Het gebruik van verschillende betaalmethoden in de Vlaamse huisartsgeneeskunde en de meningen over hun voor- en nadelen.

Anthierens Jeroen, Universiteit Antwerpen

Promotor: prof. dr. Nele Michels, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren:

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Graag had ik even met een paar woorden de mensen bedankt die mij geholpen hebben in het voltooien van mijn masterproef.

Ten eerste wens ik graag mijn promotor, professor dr. Nele Michels, te bedanken voor het begeleiden van mijn masterproef. Zij gaf mij zowel de vrijheid als de ondersteuning die ik nodig had om dit proces tot een goed einde te brengen, alsook vele onmisbare tips en verbeteringen in de laatste fase van de tekst. Tevens wens ik mijn collega, mentor en begeleidster dr. Danielle Van Bruggen te bedanken voor haar bemoedigende woorden en subtiele aansporingen die ik soms nodig had. Graag had ik ook Robert Skowronska bedankt voor de tijd die hij genomen heeft om de tekst na te lezen. Ten slotte had ik ook graag mijn partner, Merel Van den Branden, via deze weg bedankt. Zij stond mij bij in enthousiaste en iets minder enthousiaste momenten, en haar steun was onmisbaar en onfeilbaar tijdens de ontwikkeling van deze masterproef.

Het gebruik van verschillende betaalmethoden in de Vlaamse huisartsgeneeskunde en de meningen over hun voor- en nadelen.

Huisarts in opleiding: Jeroen Anthierens, Universiteit Antwerpen
Promotor: prof. dr. Nele Michels, Universiteit Antwerpen
Praktijkopleidster: dr. Danielle Van Bruggen

Context: De drie belangrijkste systemen die wereldwijd gebruikt worden om artsen te verlonen, worden in het Engels *salary based*, *fee-for-service* en *capitation* genoemd. In België kunnen huisartsen vooral kiezen tussen betalingen per prestatie (*fee-for-service*) of een forfaitair systeem (*capitation*). In het prestatiegerichte systeem wordt in België van de patiënten verwacht dat zij het honorarium van de arts voorschieten, waarna zij een vooraf bepaald bedrag terugbetaald krijgen. Er zijn echter geen richtlijnen over hoe deze voorschotten betaald moeten worden.

Onderzoeksvragen: Welke betaalmethoden worden aangeboden in de Vlaamse huisartsgeneeskunde? Hoe vaak worden deze verschillende betaalmethoden aangeboden? Wat zijn de verschillende (subjectieve) voor- en nadelen van deze methoden? Wat zijn de doorslaggevende argumenten om deze opties al dan niet aan te bieden? Welke factoren hebben een invloed op deze beslissing (bv. grootte van de praktijk, aantal artsen, aantal patiëntencontacten, locatie van de praktijk)?

Methode: De gegevens werden verzameld met behulp van een digitale vragenlijst. Elke actieve huisarts op Vlaams grondgebied mocht deelnemen. De potentiële deelnemers werden per e-mail uitgenodigd. Deelname was vrijwillig. Statistische verwerking, met name de beschrijvende statistiek en crosstabs met als significantietest *Pearson's chi-squared test* (uitgevoerd in IBM SPSS Statistics), gebeurde volstrekt anoniem.

Resultaten: Drieënzeventig artsen namen deel aan deze studie. Er was een mooie verdeling qua geslacht, leeftijd, omgeving en de aangeboden betaalmethoden. De drie oudste betaalmethoden zijn nog steeds de meest aangeboden methoden (cash, overschrijving, Bancontact terminal). Kleinere praktijken blijken minder Bancontact ter beschikking te hebben. Artsen die in praktijken werken waar een Bancontact terminal beschikbaar is, blijken significant meer tevreden te zijn over het gamma van beschikbare betaalmethoden. De deelnemers geven duidelijk aan dat de veelgebruikte methoden (zoals cash) niet altijd ideaal zijn (zeker qua veiligheid of tijdverlies), maar blijven de methoden desondanks toch gebruiken. De nieuwe methoden (onder andere met behulp van smartphones) hebben last van een lagere bekendheid en een lager vertrouwen, zowel langs de kant van de arts als die van de patiënt of consument.

Conclusie: De oude vertrouwde methoden worden nog steeds het vaakst gebruikt. Er zijn echter verschillende nieuwere technologieën die het betaallandschap trachten te veranderen. Zij bieden lagere kosten (bijvoorbeeld in vergelijking met een Bancontact terminal) en een hogere veiligheid (dan bijvoorbeeld cash betalingen). Artsen lijken het er over eens te zijn dat betaalmogelijkheden die aan patiënten aangeboden worden enerzijds niet te veel extra werk met zich mee mogen brengen, en anderzijds niet te veel extra mogen kosten.

Inhoudstafel

Dankwoord 2
Abstract 3
Inhoudstafel 4
Inleiding 5
Literatuurstudie 7
Doelstelling 8
Materiaal en methoden 8
Inclusie- en exclusiecriteria 9
Studie-opzet 9
Gegevensverwerving 9
Resultaten 10
Beschrijvende statistiek 10
Onderzoekspopulatie 10
Aangeboden betaalmethoden 11
Belangrijkste voor- en nadelen van de verschillende betaalmethoden 11
Resultaten van de vragenlijst 13
Onderzoekspopulatie 13
Geslacht 13
Leeftijd 13
Omgeving 14
Grootte van de praktijk 14
Belang van bepaalde elementen die een rol spelen in de keuze van aangeboden methoden 15
Aangeboden betaalmethoden 15
Belangrijkste voor- en nadelen 18
Inleiding 18
Voor- en nadelen, per methode 18
Voor- en nadelen, algemeen 22
Discussie 23
Sterkte-zwakte analyse 24
Referenties 26
Bijlagen 27

Inleiding

Wereldwijd zijn er verschillende manieren waarop artsen verloond worden voor hun prestaties. De drie meest gebruikte systemen worden in het Engels *salary based*, *fee-for-service* en *capitation* genoemd. *Salary based* betekent dat artsen een vast salaris krijgen, ongeacht hoeveel patiënten zij behandelen en hoeveel handelingen zij verrichten. *Fee-for-service* betekent dat artsen betaald worden per prestatie die zij uitvoeren, terwijl *capitation* betekent dat zij een vast bedrag krijgen per patiënt per jaar. Al deze systemen zijn ook in België van toepassing: bedrijfsartsen worden vaak aan een vast salaris betaald, wijkgezondheidscentra werken op forfaitaire manier, terwijl huisartsen meestal per prestatie betaald worden (volgens vooraf bepaalde tarieven). (1)

In België zijn er voor huisartsen twee verloningsvormen mogelijk, met elk hun eigen voor- en nadelen (2, 3). Enerzijds is er de optie om per prestatie betaald te worden (*fee-for-service*), het voordeel van deze optie is dat artsen gemotiveerd worden (en beloond worden) om een hoge kwantiteit van zorg te leveren, echter kan een nadeel van dit systeem zijn dat artsen onbewust worden aangezet om een hoge kwantiteit van zorg te leveren ten koste van kwaliteit. Anderzijds is er de optie om (via bijvoorbeeld een wijkgezondheidscentrum of een forfaitaire huisartsenpraktijk) een forfaitaire vergoeding te krijgen per patiënt die ingeschreven is (*capitation*), ongeacht of deze patiënt veel of weinig contacten vereist dat jaar. Aangezien deze vorm van verloning los staat van de kwantiteit of kwaliteit van zorg, kunnen beide factoren sterk variëren per arts. Uit onderzoek blijkt dat deze vorm van verloning vaak gepaard gaat met lagere kwantiteit van zorg, maar is er moeilijk een conclusie te trekken over de kwaliteit. (4) Veel onderzoekers hadden moeite om “gezondheid” te objectiveren en kozen enkel ‘vaccinatiestatus’ als parameter, aangezien dit dan aangaf hoeveel tijd er werd genomen ook voor preventieve elementen. Deze studies probeerden dan ook vaak tevergeefs om een goed onderscheid tussen de verloningsvormen te maken, maar vonden steeds te veel tekortkomingen in hun eigen studie om tot een conclusie te kunnen komen. (4, 5)

In 2016 waren 373.740 Vlaamse patiënten ingeschreven in het forfaitaire systeem.(6) Op 1 januari 2017 bedroeg de Vlaamse bevolking 6.516.011 inwoners (7), waaruit berekend kan worden dat ongeveer 5,7% van de Vlamingen in een forfaitaire praktijk waren ingeschreven. Het grootste deel van de Vlaamse patiënten werd in eerste lijn dus opgevangen door artsen die per prestatie betaald worden (*fee-for-service)*. Patiënten die in dit systeem een arts consulteren kunnen in twee groepen worden onderverdeeld: enerzijds is er een groep patiënten die voldoende financiële middelen ter beschikking hebben om de honoraria van de artsen voor te schieten. Zij worden gevraagd het honorarium ten tijde van het artsencontact te betalen, waarna zij een vooraf bepaald bedrag terugbetaald krijgen van het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en

invaliditeitsuitkeringen). Sommige patiënten beschikken echter over beperkte financiële middelen, voor deze groep heeft het RIZIV aangepaste regelingen getroffen: de derdebetalersregeling en de sociale derdebetalersregeling.(8, 9)

Over de wijze van betaling bij het voorschieten van het honorarium zijn geen regels opgesteld. Er zijn verschillende betaalmethoden mogelijk (waarvan de meest bekende: betalingen met cash geld, betalingen per overschrijving, betaling met debet- of creditkaarten, enzovoort) en het is de keuze van de arts welke methoden worden aangeboden aan zijn patiënten. Elke methode heeft zijn eigen voor- en nadelen en deze argumenten krijgen voor iedere gebruiker een ander gewicht. Hierdoor biedt niet iedere arts dezelfde methoden aan zijn patiënten aan.

