

Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België: een update

Samenvatting

Publicatiedatum: 8 december 2017

Auteurs: Michel Boutsen, Giulia Camilotti, Tonio Di Zinno,
Anne-Françoise Pirson, Pauline Van Cutsem, Katrien Vervoort

Inleiding

In België bestaan er twee manieren om de eerstelijnszorg te financieren. De eerste manier is de prestatiefinanciering. Hierin is het grote merendeel van de zorgverstrekkers actief is. De tweede manier is de forfaitaire financiering, momenteel mogelijk voor de financiering van huisartsgeneeskunde, verpleegkundige zorgen en kinesitherapie.

In de prestatiefinanciering wordt de zorgverstrekker per prestatie vergoed, waarvan het bedrag is vastgelegd in de nomenclatuur. In de forfaitaire financiering krijgt de zorgverstrekker een vast bedrag per ingeschreven patiënt per maand, waarmee de verstrekker verantwoordelijk is voor de continue en kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt.

Voor de patiënt geldt de vrije keuze van zorgverstrekker, maar voor verzorging in het forfaitaire systeem is wel een inschrijving nodig. Momenteel is 3,2%¹ van de Belgische bevolking ofwel zo'n 360.000 patiënten ingeschreven in 'een medisch huis', zijnde de centra die de forfaitaire betaling toepassen. In Vlaanderen staan tal van deze centra bekend onder de noemer 'wijkgezondheidscentra'.

In 2008 maakte het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een vergelijking van de kosten en de kwaliteit tussen beide systemen². Het KCE kwam toen tot de conclusie dat de kosten en de kwaliteit in beide systemen gelijkwaardig zijn. Inzake kosten bleek dat het forfaitaire systeem meer kost in de eerstelijns, maar dat deze meerkost wordt uitgespaard in de tweedelijns (ziekenhuizen, geneesmiddelen, doorverwijzing naar specialisten, revalidatie, ...) waardoor de totale factuur voor de ziekteverzekering even hoog is. Wel scoren de forfaitaire praktijken beter inzake ziektepreventie en zijn ze financieel interessanter voor de patiënt (aangezien er geen eigen bijdrage is in de eerste lijn, minder prestaties in de tweedelijns en minder kosten voor geneesmiddelen). De KCE-studie van 2008 werd uitgevoerd met als doelstelling het debat te 'depensionaliseren' en om na te gaan hoe de twee systemen op een rechtvaardige manier naast elkaar kunnen blijven bestaan.

De KCE-studie werd gemaakt op basis van cijfers van 2002, 2003 en 2004. Ondertussen is het forfaitaire betalingssysteem sterk geëvolueerd³: (1) het aantal centra en het aantal ingeschreven patiënten is tussen 2007 en 2016 meer dan verdubbeld, (2) deze sterke groei ging gepaard met een diversificatie van de sector, zowel inzake juridisch statuut als inzake de organisatie van de zorg, de geografische spreiding en het eventuele lidmaatschap bij een federatie, en (3) in mei 2013 werd een nieuwe financieringswijze ingevoerd waarbij sindsdien het forfaitbedrag voor elk centrum, binnen een globaal budget, jaarlijks bepaald wordt op basis van het risicoprofiel van zijn patiënten.

Vanuit de Overeenkomstencommissie Forfaitaire Betaling werd in de zomer van 2016 een aanvraag ingediend bij het KCE om een update te maken van de studie om na te gaan of de conclusies ook in de nieuwe context nog steeds geldig zijn. Steeds meer spelers beschouwen de KCE studie immers als verouderd. Het KCE ging echter niet in op deze vraag.

Ondertussen loopt het debat rond het forfaitaire betalingssysteem hoog op. Tijdens het begrotingsconclaaf van oktober 2016 werden besparingen opgelegd in de sector. Daarnaast zou een audit worden uitgevoerd inzake de organisatie, werking en kostenstructuur van de medische huizen met als

¹ Situatie op 30 juni 2016.

² KCE Reports 85A (2008), Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Beschikbaar op <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/vergelijking-van-kost-en-kwaliteit-van-twee-financieringssystemen-voor-de-eerstel>

³ RIZIV, Gestandaardiseerd verslag, juni 2017.

doelstelling op basis daarvan het systeem te optimaliseren. In afwachting van de audit geldt een moratorium op nieuwe centra, met uitzondering van de centra die reeds voor 8 oktober 2016 een dossier hadden ingediend bij het RIZIV. Ondertussen kunnen sinds juli 2017 ook die centra niet meer starten vanuit de motivatie dat het budget voor dat jaar is uitgeput.

Vanuit de hierboven beschreven context nam het Intermutualistisch Agentschap het initiatief om het KCE-onderzoek te actualiseren. Het is ook de bedoeling om op basis van dit onderzoek pistes aan te reiken voor de verdere optimalisering van het model van forfaitaire betaling.

Vraagstelling

Met dit onderzoek trachten we een antwoord te formuleren op de volgende drie vragen:

- Zijn de totale kosten gedragen door de verplichte ziekteverzekering voor patiënten die forfaitair worden verzorgd hoger of lager dan de kosten voor patiënten die per prestatie worden behandeld en vergelijkbare kenmerken hebben?
- Hoe verhoudt zich de kwaliteit van de zorg aan patiënten die forfaitair worden verzorgd ten opzicht van de kwaliteit van de zorg aan patiënten die per prestatie worden verzorgd?
- Verschillen deze conclusies in functie van de kenmerken van forfaitaire centra (datum van oprichting, locatie, juridisch statuut, al dan niet aansluiting bij een federatie, ...)?

Beschrijving van het Belgische forfaitaire systeem

Werking

Het basisprincipe van het forfaitaire betalingssysteem is dat de verstrekker niet betaald wordt per prestatie, maar per ingeschreven patiënt een vast maandelijks bedrag ontvangt waarmee de verstrekker verantwoordelijk is voor de continue en kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt. Momenteel kunnen voor de volgende verstrekkingen akkoorden voor forfaitaire betaling worden afgesloten: voor de huisartsgeneeskunde, voor kinesitherapie en voor verpleegkundige verzorging.

Een zorgverstreker die toetreedt tot een akkoord voor forfaitaire betaling kan in principe niet langer in de prestatiefinanciering werken. Om verzorgd te kunnen worden, moet de patiënt zich inschrijven in het medisch huis en dit voor het geheel van de aangeboden disciplines.

