

SYNTHESE

FORFAITAIRE BETALING VOOR MEDISCHE HUIZEN IN BELGIË – DEEL 1: DATABEHOEFTEN



SYNTHESE

FORFAITAIRE BETALING VOOR MEDISCHE HUIZEN IN BELGIË – DEEL 1: DATABEHOEFTEN

CARINE VAN DE VOORDE, MÉLANIE LEFÈVRE, JENS DETOLLENAERE, NICOLAS BOUCKAERT, PASCALE JONCKHEER



■ VOORWOORD

Huisartsen hebben vandaag de keuze uit drie verschillende financieringsmodellen, namelijk per prestatie, per patiënt, of met een mix van deze twee in de New Deal. In het tweede model werken huisartsen samen met verpleegkundigen en/of kinesitherapeuten, deze praktijken worden medische huizen met forfaitaire betaling genoemd.

Elk medisch huis wordt gefinancierd vanuit het gesloten nationale budget voor medische huizen. Hoeveel elk medisch huis ontvangt vanuit dit nationale budget wordt momenteel bepaald op basis van de kenmerken van de patiënten die bij dat medisch huis zijn ingeschreven. Hierdoor ontvangen sommige medische huizen een hogere forfaitaire betaling per patiënt dan andere. Dergelijke risicoverevening moet zorgen voor een betaling die in verhouding staat tot de werklust van het medische huis in vergelijking met deze in de andere medische huizen.

De huidige berekeningswijze voor de forfaitaire betalingen, hoewel functioneel, vertoont enkele beperkingen die het vermogen van medische huizen om kwalitatieve zorg te leveren, kunnen beïnvloeden. Een nieuwe berekeningswijze beoogt niet alleen deze tekortkomingen aan te pakken, maar ook een meer rechtvaardig en efficiënt betalingssysteem te introduceren. Zo moet een ideale financiering niet alleen praktijken vergoeden naargelang de zorgbehoeften van hun patiënten, maar ook voor hun inspanningen op het vlak van preventie, efficiëntie en samenwerking.

In dit rapport worden de theoretische onderbouwing en de methodologische stappen die moeten leiden tot de ontwikkeling van de nieuwe berekeningswijze beschreven. We hebben hiervoor gezocht naar internationale voorbeelden, stakeholders bevroegd en beschikbare databronnen onderzocht. Wij willen van deze gelegenheid dan ook gebruik maken om alle betrokkenen te bedanken die hebben bijgedragen aan dit onderzoek.

Dit rapport is slechts de eerste stap. Verdere stappen zullen volgen, waarbij de bijdrage van de professionals in de medische huizen essentieel zal zijn, en met als uiteindelijk doel een faire en stimulerende financiering van de medische huizen.

Christophe JANSSENS
Adjunct Algemeen Directeur

Ann VAN DEN BRUEL
Algemeen Directeur



■ **SYNTHESE**

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	SYNTHESE.....	2
1.	INLEIDING	4
1.1.	ACHTERGROND.....	4
1.2.	HOE GINGEN WE TE WERK?	4
2.	DE MEDISCHE HUIZEN IN BELGIË.....	5
2.1.	EVOLUTIE VAN HET AANTAL MEDISCHE HUIZEN	5
2.2.	ROL VAN DE COMMISSIE FORFAIT EN DE FEDERATIES.....	6
3.	HOE WORDEN DE BELGISCHE MEDISCHE HUIZEN VERGOED?	6
3.1.	WAT BETALEN DE PATIËNTEN AAN EEN MEDISCH HUIS?.....	6
3.2.	HOE WORDEN DE MEDISCHE HUIZEN DOOR DE OVERHEID VERGOED?	6
3.3.	ONTEVREDENHEID OVER HET HUIDIGE STATISTISCHE MODEL	7
3.3.1.	Verschil tussen medische huizen en betaling per prestatie praktijken te groot.....	7
3.3.2.	Complexiteit van het huidige statistische model: black box voor sommigen, niet voldoende geavanceerd voor anderen.....	8
3.3.3.	Het huidige model leidt tot onstabiele forfaitaire bedragen	8
4.	IS EEN NIEUW MODEL VOOR DE BELGISCHE MEDISCHE HUIZEN HAALBAAR?	8
4.1.	DEFINITIE VAN EEN NIEUW MODEL	8
4.2.	HOE DE WERKLAST VAN ZORGVERLENERS METEN?	9
4.3.	DEFINITIE VAN MOGELIJKE RISICOPARAMETERS	9
4.3.1.	Een mix van gezondheidstoestand, psychosociale en socio-economische factoren	9
4.3.2.	Diagnostische informatie om de gezondheidstoestand van patiënten te bepalen	10



