



# Telefonische consultatie en advies door de huisarts

## Analyse van het gebruik van de no- menclatuur in het prestatiejaar 2023

**Auteurs:** Hilde Baeyens, Didier Willaert, Nathan Wittock, Marijke Van Duynslaeger

## Colofon

<b>Onderwerp:</b>	Telefonische consultatie en advies. Analyse naar het gebruik door zorgverstrekkers, praktijken en het profiel van de rechthebbenden in 2023.
<b>Publicatiedatum:</b>	12 mei 2026
<b>Redactie:</b>	Erik Roelants
<b>Opdrachtgever:</b>	Medicomut
<b>Aanbevolen referentie:</b>	Baeyens, Hilde; Willaert, Didier; Wittock, Nathan; Van Duynslaeger, Marijke; (2025), Telefonische consultatie en advies door de huisarts, IMA Intermutualistisch Agentschap, Brussel.
<b>Contactgegevens:</b>	VZW IMA • Bolwerklaan 21 B7 • 1210 Brussel Tel. 02 891 72 11 • <a href="mailto:ima-aim@intermut.be">ima-aim@intermut.be</a> • <a href="http://www.ima-aim.be">www.ima-aim.be</a> KBO 0478.655.210 • RPR Brussel

*Dit document is beschikbaar op de website [www.ima-aim.be](http://www.ima-aim.be).*

*Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.*

# Inhoudstafel

<b>Abstract</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Methodologie</b> .....	<b>9</b>
2.1. Terminologie .....	9
2.2. Dataselectie .....	10
<b>3. Profiel van de patiënt</b> .....	<b>13</b>
3.1. Demografische kenmerken.....	13
3.2. Socio-economische kenmerken: voorkeurregeling.....	23
3.3. Gezondheidstoestand van de patiënt .....	25
<b>4. Praktijkvariaties</b> .....	<b>29</b>
4.1. Relatie patiënt-arts/praktijk .....	29
4.2. Verhouding telefonische consultaties/adviezen t.o.v. fysieke consultaties .....	30
4.3. Telefonische consultaties en adviezen naargelang het typepraktijk (solo- versus groepspraktijk) en grootte van het patiënteel.....	33
<b>5. Analyse naar het doel van de telefonische consultaties en de adviezen</b> <b>36</b>	
5.1. Methodologie scenario's.....	36
5.2. Synthese scenario's telefonische consultaties en advies .....	45
5.3. Scenario : Telefonische triage door de huisarts.....	48
5.4. Scenario : Opvolging door huisarts .....	53
5.5. Scenario : Losstaande telefonische consultaties en adviezen door de huisarts .....	56
5.6. Teleconsultaties die niet behoren tot een scenario .....	60
<b>6. Conclusies en beperkingen</b> .....	<b>61</b>
<b>7. Aanbevelingen beleid</b> .....	<b>66</b>

# Abstract

Na een eerste, tijdelijke invoering van de raadpleging op afstand via beeldbellen of telefoon tijdens de covid-epidemie werden de zogenaamde teleconsultaties in augustus 2022 structureel in de nomenclatuur verankerd. Terwijl ervan uitgegaan werd dat deze vorm van raadpleging de klassieke raadplegingen of thuisbezoeken tenminste ten dele zou vervangen, werd de laatste jaren een enorme groei van de teleconsulten vastgesteld. Dit onderzoek, op basis van de Permanente Steekproef (EPS-data), brengt het gebruik van telefonische consultaties en adviezen door de huisarts in 2023 in kaart.

De hoogste absolute aantallen teleconsultaties/adviezen werden verstrekt in de groep 20-tot 65-jarigen. Ook bij de zeer jonge kinderen en zorgafhankelijke ouderen in woonzorgcentra (WZC) worden deze geattesteerd. De aantallen liggen hoger bij patiënten met een Verhoogde Tegemoetkoming (VT), chronische aandoening en met een toelage voor personen met een handicap. De verhouding tussen het aantal teleconsultaties/adviezen en het aantal fysieke consultaties is lager in de groep met VT dan zonder VT. De verhouding blijft constant in de groep met/zonder chronische aandoeningen en met/zonder toelage voor personen met een handicap. De mediane verhouding stijgt met de grootte van de praktijk, uitgezonderd in het hoogste percentiel. Daar is de verhouding tussen het aantal teleconsultaties en het aantal fysieke consultaties het hoogst in de kleinste praktijken. De geografische spreiding van de toegang tot minstens één telefonische consultatie of advies lijkt niet in grote lijnen samen te vallen met de afstand tot zorg.

Door middel van scenario's werd het doel van de telefonische consultaties/advies in kaart gebracht. Teleconsultaties kunnen gebruikt worden voor opvolging (binnen de drie weken na een fysiek consult: 58%), 'pure' triage (binnen de drie weken vóór een fysiek consult: 19%), of losstaand (zonder fysiek consult binnen de drie weken voor én binnen de drie weken na de teleconsultatie: 16%). Adviezen worden vaker ingezet als losstaand contact (34%), in grote mate gevolgd door opvolging (32%) en

triage (27%). Telefonische consultaties/adviezen die ingezet worden als triage geven in 4,6% van de gevallen (2,5% voor adviezen) aanleiding tot een fysiek spoedgeval-  
lencontact binnen de drie weken.

Deze resultaten kunnen ondersteuning bieden aan beleidskeuzes met als doel een duurzame verankering van de telefonische consultaties in de huisartsenpraktijk te faciliteren.



# 1. Inleiding

Deze studie onderzoekt het gebruik van telefonische consultaties en adviezen door huisartsen/huisartsenpraktijken in 2023. De resultaten kunnen ondersteuning bieden aan beleidskeuzes om tot een aanpassing van de huidige regelgeving te komen.

In België, zoals elders in Europa, is er in het laatste decennium toenemende aandacht voor 'zorg op afstand', ook wel 'telegeneeskunde' genoemd. Naast teleconsultaties vallen ook telemonitoring en tele-expertise onder deze noemer. Hoewel die trend werd versneld door de bijzondere omstandigheden verbonden aan de COVID19-pandemie<sup>1</sup>, was er voordien al een stijgende vraag in veel landen naar het toepassen van zorg op afstand door artsen (meer in het bijzonder telefonische consultaties).

---

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld <https://www.who.int/europe/news-room/10-10-2024-the-rise-of-telehealth-in-the-european-region--insights-from-norway> en [https://www.oecd.org/en/publications/the-future-of-telemedicine-after-covid-19\\_d46e9a02-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/the-future-of-telemedicine-after-covid-19_d46e9a02-en.html)

Al in 2019 bracht de Nationale Raad van de Orde der artsen een advies<sup>2</sup> uit over de deontologische voorwaarden voor een kwalitatief teleconsult. De Orde had het hier zowel over telefonische consultaties als videoconsultaties, vandaar de benaming teleconsult. Hoewel de Orde het nut van het teleconsult in bijzondere situaties onderschreef, waarschuwde zij in dat advies dat dergelijk consult geen vervanging mocht zijn voor het één-op-één contact tussen arts en patiënt:

*"Een raadpleging op afstand heeft, ook al blijkt ze gebruiksvriendelijk voor de patiënt, niet dezelfde nauwkeurigheid als een raadpleging in aanwezigheid van de patiënt en de arts. Teleconsultatie biedt dan ook niet dezelfde veiligheid op het vlak van de diagnose en van het voorschrijven van geneesmiddelen. Teleconsultatie kan de klassieke face-to-face raadpleging slechts vervangen indien een bijzondere situatie dit rechtvaardigt."*

Deze waarschuwing indachtig stelde de Orde enkele voorwaarden op.

1. De arts moet navraag doen naar de motivering van de patiënt om gebruik te maken van de teleconsultatie.
2. De arts moet de patiënt informeren over de risico's die eraan verbonden zijn.
3. Wanneer het teleconsult tot doel heeft een diagnose en behandelplan op te stellen wordt de arts geacht:
  - a. de patiënt te kennen;
  - b. toegang te hebben tot diens medische gegevens; en
  - c. de continuïteit van zorg voor de patiënt te kunnen waarborgen.
4. De medische aandoening moet bovendien toelaten zorg te verstrekken via een teleconsultatie (chronische ziekte, enz.).

Gezien de beperkte toegang tot de huisartsgeneeskundige zorgen en de moeilijkheden naar zorgcontinuïteit tijdens de COVID19-pandemie, werd in 2020 op zeer korte termijn een tijdelijk regelgevend kader voor teleconsultaties ingevoerd. Dat kader ging veel breder dan enkel huisartsen<sup>3</sup>. Belgen werden het gewoon om voor bepaalde zorgvragen een video- of telefonisch gesprek met hun arts te voeren, en volgens een bevraging in opdracht van het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) waren zij

---

<sup>2</sup> *Advies teleconsult/telefonische triage* (2019), Nationale Raad Orde der artsen, a166007

<sup>3</sup> Zie bijvoorbeeld: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema/continuïteit-van-pre-en-postnatale-zorg-verzorging-op-afstand-tijdens-de-covid-19-maatregelen>.

daar tevreden over<sup>4</sup>. Ruim driekwart van de 8.000 bevroegde Belgen gaf aan (heel) tevreden te zijn over teleconsultaties die tijdens de COVID19- en lockdownperiodes gebruikt werden. Een meer permanente inbedding in onze gezondheidszorg was aan de orde.

Vanaf 1 augustus 2022 trad een aangepaste regelgeving in voege die tot doel had om een duurzame, kwaliteitsvolle verankering te verkrijgen van raadplegingen op afstand in ons zorgsysteem. Videoraadplegingen (nomenclatuurcode 101673) en telefonische raadplegingen (nomenclatuurcode 101732) werden ingevoerd<sup>5</sup>. De nieuwe nomenclatuurnummers en hun omschrijvingen (*libellés*) bevatten belangrijke elementen uit het eerder vermelde advies van de Orde. Een raadpleging op afstand kan enkel gebeuren op aanvraag van de rechthebbende patiënt en na akkoord van de arts. Er moet sprake zijn van een bestaande behandelrelatie. De arts of zijn/haar medewerker noteert het tijdstip van de aanvraag in het dossier van de patiënt en houdt het ter beschikking van de controlediensten. De raadpleging op afstand gebeurt synchroon door middel van een telefonisch contact of een videoverbinding tussen de arts en de patiënt. Ze omvat een volledige anamnese van de patiënt en een eventueel behandelvoorstel met nodige getuigschriften. De arts noteert in het patiëntendossier het contact, de eventuele diagnose, de reden van de raadpleging, de raadgevingen die werden verstrekt, de eventuele aanpassingen aan het behandelingschema en de aard van de documenten die werden afgeleverd.

Wat het gezondheidszorgbudget betreft verwachtte men dat drie telefonische raadplegingen één, beter gehonoreerd, fysiek consult zou vervangen. Het aantal terugbetaalde telefonische consultaties per patiënt werd op vraag van de controlediensten en verzekeringsinstellingen (VI's) initieel beperkt tot 4 per jaar maar omwille van hevige protest op het terrein door een petitie<sup>6</sup> werd dit maximum verlaten. Uiteindelijk werd er ook een beperkt remgeld ingevoerd, dubbel zo hoog voor telefonische consultatie als voor een advies. Digitale ondersteuning verminderde de administratieve drempels om de voorheen toegediende informele, telefonische zorg formeel te attesteren en aan te rekenen.

---

<sup>4</sup> [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/teleconsultatie\\_resultaten\\_rapport.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/teleconsultatie_resultaten_rapport.pdf)

<sup>5</sup> Er bestaan ook specifieke codes voor arts-specialisten en huisartsen op basis van verworven rechten/houders van artsdiploma:  
[https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2022062603&table\\_name=wet](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2022062603&table_name=wet)

<sup>6</sup> [Artsen starten petitie tegen nieuwe Riziv-regels teleconsult - Numerikare](#)

Sinds de structurele inbedding is er een markante stijging in het volume van het aantal telefonische consultaties en de uitgaven die eraan verbonden zijn, zonder dat er een verwachte daling optrad van het aantal fysieke consulten. Hierdoor is de aanpassing niet budgetneutraal. Het budget nam toe van 21 miljoen euro in 2022 naar 57 miljoen euro in 2023 en 68 miljoen euro in 2024 (Tabellen 1 en 2). Onder deze financiële druk wordt de huidige regelgeving opnieuw in vraag gesteld en in afwachting van een nieuwe regeling werd vanaf 2025 de terugbetaling door het RIZIV op nul euro gezet. Uit recente enquêtes uitgevoerd door de beroepsgroep wordt bevestigd dat telefonische consultaties voor andere doeleinden worden gebruikt dan wat oorspronkelijk wettelijk werd vastgelegd.

Ook het gebruik van de adviezen kent sinds 2021 een verdrievoudiging. Dit is merkwaardig gezien voorheen slechts een heel gestage groei plaatsvond en deze verstrekking niet kadert/gebruikt mag worden binnen de zorg op afstand. In de praktijk blijkt er een inhoudelijke overlap te bestaan tussen een telefonische consultatie en het verstrekken van een advies<sup>7</sup>. In de ontwerpfase van de regelgeving van de telefonische consultaties werd er nochtans herhaaldelijk op gewezen dat voor een advies (nomenclatuurcode 109012) een fysieke aanwezigheid vereist is van de verstrekker en de patiënt, zoals voorzien in artikel 1 en 2 van de nomenclatuur. Deze verstrekking en zijn wettelijke toepassingsregel is onveranderd sinds 1985<sup>8</sup>. Vermoedelijk zal de relatief lage honorering van een advies tegenover een telefonische consultatie een rol spelen bij het aanrekenen van een contact, eerder dan dat de toepassingsregels strikt worden gevolgd. Mogelijk kan dit een rol spelen in de sterke toename van gebruik van het advies.

In de onderstaande Tabel 1 vindt u de kost van deze twee nomenclatuurcodes vanaf 1 jan 2025, met de respectievelijke remgelden voor de twee groepen patiënten VT en niet VT en de tegemoetkoming. U merkt een verschil in remgeld tussen de twee modaliteiten.

In Tabel 2 geven we de evolutie weer in de tijd van teleconsultatie en advies.

---

<sup>7</sup> Enquête Medi-sfeer: <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/werkgroep-teleconsultaties-uitgesteld-artsensyndicaten-moeten-hun-huiswerk-overdoen.html>

<sup>8</sup> Onder advies wordt verstaan: het opmaken en ondertekenen, buiten welk onderzoek van de zieke ook, van getuigschriften, farmaceutische voorschriftbriefjes en allerlei bescheiden. Honorarium voor advies mag nooit samengevoegd worden met honorarium voor raadpleging of bezoek.

In Tabel 3 is het duidelijk dat het de huisarts zowel het merendeel van de telefonische consultaties als de adviezen verstrekt. In 2021 werden andere nomenclatuurnummers specifiek voor COVID gebruikt.

**Tabel 1: Kost (tegemoetkoming door de ziekteverzekering en remgeld te betalen door de patiënt) van telefonische consultatie en advies, naargelang het statuut verhoogde tegemoetkoming (VT), tarieven vanaf 1/1/2023**

Code	Honorarium	Tegemoetkoming met VT	Tegemoetkoming zonder VT	Remgeld met VT	Remgeld zonder VT
<b>101732</b> Telefonische consultaties	€10,90	€9,90	€8,90	€1,00	€2,00
<b>109012</b> Advies	€4,37	€3,94	€3,28	€0,43	€1,09

**Tabel 2: Uitgaven en aantal gevallen voor telefonische consultatie en advies bij huisartsen en arts-specialisten in 2023 (bron: RIZIV)**

Code	Uitgaven 2022	Aantal gevallen 2022	Uitgaven 2023	Aantal gevallen 2023
<b>101732</b> Telefonische consultatie	€21.003.461	2.447.455	€57.258.767,48	6.294.944
<b>109012</b> Advies	€9.330.575	2.880.745	€11.127.452,07	3.238.586

**Tabel 3: Aantal telefonische consultaties en adviezen in 2023 bij huisartsen en arts-specialisten (bron: RIZIV)**

Code	Totaal	Huisarts	Arts-specialist
<b>101732</b> Telefonische consultatie	6.294.944	5.647.090 (89,7%)	647.854 (10,3%)
<b>109012</b> Advies	3.238.586	3.108.349 (96,0%)	130.237 (4,0%)

## Doel van de studie

In dit onderzoek gaan we na voor welk profiel van rechthebbenden telefonische consultaties en adviezen geattesteerd worden. De invloed van demografische, socio-economische factoren en de gezondheidstoestand van de rechthebbenden worden onderzocht. De geografische spreiding van de rechthebbenden (op niveau van het

arrondissement) en de impact van de grootte van de huisartsenpraktijk op de verhouding van de telefonische consultaties/adviezen tot het aantal fysieke consultaties werd berekend. Tot slot wordt ook op indirecte wijze nagegaan wat het inhoudelijke doel is waarvoor telefonische consultaties worden ingezet. Gezien de mogelijke overlap tussen het gebruik van telefonische consultaties en advies in de realiteit werd dit onderzoek steeds voor beide nomenclatuurnummers gerapporteerd.



## 2. Methodologie

In dit hoofdstuk gaan we kort in op de terminologie en de methodologie van deze analyse.

### 2.1. Terminologie

**Telefonische consultatie:** Raadpleging op afstand, tussen zorgverlener en patiënt, via een gelijktijdig (synchroon) telefonisch contact op aanvraag van de patiënt.

**Videoconsultatie:** Raadpleging op afstand, tussen zorgverlener en patiënt, via een gelijktijdige (synchrone), geëncrypteerde videoverbinding op aanvraag van de patiënt.

**Advies:** Het opmaken en ondertekenen, buiten welk onderzoek van de zieke ook, van getuigschriften, farmaceutische voorschriftbriefjes en allerlei bescheiden.

## 2.2. Dataselectie

### Brondata

We maken gebruik van de *Echantillon Permanent/Permanente Steekproef* (EPS) van het Inter mutualistisch Agentschap (IMA). We kozen ervoor om de EPS te gebruiken omdat die een zeer omvattende steekproef van de Belgische bevolking weergeeft en gegevens bevat van rechthebbenden aangesloten bij alle mutualiteiten. Dit geeft een vrij volledig beeld van wat er binnen onze ziekteverzekering geattesteerd wordt. Dit is een steekproef die 1 op 40 van alle rechthebbenden jonger dan 65 jaar aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds omvat, en 1 op 20 van alle rechthebbenden die 65 jaar zijn of ouder. Dit heeft wel als gevolg dat extrapolatie naar absolute aantallen niet noodzakelijk voor 100% zal overeenkomen met de realiteit.

We gebruiken de populatiegegevens van 2023. Daarbij werden patiënten geïdentificeerd bij wie minimaal 1 telefonische consultatie (nomenclatuurcode 101732) of advies (nomenclatuurcode 109012) werd gefactureerd in 2023 door een huisarts (of op niveau van een huisartsenpraktijk).

We sluiten personen uit die aangesloten zijn bij een medisch huis volgens forfaitaire financiering. Telefonische consultaties werden bij patiënten ingeschreven in een medisch huis al vóór hun structurele invoering in de nomenclatuur uitgevoerd. Zij worden verondersteld te zijn inbegrepen in de forfaitaire vergoeding. New Deal-praktijken startten pas in 2024 en beïnvloeden de resultaten niet.

