



# Update

Het forfaitair systeem:

Vloek of zegen?

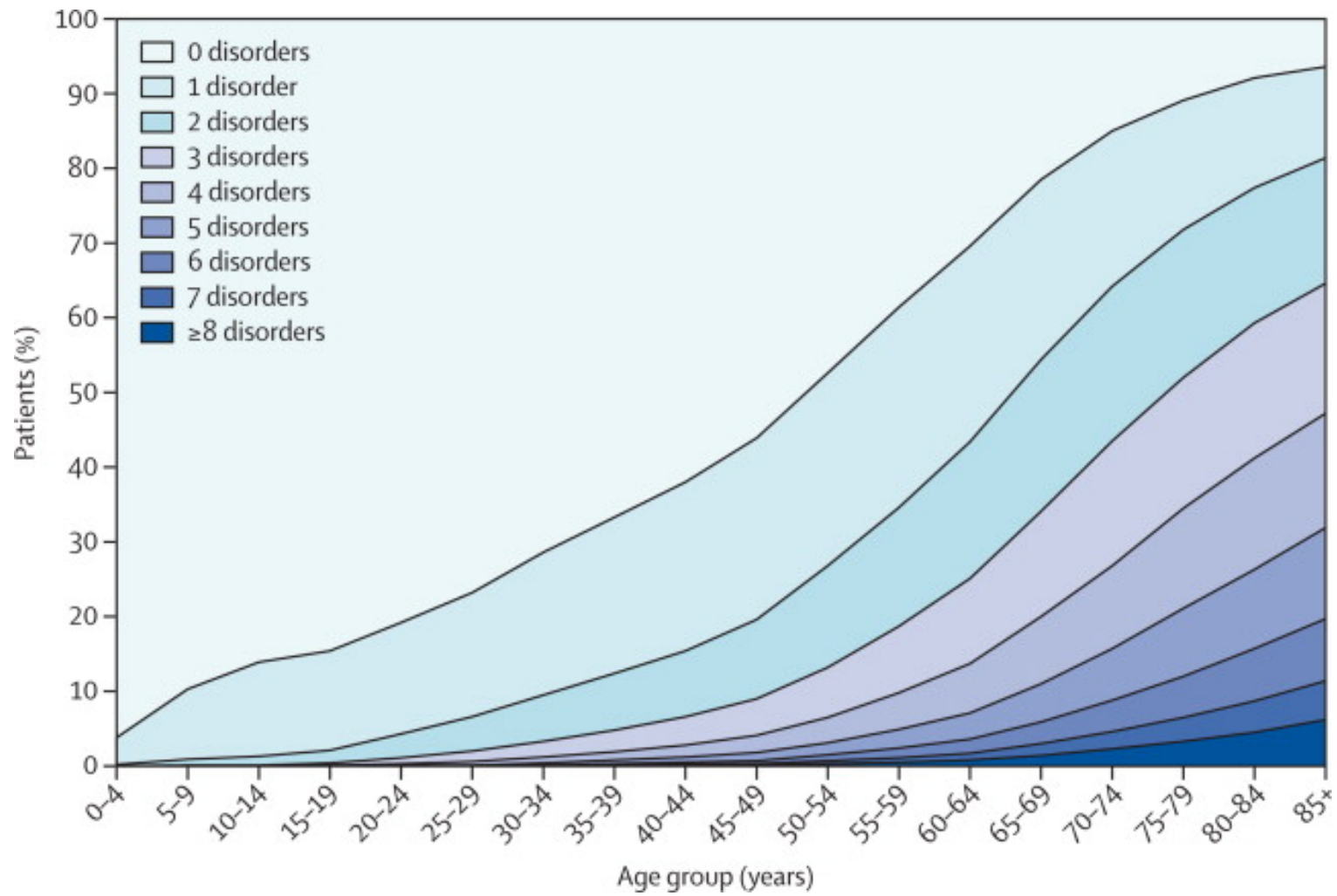
8 november 2014

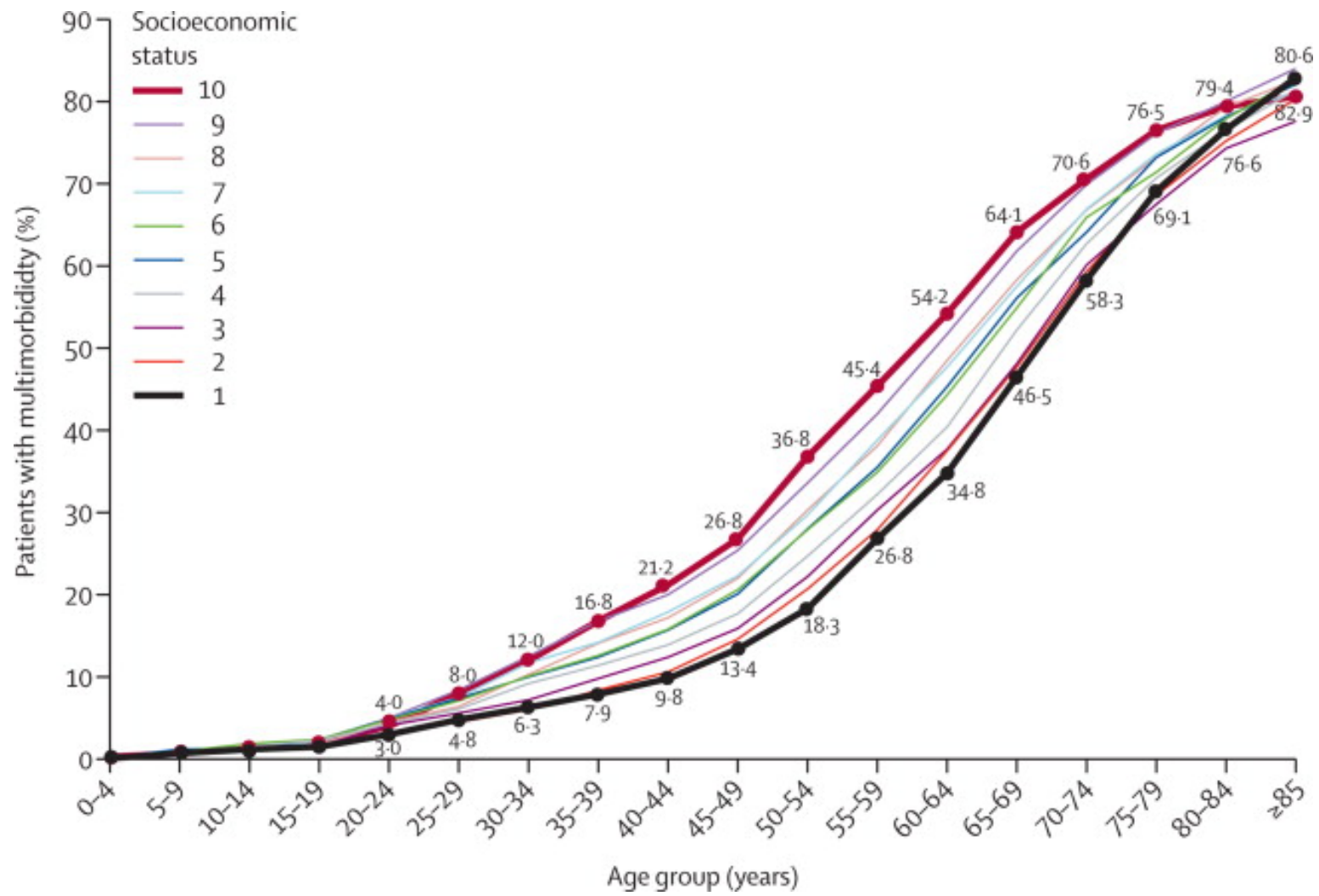


domus  
medica



Universiteit  
Antwerpen





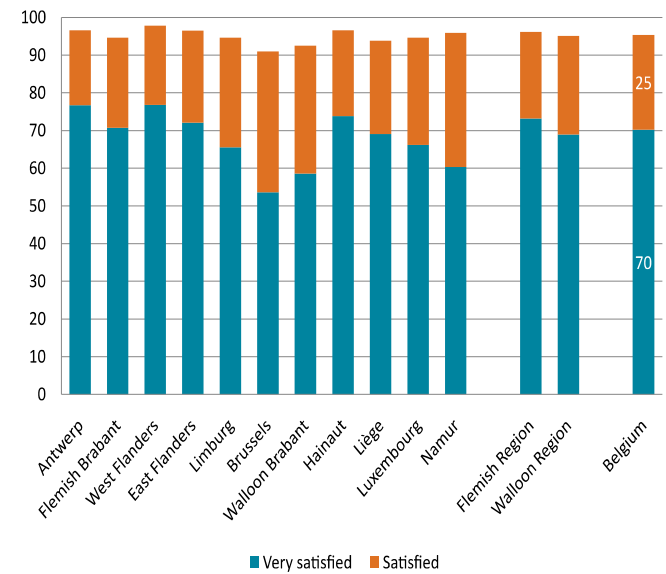


# Performance of general medicine in Belgium

A check-up



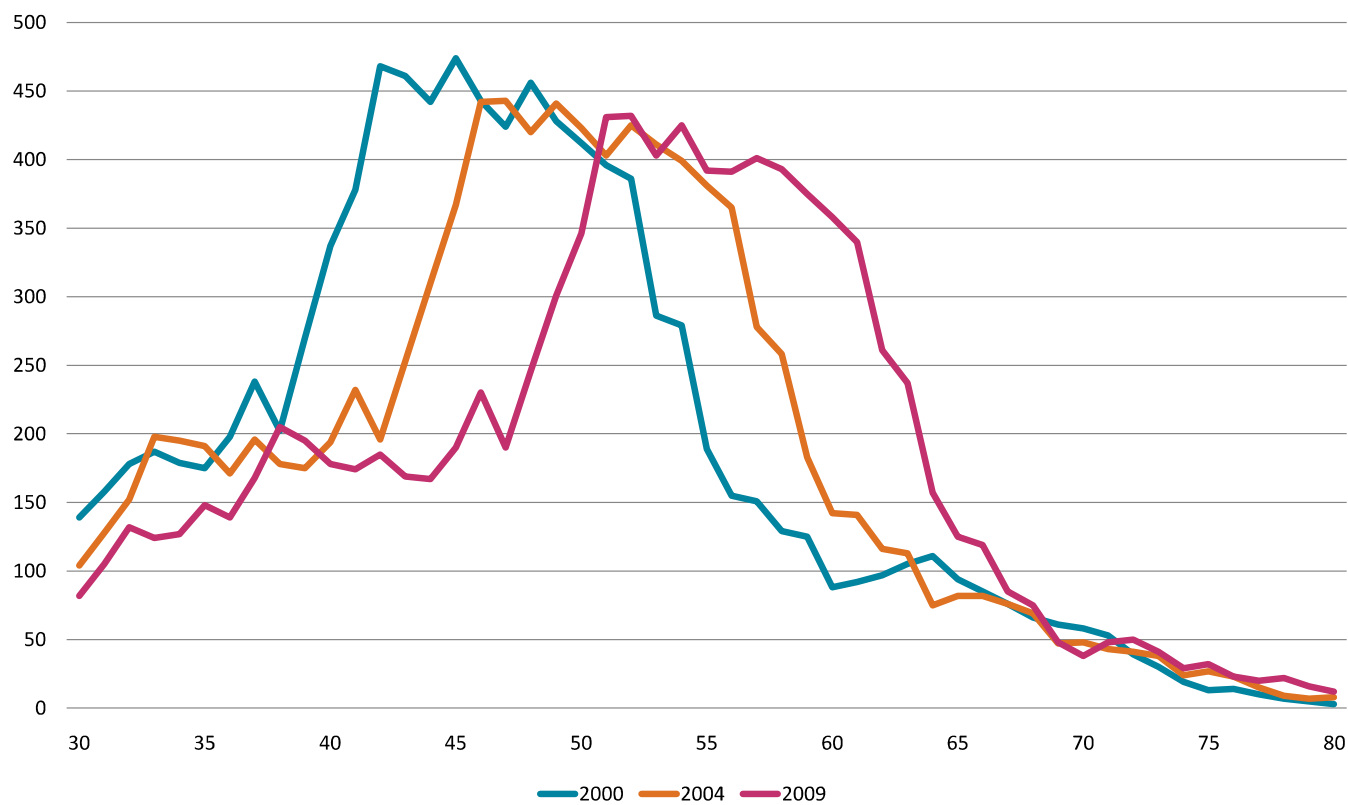
Figure 2 - Percentage of the public that is satisfied or very satisfied (by province and by region) – year 2008



Source: Health survey, Belgium 2008



**Figure 10 - Distribution by year of age of GPs (>1,250 contacts/year) - comparison 2000-2004-2009**



Source: NIHDI (INAMI-RIZIV) – Health care department – Research, Development and Quality Promotion (RDQ)

# De eerstelijns verandert razendsnel

Meer ouderen

Meer co-morbiditeit

Meer multiculti

Meer armoede

Meer informatie

Meer consumentisme

Meer technologie

**Minder** huisartsen, waarbij de betaling juist per prestatie is...

Waarbij we **geen** ondersteunend personeel kunnen aantrekken en het ons dus teveel wordt.