Voor elke ingeschreven rechthebbende krijgt het centrum voor elk van de aangeboden disciplines een vast forfait per maand uitgekeerd door het ziekenfonds van de rechthebbende, ongeacht het aantal consultaties van de patiënt. Voor wat betreft de huisartsgeneeskunde dekt dit forfait ook het beheer van het Globaal Medisch Dossier van de rechthebbende. Voor de rechthebbende impliceert inschrijving in een medisch huis dat hij zich voor de verzorging moet richten tot het medisch huis – de ziekteverzekering voorziet geen terugbetaling wanneer de patiënt een verstrekker buiten het centrum raadpleegt. Voor de ziekteverzekering zijn prestatiefinanciering en forfaitaire financiering met andere woorden mutueel exclusief, zowel in hoofde van de rechthebbende als in hoofde van de verstrekker.

Sinds 2015 moet elk centrum jaarlijks een activiteitenverslag overmaken aan het RIZIV waarin wordt uitgelegd hoe de continuïteit van de zorg georganiseerd wordt en waarin inzicht wordt gegeven in de verleende prestaties in het centrum (bijvoorbeeld aantal huisartscontacten in de praktijk, aantal huisbezoeken, aanwezig zorgpersoneel, etc.). Vanuit de Overeenkomstencommissie werden aanbevelingen opgesteld om de zorgcontinuïteit te garanderen.

Het grote merendeel van de centra werkt op multidisciplinaire wijze en biedt minstens twee disciplines aan. Naast ondersteunend personeel en vrijwilligers, maken vaak nog andere disciplines deel uit van de centra, zoals maatschappelijk werkers, psychologen, tandartsen en vroedvrouwen.

Financiering

- **Globaal budget:** De medische huizen werken binnen een vast globaal budget dat verdeeld wordt onder de verschillende centra aan de hand van een forfaitbedrag per patiënt. Tot 2013 was dit budget een rechtstreekse afgeleide van de budgetten in de prestatiefinanciering dat vermeerderd werd met 31 procent om rekening te houden met (1) de extra werklast voor de centra gezien hun sociaal-economisch zwakkere populatie, (2) de besparingen die de centra teweeg brengen in de tweedelijns en (3) structurele niet-gebruikers van de eerstelijnszorg (gevangenen, verzekerden die in het buitenland wonen,...). Sinds 2013 is de band met het budget uit de prestatiefinanciering in principe doorgeknipt en worden er sectorspecifieke technische ramingen gemaakt. De globale enveloppe evolueert dus niet langer in functie van de groei van de uitgaven in de prestatiefinanciering en is daardoor meer stabiel en voorspelbaar.
- **Forfait per patiënt:** Vanaf mei 2013 wordt het forfaitbedrag voor elk centrum en voor elke discipline afzonderlijk berekend op basis van het risicoprofiel van haar patiënten. Dit risicoprofiel wordt berekend aan de hand van een 40-tal variabelen⁴ gebruikt bij het model van financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen, waaronder leeftijd, geslacht, sociale status, aanwezigheid van handicap, belangrijke chronische ziekten en medische condities die veel zorg vragen. Een centrum met meer zorgbehoevende patiënten krijgt aldus gemiddeld op jaarbasis een hoger bedrag dan een centrum met minder zorgbehoevende patiënten.

Beschrijving van de sector

Centra⁵

- **Aantal:** Op 1 juli 2017 waren er in België in totaal 177 'medische huizen', zijnde groepen van zorgverstrekkers die de forfaitaire financiering toepassen. De sector kent een zeer sterke groei: de afgelopen tien jaar startten gemiddeld 10 nieuwe centra per jaar, wat resulteert in een verdubbeling van het aantal centra in diezelfde periode.
- **Geografische spreiding:** het gros van de centra is gelegen in Brussel (40%) en Wallonië (36%). In Vlaanderen zijn er 43 centra (24%). Op provincieniveau zijn de meeste centra gelegen in Luik, Henegouwen en Oost-Vlaanderen. Medische huizen zijn vooral een stedelijk fenomeen, al neemt het aantal centra op het platteland toe.
- **Medisch aanbod:** Het overgrote deel van de centra (66%) biedt zowel huisartsgeneeskunde als verpleging als kinesithérapie aan. Vervolgens is het meest populaire aanbod de combinatie van huisartsgeneeskunde met verpleging (32%). Slechts één centrum biedt de combinatie van huisartsgeneeskunde met kinesithérapie aan. Tot slot zijn vier centra monodisciplinair, waarvan drie centra uitsluitend huisartsgeneeskunde aanbieden en één centrum uitsluitend verpleging.
- **Lidmaatschap bij federatie:** Bijna de helft van de medische huizen zijn aangesloten bij het Franstalige Fédération des Maisons Médicales (FMM, 85 centra). 37 centra zijn bij geen enkele federatie aangesloten. Hun aantal neemt in sneltempo toe. De Vlaamse Vereniging voor Wijkgezondheidscentra (VWGC) vertegenwoordigt 29 centra. FEPRFO, ofwel de Federatie van Eerstelijnspraktijken met Forfaitaire Financiering, vertegenwoordigt 15 centra, verspreid over heel België. Geneeskunde voor het Volk (GVHV) verenigt tot slot 11 centra, eveneens verspreid over het ganse land.

⁴ Zie bijlage

⁵ Riziv-gegevens, aangevuld met eigen onderzoek.

- **Organisatiestructuur:** Meer dan 90% van de medische huizen heeft een vzw-structuur. 11 centra hebben een BVBA-statuut, één een CVBA-statuut (Coöperatieve Vennootschap met Beperkte Aansprakelijkheid), één centrum is een feitelijke vereniging en twee centra zijn georganiseerd volgens de regels van het vrije beroep.

Patiënten⁶

- **Aantal:** op 30/6/2016 waren in totaal 360.343 personen aangesloten bij een medisch huis. Dit komt overeen met 3,2% van de bevolking.
- **Profiel:** het profiel van deze mensen wijkt sterk af ten opzichte van het profiel van de totale bevolking:
 - **Meer verhoogde tegemoetkoming:** binnen de ziekteverzekering heeft 18% van de bevolking recht op verhoogde tegemoetkoming. Voor de personen die zijn aangesloten bij een medisch huis loopt dit percentage op tot 43% voor het forfait huisarts en verpleging en tot 47% voor het forfait kinesithérapie. De forfaitaire praktijken hebben met andere woorden een publiek met een socio-economisch zwakker profiel.
 - **Een jongere bevolking:** 77% van de personen die zijn aangesloten bij de medische huizen is jonger dan 50 jaar, ten opzichte van 61% in de totale populatie rechthebbenden. Onder de rechthebbenden medische huizen zijn veel gezinnen met jonge kinderen.
 - **Belangrijke regionale verschillen:** In Wallonië - en nog meer in Brussel - zijn er verhoudingsgewijs meer mensen aangesloten bij een medisch huis dan in Vlaanderen. Van de 360.343 mensen die zijn ingeschreven in een medisch huis, wonen er 94.777 in Vlaanderen (26%), 130.205 in Wallonië (36%) en 134.026 in Brussel (37%). Deze verdeling hangt uiteraard sterk samen met de geografische spreiding van de centra.