Voor de analyse waarbij twee jaar wordt teruggekeken in de tijd (periode 2021-2023) moeten personen in die drie jaren aanwezig zijn in de EPS. De populatie die in minstens één van de jaren aangesloten is bij een medisch huis wordt weg gefilterd.

## Gebruikte nomenclatuur en referentiebestanden

- Fysieke consultaties bij huisartsen<sup>9</sup> <sup>10</sup>, fysieke consultaties bij arts-specialisten<sup>11</sup>, en aanmelding op spoed<sup>12</sup>;
- Ambulante labo-afname: (a) aantal leukocyten (pseudocodes 127050-127061), (b) urinecultuur (pseudocodes 549312-549323);
- Technische verstrekkingen verricht door huisartsen: codes DOC N 02 (technische geneeskundige verstrekkingen) en 13 (algemene speciale verstrekkingen en puncties);
- Radiografieën: consultancy-honorarium aangerekend door een radioloog (pseudocodes 460670 en 460795);
- Alle vergoedbare<sup>13</sup> farmaceutische producten afgeleverd door een publieke apotheek.

We maken gebruik van het referentiebestand van het RIZIV waar verstrekkers worden gelinkt aan huisartsenpraktijken.

## Methode van extrapolatie vanuit de Permanente Steekproef

We extrapoleren de aantallen bekomen uit de steekproefpopulatie (EPS) naar het nationale niveau (aantal rechthebbenden aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds), rekening houdend met de verdeling van de steekproef per leeftijdsgroep van 5 jaar.

---

<sup>9</sup> Nomenclatuurcodes 101010, 101032, 101054, 101076, 103110, 103132, 103213, 103235, 103412, 103434, 104215, 104230, 104252, 104510, 104532 en 104554. Exclusief bezoeken van huisarts op eenheid palliatieve zorgen, deelname aan MOC, bespreking VZP.

<sup>10</sup> Arts met bevoegdheidscodes 1 tot en met 8.

<sup>11</sup> Nomenclatuurcodes 101275, 101290, 101592, 101614, 101636, 101651, 102012, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, 102255, 102270, 102292, 102314, 102336, 102351, 102373, 102535, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102734, 102756, 102874, 102896, 102911, 102955, 102970, 103073, 103250, 103456, 103471, 105092, 105114, 105136, 105151, 105173, 105195, 105372, 105394, 105416, 105431, 105453, 105475, 105490, 105512, 105534, 105556, 105571, 105593, 105615, 105630, 105652, 105674, 105696, 105711, 105733, 105755, 105770, 105792, 105814, 105836, 105851, 105873, 105895, 105910, 105932, 105954, 105976, 105991, 106293, 106315, 106330, 106352, 106374, 106396, 106411, 106433, 106455, 106470, 103014, 103051, 103073, 103736, 103751, 103773, 103795, 103810, 103832, 104812, 104834, 104856, 104871, 102233, 102933, 102992 en 103994.

<sup>12</sup> Nomenclatuurcodes 590531, 590575, 590612, 590656, 590693, 590730, 590774, 590811, 590516, 590553, 590590, 590634, 590671, 590715, 590752, 590796, 590833, 590855, 590870, 590892, 590914, 590951, 590973, 590995, 590391 en 590450.

<sup>13</sup> Terugbetaald door de ziekteverzekering.

We vermenigvuldigen de absolute aantallen bekomen uit de steekproef met 40 bij de leeftijdsgroep 0-64 jaar en met 20 bij de 65-plussers. Uiteindelijk bekomen we zo een aantal telefonische consultaties en adviezen<sup>14</sup> (derde kolom in Tabel 4) dat licht verschilt van de cijfers van geboekte aantallen afkomstig van het RIZIV (tweede kolom in Tabel 4). Het verschil is dermate klein dat extrapolatie vanuit de EPS als betrouwbaar kan gesteld worden.

Vanaf hoofdstuk 5 worden de meervoudige facturaties op één dag (er worden op dezelfde dag soms 2, 3 of 4 telefonische consultaties/adviezen geattesteerd door de verstrekker) beschouwd als één enkele verstrekking. De meervoudige facturatie binnen de EPS bedraagt 0,2% zowel bij de telefonische consultaties als bij de adviezen. Deze meervoudige facturatie kan verschillende oorzaken hebben. Het kan het gevolg zijn van het verstrekken van meervoudige telefonische consultaties op één dag of een facturatiefout op het niveau van de huisarts. Als we de dubbele facturatie op één dag uitsluiten bekomen we de absolute aantallen zoals weergegeven in de vierde kolom in Tabel 4. Dit zijn de referentie aantallen die we gebruiken bij de extrapolatie naar de absolute aantallen.

**Tabel 4: Aantallen telefonische consultaties en adviezen bij huisartsen in 2023 na extrapolatie vanuit de Permanente Steekproef (EPS), en vergelijking met de werkelijke gefactureerde aantallen (RIZIV 2023)**

Code	Aantal volgens RIZIV	Aantal door extrapolatie vanuit EPS	Aantal door extrapolatie vanuit EPS met uitsluiting dubbele facturatie op een dag
<b>101732</b> Telefonische consultatie	5.647.090	5.633.840	5.621.080
<b>109012</b> Advies	3.108.349	3.113.980	3.108.660

<sup>14</sup> In de Permanente Steekproef van het IMA worden 10,1% van alle telefonische consultaties en 4,0% van alle adviezen geattesteerd wordt door specialisten. De gegevens aangeleverd door het RIZIV toont dat 10,3% van alle telefonische contacten en 4,0% van de adviezen door specialisten wordt geattesteerd.



## 3. Profiel van de patiënt

### 3.1. Demografische kenmerken

#### Naar leeftijd en geslacht

##### Globaal beeld per 100 rechthebbenden naar leeftijd en geslacht, alle verstrekkers

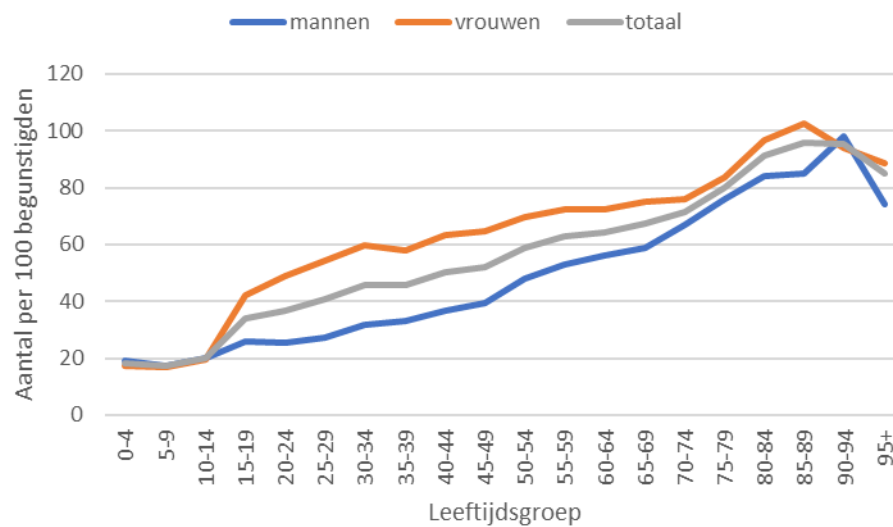
Het aantal telefonische consultaties en adviezen per 100 rechthebbenden neemt toe met de leeftijd. In de leeftijdsgroep 75-89 jaar is het aantal telefonische consultaties/adviezen per 100 rechthebbenden het hoogst (Figuren 1 en 2). Het absolute aantal telefonische consultaties ligt het hoogst bij 20- tot 64-jarigen, gezien er minder 85-plussers zijn dan 20- tot 64-jarigen in de gehele Belgische populatie (Figuren 3 en 4).

Verschillende hypothesen kunnen de globaal snelle toename van de telefonische consultaties en adviezen verklaren. Enerzijds is de vraag van de rechthebbenden toegenomen door toename van gezondheidsgeletterdheid van sommige groepen, waardoor veel sneller contact wordt opgenomen met de huisarts. Sommigen zijn ongerust door elementen gevonden op het internet. De meeste mensen willen zo snel mogelijk een antwoord op hun vraag en liefst zonder urenlang aan te schuiven bij de arts. Anderzijds is het aanbod vanuit de verstrekkerszijde ook verschaald en meer

planmatig georganiseerd. We stellen op het terrein vast dat sinds COVID het aantal vrije consultaties bij de huisarts verminderd zijn.<sup>15</sup>

Figuren 1 en 2 tonen ook dat vrouwen vaker gebruikmaken van telefonische consultaties in de leeftijdsgroep tussen 20 en 60 jaar. Dit is minder uitgesproken voor het advies. Het aantal fysieke consultaties bij vrouwen ligt klassiek hoger dan bij mannen<sup>16</sup>. De globale verhouding van telefonische consultaties/advies tot het aantal fysieke consultaties werd verder uitgediept in punt 4.2. (p29).

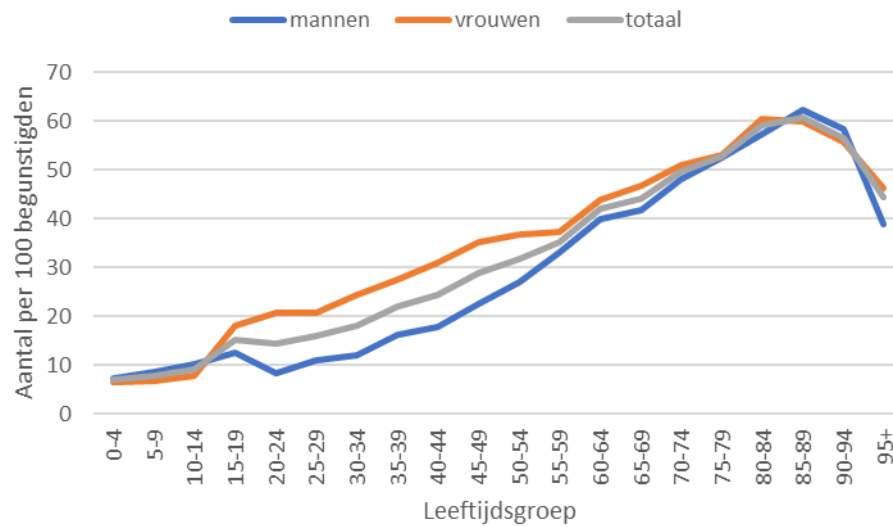
**Figuur 1: Aantal telefonische consultaties door de huisarts per 100 rechthebbenden naar leeftijdsgroep en geslacht in 2023**



<sup>15</sup> [Rapport toegankelijkheid huisartsgeneeskunde.pdf](#)

<sup>16</sup> [HSPA 2024: Contacts with the healthcare system: general practitioner](#)

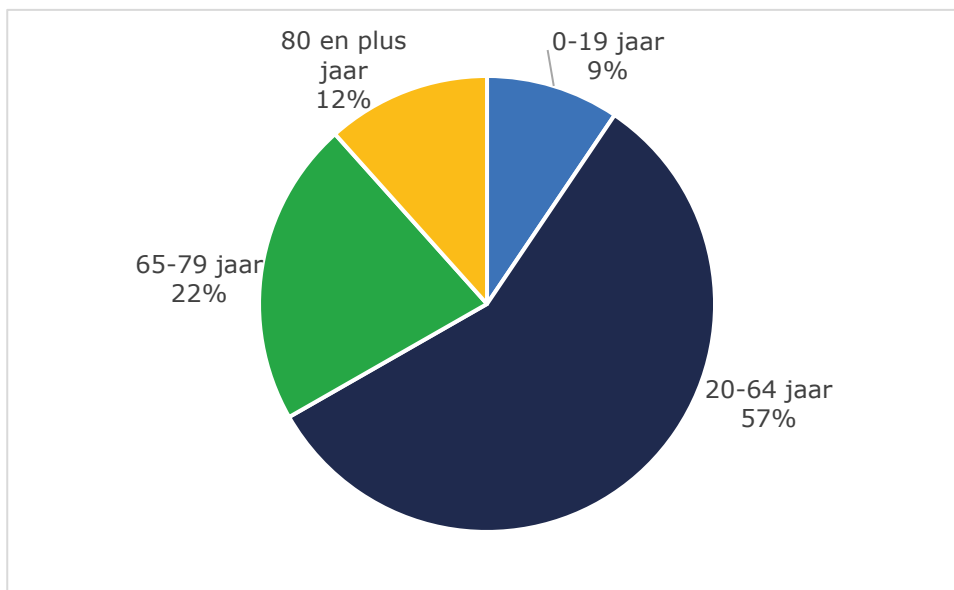
**Figuur 2: Aantal adviezen door de huisarts per 100 rechthebbenden naar leeftijdsgroep en geslacht in 2023**



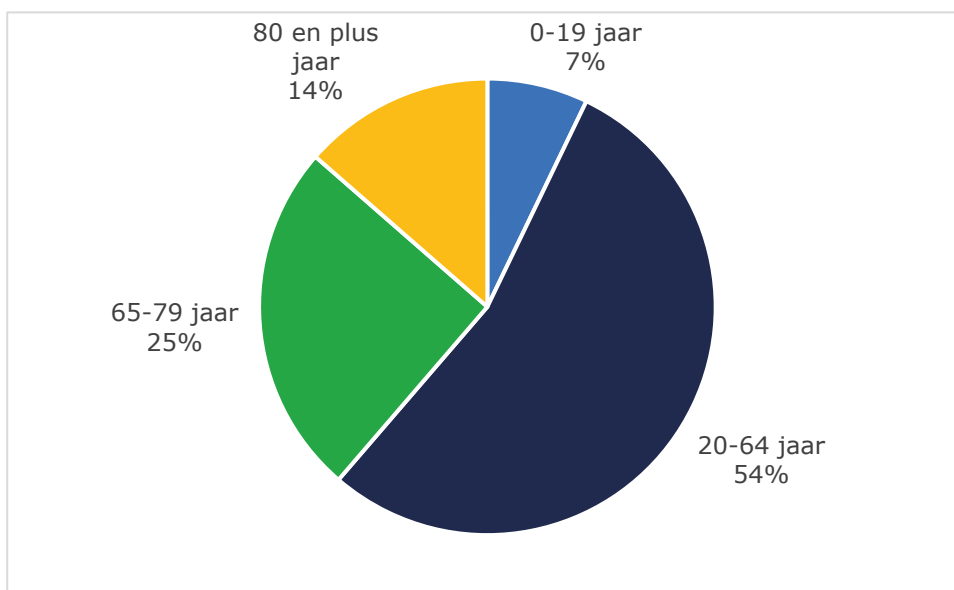
Als je deze figuren vergelijkt met de resultaten bekomen in de COVID-tijd (2020)<sup>17</sup>, merken we twee verschillen. Enerzijds lag het aantal teleconsulten per 100 rechthebbenden per jaar tijdens de COVID-periode op een hoger niveau met een gemiddelde van 101 telefonische consultaties per 100 rechthebbenden. Het maximum lag daar op 143 (90- tot 94-jarigen), het minimum op 50 (5- tot 9- jarigen) teleconsulten. Anderzijds is de helling van de curve toegenomen, waarbij er anno 2023 relatief minder telefonische consultaties per 100 rechthebbenden zijn in de jongere leeftijdscategorieën. Voor de volledigheid dient opgemerkt te worden dat deze data de telefonische consultaties en triages als ook videoconsultaties behelsden. Dit is de reden waarom de term 'teleconsultaties' werd gebruikt binnen de COVID-IMA studie.

<sup>17</sup> <https://www.ima-aim.be/Teleconsultaties-tijdens-de-COVID?lang=nl>

**Figuur 3: Aandeel telefonische consultaties door de huisarts per leeftijdsgroep van de rechthebbende 2023**



**Figuur 4: Aandeel adviezen door de huisarts per leeftijdsgroep van de rechthebbende 2023**



### 3.1.1. Specifieke Leeftijdscategorie 0-4 jaar

Het gebruik van telefonische consultaties en adviezen bij de groep van 0- tot 4-jarigen is een realiteit, maar volgt niet exact de toepassingsregel (Tabel 5). Dit geldt ook voor jongeren opgenomen in een instelling voor personen met een handicap of bij personen met hardhorigheid of communicatieproblemen of zorgafhankelijke ouderen al dan niet opgenomen in een woonzorgcentrum (WZC).

We kunnen vermoeden dat er op z'n minst een betrokkenheid van een ouder, mantelzorger of (thuis)verzorging was.

Telefonische consultaties en advies door de huisarts worden in resp. 1.7% en 1.2% van alle gevallen gefactureerd bij kinderen tussen 0 en 4-jarigen. Vermoedelijk zal het totaal aantal bij kinderen nog hoger liggen, rekening houdend met telefonische consultaties en advies die gebeuren door kinderartsen en of kinderpsychiaters.

**Tabel 5: Gebruik van telefonische consultatie en advies door huisartsen bij 0- tot 4 jarigen in 2023**

<b>Aantal telefonische consultaties per 100 rechthebbenden</b>	18
<b>Absolute aantal telefonische consultaties</b>	97.560
<b>% van alle telefonische consultaties</b>	1,7%
<b>Aantal adviezen per 100 rechthebbenden</b>	7
<b>Absolute aantal adviezen</b>	37.200
<b>% van alle adviezen</b>	1,2%

#### Besluit 3.1.1:

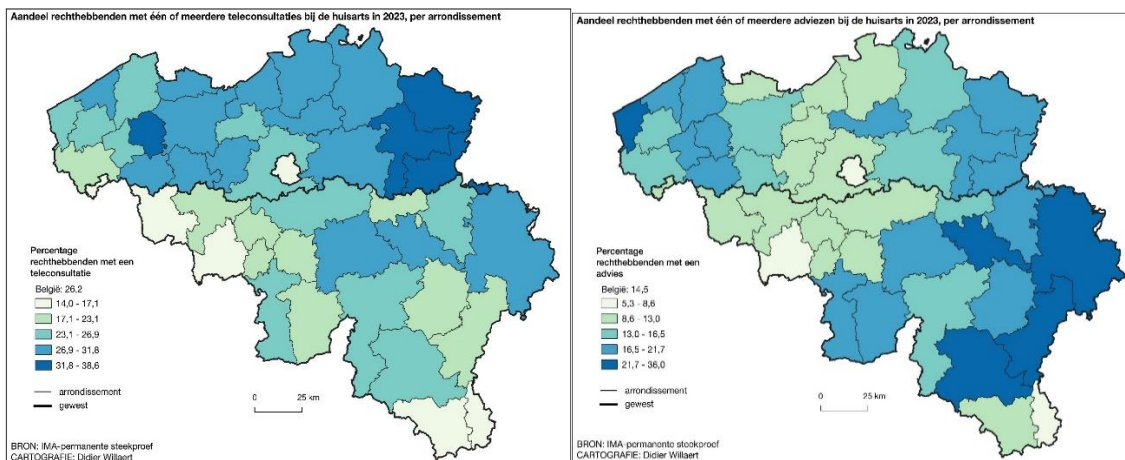
Het aantal telefonische consultaties per 100 rechthebbenden neemt toe met de leeftijd. Vrouwen maken opvallend vaker gebruik van telefonische consultaties/adviezen dan mannen in de leeftijdsgroep tussen 20 en 60 jaar.

Telefonische consultaties en advies worden ook ingezet voor de zorg van zeer jonge kinderen en voor zorgafhankelijke ouderen in WZC.