Uit een zoektocht door de literatuur blijkt dat over dit onderwerp nog niet veel gegevens bekend zijn. Er zijn moeilijk cijfers te vinden over hoe vaak de verschillende betaalmethoden aangeboden worden en waarom. Deze beslissingen kunnen echter gevolgen hebben voor onder andere de veiligheid van de patiënt en de arts in kwestie. In deze studie trachten we een beeld te vormen van deze beslissingen en de argumenten die de artsen belangrijk vinden in deze keuze. Met deze resultaten kunnen huisartsen vervolgens een geïnformeerde beslissing maken over welke methoden zij wensen aan te bieden. Aanbieders van betaalmogelijkheden zouden deze informatie ook kunnen gebruiken om hun aanbod beter af te stemmen op deze doelgroep.

Uit *Het Grote Bancontact Betaalonderzoek 2017 (10)*, een online onderzoek uitgevoerd bij een steekproef van 1000 Belgen, blijkt dat 64% van de deelnemers liefst met zijn Bancontact kaart betaalt in het dagelijkse leven, tegenover 13% die liefst met cash betaalt. Kredietkaarten en mobiel betalen nemen respectievelijk de resterende 8% en 5% voor hun rekening. Van de ondervraagden bleek 50% te verwachten dat cash steeds minder gebruikt zal worden om te betalen in de toekomst, terwijl veel van hen vooral voor mobiel betalen en contactloos betalen een opmars verwachtten. Op dinsdag 27 maart 2018 werd een persbericht van Bancontact Company en Payconiq Belgium (een andere aanbieder van betalingen per smartphone) de wereld in gestuurd, waarin zij een fusie aankondigden om tegemoet te komen aan deze hogere vraag naar elektronische betalingen. (11) Op dat moment was de gegevensverzameling van deze studie reeds afgerond.

Plouffe et al (12) beschrijven in 2001 dat de aanvaarding van nieuwe technologieën moeilijker te implementeren zijn wanneer ze tegelijk door meerdere groepen aanvaard moeten worden. In de context van deze studie moeten nieuwe (elektronische) betaalmethoden zowel door de patiënten als door de artsen aanvaard worden voordat betalingen via deze wijze kunnen gebeuren.
Volgens Plouffe moeten de producten dan ook voor beide groepen duidelijke voordelen kunnen aantonen. Een belangrijke factor voor beide partijen is uiteraard altijd de kost. Maar ook het

gebruiksgemak is voor beide partijen belangrijk: moet de handelaar/arts een extra terminal voorzien of kan dit gebeuren via een bestaand hulpmiddel? Moet de consument/patiënt een extra kaart meenemen of kan dit via een middel dat zij sowieso altijd bij hebben (bijvoorbeeld een smartphone)? Bancontact is inmiddels zo wijdverspreid in de huidige maatschappij dat te verwachten is dat bijna iedere patiënt een kaart in zijn portefeuille heeft zitten (10), maar artsen lijken toch soms terughoudend om de nodige terminals aan te schaffen. Misschien kunnen mobiele betalingen in de toekomst deze tussenstap elimineren (aangezien mobiele (smart-)telefoons ook reeds zeer populair zijn), maar dan komt volgens de Bancontact studie (10) de gepercipieerde veiligheid weer een stok in het wiel steken.
Al deze gewoontes en ervaringen zijn tot op heden nog niet onderzocht in de Belgische huisartsensetting.

Literatuurstudie

Voordat aan het onderzoek begonnen werd, werd er gezocht in de bestaande literatuur naar gegevens waarop deze masterproef zou kunnen verder bouwen. Er werd gezocht naar studies die reeds eerder probeerden een beeld te vormen over het landschap van aangeboden betaalmethoden in de Vlaamse huisartsgeneeskunde of informatie over hun voor- en nadelen. Tevens werd er breder gezocht naar studies die interessante achtergrondinformatie over die twee gegevens konden bevatten. Verder werd er kort gezocht naar informatie over forfaitaire betalingen (de andere grote mogelijkheid van betalingen in Vlaanderen).

De gebruikte databanken zijn MEDLINE (PubMed), Google Scholar en HuisartsNu (via Domus Medica archief). De gebruikte keywords waren (afhankelijk van de taal van de gebruikte database): *general practitioner*, *payment*, *payment methods*, *electronic payment*, *capitation*, *betalen*, *betalingen*, *forfaitair*, *huisarts*.

MeSH terms die hiermee samenhangen zijn onder andere: *General Practitioners*, *Health Expenditures*, *Health Care Costs*, *Fees and Charges*.

Na enige tijd zoeken door deze verschillende databanken werd duidelijk dat er nog maar zeer weinig (tot geen) recente gegevens zijn over welke betaalmethoden aangeboden worden bij huisartsen en waarom. Er is reeds veel onderzoek gebeurd naar de verschillen tussen de verschillende mogelijke betaalsystemen (forfaitair, per prestatie, vast loon), maar bijna geen van deze studies kunnen een goede conclusie voorleggen. (4, 5)

Verder werd gezocht naar relevante informatie en statistieken over huisartsgeneeskunde en kosten in per prestatie via de website van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkeringen en het Federaal Agentschap Zorg en Gezondheid. (1, 6, 8, 9, 13, 14)

Doelstelling

Dit onderzoek wenst een antwoord te formuleren op enkele vragen: Welke betaalmethoden worden aangeboden in de Vlaamse huisartsgeneeskunde? Hoe vaak worden deze verschillende betaalmethoden aangeboden? Wat zijn de verschillende (subjectieve) voor- en nadelen van deze methoden? Wat zijn de doorslaggevende argumenten om deze opties al dan niet aan te bieden? Welke factoren hebben een invloed op deze beslissing (bv. grootte van de praktijk, aantal artsen, aantal patiëntencontacten, locatie van de praktijk)?

Materiaal en methoden

Deze studie en het studie-opzet werden goedgekeurd door het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen en het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA). Er was geen budget beschikbaar. Het onderzoeksopzet van deze studie is een beschrijvende kwalitatieve en kwantitatieve studie door middel van een vragenlijst. De vragenlijst werd verdeeld via het online platform Google Forms. Om de vragenlijst te kunnen opstellen, moest er eerst een idee gevormd worden over welke verschillende betaalmethoden beschikbaar zijn en wat de belangrijkste voor- en nadelen van deze methoden zijn. Aan de hand van een initiële rondvraag en marktonderzoek via banken werd de huidige lijst van betaalmethoden opgesteld: cash, Bancontact met vaste terminal, Bancontact app op mobiele telefoon met mobiele terminal, Bancontact app op de mobiele telefoon met QR-code, contactloos betalen met bankkaart (een betaling die gebeurt door met een bankkaart die deze mogelijkheid heeft langs een terminal te bewegen zonder contact te moeten maken), Payconiq app op mobiele telefoon, betaling via overschrijving.

Een uitnodiging tot deelname werd per e-mail naar de deelnemende artsen verstuurd. Er werd gezocht naar een lijst van erkende huisartsenkringen in Vlaanderen, deze werd gevonden op de website van het Vlaams Artsensyndicaat (15). Vervolgens werd gezocht via Google naar websites van deze kringen en werd de contactpersoon aangeschreven per e-mail. Op deze manier werd een zo groot mogelijk aantal artsen betrokken in de studie, zonder dat er gebruik werd gemaakt van data die niet online te vinden waren. Zo werd de privacy gerespecteerd.

De verzamelde gegevens werden statistisch verwerkt, waarbij eerst gebruik gemaakt werd van Microsoft Excel om de data voor verdere verwerking voor te bereiden, om vervolgens met behulp van IBM SPSS Statistics verwerkt te worden. Hiermee werden onder andere frequenties en gemiddelden berekend en werden variabelen in cross-tabs tegenover elkaar geplaatst om met behulp van de Pearson's Chi-square test te onderzoeken of deze variabelen een statische correlatie vertoonden met elkaar. Voor deze studie werd een bovengrens van $p = 0.05$ gehanteerd voor significantie via deze test.

Inclusie- en exclusiecriteria

Voor deelname aan de studie werden slechts twee voorwaarden gesteld: de deelnemer moest een actieve huisarts of huisarts-in-opleiding zijn, en de deelnemer moest actief zijn op Vlaams grondgebied. Alle deelnemers kregen een duidelijke, volledige uitleg over de studie voorafgaande aan de bevraging. Alleen deelnemers die in alle vrijheid en na kennisgeving van de doelstellingen en methoden van het onderzoek hun formulier instuurden, konden deelnemen aan de studie. Het al dan niet deelnemen aan de studie had op geen enkele manier een invloed op de deelnemende arts.

Studie-opzet

Wanneer de deelnemers voldeden aan de inclusiecriteria en hun *informed consent* gaven, werd hen gevraagd een vragenlijst in te vullen, en dit geheel anoniem. De vragenlijst bevatte enkele algemene gegevens zoals geslacht, leeftijd, plaats van tewerkstelling en beroepstitel. Deze elementen werden gebruikt in de statistische analyse van de gegevens maar werden op geen enkele manier gekoppeld aan de identiteit van de deelnemer. Verder bevatte de vragenlijst vragen rond de aangeboden betaalmethoden in de deelnemende praktijk en werd de deelnemer gevraagd scores van 1 (zeer onbelangrijk of negatief) tot 5 (zeer belangrijk of positief) te geven op verscheidene vragen. De vragenlijst is bewust beknopt gehouden om een vlotte verzameling van gegevens te bekomen en deelnemers niet af te schrikken met tijdverslindende lijsten.

Deelnemers kregen op het einde van de vragenlijst de kans om hun e-mailadres achter te laten om op de hoogte gehouden te worden van de resultaten van de studie. Deze e-mailadressen werden zo vroeg mogelijk in het proces gescheiden van de andere gegevens om anonimiteit te bewaren. Deze gegevens worden na het verzenden van de resultaten van de studie zo snel mogelijk verwijderd.

Gegevensverwerving

De gegevensverzameling liep van januari 2018 tot en met maart 2018.