# Er zijn twee betaal systemen, elk met hun zegeningen en beperkingen

Per prestatie: plm 20 % forfait?

Forfaitair: plm 10 % per prestatie?

- Huisartsgeneeskunde
- Verpleegkunde
- Kinesithérapie



## Kan het FS ons helpen bij

- Organisatie van onze acute zorg?
- De preventie van veel voorkomende aandoeningen?
- Onze geïntegreerde opvang van chronische zorgen en ouderen?
  
- In een praktijk/gezondheidscentrum waar het fijn is om in te werken?

**Na afloop ken je de voor-en de nadelen van dit betalingssysteem en kun je bepalen of het iets voor jou is.**

# In het mapje

Artsenkrant

Recente artikelreeks HANU

Hoe opstarten

Gekleurd formulier: opleiding VIHP

**Programma  
Het forfaitair systeem in de  
huisartsgeneeskunde  
8 november 2014**



8.15-8.45	Ontvangst en koffie
8.45-9.00	Inleiding en doelstelling (Roy Remmen)
9.00-9.10	Hoe kijken huisartsen ertegen aan? (Birgitte Schoenmakers)
9.10-9.30	Waarom ben ik veranderd? (Louis Ferrant)
9.30-10.00	Het RIZIV als betaler (Ri De Ridder)
10.00-10.30	Financiële aspecten voor de zorgverlener: de cijfers op tafel (Carine Leys)
10.30-11.00	Pauze en netwerking
11.00-11.15	Geneeskunde voor het Volk (Dirk Van Duppen)
11.15-11.30	Wijkgezondheidscentra (Myriam Suetens)
11.30-11.45	Federatie voor Praktijken in het Forfaitair systeem (Mily Ampe)
11.45-12.00	La Fédération des maisons médicales (Isabelle Heymans)
12.00-13.00	Afsluitende discussie (Dieter Vercammen en Werner Van Peer)



# Hoe kijken huisartsen ertegeen aan? Birgitte Schoenmaekers



# Overschakelen naar forfaitair systeem: een hele prestatie?

prof birgitte schoenmakers, huisarts  
Academisch Centrum voor huisartsgeneeskunde

# Wat weten we?

- Aantal praktijken in België dat forfaitair werkt is beperkt
- Potentieel gunstig effect van FFS op kwaliteit van zorg en kostenplaatje (KCE rapport 85a)
- Veel vooroordelen
  - *“Het Riziv probeert alleszins de onduidelijkheid over de vergoeding in forfaitaire praktijken zo groot mogelijk te maken/ houden”*
  - *“als elke Belgische huisarts overstapt naar het forfaitair systeem dan zijn er HONDERDEN miljoenen euro’s extra nodig in het Rizivbudget”*
  - *“De (enkele) forfaitair werkende huisartsen worden beloond met enorme toelagen terwijl de hardwerkende Vlaamse huisarts één derde minder verdient per patiënt. “*
- Veel tegenkantingen
  - *“ons beroep voor eens en altijd afhankelijk maken van mutualiteiten.”*
  - *“Communisme in de geneeskunde in dit land”*
  - *“Mutualiteiten moeten weg, ons belastingsgeld”*

## Wat houdt de Vlaamse huisarts tegen? (behalve dan de voorgaande argumenten 😊)

- Onderzoek bij bijna 500 Vlaamse huisartsen, representatief staal (kenmerken getoetst)
- Inventaris van
  - Drempels
  - Vooroordelenom over te schakelen naar FFS



- Principiële bezwaren
  - Iets meer dan de helft staat negatief tov FFS, 15% erg negatief, 10% erg positief
  - Hoe groter praktijk, hoe positiever
  - 50% geeft als reden
    - **stelsel** onvoldoende bekend
    - connotatie met **armoede of ideologie** → zowel bij negatieven als positieven
    - een verminderde **autonomie** voor de arts en/of patiënt en een overconsumptie van zorgen → vooral bij de negatieven
    - het forfaitair systeem gaat gepaard met een lagere **kwaliteit** van zorg en een hogere **kost** voor de maatschappij → vooral bij negatieven

- Drempels om over te schakelen
  - 1/3 vindt dit haalbaar (vooral positieven), 17% absoluut niet haalbaar (vooral negatieven)
  - Hoe stedelijker de praktijk, hoe minder drempel door onbekendheid
  - 70% vindt procedure voor de invoering en administratie van het werken met het FFS onduidelijk/onvoldoende gekend
  - 60% ziet collega-gebonden elementen als drempel (afspraken, samenwerking, financiën,...)
  - Beperkte drempel:
    - verbod op prestatiegebonden functies en onduidelijke of te lage inkomsten
    - Inboeten aan zorgkwaliteit

## Van solo/groep naar multi: praktijkassistentie

- Diverse onderzoeken in Vlaamse praktijken tonen aan dat huisartsen hier open voor staan/klaar voor zijn
- Steeds meer nood: geneeskunde verschuift van cure naar care → overleg, organisatie, samenwerken
- Maar voor aanwerving van PA in een zelfstandige huisartsenpraktijk
  - Geen wettelijk kader (aansprakelijkheid, supervisie, ...)
  - Geen financieel kader (Impulseo enkel voor administratie)
  - Geen formele taakomschrijving/definitie
  - Geen formele opleiding

## De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering

B. SCHOENMAKERS<sup>1, 2</sup>, B. AERTGEERTS<sup>1</sup>, F. BUNTINX<sup>1</sup>, P. VANKRUNKELSVEN<sup>1</sup>, G. VAN POTTENBERG<sup>1</sup>,  
J. DE LEPELEIRE<sup>1</sup>

meest brede zin. In een kader waarin artsen taken kunnen delegeren en samenwerken met andere artsen en hulpverleners, komt er weer ruimte vrij voor hun kerntaak, namelijk patiëntenzorg.

# Hoe staat de Vlaamse huisarts ervoor?

- Onderzoek bij 20% van de actieve huisartsen (aantal ptn-contacten >500)
  - Kenmerken groep
    - 40% solist, jongere HA zien minder patiënten maar werken evenveel uren als oudere HA
    - $\frac{3}{4}$  ziet 50-150 ptn per week
    - $\frac{2}{3}$  met nevenactiviteit → CLB, CRA, adviseur, ...
    - $\frac{1}{4}$  zonder hulp in praktijk
    - $\frac{1}{3}$  overwoog ooit om eruit te stappen → vooral jongere artsen
    - $\frac{1}{3}$  gaat binnenkort op pensioen
    - Evenwicht werk-leven zeer belangrijk → ondersteuning in praktijk

## De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering

B. SCHOENMAKERS<sup>1, 2</sup>, B. AERTGEERTS<sup>1</sup>, F. BUNTINX<sup>1</sup>, P. VANKRUNKELSVEN<sup>1</sup>, G. VAN POTTENBERG<sup>1</sup>,  
J. DE LEPELEIRE<sup>1</sup>

In dit onderzoek wordt bevestigd wat al een tijd gevreesd wordt door de overheden, de academische wereld en het praktijkveld: Vlaanderen stevent af op een tekort aan huisartsen als er geen werk wordt gemaakt van praktijkondersteuning, taakdelegatie en zelfzorg bij patiënten. Weliswaar is er een lichte

# Conclusie: Promotie van FFS? Ja maar...

- Onderzoek
  - Kwaliteitsindicatoren om kosten/baten FFS te meten
  - Clustering op praktijkniveau
  - Uniformiteit om taakbelasting van huisarts te omschrijven
  - Duurzaamheid FFS bepalen/meten
- Praktijk/beleid
  - Werk maken van transparantie FFS: drempels en bezwaren vooral owv gebrek aan kennis en logistieke factoren
  - Gemengd systeem overwegen (zie veel andere taken die huisartsen uitvoeren)
  - Ondersteuning: steunpunt FFS?

**Programma  
Het forfaitair systeem in de  
huisartsgeneeskunde  
8 november 2014**



8.15-8.45	Ontvangst en koffie
8.45-9.00	Inleiding en doelstelling (Roy Remmen)
9.00-9.10	Hoe kijken huisartsen ertegen aan? (Birgitte Schoenmakers)
9.10-9.30	Waarom ben ik veranderd? (Louis Ferrant)
9.30-10.00	Het RIZIV als betaler (Ri De Ridder)
10.00-10.30	Financiële aspecten voor de zorgverlener: de cijfers op tafel (Carine Leys)
10.30-11.00	Pauze en netwerking
11.00-11.15	Geneeskunde voor het Volk (Dirk Van Duppen)
11.15-11.30	Wijkgezondheidscentra (Myriam Suetens)
11.30-11.45	Federatie voor Praktijken in het Forfaitair systeem (Mily Ampe)
11.45-12.00	La Fédération des maisons médicales (Isabelle Heymans)
12.00-13.00	Afsluitende discussie (Dieter Vercammen en Werner Van Peer)





# Waarom ben ik veranderd?

## Louis Ferrant

# Waarom zijn wij veranderd ?

De conceptie, de dracht en de geboorte van een WGC :  
Medikuregem

Louis Ferrant –WGC MediKuregem-Universiteit Antwerpen

# 1977-2014 : de context van Kuregem

- Socio-economisch : gemiddeld inkomen 46% van gewestelijk inkomen
  - Etnische diversiteit : > 85 nationaliteiten
  - Leeftijd : < 20 j      32,7 %  
                                  20-60 j    53,9 %  
                                  > 60 j      13,4 %
- Huisvesting: 70%      geen confort
- Tewerkstelling :      45% werkloos

# 1977-2007 : resultaten van een groepspraktijk

- Positieve resultaten:
- Minder spontaan consulteren in poliklinieken en spoeddiensten
- 2700 GMD's : toch keuze voor vaste huisarts
- Meer gerichte verwijzingen in het doolhof van de specialistische geneeskunde
- Negatieve resultaten:
- Geen opvolging : geen jonge huisartsen in de praktijk
- Oudere huisartsen stellen hun manier van werken in vraag : veel druk, te weinig hulp



# Sterke punten van de groepspraktijk

- Continuïteit : 3 artsen sinds > 20 jaar
- Herkenbaarheid
- Lage drempel: veel 3<sup>o</sup> betalende
- Kwaliteit
- Feminisatie : 1 vrouwelijke huisarts en haio
- Meertaligheid
- Tandartsenkabinet

# Zwakke punten van onze praktijk

- Psychosociale opvang : onvoldoende middelen
- Langere consultaties wegens opsparen van klachten
- Geen echt onthaal
- Open raadplegingen, praktisch geen afspraken
- Communicatieproblemen ondanks ICB
- Weinig tijd en middelen voor preventie
- Weinig tijd voor overleg en praktijkverbetering

# 2007 : een keerpunt

- Balans tussen voor- en nadelen van forfait
- Nadelen:
  - Te veel turnover van patiënten in onze wijk?
  - Druk van patiënten om op huisbezoek te komen ?
  - Te jonge populatie ?
- Voordelen:
  - Een toekomstgericht project : ipv naar mekaar te kijken, met een coördinator als 'neutrale' binding
  - Een structuur die beantwoordt aan de noden + met meer mogelijkheden financieel



# Belangrijkste knelpunten

- Keuze van de structuur : vzw ? BVBA ?...
- VZW : minder gevaar voor financiële spanningen, meer mogelijkheden voor subsidiëring van de start (VGC+ GGC) en van bouwprojecten (VIPA)
- Aansluiting bij Vereniging van WGC ? Positieve keuze wegens begeleiding bij start en gemeenschappelijke visie.
- Verloning van 2 eindcarrière-artsen als zelfstandige, rekening houdend met vroegere investeringen