### 3.1.2. Geografische spreiding naar woonplaats (arrondissement) van de rechthebbende

De kaart hieronder (zie Figuur 5) toont het aandeel unieke rechthebbenden in de EPS die minstens één telefonische consultatie hebben gekregen in 2023, geaggregeerd op het niveau van het arrondissement. Deze percentages zijn niet gecorrigeerd naar leeftijd, geslacht, VT of chronische aandoening.

**Figuur 5 en 6: Aandeel rechthebbenden met één of meerdere telefonische consultaties/adviezen bij de huisarts in 2023, per arrondissement**



De top 4 voor telefonische consultaties wordt ingenomen door drie Limburgse arrondissementen: Maaseik, Hasselt en Tongeren. Eén West-Vlaams arrondissement, Tielt, steekt er bovenuit.

In 2023 kreeg 26,2% van de Belgische bevolking minstens één telefonische consultatie, dit is meer dan 1 op 4 van rechthebbenden aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds. Oostende benadert het gemiddelde (27,8%), terwijl regio's als Ieper (22,2%), Diksmuide (24,9%) en Veurne (24,9%) duidelijk lager scoren dan gemiddeld. Dit zijn regio's waar je zou verwachten dat teleconsultaties een vervanging kunnen zijn voor fysieke consultaties: de vergrijzing aan de kust is hoog en de penurie in de gebieden van Zuidwest-Vlaanderen is belangrijk.

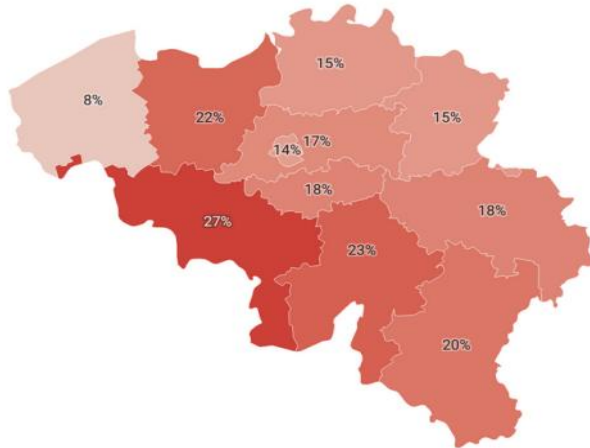
Bijkomend onderzoek naar de relatie tussen het tekort aan artsen en/of patiëntenstops en dit gebruik van teleconsultaties/advies in verhouding tot de fysieke consultaties is aangewezen. Onderstaande figuur<sup>18</sup> uit een enquête (2023) van FOD over tijdsindeling bij huisartsen toont visueel dat er grote lijnen geen éénvoudig verband bestaat tussen de patiëntenstops op provinciaal niveau en de toegang tot het gebruik van de telefonische consultaties of adviezen. Bijkomende onderzoek naar de verhouding teleconsult/advies per 100 fysieke consulten in relatie tot penurie in bepaalde regio's kan bijkomende inzichten geven. Ook de factor leeftijd en/of zorgafhankelijkheid van de rechthebbenden kunnen hier een rol spelen.

<sup>18</sup> [20230414 NL IM Associates - rapport tijdsindeling huisartsen](#)

## Grafiek 2.1 Patiëntenstops

% Artsen dat geen nieuwe patiënten accepteert

8% 27%



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

In Wallonië, waar de fysieke afstand tot zorgverleners vaak groter is<sup>19</sup>, merken we de laagste percentages (<17,1% in de vier arrondissementen Doornik, Bergen, Virton en Aarlen). Namen vormt hierop een uitzondering: de afstand tot zorg is er ook groter maar het gebruik van telefonische consultaties is er ook sterk ingeburgerd. Globaal genomen noteren we 23,1% in het Waals gewest in vergelijking met 29,7% in Vlaanderen. 4,6% van de Belgische rechthebbenden met minstens één telefonische consultatie in 2023 is een persoon met een buitenlands of onbekende domicilie.

Het Brussels gewest is een grote uitzondering op de andere centrumsteden en vertoont een lage penetratiegraad van het aantal patiënten met minstens één telefonische consultatie (17,1%). Mogelijk zal dit naast de gemiddelde jongere leeftijd ook een verschil in zorggebruik weerspiegelen. Enerzijds wordt er minder gebruik gemaakt van het Globaal Medisch Dossier (GMD) in het Brussels gewest (70,5% in 2022 in verhouding met het landelijk gemiddelde van 85,9%). Anderzijds wordt de dienst spoedgevallen vaker voor eerste lijn aangewend<sup>20</sup> omdat de afstand tot een ziekenhuis in 100% minder dan 10 km<sup>19</sup> bedraagt en er ook minder financiële drempels zijn

---

<sup>19</sup> [HSPA 2024: Population living within a radius of 20 km of the nearest hospital \(A-18\)](#)

<sup>20</sup> Cijfermateriaal voor 2022 beschikbaar via de IMA-Atlas toont aan dat 70,5% van de rechthebbenden in het Brussels gewest een GMD-houdend huisarts heeft (85,9% op het nationale niveau). Ook waren in 2022, 1.617 per 10.000 rechthebbenden in een medisch huis ingeschreven (490 per 10.000 op het nationale niveau). Dat aandeel van de populatie heeft sowieso een GMD en dus zal het aandeel personen met een GMD in de populatiefinanciering (i.e. onze *sample*) vermoedelijk nog lager liggen.

(lees remgeld) op de dienst spoedgevallen. Het percentage personen met het statuut chronische aandoeningen in Brussel is aanmerkelijk lager dan het Belgisch gemiddelde: 11,0 % in Brussel versus 16,87 % in België (2022)<sup>21</sup>. Brussel heeft het hoogst aantal Medische huizen, doch de leden van medische huizen werden uit de EPS geselecteerd en niet ingesloten, waardoor ze in principe geen invloed hebben op deze cijfers.

In de provincie Luik, waar ook veel Medische huizen zijn maar minder dan in Brussel, zien we een gemiddeld percentage rechthebbenden voor wat betreft telefonische consultatie en een sterk verhoogd percentage voor advies.

In 2023 kreeg 14,5% van de Belgische bevolking minstens één advies (Figuur 2). In Vlaanderen bedraagt dit 15,7%, in Wallonië 15,3%, en in het Brussels gewest slechts 5,3% (2,7% heeft een onbekende of buitenlandse woonplaats).

Visueel merken we dat de kaarten met de telefonische consultaties en de adviezen niet steeds met elkaar overlappen: in het oosten van Wallonië worden er relatief meer adviezen verstrekt dan telefonische consultaties dan gemiddeld. Dit geldt ook voor een aantal kustarrondissementen (o.a. Veurne) en een aantal arrondissementen in Wallonië (Hoei, Verviers, Bastenaken en Neufchâteau). Het arrondissement Tielt, de Limburgse arrondissementen, Oostende, Mechelen en Namen scoren zowel voor telefonische consultatie als voor advies hoger dan het gemiddelde.

Bijkomende onderzoek naar de verhouding teleconsult/advies per 100 fysieke consulten in relatie tot penurie in bepaalde regio's kan bijkomende inzichten geven. Ook de factor leeftijd en/of zorgafhankelijkheid kan een rol spelen.

#### Besluit 3.1.2:

Globaal worden er bij meer inwoners in Vlaanderen minstens één telefonische consultatie per persoon verricht in vergelijking met Wallonië en vooral Brussel. Bij het verstrekken van advies is het verschil minder groot. In het Brussels gewest worden er beduidend minder minstens één telefonische consultatie en/of advies gefactureerd. In sommige arrondissementen worden meer telefonische consultaties geattesteerd dan adviezen, in andere gebeurt net het omgekeerde. In sommige worden beide modaliteiten evenveel gebruikt.

---

<sup>21</sup> IMA-atlas

Bijkomend onderzoek naar de geografische spreiding van de verhouding teleconsult/fysiek consult is aangewezen.

### 3.1.3. Telefonische consultaties/adviezen bij rechthebbenden die verblijven in een woonzorgcentrum en dagverzorgingscentrum

Telefonische consultaties en adviezen worden ook door huisartsen gebruikt voor verstrekkingen bij bewoners van een woonzorgcentrum (WZC) of een dagverzorgingscentrum (DVC). De meerderheid van de bewoners heeft er een verhoogde graad van afhankelijkheid. In Vlaanderen heeft minstens 85% Katz B en C in 2021; in Brussel bedraagt dit 60%, Wallonië zit hier net boven<sup>22</sup>. Dit maakt dat communicatie via de telefoon sterk bemoeilijkt kan zijn. Vermoedelijk zal hierdoor het telefonische consult dan eerder 'geassisteerd' verlopen via verzorgend personeel of via mantelzorgers dan met de patiënt zelf. Dat kan op expliciete vraag van de patiënt gebeuren. Toch sluit dit niet 100% aan met de wettelijke toepassingsregels, net zomin dit bij 0-4-jarigen het geval is.

Om het gebruik in WZC en DVC in beeld te brengen gebruikten we de volgende methodologie:

We onderscheiden twee groepen bewoners al naargelang ze het ganse jaar (365 dagen) dan wel een deel van het jaar verbleven in een WZC en/of een DVC. De reden waarom een bewoner niet het ganse jaar verbleef kan velerlei zijn:

- de patiënt is voor het eerst dat jaar opgenomen in een WZC of DVC;
- de patiënt werd gehospitaliseerd, waardoor geen 365 dagen aanwezigheid;
- de patiënt overleed tijdens het jaar;
- patiënt komt naar het DVC enkele dagen in de week.

De hierboven opgesomde groepen zullen bewoners zijn die een verhoogde interactie met zorgverleners vertonen. De telefonische consultatie of het advies zal plaatsgevonden hebben voor of na de (definitieve) opname in een WZC. De groep die het ganse jaar in het WZC verbleef zal de kleinste groep zijn, dus hierdoor is het aandeel in het totaal ook lager.

De aantallen telefonische consultaties en adviezen (Tabel 6) liggen vrij hoog in vergelijking met het aantal bewoners van een woonzorgcentrum (2022 iets minder dan

---

<sup>22</sup> [HSPA 2024: Low care-dependent people in homes for older people \(OLD-5\)](https://www.gezondbelgie.be/nl/), en <https://www.gezondbelgie.be/nl/>

150.000 bewoners). Het aantal personen die een dagverzorgingscentrum bezoeken, situeren zich in de grootteorde van 5.000 (persoonlijke inschatting op basis van aantallen in 2021 teruggevonden op niveau van gewest).

**Tabel 6: Aandeel en absoluut aantal telefonische consultaties en adviezen door huisartsen bij bewoners van een woonzorgcentrum en dagverzorgingscentrum, 2023**

	Telefonische consultatie	Aantal	Advies	Aantal
<b>1 tot 364 dagen in WZC/DVC</b>	3,9%	216.521	3,7%	114.608
<b>365 dagen in WZC/DVC</b>	1,4%	77.943	1,7%	53.212
<b>Totaal</b>	5,2%	294.464	5,4%	167.820

Inhoudelijk zal een telefonisch consult bij een patiënt in een WZC mogelijk gebeuren om verschillende redenen : een urgent telefonisch overleg vindt plaats tussen een patiënt (en/of mantelzorger of zorgpersoneel) en zijn huisarts, waarbij een diagnostisch of therapeutisch behandelplan wordt opgesteld die dan later gevolgd wordt door een fysiek nazicht door de huisarts met bezoek in het WZC. Anderzijds kan het ook een opvolgconsultatie zijn, waarbij telefonisch overleg wordt gepleegd met de verpleegkundige met betrekking tot het opstarten van therapie. Ook het opvolgen van de evolutie na een fysiek bezoek in WZC kan telefonisch gebeuren. Kortom, alle klassieke scenario's die verder in hoofdstuk 5 beschreven worden zijn mogelijk. Om deze scenario's uit te werken, zijn correcte datums van het dagforfait in WZC of DVC met betrekking tot de verschillende verstrekkingen noodzakelijk. Gezien deze data niet voorhanden waren binnen de EPS, werd deze analyse voorlopig niet verricht. Een koppeling met deze gegevens behoort wel tot de mogelijkheden.

**Besluit 3.1.3:**

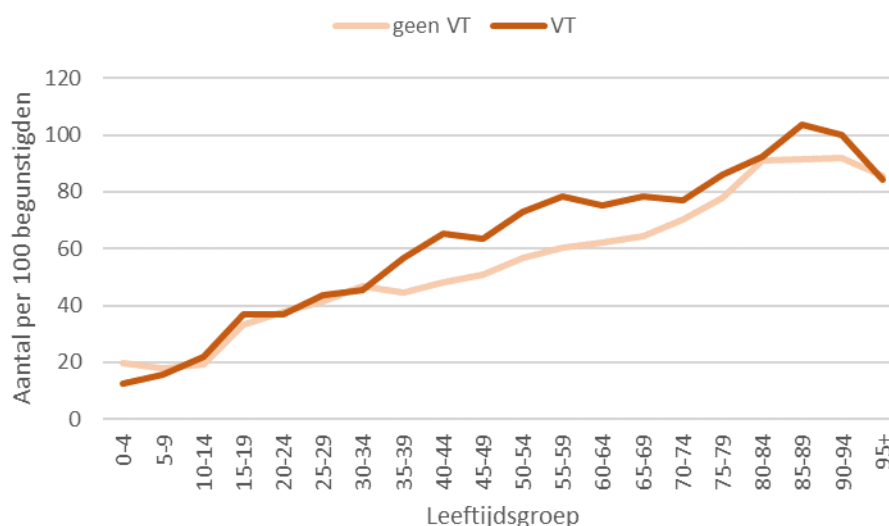
5.2% van alle telefonische consultaties en 5.4% van alle adviezen vindt plaats bij bewoners in een WZC of personen die dagverzorgingscentra (DVC) bezoeken.

## 3.2. Socio-economische kenmerken: voorkeurregeling

Geëxtrapoleerd vanuit EPS zijn er 2.353.920 personen die vallen onder een statuut VT in 2023<sup>23</sup>.

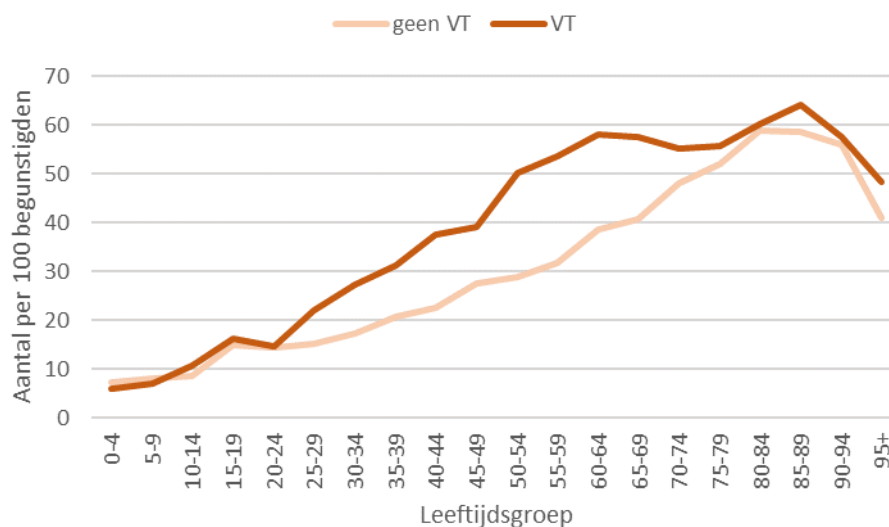
Rechthebbenden die een voorkeurregeling genieten (verhoogde tegemoetkoming) vertonen doorgaans een hoger aantal zorgcontacten. Uit Figuur 7 blijkt dat bij de leeftijd 35-74 jaar het aantal telefonische consultaties per 100 rechthebbenden voor dezelfde leeftijd iets hoger ligt bij personen met VT. Dit is niet helemaal onlogisch als de VT verklaard wordt door e.g. chronische aandoening, langdurige werkloosheid of een handicap. Deze groepen hebben globaal een hogere zorgvraag bij de huisarts.

**Figuur 7: Aantal telefonische consultaties door de huisarts per 100 rechthebbenden naar leeftijdsgroep en verhoogde tegemoetkoming (VT) in 2023**



<sup>23</sup> Personen aangesloten bij een medisch huis werden in dit aantal niet uitgesloten, wel in de analyse

**Figuur 8: Aantal adviezen door de huisarts per 100 rechthebbenden naar leeftijdsgroep en verhoogde tegemoetkoming (VT) in 2023**



Bij het verstrekken van adviezen is het verschil nog groter: bij personen vanaf 30 jaar tot 65 jaar worden er tot 50% meer adviezen verstrekt bij personen met verhoogde tegemoetkoming. Mogelijk is er een verband met de administratieve werklust in deze groep. Een ander mogelijke verklaring is dat de drempel voor het aanrekenen van een volwaardig telefonisch consult hoger zal liggen bij een patiënt met VT en daar mogelijk eerder een advies zal aanrekenen.

#### Besluit 3.2:

Personen in de leeftijdscategorie 30-65 jaar die verhoogde tegemoetkoming hebben, maken frequenter gebruik van telefonische consultaties en adviezen dan personen zonder verhoogde tegemoetkoming.

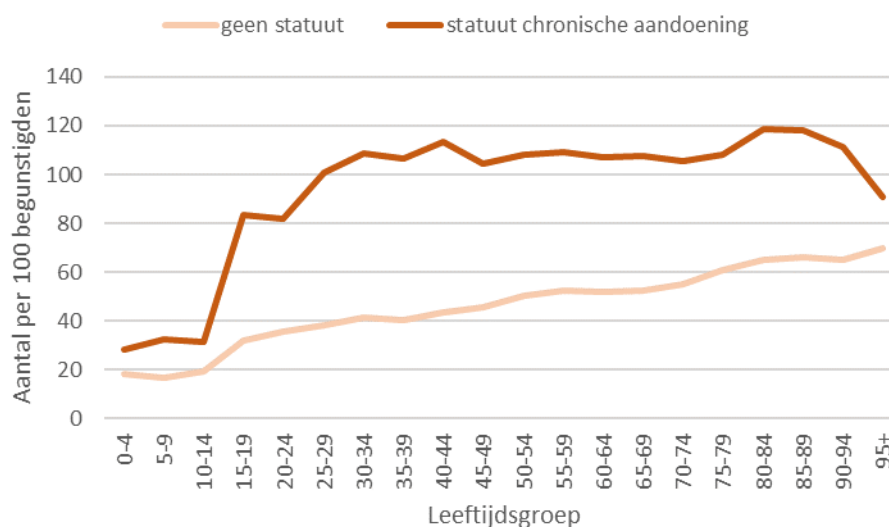
## 3.3. Gezondheidstoestand van de patiënt

### 3.3.1. Statuut chronische aandoening

Geëxtrapoleerd vanuit de EPS zijn er 1.820.600 rechthebbenden het statuut chronische aandoening in 2023<sup>24</sup>.

