

# OVERSCHAKELLEN NAAR HET FORFAITAIRE BETALINGSSYSTEEM IN EEN TRADITIONELE PRAKTIJK IN VLAANDEREN

## Wat betekent dit voor de huisarts en patiënt?

C. VODDE, R. REMMEN, R. SEUNTJENS, C. LESAFFER, R. VERMEIRSSSEN, V. VRIENS, K. VAN SAS, H. MICHIELS, C. MARIJNISSEN, J. WENS

### SAMENVATTING

Praktijkhuis Baarle stapte in 2009 van het traditionele 'per verrichting' betalingssysteem over op het forfaitaire betalingssysteem. Deze wijziging bood de gelegenheid om het overstappen naar een forfaitair betalingssysteem te bestuderen. Vooraf werd nagegaan of de invoering van het forfaitaire systeem in Praktijkhuis Baarle haalbaar was. Achteraf werd bestudeerd hoe de invoering verlopen was.

Deze ervaring kan een inspiratiebron zijn voor de organisatievorm in andere huisartsenpraktijken.

C. Vodde, haio ten tijde van het project, Praktijkhuis Baarle;  
R. Remmen, huisarts Praktijkhuis Baarle, verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Interdisciplinaire zorg en Geriatrie, Universiteit Antwerpen;  
R. Seuntjens, C. Lesaffer, R. Vermeirssen, huisartsen Praktijkhuis Baarle;  
V. Vriens, H. Michiels, praktijkassistenten Praktijkhuis Baarle;  
K. Van Sas, C. Marijnissen, verpleegkundigen Praktijkhuis Baarle;  
J. Wens, huisarts, verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Interdisciplinaire zorg en Geriatrie, Universiteit Antwerpen.

Correspondentie: chrisvodde@hotmail.com

Belangenconflict: niets aangegeven

Dit artikel is gebaseerd op de master-na-master thesis van C. Vodde. De volledige thesis is online beschikbaar op [www.praktijkhuisbaarle.be](http://www.praktijkhuisbaarle.be).  
Wij danken al de patiënten en de geïnteresseerden voor hun vertrouwen en medewerking.

**Vodde C, Seuntjens R, Lesaffer C, Vermeirssen R, Vriens V, Van Sas K, Michiels H, Marijnissen C, Wens J. Overschakelen naar het forfaitaire betalingssysteem in een traditionele praktijk in Vlaanderen. Wat betekent dit voor de huisarts en patiënt? Huisarts Nu 2010;39:**

## INLEIDING

Praktijkhuis Baarle, gelegen op de grens tussen België en Nederland, heeft zowel Nederlandse als Belgische patiënten, die op een verschillende manier hun zorg betalen. Wat het Belgische prestatiegebonden beloningssysteem betreft, werden in Praktijkhuis Baarle drie problemen gesignaleerd. Ten eerste zorgt de betaling per prestatie bij elk consult voor een grotere administratieve last bij Belgische patiënten in vergelijking met de Nederlandse patiënten. Het tweede probleem betreft het terugbetalingssysteem dat nog niet voorzien is op het delegeren van taken aan verpleegkundigen of assistenten, aangezien de erelonen voor deze prestaties voorbehouden zijn aan huis-

artsen. Het derde probleem is de slecht omschreven praktijkpopulatie in het Belgische systeem van betaling per prestatie en vrije artsenuitvoering. Een goed omschreven populatie is nodig voor het organiseren van preventieve campagnes zoals de griepvaccinatie.

Praktijkhuis Baarle wilde met de invoering van het forfaitaire systeem meer flexibiliteit creëren in de loopbaanontwikkeling van de artsen en andere medewerkers. Het delegeren van de administratie en andere taken moest makkelijker en doorzichtiger worden.

