De derdebetalersregeling in de huisartsenpraktijk: visies van patiënten

Dr. Sarah Van Rooy, KU Leuven

Promotor: Dr. Marc Van Nuland, ACHG, KU Leuven

Master of Family Medicine 2015-2017
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

De derdebetalersregeling in de huisartsenpraktijk: visies van patiënten

Huisarts-in-opleiding: Sarah Van Rooy, Katholieke Universiteit Leuven
Academiejaar: 2016-2017
Promotor: Marc Van Nuland, Katholieke Universiteit Leuven
Praktijkopleider: Bea Vandenbussche

Context: Het huidige landschap van de organisatie van de Belgische gezondheidzorg is in verandering. Over de derdebetalersregeling (in deze studie afgekort als DBR) werd bij artsen reeds onderzoek verricht. De opinie van de patiënt over deze regeling werd tot op heden weinig tot niet onderzocht.

Onderzoeksvraag: Wat is enerzijds de visie van patiënten in een praktijk waar er bij elke patiënt met de DBR wordt gewerkt? Wat is anderzijds de opinie van patiënten in andere praktijken waar de DBR niet bij iedereen wordt toegepast? Kent men de DBR? Wat zijn de voor- en nadelen volgens de patiënt? Hoe staat de patiënt tegenover deze regeling?

Methode: In een exploratieve studie worden 11 patiënten uit een huisartsenpraktijk in Alsemberg geïnterviewd, waar de DBR bij elke patiënt wordt toegepast en 8 patiënten van andere huisartsenpraktijken in Vlaanderen waar de DBR niet bij iedereen wordt aangewend. De visies over de DBR worden bevraagd door middel van semi-gestructureerde interviews. De verkregen data worden vervolgens gecodeerd en geanalyseerd.

Resultaten: Patiënten zien hoofdzakelijk praktische en financiële voordelen aan de DBR. Een aantal patiënten spraken ook over mogelijke nadelen: nadelen voor zichzelf, voor de behandelende arts en voor de maatschappij. Vele ondervraagden zijn van mening dat de DBR prioritair moet worden toegepast bij financieel minderbegoede patiënten. Echter zou volgens de meerderheid van de bevraagden de algemene invoering ervan een goede zaak zijn. Op vlak van gevoelsbeleving zou het voor vele patiënten even wennen zijn. Toch zouden ze zich er goed bij voelen indien ze weten dat de arts zijn/haar volledige vergoeding ontvangt.

Discussie en conclusies: De derdebetalersregeling kan in de toekomstige huisartsgeneeskunde mogelijk een steeds belangrijkere rol innemen. Dit onderzoek brengt vanuit het gezichtspunt van de patiënten nieuwe inzichten en argumenten aan het licht. Het merendeel van de patiënten ziet in de DBR voornamelijk positieve aspecten zoals praktische en financiële voordelen. Er dienen echter oplossingen te worden gezocht voor de nadelen voor huisarts en patiënt en het mogelijk effect op overconsumptie zou moeten worden bestudeerd. De huidige wetgeving weerspiegelt tot op zekere hoogte de mening van de patiënt, namelijk dat de DBR voornamelijk bij patiënten met financiële moeilijkheden moet worden toegepast, echter vindt de meerderheid dat dit veralgemeend zou mogen worden. De gevormde hypotheses voortvloeiend uit de huidige exploratieve studie zouden via toetsend kwantitatief onderzoek verder moeten worden onderzocht.

ICPC-code: C01 Huisarts-geneeskundige theorie

Contactgegevens: sarahvanrooy@gmail.com

Dankwoord

Allereerst wil ik mijn promotor, Dr. Marc Van Nuland, Ph.D., voor de begeleiding bedanken. Via intensief en constructief overleg kwamen we tot een gemeenschappelijke visie op deze studie. Hij steunde me tevens in de zoektocht naar een hoog niveau van wetenschappelijk onderzoek.

Ik wil ook Dirk Van Rooy, Ph.D., bedanken om de vele interviews als tweede codeur te analyseren.

Verder wil ik het driekoppige team van mijn praktijkopleider Dr. Bea Vandenbussche bedanken voor hun interesse en steun tijdens mijn onderzoek.

Tevens een woord van dank aan alle deelnemende patiënten. Zonder hun enthousiaste medewerking zou dit onderzoek niet hebben kunnen plaatsvinden.

Grote dank aan mijn ouders en zussen, voor hun ondersteuning en de praktische hulp. Tenslotte een speciaal woord van dank aan mijn vriend voor zijn immer positieve noot in stresserende periodes.

Inhoudstafel

- Inleiding 5
  - Belgisch gezondheidssysteem: wetgeving 5
  - Een actueel debat 5
  - Vraagstelling 6
- Methode 6
  - Dataverzameling 6
  - Selectie van deelnemers 6
  - Dataverwerking 6
- Resultaten 7
  - Patiëntkenmerken 7
  - Kennis van de patiënten over het Belgische gezondheidssysteem 8
  - Voordelen 8
  - Nadelen 8
  - Toepassing 9
  - Keuze van huisarts 9
  - Overconsumptie 9
  - Waarde 10
  - Gevoelsbeleving van de patiënt 10
    - Remgeld betalen 10
    - Geen remgeld betalen 10
  - Opinie van de artsen volgens patiënten 10
- Discussie 11
  - Verschillen en gelijkenissen tussen groep Alsemberg en Vlaanderen 11
  - Vergelijking met eerder onderzoek 11
  - Sterktes en beperkingen 11
  - Implicaties voor de toekomst 12
- Besluit 12
- Referenties 13
- Bijlagen 14
  - Bijlage 1: Protocol Ethisch Comité 14
  - Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité 16
  - Bijlage 3: Uitnodigingsbrief 17
  - Bijlage 4: Informed consent 18
  - Bijlage 5: Drop-off vragenlijst 19
  - Bijlage 6: Semi-gestructureerd interview groep Alsemberg 20
  - Bijlage 7: Semi-gestructureerd interview groep Vlaanderen 21
  - Bijlage 8: Codeboom groep Alsemberg 22
  - Bijlage 9: Codeboom groep Vlaanderen 25

Inleiding

Belgisch gezondheidssysteem: wetgeving

De definitie van de derdebetalersregeling (DBR) is 'De betalingswijze waarbij de zorgverstrekker, dienst of inrichting de betaling van de in het kader van de verplichte ziekteverzekering verschuldigde tegemoetkoming rechtstreeks ontvangt van de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende, aan wie de geneeskundige verstrekkingen werden verleend, is aangesloten of ingeschreven.'[1] In de Belgische gezondheidszorg wordt bij consultaties bij (huis)artsen gewerkt met een terugbetalingssysteem waarbij de patiënt eerst het volledige bedrag voorschiet en de terugbetaling door de ziekteverzekering achteraf aan de patiënt gebeurt. Sinds 1 januari 2015 is de wetgeving betreffende de DBR aangepast, waarbij het verplicht is voor de huisarts om deze regeling toe te passen op raadpleging bij patiënten met een verhoogde terugbetaling of het statuut chronisch zieke.[2,3] Dit is niet verplicht voor een huisbezoek bij deze patiëntengroepen.[2,3]

