De omschakeling naar het forfaitair betalingssysteem in Vlaamse huisartsenpraktijken: een prestatie?

Michael Erkens, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KULeuven ACHG

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Titel: De omschakeling naar het forfaitair betalingssysteem in Vlaamse huisartsenpraktijken: een prestatie?

ICPC-code: C01 Huisarts-geneeskundige theorie

HAIO: Michael Erkens, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KULeuven ACHG

Praktijkopleider: Dr. Luigi Genevrois

Contactgegevens: michael.erkens@yahoo.com

Context: In België bestaan er twee financieringssystemen voor huisartsgeneeskunde. Het forfaitair betalingssysteem voor huisartsgeneeskundige zorgen wordt in Vlaanderen weinig toegepast ondanks een aantal positieve effecten voor patiënt, arts en maatschappij.

Onderzoeksvraag: Welke drempels worden er ervaren voor de omschakeling van de betaling per prestatie naar het forfaitair betalingssysteem bij huisartsen in het Vlaams Gewest? Zijn deze eerder principieel of praktisch van aard? Hebben arts- of praktijkkenmerken invloed op de ervaren drempels?

Methode: Het onderzoek omvat een literatuur- en veldstudie. Eerst wordt nagegaan welke drempels er reeds beschreven zijn in de literatuur. Vervolgens wordt in de veldstudie een dwarsdoorsnede-onderzoek gevoerd naar de ervaren drempels in Vlaanderen door middel van een online-vragenlijst gebaseerd op het literatuuronderzoek. De onderzoeksvraag wordt hierin onderzocht aan de hand van Likert-schalen waarbij op een ordinale wijze de mate waarin men de weergegeven drempel ervaart, wordt aangeduid. De dataverzameling gebeurt door het versturen van uitnodigingen tot deelname per e-mail via de Vlaamse huisartsenwachtkringen. De antwoorden worden geanalyseerd door middel van frequentieverdelingen en multivariate logistische regressieanalyse.

Resultaten: De veldstudie levert 484 bruikbare datasets op (5,5% van de beoogde populatie) van een demografisch heterogene studiepopulatie. 56% staat negatief tegenover het principe van het systeem, 40% heeft een positieve houding waarvan slechts 10,5% zeer positief. De helft is niet of onvoldoende bekend met het systeem. Belangrijke gepercipieerde principiële drempels: connotatie met armoede of ideologie (55%), verminderde autonomie voor arts/patiënt (58%) en overconsumptie van zorgen (78%). 30% geeft aan dat de praktische invoering van het systeem in de eigen praktijk redelijk tot perfect haalbaar is. 17% acht dit onhaalbaar. Artsen die positief staan ten opzichte van het principe geven volgende praktische drempels aan: onvoldoende kennis van de procedure voor omschakeling (78,7%), onduidelijke/te zware administratieve vereisten (81%/72,5%), onduidelijke of te lage forfaitaire inkomsten (57%) en het verbod op combinatie met prestatiegebonden functies (55%). Er wordt enkel een samenhang gevonden van de praktijkvorm met de houding ten opzichte van het principe van het systeem (oddsratio 1,507; 95% BI 1,248-1,821) en van de praktijklocatie met onvoldoende bekendheid met het systeem (1,502; 1,199-1,881).

Conclusies: De ervaren drempels bevinden zich zowel op principieel als praktisch niveau. Ze zijn weinig afhankelijk van arts- en praktijkkenmerken. Een belangrijk deel van de drempels heeft te maken met onvoldoende of foutieve kennis over het systeem. Een sensibilisering van de (toekomstige) Vlaamse huisartsen over de juiste modaliteiten van het forfaitair systeem is dan ook primordiaal. In de toekomst zal evenwel geëvalueerd moeten worden of de positieve effecten van het forfaitair betalingssysteem duurzaam blijken bij toepassing van het systeem in verschillende praktijkvormen.

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen 1

Lijst van tabellen en figuren 2

Voorwoord 3

Inleiding 4

Methode 5

Resultaten 6

Discussie 11

Conclusies 13

Voetnoten 14

Referenties 16

Bijlage 1. Online-vragenlijst 18

Bijlage 2. Elektronische uitnodiging tot deelname aan onderzoek 22

Bijlage 3. Codeboek 23

Lijst van afkortingen

BI	betrouwbaarheidsinterval
FEPRAFO	Federatie van eerstelijnspraktijken met forfaitaire financiering
GVHV	Geneeskunde voor het Volk
KB	koninklijk besluit
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
VWGC	Vereniging van Wijkgezondheidscentra

Lijst van figuren en tabellen

Figuur 1. Flowchart dataset 7

Tabel 1. Demografische kenmerken studiepopulatie 7

Tabel 2. Drempels forfaitair betalingssysteem hele studiepopulatie (% respondenten) 8

Tabel 3. Drempels forfaitair betalingssysteem in functie van positieve/negatieve houding ten opzichte van het principe van het systeem (% respondenten) 10

Tabel 4. Samenhang arts- en praktijkkenmerken met ervaren drempels (odds ratio met 95% BI) 11

Tabel 5. Bijkomend geïdentificeerde drempels 11

Voorwoord

Deze thesis vormt het orgelpunt van mijn opleiding tot huisarts. Een opleiding van negen jaar, aansluitend op een vijf jaar durende studie politieke wetenschappen.

Vooreerst en bovenal wil ik dan ook mijn echtgenote, Kirsten, enorm hard bedanken. Zij heeft me gesteund bij deze niet evidente carrièrewending. Een keuze die de mijne was, doch niet alleen veel gevergd heeft van mij maar ook van haar. Ze is me blijven bijstaan en motiveren. Ik ben uitermate trots haar mijn echtgenote en moeder van onze zoon Kobe te mogen noemen.

Voorts wil ik mijn dank en appreciatie uitdrukken voor het werk van mijn promotor, Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers. Zij is in mijn project blijven geloven en heeft me wakker geschud toen ik dreigde in te dommelen.

Ook een welgemeende dankjewel aan mijn collega's in Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt die heel wat flexibiliteit aan de dag hebben gelegd bij de zware eindspurt voor deze thesis en de moeilijke start van Kobe. Mijn stagemeester, dr. Luigi Genevrois, dank ik voor zijn immer relativerende gesprekken.

Merci Myriam Suetens, voor het ter beschikking stellen van verhelderende documenten van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra en je persoonlijke inzichten.

Uiteraard dank ik alle artsen die aan mijn onderzoek hebben deelgenomen.

Ik hoop dat ik met deze thesis en op vele andere manieren een inspiratiebron kan zijn voor Kobe. Ik hoop tevens dat hij nog vele jaren mag genieten van onze goede sociale zekerheid en gezondheidszorg, al dan niet op forfaitaire wijze betaald.

