.

Impulseo II is een steunmaatregel voor samenwerkende huisartsen. Via Impulseo II komt het Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde tussen in een deel van de loonkosten van de werknemer die een huisartsgroepering bijstaat bij het onthaal en het

⁹⁰ <http://reflex.raadvst-consetat.be/reflex/pdf/Mbbs/2003/02/21/79974.pdf>

⁹¹ http://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctors/promotion-quality/study_computer/pdf/study_computer.pdf

praktijkbeheer. Zowel groepspraktijken als netwerken van huisartsen kunnen aanspraak maken op de tussenkomst. Het bedrag van die tussenkomst is de helft van de globale loonkost van de praktijkmedewerker, maar heeft een maximumplafond. De tussenkomst bedraagt namelijk maximum 8.250 euro per jaar voor een groepering van 2 huisartsen en maximum 16.500 euro per jaar voor een groepering van 3 huisartsen. Telkens moet er aan voorwaarden zoals het beheren van een minimum aantal GMD's en het bestaan van een samenwerkingsakkoord tussen de huisartsen, voldaan zijn.⁹² Deze voorwaarden zouden huisartsen graag versoepeld zien. Daarnaast vragen huisartsen of het mogelijk is de Impulseo II maatregel uit te breiden en ook voor solopraktijken van toepassing te maken. Het versoepelen en uitbreiden van de Impulseo II maatregel impliceert dat meer huisartsen kunnen genieten van de financiële tussenkomst van het Impulsfonds. Bijgevolg kunnen meer huisartsen administratieve medewerkers aanstellen die hen kunnen bijstaan bij onder andere het klasseerwerk. De aanpassing van de Impulseo II maatregel vereist uiteraard dat het beschikbaar budget van het Impulsfonds omhoog getrokken wordt.

Een belangrijke kanttekening bij het beschreven vereenvoudigingsvoorstel betreft het toekomstperspectief van het ondersteunend administratief personeel. Onderdeel 4.2 vermeldde dat niet alle huisartsen zelf klasseerwerk verrichten. De huisartsen die deze taak zelf niet uitvoeren, doen daarvoor meestal beroep op de diensten van administratief personeel. Op het eerste zicht lijkt het dat, indien volledig zal worden overgeschakeld op het EMD, er geen klasseerwerk meer over zal blijven. Toch zeggen huisartsen dat er nog steeds een taak voor het administratief personeel weggelegd is. Huisartsen kunnen het administratief personeel bijvoorbeeld inschakelen om de medische documenten "binnen te halen". Concreet betekent dit dat het administratief personeel een soort van "postvak" kan beheren waar alle medische documenten in eerste instantie worden ontvangen. Vervolgens kan het administratief personeel de ontvangen medische documenten in het medisch dossier van de individuele patiënten plaatsen.

Samengevat kan worden gesteld dat op termijn de overschakeling naar het EMD kan zorgen voor een afname van de administratieve lasten die gepaard gaan met de informatieverplichting "klasseren van medische documenten". In tussentijd kan een uitbreiding en versoepeling van de Impulseo II maatregel een oplossing bieden.

⁹² <http://reflex.raadvst-consetat.be/reflex/pdf/Mbbs/2008/09/03/110418.pdf>

4.4.2 Getuigschrift voor verstrekte hulp

Een tweede vereenvoudigingsmaatregel heeft betrekking op het getuigschrift voor verstrekte hulp.

Momenteel vullen huisartsen bij elke raadpleging en elk huisbezoek het getuigschrift voor verstrekte hulp met de hand in. Het is belangrijk dat de huisarts het getuigschrift correct invult omdat het ziekenfonds om wettelijke redenen geen getuigschrift mag aanvaarden dat niet volledig is, niet correct is ingevuld of onwettelijke doorhalingen bevat. Indien één van deze gevallen zich voordoet, krijgt de huisarts een correctiedocument toegestuurd dat hij moet invullen, ondertekenen en terugsturen naar het ziekenfonds. Het spreekt voor zich dat deze regeling de huisarts een extra administratieve last bezorgt. Op het getuigschrift voor verstrekte hulp brengt de patiënt vervolgens een kleefbriefje van de mutualiteit waarbij hij is aangesloten aan, waarna hij het getuigschrift inlevert bij een kantoor van die mutualiteit. In dergelijk kantoor geeft een bediende de gegevens van het getuigschrift in elektronische systemen in. Pas daarna stort het ziekenfonds het terug te betalen bedrag op de rekening van de patiënt. Bij deze procedure geldt dat de derdebetalersregeling, zoals bij de meeste contacten tussen de huisarts en de patiënt, niet van toepassing is.

De beschreven procedure kan vereenvoudigd worden indien een elektronische gegevensstroom het papieren getuigschrift voor verstrekte hulp zou vervangen. Een aantal Europese landen zoals Frankrijk met het systeem van de "Carte Vitale", past deze methode reeds geruime tijd toe. In België -en dus ook Vlaanderen- zou het overschakelen op een elektronische gegevensstroom kunnen betekenen dat de patiënt zijn SIS-kaart of zijn elektronische identiteitskaart (eID) in een kaartlezer bij de huisarts plaatst. Vervolgens plaatst de huisarts met zijn eigen eID een digitale handtekening op het elektronisch getuigschrift. Op deze manier kan de elektronische gegevensstroom automatisch doorgestuurd worden naar het ziekenfonds.

Ook federaal minister voor Ondernemen en Vereenvoudigen Vincent Van Quickenborne pleitte begin januari 2009 voor de vervanging van het papieren getuigschrift voor verstrekte hulp door een elektronische gegevensstroom. Het is echter nog onduidelijk hoe dit vereenvoudigingsvoorstel in de praktijk vorm zal krijgen. Het is immers niet ondenkbaar dat de implementatie van het voorstel zal samengaan met een uitbreiding van toepassing van de derdebetalersregeling. Aansluitend bij deze gedachte van een eventuele uitbreiding van de derdebetalersregeling, rijzen een aantal vragen zoals:

- Hoe zal de betaling van het ziekenfonds aan de huisarts geregeld worden? Moet de huisarts hiertoe nog formaliteiten vervullen?
- Welke zijn de gevolgen voor de tarifieringsdiensten, die onderdeel 4.2 aanhaalde?
- Zullen huisartsen lang(er) op hun honorarium moeten wachten?

Het voorstel om de getuigschriften voor verstrekte hulp af te schaffen zal dus ongetwijfeld de discussie rond de uitbreiding van de derdebetalersregeling versterken. Dit is een beslissing die genomen zal worden in de schoot van het overleg tussen de artsen en de ziekenfondsen.⁹³

Dit onderdeel merkt nog op dat het beschreven vereenvoudigingsvoorstel voor minder administratieve rompslomp kan zorgen voor zowel de patiënt, de huisartsen als de mutualiteiten. Het is vanzelfsprekend dat de beschreven maatregel investeringen vereist, bijvoorbeeld om de artsen te voorzien van degelijke apparatuur om SIS-kaarten of eID's te lezen.

4.4.3 Aanvraag terugbetaling van geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV

Een andere informatieverplichting die binnen het kader van de administratieve vereenvoudiging bijzondere aandacht verdient, is het aanvragen van de terugbetaling van de geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV.

De ziekteverzekering betaalt vandaag de dag heel wat geneesmiddelen terug. Dergelijke geneesmiddelen zijn opgenomen in de "lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten". Deze lijst is opgedeeld in verschillende hoofdstukken, naargelang de terugbetaalde indicaties of de aard van de geneesmiddelen. De vergoeding van geneesmiddelen uit het vierde hoofdstuk van deze lijst, is onderworpen aan bijzondere voorwaarden. Bovendien geldt de zogenaamde "controle a priori", wat betekent dat de vergoedbaarheid afhankelijk is van een voorafgaande machtiging van een adviserend geneesheer.

In de praktijk houdt deze procedure in dat, opdat de patiënt een geneesmiddel uit Hoofdstuk IV vergoed zou krijgen, de huisarts een aanvraagformulier voor de terugbetaling van het geneesmiddel invult. Op dat aanvraagformulier omschrijft de huisarts de diagnose. Vervolgens levert de patiënt het formulier in bij het ziekenfonds waar een adviserend geneesheer nagaat of het aangeduide ziektebeeld overeenkomt met

⁹³ gegevens verleend via e-mail door Philip Naert, medewerker van minister Van Quickenborne, adviseur werk en sociale zekerheid op 1 april 2009

de door de ziekteverzekering erkende indicaties -ziektebeelden waarbij het geneesmiddel geacht wordt effectief te zijn-. Indien de adviserend geneesheer de aanvraag goedkeurt, krijgt de patiënt een machtiging om het geneesmiddel gedurende een welbepaalde periode te gebruiken en vergoedt de ziekteverzekering het geneesmiddel.

Het beschreven systeem werd in het leven geroepen om de uitgaven van de ziekteverzekering aan geneesmiddelen te beheersen. Het doel van Hoofdstuk IV is namelijk ervoor te zorgen dat geneesmiddelen voorgeschreven en terugbetaald worden voor de indicaties die de ziekteverzekering erkent. Anders gezegd: de ziekteverzekering betaalt de geneesmiddelen enkel terug voor de ziektebeelden waarbij het geneesmiddel geacht wordt effectief te zijn. In de loop der jaren is het systeem echter aanzienlijk uitgebreid zodoende dat de administratieve rompslomp die ermee gepaard gaat enorm is toegenomen.

De problematiek omtrent de beschreven geneesmiddelen is complex en delicaat. Vandaar dat, alvorens enkele vereenvoudigingsingrepen worden geformuleerd, hierna eerst een aantal knelpunten aan bod komen.