### Praktijkhuis Baarle: situering

Praktijkhuis Baarle is een huisartsengroepspraktijk op de grens van België en Nederland met ongeveer 5 500 patiënten. Er werken vier artsen, één haio, één praktijkverpleegkundige en drie praktijkassistenten<sup>1</sup>. 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 eerstelijnsdisciplines zoals kinesitherapie, psychologie, logopedie, de diëtiste en de wijkverpleegkundigen in de buurt. De praktijkpopulatie bestaat voor twee derde uit Nederlandse en een derde 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. Deze 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. De demografische samenstelling is die van een landelijke gemeente en de patiëntenpopulatie is aan beide kanten van de grens ongeveer gelijk.

## WAT IS BEKEND OVER DE VERSCHILLENDE BETALINGSSYSTEMEN?

### Voordelen van forfaitair betalen

Het gebruik van de verschillende systemen heeft vaak politieke of ideologische achtergronden. Het forfaitaire 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<sup>2</sup>:

- forfaitair werken leidt tot een minder intensief gebruik van ziekenhuizen<sup>3</sup>;
- forfaitair werken vermindert het volume aan voorschriften met 0-24% en het aantal hospitalisatiedagen met 80%<sup>4</sup>;
- lage-inkomensgroepen maken minder gebruik van systemen waar direct betaald moet worden dan van systemen waarin de zorg bij levering gratis is<sup>3</sup>.

### Impact op de arts en patiënt

Een studie van de Cochrane collaboration uit 2000 laat zien dat artsen die per prestatie werken, meer contacten met patiënten hebben en meer visites uitvoeren<sup>5</sup>. Ze verwijzen meer naar specialisten en verlenen meer diagnostische en curatieve zorg. Ze schrijven minder herhaalrecepten uit in vergelijking met artsen die werken in een forfaitair systeem. De auteurs stellen dat per prestatie werkende artsen ook meer kwantitatieve zorg verlenen.

Er zijn aanwijzingen dat de betalingsmethode invloed heeft 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<sup>3,6</sup>.

### Spreiding in België

In België werken de meeste huisartsen per prestatie. Daarnaast werken honderd praktijken met een forfaitair systeem; zij verzorgen ongeveer 2% van de Belgische bevolking. Dit zijn vooral groepspraktijken in Wallonië, met name de Maisons Medicales<sup>7</sup> (MM, n=85) en in Vlaanderen vooral de Wijkgezondheidscentra<sup>8</sup> (VWGC, n=20) en de praktijken van Geneeskunde voor het Volk<sup>9</sup> (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 zelfstandigen (sommige MM) of werken in loondienst (VWGC, GVHV).

### Kosten en baten

Uit een recente Belgische studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Volksgezondheid blijkt dat in België de macro-economische kosten in de twee systemen bij vergelijkbare groepen patiënten ongeveer even groot zijn<sup>10</sup>. Ook de doelmatigheid in de zorg is vergelijkbaar. 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 tweede lijn (omdat de eerste lijn beter toegankelijk is) en een toename van het gebruik van generische medicijnen.

### Varianten

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

## HET PRAKTIJKPROJECT: DE OVERSTAP NAAR HET FORFAITAIR BETALINGSSYSTEEM

### Doelstelling

De doelstelling van deze studie was de overgang van een traditioneel betalingssysteem naar een forfaitair systeem binnen

### KERNPUNTEN

De overstap naar het forfaitair systeem in praktijkhuis Baarle is vlot verlopen en heeft een positief financieel gevolg gehad.

De medewerkers zijn zeer tevreden met het nieuwe systeem; patiënten vinden het makkelijker.

Het systeem biedt meer ruimte voor het delegeren van taken.

De administratie is gecentraliseerd en de patiëntenpopulatie is voor 100% gekend. Dit is handig bij het opvolgen en bewaken van preventieve projecten.

een groepspraktijk te beschrijven. In juni 2009 stapte Praktijkhuis Baarle van het prestatiegebonden beloningssysteem over naar het forfaitaire betalingssysteem, enkel voor de huisarts-geneeskundige zorg.

