Welke problemen ondervinden huisartsen bij het gebruik van de regeling derde betaler?

Astrid Jolie, UGent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems

Co-promotor: Dr. Piet Vanden Bussche

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.

Abstract

De regeling derde betaler is een systeem dat de laatste jaren veel veranderingen heeft ondergaan. Het is dan ook te verwachten dat er zich problemen voordoen in de huisartsenpraktijk en dat er mogelijks weerstanden heersen bij de huisarts.
Het doel van dit onderzoek was om een beeld te krijgen van wat er leeft onder de huisartsen en welke problemen zij zien bij het gebruik van de regeling derde betaler. Dit kan zowel gaan om onduidelijkheden en persoonlijke bezwaren als om praktische problemen.
Het onderzoek bestond uit twee semi-gestructureerde focusgroepen, bestaande uit respectievelijk 9 en 6 huisartsen. De focusgroepen werden getranscribeerd en gecodeerd. Nadien werden de resultaten onderverdeeld in thema's en verder geanalyseerd.
De belangrijkste problemen waren praktische en technische problemen die het vlot verloop van de praktijkvoering in de weg staan. Ook een gebrek aan voldoende kennis over de regeling derde betaler werd als een probleem aangebracht. Aangenomen wordt dat voornoemde problemen leiden tot een gebrek aan vertrouwen in zichzelf en in het systeem waardoor er een gevoel van controleverlies ontstaat. Daarnaast bestaan er ook emotionele bezwaren tegenover de regeling derde betaler.
Ondanks deze weerstanden en problemen komen er ook verschillende positieve aspecten aan bod. Deze hebben voornamelijk te maken met een meer accuraat inkomen voor de huisarts. Het merendeel van de geïnterviewde huisartsen stond eerder positief tegenover de regeling derde betaler en beschouwde de negatieve kanten eerder als tijdelijke irritaties die in de loop van de tijd opgelost zouden geraken.
Mogelijke verbeterpunten zijn meer transparantie rond de betalingen door mutualiteiten en meer informatie en technische ondersteuning.

Inhoudstafel

1 Inleiding 6
1.1 Motivatie voor het onderzoek 6
1.2 Regeling derde betaler 7
1.2.1 Definitie 7
1.2.2 Situatie vóór 2015 7
1.2.3 Situatie vanaf 1 oktober 2015 9
1.2.4 MyCareNet 10
1.2.5 Huidig gebruik van de regeling derde betaler 11
1.3 Literatuuronderzoek rond problemen bij de regeling derde betaler 12
1.3.1 Onderzoeken aan de Universiteit van Gent 12
1.3.2 Actuele bezorgdheden 14
2 Methodologie 16
2.1 Opzet van het onderzoek 16
2.2 Literatuuronderzoek 16
2.3 Kwalitatief onderzoek 17
3 Resultaten 19
3.1 Karakteristieken onderzoekspopulatie 19
3.2 Negatieve aspecten 21
3.2.1 Technische problemen 21
3.2.2 Praktische problemen 21
3.2.3 Onvoldoende kennis 22
3.2.4 Perceptie van de huisartsen 23
3.2.5 Controleverlies 24
3.3 Positieve aspecten 25
3.3.1 Meer accuraat inkomen 25
3.3.2 Geen barrière voor follow-up 26
3.3.3 Minder administratie 26
3.3.4 Algemeen oordeel 27
4 Discussie 28
4.1 Analyse van de resultaten 28
4.2 Vergelijking met de literatuur 29
4.2.1 Overeenkomsten 29
4.2.2 Verschillen 30

4.3 Mogelijke verbeterpunten 30
4.4 Sterktes 31
4.5 Zwaktes 31
5 Conclusie 32
6 Referenties 33
7 Bijlagen 35

1 Inleiding

1.1 Motivatie voor het onderzoek

De regeling derde betaler is tot op de dag van vandaag een ‘hot topic’. Elke arts heeft zijn mening over het systeem en het blijft een onderwerp dat tijdens informele gesprekken tussen huisartsen regelmatig aan bod komt. Ik hoorde rondom mij niet enkel meningen over het feit of de regeling derde betaler nu al dan niet een meerwaarde vormt in de huisartsenpraktijk, ik hoorde vooral regelmatig artsen opmerkingen geven over de praktische kant van de regeling derde betaler en over zaken die onduidelijk waren of die in de ogen van sommige artsen als onlogisch werden beschouwd. Ik besloot dan ook mijn thesis hierover te schrijven. En ik merk nu, meer nog dan voordien, dat dit leeft bij de huisartsen. Als een collega hoort dat ik mijn thesis maak over de regeling derde betaler, word ik steeds overstelpt met zijn of haar meningen en opmerkingen en het is verschillende keren voorgevallen dat dit uitmondde in een discussie onder de aanwezige artsen.

Rond de regeling derde betaler werden reeds enkele onderzoeken uitgevoerd. Deze onderzoeken zijn echter gedateerd, zeker als in acht wordt genomen dat de regeling derde betaler de laatste jaren aan vele veranderingen is onderworpen en er sinds 2015 een volledig nieuw KB van kracht is. Ook de opiniestukken die werden teruggevonden dateren uitsluitend van de periode voor het invoeren van het nieuwe Koninklijk Besluit met als belangrijkste verandering de invoering van de verplichte sociale derde betaler. Het is dan ook te verwachten dat de meningen en problemen rond de regeling derde betaler mee geëvolueerd zijn. Daarnaast is het de opzet van het onderzoek om vooral de focussen op de problemen die voorkomen in de dagelijkse praktijk, eerder dan de pro’s en contra’s van de regeling derde betaler op te lijsten, hetgeen in de voorgaande onderzoeken steeds de onderzoeksvraag was.

1.2 Regeling derde betaler

1.2.1 Definitie

Onder derdebetalersregeling wordt verstaan 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)

1.2.2 Situatie vóór 2015

Het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, is het eerste koninklijk besluit dat vermelding maakt van de regeling derde betaler.
Daarin werd melding gemaakt van een aantal toepassingen waarbij de regeling derde betaler verplicht was. Dit was het geval voor de verzekeringstegemoetkoming in de verpleegdagprijs en de hiermee gelijkgestelde verstrekkingen, de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van alle geneeskundige verstrekkingen die verleend worden tijdens een hospitalisatie en de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen inzake klinische biologie voor rechthebbenden die niet in een ziekenhuis zijn opgenomen. In 2002 werd de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen in het kader van de georganiseerde mammografische borstkankerscreening ook aan deze lijst toegevoegd.
In de periode tussen 2010 en 2013 werden er toepassingen waarbij de regeling derde betaler facultatief kon worden toegepast, toegevoegd aan het Koninklijk Besluit. Dit was met name bij de kosten van revalidatieverstrekkingen, bij de kosten van het ambulancevervoer in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening, bij de kosten van een klinisch gevalideerde bloeddrukmeter, bloedglucosemeters, lancethouders, glucosecontrolestrips en lancetten.
Daarnaast waren er een aantal toepassingen waarbij het gebruik van de regeling derde betaler verboden was, namelijk bij alle raadplegingen, bezoeken en adviezen door een huisarts of specialist. Ook reiskosten mochten niet vergoed worden via de regeling derde betaler. In de

jaren volgend op het KB van 10 oktober 1986 werden hieraan nog enkele specificaties toegevoegd. Zo was het verboden om de regeling derde betaler toe te passen bij tandheelkundige behandelingen bij patiënten ouder dan 12 jaar, bij preventieve tandheelkundige behandelingen, bij radiografieën verricht bij rechthebbenden die niet in een ziekenhuis zijn opgenomen en bij conserverende tandverzorging bij ambulante patiënten boven de leeftijd van 18 jaar.

In bepaalde gevallen kon er een uitzondering gemaakt worden op dit verbod op het gebruik van de regeling derde betaler, namelijk bij:

- Patiënten die zijn opgenomen in centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning en centra voor verslavingszorg
- Patiënten die zijn opgenomen in een inrichting gespecialiseerd in het verzorgen van kinderen, bejaarden of mindervaliden
- Patiënten die komen te overlijden of die zich in een comateuze toestand bevinden bij behandeling
- Patiënten die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden. Dit kon enkel op vraag van de patiënt en wanneer de patiënt een verklaring op erewoord opstelt en ondertekent. Deze uitzondering geldt niet voor tandheelkundige behandelingen
- Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming.
- Patiënten die geen sociale bijdragen betalen in het kader van het jaarlijks bruto belastbaar gezinsinkomen
- Gecontroleerde werklozen die minstens 6 maanden werkloos zijn
- Patiënten die genieten van een verhoogde kinderbijslag

Vanaf 1 mei 1999 mag ook bij het aanmaken of het verlengen van een GMD of GMD+ en bij het zorgmodel 'Opvolging van een patiënt met diabetes type 2' gebruik gemaakt worden van de regeling derde betaler indien de rechthebbende dit uitdrukkelijk verzoekt. Als de derde betalersregeling wordt verzocht door de rechthebbende, kan de geneesheer dit niet weigeren.
Vanaf 1 mei 2007 is de toepassing van de regeling derde betaler ook mogelijk voor verstrekkingen verleend tijdens een georganiseerde wachtdienst.
Vanaf 1 december 2011 is het gebruik van de regeling derde betaler toegestaan voor bezoeken die de huisarts brengt aan in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen patiënten op vraag van de psychiater van het ziekenhuis.

