PATIËNTENVISIE OP FORFAITAIRE GENEESKUNDE

Eveline Van Mulders, Universiteit Gent

Promotor: Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotor: Diego Schrans, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2019

ABSTRACT

Titel: Patiëntenvisie op forfaitaire geneeskunde.

ICPC-code: CO1 Huisarts-geneeskundige theorie

HAIO: Eveline Van Mulders, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotor en praktijkopleider: Dr. Diego Schrans

Contactgegevens: Diego.schrans@ugent.be

Context: In België kan de eerstelijnsgezondheidszorg in 2 grote systemen worden ingedeeld; de betaling per prestatie en de forfaitaire betaling. In de prestatiegeneeskunde wordt de arts vergoed per prestatie. In het forfaitair systeem krijgt de arts maandelijks een vast bedrag per ingeschreven patiënt uitbetaald. Hierdoor zijn consultaties en huisbezoeken gratis voor de patiënt. Er werd reeds menig onderzoek gevoerd naar de mogelijke voor- en nadelen van het forfaitair systeem vanuit medisch en maatschappelijk standpunt. De visie van patiënten ten opzichte van forfaitaire geneeskunde blijft echter onderbelicht. Deze studie beoogt die leemte te vullen met een onderzoek gevoerd in de huisartsenpraktijk Kerkstraat te Destelbergen.

Onderzoeksvraag: De algemene visie van patiënten uit een monodisciplinaire groepspraktijk te Destelbergen, die werkt volgens betaling per prestatie, over forfaitaire zorg.

Methode: Deze explorerende observationele studie gaat de algemene patiëntenvisie na ten opzichte van het forfaitair systeem. Dit onderzoek omvat een literatuurstudie en een vragenlijst. Een gestructureerde vragenlijst van 20 meerkeuzevragen met een vrije aanvulmogelijkheid, werd aangeboden in de wachtzaal. Deze kon ingevuld worden voor of na de consultatie. Inspiratie voor de vragen werd geput uit de literatuur en een interview met een arts die de omschakeling van prestatiegerichte naar forfaitaire geneeskunde actief meemaakte. De onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van frequentieverdelingen van de antwoordmogelijkheden. De antwoorden zijn kwantitatief meetbaar volgens Likert-schalen. Daarnaast wordt een ongepaarde vergelijking tussen categorische variabelen uitgevoerd om de correlatie tussen verschillende items op te sporen. De argumenten uit de vrije aanvulmogelijkheid worden apart geregistreerd en onderverdeeld in pro en contra.

Resultaten: 82 bruikbare datasets werden verzameld. De vragen uit de vragenlijst weerspiegelen 5 kenmerken met betrekking tot forfaitaire geneeskunde. Een eerste kenmerk is drempelverlaging en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. 43,1% van de respondenten geeft aan dat ze niet sneller op consultatie zouden komen, tenzij voor het maken van een vervolgafspraak (50,6%). De bevraagde populatie is unaniem (83,3%) en zou forfaitaire geneeskunde niet als minderwaardig beschouwen ten opzichte van prestatiegeneeskunde. Als tweede kenmerk peilden we naar multidisciplinariteit en de visie over de aanwezigheid van een vaste kinesist en verpleegkundige in de forfaitaire praktijk. Een beduidend hoger percentage (62,8%) vindt het niet leuk gebonden te zijn aan de kinesist tov een verpleegkundige (41,8%). Als derde bevragen we preventie maar heeft 36,4% hier geen mening over. Ten vierde gingen we de mening na omtrent het gebonden zijn aan één forfaitaire praktijk waarbij 88,8% het niet erg vindt gebonden te zijn aan dezelfde huisartsenpraktijk. 59,1% Van onze respondenten zou ook de eigen familie in eenzelfde huisartsenpraktijk inschrijven. Als laatste spreken de patiënten zich neutraal uit over de maatschappelijke consequenties. Daarnaast is meer dan de helft (54,4%) behoudingsgezind tov het huidige systeem en 56,6% staat neutraal tegenover een eventuele omschakeling. Dit geldt echter niet voor patiënten die

begrijpen wat forfait inhoudt waarvan de meerderheid (45,7%) wel positief staat ten aanzien van een eventuele omschakeling (p=0,002).

Discussie: Op een aantal kwaliteitsindicatoren scoren forfaitaire praktijken beter. Dit gaat dan vooral over het financiële plaatje en preventie[2-3]. Tegen de verwachtingen in zou het forfaitair systeem voor de onderzoekspopulatie niet drempelverlagend werken, tenzij voor vervolgafspraken. Uit de vrije aanvulmogelijkheid achteraf blijkt wel dat er angst is voor overconsumptie. Uit het onderzoek bleek dat forfaitaire geneeskunde niet als minderwaardig zou aanzien worden. Over de bevraging van de preventieve activiteiten heeft de meerderheid geen mening. De patiënten geven aan via de vragenlijst dat preventie vooral artsgebonden is en niet afhankelijk van het zorgsysteem. Zoals beschreven in de literatuur bestaat forfaitvergoeding momenteel voor huisartsen, verpleegkundigen en kinesisten[1-2-3,6]. Zo blijkt verrassend uit onze studie dat de restrictie voor de keuze van de eigen verpleging een minder zwaar struikelblok is dan het niet kunnen kiezen voor een kinesist. De arts kan in het forfaitair systeem geneigd zijn sneller door te verwijzen naar subdisciplines zoals verpleging, kinesist of psycholoog ten opzichte van prestatiegeneeskunde[6]. Uit ons onderzoek blijkt dat de meningen, over het sneller doorverwijzen naar paramedici, verdeeld zijn. Ook zou de overgrote meerdheid van de respondenten of 88,8% zich laten inschrijven bij eenzelfde huisartsenpraktijk. Dit valt mogelijks te verklaren door het feit dat de meesten nu ook een vaste huisarts hebben. Inzake kosten bleek dat het forfaitair systeem meer kost in de eerstelijn maar dat deze kosten gecompenseerd worden door besparingen in de tweedelijn[2-3]. De bevraagde patiënten staan eerder neutraal tov dit maatschappelijk aspect en geven aan over te weinig informatie te beschikken om deze vragen te interpreteren. Globaal gezien vinden de patiënten het huidige systeem goed en zijn ze conservatief ingesteld. Wanneer gepeild worden naar een mogelijk omschakeling heeft 56,6% hier geen mening over. Hier zien we een significant verschil bij de patiënten die forfait begrijpen waarvan de meerderheid (45,7%) de omschakeling wel als een positieve evolutie ziet (p=0,002). Men zou kunnen stellen dat mensen angst hebben voor het onbekende en een sensibilisering over het forfaitaire systeem aan de orde is.

Conclusies: Iets minder dan de helft (46,3%) van de respondenten had reeds gehoord van het forfaitair zorgsysteem of begreep het. En deze groep patiënten zijn over het algemeen positiever ingesteld over het forfaitair zorgsysteem. Wie het niet kent kan er een weinig gefundeerde mening over geven, gezien het tekort aan kennis. Als er meer forfaitaire praktijken komen is het interessant informatie te verspreiden onder zowel de patienten als de artsen[4-5]. Uit bovenstaande argumenten kunnen we zien dat een algemene sensibilisering belangrijk is. Doch is verder onderzoek met een grotere onderzoekspopulatie en meer duidelijke vragen aangewezen.

Inhoudsopgave

1. INLEIDING 5

2. ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK 9

2.1. Opzoektermen 9

2.2. Feiten en cijfers. 12

2.3. Visie wijkgezondheidscentra. 13

3. ONDERZOEKSMETHODIEK 15

3.1. Vragenlijst 15

3.2. Methode opstellen vragenlijsten 15

4. RESULTATEN 19

4.1. Resultaten vragenlijsten. 19

4.1.1. Beschrijvend. 19

4.1.2. Onderling verschil tussen items 22

4.1.3. Drempelverlaging en toegankelijkheid. 27

4.1.4. Multidisciplinariteit. 28

5. DISCUSSIE 31

5.1. Opvallende punten 31

5.2. Sterktes en zwaktes 33

5.3. Oplossingen en nieuwe onderzoeksvragen 34

6. BESLUIT 35

7. DANKWOORD 36

8. REFERENTIES 37

9. BIJLAGEN 39

Bijlage 1: Vragenlijst 39

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol + Gunstig advies Ethisch Comité 42

Bijlage 3: Lijst van figuren en tabellen 47

Bijlage 4: Afkortingen 48

1. INLEIDING

In België bestaan er 2 financiëringssystemen voor de huisartsgeneeskunde. Enerzijds de betaling per prestatie en anderzijds het forfaitair betalingssysteem. De meerderheid werkt volgens een betaling per prestatie waarvan het bedrag is vastgelegd in de nomenclatuur. De minderheid werkt volgens een forfaitaire betaling waarbij de arts een vast bedrag per maand per ingeschreven patiënt ontvangt, ongeacht het aantal prestaties die de arts maandelijks levert. Hierdoor zijn consultaties en huisbezoeken gratis voor patiënten die ingeschreven zijn in een forfaitaire praktijk. Technische prestaties zoals een ECG, hechting, uitstrijkje of bloedafname vallen daarbuiten maar kunnen verrekend worden via het derdebetalerssysteem. Dit betekent dat de mutualiteiten rechtstreeks aan de forfaitaire praktijk uitbetaalt. Wanneer men bij een andere huisartsenpraktijk op consultatie gaat, worden die verstrekkingen niet door de mutualiteit terugbetaald. Patiënten zijn dus gebonden aan 1 praktijk en bijgevolg ook aan de andere diensten (verpleging, kinesist) die worden aangeboden om van een tussenkomst van de mutualiteiten te genieten. Deze manier van werken is voorzien in artikel 52§1 van de wet van 14 juli 1994 waarin wordt bepaald dat huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen forfaitair vergoed kunnen worden[1]. In de meerderheid van de centra is er ook een kinesist en/of verpleegkundige aanwezig. Naast ondersteundend personeel en vrijwilligers kunnen ook maatschappelijk werkers, psychologen, vroedvrouwen, etc. onderdeel uitmaken van de groepspraktijk. De verzekerde patiënt betaalt dus geen persoonlijke bijdrage ongeacht de frequentie waarmee hij/zij consulteert. De patiënt moet zich enkel inschrijven. Men kan als forfaitaire praktijk echter wel een persoonlijk aandeel vragen per rechthebbende per jaar; dat varieert van 2,50 tot 12,50 euro per persoon. De meeste forfaitaire praktijken passen dit niet toe hierdoor is de inschrijving dus kosteloos en is er geen sprake van remgeld[2].

Het vast bedrag dat de artsen maandelijks ontvangen wordt bepaald door een aantal kenmerken van de groep ingeschreven patiënten. Het bedrag dat wordt uitbetaalt verschilt per centrum aangezien de patiëntenpopulatie ook in iedere praktijk verschilt. Tot mei 2012 was dit bedrag een nationaal gemiddelde dat berekend werd op de inkomsten van het vorige jaar gebaseerd op de uitgaven van prestatiegeneeskunde. Een bedrag dat per categorie (al dan niet rechthebbend op voorkeurtarief, gepensioneerd,...) hetzelfde was voor alle patiënten[3]. Het forfait houdt in dat het centrum instaat voor kwaliteitsvolle en continue zorg alsook het bijhouden en aanpassen van het globaal medisch dossier (GMD) van de rechthebbenden[6].

De afgelopen jaren werd door de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), de mutualiteiten en de vertegenwoordigers van wijkgezondheiscentra een nieuw forfaitair systeem uitgewerkt waarbij maakt men jaarlijks een stand van zaken opmaakt van de patiënten die aan een bepaald centrum gelinkt zijn. Hiervoor hanteert men een 40-tal parameters zoals geslacht, leeftijd, sociale status van de patiënt alsook de aanwezigheid van een handicap, belangrijke chronische ziekten of medische condities die veel zorg vragen. Door het InterMutualistisch Agentschap (IMA) van de mutualiteiten werd een model ontwikkeld om, uitgaande van deze kenmerken, de zorgnoden te voorspellen. Via deze analyse (‘foto’) kan men dus de zorgnood bepalen en bijgevolg het uit te keren bedrag[2-3,6-7]. Deze nieuwe financieringswijze werd op 1 mei 2013 ingevoerd in het forfaitaire betalingssysteem. Sindsdien wordt, binnen een globaal gesloten budget, het forfaitbedrag voor elk centrum jaarlijks bepaald op basis van het risicoprofiel van de ingeschreven patiënten. Logischerwijze

ontvangt een centrum met meer zorgbehoevende patiënten gemiddeld op jaarbasis een hoger bedrag dan een centrum met minder zorgbehoevende patiënten[2-3].

Die hervorming heeft tot gevolg dat sinds mei 2013 de evolutie van het forfaitair bedrag is losgekoppeld van de evolutie van uitgaven in de prestatiefinanciering. Bovendien heeft toetreding tot het forfaitaire systeem ook gevolgen voor de arts. Die kan niet langer volgens de prestatiefinanciering werken op enkele uitzonderingen na zoals prestaties in een georganiseerde wachtdienst alsook raadplegingen in een centrum voor gezinsplanning. Sinds 2015 moet elk centrum dat volgens het forfaitaire systeem werkt jaarlijks een activiteitenverslag overmaken aan het RIZIV waarin de organisatie van continue zorg wordt toegelicht alsook de verleende prestaties in de praktijk (bv. aantal huisartsencontacten in de praktijk, aantal huisbezoeken, aanwezig zorgpersoneel, etc.)[2-3]. Deze nieuwe financieringsvorm van de eerstelijnszorg; de huisartsgeneeskunde, verpleegkunde en kinesitherapie, biedt een antwoord op de problemen die momenteel in de zorgverlening per prestatie worden gesteld. Men ziet immers dat de prestatiebetaling voor de zorg van chronisch zieken, de zorgcoördinatie, overleg met andere disciplines, het informeren van de patiënt en omgeving niet meer voldoet. In het prestatiesysteem krijgen huisartsen en andere zorgverstrekkers immers enkel de raadplegingen en huisbezoeken vergoed. Onderstaande argumenten betreffende prestatiegerichte huisartsengeneeskunde worden in de literatuur aangehaald als beperkingen van het systeem[6]:

- De betaling per prestatie vormt een rem op de taakdverdeling; zo verschuiven de artsen deze bv. minder makkelijk door naar verpleegkundigen. Aangezien het inkomen daalt van diegene die de taak uitbesteedt gezien de vergoeding per prestatie.
- De focus op preventieve zorg, gezondheidsvoorlichting, het bepalen van patiënten die in aanmerking komen voor vroegtijdige opsporing, inentingen, screening naar borstkanker, … wordt niet adequaat vergoed in een betaling per prestatie.
- Ten slotte wordt de patiënt minder gestimuleerd om een actieve rol op te nemen in zijn eigen gezondheidszorg wat niet strookt met de huidige maatschappelijke visie. Een verpleegkundige die een patiënt aanleert om zichzelf in te spuiten met insuline, loopt hierdoor op termijn prestaties mis wat resulteert in een lager inkomen.