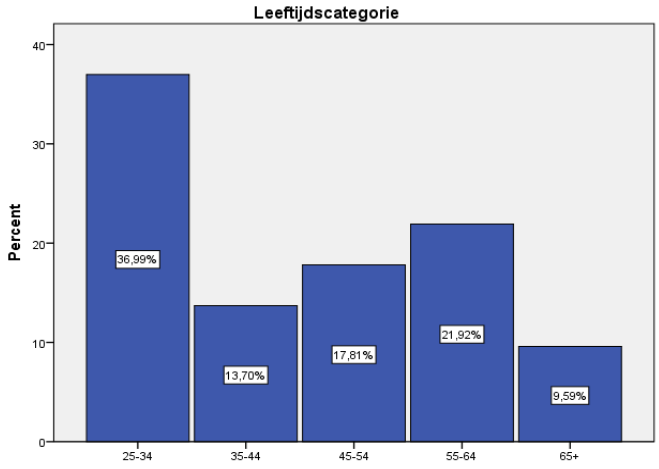
Resultaten

Beschrijvende statistiek

Onderzoekspopulatie

De gegevensverzameling liep over een periode van twee maanden. Tijdens deze periode werd getracht een zo groot mogelijke groep huisartsen te bereiken. Dit leverde op het einde van de onderzoeksperiode 73 ingevulde vragenlijsten op. Deze gegevens werden anoniem gecodeerd en verwerkt in een SPSS database. Alle vragenlijsten werden volledig ingevuld, dit is voornamelijk te danken aan het in te vullen formulier, dat geen onbeantwoorde vragen toeliet.

Er is een mooie verdeling tussen mannelijke en vrouwelijke deelnemers, waarbij de eerste groep 52,1% van de totale groep inneemt. De leeftijden van de deelnemers zijn ook vrij goed verdeeld, met een grote groep jonge artsen (25-34 jaar, 37% van de deelnemer, gemiddelde leeftijd 28,6 jaar), gevolgd door groepen met ook telkens een spreiding van 10 jaar die respectievelijk 13,7% (gemiddeld 41,6 jaar), 17,8% (gemiddeld 50,0 jaar) en 21,9% (gemiddeld 59,6 jaar) van de studiepopulatie innemen. Ten slotte volgt de oudste groep van deelnemers (65+) nog met 9,6% van de deelnemers (gemiddeld 67,6 jaar). Zie figuur 1 voor een grafische voorstelling van deze verdeling.



Figuur 1- Verdeling van leeftijdsgroepen

Alle deelnemende artsen zijn werkzaam in een huisartsenpraktijk, 89% als huisarts en 11% als huisarts-in-opleiding. Van deze artsen zijn 76,7% volledig geconventioneerd, 21,9% niet geconventioneerd en 1 deelnemer (1,4%) gedeeltelijk geconventioneerd. De artsen geven aan dat 23,3% van hen in een omgeving werkt die zij als stedelijk zouden beschrijven, terwijl 30,1% en 46,6% van de deelnemers respectievelijk een landelijke omgeving of een randgemeente beschrijft.

De deelnemers zijn werkzaam in praktijken van verschillende groottes, lopende van praktijken met één arts (30,1% van de deelnemers) tot praktijken met twee (23,3%) of meer artsen (46,6% van de deelnemers). Er heeft slechts één praktijk met meer dan acht volwaardige huisartsen deelgenomen. Ook het aantal HAIO's dat in de deelnemende praktijken werkt, verschilt tussen nul, één en twee. Ongeveer 1 op 3 deelnemende artsen (32,9%) geeft aan dat er 1 of meerdere HAIO's werkzaam zijn in zijn/haar praktijk.

Aangeboden betaalmethoden

Van alle deelnemende artsen geeft 83,6% aan dat zij een rol hebben gespeeld in de keuze over welke betaalmethoden in hun praktijk worden aangeboden aan de patiënten. Slechts 53,4% van de artsen geeft aan dat zij de huidige betaalmethoden volledig adequaat vinden, terwijl 37% van de deelnemers wel tevreden is maar wel mogelijkheden tot verbeteringen ziet, en 9,6% ontevreden is over de huidige mogelijkheden.

De aangeboden betaalmogelijkheden kunnen als volgt gerangschikt worden (van groot naar klein, procent van de deelnemers die 'ja' hebben geantwoord): cash (100%), overschrijving (47,9%), Bancontact terminal (45,2%), Bancontact app op mobiele telefoon (24,7%), Payconiq app (19,2%), Bancontact app met draadloze kaartlezer (9,6%) en ten slotte contactloos betalen (5,5%).

Belangrijkste voor- en nadelen van de verschillende betaalmethoden

De deelnemers werden gevraagd de belangrijkste voor- en nadelen aan te kruisen per methode.

De verschillende mogelijke voordelen	De verschillende mogelijke nadelen
Veiligheid (van arts of patiënt)	Veiligheid (van arts of patiënt)
Gebruiksgemak (voor arts of patiënt)	Gebruiksgemak (voor arts of patiënt)
Tijdsbesparing (voor arts en/of boekhouding)	Tijdsverlies (voor arts en/of boekhouding),
(Geen/weinig) aankoopkosten	(Wel/te hoge) aankoopkosten
(Geen/weinig) onderhoudskosten	(Wel/te hoge) onderhoudskosten
(Geen/weinig) transactiekosten	(Wel/te hoge) transactiekosten
Gebruik van elektronica:	Gebruik van elektronica:
weinig foutmeldingen of storingen	*foutmeldingen of storingen*
Leeftijd van methode	Leeftijd van methode
(nieuw of nooit verouderd)	*(verouderd of bijna voorbijgestreefd)*
Patiënten verwachten deze methode	Ik ken deze methode niet /
	ik wist niet dat dit bestond
Geen enkel voordeel	Geen enkel nadeel

Voordelen

In onderstaande tabel wordt weergegeven hoe vaak (%) de verschillende voordelen aan de verschillende betaalmethoden zijn toegewezen.

	Veiligheid	Gebruiksgemak	Tijdsbesparing	Aankoopkosten	Onderhoudskosten	Transactiekosten	Elektronica	Leeftijd	Verwachtingen van patiënt	Geen enkel voordeel
Cash	0	47	21	70	66	40	19	15	32	3
BC terminal	81	64	37	3	0	1	10	8	27	3
BC kaartlezer met app	55	47	16	11	8	1	1	1	1	15
BC app (mobiel QR)	51	47	16	25	19	15	7	6	1	16
Contactloos	51	44	16	6	4	1	1	4	1	23
Payconiq	48	47	18	26	23	8	4	6	1	19
Overschrijving	45	18	7	38	29	14	6	4	6	21

Tabel 1- Voordelen van de betaalmethoden (% van deelnemers, afgerond)

Nadelen

In onderstaande tabel wordt weergegeven hoe vaak (%) de verschillende nadelen aan de verschillende betaalmethoden zijn toegewezen.

	Veiligheid	Gebruiksgemak	Tijdsverlies	Aankoopkosten	Onderhoudskosten	Transactiekosten	Elektronica	Leeftijd	Ken dit niet	Geen enkel nadeel
Cash	69	10	26	0	0	0	0	0	0	8
BC terminal	3	6	21	69	62	37	27	0	0	4
BC kaartlezer met app	6	11	21	34	26	15	19	0	18	4
BC app (mobiel QR)	8	11	23	18	14	8	26	0	15	6
Contactloos betalen	12	8	21	18	18	12	18	0	19	4
Payconiq	11	10	15	10	12	7	18	0	18	10
Overschrijving	4	16	69	4	3	1	1	0	1	4

Tabel 2- Nadelen van betaalmethoden (% van deelnemers, afgerond)

Resultaten van de vragenlijst

De resultaten van de vragenlijst zijn onder te verdelen in drie onderdelen: gegevens over de deelnemer (*onderzoekspopulatie*), objectieve gegevens over welke betaalmethoden worden aangeboden in de praktijk van de deelnemer (*aangeboden betaalmethoden*) en subjectieve gegevens over zijn/haar mening over de (al dan niet) aangeboden mogelijkheden (*belangrijkste voor- en nadelen)*. Deze drie onderdelen worden eerst apart besproken waarna er een algemene discussie volgt.

Onderzoekspopulatie

Gezien de anonieme verwerking van de gegevens werden enkel objectieve parameters als persoonlijke gegevens bevraagd. Deze parameters waren onder andere geslacht, leeftijd en grootte van de praktijk (aantal huisartsen én aantal HAIO's). Er werd ook aan de deelnemers gevraagd om een beschrijving te geven van de omgeving waarin zij praktijk voeren (de opties waren hier stedelijk, randgemeente of landelijk). Ten slotte werd gevraagd of de deelnemer ingeschreven was in de conventie van het RIZIV.
Vooraleerst worden de verschillende parameters besproken en wordt nagekeken of zij significante correlaties met elkaar hebben.

Geslacht

Wanneer gekeken wordt naar de verdeling tussen mannen en vrouwen is er een mooi evenwicht (52,1% van de deelnemers is mannelijk). Hier is duidelijk te zien (p=0.000) dat de vrouwelijke deelnemers gemiddeld jonger zijn dan hun mannelijke collega's. In de jongere categorieën (samen 25-54 jaar, per 10 jaar) maken de vrouwelijke deelnemers respectievelijk 59%, 80% en 77% van de deelnemers uit, terwijl de oudere groepen (55-64 jaar en 65+) overtuigend mannelijk zijn (94% en 100% respectievelijk). Het geslacht van de deelnemers toont geen significante verschillen wanneer gekeken wordt naar omgeving, conventiestatus of grootte van de praktijk.