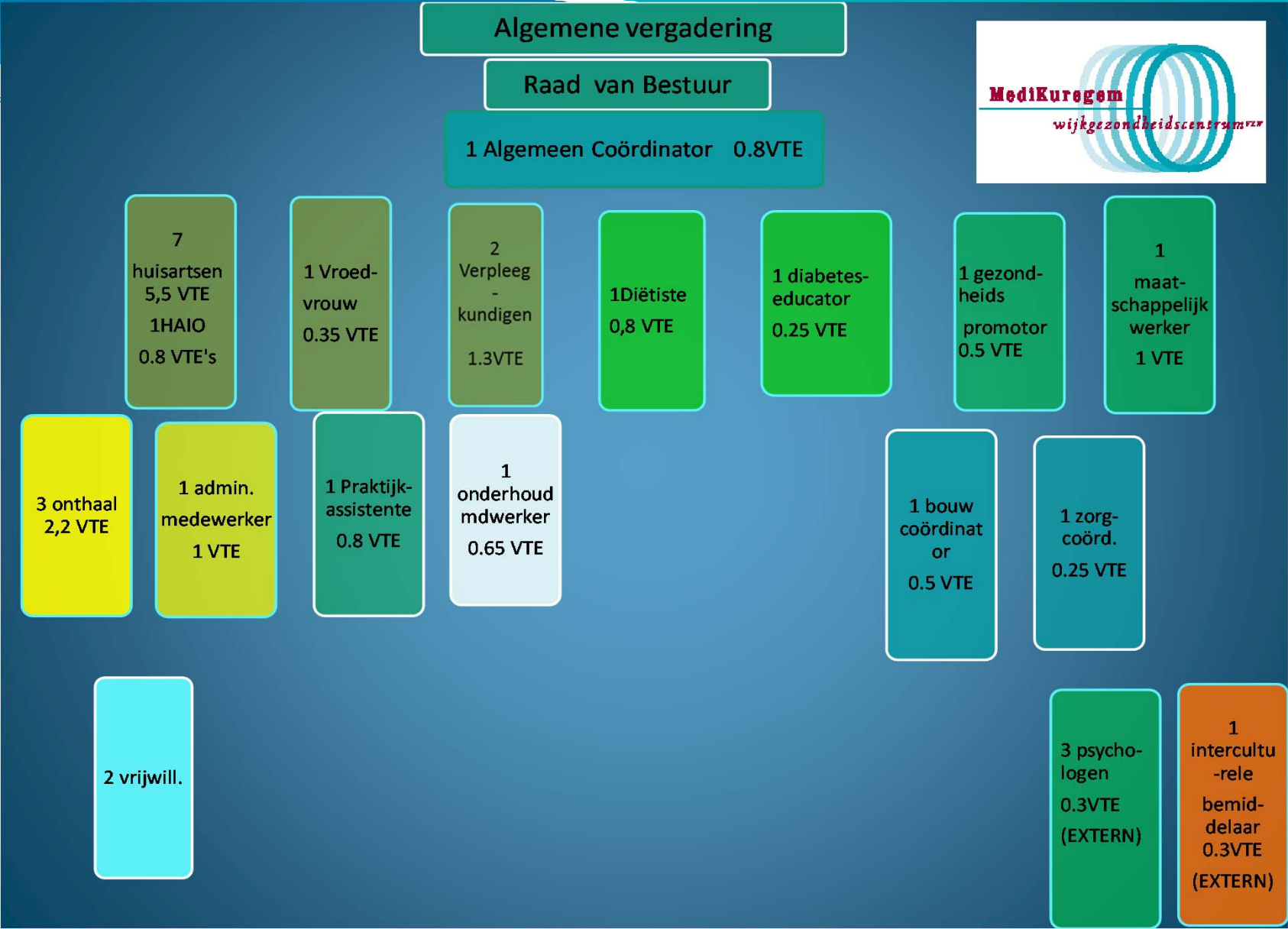


# Hoe wordt een vzw geboren ?

- Van 10 waarden (respect, kwaliteit, sociale betrokkenheid, diversiteit..) naar visie en missie
- Doel van de vzw Medikuregem : De vereniging heeft tot doel het ontwikkelen van kwalitatieve eerstelijnsgezondheidszorg op wijkniveau en hiervan de toegankelijkheid op duurzame wijze bevorderen.
- Algemene vergadering : 15 leden
- Raad van Bestuur : 9 leden ( 4 externen-3 bedienden-2 'hybriden')

# Evolutie in de tijd

- Cultuurgevoelige hulpverlening in 2008: artsen, verpleging, onthaal, gezondheidspromotie
- Situatie in 2014: aanvulling met psychologen (samenwerking met CGG), maatschappelijk assistent, diëtiste,...in totaal 9 nationaliteiten
- Allochtone vergrijzing : nieuwe noden
- Gekleurde kansarmoede
- Zwakke positie van 16-25 jarigen : wat doen wij ?
- Samenwerking met Huis der Gezinnen : preventie bij kinderen van 0-8 jaar mbt voeding, opvoeding en taal +prenatale raadpleging





## « Elk voordeel , heb zijn nadeel »

- 20 medewerkers : maximum ? wordt een groter WGC toch minder een huis van vertrouwen ?
- Mogelijke « dilutie » van de huisartsenjob : gevolg van de multidisciplinariteit?
- Patiëntenstop : moeilijke balans tussen sociale verantwoordelijkheid en kwaliteit ? 4250 ingeschreven patiënten + 120 « sans papiers » + 60 'anderen'
- Geen tandartsen meer wegens plaatsgebrek
- Minder eigen accenten? Persoonlijke versus groeps creativiteit ?
- Geen zeilboot meer , wel een schip

# Vandaag in containers ..morgen in ?







**Programma  
Het forfaitair systeem in de  
huisartsgeneeskunde  
8 november 2014**



8.15-8.45	Ontvangst en koffie
8.45-9.00	Inleiding en doelstelling (Roy Remmen)
9.00-9.10	Hoe kijken huisartsen ertegen aan? (Birgitte Schoenmakers)
9.10-9.30	Waarom ben ik veranderd? (Louis Ferrant)
9.30-10.00	Het RIZIV als betaler (Ri De Ridder)
10.00-10.30	Financiële aspecten voor de zorgverlener: de cijfers op tafel (Carine Leys)
10.30-11.00	Pauze en netwerking
11.00-11.15	Geneeskunde voor het Volk (Dirk Van Duppen)
11.15-11.30	Wijkgezondheidscentra (Myriam Suetens)
11.30-11.45	Federatie voor Praktijken in het Forfaitair systeem (Mily Ampe)
11.45-12.00	La Fédération des maisons médicales (Isabelle Heymans)
12.00-13.00	Afsluitende discussie (Dieter Vercammen en Werner Van Peer)



# Het RIZIV als betaler Ri De Ridder



# Het RIZIV als betaler voor de forfaitair werkende eerstelijnspraktijken

Dr. R. DE RIDDER,  
Antwerpen – 8 november 2014

# genetica van het forfait

eind 19<sup>de</sup> eeuw: leden van bond moyson werden verzorgd door  
artsen in ruil voor een jaarabonnement



besluitwet 28/12/1944 (RVZI)  
voorzag abonnementsgeneeskunde:  
nooit uitgevoerd

1960-1961: parlementaire werkgroep

principe: inschrijving bij huisarts

vorm van echeloning

3 mogelijke vergoedingsvormen:

- terugbetaald abonnement
- terugbetaalde tarieven per prestatie
- niet terugbetaalde vrije tarieven

wet Leburton 09/08/1963

herneemt de 3 vergoedingsvormen

abonnement: beperkt tot ziekenhuisgeneeskunde



artsenprotest → ook terugbetaling van vrije geneeskunde

april 1964: artsenstaking

25/06/1964: sint-jansakkoord

gelijke terugbetaling vrije tarieven

oprichting medicomut

akkoordensysteem

1964 en 1965: toepassing van een forfaitaire regeling in aantal socialistische ziekenhuizen en polyklinieken in wallonië en brussel, gesteund door communistische artsen



08/04/1965 wetswijziging: art. 34 ter → forfait ook mogelijk  
buiten ziekenhuis

- 28/01/1966: regelen van het beheerscomité voor het afsluiten van akkoorden met het oog op de forfaitaire betaling
- raadplegingen en bezoeken uitgesloten
  - op basis van kostprijsberekening
  - verplicht toegangsrecht voor niet WIGW (vernietigd door raad van state); regels werden nooit aangepast

KB 20/04/1966: oprichting van de commissie belast met het afsluiten van de akkoorden

evenwel: geen enkele aanvraag gezien niet leefbaar



1978

verklaring van alma ata inzake primary health  
care

antwerps gezondheidscomité (john kennes)  
brengt art. 34 ter onder aandacht van  
wijkgezondheidscentra in netwerk  
wereldscholen

28/06/1978: officiële aanvraag WGC de sleep voor akkoord van  
forfait bij riziv en ... weigering

1978: germ ondersteunt idee van experiment mits:

- verantwoordelijkheid voor een omschreven populatie
- contract voor een zorgprogramma met preventie en behandeling gezondheidsopvoeding, eventueel “home care”, ... inclusief evaluatieprocessen
- in eerste instantie abonnement dat rekening houdt met de verzorgde bevolking



10/1978: congres “gezondheidszorg” wereldscholen – zolder  
→ aandacht voor betaalwijzen en oprichting van de  
vlaamse vereniging voor forfaitaire geneeskunde in 1979

1979/1980

nieuwe artsenstaking

initiatiefkomitee voor de continuïteit  
van de medische verzorging



initiatiefvereniging voor een progressieve  
gezondheidszorg



18/12/80

wetsvoorstel lode hancké

tot wijziging, inzake de forfaitaire

betalingswijze en de ***eerstelijnsgezondheidszorg*** van de wet van

9 augustus 1963

1981

voorstellen voor een “conventionele” regeling  
via het college van geneesheren-directeurs

nb: 2009

wettelijke basis voor contractuele financiering  
van gecoördineerde multidisciplinaire zorgcentra  
die zorgprogramma's aanbieden  
(niet specifiek voor forfaitaire betaling)

onderhandelingen  
met het riziv  
eerste voorstel 5 april 1982

eerste voorstel beheerscomité  
5 april 1982



Bijlage bij de notulen van het beheerscomité  
dd. 5 april 1982.

PROVINCIALE GEMIDDELDE KOSTPRIJZEN IN F. PER RECHTHEBBENDE VOOR  
ADVIEZEN, RAADPLEGINGEN; BEZOEKEN EN VERPLAATSINGSKOSTEN VAN ALGEMEEN  
GENEESKUNDIGEN.

1980

	P.U.G.	G.W.I.W. 75 %	G.W.I.W. 100 %
ANTWERPEN	1.093	1.581	3.829
BRABANT	803	1.744	3.074
WEST-VLAANDEREN	1.156	1.923	4.585
OOST-VLAANDEREN	1.229	1.991	4.766
HENEGOUWEN	1.015	1.331	3.286
LJIK	1.060	1.644	3.910
LIMBURG	1.077	1.086	3.194
LUXEMBURG	1.019	1.457	3.310
NAMEN	1.125	1.678	3.837
RIJK	1.037	1.605	3.735

26/7/1982 → regelen betreffende het sluiten van akkoorden met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen



# basisprincipes 1982

een andere vorm van vergoeden van verstrekkingen  
dan per prestatie

“contractuele” verplichtingen

territorium

3 disciplines

verstrekkers blijven “verbonden” in het akkoord of de overeenkomst van hun discipline

- sociaal statuut
- niet geforfaitariseerde verstrekkingen  
(Art.3, beschikbaarheidsvergoeding, impulseo, praktijktoelage, telematicapremie)

NB voor thuisverpleging & kinesithérapie: niet van toepassing behalve diabeteseducatie

eisbaar persoonlijk aandeel: 2,5€ met maximum van 12,5€ per gezin

bedrag hangt af van de verwachte “consumptie” van de betrokken groep van verstrekkingen per categorie (GV, WIGW 75, WIGW 100, andere voorkeurgerechtigden) per rechthebbende en per type verstrekkingen in de betaling per prestatie



vanaf 1/7/1984

instap eerste maison-médicale: seraing  
afwijzing langs vlaamse kant

1991

steun vanwege minister busquin tot  
systeem

aanpassing van het

1992

inrekenen van het psycho-medisch-sociaal risico

10%

inrekenen besparingen in klinische biologie, medische  
beeldvorming en ziekenhuisopnames : rationeel voorschrijven

10%



1996

inrekenen structurele niet-gebruikers  
noemer à 0,9

# naar een nieuw financieringssysteem

wetsaanpassing

tot 2002 : regeling forfait is de bevoegdheid van het verzekeringscomité na advies akkoorden- en overeenkomstencommissies: moeilijke horde!

sinds 2002 : regeling forfait maakt het voorwerp uit van een koninklijk besluit, advies van de commissie forfait en van het verzekeringscomité