Een globale forfaitaire financiering van huisartsen en andere zorgverstrekkers stimuleert aldus een samenwerkingsverband waarin verschillende disciplines elkaar aanvullen om voor de patiënt te zorgen. Hierdoor kan de zorg beter worden afgestemd. Uit onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg of KCE (rapport 85A) is gebleken dat de uitgaven voor de tweedelijnszorg in het forfaitair systeem lager zijn ten opzichte van het prestatiegericht systeem. Er is door internationaal wetenschappelijk onderzoek aangetoond dat investeren in de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg door multidisciplinaire teams bijdraagt tot een grotere kosteneffectiviteit van de zorg en ook positieve effecten heeft op de kwaliteit ervan[5]. De term kwaliteit omvat verschillende dimensies. De studie van het KCE in 2008, die beide financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België vergelijkt qua kost en kwaliteit, bestudeerde 4 kwaliteitsindicatoren; toegankelijkheid, doeltreffendheid, efficiëntie en rechtvaardigheid. Men kon zien dat de forfaitaire beoefenaars betere keuzes maken inzake het voorschrijven van antibiotica conform de aanbevelingen (Evidence Based Medicine) en op vlak van preventieacitiviteiten (griepvaccinatie bij ouderen, borstkankerscreening). De betere preventieaanpak is te verklaren door de jarenslange samenwerking en steun door de Fédération des Maisons médicals (FMM) en de Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) wat zich uit in proactieve preventiecampagnes eerder dan

vergoedingswijze[2-3]. Ook de behandeling van arteriële hypertensie en de opvolging van de HbA1c-waarde van diabetici is in het forfaitaire systeem beter gebleken. Voor de behandeling van astma en COPD, hypothyroïdie en de oftalmologische opvolging van diabetici blijken beide systemen gelijkwaardig. In de studie werden echter enkele kwaliteitskenmerken niet in acht genomen zoals patiëntentevredenheid, de manier waarop patiënten de zorg ervaren en technische efficiëntie van de uitvoerders. Globaal gezien mogen we concluderen dat beide systemen even kwalitatief zijn wat de opvoling van specifieke pathologiën betreft[2]. Bovendien lijkt er geen meerkost te zijn voor het forfaitaire systeem gezien de zorguitgaven ten laste van het RIZIV stabiel gebleven zijn. De uitgaven ten laste van de patiënt zijn echter wel gedaald in het forfaitaire systeem daar geen remgeld in eerste lijn verschuldigd is. Die patiënten betalen tevens minder remgeld en supplementen in de tweedelijnszorg daar ze er minder beroep op doen alsook meer generische middelen consumeren dan patiënten in het prestatiesysteem. Het rapport toont ook aan dat de werking van forfaitair gefinancierde praktijken, zoals ze momenteel werken in België, niet dezelfde nadelen ondervindt als gesuggereerd wordt in de literatuur. De forfaitair gefinancierde praktijken zijn toegankelijker en kwalitatief beter met betrekking tot de indicatoren die in dit onderzoek werden gemeten. De efficiëntie van de forfaitair gefinancierde praktijken lijkt even goed en soms zelfs beter te zijn dan het prestatiegerichte systeem, vooral voor het type populatie dat voor dit soort praktijken koos[2].

Tot nu toe wordt ongeveer 3,2% van de Belgen of 360.343 patiënten verzorgd in forfaitair werkende praktijken; ook wel “medische wijkgezondheidscentra” genoemd door het RIZIV. Die data dateren van 30 juni 2016[1-2-3,7]. 26% Van hen woont in Vlaanderen, 37,5% in Brussel en 36,5% in Wallonië[1]. Het merendeel van de centra bevindt zich in Brussel (40%), 36% in Wallonië en 24% in Vlaanderen. Geografisch zijn de meeste centra gelegen in de provincies Luik, Henegouwen en Oost-Vlaanderen[3]. Dat komt neer op een 168-tal praktijken in december 2016 waarvan het aantal snel toeneemt[1-2,6]. Ook het aantal rechthebbenden is meer dan verdubbeld; van 164.739 in 2007 tot 360.343 in 2016. Die sterke groei in het aantal rechthebbenden en centra vertaalt zich logischerwijze in een sterke stijging van de uitgaven (44,1 miljoen euro in 2007 tot 146 miljoen euro in 2016) en een grotere diversificatie op zowel juridisch, organisatorisch als geografisch vlak[1].

Ik koos dit onderwerp voor mijn masterproef omwille van de snelle verandering en evolutie van huisartsgeneeskunde op organisatorisch vlak en de beperkingen in de prestatiegeneeskunde[1-2-3]. Onze gezondheidszorg evolueert mee met de toekomst zijnde de vergrijzing van de bevolking en daaruit voortvloeiend de toename van chronische ziekten. Thema’s zoals echelonnering van de zorg, preventie en ondersteuning aan huis komen meer en meer centraal te staan. De groei van forfaitaire praktijken neemt toe en bijgevolg lijken solopraktijken langzaamaan te verdwijnen. Dit leek dan ook een interessant onderwerp om na te gaan hoe patiënten hier tegenover staan. Er bestaan al studies die de omschakeling bestudeerden zij het telkens vanuit maatschappelijk of medisch standpunt. Er gebeurde wel onderzoek naar de patiëntentevredenheid in wijkgezondheidscentra. Verwijzen we hiervoor naar de studie van Van Maele K. in Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent waar het eerder ging over de arts-patiënt relatie en niet zozeer over het systeem waartoe ze behoorden[8]. De populatie die kwam consulteren bestond wel uit meer langdurig werklozen, mensen met lagere inkomens en slechtere gezondheidstoestand. Ook een studie van Blerta Milani besprak de patiëntentevredenheid van Albanese patiëtnen van het multidisciplinair wijkgezondheidscentrum ‘De Brugse Poort’[9]. Uit dit onderzoek bleek dat patiëntentevredenheid een invloed heeft op de gezondheidsuitkomsten. Die tevredenheid omvat de communiatie, de hoeveelheid informatie en de vertrouwensrelatie met de zorgverlener. Er werd een lagere therapietrouw geconstateerd bij de participanten. Deze

patiëntengroep kiest vaak voor een vaste huisarts en zijn tevreden over de zorg die zij ontvangen wat niet overeen komt met de bestaande literatuur.

Dat dit zeer actueel is bewijst het artikel uit 'De Standaard' op 15 april 2019, met als titel: "Opmars van forfaitaire praktijken waar overheid vast bedrag per patiënt betaalt: Gratis naar de dokter kan steeds vaker in de provincie Antwerpen".[10] Dit onderzoek beoogt het standpunt van de patiënt over het forfaitair systeem uit te diepen. Wat denken de patiënten uit een groepspraktijk in Destelbergen van de omschakeling van een prestatiegericht systeem naar een forfaitair systeem. Wie had al gehoord van beide systemen en begrijpt effectief wat ze inhouden? Hoe staan zijn hier tegenover? Welke voor- en nadelen geven de patiënten aan en op welke argumenten zijn die gestoeld? Wat houdt hen mogelijks tegen om naar een forfaitaire praktijk te gaan? Tot slot of er een verschil te bemerken valt tussen de patiënten die er reeds van gehoord hadden of niet?

2. ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

2.1. Opzoektermen

Verschillende trefwoorden werden gebruikt: omschakeling naar forfaitair betalingssysteem, organisatie huisartsenpraktijk, forfaitair systeem, financiering eerstelijnsgezondheidszorg. Ook werd gezocht in de databank van masterproeven die te raadplegen is via de zoekmotor op de icho-site. Daar typte ik alles wat met forfaitaire geneeskunde te maken heeft en als ICPC label: "Algemeen en niet gespecifieerd". Een 8-tal masterproeven voldeed aan de zoektermen. Vervolgens interpreteerde ik de meest relevante data uit de masterproeven. Ook zocht ik via 'google scholar' naar alles wat met 'forfaitaire geneeskunde' te maken had en integreerde ik ook de stukken die meteen online beschikbaar waren.

Internationaal bestaan er verschillende financieringinsmethoden voor de huisartsgeneeskunde met elk de eigen voor- en nadelen voor arts, patiënt of maatschappij. De voornaamste nadelen van het forfaitaire systeem, zo blijkt uit de internationale literatuur, zijn de mogelijke selectie van patiënten met een laag gezondheidsrisico en hogere uitgaven voor zowel de tweedelijnszorg als geneesmiddelen[4-5]. Er zijn heel wat studies die de vergelijking tussen beide systemen onderzochten. In 2008 onderzocht het KCE de zorgkwaliteit en de zorguitgaven ten laste van de ziekteverzekering tussen beide systemen voor de periode van 2002 tot 2004. Verzorging in het forfaitair systeem kost meer in de eerstelijn dan bij prestatiegeneeskunde maar die meerkost wordt integraal gecompenseerd door de besparingen in de tweedelijn waardoor de totale factuur voor de ziekteverzekering even hoog is. Hieronder geeft *Tabel* 1 de resultaten uit de eerste studie van het KCE in 2008[2] weer. De jaarlijkse gemiddelde uitgaven per patiënt in een forfaitaire cohort en cohorte per prestatie wordt erop uitgezet. *Tabel* 2 geeft de resultaten weer van de update van de studie van het KCE in 2017[3]. Dezelfde conclusies gelden nog steeds.

	Cohortes		
	Forfait	Per prestatie - paarsgewijs gestandaardiseerd	Per prestatie - algemene bevolking
Eerstelijnsuitgaven*	234	116	184
Niet-eerstelijnsuitgaven	1051	1168	1273
Totaal uitgaven**	1285	1284	1457

Tabel 1: Jaarlijks gemiddelde uitgaven per patiënt, vergelijking tussen het forfaitsysteem en de betaling per prestatie, in euro. Resultaten KCE-studie 2008.

* Inclusief GMD
**Exclusief terugbetalingen in kader van maximumfactuur

	Cohortes		
	Forfait	Per prestatie - paarsgewijs gestandaardiseerd	Per prestatie - algemene bevolking
Eerstelijnsuitgaven*	381	197	279
Niet-eerstelijnsuitgaven	1661	1870	2143
Totaal uitgaven**	2074	2080	2438

Tabel 2: Jaarlijks gemiddelde uitgaven per patiënt, vergelijking tussen het forfaitsysteem en de betaling per prestatie, in euro. Resultaten betreffende Update van KCE-studie in 2017.

In tegenstelling tot wat de literatuur suggereert zijn de uitgaven voor de tweedelijnszorg lager voor de forfaitaire geneeskunde, zowel voor de doorverwijzing naar specialisten, ziekenhuizen en revalidatiecentra (*Tabel 1 en 2).* Patiënten uit de forfaitaire financiering blijken in dezelfde mate

beroep te doen op de spoeddiensten als patiënten uit de prestatiefinanciering. Ze zijn financieel interessanter voor de patiënt aangezien die geen remgeld betaalt, de inschrijving gratis is, de patiënt een lagere geneesmiddelenfactuur geniet (door de keuze van generische medicatie) en minder betaalt in de tweedelijn omdat hij er minder beroep op doet. In verband met het voorschrijven van de generische medicatie kon de studie vaststellen dat er 29% minder Rosuvastatine (Crestor®) werd voorgeschreven dan in de prestatiefinanciering. De analyse van de voorschriften toont ook aan dat de artsen die forfaitair werken minder antibiotica voorschrijven, wat ingaat tegen beweringen in de literatuur (meer voorschriften in het systeem per capita)[2]. Voor het voorschrijven van antibiotica zag men dat de aanbevelingen beter werden opgevolgd[2-3,7]. Wat neerkomt op het meer volgen van de evidence based richtlijnen waardoor er 5% minder antibiotica werd voorgeschreven en er minder vaak gekozen werd voor Amoxiclav dan voor Amoxiciline dus minder breedspectrum. Eveneens op gebied van ziektepreventie (griepvaccinatie bij 65-plussers, borstkanker-en baarmoederhalsscreening) en het implementeren van de opvolging van diabetici. Ook op vlak geestelijke gezondheidszorg wordt er een lager gebruik van psychofarmaca (antipsychotica en antidepressiva) vastgesteld. Tot slot moet men rekening houden met een aantal beperkingen in de studie. Er wordt slechts een deel van de zorgkwaliteit nagegaan waarbij men geen rekening houdt met patiëntentevredenheid, structurele en organisatorische aspecten van de praktijk, de globale behandeling van de patiënten etc. Het IMA heeft geen zicht op de belangrijkste onderliggende variabele met name de morbiditeit van de patiënten. En voor heel wat van bovenstaande kwaliteitsindicatoren heeft de arts niet altijd zelf de touwtjes in handen zoals druk van patiënten om antibiotica of een bepaald geneesmiddel voor te schrijven[2-3].

Wat preventie betreft beschreef Van Dierdonck S. wat patiënten (de)motiveert om op preventieconsult te komen in een forfaitaire praktijk waar er geen financiële drempel is. Hieruit bleek dat de deelname aan een preventieconsult bevordert wordt door het vertrouwen in de eigen huisarts, veel belang hechten aan de eigen gezondheid, verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, interesse in preventie, het praktisch haalbaar zijn om op consult te komen en een goede arts-patiëntenrelatie. De factoren die minder speelden waren; voldoende uitleg, angst voor ernstige ziekte en voldoende tijd van de arts. Het belang van een goed elektronisch medisch dossier, bewustmaking en informatie aan de patiënt en een gepersonaliseerde uitnodiging bleken werkpunten te zijn[11]. Omtrent de implementatie van de opvolging van diabetici kunnen we ook verwijzen naar de masterproef van Leirs L. met als titel: “Sociale stratificatie en instelling van diabetes type 2 in een forfaitaire praktijk” waar bij hen in de forfaitaire praktijk het aantal patiënten met diabetes type 2 meer voorkwam bij sociaal zwakkeren dan bij de algemene studiepopulatie. Ook kwamen sociaal zwakkeren meer op consultatie dan de sociaal normale groep met diabetes type 2 en wijt dit aan de laagdrempeligheid van het forfaitaire systeem. Wat de opvolging van de pathologieën astma, COPD en arteriële hypertensie betreft, blijkt de kwaliteit globaal genomen gelijkwaardig[12].

Bosselaers H. ging de kwaliteit na van zorg voor hun chronische patiënten met diabetes type 2 en/of hypertensie binnen de multidisciplinaire praktijk van ‘Geneeskunde voor het Volk’ in Molenbeek. Daaruit bleek dat de kwaliteitszorg in verschillende opzichten verbeterd was alsook het aantal consultaties per patiënt toegenomen was. De geregistreerde HbA1c’s, bloeddrukmetingen en de opvolgconsultaties bleven ongeveer hetzelfde. Er was tevens geen verbetering van de hbA1c- en bloeddrukwaarden. De artsen staan positief ten aanzien de verantwoordelijkheid over een vaste populatie zodat ze meer kunnen inzetten op preventie en educatie dan in het prestatiegericht systeem. De patiënten zijn in deze studie unaniem tevreden over het financiële aspect van het forfaitsysteem alsook vinden ze het waardevol dat een vaste arts hen goed kent en een centraal medisch dossier bijhoudt[13].

In 2017 vond de update plaats van de studie van het KCE in 2008 waaruit kon besluiten worden dat het forfaitaire systeem goedkoper is voor patiënten, even duur voor de ziekte verzekering en minstens even goed[3]. De update toonde aan dat de besparingen in de tweedelijn nu minder gerealiseerd worden bij specialisten, klinische biologie en medische beeldvorming maar meer bij ziekenhuizen, institutionalisering van ouderen, geneesmiddelen, revalidatie, dialyse, bandagisten en orthopedisten. Bijgevolg kunnen we concluderen dat de globale en geïntegreerde aanpak die gehanteerd wordt door het merendeel van de forfaitaire praktijken zijn vruchten lijkt af te werpen wat tertiaire (voorkomen dat de ziekte verergert of dat er complicaties optreden) en quaternaire preventie betreft. Quaternaire preventie beoogt onnodige tussenkomsten van de arts te voorkomen en overmedicalisatie tegen te gaan volgens het principe 'primum non nocere'. Dat brengt besparingen teweeg voor de ziekteverzekering door een betere echelonnering van de zorg. Met echelonnering bedoelt men dat de huisarts de toegangspoort vormt tot de gezondheidszorg en de patiënt slechts via doorverwijzing bij de specialist terecht kan. Dit leidt tot meer ambulante zorg en minder institutionalisering. Bovendien zijn de uitgaven stabieler en meer voorspelbaar geworden sinds de introductie van het nieuwe financieringssysteem in mei 2013[3]. Dankzij dat nieuwe financieringssysteem ontvangt de praktijk niet langer een jaarlijks forfait van het RIZIV dat gebaseerd is op de gemiddelde kosten van het voorgaande jaar voor een patiënt behorende tot eenzelfde categorie. Maar een centraal budget gebaseerd op het risicoprofiel en diens kenmerken en zorgnoden van de ingeschreven patiënten[3,6].