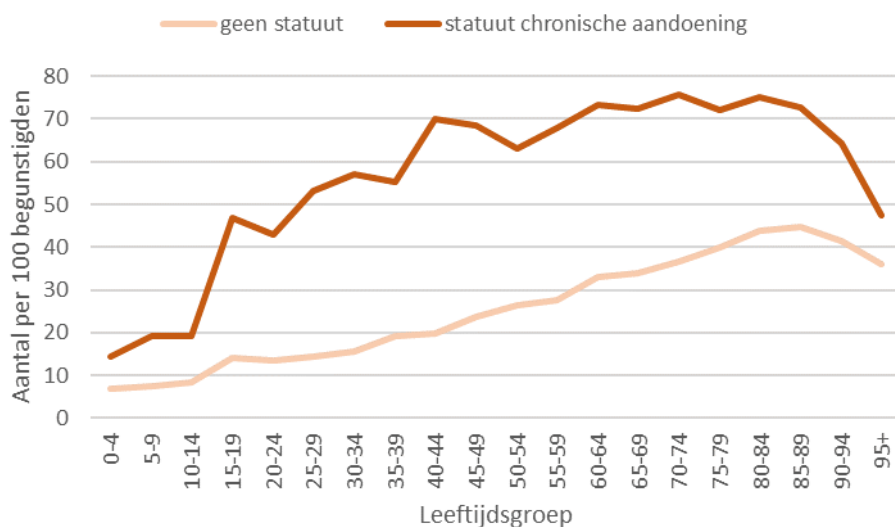
Het hebben van een statuut chronische aandoening zal aanleiding geven tot een verhoogd aantal telefonische consultaties en adviezen per persoon. Hierbij is er nog steeds een hogere frequentie van gebruik bij hogere leeftijden, maar het verschil is minder groot in vergelijking met personen met verhoogde tegemoetkoming (Figuren 9 en 10). Er is een duidelijke toename vanaf de leeftijd van 18 jaar. Merk op dat bij de groep 40- tot 44-jarigen met een chronische aandoening het aantal telefonische consultaties even hoog ligt als bij de groep 85- tot 89-jarigen met een chronische aandoening.

**Figuur 9: Aantal telefonische consultaties door de huisarts per 100 rechthebbenden naar leeftijdsgroep en statuut chronische aandoening in 2023**



<sup>24</sup> Personen aangesloten bij een medisch huis werden in de dit aantal niet uitgesloten, wel in de analyse die erop volgt.

**Figuur 10: Aantal adviezen door de huisarts per 100 rechthebbers naar leeftijdsgroep en statuut chronische aandoening in 2023**



**Besluit 3.3.1:**

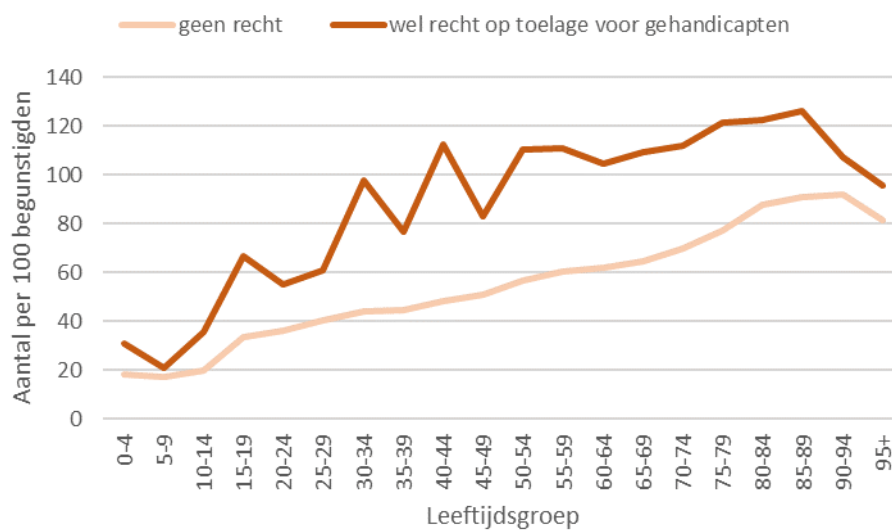
Personen met het statuut chronische aandoening hebben een hogere frequentie van het gebruik van telefonische consultatie of advies in vergelijking met personen die geen statuut chronische aandoening hebben. Dit is het geval in elke leeftijdsgroep, met een groot verschil vanaf de leeftijd van 15 jaar.

**3.3.2. Rechthebbers van een toelage voor personen met een handicap**

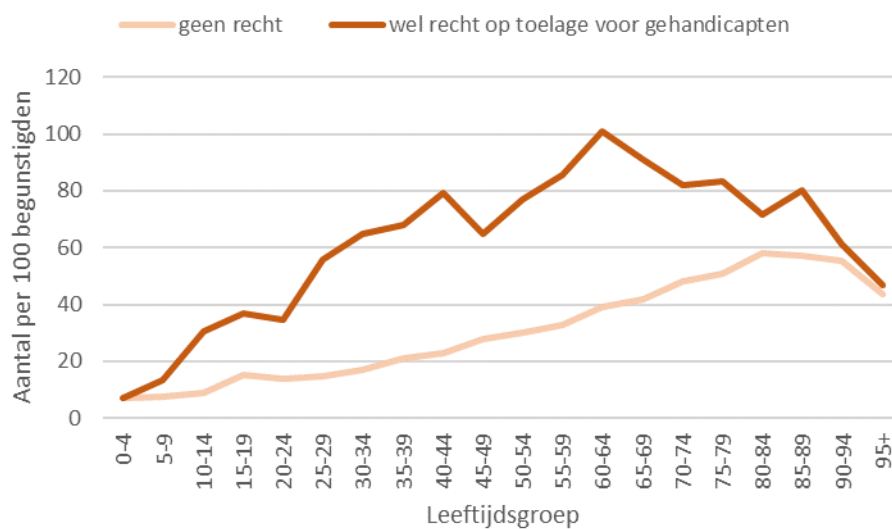
Personen die recht hebben op een toelage voor personen met een handicap hebben een hoger gebruik van telefonische consultaties en adviezen dan personen die hier geen recht op hebben. Dit is het geval in elke leeftijdsgroep (Figuren 11 en 12). Geëxtrapoleerd vanuit de EPS zijn er 416.200 personen<sup>25</sup> met recht op een toelage voor personen met een handicap.

<sup>25</sup> Personen aangesloten bij een medisch huis werden niet uitgesloten bij het bepalen van dit aantal. In de analyse figuren 11 en 12 zijn ze wel uitgesloten.

**Figuur 11: Aantal telefonische consultaties door de huisarts per 100 rechthebbenden naar leeftijdsgroep en al dan niet recht op toelage voor personen met een handicap in 2023**



**Figuur 12: Aantal adviezen door de huisarts per 100 rechthebbenden naar leeftijdsgroep en al dan niet recht op toelage voor personen met een handicap in 2023**



**Besluit 3.3.2:**

Rechthebbenden met recht op een toelage voor personen met een handicap hebben een hogere frequentie van het gebruik van telefonische consultatie of advies per

persoon in vergelijking met personen die niet begunstigd zijn. Dit is het geval in elke leeftijdsgroep, significant vanaf zeer jonge leeftijd.



## 4. Praktijkvariaties

### 4.1. Relatie patiënt-arts/praktijk

Een wettelijke vereiste voor het aanrekenen van een telefonische consultatie tijdens de week is dat er minstens één fysiek contact geweest is tijdens de periode van twee jaar voorafgaand aan het jaar van de telefonische consultatie. We wensten na te gaan of en in welke mate aan deze wettelijke vereiste wordt voldaan. Dit is geen wettelijke vereiste voor het advies.

We gingen na in hoeverre deze noodzaak tot voorafgaandelijk contact werd vervuld voor de beide modaliteiten in de periode 2021-2023, en dat op niveau van de huisarts of huisartsenpraktijk (als de huisarts aangesloten is bij een groepspraktijk), met onderscheid tussen weekdays en weekend (Tabellen 7 en 8).

Methodologisch gezien kan het totaal nooit 100% kan bedragen om twee redenen. Ten eerste omdat de 0- tot 2-jarigen niet werden weggefilterd. Zij kunnen dus geen twee jaar teruggaan in de tijd om een relatie aan te tonen. Ten tweede zijn er telefonische consultaties verricht door huisartsen die aangesloten zijn in verschillende huisartsenpraktijken. Deze worden door deze analyse (4.1.) dubbel geteld, waardoor het totaal aantal telefonische consultaties/adviezen hoger ligt.

We constateren dat op weekdagen in bijna alle gevallen aan de voorwaarde van voorafgaandelijk fysiek contact wordt voldaan. Het feit dat ook tijdens de week wachtdiensten worden verricht, maakt dat dit percentage nooit 100% kan zijn.

Het aandeel zonder voorafgaand fysiek contact is hoger in het weekend dan in de week. Dit is een weerspiegeling van de realiteit waarbij telefonische consultaties als triage worden ingezet tijdens georganiseerde wachtdiensten.

Het verstrekken van adviezen gebeurt vooral bij patiënten die behoren tot de praktijk van de arts, zowel op werkdagen als in het weekend.

**Tabel 7: Aantal telefonische consultaties door huisarts in 2023 zonder/met voorafgaandelijk fysiek contact in de periode 2021-2023**

	Aantal zonder voorafgaand fysiek contact	Aantal met voorafgaand fysiek contact	% met voorafgaand fysiek contact
<b>Werkweek</b>	6.441	186.088	96,7%
<b>Weekend</b>	1.697	4.122	70,8%

**Tabel 8: Aantal adviezen door huisarts in 2023 zonder/met voorafgaandelijk fysiek contact in de periode 2021-2023**

	Aantal zonder voorafgaand fysiek contact	Aantal met voorafgaand fysiek contact	% met voorafgaand fysiek contact
<b>Werkweek</b>	5.056	107.055	95,5%
<b>Weekend</b>	110	2.746	96,1%

Besluit 4.1:

De wettelijke vereiste van een voorafgaand fysieke relatie tussen arts en patiënt wordt voor een telefonische consultatie in de werkweek voor 95% voldaan. Het percentage tijdens het weekend ligt lager (70,8%), wat het gevolg is van de georganiseerde wachtdienst. Advies wordt in hoge mate gegeven aan patiënten die reeds vroeger gekend zijn bij de huisarts, zowel in de week als tijdens het weekend.

## 4.2. Verhouding telefonische consultaties/adviezen t.o.v. fysieke consultaties

De vraag bestaat of telefonische consultaties daadwerkelijk fysieke consultaties (kunnen) vervangen dan wel of ze een bijkomende vorm van zorgverlening betekenen voor de patiënt. In het eerste geval zal het een échte consultatie betreffen op afstand,

in het tweede geval zal het eerder een korte opvolging of triage of het geven van een voorschrift betekenen. Om dit in kaart te brengen berekenen we de verhouding TC/advies per 100 rechthebbenden.

De verhouding tussen het aantal fysieke en het aantal prestaties op afstand zal vrij constant zijn en zal vermoedelijk afhangen van de socio-economische, de demografische en de gezondheidstoestand van de patiënt. Een aberrante verhouding op het niveau van de praktijk, rekening houdend met de bovenstaande variabelen, zou mogelijk een indicatie kunnen zijn voor een aberrant prestatiegedrag of fraude.

Tabel 9 geeft weer hoeveel telefonische consultaties, adviezen en fysieke consultaties door de huisarts er gemiddeld per patiënt plaatsvonden in 2023 en hoe de verhouding tussen telefonische consultaties/adviezen en per 100 fysieke contacten is.

**Tabel 9: Gemiddeld aantal telefonische consultaties/advies/fysieke contacten per patiënt en aantal telefonische consultaties/adviezen per 100 fysieke consultaties bij de huisarts in 2023**

	Geen VT*	Wel VT*	Geen CA*	Wel CA*	Geen TG*	Wel TG*	EPS <sup>26</sup>
<b>Aantal telefonische consultaties/patiënt</b>	0,52	0,59	0,43	1,07	0,51	1,01	<b>0,56</b>
<b>Aantal adviezen/patiënt</b>	0,29	0,38	0,23	0,69	0,29	0,71	<b>0,32</b>
<b>Aantal fysieke contacten<sup>27</sup>/patiënt</b>	4,34	6,52	3,90	9,61	4,52	10,31	<b>5,04</b>
<b>% rechthebbenden in EPS</b>	78,8%	21,3%	80,1%	19,9%	95,7%	4,3%	<b>100%</b>
<b>Telefonische consultaties /100 fysieke contacten</b>	12	9	11	11	11	10	<b>11</b>
<b>Adviezen/100 fysieke contacten</b>	7	6	6	7	6	7	<b>6</b>

\*VT: verhoogde tegemoetkoming – CA: statuut chronische aandoening – TG: recht op toelage personen met een handicap

<sup>26</sup> Exclusief personen aangesloten bij een medisch huis

<sup>27</sup> Fysieke consultaties door huisartsen, exclusief : bezoeken van huisarts op eenheid palliatieve zorgen of bij een gehospitaliseerde patiënt, deelname aan MOC, bespreking VZP.

Het gemiddelde aantal fysieke consultaties door de huisarts per patiënt in de EPS 2023 bedraagt 5,04.<sup>27</sup>

Het gebruik van telefonische consultaties ligt duidelijk lager in de groep die een verhoogde tegemoetkoming krijgt (per 100 fysieke consultaties bedraagt het aantal 9, tegenover 12 bij personen zonder verhoogde tegemoetkoming). Bij patiënten met een statuut chronische aandoening is het aantal telefonische consultaties per 100 fysieke consultaties gelijk aan de groep die dit statuut niet heeft. In de groep met recht op een toelage voor personen met een handicap ligt de verhouding telefonische consultaties iets lager dan de groep zonder recht op toelage.

Het gebruik van adviezen door patiënten met een verhoogde tegemoetkoming ligt iets lager dan bij de telefonische consultaties per 100 fysieke consultaties. In de groep met het statuut chronisch aandoening en recht op toelage voor personen met een handicap, ligt het aantal adviezen per 100 fysieke consultaties iets hoger dan in de groep zonder statuut/toelage.

Bijkomend onderzoek naar de verhouding naargelang leeftijd en geslacht zou zeer zinvol zijn.

#### Besluit 4.2:

Er is een socio-economische invloed m.b.t. de verhouding tussen het gebruik/aanrekenen van teleconsultaties in verhouding met het aantal fysieke consultaties.

De personen die recht hebben op verhoogde tegemoetkoming worden minder vaak een telefonisch contact of advies aangerekend/verstrekt in verhouding tot het aantal fysieke consultaties dan de groep die hier geen recht op heeft. Er is een evenredig gebruik van telefonische consultaties en adviezen in de groep met het statuut chronische aandoening. Bij personen met recht op een toelage voor personen met een handicap wordt er iets minder gebruik gemaakt van telefonische consultaties, en iets meer bij de adviezen.

### 4.3. Telefonische consultaties en adviezen naargelang het typepraktijk (solo- versus groepspraktijk) en grootte van het patiënteel

De grootte van het patiënteel werd bekomen door te kijken naar het aantal recht-hebbenden met een Globaal Medisch Dossier (GMD)<sup>28</sup> bij de huisarts.

De grootte van de praktijken werd op basis van percentielen (p) ingedeeld in vier groepen (<p25, p25-p50, p50-p75 en ≥p75). Vervolgens werd per groep de verhou-ding berekend tussen het aantal telefonische consultaties en het aantal fysieke con-sulten. Ook daar werden percentielen berekend en verdeeld in vier categorieën (p25, p50, p75 en p95). Bijkomend werd een opdeling gemaakt tussen solopraktijken en groepspraktijken. De resultaten zijn te vinden in Tabel 10.

Vergelijken we de solopraktijk met de groepspraktijk, dan merken we dat bij de la-gere percentielen (p25 en p50) de verhouding hoger is in groepspraktijken. Enkel in het hoogste percentiel (p95) zien we dat huisartsen in een solopraktijk een hogere verhouding hebben in vergelijking met huisartsen in een groepspraktijk: 50 telefoni-sche consultaties per 100 fysieke consultaties in solopraktijk tegenover 36 telefoni-sche consultaties per 100 fysieke consultaties in groepspraktijken.

Vergelijken we de praktijken naargelang de grootte van het patiënteel, dan zien we een gelijkaardig beeld. Globaal neemt de verhouding toe met de grootte van het patiënteel. Dat geldt echter niet voor de groep met de hoogste verhoudingen (p95): hierbij is verhouding het hoogst in de groep met het kleinste patiënteel.

---

<sup>28</sup> Nomenclatuurcodes 101312, 101334, 101371, 101393, 101452, 101474, 101496, 101511, 101533, 101555, 102771, 102793, 103574 en 103596.

**Tabel 10 : Verhouding aantal telefonische consultaties en adviezen door huisarts per 100 fysieke contacten bij de huisarts op niveau van solo/groepspraktijk in 2023**

Percentiel verhouding TC/A per 100 fysieke contacten				
Telefonische consultaties	p25	p50	p75	p95
Groepspraktijk	5	10	19	36
Solopraktijk	2	8	19	50
Grootte patiënteel 1 (< p25)	3	9	19	57
Grootte patiënteel 2 (p25-p50)	3	8	19	46
Grootte patiënteel 3 (p50-p75)	3	8	18	40
Grootte patiënteel 4 ( $\geq$ p75)	6	11	18	33
Adviezen	p25	p50	p75	p95
Groepspraktijk	0	4	11	29
Solopraktijk	0	0	9	41
Grootte patiënteel 1 (< p25)	0	0	8	34
Grootte patiënteel 2 (p25-p50)	0	1	9	41
Grootte patiënteel 3 (p50-p75)	0	1	10	36
Grootte patiënteel 4 ( $\geq$ p75)	1	5	12	29

Voor wat betreft de adviezen zijn de patronen vergelijkbaar: bij de lagere percentielen (p25 en p50) neemt de verhouding toe met de grootte van het patiënteel. Bij de hoogste percentielen (p95) zien we de laagste verhoudingen bij de praktijken met het hoogste patiënteel.

#### Besluit 4.3:

De grootste praktijken maken verhoudingsgewijs meer gebruik van telefonische consultaties per 100 fysieke consultaties. Echter, bij de hoogste percentielen zien we een omgekeerde relatie: hoe lager het patiënteel, hoe hoger de verhouding tussen aantal telefonische consultaties en fysieke consultaties. Verschillende redenen, eigen aan de praktijk (verstrekker en patiëntenpopulatie) kunnen hier aan de basis liggen.

Bij huisartsen in solo- of groepspraktijk die een mediaan (p50) aantal telefonische consultaties of adviezen per 100 fysieke contacten aanrekenen, merken we een hogere verhouding bij de praktijken met hoger patiënteel ( $p \geq 75$ ).

Huisartsen die behoren tot de groep met de hoogste verhouding telefonische consultaties of advies per 100 fysieke consultaties (p95) hebben een hogere verhouding als ze een kleiner patiënteel hebben ( $p < 25$ ). Als de grootte van de praktijk toeneemt, neemt de verhouding telefonische consultatie en fysieke consultaties af.



## 5. Analyse naar het doel van de telefonische consultaties en de adviezen

### 5.1. Methodologie scenario's

#### Context

Wettelijk werd vastgelegd dat een telefonische consultatie enkel kan gebruikt worden als het een volledige, klassiek consultatie betreft, met uitzondering van het fysiek onderzoek. Op korte tijd trad er een culturele verschuiving op in de reguliere praktijkvoering. Door COVID is de interactie tussen zorgverlener en patiënt niet meer beperkt tot het fysiek consult en werden allerlei tussenvormen mogelijk en ook aanvaard door de patiënt. De regelgeving tijdens de COVID19-pandemie over zorg op afstand maakte een verschil tussen triage en zorgcontinuïteit. Bij huisartsen betrof dit tijdens de COVID19-pandemie respectievelijk 13,6% en 86,4% van alle telefonische consultaties<sup>29</sup>. Een onderzoek post-COVID bij huisartsen toonde aan dat artsen

---

<sup>29</sup> <https://aim-ima.be/Teleconsultaties-tijdens-de-COVID?lang=nl>

een toekomst zien in het opvolgen van chronische pathologie, het plannen van preventieve zorg en het beantwoorden van kleine en administratieve vragen<sup>30</sup>.