Michael Erkens

Heverlee, 29 april 2014

Inleiding

Internationaal bestaan er verschillende manieren voor de financiering van huisartsgeneeskunde. De financieringssystemen gaan van betaling per prestatie (fee for service) over, al dan niet geïntegreerde, forfaitaire systemen (capitation based fee) tot loondienst (fixed salary), met verschillende tussen- en mengvormen. Elk systeem heeft voor- en nadelen vanuit het standpunt van zowel de zorgverstrekkers, de patiënten als de maatschappij, en wat betreft het bereiken van algemene eerstelijns gezondheidszorgobjectieven (Noot 1). Rekening houdende met al deze elementen, en uitgaande van een literatuurstudie, besluiten professor De Maeseneer en Groenenwegen in 1999 dat een forfaitair systeem de meest geschikte kern vormt voor elk systeem van artsenvergoeding (Noot 2). Omwille van de complexiteit en verscheidenheid van taken van een huisarts is een dergelijk per capita inkomen in combinatie met financiële stimuli voor bepaalde interventies, naast een budget dat ook voor omkadering de meest gepaste financiering van huisartsgeneeskunde.[1]

In België werd er binnen de huisartsgeneeskunde oorspronkelijk enkel gewerkt met de betaling per prestatie waarbij artsen per soort akte die ze stellen een bepaald bedrag betaald krijgen, vastgelegd in een nomenclatuur, met een remgeld ten laste van de patiënt. Meer recent wordt ook het forfaitair betalingssysteem toegepast waarbij de patiënt als eenheid wordt gebruikt (Noot 3). Hierbij ontvangt de huisarts maandelijks een vast bedrag voor de consultaties en huisbezoeken van de patiënten die bij hem/haar ingeschreven zijn, onafhankelijk van het aantal patiëntencontacten. De patiënt zelf betaalt in dit geval niets, eventuele technische prestaties worden via de derdebetalersregeling vergoed. In principe is het in België reeds sedert 1963 mogelijk om gebruik te maken van het forfaitair betalingssysteem op grond van artikel 34 ter van de wet Leburton. Het duurde echter tot 1982 vooraleer het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) de eerste regelen betreffende het sluiten van de akkoorden met het oog op de forfaitaire betaling opstelde. Sedert 1 mei 2013 wordt het forfait voor een praktijk berekend op basis van een zorgprofiel van het patiëntenbestand waardoor de betaling afgestemd wordt op de reële zorgbehoeften en preventie en (multidisciplinair) overleg nog meer gestimuleerd worden. Tevens is er een engagement aangegaan om kwaliteitsindicatoren in te voeren waarmee vermeden wordt dat patiënten onderbehandeld worden. (Noot 4)[2-6]

In heel België zijn er eind 2012 133 ‘medische huizen’, zoals de forfaitaire praktijken door de wet genoemd worden. De vraag naar en uitwerking van het forfaitair systeem in België is gegroeid vanuit enkele sterk georganiseerde, multidisciplinaire groepspraktijken die zich baseerden op het idee van ‘geïntegreerde gezondheidscentra’ zoals vormgegeven in studiegroepen in de jaren ’60. Deze praktijken hebben zich later in Vlaanderen gegroepeerd onder de Vereniging voor Wijkgezondheidscentra (VWGC) en Geneeskunde voor het Volk (GVHV). Ook heden ten dage blijft de toepassing van het forfaitair systeem in het Vlaams Gewest grotendeels beperkt tot deze sterk georganiseerde en ondersteunde praktijken: 21 Wijkgezondheidscentra en vijf praktijken van Geneeskunde voor het Volk die in totaal zo’n 70.000 ingeschreven patiënten vertegenwoordigen. Naast deze praktijken bestaan er anno 2014 slechts vijf zelfstandige huisartsenpraktijken die het forfaitair systeem toepassen. Drie van deze praktijken hebben in september 2013, samen met enkele Brusselse en Waalse praktijken, de Federatie van eerstelijnspraktijken met forfaitaire financiering

(FEPRAFO) opgericht met als doelstellingen onder andere belangenvertegenwoordiging en de verdere ontwikkeling en verdediging van het forfaitair betalingssysteem (Noot 5).[7-11]

In 2008 publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een vergelijking van de twee financieringssystemen in België op het vlak van kost en kwaliteit. Uit dit onderzoek blijkt dat de totale zorguitgaven, inclusief niet-eerstelijnsuitgaven, ten laste van de maatschappij gelijkwaardig zijn in beide systemen. In het forfaitaire systeem gaat dit echter gepaard met lagere zorguitgaven ten laste van de patiënt, hetgeen de zorg toegankelijker maakt. Bovendien blijken de forfaitair gefinancierde praktijken beter te scoren op een aantal kwaliteitsindicatoren, voornamelijk inzake preventie en het voorschrijven van antibiotica. Hun doelmatigheid lijkt ook iets beter te zijn, vooral voor bepaalde types populatie. De eerder aangehaalde internationale literatuur suggereert de volgende nadelen van het forfaitaire systeem: selectie van patiënten met laag gezondheidsrisico en hogere uitgaven voor tweedelijnszorg en geneesmiddelen. In België blijkt dit echter niet het geval te zijn.[3]

Ondanks dertig jaar ervaring met, en de positieve analyse van het forfaitaire betalingssysteem in België voor zowel zorgverstrekkers, patiënten als maatschappij, blijft het aantal praktijken dat met dit systeem werkt in Vlaanderen beperkt. In dit onderzoek wordt nagegaan welke de drempels zijn voor de omschakeling van het prestatiegebonden betalingssysteem naar het forfaitair betalingssysteem voor huisartsgeneeskundige zorgen bij huisartsen in het Vlaams Gewest.

Methode

De onderzoeksvraag van dit onderzoek betreft de vraag welke drempels er ervaren worden voor de omschakeling van de betaling per prestatie naar het forfaitair betalingssysteem bij huisartsenpraktijken in het Vlaams Gewest, en of deze eerder principieel of praktisch van aard zijn. Tevens wordt nagegaan of arts- of praktijkkenmerken invloed hebben op de ervaren drempels.

De onderzoekspopulatie bestaat uit de huisartsenpraktijken in het Vlaams Gewest die werken met het prestatiegebonden betalingssysteem. Geografisch richt het onderzoek zich op het Vlaams Gewest omdat er in het Waals en Brusselse Gewest beduidend meer forfaitair werkende praktijken bestaan.

Het onderzoek omvat een literatuur- en veldstudie. Eerst wordt nagegaan welke drempels er reeds beschreven zijn in de literatuur. Hiertoe wordt volgens het watervalprincipe gezocht naar relevante bronnen. Wat de principiële drempels betreft geeft het KCE rapport 85A als tertiaire bron een goed overzicht. Voor het identificeren van praktische drempels dient er gezocht te worden op secundair en primair niveau. Hierbij worden er zoekopdrachten uitgevoerd in de Medline databank met als zoektermen ‘capitation fee’ en ‘Belgium’. Er wordt ook gezocht in de Nederlandstalige tijdschriften ‘Huisarts Nu’, ‘Tijdschrift voor Geneeskunde’, ‘Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde’ en ‘Huisarts & Wetenschap’ met als zoektermen ‘forfaitair betalingssysteem’, ‘per capita systeem’, ‘capitatie’ en ‘abonnementsgeneeskunde’. De zoekstrategie richt zich ten slotte op de ‘grijze literatuur’, documenten die niet formeel uitgegeven of commercieel verkrijgbaar zijn.