Sinds 2014 kan de regeling derde betaler ook toegepast worden bij patiënten met het statuut chronische aandoening. Dit statuut wordt toegekend aan patiënten waarvan de uitgaven voor geneeskundige verzorging minstens 300€ per kwartaal bedragen en dit gedurende 8 opeenvolgende kwartalen. Ook personen die het forfait chronische zieken genieten en patiënten die aan een zeldzame ziekte of een weesziekte lijden, kunnen van dit statuut genieten. (1)

Een belangrijke kanttekening bij deze toepassingen van de regeling derde betaler is dat deze regeling officieel enkel mocht toegepast worden na een aangetekend schrijven door de zorgverstrekker naar de verzekeringsinstellingen. Om een goedkeuring voor de toepassing van de regeling derde betaler te kunnen ontvangen moest aan een aantal voorwaarden voldaan zijn. Zo mocht de zorgverstrekker geen weigering tot toetreding van het jongste akkoord artsen-ziekenfondsen moest de zorgverstrekker de regeling derde betaler toepassen voor alle rechthebbenden en voor alle verstrekkingen waarvoor dit was toegestaan, mocht de zorgverstrekker de laatste 3 jaar niet het onderwerp geweest zijn van een sanctie en mocht er geen reclame gemaakt worden rond het toepassen van de regeling derde betaler. Uitbetaling gebeurde na maximaal één tot twee maanden afhankelijk van de toepassing. (1)

In de beginperiode van de regeling derde betaler kon elke arts voor zichzelf beslissen om de facultatieve derde betalersregeling al dan niet toe te passen. Vanaf 2011 is er een overeenkomst tussen huisartsen en ziekenfondsen dat de huisartsen die toetreden tot het akkoord artsen - ziekenfondsen, zich ertoe verbinden de regel sociale derde betaler toe te passen bij raadplegingen indien de patiënt hierom vraagt. Op dat moment worden ook informatiecampagnes opgezet en komt er een begin aan de informatisering van de toepassing regeling derde betaler. (2)

1.2.3 Situatie vanaf 1 oktober 2015

Op 10 september 2015 werd het Koninklijk Besluit van 10 oktober 1986 vervangen. In dit nieuw Koninklijk Besluit werden een aantal veranderingen doorgevoerd. De grootste verandering was de verplichting van het gebruik van de regeling derde betaler bij consultaties door patiënten met een verhoogde tegemoetkoming. Deze verplichting geldt niet voor de huisbezoeken.
De verhoogde tegemoetkoming wordt automatisch toegekend aan personen die een leefloon

van het OCMW krijgen uitgekeerd en dit gedurende minstens 3 maanden, aan ouderen die een inkomensgarantie krijgen uitgekeerd en aan personen die de toelage voor personen met een handicap van het FOD uitgekeerd krijgen. De verhoogde tegemoetkoming geldt ook voor een kind met een erkende handicap van minstens 66%, voor een niet-begeleide minderjarige vreemdeling en voor een weeskind dat beide ouders verloren heeft. Indien een persoon de verhoogde tegemoetkoming niet automatisch toegekend krijgt, bestaat er steeds de mogelijkheid om een aanvraag tot verhoogde tegemoetkoming in te dienen. Dan wordt er informatie opgevraagd in verband met het gezinsinkomen. Indien dit inkomen onder een bepaald jaarlijks grensbedrag ligt dat op basis van het aantal personen in het gezin is vastgelegd, kan de persoon in aanmerking komen voor een verhoogde tegemoetkoming. (3)
Een andere verandering is dat vanaf 1 oktober 2015 ook palliatieve thuispatiënten recht hebben op de regeling derde betaler.
Wat ook opvalt is ook dat waar er in het KB van 1986 aan een aantal voorwaarden voldaan moest worden vooraleer het een arts toegestaan was om gebruik te maken van de regeling derde betaler, er nu geen specifieke vereisten meer zijn behalve de verificatie van de identiteit van de rechthebbende. Er wordt nu wel gesproken van een mogelijk individueel verbod op de toepassing van de regeling derde betaler. Dit is mogelijk in geval van een schorsing van minstens 15 dagen uitgesproken door de Orde der Artsen in het kader van ongeoorloofde verdeling van erelonen en overconsumptie of in geval van strafrechtelijke veroordeling die verband houdt met onregelmatigheden ten laste van de ziekte en invaliditeitsverzekering.
Als laatste verandering is er ook een verkorting van de termijn waarbinnen de verzekeringsinstellingen de zorgverstrekkers uitbetalen. Indien de gegevens elektronisch worden overgemaakt, geschiedt de betaling binnen de 2 weken. Indien dit nog niet elektronisch gebeurt, is dit binnen de 30 dagen. (4)

1.2.4 MyCareNet

Om de administratieve kant van de regeling derde betaler te ondersteunen, werd MyCareNet in het leven geroepen. Dit is een centraal dienstenplatform dat gebruikt kan worden door individuele zorgverleners en instellingen om op een eenvoudige, betrouwbare en beveiligde manier informatie uit te wisselen met de ziekenfondsen. Het platform is actief sinds januari 2009. (5)

De diensten van MyCareNet waarvan artsen gebruik kunnen maken zijn de volgende:

- Het raadplegen van de verzekerbaarheid van de patiënt. Dit laat de zorgverlener toe de informatie te bekomen betreffende het statuut van de patiënt met het oog op een juiste facturatie van de verstrekkingen
- De aanvraag en raadpleging van een akkoord in het kader van hoofdstuk IV
- Het beheer en het raadplegen van het GMD recht van een patiënt
- Het raadplegen van de lijst van patiënten waarvan de arts GMD houder is
- Het inschrijven van de arts voor het beheer van het GMD
- Het raadplegen van de tarieven
- Het doorsturen van de facturatie via Efact. Dit is een elektronische facturatiedienst tussen de huisarts en de ziekenfondsen. Hiermee kunnen facturen betalende derde opgestuurd worden
- Het op elektronische wijze doorsturen van het getuigschrift voor verstrekte hulp (eAttest) is een nieuwe toepassing die in werking is getreden op 2 januari 2018. (5)

1.2.5 Huidig gebruik van de regeling derde betaler

Het intermutualistisch agentschap (IMA) volgde op vraag van het RIZIV en het Nationaal intermutualistisch college (NIC) de effectieve toepassing van de regeling derde betaler op met als doel om de toegankelijkheid van betaalbare gezondheidszorg te monitoren. Het rapport werd gepubliceerd op 20 juni 2017 en bevat gegevens van 2015 en 2016.

Wat als eerste opvalt is dat er een belangrijke toename plaatsvond van facturatie via derde betaler bij patiënten met een verhoogde tegemoetkoming na de invoer van de verplichte derde betaler. In de maanden voorafgaand aan de verplichting van de regeling derde betaler (vóór 1 oktober 2015) pasten huisartsen de regeling derde betaler bij ongeveer 60% van de patiënten met verhoogde tegemoetkoming toe. In het eerste boekhoudtrimester volgend op de invoering van de verplichte derdebetalersregeling stijgt dit percentage naar 75%. Om vervolgens verder op te lopen naar 86% tegen het einde van 2016.

Er werd ook gekeken naar de kenmerken van de huisartsen die de regeling derde betaler minder toepassen. Hieruit besluit men dat er een duidelijk verband bestaat tussen de graad van toepassing van de verplichte sociale derde betaler en het gemiddeld aantal raadplegingen van patiënten met een verhoogde tegemoetkoming. Huisartsen die minder dan één patiënt met verhoogde tegemoetkoming per dag zien, hebben de laagste toepassingsgraad. Namelijk

58,4% in vergelijking met 83,9% bij huisartsen die minstens 1 patiënt met verhoogde tegemoetkoming zien per dag. Daarnaast wordt vastgesteld dat de verplichte regeling derde betaler vaker in Vlaanderen wordt toegepast dan in Wallonië. Vermoedelijk heeft dit te maken met de hiervoor vermelde samenhang tussen de toepassing van de derde betaler en de frequentie waarmee een arts patiënten met een verhoogde tegemoetkoming ziet.

Als er verder wordt gekeken naar enkel de artsen die een substantieel aantal patiënten met een verhoogde tegemoetkoming zien (minstens 20 patiënten met verhoogde tegemoetkoming tijdens het derde boekhoudtrimester van 2016), kunnen er nog een aantal kenmerken weerhouden worden. Zo gaan soloartsen over het algemeen de verplichte derdebetalersregeling minder toepassen. Hetzelfde geldt voor mannelijke huisartsen t.o.v. hun vrouwelijke collega's, namelijk 72% tegenover 60%. Over het algemeen zijn de artsen die de regel onvoldoende toepassen ook ouder, doch 12% van deze onvoldoende toepassers zijn jonger dan 45. Ook het gebruik van Efact lijkt gecorreleerd met het meer frequent toepassen van de verplichte RDB.

2.4% van alle huisartsen die 1 of meer patiënten met een verhoogde tegemoetkoming per dag zien, past de regeling derde betaler nooit toe. Dit zijn hoofdzakelijk mannelijke huisartsen, artsen ouder dan 65 jaar en huisartsen die werken in een solo-praktijk. (6)

1.3 Literatuuronderzoek rond problemen bij de regeling derde betaler

1.3.1 Onderzoeken aan de Universiteit van Gent

Om een beeld te krijgen van de mogelijke problemen bij de regeling derde betaler werd een literatuuronderzoek uitgevoerd. Vooreerst werden er twee onderzoeken die gevoerd werden aan de universiteit van Gent nagekeken. Deze onderzoeken dateren van 2000 en van 2014. Bij deze onderzoeken werden focusgroepen gehouden om de pro's en contra's die huisartsen zagen bij het gebruik van de regeling derde betaler in beeld te brengen. Het spreekt voor zich dat, gezien de vele veranderingen die sindsdien zijn doorgevoerd omtrent de regeling derde betaler, deze resultaten gedateerd zullen zijn. Doch, vele zaken zijn nog steeds herkenbaar. Omwille van die reden zullen de resultaten hier kort besproken worden.