Leeftijd

De leeftijden van de deelnemers zijn ook goed verspreid. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers in de studie is 44,7 jaar. Er is een lichte meerderheid in de jonge groep artsen (25-34 jaar), die 37% van alle deelnemers uitmaken. De gemiddelde leeftijd binnen deze groep is 28,6 jaar. Naast deze jonge groep zien we enkele groepen (ook met telkens een spreiding van 10 jaar) die qua leeftijden goed verdeeld zitten (respectievelijk gemiddelde leeftijden van 41,6 jaar, 50 jaar en 59,6 jaar). De groep artsen die rond de officiële pensioenleeftijd zitten maken ook nog een

relatief grote groep uit, namelijk 9,6% van de deelnemers, met een gemiddelde leeftijd van 67,6 jaar. Verder is te berekenen dat de leeftijden van de deelnemers niet significant verschillend zijn binnen de verschillende omgevingen (p=0.565), praktijkgroottes of conventiestatus.

Aan de hand van statistieken verkregen via de website van het RIZIV (14) kan vastgesteld worden dat de gemiddelde leeftijd van de huisartsen in België in 2016 52,8 jaar was. De groep artsen boven 65 jaar betrof 24,6% van alle huisartsen. De leeftijd van de deelnemers in deze studie is dus gemiddeld lager dan deze in België. Mogelijk is deze bias naar jongere artsen te verklaren door de elektronische wijze van gegevensverzameling.

Omgeving

De artsen geven aan dat 23,3% van hen in een omgeving werkt die zij als stedelijk zouden beschrijven, terwijl respectievelijk 30,1% en 46,6% van de deelnemers een landelijke omgeving of een randgemeente beschrijft. Zoals reeds vermeld zijn 76,7% van de deelnemers volledig geconventioneerd, 21,9% niet geconventioneerd en 1 deelnemer (1,4%) gedeeltelijk geconventioneerd.

Als deze twee gegevens tegenover elkaar gezet worden in een Chi-square (p=0.046) wordt een significant verschil zichtbaar in het al dan niet ingeschreven zijn in de conventie wanneer we opsplitsen in de verschillende omgevingen. Aangezien de omgeving drie mogelijke categoriën bevat, moet eerst verdere stratificatie gebeuren. Vervolgens wordt gezien dat indien de drie opties worden opgesplitst in de twee opties *landelijk en niet-landelijk* (met andere woorden stedelijk en randgemeente), de significante correlatie wegvalt (p=0.163). Ook bij de verdeling *randgemeente en niet-randgemeente* (stedelijk en landelijk) wordt de significante correlatie tenietgedaan (p=0.612). De onderverdeling *stedelijk en niet-stedelijk* (landelijk en randgemeente) blijkt de oorzaak te zijn van de oorspronkelijke significante correlatie (p=0.013). Hierbij is duidelijk te zien dat in omgevingen die niet als stedelijk beschreven worden (landelijk of randgemeente), opvallend meer deelnemers volledig geconventioneerd zijn (83,9% van de deelnemers) dan in een omgeving die wel als stedelijk beschreven wordt (slechts 52,9%).

Grootte van de praktijk

De grootte van de praktijk waarin de deelnemende artsen werken, verschilt tussen 1 arts en meer dan 10 artsen (HAIO's meegerekend). Er is echter geen significant verschil tussen de gemiddelde grootte van praktijk als we kijken naar de verschillende omgevingen. Dit wil zeggen dat er even veel solo- en groepspraktijken zijn in stedelijke omgevingen, landelijke omgevingen en randgemeentes.

Er is echter wel een significant verschil te vinden wanneer er gekeken wordt naar de gemiddelde grootte van een praktijk en de leeftijdscategorie of het geslacht van de deelnemer. Hieruit kan bijvoorbeeld weerhouden worden (met p=0.02) dat vrouwen significant minder vaak een solopraktijk hebben (oftewel praktijk met slechts één werkzame huisarts) dan mannen (17,2% tegenover 42,1%). Tevens is slechts 11,1% van de jongste groep artsen werkzaam in een solopraktijk, terwijl dit 85,7% van de groep 65+ is (p=0.001). Indien we de artsen onderverdelen in groepen onder 45 jaar en boven 45 jaar, zien we (met p=0.000) dat 89% van de artsen onder 45 jaar werkzaam is in een praktijk met meerdere artsen, terwijl de groep boven 45 jaar met 50% perfect verdeeld is tussen *solo* en *niet-solo*.

Alle deelnemende artsen zijn werkzaam in een huisartsenpraktijk, 89% als huisarts en 11% als huisarts-in-opleiding. Ongeveer 1 op 3 deelnemende artsen (32,9%) geeft aan dat er 1 of meerdere HAIO's werkzaam zijn in zijn/haar praktijk. Er is geen significante correlatie tussen de grootte van een deelnemende praktijk en het aantal HAIO's dat in deze praktijk werkzaam is.

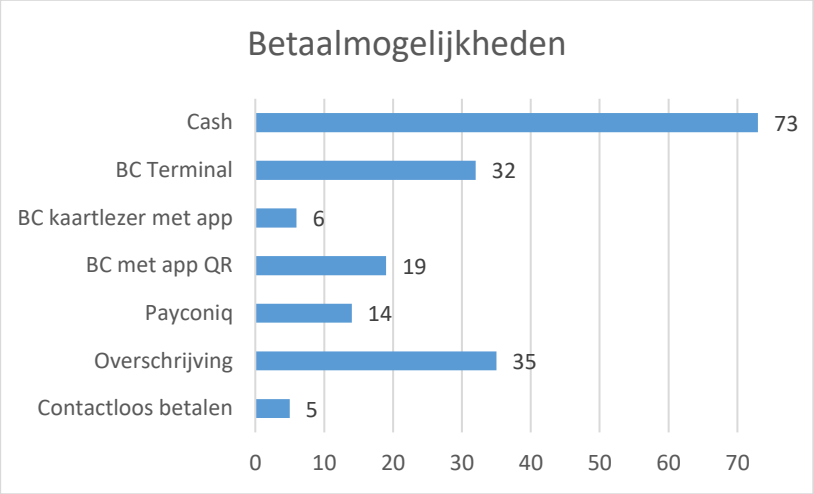
Belang van bepaalde elementen die een rol spelen in de keuze van aangeboden methoden

Vooraleer de verschillende methoden apart bevraagd werden, werd aan de deelnemers gevraagd om een score te geven aan bepaalde argumenten die een rol zouden kunnen spelen in de keuze van aangeboden betaalmethoden. Deze argumenten waren veiligheid van de arts, veiligheid van de patiënt, gebruiksgemak voor de arts, gebruiksgemak voor de patiënt, tijdsverlies voor de arts, tijdsverlies voor de boekhouding, vaste kosten, kosten per transactie, mogelijkheid op foutmeldingen, leeftijd van de technologie en verwachtingen van de patiënt. Deze elementen worden later besproken.

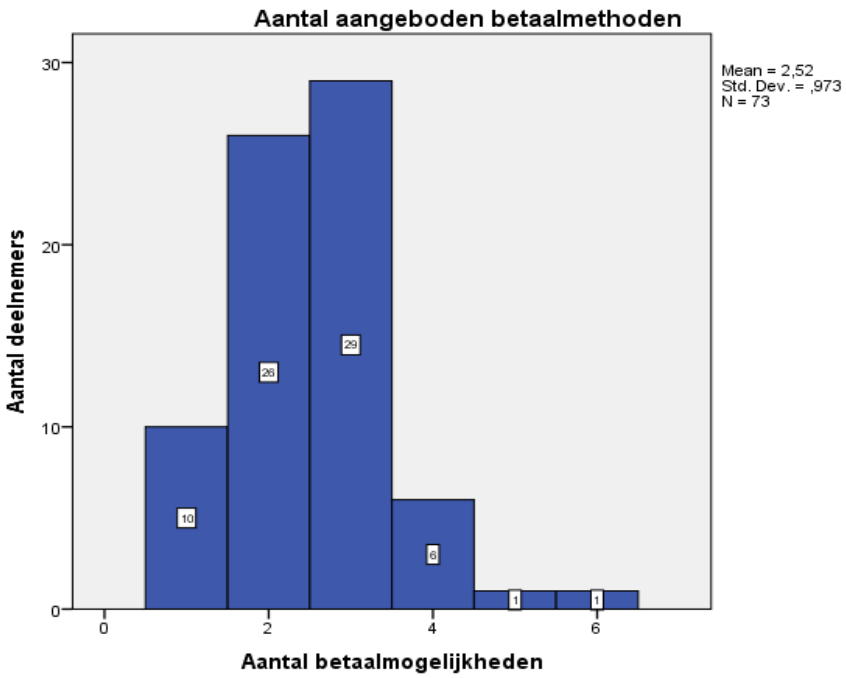
Aangeboden betaalmethoden

Er zijn tegenwoordig veel verschillende betaalmogelijkheden waaruit zelfstandigen (en dus huisartsen) kunnen kiezen. Sommige manieren zijn al lange tijd beschikbaar (betalingen met cash, overschrijving of Bancontact), terwijl andere technologieën (vooral deze gebonden aan smartphones) nog maar enkele jaren in opmars zijn. Voor deze nieuwe betaalmethoden is het echter belangrijk dat zowel de betaler als de ontvanger deze methode kent en vertrouwt, zoals Plouffe (12) reeds jaren geleden besefte.

Om de vragenlijst niet te uitgebreid te maken, werden enkele mogelijkheden uitgelicht. Deze mogelijkheden zijn zo geselecteerd dat zowel oude vertrouwde methoden als nieuwe (voor sommigen onbekende) methoden aan bod kwamen. In *figuur 2* staan alle mogelijkheden opgelijst, met het aantal deelnemers die aangeeft deze methode aan te bieden in zijn/haar praktijk.



Figuur 2- Aangeboden betaalmogelijkheden



Figuur 3- Aantal aangeboden betaalmogelijkheden

In *figuur 3* hiernaast is te zien dat de deelnemers gemiddeld 2,5 verschillende mogelijkheden aanbieden aan de patiënt om te betalen. Slechts 10 artsen (13,7%) verkiezen hun patiënten enkel met cash te laten betalen (zoals in *figuur 2* te zien is, wordt deze methode door iedere arts aangeboden). We zien dat de meeste artsen nog 1 of 2 andere mogelijkheden aanbieden, in *figuur 2* is te zien dat de twee volgende populairste methoden een Bancontact terminal en betaling per overschrijving zijn.