Gegevens en methodologie

De methodologie die werd toegepast in de KCE-studie van 2008 werd zoveel mogelijk hernomen.

Om de kosten en de kwaliteit van de verstrekte zorg in de twee financieringswijzen correct te kunnen vergelijken, werden twee paarsgewijze steekproeven van patiënten gevormd:

- Steekproef 1 is representatief voor patiënten die forfaitair verzorgd worden. Zoals reeds eerder werd gesteld, wijkt dit profiel af van het gemiddelde profiel van de Belgische bevolking: de populatie behandeld in een forfaitaire praktijk is, algemeen gesteld, jonger en socio-economisch minder begoed dan de gemiddelde Belgische populatie, en is regionaal ook anders verdeeld (relatief meer in Brussel en Wallonië);
- Steekproef 2 werd paarsgewijs gekoppeld aan steekproef 1 zodat de personen die worden verzorgd per prestatie dezelfde kenmerken vertonen als de patiënten van steekproef 1. De kenmerken voor de koppeling zijn gekozen in functie van hun verwachte verband met de medische behoeften: leeftijdsklasse, geslacht, statistische sector (woonplaats), statuut (recht op verhoogde tegemoetkoming, invaliditeit en inkomensgarantie ouderen), zelfde jaar van overlijden/geboorte, regime (zelfstandige/algemene regeling).

Een derde steekproef werd gemaakt op basis van een willekeurige steekproef van de Belgische bevolking. Deze wordt gebruikt om aan te tonen hoe en waarom de consumptie van de populatie die is ingeschreven in de forfaitaire gefinancierde praktijken afwijkt van de consumptie van de algemene bevolking.

⁶ Riziv, gestandaardiseerd verslag juni 2017.

Elke steekproef bevat ongeveer 50.000 patiënten van wie de consumptie drie jaar werd gevolgd (2012, 2013 en 2014).

Tabel 1 Overzicht van de belangrijkste eigenschappen van de populatie van de drie steekproeven

Eigenschap	Steekproef 1: forfait	Steekproef 2: per prestatie, paarsgewijs gekoppeld	Steekproef 3: per prestatie, willekeurige steekproef
Gemiddelde leeftijd	32,1	32,6	40,7
Aandeel mannen	48,6%	48,6%	48,6%
Aandeel personen met recht op verhoogde tegemoetkoming	40,9%	40,9%	16,4%
Invaliditeit (%)	7,2%	7,2%	4,7%
Inkomensgarantie Ouderen (%)	1,2%	1,2%	1,1%
Algemene regeling (%)	96,7%	96,7%	89,6%
Meer dan 12 maanden werkloos	6,83%	6,85%	4,46%
Totaal	47.707	47.707	50.000

Voor 5% van de populatie van de medische huizen werd geen paar gevonden in de prestatiefinanciering. Uit nadere analyse blijkt het om mensen te gaan met een zeer kwetsbaar socio-economisch profiel. Deze personen werden uit de steekproef gehaald. Deze oefening leidde echter niet tot een vertekening van de resultaten⁷. Deze vaststelling toont echter wel aan dat de forfaitaire praktijken een bepaald segment van de bevolking bereiken die geen toegang vindt tot de traditionele huisartsenpraktijken.

De analyse werd gemaakt op basis van de gegevens van het InterMutualistisch Agentschap 2012-2014⁸: bevolkingsgegevens, terugbetalingsgegevens gezondheidszorgen en Farmanet.

Beperkingen van de studie

We zijn ons ervan bewust dat de gehanteerde methodologie een aantal belangrijke beperkingen met zich meebrengt.

We onderscheiden twee soorten beperkingen:

1. Beperkingen in verband met de gegevens:

⁷ Om er zeker van te zijn dat de exclusie van deze personen niet zou leiden tot een vertekening van de resultaten, werd een alternatieve koppelingmethode gehanteerd, op basis van propensity score matching. Deze tweede methode leidde tot veel minder uitsluitingen (22 observaties op 50.000). De kostenvergelijking tussen de forfaitaire en prestatiefinanciering op basis van deze methode leidde echter tot dezelfde resultaten en conclusies.

⁸ Meest recent beschikbare volledige gegevens.