Een eerste knelpunt betreft het feit dat, aldus de huisartsen, de vergoedingsvoorwaarden voor de geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV niet in overeenstemming zijn met de evidence based medicine (EBM) guidelines. Huisartsen verklaren meer bepaald dat de vergoedingsvoorwaarden niet wetenschappelijk verantwoord zijn. Het geneesmiddel tegen hypertensie Cozaar vormt hierbij een sprekend voorbeeld. De wetenschappelijke studie LIFE vergeleek de doeltreffendheid van twee bloeddrukverlagende middelen: losartan, een sartan dat bekend is onder de merknaam Cozaar®, en atenolol, een bètablokker die wordt verkocht onder de naam Tenormin®. Uit de studie kwam naar voor dat Cozaar, in vergelijking met een standaardbehandeling tegen verhoogde bloeddruk (bètablokker), het gecombineerde risico van cardiovasculair sterfgeval, beroerte en hartaanval aanzienlijk vermindert.⁹⁴ Het geneesmiddel Cozaar is dus meer effectief dan de bètablokker. Toch stellen de vergoedingsvoorwaarden bij het geneesmiddel Cozaar dat de ziekteverzekering het middel vergoedt indien onder meer de klassieke middelen onvoldoende doeltreffend waren.⁹⁵ Concreet betekent dit dat,

⁹⁴ Lindholm L.H. et al. (2002), Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): A randomised trial against atenolol, *The Lancet*, 359: 1004

⁹⁵ http://www.riziv.fgov.be/inami_prd/ssp/cns2/pages/RefundingCondition.asp?qs_SpcCod=00477522&qs_SpcName=COZAAR&qs_Chp=IV&qs_Prg=2430000

alvorens een machtiging wordt toegestaan om een meer effectief geneesmiddel te gebruiken, een aantal dosissen van de klassieke geneesmiddelen (bètablokkers) moeten worden toegediend. Indien, zoals in het voorbeeld, de vergoedingsvoorwaarden niet wetenschappelijk verantwoord zijn, zal in bepaalde situaties de meest verantwoorde behandeling van de patiënt verhinderd worden. Bijgevolg wordt aan de belangrijkste doelstelling van de gezondheidszorg, de gezondheid van iedereen, voorbij gegaan.

Een tweede knelpunt situeert zich bij de formulering van de regelgeving omtrent de geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV. Huisartsen vinden deze regelgeving namelijk omslachtig. Hierbij aansluitend stellen huisartsen dat het moeilijk is om up-to-date te blijven van wijzigingen in de wetgeving.

Verder stellen huisartsen zich vragen bij de extra kosten die het systeem genereert. Bij bepaalde geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV stelt de ziekteverzekering immers het advies van een geneesheer-specialist als voorwaarde voor de terugbetaling van het geneesmiddel. Alvorens de huisarts een aanvraagformulier tot terugbetaling van dergelijk geneesmiddel kan opmaken, moet hij de patiënt dus eerst doorverwijzen naar een geneesheer-specialist voor een onderzoek. Het spreekt voor zich dat deze procedure extra kosten met zich meebrengt.

Bovendien zijn de huisartsen van mening dat de vorm van een aanvraagformulier tot terugbetaling van dergelijke medicatie vaak belangrijker wordt geacht dan de inhoud van het formulier. Onderdeel 4.3 vermeldde reeds dat aanvragen tot terugbetaling soms geweigerd worden omdat de huisarts bepaalde vormvereisten niet respecteert.

Daarenboven veroorzaakt het systeem ergernissen bij andere betrokken partijen. Zo verliest de patiënt tijd met het posten van het aanvraagformulier of het inleveren van het formulier bij het ziekenfonds. Voorts slorpt het systeem bij de ziekenfondsen en apothekers kostbare tijd op.

Op basis van deze knelpunten formuleren huisartsen een vereenvoudigingsoplossing, namelijk: de afschaffing van Hoofdstuk IV. Aangezien de discussie omtrent de geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV reeds geruime tijd aansleept, zal en kan deze vraag van de huisartsen niet onmiddellijk ingewilligd worden. Een eventuele afschaffing van Hoofdstuk IV is dus enkel op lange termijn mogelijk. Het is daarom, volgens de huisartsen, aan te raden reeds op korte termijn maatregelen te nemen. Deze

maatregelen bieden echter geen volledige oplossing voor het probleem van de hoge administratieve lasten die de geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV genereren.

Een eerste potentiële tussentijdse vereenvoudigingsmaatregel betreft het verlagen van de periodiciteit. Het is namelijk zo dat huisartsen, afhankelijk van het geneesmiddel, aanvragen tot terugbetaling driejaarlijks, andere vijfjaarlijks, driemaandelijks, enz. moeten hernieuwen. Huisartsen zijn van mening dat langere periodes van terugbetaling mogelijk moeten zijn. Het lijkt daarom aangewezen om bijvoorbeeld voor geneesmiddelen die de patiënt langdurig moet nemen, de periodiciteit van de aanvraag tot terugbetaling te reduceren. Op deze manier wordt de geldigheidsduur van de machtiging tot de vergoeding van het geneesmiddel verlengd.

Hierbij aansluitend raden de huisartsen aan om de wettelijke bepalingen met betrekking tot het aantal toegelaten terugbetaalde verpakkingen te herzien en aan te passen. Op het moment van dit schrijven (maart 2009) voorziet de wetgeving bijvoorbeeld in de terugbetaling van zes verpakkingen van 28 tabletten van het geneesmiddel Dakar voor een periode van zes maanden.⁹⁶ Een snelle berekening leert dat dit aantal ontoereikend is.

Een derde tussentijdse maatregel houdt verband met het up-to-date houden van de huisartsen met betrekking tot de geldende wetgeving inzake de terugbetaling van geneesmiddelen. Huisartsen vragen dat het RIZIV bij aanpassingen van de regelgeving de huisartsen zo snel mogelijk van deze aanpassingen op de hoogte brengt. Verder pleiten huisartsen voor een duidelijke, minder omslachtige formulering van de regelgeving.

4.4.4 Formulier 3+4

Een vierde reeks van adviezen voor administratieve vereenvoudiging houdt verband met het lijvige "Formulier 3+4". De huisarts vult dit formulier in wanneer de patiënt een aanvraag wenst in te dienen voor:

- een inkomensvervangende en integratietegemoetkoming of tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden;
- een medische erkenning van een handicap met het oog op het bekomen van allerlei sociale en fiscale voordelen;

⁹⁶

http://www.riziv.fgov.be/inami_prd/ssp/cns2/pages/RefundingCondition.asp?qs_SpcCod=00229564&qs_SpcNm=DAKAR&qs_Chp=IV&qs_Prg=1070000

- een parkeerkaart voor personen met een handicap in zoverre de aanvrager nog niet de vereiste medische erkenning heeft bij de Directie-generaal Personen (DG) met een handicap of geen officieel attest heeft van die medische erkenning bij een andere instantie, en dus een medisch onderzoek moet aanvragen bij de DG Personen met een handicap.⁹⁷

Bij dit formulier voegt de huisarts tevens een aantal documenten zoals protocollen van medische beeldvorming en verslagen van geneesheren-specialisten. Vervolgens maakt de patiënt het formulier over aan de DG Personen met een handicap. Enige tijd na het indienen van het formulier nodigt een Medische Dienst van de DG Personen met een handicap het merendeel van de patiënten die het formulier indienden uit voor een medisch onderzoek. Naar aanleiding van deze controle halen patiënten documenten, waaronder verslagen van geneesheren-specialisten, op bij de huisarts om mee te nemen naar de controlearts.

Een eerste advies voor vereenvoudiging bij het "Formulier 3+4" heeft betrekking op het invullen van het document. Huisartsen vinden dat zij goed geplaatst zijn om de medische gegevens, zoals een omschrijving van de aandoeningen en een specificatie van de huidige behandeling, in te vullen. Zij zijn echter van mening dat de zelfredzaamheid, waaronder de verplaatsingsmogelijkheden en de mogelijkheid om voor zijn persoonlijke hygiëne in te staan en zich te kleden, beter beschreven kan worden door bijvoorbeeld de patiënt zelf, de thuisverplegers of de sociaal assistenten. Een kanttekening bij dit vereenvoudigingsvoorstel is dat de huisartsen een deel van de administratieve rompslomp zullen doorschuiven naar de patiënt zelf of de vernoemde zorgverleners.

Ten tweede stellen huisartsen voor om de verplichting tot het toevoegen van documenten bij het indienen van het formulier af te schaffen. De meeste patiënten komen, nadat ze het formulier indienden, immers sowieso opnieuw bij de huisarts diverse documenten ophalen om mee te nemen wanneer zij op medische controle moeten. Om deze reden vinden huisartsen het toevoegen van de bijlagen bij het indienen van het formulier overbodig.

Hierbij aansluitend formuleren huisartsen een voorstel betreffende die documenten die de huisarts verzamelt indien de patiënt, in het kader van het indienen van het "Formulier 3+4", op controle moet bij een Medische dienst van de DG Personen met een handicap.

⁹⁷ http://handicap.fgov.be/handiflash/nl/archief/handiflash_03_nl.htm

Huisartsen vragen of het mogelijk gemaakt wordt om deze documenten elektronisch over te maken aan de controlearts.

4.4.5 Attest betreffende ongeschiktheid

Een vijfde aanbeveling heeft betrekking op de attesten betreffende ongeschiktheid.

Elke huisarts beschikt over eenvoudige getuigschriften om de afwezigheid van de patiënt wegens ziekte te wettigen. Op deze getuigschriften vermeldt de huisarts de naam van de patiënt, de periode van afwezigheid en de toestemming om al dan niet de woning te verlaten. Voor de meeste werknemers uit de privé-sector en scholieren volstaat dit attest. De situatie is echter anders bij de overheid. Elke overheidsdienst stelt immers een ander type attest voor. Vandaar dat huisartsen aanraden om alle "eigen" attesten van overheidsdiensten af te schaffen en uniforme attesten op te maken. Sommige huisartsen durven nog een stapje verder te gaan en vragen of het mogelijk is dat ook voor werknemers in dienst bij de overheid, net als voor de meeste andere werknemers, het eenvoudige attest betreffende ongeschiktheid kan volstaan.

4.4.6 Attest geschiktheid sport

Een zesde vereenvoudigingsvoorstel heeft te maken met het attest betreffende de geschiktheid om sport te beoefenen.

In het kader van de erkenning en subsidiëring van sportverenigingen zijn deze verenigingen verplicht om verzekeringspolissen die voldoen aan de minimumvoorwaarden die de Vlaamse regering vaststelt, af te sluiten.⁹⁸ Verzekeringsmaatschappijen vragen op hun beurt jaarlijks en meestal voor ieder lid van de sportvereniging een attest waarop huisartsen vermelden dat het lid medisch geschikt is om te sporten. Huisartsen vinden de opmaak van dit document echter niet zinvol. Zij zijn van mening dat het attest geen waarde heeft omdat er geen richtlijnen die verduidelijken wat de huisarts precies dient te onderzoeken, voorhanden zijn. Huisartsen stellen daarom voor dat er een specifieke vragenlijst om te beoordelen of iemand een bepaalde sport kan beoefenen, beschikbaar wordt gemaakt. Indien dit niet mogelijk is, vragen huisartsen de afschaffing van het attest.