De indexatie van de prestaties alsook de casemix van de patiënten hebben een impact op de kost per patiënt verzorgd in het forfaitaire systeem. Toch is er nog marge voor verbetering van beide systemen. Het IMA stelt een verbetering van de wettelijke basis voor om tot een optimalere en efficiënte continuïteit van de zorg te komen zodat risicoselectie zoveel mogelijk wordt vermeden. Het IMA stelt een optimalisatie voor van het financieringsmodel in functie van de zorgnood, het inzetten op multidisciplinariteit en stimuleren van preventie[3]. En vooral de meerwaarde die het systeem biedt wat laagdrempelige toegang tot zorg betreft voor een sociaal kwetsbaarder publiek. Forfaitaire praktijken slagen er zo in een sociaal-economisch kwetsbaar publiek te bereiken die niet of onvoldoende bereikt wordt door de traditionele huisartsenpraktijken. Die forfaitaire centra bieden zo een toegevoegde waarde in de Belgische eerstelijnsgezondheidszorg. Het publiek in een wijkgezondheidscentrum zou over het algemeen jonger en kwetsbaarder zijn op socio-economisch vlak dan de gehele Belgische bevolking[1,3].

Erkens M. en Schoenmaekers B. deden reeds onderzoek naar de mogelijke drempels voor arts en praktijk inzake omschakeling van het forfaitair systeem ondanks de reeds bewezen positieve effecten. Ze besluiten dat de drempels zich zowel op principieel als op praktisch niveau bevinden en weinig afhankelijk zijn van arts- en praktijkkenmerken. Als belangrijkste weerstand wordt door de artsen het gebrek aan of foutieve kennis over het systeem aangehaald. Andere argumenten die werden aangegeven, waren de negatieve houding ten aanzien van het principe van het systeem, de connotatie met armoede of ideologie, verminderde autonomie voor arts en patient alsook de overconsumptie van de zorg. 30% Van de artsen geeft aan dat de invoering van het forfaitaire systeem praktisch haalbaar is in de eigen praktijk maar dit bewust niet doet omwille van logistieke weerstanden. Onvoldoende kennis van de procedure voor een omschakeling, onduidelijke of te zware administratieve vereisten, onduidelijk of te lage forfaitaire inkomsten en het verbod op combinatie met prestatiegebonden functies,… zijn hier enkele van. De onderzoekers stellen dan ook een sensibilisering van de Vlaamse artsen voor. Doch zal nog in de toekomst moeten blijken of dit systeem wel haalbaar zal zijn en een positief effect heeft op alle verschillende praktijkvormen[4-5].

Wanneer men uiteindelijk zou omschakelen naar een forfaitaire praktijk is de eerste stap doorgaans het aanwerven van een verpleegkundige waarvoor men dus ook een forfait voor kan aanrekenen. Zo gingen Vantomme O. en Peremans L. na hoe haalbaar het was om een verpleegkundige in te schakelen in een niet-forfaitaire praktijk. In een forfaitaire praktijk is financiering voorzien voor een verpleegkundige en stelt dit bijgevolg geen probleem. Voor een niet-forfaitaire groepspraktijk is echter geen structurele tegemoetkoming. Zeven van de acht praktijk losten dit op via verschillende omwegen. Ze rekenen een verpleegkundig consult aan via derdebetalersregling onder het nomenclatuurnummer van de arts. Ze vragen een Impulseo-toelage aan door het inschakelen van de verpleegkundige als administratief bediende. De arts rekent de technische prestaties (ECG, wondzorg, spirometrie, cryotherapie, uitstrijkjes) uitgevoerd door de verpleegkundige, aan op dezelfde of een op een andere dag. Als laatste werd ook aangegeven dat men het ontbrekende bedrag voor de betaling van de verpleegkundige tegemoetkwam vanuit de eigen inkomsten. De meeste artsen erkennen de meerwaarde van paramedici in de praktijk maar voelen zich ongemakkelijk door de onduidelijke wetgeving en ontbrekende financiële steun waardoor de verpleegkundige eerder een loonlast in plaats van een loonkost wordt. Stijn van Holle, directeur Kennis & Beleid van Domus Medica stelt dat gesprekken met de Vlaamse overheid lopende zijn om Impulseo uit te breiden naar verpleegkundigen en hoopt op een snelle beslissing hieromtrent[14-15].

Naast de huidige gesprekken moeten er ook besparingsmaatregelen genomen worden door de minister van Begroting goed voor ongeveer 7 miljoen EUR[1,7]. De besparingen staan in schril contract met de situatie in 2016. Medische huizen genoten toen van een budgetstijging van ongeveer 10%. Om de kosten te drukken wordt een wachttijd ingevoerd van 6 maanden alvorens men een forfaitaire praktijk kan oprichten, met uitzondering van de centra die reeds voor 8 oktober 2016 een dossier hadden ingediend bij het RIZIV. Daarnaast zal een audit van de sector een kijk geven op de werking en organisatie ervan alsook licht schijnen op de optimalisatie van de kostenstructuur. Volgens de site van het VWGC worden de toenemende financiële middelen van de medische huizen, echter uitsluitend veroorzaakt door de aangroei van patiënten die verzorgd worden in het forfaitiare systeem, namelijk nieuwe patiënten schrijven zich in in bestaande en nieuwe worden opgericht. Patiënten die niet in medische huizen verzorgd worden vallen onder het systeem van betaling per prestatie. Daar het KCE besloot dat de kostprijs van beide systemen zeer gelijklopend is, houdt deze maatregel dus geen besparing in. Integendeel doordat minder patiënten verzorgd kunnen worden in het forfaitaire systeem zal dit leiden tot een toename van de kosten in de tweedelijn, door meer ziekenhuisopnames en meer doorverwijzing naar de specialistische zorg. De maatregel voor besparingen en de wachttijd zal ervoor zorgen dat op die manier de toegang voor kwetsbare groepen tot de eerstelijn beperkt wordt. Dat forfaitair werkende praktijken toegankelijker zijn voor deze patiënten, bleek uit het hierboven geciteerde rapport van het KCE. Wat de audit betreft zijn de Vereniging van Wijkgezondheidscentra en de andere federaties van medische huizen vragende partij naar een grondig onderzoek zoals dat zoals dat door het KCE in 2008 werd gerealiseerd. Ze wensen dat kostenstructuur, kwaliteit en performantie van beide betalingssystemen worden geëvalueerd[1-2-3].

2.2. Feiten en cijfers

Een rapport van de De Vereniging van Wijkgezondheidscentra[1] toonde aan dat het gemiddeld aantal huisartsencontacten per patiënt per jaar in de Vlaamse wijkgezindheidscentra vergelijkbaar waren met het algemeen gemiddelde in Vlaanderen. Uit de laatste cijfers van 1 januari 2016 blijkt dat in totaal 70.262 patiënten zich aansloten bij een medisch huis. Dat houdt een stijging van 8,3% in vergeleken met 2014. Wijkgezondheidscentrum De Sleep in Gent omvat de grootste patiëntenpopulatie van 6.850

zorgbehoevenden en 51 personeelsleden. Daarnaast heeft 38,6% van de forfaitpatiënten recht op een verhoogde tegemoetkoming wat onrechtstreeks een indicator is van armoede. Het aantal patiënten met voorkeurregeling varieert sterk in de verschillende centra. Dat aandeel is in alle wijkgezondheidscentra, met uitzondering van buurgezondheidscentrum De Restèl groter dan het Belgisch gemiddelde. De gemiddelde leeftijd van de totale zorgpopulatie is 31,0 jaar. De forfaitpopulatie is dus een jonge populatie in vergelijking met de gemiddelde leeftijd van de zorgpopulatie in Vlaanderen. De man-vrouw verdeling binnen de totale zorgpopulatie is zo goed als gelijk. In 2015 werden er 565.847 contacten geregistreerd waarvan 57% bij artsen, 28% bij verpleegkundigen, 12% bij kinesitherapeuten en 1,49% bij maatschappelijk werkers. De geregistreerde contactfrequentie bij forfaitaire patiënten ligt hoger dan bij niet niet-forfaitaire patiënten[1]. Mogen we hieruit dan besluiten dat forfaitaire patiënten regelmatiger op visite komen voor onbenulligheden terwijl dit niet het geval zou zijn in het prestatiegerichte systeem?

2.3. Visie wijkgezondheidscentra

De medische huizen zijn in feite ontstaan vanuit het idealistische gedachtegoed van eind jaren ’60 waarin aandacht werd gevraagd voor de gemiddeld sociaal en economisch zwakkere populatie. Die ideologie wordt weerspiegeld in alle wijkgezondheidscentra waarin openheid, solidariteit, rechtvaardigheid en duurzaamheid centrale begrippen zijn waar de groep eerder voorop wordt gesteld dan het individu. Een opniniestuk van Geneeskunde voor het volk stelt dat ze werken vanuit het principe dat gezondheidszorg een recht is voor iedereen – voor jong en oud, rijk en arm. De centra willen de drempel tot de zorg dan ook zo laag mogelijk houden. Uit de verschillende weerstanden blijkt het financiële plaatje vaak het belangrijkste te zijn om al dan niet op consultatie te gaan[1].

Uit onderzoek blijkt dat forfaitaire praktijken een meerwaarde kunnen hebben op vlak van toegankelijkheid van de zorg en in de strijd tegen gezondheidsongelijkheid[1]. Ze neigen naar het pluralisme of proportioneel universalisme zonder ideologische noch politieke strekking. Medische huizen willen dat patiënten beroep kunnen doen op zowel medici als paramedici onder één dak. Door die samenwerkingsverbanden is er een gedeelde zorgvisie nodig bij de verschillende hulpverleners. De verschillende actoren willen de patiënt proactief laten meewerken aan de bevordering van de eigen gezondheid. De verantwoordelijkheid van de gezondheid als het ware in handen van de patiënt leggen. Arts en patiënt als één team. De gezondheidspromotor kan hierin wel een coördinerende en aansturende rol opnemen. Men is als het ware aanspreekbaar door een hele gemeenschap. Structurele samenwerkingsverbanden zoals buurtorganisaties zijn cruciaal voor de detectie van gezondheidsbehoeften en willen hierbij ook een verbetering van de gezondheid van de wijk en haar buurtbewoners bewerkstelligen. Winst wordt geïnvesteerd in de optimalisatie van de huidige werking en de toekomstige doelstellingen. Zoals de definitie van gezondheidspromotie volgens de WHO zegt : “*Gezondheidsbevordering stelt mensen in staat om meer controle te verwerven over hun gezonheid. Het omvat een breed scala aan sociale en omgevingsinterventies gericht op het beschermen en verbeteren van gezondheid en levenskwaliteit*.” Met die interventies worden ook de oorzaken van een slechte gezondheid aangepakt en niet alleen de behandeling en genezing ervan. Onderstaand model van Dahlgren en Whitehead (1991) geeft de belangrijkste factoren van gezondheid weer:



Figuur 1: Model van Dahlgren en Whitehead (1991).

3. ONDERZOEKSMETHODIEK

3.1. Vragenlijst

In deze explorerende kwantitatieve observationele studie wordt de algemene patiëntenvisie nagegaan ten opzichte van het systeem van forfaitaire geneeskunde. Meer specifiek; wie hoorde er reeds van en begreep ook wat forfaitaire geneeskunde inhield? Wat zijn volgens hen de mogelijke voor- en nadelen? Hoe staan zij tegenover de verschillende aspecten van forfaitaire geneeskunde? Hoe kijken patiënten van een prestatiegericht systeem naar een eventuele omschakeling? Er werd een gestructureerde vragenlijst met 20 meerkeuzevragen en een vrije aanvulmogelijkheid op het einde aangeboden aan patiënten uit een prestatiegerichte groepspraktijk te Destelbergen. De groepspraktijk bestaat uit 5 artsen, waaronder 3 vaste arsten en 2 huisartsen-in-opleiding en is dus monodisciplinair gebaseerd. Leeftijd, geslacht, kennis en visie omtrent forfaitaire geneeskunde werd bevraagd. De vragen konden worden ingedeeld in 5 thema's betreffende de kenmerken van het systeem; drempelverlaging en overconsumptie, multi -en interdisciplinariteit, preventie, risicoselectie en solidariteit. De vragenlijst lag in de wachtzaal en kon voor of na een consultatie worden ingevuld. De recrutering gebeurde door mezelf en mijn collega's gedurende de periode november en december.

De gegevensverzameling gebeurde via vragenlijsten die manueel werden ingevuld in de wachtzaal voor of na de consultatie. Het onderzoek en de vragenlijst werden goedgekeurd door het ethisch comité van de Universiteit Gent (B670201836764). Voor het afnemen van de vragenlijst werd vooraf van elke deelnemer een schriftelijk informed consent bekomen. Het onderzoek omvat een veldstudie en een interview. De onderzoeksvraag wordt onderzocht aan de hand van Likert-schalen ('helemaal akkoord', 'akkoord', 'neutraal', 'niet akkoord' en 'helemaal niet akkoord') waarbij op een ordinale wijze de verschillende variabelen met elkaar worden vergeleken en gecorreleerd. Eerst wordt in het algemeen bevraagd of men reeds van de term forfaitaire geneeskunde hoorde en of men ook begreep wat het inhield. Vervolgens werd een korte toelichting gegeven over de twee systemen. Daarna werden 18 argumenten meer specifiek bevraagd. De vragenlijst wordt afgesloten met een vrije aanvulmogelijkheid. Wat de patiënten hierop invulden, werd apart geregistreerd en bestudeerd. De argumenten werden onderverdeeld in pro en contra waarbij we een onderscheid maakten tussen de patiënten die er al dan niet van hoorden of al dan niet begrepen wat forfait inhield *(Tabel 6)*.

