



**ICHO**<sub>vzw</sub>

**Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding vzw**  
(K.U.Leuven – Universiteit Gent – Universiteit Antwerpen – Vrije Universiteit Brussel)

***Een analyse van het overschakelen naar het  
forfaitaire betalingssysteem  
in een traditionele praktijk in Vlaanderen***

Chris Vodde

Master na Master Huisartsgeneeskunde  
Academie jaar 2009-2010

Promotor prof. dr. Johan Wens  
Begeleider prof. dr. Roy Remmen

## **Dankwoord**

Dankzij de zorgen van mijn vrouw Jung Hwa heb ik mij de afgelopen 2 jaar volledig kunnen inzetten voor dit eindwerk en de vele opdrachten van het portofolio. Mijn dank gaat ook uit naar Prof. Dr. Remmen en Prof. Dr. Wens voor de externe motivatie, de aanwijzingen voor deelprojecten en het begeleiden van het schrijven van dit eindwerk. Mijn collega's wil ik ook danken voor de verbeteringen die zij bij de vele versies van dit eindwerk hebben gesuggereerd. Ik hoop dat andere huisartsen in Vlaanderen kunnen profiteren van de ervaring die Praktijkhuis Baarle met de overstap naar het forfaitair betalingssysteem heeft opgedaan.

Chris Vodde, 18 april 2010.

## Inhoud

Inleiding .....	4
Wat is er bekend over verschillende betalingssystemen? .....	6
Hoe zit het in België? .....	7
Methode .....	8
1. Hoe is de overstap naar het forfait in andere praktijken verlopen? .....	9
Inleiding .....	9
Methode .....	9
Selectie van de praktijken .....	9
Resultaten .....	10
1. Welke stappen zijn nodig voor de overgang naar het forfaitair systeem? .....	10
2. Welke voordelen en nadelen zijn er in het forfaitair systeem? .....	10
3. Welke investeringen zijn nodig voor de overgang naar het forfaitair systeem? .....	12
4. Hoe verandert de tijdsbesteding aan administratieve taken? .....	12
2. Houding van de patiënten over forfaitair werken .....	13
Inleiding .....	13
Methode .....	13
Resultaten .....	13
1. De schatting van het aantal patiënten die zullen inschrijven .....	13
2. De mening van de patiënt over het belangrijkste knelpunt .....	13
3. Is het uitbesteden van zorg aan de verpleegkundige een probleem voor de patiënt? .....	14
4. De informatiebehoefte .....	14
3. A-priori een schatting maken van de inkomsten na invoering van het forfaitair systeem .....	15
Inleiding .....	15
Methode .....	15
Resultaten .....	16
Bespreking .....	16
4. De patiënten informeren over het forfaitaire systeem en laten inschrijven .....	17
5. Hoe is het verloop van de aanwas van ingeschreven patiënten? .....	18
Inleiding .....	18
Methode .....	18
Resultaten .....	18
Bespreking .....	18
6. Wat is de administratieve belasting in het nieuwe systeem? .....	20
Inleiding .....	20
Methode .....	20
Resultaten .....	20
1. Patiëntenadministratie .....	20
2. Het factureren .....	20
3. Terugbetalingen .....	20
Bespreking .....	21
7. Hoe zijn de inkomsten veranderd? .....	22
Inleiding .....	22
Methode .....	22
Resultaten .....	22
Bespreking .....	23
8. Tevredenheid .....	24
Inleiding .....	24
Tevredenheid van patiënten .....	24
Methode .....	24
Resultaten .....	24
Tevredenheid van praktijkmedewerkers .....	24
Methode .....	24
Resultaten .....	25
Praktijkassistentes .....	25
Dokters en praktijkverpleegkundige .....	25
Voordelen .....	25
Nadelen .....	25

Is men anders gaan werken? .....	25
Bespreking .....	27
Conclusie .....	27
Verbeterpunten in het forfaitaire systeem .....	28
Literatuur lijst .....	29
Bijlage 1 .....	30
Bijlage 2 .....	31
Bijlage 3 .....	32
Bijlage 4 .....	33
Bijlage 5 .....	34

## Inleiding

Praktijkhuis Baarle is een huisartsengroepspraktijk op de grens van België en Nederland met ongeveer 5500 patiënten. Er werken 4 artsen, 1 HAO, 1 praktijkverpleegkundige en 3 doktersassistentes. De praktijk richt zich op een laagdrempelige en kwaliteitsvolle hulpverlening. De zorg voor de patiënt wordt gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de patiënt en alle eerstelijns hulpverleners. De verschillende zorgtaken en gezondheidsbevorderende taken worden uitgevoerd door ter zake deskundige medewerkers. Er is een intensieve samenwerking met andere eerstelijns disciplines zoals kinesitherapie, psychologie, logopedie, de diëtist en de wijkverpleegkundigen in de buurt. De praktijkpopulatie bestaat voor 2/3 uit Nederlandse en 1/3 uit Belgische patiënten. De beloning voor het Nederlandse deel van de populatie is gemengd. De betalingen gebeuren deels forfaitair op basis van inschrijvingen en deels per verrichting. De declaratieprocessen verlopen voor het grootste deel automatisch. Voor het Belgische deel van de populatie werd er naast het Globaal Medisch Dossier (GMD) en de zorgtrajecten direct per prestatie betaald. In het Belgische prestatiegebonden beloningssysteem werden er met de praktijkvoering drie groepen problemen ervaren.

Ten eerste zorgde de betaling per prestatie bij elk consult voor een grotere administratieve last bij Belgische patiënten vergeleken met Nederlandse patiënten. Deze last bestond uit het verliezen van tijd tijdens een consult door het uitschrijven van een prestatiebriefje, het innen, terugbetalen en het wisselen van geld. Bij een erg kort contact was het soms vervelend om een volledig consult aan te rekenen. Door de contante prestatiegebonden betaling kon de arts soms veel geld op zak hebben, met alle daarbij horende risico's. Tevens konden sommige patiënten moeilijk betalen.

Het tweede probleem was het delegeren van taken aan het personeel. De praktijkverpleegkundige neemt onder supervisie een aantal taken van de artsen over. Zij begeleidt de zorg voor chronisch zieke patiënten, zoals de instelling van de anticoagulantia (1), de diabeteszorg, de zorg voor COPD en astmapatiënten en de wondzorg. Door het verschijnen van nieuwe zorgtrajecten gaan in de toekomst waarschijnlijk meer taken naar de praktijkverpleegkundige gedelegeerd worden. Een praktijkverpleegkundige komt in België nog niet vaak voor in de huisartsenpraktijk. Het terugbetalingssysteem is hier nog niet op voorzien. Aangezien men een verpleegkundige moet betalen als bediende en de erelonen voor deze prestaties voorbehouden zijn aan huisartsen, kost het delegeren van taken aan een praktijkverpleegkundige in het Belgische prestatiegebonden systeem veel geld.

Het derde probleem was de slecht omschreven praktijkpopulatie in het Belgische systeem van betaling per prestatie en vrije artsenuitvoering. Niet iedereen sluit een GMD af. Een goed omschreven populatie is nodig voor het organiseren van preventieve campagnes zoals de griepvaccinatie. Om gericht mensen met risicofactoren uit te kunnen nodigen moet men zeker weten wie er ingeschreven is en het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) moet goed in orde zijn.

Praktijkhuis Baarle dacht met de invoering van het forfaitaire systeem de visie op de eerstelijns geneeskunde meer uitvoerbaar te kunnen maken. Men verwachtte meer flexibiliteit te kunnen creëren in de loopbaanontwikkeling van de artsen en andere medewerkers. Het delegeren van taken zou makkelijker en de administratie

doorzichtiger worden. Deze overwegingen maakten dat Praktijkhuis Baarle in juni 2009 overgestapt is naar het Belgische forfaitaire systeem.

De doelstelling van deze master na master thesis was de overgang in een groepspraktijk van een traditioneel betalingssysteem naar een forfaitair systeem te ondersteunen en te beschrijven. Dit eindwerk beschrijft de processen die hebben plaatsgevonden en geeft een korte en kritische evaluatie van de veranderingen die werden ingezet.