⁹⁸ <http://reflex.raadvst-consetat.be/reflex/pdf/Mbbs/2001/09/14/72647.pdf>

4.4.7 Voorschrift voetverzorging

Een laatste suggestie voor administratieve vereenvoudiging betreft het afschaffen van het voorschrift voor voetverzorging voor niet-diabetespatiënten. Bepaalde mutualiteiten bieden, via de aanvullende ziekteverzekering, een financiële tegemoetkoming in de kosten van een bepaald aantal voetverzorgingen per jaar. De patiënt ontvangt deze tegemoetkoming op voorwaarde dat de huisarts de voetbehandeling voorschrijft. Op dat voorschrift verklaart de huisarts simpelweg dat de patiënt recht heeft op voetverzorging. De huisarts dient de toestand van de voeten niet te beschrijven, wat betekent dat de toestand van de voeten irrelevant is en in principe iedereen dus aanspraak maakt op de tegemoetkoming. Om deze reden stellen huisartsen dat het opmaken van het voorschrift voor voetverzorging niet waardevol is en vragen ze de afschaffing van deze verplichting.

4.5 Effect van een afname van de administratieve lasten

De inleiding van deze thesis vermeldde dat het probleem van de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen gezien moet worden als een probleem voor de patiënt. De informatieverplichtingen waaruit administratieve lasten voortvloeien, zorgen er namelijk voor dat huisartsen minder tijd kunnen besteden aan daadwerkelijke zorgverlening. Deze tijdsbeperking heeft vervolgens een negatieve invloed op de kwaliteit van de zorgverlening aan de patiënt.

Voorgaande vaststelling gaf aanleiding tot het formuleren van de zesde deelvraag, namelijk:

- Hoeveel extra zorguren worden beschikbaar indien de administratieve lasten met vijftientig procent afnemen? Hoeveel extra patiënten kan een huisarts in dit geval behandelen?

Om een antwoord te zoeken op de bovenstaande vraag, berekent dit onderdeel voor elke informatieverplichting eerst de totale tijd die een huisarts gemiddeld spendeert aan het uitvoeren van de bijhorende administratieve handelingen. Die totale tijd is het product van de parameters "tijd" en "periodiciteit". Bijlage 5 geeft een gedetailleerd overzicht van de berekeningen. De samenvattende tabel 7 toont dat elke huisarts gedurende een doorsnee kalenderjaar bijna 788 uren besteedt aan het uitvoeren van administratieve handelingen om te voldoen aan de 26 onderzochte informatieverplichtingen.

Tabel 7 geeft verder aan dat voor alle huisartsen in Vlaanderen het uitvoeren van administratieve handelingen om te voldoen aan de onderzochte informatieverplichtingen gemiddeld 3.647.686,06 uren in beslag neemt. Dit resultaat is het product van het aantal uren dat elke individuele huisarts gedurende een doorsnee kalenderjaar spendeert aan het uitvoeren van administratieve handelingen om te voldoen aan de onderzochte informatieverplichtingen (787,68125 uren) en 4.631 actoren. Dit vermenigvuldigt is het gewogen aantal actoren. Een berekening van dit gewogen aantal is noodzakelijk omdat het aantal actoren bij de informatieverplichting "klasseren van medische documenten" (2.850) afwijkt van het aantal actoren bij de andere informatieverplichtingen (6.130).

Tabel 7 toont de berekening van het gewogen aantal actoren. Het aandeel van de informatieverplichting "klasseren van medische documenten" in de totale tijd die een huisarts besteedt aan het uitvoeren van administratieve handelingen om te voldoen aan alle informatieverplichtingen, bedraagt 45,7%. Het aandeel van de overige

informatieverplichtingen is bijgevolg 54,3%. Het gewogen aantal huisartsen bedraagt dus 4.631.

Uit tabel 7 blijkt tot slot dat de 3.647.686,06 uren die alle huisartsen in Vlaanderen spenderen aan het stellen van administratieve handelingen om te voldoen aan de informatieverplichtingen eveneens berekend kan worden door het quotiënt van de totale omvang van de administratieve lasten en het uurtarief te nemen.

Tabel 7: Totale tijd besteed door huisartsen in Vlaanderen aan het uitvoeren van administratieve handelingen om te voldoen aan informatieverplichtingen gedurende een doorsnee kalenderjaar

Per huisarts in Vlaanderen	787,68125 uren
Alle huisartsen in Vlaanderen	3.647.686,06 uren (*)
(*) 787,68125 uren * 4.631 actoren <ul style="list-style-type: none"> • aandeel van informatieverplichting "klasseren van medische documenten": 45,7% (=360 uren/787,68125 uren) • aandeel van de overige informatieverplichtingen: 54,3% • gewogen aantal actoren: 45,7% * 2.850 actoren + 54,3% * 6.130 actoren = 4.631 actoren (*) of 383.007.036,56 euro/105 euro per uur (aangezien er geen out-of-pocketkosten of externe kosten zijn)	

(Bron: Katrien Verheyen (2009))

Vervolgens gaat dit onderdeel na hoeveel extra zorguren beschikbaar worden indien de totale administratieve lasten met vijftwintig procent afnemen. Tabel 8 geeft aan dat bij een daling van de totale administratieve lasten met vijftwintig procent (25% van 383.007.036,56 euro of 95.751.759,14 euro) voor alle huisartsen in Vlaanderen 911.921,5 bijkomende zorguren beschikbaar worden. In dit geval beschikt elke huisarts over 196,92 extra zorguren. In de veronderstelling dat huisartsen gedurende een raadpleging van één uur gemiddeld vier patiënten kunnen ontvangen, komt dit neer op het behandelen van bijna 788 extra patiënten per jaar.

Tabel 8: Aantal extra zorguren door administratieve lastenverlaging

	Administratieve last	Tijdsbesteding per huisarts	Tijdsbesteding van alle huisartsen
Initieel	383.007.036,56 euro	787,68125 uren	3.647.686,06 uren
Afname	25% van 383.007.036,56 euro of 95.751.759,14 euro	25% van 787,68125 uren of 196,92 uren	25% van 3.647.686,06 uren of 911.921,5 uren

(Bron: Katrien Verheyen (2009))

Bij de berekening van het aantal bijkomende zorguren veronderstelt dit onderdeel dat bij elk van de 26 informatieverplichtingen de bijhorende administratieve lasten afnemen met vijftientig procent. Het lijkt echter interessanter een meer realistisch scenario te bekijken.

Dergelijk scenario bestaat bijvoorbeeld uit het leveren van inspanningen voor administratieve vereenvoudiging uitsluitend bij de informatieverplichting "getuigschrift voor verstrekte hulp". Volgens onderdeel 4.4 kan de procedure bij dit document vereenvoudigd worden indien een elektronische gegevensstroom het papieren getuigschrift voor verstrekte hulp zou vervangen. In de praktijk zou de patiënt zijn SIS-kaart of zijn eID in een kaartlezer kunnen plaatsen waarna de huisarts met zijn eigen eID een digitale handtekening op het elektronisch getuigschrift plaatst. Deze procedure is vergelijkbaar met het uitvoeren van een elektronische betaling.

Tabel 9 laat zien dat, indien de tijd die de nieuwe procedure in beslag zou nemen, gereduceerd kan worden tot 7 à 8 seconden (0,12680 minuten), de administratieve lasten die voortvloeien uit de informatieverplichting nog 8.841.365,86 euro zullen bedragen. Vergeleken met de gegevens van de initiële administratieve lastenmeting betekent dit dat de administratieve lasten die voortvloeien uit deze informatieverplichting kunnen afnemen met 95.751.759,14 euro. Dit bedrag is inderdaad vijftientig procent van de totale initiële administratieve lasten. Tabel 9 geeft verder aan dat bij de uitvoering van dit vereenvoudigingsvoorstel elke huisarts op jaarbasis over bijna 150 extra zorguren zal kunnen beschikken. Verondersteld dat huisartsen gedurende een raadpleging van één uur gemiddeld vier patiënten kunnen ontvangen, betekent dit dat elke huisarts jaarlijks bijna 600 extra patiënten kan behandelen.

Tabel 9: Effect administratieve vereenvoudiging van de procedure bij het getuigschrift voor verstrekte hulp

Omschrijving informatieverplichting		Parameters					Administratieve Lasten
Omschrijving handelingen	Tijd (min)	Uurtarief	Externe kost	Aantal actoren	Periodiciteit		
Getuigschrift voor verstrekte hulp							
Initieel							
1.1	invullen getuigschrift voor verstrekte hulp	1,5	€ 105	€ 0	6.130	6.500	€ 104.593.125,00
TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING							€ 104.593.125,00
TOTAAL ADMINISTRATIEVE LASTEN							€ 383.007.036,56
Getuigschrift voor verstrekte hulp							
Na vereenvoudiging							
1.1	elektronische procedure	0,12680	€ 105	€ 0	6.130	6.500	€ 8.841.365,86
TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING							€ 8.841.365,86
TOTAAL ADMINISTRATIEVE LASTEN							€ 287.255.277,42
		Initieel	Na vereenvoudiging		Vershil		
Totaal administratieve lasten		€ 383.007.036,56	€ 287.255.277,42		€ 95.751.759,14 of 25% van 383.007.036,56		
Tijdsbesteding "getuigschrift voor verstrekte hulp"		1,5 minuut * 6.500 = 9.750 minuten	0,12680 minuten * 6.500 = 824,2 minuten		8.925,8 minuten of 148,77 uren		

(Bron: Katrien Verheyen (2009))

Hoofdstuk 5: Conclusies

Dit hoofdstuk presenteert de voornaamste besluiten omtrent de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat de administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen in een doorsnee kalenderjaar 383.007.036,56 euro bedragen. Bijna negentig procent van deze lasten wordt veroorzaakt door een relatief beperkt aantal van de onderzochte informatieverplichtingen (twintig procent of 5 van de 26).

De informatieverplichting die zorgt voor de hoogste administratieve lasten is het "klasseren van medische documenten". Daarna vormt het getuigschrift voor verstrekte hulp de meest belastende verplichting. Op de derde plaats komt de verplichting "aanvraag terugbetaling van geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV", gevolgd door het "Formulier 3+4". Het attest betreffende ongeschiktheid vervolledigt de top vijf van de informatieverplichtingen die hoge administratieve lasten genereren.