De artsen blijven in dit systeem als zelfstandige werken en zijn niet verbonden aan de Vereniging Wijkgezondheidscentra of Geneeskunde voor het Volk. De inkomsten worden op een rekening gestort en verdeeld volgens het aantal dagen dat de artsen werken.

Vooraf werd bestudeerd hoe de overstap in andere praktijken verliep. Hiervoor werden andere praktijken gevisiteerd. Vervolgens werd in Praktijkhuis Baarle nagegaan hoe het draagvlak zou zijn bij de patiënten en werd een financiële simulatie gemaakt. Achteraf werd bestudeerd hoe de instroom van patiënten verliep en hoe de werklust en opbrengsten waren veranderd. Uiteindelijk werd een tevredenheidsonderzoek gedaan bij zowel patiënten als medewerkers van de praktijk. In totaal werden zeven deelstudies gemaakt die we hier rapporteren.

### Aandachtspunten bij de overstap naar het forfaitair systeem

De praktijkbezoeken bij de GVHV, VWGC en een duopraktijk in Genk leerden dat het eigen personeel, inclusief de artsen, goed geïnformeerd moet worden over het forfaitaire systeem. 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<sup>11</sup>.

Men moet investeren in een facturatieprogramma zoals Pricare of Tarifdoc.

De patiënten moeten ook geïnformeerd worden. Dit kan ad hoc op het spreekuur of bijvoorbeeld via een informatieve avond. Men moet informatie verstrekken over de aard van het systeem, de terugbetaling van prestaties die door andere artsen verricht zijn, het geografisch gebied en de bedenktijd. Het inschrijven van de patiënten kan tegelijk met het informeren van de patiënten gestart worden.

Men moet het informeren en inschrijven ruim voor de ingangsdatum van het forfaitair systeem starten. 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 vier maanden al 80% van het streefdoel bereikt.

### Wat vinden de patiënten van het forfaitair systeem?

Voor de invoering van het forfaitair systeem werd een enquête gehouden onder de patiënten om een antwoord te vinden op de volgende vragen: welk deel van de populatie gaat zich inschrijven? Is het een probleem dat men minder makkelijk naar een andere huisarts kan? Is het uitbesteden van zorg aan medewerkers een probleem? Wat voor informatie over het forfaitaire systeem hebben de mensen nog nodig?

Van de ondervraagde mensen gaf 83% aan zich te zullen inschrijven; 5% wou zich niet inschrijven en 12% twijfelde. Enkele patiënten dachten dat de arts minder zijn best zou doen, wat een reden was om zich niet in te schrijven.

Zo'n 19% vond het belangrijk om een andere huisarts te kunnen bezoeken. Mensen bezochten een andere huisarts om een tweede mening te krijgen, voor een alternatieve behandeling, wegens onvrede over de openingsuren of omdat een andere huisarts dichterbij en dus makkelijker en sneller te bereiken was. Tien procent van de mensen had geen mening.

Van de ondervraagde patiënten had 82% geen probleem met het delegeren van zorgtaken aan de verpleegkundige; 6% vond het uitbesteden van zorg geen goede zaak. De mensen die regelmatig bij de verpleegkundige op consult kwamen, waren tevreden met de geleverde zorg.

Er was ook behoefte aan geschreven informatie, die men thuis nog eens rustig kon nalezen, vooral dan over de financiering van het systeem. Men vroeg zich af of men op een andere manier meer moest gaan betalen. Kwam er een extra eigen bijdrage in de vorm van abonnementskosten of ging de mutualiteit meer kosten?

Ook vroeg men zich af of de beschikbaarheid van de artsen ging veranderen.