1.3.1.1 Nadelen

Als negatief punt werd de bezorgdheid dat de zorg té laagdrempelig zou worden en als gevolg zou leiden tot overconsumptie naar voor geschoven.. Deze overconsumptie wordt ook vermeld in het kader van artsen die meer consultaties gaan aanrekenen. Dit gaat niet over misbruik maar eerder over consultaties of technische prestaties die artsen vroeger niet zouden aanrekenen en waarbij ze dit nu via de regeling derde betaler wel zouden durven. Dit alles zou kunnen leiden tot hogere kosten voor de maatschappij. (7,8) Onvoldoende kennis en onduidelijkheden over de toepassing van de regeling derde betaler worden ook aangebracht als negatieve punten. Ook vinden de geïnterviewde artsen dat de patiënten en de collega's onvoldoende geïnformeerd worden door de mutualiteiten. (8) De toegenomen administratieve last is ook een onderwerp dat wordt aangebracht. (7,8) Een ander nadeel is de lange periode tussen de prestatie en de storting van de vergoeding hiervoor. (7,8) Er zijn ook artsen die zich eraan storen dat sommige patiënten geen weet meer hebben van de eigenlijke kostprijs van een consultatie of huisbezoek. (7,8) Voor sommige artsen geeft dit het gevoel dat de waarde van het werk minder tot uiting komt. (8) Het toewijzen van de regeling derde betaler wordt ook soms als oneerlijk of als stigmatiserend beschouwd. (8) Voor het toekennen van de regeling derde betaler werd er op het moment van deze onderzoeken nog gewerkt met kleefvignetjes. Daarin bestond het probleem dat patiënten deze soms niet bij zich hadden waardoor de regeling niet kon toegepast worden. (7) Het contact met de verzekeringsinstellingen liep in die tijd nog niet vlot en dit werd dan ook als een negatief punt aangehaald. (7) De artsen waren ook bezorgd dat het vragen naar de toepassing van de regeling derde betaler voor de patiënten een drempel zou vormen. (7)

1.3.1.2 Voordelen

Hoewel de bezorgdheid voor het té laagdrempelig worden van de gezondheidszorg als negatief punt wordt beschouwd, wordt de laagdrempeligheid van de regeling derde betaler toch ook vermeld als voordeel van het systeem. (7,8) Sommige artsen ervaren een zekere schroom wanneer ze in bepaalde situaties naar geld moeten vragen. Ook heerst er bij sommigen enige terughoudendheid om patiënten op controle te laten komen of om een tweede huisbezoek af te leggen omwille van het financiële aspect voor de patiënt. Met de regeling derde betaler vormt dit minder een probleem. (7,8) Artsen vermelden dat ze met het

derdebetalerssyteem ook zekerder zijn van hun inkomen. Dit is vooral van toepassing bij wanbetalers (8) en tijdens wachtdiensten. (7,8) Een ander voordeel is dat artsen minder cash geld op zak hebben. (7,8) Ook de verminderde concurrentie met wijkgezondheidscentra wordt als positief aspect aangehaald. (7,8) Voor de patiënten zien de artsen een voordeel in de verminderde administratie, en dit vooral bij ouderen waarbij vaak de familieleden moeten aangesproken worden om het financiële luik in orde te brengen. (8) Voor de financieel kwetsbare patiënten is het een groot voordeel dat ze niet meer moeten wachten op de terugbetaling en dat ze minder geld beschikbaar moeten hebben voor een doktersbezoek. (7)

1.3.2 Actuele bezorgdheden

Meer actuele informatie werd teruggevonden in opiniestukken en artikels die waren verschenen omtrent de regeling derde betaler. De gevonden artikels die problemen rond de regeling derde betaler aankaarten dateren allen van voor 2016. Vooral rond de periode van het invoeren van de verplichte sociale derde betaler werden er verschillende artikels en opiniestukken gepubliceerd, er heerste dan ook heel wat ongerustheid omtrent de invoering ervan.

De bezorgdheden die aan bod kwamen waren angst voor een toename van de administratieve last en dit zonder een mogelijke vergoeding. (9,10,11,12) Ook het gevoel gecontroleerd te worden door de overheid, de angst voor het verlies van onafhankelijkheid en de verontwaardiging dat je als huisarts geen correct ethisch gedrag zou kunnen stellen door zelf te beslissen de derde betalersregeling toe te passen bij patiënten met financiële moeilijkheden kwamen aan bod (13,14). Daarnaast werd de bezorgdheid geuit dat voor oudere collega's het elektronisch factureren mogelijks een reden zou zijn om hun carrière vroegtijdig te beëindigen.(9,14) Er werd ook geopperd dat de invoering van de verplichte derde betalersregeling de financiële hinderpaal voor de minder gegoeden niet zou oplossen aangezien er daarnaast nog kosten bijkomen voor geneesmiddelen, bijkomende onderzoeken, eventuele hospitalisatie of inkomstenverlies door arbeidsongeschiktheid. (10,15) Het feit dat de regeling derde betaler verplicht wordt voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming maar verboden blijft voor een hele groep andere patiënten, die het soms ook kunnen gebruiken, lokt ook aversie uit. (15) Ook de angst voor overconsumptie (10) en de onmogelijkheid om zelfs bij een patiënt die wenst het honorarium volledig te betalen dit ook

zo aan te rekenen, waren redenen tot bezorgdheid (9,14). De lange betalingstermijnen, vaak tot meer dan een maand, werden ook als negatief punt aangereikt. (11,12) Als laatste werd nog het gebrek aan transparantie omtrent stortingen van de mutualiteiten en angst voor voortdurende nutteloze foutmeldingen op tafel gelegd. (16)

2 Methodologie

2.1 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek had als doel om de problemen die huisartsen op dit moment ondervinden bij het gebruik van de regeling derde betaler in kaart te brengen.
In dit opzicht werden 2 focusgroepen gehouden. Hierin was het de bedoeling om een beeld te krijgen van wat er leeft onder de huisartsen en welke problemen zij zien bij het gebruik van de regeling derde betaler. Dit kan zowel gaan om onduidelijkheden en persoonlijke bezwaren als om praktische problemen.

2.2 Literatuuronderzoek

Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd waarbij er naar publicaties gezocht werd via PubMed. Er werd gezocht naar Nederlandstalige en Engelstalige literatuur. De zoektermen die gebruikt werden waren de volgende: Third party payment, Third party payment AND Belgium, Third party payment AND primary health care, Third party payment AND Belgium AND Primary health care. Na het lezen van de abstracts, werden op deze manier geen relevante artikels weerhouden.

Ook in de CEBAM Digital Library for Health werd er naar relevante literatuur gezocht met de zoektermen ‘Third party payment’ en ‘Regeling derde betaler’. Ook hier werd geen relevante literatuur weerhouden.

Voor meer achtergrondinformatie werd er dan uiteindelijk gezocht via google. Er werd gezocht met de zoekterm ‘regeling derde betalers’. Uit deze zoekopdracht kwamen enkele nuttige websites en ook twee masterthesissen omtrent het onderwerp naar boven.

Er werd ook grijze literatuur bekeken, dit om een beeld te krijgen van wat er onder de huisartsen op dat moment leefde in het kader van de regeling derde betaler. Verschillende edities van de artsenkrant alsook van Medisfeer en Tempo Medical werden nagekeken. Hieruit werden enkele nuttige artikels en opiniestukken weerhouden.

2.3 Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatief onderzoek bestond uit twee focusgroepen in twee verschillende LOK groepen. Om een zo divers mogelijk publiek te kunnen aanspreken werd er gekozen voor één LOK groep in een landelijk gebied en één in verstedelijkt gebied. Er werd vooropgesteld dat er in beide focusgroepen 5 tot 12 deelnemers aanwezig zouden zijn, dit om het gesprek aan de ene kant overzichtelijk te houden en om aan de andere kant toch voldoende diverse input te krijgen. Er werden enkele LOK verantwoordelijken uit Oost-Vlaanderen aangeschreven en nadien opgebeld. Op die manier werden er vrij snel twee LOK groepen gevonden die bereid waren deel te nemen aan het onderzoek. Uiteindelijk bestond de eerste focusgroep uit 9 en de tweede uit 6 huisartsen.
De focusgroepen die werden georganiseerd waren semigestructureerde interviews. Dit wil zeggen dat er op voorhand een topiclijst werd samengesteld. Deze lijst bevatte de gespreksonderwerpen die aan bod dienden te komen tijdens de focusgroepen. Ze werd samengesteld aan de hand van het literatuuronderzoek en aangevuld met persoonlijke ervaringen. Door het gebruik van zo'n topiclijst wordt het overzicht bewaard maar blijft er tegelijk ruimte voor persoonlijke inbreng van de ondervraagden. Er was een gespreksleider en een observator, met elk een topiclijst, aanwezig. Zij zagen erop toe dat iedereen aan bod kwam, elk onderwerp op de topiclijst werd besproken en dat elk onderwerp voldoende werd uitgediept.

Voor de start van elke focusgroep kreeg elke deelnemende arts een informatieformulier met daarin de informatie over de opzet en het doel van het onderzoek. Vervolgens werd er gevraagd een informed consent te tekenen en enkele personalia in te vullen om een beeld te krijgen van de aanwezige populatie. Het doel en de opzet van het onderzoek werd voor de eigenlijke start van de interviews ook mondeling kort toegelicht.