Vervolgens wordt in de veldstudie een dwarsdoorsnede-onderzoek gevoerd naar de ervaren drempels in Vlaanderen door middel van een online-vragenlijst gebaseerd op het literatuuronderzoek. De onderzoeksvraag wordt hierin onderzocht aan de hand van Likert-schalen waarbij op een ordinale wijze de mate waarin men de weergegeven drempel ervaart, wordt aangeduid. Daarbij wordt eerst in het algemeen bevraagd in welke mate er respectievelijk principiële en praktische bezwaren zijn ten opzichte van de overstap naar het forfaitair systeem. Vervolgens worden een aantal mogelijke specifiekere drempels aangeboden. Beide vragen worden aangevuld met een vrije antwoordmogelijkheid ter onderkenning van eventuele bezwaren die nog niet in de literatuur besproken zijn. Tot slot worden een aantal arts- en praktijkkenmerken bevraagd. (Bijlage 1)

De gegevensverzameling voor de veldstudie gebeurt door het versturen van uitnodigingen tot deelname per e-mail. Hierin wordt vermeld dat dit onderzoek zich richt tot artsen die (nog) niet met het forfaitair systeem werken (Bijlage 2). Een eerste oproep verloopt via de secretarissen van de Vlaamse huisartsenwachtkringen. Twee weken later worden, op basis van de postcodes uit de ingezonden vragenlijsten, de wachtkringen geïdentificeerd waaruit nog geen respons ontvangen is. Voor deze wachtkringen wordt een nieuwe oproep verstuurd naar de voorzitter. Vier weken na de initiële oproep wordt een herinneringsoproep verzonden. Zes weken na de start wordt de dataverzameling beëindigd.

Bij de analyse van de data worden artsen waarbij uit de vrije antwoorden blijkt dat zij toch reeds met het forfaitair betalingssysteem werken of een verkeerde invulling geven aan het forfaitair betalingssysteem (o.a. verwisseling met het derdebetalerssyteem) geëxcludeerd. De antwoorden van de weerhouden respondenten worden gecodeerd aan de hand van een codeboek (Bijlage 3). De vrije antwoorden worden hierbij indien mogelijk ondergebracht in één van de aangeboden drempels en de consistentie van het vrije antwoord met de beoordeling van deze drempel wordt nagegaan. Bijkomende bezwaren worden apart geregistreerd. De onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van de frequentieverdelingen van de antwoordmogelijkheden op de Likert-schalen. Daarnaast worden er multivariate logistische regressieanalyses uitgevoerd om samenhang tussen verschillende drempels of achtergrondkenmerken en drempels op te sporen.

Resultaten

Literatuurstudie

Het KCE-rapport 85A uit 2008 biedt een overzicht van de internationale literatuur over het forfaitair systeem en suggereert een aantal nadelen verbonden met het principe van het systeem (Noot 1). Deze vormen de basis voor de lijst met principiële bezwaren van de veldstudie.[3]

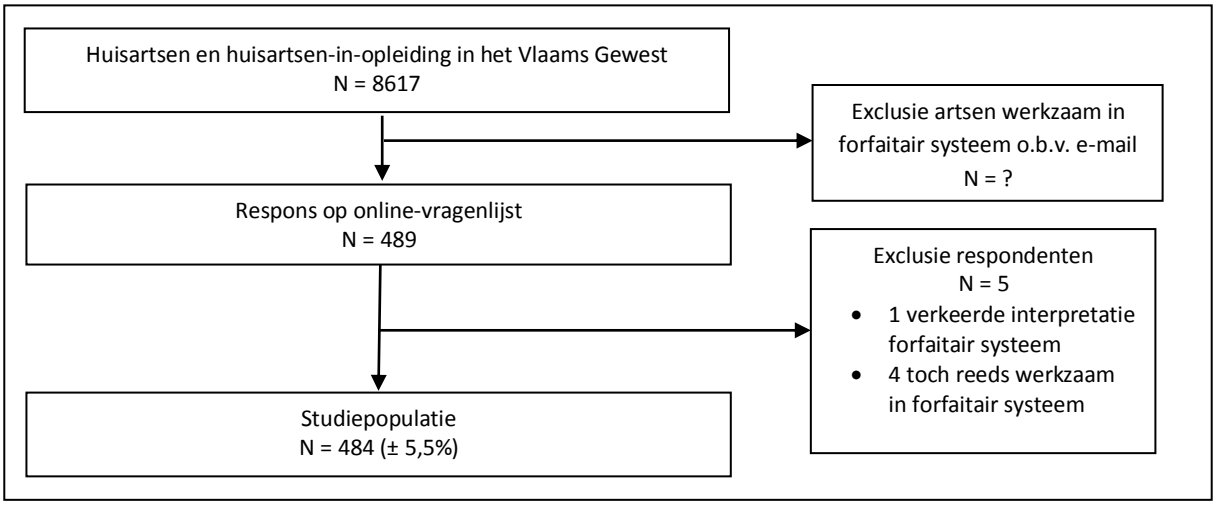
Voor de identificatie van de praktische problemen bij de invoering van en het werken met het forfaitair systeem wordt een bredere zoekstrategie uitgewerkt. Gezien de zeer specifieke context van het onderzoek levert een zoektocht in de traditionele internationale literatuur weinig relevante resultaten op. De zoekopdracht in de Medline databank levert 13 resultaten op, doch geen van allen relevant voor de onderzoeksvraag. Opzoeking in de Nederlandstalige tijdschriften leidt tot één relevant artikel gebaseerd op het Master-na-Master onderzoek van dr. Chris Vodde uit 2010. Deze

thesis bevat een analyse van het omschakelingsproces in twee zelfstandige praktijken.[12] De zoekstrategie richt zich vervolgens op de 'grijze literatuur'. Een zoektocht in de ICHO-thesisdatabank levert nog een thesis op van dr. Stefanie De Winter over de perceptie van het forfaitair betalingssysteem.[13] Voorts worden door rechtstreekse contacten draaiboeken van de VWGC en Maisons Médicales bekomen, alsmede werkdocumenten van de omschakeling in Groepspraktijk Zonhoverweg in Genk.[14-17] Op basis hiervan wordt een uitgebreide lijst met mogelijke praktische drempels opgesteld, die worden ondergebracht in een werkbare hoeveelheid categorieën (Bijlage 1). Er worden nog twee bijkomende principiële drempels gevonden in deze bronnen: connotatie met politieke ideologie en/of armoede en overconsumptie van huisartsgeneeskundige zorgen.

Veldstudie

489 artsen hebben op de online-vragenlijst gereageerd. Na toepassing van de exclusiecriteria blijven er 484 datasets over voor analyse. De responsratio bedraagt daarmee ongeveer 5,5% van de beoogde populatie (Figuur 1) (Noot 6). De demografische kenmerken worden weergegeven in tabel 1 en tonen een heterogene studiepopulatie.