## studies

- 2003 : Universiteiten Luik en Leuven : “Verdere gegevensverzameling zal noodzakelijk zijn, met name wat betreft het in kaart brengen van de behoeften van de verzorgde patiëntenpopulatie.”
- 2008 : KCE-rapport 85-2008: “Het KCE beveelt aan om op korte termijn de berekeningswijze van de forfaitaire bedragen te behouden. Het RIZIV zou wel de forfaits van elk medisch huis geleidelijk aan beter kunnen afstemmen op de zorgkosten en de behoeften van de patiënten. Zo zou men meer rekening moeten houden met hun leeftijd en sociaal-economische situatie.”
- 2009 : Commissie forfait vraagt IMA-studie → eindrapport 2012
- 2012 : voorbereiding besluitvorming nieuw berekeningssysteem (commissie forfait, Verzekeringscomité, externe besluitvorming over ontwerp van koninklijk besluit)



rapport kce 85

vergelijking van kostenkwaliteit van twee financieringssystemen  
voor de eerstelijnszorg in België

# vergelijking van categorieën uitgaven

**Tabel 2 Vergelijking van de grote categorieën uitgaven**

	Cohortes		
	1. Forfait	2. Per perstatie - paarsgewijze gestandaardiseer	3. Per perstatie - algemene bevolking
	Jaarl. gemiddelde	Jaarl. gemiddelde	Jaarl. gemiddelde
<b>Totaal zorg</b>	1267	1280	1451
Eerstelijnsuitgaven	216	112	178
Niet-eerstelijnsuitgaven	1051	1168	1273
<b>GMD*</b>	18	4	6
<b>Totaal uitgaven**</b>	1285	1284	1457

# forfaitaire geneeskunde in het riziv vandaag



	1985	1993	2003	2013
Aantal MH	1	11	55	139
Aantal Pt	2.114	20.724	112.266	295.095
Uitgaven				110.141.000

(per 1/7)

<b>Provincie</b>	<b>Aantal Medische huizen</b>
Antwerpen	10
Vlaams-Brabant	5
Waals-Brabant	2
Brussel-Hoofdstad	53
West-Vlaanderen	0
Oost-Vlaanderen	13
Henegouwen	15
Luik	30
Limburg	5
Luxemburg	2
Namen	4
<b>TOTAAL</b>	<b>139</b>
<b>Gewest</b>	
Brussel-Hoofdstad	53
Vlaanderen	33
Wallonie	53
<b>BELGIE</b>	<b>139</b>



## bedragen per maand

huisarts 14,83 euro

kinesitherapeut 6,64 euro

verpleegkundige 14,46 euro

## sociale akkoorden

loonharmonisering, eindeloopbaan,  
peterschap, attractiviteitsplan, ...

+/- 18 miljoen euro in 2014  
grotendeels gepoold via fonds  
sociale maribel

# overleg

twee dimensies:

algemeen beheer van de sector

toetreden van nieuwe medische huizen

elke dimensie met eigen besluitvormingssysteem

## algemeen beheer

- klassiek paritair systeem met twee banken : de verzekeringsinstellingen en de medische huizen;
- zitjes organisaties van medische huizen jaarlijks verdeeld op basis van aantal ingeschrevenen dat ze vertegenwoordigen;
- 6/9 op elke bank voor besluitvorming, maar doorgedreven streven naar systematische consensus;
- opmerkelijke verjonging bank verzekeringsinstellingen laatste twee jaar;
- 2013 : intrede “forfaitaire praktijken” die geen wijkgezondheidscentrum zijn.



## toetreding van nieuwe medische huizen

- verzoek tot sluiten van een akkoord indienen bij de voorzitter van de commissie;
- rziiv legt ontwerp- akkoord voor aan de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen;
- indien 6/9 van de VI-vertegenwoordigers het ontwerp- akkoord goedkeuren, wordt het voorgelegd aan het verzekeringscomité;
- advies verzekeringscomité;
- goedkeuring minister van sociale zaken



# de forfaitaire bedragen berekenen

- nieuw berekeningssysteem voor de forfaitaire bedragen van toepassing sinds 1 mei 2013
- nieuw berekeningssysteem maar ook nieuwe concepten voor het beheer van de sector van de medische huizen.

# kerngedachte

het relatief aandeel  
van een medisch huis  
in het budget van de medische huizen  
zo goed als mogelijk laten aansluiten  
bij de zorglast voor de leden  
van het medisch huis  
ten opzichte van de totale zorglast  
van alle leden van de medische huizen samen

# idealiter

meting in alle medische huizen van de zorglast

budget = financiële vertaling van de werkelijke zorglast.

in praktijk (nog) niet mogelijk.



# second best option

het risico op en de mate van lagere of hogere uitgaven kan op individueel niveau worden bepaald in functie van objectieve, meetbare kenmerken.

model financiële verantwoordelijkheid ziekenfondsen



principe :

het relatieve aandeel van elk medisch huis in de beschikbare budgettaire middelen voor de medische huizen wordt bepaald door de relatieve aanwezigheid van variabelen van het systeem van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen in elk medisch huis ten opzichte van de aanwezigheid van deze variabelen in de totale populatie van alle medische huizen.

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

d = discipline (médecins, kinés ou infirmiers)	d = discipline (artsen, kinesitherapeuten of verpleegkundigen)
$F_{z,d}^a$ = forfait pour la maison a, pour l'année z et pour la discipline d	$F_{z,d}^a$ = Forfait voor centrum a, voor jaar z en voor discipline d
$X_d$ = somme des forfaits de la population stable dans les maisons matures, pour toutes les maisons qui proposent la discipline d.	$X_d$ = som van alle forfaits van de stabiele populatie in de mature centra die discipline d aanbieden.
v = nombre de variables dans le modèle	v = aantal variabelen in het model
$\beta_{i,d}^{z-2}$ = la valeur de la variable i calculée par l'AIM/l'INAMI sur base des dépenses de l'année z-2 (sur base de l'analyse par régression dans l'échantillon permanent sans surreprésentation des plus de 65 ans, après pondération par le facteur dépense moyenne à l'acte pour la discipline d / dépense moyenne de la régression)	$\beta_{i,d}^{z-2}$ = 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 oververtegenwoordiging van de individuen ouder dan 65 jaar, na weging door de factor "gemiddelde uitgave per act voor de discipline d / gemiddelde uitgave via regressie")
$A_i$ = (nombre de bénéficiaires de la population stable dans l'année z-1 dans LA maison a qui sont concernés par la variable)/(nombre total de patients stables de la maison mature a)	$A_i$ = =(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)
$\bar{M}_{i,d}$ = (nombre de bénéficiaires de la population stable DES maisons matures qui proposent la discipline d à l'année z-1, et qui sont concernés par la variable i)/(population stable totale DES maisons matures qui proposent la discipline d en l'année z-1)	$\bar{M}_{i,d}$ = (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)
Le forfait total est la somme des forfaits calculés pour chaque discipline	Het totale forfait wordt berekend als de som van de forfaits die per discipline berekend worden.

$$F_z^a = \sum_d F_{z,d}^a$$

## vernieuwde beleidsvisie over de forfaitaire betaling

**eigen budget** : geen band meer met de budgettaire evoluties in de sectoren van de betaling per prestatie

**krachtlijnen voor het beleid** van de volgende jaren  
(multidisciplinariteit, teamopbouw, kwaliteitsdoelstellingen) en daardoor de basis van een vernieuwde samenwerking tussen de medische huizen, de verzekeringsinstellingen en het RIZIV;



# gegevensstromen

de meeste gegevensstromen lopen tussen de verzekeringsinstellingen en de medische huizen en betreffen :

- de inschrijving/uitschrijving van patiënten;
- de maandelijkse betalingen van de forfaitaire bedragen.

sedert de hervorming van 2013 is er een vernieuwd kader voor **beleidsondersteunende gegevensstromen** tussen de medische huizen en het riziv, voorbereid door de commissie forfait.



*> nu al van toepassing*

continuïteit

preventiemodule

*> plannen*

multidisciplinariteit

kwaliteitsindicatoren

nieuwe variabelen om de forfaitaire bedragen te berekenen

# continuïteit

een bijlage bij het akkoord voor de forfaitaire betaling beschrijft de organisatie van de continuïteit van de zorg verleend door het medisch huis, in voorkomend geval door samenwerking met andere zorgverleners of groepen van zorgverleners

via deze informatiedrager bewaken de verzekeringsinstellingen (in een eerste fase) en het verzekeringscomité (daarna) de continuïteitsorganisatie

# preventiemodule

de bedragen voor de preventiemodule zitten niet mee verrekend in de maandelijkse forfaitaire bedragen

aparte ontdubbelde verrekening voor alle leden van de doelgroep door de VI waarbij de laatste verrekening afhankelijk is van het halen van een doelstelling op het niveau van elk medisch huis, vastgesteld door de commissie



ieder jaar ontdubbelde betaling in twee fasen :

- voor alle leden van de doelgroep in het medisch huis betaling van 70% van de nomenclatuurwaarde van de preventiemodule;
- betaling van de resterende 30% voor alle leden van de doelgroep indien de commissie vaststelt dat het medisch huis met minstens 70% van de leden van de doelgroep een preventief contact heeft gehad.



resultaten:

- In 2011 scoorden 46 op 119 medische huizen minstens 70% preventieve contacten;
- In 2012 scoorden 34 op 129 medische huizen minstens 70% preventieve contacten.

# multidisciplinariteit

\* multidisciplinariteit is momenteel geen actief gegeven in de financiering : niet als voorwaarde, niet in de berekening van de bedragen.

\* KB van 23 april 2013 : de commissie forfait kan specifieke variabelen ontwikkelen voor de bevordering van de multidisciplinaire samenwerking tussen de zorgverleners van een medisch huis.

\* de medische huizen verbinden zich contractueel tot het overmaken van gegevens die het beleid rond multidisciplinariteit kunnen onderbouwen.



# kwaliteitsindicatoren

\*artikel 14 van 't KB van 23 april 2013 : de commissie onderzoekt binnen de twee jaar na de inwerkingtreding van de nieuwe regelgeving (1 mei 2013) de wenselijkheid en de haalbaarheid van het registreren of het invoeren van kwaliteitsindicatoren

\*de medische huizen verbinden zich contractueel tot het overmaken van gegevens die het beleid rond kwaliteit kunnen onderbouwen.

# nieuwe variabelen om de forfaitaire bedragen te berekenen

\*momenteel berekeningen enkel op basis van de variabelen van het model van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen.

\*regelgeving laat toe andere variabelen of andere waarden voor één of meer variabelen te gebruiken.

\*de commissie geeft aan het verzekeringscomité een gemotiveerde toelichting, *“in het bijzonder over de manier waarop het integreren van deze parameters bijdraagt tot de realisatie van een transparante financiering van de medische huizen, in functie van de samenstelling en de specificiteit van hun populatie en met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de zorg voor de rechthebbenden.”*

\* eerste oefening met impact op de forfaitaire bedragen 2016?



# uitdagingen

basis voor de verdere interne ontwikkeling in KB van 23 april 2013

andere uitdagingen dienen zich aan :

- relatie met andere zorgverleners
- transparantie
- performantie

historische ideeënstrijd  
rond forfait in het riziv overstijgen  
door duidelijke en breed aanvaarde  
eigen identiteit met een dubbel register:  
geïntegreerde zorg  
en vergoedingswijze

**Programma  
Het forfaitair systeem in de  
huisartsgeneeskunde  
8 november 2014**



8.15-8.45	Ontvangst en koffie
8.45-9.00	Inleiding en doelstelling (Roy Remmen)
9.00-9.10	Hoe kijken huisartsen ertegen aan? (Birgitte Schoenmakers)
9.10-9.30	Waarom ben ik veranderd? (Louis Ferrant)
9.30-10.00	Het RIZIV als betaler (Ri De Ridder)
10.00-10.30	Financiële aspecten voor de zorgverlener: de cijfers op tafel (Carine Leys)
10.30-11.00	Pauze en netwerking
11.00-11.15	Geneeskunde voor het Volk (Dirk Van Duppen)
11.15-11.30	Wijkgezondheidscentra (Myriam Suetens)
11.30-11.45	Federatie voor Praktijken in het Forfaitair systeem (Mily Ampe)
11.45-12.00	La Fédération des maisons médicales (Isabelle Heymans)
12.00-13.00	Afsluitende discussie (Dieter Vercammen en Werner Van Peer)



Financiële aspecten voor  
de zorgverlener  
De cijfers op tafel  
Carine Leys



# Financiële aspecten voor de zorgverlener: de cijfers op tafel

Carine Leys- Coördinator-Medisch Huis Colin VZW

# A. Algemeen: 3 soorten forfait

## 1. Artsen forfait

- ▶ raadplegingen/huisbezoeken + GMD
- ▶ geen technische prestaties, GMD+, zorgcontracten,...