Er bestaat een significante correlatie die zegt dat artsen die in een praktijk werken met meer dan één arts ook vaker meer dan 2 betaalmogelijkheden aanbieden aan hun patiënten dan artsen die in een solopraktijk werken (p=0.009). Mogelijk wordt dit verklaard door kosten of administratieve moeite die verbonden kunnen zijn aan het gebruik van meerdere methoden, die gemakkelijker gedeeld kunnen worden in grotere praktijken.

De deelnemers geven aan dat 83,6% onder hen gedeeld heeft in de beslissing over welke betaalmethoden aangeboden worden aan hun patiënten. Er bestaat een significante correlatie tussen dit gegeven en de leeftijd en geslacht van de deelnemer: jongere artsen en vrouwen blijken minder een stem gehad te hebben in deze keuze. Mogelijks worden deze correlaties verklaard door het feit dat jonge artsen instappen in een praktijk waarin deze keuze reeds gemaakt was voor hun aankomst, de vrouwelijke artsen in deze studie gemiddeld jonger zijn dan hun mannelijke collega's, en het feit dat die mannelijke deelnemers vaker in een solo-praktijk werken dan vrouwelijke deelnemers (waardoor de keuze volledig op hen zelf valt).

Wanneer gevraagd wordt naar de tevredenheid over de huidige aangeboden betaalmethoden, geeft 9,6% aan dat zij ontevreden zijn en dat er niet voldoende opties zijn. De resterende deelnemers geven aan dat zij wel tevreden zijn met het huidige aanbod, waarbij 37% van de totale deelnemers aangeeft dat er in hun ogen nog altijd verbeteringen mogelijk zijn, terwijl de resterende 53,4% volledig tevreden zijn. Wanneer gezocht wordt naar een verband tussen tevredenheid en deelname in de beslissing, kan inderdaad een significante correlatie gevonden worden ($p=0.002$) tussen zij die hebben deelgenomen aan de keuze en de groep die niet 'volledig ontevreden' is over de huidige mogelijkheden.

Deze zelfde correlatie kan gevonden worden tussen het vrouwelijke geslacht en ontevredenheid ($p=0.035$), vermoedelijk omdat beide groepen (zoals hierboven beschreven) sterk samenhangen.

Wanneer de aan- of afwezigheid van de verschillende betaalmogelijkheden wordt geplaatst tegenover de tevredenheid die de deelnemers aangeven, wordt ook een interessante correlatie teruggevonden. Enkel bij de aan- of afwezigheid van een Bancontact terminal wordt deze correlatie met tevredenheid gezien, maar wel in beide richtingen: artsen die wél een Bancontact terminal in hun praktijk beschikbaar hebben, zijn ongeveer 2,7 keer vaker volledig tevreden dan artsen die dit niet hebben ($p=0.039$). Langs de andere kant zijn artsen die géén Bancontact terminal beschikbaar hebben ook vaker volledig ontevreden met de beschikbare mogelijkheden. Sterker nog, alle artsen die hebben aangegeven dat zij volledig ontevreden zijn, blijken geen Bancontact terminal beschikbaar te hebben ($p=0.011$). Dergelijke correlaties kunnen niet gevonden worden bij de andere betaalmogelijkheden.

Belangrijkste voor- en nadelen

Inleiding

In de vragenlijst werd gepeild naar hoe belangrijk de deelnemers bepaalde elementen vinden terwijl ze de keuze maken over welke betaalmethoden ze al dan niet aanbieden. Deze elementen zijn onder te verdelen in vier grote categorieën: veiligheid, gebruiksgemak, kosten en verspreiding van de betaalmethode. Qua veiligheid wordt gepeild naar de veiligheid van de arts en die van de patiënt. Gebruiksgemak wordt onderverdeeld in het gemak van dagelijks gebruik, tijdsbesparing of tijdsverlies die de methoden kunnen veroorzaken en foutmeldingen/storingen die bij bepaalde methoden kunnen voorkomen. Onder kosten wordt gekeken naar aankoopkosten, onderhouds- en/of transactiekosten. Onder verspreiding van de methode wordt gepeild naar hoe belangrijk het is dat patiënten bepaalde methoden verwachten te zien of hoe oud bepaalde methoden al zijn.

Voor- en nadelen, per methode

Vervolgens werd gevraagd bij elke betaalmethode de belangrijkste voor- of nadelen aan te duiden. De deelnemers mochten vrij kiezen hoeveel voor- of nadelen zij aankruisten en het maakte niet uit of zij de methode zelf in de praktijk aanboden (dit omdat een nadeel zo belangrijk kan zijn dat gekozen werd de methode niet aan te bieden). Een samenvattende tabel van alle mogelijke voor- en nadelen kan u vinden bij de resultaten op pagina 11.

Cash

Van alle methoden is cash onmiskenbaar de oudste en meest gekende methode. Alle deelnemers geven aan dat patiënten in hun praktijk op deze manier kunnen betalen.

De belangrijkste voordelen (zoals aangegeven door de opties die door de deelnemers het vaakste zijn aangeduid) zijn het gebrek aan aankoop- (70%) of transactiekosten (67%) en het gebruiksgemak (46%). De belangrijkste nadelen zijn, volgens de deelnemers, een gebrek aan veiligheid (69%) en het tijdsverlies (26%) dat betalingen met cash teweeg kunnen brengen (vermoedelijk omdat dit geld vervolgens in grote hoeveelheden bij een financiële instelling ingeleverd moet worden). Ondanks deze nadelen blijft cash voor 13,7% van de deelnemers de enige aangeboden methode en wordt hij bij 35,6% van de deelnemers slechts door één andere methode versterkt. In 42,3% van de gevallen is deze extra aangeboden methode een Bancontact terminal, in 53,8% van de gevallen is dit de mogelijkheid om via overschrijving te betalen, en in de resterende 3,8% is dit betalingen met behulp van een kaartlezer en de bijbehorende mobiele Bancontact app.

Bancontact terminal

De Bancontact terminal is de oudste en meest gekende variant van de Bancontact betalingen. De methode is intussen reeds vele jaren in gebruik en kan rekenen op veel vertrouwen en herkenning. Volgens Het Grote Bancontact Onderzoek (10) betaalt 84% van de ondervraagde Belgen liefst op deze manier in het dagelijkse leven. Het betreft de derde meest aangeboden betaalmethode in de praktijken van de deelnemers, met slechts 2,7% achterstand op betalingen via overschrijving (respectievelijk 45,2% en 47,9% van de deelnemers).

De belangrijkste voordelen zijn volgens de resultaten de veiligheid (81%), het gebruiksgemak (64%) en de tijdsbesparing (37%) die met deze methode gepaard gaan. Een belangrijke factor blijkt voor veel deelnemers ook de verwachtingen van de patiënt te zijn, aangezien 27% van de deelnemers ook deze optie heeft aangekruist. De belangrijkste nadelen zijn dan weer de kosten die aan de methode verbonden zijn, zowel in aankoop (69%), onderhoud (67%) als per transactie (37%).

Om een idee te krijgen van de kosten die volgens zo veel deelnemers het belangrijkste nadeel zijn (en vermoedelijk ook de reden dat 54,8% van de deelnemers deze methode niet gebruikt) werd gezocht naar richtprijzen via een van de grootste aanbieders van België, ATOS Worldline. De richtprijzen volgens hun webpagina (16) zijn opgesplitst in vaste abonnementskosten en kosten per transactie, waarbij aanbieders de keuze krijgen tussen lage vaste kosten maar hoge kosten per transactie (voordeliger in lage aantallen van betalingen) of hogere vaste kosten maar lage kosten per transactie. De ideale en meest kostenefficiënte formule is dus afhankelijk van hoe vaak de methode gebruikt zal worden. Vermoedelijk is dit dan ook de reden dat er een statistisch significante correlatie wordt gevonden ($p=0.011$) tussen de grootte van de praktijk en deze methode, waarbij gezien wordt dat solopraktijken minder vaak deze methode aanbieden dan praktijken met 2 of meer artsen (22,7% tegenover 54,7%).

Bancontact kaartlezer met app

De modernere versie van de hierboven beschreven methode vereist een andere soort kaartlezer. Hierbij wordt de kaartlezer gebruikt om de bankkaart en pincode van de patiënt of klant te autoriseren, maar wordt het bedrag en de betaling zelf via de mobiele app (en dus de mobiele telefoon van de arts of handelaar) geregeld. Deze methode vereist vanzelfsprekend dus dat de arts in het bezit is van een mobiel apparaat, en vertrouwen heeft in de veiligheid van de methode. In de resultaten is te zien dat slechts 9,6% van de deelnemers deze methode aanbiedt. Voor 1 deelnemer is dit de enige extra methode, naast cash, die hij/zij aanbiedt aan de patiënten, waarbij de meer gebruikte Bancontact terminal en overschrijving dus overgeslagen worden.

De belangrijkste voordelen zijn vergelijkbaar met die van de Bancontact terminal, namelijk veiligheid (55%), gebruiksgemak (47%) en tijdsbesparing (16%). De relatieve aantallen lijken dus wel gelijkaardig, maar de absolute getallen liggen toch lager. Opvallend is dat voor deze optie, net als voor alle volgende opties, een niet onmiskenbaar aantal van de deelnemers ook 'geen enkel voordeel' voor deze optie heeft aangekruist (in dit geval 15% van de deelnemers). Opvallend is tevens dat vanaf deze methode bij alle methoden (uitgezonderd betalingen via overschrijving) telkens ook een duidelijke groep deelnemers aanduidt dat zij deze methode niet kennen (er moet ook rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat, door de beperkte informatie op de vragenlijst, sommige patiënten misschien niet goed begrepen welke methode er bedoeld werd). Voor deze methode betreft dit 18% van de deelnemers.