Figuur 1. Flowchart dataset



Tabel 1. Demografische kenmerken studiepopulatie (N = 484)

Geslacht			**Praktijkervaring (jaar)**		
	Man	55,29% (251)		In opleiding (HAIO)	15,44% (69)
	Vrouw	44,71% (203)		0-10	18,34% (82)
Leeftijd (jaar)				10-20	14,09% (63)
	25-34	28,76% (130)		>20	52,13% (233)
	35-44	14,38% (65)	**Praktijkvorm**		
	45-54	24,34% (110)		Solo-arts	31,22% (138)
	>55	32,52% (147)		Duopraktijk	24,89% (110)
Afstudeeruniversiteit				Groepspraktijk	36,20% (160)
	Antwerpen (UA)	7,73% (35)		Multidisciplinair	5,66% (25)
	Brussel (VUB)	7,95% (36)		Andere	2,04% (9)
	Gent (UGent)	22,30% (101)	**Praktijkligging**		
	Leuven (KULeuven)	60,71% (275)		Stedelijk	24,17% (109)
	Andere	1,32% (6)		Kleinstedelijk	37,03% (167)
				Ruraal	38.80% (175)

Tabel 2 geeft de resultaten voor de gehele studiepopulatie weer. In het algemeen geeft 56% van de respondenten aan negatief te staan tegenover het principe van het forfaitair betalingssysteem, waarvan 15% heel negatief. 40% heeft een positieve houding waarvan slechts 10,5% zeer positief. De helft van de respondenten geven aan niet of onvoldoende bekend te zijn met het systeem. Andere redenen die voor meer dan de helft van de respondenten bijdragen aan een niet geheel positieve attitude ten opzichte van het principe van het forfaitair systeem zijn een connotatie met armoede of ideologie (55%), een verminderde autonomie voor arts en/of patiënt (58%) en een overconsumptie van zorgen (78%). Het forfaitair systeem gaat gepaard met een lagere kwaliteit van zorg en een hogere kost voor de maatschappij volgens 40% van de respondenten. Over de kost en risicoselectie zijn een aanzienlijk deel van de respondenten onbeslist (respectievelijk 23 en 16%).

Wat de praktische haalbaarheid van invoering van het forfaitair systeem voor huisartsgeneeskundige zorgen in de eigen praktijk betreft geeft slechts 30% aan dat dit redelijk tot perfect haalbaar is, terwijl 17% dit onhaalbaar acht. Behoudens de waarborg van zorgcontinuïteit, die volgens 73% van de respondenten voldoende gegarandeerd kan worden, worden de overige praktische drempels door minstens de helft van de respondenten onderschreven. Zowel de procedure voor de invoering van, als de administratieve vereisten voor het werken met het systeem worden door meer dan 70% als niet of onvoldoende gekend aangeduid. Solo-artsen buiten beschouwing gelaten, vermeldt ongeveer 60% collega-gebonden elementen als drempel.

Tabel 2. Drempels forfaitair betalingssysteem hele studiepopulatie (% respondenten)

(N = 482)	**Geen mening**	**Niet akkoord**	**Akkoord**
Houding t.o.v. principe systeem	4,29	55,83	39,88
Systeem niet/onvoldoende bekend	1,45	49,17	49,38
Connotatie ideologie/armoede	3,33	41,58	55,10
Selectie weinig zorgbehoevenden	15,94	48,24	35,82
Selectie zwaar zorgbehoevenden	16,77	49,90	33,33
Overconsumptie van zorg	3,52	28,16	68,33
Lagere kwaliteit van zorg	5,99	54,75	39,25
Duurder voor maatschappij	22,93	33,26	43,80
Minder autonomie arts/patiënt	12,03	30,29	57,68
(N = 448)			
Haalbaarheid invoering in praktijk	7,39	62,82	29,79
Proces niet/onvoldoende gekend	3,56	22,49	73,94
Geen prestatiegebonden functies	9,38	20,09	70,53
Probleem zorgcontinuïteit	6,49	72,26	21,25
Administratie niet/onvoldoende gekend	4,25	18,12	77,63
Administratie te zwaar	10,67	12,00	77,34
Inkomsten onduidelijk/te laag	17,04	17,71	65,24
Uitgaven onduidelijk/te hoog	22,47	22,24	55,28
Wijziging patiëntenpopulatie	10,94	40,40	48,66
Praktijkcollega's niet positief*	18,59	19,55	61,86
Inkomensverdeling collega's moeilijk*	13,46	27,88	58,66

* Studiepopulatie zonder solo-artsen, collega-gebonden drempels niet van toepassing (N = 312).

Multivariate analyse van de mate waarin onbekendheid met het forfaitaire systeem als drempel wordt ervaren en de overige principiële drempels toont enkel een significant verband met een connotatie met ideologie en/of armoede (odds ratio 1,437; 95% BI 1,216-1,697).

In tabel 3 zijn de resultaten opgesplitst in functie van een positieve of negatieve houding ten opzichte van het principe van het forfaitair betalingssysteem. In beide groepen geeft de helft van de respondenten aan het systeem onvoldoende te kennen, zodat dit een drempel vormt voor hen. In de groep met een positieve houding geeft wel een groter deel aan het systeem goed te kennen, er bestaat een beperkte correlatie tussen kennis als drempel en de attitude ten opzichte van het systeem (Chi-kwadraattest $p<0,0001$, Cramer's V 0,242). Een connotatie met ideologie en armoede wordt ook door de helft van de respondenten met een algemeen positieve houding als drempel ervaren. Met de overige principiële drempels wordt door hen beduidend minder ingestemd. Bij de respondenten met een negatieve houding geeft 79 en 85% aan een probleem te hebben met respectievelijk een verminderde autonomie voor arts en patiënt, en een overconsumptie van zorgen.

Er wordt een matige correlatie waargenomen tussen de attitude ten opzichte van het principe van het systeem en de haalbaarheid van de invoering in de eigen praktijk (Chi-kwadraattest $p<0,0001$, Cramer's V 0,3154). De inschatting van de haalbaarheid zakt tot 15,5% bij de respondenten met een negatieve houding. In het geval van een positieve houding stijgt dit tot 48% en beschouwt slechts 5% het als volkomen onhaalbaar. Bij de tweede groep worden de belangrijkste praktische drempels gevormd door onvoldoende kennis van de procedure voor omschakeling (78,7%) en problemen verband houdende met de administratieve vereisten van het systeem (niet of onvoldoende gekend in 81%, te zwaar in 72,5%). In mindere mate geven deze respondenten aan terughoudend te zijn over invoering van het systeem omwille van het verbod op combinatie met prestatiegebonden functies (55%) en onduidelijke of te lage forfaitaire inkomsten (57%).

Tabel 4 toont de samenhang tussen de bevraagde arts- en praktijkkenmerken enerzijds en de algemene houding tegenover het principe van het forfaitair systeem en de haalbaarheid van de invoering in de eigen praktijk anderzijds. Voor de praktische haalbaarheid worden er geen significante verbanden gevonden. Wat betreft de attitude ten opzichte van het principe is dit enkel het geval voor de praktijkvorm: hoe groter de praktijk, hoe positiever. Ook het verband met de bekendheid met het systeem wordt weergegeven. In dit geval is er een significante samenhang aangetoond met de praktijklocatie: hoe minder stedelijk, hoe meer onbekendheid met het systeem als drempel wordt ervaren.