## **Wat is er bekend over verschillende betalingssystemen?**

Er zijn algemeen bekeken drie betalingssystemen voor huisartsgeneeskunde. De betaling per verrichting (fee for service) is het meest gangbaar in België. In het forfaitair systeem (capitation based fee) wordt de praktijk of de arts betaald per verzorgde patiënt per tijdseenheid. In sommige landen wordt door de overheid aan huisartsen een salaris betaald. De verschillende systemen worden ook gemengd gebruikt. Het gebruik van de verschillende systemen heeft vaak politieke of ideologische achtergronden. Het forfaitair systeem wordt gebruikt om de gezondheidszorg toegankelijker te maken voor de sociaal zwakkere bevolking of in een poging om de totale kosten van de gezondheidszorg te verlagen (2). Artsen kunnen betaald worden als zelfstandige of in loondienst in de drie systemen.

Forfaitair werken, zoals in de Amerikaanse Health Maintenance Organisations, leidde tot een minder intensief gebruik van ziekenhuizen (3). Forfaitair werken vermindert het volume aan voorschriften met 0-24%, en het aantal hospitalisatie dagen met 80%(4). Lage inkomens groepen maken minder gebruik van systemen waar direct betaalt moet worden dan in systemen waarin de zorg bij levering gratis is (3).

Een studie van de Cochrane collaboration (5) uit 2000 laat zien dat artsen die per prestatie werken, meer contacten met patiënten hebben en meer visites uitvoeren. Dit grotere aantal contacten leidt tot een betere continuïteit. Ze verwijzen meer naar specialisten en verlenen meer diagnostische en curatieve zorg. Ze schrijven minder herhaalrecepten uit vergeleken met artsen die werken in een forfaitair systeem. Toch zijn patiënten minder tevreden over de toegankelijkheid tot hun arts in vergelijking met artsen die een salaris krijgen. De auteurs stellen dat per prestatie werkende artsen een grotere kwantiteit aan zorg verlenen.

Er zijn aanwijzingen voor de invloed van betalingsmethode op het gedrag van artsen maar deze zijn niet generaliseerbaar. Het effect van de verschillende systemen op de gezondheid van de patiënt is nog niet duidelijk. Er is tot op heden weinig bekend over de impact van de verschillende betalingssystemen op de algemene gezondheidstoestand van patiënten (6) (3). Werken per prestatie leidt wel tot een toename van verrichtingen die geld opleveren (3) de zogenaamde supplier induced demand.

## Hoe zit het in België?

In België werken de meeste huisartsen per prestatie. Er zijn slechts ongeveer 100 praktijken die een beroep doen op het forfaitaire systeem en zij verzorgen ongeveer 2% van de Belgische bevolking. Deze laatste zijn vooral groepspraktijken in Wallonië, met name de Maison Medicales (7)(MM, n=85) en in Vlaanderen vooral de Wijkgezondheidscentra (8)(VWGC n=20) en de praktijken van Geneeskunde voor het Volk (9)(GVHV, n= 11). De huisarts, maar vaker de organisatie waarin de huisarts werkzaam is, krijgt een maandelijkse vergoeding voor elke ingeschreven patiënt. Huisartsen in het forfaitair systeem zijn zelfstandig (sommige MM) of werken in loondienst (VWGC, GVHV).

Uit een recente Belgische studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Volksgezondheid (10) bleek ook dat in België de macro-economische kosten in de twee systemen bij vergelijkbare groepen patiënten ongeveer even groot zijn. Ook de doelmatigheid in de zorg is vergelijkbaar. Maar op het vlak van preventie en evidence based werken scoren forfaitair werkende praktijken iets beter. Voor de patiënt zijn de kosten in het forfaitaire systeem lager. Het forfaitaire systeem zorgt voor een afname van het gebruik van de 2e lijn (omdat de 1e lijn beter toegankelijk is) en een toename van het gebruik van generische medicijnen.

Binnen het forfaitaire systeem zijn er enkele varianten mogelijk. Men kan als huisarts monodisciplinair werken. Men kan ook multidisciplinair als huisarts met verpleegkundigen, kinesitherapeuten of met beide samenwerken in een forfaitair betaald samenwerkingsverband.



## Methode

De doelstelling van deze master na master thesis was de overgang in een groepspraktijk van een traditioneel betalingssysteem naar een forfaitair systeem te ondersteunen en te beschrijven. Daartoe werden een aantal stappen gezet. Vooraf werd bestudeerd hoe de overstap in andere praktijken verliep. Vervolgens werd in deze praktijk nagegaan hoe het draagvlak zou zijn bij de patiënten en er werd een financiële simulatie gemaakt. De overgangsfase werd gefaciliteerd door het informeren van de patiënten. Achteraf werd bestudeerd hoe de instroom van patiënten verliep en hoe de werklast en opbrengsten zijn veranderd. Uiteindelijk werd een tevredenheidsonderzoek gedaan bij zowel patiënten als medewerkers van de praktijk.

De beschrijving van dit project wordt aan de hand van 8 deelprojecten gedaan. Telkens wordt de gevolgde methode en de resultaten gerapporteerd. In de bespreking worden alle gegevens in perspectief geplaatst.

1. Hoe is de overstap naar het forfait in andere praktijken verlopen?  
Welke voor en nadelen ondervonden zij van het forfaitair systeem?
2. Hoe is de houding van de patiënten van Praktijkhuis Baarle over het forfaitair systeem?
3. Een schatting maken van de inkomsten na invoering van het forfaitair systeem.
4. De patiënten informeren over het forfaitaire systeem en laten inschrijven.
5. Hoe is het verloop van de aanwas van ingeschreven patiënten?
6. Wat is de administratieve last in het nieuwe systeem?
7. Hoe zijn de inkomsten veranderd?
8. Zijn de patiënten en de praktijkmedewerkers tevreden met de overstap?

# 1. Hoe is de overstap naar het forfait in andere praktijken verlopen?

## Inleiding

Om een beeld te kunnen vormen van de kansen en problemen bij het overstappen naar het forfaitair systeem werden interviews gehouden met praktijken die al in het forfaitair systeem werkten.

## Methode

De interviews werden met een vragenlijst gestructureerd (bijlage 1). De vragenlijst werd opgesteld met als doel de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden. Welke stappen zijn nodig voor de overgang vanuit een betalingssysteem per prestatie naar het forfaitair systeem? Welke voor en nadelen kunnen verwacht worden bij de overgang en het werken in het forfaitair systeem? Welke investeringen zijn nodig voor de overgang naar het forfaitair systeem? Hoe verandert de tijdsbesteding aan administratieve taken?

De interviews werden opgenomen op audiotape. De audiotape werd volledig uitgetypt. Vervolgens werden uit de verslagen van de interviews de voor bovenstaande onderzoeksvragen relevante antwoorden samengebracht. Bij de VWGC is het accent vooral komen te liggen op de voor en nadelen van het multidisciplinaire werken met verpleegkundigen. Hierna volgt een verslag van de vele tips die tijdens de gesprekken naar voor kwamen.

## Selectie van de praktijken

In Vlaanderen zijn twee bekende groepen werkzaam volgens het forfaitair systeem. Dit zijn de praktijken van de VWGC en de GVHV. Navraag bij het RIZIV leverde nog een forfaitair werkende praktijk op in Genk. Met deze groepen werd contact opgenomen om een zo divers mogelijk beeld te kunnen opbouwen van de overstap en het werken in het forfaitair systeem.

De eerste groep komt niet overeen met onze praktijk omdat zij multidisciplinair in het forfait werken en een vzw vormen. Wij werken wel multidisciplinair en onder een dak maar wij wilden als monodisciplinaire huisartspraktijk op het forfaitair systeem overstappen. Tevens zijn de VWGC-praktijken voor een groot deel stadspraktijken. GVHV heeft een duidelijke politieke achtergrond en komt daarom ideologisch niet overeen met onze praktijk. De praktijk in Genk komt het meest overeen met onze praktijk omdat zij ook monodisciplinair werken zonder politieke achtergrond. Het verschil is wel dat deze praktijk slechts twee huisartsen telde zonder praktijkverpleegkundige.

## **Resultaten**

### **1. Welke stappen zijn nodig voor de overgang naar het forfaitair systeem?**

Het eigen personeel, inclusief de artsen moet goed geïnformeerd worden over de voor en de nadelen. Een berekening van de financiële gevolgen is hierbij noodzakelijk.