4.4.	UITDAGINGEN BIJ DE REGISTRATIE VAN DE WERKLAST EN DE DIAGNOSES.....	11
4.5.	PILOOTSTUDIE MET VRIJWILLIG DEELNEMENDE MEDISCHE HUIZEN	11
■	AANBEVELINGEN	13
■	REFERENTIES	15



1. INLEIDING

1.1. Achtergrond

Op dit moment bestaan er in België drie financieringsvormen voor huisartsenzorg. Veruit de grootste groep huisartsen (ongeveer 80%) wordt vooral vergoed per medische prestatie (*fee-for-service*).¹ De tweede groep bestaat uit een beperkt, maar toenemend aantal huisartsen die per ingeschreven patiënt een forfaitair bedrag ontvangen, dat aangepast is aan de zorgzwaarte (forfaitair of capitatie-systeem). Ze werken in medische huizen, samen met verpleegkundigen, kinesitherapeuten en andere zorgverleners. In een nieuw, derde model van huisartsenfinanciering – de New Deal genoemd – is het bedrag per prestatie kleiner dan bij het huidige betaling per prestatie systeem, en wordt het aangevuld met een vast bedrag per patiënt, aangepast aan de leeftijd en het recht op verhoogde tegemoetkoming van de patiënten. Het New Deal model ging in april 2024 op projectbasis van start en zal na drie jaar worden geëvalueerd.

Onze studie richt zich op de tweede financieringsvorm, die van de medische huizen die forfaitair worden vergoed.^a De huidige financiering is gebaseerd op de activiteiten en patiëntkenmerken van het betaling per prestatie systeem en houdt, volgens de medische huizen, te weinig rekening met de eigenheden en zorgbehoeften van hun patiëntenpopulatie alsook de andere zorgaanpak in medische huizen. Het RIZIV vroeg het KCE om een nieuw statistisch model te ontwikkelen voor de verdeling van het nationale budget voor medische huizen en dus de berekening van het forfaitaire bedrag dat elk medisch huis ontvangt. Een beoordeling van het nationale budget voor de medische huizen valt buiten het bestek van dit rapport.

Al snel werd duidelijk dat sommige gegevens die nodig zijn voor de uitwerking van een nieuw model niet beschikbaar zijn, door de medische huizen niet uniform geregistreerd worden of niet toegankelijk zijn voor het RIZIV of de ziekenfondsen. Daarom besloten we, in overleg met het RIZIV, om de studie in twee delen op te splitsen. Het hoofddoel van het huidige eerste deel is nagaan welke gegevens er nodig kunnen zijn voor de berekening van de forfaitaire betaling, en of deze kunnen worden aangeleverd door de medische huizen. In een volgend rapport zal het KCE op basis daarvan een nieuw model voorstellen.

1.2. Hoe gingen we te werk?

We bekeken het vergoedingssysteem van vergelijkbare praktijken in zeven andere Europese landen (Denemarken, Zweden, Engeland, Nederland, Frankrijk, Spanje-Catalonië en Portugal), waar huisartsen minstens gedeeltelijk vergoed worden op basis van een forfaitair bedrag, aangepast aan de zorgzwaarte van de patiënten. Vervolgens maakten we een overzicht van de reeds beschikbare gegevensbronnen en variabelen die relevant kunnen zijn voor de nieuwe berekening van de forfaitaire betaling in België. We raadpleegden stakeholders over de wenselijkheid en praktische haalbaarheid van een nieuw model op basis van gegevens aangeleverd door de medische huizen.