## 2. Verpleegkundig forfait

- ▶ Alles uit verpleegkundige nomenclatuur
- ▶ Geen gezinshulp

## 3. Kinesisten forfait

- ▶ Alles uit kine nomenclatuur

## B. Start forfaitaire praktijk

### ► Rechtsvormen

1. V.Z.W.
2. Artsen BVBA, Associatie, CVBA
3. Zelfstandig statuut



## B. Start forfaitaire praktijk

### 1. V.Z.W.:

- ▶ Duidelijk bovenliggende financiële structuur
- ▶ Soms noodzakelijk voor lidmaatschap verenigingen
- ▶ Loonsubsidies Sociale Maribel
  - ▶ Tegemoetkoming bijkomend verlof (Rimpeldagen)
  - ▶ Mini akkoord (Jobcreatie en verlaging werkdruk)
  - ▶ Sociaal akkoord m.b.t. loonharmonisatie en attractiviteitspremies
  - ▶ Tegemoetkoming oncomfortabele uren.
  - ▶ Vipa
  - ▶ ...



## B. Start forfaitaire praktijk

### 2. Artsen BVBA, Associatie, CVBA:

- ▶ Fiscale constructies uit verleden kunnen worden behouden
- ▶ Gebouwen gezet/gekocht door associatie kunnen verder worden gebruikt

### 3. Zelfstandig statuut:

- ▶ Verderzetting praktijk zonder complexe en nieuwe organisatie
- ▶ Geen oprichtingsformaliteiten

## C. Relatie tussen artsen en forfaitaire praktijken

1. Op zelfstandige basis
2. Als bediende
3. Forfait rechtstreeks aan arts(en)

## C. Relatie tussen artsen en forfaitaire praktijken

### 1. Op zelfstandige basis

- ▶ Arts factureert aan forfait praktijk (bruto bedrag)
- ▶ Bedrag overeen te komen tussen arts en praktijk
- ▶ Investerings overeen te komen met praktijk
- ▶ Arts behoudt de voordelen van zijn voorafgaande structuren
- ▶ Arts heeft niet dezelfde bescherming als loontrekkende



# C. Relatie tussen artsen en forfaitaire praktijken

## 2. Als bediende

- ▶ Investerings worden door praktijk gemaakt
- ▶ Vast loon, ongeacht gewerkte uren en/of drukte
- ▶ Vakantiegeld, attractiviteitspremie, eindejaarstoelage
- ▶ Nog geen vast barema maar aan Vlaamse zijde consensus
- ▶ Hogere sociale zekerheid
  - ▶ Loongarantie bij ziekte
  - ▶ Loongarantie bij bevallingsverlof
  - ▶ Opbouw pensioen
- ▶ Extra kosten worden door praktijk betaald
  - ▶ BA verzekering voor medisch beroepen
  - ▶ Lidgeld Orde van Geneesheren
  - ▶ Lidgeld Domus Medica
  - ▶ Lidgeld huisartsenkring
  - ▶ Lidgeld wachtpost



## C. Relatie tussen artsen en forfaitaire praktijken

### 3. Forfait rechtstreeks aan artsen

- ▶ Geen oprichtingsmodaliteiten
- ▶ Artsen blijven volledig op zichzelf werken (let op 24/7 garantie)
- ▶ Weinig verandering voor de patiënten/praktijk

## D. Relatie tussen verpleegkundigen in forfait en artsen/ forfaitaire praktijk

1. Verpleegkundigen geven artsen meer slagkracht door taken over te nemen
2. Coördinatie eerstelijnszorg
3. Educatie patiënten mantelzorg
4. Verdubbeling van de financiële draagkracht van een forfait praktijk
5. Thuisverpleging



## D. Relatie tussen verpleegkundigen in forfait en artsen/ forfaitaire praktijk

### 1. Verpleegkundigen geven artsen meer slagkracht door taken over te nemen

- ▶ Wondzorg, spuitjes, ...
- ▶ Registratie basisparameters (temp., bloeddruk, anamnese,...)
- ▶ Opvolgen zorgtrajecten
- ▶ Opvang "Medisch-administratief" gedeelte (formulieren personen met een handicap, preoperatieve onderzoeken,...)
- ▶ ...

## D. Relatie tussen verpleegkundigen in forfait en artsen/ forfaitaire praktijk

### 2. Coördinatie eerstelijnszorg

- ▶ Bespreking multidisciplinaire zorg intern (artsen, kine, diëtiste, psychologe,...)
- ▶ Bespreking multidisciplinaire zorg extern (familiehulp, psychiatrische thuiszorg, OCMW, financiële bemiddelingsdiensten,...)

### 3. Educatie patiënten mantelzorg

### 4. Verdubbeling van de financiële draagkracht van een forfait praktijk

### 5. Thuisverpleging

- Efficiëntie door communicatie arts, verpleegkundige en patiënt
- 7/24 permanentie : verschillende invullingen



## E. Rekenvoorbeeld

	Casus 1	Casus 2	Casus 3
Inkomsten forfait	177.960	351.480	702.960
Coördinator	30.000 (0.5 VTE)	30.000 (0.5 VTE)	76.000 (1 VTE)
HAIO	18.000	18.000	18.000
HA fact	84.000	84.000	120.000
HA bed. 10j a.	/	/	77.000
A1 VK	/	44.840 (30u/w)	56.800 (1 VTE)
A2 VK	/	40.420 (32u/w)	48.000 (1 VTE)
Huur	18.000	24.000	24.000
Uitgaven	150.000	241.260	419.800
Inkomsten-uitgaven	19.960	110.220	283.160

Casus 1: 1000 pt., enkel artsenforfait (€14.83/m/pt )/1 HA/1 HAIO/ 0.5 coördinator

Casus 2: 1000 pt., artsen en VK forfait (€14.83+€14.46/m/pt)/ 1 HA/ 1 HAIO/0.5 coörd./2 Part-time VK

Casus 3: 2000 pt., artsen en VK forfait (€14.83+€14.46/m/pt)/ 2 HA/ 1 HAIO/ 1 coörd./ 2 VK

**Programma  
Het forfaitair systeem in de  
huisartsgeneeskunde  
8 november 2014**



8.15-8.45	Ontvangst en koffie
8.45-9.00	Inleiding en doelstelling (Roy Remmen)
9.00-9.10	Hoe kijken huisartsen ertegen aan? (Birgitte Schoenmakers)
9.10-9.20	Waarom ben ik veranderd? (Louis Ferrant)
9.30-10.00	Het RIZIV als betaler (Ri De Ridder)
10.00-10.30	Financiële aspecten voor de zorgverlener: de cijfers op tafel (Carine Leys)
10.30-11.00	Pauze en netwerking
11.00-11.15	Geneeskunde voor het Volk (Dirk Van Duppen)
11.15-11.30	Wijkgezondheidscentra (Myriam Suetens)
11.30-11.45	Federatie voor Praktijken in het Forfaitair systeem (Mily Ampe)
11.45-12.00	La Fédération des maisons médicales (Isabelle Heymans)
12.00-13.00	Afsluitende discussie (Dieter Vercammen en Werner Van Peer)



# Pauze en netwerking

**Programma  
Het forfaitair systeem in de  
huisartsgeneeskunde  
8 november 2014**



8.15-8.45	Ontvangst en koffie
8.45-9.00	Inleiding en doelstelling (Roy Remmen)
9.00-9.10	Hoe kijken huisartsen ertegen aan? (Birgitte Schoenmakers)
9.10-9.30	Waarom ben ik veranderd? (Louis Ferrant)
9.30-10.00	Het RIZIV als betaler (Ri De Ridder)
10.00-10.30	Financiële aspecten voor de zorgverlener: de cijfers op tafel (Carine Leys)
10.30-11.00	Pauze en netwerking
11.00-11.15	Geneeskunde voor het Volk (Dirk Van Duppen)
11.15-11.30	Wijkgezondheidscentra (Myriam Suetens)
11.30-11.45	Federatie voor Praktijken in het Forfaitair systeem (Mily Ampe)
11.45-12.00	La Fédération des maisons médicales (Isabelle Heymans)
12.00-13.00	Afsluitende discussie (Dieter Vercammen en Werner Van Peer)





# Geneeskunde voor het Volk

## Dirk Van Duppen

# Zeven pluspunten forfait



[dirk.vanduppen@gvhv.be](mailto:dirk.vanduppen@gvhv.be)

# Zeven pluspunten forfait

~ de **zeven can-MEDS competenties**:

1) medisch handelen 2) communicatie 3) samenwerking 4) kennis en wetenschap 5) maatschappelijk handelen 6) organisatie en 7) professionaliteit.

**Forfait** systeem geeft **ruimte voor**

1. laagdrempelige toegang eerste lijn
2. patiëntgerichte empowerment
3. multidisciplinair werk
4. preventie en Q-werk
5. oorzakelijk werken: beïnvloeding sociale determinanten
6. stimuleren intrinsieke motivatie
7. goed en zeker inkomen, SZ en pensioen. Minder financiële en administratieve besomeringen.



## 900.000 Belgen kunnen dokter niet betalen

Door: Sara Vandekerckhove - 07/08/14, 06u13

### 1. Gratis toegang eerste lijn



©thinkstock.

In vergelijking met de rest van Europa stelt de Belg te vaak een doktersbezoek uit om financiële redenen. Van 31 Europese landen haalt België amper de 20ste plaats. "Als je enkel landen als



Gebruik bèt



Nijpend tek



Zelfs heel tr  
op sterven





# Artsen spelen soloslim

## 3. Multidisciplinair werken

SARA VANDEKERCKHOVE  
BRUSSEL

drie groepspraktijken, met onder meer psychologen, gedragstherapeuten en seksuologen.

PRIMEUR

## 4. Preventie en Q projecten

psychologen, kinesiologen en diëtisten. In Europa doet ons land het op dat vlak zelfs het allerslechtst. "In de toekomst zullen we in de problemen komen."

waardewol zijn. Echt waar, ik denk dat dit de toekomst is. In België blijft hiervoor nog uitzonderlijk, maar je merkt wel dat de groepspraktijken in opmars zijn. In Nederland bijvoorbeeld - waar ik ook een tijdje heb gewerkt - is dat al helemaal

QUALICOPE (Quality, Costs and Equity in Primary Care in Europe) is de eerste grootschalige studie naar de kwaliteit, kost en billijkheid van de eerstelijns gezond-

## Patiëntenpopulatie ~ vaste noemer

bestaan in België, maar in vergelijking met andere Europese landen nog veel te weinig. Wat betreft de zogenaamde "multidisciplinaire samenwerking" bengelt ons land volgens nieuwe Europese cijfers helemaal achteraan.

Dankzij de Qualicope-studie (zie leader) is het voor het eerst mogelijk de gezondheidssystemen van de Europese landen te vergelijken. En waar huisartsen in Finland, Spanje of Zweden erg nauw samenwerken met andere zorgverleners, zit de Belgische dokter al te zeer op een eiland.

"Nochtans kan dat leiden tot een nog betere zorg", zegt professor Sara Willems (Universiteit Gent), die meewerkte aan de Europese studie. "Let wel, de lowlights in ons land is al zeer goed, maar als er in de toekomst geen betere samenwerking komt, zullen we in de problemen komen. Zeker als je weet dat er steeds minder huisartsen zijn."

Dokters moeten zich volgens Willems kunnen focussen op hun corebusiness. "Je kunt je dus afvragen of het zo noodzakelijk is dat zij een bloeddruk meten of diabetespatiënten uitleggen welke gerechten ze het beste mijden. Zeker bij patiënten die meerdere ziektes hebben of bij mensen die het financieel tussig hebben, is zo'n brede aanpak een plus."

Diëte Lieve van Loostrecht (36) ziet alleen maar voordelen bij een snelle samenwerking. Zelf werkt ze in

Wit België echt werk maken van een degelijke samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, dan moet de regelgeving en financiering hervormd worden. "Nu worden huisartsen meestal vergoed per prestatie", legt professor Willems uit. "Dan wordt het moeilijk om een verpleegkundige enkele taken te laten overnemen. Want als die de bloeddruk opneemt, dan krijgt de arts daar geen vergoeding meer voor. Dus krijg je absurde situ-

ties waar de arts wordt betaald dat niet doelman aan de studie.

In België worden 403 huisartsen op 3.663 patiënten ondervraagd. De Universiteit Gent stond in voor het onderzoek naar de billijkheid van de gezondheidszorg. (37)

Willems. "Studenten geneeskunde, verpleegkunde, kinesitherapie... zijn vandaag helemaal niet voorbereid op de realiteit van de groepspraktijk."

Dat België het Europees zo slecht doet, heeft ultraaad historische wortels. In het verleden kampte ons land met een groot overschot aan huisartsen. Voor diezat er in vele gevallen niets anders op dan een eigen praktijk te beginnen enz ovel mogelijk prestaties te leveren om voldoende inkomsten te verwerven. Ook prestaties die ze in feite konden doorschuiven naar andere zorgverleners.