De gesprekken werden opgenomen en nadien getranscribeerd. Na het uitschrijven van beide focusgroepen werden deze gecodeerd. Deze codering gebeurde door de gespreksleider van de focusgroepen. Bij de eerste lezing werd er in vivo gecodeerd. Dit wil zeggen dat relevante woorden of opmerkingen werden aangeduid en neergeschreven. Op die manier wordt er dicht bij het materiaal gebleven en bestaat er minder risico op het overslaan van bepaalde zaken. Nadien werd er ook samenvattend gecodeerd, waarbij een segment van het gesprek werd gelezen om daaruit de meest relevante kernwoorden te halen. Op die manier werd een groot aantal codes weerhouden. Deze codes werden vervolgens uitgeschreven en gegroepeerd in

thema’s. Als laatste werd er gezocht naar een onderling verband tussen de verschillende codes. Het groeperen van de codes en het zoeken naar een onderling verband werd uitgevoerd in samenspraak met de co-promotor van dit onderzoek.

3 Resultaten

Laten we terugkeren naar de onderzoeksvraag. Deze luidde: ‘Wat zijn de problemen die huisartsen ondervinden bij het gebruik van de regeling derde betaler?’ De nadruk ligt dus op problemen en mogelijke frustraties die spelen omtrent dit onderwerp. Gezien de opzet van het onderzoek een open interview was en er dus geen gerichte vragen werden gesteld, werden er ook regelmatig positieve punten aangehaald. Omwille van de volledigheid van het onderzoek en om een zo correct mogelijk beeld te scheppen, werd in overleg besloten om ook de positieve punten te betrekken bij de resultaten. Maar vooreerst wordt een korte beschrijving gegeven van de onderzoekspopulatie.

3.1 Karakteristieken onderzoekspopulatie

Er werden twee focusgroepen gehouden. De eerste bestond uit zes huisartsen, de tweede uit negen. De eerste groep bestond uit een groep artsen die gevestigd waren in een stedelijk gebied, in de tweede groep waren de praktijken gelegen in meer landelijke gebieden. In de eerste focusgroep zaten twee mannen en vier vrouwen. In de tweede waren dit er respectievelijk zes en drie. De leeftijd in de eerste groep varieerde van 32 tot 65 jaar met een gemiddelde leeftijd van 43,17. In de tweede groep was de jongste arts 29 en de oudste 65. De gemiddelde leeftijd lag in deze groep op 48,56. In de eerste groep werkten er vier van de artsen in een groepspraktijk en twee werkten er solo. De artsen die in deze groep in en groepspraktijk werkten hadden allen praktijkondersteuning in de vorm van een secretaresse of een telesecretariaat, de solo artsen hadden geen praktijkondersteuning. De tweede groep bestond uit drie solo artsen, één arts die werkt in een duo praktijk en vijf artsen die in een groepspraktijk werkzaam zijn. Ook hier hadden de vijf artsen die in een groepspraktijk werken een vorm van praktijkondersteuning, de drie solo artsen en de arts die in een duo praktijk werkt, hadden dit niet. In de eerste groep werd er door vier artsen met Windoc en door één met HealthOne gewerkt. Eén arts gebruikte geen EMD. In de tweede groep werkten er vijf met Windoc, drie met CareConnect en één met Medidoc.

De totale onderzoekspopulatie bestond dus uit 15 huisartsen; acht mannen (53,33%) en zeven vrouwen (46,67%). Vergeleken met de huisartsenpopulatie in Vlaanderen waar volgens de statistieken van 2016, 38,88% van de erkende huisartsen vrouw en 61,12% man is, zijn er in

de geïnterviewde populatie meer vrouwelijke artsen aanwezig. (19) De gemiddelde leeftijd lag bij de geïnterviewde huisartsen op 46,4 jaar. De gemiddelde leeftijd van de huisartsenpopulatie in Vlaanderen werd niet teruggevonden. Wel staat het vast dat in 2016, 53,43% van de huisartsen een leeftijd had van 55 jaar of ouder, waaruit afgeleid kan worden dat de onderzoekspopulatie jonger is dan de Vlaamse huisartsenpopulatie. (19) Er was één arts werkzaam in een duopraktijk en negen in een groepspraktijk, daarnaast waren er nog vijf solo artsen. Als EMD werd bij negen artsen Windoc gebruikt, bij drie CareConnect, bij één Medidoc, bij één HealthOne en één arts maakte geen gebruik van een EMD. Negen artsen genoten praktijkondersteuning in de vorm van een secretaresse of een telesecretariaat, zes artsen werkten zonder praktijkondersteuning.

Vijf van de vijftien huisartsen maakten geen gebruik van enige vorm van elektronisch factureren.

Karakteristieken onderzoekspopulatie

		Focusgroep 1	Focusgroep 2	Totaal
Geslacht	Mannen	2	6	8
	Vrouwen	4	3	7
Leeftijd	Gemiddelde	43,17	48,56	46,4
Praktijkvorm	Solopraktijk	2	3	5
	Duopraktijk	0	1	1
	Groepspraktijk	4	5	9
EMD	Windoc	4	5	9
	HealthOne	1	0	1
	CareConnect	0	3	3
	Medidoc	0	1	1
	Geen EMD	1	0	1
Praktijkondersteuning	Ja	4	5	9
	Nee	2	4	6

Tabel 1

3.2 Negatieve aspecten

3.2.1 Technische problemen

Een onderwerp dat verschillende keren werd aangehaald waren de technisch problemen die gepaard gaan met het gebruik van de regeling derde betaler. Zo komt het regelmatig voor dat de Ehealth connectie wegvalt. Met als gevolg dat een heel aantal zaken niet meer werken, zoals oa. Efact en Prescribe: *"Het probleem is nog altijd als de lijn uitvalt, als de verbinding met Ehealth uitvalt of met één van die servers, dan hang je. Dan krijg je u facturatie niet weg."*

Voor sommige artsen begonnen de problemen met Ehealth al vroeger, namelijk bij het aanvragen van een Ehealth account. Een aantal artsen hadden om onduidelijke redenen lang moeten wachten vooraleer dit account in orde was. Eén arts vertelde dat omwille van de schrijfwijze van de naam van een collega, zij zeer lang had moeten wachten alvorens het Ehealth account bruikbaar was: *"Een collega bij ons heeft maanden gesukkeld om op Ehealth en Efact te geraken omdat er bepaalde accenten in haar naam zaten en niemand wist hoe ze dat in orde moesten brengen met dat programma. Dat heeft toen maanden geduurd en dat is uiteindelijk naar Brussel moeten gaan.".*

Een ander technisch probleem zijn de foutmeldingen bij Efact. De foutmeldingen die worden aangehaald zijn voornamelijk die bij technische prestaties: *"Het is wel zo dat Efact soms dingen weigert, zoals technische prestaties. En dan moet je dat een paar keer opnieuw proberen en dan aanvaarden ze dat uiteindelijk."*

3.2.2 Praktische problemen

De afwezigheid van documenten die noodzakelijk zijn voor het toepassen van de regeling derde betaler was tijdens de gesprekken een terugkerend onderwerp. Het gaat dan vooral over kinderen die geen kids ID hebben of allochtonen zonder Belgisch paspoort: *"Als ze hun ISI+ kaart niet hebben of een kids ID die verlopen is, dan hang je. En ook bij buitenlanders, met die kaartjes kan je ook niets doen.".* Ook bij rusthuisbewoners die zelf hun identiteitskaart niet bijhouden vormt dit af en toe een probleem.

Een ander probleem uit de dagdagelijkse praktijk is het innen van remgeld in woonzorgcentra. Sommige rusthuisbewoners hebben geen geld bij zich op de kamer en hun geldzaken worden geregeld door de familie. Dat maakt het soms moeilijk voor deze patiënten om het remgeld te betalen. Als dit kan afgesproken worden met de familie, is het geen probleem maar als contact met de familie moeilijker is, vormt dit soms nog een moeilijkheid: *"In een rusthuis is dat wel niet altijd gemakkelijk om dat remgeld te vragen. Als de familie van de streek is en je kent die als patiënt dan zeg je gewoon: hier is nog een klein "rekeningske" voor u moeder of voor u vader. Maar als die familie in Eeklo woont of… Ik heb zo een patiënte, die dochter woont in Spanje, dan gaat dat niet."*

Wat ook soms voor problemen zorgt is dat sommige medische programma's geen vermelding maken van chronische patiënten waardoor artsen bij die groep patiënten soms de regeling derde betaler vergeten toepassen, hoewel zij dit wel zouden willen: *"Er komt zo geen schermpje op in u medisch programma als het een chronisch patiënt is en dat vind ik toch wel lastig want ik ga dat niet elke keer nakijken en dan vergeet ik dat."* Het vergeten toepassen van de regeling derde betaler komt niet alleen voor bij chronische patiënten. Soms wordt het ook vergeten doordat de arts te snel wil zijn en al afrekent alvorens het medisch programma kan aangeven dat de regeling derde betaler dient toegepast te worden: *"Ik heb dat toch al een paar keer gehad dat mensen betalen voordat ik afsloot en dan zag ik achteraf dat ze eigenlijk recht hadden op derde betaler."*

3.2.3 Onvoldoende kennis

Over bepaalde zaken gerelateerd aan de regeling derde betaler bestonden er nog vraagtekens.