Een actueel debat

In *'Together we change'*, een overlegdocument over de evolutie van de eerstelijnsgezondheidszorg in België, worden verschillende toekomstperspectieven belicht. Betreffende de financiering wordt onder andere het systeem van de gekende betaling per prestatie voorgesteld, echter via elektronische derdebetaler.[4]
De visie van huisartsen op de DBR werd al in eerder onderzoek geëxploreerd en er was bij artsen veel tegenstand tegen het verplicht invoeren van de DBR voor bepaalde patiëntengroepen. Voor deze tegenstand zijn er diverse argumenten. De toename van administratie voor de artsen is één van de grootste struikelblokken.[5] Andere nadelen zouden zijn dat de waarde van het consult in twijfel kan worden getrokken en dat de betaling lang op zich kan laten wachten.[5] De vrees bestaat dat patiënten de werkelijke kosten van een huisartsenbezoek niet meer gaan kennen en waarderen.[5] Artsen halen ook voordelen aan, onder andere het drempelverlagende effect voor de patiënten. Uit de Gezondheidsenquête van 2013 blijkt namelijk dat 8% van de huishoudens in België aangeeft dat ze in het afgelopen jaar noodzakelijke medische consumptie uitstelden wegens financiële redenen.[6] Artsen vrezen daarentegen ook dat een te lage drempel overconsumptie in de hand kan werken. Dit zou echter opgevangen kunnen worden door goede 'patiëntenopvoeding'.[5] Een ander voordeel is dat artsen minder contant geld bij zich moeten hebben.[5] Bovendien zou de patiënt, bij gebruik van de DBR, misbruik door artsen mee in het oog kunnen houden.[5]

Uit het rapport *'Toegankelijkheid in de gezondheidszorg'* uit 2003 blijkt dat een gebrek aan informatie over gezondheidsdiensten een belangrijke hindernis is voor de toegankelijkheid en dat er daardoor van bepaalde faciliteiten geen gebruik wordt gemaakt.[7] Uit dit rapport blijkt ook dat mensen in armoede het als een belangrijke drempel ervaren dat ze de kosten voor geneeskundige zorgen moeten voorschieten en pas later een deel terugbetaald krijgen.[7] Mensen die recht hebben op verhoogde terugbetaling hebben nu wel recht op de DBR, maar dit blijft een probleem voor mensen die net niet aan de criteria voor verhoogde terugbetaling voldoen. Verder kan het stigmatiserend werken om bepaalde patiëntengroepen andere faciliteiten aan te bieden.[7] Andere voordelen voor de patiënt zijn dat hij/zij minder administratie heeft en zich minder moet verplaatsen om terugbetaling te verkrijgen.[7] De visies van patiënten op de DBR werden echter tot op heden weinig tot niet onderzocht. Persoonsgebonden factoren die de opinie over en het gebruik van de gezondheidsfaciliteiten beïnvloeden zijn onder andere afkomst, sociaal-economische positie, opleiding, gezinssituatie, leeftijd en kennis over de organisatie van geneeskundige zorg.[7,8]

Vraagstelling
Er is weinig literatuur te vinden over de ervaringen en opinies van patiënten over de DBR, daarom werd er door ons nagegaan hoe patiënten in Vlaanderen dit systeem ervaren. Wat is enerzijds de visie van patiënten in een praktijk waar er bij elke patiënt met de DBR wordt gewerkt? Wat is anderzijds de opinie van patiënten in andere praktijken waar de DBR niet bij iedereen wordt toegepast? Kent men de DBR? Wat zijn de voor- en nadelen volgens de patiënt? Hoe staat de patiënt tegenover deze regeling?

Methode
Dataverzameling
Er werd gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat we niet-gekende visies wilden exploreren. De dataverzameling vond plaats door middel van semi-gestructureerde interviews.[9] Op basis van de beschikbare literatuur werden er vragen voor deze interviews geformuleerd. De deelnemers werden geïnformeerd door middel van een uitnodigingsbrief (bijlage 3). Er werd aan het begin van elk interview steeds een *informed consent* (bijlage 4) gelezen en getekend door de geïnterviewde patiënt en aan het einde van het interview werd door de patiënt een *drop-off* vragenlijst[9] (bijlage 5) ingevuld ter bepaling van de patiëntkenmerken. Er werd gepland om interviews af te nemen bij een zo gevarieerd mogelijke patiëntenpopulatie tot dat saturatie van gegevens werd bereikt, d.w.z. tot de analyse geen nieuwe inzichten meer opbracht.

Selectie van deelnemers
Bij de selectie van deelnemers werd gericht gezocht naar patiënten met verschillende achtergronden en ervaringen. Patiënten jonger dan 18 jaar werden uitgesloten van het onderzoek. Er werden patiënten uit een huisartsenpraktijk in Alsemberg (hierna genoemd groep Alsemberg) geïnterviewd waar de DBR bij elke ingeschreven patiënt wordt toegepast. Daarnaast werd er doelgericht gezocht naar patiënten van andere huisartsenpraktijken in Vlaanderen (hierna genoemd groep Vlaanderen), waar de DBR niet bij iedereen wordt aangewend. Het onderscheid tussen groep Alsemberg en groep Vlaanderen werd gemaakt om te onderzoeken of vertrouwd zijn met de DBR al dan niet tot andere visies leidt. Er werd voor elke groep een initiële vragenlijst opgesteld die zich breed op de opinie van de patiënten richtte. Aan beide groepen werden een aantal basisvragen gesteld en afhankelijk van het al dan niet in de praktijk vertrouwd zijn met de DBR, werden er vragen toegevoegd of weggelaten om specifieke inzichten te verkrijgen.

Dataverwerking
Na elk interview werden de vragenlijsten zo nodig aangepast of verfijnd (bijlage 6 en 7: de uiteindelijke vragenlijsten). Er werden audio-opnames gemaakt die nadien werden uitgeschreven. De data werden volledig anoniem verwerkt en gerapporteerd. Deze interviews werden geanalyseerd volgens de opeenvolgende stappen van *QUAGOL, Qualitative Analysis Guide of Leuven* op basis van de *Grounded Theory* benadering.[9,10] Een tweede codeur met een niet-medische masteropleiding heeft de teksten onafhankelijk van de eerste codeur gecodeerd. De coderingen werden in een consensusvergadering vergeleken waarbij verschillen in codering besproken werden tot er consensus werd bereikt. Uiteindelijk werden twee definitieve codebomen opgesteld (bijlage 8 en 9). Door middel van de twee verschillende codebomen konden we de gelijkenissen en verschillen onderzoeken die het gevolg zijn van het al dan niet vertrouwd zijn met de DBR.

Resultaten

Patiëntkenmerken

De kenmerken van de geïnterviewde patiënten van groep Alsemberg en groep Vlaanderen zijn terug te vinden in tabel 1. Uiteindelijk werden 11 patiënten uit groep Alsemberg en 8 patiënten uit groep Vlaanderen geïnterviewd. De patiënten uit groep Vlaanderen kwamen uit de provincies Antwerpen, Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen. Zowel patiënten uit stedelijke als landelijke omgeving werden geïnterviewd. Er werd één patiënt geïnterviewd bij wie de huisarts voornamelijk op huisbezoek komt, alwaar ook de DBR wordt toegepast.