3.2. Methode opstellen vragenlijsten

Inspiratie voor de vragenlijst werd geput uit een interview met Dr. Marc Cosyns die de omschakeling van prestatiegerichte naar forfaitaire geneeskunde actief meemaakte. Momenteel werkt hij in het wijkgezondheidscentrum 'De Watersportbaan' en maakte hij in 2010 de overstap met een 1500-tal patiënten. Op basis van zijn ervaringen en ook de meningen van de patiënten achteraf kon hij nagaan wat ze als belangrijk achtten en welke voor- en nadelen ze aanhaalden. Dankzij Dr. Cosyns bevindingen kon ik mij een beter beeld vormen van de vragen die ik wou opnemen in mijn vragenlijst. Zelf kwam hij van een groepspraktijk met 3 zelfstandige artsen waarbij de opbrengst in 1 'pot' terechtkwam en verdeeld werd op basis van het aantal gepresteerde uren. Naast Dr. Cosyns ervaringen had ik graag ook de bevindingen van een andere arts gehoord die de omschakeling van prestatiesysteem naar het forfaitaire meemaakte. Zij stond echter niet open voor een gesprek en gaf mee: "Ik denk niet met plezier terug aan deze tijd en zou hier niet opnieuw aan herinnerd willen worden." Er werd beschrijvende en bivariate statistiek toegepast gebruikmakend van het statisch packet SPSS®25. De

onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van frequentieverdelingen van de antwoordmogelijkheden op de Likert-schalen. Daarnaast wordt een ongepaarde vergelijking tussen categorische variabelen uitgevoerd om de samenhang tussen verschillende items op te sporen. De verschillende vragen kunnen onderverdeeld worden in een aantal vooropgestelde thema's die het forfaitair systeem kenmerken. Hieronder staan de verschillende kenmerken van forfaitaire geneeskunde uit de literatuur opgesomd en gekoppeld aan de vragen van de vragenlijst;

Drempelverlaging en overconsumptie: Afwezigheid van een financiële drempel gezien de patiënt noch remgeld noch inschrijvingsgeld betaalt en de overige technische prestaties vergoed kunnen worden via een derdebetalersregeling en ze dus enkel het remgeld moeten betalen. Gezien deze lage financiële drempel zouden patiënten van mening kunnen zijn dat de arts en geneeskunde in het algemeen minder waard is en dit onderwaarderen ten opzicht van prestatiegeneeskunde. Gezien de grotere toegankelijkheid wilde ik ook peilen of patiënten sneller zouden komen dan wanneer er per prestatie wordt gewerkt. Wat tot overconsumptie van de zorg zou kunnen leiden. Toch blijkt uit de literatuur dat de consultaties in de wijkgezondheidscentra in Vlaanderen in de lijn liggen met de consultaties waarbij de patiënt per prestatie betaalt. Zo bedraagt het jaarlijks gemiddeld aantal contacten met een huisarts in Vlaanderen 4,3 (in 2013. bron: HIS). In de wijkgezondheidscentra is dat 4,5 keer in 2015 (bron: Studiedienst VWGC). Een kanttekening hierbij is dat de patiëntengroep van de wijkgezondheidscentra meer zorgbehoevenden telt dan de gemiddelde eerstelijnspraktijk. Als we als indicator *rechthebbend op verhoogde tegemoetkoming* nemen, blijkt dat 38,6% (in 2015, bron Studiedienst VWGC) van de patiënten in de Vlaamse wijkgezondheidscentra tot deze groep behoort, daar waar het gemiddelde in Vlaanderen 14,5% (in 2014, bron: IMA-atlas) is. Dat wijkgezondheidscentra toegankelijker zijn voor die patiënten die een hogere tegemoetkoming genieten groter is bleek reeds uit onderzoek van het KCE (rapport 85A)[1]. Ook peilen we naar het einde van de consultatie waarbij de betaling vaak wordt gezien als afronding van het doktersbezoek. Vormt een gebrek daaraan een probleem voor de patiënt?

- Vraag 3. Voor mij zou dit drempeverlagend werken = komen voor iets medisch waar ik normaal niet voorkwam.
- Vraag 4. Omdat het gratis is, lijkt het minder waarde te hebben.
- Vraag 5. Ik zou me hier ongemakkelijk bij voelen.
- Vraag 6. Voor mij zo het gevoelsmatig niks veranderen tov de praktijk.
- Vraag 7. Ik denk dat de drempel om terug te komen lager ligt. (bv: bespreken van een bloedonderzoek)
- Vraag 11. Niet betalen zou afronden bemoeilijken.
- Vraag 18. Voor mij is betalen een vorm van afronden.

Multi- of interdisciplinair : Zoals reeds gezegd zijn de forfaitaire centra vaker multidisciplinair en is de patiënt gebonden aan de verschillende disciplines daar aanwezig. Men is dus niet vrij in keuze voor verpleging, kinesist, psycholoog,... Wat vinden patiënten van het gebrek aan vrije keuze hierin? Uiteraard kan men een zorgverstrekker raadplegen die niet gebonden is aan het centrum maar dan zijn de kosten kosten geheel ten laste van de patiënt zelf. In de prestatiegeneeskunde wil men als zorgverlener zelf zoveel mogelijk prestaties doen en zo weinig mogelijk uit handen geven anders ziet men de eigen inkomsten dalen. Bij het forfaitair systeem wordt dit weggewerkt. Men kan de taken verdelen en de verpleegster een boedafname, ECG, spirometrie of inspuiting laten uitvoeren. Denken de patiënten dat de arts sneller zal doorverwijzen naar andere hulpverleners?

- Vraag 8. Ik vind het niet leuk dat ik enkel de verpleging verbonden aan de praktijk, gratis kan raadplegen.
- Vraag 13. Ik vind het niet leuk dat ik enkel de kinesist verbonden aan de praktijk, gratis kan raadplegen.
- Vraag 9. Ik denk dat de arts sneller andere hulpverleners zou inschakelen (verpleging, kinesist).

Preventieve en proactieve gezondheisbevordering: Door de samenwerking met verschillende disciplines wordt ook het plannen en opzetten van preventieactiviteiten gefaciliteerd zoals het contacteren van patiënten die in aanmerkingen komen voor vroegtijdige opsporing of voor inentingen, het opvolgen van patiënten die niet op de afspraak waren,... De arts zelf heeft er baat bij de eigen patiënten zo gezond mogelijk te houden aangezien hij niet vergoed wordt per prestatie maar per forfait en het dus niet echt uitmaakt of een patiënt weinig of veel op consultatie komt.

- Vraag 19. Ik denk dat de arts meer preventief tewerk zou gaan.

Risicoselectie: In de literatuur stelt men vast dat vaak enkel gezonde patiënten die weinig zorg vragen zich inschrijven in een forfaitaire praktijk. Onderzoek in België wijst echter uit dat zich hier het tegenovergestelde voordoet. Het KCE (rapport 85A) zegt dat *"De populatie ingeschreven in de forfaitair gefinancierde praktijken sociaal zwakker is en op basis van de beschikbare gegevens geen minder zware morbiditeit vertoont. Door deze verschillende gegevens op te nemen, kunnen we besluiten dat er geen selectie van patiënten met laag gezondheidsrisico lijkt te bestaan in de forfaitaire huisartsgeneeskunde, integendeel. Men stelt daarentegen vast dat de populatie in de forfaitair gefinancierde praktijken gemiddeld jonger is. Dit schijnt niet voort te komen uit een politiek van bewuste selectie van patiënten, des te meer omdat deze selectie wordt afgeremd door het feit dat de forfaitair gefinancierde praktijken de inschrijving van een bejaarde niet kunnen weigeren als die deel uitmaakt van een gezin van een reeds ingeschreven jongere persoon"*. In de regelgeving over forfaitaire betaling is bovendien nog een andere maatregel opgenomen om risicoselectie tegen te gaan. Zo moet een medisch huis dat een patiënt wenst uit te schrijven ook de andere patiënten die deel uitmaken van hetzelfde gezin, uitschrijven (K.B. van 23/04/2013 art.18). Tot slot is de beste preventie voor risicoselectie een financiering die zo correct mogelijk de zorglast in rekening brengt. Sinds de nieuwe berekeningswijze van de forfaitaire bedragen in 2013 wordt veel meer rekening gehouden met de zorgbehoeften van de patiënten("needs-based model"). Zorgbehoevende patiënten wegen zwaarder door in de berekening van het gemiddeld bedrag, wat het risico op patiëntenselectie verkleint. Ook in de komende jaren wordt verder gewerkt aan een forfaitair model dat zorglast optimaal vergoedt[1]. Het selectierisico zou nog verder kunnen beperkt worden door rekening te houden met de leeftijd bij de bepaling van het niveau van de forfaits[2].

- Vraag 12. Ik vind het niet leuk om steeds bij dezelfde huisartsenpraktjijk te gaan
- Vraag 20. Ik zou mijn familie bij dezelfde praktijk inschrijven.

Solidariteitsbeginsel: Het budget die men gesubsidieerd krijgt van de overheid is een globaal budget die wordt gebruikt voor de zorg van alle patiënten. Het budget van de "gezonde" ingeschreven patiënten draagt dus mee bij aan de meer zorgbehoevenden. Forfaitaire centra concentreren zich op populatieniveau en niet strikt op individueel niveau en zijn populistisch ingesteld. Als patiënt zou men kunnen denken dat dit een meerkost is voor de maatschappij aangezien het gratis is voor de patiënt en de arts maandelijk uitbetaalt wordt, wie zal hier dan voor opdraaien?

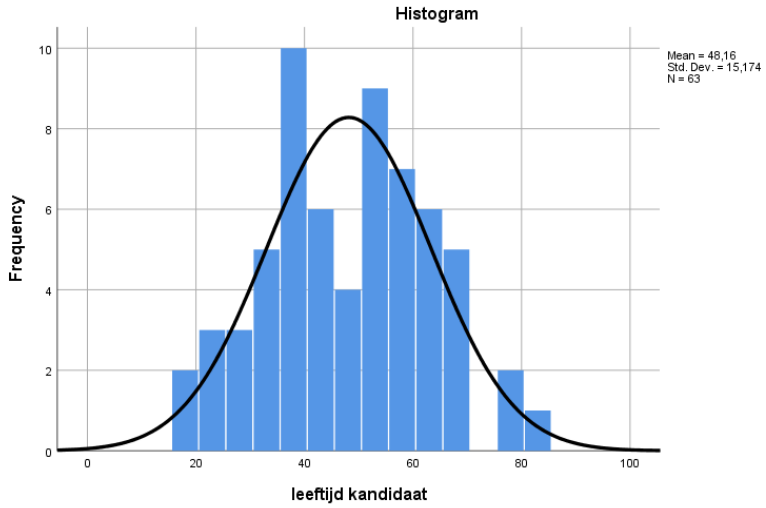
- Vraag 10. Ik denk dat dit goedkoper is voor de gemeenschap.
- Vraag 14. Ik denk dat dit systeem meer nadelen met zich meebrengt.
- Vraag 15. Ik denk dat dit meer kost aan de gemeenschap.
- Vraag 16. Ik vind het goed zoals het nu is.
- Vraag 17. Ik zou het forfaitair systeem een positieve evolutie vinden.

4. RESULTATEN

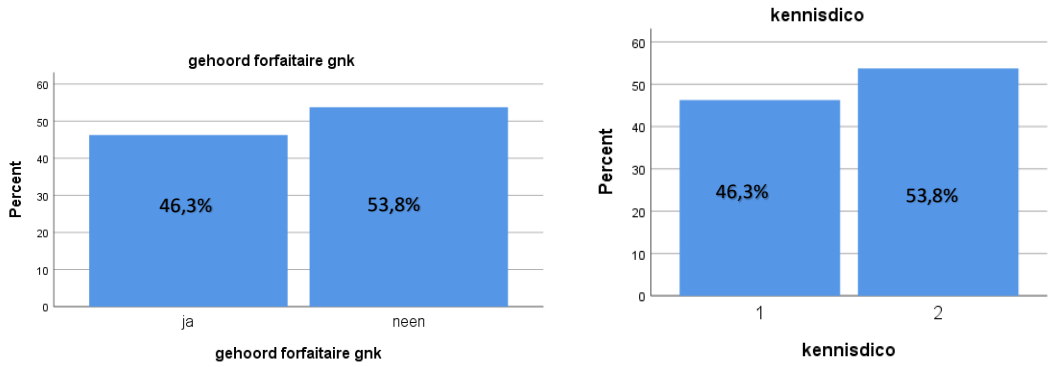
4.1. Resultaten vragenlijsten

4.1.1. Beschrijvend

De gegevensverzameling en analyse gebeurde via SPSS Statistics®25. Er werden 120 vragenlijsten afgedrukt waarvan 82 ervan volledig ingevuld terugkwamen. De rest werd waarschijnlijk meegenomen naar huis zonder deze terug te brengen. De veldstudie leverde 82 bruikbare dataset wat ongeveer 2,51% van onze volledige praktijkpopulatie omvat. Het betreft dus Nederlandstalige patiënten die op consultatie kwamen. Het gaat om een heterogene studiepopulatie zonder exclusiecriteria. De jongste deelnemer is 18 en de oudste 83 jaar. Er is een evenwichtige leeftijdsverdeling van de respondenten (*figuur 2*). Zoals men in *figuur 3* kan zien had 53,8% nog niet van forfaitaire geneeskunde gehoord ten opzichte van 46,3% die er wel reeds van gehoord hadden. 46,3% Begreep wat forfaitaire geneeskunde inhield ten opzichte van 53,8% die niet en niet helemaal begrepen wat forfaitaire zorg juist is.



Figuur 2: Normaalverdeling van de leeftijdscategorieën van de bevraagde onderzoekspopulatie uit de vragenlijst.



Figuur 3: Staafdiagram van aantal respondenten die reeds gehoord hadden van/kennis hadden van de term 'forfaitaire geneeskunde'. De term kennisdico verwijst naar de hercodering van de term 'kennis' ipv 3 antwoordmogelijkheden; ja, neen, niet helemaal werd de term herleid naar 2 antwoordmogelijkheden; ja en neen. Waarbij 'neen' en 'niet helemaal' samengevoegd werden.

Tabel 3. Demografische kenmerken studiepopulatie (N=82)

Geslacht	Man	39,1% (25)
	Vrouw	60,9% (39)
Leeftijd	< 40	36,8% (23)
	40 +	63,2% (40)
Gehoord	Ja	46,3% (37)
	Neen	53,8% (43)
Kennis	Ja	46,3% (37)
	Neen	22,5% (18)
	Niet helemaal	31,3% (25)

Tabel 3 geeft de demografische kenmerken weer van onze studiepopulatie en *Tabel 4* geeft de antwoorden op de vragenlijst van de gehele studiepopulatie weer. Dit gebeurde aan de hand van frequentieverdelingen. Er wordt nog geen onderscheid gemaakt tussen mensen die ervan hoorden of al wisten wat forfait inhield. De belangrijkste percentages worden hieronder schematisch besproken.

Drempelverlagend en overconsumptie: Een meerderheid van de respondenten (43,1%) verklaart dat ze niet sneller zouden komen voor iets medisch waar ze anders wel voor zouden komen in de prestatiegeneeskunde. Bijvoorbeeld voor een loopneus of virale verkoudheid. Net iets meer dan de helft van de studiepopulatie (50,6%) zegt dat de drempel om te terug te komen voor een vervolgafspraak lager ligt, bijvoorbeeld voor het bespreken van een bloedonderzoek. Ongeveer de helft (42,9%) heeft een neutrale mening op de vraag dat niet betalen het afronden van de consultatie zou bemoeilijken en 36,4% zegt dat het niet betalen niet als moeilijkheid wordt gezien als afronding van het doktersbezoek. De overgrote meerderheid van 83,8% stelt dat ze geneeskunde niet als minderwaardig zouden zien gewoon omdat het gratis is voor hen. Opvallend hierbij is dat niemand 'helemaal akkoord' was met de veronderstelling dat geneeskunde minderwaardig zou geïnterpreteerd worden. De meerderheid (69,2%) zou zich hier eveneens niet ongemakkelijk bij voelen. En voor 70,9% zou het gevoelsmatig ook niks veranderen ten opzichte van de praktijk en de zorgverstrekkers.

Multi- en interdisciplinariteit: 31,6% staan eerder neutraal ten opzichte van het feit dat ze verplicht zijn om de verpleging verbonden aan te praktijk te raadplegen wanneer deze in de praktijk aanwezig zouden zijn. En 41,8% vindt het niet leuk gebonden te zijn aan de verpleging. Aansluitend hierbij zien we dat een groter percentage (62,8%) het niet leuk vindt gebonden zijn aan een kinesist van de praktijk. 35,4% Staat neutraal ten opzichte van het feit dat de arts sneller andere hulpverleners zou inschakelen. Iets dat in de prestatiegeneeskunde wordt geremd aangezien de artsen dan de eigen inkomsten zien dalen.