Een bijkomend element is het verstrekken van een advies. In realiteit horen we dat dit advies op het terrein ook wordt ingezet voor zorg op afstand. De keuze om al dan niet een advies aan te rekenen wordt mogelijk minder bepaald door de inhoud, maar meer door de tijdsduur en de inzet van die huisarts. Om die reden werd geopteerd om het doel van het advies te onderzoeken aan de hand van dezelfde scenario's als die van de telefonische consultatie.

In deze analyse gaan we na in hoeverre bepaalde scenario's - die zich afspelen tussen huisarts en patiënt - een verklaring vormen voor een aantal telefonische consultaties of adviezen. Zo hopen we een beeld te krijgen van de inhoud en doel van deze telefonische consultaties en adviezen.

### Toelichting bij de scenario's

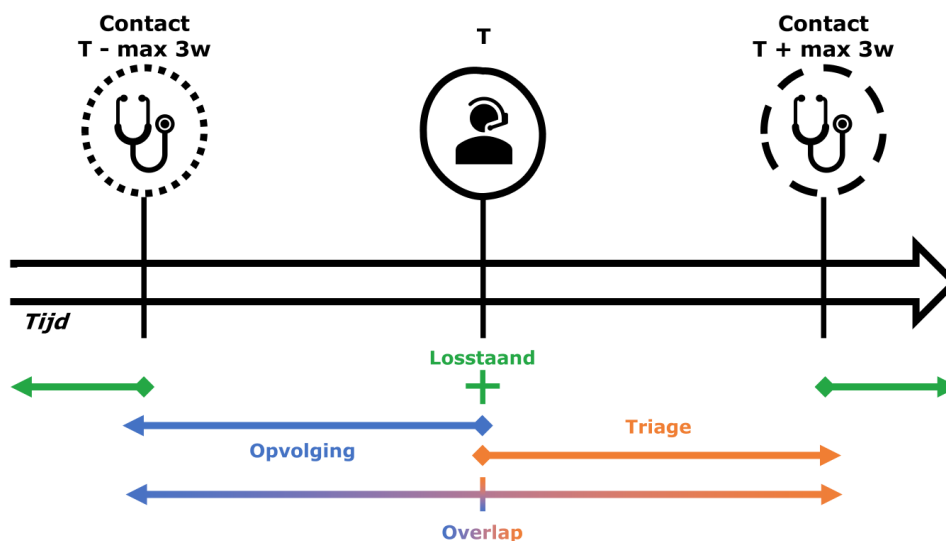
We maken een onderscheid tussen vier hoofdsenario's, samengevat in de tabel hieronder. Deze scenario's worden gevisualiseerd in de figuur 13.

1. **Telefonische triage** met als doel de triage van pathologie naar urgente zorg, zorg binnen korte termijn of uitgestelde zorg bij huisartsen, specialisten of spoedgevallen.
2. **Telefonische opvolging** met als doel continuïteit van zorg te waarborgen na een fysiek consult met bijkomende onderzoeken (labo, radiografie, start medicatie, opvolging na heelkunde, met en zonder aflevering van medicatie).
3. **Losstaand telefonisch contact** met als doel een probleem te bespreken, een preventieve actie te ondernemen of een opvolging te doen van een chronische patiënt zonder nieuwe acute problemen. Deze contacten beantwoorden niet aan scenario triage of opvolging. Binnen de drie weken voor en/of na dit telefonisch contact is er geen voorafgaandelijk fysiek contact bij de huisarts, de specialist, de spoedgevallen, noch telefonisch contact met de huisarts.
4. **Zonder scenario triage, opvolging of losstaand contact**, met en zonder aflevering van medicatie.

---

<sup>30</sup> Van Remoortel N, Schoenmakers B, Van der Linden H, Vandeput O. Wanneer volstaat een telefonisch consult? Onderzoek naar geschiktheid per type consult volgens artsen en patiënten. *Huisarts Nu* 2023; 52: 121-6.

**Figuur 13: Synthese van de onderzochte scenario's met betrekking tot het tijdstip (T) van de telefonische consultatie of advies. Het interval betreft drie weken (3w)**



#### Meerdere aanrekeningen tijdens eenzelfde dag

Twee of meer aanrekeningen voor (verschillende) telefonische consultaties of adviezen verricht tijdens eenzelfde dag werden geaggregeerd per facturatie dag (cf. supra).

#### Meerdere telefonische consultaties/adviezen volgend op een fysiek huisartsencontact

Eenzelfde fysieke huisartsencontact kan met meerdere telefonische consultaties/adviezen die op verschillende data plaatsvonden, gekoppeld worden om tot een scenario te komen. Dit kan een invloed hebben naar verdeling van de scenario's, zeker als de verhouding telefonische consultaties of advies per fysiek huisartsenconsult hoog ligt.

#### Overlapping van scenario's

Eenzelfde telefonische consultatie/advies kan soms toegewezen worden aan verschillende scenario's. Om te zorgen dat elk(e) telefonische consultatie/advies wordt toegewezen aan één scenario, werd als volgt tewerk gegaan:

- Bij overlap tussen de groep opvolging (O) en de groep triage (T) voor éénzelfde telefonische consultatie/advies, werd deze toegekend aan de groep opvolging (O) voor wat betreft de totale aantallen, gezien dit eerder in de tijd optrad (fysiek

contact vond plaats voor telefonische consultatie/advies). We maken van deze overlapgroep (OT) een aparte analyse.

- Bij overlap tussen de verschillende triage-scenario's werd steeds voorrang gegeven aan het eerste scenario in de tijd (T1 komt voor T2 en T3, en T2 komt voor T3).
- Bij overlap tussen O1 en O2, werden deze toegekend aan het scenario O1. Hierdoor zullen alle ambulante heerkundige verstrekkingen door de huisarts die gepaard gaan met bijkomende onderzoeken in groep O1 terechtkomen. Scenario O2 bevat ambulante heerkundige verstrekkingen zonder bijkomende onderzoeken.

### Termijn drie weken: rationale

- We maakten methodologisch de keuze voor drie weken als de termijn waarbinnen het waarschijnlijk is dat er een inhoudelijke relatie is tussen twee verstrekkingen. Hoe dichter in de tijd, hoe groter de kans op deze relatie. Hoe langer deze termijn, hoe meer kans op overlap en seriële consulten.
- In de Belgische context leek het ons realistisch om binnen een termijn van tien dagen resultaten te verkrijgen van bijkomende onderzoeken en om deze binnen de drie weken mee te delen aan de patiënt. Resultaten die later gekend zijn, zoals genetische testen, worden meestal bij een latere, fysieke consultatie meegedeeld.
- NIVEL<sup>31</sup> definieert het einde van een ziekte-episode als er geen nieuw contact is met de huisarts binnen een termijn van vier weken betreffende eenzelfde klacht.
- In een economische studie in de V.S. over zorggebruik na zorg op afstand (videoconsultaties) werd een zorgepisode omschreven als durend tot drie weken na het contact<sup>32</sup>. Het betrof acute aandoeningen, die niet levensbedreigend waren en waarvan de contacten inhoudelijk verband hielden. De werkelijke inhoud van deze contacten kennen we in deze analyse niet, omdat er geen koppeling toegelaten is tussen de EPS en de ICD-10 of ICPC-2 codering van het contact.

Deze gegevens hebben onze keuze voor het tijdsvenster van drie weken ondersteund.

---

<sup>31</sup> [documentatie episodeconstructie nivel 1juli2016 definitief.pdf](#)

<sup>32</sup> Gordon AS, Adamson WC, DeVries AR. Virtual Visits for Acute, Nonurgent Care: A Claims Analysis of Episode-Level Utilization. *J Med Internet Res*. 2017 Feb 17;19(2):e35. doi: 10.2196/jmir.6783. PMID: 28213342; PMCID: PMC5336603.

## Beschrijving methodologie voor het vastleggen van het scenario “triage” (T) door de huisarts

Als een patiënt telefonisch contact opneemt met de huisarts kan dit resulteren in verschillende triagescenario's. Om dit te onderzoeken maken we een onderscheid in het tijdstip van aanmelding voor een fysieke consultatie nadat een telefonische consultatie heeft plaatsgevonden bij de huisarts.

We gaan ervan uit dat bij urgente, levensbedreigende situaties de patiënt de dag zelf zich naar de spoedgevallendienst zal begeven. Indien een telefonische consultatie om 23.45 uur plaatsvindt, kan het zijn dat het fysiek consult 's nachts om 01.30 uur (dus op datum van de dag erna) plaats vindt. Daarom beschouwen we in het scenario T1 het tijdstip van fysiek consult zowel de dag zelf als de dag na de telefonische consultatie.

In een tweede scenario T2 zal de patiënt telefonisch de raad krijgen van de huisarts nog even af te wachten en bij verslechtering zich aan te melden op de spoedgevallen. We vermoeden dat deze verslechtering dan binnen de 2 à 3 dagen zal plaatsvinden. Daarom nemen we dit tijdsinterval na de telefonische consultatie.

In het derde scenario (T3) zal de patiënt gerustgesteld worden, doch met een bijkomende afspraak voor fysiek consult bij de huisarts of een specialist. Een verwijfsbrief en/of een afspraak wordt gemaakt. Ook in dit scenario zijn er nog laattijdige bezoeken aan de spoedgevallendienst mogelijk: omdat de toestand toch verslechtert; omdat de patiënt niet tijdig een fysiek consult bij huisarts/specialist kan krijgen, ofwel omdat de patiënt zich onvoldoende gerustgesteld voelt en een *second opinion* wil.

In sommige omstandigheden zal de huisarts een teleconsultatie aanrekenen, in andere een advies. Om dit in kaart te brengen worden alle scenario's voor beide modaliteiten onderzocht.

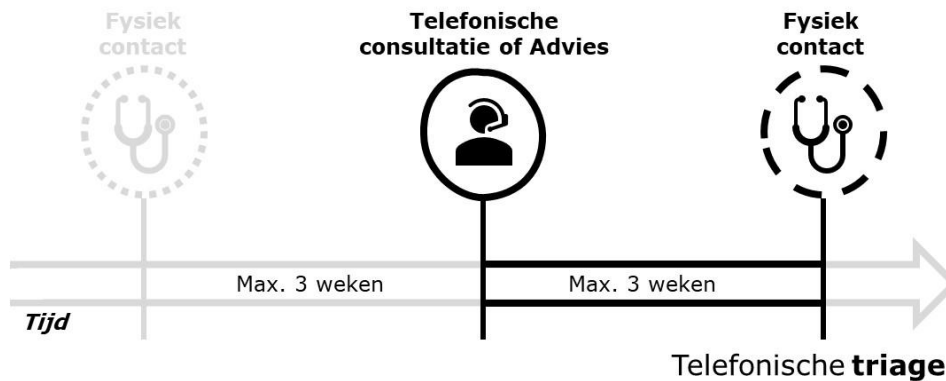
### Samengevat Triage

**T1: Telefonische triage met dringende verwijzing** wegens aanwezigheid 'rode vlaggen' met fysiek aanmelden op dezelfde dag of daags nadien bij huisarts, spoedgevallen of arts-specialist.

**T2: Telefonische triage met initiële telefonische geruststelling**, na twee tot drie dagen verslechtering toestand waardoor een tweede telefonische consultatie bij huisarts, fysiek contact met huisarts, contact met een spoedarts of fysiek contact bij de specialist.

**T3: Telefonische triage met initiële telefonische geruststelling en later fysiek nazicht** door de huisarts/specialist/spoed in de periode van vier dagen tot drie weken na de telefonische consultatie.

**Figuur 14: Scenario telefonische triage, waarbij een telefonische consultaties of advies wordt opgevolgd door een fysieke consultatie**



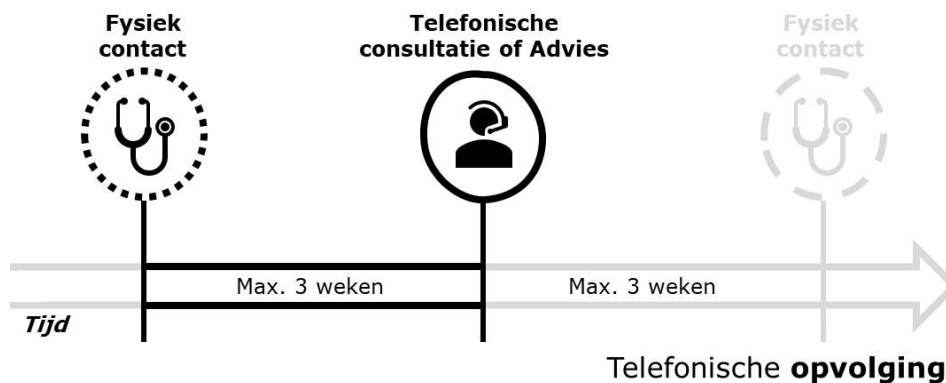
#### Priorisering verwijzing na triage

Om de verstrekker van het fysiek consult stroomafwaarts na triage in beeld te brengen pasten we volgende methodologie toe. In elk scenario werd er prioriteit gegeven aan het fysiek contact in een spoedgevallendienst, daarna fysiek contact met een arts-specialist en daarna fysiek contact met de huisarts. In de groep met verwijzing naar de huisarts zitten patiënten die enkel door de huisarts fysiek werden gezien binnen het tijdsbestek van het scenario. Indien zowel de specialist als de huisarts werden geconsulteerd, hebben we dit als een triage naar de specialist beschouwd. Indien de drie soorten verstrekkers werden geconsulteerd binnen het tijdsbestek, werd dit toegewezen aan de triagegroep spoedgevallendienst.

#### Beschrijving verschillende scenario's "opvolging" (O) door huisarts

Als een patiënt contact opneemt met een huisarts nadat eerder al een fysiek consult heeft plaatsgevonden, wordt dit telefonische consultaties of advies ingedeeld bij een opvolgingsconsult (zie ook Figuur 15). Al naargelang de verschillende redenen van de opvolging worden ze ingedeeld in verschillende scenario's die we hieronder toelichten.

**Figuur 15: Scenario opvolging waarbij een fysieke consultatie met de huisarts wordt opgevolgd door een telefonische consultatie of advies op het tijdstip T**



**O1: Fysieke raadpleging bij de huisarts gepaard gaande met onderzoeken, waarvan de resultaten pas later gekend zijn en telefonisch worden besproken.** Hierbij bestaat de mogelijkheid dat dit al dan niet gecombineerd wordt met een aflevering van (terugbetaalde) medicatie binnen de drie dagen na de telefonische consultatie. Deze onderzoeken kunnen een labotest zijn (telling aantal witte bloedcellen), een urinecultuur, een RX-onderzoek of een fysiek contact met een specialist. We houden rekening met onderzoeken die gebeurd zijn de dag van het fysiek consult zelf of binnen de tien dagen na het fysiek consult. De hypothese die we hier maken is dat deze telefonische consultaties of advies gebruikt worden om de nagekomen resultaten te bespreken.

**O2: Fysieke raadpleging bij de huisarts tijdens dewelke een kleine ambulante ingreep werd verricht met telefonische opvolging** door de huisarts, binnen de drie weken, met al dan niet aflevering van medicatie binnen de drie dagen na de telefonische consultatie. Indien dit in combinatie gebeurde met bijkomende onderzoeken, werden ze ingedeeld in scenario O2.

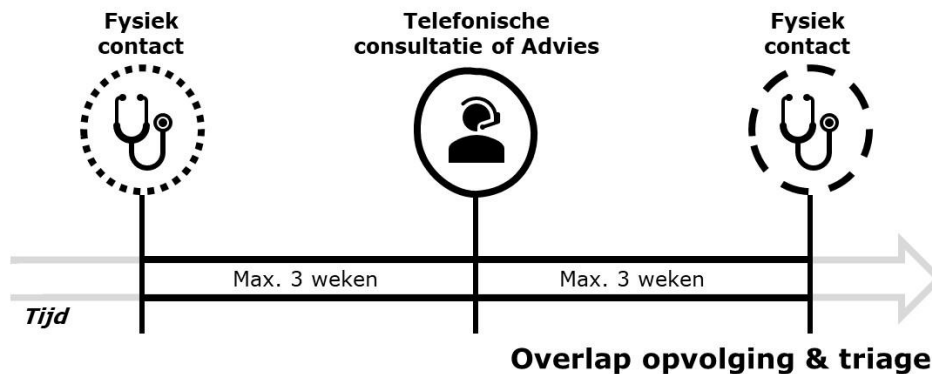
**O3: Fysieke raadpleging bij de huisarts met afwachtende houding en telefonische opvolging en al dan niet aflevering van medicatie binnen de drie dagen na de telefonische consultatie.** Er gebeuren geen bijkomende onderzoeken en er is geen kleine ambulante ingreep. De herevaluatie gebeurt telefonisch of door middel van advies binnen de drie weken na het fysiek consult.

#### **Bijzondere groep: overlap van zowel triage als opvolging**

In de groep opvolging (O) zit een bijzondere groep vervat waarbij één telefonische consultatie zowel aan een opvolgingsscenario als een triage-scenario kan worden

toegeschreven. Het gaat dan over een fysiek consultatie, gevolgd door telefonische consult/advies binnen de drie weken en daarna opnieuw gevolgd door een fysieke consultatie binnen de drie weken (zie Figuur 16).

**Figuur 16: Groep overlap tussen scenario's triage en opvolging: een fysieke consultatie bij de huisarts wordt gevolgd (opvolging) door een telefonische consultatie of advies op één tijdstip (T) en die geeft op zich aanleiding tot een nieuwe fysiek consultatie (triage)**



#### Scenario's "losstaande telefonische contacten" (L) door de huisarts

Bij de scenario's 'losstaande telefonische contacten' vindt er in de periode van drie weken voor of na dit telefonisch contact geen fysieke raadpleging plaats bij de huisarts, is er geen contact op spoedgevallen en zijn er geen andere telefonische consultaties. Advies werd niet uitgesloten. We gaan ervan uit dat deze vooraf werden ingepland, zonder dat er een relatie is met een nieuw, acuut probleem. De aard van deze contacten kan sterk verschillen: het kan gaan over het afleveren van een medisch voorschrift (farmaceutische verstrekking), een volledig telefonische consultatie met het oog op het toedienen van preventieve gezondheidszorg of het stabiel houden van patiënten met een chronische aandoening (Figuur 17).

**Figuur 17: Scenario losstaand telefonisch contact: een telefonisch contact/advies wordt beschouwd als losstaand indien er een fysieke consultatie bij de huisarts heeft plaatsgevonden 3 weken voor of 3 weken na dit telefonisch contact/advies**



Het doel van de preventieve consultatie kan bestaan uit het motiveren tot medicatietrouw, lichaamsbeweging en voedingsadvies. Het aflijnen van een doelgroep waar dit nuttig kan zijn, is moeilijk gezien we de inhoud van de consulten niet kennen. Daarom kozen we een groep patiënten die geïncludeerd zijn in een diabetes zorgtraject, conventie type 1, insulinepomp of een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie<sup>33</sup>.