#	Leeftijds-categorie (jaren)	Geslacht	Verhoogde terug-betaling	Kinderen ten laste	Hoogste onderwijs-niveau	Werksituatie	Aantal consul-taties huisarts 2016	Praktijk vs huis-bezoek
Groep Alsemberg								
1	18-30	Vrouw	Nee	Nee	Algemeen secundair	Werknemer	3	Praktijk
2	46-65	Man	Nee	Ja	Academische master	Zelfstandige	4-5	Praktijk
3	65-80	Man	Ja	Nee	Algemeen secundair	Gepensioneerd	3	Praktijk
4	80+	Vrouw	Ja	Nee	Lager	Gepensioneerd	15	Huis-bezoek
5	46-65	Vrouw	Ja	Nee	Algemeen secundair	Invaliditeit	7	Praktijk
6	46-65	Man	Nee	Nee	Algemeen secundair	Werknemer	3	Praktijk
7	46-65	Vrouw	Nee	Ja	Academische master	Werknemer	2	Praktijk
8	65-80	Man	Nee	Nee	Algemeen secundair	Gepensioneerd	5	Praktijk
9	31-45	Vrouw	Nee	Ja	Academische master	Werknemer	4	Praktijk
10	31-45	Man	Nee	Ja	Algemeen secundair	Werknemer	17	Praktijk
11	31-45	Vrouw	Nee	Ja	Academische master	Zelfstandige	5	Praktijk
Groep Vlaanderen								
12	46-65	Man	Nee	Nee	Academische bachelor	Werknemer	7	Praktijk
13	18-30	Vrouw	Nee	Nee	Academische bachelor	Werknemer	5	Praktijk
14	46-65	Man	Nee	Ja	Academische master en doctoraat	Werknemer	1	Praktijk
15	18-30	Man	Nee	Nee	Academische master	Werkzoekende	4-5	Praktijk
16	31-45	Vrouw	Nee	Nee	Academische master	Gezinsmanager	3	Praktijk
17	18-30	Man	Nee	Nee	Academische master	Werknemer	3	Praktijk
18	65-80	Vrouw	Nee	Nee	Academische bachelor	Gepensioneerd	2	Praktijk
19	31-45	Man	Nee	Ja	Academische bachelor	Werknemer	1	Praktijk

Tabel 1: Patiëntkenmerken van groep Alsemberg en groep Vlaanderen.

Kennis van de patiënten over het Belgische gezondheidssysteem

De meerderheid van de patiënten in beide groepen beschikt over een goede kennis van de betekenis van de DBR. Het merendeel van de patiënten in beide groepen vindt dat hij/zij in het algemeen niet goed op de hoogte is van het betalingssysteem voor geneeskundige zorg in België. In groep Alsemberg vermelden de meeste patiënten dat ze er graag meer over zouden willen weten uit interesse. In groep Vlaanderen is er minder eenduidig nood aan meer informatie. Volgens sommigen is er voldoende informatie beschikbaar en anderen zijn niet geïnteresseerd. In beide praktijken is men van mening dat artsen en ziekteverzekeringen in gelijke mate informatie moeten voorzien.

"Als je naar de winkel gaat, verwacht je ook dat de prijzen overal duidelijk geafficheerd staan, dus waarom niet bij de dokter." (patiënt 9)

Voordelen

Het merendeel van de patiënten vermeldt dat de DBR vanuit financieel oogpunt een voordeel zou zijn, omdat ze niet zelf het volledige bedrag moeten voorschieten en niet moeten wachten op terugbetaling. Ook al is dat voor henzelf geen probleem, doch wordt er systematisch verwezen naar patiënten die het financieel moeilijk hebben.

"Terwijl er nu bepaalde categorieën van mensen zijn die [een doktersbezoek] misschien even uitstellen omdat dat een kost voor hen is." (patiënt 2)

Patiënten voor wie het financiële aspect geen probleem is, vermelden als grootste voordeel het besparen van tijd en administratie. De minder mobiele patiënt vindt het voordelig dat hij/zij zich niet hoeft te verplaatsen om terugbetaling te verkrijgen. In beide onderzoeksgroepen wordt door een minderheid van de patiënten geopperd dat het systeem ook misbruik door artsen zou tegengaan.

"(...) dat er misschien wel mogelijkheden zijn om ergens in het zwart bij te verdienen. En dat dat systeem [de DBR] het dan eigenlijk een beetje boycot." (patiënt 17)

In beide onderzoeksgroepen worden nog diverse andere voordelen vermeld (tabel 2).

Nadelen

De meerderheid van de geïnterviewden vermeldt geen nadelen aan de DBR. Een minderheid vermeldt wel enkele nadelen, die gelijk lopen in beide groepen. Eén van deze nadelen zou het wegvallen van een remming zijn en daarmee gepaard gaande een verhoogd risico op overconsumptie. Dit doet de patiënten opperen dat er een andere methode nodig is om mogelijke overconsumptie tegen te gaan.

"Dus dan moet men een ander systeem gaan vinden om de mensen duidelijk te maken dat ze wel naar de dokter mogen, maar niet altijd voor alle mogelijke onbenullige dingen." (patiënt 14)

In beide groepen wordt aangehaald dat het belangrijk is om de totale kostprijs van een doktersbezoek te kennen, opdat men de waarde van de arts en de sociale zekerheid niet uit het oog verliest.

"Ik denk dat dat maatschappelijk gezien belangrijk is dat mensen altijd weten wat de reële kost is van waar ze eigenlijk van profiteren." (patiënt 9)

In beide onderzoeksgroepen worden nog diverse andere nadelen vermeld (tabel 2).

Voordelen	Nadelen
• Gebruiksvriendelijker • Administratieve besparing • Tijdsbesparing • Geen verplaatsing nodig • Niet wachten op geld • Financieel laagdrempeliger • Anonimiteit financiële moeilijkheden • Vermijdt 'shopping' in ziekenhuizen • Stimulatie eerstelijnsgezondheidszorg en vaste huisarts • Kinderen alleen naar praktijk • Misbruik door artsen tegengaan • Kostenbesparend voor de gemeenschap • Duidelijkheid effectieve kostprijs	• Remming valt weg • Risico op overconsumptie • Uit het oog verliezen wat doktersbezoek kost • Stijgende kosten sociale zekerheid • Kleefbriefje van de ziekteverzekering steeds meenemen bij bezoek aan arts • Ingewikkeld indien aanvullende verzekering • Gebrek aan informatie voor patiënten over de DBR • Nihil

Tabel 2: Voor- en nadelen van de DBR volgens de patiënten.