Bijkomende drempels die herhaaldelijk vermeld worden in de vrije antwoordmogelijkheden zijn opgesomd in tabel 5.

Tabel 3. Drempels forfaitair betalingssysteem in functie van positieve/negatieve houding ten opzichte van het principe van het systeem (% respondenten)

(N = 465)	Houding t.o.v. principe	Geen mening	Niet akkoord	Akkoord
Systeem niet/onvoldoende bekend	positief	0,53	51,32	48,15
	negatief	2,25	50,94	46,81
Connotatie ideologie/armoede	positief	2,11	48,42	49,47
	negatief	3,40	36,60	60,00
Selectie weinig zorgbehoevenden	positief	9,42	62,83	27,75
	negatief	19,92	37,59	42,49
Selectie zwaar zorgbehoevenden	positief	10,47	61,26	28,27
	negatief	20,30	42,11	37,59
Overconsumptie van zorg	positief	3,68	51,05	45,27
	negatief	2,25	12,73	85,02
Lagere kwaliteit van zorg	positief	5,24	81,68	13,08
	negatief	5,24	35,21	59,55
Duurder voor maatschappij	positief	18,32	54,45	27,23
	negatief	23,97	19,48	56,55
Minder autonomie arts/patiënt	positief	11,52	56,02	32,46
	negatief	9,77	11,28	78,95
(N = 437)				
Haalbaarheid invoering in praktijk	positief	6,63	45,30	48,07
	negatief	6,64	77,73	15,63
Proces niet/onvoldoende gekend	positief	1,12	20,22	78,66
	negatief	5,62	23,69	70,69
Geen prestatiegebonden functies	positief	9,60	35,03	55,37
	negatief	8,43	8,84	82,73
Probleem zorgcontinuïteit	positief	3,39	77,97	18,64
	negatief	8,47	66,94	24,59
Administratie niet/onvoldoende gekend	positief	2,27	16,48	81,25
	negatief	6,02	20,08	73,90
Administratie te zwaar	positief	11,24	16,29	72,47
	negatief	11,20	9,20	79,60
Inkomsten onduidelijk/te laag	positief	16,85	25,84	57,31
	negatief	16,19	12,15	71,66
Uitgaven onduidelijk/te hoog	positief	21,47	29,94	48,59
	negatief	22,45	17,14	60,41
Wijziging patiëntenpopulatie	positief	10,23	53,98	35,79
	negatief	11,20	30,80	58,00
Praktijkcollega's niet positief*	positief	12,69	35,82	51,49
	negatief	19,46	6,04	74,50
Inkomensverdeling collega's moeilijk*	positief	11,85	31,85	56,30
	negatief	14,86	25,00	60,14

* Studiepopulatie zonder solo-artsen, collega-gebonden drempels niet van toepassing (N = 286).

Tabel 4. Samenhang arts- en praktijkkenmerken met ervaren drempels (odds ratio met 95% BI)

	Houding t.o.v. principe	Haalbaarheid invoering in praktijk	Onvoldoende bekendheid systeem
Geslacht	1,263 (0,855-1,867)	1,253 (0,849-1,851)	1,437 (0,981-2,107)
Leeftijd	0,949 (0,674-1,336)	1,252 (0,890-1,763)	0,781 (0,559-1,092)
Afstudeeruniversiteit	0,959 (0,772-1,193)	0,978 (0,787-1,216)	0,842 (0,680-1,042)
Werkervaring	0,809 (0,572-1,145)	0,775 (0,548-1,096)	1,039 (0,740-1,459)
Praktijkvorm	1,507 (1,248-1,821)*	1,111 (0,924-1,337)	0,902 (0,752-1,081)
Praktijklocatie	1,080 (0,860-1,356)	1,017 (0,810-1,276)	1,502 (1,199-1,881)*

* Statistisch significant resultaat

Tabel 5. Bijkomend geïdentificeerde drempels

Drempel	**# vermeldingen**
• Evolutie naar 'ambtenarengeneeskunde': vaste kantooruren, verminderde inzet, burn-out, staatscontrole	13
• Minder waardering en respect voor huisartsgeneeskunde	9
• Oneerlijke concurrentie t.o.v. artsen met remgeld	4

Discussie

In deze studie wordt onderzocht welke bezwaren er bestaan voor de omschakeling van de betaling per prestatie naar het forfaitair betalingssysteem bij huisartsenpraktijken in het Vlaams Gewest, en of deze eerder principieel of praktisch van aard zijn. Beide soorten blijken aanwezig te zijn: slechts 40% van de respondenten heeft een positieve houding ten opzichte van het principe van het systeem, waarvan op zijn beurt maar 48% de invoering praktisch haalbaar acht.

Slechts een minderheid van de respondenten laat zich dus positief uit ten opzichte van het principe van het forfaitair systeem. De elementen die het meest bijdragen tot een negatieve houding zijn een connotatie met armoede of ideologie, een verminderde autonomie voor arts en/of patiënt en een overconsumptie van huisartsgeneeskundige zorgen. Deze elementen kunnen genuanceerd maar niet weerlegd worden op basis van de beschikbare literatuur. Zo staat de inschrijving in forfaitaire praktijken open voor iedereen maar hebben deze praktijken toch een groter aandeel van minder begoede patiënten.[3] Met betrekking tot de mogelijke overconsumptie van huisartsgeneeskundige zorgen zijn er geen cijfergegevens beschikbaar. De neergeschreven persoonlijke inschattingen leveren uiteenlopende conclusies op. Het forfaitair systeem maakt de zorg laagdrempeliger hetgeen patiëntenopvoeding wellicht belangrijker maakt.[13,17] Andere drempels die door meer dan de helft van de respondenten met een negatieve houding worden onderschreven, zijn een risicoselectie van weinig zorgbehoevenden, een lagere kwaliteit van zorg en een hogere kost voor de maatschappij. Deze elementen zijn als nadelen van het forfaitair systeem beschreven in de internationale literatuur maar door het onderzoek van het KCE weerlegd in de Belgische context.[3] Deze misvattingen wijzen dus op een kennishiaat. Zowel bij de respondenten met een negatieve als een positieve houding geeft bijna de helft aan onvoldoende kennis van het systeem als een drempel te beschouwen. De respondenten die dit kennistekort niet aangeven vermelden evenwel niet significant minder vaak bovenstaande misvattingen, wel is er bij hen een beperkte correlatie met een positievere houding

ten opzichte van het principe van het systeem. De kennis over het forfaitair systeem is in dit onderzoek echter niet objectief bevraagd. Het gaat hier om een subjectieve scoring van de mate waarin onvoldoende kennis bijdraagt aan een negatieve houding. Dit vormt daarom wellicht een onderschatting van het feitelijke gebrek aan kennis over het systeem.