In het wetenschappelijke rapport vindt u meer gedetailleerde informatie over de studie en de gebruikte onderzoeksmethoden.

^a Er zijn ook medische huizen die per prestatie vergoed worden; zij maken geen deel uit van deze studie.



2. DE MEDISCHE HUIZEN IN BELGIË

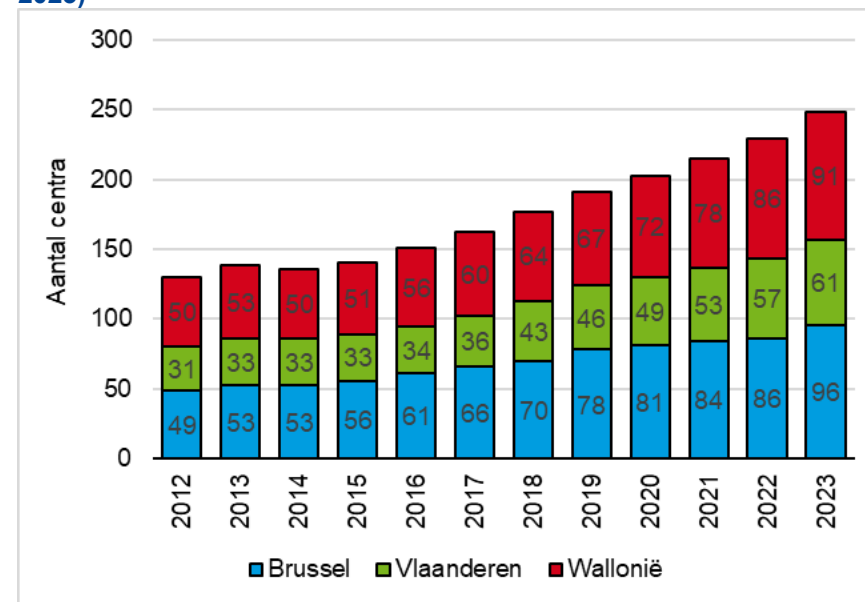
In dit hoofdstuk beschrijven we kort de plaats van de medische huizen in ons land. Een meer uitgebreide beschrijving vindt u in Hoofdstuk 2 van het wetenschappelijke rapport dat bij deze synthese hoort en in het auditrapport van KPMG² uit november 2017, dat werd opgemaakt in opdracht van de toenmalige minister van Volksgezondheid.

2.1. Evolutie van het aantal medische huizen

In 2022 werkte ongeveer 8% van de huisartsen (uitgedrukt in voltijdsequivalenten) in een medisch huis met forfaitaire betaling. In Brussel lag dit percentage veel hoger (29%), in Wallonië en Vlaanderen bedroeg dit respectievelijk 9% en 5%.³

Figuur 1 geeft de evolutie van het aantal medische huizen per regio weer tussen 2012 en 2023. Het totale aantal steeg van 130 in 2012 tot 248 in 2023 (stijging van 91%), wat neerkomt op bijna een verdubbeling. De toename was het grootst in Vlaanderen (+97%), gevolgd door Brussel (+96%) en Wallonië (+82%).

Figuur 1 – Evolutie van het aantal medische huizen per regio (2012-2023)



Bron: RIZIV

Uit de activiteitenverslagen die de medische huizen jaarlijks bij het RIZIV moeten indienen, blijkt dat het grootste medische huis 9 333 geregistreerde patiënten had, en het kleinste 77. De mediaan van het aantal patiënten bedraagt 2 059 in Wallonië, 2 051 in Brussel en 2 719 in Vlaanderen (cijfers uit 2022).

Ook inzake type medisch huis zijn er grote verschillen tussen de regio's. In Vlaanderen bestaat het zorgteam uit huisartsen en verpleegkundigen in 61% (37 van de 61) van de centra, in Wallonië is dit het geval in 27% (25 van de 91) en in Brussel in 25% (24 van de 96) van de centra. In Wallonië en Brussel maakt in de meerderheid van de centra ook een kinesitherapeut deel uit van het zorgteam, wat niet het geval is in Vlaanderen.