Er moet een contract afgesloten worden bij het RIZIV. Na het tekenen van het contract krijgt men als praktijk een nieuw RIZIV nummer.

Patiënten moeten geïnformeerd worden. Dit kan ad hoc op het spreekuur of via bijvoorbeeld een informatieve avond. De campagne bestaat uit het verstrekken van informatie over de aard van het systeem, de terugbetaling van prestaties die door andere artsen verricht zijn, het geografisch gebied en de bedenktijd.

Als men beschikt over vrijwilligers zoals bij GVHV zou men het forfaitaire systeem ook op afspraak aan de patiënten individueel kunnen uitleggen. Bij GVHV heeft men de overgang ook in het informatieve blad van de praktijk aangekondigd. Men moet oppassen er geen reclame van te maken.

Het inschrijven van de patiënten kan tegelijk met het informeren van de patiënten gestart worden. De meeste praktijken stellen zich als doel om op de ingangsdatum van het forfaitair systeem 60 a 70% van de patiënten ingeschreven te hebben. Een intensieve campagne zoals bij GVHV te Genk versnelt het behalen van het streefdoel, zij hadden na 4 maanden al 80% van het streefdoel bereikt.

### **2. Welke voordelen en nadelen zijn er in het forfaitair systeem?**

#### **Nadelen**

Tijdens het werken in het forfait zijn er een aantal belangrijke nadelen. Deze nadelen zijn inherent aan het forfaitair systeem en staan vermeld op het contract dat wordt getekend door de patiënt. Als de patiënt zich laat verzorgen door een huisarts die niet in het contract vermeld staat, dan dient de patiënt deze kosten wel te betalen. Terugbetaling daarvan is voorzien in drie situaties.

1. Alle verstrekkingen buiten het geografisch gebied. Dit is het op het contract aangegeven verzorgingsgebied.
2. Verzorging tijdens een georganiseerde wachtdienst, als er geen eigen wachtdienst georganiseerd is.
3. Na instemming door de eigen huisarts om bij een andere zorgverstrekker langs te gaan.

Deze gemaakte kosten worden door de forfaitair werkende praktijk aan de patiënt terugbetaald. Het remgeld wordt nooit terugbetaald.

Dit alles kan een aantal nadelige gevolgen hebben voor de patiënt. Het systeem is minder flexibel. Voor een tweede mening van een andere huisarts of voor een

consult bij een alternatief werkende huisarts moet eerst met de eigen huisarts overlegd worden. Patiënten hebben dus minder keuzevrijheid. De regels in verband met het geografisch gebied en in verband met de wachtdiensten zijn voor sommigen niet duidelijk. Dit kan soms tot een teleurstelling leiden als een consult niet wordt terugbetaald. Patiënten schrijven zich niet altijd op tijd uit bij een verhuizing.

Het heeft ook gevolgen voor de praktijk met forfaitair werkende huisartsen. Men moet goed nadenken over het gebied dat men op het contract vermeldt. Buiten het geografisch gebied moet men alle consulten terugbetalen. Een klein geografisch gebied kan aanleiding geven tot veel terugbetalingen. Men moet goed nadenken over het toestaan van alternatieve geneeskundige consulten. Soms vind een patiënt het niet erg om deze consulten zelf te betalen. In sommige praktijken wordt geadviseerd zich tijdelijk uit te schrijven. De terugbetaling van prestaties kost tijd van het administratief personeel. Bij GVHV in Genk kost het 30 a 45 minuten per week. Het totaal aan terugbetalingen bedraagt ongeveer 2% van de jaaromzet. Prestaties waarvoor onterecht terugbetaling wordt gevraagd worden daar de eerste keer nog wel terugbetaald maar altijd met een uitleg wanneer het wel terecht is.

Omdat het vaste maandelijkse inkomen afhankelijk is van het aantal ingeschreven patiënten loopt men een financieel risico als men op de overgangdatum niet voldoende patiënten ingeschreven heeft. Het verzamelen van de handtekeningen ging voor de duo-praktijk in Genk niet snel genoeg. Zij hebben de overstap eenmalig moeten uitstellen. Collega huisartsen in de omgeving van Genk hadden er in eerste instantie weerstand tegen omdat er geen remgeld aangerekend werd. De tarieven van de forfaitaire vergoedingen maken soms rare sprongen. De tarieven worden berekend aan de hand van de gemiddelde besteding per patiënten categorie aan eerstelijnszorg in de prestatiegeneskunde en worden gecorrigeerd met drie factoren. Deze factoren zijn een correctie voor mensen die geen gebruik maken van de eerstelijnszorg, een correctie voor besparingen op de tweedelijns en een correctie voor sociale achterstand van de populatie. Wijzigingen in het gedrag van de per prestatie werkende artsen hebben gevolgen voor de tarieven. Dit geeft een extra financieel risico. Momenteel wordt er nagedacht over een nieuwe berekening.

## **Voordelen**

Voor de patiënt zijn er een aantal voordelen. De patiënt moet geen geld meer meenemen, dit maakt de zorg toegankelijker. Het scheelt de patiënt een aantal administratieve handelingen door het wegvallen van de prestatiebriefjes. De patiënt is geen remgeld meer kwijt.

Voor de praktijk liggen de voordelen meer op organisatorisch vlak. De administratie is meer geconcentreerd en overzichtelijker omdat hij niet meer in de consultatieruimte gedaan wordt. Het verdwijnen van de betaling per prestatie levert per consult één tot enkele minuten op en er circuleert minder contant geld in de praktijk. De administratie kan door een administratief medewerker gedaan worden. Het GMD en de diabetes registratie zijn makkelijker te declareren, omdat alle patiënten vast ingeschreven zijn. Men moet voor het GMD en de diabetes registratie alleen nog één maal per jaar de lijst van patiënten opsturen.

Het medisch dossier is vollediger geworden. Er moet niet meer gedacht worden in prestaties. Daardoor is men wat werkwijze betreft vrijer in de te besteden tijd. Hierdoor wordt vaker een overleg met een OCMW of ziekenhuis gepland. Bij GVHV zijn alle praktijken er financieel op vooruit gegaan. Maar deze vooruitgang is voor een deel toe te schrijven aan de compensatie van het remgeld die in het forfait verwerkt is. Voor de invoering van het forfaitair systeem werd het remgeld niet aangerekend bij GVHV.

### **3. Welke investeringen zijn nodig voor de overgang naar het forfaitair systeem?**

Men moet investeren in een facturatieprogramma. Men kan kiezen uit Pricare of Tarifdoc. Pricare kan men aanschaffen als een zelfstandig facturatie programma of er kan gekozen worden voor Pricare met Elektronisch Medisch Dossier. Tarifdoc is het facturatie programma dat bij het Medidoc EMD hoort. De facturatie kan zelf gedaan worden maar men kan er ook een administratieve kracht voor inzetten.

### **4. Hoe verandert de tijdsbesteding aan administratieve taken?**

De tijdsbesteding aan de administratie wisselt per praktijk. De hoeveelheid tijd die wordt gebruikt is afhankelijk van de ligging van de praktijk, van de praktijkorganisatie en van de ervaring van de uitvoerende persoon. Praktijken in steden hebben bijvoorbeeld een groter verloop van mensen of meer mensen waarvan de gegevens niet kloppen. De administratie bestaat uit het bijhouden van de ingeschreven patiënten. Het betreft dan meestal inschrijvingen en uitschrijvingen van patiënten maar ook verbeteringen van titulariscode, wijziging van verzekering of van persoonsgegevens. Bij de start van het forfaitair systeem is er veel werk om de lijsten van patiënten op te stellen. Maandelijks moet er een factuur voor de forfaitaire vergoeding van de ingeschreven patiënten naar elke ziekenkas worden opgestuurd. Bij een te grote foutenmarge wordt de hele factuur niet uitbetaald tot de gegevens in orde zijn. Bij GVHV schat men dat ongeveer 1 a 2 % van de gegevens van ingeschreven patiënten niet klopt. Deze fouten worden ongeveer eens in de drie maanden nagevraagd. Bij hardnekkige fouten wordt er met de mensen zelf contact opgenomen. Fouten worden uit de lijst weggelaten om te voorkomen dat de betaling geblokkeerd wordt. De GMD's en vergoedingen voor zorgtrajecten worden één maal per jaar gedeclareerd. Technische prestaties zoals wondhechting kunnen wel nog gedeclareerd worden. Dit kan op de reguliere prestatiebriefjes uitgeschreven worden. Men kan het ook elektronisch bijhouden, bijvoorbeeld via Pricare.