### Schatting van de inkomsten na invoering van het forfaitair systeem

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

In het forfaitair systeem is de vergoeding per patiënt afhankelijk van de zogenaamde titulariscode. De tarieven van 2007 zijn samengevat in *tabel 1*. Via het facturatiebedrijf (LTD3) werden het aantal GMD's en bijbehorende titulariscodes opgevraagd. Het totaal aantal patiënten met een GMD was 76% van de vast ingeschreven patiënten (eind 2008). De verdeling van de patiënten over de verschillende categorieën wordt samengevat in *tabel 2*.

De schatting van de inkomsten uit de forfaitaire vergoeding werd berekend door het aantal patiënten per categorie te vermenigvuldigen met het bijbehorende tarief. Van de 28,5% van

Tabel 2: Verdeling van patiënten over verschillende categorieën.

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

Tabel 1: Forfaitaire vergoedingen per categorie in 2007.

<b>Categorie I</b>	Normale actieven	PP 75 euro
<b>Categorie II</b>	Actieven verhoogde terugbetaling	PP 180,36 euro
<b>Categorie III</b>	WIGW 75%	PP 197,64 euro
<b>Categorie IV</b>	WIGW 100%	PP 402,24 euro

de patiënten, van wie 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 zijn niet inbegrepen in het forfait en worden apart gedeclareerd. Ook werden de inkomsten uit de regionale wachtdienst nog niet meegeteld. Er werd een schatting 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 vier per weekenddienst. De berekening werd gedaan met de inkomsten van 2007 als index. De inkomsten in 2007 inclusief de wachten werden op honderd gesteld. De berekening is samengevat in *tabel 3*.

De inkomsten na invoering van het forfait werden geschat op 110% ten opzichte van de inkomsten uit 2007. Het percentage patiënten dat zich dan moet inschrijven om de inkomsten gelijk te houden, bedraagt  $1/1,1 \times 76\% = 69\%$  van de vaste patiënten.

### Hoe zijn de werkelijke inkomsten na invoering van het forfaitair systeem?

De inkomsten in 2009 bedroegen 126% van die in 2008 (exclusief wachtdienstvergoedingen). De inkomsten in 2009 zijn gedeeltelijk per prestatie (januari tot mei) en gedeeltelijk forfaitair (juni tot december). Aan de hand van de inkomsten uit december 2009 werd voor 2010 ook een groei van inkomsten geschat. De stijging van inkomsten in 2009 ten opzichte van 2008 moet worden gerelativeerd, omdat deze al langer toenamen. De verhouding van inkomsten in 2008 ten opzichte van 2007 (inclusief wachtdiensten) bedroeg 120%. Een overzicht is te vinden in *tabel 4*.

De groei van de inkomsten was niet alleen een gevolg van de wijziging van het betalingssysteem. De stijgingen waren voor een deel ook toe te schrijven aan de kleine groei van de patiëntenaantallen en de stijging van het tarief per consult.

De inkomsten uit de wachtdiensten verschillen jaarlijks. Een deel van de stijging was het gevolg van de overstap naar het forfaitair systeem. Alle patiënten waren ingeschreven en men kon voor elke patiënt een GMD declareren, wat daarvoor bij ongeveer 76 procent van de patiënten gebeurde. Ook lijkt het erop dat de patiënten de praktijk voor de overstap minder frequent consulteerden dan gemiddeld in België. Dit betekende dus dat Praktijkhuis Baarle minder verdiende per patiënt en per jaar.

Een deel van de extra inkomsten werd gebruikt voor twaalf uur extra ondersteuning. De persoon die hiervoor is aangehouden, zal in de toekomst ook een aantal medische taken uitvoeren.

### Wat is de administratieve belasting in het nieuwe systeem?

In het forfaitaire systeem verdwijnt de administratie voor de betaling van de patiëntenzorg uit de spreekkamer. De financiële administratie wordt door de praktijkassistenten gedaan. De administratie bestaat uit patiëntenadministratie, factureren en terugbetalingen aan de patiënt van prestaties, geleverd door andere collega's.