- a. Het meest recente jaar waarvoor het IMA gegevens heeft over alle prestaties is 2014. Het onderzoek laat ons dus niet toe om actuele conclusies te trekken over recente ontwikkelingen in de sector, met name de eventuele effecten van de hervorming van de financiering in 2013 en de sterke groei en diversificatie van de sector de afgelopen jaren (oprichting van nieuwe federatie in 2013, toenemend aantal van centra die bij geen enkele federatie zijn aangesloten).
 - b. We hebben geen gegevens inzake de belangrijkste variabele die de zorgbehoefte van patiënten bepaalt, met name de pathologiegegevens. Dit is een belangrijke beperking in het onderzoek, aangezien dit betekent dat steekproef 1 en steekproef 2 niet op basis van deze variabele aan elkaar gekoppeld konden worden, terwijl de morbiditeit wellicht een groot deel van de variatie inzake gezondheidskosten tussen patiënten verklaart. Het valt bijvoorbeeld niet uit te sluiten dat, ondanks de methodologie van paarsgewijze koppeling, de morbiditeit van de patiënten hoger is in steekproef 1 dan in steekproef 2. Zo konden we bijvoorbeeld vaststellen dat er in steekproef 1 zo'n 10 procent meer patiënten met diabetes zijn dan in steekproef 2 (zie resultaten kwaliteitsindicatoren).
 - c. Het ontbreekt ons ook aan informatie inzake comorbiditeiten, met name op het vlak van mentale gezondheid, die de tenlasteneming van bepaalde patiënten bijzonder complex en duur maken.
 - d. De vergelijking tussen beide systemen wordt gemaakt op basis van gemaakte kosten aan de hand van de beschikbare terugbetalingsgegevens. Uiteraard biedt dit slechts een partieel beeld. Zo worden bijvoorbeeld diabetici geïdentificeerd aan de hand van de ingenomen medicatie. Een persoon die diabetes onder controle houdt door middel van een aangepast dieet, blijft hierdoor onder de radar. Bovendien wordt een deel van de zorgen en de opname in de eerste lijn niet terugbetaald in de verplichte ziekteverzekering (mentale gezondheid, preventie en bevordering van gezondheid, permanente vorming, maatschappelijk werk ...).
2. Beperkingen in verband met de methodologie:
- a. De gebruikte methodologie van matching heeft als doel de socio-economische verschillen te verminderen tussen de patiënten die zijn ingeschreven in forfaitaire centra en de patiënten die per prestatie worden ingeschreven. De twee steekproeven vertonen soortgelijke profielen inzake andere kenmerken dan deze van matching (bv werkloosheidsgraad), wat wijst op een kwaliteitsvolle matching. Het valt echter niet uit te sluiten dat de waargenomen verschillen mee veroorzaakt worden door de effecten van andere niet-objectiveerbare socio-economische verschillen in onze gegevens.
 - b. Voor 5% van de populatie met forfait konden we geen vergelijkbare persoon vinden in de populatie per prestatie. Deze personen werden uitgesloten van de steekproef. Ook al hebben we aanwijzingen dat deze uitsluiting geen invloed heeft op de resultaten van de vergelijking van de uitgaven, valt het niet uit te sluiten dat dit wel tot een vertekening heeft geleid inzake de vergelijking van de kwaliteitsindicatoren.
 - c. Het verkennend en beschrijvend gedeelte over de variabiliteit van uitgaven tussen medische huizen laat ons niet toe om de determinanten van deze variabiliteit te identificeren. Er is dus geen causale interpretatie van de resultaten mogelijk.
 - d. De vergelijking wordt gemaakt inzake kosten tussen steekproef 1 en steekproef 2. Uit onze analyse blijkt echter dat steekproef 2 een populatie is die onvoldoende zorg consumeert, en dit naar schatting 8 procent⁹. Dit zou best mee in rekening worden gebracht.

⁹ Analyse gemaakt op basis van een standaardisatie, vertrekkende van de uitgaven van de patiënten van de algemene populatie (steekproef 3). Zie punt 3.

Resultaten

1. Vergelijking van de uitgaven voor de ziekteverzekering

Tabel 2: Vergelijking van de grote categorieën uitgaven (gegevens 2014).

Gemiddelde uitgaven, 2014	Steekproeven		
	Steekproef 1: forfait	Steekproef 2: per prestatie, paarsgewijs gekoppeld	Steekproef 3: per prestatie, willekeurige steekproef
Uitgaven van eerstelijnszorg	381 €	197 €	279 €
Globaal Medisch Dossier	32 €	13 €	16 €
Uitgaven buiten eerstelijnszorg	1.661 €	1.870 €	2.143 €
- Gespecialiseerde ambulante geneeskunde	181 €	185 €	187 €
- Paramedici, bandagisten, implantaten	126 €	134 €	125 €
- Farmaceutische specialiteiten	237 €	258 €	304 €
- Klinische biologie en medische beeldvorming	141 €	138 €	144 €
- Hospitalisatie, revalidatie, RVT en ROB	869 €	1030 €	1237 €
- Dagziekenhuis	46 €	45 €	50 €
- Dialyse	27 €	41 €	38 €
- Andere	33 €	39 €	58 €
Totale uitgaven	2.074 €	2.080 €	2.438

1. Totale uitgaven: Globaal genomen zijn de kosten voor de verplichte ziekteverzekering van de zorg verstrekt aan de patiënten die forfaitair worden behandeld, gelijkwaardig aan die van de zorg die wordt verstrekt aan de patiënten met dezelfde kenmerken die worden behandeld in de geneeskunde per prestatie (2074 euro voor steekproef 1 tegenover 2080 euro voor steekproef 2. Het verschil van 6 euro tussen beide systemen is statistisch gezien niet significant).

De gemiddelde kosten van de patiënten van steekproef 3, zijnde een willekeurige steekproef van de Belgische bevolking die verzorgd wordt in de prestatiefinanciering, zijn 364 euro hoger (2438 euro). Dit is vooral te wijten aan het feit dat deze populatie gemiddeld ouder is.

2. Eerstelijnsuitgaven: De RIZIV-uitgaven voor wat betreft de eerstelijnszorg zijn 184 euro hoger voor de patiënten die in het forfaitair systeem behandeld worden ten opzichte van de patiënten uit steekproef 2, het Globaal Medisch Dossier (GMD) niet in rekening gebracht (hetzij 381 euro tegenover 197 euro). Inclusief GMD bedraagt het verschil 203 euro. De gemiddelde kosten eerstelijnszorg van de patiënten van een willekeurige steekproef van de Belgische bevolking uit de prestatiefinanciering zijn 102 euro lager dan de kosten van de patiënten uit het forfaitaire systeem. Deze verschillen kunnen aan verschillende factoren worden toegewezen, zoals met name besproken in punt 3 (onderzoek naar de hypothesen inzake vertekening van steekproef 2: onderconsumptie van zorg en hogere morbiditeit). Het is echter voornamelijk de methode van historische berekening van het forfait dat door zijn opbouw een belangrijk deel van deze meerkosten verklaart (het forfait werd berekend op basis van de gemiddelde overeenstemmende uitgaven in het systeem van de geneeskunde per prestatie vermeerderd met 31%). Daarnaast is het GMD veel minder verspreid in de praktijken per prestatie (42% van de patiënten), terwijl 100 procent van de populatie van de forfaitaire praktijken is gedekt.

3. Niet-eerstelijnsuitgaven: De niet-eerstelijnsuitgaven in de verplichte ziekteverzekering voor de patiënten die worden behandeld in de forfaitaire praktijken zijn 209 euro lager dan die voor de patiënten met dezelfde kenmerken die worden behandeld in de geneeskunde per prestatie (1661 euro tegenover 1870 euro). De meerkost van de eerstelijnszorg in de forfaitaire geneeskunde (203 euro) ten opzichte van de geneeskunde per prestatie wordt dus volledig gecompenseerd door de besparingen (209 euro) in de niet-eerstelijnsuitgaven. De geregistreerde besparingen bevinden zich voornamelijk in de geïnstitutionaliseerde opname (hospitalisatie, revalidatie, RVT en ROB), de uitgaven in de farmaceutische specialiteiten en de dialyse.

Deze resultaten liggen volledig in lijn met de resultaten van de KCE studie van 2008.