Bij de duopraktijk in Genk wordt de administratieve belasting op 8 uur per week geschat. Bij GVHV wisselt de tijdsbesteding van 6 tot 11 uur per week voor een boekhouder, maar een deel van het werk (bijhouden van technische prestaties, GMD en diabetespas) wordt er door vrijwilligers bijgehouden.

## **2. Houding van de patiënten over forfaitair werken**

### **Inleiding**

Voor het slagen van het forfaitair werken is het belangrijk dat de patiënten ook mee willen doen. Om de houding van de patiënten ten aanzien van het forfaitaire betalingssysteem en ten aanzien van mogelijke organisatorische veranderingen in te schatten werd een enquête afgenomen bij de patiënten.

### **Methode**

Er werd een enquête (bijlage 2) opgesteld met een korte schriftelijke uitleg. De enquête werd opgesteld en aangepast in samenspraak met alle praktijkmedewerkers. De enquête werd bij vijf willekeurige patiënten uitgetoetst. De formulering en de ruimte om commentaar te kunnen geven werden aangepast om de leesbaarheid te verbeteren. De bedoeling van de enquête was een antwoord te vinden op de volgende vragen. Een schatting maken van het aantal patiënten die zich zullen inschrijven. De mening van de patiënt over het belangrijkste knelpunt in kaart brengen, namelijk dat men minder makkelijk een andere huisarts kan bezoeken. Polsen of het uitbesteden van zorg aan de verpleegkundige op bezwaren stuit bij de patiënten. De informatiebehoefte bij patiënten identificeren. De meerkeuze antwoorden werden geteld, antwoorden op de open vragen werden gebruikt ter illustratie.

De meest eenvoudige manier van het verzamelen van de gegevens was om de patiënten die op de praktijk langskwamen een enquêteformulier te geven en bij de balie te laten inleveren. Niet iedereen was op deze manier te bereiken. Er werd ook geprobeerd de niet mobiele patiënten en de patiënten die nooit langskomen te bereiken. In totaal werden 106 formulieren weer ingeleverd. Van de mobiele patiënten die regelmatig komen heeft 56% (n=81) het formulier weer ingeleverd. Patiënten die niet mobiel zijn werden opgezocht (n=10). Patiënten die bijna nooit langskomen kregen een brief opgestuurd. Van deze groep heeft 38% (n=15) het formulier teruggestuurd. Alle enquête formulieren werden uiteindelijk samengevoegd.

### **Resultaten**

#### **1. De schatting van het aantal patiënten die zullen inschrijven.**

Het aandeel mensen dat zegt daadwerkelijk in te schrijven was 83%. 5% van de mensen gaven aan niet te zullen inschrijven. 12% van de mensen twijfelden. Als deze mensen zich ook inschrijven komen we dus op 95% inschrijvingen. Enkele mensen denken dat de dokter minder zijn best gaat doen. Dit is een reden om niet te tekenen.

#### **2. De mening van de patiënt over het belangrijkste knelpunt.**

19% van de mensen vind het belangrijk om een andere huisarts te kunnen bezoeken. 10% van de mensen heeft er geen mening over.

Mensen bezoeken een andere huisarts om een 2<sup>e</sup> mening te zoeken, voor een alternatieve behandeling, onvrede over de openingsuren of omdat een andere huisarts dichterbij en dus makkelijker en sneller te bereiken is.

Als redenen om niet naar een andere huisarts te gaan geven de mensen aan in de eigen praktijk snel geholpen te worden, de meeste klachten kunnen wel even wachten, de vertrouwensrelatie met de eigen huisarts is erg belangrijk.

### **3. Is het uitbesteden van zorg aan de verpleegkundige een probleem voor de patiënt?**

82% van de mensen heeft geen probleem met het delegeren van enkele zorgtaken aan de verpleegkundige. 6% vindt het uitbesteden van zorg geen goede zaak. De mensen die regelmatig bij onze verpleegkundige op consult komen zijn tevreden over de geleverde zorg.

### **4. De informatiebehoefte.**

Er is een behoefte aan geschreven informatie. Dan kan men het thuis nog eens rustig nalezen. De grootste behoefte aan informatie gaat over de financiering van het systeem. Men vraagt zich af of men op een andere manier meer moet gaan betalen. Komt er een extra eigen bijdrage in de vorm van abonnementskosten of gaat de mutualiteit meer kosten? Ook vraagt men zich af of de beschikbaarheid van de artsen gaat veranderen.

### 3. A-priori een schatting maken van de inkomsten na invoering van het forfaitair systeem

#### Inleiding

Om het financiële risico van de verandering van beloningssysteem in te schatten werd vooraf een simulatie gedaan. De berekening werd in een conservatieve modus gemaakt door enkel rekening te houden met de mensen waarvan zeker was dat zij zich zouden inschrijven (de facto het aantal GMDs).

#### Methode

In het forfaitair systeem is de vergoeding per patiënt afhankelijk van de zogenaamde titulariscode. De bijbehorende tarieven voor de forfaitaire betaling bij de huisarts waren in 2007:

Categorie I	normale actieven	PP 75 euro
Categorie II	actieven verhoogde terugbetaling	PP 180.36 euro
Categorie III	WIGW 75%	PP 197.64 euro
Categorie IV	WIGW 100%	PP 402.24 euro

Via het facturatie bedrijf (LTD3) werd het aantal tot juni 2008 ingediende GMD's opgevraagd samen met de titularis code. Het totaal was 76% van de vast ingeschreven patiënten. In het EMD wordt genoteerd wie zich permanent 'vast' inschrijft en wie slechts passeert. Een passant is iemand die eenmalig of enkele malen consulteert omdat men maar tijdelijk in de buurt is bijvoorbeeld voor vakantie of werk.

Categorie I	57% van de mensen met GMD
Categorie II	2% van de mensen met GMD
Categorie III	8% van de mensen met GMD
Categorie IV	4,5% van de mensen met GMD
Onbekende categorie	28,5% van de mensen met GMD

De schatting van inkomsten uit de forfaitaire vergoeding werd berekend door het aantal patiënten per categorie te vermenigvuldigen met het bijbehorende tarief. Van de 28,5% waarvan de titulariscode onbekend was werd verondersteld dat ze allen in categorie I vielen.

Om een vergelijking met de inkomsten uit 2007 te kunnen maken moest er met nog een aantal factoren rekening gehouden worden. De technische prestaties, het GMD en de diabetespas worden in het forfaitair systeem apart gedeclareerd. Ook werden de inkomsten uit de regionale wachtdienst nog niet meegeteld. Er werden schattingen gemaakt van de terug te betalen consulten, de inkomsten uit technische prestaties en het verlies aan inkomsten door het verloop van patiënten. Het verloop van patiënten werd geschat op 5%. De terug te betalen consulten werden geschat op 4 per weekeinddienst.



## Resultaten

De berekening werd gedaan met de inkomsten van 2007 als index. De inkomsten in 2007 inclusief de wachten werden op 100 gesteld. Bij de berekening werd alleen rekening gehouden met patiënten met GMD. De inkomsten na invoering van het forfait werden geschat op 109,5% ten opzichte van de inkomsten uit 2007.

Categorie I		n (57% GMD)	x 75 euro	35,5
Categorie II		m (2%)	x 180.36 euro	3,3
Categorie III		o (8%)	x 197.64 euro	13
Categorie IV		p (4,5%)	x 402.24 euro	15,1
Onbekende categorie		q (28,5%)	x 75 euro	17,7
Technische prestaties	schatting			2,8
GMD		r (100%GMD)	x 25 euro	20,8
Diabetes		s	x 16,67 euro	0,9
Wachten	4 artsen	10 diensten	x 500 euro	11
Subtotaal				120,1
Terug te betalen consulten	52 weekeinden	4 patiënten	x 40 euro	-4,6
Wegloop patiënten	5% van het subtotaal			-6
Eindtotaal schatting forfaitaire inkomsten				109,5

Het percentage patiënten met GMD bedraagt 76% van de vaste patiënten. Het percentage patiënten dat zich moet inschrijven om de inkomsten gelijk te houden bedraagt  $1/1,095 \times 76\% = 69\%$  van de vaste patiënten.