"Samenwerkingen worden in ons land veel te weinig gestimuleerd", bevestigde Marie Van Oostrom

**'Je kunt je afvragen of het noodzakelijk is dat een huisarts diabetespatiënten uitlegt welke gerechten ze het beste mijden'**

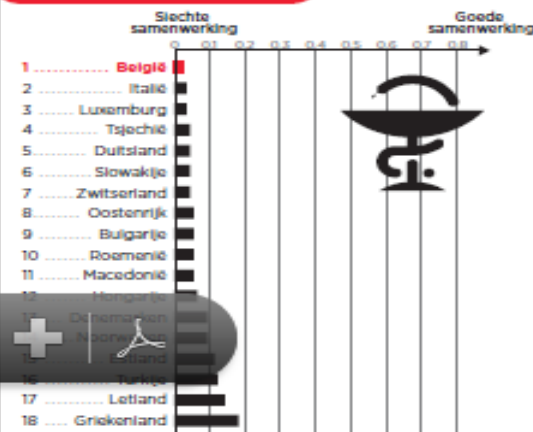
SARA WILLEMS  
PROFESSOR AAN DE VAKGROEP  
HUISARTSGENEESKUNDE  
(UGENT)

zies waar bij de dokter, toch moet eens zijn. "Ik denk dat de toekomst erin ligt om te kijken hoe we kunnen samenwerken met andere zorgverleners. Het is niet alleen maar dat ze het niet allemaal alleen kunnen bolwerken."



### Samenwerking binnen de huisartsenpraktijk

Met receptionisten, verplegend personeel, labo-assistenten, praktijkmanagers, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, tandartsen, apothekers, sociaal werkers



HUISARTS & ONDERZOEK

## DE ARTS AAN HUIS OF DE PATIËNT NAAR DE PRAKTIJK?

Bewust huisbezoeken minderen

I. CABUS, E. VANOBERGEN

e-THEMANUMMER

HUISARTS & ONDERZOEK KORT VERSLAG

## ASTMA: VAN GUIDELINE NAAR PRAKTIJKRICHTLIJN

Verbeterd een astmamodule in het EMD het beleid?

E. RAATS, E. VANOBERGEN, L. FIVEZ, S. COENEN



Patient Education and Counseling 68 (2007) 61-65

www.elsevier.com/loc

Online on-the-spot searching increases use of evidence during consultations in family practice

Dirk Van Duppen<sup>a</sup>, Bert Aertgeerts<sup>b,c</sup>, Karin Hannes<sup>c,\*</sup>, Jasna Neirinckx<sup>a</sup>, Lieve Seuntjens<sup>a</sup>, Filip Goossens<sup>a</sup>, Annelies Van Linden<sup>a</sup>

Implementatie

## Behandeling van het chronisch-vermoeidheidssyndroom in de huisartsenpraktijk

Van counselen naar cognitieve gedragstherapie

Dirk Van Duppen, Jasna Neirinckx, Lieve Seuntjens

HUISARTS & ONDERZOEK  
KORT VERSLAG

## DIABETESZORG

Van guideline tot praktijkrichtlijn

E. VANOBERGEN, J. BAEKELANDT, M. BRANDERS, I. CABUS, L. FONTEYNE, G. GORISSEN, K. MERCKX, E. VAN REUSEL, K. DEVOS, K. HILLEMANS, A. TASSATAN, J. EEKMAN

HUISARTS & PRAKTIJK

## IS PRATEN OVER HET LEVENSEINDE HIP(P)?

Beschouwingen na het volgen van HIPP (Huisarts in een Programma Palliatieve Zorg)

A. VAN LINDEN, D. VAN SLIPPEN, L. SEUNTJENS, K. VERBERCK

## HET VERPLEEGKUNDIG PREVENTIECONSULT

Resultaten van een praktijkverbeterend project

J. RONSE, A. VAN LINDEN, L. SEUNTJENS, B. AERTGEERTS

HUISARTS & PRAKTIJK

## MINDFULNESS EN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

Verrijken ze mijn huisartseninstrumentarium?

S. BLANCKE

# 5. Werken op sociale determinanten van gezondheid

HUISARTS & ONDERZOEK

## IMPACT VAN DE LEEFOMGEVING OP GEZONDHEID

Een medisch sociologisch onderzoek in Sint-Jans-Molenbeek

S. HUYGHE, L. VERMEULEN

### Research

Filip Vanderoost, Susan van der Wielen, Karolien van Nunen and Guido Van Hal



evens:  
sociale en  
P

## Employment loss during economic crisis and suicidal thoughts in Belgium:

a survey in general practice





## 6. Intrinsieke motivatie

3X Dan: Pink – Ariely – Kahneman

Huidige 'evidence':

Intrinsieke motivatie >>> extrensieke motivatie

Huisarts:

- autonomie & controle
- minder administratieve rompslomp
- kwaliteitsverbetering
- (zelf)ontwikkeling
- samenwerking, wederzijdse hulp en uitwisseling
- dienstbaar zijn & missie
- do good = feel good

## De huidige 'evidence'



**The Psychological Consequences of Money**  
Kathleen D. Vohs, *et al.*  
*Science* 314, 1154 (2006);  
DOI: 10.1126/science.1132491

- Motivatieverdringing (*motivation crowding*)
- Geldelijke motivatie verdringt niet-geldelijke motivatie
  - Zie **negatieve** gevolg van **Pay-for-quality**.

## Monetaire incentives

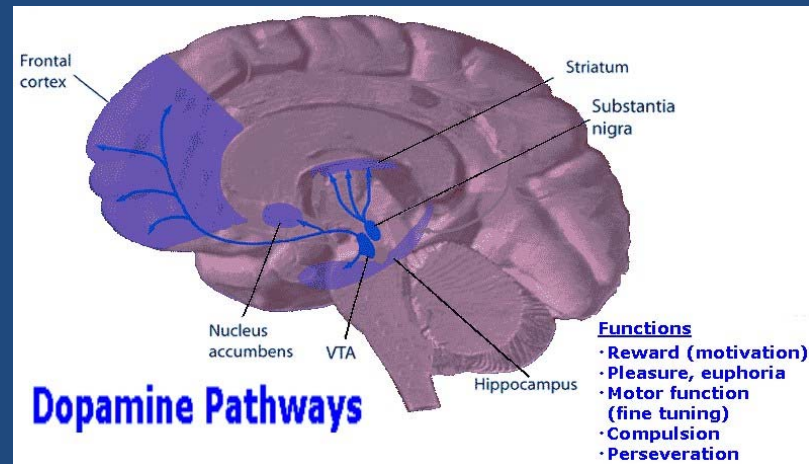
stimuleren het dopamine systeem:

- Wanting
- Craving
- Obsessief
- ~ Cocaïne addictie
- Gewenning -> verslaving
- *Verdringen intrinsieke pathways*

## Intrinsieke incentives – prosociaal gedrag & stimuli

stimuleren het oxytocine systeem:

- Plezier
- “Warme gloed gevoelens”
- Verbondenheid, bijhoren, veilig, goed gevoel en samenhorig gevoel



# Sociaal constructivisme



=> Synergie van de 7 pluspunten  
~X-factor & Y-factor van de huisartsgeneeskunde





**Programma  
Het forfaitair systeem in de  
huisartsgeneeskunde  
8 november 2014**



8.15-8.45	Ontvangst en koffie
8.45-9.00	Inleiding en doelstelling (Roy Remmen)
9.00-9.10	Hoe kijken huisartsen ertegen aan? (Birgitte Schoenmakers)
9.10-9.30	Waarom ben ik veranderd? (Louis Ferrant)
9.30-10.00	Het RIZIV als betaler (Ri De Ridder)
10.00-10.30	Financiële aspecten voor de zorgverlener: de cijfers op tafel (Carine Leys)
10.30-11.00	Pauze en netwerking
11.00-11.15	Geneeskunde voor het Volk (Dirk Van Duppen)
11.15-11.30	Wijkgezondheidscentra (Myriam Suetens)
11.30-11.45	Federatie voor Praktijken in het Forfaitair systeem (Mily Ampe)
11.45-12.00	La Fédération des maisons médicales (Isabelle Heymans)
12.00-13.00	Afsluitende discussie (Dieter Vercammen en Werner Van Peer)



# Wijkgezondheidscentra Myriam Suetens

Het forfaitair betalingsstelsel:  
middel om de doelstellingen van de  
wijkgezondheidscentra te realiseren.



Myriam Suetens

Vereniging van Wijkgezondheidscentra



## Wat is een wijkgezondheidscentrum?

- Ambulant
- Laagdrempelig
- Integrale aanpak
- Multidisciplinair team
- Gemeenschapsgericht
- Gezondheidspromotie en ziektepreventie







# Wie zijn de patiënten van de wijkgezondheidscentra?

op 1 januari 2014:

- 61.938 patiënten (94% in het forfait)
  - 6 % = asielzoekers, mensen zonder papieren,...
- 6.540 patiënten in grootste wijkgezondheidscentrum De Sleep
- 37.4% patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming
- gemiddeld 30,4 jaar
- grotere etnische diversiteit



# Wie werkt in de wijkgezondheidscentra?

## Op 1 januari 2014:

- 54,3% is huisarts, verpleegkundige of kinesist
- Ook in het (zorg)team: maatschappelijk werker, diëtist, psycholoog, gezondheidspromotor, tandarts,...
- 578 betaalde werknemers (318,34 VTE) en 110 vrijwilligers (16,41VTE)

## Artsen:

- 90 VTE artsen
- gemiddeld 40 jaar
- 62.5% vrouwen



## In opleiding:

- op dit moment: 20 haio's, stagiairs uit verschillende opleidingen

# Financiering van een wijkgezondheidscentrum ?

OPBRENGSTEN 'PATIENTENWERKING':

**FORFAIT** 87%

PRESTATIES 13%

78%

VZW WGC totale  
werking

SUBSIDIES:

Impulseo , GMD, emd,...

Loonsubsidies

VIPA

Tijdelijke projectmiddelen

22%

85%

LOON-  
KOST

15%

WERKINGSKOST





# Waar staan wijkgezondheidscentra voor?

## Sociale rechtvaardigheid

- Laagdrempelig
- Geen categoriale zorg, wel een bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen
- Beïnvloeden van sociale determinanten

## Kwaliteitsvolle zorg

- Patiënt centraal
- Integrale zorg door interprofessioneel team



Het forfaitair betalingssysteem is het financieringsmodel dat het best aansluit bij onze visie op eerstelijnsgezondheidszorg, want:





# Troeven van het forfaitair betalingssysteem

- Geen financiële drempel voor de patiënt
- Door inschrijving: call-recall, aanklappende zorg
- Stimulans voor bevorderen van preventie en gezondheidsbevordering
- Patient empowerment en stimuleren van zelfzorg
- Interprofessionele samenwerking en taakdelegatie worden gefaciliteerd

# Voorbeeld 1

## Faciliteren van taakdelegatie

### Het takenpakket van de verpleegkundigen in de Ridderbuurt (Leuven)

- Curatieve zorg: wondzorg, oren uitspuiten, wrattenbehandeling, palliatieve zorgen, diabetesspreekuur, aanleren inhalatietechnieken
- Preventie: vaccinaties, prikpil, toelichting bij FOBT, opvolging zwangerschap...
- Diagnostische handelingen: ECG afnemen, bloedafname, spirometrie,...
- Gezondheids promotie: materiaal voor wachtzaal (bv affiche CO- intoxicatie), ...



## Voorbeeld 2

Faciliteren van interdisciplinaire samenwerking

Maatschappelijk werk in  
wijkgezondheidscentrum De Brug  
(Brussel)



# Voorbeeld 3

Beïnvloeden van sociale  
determinanten

De huisvesting in wijk Nieuw Gent  
(Gent)



# Besluit

Het forfaitair betalingssysteem draagt bij aan het realiseren van onze **maatschappelijke doelstellingen** en onze **doelstellingen op patiëntniveau**.



# Interesse?

... om als haio of stagiair aan de slag te gaan in een wijkgezondheidscentrum?

... om eens te komen kijken in een wijkgezondheidscentrum?

... meer weten?