2. Algemene evolutie sinds de KCE-studie (gegevens 2004 – gegevens 2014)

De gehanteerde methodologie in de KCE-studie voor de berekening van de uitgavencategorieën kon niet identiek worden herhaald in de IMA-studie¹⁰. Het belangrijkste verschil bevindt zich op het niveau van de hospitalisatiekosten die voor 100 % zijn opgenomen in de IMA-studie, waardoor deze resultaten moeilijk kunnen worden vergeleken met de resultaten van de KCE-studie op basis van gegevens uit 2004 en dus met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Desondanks kunnen we het volgende besluiten:

- De totale forfaitaire uitgaven en de uitgaven per prestatie zijn tussen 2004 en 2014 op een soortgelijke manier geëvolueerd.
- De verhoudingen van uitgaven - hoger in de eerstelijnszorg in het forfaitair systeem en gecompenseerd door besparingen op de tweede lijn - zijn in deze periode eveneens op een soortgelijke manier geëvolueerd.
- De bronnen van de besparingen buiten de eerste lijn die de forfaitaire centra teweeg brengen zijn echter veranderd. In 2004, in de KCE-studie, situeerden de besparingen zich op vlak van hospitalisatie, geneesmiddelen, gespecialiseerde artsen, revalidatie, klinische biologie en beeldvorming. In 2014, in deze studie, zijn de besparingen afkomstig van hospitalisatie,

¹⁰ Bijvoorbeeld, het KCE heeft een inschatting van de uitgaven van het forfait in de eerstelijnszorg moeten maken want de gegevens van één verzekeringsinstelling ontbraken. In de IMA-studie konden we de facturatiegegevens wel gebruiken. Bovendien bestaan de zogenaamde 'N-codes' die door het KCE gebruikt werden om de verschillende uitgavencategorieën op te bouwen niet langer sinds 2008. In deze studie hebben we ons gebaseerd op het "Doc N" om deze oefening te maken.

institutionalisering van ouderen, geneesmiddelen, orthopedisten en bandagisten, revalidatie en dialyse. We stellen niet langer besparingen vast op vlak van gespecialiseerde ambulante geneeskunde, klinische biologie en ambulante medische beeldvorming.

Verskillende hypothesen zijn mogelijk om deze evolutie inzake de bronnen van besparingen te verklaren, zowel inzake de evolutie van de praktijken in het forfaitaire model als inzake de gedragswijzigingen in het prestatie-model. Deze studie laat echter niet toe om deze hypothesen te bevestigen.

3. Onderzoek naar de hypothesen inzake vertekening van steekproef 2: onderconsumptie van zorg en hogere morbiditeit

In deze studie stellen we vast dat steekproef 2, bestaande uit personen die per prestatie worden verzorgd en die een demografisch en socio-economisch profiel hebben dat soortgelijk is met de personen die forfaitair zijn ingeschreven, minder zorg gebruikt en minder zorgkosten heeft dan de algemene populatie die per prestatie wordt verzorgd (steekproef 3).

Het KCE¹¹ formuleerde reeds de hypothese dat deze lage consumptie te wijten zou zijn aan onderconsumptie of aan uitstel van zorg bij deze meer kwetsbare bevolking. Indien dit het geval is, moet rekening worden gehouden met deze vertekening bij de analyse van het kostenverschil tussen de twee gepaarde steekproeven (steekproef 1 en steekproef 2). Een andere mogelijke vertekening betreft de verschillen inzake morbiditeit tussen de twee steekproeven. In deze studie onderzoeken we de hypothese of medische huizen al of niet ziekere patiënten aantrekken dan de prestatiefinanciering, waarbij alle andere kenmerken soortgelijk zijn.

Beide hypothesen werden onderzocht aan de hand van een indirecte standaardisatie: vertrekkende van de uitgaven van de algemene populatie per prestatie (steekproef 3), voorspellen we de uitgaven die de populatie uit steekproef 2 (gepaarde populatie per prestatie) zou moeten hebben, rekening houdend met de variabelen "leeftijd", "WIGW" (weduwe, invalide, gehandicapte, wees) en "geslacht".

Het blijkt dat, indien de gepaarde steekproef per prestatie (steekproef 2) dezelfde structuur zou hebben qua leeftijd, geslacht en verhouding van WIGW als de representatieve steekproef van de algemene populatie (steekproef 3), de verwachte uitgaven in de eerste lijn 266 euro zouden bedragen in plaats van de waargenomen 210 euro en in de tweede lijn 2079 euro in plaats van de waargenomen 1870 euro.

Op dezelfde wijze zou het percentage patiënten dat met insuline en hypoglykemiërende middelen wordt behandeld in de gepaarde populatie, eens gestandaardiseerd, 4,4 % bedragen. Dit verschilt van de 5,4 % die zonder standaardisatie wordt waargenomen. Bovendien is het percentage diabetespatiënten in de forfaitaire steekproef 6,0 % (tegenover 5,4 % in de gepaarde steekproef). In wijken waar de diabetes morbiditeit hoger is dan deze van de algemene bevolking, trekken medische huizen dus meer patiënten met diabetes aan.

4. Resultaten per type medisch huis

In haar studie van 2008 heeft het KCE verduidelijkt dat *“we uit de waargenomen resultaten niet met zekerheid kunnen afleiden dat ze uitsluitend te wijten zijn aan het verschil in betalingswijzen tussen de twee geldende systemen in België. Andere kenmerken dan de betalingswijzen onderscheiden de twee*

¹¹ Rapport KCE 85bis, 2008, pp.78-79

systemen”¹². Het KCE vermeldde bijvoorbeeld de mogelijke impact van pluridisciplinaire en transdisciplinaire groepspraktijken in de forfaitaire centra of de invloed van de kernwaarden van federaties waaraan een groot aantal forfaitaire praktijken verbonden zijn.

Naast de analyse van de uitgaven en de kwaliteit probeerde deze studie dan ook een stap verder te gaan in de objectivering van deze hypothese. Terwijl we binnen de methodologie van matching blijven, kwantificeren we de heterogeniteit die er bestaat tussen de medische huizen in termen van uitgaven, verdeeld volgens verschillende kenmerken (de federatie waartoe men behoort, de regio, het jaar van opening en het juridisch statuut). Voor elk van deze kenmerken observeren we heterogeniteit tussen centra.

Het lijkt er dus op dat de forfaitaire financiering en de kenmerken in termen van gebruik van zorg die hiermee verbonden zijn, en meer bepaald het doordachte gebruik van de tweedelijnszorg, geen eenduidige realiteit is: er bestaan belangrijke verschillen tussen centra, al naargelang de verschillende kenmerken.