Als de patiënten bij een wachtdienst langsgaan of voor een spoedeisend consult in een andere regio de arts raadplegen, dan betalen ze voor de verrichting en ontvangen ze een prestatiebriefje. Dit prestatiebriefje wordt in de praktijk ingeleverd en door de praktijk aan de patiënt terugbetaald.

Tabel 3: Schatting van de inkomsten na de invoering van het forfaitaire systeem. De inkomsten zijn gerelateerd aan die van 2007 (inkomsten 2007= 100).

			index 2007 = 100	
<b>Categorie I</b>		n (57%)	x 75 euro	35,5
<b>Categorie II</b>		m (2%)	x 180,36 euro	3,3
<b>Categorie III</b>		o (8%)	x 197,64 euro	13,0
<b>Categorie IV</b>		p (4,5%)	x 402,24	15,1
<b>Onbekende categorie</b>		q (28,5%)	x 75 euro	17,7
<b>Technische prestaties</b>	schatting			2,8
<b>Wachten</b>	4 artsen	x 10 diensten	x 500 euro	11,0
<b>GMD</b>		r (100%GMD)	x 25 euro	20,8
<b>Diabetes</b>		s	x 16,67 euro	0,9
<b>Subtotaal</b>		t		120,1
<b>Terug te betalen consulten</b>	52 weekeinden	x 4 patienten	x 40 euro	-4,6
<b>Wegloop patiënten</b>	5% van het subtotaal t			-6,0
<b>Eindtotaal</b>				<b>109,5</b>

Tabel 4: Overzicht van de inkomsten (inkomsten 2007= 100).

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

Patiënten die niet ingeschreven zijn en die binnenlopen voor een spoedgeval, worden per prestatie afgerekend. Hoeveel dit er waren, werd hier niet berekend.

In Praktijkhuis Baarle heeft het invoeren van de contracten voor aanvang van het nieuwe betalingssysteem in totaal twaalf uur gekost. Per week wordt nu ongeveer acht uur aan administratie besteed. Het factureren en het terugbetalen van consulten kosten beide ongeveer een uur per maand.

Het Nederlandse deel van de administratie en een deel van de Belgische administratie werd in Praktijkhuis Baarle al door het ondersteunende personeel gedaan.

De tijdsbesteding aan de administratie in de andere forfaitaire praktijken wisselt. Bij de duopraktijk in Genk wordt de administratieve belasting op acht uur per week geschat. Bij GVHV wisselt de tijdsbesteding van zes tot elf uur per week voor een boekhouder, maar een deel van het werk (bijhouden van technische prestaties, GMD en diabetespas) wordt door vrijwilligers bijgehouden.

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 van wie de gegevens niet kloppen.

Maandelijks moet een factuur voor de forfaitaire vergoeding van de ingeschreven patiënten naar elk ziekenfonds worden opgestuurd. Bij een te grote foutenmarge wordt de gehele factuur niet uitbetaald tot de gegevens in orde zijn. Bij GVHV schat men dat ongeveer 1 à 2% van de gegevens van ingeschreven patiënten niet klopt. De GMD's en vergoedingen voor zorgtrajecten worden eenmaal per jaar gedeclareerd. Technische prestaties zoals wondhechting kunnen wel nog gedeclareerd worden.