Toepassing

De meerderheid van de patiënten is van mening dat de DBR in de eerste plaats moet worden toegepast bij mensen die het financieel moeilijk hebben. Verder worden ook chronisch zieken, kinderen, ouderen en fysiek en mentaal gehandicapten vermeld. Echter vindt bijna iedereen dat het systeem voor elke patiënt zou mogen worden toegepast, omwille van verschillende redenen: er kan steeds een variatie in inkomen en kosten zijn, het is minder ingewikkeld voor de arts en de criteria voor de financiële situatie includeren niet iedereen die het financieel moeilijk heeft.

"Als je objectieve criteria neemt (...) ga je altijd mensen missen want er zijn mensen die wel degelijk een goed inkomen hebben maar die het om een of andere reden toch moeilijk hebben om rond te komen." (patiënt 9)

Keuze van huisarts

Bij de patiënten uit groep Vlaanderen zegt bijna iedereen dat ze graag zouden willen dat hun eigen huisarts met dit systeem zou werken. Voor beide patiëntengroepen geldt echter dat de keuze van huisarts niet wordt bepaald door het wel of niet toepassen van de DBR, maar wel door een goede behandeling, vertrouwen of de nabijheid van de huisarts. Enkele patiënten vermelden dat het wel of niet toepassen van de DBR doorslaggevend kan zijn bij de keuze tussen twee voor hen evenwaardige huisartsen.

Overconsumptie

Zowel in groep Alsemberg als in groep Vlaanderen vermeldt het merendeel van de patiënten dat ze enkel naar de huisarts zullen gaan als ze het echt nodig achten. In groep Vlaanderen vermeldt iemand dat patiënten die aan overconsumptie doen, dit waarschijnlijk zullen doen onafhankelijk van het bedrag dat ze moeten betalen.

"Ik denk dat je mensen hebt die veel naar de dokter gaan, en mensen hebt die minder naar de dokter gaan. En ik betwijfel of dat [de DBR] eigenlijk de keuze om naar de dokter te gaan, bepaalt." (patiënt 17)

Op de vraag of men denkt dat er 'te snel' geconsulteerd zal worden bij toepassing van de DBR, zegt de meerderheid van beide groepen dat ze dit zelf niet zullen doen, maar andere patiënten mogelijk wel. Doch enkelen vermelden dat ze ook zelf te snel zouden durven consulteren.

Waarde

In groep Vlaanderen vermeldt het merendeel van de patiënten dat de DBR niets aan de waarde van een consultatie zou veranderen. Toch wordt ook vermeld dat enkel het remgeld betalen een degradatie van de prestatie van de huisarts zou zijn. Voor de meerderheid van de patiënten is de waarde van een consultatie niet gelinkt aan geld, maar aan het vertrouwen in de arts, de manier waarop de arts met hen omgaat en hoe hij/zij hen helpt. In groep Alsemberg worden dezelfde argumenten aangehaald, echter wordt door een kleine minderheid vermeld dat de waarde van een consultatie bij toepassing van de DBR zelfs toeneemt, omdat de arts in de ogen van de patiënt niet verdient aan hem/haar.

Gevoelsbeleving van de patiënt

Remgeld betalen

De patiënten uit groep Alsemberg hebben een zeer gevarieerde gevoelsbeleving wanneer ze enkel het remgeld aan de arts betalen. Een groot aantal mensen vindt het aanvankelijk 'raar', maar wennen eraan. In beide groepen wordt door veel patiënten aangehaald dat zij er geen probleem mee zouden hebben indien ze met zekerheid weten dat de arts de rest van zijn/haar volledige vergoeding ontvangt via de ziekteverzekering.

"(...) als je weet dat dat geregeld wordt op een andere manier, is dat even goed." (patiënt 19 over de manier waarop de arts wordt vergoed)

Andere patiënten uit groep Vlaanderen denken dat bij invoering van de DBR er gevoelsmatig geen verschil zou zijn. Een minderheid zou liever de volledige prijs willen kennen of vindt dat het betalen van zo'n klein bedrag geen nut heeft.

Geen remgeld betalen

Er werd aan alle patiënten ook de vraag gesteld hoe het zou voelen als je aan de arts niets zou moeten betalen. In groep Alsemberg halen veel patiënten aan dat ze het belangrijk vinden om toch zelf iets te betalen.

"Ik vind het belangrijker dat je één euro moet betalen dan nul euro te moeten betalen." (patiënt 5)

Veel patiënten in groep Alsemberg vinden ook dat men herinnerd moet worden aan de waarde van geld, de sociale zekerheid en de arts. In groep Vlaanderen wordt er door sommigen gevreesd dat men te snel zal consulteren als de patiënt niets moet betalen. Sommige patiënten zouden symbolisch toch iets in de plaats willen geven en velen zouden het 'raar' vinden.

"Je hebt zijn tijd gevraagd. Dan vind ik dat daar, ook al is het heel symbolisch eh, dat daar iets tegenover mag staan. Al is het maar symbolisch." (patiënt 18)

Opinie van de artsen volgens patiënten

De patiënten hebben diverse ideeën over wat artsen van de DBR vinden. Velen denken dat artsen het lastig vinden dat ze langer op hun geld moeten wachten en dat de administratie voor de arts toeneemt. Door een aantal patiënten wordt ook vermeld dat de arts het moeilijk zou hebben met een teveel aan transparantie en daardoor het wegvallen van de mogelijkheid om grotere bedragen te vragen als een minpunt ervaren. Een minderheid van de patiënten denkt dat artsen vrezen voor overconsumptie. Er wordt geopperd dat een arts met de DBR zeker is van zijn vergoeding, anderzijds wordt er gevreesd dat het een risico inhoudt als de patiënt niet correct verzekerd blijkt te zijn. Velen zien als voordeel dat de arts niet veel contant geld bij zich moet hebben. Er zijn ook een aantal patiënten die zich niet over

deze vraag uitspreken. Noch uit groep Alsemberg, noch uit groep Vlaanderen komt een duidelijk standpunt naar voren.

Discussie

Verschillen en gelijkenissen tussen groep Alsemberg en Vlaanderen

We zochten een zo gevarieerd mogelijke patiëntenpopulatie. We zien in beide groepen echter weinig laagopgeleide en werkloze patiënten. In deze patiëntengroepen zou het financiële aspect mogelijk nog belangrijker kunnen zijn.

Men ziet dat de patiënten uit groep Alsemberg een grotere variatie aan voordelen vermelden dan de patiënten uit groep Vlaanderen. Dit is vermoedelijk wegens hun ervaring met het systeem, waarbij ze in de praktijk deze voordelen hebben kunnen ervaren.

Ondanks dat de meerderheid van de patiënten geen nadelen aan de DBR vermeldt, haalt een minderheid toch enkele minpunten aan. De patiënten uit groep Alsemberg vermelden vooral praktische nadelen (bijlage 8), waarschijnlijk door hun praktische ervaring met de DBR. De patiënten uit groep Vlaanderen vernoemen vooral het risico van overconsumptie en vrezen meer dan in groep Alsemberg dat dit problemen met zich mee zou kunnen brengen.