Deze resultaten moeten echter met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Aan de hand van de gehanteerde methodologie is het onmogelijk te bevestigen in hoeverre de onderliggende kenmerken al of niet een verklarende factor zijn voor de vastgestelde verschillen. De correlaties die hier worden waargenomen kunnen niet geïnterpreteerd worden als causale verbanden, omdat verschillende factoren deze heterogeniteit kunnen rechtvaardigen en we deze in deze studie niet apart hebben kunnen isoleren¹³.

5. Vergelijking van de kwaliteitsindicatoren

Voor het merendeel van de onderzochte kwaliteitsindicatoren scoren forfaitair werkende praktijken beter dan de praktijken die per prestatie werken voor de verzorging van een gelijkaardige groep van patiënten. Toch is er in beide systemen nog een belangrijke marge voor verbetering in het licht van de nationale en internationale aanbevelingen.

In de volgende domeinen is de kwaliteit aanzienlijk beter in het systeem van forfaitaire financiering:

- Preventieve zorg:
 - Baarmoederhalskankerscreening: Er worden 5% meer patiënten binnen de doelgroep gescreend (55% tegenover 52%);
 - Borstkankerscreening: in de forfaitaire praktijken worden 15% meer vrouwen binnen de doelgroep gescreend (59% tegenover 52%). Bovendien worden deze vrouwen verhoudingsgewijs meer gescreend via de gratis mammotest dan via de diagnostische screening (28% tegenover 18%);
 - Griepvaccinatiegraad van 65-plussers: Op jaarbasis ligt de bereikte populatie binnen de forfaitaire praktijken telkens 23 tot 28 procent hoger dan in de praktijken die per prestatie

¹² Rapport KCE 85 bis, p.153.

¹³ De verschillen inzake de aangeboden disciplines per medisch huis – huisartsgeneeskunde, verpleging en kinesitherapie, spelen bijvoorbeeld een belangrijke rol inzake de uitgaven op de eerstelijns en dus op vlak van de vergelijking met de uitgaven van steekproef 2. Het profiel van de patiënten verschilt ook van medisch huis tot medisch huis. Er bestaan ook belangrijke correlaties tussen de bestudeerde variabelen (regio, federatie, datum van opening) en de gehanteerde methodologie laat niet toe het effect van elk van deze variabelen te isoleren. Tot slot bestond één federatie slechts sinds twee maanden in 2014. Voor deze federatie tonen onze resultaten dus eerder het originele profiel van de centra aan die zijn aangesloten bij de federatie dan de invloed van het werk van de federatie.

werken (van 61 tot 65% in de forfaitaire praktijken tegenover 49 tot 51% in de prestatiefinanciering).

- Geneesmiddelen:
 - Antibiotica: De patiënten uit de forfaitaire praktijken gebruiken zowel minder als betere antibiotica dan een gelijkaardige groep van patiënten uit de prestatiegeneeskunde. In 2013 gebruikten 34% van de patiënten in medische huizen minstens één antibioticum, ofwel 5%-punt minder dan een gelijkaardige groep van patiënten in de prestatiegeneeskunde. Bovendien wordt in medische huizen minder vaak gekozen voor het breedspectrumantibioticum amoxiclav ten opzichte van het te verkiezen antibioticum amoxicilline, met name 33% tegenover 44% in termen van dagdosissen en 40% tegenover 52% in termen van het aandeel behandelde patiënten.
 - Goedkoop voorschrijven: in beide financieringssystemen wordt eenzelfde percentage van patiënten behandeld met geneesmiddelen op voorschrift, maar wel aan een gemiddeld lagere kost per behandelde patiënt in de forfaitaire financiering: 300 euro tegenover 337 euro in de prestatiefinanciering. In de forfaitaire financiering wordt vaker voor de goedkopere varianten van geneesmiddelen gekozen: voor wat betreft de cholesterolverlagers wordt het dure rosuvastatine (Crestor®) 29% minder voorgeschreven dan in de prestatiefinanciering (12% tegenover 17%).
- Aangepastheid van de zorg:
 - Opvolging van patiënten met diabetes: voor een gelijkaardige groep van patiënten ligt het aandeel van patiënten met diabetes 10% hoger in de forfaitaire praktijken. De HbA1C-waardes in het bloed bij diabetici worden frequenter opgevolgd bij de patiënten van de medische huizen dan bij de patiënten in de prestatiefinanciering (bij 36% van de diabetici werd in 2013 minimum 3 maal de waardes gecontroleerd, tegenover 27% in de prestatiefinanciering). Tot slot krijgen oudere patiënten met diabetes (55-plus, risicogroep) vaker statines toegediend in medische huizen dan in de prestatiefinanciering (69% tegenover 60%). Er zijn dus in verhouding meer patiënten met diabetes in de medische huizen en ze worden over het algemeen beter opgevolgd.
 - Geestelijke gezondheidszorg: heel wat medische huizen zijn op allerlei manieren actief bezig met geestelijke gezondheidszorg. Tal van centra stellen een psycholoog te werk in het centrum, anderen zetten in op praktijkondersteuning geestelijke gezondheidszorg, etc. Deze aanpak blijkt zich te vertalen in een lager gebruik van psychofarmaca onder de patiënten van de medische huizen: voor een gelijkaardige groep van patiënten ligt deze 5% lager voor antipsychotica en 7% lager voor antidepressiva. Vooral voor antidepressiva is er een significant verschil.

Het gebruik van de spoeddiensten is vergelijkbaar in de twee systemen: een zelfde percentage (één op vijf) patiënten doet er jaarlijks beroep op de spoeddiensten van het ziekenhuis.

Op geen enkele indicator scoren de praktijken uit de forfaitaire geneeskunde minder dan de praktijken uit de prestatiegeneeskunde.

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met steekproef 3, zijnde een willekeurige steekproef van de Belgische bevolking die verzorgd wordt in de prestatiefinanciering, zijn de resultaten verschillend, en dan met name voor borstkankerscreening en spoedopnames. Dit verschil is te wijten aan het afwijkende profiel van de patiënten van de medische huizen in vergelijking met de Belgische bevolking die verzorgd wordt in de prestatiefinanciering.