## Bespreking

Invoering van het forfaitair systeem leek dus financieel goed haalbaar. Om de verdiensten gelijk te houden was het voor ons voldoende om ongeveer 70% van de vaste patiënten in te schrijven.

#### **4. De patiënten informeren over het forfaitaire systeem en laten inschrijven**

Een half jaar voor de ingangsdatum is er gestart met het informeren en inschrijven van de patiënten. Aan bijna alle patiënten die op het spreekuur langskwamen werd mondeling uitleg gegeven over het forfaitair systeem. Ook werd aan alle patiënten een folder meegegeven. De uitleg en de folder waren ook verkrijgbaar bij de praktijkassistente. Als extra ondersteuning werd een uitleg met frequently asked questions op de eerste pagina van onze website (11) gezet. Aan alle patiënten die langskwamen werden inschrijvingsformulieren (12) meegegeven voor heel het gezin.

Er is 2 maal een informatieve sessie gehouden in het cultureel centrum Baarle. De eerste werd aangekondigd in het lokale weekblad. Hier kwamen 50 personen opdagen, voornamelijk ouderen. Alle mensen die gekomen waren zijn patiënt bij praktijkhuis Baarle. De tweede sessie werd gehouden in aansluiting op de paasbrunch van de lokale bejaardenvereniging. De informatieve sessies waren bedoeld om het forfaitaire betalingssysteem en de reden van de wijziging van betalingssysteem uit te leggen. Patiënten die nog vragen hadden met betrekking tot het forfaitaire systeem kregen de gelegenheid om deze te stellen.

## 5. Hoe is het verloop van de aanwas van ingeschreven patiënten?

### Inleiding

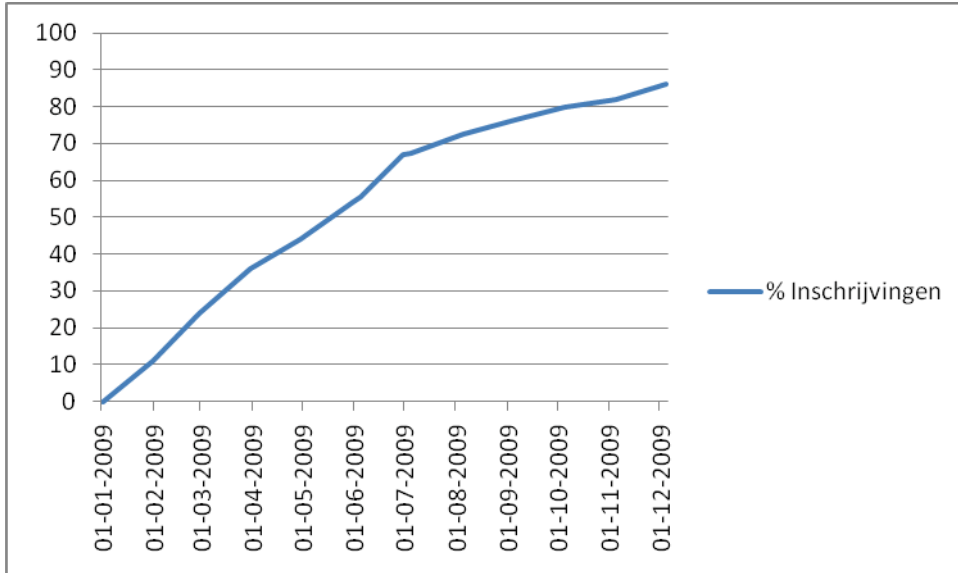
Op 1 januari 2009 is er begonnen met het inschrijven van patiënten. Het forfaitaire betalingssysteem is in juni 2009 gestart. Vanaf juni 2009 werd het forfait voor ingeschreven patiënten gedeclareerd bij de mutualiteiten. In dit deelonderzoek wordt de groei van het aantal ingeschreven patiënten bekeken.

### Methode

Tijdens de eerste helft van het jaar werden de aantallen ingeschreven patiënten op het einde van elke maand genoteerd. Vanaf juni 2009 werden de inschrijvingen telkens genoteerd op de 5<sup>e</sup> dag van elke maand, dit omdat de nieuw ingeschreven patiënten telkens op de 5<sup>e</sup> van de maand worden ingevoerd in het computersysteem. De aantallen patiënten zijn omwille van de privacy van de artsen van Praktijkhuis Baarle omgezet in percentages van het aantal vast ingeschreven patiënten.

### Resultaten

De ingeschreven percentages patiënten op het einde van de maanden januari tot en met mei waren respectievelijk, 11%, 24%, 36%, 44% en 54%. Vanaf juni tot december 2009 bedroeg het percentage inschrijvingen op de 5<sup>e</sup> van de maand, 55,5%, 67,5%, 72,5%, 76,5%, 80%, 82% en 86%.



% inschrijvingen van de vaste patiënten naar verloop van tijd.

### Bespreking

Bij de start van het forfaitaire systeem was 55,5% van de vast ingeschreven patiënten ingeschreven. Dit is minder dan het streefdoel van 60 a 70% dat de praktijken van GVHV zich stellen. Een maand later echter was 67,5% al ingeschreven.

De schatting van verdiensten na invoering van het forfaitair systeem was gebaseerd op 76% van het aantal vast ingeschreven patiënten. Na een jaar was 86% van de vast ingeschreven patiënten forfaitair ingeschreven, hetgeen dus ruim boven de minimale grens van 70% is. De maanden voor de startdatum laten een groei van 8-13% per maand zien. De maanden na de startdatum laten een groei van 2-5% zien en vlakt geleidelijk af. De informatieve sessies hebben geen zichtbare invloed gehad op de snelheid van inschrijven, maar zij hebben vermoedelijk wel meegeholpen.

## **6. Wat is de administratieve belasting in het nieuwe systeem?**

### **Inleiding**

In het forfaitaire systeem verdwijnt de administratie rond de betaling van de patiëntenzorg uit de spreekkamer. Wel wordt de inschrijvingsstatus van de patiënt gecontroleerd met behulp van de sis-kaart. De financiële administratie wordt door twee van de praktijkassistenten gedaan. De administratie bestaat uit patiëntenadministratie, factureren en terugbetalingen aan de patiënt van prestaties geleverd door andere collega's.

### **Methode**

De praktijkassistenten werden gevraagd hoe de administratieve handelingen verlopen, hoeveel tijd ze kosten en wat voor problemen ze tegenkwamen. De bevraging werd gedaan met behulp van een schriftelijke enquête (bijlage 3). De antwoorden van de assistentes werden samengevoegd en ingedeeld onder de drie hoofdgroepen administratieve handelingen.

### **Resultaten**

#### **1. Patiëntenadministratie**

Nieuwe contracten moeten ingevoerd worden. Naam, adres, woonplaats, titulariscode, registratienummer, ziekenkascodes en de datum van het afgesloten contract van de patiënt worden geregistreerd gebruik makend van de sis-kaart. Het invoeren van de copies van de contracten voor de start van het forfaitaire systeem heeft ongeveer 12 uur gekost. Het invoeren op zich stelde geen problemen. Soms zijn de gegevens van de patiënt niet correct. Personen van wie de gegevens niet in orde zijn of die niet in regel zijn met de ziekenkas worden gecontacteerd. De tijdsbesteding is nu nog voor een deel afhankelijk van het aantal nieuwe aanmeldingen dit kost ongeveer 2 uur per maand. De administratie zoals wijzigingen in adresgegevens, titulariscode en uitschrijvingen kost ongeveer 8 uur per week. Redenen voor uitschrijving waren tot op heden meestal verhuizingen of de wens om beroep te doen op alternatieve zorg door een huisarts.