Preventieve en proactieve gezondheidsbevordering: De meerderheid (36,4%) is neutraal ten opzichte van het feit dat de arts meer preventief tewerk zou gaan. Waarbij niemand helemaal akkoord was met

de stelling en 29,9% akkoord. 33,8% Is (helemaal) niet akkoord dat de arts meer preventief tewerk zou gaan in het forfaitair systeem.

Risicoselectie: De overgrote meerdheid van de respondenten of 88,8% is (helemaal) niet akkoord met de stelling dat het niet leuk is gebonden te zijn aan 1 huisartsenpraktijk en meer dan de helft (59,1%) van de mensen zou de eigen familie bij dezelfde praktijk laten inschrijven.

Solidariteitsbeginsel: Iets meer dan de helft (52,6%) van de respondenten staan neutraal tegenover het feit dat het minder zou kosten aan de gemeenschap. De meesten hebben een neutrale mening ivm de meerkost voor de gemeenschap (52,6%) en 41,6% vindt niet dat forfaitaire geneeskunde meer nadelen met zich zou meebrengen. Meer dan de helft van de respondenten (54,4%) vindt het goed zoals het nu is en 56,6% heeft een neutrale mening over het feit of ze het forfaitair systeem een positieve evolutie vinden. Meer mensen (28,9%) denken toch dat een omschakeling een positieve evolutie zou zijn tegenover 14,4% die eerder weigerachtig zijn tegenover een eventuele omschakeling.

Tabel 4: Algemene scores op de vragenlijst: 'Patiëntenvisie op forfaitaire geneeskunde' % (aantal) respondenten

N (=82)	Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Vraag 3. Voor mij zou dit drempelverlagend werken (komen voor iets medisch waar ik normaal niet voor kwam)	3,8 (3)	29,1 (23)	24,1 (19)	30,4 (24)	12,7 (10)
Vraag 4. Omdat het gratis is, lijkt het minder waarde te hebben	0 (0)	6,3 (5)	10 (8)	56,3 (45)	27,5 (22)
Vraag 5. Ik zou me hier ongemakkelijk bij voelen	1,3 (1)	11,5 (9)	17,9 (14)	48,7 (38)	20,5 (16)
Vraag 6. Voor mij zou het gevoelsmatig niks veranderen tov de praktijk	26,6 (21)	44,3 (35)	17,7 (14)	10,1 (8)	1,3 (1)
Vraag 7. De drempel om terug te komen ligt lager (bv. bespreken labo)	3,8 (3)	46,8 (37)	21,5 (17)	21,5 (17)	6,3 (5)
Vraag 8. Ik vind het niet leuk dat ik enkel de verpleging gebonden aan de praktijk kan raadplegen	12,7 (10)	29,1 (23)	31,6 (25)	22,8 (18)	3,8 (3)
Vraag 9. Ik denk dat de arts sneller andere hulpverleners inschakelt (multidisciplinair)	3,8 (3)	29,1 (23)	35,4 (28)	29,1 (23)	2,5 (2)
Vraag 10. Ik denk dat dit goedkoper is voor de gemeenschap	3,8 (3)	25,6 (20)	47,4 (37)	15,4 (12)	7,7 (6)
Vrag 11. Niet betalen zou afronden bemoeilijken	1,3 (1)	14,3 (11)	42,9 (33)	36,4 (28)	5,2 (4)
Vraag 12. Ik vind het niet leuk om steeds bij dezelfde huisartsenpraktijk te gaan	1,3 (1)	5 (4)	5 (4)	45 (36)	43,8 (35)
Vraag 13. Ik vind het niet leuk dat ik enkel de kinesist verbonden aan de praktijk gratis kan raadplegen	14,1 (11)	48,7 (38)	20,5 (16)	14,1 (11)	2,6 (2)
Vraag 14. Ik denk dat dit meer nadelen met zich meebrengt	5,2 (4)	14,3 (11)	39 (30)	37,7 (29)	3,9 (3)
Vraag 15. Ik denk dat dit meer kost aan de gemeenschap	6,4 (5)	23,1 (18)	52,6 (41)	15,4 (12)	2,6 (2)
Vraag 16. Ik vind het goed zoals het nu is	10,1 (8)	44,3 (35)	38 (30)	7,6 (6)	0 (0)
Vraag 17. Ik zou dit een positieve evolutie vinden	2,6 (2)	26,3 (20)	56,6 (43)	10,5 (8)	3,9 (3)

Vraag 18. Voor mij is betalen vorm van afronden	1,3 (1)	17,1 (13)	38,2 (29)	32,9 (25)	10,5 (8)
Vraag 19. Ik denk dat de dokter meer preventief tewerk zou gaan	0 (0)	29,9 (23)	36,4 (28)	26 (20)	7,8 (6)
Vraag 20. Ik zou mijn familie bij dezelfde praktijk inschrijven	15,8 (12)	43,3 (33)	26,3 (20)	11,8 (9)	2,6 (2)

4.1.2. Onderling verschil tussen items

Vervolgens bekeken we of er een verschil is tussen patiënten die wel of niet gehoord hadden van of gekend waren met het begrip 'forfait'. De behouden antwoorden op de verschillende stellingen werden aan een bivariate analyse onderworpen. Er werden niet parametrische analyses uitgevoerd om de correlatie tussen de verschillende antwoordmogelijkheden aan te tonen. De resultaten zijn schematisch weergegeven in *Tabel* 4 en de meest relevante worden hieronder beschreven.

Eerst gingen we na of er een samenhang was tussen patiënten die reeds van het systeem gehoord hadden (=voorspellende waarde; predictor) en of ze daadwerkelijk ook begrepen wat forfaitaire geneeskunde inhield (=uitkomst). Dit is een ongepaarde vergelijking van 2 categorische variabelen via de Chi-kwadraattest. Aangezien te weinig data voorhanden waren werd dit nagegaan via de Fisher's Exact test ($p<0,01$ $p=0,000$). We konden dus een zeer sterke correlatie vinden tussen de mensen die er reeds van gehoord hadden en de kennis. Niemand die er reeds van gehoord had begreep niet wat het inhield. De meerderheid (62,2%) begreep wat het inhield, doch 37,8% verstond het begrip 'forfait' niet helemaal. 32,6% van de patiënten die er nog niet van gehoord begreep toch wat het was en had er dus kennis van, 41,9% begreep het niet en 25,6% niet helemaal.

De variabele "kennis" werd gehercodeerd in 2 groepen (ja, neen) in plaats van 3 (ja, neen, niet helemaal) en de verdere analyses gebeurden met deze dichotome variabele. Aangezien ik te weinig data had (count less than 5) keek ik voor elke significantie naar de Fisher's-Exact test in plaats van Chi-kwadraattest. Indien de 0 waarde [overeenkomstig de nulhypothese dat er geen verschil is] niet in dit interval vervat ligt, kan men besluiten dat er een statistisch significant verschil is. Wanneer deze een significante p-waarde <0,05 toont kunnen we besluiten dat het invullen van deze stelling niet op louter toeval berust en er dus een samenhang kan gevonden worden. Per thema worden de meest frappante resultaten beschreven.

<u>Drempelverlaging en overconsumptie:</u> Mensen met of zonder kennis (resp. 81% en 87,8%) vonden niet dat het forfaitair systeem minderwaardig is ten opzicht van het prestatiegericht systeem gewoon omdat het gratis is ($p=0,022$). Deze stelling verviel na recoderen van de variabele 'minderwaarde' waarbij we indeelden in 3 groepen: akkoord, neutraal en niet akkoord. Opvallend hierbij is ook dat in de groep of men er al van gehoord had of niet net dezelfde tendens werd gezien. Respectievelijk 86,5% van de mensen die er al van gehoord hadden en 83% nog niet, waren van mening dat ze dit niet als minderwaardige geneeskunde zouden zien ($p=0,260$). Hierbij was er zelfs niemand die 'helemaal akkoord invulde'. Men antwoordde dus unaniem dat geneeskunde niet minderwaardig is ten opzichte van prestatiegeneeskunde. Hierbij hoort ook dat betalen vaak als een vorm van afronden van de consultatie wordt gezien. Er was ook een sterke tendens tussen 'kennis van het begrip forfait' en 'betalen is een vorm van afronden' ($p<0,05$, $p=0,026$). Waarbij 60% (17,1%+42,9%) van de patiënten die het systeem begrijpen, betalen niet als een vorm van afronden zien. En 51,3% van de mensen die het niet begrijpen geen mening hadden op deze vraagstelling. Slechts 30,7% ziet betalen niet als een vorm van afronden. Bij deze laatste groep was er niemand die helemaal akkoord was met het feit dat

betalen een vorm van afronden was. Na recoderen verviel deze significantie ook met een p-waarde van 1 (volledig door toeval ingevuld.) Er werd net geen significantieniveau (p<0,05, p=0,067) behaald bij de stelling “Ik zou me hier ongemakkelijk bij voelen” en mensen die kennis hadden van het begrip. Waarbij 75,6% van de mensen die er kennis van hebben en 64,1% geen kennis heeft zich hier niet ongemakkelijk bijvoelt en er dus een lichte algemene tendens is dat niet betalen geen ongemakkelijk gevoel zou geven. Deze significantie verviel na recoderen van de variabele ‘ongemak’ naar een p-waarde van 0,282. Ook kon er net geen significantie gevonden worden bij de stelling: “Voor mij zou het gevoelsmatig niks veranderen tov de praktijk.” 78,3% van de mensen die begreep wat het inhield en 67,5% van de mensen die niet begreep wat forfaitaire geneeskunde vindt dat het gevoelsmatig niks zou veranderen ten aanzien van de praktijk (p=0,067). We zien dezelfde cijfers bij patiënten die er wel of niet van hoorden (zie *tabel 5)*.

Risicoselectie: Ook haalde de stelling in verband met risicoselectie een significantie niveau met een p-waarde van 0,007. Waarbij er een sterke samenhang kan gezien worden tussen de mensen die het begrip kenden en waar 69,5% hun familie wel bij dezelfde praktijk zou in te schrijven, net als de helft van de mensen die het niet kenden ook hun familie bij dezelfde praktijk zou inschrijven en het dus niet echt een verschil maakt of ze kennis of geen kennis hebben van het forfaitair systeem. Zelfs na recoderen van de variabele bleef dit significant met een p-waarde van 0,018 en zouden over het algemeen mensen die zowel kennis hadden als geen kennis hadden van het forfaitair systeem hun familie bij dezelfde praktijk inschrijven.

Solidariteitsbeginsel: *Tabel* 4 toont een net niet significante p-waarde van 0,057 tussen “gehoord van forfait” en vraag 14 “ik vind het goed zoals het nu is” en er dus een tendens tot samenhang is die net niet statisch significant is. 38,9% Van de patiënten die reeds hoorden van forfait vonden het goed zoals het nu is en een kleine minderheid (8,3%) is niet tevreden met het huidige systeem. Althans de meerderheid van deze groep was neutraal of had dus geen mening (52,8%). Dit in tegenstelling tot de meerderheid van de mensen die er nog niet van gehoord hadden het wel goed vonden zoals het nu is (68,3%), 24,4% neutraal en 7,3% het niet goed vond zoals het nu was. Frappant is ook dat in beide groepen niemand het helemaal niet goed vond zoals het nu is. Dit significantieniveau verviel na recoderen van de variabele waar we de groep ‘helemaal akkoord en akkoord’ samen namen en ‘helemaal niet akkoord en niet akkoord’ als 1 groep beschouwden (p=0,651). Als we dit vergelijken met de ‘kennis over het begrip forfait’ dan zegt iets meer dan de helft (55,5%=8,3%+47,2%) dat ze het goed vinden zoals het nu is wat overeenkomt (53,7% = 12,2%+41,5%) met diegene die er geen kennis van hadden en werd hier dus geen verschil gevonden tussen kennis of niet in tegenstelling tot de mensen die er van hoorden. Hier werd geen significantie gevonden (p=0,658). Verder is er sprake van een sterke correlatie (p=0,002) tussen de patiënten die ‘kennis hadden van het begrip forfait’ en het feit of ze de omschakeling een positieve evolutie zouden vinden. Namelijk 45,7 % van de patiënten die begrepen wat forfaitaire geneeskunde was, waren van mening dat ze het een positieve evolutie zouden vinden. Dit terwijl 74,4% van patiënten die er geen kennis van hadden hier een neutraal standpunt innam. Na recoderen van de variabele ‘positieve evolutie’ bleef men hier een sterke significantie behouden van p=0,005. Als we dan kijken naar de mensen die er reeds van hoorden was 51,4% en de mensen die er niet van hoorden 61,5% neutraal tov deze stelling.

Tabel 5. Antwoorden op de vragen van de vragenlijst in functie van de mening van de patiënten tov van het feit of ze reeds hoorden of kennis hadden van het begrip 'forfait'. (% respondenten)

N=82	Gehoord of kennis van het begrip 'forfait'	(Helemaal) akkoord	Neutraal	(helemaal)niet akkoord
Vraag 3. Voor mij zou dit drempelverlagend werken = komen voor iets medisch waar ik normaal niet voor kwam	Gehoord p=0,210	41,7	16,7	41,7
	Niet gehoord	26,9	31,7	41,4
	Kennis p= 0,207	38,9	13,9	47,3
	Geen kennis	29,3	34,1	36,6
Vraag 4. Omdat het gratis is, lijkt het minder waarde te hebben	Gehoord p=0,260	8,1 (niemand helemaal akkoord)	5,4	86,5
	Niet gehoord	2,4 (niemand helemaal akkoord)	14,6	83
	Kennis p=0,022*	10,8	8,1	81
	Geen kennis	0	12,2	87,8
Vraag 5. Ik zou me hier ongemakkelijk bij voelen	Gehoord p=0,142	11,1 (niemand helemaal akkoord)	8,3	80,6
	Niet gehoord	12,5	27,5	60
	Kennis ja p=0,051	13,5 (niemand helemaal akkoord)	10,8	75,6
	Geen kennis	10,3	25,6	64,1
6. Voor mij zou het gevoelsmatig niks veranderen tov de praktijk	Gehoord p=0,539	77,7	13,9	8,4
	Niet gehoord	68,3	19,5	12,2
	Kennis ja p=0,067	78,3	10,8	10,8
	Kennis neen	67,5	22,5	10
Vraag 7. Ik denk dat de drempel om terug te komen lager ligt. (bv	Gehoord p=0,968	50	22,2	27,8
	Niet gehoord	51,2	22	26,8
	Kennis p=0,307	56,8	18,9	24,3

bespreken bloedonderzoek)	Geen kennis	45	25	30
Vraag 8. Ik vind het niet leuk dat ik enkel de verpleging verbonden aan de praktijk gratis kan raadplegen.	Gehoord p=0,313	50	30,6	19,4
	Niet gehoord	31,7	34,1	34,1
	Kennis p=0,279	48,6	32,4	18,9
	Geen kennis	32,5	32,5	35
Vraag 9. Ik denk dat de arts sneller andere hulpverleners inschakelt (verpleging, kiné)	Gehoord p=0,849	38,9	33,3	27,8
	Niet gehoord	29,3	36,6	34,1
	Kennis p=0,712	32,4	29,7	37,8
	Geen kennis	35	40	25
Vraag 10. Ik denk dat dit goedkoper is voor de gemeenschap	Gehoord p=0,903	31,5	42,9	25,7
	Niet gehoord	29,3	51,2	19,5
	Kennis p=0,377	30,5	44,4	25
	Geen kennis	30 (niemand helemaal akkoord)	50	20
Vraag 11. Niet betalen zou afronden bemoeilijken.	Gehoord p=0,257	20	31,4	48,6
	Niet gehoord	10 (niemand helemaal akkoord)	52,5	37,5
	Kennis p=0,960	13,9	41,7	44,5
	Geen kennis	15,4 (niemand helemaal akkoord)	43,6	41
Vraag 12. Ik vind het niet leuk om steeds bij dezelfde huisartsenpraktijk te gaan.	Gehoord p=0,632	8,4	8,3	83,3
	Niet gehoord	4,8 (niemand helemaal akkoord)	2,4	92,8
	Kennis p=0,213	10,8	8,1	90
	Geen kennis	2,4 (niemand helemaal akkoord)	2,4	95,2
	Gehoord p=0,145	66,6	22,2	11,1