Het blijkt dat voor de patiënten uit beide groepen, de kwaliteiten van de huisarts belangrijker zijn dan het betaalsysteem. De wetenschap dat de arts zijn/haar volledige vergoeding ontvangt, neemt voor vele patiënten in beide groepen het subjectief ongemak van een klein bedrag te betalen weg. Niets betalen is volgens bijna alle patiënten een slecht idee omwille van het risico op overconsumptie.

Vergelijking met eerder onderzoek

De voordelen die in deze studie worden vermeld, zijn veel gevarieerder dan in eerder onderzoek werd gedacht (tabel 2). Dit onderzoek met mensen in armoede meldde slechts financiële, drempelverlagende en administratieve voordelen.[7]

De respons op de vraag voor wie de DBR moet worden toegepast, weerspiegelt de huidige wetgeving en discussies daarover: de DBR is momenteel van toepassing voor wie een verhoogde terugbetaling geniet, echter wordt geopperd dat dit ook voor iedereen zou mogen worden toegepast.[4]

In beide groepen wordt door de patiënten aangegeven dat ze zelf niet te snel zullen consulteren, maar dat anderen dat mogelijk wel zouden durven. De vrees van sommige huisartsen wordt dus door de patiënten beaamd.[5]

Het grootste nadeel voor huisartsen, namelijk de mogelijke toename aan administratie,[5] wordt ook door de patiënten als belangrijk nadeel gezien.

De vrees van sommige huisartsen dat de patiënten de consultatie minder zou waarderen,[5] wordt door de patiënten in ons onderzoek grotendeels ontkracht.

Sterktes en beperkingen

Saturatie van de dataverzameling werd in deze kwalitatieve studie in beide patiëntengroepen bereikt. Een andere sterkte van dit onderzoek is dat de codering en analyse door twee personen onafhankelijk van elkaar plaatsvond.

Door twee codebomen te maken, hebben we zowel verschillen als gelijkenissen gevonden tussen de twee patiëntengroepen. De gevonden verschillen zijn echter

wellicht niet dermate relevant dat ze tot een andere aanpak zouden leiden. De belangrijkste verschillen zijn een grotere variatie aan voordelen en meer praktische nadelen in groep Alsemberg dan in groep Vlaanderen (bijlage 8 en 9). Deze verschillen zijn hoogstwaarschijnlijk gerelateerd aan de kennis van de DBR die bij een patiëntengroep die ermee vertrouwd is, logischerwijs beter is. Benadrukt mag worden dat onze kwalitatieve studie slechts een hypothese over mogelijke verschillen naar voren kan schuiven. Om ze op hun waarde te toetsen, kan men een vergelijkend kwantitatief onderzoek uitvoeren. De gemeenschappelijke inzichten van beide patiëntengroepen zijn evenwel de overheersende trend in deze studie.

Een beperking van de onderzochte patiëntenpopulatie is het gebrek aan laagopgeleide en werkloze patiënten, waardoor het financiële aspect van de DBR mogelijk minder op de voorgrond treedt in vergelijking met eerder onderzoek.[7] Een andere beperking aan de onderzoekspopulatie is het tekort aan patiënten die voornamelijk een huisbezoek vragen. Deze patiënten moeten zonder de DBR meteen een veel hoger bedrag voorschieten en de DBR zou daarom voor hen des te relevanter kunnen zijn. Deze patiënten zijn vaak ook minder mobiel, waardoor de DBR op dat vlak voor hen een praktisch voordeel zou kunnen zijn.

Bijna alle patiënten geven correct aan wat de DBR inhoudt. Echter kregen alle patiënten een uitnodigingsbrief met informatie over het onderzoek en daarmee ook uitleg over de DBR. Enkele patiënten vermelden dat ze enkel daardoor wisten wat de regeling inhoudt.

Implicaties voor de toekomst

In dit onderzoek wordt er door patiënten geopperd dat er andere methodes nodig zijn om mogelijke overconsumptie tegen te gaan bij toepassing van de DBR. Als blijkt dat overconsumptie inderdaad een nadeel aan deze regeling zou zijn, is er meer onderzoek nodig naar manieren om dat tegen te gaan.

De potentiële toename aan administratie door de DBR is mogelijk al flink verbeterd sinds de elektronische facturatie is ingevoerd. Dit zou over verloop van tijd best eens opnieuw worden geëvalueerd. Het lijkt aangewezen om eerst een oplossing te vinden voor de vermelde problemen alvorens een veralgemeende invoering van de DBR te overwegen.

De visies van de patiënten zouden via kwantitatief onderzoek bij een grotere representatieve populatie moeten worden onderzocht, alvorens ze te kunnen generaliseren.

Besluit

De derdebetalersregeling kan in de toekomstige huisartsgeneeskunde mogelijk een steeds belangrijkere rol innemen. Dit onderzoek brengt vanuit het gezichtspunt van de patiënten nieuwe inzichten en argumenten aan het licht. Het merendeel van de patiënten ziet in de DBR voornamelijk positieve aspecten zoals praktische en financiële voordelen. Er dienen oplossingen te worden gezocht voor de nadelen voor huisarts en patiënt en het mogelijk effect op overconsumptie zou moeten worden bestudeerd. De huidige wetgeving weerspiegelt tot op zekere hoogte de mening van de patiënt, namelijk dat de DBR voornamelijk bij patiënten met financiële moeilijkheden moet worden toegepast, echter vindt de meerderheid dat dit veralgemeend zou mogen worden. De gevormde hypotheses voortvloeiend uit de huidige exploratieve studie zouden via toetsend kwantitatief onderzoek verder moeten worden onderzocht.

Referenties

1. Koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Beschikbaar via: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/arch_a1.pl?N=&sql=(text+contains+(%27%27))&language=nl&rech=1&tri=dd+AS+RANK&value=&table_name=wet&cn=1986101030&caller=archive&fromtab=wet&la=N&ver_arch=023. Laatst geraadpleegd op 7 april 2017.

2. RIZIV. Derde betalersregeling voor huisartsen. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/beroep/Paginas/verplichte-derdebetalersregeling.aspx#.WOTAY2ekKpo. Laatst geraadpleegd op 7 april 2017.

3. Sociale zekerheid – alles wat je altijd al wilde weten. FOD Sociale Zekerheid. Brussel: 2015. Depotnummer: D/2015/10.770/33. Beschikbaar via: socialsecurity.fgov.be/nl/nieuws-publicaties/publicaties/alles-wat-je-altijd-al-wilde-weten-over-de-sociale-zekerheid-in-belgie.htm. Laatst geraadpleegd op 7 april 2017.

4. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel: 2014 Dec 9. ISBN 9789491125096.

5. Everaert H. Regeling betalende derde in de huisartsenpraktijk. Hoe wordt dit in de praktijk toegepast? Wat zijn de pro's en de contra's van het systeem volgens huisartsen? Masterproef Huisartsgeneeskunde KU Leuven: Academiejaar 2013-2014.

6. Drieskens S, Gisle L, et al. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten: Samenvatting van de onderzoeksresultaten. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Brussel: 2013. Depotnummer: D/2015/2505/01.

7. De Maeseneer J. De Toegankelijkheid in de gezondheidszorg: deelrapport 4: de toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede. Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent. 2003 Feb 28.