BC app (mobiel QR)

Nog een stap verder dan de juist besproken methode is de volledig mobiele versie van de Bancontact betaling. Deze vorm vereist dat beide partijen, zowel arts als patiënt, in het bezit zijn van een mobiel apparaat en hierop de Bancontact app (of een app die gekoppeld is aan een bank naar keuze) geïnstalleerd hebben. De betaling gebeurt met behulp van een QR-code die gescand moet worden op het mobiele apparaat van de arts door de camera van de patiënt, waarna deze de betaling moet goedkeuren op zijn/haar mobiel apparaat. Deze methode vereist dus van beide partijen een sterk vertrouwen in de mobiele technologie en de veiligheid die hiermee verbonden is. In deze studie wordt de methode door 24,7% van de deelnemers aangeboden.

De belangrijkste voordelen zijn opnieuw de veiligheid (51%) en het gebruiksgemak (47%), voor deze methode gevolgd door de (lage) aankoopkosten (25%). Vermoedelijk is dit laatste bedoeld in contrast met de vorige Bancontact opties die besproken zijn, aangezien de app zelf geen kosten met zich meebrengt in aankoop en er enkel een vaste kost per transactie betaald wordt. De belangrijkste nadelen van deze methode zijn het gebruik van elektronica en de mogelijke foutmeldingen hierrond (26%), gevolgd door tijdsverlies (23%) en aankoopkosten (18%). Wat de deelnemers met deze laatste twee nadelen bedoelen is onduidelijk, aangezien er geen aankoopkosten aan de mobiele app verbonden zijn en er in normale situaties niet meer tijd verloren gaat aan betalingen via deze app in vergelijking met de kaartlezer. Net als voor de vorige optie ziet 16% van de deelnemers voor deze methode geen enkel voordeel, en verklaart 15% van de deelnemers dat ze deze betaalmethode niet kennen. Uit Het Grote Bancontact Onderzoek (10) blijkt dat 6 op de 10 Belgen nog steeds moeite hebben mobiele betalingen te vertrouwen. Vermoedelijk is dit ook een belangrijke reden dat deze methode nog niet wijdverspreid is.

Contactloos betalen

Contactloos betalen is een nieuwe vorm van betaling waarbij een betaalkaart slechts langs een terminal moet bewogen worden om de betaling goed te keuren. Er is voor deze methode dus geen fysiek contact nodig tussen de kaart en de terminal en er hoeft geen bevestiging door middel van een pincode gegeven te worden. Veel betaalkaarten hebben deze mogelijkheid reeds ingebouwd, zonder dat de gebruikers dit ooit gebruiken of weten dat ze dit kunnen. Het Grote Bancontact Onderzoek (10) leert ons tevens dat 9 op de 10 Belgen een betaling slechts veilig vinden indien er een pincode aan te pas komt. De methode wordt slechts door 5,5% van de deelnemers aan zijn/haar patiënten aangeboden. Dit uit zich ook in de resultaten over voor- en nadelen: de drie belangrijkste antwoorden qua voordelen zijn enerzijds wederom veiligheid (51%) en gebruiksgemak (47%) en anderzijds 'geen enkel voordeel' (23%, het hoogste aantal in deze categorie van alle betaalmogelijkheden in de studie). De antwoorden over de belangrijkste nadelen zijn gelijkaardig: tijdverlies (21%), met 'ik ken de methode niet' (19%) als tweede grootste optie. De andere antwoorden zijn vooral verdeeld over de kosten en het gebruik van elektronica en bijbehorende foutmeldingen (18% elk).

Naast de publieke opinie over deze betaalmethode, zijn betalingen op deze manier vaak begrensd tot €25 euro per transactie, wat voor honoraria van huisartsen vaak niet voldoende is. (17) Dit kan voor de adoptie van deze betaalmethode dus zeer nadelig zijn.

Payconiq

Payconiq was tot voor kort een van de grootste concurrenten van Bancontact in mobiele betalingen, maar hier kwam eind maart 2018 verandering in toen beide bedrijven aankondigden dat zij de handen in elkaar zouden slaan om tegemoet te komen aan de hogere vraag naar elektronische en mobiele betalingen. (11) De werking van Payconiq is vergelijkbaar met de Bancontact app en de kosten houden ook hier enkel transactiekosten in. (18) Het gebruik van deze app bij de deelnemers is dan ook gelijkaardig aan die van de Bancontact app: 19,2% van de deelnemers blijkt dit aan te bieden in zijn/haar praktijk (tegenover 24,7% Bancontact app).

Qua voor- en nadelen zijn de antwoorden ook enorm gelijkaardig. De belangrijkste voordelen zijn net als bij de Bancontact app veiligheid (48%), gebruiksgemak (47%) en (het gebrek aan) aankoopkosten (26%). De belangrijkste nadelen blijken het gebruik van elektronica (18%), onbekendheid van de methode (18%) en tijdsverlies (15%).

Opvallend is dat er geen significant verband is tussen het aanbieden van betalingen via de Bancontact app en via de Payconiq app. Van de 28 deelnemers die aangeven dat ze minstens een van beide apps gebruiken, blijken 14 deelnemers (50% van deze groep) enkel de Bancontact app aan te bieden, 10 deelnemers (35,7% van deze groep) enkel Payconiq aan te bieden en slechts 4 deelnemers (14,2%) beide apps te gebruiken.

Betalen per overschrijving

Betalingen via overschrijving zijn reeds vele jaren mogelijk. Niet elke handelaar maakt echter gebruik van deze betaalmethode, omdat de betaling pas op een later moment uitgevoerd wordt en er dus het vertrouwen moet zijn dat de klant of patiënt de betaling zal uitvoeren. Ook qua boekhouding zijn deze inkomsten anders dan inkomsten die rechtstreeks tijdens de consultatie geïnd werden. In de resultaten is dan ook te zien dat slechts ongeveer 1 op 2 deelnemers (47,9%) deze methode aanbiedt aan de patiënten.

De belangrijkste voordelen zijn volgens de deelnemers veiligheid en de lage kosten (zowel qua "aankoop" als onderhoud). Toch vindt ook 21% van de deelnemers dat deze methode geen enkel voordeel biedt. Qua nadelen is er sterke eensgezindheid tussen de kandidaten: 69% van de deelnemers benoemt tijdsverlies als belangrijkste nadeel, gevolgd door gebruiksgemak (16%).

Voor- en nadelen, algemeen

Wat vinden artsen nu belangrijk in hun beslissing om een bepaalde methode wel of niet aan te bieden? De bevraagden werden enkele mogelijke argumenten voorgeschoteld die ze een cijfer moesten toewijzen op basis van belangrijkheid in hun beslissing. De schaal was als volgt: 1 (helemaal niet belangrijk), 2 (eerder onbelangrijk), 3 (neutraal), 4 (eerder belangrijk), 5 (zeer belangrijk). Hierdoor zijn alle waarden boven 3 positieve waarden (belangrijker dan neutraal), terwijl waarden onder 3 negatieve waarden zijn (minder belangrijk dan neutraal). Het 95% betrouwbaarheidsinterval geeft de spreiding rond het gemiddelde aan, waarbij 95% van de antwoorden binnen dit interval liggen. Een grotere spreiding betekent dus een groter verschil tussen alle gegeven antwoorden, terwijl een kleinere spreiding betekent dat de deelnemers allen ongeveer hetzelfde antwoord gaven.

Argument	Gemiddelde score	95% betrouwbaarheidsinterval	Spreiding
Veiligheid van arts	4,00	3,77 - 4,23	0,46
Veiligheid van patiënt	3,70	3,44 - 3,96	0,52
Gebruiksgemak arts	4,55	4,37 - 4,73	0,35
Gebruiksgemak patiënt	4,33	4,14 - 4,52	0,38
Tijdsverlies arts	4,22	4,00 - 4,44	0,44
Tijdsverlies boekhouding	4,00	3,78 - 4,22	0,44
Vaste kosten	4,12	3,90 - 4,35	0,45
Transactiekosten	4,30	4,10 - 4,51	0,41
Foutmeldingen	4,07	3,85 - 4,29	0,44
Evolutie/leeftijd technologie	3,55	3,33 - 3,76	0,43
Verwachtingen patiënten	3,16	2,93 - 3,40	0,47

Tabel 3- Belangrijkheid van argumenten die de beslissing kunnen beïnvloeden

Zoals aanvankelijk opvalt, werd op alle categorieën voornamelijk positief geantwoord. De drie belangrijkste argumenten zijn volgens de deelnemers gebruiksgemak van de arts, gebruiksgemak van de patiënt en transactiekosten. Deze drie antwoorden kregen niet enkel gemiddeld de hoogste score, maar vertonen ook de laagste spreiding tussen de antwoorden.

De drie minst belangrijke argumenten blijken de verwachtingen van de patiënt, de evolutie of leeftijd van de technologie en de veiligheid van de patiënt. Deze antwoorden vertonen echter een iets grotere spreiding dan de hierboven besproken argumenten. Enkel het argument 'verwachtingen van de patiënt' vertoont een betrouwbaarheidsinterval dat onder 'neutraal' (3) dipt.

Discussie

Deze studie beoogde volgende vragen te beantwoorden: Welke betaalmethoden worden aangeboden in de Vlaamse huisartsgeneeskunde? Hoe vaak worden deze verschillende betaalmethoden aangeboden? Wat zijn de verschillende (subjectieve) voor- en nadelen van deze methoden? Wat zijn de doorslaggevende argumenten om deze opties al dan niet aan te bieden? Welke factoren hebben een invloed op deze beslissing (bv. grootte van de praktijk, aantal artsen, aantal patiëntencontacten, locatie van de praktijk)?

Een voorgaande zoektocht door de literatuur bood weinig antwoorden op deze vragen. Hierdoor had dit onderzoek geen resultaten om zich op de baseren en kan dit onderzoek beschouwd worden als een pilootstudie. Hierbij wordt er eerder naar trends gezocht waarop in eventueel volgend onderzoek verder gebouwd kan worden.