Deze resultaten van de administratieve lastenmeting vormen meteen ook de basis voor het formuleren van voorstellen voor administratieve vereenvoudiging. Een eerste reeks van vereenvoudigingsvoorstellen heeft betrekking op de verplichting "klasseren van medische documenten". Bij deze verplichting kan een geleidelijke overschakeling op het EMD zorgen voor een reductie van de administratieve lasten. Hoofdstuk 4 haalt aan dat de volledige informatisering van medische documenten echter nog toekomstmuziek is. Daarom kan, in afwachting van die informatisering, een uitbreiding en versoepeling van de Impulseo II maatregel een oplossing bieden. Dergelijke aanpassing kan er meer bepaald voor zorgen dat het aanstellen van administratieve medewerkers, die onder meer klasseerwerk kunnen verrichten, voor meer huisartsen financieel haalbaar wordt.

Daarnaast formuleert hoofdstuk 4 een vereenvoudigingsmaatregel bij het getuigschrift voor verstrekte hulp. De procedure bij dit getuigschrift kan vereenvoudigd worden door het vervangen van het papieren getuigschrift voor verstrekte hulp door een elektronische procedure. Het is niet ondenkbaar dat de implementatie van dit voorstel zal samengaan met een uitbreiding van de toepassing van de derdebetalersregeling.

Hoofdstuk 4 berekent dat bij de implementatie van dit vereenvoudigingsvoorstel een administratieve lastenverlaging van vijftientwintig procent gerealiseerd kan worden. In de praktijk betekent dit dat elke huisarts op jaarbasis over bijna 150 extra zorguren kan beschikken of bijna 600 extra patiënten kan behandelen.

Verder geeft hoofdstuk 4 een beschrijving van het systeem omtrent de geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV. Huisartsen zien slechts één oplossing voor de administratieve lasten die voortvloeien uit het aanvragen van de terugbetaling van deze geneesmiddelen. Huisartsen pleiten namelijk voor de afschaffing van Hoofdstuk IV. Deze vraag van de huisartsen zal en kan niet onmiddellijk worden ingewilligd omdat de problematiek van de geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV nu eenmaal zeer complex is. Vandaar dat het wenselijk is om reeds op korte termijn maatregelen te nemen. Voorbeelden van dergelijke tussentijdse maatregelen zijn het verlagen van de periodiciteit, het herzien en aanpassen van de wettelijke bepalingen met betrekking tot het aantal toegelaten terugbetaalde verpakkingen en het up-to-date houden van de huisartsen met betrekking tot de geldende wetgeving inzake de terugbetaling van geneesmiddelen.

Betreffende de vierde meest belastende informatieverplichting, "Formulier 3+4", oppert hoofdstuk 4 het voorstel om de beschrijving van de zelfredzaamheid te laten uitvoeren door de patiënt zelf, de thuisverplegers of de sociaal assistenten. Dit voorstel impliceert wel dat de huisartsen een deel van de administratieve rompslomp zullen doorschuiven naar de patiënt zelf of de vernoemde zorgverleners. Verder is het wenselijk de verplichting tot het toevoegen van documenten bij het indienen van het formulier af te schaffen. Tot slot kunnen de documenten die de huisarts verzamelt indien de patiënt, in het kader van het indienen van het "Formulier 3+4", op controle moet bij een Medische dienst van de DG Personen met een handicap, beter elektronisch overgemaakt worden aan de controlearts.

Ten vijfde adviseert hoofdstuk 4 om alle "eigen" attesten betreffende ongeschiktheid van overheidsdiensten af te schaffen en te vervangen door uniforme attesten. Eventueel zou het ook mogelijk gemaakt kunnen worden dat ook voor werknemers in dienst bij de overheid, net als voor de meeste andere werknemers, het eenvoudige attest betreffende ongeschiktheid kan volstaan.

Hoofdstuk 4 raadt verder aan het voorschrift voor voetverzorging voor niet-diabetespatiënten af te schaffen. Indien er geen specifieke vragenlijst kan worden opgemaakt om te beoordelen of een patiënt al dan niet geschikt is om te sporten, vragen de huisartsen tevens de afschaffing van het attest betreffende de geschiktheid om sport te beoefenen.

Tot slot volgt nog een kritische noot betreffende de beperking van dit onderzoek. De voorstellen voor administratieve vereenvoudiging die onderdeel 4.4 presenteerde, zijn

geformuleerd op basis van gesprekken met huisartsen. Andere belangrijke actoren uit de zorgsector zoals onder meer mutualiteiten en het RIZIV werden niet betrokken bij het voorstellen van vereenvoudigingsmaatregelen. Deze vaststelling vormt meteen de beperking van dit onderzoek. Nochtans bracht onderdeel 4.4 bij een aantal vereenvoudigingsvoorstellen de gevolgen ervan voor andere actoren in kaart.

De belangrijkste reden voor het consulteren van slechts één groep van actoren uit de zorgsector is het feit dat de huisartsen het makkelijkst bereikbaar zijn. Verder droeg ook de tijdsbeperking bij dit onderzoek ertoe bij dat enkel de huisartsen bevroegd werden.

Opdat administratieve vereenvoudiging in de praktijk zou kunnen plaatsvinden is het echter noodzakelijk overleg over mogelijke vereenvoudigingsingrepen tussen de verschillende betrokken partijen te organiseren. De voorgestelde vereenvoudigingsmaatregelen vormen evenwel een goed vertrekpunt om dergelijk overleg op te starten.

Lijst van geraadpleegde werken

Backx, P. (2008, 26 september). Een kafkatest in de medicomut. *Artsenkrant*, 1943, 2.

Bex, P.M.H.H, van den Hurk, J.J.F.M., & Sterrenburg, J.P. (2008). *Meting lasten huisartsen: Onderzoek naar de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen*. Opgevraagd op 30 september, 2008, via http://www.nza.nl/7113/10118/44855/Eindrapportage_Meting_Laste1.pdf.

Bijlage 1 bij het Koninklijk besluit tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, Hoofdstuk IV: Vergoedingsvoorwaarden voor de aangenomen specialiteiten op advies van de adviserend geneesheer, §1070000, gepubliceerd op 29 december 2001, gewijzigd op 13 juni 2006. Opgevraagd op 19 maart, 2009, via http://www.riziv.fgov.be/inami_prd/ssp/cns2/pages/RefundingCondition.asp?qs_SpcCod=00229564&qs_SpcNam=DAKAR&qs_Chp=IV&qs_Prg=1070000.

Bijlage 1 bij het Koninklijk besluit tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, Hoofdstuk IV: Vergoedingsvoorwaarden voor de aangenomen specialiteiten op advies van de adviserend geneesheer, §2430000, gepubliceerd op 29 december 2001, gewijzigd op 18 december 2006. Opgevraagd op 19 maart, 2009, via http://www.riziv.fgov.be/inami_prd/ssp/cns2/pages/RefundingCondition.asp?qs_SpcCod=00477522&qs_SpcNam=COZAAR&qs_Chp=IV&qs_Prg=2430000.

Bourgeois, G. (2008). *Mededeling aan de Vlaamse regering: Eindrapporten nulmetingen van administratieve lasten van de voortrekkers*. Opgevraagd op 25 september, 2008, via http://www.wetsmatiging.be/downloads/20081306_med_eindrapporten_nulmetingenvoortrekkers.pdf.

Bunnens, R. (2007, 30 oktober). De papierberg. *Artsenkrant*, 1870, 22.

Cordova-Novion, C., & Jacobs, S. (2004). *Regulatory management and administrative simplification in Belgium and Flanders, Washington*. Opgevraagd op 2 oktober, 2008, via <http://www.ond.vlaanderen.be/vereenvoudiging/pdf/DoorlichtingWetsmatigingVlaanderen2004.pdf>.

Decreet houdende de regeling van de erkenning en subsidiëring van de Vlaamse sportfederaties, de koepelorganisatie en de organisaties voor de sportieve vrijetijdsbesteding, artikelen 5 en 48, gepubliceerd op 14 september 2001. Opgevraagd op 7 april, 2009, via <http://reflex.raadvst-consetat.be/reflex/pdf/Mbbs/2001/09/14/72647.pdf>.

Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (z.d.). *De resultaten*. Opgevraagd op 30 oktober, 2008, via <http://www.kafka.be/doc/1220625209-3997.pdf>.

Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (2008). *Gedeelde verantwoordelijkheid*. Opgevraagd op 28 oktober, 2008, via <http://www.dav.be/showpage.php?iPageID=227&sLangCode=NL>.

Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (2007). *Het Kafka-boek: Vier jaar strijd tegen bureaucratie*. Opgevraagd op 28 oktober, 2008, via <http://www.dav.be/doc/1180607293-4684.pdf>.

Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (2008). *Het Kafka-meetmodel: Praktische handleiding voor het meten van administratieve lasten*. Opgevraagd op 30 oktober, 2008, via <http://www.dav.be/doc/1220623995-9671.pdf>.

Dienst voor de Administratieve Vereenvoudiging (2008). *Wat is administratieve vereenvoudiging*. Opgevraagd op 28 oktober, 2008, via <http://www.dav.be/showpage.php?iPageID=224&sLangCode=NL>.

Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV (2007). *Enquête informatisering praktijkvoerende huisartsen*. Opgevraagd op 10 maart, 2009, via http://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctors/promotion-quality/study_computer/pdf/study_computer.pdf.

Dienst Wetsmatiging (2007). *Eenvoud binnen handbereik: Ondersteuning voor Vlaamse ambtenaren op het vlak van reguleringsmanagement*. Opgevraagd op 25 oktober, 2008, via http://www.wetsmatiging.be/downloads/Eenvoud_binnen_handbereik.pdf.

Directie-generaal Personen met een handicap (2005). *Handi Flash: De nieuwsbrief van de DG Personen met een handicap van de FOD Sociale Zekerheid*. Opgevraagd op 20 maart, 2009, via http://handicap.fgov.be/handiflash/nl/archief/handiflash_03_nl.htm.

Ehealth-platform (2008). *Euthanasie*. Opgevraagd op 10 oktober, 2008, via <https://www.behealth.be/behealth/goTo.do?sva.action&service=euthanasie>.