Vraag 13. Ik vind het niet leuk dat ik enkel de kinésist verbonden aan de praktijk, gratis kan raadplegen.	Niet gehoord	57,5	20	22,5
	Kennis p=0,751	69,5	16,7	13,9
	Geen kennis	55	25	20
Vraag 14. Ik denk dat dit meer nadelen met zich meebrengt.	Gehoord p=0,474	17,1	31,4	51,5
	Niet gehoord	20	45	35
	Kennis p=0,738	22,8	31,4	45,8
	Geen kennis	15	45	40
Vraag 15. Ik denk dat dit meer kost aan de gemeenschap.	Gehoord p=0,773	25	58,3	16,7
	Niet gehoord	32,5	47,5	20
	Kennis p=0,313	25	47,2	27,8
	Geen kennis	32,5	57,5	10
Vraag 16. Ik vind het goed zoals het nu is.	Gehoord p=0,057	38,9	52,8	8,3 (niemand helemaal niet akkoord)
	Niet gehoord	68,3	24,4	7,3 (niemand helemaal niet akkoord)
	Kennis p=0,658	55,5	33,3	11,1
	Geen kennis	53,7	41,5	4,9
Vraag 17. Ik zou het forfaitair systeem een positieve evolutie vinden.	Gehoord p=0,545	37,2	51,4	11,4
	Niet gehoord	23,1	61,5	15,4
	Kennis p=0,002*	45,7	37,1	17,1 (niemand helemaal niet akkoord)
	Geen kennis	15,4 (niemand helemaal akkoord)	74,4	11
Vraag 18. Voor mij is betalen een vorm van afronden	Gehoord p=0,525	16,7	30,6	52,8
	Niet gehoord	21,1 (niemand helemaal akkoord)	42,1	36,8
	Kennis p=0,026*	20	20	60

	Geen kennis	17,9 (niemand helemaal akkoord)	51,3	30,7
Vraag 19. Ik denk dat de dokter meer preventief tewerk zou gaan.	Gehoord p=0,717 Niet gehoord	25 (niemand helemaal akkoord)	36,1	38,9
		35,9 (niemand helemaal akkoord)	35,9	28,2
	Kennis p=0,376 Geen kennis	22,2 (niemand helemaal akkkoord)	36,1	41,6
		38,5 (niemand helemaal akkoord)	35,9	25,6
Vraag 20. Ik zou mijn familie bij dezelfde praktijk inschrijven.	Gehoord p=0,286 Niet gehoord	65,7	20	14,3
		53,9	30,8	15,4
	Kennis p=0,007* Geen kennis	69,5	11,1	19,5
		50	39,5	10,5

*Statisch significant resultaat

4.1.3. Drempelverlaging en toegankelijkheid

Daarnaast wilden we ook nagaan of er een correlatie kon gevonden worden tussen vraag 3 en 7 die betrekking hebben tot het drempelverlagend aspect van de forfaitaire geneeskunde. Namelijk “voor mij zou dit drempelverlagend werken (komen voor iets medisch waar ik normaal niet voor kwam)” en “Ik denk dat de drempel om terug te komen lager ligt (bv bespreken bloedonderzoek)”. Dit onderzochten we met de niet-parametrische Spearmantest die hier statistisch significant is ($p<0,05$). De Spearman rangcorrelatie coëfficient is een maat voor samenhang tussen variabelen op ordinaal niveau. De uitkomst ligt steeds tussen -1 en +1 en gaat ofwel het positieve of negatieve lineaire verband na. De rangcorrelatiecoëfficient bedraagt 0,437 en is dus eerder zwak. Men kan stellen dat er een zwakke correlatie is tussen beide vragen binnen het thema “drempelverlagend”. Er kon dus geen linieair verband aangetoond worden tussen de patiënten die sneller zouden komen voor iets medisch waar ze anders niet voor kwamen en het feit dat die patiënten ook sneller een vervolgafspraak zouden maken.

Correlations

			komen waar ik no niet voor kwam	bespreken bloedonderzoek
Spearman's rho	komen waar ik no niet voor kwam	Correlation Coefficient	1,000	,437**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	79	77
	bespreken bloedonderzoek	Correlation Coefficient	,437**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	77	79

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

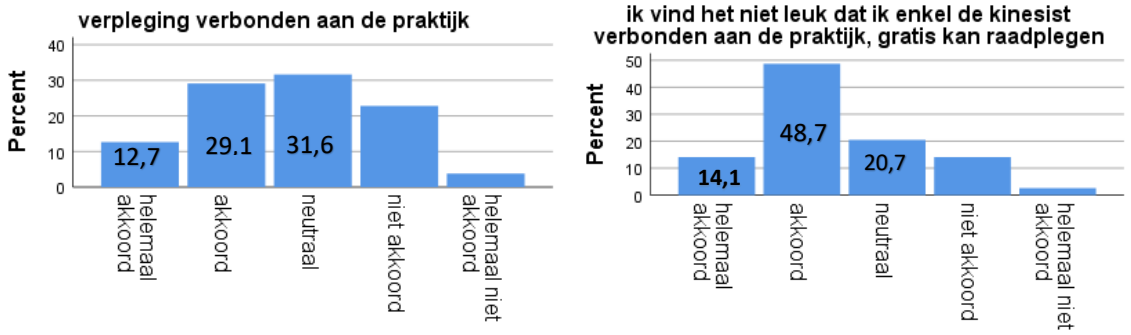
4.1.4. Multidisciplinariteit.

Het leek ons ook interessant de correlatie na te gaan met betrekking tot het kenmerk "multidisciplinariteit". Vinden mensen die het niet leuk vinden gebonden te zijn aan verpleging, dit eveneens voor de keuze van een kinésist? Aangezien men in het forfaitair systeem als patiënt gebonden is aan de hulpverleners van de centra en dit dus geen vrije keuze meer is. Dit gingen we na met de niet-parametrische Spearman rangcorrelatietest. Hier hebben we een correlatie die statistisch significant is ($p<0,01$) met een rangcorrelatiecoëfficiënt van 0,596 (bij benadering dus 0,6). Dit betekent dat er een matige samenhang is tussen de patiënten die het niet leuk vinden gebonden te zijn aan een kinesist en de patiënt die dit evenmin vinden voor verpleging. In functie van de descriptieve statistiek (zie supra *Tabel* 4) kon men zien dat 41,8% het niet leuk vond verbonden te zijn aan verpleging ten opzichte van 62,8% voor de kinesist. Dit is een beduidend hoger percentage. Er zijn grote verschillen tussen mensen die reeds gehoord van forfait of gekend waren met het systeem en we dus kunnen spreken over een algemene tendens weliswaar zonder statistische significantie (zie *Tabel 5).*

Correlations

			verpleging verbonden aan de praktijk	ik vind het niet leuk dat ik enkel de kinesist verbonden aan de praktijk, gratis kan raadplegen
Spearman's rho	verpleging verbonden aan de praktijk	Correlation Coefficient	1,000	,596**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	79	78
	ik vind het niet leuk dat ik enkel de kinesist verbonden aan de praktijk, gratis kan raadplegen	Correlation Coefficient	,596**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	78	78

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Figuur 4: Staafdiagram uitgedrukt in percentages in functie van mening over de vrije keuze voor verpleging en kinesitherapie.

Tabel 6. Bijkomend geïndificeerde argumenten pro & contra van de respondenten

Argument pro	Argumenten contra
Financieel aspect: 'Ik ben een gescheiden mama met 2 kinderen en ga eerst naar de apotheker. Als het daarmee niet overgaat, ga ik pas naar de dokter.' Voor mij zou dit systeem dus wel beter zijn.* Drempelverlagend voor mensen met beperkt	Angst voor overconsumptie : 'Bouw dan maar een grotere wachtzaal bij, 'tis toch gratis', sommigen zullen hier alle dagen zitten (kijk maar naar de spoedafdelingen in ons land). Naar de arts kom je als het nodig is, niet voor een muggebeet.* Gezondheidszorg in België reeds te toegankelijk,

inkomen***.	misbruik van alle partijen.***
Ik vind het goed dat je gebonden bent aan een vaste arts die je opvolgt.***	Niet goed om op die manier gebonden te zijn aan een vaste arts. Keuze van huisarts, specialist, kinesist moet vrij zijn. Geneeskunde nu al heel onpersoonlijke bedoening.*,****
Forfaitair systeem = ideaal systeem, overheid betaalt de dokter in plaats van de patiënt die de arts betaalt en overheid die dan op zijn beurt de patiënt terugbetaalt. Nu is het systeem niet logisch.Gedoe met briefjes die je dan naar de mutualiteit brengt. *	Hogere kost voor de gemeenschap. ***
Drempelverlagend voor vervolgafspraak (bv patiënten die regelmatig op consultatie moeten komen omv middelenmisbruik)***	Ik wens de consultaties van anderen niet te betalen.*
Ik heb reeds recht op verhoogde tegemoetkoming en vindt dat een goed systeem.***	Eerst zou het onwennig zijn, maar alles is een kwestie van gewoonte*.
	Het systeem zal een negatieve invloed hebben op de huidige en toch ook al niet de beste regelingen, zowel voor arts als patiënt*,****.

* gehoord en kennis van het begrip forfait
** gehoord en geen kennis van het begrip forfait
*** niet gehoord en kennis van het begrip forfait
**** niet gehoord en geen kennis van het berip forfait

5. DISCUSSIE

5.1. Opvallende punten

De gezondheidszorg in België kan ingedeeld worden in 2 financieringssystemen. Enerzijds de financiering per prestatie en anderzijds de forfaitaire financiering. Er werd reeds onderzoek gevoerd naar de mogelijke voor- en nadelen van het forfaitaire systeem vanuit medisch en maatschappelijk standpunt. De visie van patiënten ten opzichte van de forfaitaire geneeskunde blijft echter onderbelicht. Deze studie beoogt die leemte te vullen met een onderzoek gevoerd in de huisartsenpraktijk Kerkstraat te Destelbergen. Hoe staan de patiënten van deze praktijk hier tegenover? Wat denken ze over een eventuele omschakeling? Hoe staan zij tov de verschillende aspecten die het forfaitair systeem met zich meebrengt? Het KCE kwam tot de conclusie dat beide systemen qua kost en kwaliteit gelijkwaardig zijn. Voor geen enkel van de onderzochte kwaliteitsindicatoren deed de forfaitaire praktijk onder. Er zijn natuurlijk wel verschillen tussen de praktijken onderling waar men rekening moet mee houden. Die kunnen zijn; de federatie waar men toe behoort, regio van vestiging, datum van opening en juridisich statuut. Daarom is louter de keuze voor een systeem op zich onvoldoende om de goede resultaten, die zijn vastgesteld, te verzekeren. Er zijn bijkomende studies met andere onderzoeksmethoden nodig om de impact van elk van deze mogelijke factoren correct te identificeren en te begrijpen[2-3].

Uit ons onderzoek bleek dat de meerderheid nog niet van forfaitaire geneeskunde hoorde of begreep wat het was (53,8%). En zagen we een zeer sterke correlatie tussen patiënten die er reeds van gehoord hadden en de kennis over het begrip forfait. Logischerwijze begrepen meer mensen wat het was als ze er al van gehoord hadden. Op een aantal kwaliteitsindicatoren scoren forfaitaire praktijken beter. Dit gaat dan vooral over preventie en het financiële plaatje[2-3]. Het financiële plaatje blijkt uit de literatuur vaak de belangrijkste reden om al dan niet op consultatie te komen[16]. Deze drempel valt voor wijkgezondheidscentra weg door geen bijdrage te vragen in eerste lijn, minder door te verwijzen naar de tweedelijn en erop toe te zien meer generische medicatie voor te schrijven[2-3]. Men fungeert vanuit het principe dat gezondheidszorg een recht is voor iedereen zoals blijkt uit het opiniestuk van GVHV[7]. Zo zou men kunnen denken dat patiënten in het forfaitair systeem sneller zullen komen voor iets medisch waar men anders niet voor komt. Tegen de verwachtingen in heeft het merendeel van onze bevraagde populatie (43,1%) verrassend genoeg geen intentie sneller op consultatie te komen omdat het gratis is. Uit de aanvulmogelijkheid op het einde van de vragenlijst blijkt wel dat patiënten angst hebben voor overconsumptie en verwijzen naar de bezetting van spoedafdelingen, mensen die voor een muggebeet naar de huisarts lopen,… Wat overeenkomt met de bevindingen in de literatuur en waar inderdaad een hogere contactfrequentie geregistreerd wordt bij forfaitaire patiënten[1]. De ondervraagde populatie geeft verder aan dat ze het goed vinden voor mensen met een beperkt inkomen daar deze vaak eerst de apotheker raadplegen voor medicatie en pas wanneer het niet betert een arts consulteren. Zo geeft een gescheiden mama met 2 kinderen aan dat ze voorstander is van forfaitaire geneeskunde (*Tabel* 6). De patiënten uit onze studie hebben een neutrale mening wanneer de preventieve activiteiten worden bevraagd. Uit de argumentatie achteraf geven 5 patiënten wel aan dat preventie vooral afhangt van de interesse en betrokkenheid van de arts zelf en dat dit niet zou mogen afhangen van het betalingssysteem waartoe men behoort. Ze vinden dat dit voor iedere patiënt gelijk zou moeten zijn.

De drempel om een vervolgafspraak te maken ligt voor de patiënten wel lager en 50,6% zal sneller een afspraak maken voor bv. het bespreken van een resultaat van een labo of beeldvormend onderzoek. Hier wordt door één bevraagde patiënt aangehaald dat dit een voordeel is voor patiënten met middelenmisbruik aangezien deze vaker een vervolgconsult behoeven. Naar aanleiding van de verlaagde financiële drempel zouden we ook kunnen stellen dat sommige patiënten aan forfaitaire geneeskunde minder waarde zouden hechten. Dit werd gelukkig niet bevestigd in ons onderzoek en de overgrote meerderheid (83,3%) was unaniem over het feit dat forfaitaire geneeskunde niet als minderwaardig zou aanzien worden. Alhoewel betalen vaak als afronding gezien wordt van het doktersbezoek maar konden we dit niet staven met ons onderzoek. Eveneens zou dit geen ongemakkelijk gevoel geven of gevoelsmatig iets veranderen ten opzichte van de praktijk. Één visie van een bevraagde patiënt haalt aan dat het in het begin onwennig zou zijn maar alles uiteindelijk een kwestie van gewoonte is. De vragen waar gepeild wordt naar het 'gevoel' behoeven wel meer nuancering en duidelijkheid volgens de bevraagde onderzoekspopulatie.