8. Philips H. Rotthier P, Meyvis L, Remmen R. Gebruik en toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg. Huisarts Nu 2011; 40(8): 327-331.

9. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. 4e ed. Leuven: Acco; 2013.

10. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012 Mar;49(3):360-71.

Bijlagen

Bijlage 1: Protocol Ethisch Comité

Aanvraag Ethische begeleiding masterproeven "De derdebetalersregeling in een huisartsenpraktijk, bevraging bij de patiënten." (mp10909)

Gelieve in te loggen op http://gbiomed.kuleuven.be/apps/ec om deze aanvraag te controleren.

Samenvatting aanvraag:

De derdebetalersregeling in een huisartsenpraktijk, bevraging bij de patiënten.

Student(en):
Sarah Van Rooy
Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:
Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:
prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

We weten uit eerder onderzoek wat de barrières voor huisartsen zijn om de derdebetalersregeling niet toe te passen, wat voor hen de voor- en nadelen zijn en hoe zij de derdebetalersregeling toepassen in de praktijk. Er is weinig literatuur te vinden over de ervaringen en opinies van patiënten over dit systeem, daarom dat ik me bij dit onderzoek zou willen focussen op de visie van de patiënt.

Vraagstelling:

Wat zijn de ervaringen en visies van patiënten over het al dan niet toepassen van de derdebetalersregeling, zowel bij de patiënten met als zonder verhoogde tegemoetkoming?

Methodologie:

Eerst zal een voorafgaand literatuuronderzoek plaatsvinden om de reeds onderzochte informatie te kennen en een basis uit te bouwen voor mijn verder onderzoek. Verder zal ik kwalitatief onderzoek uitvoeren door middel van

semi-gestructureerde diepteinterviews bij patiënten, omdat dit de meeste geschikte methode is om nog niet gekende visies te exploreren.

Bij de selectie van deelnemers wil ik gericht zoeken naar patiënten met verschillende achtergronden en ervaringen. Hiervoor ga ik een heterogene steekproef met maximale variatie zoeken, waarbij een steekproefmatrix zal worden opgesteld op basis van patiënten met verhoogde terugbetaling of niet, frequentie van consulteren bij de huisarts en andere relevante variabelen. De omvang van de steekproef zal mede bepaald worden door de saturatie.

Als methode van analyse zal ik eerst een transciptie van geluidsopnames doen, gevolgd door (vermoedelijk) een content analyse.

Aan de deelnemende patienten zal een informed consent voorgelegd worden en de data zullen anoniem gerapporteerd worden.

Referenties:

-Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden, Dimitri Mortelmans, 2013, Acco Leuven.

-WHO Health System Reviews (HiTs) (http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits)

-Masterthesis Hanne Everaert, Katholieke Universiteit Leuven: Regeling betalende derde in de huisartsenpraktijk. Hoe wordt dit in de praktijk toegepast? Wat zijn de pro's en de contra's van het systeem volgens huisartsen?

-Masterthesis Ophélie Broeckaert en Katrien De Troeyer, UGent: Sociale dienstverlening en financiële tegemoetkomingen voor de patiënt: hoe ver reikt de kennis van de huisarts?

-Masterthesis De Roo L, UGent: De regel betalende derde voor ambulante verzorging door de huisarts in Gent.

- Philips H, Rotthier P, Meyvis L, Remmen R. Gebruik en toegankelijkheid van eerstelijnsgezondheidszorg. Huisarts Nu 2011; 40(8): 327-331.

- Maesenaar J. De.Toegankelijkheid in de gezondheidszorg: deelrapport 4:de toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede. 2003 februari 28.

- De Winter S. Forfait versus prestatiegeneeskunde. Academiejaar 2009-2010.

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:
Promotor: Marc Van Nuland (marc.vannuland@med.kuleuven.be - u0040434 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Registratienummer: mp10909

Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "De derdebetalersregeling in een huisartsenpraktijk, bevraging bij de patiënten." (mp10909)

Martine Goossens <martine.goossens@med.kuleuven.be>

wo 23/03/2016 17:17

Aan:Marc Van Nuland <marc.vannuland@med.kuleuven.be>;

cc:Sarah Van Rooy <sarah.vanrooy@student.kuleuven.be>;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "De derdebetalersregeling in een huisartsenpraktijk, bevraging bij de patiënten." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "De derdebetalersregeling in een huisartsenpraktijk, bevraging bij de patiënten." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

goedgekeurd, maar niet duidelijk hoe patiënten worden geïnformeerd.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 3: Uitnodigingsbrief

Beste,

Als huisarts in opleiding werk ik, Dr. Sarah Van Rooy, aan een masterthesis rond de derdebetalersregeling ter vervollediging van mijn opleiding als huisarts, met promotor Dr. Marc Van Nuland van het Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven.

Bij de derdebetalersregeling geeft de verzekeringsinstelling het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in de kostprijs van de honoraria rechtstreeks aan de arts. De patiënt moet dit bedrag dus niet meer voorschieten. Hij moet enkel het remgeld betalen. In de huisartsenpraktijk komt dit erop neer dat de patiënt dan in plaats van 24,50€, slechts het remgeld rechtstreeks aan de huisarts moet betalen. Het RIZIV staat echter wettelijk niet toe dat (huis)artsen dit standaard toepassen. Enkel voor de patiënten met verhoogde terugbetaling werd dit recentelijk wel toegestaan.

Deze masterthesis zoekt uit wat de mogelijke voor- en nadelen voor de patiënten zouden zijn en hoe de patiënten hier tegenaan kijken.
Daarom zoeken wij patiënten die aan deze materthesis zouden willen meewerken door een interview te laten afnemen door Dr. Sarah Van Rooy waarbij gevraagd zal worden naar uw visie en naar mogelijke ervaring met dit systeem.

Dit interview zal ongeveer 20minuten duren en het zal plaatsvinden in uw eigen huisartsenpraktijk. De gegevens worden achteraf volledig anoniem verwerkt en er zal ook met uw eigen huisarts geen uitwisseling van uw persoonlijke gegevens zijn.

Als u geïnteresseerd bent, mag u Dr. Sarah Van Rooy, uw eigen huisarts of de secretaresse uw interesse laten weten door hen erover aan te spreken of door te bellen naar het nummer 02 380 16 00.

Met vriendelijke groeten en alvast bedankt voor uw hulp en medewerking,

Dr. Sarah Van Rooy
Vanderveldenlaan 18
1652 Alsemberg
02 380 16 00

Bijlage 4: Informed consent

Informed consent betreffende het onderzoek van Dr. Sarah Van Rooy, voor de masterproef rond de derdebetalersregeling met promotor Dr. Van Nuland van het Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven.

Ondergetekende, ...verklaart hierbij,

(1) dat ik uit vrije wil deelneem aan dit onderzoek

(2) dat ik op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten.

(3) dat ik toestemming geef aan de onderzoeker om de resultaten van het onderzoek op vertrouwelijke en discrete wijze te verwerken en te bewaren. Uiteraard wordt het materiaal geanonimiseerd indien (delen ervan) zouden gebruikt worden voor publicatie.