Tot slot is het belangrijk in het achterhoofd te houden dat deze kwaliteitsanalyse gebonden is aan een reeks beperkingen:

1. Er wordt slechts een zeer partieel beeld gegeven van de zorgkwaliteit. We kunnen geen conclusies trekken op vlak van andere kwaliteitsdimensies, zoals patiënttevredenheid, structurele en organisatorische aspecten van de praktijk, de globale behandeling van de patiënten, etc.
2. We hebben geen zicht op de belangrijkste onderliggende variabele voor een correcte interpretatie voor bovenstaande resultaten, met name de morbiditeit van de patiënten. Zo kan een hoger antibioticagebruik in een bepaalde praktijk te wijten zijn aan het te frequent voorschrijven van antibiotica, maar ook aan het feit dat de praktijk meer zieke patiënten telt voor wie antibiotica aangewezen is. Hetzelfde kan gezegd worden voor bijvoorbeeld de tenlastenneming van geestelijke gezondheidsproblemen en het voorschrijven van psychofarmaca.
3. Voor heel wat van de bovenstaande kwaliteitsindicatoren heeft de arts niet zelf alle touwtjes in handen en heeft dus niet de volledige invloed op de resultaten van de kwaliteitsindicatoren (bv spoedopname, druk van patiënten om antibiotica of een bepaald geneesmiddel voor te schrijven, etc.).

Conclusies

Op basis van deze studie, die een actualisatie vormt van de KCE studie van 2008 en waarbij de toen toegepaste methodologie werd hernomen, kunnen we besluiten dat de conclusies die in 2008 werden gemaakt inzake kosten voor de gemeenschap en voor de patiënten, de kwaliteit en de toegankelijkheid, nog steeds geldig zijn:

1. **Beheersing van de uitgaven:** de zorguitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering zijn gelijkwaardig in beide systemen: ze zijn hoger in de eerstelijns voor wat betreft de patiënten die verzorgd worden in het systeem van forfaitaire financiering, maar deze meeruitgaven worden integraal gecompenseerd door minder uitgaven in de tweedelijns.

De uitgaven van de ambulante tweedelijns (gespecialiseerde artsen, klinische biologie en ambulante medische beeldvorming, dagziekenhuis, paramedici ...) zijn vergelijkbaar in de steekproeven van de testgroep en de controlegroep. De forfaitaire centra brengen echter besparingen teweeg op het niveau van de geïnstitutionaliseerde opname (hospitalisatie, institutionalisering van ouderen), geneesmiddelen, revalidatie en dialyse.

Dit leidt tot de hypothese dat de globale en geïntegreerde aanpak die gehanteerd wordt door het merendeel van de forfaitaire praktijken zijn vruchten lijkt af te werpen in termen van tertiaire preventie (voorkomen dat de ziekte verergert of dat er complicaties optreden) en quaternaire preventie (voorkomen dat mensen afhankelijk worden van zorg). Zo wordt er bespaard in de ziekteverzekering door een betere echelonnering van de zorg: meer ambulante zorg en minder institutionalisering. Dit resultaat is vooral interessant omdat thematieken zoals echelonnering van de zorg, preventie en ondersteuning aan huis, centrale thema's zijn in de noodzakelijke aanpassing van ons gezondheidszorgsysteem aan de toekomstige uitdagingen, zoals de vergrijzing van de bevolking en de toename van chronisch zieken. De forfaitaire praktijken vormen hier dus een belangrijke meerwaarde in de Belgische gezondheidszorg.

Bovendien zijn sinds de introductie van het nieuwe financieringssysteem in 2013 de uitgaven in het forfaitaire systeem stabiel en meer voorspelbaar geworden (zie theoretisch kader p3): de globale enveloppe evolueert niet langer in functie van de groei van de uitgaven in de prestatiefinanciering.

Het is vooral de indexatie van de prestaties alsook de casemix van de patiënten die een impact hebben op de gemiddelde kost per patiënt verzorgd in het forfaitaire systeem.

2. **Verschillen tussen praktijken:** de studie toont aan dat de loutere keuze voor de forfaitaire financieringswijze onvoldoende is om de goede resultaten die zijn vastgesteld betreffende het doordacht gebruik van de tweede lijn door het forfaitaire systeem te verzekeren. Er bestaan verschillen tussen de centra. Het globale resultaat van gelijkwaardige uitgaven tussen het systeem van financiering per prestatie en het forfaitaire systeem verschilt al naargelang bepaalde kenmerken van medische huizen, zoals de federatie waartoe men behoort, de regio van de vestiging, de datum van opening van de praktijk en het juridisch statuut. Mogelijk zijn er verschillende factoren die deze heterogeniteit kunnen verklaren, maar deze werden niet geanalyseerd in dit rapport. Bijkomende studies met andere onderzoeksmethoden zijn noodzakelijk om de impact van elke van deze mogelijke factoren correct te identificeren en te begrijpen welke de andere efficiëntiefactoren van het model zijn.
3. **Kwaliteit van de zorg:** voor wat betreft de onderzochte kwaliteitsindicatoren is de kwaliteit van de zorg globaal genomen beter in de forfaitaire praktijken dan in de praktijken die werken in de prestatiefinanciering. Het verschil is het meest uitgesproken voor die indicatoren waar de zorgverstreker zelf het meest rechtstreeks invloed op heeft: de dekkingsgraad van griepvaccinatie bij ouderen is beduidend beter, de artsen die forfaitair werken schrijven minder antibiotica voor en wanneer antibiotica wordt voorgeschreven maken ze in overeenstemming met de aanbevelingen een betere keuze (minder breedspectrum), en ze schrijven vaker goedkopere geneesmiddelen voor. Daarnaast zijn de resultaten over het algemeen beter voor preventieactiviteiten (baarmoederhals- en borstkankerscreening), de opvolging van patiënten met diabetes en de tenlasteneming van geestelijke gezondheidszorgproblemen (minder psychofarmaca). Wel blijken de patiënten uit de forfaitaire financiering in dezelfde mate beroep te doen op de spoeddiensten dan de patiënten uit de prestatiefinanciering. Voor geen enkel van de onderzochte kwaliteitsindicatoren scoorden de forfaitair werkende praktijken minder dan de per prestatie werkende praktijken. In beide systemen is er hoe dan ook nog marge voor verbetering.
4. **Toegankelijkheid van de zorg:**
 - a. De uitgaven ten laste van de patiënt zijn lager in het forfaitaire systeem: zij betalen geen remgeld in de eerste lijn en betalen ook minder remgeld en supplementen in de tweede lijn omdat ze minder van deze tweedelijnszorg gebruik maken. Bovendien geven ze minder uit aan geneesmiddelen door een hogere consumptie van goedkopere varianten van geneesmiddelen.
 - b. De forfaitaire praktijken slagen erin een sociaal-economisch kwetsbaar publiek te bereiken dat niet of onvoldoende bereikt wordt door de traditionele huisartsenpraktijken. De forfaitaire praktijken hebben dus een belangrijke meerwaarde op vlak van toegankelijkheid van de zorg en de strijd tegen de gezondheidsongelijkheid. Deze conclusie is gebaseerd op de volgende vaststellingen: (1) het afwijkende profiel van steekproef 1 (patiënten medische huizen) ten opzichte van steekproef 3 (aanzienlijk hogere proportie van patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming) en (2) het feit dat voor ongeveer 5% van de personen uit de steekproef van de medische huizen geen evenknie gevonden kon worden in de prestatiefinanciering wegens sociaal-economisch te kwetsbaar. Het onderzoek toont via indirecte standaardisatie ook aan dat we kunnen vermoeden dat dit kwetsbare patiëntenbestand blootgesteld wordt aan risico's van onderconsumptie of uitstel van zorg wanneer ze per prestatie wordt verzorgd.