#### **2. Het factureren**

Voor de administratie wordt het programma Pricare gebruikt. Op de 5<sup>e</sup> dag van de maand wordt er een overzicht van de nieuwe inschrijvingen gemaakt. Dit kost ongeveer 10 minuten. Op de 20<sup>e</sup> dag van de maand worden de facturen voor de komende maand verstuurd. Deze worden op papier en op cd met een begeleidende brief verstuurd naar de plaatselijke mutualiteiten. Dit kost een half uur tot een uur. Iedere ziekenkas heeft zijn eigen regels over de in te dienen factuur. Soms wordt de factuur afgekeurd. Omdat iedere ziekenkas zijn eigen procedure heeft duurt het langer voor de routine is opgebouwd. De assistenten hebben een overzicht gemaakt voor elke ziekenkas waar en wanneer alles naar verstuurd moet worden.

#### **3. Terugbetalingen**

Getuigschriften van de regionale huisartsenwachtpost en van buiten de omschreven werkregio worden binnen 5 werkdagen terugbetaald. Alle andere consulten worden na overleg met een van de huisartsen al dan niet terugbetaald. De getuigschriften worden aan terugbetalingstarief overgemaakt op de rekening van de patiënt. Het terugbetalingstarief wordt aan de hand van de titulariscode opgezocht. De terugbetalingen worden geregistreerd (naam, rekeningnummer, bedrag, datum, getuigschriftnummer). Er is geen enkel verzoek tot terugbetaling geweigerd. De eerste maand van 2010 zijn er al 18 verzoeken tot terugbetaling. De administratie van de terugbetalingen kost ongeveer 1 uur per maand.

## **Bespreking**

De administratie neemt in de aanloopfase naar het nieuwe systeem toe. De nieuw afgesloten contracten moeten ingevoerd worden. Dit heeft voor de start ongeveer 12u gekost. Per week word er nu ongeveer 8 uur per week aan administratie besteed. Het factureren en het terugbetalen van consulten kosten beide ongeveer een uur per maand.

Dit moet afgewogen worden tegen de tijd die vroeger besteed werd aan afrekenen. Dit kostte ongeveer 2 minuten per patiënt. Per dag (30 patiënten) kostte dit ongeveer een uur per arts. In Praktijkhuis Baarle (ongeveer 3 FTE) kostte dit dus ongeveer 15 uur per week.

## 7. Hoe zijn de inkomsten veranderd?

### Inleiding

In de eerste 5 maanden van 2009 werd er nog per prestatie betaald. Van juni tot december 2009 is er forfaitair gewerkt. In deze periode is het aantal forfaitair ingeschreven patiënten nog sterk gestegen. De maandelijkse forfait inkomsten zijn bekend. De inkomsten uit technische prestaties, GMD en zorgtrajecten zijn niet afzonderlijk bekend. Het jaar 2009 heeft dus een gemengde herkomst van de inkomsten. Daarom werd ook een schatting gemaakt van de jaarlijkse inkomsten uit het forfait voor 2010.

### Methode

De schatting van inkomsten in 2010 werd gebaseerd op de inkomsten uit het forfait van december 2009. Begin december 2009 was 86% van het aantal vast ingeschreven patiënten van eind 2008 ingeschreven. De forfaitaire inkomsten uit de maand december 2009 werden vermenigvuldigd met 12. Inkomsten uit het GMD werden geschat door het aantal forfaitair ingeschreven patiënten van december 2009 te vermenigvuldigen met het tarief voor het GMD. Voor de inkomsten uit technische prestaties werd dezelfde schatting gebruikt als in paragraaf 3. De geschatte inkomsten voor 2010 werden vergeleken met de inkomsten uit 2008 zonder de inkomsten uit wachtdiensten. Met de inkomsten uit zorgtrajecten werd geen rekening gehouden. De inkomsten uit 2007 inclusief wachten werden als index genomen.

### Resultaten

<b>2008</b>			
Inkomsten 2008 (incl. wachten, verrichtingen, GMD, enz.)			120,3
Wachten 2008			-6
2008 (exclusief wachten)			114,3
<b>2009</b>			
Inkomsten 2009 (incl. wachten, verrichtingen, GMD, enz.)			156
Wachten 2009			-11,3
2009 (excl. wachten)			144,8
<b>2010</b>			
Inkomsten december 2009	10,5 (t.o.v. de index)	12 maanden	125,6
GMD	t (86% vaste patiënten)	x 27,5 euro	26
Technische prestaties	schatting		2,8
Totaal 2010 (zonder zorgtrajecten of wachten)			154,3
<b>Verhoudingen</b>			
2008/2007 (incl. wachten = 120,3/ 100)			120%
2009/2008 (incl. wachten = 156,0/ 120,3)			130%
2009/2008 (excl. wachten = 144,8/ 114,3)			126%
2010/2008 (excl. wachten = 154,3/ 114,3)			135%

De inkomsten uit het forfait voor 2010 worden geschat op 135% van die van 2008 (exclusief wachtdienstvergoedingen).

## **Bespreking**

Deze stijging van inkomsten in 2009 en 2010 ten opzichte van 2008 moet gerelativeerd worden. De inkomsten van praktijkhuis Baarle waren namelijk al langer aan het groeien. De verhouding van inkomsten in 2008 ten opzichte van 2007 (inclusief wachtdiensten) bedroeg 120%. De verhouding van inkomsten in 2009 ten opzichte van 2008 (inclusief wachtdiensten) bedroeg 130%. De verhouding van inkomsten in 2009 ten opzichte van 2008 (exclusief wachtdiensten) bedroeg 126%.

De groei van inkomsten is niet alleen aan de wijziging van het betalingssysteem toe te schrijven. De stijgingen vallen voor een deel toe te schrijven aan een kleine groei van de patiëntenaantallen. De stijging is ook het gevolg van een stijging van het tarief per consult. De inkomsten uit wachtdiensten verschillen jaarlijks. Een deel van de stijging is het gevolg van de overstap naar het forfaitair systeem. Alle patiënten zijn ingeschreven en men kan voor elke patiënt een GMD declareren hetgeen voordien dus bij ongeveer 76 procent van de patiënten gebeurde. Ook lijkt het erop dat de patiënten in de Praktijkhuis Baarle voor de overstap minder frequent consulteerden dan gemiddeld in België. Dat betekent dus dat destijds Praktijkhuis Baarle minder verdiende per patiënt en per jaar.



## **8. Tevredenheid**

### **Inleiding**

Hier werd nagegaan hoe het gesteld is met de tevredenheid van de patiënten en praktijkmedewerkers na 6 maanden werken in het forfaitaire systeem.

### **Tevredenheid van patiënten**

#### **Methode**

In januari en februari 2010 werd de mensen die op het spreekuur langskwamen een korte enquête (bijlage 4) aangeboden. Er zijn honderd ingevulde enquêteformulieren verzameld. De enquête bestond uit gesloten vragen en de mogelijkheid het antwoord schriftelijk toe te lichten. Er werd een antwoord gezocht op de volgende vragen. Welk deel van de mensen die langs komen heeft zich nog niet ingeschreven? Zijn de mensen tevreden met het nieuwe systeem? Denken de mensen dat de artsen en medewerkers anders zijn gaan werken? De antwoorden op de gesloten vragen werden geteld. De antwoorden op de open vragen werden gebruikt ter illustratie van de onderzoeksvragen.

#### **Resultaten**

Een half jaar na de start van het forfaitaire systeem blijkt nog ongeveer 7% van de mensen die langskomen niet ingeschreven. Dit zijn vooral de mensen die zelden naar de dokter gaan. Er werden verschillende redenen opgegeven waarom men nog niet ingeschreven was. Een deel van de mensen had geen idee dat er een nieuw betalingssysteem was, anderen waren vergeten de documenten in te leveren.

Twee van de honderd mensen gaven aan niet tevreden te zijn met de invoering van het nieuwe systeem. Dit was ook een reden om niet in te schrijven. Men wil een vrije keuze hebben zonder meer te moeten betalen voor een dokter. Een ander vond dat de zaken er meer gecompliceerd door zijn geworden. Mensen die wel tevreden waren met het nieuwe betalingssysteem vinden het forfaitaire systeem vooral: beter, vlugger en makkelijker.

Tachtig van de honderd mensen vinden dat de artsen en medewerkers niet anders zijn gaan werken. De opmerkingen die gemaakt zijn gingen vooral over de betaling en niet over de vakinhoudelijke of organisatorische kant van de huisartsenpraktijk.