Federaal Planbureau (2007). *De administratieve lasten in België voor het jaar 2006*. Opgevraagd op 12 oktober, 2008, via <http://www.dav.be/doc/1202318568-8108.pdf>.

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2008). *Beroepsbeoefenaars van gezondheidsberoepen in België: Jaarstatistieken per 31/12/2007*. Opgevraagd op 14 november, 2008, via https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/GEZONDHEIDZORG1_MENU/PLANNINGORGANISATIE1_MENU/CONTIGENTERINGENPLANNING1_MENU/STATISTIQUESANNUELLES1_HIDE/STATISTIQUESANNUELLES1_DOCS/STATAN2007_NL.PDF.

Kenniscel Wetsmatiging (2006). *Metten om te weten: Leidraad voor het meten van administratieve lasten*. Opgevraagd op 25 september, 2008, via http://www.wetsmatiging.be/downloads/Handleiding_Metenomteweten_herwerkteversie_jan2006.pdf.

Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de artsen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers, artikel 2-4, gepubliceerd op 21 februari 2003, gewijzigd op 31 oktober 2008. Opgevraagd op 7 april, 2009, via <http://reflex.raadvst-consetat.be/reflex/pdf/Mbbs/2003/02/21/79974.pdf>.

Koninklijk besluit tot uitvoering van het artikel 53, §1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 6, gepubliceerd op 28 oktober 1986, gewijzigd op 5 augustus 2006. Opgevraagd op 18 maart, 2009, via http://www.vlaamsartsensyndicaat.be/uploads/b195_ziv--kb-10-10-1986--derdebetalersregeling102521.pdf.

Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 15 september 2006 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan, gepubliceerd op 3 september 2008. Opgevraagd op 23 maart, 2009, via <http://reflex.raadvst-consetat.be/reflex/pdf/Mbbs/2008/09/03/110418.pdf>.

Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (z.d.). *Wilsverklaring inzake euthanasie: Volledig geautomatiseerde procedure*. Opgevraagd op 10 oktober, 2008, via http://www.ksz.fgov.be/newsletter/CBSSnewsletter_70_NL_content.html.

Lindholm, L.H., Ibsen, H., Dahlöf, B., Devereux, R.D., Beevers, G., de Faire, U., Fyhrquist, F., Nieminen, M.S., Arbor, A., Julius, S., Kjeldsen, S.E., Kristiansson, K., Lederballe-Pedersen, O., Omvik, P., Oparil, S., Wedel, H., Aurup, P., Edelman, J., & Snapinn, S. (2002, 23 maart). Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): A randomised trial against atenolol. *The Lancet*, 359, 1004.

Marneffe, W. (2006). *Economische analyse van het effect van de compensatieregeling op de administratieve lasten*. Opgevraagd op 12 augustus, 2008, via <https://doclib.uhasselt.be/dspace/handle/1942/1130>.

Ministerieel besluit betreffende de parkeerkaart voor mensen met een handicap, artikel 4, gepubliceerd op 21 mei 1999. Opgevraagd op 16 maart, 2009, via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1999050750&table_name=wet.

Ministerieel besluit tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen, artikel 1-14, gepubliceerd op 27 februari 2006. Opgevraagd op 14 november, 2008, via <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/api2.pl?lg=nl&pd=2006-02-27&numac=2006022199>.

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (2008). *Jaarverslag 2007*. Opgevraagd op 14 november, 2008, via <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/statistics/health/2007/pdf/statisticshealth2007all.pdf>.

Roberfroid, D., Stordeur, S., Camberlin, C., Van de Voorde, C., Vrijens, F., & Léonard, C. (2008). *Het aanbod van artsen in België: Huidige toestand en toekomstige uitdagingen*. Opgevraagd op 14 november, 2008, via http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=10547.

Standard Cost Model Network (2005). *International Standard Cost Model Manual: Measuring and reducing administrative burdens for businesses*. Opgevraagd op 28 oktober, 2008, via <http://www.oecd.org/dataoecd/32/54/34227698.pdf>.

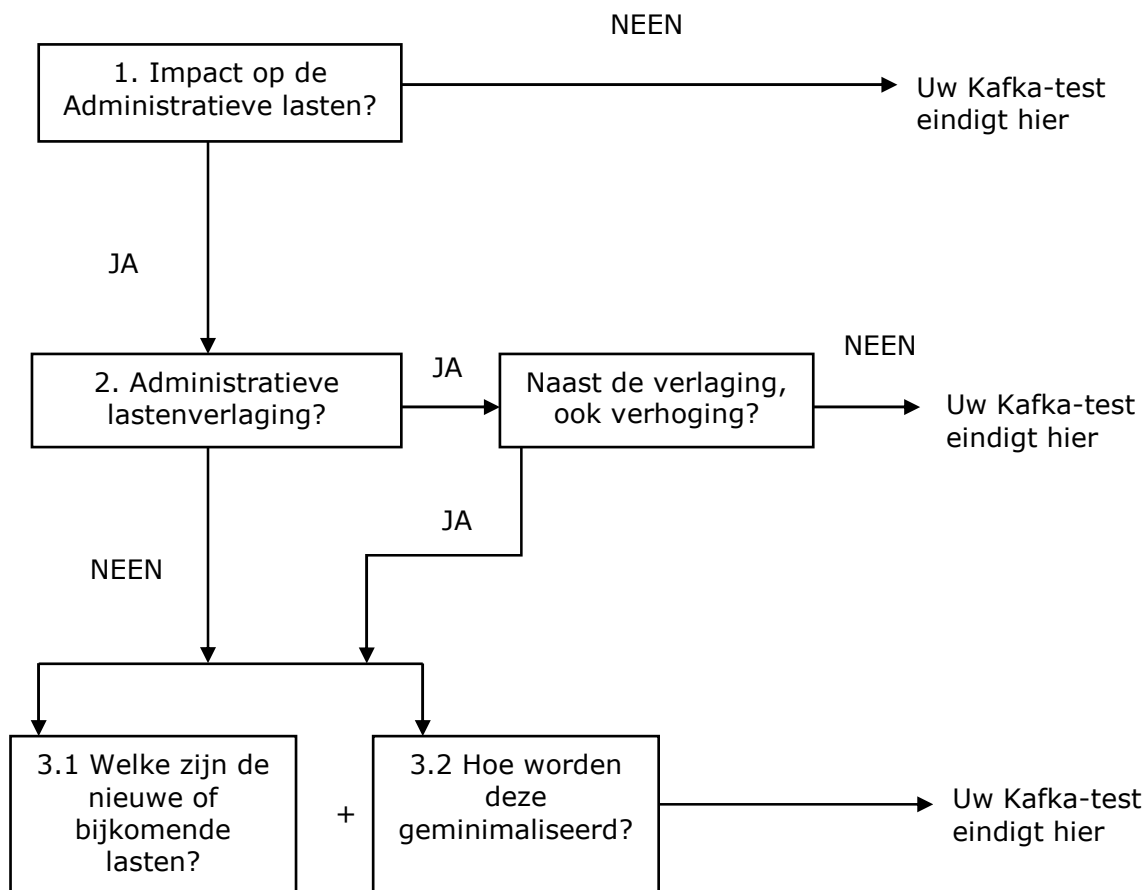
Steurs, G., Van Der Beken, W., Nijssen, A., Regter, G., Neerscholten, B., & Jansen, M. (2003). *Meetmethode Administratieve Lasten: Eindrapport*. Opgevraagd op 2 november, 2008, via <http://www.ond.vlaanderen.be/vereenvoudiging/pdf/EindrapportALKenniscel2003.pdf>.

Tegenbos, G. (2009, 11 april). België heeft 9.259 'werkende' huisartsen. *De Standaard*. Opgevraagd op 15 april, 2009, via <http://www.standaard.be/Artikel/Detail.aspx?artikelId=VD28TOOT&word=huisartsen>.

Van Quickenborne, V. (2004). *Leidraad voor de Kafka-test*. Opgevraagd op 27 oktober, 2008, via <http://www.kafka.be/doc/1108488458-9866.pdf>.

VWS-commissie administratieve lasten in de zorg (2006). *Een kwestie van vertrouwen: Over transparantie en verantwoord en in de zorg en het terugdringen van administratieve lasten*. Opgevraagd op 30 oktober, 2008, via http://www.ggzbeleid.nl/pdfmacro/vws_rapport_kwestievanvertrouwen_0601.pdf.

Bijlage 1: Kafka-test



(Bron: Van Quickenborne V. (2004), Leidraad voor de Kafka-test, Brussel: 8)

Bijlage 2: Ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

21 FEBRUARI 2006. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen

De Minister van Volksgezondheid, Gelet op het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, inzonderheid op artikel 35sexies, ingevoegd bij de wet van 19 december 1990; Gelet op het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, inzonderheid op artikel 1, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 juni 1993, 8 november 1995, 11 april 1999, 15 oktober 2001, 17 februari 2002, 17 februari 2005 en 10 augustus 2005; Gelet op het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor de erkenning van geneesheren-specialisten en huisartsen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 13 maart 1985, 12 augustus 1985, 13 juni 1986, 16 maart 1999 en 26 mei 1999; Gelet op het ministerieel besluit van 3 mei 1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen; Gelet op het ministerieel besluit van 16 november 2005 tot vaststelling van de lijst van diploma's, certificaten en andere titels van arts afgeleverd door de lidstaten van de Europese Unie; Gelet op het ministerieel besluit van 16 november 2005 tot vaststelling van de lijst van diploma's, certificaten en andere titels van huisarts afgeleverd door de lidstaten van de Europese Unie; Gelet op het ministerieel besluit van 16 november 2005 tot vaststelling van de lijst van diploma's, certificaten en andere titels van geneesheer-specialist afgeleverd door de Lidstaten van de Europese Unie; Gelet op het advies van de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van Huisartsen, gegeven op 15 juni 2005; Gelet op het advies n° 38.743/3 van de Raad van State, gegeven op 20 oktober 2005,

Besluit:

HOOFDSTUK I. - Kwalificatiecriteria voor het bekomen van de erkenning en van de bijzondere beroepstitel van huisarts

Art. 1. Iedereen die de erkenning en de bijzondere beroepstitel van huisarts wenst te bekomen, dient houder te zijn van een door de bevoegde Belgische overheid uitgereikt diploma, certificaat of ander bewijsstuk dat een specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde bekrachtigt. De specifieke opleiding bedoeld in lid 1 beantwoordt aan de doelstellingen vastgelegd in de bijlage en aan de voorwaarden bepaald in de artikelen 2 tot 8.