5. **Risicoselectie:** Het onderzoek toont aan dat, naast een aanzienlijke sociale kwetsbaarheid, het patiëntenbestand van steekproef 1 (forfait) ook een hogere morbiditeit lijkt te hebben dan het patiëntenbestand van steekproeven 3 (algemene bevolking) en 2 (populatie die per prestatie wordt verzorgd, maar met een vergelijkbaar socio-demografische profiel als de populatie die forfaitair wordt verzorgd). Op basis hiervan besluiten we dat er geen systematische risicoselectie lijkt te bestaan van patiënten met een laag gezondheidsrisico bij de forfaitaire praktijken.

Op basis van deze studie kunnen we dus besluiten dat de forfaitair gefinancierde praktijken de zorg verlenen aan een zelfde kost voor de ziekteverzekering, maar aan een betere kwaliteit voor wat betreft de in dit rapport onderzochte indicatoren. Bovendien zijn de praktijken toegankelijker en goedkoper voor de patiënt. Zij vormen dus een belangrijke meerwaarde in de Belgische eerstelijnszorg.

Aanbevelingen

1. **Erken de plek van de forfaitaire eerstelijnspraktijken in Belgische gezondheidssysteem.** Deze studie toont aan dat deze praktijken een kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg bieden aan eenzelfde kost voor de ziekteverzekering en dat het model opportuniteiten biedt in termen van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Hiermee beantwoordt het model aan een reeks belangrijke beleidsprioriteiten van de federale regering, zoals *“de strijd tegen de gezondheidsongelijkheid, het bevorderen van een sterkere eerstelijnszorg en meer samenwerking rond de patiënt in het licht van het opvangen van de stijgende zorgvraag van chronisch zieken en het bevorderen van een rationeel geneesmiddelengebruik met een bijzondere aandacht voor antibiotica”*¹⁴. Deze erkenning houdt ook in dat de budgetopmaak op transversale manier wordt bekeken en er rekening wordt gehouden met de vrije keuze van de patiënt om verzorgd te worden in het forfaitaire systeem dan wel in de prestatiefinanciering. Dat betekent dat het beschikbare budget mee evolueert in functie van het aantal patiënten en de aangeboden disciplines door de centra.
2. **Maak werk van een verdere optimalisering van het model van forfaitaire betaling,** opdat de kwaliteitsvolle en efficiënte werking van elk centrum gegarandeerd wordt en eventuele risicoselectie vermeden wordt. Deze studie toont immers aan dat forfaitaire betaling alleen niet voldoende is: er bestaan belangrijke verschillen tussen centra en niet elk centrum brengt bijvoorbeeld de nodige besparingen teweeg in de tweedelijnszorg. Hiervoor kan best gewerkt worden op drie vlakken:
 - **Een verdere verfijning van het regelgevend kader,** met onder andere een definitie van een medisch huis (tot hiertoe onbestaande), de uitbouw van regelgeving omtrent zorgcontinuïteit (waaronder omkadering, uitbesteding en de rol van activiteitenverslagen) en het inbouwen van antifraudemaatregelen;
 - **Een verdere verfijning van de financiering,** opdat de financiering van elk centrum een zo goed mogelijke weergave vormt van de zorgnood van de patiënten die er verzorgd worden. Als eerste stap werkte de bevoegde Overeenkomstencommissie hiervoor reeds een zeer concreet voorstel van wijziging van Koninklijk Besluit¹⁵ uit.
 - **Het inbouwen van stimuli ter bevordering van de kwaliteit, doeltreffendheid en een sterke multidisciplinaire eerstelijnswerking:** Een systematische opvolging voorzien op niveau van elk

¹⁴ Regeerakkoord, 9 oktober 2014.

¹⁵ Koninklijk Besluit van 23 april 2013, tot uitvoering van artikel 52, par 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen.

centrum van (1) de kwaliteit van de zorg, op basis van een reeks van kwaliteitsindicatoren en (2) de doeltreffendheid van de zorg, bijvoorbeeld via de gerealiseerde besparingen op de tweedelij. Op lange termijn zou een deel van het forfaitbedrag afhankelijk gemaakt kunnen worden van bovenstaande resultaten.

3. **Zorg voor een permanente evaluatie van de sector** om er zeker van te zijn dat het model zijn aangetoonde kwaliteit en performantie blijft behouden. Investeer daarnaast in bijkomend onderzoek om meer zicht te krijgen op de onderliggende succesfactoren van het model:
 - Eerder dan deze studie op periodieke basis te herhalen, kan ervoor gezorgd worden dat de medische huizen systematisch worden opgenomen in studies omtrent de performantie en de kwaliteit van de zorg, zoals het performantierapport van het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (zie o.a. KCE – report 259C), de kwaliteitsindicatoren van het CNPQ op niveau van het RIZIV en de analyses van het InterMutualistisch Agentschap.
 - Deze studie heeft aangetoond dat het forfait alleen onvoldoende is om de efficiëntie van het model te garanderen. Andere variabelen hebben duidelijk een fundamentele rol om een optimale werking van het systeem blijvend te maken. Bijkomend onderzoek is nodig om deze bijkomende "succesfactoren" van de forfaitaire centra, buiten het financieringstype om (bijvoorbeeld de rol van multidisciplinariteit, informaticaondersteuning, de geboden ondersteuning door een bepaalde federatie, juridisch statuut, etc.) te identificeren. Dit is des te relevanter omdat de forfaitaire financiering centraal staat in de discussies over de toekomst van onze gezondheidszorg, omdat ze betrekking heeft op een groeiend aantal praktijken in de eerste lijn en omdat het profiel van deze praktijken gevarieerder wordt.