[www.vwgc.be](http://www.vwgc.be)

[myriam.suetens@vwgc.be](mailto:myriam.suetens@vwgc.be)

Vereniging van Wijkgezondheidscentra

Vooruitgangstraat 333

1030 Brussel

02/265.01.66





**Programma  
Het forfaitair systeem in de  
huisartsgeneeskunde  
8 november 2014**



8.15-8.45	Ontvangst en koffie
8.45-9.00	Inleiding en doelstelling (Roy Remmen)
9.00-9.10	Hoe kijken huisartsen ertegen aan? (Birgitte Schoenmakers)
9.10-9.30	Waarom ben ik veranderd? (Louis Ferrant)
9.30-10.00	Het RIZIV als betaler (Ri De Ridder)
10.00-10.30	Financiële aspecten voor de zorgverlener: de cijfers op tafel (Carine Leys)
10.30-11.00	Pauze en netwerking
11.00-11.15	Geneeskunde voor het Volk (Dirk Van Duppen)
11.15-11.30	Wijkgezondheidscentra (Myriam Suetens)
11.30-11.45	Federatie voor Praktijken in het Forfaitair systeem (Mily Ampe)
11.45-12.00	La Fédération des maisons médicales (Isabelle Heymans)
12.00-13.00	Afsluitende discussie (Dieter Vercammen en Werner Van Peer)



# Federatie voor praktijken In het forfaitair systeem Milly Ampe

# FEPRAF0

**F**Ederatie van eerstelijns**PRA**ktijken met **F**Orfaitaire financiering  
**F**Édération des **PRA**tiques médicales de première ligne au **F**Orfait  
**F**öderation der medizinischen **PRA**xen mit **F**Orfaitairer Finanzierung

# VZW opgericht in september 2013 door een aantal eerstelijnspraktijken

- die reeds werkten met forfaitaire financiering
- uit het hele land
- geen lid van een bestaande federatie
- grote verscheidenheid: juridisch, statuut, organisatie, disciplines, software
- met gemeenschappelijk **doel**



## DOEL

### ° uitbouw forfaitaire financiering

als middel om aan ingeschreven patiënten toegankelijke, kwaliteitsvolle en efficiënte eerstelijnszorg te bieden.

### ° samenwerking met alle betrokkenen

- reeds algemeen bruikbaar
- engagement om het verder te verbeteren
- vragende partij voor duidelijk kader

# VERSCHEIDENHEID = MEERWAARDE

Welke mogelijkheden heb je bij forfaitaire financiering van praktijk?

Welke keuzes dienen gemaakt alvorens forfaitair te starten?

Je bepaalt zelf:

- Visie – Ideologie



- **Juridische structuur**: gaat bepalend zijn voor beheer, besluitvorming, eigendom, fiscaliteit, mogelijkheden, verplichtingen vb. boekhouding.

° VZW:

- algemene vergadering is soeverein. RvB bestuurt
- werknemers beheren niet, eventueel vertegenwoordigd in beheer
- wie is de werkgever van de hulpverlener?
- fondsen van andere overheden dan Riziv (gebouwen, lening, tewerkstelling)
- risico's oneigenlijk gebruik.

° BVBA, COÖPERATIEF, FV...:

- wie er in werkt kan
- mee beheren
  - eigendom verwerven

- **Disciplines in het forfait: 40 - 20 - 40**

Niet tegelijk in betaling per prestatie. Uitzonderingen.

**M: Huisarts.** Verplicht.

Indien monodisciplinair - meer stabiele patiëntenpopulatie.  
- eenvoudiger organisatie

**K: Kiné.** Niet vanzelfsprekend. Uitgebreid pakket!

**I: Thuisverpleging.** Bijna overal. Niet verplicht.

- groter budget waarmee men de zorg (ook op de praktijk) meer geïntegreerd en efficiënt kan organiseren

MAAR

- men moet ook instaan voor de hele zorg  
- beperkingen, 'grensconflicten'  
- coördinatie nodig!

*Outsourcing?*



**Dia 152**

---

**HGeA1**

HAP Grouwels en Ampe; 6/11/2014

- **Interne verdeling:**

Hoe ga je **inkomsten** en **werk** verdelen wanneer de praktijk en de hulpverleners niet meer per prestatie betaald worden?

Mogelijkheden:

- een salaris
- een uurloon
- een vergoeding per patiëntendossier dat men beheert (evt. rekening houdend met zorgbehoefte)...?

- **Software:**

Er zijn meerdere programma's voor forfaitadministratie, facturatie en eventueel geïntegreerd EMD.

- **Administratieve ondersteuning en tarificatiedienst:**

Er wordt gewerkt aan een dienstverlening waarop men modulair kan beroep doen, tegen vergoeding.

## WANNEER JE WIL STARTEN MET FORFAIT...

- Bereid het grondig voor. Neem de tijd.
- Informeer je huisartsenkring, je collega's en je patiënten.
- Organiseer continuïteit en multidisciplinariteit.
- Zet in op preventie: gmd+.
- Doe een aanvraag bij het Riziv.
- Start met inschrijven.
- Sluit aan bij de federatie die het best bij je past.

*VLOEK of ZEGEN?*

*Vooraf een WERKWOORD!*

Forfait geeft ruimte voor uitbouw eigenheid:

- taakdelegatie leidt tot subsidiariteit
- efficiënter organiseren van de zorg door zorgsubstitutie



# Info

- Folder
- Website: [www.feprafo.be](http://www.feprafo.be)  
met verwijzing naar officiële teksten en Riziv website





# FEPRAFO

FEDERATIE VAN EERSTELIJNSPRAKTIJKEN  
MET FORFAITAIRE FINANCIERING

**Programma  
Het forfaitair systeem in de  
huisartsgeneeskunde  
8 november 2014**



8.15-8.45	Ontvangst en koffie
8.45-9.00	Inleiding en doelstelling (Roy Remmen)
9.00-9.10	Hoe kijken huisartsen ertegen aan? (Birgitte Schoenmakers)
9.10-9.30	Waarom ben ik veranderd? (Louis Ferrant)
9.30-10.00	Het RIZIV als betaler (Ri De Ridder)
10.00-10.30	Financiële aspecten voor de zorgverlener: de cijfers op tafel (Carine Leys)
10.30-11.00	Pauze en netwerking
11.00-11.15	Geneeskunde voor het Volk (Dirk Van Duppen)
11.15-11.30	Wijkgezondheidscentra (Myriam Suetens)
11.30-11.45	Federatie voor Praktijken in het Forfaitair systeem (Mily Ampe)
11.45-12.00	La Fédération des maisons médicales (Isabelle Heymans)
12.00-13.00	Afsluitende discussie (Dieter Vercammen en Werner Van Peer)



# La Fédération des maisons médicales

## Isabelle Heymans





# HET FORFAITAIR BETALINGSSYSTEEM

ENKELE BESCHOUWINGEN VAN DE  
FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES



# Een lange evolutie

161

- 1972 : 2 eerste Maisons médicales (Doornik, Molenbeek)
- 1981: wettelijk kader voor forfait - na 2 jaar onderhandelingen - financieel gevaarlijk
- 1984: eerste MM start in het forfait (BVS - Seraing)
- 1993: hervorming : 3\*10% revalorisatie
- 2013 : grondige hervorming - nieuw systeem - nog niet bevredigend

Overleg tussen federaties, Riziv, mutualiteiten.



# Het « beste » financieringssysteem?

162

- Geen perfect financieringsmodel
- Voordelen > nadelen
- Internationaal in de richting van gemengde financiering
  - ▣ Per Capita (needs-oriented)
  - ▣ Functies / structuur
  - ▣ Prestaties
  - ▣ (P4Q?)
  - ▣ Innovaties / pilootproject?

→ een permanent zoeken naar een betere financiering om onze missie te ondersteunen

**Tableau 1. Avantages des différents systèmes de paiement, selon la littérature internationale<sup>(4)</sup>**

	Honoraires	Capitation	Capitation intégrée	Salaire
<b>Objectifs de santé publique</b>				
MG est le 1 <sup>er</sup> contact avec le système de santé	0	⊕	⊕⊕	0
Accessibilité financière	⊖	⊕⊕	⊕	⊖
Continuité des soins dans le temps	⊖	⊕	⊕⊕	⊖
Globalité	⊖	⊕	⊕	⊕
Coordination des différents prestataires	⊖	⊕	⊕⊕	⊖
<b>Avantages pour le prestataire</b>				
Sécurité financière du prestataire	?	⊕	?	⊕⊕
Autonomie, liberté thérapeutique	⊕⊕	⊕	⊕	0
<b>Avantages pour le patient</b>				
Qualité du contact	⊕⊕	⊕	⊕	⊖
Accessibilité financière	⊕	⊕⊕	⊕⊕	⊕⊕
Liberté de choix du prestataire	⊕⊕	⊕	⊕	0
<b>Avantages pour la société</b>				
Maîtrise des finances	⊖⊖	⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕
Équité des soins	⊖	⊕⊕		⊕⊕
⊖ à ⊖⊖⊖ : degré selon lequel l'objectif est freiné      0 : effet neutre ⊕ à ⊕⊕⊕ : degré selon lequel l'objectif est soutenu      ? : effet inconnu				

**Tableau 2. Inconvénients des différents systèmes de financement<sup>(4)</sup>**

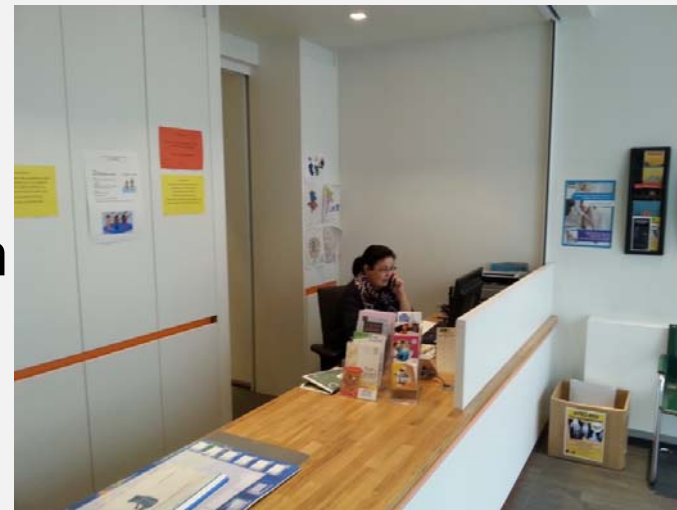
	Honoraires	Capitation	Capitation intégrée	Salaire
Demande induite	Oui	-	-	-
Sélection des risques	-	Oui	Oui	-
Recours exagéré à 2 <sup>ème</sup> ligne	-	Oui	-	Oui
Diminution temps consultation	-	Oui	Oui	Oui
Prescription de médicaments	-	Oui	-	↓



# Grootste risico : patiëntenselectie

163

- Forfait per capita gericht op noden
  - Leeftijd, geslacht, morbiditeit, sociale situatie
- Regels over inschrijving en uitschrijving
- “non profit” objectieven / praktijken ondersteunen



## *Opmerking:*

- praktijk wordt betaald per capita - werkers worden betaald per uur (en een klein beetje per prestatie)





# « Omgekeerde »patiëntenselectie?

164

- Reputatie van MM / WGC : “dokters voor de armoede” ...
  - ... “witte producten-” dokters?
  - Forfait is alleen voor werklozen en armen?



- Cijfers tonen hoger % van zwakkere groepen
- MM / WGC geven prioriteit aan wijken met zwakkere groepen

- Maar:
  - Sociale mix is zeer belangrijk : voor de populatie en voor de praktijk
  - Personeelsleden zijn zeer gemotiveerd om kwaliteitsvol te werken
  - Er zijn praktijken in de meer rijkere wijken (Linkebeek, Ottignies, Waver,...)
  - En ook in rurale gebieden: Barvaux (Durbuy), Aywaille, ...