Zoals ook beschreven in de literatuur bestaat forfaitvergoeding momenteel voor huisartsen, verpleegkundigen en kinesisten[1-2-3,6]. De meeste centra (66%) werken multidisciplinair en bieden minimum 2 disciplines aan waaronder verpleging en kinesitherapie. Om van de financiële voordelen te kunnen genieten is men gebonden aan de zorgenverstrekkers die in het centrum worden aangeboden. Bijgevolg is de keuze voor een eigen verpleegkundige of kinesitherapeut niet langer vrij. Uit onze resultaten blijkt verrassend genoeg dat de restrictie voor de keuze van de eigen verpleging (41,8%) een minder zwaar struikelblok is dan het niet kunnen kiezen voor een kinesist (62,8%). Terwijl we ervan uitgingen dat dit voor de beide disciplines even zwaar zou doorwegen. Er is geen verschil tussen patiënten die reeds gehoord hadden of bekend waren met het forfaitair systeem en kunnen dus spreken over een algemene tendens weliswaar zonder statistische significantie. Men kan hier de bedenking maken dat de vragenlijst niet werd voorgelegd aan patiënten op huisbezoek en deze misschien wel meer belang hechten aan een eigen verpleegkundige? Dit is alvast een aanzet voor verder onderzoek. Uit de argumentatie achteraf kwam naar voor dat de vrije keuze voor een specifieke zorgverstrekker belangrijk is.

De arts zal in het forfaitair systeem ook meer geneigd zijn sneller taken uit handen te geven en sneller door te verwijzen naar subdisciplines zoals verpleging, kinesist of psycholoog[6]. Hiermee kunnen we ook verwijzen naar het artikel dat verscheen in het tijdschrift HuisartsNu: 'Hoe staan patiënten tegenover taakdelegatie?' Onderzoek bij 90 patiënten in een huisartsenpraktijk[17]. Uit dit artikel kon men zien dat er in het algemeen geen bezwaar was dat administratieve taken en eenvoudige medische handelingen door een gekwalificeerde medewerker werden uitgevoerd. Ook bloedname, wondzorg, onthaal, afspraakplanning, controle van de vaccinatiesstatus en medicatiegebruik werden zonder veel bezwaar onthaald. Dat was anders voor het inkijken van de medische gegevens, aanleggen taping of enkelverband, cervixuitstrijkjes, verwijderen van een vuiltje uit het oog, uitpsuiten van een oorprop, gips aanleggen, cryotherapie en het afnemen van een geheugentest. Het principe van taakdelegatie wordt in de prestatiegeneeskunde afgeremd gezien de artsen dan de eigen inkomsten zien dalen. Uit ons onderzoek blijkt dat de meningen over een snellere doorverwijzing naar paramedici, verdeeld zijn. Uit de argumentatie achteraf bleek wel dat de keuze voor de zorgverlener een vrije keuze moet blijven. Er wordt zelfs vermeld dat geneeskunde nu al zeer onpersoonlijk is en de bovengenomende restricties de geneeskunde niet ten goede zal komen *(Tabel 6)*.

In de literatuur stelt men vast dat vaak enkel gezonde patiënten die weinig zorg vragen, zich inschrijven in een forfaitaire praktijk. Onderzoek in België wijst echter uit dat zich hier het tegenovergestelde

voordoet. Dat forfaitaire praktijken erin slagen een jonger en sociaal- economisch kwetsbaarder publiek te bereiken dat niet of onvoldoende bereikt wordt door de traditionele huisartsenpraktijken wordt meermaals in de literatuur geponeerd[1,3]. Ze vormen een belangrijke meerwaarde op vlak van toegankelijkheid van de zorg en de strijd tegen de gezondheidsongelijkheid. Op gebied van risicoselectie toont de meest recente studie van het KCE (2017)[3] dat naast een aanzienlijke sociale kwetsbaarheid er ook een hogere morbiditeit lijkt voor te komen. Er is dus geen sprake van een systematische risicoselectie van patiënten met een laag gezondheidsrisico bij de forfaitaire praktijken. In onze studie zou de overgrote meerdheid van de respondenten of 88,8% zich laten inschrijven bij eenzelfde huisartsenpraktijk. Deze bevinding was unaniem en onafhankelijk of men reeds van forfait gehoord had (p=0,286) of forfait begreep of niet (p=0,007). Aangezien het de norm is dat de meeste patiënten nu ook reeds 1 vaste arts hebben die hen opvolgt past dit resultaat binnen onze verwachtingen. Ook in het prestatiegericht systeem wordt dit al bevorderd door de invoering van het GMD. Meer dan de helft (59,1%) van de bevraagde patiënten zou de eigen familie bij dezelfde praktijk laten inschrijven. Hierbij kreeg ik meermaals de opmerking dat ze het gezin in eenzelfde praktijk zou laten opnemen, niet de familie. Maar zou dit wel geldt als de familie in hetzelfde dorp woont. Sommigen vinden dan weer dat familie instaat voor de eigen keuze van de huisarts. Deze vragen moeten duidelijker geformuleerd te worden.

Inzake kosten bleek dat het forfaitaire systeem meer kost in de eerstelijn. Maar dat deze kosten integraal gecompenseerd worden door besparingen in de tweedelijn. Hierdoor is de totale factuur voor de ziekteverzekering even hoog[2-3]. Aansluitend wilde ik nagaan wat de patiënten denken over de kosten ten aanzien van de maatschappij. We zien dat de bevraagde patiënten op de maatschappij gerelateerde vragen eerder neutraal antwoordden. Neutraal kan aanzien worden als geen mening omdat ze enerzijds te weinig informatie hadden om hierover een gefundeerde mening te geven. 41,6% denkt dat het nieuwe systeem geen nadelen met zich zou meebrengen. Eén patiënt geeft mee dat vooral de kwaliteit van de doktersvisite primeert ongeacht het betalingssysteem waartoe men behoort. Globaal gezien is de meerderheid tevreden met het huidige systeem en dus conservatief ingesteld, behalve de mensen die reeds hoorden van forfaitaire geneeskunde en een neutraal standpunt innemen tov het huidige systeem (p=0,057). De meesten (56,6%) hebben geen mening over een omschakeling behalve de patiënten die begrepen wat forfait inhield. Daar zou een grotere fractie van de onderzochte populatie (45,7%) positief ingesteld zijn om naar een forfaitair systeem te evolueren (p=0,002). Men kan redeneren dat mensen angst hebben voor het onbekende en er een sensibilisering over het forfaitaire systeem nodig is.

5.2. Sterktes en zwaktes

Een sterkte van het onderzoek is het feit dat er eigenlijk nog weinig tot geen onderzoek gebeurde naar de patiëntenvisie over het forfaitair systeem en deze veldstudie dus enig is in zijn soort. De literatuur handelt meestal over het medisch en maatschappelijk standpunt. Dit is de aanzet naar verder onderzoek. Deze studie kan aanzien worden als een aanvulling op het onderzoek van Erkens M.[4-5] die de drempels van de artsen naging voor de omschakeling tot het forfaitair systeem? Er zijn een aantal zwaktes van het onderzoek die men toch in rekening moet brengen. Het onderzoeksaantal is laag en men kan de bedenking maken dat diegene die de vragenlijst invulden hier waarschijnlijk ook al een zeker vorm van interesse in hadden of er al van gehoord hadden. En dat ook deze mensen interesse hadden in de eigen gezondheid en zelf als eigen gezondheidsbevorderaar fungeerden waardoor men de resultaten niet kan veralgemenen. Het feit dat ze er van gehoord hadden, wil nog niet zeggen dat ze het ook begrepen. Op de vragenlijst (*bijlage 1*) is het ook niet duidelijk of men de groep ‘kennis van

het begrip forfait' kon indelen voor of na het lezen van de toelichting. In feite was het de bedoeling dat ze eerst invulden of ze het al dan niet begrepen en pas daarna de toelichting zouden lezen.Toch deden sommigen dit omgekeerd waardoor ze onterecht werden ingedeeld in de groep 'kennis'. Het is de bedoeling dat het doelpubliek zo divers mogelijk is en daar zijn we wel aan tegemoet gekomen. Ze konden ook eigen argumenten aanvullen in de de aanvulmogelijkheid onderaan de vragenlijst, ook dit is een meerwaarde om de onderliggende gedachten na te gaan. Enkele kwalitatief gestructureerde interviews zouden ons nog meer inzicht gegeven hebben in de beweegredenen van sommige patiënten. Sommige vragen behoefden ook meer nuancering en duidelijkheid volgens de patiënten. Tegelijk bemerken we ook dat vraag 11 en 18 hetzelfde bevragen en dit onduidelijkheid schept. De vragenlijsten zijn afgenomen bij patiënten die op consultatie kwamen wat dus betekent dat de mening van patiënten op huisbezoek niet geïncludeerd werden. Dit zijn vaak oudere patiënten die zich nog moeilijk kunnen verplaatsen. Deze subgroep die vaak ook wondverzorging of verpleging nodig heeft hecht misschien meer belang aan de keuze voor eigen verpleging. Dit kan een vertekend beeld geven met betrekking tot vraag 8. Maar dit is uiteraard slechts een veronderstelling.

5.3. Oplossingen en nieuwe onderzoeksvragen

Een grotere onderzoekspopulatie waarbij men ook patiënten op huisbezoek includeert zou een betere respresentatie geven van de resultaten. Ook zouden kwalitatief gestructureerde interviews kunnen worden uitgevoerd om te peilen naar de ratio achter sommige argumenten. De verschillende visies op dit betalingssysteem zouden dan ook verder onderbouwd kunnen worden. Nu werden er enkel Nederlandstalige patiënten betrokken, het zou een meerwaarde zijn moest ook de niet nederlandstalige sectie van onze praktijkpopulatie hun visie geven. Aangezien verschillende patiënten de vragenlijst meenamen naar huis en niet terugbrachten moet dit beter vermeld worden. Dit zou men ook kunnen vermijden door een digitale vragenlijst op te stellen. Om meer zicht te krijgen op de verschillende visies van patiënten kan het interessant zijn meerdere artsen te interviewen. Dit zou dan kunnen leiden tot meer vragen. Op het eind van deze studie blijven tal van vragen nog onvoldoende beantwoord en uitgediept waardoor verder onderzoek, met een meer uitgebreide onderzoekpopulatie en uitbreiding naar andere regio's in Vlaanderen, dient te gebeuren. Zo zal men een meer volledig beeld krijgen over de opinies omtrent forfaitaire geneeskunde. Enkele vragen zouden geherformuleerd en verduidelijkt kunnen worden vooral deze met betrekking tot het gevoelsmatige. Extra vragen met betrekking tot het voorschrijfgedrag van de arts over antibiotica, psychofarmaca of generische medicatie zouden er aan toegevoegd worden. Denken patiënten dat er aantrekking zal zijn van patiënten met een laag of hoog gezondheidsrisico, zou de arts sneller doorverwijzen naar de tweedelijn, zouden er net meer of minder hospitalisaties zijn? Wat met de doorverwijzing naar de spoedafdelingen? Deze aspecten werden nu niet bevraagd.

6. BESLUIT

Forfaitaire geneeskunde is toegankelijk voor een populatie die de weg niet vindt naar de prestatiegerichte financiering omwille van het financiële plaatje. Het forfaitair systeem is op het gebied van enkele kwaliteitsindicatoren even goed of zelfs beter gebleken. De kost voor de ziekteverzekering is even hoog als voor de prestatiefinanciering[3]. Daarentegen biedt het forfaitair model opportuniteiten in termen van geïntegreerde zorg voor chronische ziekten. Hiermee beantwoordt het model aan een reeks belangrijke beleidsprioriteiten van de federale regering; zijnde "de strijd tegen de gezondheidsongelijkheid", het bevorderen van een sterkere eerstelijnszorg en meer samenwerking rond de patiënt in het licht van het opvangen van de stijgende zorgvraag van chronisch ziekten en het bevorderen van een rationeel geneesmiddelengebruik met een bijzondere aanpak voor antibiotica. De beschikbare budgetfinanciering voor deze centra evolueert mee in functie van het aantal patiënten en de aangeboden disciplines door de centra. Toch is een verdere optimalisering van het model van forfaitaire betaling nodig opdat de kwaliteitsvolle en efficiënte werking van elk centrum gegarandeerd wordt en eventuele risicoselectie vermeden wordt[2-3]. Ook zijn er grote onderlinge verschillen tussen de centra die aantonen dat het gekozen financieringssysteem niet voldoende is om de besproken resultaten te behalen. Niet elk centrum bespaart voldoende in de tweedelijnszorg[2-3]. Een permanente evaluatie van de sector zou een oplossing zijn.

Onze studie toont aan dat iets minder dan de helft (46,3%) al gehoord had of begreep wat forfaitaire geneeskunde inhield en deze zijn er positiever over. Wie het niet kent kan er een weinig gefundeerde mening over geven, gezien het tekort aan kennis. Het merendeel vindt het goed zoals het nu is en is conservatief ingesteld. Het gros van de patiënten zijn neutraal omtrent een eventuele omschakeling, behalve deze die begrijpen wat forfait inhoudt. Zij zien de omschakeling als een positieve evolutie en dit is statistisch significant (p=0,002). Als er dus meer forfaitiare praktijken komen is het interessant informatie te verspreiden onder zowel de patienten maar ook onder artsen zoals blijkt uit het onderzoek van Erkens M. [4-5] Hieruit bleek dat ook de artsen vaak nog onwetend zijn over het forfaitair systeem en een onduidelijke wetgeving vaak voor een drempel zorgt om de omschakeling door te voeren. Op basis van bovenstaande argumenten kunnen we zien dat een algemene sensibilisering belangrijk is. Verder onderzoek met een grotere onderzoekspopulatie en meer duidelijke vragen is aangewezen.

7. DANKWOORD

Vooreerst wil ik mijn echtgenoot en partner in crime bedanken. Hij steunde me niet alleen gedurende de 9 lange jaren van mijn geneeskunde opleiding maar ook de 4 jaren ervoor in de richting logopedische en audiologische wetenschappen. Hij zorgde voor de meermaalse peptalk en beurde me op wanneer het minder ging. Dankzij hem zou ik niet staan waar ik nu sta, hoe cliché dit ook klinkt. Tevens is hij een prachtige papa voor onze eerste zoon. Ook mijn ouders verdienen het in de kijker gezet te worden. Ze steunden me op alle mogelijk vlakken, door dik en dun. Want de moeilijke tijden in de examens waren ook voor hen zwaar. Ze hebben me steeds in elke keuze gerespecteerd en gemaakt tot wie ik nu ben. Ik kan ze niet genoeg bedanken.

Daarnaast wil ik ook mijn praktijkopleiders bedanken die me steeds de juiste richting duwden wanneer het wat minder ging en ik dreigde te vertragen. Ook zorgden zij voor dat duwtje in de rug die nodig was om dit project tot een goed einde te brengen. Ook Dr. Heytens Stefan die mij snelle en correcte feedback gaf in verband met de statistische verwerking van de resultaten. Alsook mijn collega's en secretaresses op de praktijk die mij keer op keer motiveerden om verder te doen en voor de flexibiliteit die nodig was wanneer ik mij een paar dagen afzonderde om te schrijven. Evenals mijn schoonzus die me met raad en daad bijstond om de inhoud en ook de schrijffouten te finetunen.

Dank!

8. REFERENTIES

(1) Geschiedenis. Website Vereniging voor Wijkgezondheidscentra. Beschikbaar via: http://vwgc.be/wijkgezondheidscentrum/forfaitair-betalingssysteem/. Geraadpleegd 26 februari 2019.