Art. 2. De specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde bedraagt ten minste drie jaar en omvat een theoretisch gedeelte en een praktisch gedeelte. Het praktische gedeelte bestaat uit een doorlopend programma bestaat van door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft erkende stages in een of meer ziekenhuisdienst(en), relevant voor de opleiding van huisartsen, en in één of meer praktijk(en) van stagemeesters in de huisartsgeneeskunde. Deze specifieke opleiding is alleen toegankelijk nadat ten minste zes studiejaren van de opleiding die leidt tot het behalen van het diploma van arts, voltooid en gevalideerd zijn.

Art. 3. Om erkend te worden en de bijzondere beroepstitel van huisarts te voeren, loopt de kandidaat-huisarts stages overeenkomstig de hiernavolgende bepalingen. De stages in de praktijken van huisartsen, erkend als stagemeeester door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, of in de ziekenhuisdiensten, erkend voor opleiding van kandidaat-huisartsen door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, worden voltijds uitgeoefend of deeltijds, overeenkomstig de bepalingen van artikel 3 van het ministerieel besluit van 16 november 2005 tot vaststelling van de lijst van diploma's, certificaten en andere titels van huisarts afgeleverd door de Lidstaten van de Europese Unie. Wanneer het eerste jaar huisartsopleiding gevolgd wordt tijdens het zevende jaar van de opleidingscyclus die leidt tot het behalen van het diploma van arts, bestaat deze opleiding, overeenkomstig de bepalingen van artikel 2, § 1, 1^o, c) van het ministerieel besluit van 16 november 2005 tot vaststelling van de lijst van diploma's, certificaten en andere titels van huisarts afgeleverd door de lidstaten van de Europese Unie, enerzijds uit zes maanden stage relevant voor de opleiding van een huisarts in door de bevoegde overheid erkende ziekenhuisdiensten voor kandidaat-huisartsen en anderzijds uit zes maanden op de praktijk gerichte opleiding met stages in een door de bevoegde overheid erkende huisartsenpraktijk. Deze zes maanden komen overeen met 30 ECTS-studiepunten (ECTS = Europees systeem voor de overdracht en de accumulatie van studiebelastingpunten).

Art. 4. Om de stages na de machtiging tot uitoefening van de geneeskunde te kunnen aanvatten of voortzetten, legt de kandidaat-huisarts het bewijs voor dat hij actief en met vrucht een specifiek theoretisch onderricht in de huisartsgeneeskunde gevolgd heeft dat gericht is op het behalen van de eindtermen, zoals omschreven in de bijlage, en dat minimaal 8 ECTS-punten omvat. Komt enkel in aanmerking het specifieke onderricht dat wordt georganiseerd door een instelling van universitair onderwijs in het kader van de specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde.

Art. 5. Tijdens de stages na de machtiging tot uitoefening van de geneeskunde, neemt de kandidaathuisarts deel aan ten minste 40 uur seminars per jaar onder leiding van een door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft erkende stagemeeester in de huisartsgeneeskunde. Deze seminars zorgen voor de pedagogische begeleiding van de stages. De kandidaat legt er medische problemen voor en bespreekt die in groep. Komen enkel in aanmerking de seminars georganiseerd door een instelling van universitair onderwijs.

Art. 6. De stages verricht, na de machtiging tot uitoefening van de geneeskunde, in ziekenhuisdiensten die erkend zijn voor huisartsopleiding door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, mogen in totaal niet meer dan één jaar bedragen en niet langer dan zes maanden duren in éénzelfde dienst. Deze stages omvatten de aspecten van het klinisch werk relevant voor de huisartsgeneeskunde. Tijdens de verdere opleiding, worden de stages verricht in een of meer praktijken van door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft erkende stagemeeesters in de huisartsgeneeskunde.

Art. 7. Tijdens de stages verricht na de machtiging tot uitoefening van de geneeskunde in de praktijk van een door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft erkende stagemeeester in de huisartsgeneeskunde of in een door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft erkend centrum voor eerstelijnszorg, oefent de kandidaat-huisarts de huisartsgeneeskunde voltijds uit of deeltijds,

overeenkomstig de bepalingen van artikel 3 van het ministerieel besluit van 16 november 2005 tot vaststelling van de lijst van diploma's, certificaten en andere titels van huisarts afgeleverd door de Lidstaten van de Europese Unie, en beschikt over een goed uitgeruste praktijkruimte, legt dossiers aan over de patiënten en houdt ze bij, en neemt deel aan de verstrekking van de gezondheidszorg in het kader van de plaatselijke wacht die beantwoordt aan de bepalingen van artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en aan de bepalingen van artikel 5 van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen.

Art. 8. De kandidaat-huisarts, in opleiding in de praktijk van een stagemeeester die erkend is in de huisartsgeneeskunde door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, bericht minimaal 120 uren huisartsenwachtdiensten per jaar, georganiseerd en geattesteerd zoals gepreciseerd in artikel 10, 4°. Het attest dat het aantal uren verrichte wachten vermeldt, wordt door de verantwoordelijke van de plaatselijke wachtdienst ondertekend en wordt gevoegd bij de documenten die op het einde van elk jaar opleiding ingediend worden. De kandidaat-huisarts kan geen wacht alleen vervullen zonder toezicht van zijn stagemeeester. Dit toezicht gebeurt zoals hieronder bepaald :

1° Wanneer de kandidaat-huisarts in afspraak met en onder toezicht van zijn stagemeeester alleen de wacht verricht, is de stagemeeester, ten minste telefonisch, op elk ogenblik beschikbaar;

2° Bij afwezigheid van de stagemeeester kan deze het toezicht, zoals hierboven bepaald, toevertrouwen aan een andere stagemeeester waarvan de naam is opgegeven in de opleidingsovereenkomst en medegedeeld aan de verantwoordelijke van de wachtdienst.

Art. 9. Een deeltijdse specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde kan toegestaan worden door erkenningscommissie van huisartsen, indien deze conform artikel 3 van het ministerieel besluit van 16 november 2005 tot vaststelling van de lijst van diploma's, certificaten en andere titels van huisarts afgeleverd door de Lidstaten van de Europese Unie verloopt en indien deze beantwoordt aan de voorwaarden uitgevaardigd door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

HOOFDSTUK II. - Criteria voor het behoud van de erkenning als en van de bijzondere beroepstitel van huisarts

Art. 10. Om de erkenning als huisarts en de bijzondere beroepstitel van huisarts te behouden oefent de huisarts de huisartsgeneeskunde uit conform de volgende criteria :

1° De erkende huisarts verstrekt de zorgen eigen aan de huisartsgeneeskunde waarvan de inhoud, enkel en alleen refererend naar wetenschappelijk onderbouwde praktijken, wordt bepaald door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. De erkende huisarts verstrekt deze zorgen zowel thuis bij de patiënt als in zijn consultatieruimte en behandelt de patiënten zonder enige vorm van discriminatie;

2° De erkende huisarts deelt het adres van de praktijkruimte(n), de lijst van de huisartsen die daar werken, alsmede alle nuttige en geactualiseerde administratieve gegevens mee aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Deze neemt de gegevens op in de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen, met toepassing van artikel 35quaterdecies van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Elke wijziging van die gegevens wordt binnen drie maanden medegedeeld aan bovengenoemde Federale Overheidsdienst;

3° De erkende huisarts legt op gepaste wijze medische dossiers over zijn patiënten aan en houdt die bij. Het bijhouden van het globaal medisch dossier van de patiënt, zoals bedoeld in de regelgeving met betrekking tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering, met name in het koninklijk besluit van 9 maart 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, kan beschouwd worden als een element van verificatie van deze erkenningsvoorwaarde;

4° De erkende huisarts neemt deel aan de verstrekking van de gezondheidszorg in het kader van de plaatselijke wacht die beantwoordt aan de bepalingen van artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en aan de bepalingen van artikel 5 van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen;

De erkende huisarts neemt deel aan de wacht van huisartsen georganiseerd door de huisartsenkringen, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan de huisartsenkringen;

5° De erkende huisarts staat in voor de continuïteit van de zorg verleend aan de patiënten die hij behandelt overeenkomstig artikel 8, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen : in het kader van de relatie met zijn patiënten, neemt de huisarts alle maatregelen om ervoor te zorgen dat hun diagnostische en therapeutische beleid zonder onderbreking wordt voortgezet. In die tijdsperiodes waarin geen huisartsenwachtdienst beschikbaar is, neemt de erkende huisarts de noodzakelijke maatregelen om de continuïteit van de zorgverlening voor zijn patiënten die hij behandelt, te organiseren;

6° De erkende huisarts staat in voor de permanentie van de zorg. De permanentie betekent voor de patiënten de toegang tot huisartsgeneeskundige zorgverlening gedurende de normale uren van de dienstverlening, zoals bepaald in het kader van de nomenclatuur voor huisartsen van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. De huisartsgeneeskunde kan voltijds of deeltijds uitgeoefend worden. Indien de erkende huisarts de huisartsgeneeskunde in de regel deeltijds uitoefent, dient de huisarts geschreven samenwerkingsakkoorden met andere huisartsen van zijn huisartsenzone af te sluiten om de permanente toegang tot huisartsgeneeskunde te verzekeren. Wanneer geschreven samenwerkingsakkoorden gesloten zijn in het kader van een netwerk of van een groepspraktijk, worden die akkoorden, door middel van een vooraf vastgesteld formulier, medegedeeld aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu om geïntegreerd en bijgehouden te worden in de federale databank van de gezondheidszorgberoepen;

7° Minstens één keer in de loop van vijf opeenvolgende jaren, totaliseert de erkende huisarts individueel ten minste 500 patiëntcontacten per jaar. Onder patiëntcontact wordt verstaan een huisbezoek, een consultatie in de praktijkruimte of een medisch advies dat aanleiding heeft gegeven tot een getuigschrift van verstrekte zorg. De verificatie van deze contacten wordt gerealiseerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of door elke andere instelling die het bewijs van zorgverstrekking kan leveren.