# Wettelijke erkenning van MM

165

Brussel (Cocof) en Wallonië, vanaf 1993 :

## *Voorwaarden:*

- ▣ VZW (met merendeel van werkers in de AV)
- ▣ Pluridisciplinair: 2 HA, 2 anderen
- ▣ Eerstelijngesondheidszorg
- ▣ Gemeenschapsgerichte werking

## *Missies - met € (complementair aan Riziv-financiering)*

- ▣ Onthaal
- ▣ Gemeenschapsgerichte werking
- ▣ Dataverzameling
- ▣ Interdisciplinaire coördinatie

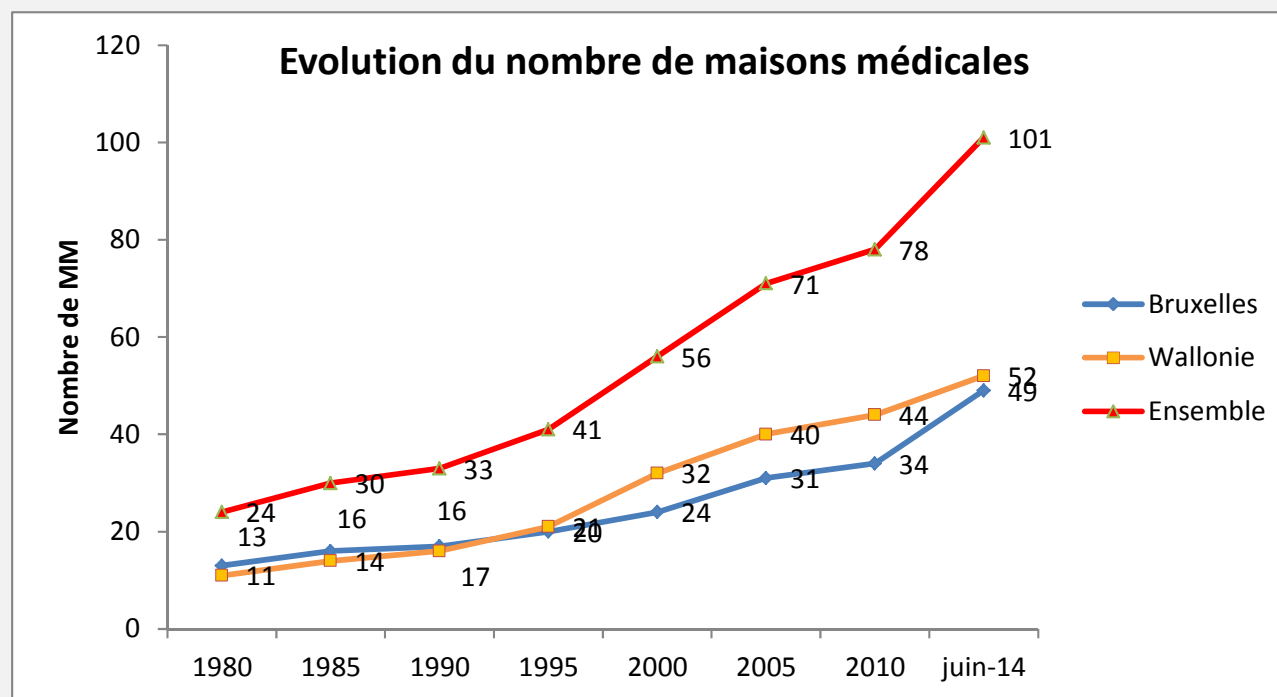


Wallonië: nieuwe *ondersteuning bij opstart* van nieuwe praktijken (20000\*2j).



# Maisons médicales: Cijfers

166



17% per prestatie / 83% forfaitair

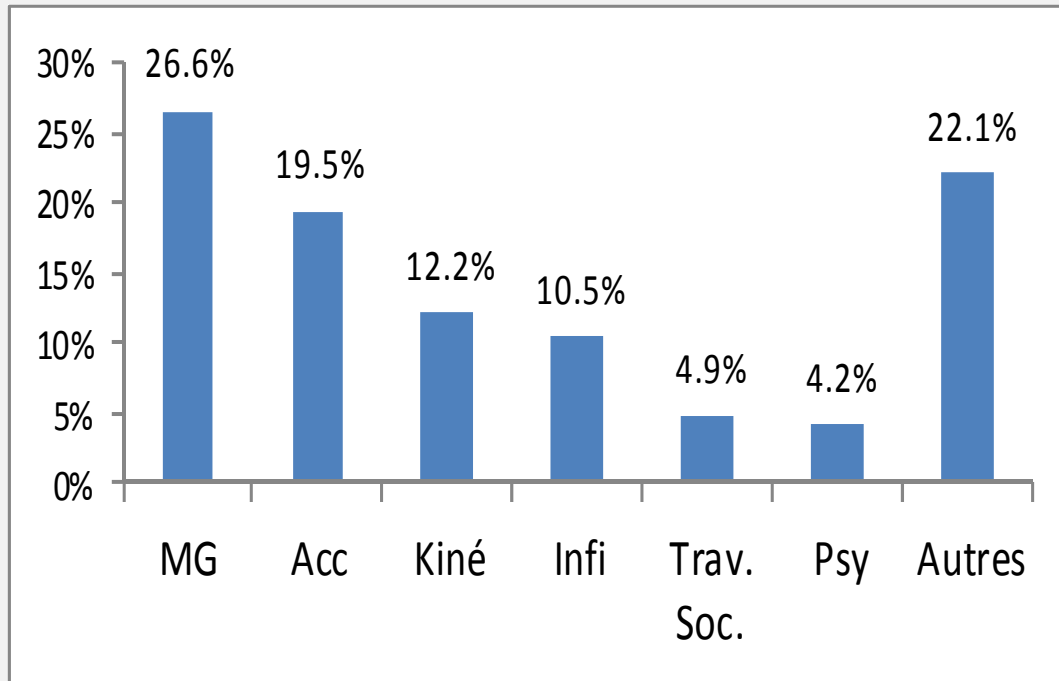
1-4 nieuwe centra /jaar

Volgende evolutie: ruraal



# Beroepen

167



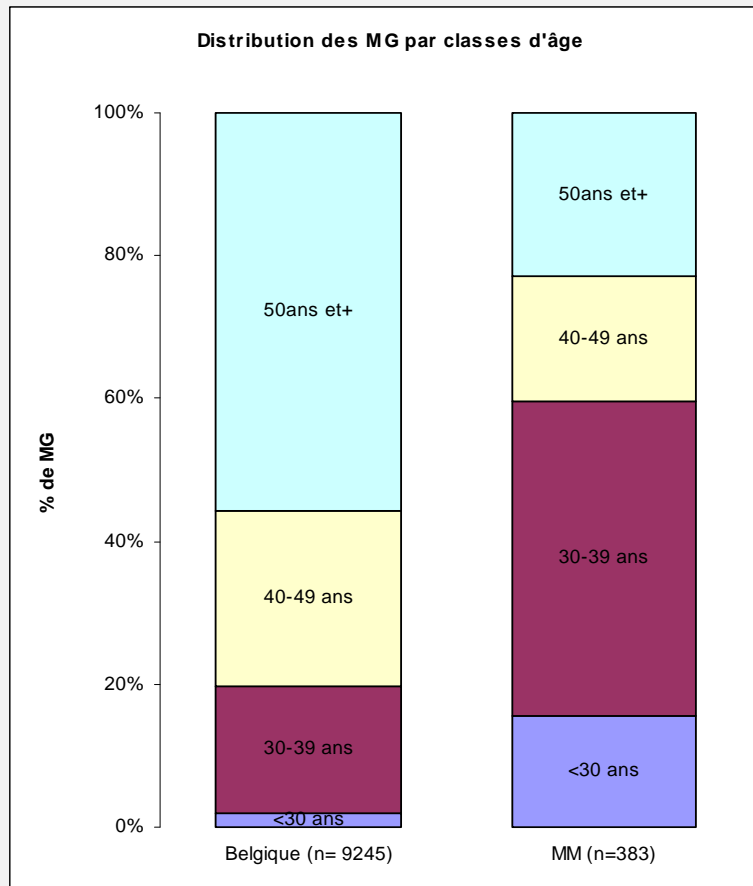
- > 1600 werkers
- 28% zelfstandigen
- >400 HA





# Attractief voor jongeren

168



- Jonge praktijken
- Attractieve praktijken

.. En ook interessant voor ouderen!



# Dank u!



**Programma  
Het forfaitair systeem in de  
huisartsgeneeskunde  
8 november 2014**



8.15-8.45	Ontvangst en koffie
8.45-9.00	Inleiding en doelstelling (Roy Remmen)
9.00-9.10	Hoe kijken huisartsen ertegen aan? (Birgitte Schoenmakers)
9.10-9.30	Waarom ben ik veranderd? (Louis Ferrant)
9.30-10.00	Het RIZIV als betaler (Ri De Ridder)
10.00-10.30	Financiële aspecten voor de zorgverlener: de cijfers op tafel (Carine Leys)
10.30-11.00	Pauze en netwerking
11.00-11.15	Geneeskunde voor het Volk (Dirk Van Duppen)
11.15-11.30	Wijkgezondheidscentra (Myriam Suetens)
11.30-11.45	Federatie voor Praktijken in het Forfaitair systeem (Mily Ampe)
11.45-12.00	La Fédération des maisons médicales (Isabelle Heymans)
12.00-13.00	Afsluitende discussie (Dieter Vercammen en Werner Van Peer)



Afsluitende discussie  
Dieter Vercammen  
En  
Werner Van Peer





# Forfaitair systeem: vloek of zegen?

Wat blijft er over van de drempels en bezwaren?

Waarom zouden we uiteindelijk beter wel forfaitair gaan werken?



Wat blijft er nog over van de  
bezwaren en drempels?





## Principiële bezwaren:

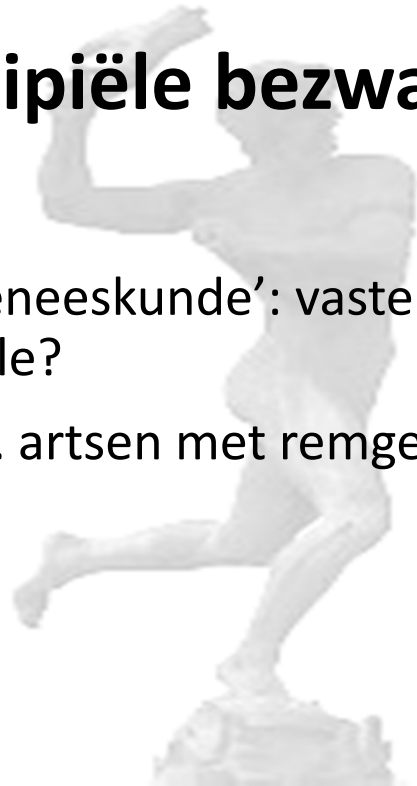
Ongekend is onbemind: colloquium!  
**connotatie met armoede of ideologie?**  
**verminderde autonomie van arts?**  
**verminderde autonomie van patiënt?**  
**overconsumptie van zorgen?**





## Principiële bezwaren:

- Evolutie naar 'ambtenarengeneeskunde': vaste kantooruren, verminderde inzet, burn-out, staatscontrole?
- Oneerlijke concurrentie t.o.v. artsen met remgeld





## Praktische bezwaren:

Administratieve lasten te zwaar?

Onmogelijkheid tevens prestatiegebonden te mogen werken?

Vermindering inkomen?

Collega's in praktijk willen niet mee?

Moeilijke inkomensverdeling tussen collega's?

Verwachte kosten onduidelijk, mogelijk te hoog?





Waarom zouden we nu  
uiteindelijk beter wel forfaitair  
gaan werken?



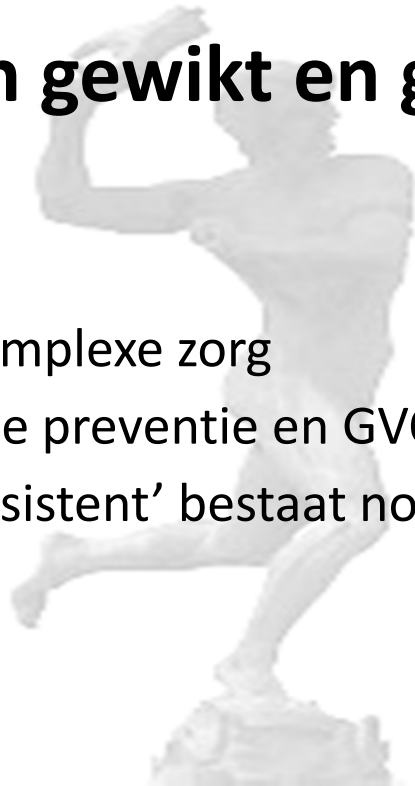


## Voordelen gewikt en gewogen:

### Betere taakdelegatie mogelijk:

- Organisatie chronische en complexe zorg
- Organisatie van systematische preventie en GVO projecten

CAVE: Nieuwe functie 'praktijkassistent' bestaat nog niet in België: opleiding?  
Verantwoordelijkheid?





## Voordelen gewikt en gewogen:

**Betere kennis van patiëntenbestand: call-recall, e.a.**

Wat is verschil tussen kennis van bestand met ingeschreven patiënten en bestand van GMD houdende patiënten?



## Voordelen gewikt en gewogen:

**Laagdrempeligheid voor de patiënt:**

Wat is het verschil tussen 0 euro en 1 euro remgeld bij Omnio-patiënten?





## **Voordelen gewikt en gewogen:**

**Meer nadruk op patientempowerment?**

**Beïnvloeden van sociale determinanten?**

**Meer tijd voor overleg en praktijkverbetering?**







## **Voordelen gewikt en gewogen:**

**Vast inkomen als arts met een beter sociaal statuut?**

**Betere werkuren met meer kans op evenwichtig leven als arts?**