Ook de praktische invoering van het forfaitair systeem wordt maar haalbaar geacht door een minderheid van de respondenten. Bij de respondenten met een positieve houding ten opzichte van het principe denken beduidend meer artsen dat het haalbaar is in hun praktijk, maar is dit toch nog steeds beperkt tot 48%. De belangrijkste drempels die door deze groep aangegeven worden, wijzen ook hier in eerste instantie op beperkte verspreiding van informatie over het systeem: onduidelijke procedure, administratieve vereisten, inkomsten en uitgaven. De procedure voor de invoering van en de administratieve vereisten voor het werken met het forfaitair systeem zijn beschreven op de website van het RIZIV. Het initiële forfaitbedrag voor nieuwe medische huizen is hier ook terug te vinden. De berekeningsmethode van het forfait is daarentegen niet eenvoudig raadpleegbaar en toepasbaar.[6] Dit is nochtans cruciaal om de evolutie van de inkomsten van de praktijk bij een omschakeling te kunnen inschatten, zeker omdat de inkomstenverdeling tussen collega's als belangrijke drempel wordt ervaren. Het verbod op de combinatie met prestatiegebonden functies wordt door 55 en 82% van de respondenten als drempel beschouwd in geval van respectievelijk een positieve en negatieve houding ten opzichte van het systeem. Dit verbod is inherent aan het forfaitair betalingssysteem om risicoselectie tegen te gaan, maar is niet absoluut.[5]

Er worden in dit onderzoek weinig correlaties met arts- en praktijkkenmerken waargenomen die een gerichtere promotie van het systeem mogelijk zouden maken.

Het sterkste punt van deze studie wordt gevormd door de studiepopulatie: deze vormt een aanzienlijk staal van de beoogde doelpopulatie en is heterogeen samengesteld. Op basis van de heterogeniteit van de studiepopulatie en de antwoorden lijkt de kans op een belangrijke selectiebias klein.

De grootste zwakte van de studie bestaat uit de mogelijkheid van vertekening van de resultaten ten gevolge van een verkeerde invulling van het forfaitair betalingssysteem door de respondenten. Het begrip is niet nader verklaard of bevraagd in het onderzoek. Enkel in het geval van een reactie op een vrije antwoordmogelijkheid die duidt op dergelijke misinterpretatie kan deze respondent geëxcludeerd worden. Tevens is de exclusie van artsen die al in een forfaitaire praktijk werken niet gegarandeerd ondanks de vermelding van dit criterium in de uitnodigingsmail. Dit blijkt uit enkele reacties op de vrije antwoordmogelijkheden. Ook hier is exclusie in tweede instantie enkel mogelijk indien dergelijke vrije reactie gegeven wordt.

De classificatie van bepaalde drempels als principieel of praktisch is voor discussie vatbaar. De respondenten lijken echter wel een onderscheid te maken tussen de algemene vraag naar de houding ten opzichte van het principe van het systeem en deze naar de praktische haalbaarheid ervan: er is een te verwachten correlatie tussen beiden, maar deze is niet van die grootteorde dat tweemaal hetzelfde gemeten is.

Dit onderzoek richt zich op de monodisciplinaire toepassing van het forfaitair betalingssysteem. Het ontstaan, de aannames en gevolgtrekkingen van dit onderzoek zijn voor een belangrijk deel

gebaseerd op het KCE rapport 85A. Het is echter niet uitgesloten dat de positieve effecten die daarin worden toegewezen aan het forfaitair betalingssysteem, ten dele, te wijten zijn aan het gegeven dat dit systeem voornamelijk toegepast wordt in multidisciplinaire groepspraktijken die zich inschrijven in het uitgewerkte concept van de VWGC, GVHV of Maisons Médicales. Zoals ook aangegeven wordt in dit rapport is bijkomend onderzoek met differentiatie tussen mono- en pluridisciplinaire praktijken aangewezen om na te gaan of de geobserveerde effecten enkel aan het betalingssysteem gebonden zijn.[3] Met de invoering van de nieuwe berekeningswijze voor het forfait is wel reeds het engagement aangegaan om hier kwaliteitsindicatoren aan te koppelen om de duurzaamheid van de positieve effecten te garanderen.[4-5]

Conclusies

Het forfaitair betalingssysteem voor huisartsgeneeskundige zorgen wordt in Vlaanderen nog weinig toegepast ondanks een aantal positieve effecten voor patiënt, arts en maatschappij die verdere verspreiding van dit systeem opportuun lijken te maken. In deze studie wordt onderzocht welke drempels er bij huisartsen worden ervaren voor het gebruik van dit systeem. Deze bevinden zich zowel op principieel als praktisch niveau en blijken wijdverspreid te zijn onder de Vlaamse huisartsen. Ze zijn weinig afhankelijk van arts- en praktijkkenmerken. Een belangrijk deel van de ervaren drempels heeft te maken met onvoldoende of foutieve kennis over het systeem. Een sensibilisering van de (toekomstige) Vlaamse huisartsen over de juiste modaliteiten van het forfaitair systeem is dan ook primordiaal. In de toekomst zal evenwel geëvalueerd moeten worden of de positieve effecten van het forfaitair betalingssysteem duurzaam blijken bij toepassing van het systeem in verschillende praktijkvormen. Naar analogie met de VWGC en GVHV kan het recent opgerichte FEPRAFO wellicht een rol spelen bij de vrijwaring van deze positieve effecten door het verder ontwikkelen van het concept binnen verschillende praktijkvormen.

Voetnoten

Noot 1

Overzicht van voor- en nadelen van verschillende betalingssystemen volgens de internationale literatuur[3]:

Gezondheidsobjectieven	Betaling per prestatie	Forfaitair systeem	Geïntegreerd forfaitair systeem	Loondienst
Eerste contact	0	+	++	0
Toegankelijkheid	-	++	+	-
Continuïteit	-	+	++	-
Algemeenheid	-	+	+	+
Coördinatie	-	+	++	-
Voordelen voor de zorgverlener				
Financiële zekerheid	?	+	?	++
Autonomie	++	+	+	0
Voordelen voor de patiënt				
Kwaliteit zorgcontact	++	+	+	-
Toegankelijkheid	+	++	++	++
Keuzevrijheid	++	+	+	0
Voordelen voor de gemeenschap				
Voorspelbaarheid uitgaven	--	++	+++	++
Billijkheid	-	++		++
Nadelen				
Aanbieder gestuurde vraag	Ja			
Risicoselectie (weinig zorgbehoevenden)		Ja	Ja	
Overmatige verwijzing 2e lijn		Ja		Ja
Kortere raadplegingen		Ja	Ja	Ja
Toename voorschriften		Ja		

- tot -- : slecht tot zeer slecht 0 : neutraal + tot ++ : goed tot zeer goed ? : onbekend

Noot 2

In de literatuur is het forfaitair betalingssysteem ook gekend als capitatie-systeem of abonnementssysteem.

Noot 3

In feite zijn in België zowel de betaling per prestatie als het forfaitair systeem gemengde systemen. In het prestatiegebonden systeem bestaan er de laatste jaren meer en meer forfaitaire vergoedingen, evenwel vaak met andere eenheden dan de patiënt, zoals het globaal medisch dossier, zorgtrajecten en praktijkondersteunende premies. In het forfaitaire systeem is er een beperkte betaling van prestaties per akte: technische prestaties, verrichtingen gedurende de eerste (drie) maand(en) van inschrijving, aktes bij niet-ingeschrevenen rechthebbenden in het kader van een wachtdienst of tijdelijk verblijf in het werkingsgebied en dringende medische hulp aan niet-rechthebbenden. Het aandeel van deze andere verloningen is echter beperkt. De twee systemen blijven in België dan ook duidelijk gedifferentieerd en gebaseerd op enerzijds prestatiegebonden verloning en anderzijds forfaitaire betaling.