Nu alle resultaten apart besproken zijn, kunnen er inderdaad enkele duidelijke trends uitgelicht worden. Zoals te verwachten zijn de drie oudste betaalmethoden nog steeds de meest aangeboden methoden (cash, overschrijving, Bancontact terminal). De deelnemers geven duidelijk aan dat deze methoden niet altijd ideaal zijn (zeker qua veiligheid of tijdverlies), maar blijven ze toch gebruiken. Er zijn echter verschillende nieuwere technologieën (onder andere de smartphones) die het betaallandschap trachten te veranderen. Deze nieuwe betaalopties lijken echter te lijden onder enkele factoren. Enerzijds hebben ze last van een lagere bekendheid, vertegenwoordigd door het aantal deelnemers dat 'ik ken dit niet' heeft aangeduid bij deze methoden. Anderzijds blijkt er een lager vertrouwen in deze technologieën te zijn, zowel langs de kant van de aanbieders, gekenmerkt door klachten over fouten door de elektronica en de (gepercipieerde) (on)veiligheid, als langs de kant van de patiënt of consument, zoals aangegeven in Het Grote Bancontact Onderzoek (10)).

De nieuwere methoden proberen echter enkele problemen die de oudere methoden met zich mee brengen aan te pakken. Dit streven wordt door de deelnemers wel erkend. Velen lijken in te zien dat bijvoorbeeld voor betalingen per smartphone kosten een minder grote nadelige factor zijn dan voor de traditionele Bancontact terminal (ook al lijken sommigen over deze kosten nog steeds zeer negatief te zijn, mogelijk zijn deze deelnemers nog niet voldoende geïnformeerd?). Ook wordt bijvoorbeeld opgemerkt dat de nieuwere methoden de veiligheid kunnen bieden die cash betalingen lijken te missen. Toch blijft er ook een groot scepticisme tegenover al deze nieuwe methoden, duidelijk te zien aan het aantal deelnemers dat 'geen enkel voordeel' bij deze methoden antwoordde.

Artsen lijken het er over eens te zijn dat betaalmogelijkheden die aan patiënten aangeboden worden enerzijds niet te veel extra werk met zich mee mogen brengen, en anderzijds niet te veel extra mogen kosten. De kant van de patiënt (zowel veiligheid als verwachtingen) blijkt in deze beslissing minder belangrijk. De kosten die vasthangen aan de huidige meest populaire betaalmethoden blijken voor veel artsen toch nog steeds onoverkomelijk. De nieuwere methoden die gepaard gaan met lagere kosten, lijken nog te moeten inzetten op naamsbekendheid en opbouw van vertrouwen. De fusie van Bancontact en Payconiq zal mogelijk een grote stap in de juiste richting zijn voor deze twee giganten in het mobiele betaallandschap.

Er is een duidelijke digitalisering van de huisartsgeneeskunde aan de gang (zoals gekenmerkt door de opmars van *Recip-e*, *e-Tarificatie*, *e-Facturatie* en verplichte *elektronische medische dossiers* (EMD)) (19). Of de betaalmogelijkheden ook deze trend zullen volgen zal enkel de toekomst kunnen uitwijzen. Met dit onderzoek werden enkele duidelijke trends aangetoond en werden enkele pijnpunten blootgelegd, maar om de ware impact van deze elementen in te schatten zal er nog verder onderzoek moeten gebeuren.

Sterkte-zwakte analyse

De belangrijkste methodologische sterkte van deze studie is de samenstelling van de studiepopulatie. Hoewel het aantal gegevens niet voldoende is om de data te extrapoleren naar de algemene populatie, is er wel een mooie verdeling tussen geslachten en leeftijden waardoor ervaringen en meningen uit elke categorie tot uiting komen. Er is tevens een sterke kosten-batenverhouding, aangezien er geen gebruik werd gemaakt van financiële hulpmiddelen.

Als methodologische zwakte dient gewezen te worden op de vrij beperkte respons. Aangezien dat deze studie kan beschouwd worden als pilootstudie, was het vooral belangrijk om bepaalde trends te ontdekken. De vragenlijst is kort gehouden om potentiële deelnemers niet af te schrikken en een vlotte verzameling en verwerking van de gegevens toe te laten.

Wel kunnen sommige nuances of details hierdoor eventueel niet (voldoende) tot uiting komen. Sommige populaire betaalmethoden kunnen bijvoorbeeld toch gemist worden, omdat zij geen optie waren in de bevraging (hierbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan betalingen via kredietkaarten). De verspreiding van de vragenlijst (op elektronische wijze) kan tevens voor een lichte bias zorgen, aangezien artsen die vlot met computers kunnen omgaan mogelijk meer geneigd zijn om de vragenlijst in te vullen dan artsen die hier minder vlot of graag mee bezig zijn. Enerzijds zou men kunnen vermoeden dat jonge artsen sneller met nieuwe technologieën aan de slag gaan en aangezien de jongere artsen procentueel een grotere groep uitmaken van de studiepopulatie dan in de algemene populatie, kunnen deze gegevens een licht vertekend beeld bieden. Anderzijds is het te verwachten dat deze groep artsen nog een langere tijd de toekomst van de betaalmogelijkheden zal bepalen, in tegenstelling tot hun oudere collega's. Hierdoor kunnen hun voorkeuren op langere termijn dus een grotere impact hebben, waardoor hun visie bij het zoeken naar trends wel zeer waardevol kan zijn.

Referenties

1. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Honoraria, prijzen en vergoedingen http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/default.aspx. 2018.
2. De Maeseneer Jan RL, Art B, Suetens M Forfaitaire betaling op de eerste lijn HuisartsNu. 2014;43.
3. Annemans L CJ, et al. . Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg. 2008.
4. Gosden T. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. Journal of Health Services Research & Policy. 2001;6(1).
5. Torgerson TGLPD. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. QJM: An International Journal of Medicine. 01 January 1999;92(1):47-55.
6. Audit medische huizen vandaag voorgesteld. http://www.deblockbelgium.be/nl/audit-medische-huizen-vandaag-voorgesteld. 22 januari 2018.
7. Vlaanderen in cijfers 2017 - Statistiek Vlaanderen. wwwstatistiekvlaanderenbe/sites/default/files/docs/vic2017pdf.
8. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Derdebetalersregeling: betaal alleen uw deel, het ziekenfonds vergoedt de zorgverlener rechtstreeks http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/derdebetalersregeling.aspx. 2017.
9. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Sociale derdebetaler: betaal uw huisarts enkel uw deel van de kosten http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/sociale-derdebetaler-kosten-huisarts-betalen-enkel-uw-deel.aspx. 2015.
10. iVox & Bancontact Company. Het Grote Bancontact Onderzoek 2017. De Tijd, http://bancontact.tijd.be/. 2017.
11. Bancontact Company and Payconiq Belgium, Bancontact Company en Payconiq Belgium brengen expertise en innovatie onder één dak. https://www.bancontact.com/uploads/media/5ab95dba33aa8/2018-03-26%20Pressrelease_Bancontact%20Payconiq%20Company_NL.PDF. 2018.
12. Plouffe CR, Vandenbosch M, Hulland J. Intermediating technologies and multi-group adoption: a comparison of consumer and merchant adoption intentions toward a new electronic payment system. Journal of Product Innovation Management. 2001;18(2):65-81.
13. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx. 2017.
14. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Statistieken geneeskundige verzorging. http://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/geneesk-verzorging/Paginas/default.aspx. 2017.
15. Vlaams Artsensyndicaat. Erkende huisartsenkringen. http://www.vlaamsartsensyndicaat.be/erkende-huisartsenkringen.
16. ATOS Worldline. Bancontact Terminal Prijzen. https://mijnbetaaloplossing.be/index/nl_BE/5123763/0000/Bancontacthtm.
17. Bancontact Company. Kan ik voor elk bedrag betalingen doen of ontvangen met de app? https://www.bancontact.com/nl/veelgestelde-vragen/kan-ik-voor-elk-bedrag-betalingen-doen-of-ontvangen-met-de-app?categoryID=Betalingenuitvoeren%28transacties%29.
18. Payconiq Belgium. Hoeveel kost Payconiq? https://www.payconiq.be/nl/contact-en-ondersteuning-zakelijk/.
19. Federaal Agentschap voor Zorg en Gezondheid. Portaal van de diensten eGezondheid. https://www.ehealth.fgov.be/nl/beroepsbeoefenaars-in-de-gezondheidszorg. 2018.

Bijlagen

Bijlage 1: Definitief gunstig advies van het ethisch comité van het UZA

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol

Bijlage 3: De gebruikte vragenlijst, goedgekeurd door het ethisch comité van het UZA

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Dr. N. Michels
Universiteit Antwerpen
ELIZA (Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen)
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Het gebruik van verschillende betaalmethodes in de Vlaamse huisartsenpraktijken en de meningen over hun voor - en nadelen (manama huisartsgeneeskunde Jeroen Anthierens)

Belgisch Registratienummer: B300201732122

datum	ons kenmerk	contactpersoon
3/04/2017	17/12/154	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 3/04/2017.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Jeroen Anthierens
- Protocol dd. 27/02/2017
  versie 1
- Informatiebrief dd. 27/02/2017
  versie 1
- Vragenlijst(en) dd. 27/02/2017
  versie 1

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
3/04/2017

ons kenmerk
17/12/154

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Marleen Bolens
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. J. Anthierens, NVT, -

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874 619 603

datum
3/04/2017

ons kenmerk
17/12/154

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Marleen Bolens
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 1/01/2017.
Deze studie werd besproken op vergadering van 3/04/2017.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
HUIZING Manon	Oncoloog	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	+
VERLOOY Joris	Pediater	M	-
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	-
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
Uitgenodigde Experten			
GOETHALS Sofie	Biobank manager	V	-
HENS Kristien	Ethicus	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	-
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Masterproef studie:

Het gebruik van verschillende betaalmethodes in de Vlaamse huisartsenpraktijken en de meningen over hun voor- en nadelen.