Tijdens de focusgroepen werd het duidelijk dat de hoeveelheid remgeld die diende gevraagd te worden niet voor iedereen helder was: *"Dan is dat 1€, 2€, 4€; dat weet je toch allemaal niet?"* Het kwam tijdens de focusgroepen naar boven dat verschillende artsen verschillende bedragen aanrekenden, voornamelijk bij huisbezoeken. Dit was vooral een probleem als er geen Efact of andere facturatiedienst voorhanden was of als deze omwille van welke reden dan ook niet gebruikt werd.

Ook rond de toekenning van de regeling derde betaler bestaat er nog onduidelijkheid: *"Wat ik jammer vind is dat we soms de reden niet weten waarom er derde betaler mag toegepast worden. Soms is het duidelijk maar soms weet ik het echt niet."*

Ook de foutmeldingen zorgen voor veel vraagtekens. Tijdens de focusgroepen kwam ter sprake dat de arts zelf vaak niet weet waarom een bepaalde prestatie niet wordt aanvaard. Er wordt meestal wel een code gegeven maar dit zorgt over het algemeen niet voor meer duidelijkheid: "*Je krijgt daar dan een nummer: foutmelding... en dan moet je bellen want je weet gewoon niet welke code waarvoor staat."*

Wat ook aan bod kwam bij de huisartsen die nog geen gebruik maakten van elektronisch factureren was de onwil om te starten met Efact. Omwille van onvoldoende kennis rond Efact bestond er een onzekerheid die ervoor zorgde dat het gebruik van Efact werd uitgesteld: *"Ik wil wel mee zijn met die dingen maar ik heb zo'n drempel omdat ik denk dat ik dat niet ga kunnen. Ze zouden eigenlijk echt mensen moeten aanstellen om dat in u praktijk eens te komen voortonen."*

3.2.4 Perceptie van de huisartsen

Andere opmerkingen die aan bod kwamen tijdens de focusgroepen waren gerelateerd aan de perceptie van de huisartsen. De opmerking werd gemaakt dat de regeling derde betaler té laagdrempelig was waardoor er bij bepaalde patiënten een overconsumptie van de zorg werd vastgesteld : *"Vinden jullie ook niet dat derde betalers veel meer voor banaliteiten komen?"* Dit werd echter maar bevestigd door enkele individuen, anderen maakten expliciet duidelijk dat zij dit bij hun patiëntenpopulatie niet opmerkten en dit ook niet als een probleem beschouwden.

Wat wel door de meerderheid werd bevestigd was het feit dat sommige patiënten omwille van de regeling derde betaler het besef verliezen over de werkelijke kost van een consultatie: *"Wat ik wel vind is dat mensen een beetje het besef verliezen dat het geen 4€ is dat een consultatie kost maar dat dat nog 20€ aan de maatschappij kost ook."*

Ook het beperkte verschil tussen het remgeld dat voor een huisbezoek wordt aangerekend en het bedrag dat voor een consultatie in de praktijk wordt aangerekend, werd als pijnpunt aangegeven: *"Ze kunnen ook gemakkelijker een huisbezoek vragen. Er zijn dan echt patiënten die zeggen: 'Kan de dokter niet aan huis komen? Dat kost toch maar 1€ meer."*

Niet enkel bij huisbezoeken werd dit aangehaald, ook voor avondconsultaties, werd dit als een probleem ervaren: *"En ook, 's avonds zit er ook geen verschil op dus… Ik heb heel vaak*

omnio's die 's avonds komen en dan denk ik: dat zijn 9 op de 10 mensen die niet werken en dan toch ook 's avonds komen. En dan denk ik: aan dat voelen ze het al niet."

Ook de oneerlijkheid omtrent de toekenning van de regeling derde betaler was een onderwerp dat ter sprake kwam. Deze oneerlijkheid werd zowel vermeld voor patiënten die volgens artsen recht zouden moeten hebben op de regeling derde betaler als voor patiënten die het volgens de arts helemaal niet nodig hebben: *"Soms denk ik van, allez, heeft die nu geen derde betaler? Of omgekeerd, mensen die een chiquere woning en een duurdere auto hebben dan mij, krijgen het dan wel."*

3.2.5 Controleverlies

Wat ook naar voor kwam was het gevoel dat de artsen door de regeling derde betaler minder controle hadden over bepaalde aspecten van hun praktijkvoering, voornamelijk over de financiën.

Een probleem dat ook werd aangehaald waren de foute betalingen die door de mutualiteit werden uitgevoerd: *"Dan betalen ze, dan betalen ze niet, dan stuur je het nog eens gecorrigeerd op, dan betalen ze het alle twee.".*

Het zijn niet alleen de foute betalingen die bij de artsen een wrang gevoel nalaten, het is ook het feit dat de transparantie van deze betalingen onvoldoende is, waardoor er onzekerheid bestaat omtrent de correcte uitbetaling van prestaties: *"Het probleem is dat we niet goed weten, niet kunnen inschatten of alle betalingen wel correct gebeuren. Dat ze wel doorgaan via Efact maar dat ze niet op u rekening komen. En dat kan je eigenlijk niet controleren."* De artsen weten meestal ook niet over welke patiënten het gaat, waardoor er nog minder controle kan uitgevoerd worden. Dit verlies aan controle over het inkomen werd verschillende malen aangehaald: *"Dat vind ik eigenlijk het enige echte nadeel, dat je geen controle hebt over u betalingen."*

Wat ook aan bod kwam was de angst om de zelfstandigheid van het vrije beroep te verliezen: *"Een groot deel van ons inkomen is eigenlijk niet prestatie gebonden en dat zal waarschijnlijk nog verder toenemen en zo gaan ze dokters meer en meer bij het handje nemen en gaan we meer en meer ambtenaar worden."* In één focusgroep werd daarbij ook de angst om uiteindelijk onder druk gezet te worden door het RIZIV aan de hand van het inkomen

aangehaald: *"Op lange termijn zou het wel eens de bedoeling kunnen zijn om de artsen toch een beetje financieel te kunnen nekken en te zeggen van: 'Je krijgt dit niet meer als je dat niet doet.'"* In de andere focusgroep werd dit niet vermeld.

Een ander probleem waar de arts geen controle over heeft betreft de GMD's. Met Efact en eGMD kan een GMD ongemerkt aangemaakt worden door een collega die de patiënt maar één keer gezien heeft, bijvoorbeeld omdat de GMD houdende arts afwezig was of omdat de patiënt voor een specifiek probleem zoals een sportkeuring eenmalig bij een andere arts op consultatie ging: *"Er zijn collega's die één keer een patiënt van u zien en dan direct een GMD aanmaken en achteraf komt die patiënt bij u en zie je dat die GMD ergens anders zit."*

3.3 Positieve aspecten

Zoals reeds aangehaald, waren het niet alleen negatieve punten die aan bod kwamen, regelmatig werden er ook positieve aspecten van de regeling derde betaler aangehaald.

3.3.1 Meer accuraat inkomen

De artsen waren vooral tevreden met de mogelijkheid om via de regeling derde betaler aan een meer accuraat inkomen te geraken: *"Om aan u geld te geraken, vind ik het wel een zegen, dat derde betalers systeem."*

Dit meer accuraat inkomen wordt bepaald door een aantal factoren. Vooreerst kan een verminderd inkomen als gevolg van wanbetalers via de regeling derde betaler gecompenseerd worden: *"Vroeger hadden we mensen die niet konden betalen, die hadden dan geen geld bij, dan moesten ze dat achteraf komen betalen maar je zag die dan niet meer terug en nu met derde betaler, iedereen betaalt."*

Ook bij huisbezoeken, voornamelijk bij ouderen, vormt het soms een probleem om het volledige bedrag te ontvangen. Deze patiënten zijn voor geldzaken vaak afhankelijk van familie en hebben niet altijd voldoende cash geld in huis, terwijl het remgeld alleen betalen vaker wel mogelijk is: *"4€ of 2€ is toch gemakkelijker om in huis te hebben om te vergoeden, anders moet je dat weer achteraf met de familie regelen of zo."*

Daarnaast werd er vermeld dat het nu gemakkelijker is om effectief een consultatie aan te rekenen per patiënt die wordt gezien door de arts, ook als dit gaat om 3 of meer patiënten, terwijl dit vroeger omwille van een soort gêne, minder of niet gedaan werd: *"Je gaat dan ook sneller als je 3 kindjes ziet en je zou er vroeger maar eentje gerekend hebben, nu 3 briefjes schrijven."*

Ook tijdens wachtdiensten bestond er bij sommige artsen een zekere schroom om de volledige som te vragen, zeker bij nachtbezoeken. *"Op wacht 's nachts vond ik dat altijd lastig, dan zeg ik zo: 'Het is 85€, gaat dat lukken?' en nu met die derde betaler is dat wel gemakkelijker."*

Als laatste werd de automatische verlenging van het GMD aangehaald als mede verantwoordelijk voor het verkrijgen van een meer accuraat inkomen.