Gezien we de rol van preventieve telefonische consultaties/adviezen wensten in kaart te brengen in een groep die medisch stabiel is, werd deze groep verder beperkt tot de personen die minder dan zes fysieke huisartsenconsultaties in 2023 kregen. In deze groep werden dan het percentage losstaande telefonische consultaties/advies geselecteerd, zoals vervat in scenario 1. Mogelijk kan dit contact gepaard gaan met of beperkt zijn tot het voorschrijven van medicatie. Dit brengen we in kaart via het registreren van elke farmaceutische verstrekking binnen de drie dagen.

Bij patiënten met een chronische aandoening<sup>34</sup> is het doel van een telefonische consultatie/advies de aandoening stabiel te houden en tijdig kleine veranderingen te detecteren en tussentijds bij te sturen. Dit scenario lijkt ons vooral van toepassing bij patiënten met zeer veel fysieke huisartsencontacten, waarbij een fysiek contact dan mogelijk vervangen wordt door een telefonische consultatie. Om die reden werd deze groep beperkt tot personen die zeven of meer fysieke huisartsenconsultaties

<sup>33</sup> Het totaal aantal rechthebbenden bedraagt 369.160, geëxtrapoleerd vanuit de EPS, personen aangesloten bij een medisch huis werden niet uitgesloten.

<sup>34</sup> Het totaal aantal rechthebbenden bedraagt 1.820.600, geëxtrapoleerd vanuit de EPS, personen aangesloten bij een medisch huis werden niet uitgesloten.

kregen in 2023. Het kan hier opnieuw over een volledige telefonische consultatie gaan, dan wel gepaard gaan met of beperkt worden tot een voorschrift voor een medische verstrekking. Deze teleconsultaties zitten vervat in scenario L2 (zie tabel 7). We identificeren bijkomend het al dan niet aanwezig zijn van de farmaceutische verstrekking binnen de drie dagen na de telefonische consultatie of advies.

In een derde scenario horen dan de telefonische consultaties of adviezen die niet vervat zitten in het scenario 1 of 2 en waarbij een losstaande telefonische consultaties/advies werd verricht. Ook hier wordt nagegaan in hoeverre een farmaceutische verstrekking werd voorgeschreven binnen de drie dagen.

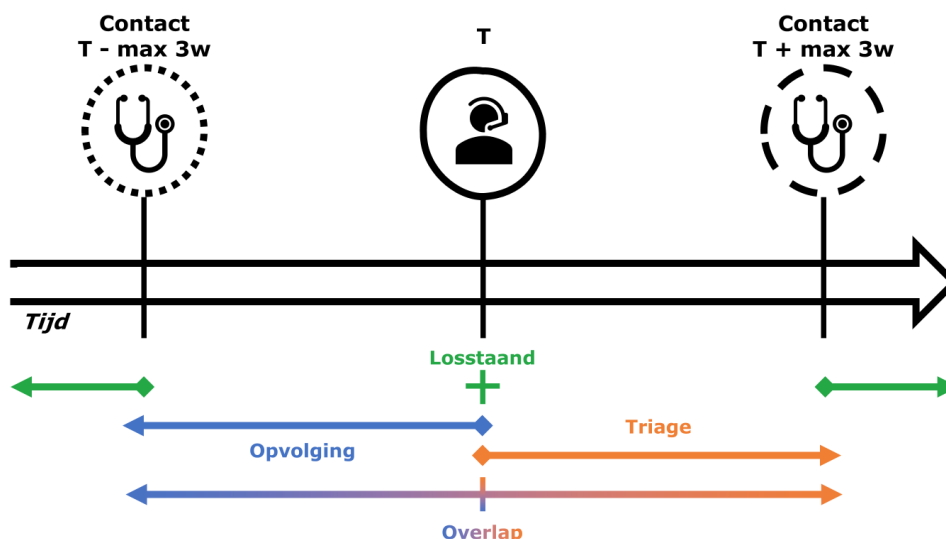
### Zonder scenario

Dit is de groep telefonische consultaties/adviezen die niet kunnen toegewezen worden aan één van de scenario's van de groepen triage, opvolgconsultatie en losstaande consulten.

## 5.2. Synthese scenario's telefonische consultaties en advies

In Tabel 11 wordt een globaal beeld gegeven van de resultaten van de verschillende scenario's, voorgesteld in Figuur 18. Deze resultaten worden visueel weergegeven in figuur 19 (telefonische consultaties) en 20 (advies). De resultaten per scenario worden verder uitgewerkt in het volgende deel van het hoofdstuk.

**Figuur 18: Synthese van de onderzochte scenario's met betrekking tot het tijdstip (T) van de telefonische consultatie of advies. Het interval betreft drie weken (3w).**



Uit figuur 19 blijkt dat de telefonische consultaties in meer dan de helft van de gevallen gebruikt worden als opvolgcontact, waarvan 32,3% deel uitmaken van een serieel gebruik: een fysiek consult wordt opgevolgd door een telefonische consultatie en nadien een nieuw fysiek consult (OT-scenario) binnen de drie weken.

Bijna één op vijf (19,3%) van de telefonische consultaties zijn 'pure' triages. Een deel (32,3%) komt voor in combinatie met een opvolgconsult. Minder dan één op vijf (16,1%) telefonische consultaties betreffen losstaande telefonische contacten.

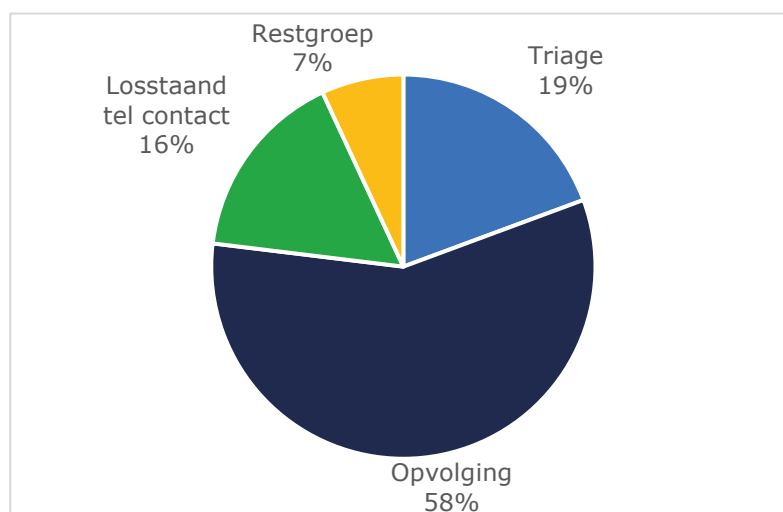
Figuur 20 toont dat advies in de eerste plaats als een losstaand advies (34%) wordt aangerekend, maar even goed in belangrijke mate als een triage (27%) en als opvolging (32%). Mogelijk zal het schrijven van een verwijfsbrief als een advies worden gerekend. Dit wijst erop dat de huisarts lijkt te kiezen tussen de twee modaliteiten van aanrekenen (advies of telefonische consultatie) eerder rekening houdend met de tijdsinvestering en patiëntkenmerken, dan met het reglementair kader. Het is dan ook belangrijk om bij de herziening van de regelgeving van telefonische consultaties ook de regelgeving voor advies mee in beschouwing te nemen.

De restgroep beperkt zich tot 7% zowel bij telefonische consultaties als adviezen. Dit wordt verder geduid bij de beperkingen van de studie (zie punt 5.6 en hoofdstuk 6).

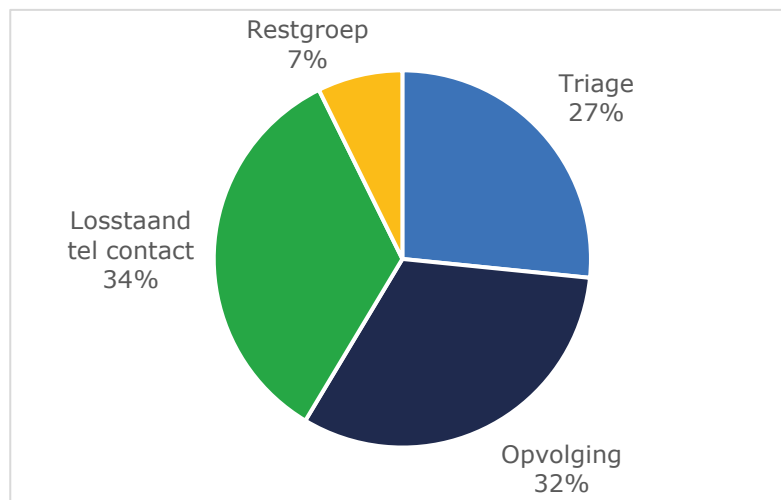
**Tabel 11: Samenvattende cijfers van de scenario's met betrekking tot telefonische consultaties en adviezen**

Scenario	Telefonische consultaties		Adviezen	
	Aantal	%	Aantal	%
<b>Triage (T1/T2/T3 zonder overlap)</b>	1.084.957	19,3%	826.819	26,6%
<b>Opvolging</b> (O1/O2/O3 inclusief overlap in de groepen O en T)	3.241.302	57,7%	996.227	32,0%
<i>Overlap in de groepen O en T</i>	<i>1.818.418</i>	<i>32,3%</i>	<i>547.818</i>	<i>17,6%</i>
<b>Losstaand telefonisch contact</b> (L1/L2/L3)	904.601	16,1%	1.059.257	34,1%
<b>Restgroep</b>	390.221	6,9%	226.357	7,3%
<b>Totaal</b>	5.621.080	100,0%	3.108.660	100,0%

**Figuur 19: Aandeel van verschillende onderzochte scenario's in het totaal aantal telefonische consultaties 2023**



**Figuur 20: Aandeel van verschillende onderzochte scenario's in het totaal aantal adviezen 2023**



**Besluit 5.2 :**

Telefonische consultaties door huisartsen hebben in meer dan de helft (58%) van de gevallen tot doel om opvolging te voorzien voor fysieke consultaties die eraan voorafgingen. In 32,3% van de gevallen zal dit opnieuw gevolgd worden door een fysieke consultatie; in 19% van de gevallen gaat het enkel om triage. Minder dan één op vijf (16,1%) telefonische consultaties betreffen losstaande telefonische contacten.

Adviezen die verstrekt worden door huisartsen worden grotendeels als losstaand contact gebruikt, doch ook vaak in een scenario van opvolging (34%) en deels in een triage-setting (27%).

Het lijkt erop dat de huisarts kiest voor een van beide modaliteiten eerder op basis van tijdsinvestering en patiënten kenmerken, dan op de inhoudelijke kenmerken. Gezien de inhoudelijke overlap en de significante toename van de aantallen adviezen de voorbije drie jaren, wordt deze modaliteit best ook meegenomen in een herziening van de reglementering van de telefonische consultaties.

### 5.3. Scenario : Telefonische triage door de huisarts

Tabel 12 geeft de percentages weer van alle telefonische consultaties/adviezen uitgevoerd door de huisarts bij rechthebbenden in de Permanente Steekproef. De dubbele aanrekeningen voor telefonische consultaties en adviezen werden geaggregeerd per dag (zie supra). Deze percentages rekenen we om naar absolute aantallen via extrapolatie, vertrekkende van de referentie aantallen in laatste kolom van Tabel 4 (pag. 12).

In Tabel 12A worden alle triages meegenomen, ook diegene die overlappen met een opvolgingsconsult (scenario OT).

**Tabel 12A: Telefonische consultaties en adviezen door huisartsen in 2023, verdeling volgens groep triage met overlap groep opvolging, percentages van alle telefonische consultaties/adviezen en (geëxtrapoleerde) aantallen**

Scenario	Telefonische consultatie		Advies		Telefonische consultatie + advies
	%	Aantal	%	Aantal	Aantal
<b>Triage 1</b>	9,2%	518.403	5,9%	183.782	702.185
<b>Triage 2</b>	8,4%	470.402	5,9%	183.639	654.041
<b>Triage 3</b>	44,6%	2.506.610	38,7%	1.204.596	3.711.206
<b>Totaal</b>	62,2%	3.495.415	50,6%	1.572.017	5.067.432

We zien dat het triagescenario 62,2% van alle telefonische consultaties uitmaken. Triage wordt in 17,6% van de gevallen binnen de drie dagen (scenario T1 en T2 samen) gevolgd door een nieuwe fysieke consultatie (huisarts, specialist of spoedgevallen). Het was onze bedoeling om op die manier zowel de zeer dringende als dringende interventies in kaart te brengen. Situaties die semi-dringend zijn zullen verder beloop kennen na vier dagen tot en met 20 dagen na het teleconsult. Dit blijkt mogelijk het geval in 44,6% van alle telefonische consultaties.

Als we dit triagescenario toepassen op het verstrekken van adviezen, merken we dat in 11,8% van de gevallen een advies gevolgd wordt door een fysieke consultatie binnen de drie dagen. Het percentage binnen de drie weken ligt iets lager, doch blijft hoog met 38,7%. Globaal blijkt een advies in de helft van de gevallen (50,6%) in een triagescenario te passen.

Uit de analyse blijkt ook dat er een aanzienlijk deel van de telefonische consultaties én advies zowel het vervolg zijn op een fysiek consultatie bij de huisarts als in tweede instantie opnieuw aanleiding geven tot een nieuwe fysieke consultatie bij huisarts, specialist en/of spoedgevallendienst. Dezelfde dag van telefonische consultatie vinden we dus terug zowel bij de opvolgingsscenario's als bij triage-scenario's en vormen dus een 'keten' of 'overlap' (zie ook verder Tabel 15).

In Tabel 12B worden telefonische consultaties/adviezen die zowel in een triage- als in een opvolgingsscenario (OT) voorkomen, uitgesloten. Op die manier bekomen we triage telefonische consultaties of adviezen die minstens drie weken losstaan van een vorig fysiek consult en waarvan we kunnen veronderstellen dat het gaat over de triage van een nieuw probleem.

**Tabel 12B: Telefonische consultaties en adviezen door huisartsen in 2023, verdeling volgens groep triage zonder overlap groep opvolging, percentages van alle telefonische consultaties/adviezen en (geëxtrapoleerde) aantallen**

Triage Scenario	Telefonische consultatie		Advies		Telefonische consultatie + advies
	%	Aantal	%	Aantal	Aantal
<b>Triage 1</b>	3,4%	190.202	3,3%	103.797	293.999
<b>Triage 2</b>	2,6%	146.224	3,1%	95.621	241.845
<b>Triage 3</b>	13,3%	748.531	20,2%	627.401	1.375.932
<b>Totaal</b>	19,3%	1.084.957	26,6%	826.819	1.911.776

Het percentage triageconsulten dat niet in een 'keten' voorkomt bedraagt 19,3% van alle telefonische consultaties. Binnen de drie dagen bedraagt dit percentage 6,0%. Ook bij het verstrekken van advies, dat losstaat van een fysiek contact drie weken voor de triage blijkt dat er bij 6,4% binnen de drie dagen van het telefonische consult een fysiek consult plaatsvindt en bij 20,0% binnen de drie weken.

### Opdeling naar het fysiek contact dat plaatsvond na het telefonisch contact

Hier wordt stroomafwaarts gekeken naar de bevoegdheid van de verstrekker van het fysiek contact dat plaatsvond na de triage. Hierbij werd rekening gehouden met alle triage-contacten, inclusief diegene die deel uit maken van een keten (het scenario OT).

Allerlei combinaties van de drie soorten verstrekkers van fysieke contacten (spoedartsen, arts-specialisten en huisartsen) zijn mogelijk na de telefonische consultatie. Om de analyse duidelijker te maken werden bij 'spoedarts' alle contacten gerekend waar er contact is met spoed, eventueel naast een specialist of een huisarts. Voor 'specialist' werd een contact met een arts-specialist genomen, al dan niet met een bijkomend contact met de huisarts. Voor 'huisarts' werd het cijfer weerhouden waarbij enkel de huisarts werd geconsulteerd binnen de vooropgestelde tijd. Het resultaat hiervan wordt getoond in tabel 13.

**Tabel 13: Scenario's triage (met overlap) door de huisarts, naargelang het type fysiek contact na de telefonische consultatie of advies**

	Spoed	Specialist	Huisarts	Totaal
<b>T1-tele</b>	16,4%	39,4%	44,3%	518.403 (100%)
<b>T1-advies</b>	5,6%	51,1%	43,3%	183.782 (100%)
<b>T2-tele</b>	6,1%	31,4%	62,5%	470.402 (100%)
<b>T2-advies</b>	4,6%	37,4%	58,1%	183.639 (100%)
<b>T3-tele</b>	5,7%	43,5%	50,8%	2.506.610 (100%)
<b>T3-advies</b>	4,9%	42,1%	53,0%	1.204.596 (100%)

In Tabel 13 zien we dat een telefonische consultatie met urgente verwijzing in 16,4% van de gevallen in scenario T1 aanleiding geeft tot een contact met een spoedarts diezelfde dag of de dag nadien. Een advies dat op dat moment wordt gerekend, resulteert in 5,6% van de gevallen tot een contact op spoed diezelfde dag of de dag nadien. Vergelijken we de telefonische consultatie met advies, dan merken we vooral het verschil op bij verwijzing naar de specialist: in 51,1% van de gevallen wordt een advies gerekend. Mogelijk houdt dit advies hier het opstellen van een verwijsbrief in.

We zien dat op dag 2 en dag 3 (scenario T2) na de telefonische consultatie of advies het aandeel van verwijzingen naar spoed afneemt (6,1%, resp. 4,6%). De huisarts neemt de volgende fysieke consultatie op zich in twee op de drie gevallen (62,5%, resp. 58,1%).

Als we op een termijn van drie weken kijken (scenario T3), zien we laattijdige verwijzingen naar spoedgevallen (5,7%). In tweede instantie neemt de huisarts meer dan de helft van de fysieke consultaties op zich (50,8%), een ander deel wordt grotendeels door specialisten en huisartsen, of in mindere mate specialisten alleen (43,5%) verricht.

Berekenen we de absolute aantallen fysieke consultaties die na een triagescenario binnen de drie dagen plaatsvinden op de dienst spoedgevallen, dan bekomen we 2,0% (113.503) van alle telefonische consultaties en 0,6% (18.705) van alle adviezen. Indien we dit binnen een termijn van drie weken beschouwen, dan zullen 4,6% (256.845) van alle telefonische consultaties en 2,5% (77.145) van alle adviezen aanleiding geven tot een fysiek contact op spoedgevallen.

## Bespreking resultaten volgens scenario's triage door huisarts

Het scenario triage bij telefonische consultatie zal binnen de twee dagen (de dag zelf en de dag nadien) een hogere verwijzingsgraad hebben naar spoedgevallen dan in de andere scenario's. Anderzijds zal in 83,6% van deze gevallen de patiënt niet verwezen worden naar de spoedgevallen maar zal via de reguliere weg worden geholpen binnen deze tijd, wat een positieve impact heeft op de werkdruk op de spoedgevallendienst.

Tijdens COVID kon een triage-consult aangerekend worden. Deze maakten 13,6% uit van het totaal aantal teleconsultaties<sup>35</sup>. Ondanks het feit dat context totaal anders was en ook het verwijzingspatroon stroomafwaarts niet te vergelijken valt, is het een interessant gegeven te zien dat het aantal triage telefonische consultaties in 2023 toegenomen is naar 19,3%.