8° De erkende huisarts onderhoudt en ontwikkelt geregeld zijn kennis, vakbekwaamheid en medische prestatie zodat de verstrekking van de gezondheidszorg in de huisartsgeneeskunde overeenstemt met de actuele gegevens van de wetenschap. Het bewijs van de accreditering die in het kader van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering georganiseerd wordt, kan als element van verificatie gelden. Bij ontstentenis daarvan bezorgt de huisarts zelf de elementen van verificatie die

overeenstemmen met 20 uren permanente vorming per jaar die door erkenningscommissie van huisartsen erkend zijn.

HOOFDSTUK III. - Bijzondere situaties en verworven rechten

Art. 11. De artsen die erkend zijn als geneesheer-specialist overeenkomstig bovengenoemd koninklijk besluit van 21 april 1983 of overeenkomstig het ministerieel besluit van 16 november 2005 tot vaststelling van de lijst van diploma's, certificaten en andere titels van geneesheerspecialist afgeleverd door de Lidstaten van de Europese Unie, kunnen erkend worden als huisarts op voorwaarde dat ze voldoen aan artikel 1. In afwijking van artikel 2, eerste lid, kan de duur van de opleiding tot huisarts korter zijn dan drie jaar. In elk geval lopen zij ten minste twee jaar stage in de praktijk van een huisarts erkend als stagemeester door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft of in een door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft erkend centrum voor eerstelijnszorg. In dat geval is voor het verkrijgen van de erkenning als huisarts vereist dat de kandidaat zijn erkenning als geneesheer-specialist verzaakt.

Art. 12. De artsen die een opleiding leidend tot een titel van geneesheer-specialist gevolgd hebben overeenkomstig bovengenoemd koninklijk besluit van 21 april 1983, kunnen eveneens erkend worden op voorwaarde dat ze voldoen aan artikelen 1 tot en met 8. In afwijking van artikel 6 kan een vermindering van zes maanden stage in een ziekenhuisdienst, erkend voor de opleiding van kandidaat-huisartsen door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, toegestaan worden, op voorwaarde echter dat de kandidaat-specialist ten minste twee jaar stage heeft gelopen in het kader van zijn goedgekeurd stageplan voor de opleiding leidend tot een titel van geneesheer-specialist en dat de gevolgde opleiding een bijzondere beroepstitel, met uitzondering van de titel van huisarts, betreft, voorzien in artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde.

Art. 13. § 1. Volgens de voorwaarden vastgesteld door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, kan van de artikelen 2 tot en met 8 afgeweken worden voor de artsen die :

1° als arts-coöperant in een ontwikkelingsland hebben gewerkt;

2° een gedeeltelijke opleiding in de huisartsgeneeskunde gevolgd hebben in een Lidstaat van de Europese Unie of in een land waarmee België een bilateraal akkoord heeft afgesloten;

3° onderzoek verricht hebben omtrent de huisartsgeneeskunde in het kader van een onderzoeksmandaat;

4° medische nevenactiviteiten uitgeoefend hebben binnen hun huisartsenopleiding.

§ 2. De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft stelt de voorwaarden vast volgens dewelke de kandidaat-huisartsen stages kunnen lopen in de praktijk van een stagemeester die een verwante is.

HOOFDSTUK IV. - Overgangs- en slotbepalingen

Art. 14. In afwijking van artikelen 2 tot en met 8, kunnen eveneens erkend worden de artsen die in België ingeschreven zijn op de lijst van de Orde der Geneesheren, die de huisartsgeneeskunde uitoefenen overeenkomstig artikel 10 en die :

- ofwel over een getuigschrift van aanvullende opleiding, beëindigd op uiterlijk 31 december 1977, beschikken, uitgereikt door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;
- ofwel een door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, in het verleden erkende aanvullende opleiding in de huisartsgeneeskunde voltooid hebben, die niet beantwoordt aan de voorschriften van artikel 1;
- ofwel op 31 december 1994, het recht hadden als arts de huisartsgeneeskunde in België uit te oefenen in het kader van het stelsel van de sociale zekerheid krachtens artikel 5 van het ministerieel besluit van 16 november 2005 tot vaststelling van de lijst van diploma's, certificaten en andere titels van huisarts afgeleverd door de lidstaten van de Europese Unie.

Art. 15. De artsen die, op het ogenblik van de inwerkingtreding van dit besluit, de opleiding in de huisartsgeneeskunde aan het volgen zijn overeenkomstig het ministerieel besluit van 3 mei 1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen, kunnen die opleiding voltooien en erkend worden overeenkomstig de bepalingen van dit laatste besluit.

Art. 16. Het ministerieel besluit van 3 mei 1999 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen wordt opgeheven.

Art. 17. Dit besluit treedt in werking op 1 juni 2006.

Brussel, 21 februari 2006.
R. DEMOTTE

(Bron: <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/api2.pl?lg=nl&pd=2006-02-27&numac=2006022199>)

Bijlage 3: Contactgegevens huisartsen

Huisartsen groepspraktijk uit de case study

Johan Bakelants
Roeland Delvaux
Paul Heyns
An Merchie
Hilde Wouters
Amandus De Vosstraat 4
2440 Geel
Tel. 014/58 66 06

Huisartsen betrokken bij het draagvlak- en deskundigenoverleg

Peter Proost
Grote Markt 62
2260 Westerlo
Tel. 014/54 13 54

Roger Schouteden
Winkelomseheide 23
2440 Geel
Tel. 014/58 30 34

Bijlage 4: Resultaten administratieve lastenmeting

Administratieve lasten van huisartsen in Vlaanderen

Nr	Omschrijving informatieverplichting				Parameters				Administratieve Lasten	
	Nr	Omschrijving handeling/out-of-pocketkosten	Artikel	Toerekeningspercentage	Tijd (min)	Uurtarief	Externe kost	Aantal actoren		Periodiciteit
1	Klasseren van medische documenten									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	ordenen medische documenten			90	€ 105	€ 0	2.850	240	€ 107.730.000,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					€ 107.730.000,00
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 107.730.000,00

2	Getuigschrift voor verstrekte hulp									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	invullen getuigschrift voor verstrekte hulp			1,5	€ 105	€ 0	6.130	6.500	€ 104.593.125,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					€ 104.593.125,00
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 104.593.125,00

3 Aanvraag terugbetaling van geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV											
Tijdsbestedingskosten											
1.1	opzoeken aanvraagformulier				1,5	€ 105	€ 0	6.130	895	€ 14.401.668,75	
1.2	printen aanvraagformulier				2	€ 105	€ 0	6.130	895	€ 19.202.225,00	
1.3	raadplegen medisch dossier bij het invullen				2	€ 105	€ 0	6.130	179	€ 3.840.445,00	
1.4	printen documenten uit medisch dossier als bijlage				2,5	€ 105	€ 0	6.130	179	€ 4.800.556,25	
1.5	invullen aanvraagformulier				2,5	€ 105	€ 0	6.130	895	€ 24.002.781,25	
1.6	ontvangen van het bericht tot niet-machtiging				1	€ 105	€ 0	6.130	44,75	€ 480.055,63	
1.7	opnieuw opzoeken aanvraagformulier				1,5	€ 105	€ 0	6.130	44,75	€ 720.083,44	
1.8	opnieuw printen aanvraagformulier				2	€ 105	€ 0	6.130	44,75	€ 960.111,25	
1.9	opnieuw raadplegen medisch dossier bij het invullen				2	€ 105	€ 0	6.130	8,95	€ 192.022,25	
1.10	opnieuw printen documenten uit medisch dossier als bijlage				2,5	€ 105	€ 0	6.130	8,95	€ 240.027,81	
1.11	opnieuw invullen				2,5	€ 105	€ 0	6.130	44,75	€ 1.200.139,06	
					Totaal tijdsbestedingskosten						€ 70.040.115,69
					TOTAAL out-of-pocketkosten						
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING						€ 70.040.115,69

4 Formulier 3+4 (tegemoetkoming voor personen met een handicap)										
Tijdsbestedingskosten										
1.1	opzoeken formulier			2	€ 105	€ 0	6.130	8,5	€ 182.367,50	
1.2	printen formulier			10	€ 105	€ 0	6.130	8,5	€ 911.837,50	
1.3	raadplegen medisch dossier bij het invullen en invullen			24,5	€ 105	€ 0	6.130	85	€ 22.340.018,75	
1.4	printen documenten uit medisch dossier als bijlage			7,25	€ 105	€ 0	6.130	85	€ 6.610.821,88	
				Totaal tijdsbestedingskosten						€ 30.045.045,63
				TOTAAL out-of-pocketkosten						
				TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING						€ 30.045.045,63

5 Attest betreffende ongeschiktheid (sport, school, werk)										
Tijdsbestedingskosten										
1.1	invullen attest		50%	2	€ 105	€ 0	6.130	1.875	€ 20.114.062,50	
				Totaal tijdsbestedingskosten						€ 20.114.062,50
				TOTAAL out-of-pocketkosten						
				TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING						€ 20.114.062,50

6	Verzamelen van documenten voor patiënten die op medische controle moeten									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	opzoeken documenten			10	€ 105	€ 0	6.130	100	€ 10.727.500,00
	1.2	printen documenten			5	€ 105	€ 0	6.130	100	€ 5.363.750,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					€ 16.091.250,00
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 16.091.250,00

7	Attest bij verwijzing naar geneesheer-specialist									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	opzoeken formulier			1,25	€ 105	€ 0	6.130	340	€ 4.559.187,50
	1.2	invullen formulier			1	€ 105	€ 0	6.130	340	€ 3.647.350,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					€ 8.206.537,50
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 8.206.537,50

8	Formulier follow-up arbeidsongevallen									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	opzoeken formulier			3	€ 105	€ 0	6.130	40	€ 1.287.300,00
	1.2	raadplegen medisch dossier bij het invullen en invullen			15	€ 105	€ 0	6.130	40	€ 6.436.500,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					€ 7.723.800,00
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 7.723.800,00

9	Voorschrift mobiliteitshulpmiddelen									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	opzoeken formulier			1,5	€ 105	€ 0	6.130	6	€ 96.547,50
	1.2	printen formulier			5	€ 105	€ 0	6.130	6	€ 321.825,00
	1.3	raadplegen medisch dossier bij het invullen			5	€ 105	€ 0	6.130	30	€ 1.609.125,00
	1.4	invullen formulier			10	€ 105	€ 0	6.130	30	€ 3.218.250,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					€ 5.245.747,50
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 5.245.747,50

10	Attest betreffende geschiktheid om sport te beoefenen									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	invullen attest			2	€ 105	€ 0	6.130	145	€ 3.110.975,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					
					€ 3.110.975,00					