Protocol

-Doelstelling en verantwoording

Er zijn verschillende methodes beschikbaar om betalingen in de huisartsenpraktijk uit te voeren. Elke methode heeft zijn eigen voor- en nadelen en deze argumenten krijgen voor iedere gebruiker een ander gewicht. Hierdoor niet iedere arts dezelfde methodes aanbiedt aan zijn patiënten. Een belangrijk voorbeeld van deze verdeeldheid is het gebruik van Bankcontact terminals, waarbij sommige huisartsen de keuze maken dit niet aan te bieden, terwijl sommige andere huisartsen dit vanzelfsprekend vinden.

Uit onderzoek in de literatuur blijkt dat naar dit gegeven nog niet veel onderzoek is gebeurd. Er zijn moeilijk cijfers te vinden over hoe vaak de verschillende betaalmethodes aangeboden worden en waarom. Deze beslissingen kunnen echter gevolgen hebben voor onder andere de veiligheid van de patiënt en de arts. In deze studie trachten we een beter beeld te vormen van deze gewoontes en de argumenten die de artsen belangrijk vinden in deze keuze. Met deze resultaten kunnen huisartsen vervolgens een geïnformeerde beslissing maken over welke methodes zij wensen aan te bieden. Aanbieders van betaalmogelijkheden zouden deze informatie ook kunnen gebruiken om deze opties aantrekkelijker te maken.

-Onderzoeksvragen

- Welke betaalmethodes worden gebruikt in de Vlaamse huisartsgeneeskunde?

- Hoe vaak worden deze verschillende betaalmethodes gebruikt?

-Wat zijn de verschillende (subjectieve) voor- en nadelen van deze methodes?

- Wat zijn de doorslaggevende argumenten om deze mogelijkheden al dan niet aan te bieden?

- Welke factoren hebben een invloed op deze beslissing (bv grootte van de praktijk, aantal artsen, aantal patiëntencontacten, locatie van de praktijk)?

-Onderzoeksopzet

Het onderzoeksopzet is een beschrijvende kwalitatieve en kwantitatieve studie door middel van een vragenlijst. Over het onderwerp van de studie is er nog geen data te vinden, waardoor de studie beschouwd kan worden als een pilootstudie.

-Aantal deelnemers + methode rekrutering: berekening steekproefgrootte

Volgens cijfers van het RIZIV waren er op 31/12/2012 ongeveer 8200 huisartsen actief in Vlaanderen. Uitgaande van deze cijfer kan berekend worden dat er een steekproefgrootte van ongeveer 367 deelnemers nodig zijn om een goed beeld te kunnen vormen van het huidige betaallandschap (95% betrouwbaarheid, 5% foutmarge). Aangezien de studie kan beschouwd worden als een pilootstudie is het doel om zo veel mogelijk deelnemers te rekruteren om een zo betrouwbaar mogelijk beeld te schetsen van het huidige betaallandschap.

De deelnemers zullen elektronisch benaderd worden door middel van e-mail (zij het persoonlijk, zij het via verdeling door hun huisartsenkring). Zij krijgen een link naar een online vragenlijst en een bijlage met de vragenlijst op papier, zo kunnen ze kiezen welke methode ze gebruiken.

-Duur van de studie

De studie zal lopen tussen 01/05/2017 en 31/05/2018. De dataverzameling wordt verwacht afgerond te zijn tegen 01/02/2018.

-Interventies en metingen: welk + aantal

Er zullen geen interventies of metingen gebruikt worden.

-Statistische verwerking van gegevens

Alle ingevulde vragenlijsten worden anoniem verwerkt zonder enige verwijzing naar hun oorspronkelijke afzender.
De gegevens worden verwerkt met behulp van Microsoft Excel en IBM SPSS Statistics.

-Ethische overwegingen –veiligheid

De onderzoeker is van mening dat er geen risico is voor de veiligheid van de deelnemers en dat er geen belangrijke ethische overwegingen zijn. Gezien het opzet van de studie bestaan er weinig risico's en door de strikt anonieme verwerking van de gegevens worden de deelnemers zo goed mogelijk beschermd. Er bestaat geen belangenvermenging, de onderzoeker heeft geen affiliatie met een bepaalde aanbieder van betaalmethodes.

-Verzekering

Dit onderzoek maakt gebruik van de standaard verzekering geleverd door de Universiteit Antwerpen.

Contactinformatie

Contactpersoon:
Dr. Jeroen Anthierens, jeroen.anthierens@student.ua.ac.be
Student UA, Master-na-Master Huisartsgeneeskunde; Huisarts-in-opleiding

Promotor:
Prof. dr. Nele Michels
ZAP faculteit Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen; Huisarts

Begeleider:
Dr. Danielle Van Bruggen
Huisarts

Masterproef studie:

Het gebruik van verschillende betaalmethodes in de Vlaamse Huisartsenpraktijken
en de meningen over hun voor- en nadelen.

Vragenlijst

Het eerste deel van de vragenlijst omvat vragen over de verschillende betaalmethodes die in uw praktijk worden aangeboden aan de patiënt.

1. Welke betaalmethodes worden in uw praktijk aangeboden?
   - ☐ Cash
   - ☐ Bankcontact-terminal (vast of draadloos)
   - ☐ Bankcontact kaartlezer met app
   - ☐ Bankcontact-app op GSM (betalen via QR-code)
   - ☐ Payconiq app
   - ☐ Overschrijving
   - ☐ Visa / Mastercard

2. Heeft u mee beslist over welke betaalmethodes er in uw praktijk aangeboden worden?
   - ☐ Ja
   - ☐ Nee

Het derde (en laatste deel van de vragenlijst) peilt naar de verschillende argumenten die belangrijk zijn in de keuze van de aangeboden betaalmethodes.

3. Gelieve in onderstaande tabel aan te geven welke argumenten voor u al dan niet belangrijk zijn in de beslissing om een methode aan te bieden of niet. Gelieve telkens slechts **één vak** aan te duiden. *Dit is een algemene peiling naar wat voor u belangrijk is, de antwoorden zijn niet toegespitst op een bepaalde methode.*

	Sterk voordeel	Matig voordeel	Neutraal	Matig nadeel	Sterk nadeel
Veiligheid van de arts					
Veiligheid van de patiënt					
Gebruiksgemak van de arts					
Gebruiksgemak van de patiënt					
Tijdsbesparing voor de arts					
Tijdsbesparing voor boekhouding					
Kosten bij aankoop van de methode					
Onderhoudskosten van de methode					
Transactiekosten van de methode					
Afhankelijkheid van elektronica, foutmeldingen, storingen					
Evoluties in technologie maken sommige methodes snel verouderd of voorbijgestreefd					
Patiënten verwachten dat ik bepaalde methodes aanbied					

4. Gelieve in onderstaande tabel voor elke methode de argumenten aan te duiden die voor u de doorslag maken. Wat zijn voor u de **voordelen** van deze methodes? Het maakt niet uit of u de methode al dan niet gebruikt in uw praktijk.

	Cash	Bankcontact terminal	Bankcontact lezer met app	Bankcontact app	Payconiq app	Overschrijving	Visa / Mastercard
Veiligheid (van arts of patiënt)							
Gebruiksgemak (voor arts of patiënt)							
Tijdsbesparing (voor arts en/of boekhouding)							
(geen/weinig) aankoopkosten							
(geen/weinig) onderhoudskosten							
(geen/weinig) transactiekosten							
Gebruik van elektronica: weinig foutmeldingen of storingen							
Leeftijd van methode (nieuw of nooit verouderd)							
Verwachtingen van patiënt							

5. Gelieve in onderstaande tabel voor elke methode de argumenten aan te duiden die voor u de doorslag maken. Wat zijn voor u de **nadelen** van deze methodes? Het maakt niet uit of u de methode al dan niet gebruikt in uw praktijk.

	Cash	Bankcontact terminal	Bankcontact lezer met app	Bankcontact app	Payconiq app	Overschrijving	Visa / Mastercard
Veiligheid (van arts of patiënt)							
Gebruiksgemak (voor arts of patiënt)							
Tijdsverlies (voor arts en/of boekhouding)							
(wel/te hoge) aankoopkosten							
(wel/te hoge) onderhoudskosten							
(wel/te hoge) transactiekosten							
Gebruik van elektronica: wel foutmeldingen of storingen							
Leeftijd van methode (verouderd, bijna voorbijgestreefd)							
Ik ken deze methode niet / ik wist niet dat dit bestond							

Het tweede deel van de vragenlijst omvat vragen over u en uw praktijk. Deze antwoorden worden volstrekt anoniem verwerkt.

1. Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw

2. Leeftijd: ……. jaar

3. Wat is uw beroepstitel?
   - ☐ Geaccrediteerd huisarts
   - ☐ Huisarts-in-opleiding

   ☐ Andere: ……

4. Bent u geconventioneerd?
   - ☐ Ja, volledig
   - ☐ Ja, gedeeltelijk
   - ☐ Nee

5. Type praktijk
   - ☐ Solopraktijk
   - ☐ Duopraktijk
   - ☐ Groepspraktijk
     (aantal artsen: …….)
   - ☐ Wijkgezondheidscentrum (of ander forfaitair systeem)

   ☐ Andere: ……

6. Wat is de postcode waarin u werkzaam bent als huisarts? …….

7. Hoe zou u de omgeving van uw praktijk beschrijven?

   - ☐ Stedelijk
   - ☐ Randgemeente
   - ☐ Landelijk

De ondervraagde is geïnformeerd over de studie en begrijpt ten volle waarvoor deze gegevens verzameld worden en hoe zij verwerkt zullen worden. Door het invullen van deze vragenlijst geeft hij toestemming om deze gegevens anoniem te gebruiken voor verdere statistische verwerking:

☐ Akkoord ☐ Niet akkoord

Datum: ……/……/…… Handtekening

Versie 1, 27/02/2017, Anthierens Jeroen