(4) dat ik toestemming geef aan de onderzoeker om de gesprekken elektronisch op te nemen.

(5) dat ik op de hoogte ben dat ik, op aanvraag, een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan bekomen bij de onderzoeker.

(6) dat ik duidelijk geïnformeerd ben en de uitnodigingsbrief heb gelezen, dat ik ook de kans heb gekregen om vragen te stellen en hierop een bevredigend antwoord heb gekregen. Ik begrijp het onderzoek waaraan men mij gevraagd heeft deel te nemen.

Gelezen en goedgekeurd op ..... (datum)

De deelnemer,

..... (handtekening)

Bijlage 5: Drop-off vragenlijst

Praktijk: …
Nummer: …

1. *Leeftijd*
   …

2. *Geslacht (gelieve het juiste antwoord te omcirkelen)*
   M / V

3. *Krijgt u verhoogde terugbetaling van uw mutualiteit? (gelieve het juiste antwoord te omcirkelen)*
   Ja / Nee

4. *Heeft u kinderen ten laste? (gelieve het juiste antwoord te omcirkelen)*
   Ja / Nee

   Zo ja, hoeveel?
   …

5. *Wat is het hoogste onderwijsniveau dat u met succes heeft beëindigd? (gelieve uw antwoord aan te kruisen)*
   - Lager onderwijs
   - Algemeen secundair onderwijs
   - Academische bachelor aan een hogeschool of universiteit
   - Academische master aan een hogeschool of universiteit/ hogere academische graad
   - Andere: …

6. *Wat is uw huidige werksituatie? (gelieve uw antwoord aan te kruisen)*
   - Werknemer
   - Zelfstandige
   - Werkzoekende
   - Gepensioneerd
   - Tijdelijke of definitieve invaliditeit
   - Andere: …

7. *Hoe vaak heeft u in het kalenderjaar 2016 een consultatie gehad bij uw huisarts? (zowel in het kabinet als op huisbezoek)*
   …

8. *Koos u tijdens het kalenderjaar 2016 hoofdzakelijk voor een consultatie in het kabinet van de huisarts of voor een huisbezoek? (gelieve uw antwoord aan te kruisen)*
   - Consultatie in kabinet
   - Consultatie op huisbezoek

Bijlage 6: Semi-gestructureerd interview groep Alsemberg

1. Wat is volgens u de derdebetalersregeling?
   → uitleg voor het verder gaan met de volgende vragen
2. Vindt u dat u voldoende op de hoogte bent over het betalingssysteem voor geneeskundige zorg in België?
   → Is het nodig dat patiënten hierover meer geïnformeerd worden en waarom?
   → Van wie zou u meer informatie hierover willen ontvangen?
3. Wat vindt u van de derdebetalersregeling en waarom?
   → Bijvragen over zowel positieve als negatieve aspecten (vb. U hebt het nu over een aantal positieve aspecten gehad, ziet u ook negatieve aspecten?)
   → Heeft u al een positieve/negatieve ervaring gehad met dit systeem?
4. Voor wie zou de derdebetalersregeling moeten worden toegepast?
   → Waarom?
   → Zijn er bepaalde patiëntengroepen bij wie het zeker zou moeten worden toegepast en zo ja, bij wie?
5. Zou het u beïnvloeden als uw huisarts geen derdebetalersregeling meer zou toepassen en op welke manier?
   → Zou u dan overwegen van huisarts te veranderen?
   → Spelen andere factoren een grotere of minder grote rol dan de derdebetalersregeling
   bij het kiezen van uw huisarts?
6. Voor een consultatie betaalt u slechts het remgeld. Op welke manier speelt dat een rol wanneer u beslist om op consultatie bij uw huisarts te gaan?
   → Heeft u soms het gevoel dat u uw huisarts te snel contacteert omdat het u slechts een klein bedrag kost ipv 24,5€ of 37,5€? En als het u niets zou kosten?
   → Heeft een consultatie bij de huisarts voor u minder waarde als u minder betaalt?
7. Hoe voelt het voor u om uw huisarts met een klein bedrag te betalen?
   → Hoe voelt het daarentegen om uw huisarts met het volledige bedrag te betalen?
   → Hoe zou het voelen om je huisarts niets te betalen?
8. Denkt u dat andere artsen ook de derdebetalersregeling zouden willen invoeren en waarom?
   → Wat denk je dat andere (huis)artsen van dit systeem vinden?
9. Heeft u nog andere opmerkingen betreffende de derdebetalersregeling die in dit interview niet aan bod zijn gekomen?

Bijlage 7: Semi-gestructureerd interview groep Vlaanderen

1. Wat is volgens u de derdebetalersregeling?
   → uitleg voor het verder gaan met de volgende vragen
2. Wat vindt u van de derdebetalersregeling?
   → Bijvragen over zowel positieve als negatieve aspecten (vb. U hebt het nu over een aantal positieve aspecten gehad, ziet u ook negatieve aspecten?)
   → Heeft u al een positieve/negatieve ervaring gehad met dit systeem?
3. Voor wie zou derdebetalersregeling moeten worden toegepast?
   → Waarom?
   → Zijn er bepaalde patiëntengroepen bij wie het zeker zou moeten worden toegepast en zo ja, bij wie?
4. Vindt u dat u voldoende op de hoogte bent over het betalingssysteem voor geneeskundige zorg in België?
   → Is het nodig dat patiënten hierover meer geïnformeerd worden?
   → Van wie zou u meer informatie hierover willen ontvangen?
   → Weet u hoeveel u terugkrijgt van de mutualiteit als u aan de huisarts 24,50€ betaalt en zou u dat graag willen weten?
   → Zou u dat ook graag op voorhand willen weten bij het consulteren van andere artsen, vb. specialisten?
5. Zou u graag willen dat uw huisarts met de derdebetalersregeling zou werken als dit toegestaan zou zijn?
   → Waarom?
   → Zou uw keuze van huisarts beïnvloed worden door het feit of deze wel of niet de derdebetalersregeling zou toepassen als hij hierin een keuze had?
6. Op welke manier beïnvloedt de kostprijs u bij het consulteren van uw huisarts?
   →Zou u soms sneller uw huisarts contacteren als u slechts het remgeld zou moeten betalen? Denkt u dat sommige andere patiënten dit zouden doen?
   → Stelt u soms een consultatie bij de huisarts uit omdat het u 24,5€ kost en waarom?
   → Zou een consultatie bij de huisarts voor u minder waarde hebben als u minder betaalt?
7. Hoe voelt het voor u of zou het voor u voelen om uw huisarts met een klein bedrag te betalen?
   → Hoe voelt het daarentegen om uw huisarts met het volledige bedrag te betalen?
   → Hoe zou het voelen om je huisarts niets te betalen?
8. Weet u wanneer u gebruik mag maken van de derdebetalersregeling?
   → Als jij je tijdelijk of permanent in een financieel moeilijke situatie zou bevinden, zou je dan de derdebetalersregeling durven vragen je huisarts en waarom wel of niet?
9. Denk jij dat andere artsen ook de derdebetalersregeling zouden willen invoeren en waarom?
   → Wat denk je dat andere (huis)artsen van dit systeem vinden?
10. Heeft u nog andere opmerkingen betreffende de derdebetalersregeling die in dit interview niet aan bod zijn gekomen?