3.3.2 Geen barrière voor follow-up

Een ander positief punt dat werd aangehaald was het feit dat het bij patiënten bij wie de regeling derde betaler mag toegepast worden, soms gemakkelijk is om een vervolgconsultatie te plannen. Deels omdat de arts zich er comfortabeler bij voelt als hij weet dat hij de patiënt op die manier niet op kosten jaagt en deels omdat de artsen het gevoel hebben dat patiënten sneller te overtuigen zijn als ze maar 1€ moeten betalen: "*Bijvoorbeeld bij een perforatie van een oor bij een kindje of zo. Anders denken ze: het is weer een consultatie, het is voor u eigen, je denkt aan u eigen portemonnee maar als het maar een euro moeten betalen is dat toch wel… Je kan op die manier de mensen sneller overtuigen om toch eens terug te komen."*

3.3.3 Minder administratie

Het laatste positieve aspect heeft te maken met de administratie. Dit werd echter enkel aangehaald als een probleem uit het verleden dat nu opgelost is. Vroeger werd er veel tijd en/of geld in de administratie rond de regeling derde betaler gestoken. Door de elektronische facturatie is dat probleem nu volledig van de baan: "*Het grootste nadeel van derde betaler vroeger was dat we er zelf geld moesten insteken he. Of tarificatiediensten om facturen te maken, secretaressen of dergelijke. Dus dat kostte eigenlijk veel geld. Maar nu via Efact valt dat weg natuurlijk, dus dat element is weg nu."*

3.3.4 Algemeen oordeel

Tijdens de focusgroepen kwam naar voor dat een groot deel van de ondervraagde huisartsen over het algemeen toch tevreden is over de regeling derde betaler. De aanwezige problemen werden erkent maar door de meesten niet als onoverkomelijk beschouwd: *"Voor de rest tevreden gebruikers. Ik wil niet meer terug."*

4 Discussie

4.1 Analyse van de resultaten

De invoering van de regeling derde betaler en de evolutie naar de verplichte sociale derde betaler zijn grote veranderingen die in relatief korte tijd zijn doorgevoerd. Zoals bij elke grote verandering bestaat hier een zeker mate van weerstand tegen. Problemen met de regeling derde betaler die zich voordoen tijdens de praktijkvoering vormen mee de attitude van de huisartsen en dragen bij tot die weerstand.

Tijdens de focusgroepen kwam het naar voor dat een gebrek aan kennis werd gezien als een probleem, en dit bij verschillende aspecten van de regeling derde betaler. Dit wordt mogelijks veroorzaakt door een combinatie van onvoldoende interesse bij de huisartsen, onvoldoende beschikbaarheid van correcte informatie en door de complexiteit van het systeem. Dit gebrek aan kennis leidde bij verschillende artsen tot een gevoel van onzekerheid. Dit sluit aan bij de innovatietheorie van Rodgers die stelt dat één van de voorwaarden voor het doorvoeren van een belangrijke verandering of innovatie de aanwezigheid van voldoende kennis over het onderwerp is zodat de onzekerheid over de mogelijke gevolgen zo veel mogelijk wordt beperkt. (20,21)

Daarnaast is het bij het doorvoeren van een verandering ook belangrijk dat deze aansluit bij de noden en de waarden van de individuen waarop deze veranderingen van toepassing zijn. (20,21) De nood aan een systeem zoals de regeling derde betaler, vanuit het perspectief van de huisarts werd niet bevraagd of aangebracht. De huisartsen halen tijdens de focusgroepen wel aan dat er een aantal reserves bestaan omtrent het toepassen van de regeling derde betaler die gelinkt zijn aan hun eigen perceptie en waarden.

Andere problemen zijn diegene die een vlotte consultvoering tegengaan. Aan de ene kant gaat dit over technische problemen, veelal problemen met elektronica. Aan de andere kant zijn er de meer praktische problemen. Deze problemen kunnen leiden tot frustratie bij de huisartsen, hetgeen opnieuw zou kunnen bijdragen tot meer weerstand.

Zowel het gebrek aan kennis als de praktische en technische problemen tijdens de consultaties, met als gevolg een gevoel van onzekerheid, en de gevoelsmatige bezwaren van de huisartsen hebben als mogelijk gevolg dat artsen minder vertrouwen hebben in zichzelf en in het systeem van de derde betaler. Dit kan ertoe leiden dat zij het gevoel krijgen dat ze de

controle aan het verliezen zijn, zowel over hun inkomen als over hun zelfstandigheid. Mogelijk draagt de invoering van de verplichte sociale derde betaler van bovenaf ook bij aan dit gevoel van controleverlies.

Als er wordt gekeken naar de algemene tendens in de huisartsenpraktijk kan er gesteld worden dat een groot deel van de huisartsen de regeling derde betaler regelmatig toepast. (6) De positieve aspecten die artsen over de streep trekken om dit systeem toch toe te passen, ondanks hun mogelijke weerstanden en gepercipieerde problemen, lijken voor het grootste deel verbonden te zijn aan het inkomen. Daarnaast worden het wegvallen van de barrière die het vragen van een verloning soms met zich meebrengt en geld- en tijdsbesparing als gevolg van elektronisch factureren ook als pluspunten beschouwd.

Het merendeel van de geïnterviewde huisartsen stond eerder positief tegenover de regeling derde betaler en beschouwde de negatieve kanten eerder als tijdelijke irritaties die in de loop van de tijd opgelost zullen worden.

4.2 Vergelijking met de literatuur

Als de gevonden resultaten worden vergeleken met de problemen die in de literatuur werden teruggevonden, kunnen de volgende overeenkomsten en verschillen opgemerkt worden.

4.2.1 Overeenkomsten

Een overeenkomst is de bezorgdheid dat de gezondheidszorg té laagdrempelig zou worden. Hoewel dit aspect in de focusgroepen niet door iedereen werd beaamd. Onvoldoende kennis en onduidelijkheden bij het gebruik van de regeling derde betaler werden zowel in de literatuur als in het onderzoek naar voor gebracht als negatief aspect. Zowel in de literatuur als tijdens de focusgroepen wordt opgemerkt dat sommige patiënten door de regeling derde betaler geen besef meer hebben van de werkelijke kost van een consultatie. De oneerlijkheid van de regeling derde betaler is ook iets dat wordt teruggevonden. Met deze oneerlijkheid wordt vooral bedoeld dat er patiënten uit de boot vallen die ook baat zouden kunnen hebben bij de regeling derde betaler. In de literatuur werd vermelding gemaakt van het probleem dat patiënten soms geen kleefvignetjes meebrachten op consultatie. Er werd toen geopperd dat het inlezen van de SIS-kaart of de eID een mogelijke oplossing voor dit probleem zou kunnen

vormen. Momenteel wordt de eID inderdaad ingelezen maar dit heeft het probleem niet opgelost. Een eID kan namelijk ook nog steeds vergeten worden. Ook zijn er patiënten die geen eID hebben. Dit gaat dan over kinderen en over buitenlanders zonder Belgisch eID.

In de meer recente literatuur wordt de bezorgdheid om gecontroleerd te worden door de overheid vermeld, dit komt in één van de focusgroepen ook naar voor. Het gebrek aan transparantie vanuit de mutualiteiten en de angst voor nutteloze foutmeldingen is ook iets wat zowel in de recente literatuur als in de focusgroepen wordt teruggevonden.

4.2.2 Verschillen

In de literatuur werd als negatief punt de mogelijke hogere kost voor de maatschappij omwille van overconsumptie door de artsen, zonder misbruik, vermeld. Tijdens de focusgroepen werd dit door de huisartsen ook naar voor gebracht, dit werd echter als een positief punt beschouwd omdat de huisarts op die manier een meer accurate verloning kan ontvangen.
De toegenomen administratieve last is een onderwerp dat in de literatuur werd aangebracht, dit aspect valt volgens de geïnterviewde huisartsen nu volledig weg door het gebruik van de elektronische facturatie. De lange wachttijden voor de uitbetaling door de mutualiteiten werd in de focusgroepen niet meer naar voor gebracht als een probleem. In de literatuur wordt de bezorgdheid geuit dat patiënten niet zouden durven vragen naar de regeling derde betaler, met de verplichte derde betaler is dit probleem volledig van de baan. Ook het contact met de verzekeringsinstellingen werd nog gezien als moeizaam in de literatuur maar met de invoering van MyCarenet is ook dit sterk verbetert en dit probleem werd dan ook niet aangehaald in de focusgroepen. In de literatuur wordt de bezorgdheid geuit dat de regeling derde betaler zou kunnen leiden tot stigmatisering. Dit werd in de focusgroepen niet weerhouden. Ook de angst dat oudere collega's door de informatisering vroegtijdig hun loopbaan zouden beëindigen komt niet aan bod tijdens de focusgroepen, hoewel dit in recente literatuur wel een onderwerp van bezorgdheid was.

4.3 Mogelijke verbeterpunten

De regeling derde betaler blijft evolueren. Aan de hand van dit onderzoek kunnen een aantal verbeterpunten opgelijst worden om de aspecten die momenteel als negatief worden

aangegeven in de toekomst aan te passen en op die manier de weerstand bij artsen verder te doen dalen.

In de focusgroepen werd de vraag gesteld naar meer begeleiding en informatie, voornamelijk bij de technische kant van de regeling derde betaler maar ook bijvoorbeeld over de reden van toekenning. Dit zou enkele hiaten in de kennis kunnen vullen waardoor er meer vertrouwen kan ontstaan.
Ook de vraag naar meer transparantie vanuit de mutualiteiten werd gesteld.
Het opvolgen van de technische problemen die zich voordoen bij Ehealth of Efact en blijven streven naar een foutloos computersysteem is een belangrijk werkpunt.
Het mogelijk maken van de toepassing van de regeling derde betaler bij patiënten zonder eID is ook een mogelijk punt van verbetering.

4.4 Sterktes

Een sterkte van het onderzoek was de toch vrij diverse huisartsenpopulatie. Het ging zowel om jonge als om oudere artsen, mannen en vrouwen waren ongeveer gelijk vertegenwoordigd en er waren zowel sterk geïnformatiseerde als minder geïnformatiseerde huisartsen aanwezig. Een andere sterkte is dat er gebruik werd gemaakt van semigestructureerde interviews, hetgeen ervoor zorgt dat er geen beperking was op de onderwerpen die aan bod konden komen en de artsen dus vrij waren om alles wat hun bezighield aan te brengen. Aan de andere kant wordt er op die manier toch een zekere structuur behouden zodat er geen onderwerpen kunnen vergeten worden.