Het volume van deze triageconsulten hangt af van het al dan niet deel uitmaken van een 'keten' dan wel losstaand op drie weken van enig ander fysieke consultatie.

### Besluit 5.3:

Vooraf kort na een scenario telefonisch triage-consult (de dag zelf en dag nadien) zien we een verhoogd fysiek contact met spoedgevallendienst. Als het tijdsinterval toeneemt, zien we stroomafwaarts in de eerste plaats fysieke contacten met huisarts alleen en in tweede instantie een fysiek contact met specialisten al dan niet in combinatie met de huisarts.

Een telefonische triage-consultatie/advies biedt de huisarts mogelijkheden om de patiëntenflow richting spoedgevallen beter te beheersen. Enerzijds geeft dit de huisarts de mogelijkheid om gericht te verwijzen naar spoedgevallen, met verwijsbrief en urgentiegraad. Anderzijds kan de huisarts ook gericht verwijzen naar de specialist of de verdere opvolging zelf organiseren, zodat onnodige belasting van de spoedgevallendienst kan vermeden worden.

Het volume van deze triageconsulten hangt af van het al dan niet deel uitmaken van een 'keten' dan wel losstaand op drie weken van enig ander fysieke consultatie.

---

<sup>35</sup> <https://aim-ima.be/Teleconsultaties-tijdens-de-COVID?lang=nl>

## 5.4. Scenario : Opvolging door huisarts

Het bespreken van nagekomen resultaten (scenario opvolging 1) wordt vaak gebruikt (21,7%) binnen de huisartsenpraktijk (Tabel 14). We merken echter dat het telefonisch opvolgen zonder dat er bijkomende onderzoeken werden gerekend (scenario opvolging 3) nog frequenter plaats vindt (34,3%). Vaak wordt hiervoor ook een advies aangerekend (22,0%).

Wie de vraag stelde tot telefonische bespreking is niet te achterhalen. Bovendien zal het resultaat van een bijkomende test ook invloed hebben of dit via de telefoon wordt meegedeeld of niet. Een realistisch voorbeeld is het resultaat van een baarmoederuitstrijkje dat al dan niet afwijkend is. Hier is een mogelijke mismatch met de vereiste dat een telefonische consultatie op vraag van de patiënt moet tot stand komen.

Het aantal ambulante ingrepen (zonder het aanrekenen van bijkomende onderzoeken, scenario opvolging 2) dat gevolgd worden door een telefonische consultatie of advies is laag en maakt slechts een klein deel uit van het totaal<sup>36</sup>.

**Tabel 14: Telefonische consultaties en adviezen door huisartsen in 2023, verdeling volgens groep opvolging met overlap groep triage, percentages van alle telefonische teleconsultaties/adviezen en (geëxtrapoleerde) aantallen**

Opvolging	Telefonische consultatie		Advies		Telefonische consultatie + advies	
	Scenario	%	Aantal	%	Aantal	Aantal
Opvolging 1		21,7%	1.220.494	9,1%	283.964	1.504.458
Opvolging 2		1,6%	90.508	0,9%	28.259	118.767
Opvolging 3		34,3%	1.930.300	22,0%	684.004	2.614.304
<b>Totaal</b>		<b>57,7%</b>	<b>3.241.302</b>	<b>32,0%</b>	<b>996.227</b>	<b>4.237.529</b>

---

<sup>36</sup> Een deel van de ambulante ingrepen, die gecombineerd werden met het aanrekenen van bijkomende onderzoeken en dus mogelijk het opvolgen van resultaten in werden aan opvolging 1 toegekend.

## Bijzondere scenariogroep: overlap van zowel opvolging als triage

In de opvolging zit een bijzondere groep vervat waarbij één telefonische consultatie zowel aan één opvolgings- als aan één triage-scenario kan worden toegeschreven. Het gaat dan over één fysieke consultatie gevolgd door één telefonische consultatie/advies binnen de drie weken en daarna opnieuw gevolgd door één fysieke consultatie binnen de drie weken. Deze groep maakt 32,3% uit van alle telefonische consultaties en 17,6% van alle adviezen (Tabel 15).

**Tabel 15: Overlap opvolging en triage (OT)**

Overlap	Telefonische consultatie		Advies		Telefonische consultatie + advies
	%	Aantal	%	Aantal	Aantal
<b>O en T</b>	32,3%	1.818.418	17,6%	547.818	2.366.235

## Opvolgingsscenario met een farmaceutische verstrekking

Tabel 16 heeft betrekking op opvolgingsscenario's met een terugbetaalde, farmaceutische verstrekking binnen de drie dagen na het verrichten van de telefonische consultatie.

**Tabel 16: Percentage en aantal opvolgcontacten (telefonische consultatie en advies) in combinatie met een farmaceutische verstrekking binnen de drie dagen, opdeling volgens scenario**

	Telefonische consultatie		Advies		Telefonische consultatie + advies	
	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal
<b>Opvolging 1</b>	27,8%	350.385	40,7%	119.777	30,3%	470.162
<b>Opvolging 2</b>	27,0%	24.406	40,6%	11.476	30,3%	35.882
<b>Opvolging 3</b>	29,8%	575.800	43,0%	294.235	33,4%	870.035
<b>Totaal</b>	29,0%	950.590	42,3%	425.487	32,2%	1.376.079

Globaal genomen hebben 29% van de opvolgingsscenario's een aflevering van terugbetaalde medicatie binnen de drie dagen na de telefonische consultatie. In absolute cijfers zien we dat het scenario O1 (bijkomende onderzoeken) vaak aanleiding geeft tot het voorschrijven en ook afleveren van medicatie. Het hoogste absolute aantal vinden we terug in scenario O3 (zonder bijkomende onderzoeken) waarbij de telefonische opvolging aanleiding geeft tot het voorschrijven en afleveren van medicatie.

Dezelfde evolutie zien we bij het verstrekken van advies: daar bedraagt het gemiddelde 42,3%, waarbij O3 het vaakst aanleiding geeft tot het voorschrijven en afleveren van medicatie.

De kleine ambulante ingrepen die gevolgd worden door een telefonische consultatie/advies (scenario O2) geven ook aanleiding tot een farmaceutische verstrekking bij respectievelijk 27,0% en 40,6% van de gevallen.

### **Bespreking scenario's opvolging door de huisarts**

Vaak wordt geopperd dat een telefonische consultatie en een advies worden gebruikt om nagekomen resultaten mee te delen aan de patiënt op een efficiënte manier voor zowel huisarts als patiënt. We merken dat dit in minder dan de helft (21% van de 58,4%) van de opvolgingsscenario's het geval is, wat minder is dan verwacht. Een aantal van de resultaten zullen mogelijk buiten het tijdsvenster van drie weken vallen, doch gezien de snelheid van rapportage menen we dat dit de in minderheid het geval zal zijn.

Het bespreken van nagekomen resultaten wordt als een groot voordeel ervaren. De snelheid van rapportage en het aanpassen van de therapie maakt dat de patiënt minder lang onzekerheid ervaart. De patiënt hoeft zich niet te verplaatsen naar de huisartsenpraktijk en hoeft geen vrije dag op het werk te nemen.

De telefonische consultatie na ambulante heelkunde wordt minder vaak verricht. Mogelijk zal hier veel minder een verschuiving optreden van fysieke controle naar telefonische opvolging, omdat de *look and feel* belangrijk is bij de opvolging.

De vraag stelt zich of bijkomend verder stroomafwaarts na het telefonische contact dit al dan niet tot meer fysieke of telefonische consulten aanleiding geeft. In onze analyse merken we op dat 32,3% van alle telefonische consultaties en 17,6% van alle adviezen al vooraf werd gegaan door een fysiek consultatie bij de huisarts en ook gevolgd worden door een fysieke consultatie bij de huisarts/specialist/spoedgevallen.

#### **Besluit 5.4:**

Het opvolgconsult wordt in 21,7% mogelijk gebruikt voor het bespreken van nagekomen resultaten en bij 34,3% is er een 'gewone' opvolging. Heel vaak geeft het aanleiding tot het verstrekken van een farmaceutisch product. Het wordt bijna niet gebruikt in de opvolging van kleine ambulante heelkunde door de huisarts. In

32,3% van de gevallen geeft een telefonisch consult/advies in kader van opvolging opnieuw aanleiding tot een fysiek consult.

## 5.5. Scenario : Losstaande telefonische consultaties en adviezen door de huisarts

Losstaande telefonisch consultaties/advies worden gedefinieerd als zijnde contacten waarbij er zowel drie weken voor als na dit contact (telefonische consultatie of advies) geen andere fysieke contacten plaatsvonden met de huisarts, de arts-specialist of op de dienst spoedgevallen, of waarbij er geen andere telefonische consultatie met de huisarts plaatsvond. De bedoeling is om in dit scenario losstaande telefonische consultaties of adviezen, zowel de triage- en de opvolgsscenario's uit te sluiten.

Tabel 17 toont dat 16,1% van alle telefonische consultaties losstaande telefonische contacten betreft. In absolute aantallen komt dit overeen met 905.562 telefonische consultaties op een totaal van 5.621.080 in 2023. De aantallen van de scenario's L1 en L2 zijn relatief klein.

Preventieve consultaties of adviezen bij patiënten met een chronische aandoening en/of zorgtraject/conventie diabetes of chronische nierinsufficiëntie (scenario's 1 en 2), kunnen slechts in de minderheid (minder dan 2%) als losstaand telefonisch contact worden geïdentificeerd.

In scenario 3 bedraagt het aandeel losstaande telefonische consultaties 14,2% en het aantal losstaande adviezen 29,4% van het totale aantal. Dit scenario zal de telefonische consultaties bevatten die beantwoorden aan de SOEP-criteria en die niet beantwoorden aan een triage of opvolgscenario. Een deel ervan zullen aangewend worden om bijkomend een farmaceutisch voorschrift te verstrekken, dan wel exclusief hiervoor aangewend worden. Dit wordt verder uitgewerkt in de volgende paragraaf en bijhorende tabel 18. Het verschil tussen beide kan enkel gemaakt worden door inzage van het medisch dossier of kennis van ICD-10 of ICPC-2 codes.

**Tabel 17: Telefonische consultaties en adviezen door huisartsen in 2023, verdeling volgens groep losstaande contacten, percentages van alle telefonische teleconsultaties/adviezen en (geëxtrapoleerde) aantallen**

Losstaande contacten	Telefonische consultatie		Advies		Telefonische consultatie + advies	
	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal
<b>Losstaand 1</b>	0,41%	23.115	1,21%	37.554	0,70%	60.669
<b>Losstaand 2</b>	1,46%	82.103	3,51%	109.248	2,21%	191.351
<b>Losstaand 3</b>	14,2%	799.383	29,4%	912.455	19,8%	1.712.499
<b>Totaal</b>	16,1%	904.601	34,1%	1.059.257	25,5%	1.964.519

### Losstaande telefonische contacten en adviezen met een farmaceutische verstrekking

Tabel 18 toont dat er in de scenario's L1 en L2 in resp. 54 en 52% van de gevallen een farmaceutische verstrekking binnen de drie dagen na de losstaande telefonische consultatie plaatsvond. In het scenario L3 is het aandeel dat een farmaceutische verstrekking krijgt na een losstaande telefonische consultatie lager (37%).

In absolute aantallen ligt het aantal verstrekte adviezen 50% hoger dan het aantal teleconsultaties als het gepaard gaat met een farmaceutische verstrekking binnen de drie dagen.

We wensen nogmaals te benadrukken dat de farmaceutische verstrekkingen in dit onderzoek enkel de terugbetaalde medicatie omvat, beschikbaar via Farmanet. Patiënten die niet-terugbetaalde medicatie voorgeschreven kregen vallen buiten die groep.

**Tabel 18: Percentage en aantal losstaande contacten (telefonische consultatie en advies) in combinatie met een farmaceutische verstrekking binnen de drie dagen, opdeling volgens scenario**

	Telefonische consultatie		Advies		Telefonische consultatie + advies	
	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal
<b>Losstaand 1</b>	54,0%	12.488	64,1%	24.070	60,4%	36.558
<b>Losstaand 2</b>	52,1%	42.747	60,4%	65.956	56,9%	108.703
<b>Losstaand 3</b>	37,1%	296.350	49,5%	451.881	43,9%	748.592
<b>Totaal</b>	38,4%	351.586	60,0%	541.908	43,2%	893.853

## Bespreking resultaten losstaande telefonische contacten en adviezen

De resultaten doen ons besluiten dat het aandeel van de losstaande telefonische consultaties en adviezen minimaal is van de totale aantallen die plaatsvinden in de groep met een statuut chronische aandoening en bij patiënten in een zorgtraject diabetes type 2, diabetes-conventie, insulinepomp, of in een zorgtraject chronisch nierlijden.

Gezien dit scenario de triage en opvolgconsultaties uitsluit, kunnen we de hypothese formuleren dat dit scenario de volledige telefonische consultaties, die voldoen aan de SOEP-criteria, zullen omvatten. Deze bevinding ondersteunt de verwachting niet dat telefonische consultaties een rol van betekenis spelen in de zorg voor chronische patiënten<sup>37</sup>.

Een aantal hypothesen kunnen opgeworpen worden ter verklaring.

De eerste is een methodologische verklaring. In de groep met het statuut chronische aandoening vonden er in 2023 gemiddeld 9,1 fysieke contacten plaats (zie Tabel 9). Dit is één fysiek contact per 5,8 weken. De kans dat er binnen een periode van 6 weken dan enkel één telefonische consultatie heeft plaatsgevonden is dan eerder gering. Bovendien bestaat de mogelijkheid dat het uitvoeren van een telefonische consultatie geen aanleiding geeft tot een lager gebruik van fysieke consultaties. De gegevens hiervan uit de literatuur zijn niet éénvoudig<sup>38</sup>.

Een tweede mogelijke verklaring betreft de kenmerken van de patiëntengroep. Mogelijk heeft deze groep fysieke beperkingen (zoals verminderd gehoor en visus) en/of cognitieve beperkingen (dementie of mentale retardatie) waardoor telefonisch contact minder evident is, zeker in afwezigheid van persoonlijke assistentie (mantelzorger of professional). Ook zeer jonge kinderen behoren tot deze laatste groep. Eenzaamheid komt vaak voor bij patiënten met chronisch aandoeningen, waardoor ze mogelijk het fysiek contact met de huisarts verkiezen boven het telefonisch contact. Mogelijk kan in die gevallen een videoconsultatie tegemoet komen aan deze belemmerende factoren. Patiëntvriendelijke app's die breed beschikbaar worden gemaakt binnen de elektronische patiëntdossiers, kunnen een antwoord zijn bij groepen met

---

<sup>37</sup> Van Remoortel N, Schoenmakers B, Van der Linden H, Vandeput O. Wanneer volstaat een telefonisch consult? Onderzoek naar geschiktheid per type consult volgens artsen en patiënten. *Huisarts Nu* 2023; 52: 121-6.

<sup>38</sup> Carillo de Albornoz et al. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review, *Family Practice*, Volume 39, Issue 1, February 2022, Pages 168–182, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab077>

lage digitale geletterdheid. Het opvolgen van de inclusie tot zorg op afstand bij deze patiëntengroepen is noodzakelijk om de toegankelijkheid te borgen. Het ontwikkelen van regelgeving voor 'geassisteerde' videoconsultaties kan hier een meerwaarde betekenen.

Een derde mogelijke verklaring is een inhoudelijke. Als een huisarts een patiënt wil motiveren tot gedragsverandering in kader van gezondheidspreventie, zal de interactie d.m.v. een telefonische consultatie mogelijk niet volstaan volgens sommige huisartsen<sup>37</sup>. Onderzoek heeft aangetoond dat de voorkeur van modaliteit (telefonische consultatie, videoconsultatie of fysiek contact), sterk kan verschillen naargelang de inhoud en het gewenste effect<sup>39</sup> (bijvoorbeeld bij rookstopbegeleiding, chronische pijn en depressie).

Bekijken we de resultaten gevonden voor de losstaande contacten in het scenario 3, dan vinden we een aanzienlijk aantal telefonische consultaties terug. Indien een advies werd aangerekend, zien we dat dit in hoofdzaak gepaard gaat met een farmaceutische verstrekking. Indien we geen farmaceutische verstrekking terugvinden, kan het nog steeds gaan over het voorschrijven van niet-terugbetaalde medicaties.

Een laatste kanttekening willen we maken bij de betekenis van deze losstaande contacten. De volgende verstrekkingen werden niet meegenomen in onze analyse (zie ook punt 2.2): bezoeken aan een palliatieve eenheid, bezoek aan GMD-rechthebbende in het ziekenhuis, toelichting van een MOC, bespreken van vroegtijdige zorgplanning (VZP) door de huisarts. Indien deze verstrekkingen plaatsvonden in de periode drie weken voor of na het telefonisch consult, worden deze niet gedetecteerd en kan het zijn dat er toch een opvolg telefonische consultatie of triage heeft plaatsgevonden in plaats van een losstaand telefonische consultatie of advies.

Besluit 5.5 : Een losstaand (telefonisch) contact maken deel uit van één op de zes telefonische consultaties en één op de drie adviezen. We vermoeden dat louter preventieve telefonische consultaties

---

<sup>39</sup> Fam Pract. 2021 Jul 19:cmab077. doi:[10.1093/fampra/cmab077](https://doi.org/10.1093/fampra/cmab077)

## 5.6. Teleconsultaties die niet behoren tot een scenario

In de Permanente Steekproef (EPS) werden 187.249 telefonische consultaties verricht (excl. dubbele telefonische consultaties gefactureerd op dezelfde dag). We konden hiervan 93,1% terugvinden in een of meerdere scenario's van de drie grote groepen O, T of L. Bij 6,9% (390.221 in absolute aantallen) was er geen link met de scenario's (Tabel 19). De verschillende hierboven beschreven scenario's zijn dus een goede benadering van de realiteit.

Anderzijds werden er in de EPS 108.357 adviezen verricht. We konden hiervan 93,7% terugvinden in een of meerdere van de scenario's. 7,3% (226.357 in absolute aantallen) konden niet worden toegewezen aan één van de scenario's.

Bij een deel hiervan werd een farmaceutische verstrekking teruggevonden binnen de drie dagen na een telefonische consultatie of advies. Zoals eerder opgemerkt zal een niet-terugbetaalde farmaceutische verstrekking niet in deze selectie vervat zitten en is dit een overschatting.

De restgroep bestaat uit personen waarbij er geen triage of opvolging plaatsvond, maar die wel een contact heeft gehad in de drie weken voor of na de teleconsultatie met een huisarts, arts-specialist, spoed of tweede consultatie bij de huisarts. Als voorbeelden denken we aan een fysiek contact met de specialist vóór de telefonische consultatie bij de huisarts plaats vond of een situatie waarbij binnen de drie weken twee telefonische consultaties plaats hebben gevonden.