Bijlage 8: Codeboom groep Alsemberg

KENNIS

I. Kennis van de betekenis van de DBR
→Goed
→Slecht

II. Inschatting eigen kennis over het betalingssysteem voor geneeskundige zorg
→Goed
→Slecht
→Middelmatig

III. Nood aan meer informatie
→Ja, interesse
→Nee, geen interesse
→Nee, geen problemen

IV. Aanbieden van informatie door
→Artsen
→Ziekenfondsen

EIGEN MENING

I. Voordelen
→Tijdsbesparing
→Financieel voordeliger
→Geen verplaatsing nodig
→Minder administratie
→Kinderen alleen naar de praktijk
→Misbruik door artsen tegengaan
→Kostenbesparend voor de gemeenschap
→Duidelijkheid over de effectieve kostprijs

II. Nadelen
→Nihil
→Profiteren
  i. Ja
  ii. Nee
  iii. Zelf niet, anderen wel
→Kleefbriefje van de ziekteverzekering meenemen
→Ingewikkeld bij aanvullende verzekering
→Uit het oog verliezen wat doktersbezoek kost
→Gebrek aan informatie
→Stijging kosten sociale zekerheid

III. Toepassing
→Iedereen
  i. Geen onderscheid maken
  ii. Variatie in inkomen en kosten
  iii. Persoonlijker
  iv. Criteria verhoogde terugbetaling includeren niet iedereen die het nodig heeft
  v. Misbruik door artsen tegengaan

vi. Minder ingewikkeld voor arts
vii. Gemakkelijk

→Financieel minderbegoeden
→Bejaarden
→Fysiek en mentaal gehandicapten
→Kinderen
→Ernstige medische problemen

KEUZE HUISARTS

I. Keuze huisarts wordt beïnvloed door

→Toepassing van de DBR
i. Ja
ii. Nee
→Tevredenheid
→Gewoonte
→Nabijheid

FREQUENTIE CONSULTEREN BIJ DBR

→Enkel consulteren bij nood
→Te snel consulteren
i. Ja
ii. Nee
iii. Zelf niet, anderen wel

WAARDE

→Hetzelfde
→Verschillend
i. Arts verdient niet aan patiënt

GEVOEL

I. Remgeld

→Raar in het begin
→Arts heeft recht om vergoeding meteen te ontvangen
→Geen zaken met wat arts verdient
→Minder commercieel
→Goed, als je weet dat arts volledige vergoeding ontvangt
→Goed, want behoud van eigenwaarde

II. Nul euro

→Gevoel van profiteren
→Iets in de plaats willen geven
→Te veel overheidsinterventie
→Waarde van geld, sociale zekerheid of arts vergeten
→Goed, als je weet dat arts volledige vergoeding ontvangt
→Schrik voor slechtere behandeling

OPINIE ARTSEN VOLGENS DE PATIENTEN

→Te veel transparantie
→Artsen moeten niet met geld bezig zijn tijdens consultatie
→Toename administratie
→Langer op geld wachten
→Goed systeem bij patiënten met financiële moeilijkheden
→Geen mening

Bijlage 9: Codeboom groep Vlaanderen

KENNIS

I. Kennis van de betekenis van de DBR

→Goed
→Slecht

II. Inschatting eigen kennis over het betalingssysteem voor geneeskundige zorg

→Goed
→Slecht
→Middelmatig

III. Nood aan meer informatie

→Ja, duidelijkere informatie
→Nee, er is voldoende informatie
→Nee, geen interesse
→Nee, nood aan praktisch bruikbaar systeem

IV. Aanbieden van informatie door

→Artsen
→Ziekenfondsen

V. Hoeveel krijg je terug als je 24,48€ aan de huisarts betaalt?

→Ongeveer 18-21€
→Exact 20,48€
→Geen idee

VI. Belang van kennis van de terugbetalingssom

→Nee
→Ja, bij verplichte consultaties
→Ja, voor mensen die het financieel moeilijk hebben

VII. Kennis van de toepassingsgebieden van de DBR

→Afhankelijk van je loon
→Fysiek en mentaal gehandicapten
→Psychiatrische patiënten
→Ongeneeslijk zieken
→Bejaarden
→Geen idee

EIGEN MENING

I. Voordelen

→Gebruiksvriendelijker
→Administratieve besparing
→Niet wachten op geld
→Financieel voordeliger
→Laagdrempeliger
→Stimulatie eerstelijnsgezondheidszorg en vaste huisarts
→Vermijdt 'shopping' in ziekenhuizen
→Anonimiteit financiële problemen
→Misbruik door artsen tegengaan

II. Nadelen

→Nihil
→Gebrek aan informatie over DBR
→Kleefbriefje van de ziekteverzekering meenemen
→Overconsumptie
→Geen kennis totale prijs
→Remming valt weg

III. Toepassing

→Iedereen
  i. Omweg vermijden
  ii. Geen onderscheid
  iii. Economisch voordeel
→Financieel minderbegoeden
→Chronisch zieken
→Mensen die genoodzaakt zijn regelmatig naar de dokter te gaan
→Bejaarden
→Fysiek en mentaal gehandicapten

KEUZE HUISARTS

I. Graag willen dat je eigen huisarts met dit systeem zou werken?

→Ja
→Nee

II. Keuze huisarts wordt beïnvloed door

→Nabijheid arts
→Goede medische behandeling
→Op voorspraak
→Toepassing van de DBR
→Vertrouwensrelatie

FREQUENTIE CONSULTEREN BIJ DBR

→Staat los van het geld
→Medische noodzaak
→Te snel consulteren
  i. Ja
  ii. Nee
  iii. Zelf niet, anderen wel

WAARDE

I. Waarde consultatie bij DBR

→Hetzelfde
→Degradatie van de huisarts

II. Waarde bepaald door

→Niet door geld
→Medische hulp
→Vertrouwensrelatie
→Manier waarop arts met je omgaat

GEVOEL

I. Remgeld

→Klein bedrag betalen heeft geen nut
→Volledige prijs willen kennen
→Goed, als je weet dat arts volledige vergoeding ontvangt
→Gemakkelijk
→Eerst wennen aan systeem
→Meer bewustwording mutualiteit
→Geen verschil

II. Nul euro

→Raar
→Goed, als je weet dat arts volledige vergoeding ontvangt
→Geen verschil met remgeld
→Er moet iets anders in de plaats komen
→Lijkt alsof arts niets verdient
→Gemakkelijk

OPINIE ARTSEN VOLGENS DE PATIENTEN

→Geen groot verschil
→Niet teveel contant geld
→Langer op geld wachten
→Overconsumptie
→Gemakkelijk
→Geen betaling bij incorrecte verzekering van de patiënt
→Te grote verandering
→Zwart geld verdienen niet mogelijk
→Arts is zeker van betaling
→Toename administratie
→Geen mening