Noot 4

Http://www.riziv.fgov.be/care/nl/medical-house/index.htm geeft de officiële informatie vanuit het RIZIV over het systeem van de medische huizen. Hier zijn de administratieve vereisten voor het werken met het forfaitair betalingssysteem te vinden, alsmede het geldende forfaitbedrag voor huisartsgeneeskundige zorgen voor nieuwe medische huizen. Van 1 juni 2014 tot 30 mei 2015 bedraagt dit forfait € 14,83.

Er wordt hier evenwel geen informatie gegeven met betrekking tot de modaliteiten en berekening van het forfait voor mature medische huizen (praktijken die sedert minstens twee jaar een akkoord hebben gesloten waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen en een stabiele populatie van minstens 500 rechthebbenden tellen). Hiervoor dient men zich te wenden tot het van toepassing zijnde koninklijk besluit (KB). In de wettekst zelf worden de modaliteiten aangaande nieuwe en mature medische huizen vermeld. In de bijlage van het KB wordt de formule voor de berekening van het maandelijkse forfaitbedrag van mature medische huizen weergegeven:[5]

$$F_{z,d}^{a} = \frac{X_d}{N_d} + \frac{\left\{\sum_{i=1}^{i=v} \beta_{i,d}^{z-2} \left(A_i - \bar{M}_{i,d}\right)\right\}}{12}$$

d = discipline (artsen, kinesitherapeuten of verpleegkundigen)
$F_{z,d}^{a}$ = Forfait voor centrum a, voor jaar z en voor discipline d
X_d = som van alle forfaits van de stabiele populatie in de mature centra die discipline d aanbieden.
v = aantal variabelen in het model
$\beta_{i,d}^{z-2}$ = waarde van de variabele i berekend door het IMA/RIZIV op basis van de uitgaven in jaar z-2 (op basis van regressie-analyse in de permanente steekproef zonder oververtegenwordiging van de individuen ouder dan 65 jaar, na weging door de factor "gemiddelde uitgave per act voor de discipline d / gemiddelde uitgave via regressie")
A_i =
(aantal rechthebbenden in het jaar z-1 behorend tot de stabiele populatie van HET medisch huis a, op wie de variabele betrekking heeft)/(totaal aantal stabiele patiënten van HET matuur medisch huis)
$\bar{M}_{i,S}$ =
(aantal rechthebbenden behorend tot de stabiele populatie van DE mature centra die in het jaar z-1 discipline d aanbieden, op wie de variabele i betrekking heeft)/(totale stabiele populatie van DE mature medische huizen die in het jaar z-1 discipline d aanbieden)

Noot 5

De vijf zelfstandige praktijken zijn: Medisch Huis Collin, Praktijkhuis Baarle, Groepspraktijk Zonhoverweg en de wijkgezondheidscentra 't Spoor en Zuidrand. Wijkgezondheidscentrum 't Spoor heeft de VWGC verlaten, Zuidrand is ontstaan vanuit 't Spoor en is nooit lid geweest van de VWGC. De eerste drie zijn stichtende leden van vzw Feprafo. Deze federatie heeft één zetel in de RIZIV-commissie belast met het sluiten van de akkoorden betreffende het forfait.

Noot 6

Gebaseerd op de gegevens van 2012. Op 31/12/2012 waren er 8181 erkende huisartsen geregistreerd in Vlaanderen en 436 huisartsen in opleiding.[18]

Referenties

(1) De Maeseneer J, Bogaert K, De Prins L, Groenewegen P. A literature review. In: Brown S, redacteur. Physician funding and health care systems - an international perspective. London: Royal College of General Practitioners; 1999. p. 17-32.

(2) Art B, De Maeseneer J. Forfaitaire betaling: een beter systeem voor patiënt en huisarts? Website Wijkgezondheidscentrum De Kaai 2014. Beschikbaar via: http://www.wgcdekaai.be/media/tekst/Artikel%20forfaitaire%20betaling%20-%20Bruno%20Art%20-%20Jan%20De%20Maeseneer.pdf. Geraadpleegd 2012 november.

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

(4) Hens E. Medische huizen gefinancierd op basis zorgnoden patiënteel. InterVisie 2014; 2: 6-7.

(5) Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen, Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen, (april 23, 2013).

(6) Medische Huizen. Website Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering 2014. Beschikbaar via: www.riziv.fgov.be/care/nl/medical-house/index.htm. Geraadpleegd 2014 april 28.

(7) Emplit G, Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Lijst medische huizen 31/12/2012. 2013 juni 14 [E-mail].

(8) De Maeseneer J, De Roo L, Willems S. Wijkgezondheidscentra in Vlaanderen. In: Dierickx D, Oosterlynck S, Coene J, Van Haarlem A, redacteurs. Armoede en sociale uitsluiting - Jaarboek 2012. Leuven: Acco; 2012. p. 233-45.

(9) Geschiedenis. Website Vereniging van Wijkgezondheidscentra 2013. Beschikbaar via: http://www.vwgc.be/index.php?page=2&titel=Geschiedenis&style=blauw. Geraadpleegd op 2014 januari 11.

(10) Over GVHV. Website Geneeskunde voor het Volk 2014. Beschikbaar via: http://gvhv-mplp.be/nl/over. Geraadpleegd op 2014 januari 11.

(11) Feprafo. Website Federatie van eerstelijnspraktijken met forfaitaire financiering 2014. Beschikbaar via: www.feprafo.be. Geraadpleegd 2014 april 28.

(12) Vodde C. Een analyse van het overschakelen naar het forfaitaire betalingssysteem in een traditionele praktijk in Vlaanderen [Thesis]. Leuven: Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding; 2010.

(13) De Winter S. Forfait versus prestatiegeneeskunde. De perceptie van de huisarts op de 2 grote systemen in de huisartsgeneeskunde en hun mogelijke invloed op de arts-patiënt relatie [Thesis]. Leuven: Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding; 2010.

(14) Nolf E. De oprichting van een wijkgezondheidscentrum in Vlaanderen: kennismaking en handleiding. Brussel: Vereniging van Wijkgezondheidscentra; 2005. p. 81.

(15) Paligot F. Passer de l'acte au forfait. Bruxelles: Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones; 2008. p. 8.

(16) Passer de l'acte au forfait. Quels enjeux. Bruxelles: Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophone; 2010. p. 14.

(17) Ampe M, Grouwels Y. Forfaitaire betalingswijze: ook interessant alternatief voor monodisciplinaire huisartsenpraktijk. 2010 maart 1 [Ongepubliceerd pamflet].

(18) Werkgroep Statan. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Aantal beoefenaars op 31/12/2012 en instroom 2012. Brussel: Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2013. p. 98.