### **Tevredenheid van praktijkmedewerkers**

#### **Methode**

Alle medewerkers werden bevraagd met een schriftelijke enquête met open vragen (bijlage 5). Er werd gevraagd naar de eigen mening over het forfaitair systeem en of de werkwijze erdoor beïnvloed is. Er werd een antwoord gezocht op de volgende vragen. Zijn de medewerkers tevreden met de overstap? Welke voor en nadelen zien ze? Denken de medewerkers anders te zijn gaan werken? De antwoorden werden

samengebracht aan de hand van bovenstaande onderzoeksvragen. Het resultaat hiervan werd door de artsen in de praktijk nagelezen en opnieuw geformuleerd.

## **Resultaten**

### **Praktijkassistentes**

De praktijkassistentes krijgen van de patiënten veel positieve reacties over het forfaitaire systeem. De reacties werden niet gespecificeerd. Als voordelen benadrukken de assistentes dat er minder geld in huis is, dat de totale vergoeding aan GMD's groter gaat zijn en dat de dokter meer tijd aan zijn patiënten kan besteden. De werkwijze van de assistenten met patiënten is niet veranderd.

### **Dokters en praktijkverpleegkundige**

Alle 4 dokters en de praktijkverpleegkundige zijn zeer tevreden met de overstap en vinden dat de overgang heel vlot verlopen is

### **Voordelen**

Het systeem sluit goed aan bij de geneeskundige idealen van de artsen. Het systeem is meer solidair voor de minder gegoede patiënt. Vooral voor mensen die het echt nodig hebben zien ze dat dit positief is. Er wordt opgemerkt dat vooral de groep patiënten met chronische ziekten het een goed systeem vindt. Er kan ook meer aandacht besteed worden aan preventie. De relatie met patiënten verandert door het verdwijnen van de betaling. De tijd met de patiënt wordt als meer kwaliteitsvol ervaren. Er is meer rust in de consultatie omdat men niet meer afhankelijk is van prestaties en betaling. De drempel om iemand terug te laten komen is iets lager geworden. Men moet niet meer voor `postloketbeambte` (prestatiebriefjes, GMD, diabetespas) spelen. Men voelt zich veiliger omdat er minder geld in huis is. Er is meer zekerheid van een vast maandelijks basisinkomen. Er is meer transparantie in de praktijk. Het aantal ingeschreven patiënten is eindelijk duidelijk. Men heeft ook een beter inzicht of patiënten alternatieve geneeskundige zorg gebruiken. Belangrijk is ook dat de inzet van de verpleegkundige en assistentes bij routine taken vanuit de forfaitaire vergoedingen gefinancierd kan worden.

### **Nadelen**

Initiatieven in de regio die een belangrijke bijdrage aan een goede eerstelijns geneeskunde leveren zijn nu minder toegankelijk voor de patiënten. Een voorbeeld hiervan is de rookstoppreventie door collega huisartsen in het preventiecentrum van Turnhout. Deze consulten moeten aan de patiënten worden terugbetaald. Als zij hier toch gebruik van wensen te maken dan zullen de patiënt zich tijdelijk moeten uitschrijven, net zoals de patiënten die alternatieve zorgen wensen door een huisarts.

### **Is men anders gaan werken?**

Medisch inhoudelijk geven de artsen aan dat het werk niet is veranderd. De zorg die je levert blijft hetzelfde. Een verandering in de benadering van de patiënten zou de praktijk een slechte naam kunnen geven.

Het forfaitaire systeem maakt het makkelijker om verschillende patiënten vragen/stromen te organiseren. Samenwerking met de verpleegkundige en met andere disciplines is makkelijker. De vergoeding van het werk door de praktijkverpleegkundige is nu geen probleem meer. Door de gedeelde verantwoordelijkheid word minder druk ervaren. Een groter deel van de taken kan in het nieuwe systeem gedelegeerd worden. Men kan daarbij denken aan cerumen uitspuiten of wratten bevriezen. De populatie is beter omschreven waardoor het preventieve werk beter georganiseerd kan worden.

## Bespreking

Praktijkhuis Baarle is een van de 100 praktijken in België die forfaitair werkt. In Vlaanderen is er nog 1 andere traditionele praktijk die niet onder een van de koepels werkt van VWGC of GVHV. Mogelijk is het aantal forfaitair werkende praktijken tot nu toe beperkt gebleven door de ideologische connotatie van het systeem. Misschien zijn artsen bang hun vertrouwde manier van broodwinning te veranderen en zien ze op tegen de administratieve belasting.

Het overstappen op zich is niet moeilijk. De medewerkers en artsen merken op dat de overgang vlot verlopen is. Ze zijn allen zeer tevreden met het nieuwe systeem. Patiënten vinden het vooral makkelijker. De inschrijving en het informeren van patiënten is geen groot obstakel geweest. Het hoeft per patiënt ook niet veel tijd te kosten. Patiënten hebben immers vooral behoefte aan geschreven informatie. Zodat ze het thuis nog eens rustig kunnen nalezen.

Bij de start was het streven van 70% inschrijvingen niet gehaald maar dit was een maand later al goedge maakt. Een intensieve campagne zoals bij GVHV kan de inschrijvingen versnellen, maar dan moet men wel over vrijwilligers beschikken. Voor het jaar 2009, het jaar van de overstap, heeft de overstap een positief financieel gevolg gehad en waarschijnlijk blijft dit in 2010 ook zo. Een groot deel van het voordeel wordt gehaald uit het grotere aantal GMD's. De administratieve last is meer gecentraliseerd en kost ongeveer 8 uur per week aan assistententijd terwijl de artsen flink tijd winnen.

Het systeem biedt een aantal voordelen die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de professionalisering van huisartsenpraktijken. De patiëntenpopulatie is voor honderd procent gekend na een periode van een dik jaar. Patiëntenstromen kunnen makkelijker anders georganiseerd worden door de inzet van praktijkassistentes en verpleegkundigen. De vergoeding van de door hen geleverde prestaties vormt geen probleem meer. De nadruk hoeft niet meer op kwantiteit te liggen want het inkomen is er immers niet meer direct afhankelijk van. Men kan de tijd meer op kwalitatief zinvolle prestaties richten. Men zou met de vrijgekomen tijd het aantal te verzorgen patiënten kunnen uitbreiden.

Als men een overstap overweegt doet men er goed aan eerst een financiële simulatie te doen aan de hand van het aantal GMD's of vast ingeschreven patiënten. Praktijken die patiënten vaker zien dan de gemiddelde contactfrequentie kunnen een negatief financieel effect ondervinden.

## Conclusie

Dit eindwerk kan opgevat worden als een haalbaarheidsstudie. Wij tonen als 'traditionele' praktijk aan, dat de overstap naar een forfaitair systeem in de Belgische context relatief eenvoudig is en financieel niet onrendabel. In de toekomst verwachten we de huisartsgeneeskundige zorg nog beter te kunnen organiseren. Hiertoe zal de inzet van de praktijkassistente en verpleegkundige worden vergroot.

## **Verbeterpunten in het forfaitaire systeem**

Momenteel wordt er gewerkt aan een nieuwe berekening voor de forfaitaire vergoedingen. Het model hiervoor zal naar verwachting tegen 2012 uitgedacht zijn. Daarna volgt een testfase van ongeveer 2 jaar in een beperkt aantal medische huizen. Momenteel wil men de huidige berekening voor het forfaitaire systeem naast het nieuwe laten blijven bestaan. De huidige forfaitaire vergoedingen zijn berekend met het gemiddelde gebruik in de prestatiegeneeskunde. Er zijn ook slechts vier categorieën patiënten. Dit laat maar weinig differentiatie van de vergoedingen toe. De huidige vergoedingen houden weinig rekening met de verschillen in populatie in de verschillende praktijken. Ook wordt er geen rekening gehouden met de verschillen in zorgaanbod. De nieuwe berekening moet meer rekening gaan houden met de behoeften van het individu. Het idee is om een weging toe te kennen op het niveau van het individu aan de hand van socio-demografische en morbiditeitindicatoren. Een globaal forfaitair bedrag voor het hele zorgaanbod moet meer flexibiliteit in de organisatie mogelijk maken.