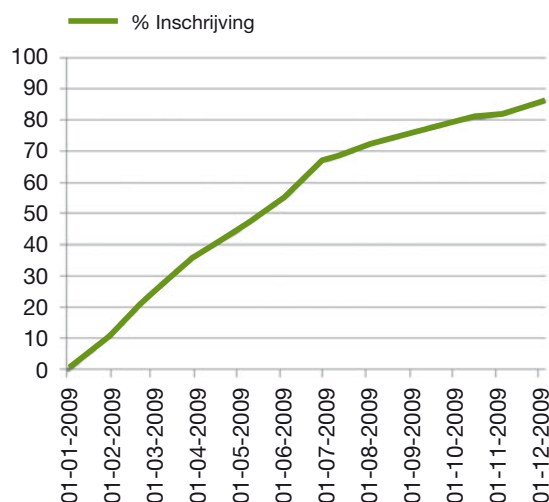
De tijd die men in het forfaitaire systeem besteedt aan administratie, moet afgewogen worden tegen de tijd die anders besteed wordt aan afrekenen van consulten in de spreekkamer. Wij maakten de voorzichtige schatting dat dit ongeveer twee minuten per patiënt kost. Per dag (dertig patiënten) kost dit ongeveer een uur per arts. In Praktijkhuis Baarle (ongeveer 3 FTE) kostte dit dus ongeveer vijftien uur per week.

### Hoe verloopt de toename van ingeschreven patiënten?

Op 1 januari 2009 begon men met het inschrijven en informeren van de patiënten. Dit gebeurde tijdens de spreekuren door de artsen en aan de balie door de assistenten. Ook werden twee informatieve sessies georganiseerd. Alle informatie kon ook op papier of via internet nagelezen worden. Het forfaitaire betalingssysteem startte in juni 2009. Vanaf juni 2009 werd het forfait voor ingeschreven patiënten gedeclareerd bij de mutualiteiten.

Het aantal ingeschreven patiënten werd gerelateerd aan het aantal vast ingeschreven patiënten van eind 2008. De ingeschreven patiënten op het einde van de maanden januari, juni, juli en december waren respectievelijk 11%, 55,5%, 67,5% en 86% (zie figuur).

**Figuur: Percentage inschrijvingen in 2009 van de vaste patiënten (vast ingeschreven eind 2008) naar verloop van tijd.**



Van de vast ingeschreven patiënten eind 2008 was 55,5% bij de start van het forfaitaire systeem in juni 2009 ingeschreven. Dit is minder dan het streefdoel van 60 à 70% dat de praktijken van GVHV zich stellen. Een maand later echter was 67,5% al ingeschreven. Na een jaar was 86% van de vast ingeschreven patiënten forfaitair ingeschreven, hetgeen dus ruim boven de minimale grens van 70% is. Inmiddels is het aantal inschrijvingen gestegen tot 97% van het aantal vast ingeschreven patiënten eind 2008.

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.

### Tevredenheid na invoer van het nieuwe systeem

#### Wat vinden de patiënten?

In januari en februari 2010 werd bij de patiënten die op het spreekuur langskwamen, een korte enquête afgenomen. Een half jaar na de start van het forfaitaire systeem bleek ongeveer 7% van de mensen die langskwamen, niet ingeschreven te zijn. Twee van de honderd mensen gaven aan niet tevreden te zijn met de invoering van het nieuwe systeem, wat ook een reden was om niet in te schrijven. Men wou een vrije keuze hebben zonder meer te moeten betalen voor een arts. Een ander vond dat dit systeem gecompliceerder was. Mensen die wel tevreden waren met het nieuwe betalingssysteem, vonden het forfaitaire systeem vooral beter, vlugger en makkelijker.

#### Wat vinden de praktijkmedewerkers?

Alle medewerkers werden bevraagd met een schriftelijke enquête met open vragen. De praktijkassistentes kregen van de patiënten vaak positieve reacties over het forfaitaire systeem. Deze reacties werden niet gespecificeerd. Als voordelen benadrukten de assistentes dat er minder geld in huis

is, dat de totale vergoeding aan GMD's groter zal zijn en dat de arts meer tijd aan zijn patiënten kan besteden. De vier artsen en de praktijkverpleegkundige waren zeer tevreden met de overstap en vonden dat de overgang heel vlot verlopen was. Op inhoudelijk medisch vlak gaven de artsen aan dat het werk niet was veranderd. De zorg die geleverd wordt, blijft dezelfde.

