Het verschil in kost van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België: een exploratieve casestudie

Haio: VANDAMME Zoë , U.G.
Promotor: ANNEMANS Lieven , U.G.
Praktijkopleider: De Cock Sanne , GOETHAERT Eline , VOGELS Caroline

Context: Onze gezondheidszorg kende de laatste jaren een alsmaar stijgende kost. De discussie over de betaalbaarheid van het systeem is alomtegenwoordig. In België bestaan er twee belangrijke financieringssstemen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, namelijk het fee for service systeem (FFS) en het forfaitair systeem. Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) maakte een vergelijking tussen beide systemen op basis van kosten en kwaliteit. Het onderzoek kende verschillende tekortkomingen.

Onderzoeksvraag: In deze masterproef proberen we de tekortkomingen van de IMA studie na te gaan en op te vangen in een nieuwe studie opzet. Concreet trachten we een studie design te ontwikkelen waarbij we kunnen nagaan wat het verschil in kost en kwaliteit is tussen het FFS en forfaitair systeem, wanneer er gecorrigeerd wordt voor ziekte specifieke parameters en socio-economische status. De ontworpen studie opzet wordt getoetst aan een case studie met twee praktijken om na te gaan of een grootschalig onderzoek haalbaar is en de gestelde onderzoeksvraag kan beantwoorden.

Methode: Het onderzoek gebeurt door middel van een exploratieve casestudie bij twee Vlaamse praktijken. Het gaat over een groepspraktijk in Menen met klassieke FFS en een wijkgezondheidscentrum (WGC) in Gent met forfaitair systeem. Hierbij werden digitale vragenlijsten afgenomen bij patiënten met volgende ziektebeelden: diabetes, COPD, lage rugpijn, depressie en inversietrauma. Op basis van ziekte-specifieke gegevens willen we twee vergelijkbare steekproeven weerhouden, waarbij we via propensity score matching (PSM) cases gaan koppelen, gecorrigeerd voor confounders (ziekte specifieke confounders en socio-economische status).

Resultaten: In totaal werden 67 patiënten bevraagd, 45 in de groepspraktijk, 22 in het WGC. De steekproef was te klein om een algemene conclusie te trekken, wel was het mogelijk om na te gaan of PSM op een correcte manier kon worden toegepast. We konden besluiten dat bij een grotere steekproef (minstens 125 deelnemers van elke praktijk) het mogelijk is een goede PSM toe te passen (gezien de zeer gelijkaardige verdeling van de verschillende confounders).

Conclusie: We kunnen concluderen dat de onderzoeksopzet, mits de nodige aanpassingen en het vergroten van de steekproef, een goede methodologie heeft om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Belangrijk is om de bilaterale selectiebias weg te werken door via een externe onderzoeker patiënten te gaan includeren. Daarnaast is het bevragen van acute ziektebeelden moeilijker en lijkt een focus op chronische pathologie essentieel voor een geslaagde omvangrijke steekproef.