4.5 Zwaktes

Een zwakte is het beperkt aantal focusgroepen die werden gehouden. Er kwamen in beide groepen nog uiteenlopende onderwerpen aan bod, hetgeen doet vermoeden dat het onderwerp nog niet was uitgeput en er dus mogelijks nog andere aspecten aan bod gekomen waren als er meer focusgroepen gehouden waren. Een andere zwakte is het feit dat de codering door één persoon werd voltooid en er dus geen controle op deze codering was. Ook de samenstelling van de focusgroepen week af van de samenstelling van de Vlaamse huisartsenpopulatie. De geïnterviewde populatie was jonger en er waren meer vrouwen aanwezig dan in de Vlaamse huisartsenpopulatie.

5 Conclusie

In dit onderzoek werd gepeild naar de problemen en frustraties die er leven rond de regeling derde betaler. Ook werd er gepoogd om een onderling verband te vinden tussen de verschillende onderwerpen die aan bod kwamen.

Weerstand tegenover de regeling derde betaler wordt opgewekt door een gebrek aan kennis en door praktische en technische problemen die zich voordoen tijdens de praktijkvoering. Dit kan leiden tot onzekerheid en een gebrek aan vertrouwen in zichzelf en in het systeem waardoor het gevoel ontstaat dat huisartsen de controle over het hele gebeuren verliezen.

Ook de perceptie ten aanzien van de regeling derde betaler speelt een rol bij deze weerstand.

Toch komt het tijdens de focusgroepen naar voor dat de regeling derde betaler voor de meesten een positieve evolutie is. Een belangrijke reden hiervoor is verbonden aan het inkomen. De huisartsen menen namelijk dat ze door gebruik te maken van de regeling derde betaler een meer accuraat inkomen kunnen verkrijgen. Ook het wegvallen van de barrière die het vragen van een verloning soms met zich meebrengt en geld- en tijdsbesparing als gevolg van elektronisch factureren versterken de positieve houding tegenover de regeling derde betaler.

Als mogelijk verbeterpunt werd meer begeleiding en informatie aangehaald. Ook meer transparantie omtrent de betalingen door de mutualiteiten werd als verbeterpunt genoemd. Verder kan uit de focusgroepen afgeleid worden dat het verminderen van technische problemen de weerstand zou kunnen doen dalen. Daarnaast zou ook een oplossing voor patiënten zonder eID zeer geappreciëerd worden.

De grootste tekortkoming van dit onderzoek is het beperkt aantal focusgroepen die werden gehouden. Mogelijk is de weergave van positieve en negatieve aspecten onvolledig en kan er meer geleerd worden door het onderzoek verder uit te breiden. Ook herhalen van het onderzoek over enkele jaren lijkt mij boeiend aangezien het onderwerp van de derde betalers regeling voortdurend in evolutie is en daarmee ook de weerstanden en positieve aspecten.

6 Referenties

(1) KB 10 oktober 1986. Beschikbaar via: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1986101030&table_name=wet. Geraadpleegd op 15 februari 2018.

(2) Nationaal akkoord artsen – ziekenfondsen 2011 tot 2018. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/nationaal-akkoord-artsen-ziekenfondsen.aspx#Het_akkoord_artsen-ziekenfondsen_2018-2019. Geraadpleegd op 3 maart 2018

(3) RIZIV; Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx#.WpKhiujOVPY . Geraadpleegd op 20 februari 2018.

(4) KB 23 september 2015 tot uitvoering van artikel 53. Beschikbaar via : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015091802&table_name=wet. Geraadpleegd op 12 februari 2018.

(5) MyCareNet. Beschikbaar via: http://ned.mycarenet.be/algemene-beschrijving. Geraadpleegd op 12 februari 2018.

(6) ten Geuzendam B, Saint-Jean D, Donvil N, Vanoverloop J. IMA-monitor van de toepassing van de verplichte sociale derdebetalersregeling door huisartsen. Boekhoudperiode 2015T1 – 2016T4. 20 juni 2017. Beschikbaar via: http://ima-aim.be/IMG/pdf/monitoring_verplichte_sociale_derde_betalersregeling_-_ima_en_nic_-_2017.06.20.pdf. Geraadpleegd op 26 februari 2018.

(7) De Roo L. De regel betalende derde voor ambulante verzorging door de huisarts in Gent. Universiteit Gent: Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen. Academiejaar 2000-2001.

(8) 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? Academiejaar 2014-2015

(9) Dr. Moens en Dr. de Toeuf. Brief aan Mevrouw de Minister De Block: verplichte DBR vanaf 1 oktober 2015. BVAS. 29 september 2015. Beschikbaar via: https://www.absym-bvas.be/nl/huisartsen/brief-aan-mevrouw-de-minister-de-block-verplichte-dbr-vanaf-1-oktober-2015-20150930112023. Geraadpleegd op 15 januari 2018.

(10) Dr. Lemye. Open brief aan de patiënten. BVAS. 2 juli 2015. Beschikbar via: https://www.absym-bvas.be/nl/huisartsen/open-brief-aan-de-patienten. Geraadpleegd op 15 januari 2018.

(11) Meeste artsen zullen regeling derde betaler weigeren. Knack. 13 februari 2015. Beschikbaar via: http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/meeste-artsen-zullen-regeling-derde-betaler-weigeren/article-normal-541165.html. Geraadpleegd op 15 januari 2018.

(12) Nazionale Emily. Franse artsen massaal de straat op tegen veralgemening derde betaler. Artsenkrant Nr. 2399. 20 maart 2015. Beschikbaar via: http://www.yveslouis.com/files/pers/AR1512_20150320_002.pdf. Geraadpleegd op 3 maart 2018.

(13) Dr. Bacquelaine. Verplichte derde betaler: "Een ernstige bedreiging". Medi-sfeer. 8 maart 2013. Beschikbaar via: https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/verplichte-derde-betaler-een-ernstige-bedreiging.html. Geraadpleegd op 18 februari 2018.

(14) M.L. BVAS in beroep tegen verplichte RDB. Medi-sfeer. 2 november 2015. https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/bvas-in-beroep-tegen-verplichte-rdb.html. Geraadpleegd op 18 februari 2018.

(15) Syndicaat Vlaamse Huisartsen, Moeremans H. Open Brief Aan Alle Huisartsen: Regeling Derde Betaler. 26 juni 2015. Beschikbaar via: http://www.svh.be/persnotas/detail/open-brief-aan-alle-huisartsen-regeling-derde-betaler. Geraadpleegd op 18 februari 2018.

(16) M.L. Domus Medica inventariseert problemen met elektronische RDB. Medi-sfeer. 9 november 2015. Beschikbaar via: https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/domus-medica-inventariseert-problemen-met-elektronische-rdb.html. Geraadpleegd op 25 februari 2018.

(17) RIZIV. Sociale derde betaler: veel gestelde vragen. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/beroep/Paginas/verplichte-derdebetalersregeling.aspx#.WQMWoPnyhPY .Geraadpleegd op 12 januari 2018.

(18) Baarda B., De Goede M., Bakker E. Basisboek kwalitatief onderzoek : handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Uitgegeven door Noordhoff in 2013.

(19) Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België 2016; Publicatie van de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen. Beschikbaar via: http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2016_nl_0.pdf

(20) Berwick DM. Disseminating innovations in health care. JAMA. 2003 Apr 16;289(15):1969-75.

(21) Rogers EM. Diffusion of innovations. 4th edition. New York; Free Press; 1995.

7 Bijlagen

Topiclijst

1. Kennis
    a. Voldoende? Tarieven?
2. Computerprogramma
    a. Problemen met computer en softwareprogramma's?
    b. Problemen met MyCarenet?
3. Patiënten
    a. Conflicten ivm betaling (weigeren of eisen 3B)
    b. Onvoldoende documenten
    c. Andere behandeling (minder snel verwijzen, meer controle's,...)
4. Problemen bij huisbezoeken en rusthuizen?
5. Mutualiteiten
    a. Conflicten (weigering terugbetaling ed)
    b. Onduidelijkheden betaling
6. Ethische problemen
    a. Gevoel van controle en weinig vertrouwen?

KU LEUVEN | UNIVERSITEIT GENT | Universiteit Antwerpen | Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

PROBLEMEN BIJ HET GEBRUIK VAN DE REGELING DERDE BETALERS. EEN ONDERZOEK BIJ DE OOST-VLAAMSE HUISARTS.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. SARA WILLEMS
- FUNCTIE: SENIOR RESEARCHER AND SUPERVISOR OF THE RESEARCH GROUP VAN HET DEPARTEMENT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 39 84
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: SARA.WILLEMS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR; PIERRE VANDEN BUSSCHE
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 11
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: PIERRE.VANDENBUSSCHE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): PROF. JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: ASTRID JOLIE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0475515351
- E-MAIL: ASTRID.JOLIE@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. MATTHIEU DERUYTTERE
- ADRES: ZWAANAARDESTRAAT 51A – 9112 SINAAI (SINT-NIKLAAS)
- TELEFOONNUMMER: 03/772.32.33
- E-MAIL: MATTHIEU.DERUYTTERE@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: DUO-PRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …

- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 1/4/2017 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 1/9/2018

7. SOORT ONDERZOEK

☒ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- ☐ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ☒ VRAGENLIJSTEN
- ☒ INTERVIEW

☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ☐ WELKE PERIODE: ….

☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ☐ FASE I
  - ☐ FASE II
  - ☐ FASE III
  - ☐ FASE IV
  - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ☐ MEDICAL DEVICE
  - ☐ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

MET DIT ONDERZOEK WILLEN WE DE PROBLEMEN DIE HUISARTSEN MOMENTEEL ONDERVINDEN BIJ HET GEBRUIK VAN DE DERDE BETALERS REGELING IN KAART BRENGEN.
HET ONDERZOEK ZAL STARTEN MET EEN KWALITATIEF ONDERZOEK OM EEN BEELD TE KRIJGEN VAN WAT ER LEEFT ONDER DE HUISARTSEN EN WELKE PROBLEMEN ZIJ ZIEN BIJ HET GEBRUIK VAN DE REGELING DERDE BETALERS. DIT KAN ZOWEL GAAN OM ONDUIDELIJKHEDEN ALS OM PRAKTISCHE MOEILIJKHEDEN. ER ZULLEN 2 FOCUSGROEPEN, BESTAANDE UIT UITSLUITEND HUISARTSEN, GEORGANISEERD WORDEN IN 2 VERSCHILLENDE LOK'S; ÉÉN IN EEN LANDELIJK GEBIED, NAMELIJK SINAAI, EN ÉÉN IN EEN VERSTEDELIJKT GEBIED, NAMELIJK GENT OF SINT-NIKLAAS, DE FOCUSGROEPEN ZULLEN BESTAAN UIT 5 TOT 15 HUISARTSEN. IN DEZE FOCUSGROEPEN ZULLEN VERSCHILLENDE TOPICS AAN BOD KOMEN OMTRENT DE MOGELIJKE PROBLEMEN DIE HUISARTSEN ONDERVINDEN BIJ HET GEBRUIK VAN DE REGELING DERDE BETALERS. EEN TOPICLIJST ZAL OP VOORHAND SAMENGESTELD WORDEN NA LITERATUURONDERZOEK NAAR HET HUIDIGE BELEID EN ONDERZOEKEN DIE REEDS OMTRENT HET ONDERWERP REGELING DERDE BETALERS WERDEN GEVOERD, ALSOOK NAZICHT VAN DE VAKLITERATUUR OM NA TE GAAN OF DAAR VERMELDINGEN WORDEN GEMAAKT OMTRENT PROBLEMEN BIJ DE REGELING DERDE BETALERS. DE FOCUSGROEPEN ZULLEN DIGITAAL OPGENOMEN WORDEN OM OP DIE MANIER ALLE VERKREGEN INFORMATIE TE KUNNEN VERWERKEN EN GEEN INFORMATIE VERLOREN TE LATEN GAAN. ER ZULLEN ENKELE ALGEMENE GEGEVENS WORDEN GENOTEERD OVER DE HUISARTEN DIE DEELNEMEN AAN DEZE FOCUSGROEPEN. DE VERWERKING VAN DE RESULTATEN GEBEURT VOLLEDIG ANONIEM.

IN HET TWEEDE DEEL VAN HET ONDERZOEK ZAL ER EEN ENQUÊTE SAMENGESTELD WORDEN OP BASIS VAN DE KNELPUNTEN ROND DE REGELING DERDE BETALERS DIE UIT HET VOORGAANDE KWALITATIEF ONDERZOEK WERDEN GEËXTRAPOLEERD. DE VALIDITEIT VAN DEZE ENQUETE ZAL EERST NAGEKEKEN WORDEN DOOR DEZE VOOR TE LEGGEN AAN EEN TESTGROEP VAN 3 TOT 7 HUISARTSEN. INDIEN ER UIT DIT ONDERZOEK BLIJKT DAT ER NOG ONDUIDELIJKHEDEN BESTAAN OMTRENT DE VRAGENLIJST, ZAL DEZE WORDEN AANGEPAST. INDIEN DE VALIDITEIT VAN HET ONDERZOEK VOLDOENDE IS, ZAL DEZE VERSPREID WORDEN ONDER DE OOST-VLAAMSE HUISARTSEN. DEZE HUISARTSEN ZULLEN OP VERSCHILLENDE MANIEREN BENADERD WORDEN, OA. DOOR GEBRUIK TE MAKEN VAN DE MAILINGLIJST VAN DE ORDE DER ARTSEN, VIA CONTACT MET DE VERANTWOORDELIJKE VAN BEPAALDE ATRTSENGROEPEN (KRINGVERANTWOORDELIJKEN, LOKVERANTWOORDELIJKEN,…). DE ENQUETE KAN ZOWEL VIA

ELECTRONISCHE WEG ALS OP PAPIER VERSPREID WORDEN. NADIEN ZULLEN DEZE RESULTATEN STATISTISCH GEANALYSEERD WORDEN.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☐ DIAGNOSTISCH
- ☐ FYSIOLOGISCH
- ☐ MORFOLOGISCH
- ☐ THERAPEUTISCH
- ☐ FYSIOPATHOLOGISCH
- ☒ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☐ JA
- ☒ NEEN

INDIEN JA

- ☐ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ☐ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN) UNIVERSITEIT GENT (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

☒ JA
☐ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN :

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

☐ JA
☒ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 2000

D. LEEFTIJD : OUDER DAN 23, JONGER DAN 75

E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?

KWALITATIEF ONDERZOEK : VOOR HET KWALITATIEF ONDERZOEK ZULLEN 2 VERSCHILLENDE LOK'S GEZOCHT WORDEN. WE RICHTEN ONS OP 2 DIVERSE LOK'S, ÉÉN IN VERSTEDELIJKT GEBIED (GENT OF SINT-NIKLAAS), ÉÉN IN LANDELIJK GEBIED (SINAAI). VOOR DE LOK IN HET LANDELIJK GEBIED ZAL EEN LOK GEBRUIKT WORDEN BINNEN DE KRING WAARONDER MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK VALT. VOOR DE TWEEDE LOK ZAL ER CONTACT OPGENOMEN WORDEN MET EEN LOK IN VERSTEDELIJKT GEBIED, ER ZAL CONTACT OPGENOMEN WORDEN MET DE LOK VERANTWOORDELIJKE VIA MAIL, TELEFOON, PERSOONLIJK CONTACT,...
KWANTITATIEF ONDERZOEK: DE DEELNEMERS ZULLEN OP VERSCHILLENDE MANIEREN BENADERD WORDEN, OA. DOOR GEBRUIK TE MAKEN VAN DE MAILINGLIJST VAN DE ORDE DER ARTSEN, VIA CONTACT MET DE VERANTWOORDELIJKE VAN BEPAALDE ATRTSENGROEPEN (KRINGVERANTWOORDELIJKEN, LOKVERANTWOORDELIJKEN, DOMUS MEDICA,...),

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

☒ JA
☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

☒ JA
☐ NEEN

BIJ DE ENQUETE ZAL ER EEN SCHRIFTELIJKE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK TOEGEVOEGD WORDEN. HET DEELNEMEN AAN DE ENQUÊTE IMPLICEERT HET TOESTEMMEN TOT DEELNAME.

MONDELING :

☒ JA
☐ NEEN

BIJ DE FOCUGROEPEN ZAL ER MONDELING EEN DUIDELIJKE UITLEG GEGEVEN WORDEN AAN DE PROEFPERSONEN OVER HET DOEL VAN HET ONDERZOEK. ZIJ ZULLEN NA DEZE UITEENZETTING EEN FORMULIER VOOR EEN INFORMED CONSENT ONTVANGEN OM TE ONDERTEKENEN VOOR DE START VAN DE FOCUSGROEP.

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? ...

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? ...

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ☐ JA
- ☒ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ☐ JA
- ☒ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ☒ JA
- ☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- ☒ JA
- ☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

- ☐ JA
- ☒ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

- ☐ JA
- ☒ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

- ☐ JA
- ☒ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- ☒ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
- ☐ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

- ☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

....

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ☐ JA
- ☒ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? ...

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

- ☐ JA

❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? ...

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

...

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA

  WELKE ? ...

- ❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : ...

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ☐ NIET VAN TOEPASSING
- ☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ☐ ERELOON:
  - ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 28/2/2017
NAAM : Astrid Jolie
HANDTEKENING :

~~PRAKTIJKOPLEIDER~~ P Vander Beuren.

DATUM : 22/02/2017
NAAM :
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 22/02/2017
NAAM : Prof Sara Willems
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 28/2/17
NAAM : Matthieu Deruyttere
HANDTEKENING :

Dr Deruyttere Matthie
1-46831-27-004
Zwaanaardestraat 5
9112 Sinaai-W
Tel 03 / 772 3

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 22/02/2017
NAAM : Prof Jan De Maeseneer
HANDTEKENING :

PROF. DR. J. DE MAESENEER

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0339	28-mrt-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Problemen bij het gebruik van de regeling derde betalers. Een onderzoek bij de Oost-Vlaamse huisarts.
(MaNaMa Astrid Jolie)

Belgisch Registratienummer: B670201731872

* Antwoord onderzoekers via mail dd. 20/03/2017 op opmerkingen EC dd. 19/03/2017
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie ontv. dd. 20/03/2017)
* Informatie- en toestemmingsformulier huisartsen focusgroep (versie ontv. dd. 20/03/2017)
* Informatie- en toestemmingsformulier huisartsen enquête (versie ontv. dd. 20/03/2017)

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 20/03/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 20/03/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 20/03/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 20/03/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/03/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/03/2017

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0339	28-mrt-17	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd).*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed).*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. S. WILLEMS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be