Patiënten die veel zorg nodig hebben, zijn goedkoper af, bijvoorbeeld de palliatieve patiënten of ouderen want zij sparen het remgeld uit. Voor de praktijk is dit geen probleem want de vergoeding hiervan wordt gecompenseerd door mensen die gezond zijn en bijna niet langskomen. Op enkele mensen na kon niet worden vastgesteld dat mensen vaker langskwamen. Ook het aantal sociale problemen leek niet toegenomen. Het forfaitaire systeem maakt het volgens de praktijkmedewerkers gemakkelijker om verschillende patiëntenvragen/stromen te organiseren. De vergoeding van het werk door de praktijkverpleegkundige is nu geen probleem meer. Een groter deel van de taken kan in het nieuwe systeem gedelegeerd worden, zoals cerumen uitspuiten of wratten bevriezen. Door de gedeelde verantwoordelijkheid wordt minder druk ervaren. De populatie is beter omschreven waardoor het preventieve werk beter georganiseerd kan worden.

## BESPREKING

Het overstappen naar het forfaitair systeem was niet moeilijk en verliep vlot. Alle medewerkers zijn tevreden met de overstap; de patiënten vinden het vooral makkelijker. De voor- en nadelen zijn samengevat in *tabel 5*.

Het streven van 70% inschrijvingen werd bij de start niet gehaald, maar dit werd een maand later al goedge maakt. Een intensieve campagne zoals bij GVHV kan de inschrijvingen versnellen, maar dan moet men over vrijwilligers beschikken.

In 2009 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 acht 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 ruim jaar. Patiëntenstromen kunnen gemakkelijker 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, omdat het inkomen hiervan niet rechtstreeks afhankelijk is. Men kan de tijd meer op kwalitatief zinvolle prestaties richten, of het aantal te verzorgen patiënten 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.

## BESLUIT

Deze studie kan als een haalbaarheidsstudie worden opgevat. Wij toonden als 'traditionele' praktijk aan dat de overstap naar een forfaitair systeem in de Belgische context 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 praktijkassistenten en verpleegkundigen worden vergroot, wat de kwaliteit van zorgen zal verbeteren.

**Tabel 5: Voor- en nadelen van het forfaitair betalingssysteem.**

Voordelen	Nadelen
<b>Patiënten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen geld meer nodig</li> <li>• Zorg is toegankelijker</li> <li>• Voordelig voor chronische zieken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder keuzevrijheid van arts</li> <li>• Minder makkelijk naar andere huisarts</li> <li>• Alternatieve zorg minder toegankelijk</li> </ul>
<b>Organisatorisch</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er moet niet in prestaties gedacht worden</li> <li>• Meer vrijheid in tijdsbesteding</li> <li>• Administratie meer geconcentreerd en overzichtelijk</li> <li>• Een tot enkele minuten tijdswinst per consult</li> <li>• Alle patiënten zijn vast ingeschreven</li> <li>• GMD en diabetespas makkelijker te declareren</li> <li>• Meer zekerheid vast basisinkomen</li> <li>• Dossier wordt vollediger</li> <li>• Preventieve campagnes makkelijker te organiseren</li> <li>• Beter zicht op alternatieve zorg</li> <li>• Delegeren van zorgtaken beter te financieren</li> <li>• Andere relatie, geld forceert niet meer</li> <li>• Tijd met patiënt wordt als meer kwaliteitsvol ervaren</li> <li>• Men kan makkelijker iemand terug laten komen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terugbetaling van consulten door andere huisartsen</li> <li>• Klein verzorgingsgebied kan tot meer terugbetalingen leiden</li> <li>• Vergoeden van alternatieve huisarts geneeskundige zorg</li> <li>• Patiënten schrijven zich niet altijd op tijd uit</li> <li>• Risicoselectie zou theoretisch een gevaar kunnen zijn</li> <li>• Inschrijving van voldoende patiënten</li> </ul>

**Literatuur**

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