**Tabel 19: Telefonische consultaties en adviezen door huisartsen in 2023 die niet konden toegewezen worden aan een triagescenario, een opvolgingsscenario of een losstaand contact, percentages van alle telefonische teleconsultaties/adviezen en (geëxtrapoleerde) aantallen**

	Zonder medicatie		Met medicatie		Totaal	
	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal
<b>Telefonische consultatie</b>	4,2%	237.873	2,7%	152.348	6,9%	390.221
<b>Advies</b>	3,5%	107.785	3,8%	118.572	7,3%	226.357
<b>Totaal</b>	4,0%	345.658	3,1%	270.920	7,1%	616.577



## 6. Conclusies en beperkingen

### **Profiel van de patiënt**

Het grootste aandeel van de telefonische consultaties en adviezen wordt verricht in de populatie tussen 20 en 65 jaar, niet in de 65-plus. Vergrijzing op zich is niet de volledige verklaring van de hoge aantallen teleconsultaties en adviezen. Daarnaast worden telefonische consultaties en adviezen worden ook gebruikt bij 0- tot 4-jarigen, bij bewoners in een woonzorgcentrum of bij personen die thuis wonen met zintuigelijke of cognitieve beperkingen. In deze doelgroepen gebeurt een noodzakelijke interactie met mantelzorgers of verplegend personeel, die ook bij fysieke raadplegingen plaatsvindt.

Geografisch zijn er duidelijke variaties voor beide modaliteiten. Globaal kreeg 26,5% van de rechthebbenden aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds minstens één telefonische consultatie. In Brussel is dit 17,1%. Ook bij het verstrekken van advies vinden we dit verschil: globaal 14,5% en Brussel 5,0%. De invloed van de jongere leeftijd, het tekort aan huisartsen, het cultureel verschil in gebruik van spoedgevalendiensten kunnen hier een rol spelen en kunnen verder onderzocht worden.

De studie toont aan dat socio-economische factoren (verhoogde tegemoetkoming, VT) een rol spelen in het gebruik van telefonische consultaties en adviezen. Op het eerste zicht zien we een hoger aantal telefonische consultaties per patiënt met VT dan de patiënt zonder VT. Echter, het aantal telefonische consultaties ligt in

verhouding tot het aantal fysieke consultaties lager tegenover in de groep met VT dan in de groep zonder VT.

De gezondheidstoestand, het al dan niet hebben van een chronische aandoening of het recht op een toelage voor personen met een handicap, resulteert in een globaal hoger verbruik van telefonische consultaties of adviezen. De verhouding met het aantal fysieke contacten blijft echter dezelfde. Hieruit blijkt dat telefonische consultaties in deze groepen momenteel niet vaker als een vervanging gezien kunnen worden van een fysiek consult dan in de groep zonder deze chronische aandoening of recht op toelage voor personen met een handicap. De hogere zorgconsumptie in deze groepen van telefonische consultatie of advies ligt in de lijn van hetgeen we voor de klassieke, fysieke consultaties optekenen.

De grootste praktijken maken verhoudingsgewijs meer gebruik van telefonische consultaties per 100 fysieke consultaties. Bij de hoogste percentielen zien we een omgekeerde relatie: hoe kleiner het patiënteel, hoe hoger de verhouding tussen aantal telefonische consultaties en fysieke consultaties. Hier komen telefonische consultaties duidelijk boven op de fysieke consultaties in plaats van een vervanging te zijn in deze groep. Deze omgekeerde relatie is opmerkelijk en we zouden aanbevelen om de onderliggende mechanismen verder te onderzoeken zoals het al dan niet deeltijds werken, leeftijdsprofiel, toegankelijkheid, profiel van de rechthebbenden. Een andere methodologie dan de EPS is dan noodzakelijk om tot op niveau van de individuele verstrekker te onderzoeken.

### **Inhoudelijk doel: peiling aan de hand van scenario's**

Telefonische consultaties en adviezen worden breder ingezet in de dagelijkse klinische praktijk dan wat de restrictieve toepassingsregel in de nomenclatuur voorziet. Dit vormt de aanleiding tot een hoog gebruik van telefonische consultaties en adviezen.

Het overgrote deel van telefonische consultaties en adviezen worden ingezet als opvolgconsultatie en in mindere mate als triage en occasioneel in het kader van losstaande telefonische contacten. Uit onze resultaten blijkt dat de huisarts lijkt te kiezen tussen de twee modaliteiten van aanrekenen (advies of telefonische consultatie) eerder rekening houdend met de tijdsinvestering en patiëntkenmerken, dan met het reglementair kader.

Het is aangewezen om de restgroep (15,9%) die niet beantwoordt aan deze scenario's en waarbij geen terugbetaalde, farmaceutische verstrekking wordt verricht, meer in detail te onderzoeken. De omvang van de niet-terugbetaalde farmaceutische verstrekkingen is momenteel niet in te schatten, waardoor de grootte van de

restgroep ook niet exact te bepalen was. De vraag stelt zich of deze restgroep vaker voorkomt bij bepaalde volumes of verhoudingen, dan wel of dit gelijkmatig verspreid is over alle praktijken of verstrekkers en dit mogelijk ook het gevolg is van onze methodologie met scenario's. Dit kan verder onderzocht worden.

Telefonische consultaties worden gebruikt door huisartsen om gerichte triage te doen met al dan niet verwijzing naar de spoedgevallendienst, specialist of de eigen huisarts(enpraktijk). Dit gebeurt vooral binnen de drie dagen na dit telefonisch consult of advies.

Telefonische consultatie wordt vooral gebruikt in seriële opvolgcontacten (32,3% van alle telefonische consultaties) met de huisarts tussen verschillende fysieke consultaties in, binnen een termijn van drie weken. We kunnen uit onze data niet afleiden of het teleconsult een vervolg is van de in de fysieke consulten behandelde zorgepisode dan wel of dit een nieuw consult voor een nieuw probleem is en dus een aparte vergoeding vereist per prestatie.

Slechts in de minderheid worden telefonische consultaties gebruikt als losstaand contact (interval langer dan de termijn van 3 weken voor en na de verschillende verstrekingen) bij patiënten met een statuut chronische aandoening en patiënten die in een zorgtraject/conventie zijn geïncorporeerd. Buiten deze twee specifieke groepen wordt telefonische consultatie als losstaand contact in 14% toegepast en voor adviezen in 29%.

Wettelijk gezien is een advies een losstaande akte. We vinden die echter ook terug in de opvolgings- en triagescenario's, naast de losstaande scenario's. Of de patiënt en de huisarts zich fysiek op dezelfde plaats bevinden, zoals het artikel 2 van de nomenclatuurtekst het voorschrijft, valt niet te controleren. Een aanpassing van de regelgeving van het advies dringt zich op; de fysieke aanwezigheid kan moeilijk volgehouden worden als vereiste in dit digitale tijdperk.

## **Beperkingen van deze studie**

Dit onderzoek geeft een goede benadering van de realiteit, maar heeft een aantal beperkingen:

- Een aantal scenario's zijn moeilijk te vatten via een indirecte benadering en via nomenclatuurnummers. Dit kan alleen gerealiseerd worden indien de exacte klinische inhoud van deze consulten kan bestudeerd worden. Dit kan alvast niet binnen deze studie.
- De contacten tussen patiënten en huisartsen verlopen serieel, waarbij niet steeds duidelijk is wat eerst komt en wat eruit volgt. We merkten vooral de overlap

tussen de opvolgings- en de triagescenario's. Dit werkten we verder uit. Er was slechts een zeer minimaal overlap tussen de triage en de losstaande telefonische contacten. Deze overlap werden toegekend aan de losstaande telefonische contacten.

- Methodologisch kozen we voor om een tijdsinterval van drie weken (20 dagen) waarbinnen een telefonisch consult een mogelijk inhoudelijke relatie heeft met een fysiek consult. Stel dat we dit tijdsinterval zouden uitbreiden naar vier weken (27 dagen), dan zou dit globaal op de scenario's als gevolg hebben dat er nog meer triage en opvolging scenario's zouden zijn en nog minder losstaande telefonische consultaties/adviezen.
- Met uitzondering van de triages brachten we het vervolg na een telefonische consultatie niet in beeld. We weten dus niet of een telefonische consultatie aanleiding zal geven tot meer fysieke consultaties in vergelijking met de toestand van voordien, toen er nog geen financiering van deze telefonische consultaties bestond. We konden wel praktijkverschillen in beeld brengen naargelang de variatie in grootte van patiënteel en aantal verstrekkingen.
- Dit onderzoek is geen onderzoek naar frauduleuze aanrekeningen van exuberante aantallen. Een van de redenen is omwille van de aard van de brondata: het betreft een steekproefpopulatie (EPS). De totale individuele aantallen per verstrekker zijn ons niet gekend. Een tweede reden is een methodologische reden. Eén telefonische consultatie werd slechts eenmaal met een scenario gekoppeld (behalve in de overlapgroep). In contrast hiermee kan één fysieke consultatie meerder malen gekoppeld worden met telefonische consultaties die op verschillende datums plaatsvinden. Op die manier kan een fysieke consultatie aanleiding geven tot verschillende scenario's (datum/soort). De enige indirecte indicator voor exuberante aantallen is dan het aantal telefonische consultaties/advies per 100 fysieke raadplegingen. Maar zoals eerder benoemd, spelen hier een aantal patiëntenprofielen en mogelijk ook verstrekkersprofielen een rol.

## **Bijkomende onderzoeksvragen**

### **Zorg op afstand door specialisten**

Wegens de tijdsdruk en de beperking van de goedgekeurde IMA-fiche (23/01/2025) tot het onderzoek, werd het gebruik ervan bij specialisten niet onderzocht. Nochtans lijkt ons dit ook noodzakelijk omdat ook binnen de specialismen er grootte verschillen bestaan in gebruik en frequentie.

### **Videoconsultaties**

Het gebruik van videoconsultaties bij huisartsen werd niet onderzocht, omdat de aantallen te laag liggen in de Permanente Steekproef. Hier zou de globale bevolking

als noemer moeten gebruikt worden. De verhouding teleconsultaties in verhouding met het gebruik videoconsultaties zou ook zeer verhelderend kunnen zijn. Naar de toekomst lijkt het ons wel noodzakelijk om dit te onderzoeken, gezien de technische belemmeringen die er vandaag nog bestaan snel weggewerkt kunnen worden en de aantallen dan ook zullen toenemen.

### **Geografische spreiding**

Gezien het gelijkaardig gebruik van de drie modaliteiten van zorg op afstand (telefonische consultaties, advies en videoconsultaties), kunnen deze best als één geheel worden benaderd om de geografische spreiding van het gebruik in kaart te brengen. Correcties naar socio-economische en demografische factoren kunnen dan gebeuren. Bijkomend onderzoek naar de relatie met huisartsendichtheid en/of patiëntenstops zou een mogelijk een verband kunnen aantonen. Ook de verhouding van deze zorg op afstand in vergelijking tot het aantal fysieke consultaties per regio kan dan bepaalde tendensen van gebruik of misbruik blootleggen.



## 7. Aanbevelingen beleid

**Zorg op afstand wordt best binnen het globaal pakket van raadplegingen, bezoeken en adviezen bekeken en gereguleerd:** zowel advies, als telefonische consultaties en videoconsultaties worden in meer of mindere mate ingezet in de verschillende beschreven scenario's. De verhouding van dit geheel tot het aantal fysieke consultaties in bepaalde regio's of ook op het niveau van de huisartsenpraktijk kan een methode zijn om gebruik te monitoren.

**De wijze waarop bepaalde scenario's gefinancierd worden, zal bepalend zijn voor het gebruik ervan.** Gebaseerd op de resultaten van ons onderzoek, doen we hieronder enkele voorstellen per scenario.

Een opvolgscenario kan gezien worden als deel uitmakende van het fysiek consult dat eraan voorafging (binnen de drie weken). Dit teleconsult wordt dan vergoed als onderdeel van de fysieke raadpleging of eventueel geïntegreerd in een forfaitaire vergoeding. Dit opvolgscenario per akte/per telefoon vergoeden kan misbruik (overuse) in de hand werken. De teleconsultatie maakt dan deel uit van goede praktijkvoering, als dit gepast wordt ingezet.

Een triagescenario met vergoeding voor de huisarts, draagt in zich de mogelijkheid dat patiënten zich eerst aanbieden bij de huisarts en enkel doorverwezen worden naar de spoedgevallendienst of de specialist als de huisarts dit dringend nodig acht. Het bewijs van triageverwijzing door de huisarts kan geleverd worden bijv. door

middel van een QR-code, die gegenereerd werd door de huisarts en die ook de nodige informatie en verwijfsbrief bevat. Het registreren van de QR-code binnen de X-dagen (in ons onderzoek 0-3 dagen) na dit triageconsult op een dienst spoedgevallen en/of specialist, kan dan een voorwaarde zijn voor de vergoeding van dit triageconsult.

Indien deze triage door de huisarts plaatsvindt tijdens de wachturen op een wachtpost, kan dit aanzien worden als deel van het te voorziene permanentiehonarium. Een aparte triagevergoeding is dan niet aangewezen, gezien dit mogelijk misbruik (overuse) in de hand kan werken. Om die reden is het noodzakelijk om specifieke wachtnomenclatuur te voorzien, zodat de twee situaties worden onderscheiden van elkaar.

Triage d.m.v. telefonisch contact van een GMD-houdend huisarts voor een WZC-bewoner of persoon in een instelling met een acuut medisch probleem, zou pas vergoed kunnen worden als deze huisarts de patiënt binnen de X-dagen (in ons onderzoek drie) fysiek gaat onderzoeken in het WZC of in de instelling. Deze voorwaarde kan ervoor zorgen dat het contact met de huisarts niet beperkt blijft tot het telefonisch contact. Fysieke contacten blijven nodig om naast de bewoners ook het personeel in de WZC en in de instelling te ondersteunen in acute omstandigheden. Bovendien kan zo een triageconsult bijdragen tot het vermijden van onnodige verwijzingen naar de dienst spoedgevallen omdat de huisarts zich niet tijdig naar het WZC of de instelling kan begeven. Triage door een huisartsenwachtpost tijdens de wachturen van een WZC-bewoner dient hier aanzien te worden als deel van het permanentiehonarium en dient dus niet apart vergoed te worden per prestatie.

Enkel in geval van een losstaand scenario heeft er mogelijk een volledige consultatie plaatsgevonden, beantwoordend aan de SOEP-criteria. Het inhoudelijk verschil met een losstaand advies, waarbij bijvoorbeeld enkel een voorschrift wordt afgeleverd, is echter niet te maken bij een telefonische consultatie. Enkel op basis van het medisch dossier kan zulks geverifieerd worden. Een bijkomend probleem is het feit dat privacy niet is gegarandeerd (geen encryptie) en dat de identiteit van de beide gesprekspartners niet kan geverifieerd en/of gevalideerd worden. Daarnaast zijn nog een aantal praktische argumenten: is de ontvanger klaar om de inhoud van het gesprek te ontvangen? Gaat het motiverend karakter tot aanpassing van therapie niet ten dele verloren? Welke invloed heeft het op een arts-patiëntrelatie en geeft dit aanleiding tot meer burn-out bij zorgverleners? Dit alles zijn argumenten om te besluiten dat voor een volwaardige consultatie op afstand, de manier van verbinding belangrijk is en dat videoconsultatie hier de voorkeur geniet. Om de bewaken dat videoconsultaties ook als triage of opvolging-scenario worden ingezet, lijkt het ons aangewezen om dezelfde tijdsvoorwaarde van losstaande contacten te vragen: binnen een termijn van drie weken voor of na dit contact mag er geen ander fysieke consultatie of zorg op afstand plaatsgevonden hebben door dezelfde verstrekker.

Een mogelijkheid tot creatie van 'geassisteerde videoconsultatie' dient overwogen te worden, vooral voor de groep 0-4-jarigen, de zorgafhankelijke jongeren in instellingen en de zorgafhankelijke ouderen (thuis of in WZC) en andere personen in gesloten instellingen waar de drempel tot zorg heel hoog is (gevangenis e.a.). Hierbij kunnen andere zorgverleners van deze instellingen of thuisverzorging aansluiten aan het overleg. In deze doelgroepen gebeurt een noodzakelijke interactie met mantelzorgers of verplegend personeel, die ook bij fysieke raadplegingen plaatsvindt. Naast het geven van waardevolle informatie over de patiënt en zijn omgeving, het motiveren van de mantelzorger tot aanpassing van een behandelplan, is ook het peilen naar de psychosociale/medische toestand van de mantelzorger van belang om thuiszorg verder mogelijk te maken. Nieuwe regelgeving die zowel aangepast is aan de doelgroep en ook de rol van de mantelzorger/verpleegkundige consolideert, is een noodzaak zowel voor elke zorgvorm op afstand. Binnen het elektronisch patiëntendossier, worden nu al faciliteiten aangeboden voor videoconsultatie. Het uitbreiden naar mogelijkheden waarbij verschillende personen simultaan videobellen (professionelen of mantelzorgers die zich op een andere plaats bevinden dan de patiënt) kan gestimuleerd worden.

**In alle gevallen is het belangrijk om per patiënt de verhouding zorg-op-afstand consultaties tegenover de fysieke consultaties te bewaken.** Immers, zoals eerder aangegeven kan deze nooit het niveau van interactie benaderen van een fysiek consult, dewelke primordiaal is in een arts-patiëntrelatie. Het valt te vermijden dat onder het (al dan niet verantwoorde) excuus van huisartsentekort of patiëntenstop het contact tussen patiënt en zorgverlener zich beperkt tot zorg-op-afstand. Vanuit Nederland bereiken ons alarmerende berichten via online platformen over een exclusieve online huisartsenpraktijk<sup>40,41</sup>. Enerzijds lijkt het belangrijk om een 'aanvaardbare' verhouding te formuleren en anderzijds ook om te definiëren wat een 'voldoende' afwisseling is tussen de modaliteiten om goede kwaliteit te borgen. In onze resultaten (tabel 10) merken we dat in 75% van de praktijken de verhouding telefonische consultaties/fysieke consultaties 19 op 100 bedraagt. Dit wil zeggen dat er momenteel voor elke zorg-op-afstand minstens vijf fysieke consultaties worden

---

<sup>40</sup> [www.arene.nl](http://www.arene.nl) ; online huisartsenpraktijk

<sup>41</sup> [https://www.linkedin.com/posts/nicoterpstra\\_wat-ik-altijd-al-vermoedde-blijkt-te-kloppen-activity-7314006558592450561-aPez?utm\\_source=social\\_share\\_send&utm\\_medium=android\\_app&rcm=ACoAABa\\_DrcBOCN9YL0VT2Zw3zTfHgVrpZR-Dro&utm\\_campaign=share\\_via](https://www.linkedin.com/posts/nicoterpstra_wat-ik-altijd-al-vermoedde-blijkt-te-kloppen-activity-7314006558592450561-aPez?utm_source=social_share_send&utm_medium=android_app&rcm=ACoAABa_DrcBOCN9YL0VT2Zw3zTfHgVrpZR-Dro&utm_campaign=share_via)

verricht op niveau van de huisartsenpraktijk. Dit komt vrij goed overeen met de 20/80 regel binnen de Franse ziekteverzekering<sup>42</sup>. Doch hierover bestaat er veel controverse. Ook het altemnerend fysiek consultatie met zorg-op-afstand aanbieden lijkt mogelijk een voorwaarde om de kwaliteit tussen zorgverlener en patiënten te bewaken. Het is dan ook aangewezen dat beide elementen best het onderwerp zijn van doorgedreven kwalitatief en/of kwantitatief medisch en ethisch onderzoek, waarbij zowel het effect op de patiënt als op de zorgverlener in kaart wordt gebracht, evenals de kwaliteit van de interactie tussen beide.

---

<sup>42</sup> 20% activité en TLM | <https://www.telemedaction.org>