(2) Annemans L, Closon J-P, Clson M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E, et al. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnsgezondheidszorg in België. KCE reports 85A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg; 2008. p.162 Health Services Research (HSR).

(3) Boutsen M., Camilotti G., Di Zinno T., Pirson A-F, Van Cutsem P. en Vervoort K. Een update: Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Publicatiedatum: 8 december 2017. Intermutalistisch Agentschap (2017).

(4) Erkens M. De omschakeling naar het forfaitair betalingssyseem in Vlaamse huisartsenpraktijken: een prestatie? Leuven: KUL; 2014.

(5) Erkens M., Schoenmakers B. Omschakeling naar het forfaitair betalingssysteem. Perceptie van de Vlaamse huisarts. Huisarts Nu 2014; 43(5): september-oktober: 195-200.

(6) Geschiedenis.http://www.wgcdesleep.be/over-ons/het-forfaitair-systeem. Bijlage Forfait XI. Geraadpleegd 28 februari 2019.

(7) Franssen J. Wijkgezondheidscentra, beter voor patiënt en overheid. https://www.gvhv-mplp.be/index.php/nl/actueel/nieuws/12-nieuws-nouvelles/633-wijkgezondheidscentra-beter-voor-patient-en-overheid. Geraadpleegd 3 maart 2019.

(8) Van de Maele K. Hoe ervaren patiënten consultaties bij de huisarts in het wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent? Gent: Ugent; 2011-2012.

(9) Milani B. Verwachtingen en (on)tevredenheid van Albanees sprekende patiënten over de zorg en dienstverlening in een multidisciplinair wijkgezondheidscentrum. Gent: Ugent; 2013-2014.

(10) Gratis naar de dokter kan steeds vaker in de provincie Antwerpen. Opmars forfaitaire huisartsenpraktijken waar overheid een vast bedrag per patiënt betaalt. De Standaard 15 April 2019: http://www.standaard.be/cnt/dmf20190414_04325172.

(11) Van Dierdonck S. Wat motiveert patiënten om op preventieconsult te komen? Thesis. Gent: Universiteit Gent; 2016.

(12) Leirs L. Sociale stratificatie en instelling van Diabetes type II in een forfaitaire praktijk. Leuven: KUL; 2013-2014.

(13) Bosselaers H. De kwaliteit van de zorg voor chronische patiënten in het forfaitair financieringssymteem van groepspraktijk Renfort in Molenbeek. Leuven: K.U.L. Leuven; 2012.

(14) VanTomme O., Peremans L. Is het inschakelen van een verpleegkundige haalbaar in een niet-forfaitaire praktijk? Leuven: KUL Leuven; 2016-2018.

(15) Olivier Vantomme. Hoe haalbaar is een verpleegkundige in een niet-forfaitaire groepspraktijk? Onderzoek naar de meeraarde en financiële impact. HuisartsNu 2018; 47(5): september-oktober: 200-205.

(16) Remgeld dat is toch een verschrikkelijk woord. Dobberlaere N. Maandblad Solidair mei 2015. https://www.solidair.org/artikels/remgeld-dat-toch-een-verschrikkelijk-woord. Geraadpleegd op 26 april 2019.

(17) Vynckier E., Vulsteke J., Panhuysen T., Avonts D. Hoe staan patiënten tegenover taakdelegatie? Onderzoek bij 90 patiënten in een huisartsenpraktijk. HuisartsNu 2018; 47(5): september-oktober: 206-209

9. BIJLAGEN

Bijlage 1: Vragenlijst

Beste patiënten,

Hieronder een woordje uitleg ivm de vragenlijst. Deze vragenlijst kadert in het project voor mijn Masterproef. Ik peil hiervoor naar de mening van onze patiënten naar 'het systeem van forfaitaire geneeskunde'. De vragenlijst neemt maar enkele minuten van uw tijd in beslag en zou mij enorm helpen. Iedereen kan hieraan deelnemen. Alle gegevens worden anoniem verwerkt, enkel leeftijd en geslacht worden gevraagd. Op het einde zit er ook een bundel die moet getekend worden dat u akkoord bent voor de verwerking van de resultaten. Gelieve deze niet te vergeten tekenen. Bij afronden van de vragenlijst gelieve deze in de kartonnen doos voor afgewerkte vragenlijsten te leggen. Dank bij voorbaat.

Dr. Van Mulders

Vragenlijst Thesis Dr. Van Mulders Eveline : "Patiëntenvisie op forfaitaire geneeskunde."

Geslacht : M / V Leeftijd : …. Jaar

1. Heb je al over forfaitaire geneeskunde gehoord?

JA	NEEN

2. Begrijp je wat forfaitaire geneeskunde is?

JA	NEEN	NIET HELEMAAL

In het huidige systeem betaal je per consultatie, men noemt dit prestatiegeneeskunde. In een forfaitair systeem zijn de consultaties en huisbezoeken gratis voor alle patiënten die ingeschreven zijn in de praktijk. De inschrijving is eveneens gratis. De arts krijgt dan maandelijks een vast bedrag per ingeschreven patiënt in de praktijk (ongeacht of ze die maand langskwamen). In het forfaitaire systeem worden ook de wachtdiensten terugbetaald, maar technische prestaties zoals een bloedonderzoek, hechting of uitstrijkje niet. Als je bij een huisarts of groepspraktijk ben ingeschreven (forfaitair systeem) en een andere huisarts wil raadplegen, zal de mutualiteit de prestatie niet terugbetalen. Wanneer er een verpleegkundige of kinesist verbonden is aan de praktijk kan ook die gratis geraadpleegt worden.

3. Voor mij zou dit drempelverlagend werken = komen voor iets medisch waar ik normaal niet voor kwam.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

4. Omdat het gratis is, lijkt het minder waarde te hebben.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

5. Ik zou me hier ongemakkelijk bij voelen.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

6. Voor mij zou het gevoelsmatig niks veranderen tov de praktijk.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

7. Ik denk dat de drempel om terug te komen lager ligt. (bv: bespreken bloedonderzoek).

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

8. Ik vind het niet leuk dat ik enkel de verpleging verbonden aan de praktijk, gratis kan raadplegen.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

9. Ik denk dat de arts sneller andere hulpverleners zou inschakelen (verpleging, kinésist).

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

10. Ik denkt dat dit goedkoper is voor de gemeenschap.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

11. Niet betalen zou afronden bemoeilijken.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

12. Ik vind het niet leuk om steeds bij dezelfde huisartsenpraktijk te moeten gaan.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

13. Ik vind het niet leuk dat ik enkel de kinésist verbonden aan de praktijk, gratis kan raadplegen.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

14. Ik denk dat dit meer nadelen met zich meebrengt.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

15. Ik denk dat dit meer kost aan de gemeenschap.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

16. Ik vind het goed zoals het nu is.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

17. Ik zou het forfaitair systeem een positieve evolutie vinden.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

18. Voor mij is betalen een vorm van afronden.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

19. Ik denk dat de dokter meer preventief tewerk zou gaan.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

20. Ik zou mijn familie bij dezelfde praktijk inschrijven.

Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord

Ruimte voor opmerkingen :

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol + Gunstig advies Ethisch Comité

Protocol (B670201836764)

Doelstelling en verantwoording:

Met mijn masterproef wil ik nagaan wat de patiënten denken over een forfaitair betalingssysteem. Welke voor – of nadelen zien zij hierin? En waarom juist? Zelf werk ik in een groepspraktijk met een groot en gevarieerd patiëntenbestand en wil ik nagaan wat onze patiënten zouden vinden van een omschakeling van een prestatiegericht betalingssysteem naar een forfaitaire systeem, waar dus de uitbetaling van de arts per maand gebeurt obv het patiëntenaantal en niet meer per consultatie.

Vraagstelling:

Wat zijn de voor- en nadelen om tot een algemene invoering van het forfaitaire systeem te komen bij een gevarieerde patiëntenpopulatie tussen 18 en 80 jaar zonder specifieke in- of exclusiecriteria? En wat zou er dan specifiek moeten veranderen om een eventuele aanpassing voordelig te maken?

Onderzoeksopzet

Na een literatuurstudie over het forfaitair systeem begint het praktijkonderzoeksproject. De literatuur ivm forfaitaire geneeskunde wordt bestudeerd. Daarna wordt via een kwalitatief interview met een arts die de omschakeling meemaakte, de eventuele voor- en nadelen besproken. Op basis hiervan wordt de vragenlijst opgesteld. De vragen worden gebaseerd op de argumenten die de ondervraagde arts aanhaalde. De patiënten vullen vervolgens de enquête in via een Likert schaal (helemaal akkoord – niet akkoord). De patiëntenpopulatie is gevarieerd en er moet niet voldaan worden aan specifieke in – of exclusiecritearie (buiten 18+ en wilsonbekwaamheid). Na de consultatie wordt gevraagd of ze willen deelnemen en dit kan plaatsvinden in de wachtkamer gedurende nog 20-25 min extra tijd zonder extra verplaatsing. Van deze patiënten worden dan demografische en klinische gegevens verzameld uit het dossier om een beeld te kunnen schetsen van deze deelpopulatie in onze praktijk. De bevindingen uit deze enquête kunnen gebruikt worden om al dan niet de omschakeling te maken in de toekomst naar een forfaitair system en wat onze patiënten daar specifiek over denken.

Selectie participanten

Ongeveer 150-200 patiënten die op consultatie komen worden random geselecteerd en gevraagd om deel te nemen. Er worden geen specifieke in- of exclusiecriteria gehanteerd buiten leeftijd (18+) en wilsbekwaamheid. Het zijn patiënten met een gevarieerde voorgeschiedenis uit een brede leeftijdscategorie (18-80 jaar). De patiënten wordt gevraagd tijdens de consultatie of ze achteraf in de wachtkamer willen deelnemen aan de enquête. Het informed consent is bij de vragenlijst bijgevoegd. Er is steeds ruimte voor vragen en overleg indien iets niet duidelijk zou blijken.

Duur studie

Van 04/2018 tem 07/2019.

Interventies en metingen:

Er wordt een kwalitatief interview afgenomen met een arts die de omschakeling meemaakte.

Na bereidheid tot deelname zullen de patiënten een enquête adhv een Likert schaal invullen.

Statistische verwerking gegevens

Ja

Ethische overwegingen – veiligheid:

De patiënten zullen op het einde van de consultatie zelf aangesproken worden of zij al dan niet willen meewerken aan een korte enquête ivm omschakeling naar een forfaitaire groepspraktijk. Zowel mannen als vrouwen met een verschillende medische voorgeschiedenis met verschillende leeftijden zullen hieraan deelnemen. Vlak voor het invullen van de vragenlijst zal het formulier voor informed consent grondig besproken worden. Hierbij zal er ruimte zijn voor vragen. De patiënten kunnen op elk moment het invullen beëindigen.

Verzekering: universiteit van de promotor = Prof. Sara Willems= Universiteit Gent

Geplande methode:

Planning

Kwalitatieve interviews 1 arts (mei 2018):

Dr. Cosyns – Wijkgezondheidscentrum Watersportbaan Gent.

Literatuurstudie (mei-okt 2018):

Zoekstrategie moet nog opgesteld worden: via MeSH-termen op PubMed.

Verwerken interviews 2 artsen (juli 2018):

Op basis van het kwalitatieve interview en zijn ervaring met het forfaitaire systeem wordt de enquête opgesteld. Er zullen ongeveer 25 items aan bod komen waar ik peil naar de visie van onze patiënten.

Patiëntselectie (augustus-december 2018):

De patiënten worden at random geselecteerd obv de consultatie waar ze voor komen. Tijdens de consultatie wordt gevraagd of ze interesse hebben om aan de enquête deel te nemen die ongeveer een 20-tal minuten tijd in beslag zal nemen. Indien ze hieraan willen deelnemen wordt de opzet duidelijk uitgelegd en wordt achteraf ook nog een informed consent getekend. Er wordt een zo breed mogelijk en gevarieerde populatie genomen waardoor de resultaten geëxtrapoleerd kunnen worden.

Opzoeken informatie in dossier (augustus-december 2018):

Obv de patiënten die hebben deelgenomen aan de enquête wordt achteraf informatie opgezocht; leeftijd, geslacht, medische voorgeschiedenis, sociaal-economische status, 3e betalersregeling.

Invullen enquêtes (augustus-december 2018): Trachten om rond 200-tal patiënten te hebben die hieraan zouden willen deelnemen. Er wordt ook een informatieformulier opgehangen in de

wachtkamer. Zo kunnen patiënten die ook interesse hebben en bij een collega op consultatie komen, eveneens deelnemen.

Verwerking ingevulde enquêtes (januari 2019):

Verwerken van de resultaten van de enquêtes.

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

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

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0825		17-aug-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Patiëntenvisie omtrent forfaitaire geneeskunde. (MaNaMa Eveline Van Mulders)

Belgisch Registratienummer: B670201836764

* Antwoord onderzoekers via mail dr. E. Van Mulders dd. 09/08/2018 (ontv. dd. 10/08/2018) op opmerkingen EC dd. 21/06/2018
* Begeleidende brief Dr. E. Van Mulders dd. 9/08/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 9/08/2018
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 15/08/2018 (aangepaste versie ontvangen 15/08/2018)
* Protocol (aangepaste versie ontvangen 10/08/2018)
* Vragenlijsten (ontv. dd. 10/08/2018)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davina Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 16/08/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 16/08/2019, 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 16/08/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 16/08/2019, 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 21/08/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/08/2018

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- *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

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 3: Lijst van figuren en tabellen

Figuur 1: Model van Dahlgren en Whitehead (1991) met een weergave van de belangrijkste determinanten van de gezondheidszorg.

Figuur 2: Normaalverdeling van de leeftijdscategorieën van de bevraagde onderzoekspopulatie uit de vragenlijst.

Figuur 3: Staafdiagram van aantal respondenten die reeds gehoord hadden van/kennis hadden van de term 'forfaitaire geneeskunde'. De term kennisdico verwijst naar de hercodering van de term 'kennis' ipv 3 antwoordmogelijkheden; ja, neen, niet helemaal werd de term herleid naar 2 antwoordmogelijkheden; ja en neen. Waarbij 'neen' en 'niet helemaal' samengevoegd werden.

Figuur 4: Staafdiagram uitgedrukt in percentages over de keuze voor verpleging en kinesitherapie.

Tabel 1: Jaarlijks gemiddelde uitgaven per patiënt, vergelijking tussen het forfaitsysteem en de betaling per prestatie, in euro. Resultaten KCE-studie 2008.

Tabel 2: Jaarlijks gemiddelde uitgaven per patiënt, vergelijking tussen het forfaitsysteem en de betaling per prestatie, in euro. Resultaten Update KCE-studie 2017.

Tabel 3: Demografische kenmerken van de studiepopulatie (N=82).

Tabel 4: Algemene scores op de vragenlijst: 'Patiëntenvisie op forfaitaire geneeskunde' % (aantal) respondenten.

Tabel 5: Antwoorden op de vragen van de vragenlijst in functie van de mening van de patiënten tov van het feit of ze reeds hoorden of kennis hadden van het begrip 'forfait' (% respondenten).

Tabel 6: Bijkomend geïdentificeerde argumenten pro & contra van de respondenten (aantal respondenten).

Bijlage 4: Afkortingen

EBM: Evidence based Medicine

ECG: Electrocardiogram

FMM : Fédération des Maisons Médicals

GVHV: Geneeskunde voor het Volk

GMD : Globaal Medisch Dossier

IMA : InterMutualistisch Agentschap

RIZIV : de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

VWGC : Vereniging van wijkgezondheidscentra

WGC : Wijkgezondheidscentrum

`

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.