Een automatische vergoeding voor patiënten die de officiële wachtdiensten bezoeken zou de administratie in de praktijk kunnen verkleinen.

In België verstrekt een deel van de huisartsen alternatieve zorg. Het vergoeden van deze zorg kan tot oncontroleerbare kosten leiden. De patiënten van Praktijkhuis Baarle kunnen daarom van deze huisartsgeneeskundige zorg enkel gebruik maken op eigen kosten. Sommige patiënten hechten veel waarde aan deze zorg. Een nieuw vergoedingstelsel voor alternatieve zorg zou dit probleem kunnen oplossen. Een vergoedingstelsel zoals voor specialistische zorg, die direct via de mutualiteit verloopt.

## Literatuur lijst

- (1) [Anticoagulatetherapie in de huisartsenpraktijk in een 'call-recallsetting'](#)  
De kwaliteitsverbeterende rol van een praktijkverpleegkundige.  
C. Lesaffer, K. van Sas, R. Seuntjens, R. Vermeirssen, R. Remmen, H. Michielsens, V. Vriens  
Huisarts Nu 2009;38(9):362-367
- (2) [The implementation and impact of different funding initiatives on access to multidisciplinary primary health care and policy implications.](#)  
McDonald J, Harris MF, Cumming J, Powell Davies G, Burns P.  
Med J Aust. 2008 Apr 21;188(8 Suppl):S69-72.
- (3) [Paying general practitioners: shedding light on the review of health services.](#)  
Donaldson C, Gerard K.  
J R Coll Gen Pract. 1989 Mar;39(320):114-7.
- (4) [Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues.](#)  
Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P.  
Int J Qual Health Care. 2000 Apr;12(2):133-42.
- (5) [Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians.](#)  
Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L.  
Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD002215.
- (6) [How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour.](#)  
Gosden T, Pedersen L, Torgerson D.  
QJM. 1999 Jan;92(1):47-55.
- (7) <http://www.maisonmedicale.org>
- (8) <http://www.vwgc.be>
- (9) <http://gvhv.be>
- (10) Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Health Services Research (HSR).  
Annemans L, Closon J-P, Closon M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E, et al.  
Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports 85 A (D/2008/10.273/49)
- (11) <http://www.praktijkhuisbaarle.be/>
- (12) <http://www.riziv.fgov.be/care/nl/medical-house/index.htm>

## **Bijlage 1**

### **Enquête Praktijken**

#### **Onderzoeksvragen: Hoe is de overstap verlopen?**

1. Stappen nagaan die nodig zijn voor overgang naar het forfaitair systeem.
2. Investerings in tijd en geld nagaan voor de overgang naar het forfaitair systeem.
3. Hindernissen bij de overgang identificeren en de oplossingen die daarvoor gevonden zijn.
4. Nagaan hoe de tijdsbesteding aan administratieve taken verandert.
5. Nagaan hoe het inkomen verandert bij overgang naar het forfaitaire systeem.

Welke redenen had u om over te stappen?

Welke voordelen en nadelen hebben jullie van te voren voorzien?

Welke voorbereidingen zijn er getroffen?

Hoeveel tijd hebben de voorbereidingen gekost?

Is er een wervingscampagne geweest? hoe is deze aangepakt?

Zijn er investeringen gedaan in het kader van de overstap naar het forfaitair systeem?

Welke problemen zijn jullie tegengekomen?

Welke oplossingen hebben jullie daarvoor bedacht?

Hoe is de administratieve last veranderd?

Welke programma's worden er gebruikt?

Hoeveel tijd kostte de administratie vroeger en hoeveel tijd kost het nu?

Zijn er patiënten weggelopen of juist bijgekomen?

Is de te verzorgen populatie hierdoor verandert?

Hoe zijn de inkomsten veranderd?

Heeft u iets veranderd aan uw werkwijze?

Bent u tevreden over uw overstap?

Zijn uw patiënten tevreden over de overstap?

Wat doen jullie met patiënten die homeopathie of andere alternatieve geneeskunde willen?

## Bijlage 2

### Patiënten enquête

Wilt U meedenken over onze praktijkorganisatie?  
Hoe is het nu en wat is ons voorstel?

In België zijn er twee systemen van betaling in de gezondheidszorg.  
Betaling per prestatie of het forfaitaire systeem.

Momenteel betaalt u ons per consult een vergoeding. Dit valt onder het systeem van betaling per prestatie. Hiervan krijgt u een deel via de mutualiteit terug.

Wij willen in juni 2009 over stappen op het forfaitaire systeem.  
U hoeft dan niet meer contant af te rekenen bij ieder consult. Wij krijgen dan per patiënt per maand een vergoeding van de ziekenkas. U krijgt hiervoor geen rekening van de ziekenkas. De premies voor de ziektekostenverzekering blijven gelijk.  
Om mee te doen, tekent u een abonnement als patiënt bij onze praktijk. U kunt ook weer uitschrijven als u dat wenst.

Als u tijdens kantooruren gebruik maakt van de diensten van een huisarts buiten onze praktijk, dan worden de door u gemaakte kosten (behalve bij spoed) niet terugbetaald.

Tijdens wachtdiensten betaalt u de desbetreffende huisarts contant, later betalen wij u terug.

Wat specialistische behandeling, ziekenhuisverpleging, fysiotherapie en geneesmiddelen betreft verandert er niets.

Wij hebben de volgende vragen aan u. Streep door wat niet van toepassing is.

1. Vindt u het forfaitaire systeem aantrekkelijk? Ja / Nee / Weet niet.
2. Bent u van plan te tekenen? Ja / Nee / Weet niet.
3. Vindt U het belangrijk om een huisarts uit een andere praktijk te kunnen raadplegen voor niet spoedeisende klachten? Ja / Nee / Weet niet.
4. Wat is daarvoor de reden?
5. Vindt u het goed om voor bepaalde aandoeningen (Suikerziekte, wondzorg, bloedafname, oren uitspuiten) door de praktijkverpleegkundige behandeld te worden? Ja / Nee / Weet niet.
6. Wat is daarvoor de reden?
7. Heeft U nog andere vragen?



## **Bijlage 3**

### **Administratieve belasting:**

Beschrijf het invoeren van een nieuw contract.

Beschrijf het maandelijkse factureren aan de ziekenfondsen. (data)

Hoeveel tijd heeft het invoeren van de nieuwe contracten gekost? (eerste keer voor juni)

Welke problemen zijn er geweest bij het invoeren van de nieuwe contracten?

Welke oplossingen zijn er gevonden voor deze problemen?

Hoeveel tijd heeft het opstellen van de 1<sup>e</sup> facturen aan de ziekenfondsen gekost?

Welke problemen zijn er geweest bij het indienen van de 1<sup>e</sup> facturen?

Welke oplossingen zijn er gevonden voor deze problemen?

Hoeveel tijd kost het invoeren van nieuwe contracten (per maand) sinds de overstap?

Hoeveel tijd kost het factureren nu?

Zijn er nog problemen met factureren?

Welke regels zijn er opgesteld over terugbetalingen van prestatiebriefjes?

Hoe verloopt de terugbetaling van prestatiebriefjes?

Hoeveel verzoeken tot terugbetaling van prestatiebriefjes zijn er inmiddels?  
Hoeveel daarvan worden er geweigerd?

Zijn er al uitschrijvingen?

Wat is het aantal full time equivalent (fte) praktijkassistenten voor en na de invoering van het forfait?

## **Bijlage 4**

### **Tevredenheidsonderzoek patiënten:**

Heeft u zich ingeschreven?

Bent U tevreden met het nieuwe forfaitaire betalingssysteem?

Ja / Nee / Weet ik niet.

Wilt u terug naar het oude betalingssysteem? (per prestatie betalen)

Ja / Nee / Weet ik niet.

Als U zich nog niet ingeschreven heeft, waarom niet?

Vind U dat de dokter / praktijk anders is gaan werken?

Ja / Nee / Weet ik niet.

Hoe is de dokter / praktijk anders gaan werken?

## **Bijlage 5**

### **Tevredenheidsonderzoek praktijkmedewerkers**

Wat is uw mening over het forfaitair werken in vergelijking met het werken per prestatie?

Heeft het nieuwe systeem uw werkwijze beïnvloed?

Heeft U nog opmerkingen?