11	Attest kennisgeving chronische pijn									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	opzoeken attest			2	€ 105	€ 0	6.130	30	€ 643.650,00
	1.2	printen attest			1	€ 105	€ 0	6.130	30	€ 321.825,00
	1.3	raadplegen medisch dossier bij het invullen			1	€ 105	€ 0	6.130	30	€ 321.825,00
	1.4	invullen attest			2,75	€ 105	€ 0	6.130	30	€ 885.018,75
					Totaal tijdsbestedingskosten					
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					
					€ 2.172.318,75					

12	Attest besmettingsgevaar kinderdagverblijf									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	invullen attest			3,6	€ 105	€ 0	6.130	33	€ 1.274.427,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					€ 1.274.427,00
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 1.274.427,00

13	Attest voor personeel in onderwijsinstellingen									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	invullen attest			3	€ 105	€ 0	6.130	30	€ 965.475,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					€ 965.475,00
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 965.475,00

14	Voorschrift voetverzorging									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	invullen formulier			2	€ 105	€ 0	6.130	40	€ 858.200,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					
					€ 858.200,00					

15	Aanvraag palliatief forfait									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	opzoeken aanvraagformulier			1,75	€ 105	€ 0	6.130	8	€ 150.185,00
	1.2	printen aanvraagformulier			1	€ 105	€ 0	6.130	8	€ 85.820,00
	1.3	raadplegen medisch dossier bij het invullen			2,75	€ 105	€ 0	6.130	8	€ 236.005,00
	1.4	invullen aanvraagformulier			4	€ 105	€ 0	6.130	8	€ 343.280,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					
					€ 815.290,00					

16	Attest palliatief verlof										
	Tijdsbestedingskosten										
	1.1	raadplegen medisch dossier bij het invullen en invullen				6	€ 105	€ 0	6.130	9	€ 579.285,00
						Totaal tijdsbestedingskosten					€ 579.285,00
						TOTAAL out-of-pocketkosten					
						TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 579.285,00

17	Attest vrijstelling van verkiezingen										
	Tijdsbestedingskosten										
	1.1	invullen attest				2	€ 105	€ 0	6.130	25	€ 536.375,00
						Totaal tijdsbestedingskosten					€ 536.375,00
						TOTAAL out-of-pocketkosten					
						TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 536.375,00

20	Vaststelling van slagen en verwondingen						
	Tijdsbestedingskosten						
	1.1	invullen formulier	6	€ 105	€ 0	6	€ 386.190,00
		Totaal tijdsbestedingskosten					€ 386.190,00
		TOTAAL out-of-pocketkosten					
		TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 386.190,00

21	Attest tegemoetkoming voedings- en dieetadvies						
	Tijdsbestedingskosten						
	1.1	invullen attest	2	€ 105	€ 0	16	€ 343.280,00
		Totaal tijdsbestedingskosten					€ 343.280,00
		TOTAAL out-of-pocketkosten					
		TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 343.280,00

22	Attest van werkhervatting										
	Tijdsbestedingskosten										
	1.1	invullen attest			1.5	€ 105	€ 0	6.130	20	€ 321.825,00	
					Totaal tijdsbestedingskosten						€ 321.825,00
					TOTAAL out-of-pocketkosten						
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING						€ 321.825,00

23	Aanvraag kraamgeld										
	Tijdsbestedingskosten										
	1.1	raadplegen medisch dossier bij het invullen			2.3	€ 105	€ 0	6.130	6	€ 148.039,50	
	1.2	invullen aanvraagformulier			2	€ 105	€ 0	6.130	6	€ 128.730,00	
					Totaal tijdsbestedingskosten						€ 276.769,50
					TOTAAL out-of-pocketkosten						
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING						€ 276.769,50

24	Attest voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	raadplegen medisch dossier bij het invullen			2,25	€ 105	€ 0	6.130	6	€ 144.821,25
	1.2	invullen attest			2	€ 105	€ 0	6.130	6	€ 128.730,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					€ 273.551,25
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 273.551,25

25	Attest voedselveiligheid									
	Tijdsbestedingskosten									
	1.1	invullen attest			2	€ 105	€ 0	6.130	11	€ 236.005,00
					Totaal tijdsbestedingskosten					€ 236.005,00
					TOTAAL out-of-pocketkosten					
					TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 236.005,00

26	Attest wilsonbekwaamheid										
	1.1	invullen attest				5	€ 105	€ 0	6.130	4	€ 214.550,00
						Totaal tijdsbestedingskosten					€ 214.550,00
						TOTAAL out-of-pocketkosten					
						TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING					€ 214.550,00
TOTAAL ADMINISTRatieve LASTEN											€ 383.007.036,56

Bijlage 5: Berekeningen totale bestede tijd per huisarts

Nr	Omschrijving informatieverplichting		Parameters		Totale tijd (uren) per huisarts
	Nr	Omschrijving handeling/out-of-pocketkosten	Tijd (min)	Periodiciteit	
1	Klasseren van medische documenten				
	1.1	ordenen medische documenten	90	240	360,00
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		360,00

2	Getuigschrift voor verstrekte hulp				
	1.1	invullen getuigschrift voor verstrekte hulp	1,5	6.500	162,50
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		162,50

3	Aanvraag terugbetaling van geneesmiddelen uit Hoofdstuk IV				
	1.1	opzoeken aanvraagformulier	1,5	895	22,38
	1.2	printen aanvraagformulier	2	895	29,83
	1.3	raadplegen medisch dossier bij het invullen	2	179	5,97
	1.4	printen documenten uit medisch dossier als bijlage	2,5	179	7,46
	1.5	invullen aanvraagformulier	2,5	895	37,29
	1.6	ontvangen van het bericht tot niet-machtiging	1	44,75	0,75
	1.7	opnieuw opzoeken aanvraagformulier	1,5	44,75	1,12
	1.8	opnieuw printen aanvraagformulier	2	44,75	1,49
	1.9	opnieuw raadplegen medisch dossier bij het invullen	2	8,95	0,30
	1.10	opnieuw printen documenten uit medisch dossier als bijlage	2,5	8,95	0,37
	1.11	opnieuw invullen	2,5	44,75	1,86
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		108,82

4	Formulier 3+4 (tegenoetkoming voor personen met een handicap)				
	1.1	opzoeken formulier	2	8,5	0,28
	1.2	printen formulier	10	8,5	1,42
	1.3	raadplegen medisch dossier bij het invullen en invullen	24,5	85	34,71
	1.4	printen documenten uit medisch dossier als bijlage	7,25	85	10,27
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		46,68

5	Attest betreffende ongeschiktheid (sport, school, werk)				
	1.1	invullen attest	1 (= 2*50%)	1.875	31,25
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		31,25

6	Verzamelen van documenten voor patiënten die op medische controle moeten				
	1.1	opzoeken documenten	10	100	16,67
	1.2	printen documenten	5	100	8,33
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		25,00

7	Attest bij verwijzing naar geneesheer-specialist				
	1.1	opzoeken formulier	1,25	340	7,08
	1.2	invullen formulier	1	340	5,67
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		12,75

8	Formulier follow-up arbeidsongevallen				
	1.1	opzoeken formulier	3	40	2,00
	1.2	raadplegen medisch dossier bij het invullen en invullen	15	40	10,00
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		12,00

9	Voorschrift mobiliteitshulpmiddelen				
	1.1	opzoeken formulier	1,5	6	0,15
	1.2	printen formulier	5	6	0,50
	1.3	raadplegen medisch dossier bij het invullen	5	30	2,50
	1.4	invullen formulier	10	30	5,00
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		8,15

10	Attest betreffende geschiktheid om sport te beoefenen				
	1.1	invullen attest	2	145	4,83
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		4,83

11	Attest kennisgeving chronische pijn				
	1.1	opzoeken attest	2	30	1,00
	1.2	printen attest	1	30	0,50
	1.3	raadplegen medisch dossier bij het invullen	1	30	0,50
	1.4	invullen attest	2,75	30	1,38
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		3,38

12	Attest besmettingsgevaar kinderdagverblijf				
	1.1	invullen attest	3,6	33	1,98
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		1,98

13	Attest voor personeel in onderwijsinstellingen				
	1.1	invullen attest	3	30	1,50
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		1,50

14	Voorschrift voetverzorging				
	1.1	invullen formulier	2	40	1,33
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		1,33

15	Aanvraag palliatief forfait				
	1.1	opzoeken aanvraagformulier	1,75	8	0,23
	1.2	printen aanvraagformulier	1	8	0,13
	1.3	raadplegen medisch dossier bij het invullen	2,75	8	0,37
	1.4	invullen aanvraagformulier	4	8	0,53
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		1,27

16	Attest palliatief verlof				
	1.1	raadplegen medisch dossier bij het invullen en invullen	6	9	0,90
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		0,90

17	Attest vrijstelling van verkiezingen				
	1.1	invullen attest	2	25	0,83
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		0,83

18	Attest zorgverlof				
	1.1	raadplegen medisch dossier bij het invullen en invullen	6	7	0,70
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		0,70

19	Attest bij chronische wondzorg				
	1.1	opzoeken attest	2	5	0,17
	1.2	printen attest	1	5	0,08
	1.3	raadplegen medisch dossier bij het invullen	1	5	0,08
	1.4	invullen attest	3,5	5	0,29
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		0,63

20	Vaststelling van slagen en verwondingen				
	1.1	invullen formulier	6	6	0,60
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		0,60

21	Attest tegemoetkoming voedings- en dieetadvies				
	1.1	invullen attest	2	16	0,53
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		0,53

22	Attest van werkhervatting				
	1.1	invullen attest	1,5	20	0,50
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		0,50

23	Aanvraag kraamgeld				
	1.1	raadplegen medisch dossier bij het invullen	2,3	6	0,23
	1.2	invullen aanvraagformulier	2	6	0,20
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		0,43

24	Attest voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen				
	1.1	raadplegen medisch dossier bij het invullen	2,25	6	0,23
	1.2	invullen attest	2	6	0,20
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		0,43

25	Attest voedselveiligheid				
	1.1	invullen attest	2	11	0,37
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		0,37

26	Attest wilsonbekwaamheid				
	1.1	invullen attest	5	4	0,33
			TOTAAL INFORMATIEVERPLICHTING		0,33
TOTALE TIJD (UREN) PER HUISARTS					787,68125