Bijlage 1. Online-vragenlijst

Pagina: 1

Forfaitair betalingssysteem voor huisartsgeneeskundige zorgen

In België bestaan er twee systemen voor de verloning van huisartsgeneeskundige zorgen: de prestatie gebaseerde betaling en het forfaitair betalingssysteem.
We willen de mening kennen over het gebruik van het forfaitair betalingssysteem in de huisartsgeneeskunde, bij artsen die (nog) niet met dit systeem werken.
Hiertoe zullen we uw houding bevragen ten opzichte van het principe van dit systeem en de praktische haalbaarheid ervan binnen uw specifieke praktijk.

Dit onderzoek richt zich op de monodisciplinaire toepassing van het forfaitair systeem, voor huisartsgeneeskundige zorgen alleen.

Uw antwoorden worden anoniem verwerkt.

Pagina: 2

1. **Welke houding heeft u persoonlijk ten opzichte van het principe van het forfaitair betalingssysteem voor huisartsgeneeskundige zorgen, los van eventuele praktische bezwaren bij de overstap naar of het werken met het systeem in uw specifieke praktijk?** *

- Heel negatief
- Eerder negatief
- Eerder positief
- Heel positief
- Geen mening

2. **Volgende ideeën kunnen ertoe bijdragen dat u zich niet heel positief uitlaat tegenover het principe van het forfaitair systeem.**
   In welke mate is dit het geval voor u?

   Het forfaitair systeem...

	Helemaal niet akkoord	**Eerder niet akkoord**	**Eerder akkoord**	**Helemaal akkoord**	**Geen mening**
- is me niet/onvoldoende bekend					
- heeft een ideologische connotatie/is verbonden met armoede					
- leidt tot een risicoselectie van weinig zorgbehoevende patiënten					
- leidt tot een risicoselectie van zwaar zorgbehoevende patiënten					
- zorgt voor een overconsumptie van zorgen					
- gaat gepaard met een lagere kwaliteit van zorg					
- is duurder voor de maatschappij					
- leidt tot minder autonomie voor arts en/of patiënt					

3. Andere ideeën die hiertoe bijdragen:

Pagina: 3

4. **Hoe haalbaar acht u de invoering van en het werken met het forfaitair systeem voor huisartsgeneeskundige zorgen in uw specifieke praktijk?** *

- Onhaalbaar
- Redelijk moeilijk haalbaar
- Redelijk gemakkelijk haalbaar
- Perfect haalbaar
- Geen mening

5. **Volgende elementen kunnen ertoe bijdragen dat u het forfaitair systeem niet perfect haalbaar acht voor uw praktijk.** In welke mate is dit het geval voor uw praktijk?

	Helemaal niet akkoord	**Eerder niet akkoord**	**Eerder akkoord**	**Helemaal akkoord**	**Geen mening**
- Mijn collega's in de praktijk staan niet positief tegenover het systeem					
- De onmogelijkheid om tevens prestatiegebonden functies uit te oefenen					
- De procedure voor de invoering van het systeem is niet/onvoldoende gekend					
- Het is moeilijk om de inkomensverdeling tussen de collega's te regelen					
- Mijn praktijk kan de continuïteit van de zorgverlening niet voldoende garanderen					
- De administratieve vereisten voor het werken met het systeem zijn niet/onvoldoende gekend					
- Nood aan (bijkomend) administratief personeel/De administratieve lasten zijn te zwaar					
- De te verwachten inkomsten zijn onduidelijk/te laag					
- De te verwachten uitgaven zijn onduidelijk/te hoog					
- Angst voor wijziging van de patiëntenpopulatie					

6. Andere elementen die hiertoe bijdragen:

Pagina: 4

Tot slot had ik graag enkele kenmerken van u en uw praktijk vernomen:

7. **Uw geslacht:** maak uw keuze (man/vrouw)

8. **Uw leeftijd:** maak uw keuze (25-34/35-44/45-54/>55 jaar)

9. **Uw universiteit van afstuderen:** maak uw keuze (Antwerpen/Brussel/Leuven/Gent/andere)

10. **Uw praktijkervaring:** maak uw keuze (in opleiding/0-10/10-20/>20 jaar)

11. **Uw praktijkvorm:** maak uw keuze (solo-arts/duo-praktijk/groepspraktijk/multidisciplinaire praktijk/andere samenwerkingsvorm)

12. **Ligging van uw praktijk:** maak uw keuze (stedelijk/kleinstedelijk/ruraal)

13. **Postcode van uw praktijk:**

Pagina: 5

14. **Eventuele opmerkingen bij deze enquête kan u hier kwijt:**

15. **Wenst u kans te maken op een kleine attentie?** Neen/ja

16. **Wenst u op de hoogte gehouden te worden van de resultaten van dit onderzoek?** Neen/ja

17. Gelieve dan hier uw e-mailadres in te vullen:

Pagina: 6

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Indien aangeduid kan u de resultaten van de studie en/of loting verwachten einde mei 2014.

Met vriendelijke groeten,

Michael Erkens
Huisarts-in-opleiding

Bijlage 2. Elektronische uitnodiging tot deelname aan onderzoek

Geachte,

mag ik u verzoeken onderstaande vraag naar deelname aan een masterproef door te sturen naar de leden van uw huisartsenkring?
Graag had ik ook vernomen hoeveel leden uw kring telt, om de respons te kunnen inschatten.

Dank bij voorbaat,

Dr. Michael Erkens

Geachte collega,

Graag zou ik **4 à 6 minuten** van uw tijd willen vragen voor het beantwoorden van een online-enquête in het kader van mijn masterproef.
We willen de mening kennen over het gebruik van het **forfaitair betalingssysteem** in de huisartsgeneeskunde, bij artsen die (nog) **niet** met dit systeem werken.

Onder de deelnemers wordt er een kleine **attentie** verloot.

Klik hier om naar de enquête te gaan.

Dank bij voorbaat,
Michael Erkens
Huisarts-in-opleiding

Promotor: Prof. dr. Birgitte Schoenmakers

Bijlage 3. Codeboek

Likert-schalen principiële en praktische drempels

Antwoord			Codering
Heel negatief	Helemaal niet akkoord	Onhaalbaar	1
Eerder negatief	Eerder niet akkoord	Moeilijk haalbaar	2
Eerder positief	Eerder akkoord	Gemakkelijk haalbaar	3
Heel positief	Helemaal akkoord	Perfect haalbaar	4
Geen mening	Geen mening	Geen mening	5

Achtergrondvariabelen

Variabele	Antwoord	Codering
Geslacht	Man	1
	Vrouw	2
Leeftijd	25-34	1
	35-44	2
	45-54	3
	>55	4
Afstudeeruniversiteit	Antwerpen (UA)	1
	Brussel (VUB)	2
	Leuven (KULeuven)	3
	Gent (UGent)	4
	Andere	5
Praktijkervaring	In opleiding (HAIO)	1
	0-10	2
	10-20	3
	>20	4
Praktijkvorm	Solo-arts	1
	Duo-praktijk	2
	Groepspraktijk	3
	Multidisciplinaire praktijk	4
	Andere samenwerkingsvorm	5
Praktijkligging	Stedelijk	1
	Kleinstedelijk	2
	Ruraal	3