2.2. Rol van de Commissie forfait en de federaties

Sinds 2002 wordt de reglementering betreffende de medische huizen geregeld bij Koninklijk Besluit, na advies van de Commissie forfait en het Verzekeringscomité van het RIZIV.⁴ De Commissie forfait bestaat uit vertegenwoordigers van de vier federaties van de medische huizen en van de ziekenfondsen, en geeft advies over de manier waarop de forfaits voor de medische huizen worden berekend.

In 2023 was 81% van de medische huizen aangesloten bij één van de vier volgende federaties:

- Fédération des Maisons Médicales (FMM)
- Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)
- Federatie van eerstelijnspraktijken met forfaitaire financiering / Fédération des pratiques médicales de première ligne au forfait (Feprafo)
- Geneeskunde voor het Volk / Médecine pour le Peuple (geen stemrecht in de Commissie forfait).

Medische huizen moeten een akkoord voor forfaitaire betaling sluiten met de ziekenfondsen. Dit moet vervolgens, na advies van het Verzekeringscomité, worden goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid.

3. HOE WORDEN DE BELGISCHE MEDISCHE HUIZEN VERGOED?

3.1. Wat betalen de patiënten aan een medisch huis?

Als een patiënt een huisarts raadpleegt die per prestatie vergoed wordt, betaalt de patiënt deze huisarts in principe remgeld. Dit is niet het geval voor patiënten die zich inschrijven bij een medisch huis. Er kan wel een jaarlijks inschrijvingsgeld van maximum € 2,5 per patiënt en € 12,5 per gezin worden gevraagd.⁵ Voor alle consultaties en huisbezoeken bij/door een huisarts, en alle verstrekkingen door een verpleegkundige of kinesitherapeut van dit welbepaalde medisch huis betaalt de patiënt vervolgens geen remgeld, ongeacht het aantal keren dat deze een beroep doet op het medische huis. Geneesmiddelen, laboratoriumtests, technische handelingen, enz. vallen buiten deze regeling.

3.2. Hoe worden de medische huizen door de overheid vergoed?

Zorgverleners in medische huizen worden niet per prestatie vergoed. Medische huizen ontvangen per aanwezige discipline (huisarts, verpleegkundige, kinesitherapeut) maandelijks een vast bedrag (forfait) per ingeschreven patiënt, ongeacht het aantal prestaties dat het voor die patiënt uitvoert. Dat bedrag wordt berekend op basis van patiëntkenmerken, die de zorgbehoefte en bijgevolg de werklast van de zorgverleners bepalen. Het vaste bedrag wordt bepaald door de case-mix van het medische huis en is, per discipline, hetzelfde voor alle patiënten van het medische huis.

Deze aanpassing van de forfaits aan de zorgbehoefte van patiënten, ook risicoverevening (*risk adjustment*) genoemd, moet ervoor zorgen dat zorgverleners vergoed worden om hetzelfde zorgniveau te bieden aan mensen met gelijke zorgbehoeften, en een hoger/lager zorgniveau aan mensen met hogere/lagere zorgbehoeften, ongeacht andere kenmerken zoals inkomensniveau of woonplaats.



Om deze rechtvaardigheidsprincipes te garanderen, moeten drie beslissingen worden genomen: over het globale budget voor alle medische huizen samen (is geen deel van deze studie), over de keuze van de risicoparameters en over het gewicht dat aan elke parameter wordt toegekend om dit globale budget te verdelen over de medische huizen.

Door risicoverevening wordt het financiële risico voor de centra verkleind, zo niet zouden centra met patiënten met grotere zorgbehoeften aanzienlijke verliezen lijden. Anderzijds kan het ook aanzetten tot risicoselectie (door enkel patiënten in te schrijven die weinig zorg vragen) of tot *upcoding*, waarbij de zorgbehoefte bij de registratie zwaarder wordt voorgesteld dan in werkelijkheid het geval is.

Om de risicoparameters en hun respectievelijke gewichten te bepalen, wordt momenteel een statistisch model gehanteerd op basis van activiteiten en patiëntkenmerken bij patiënten uit het betaling per prestatie systeem. Er zijn immers geen gegevens beschikbaar over het aantal raadplegingen, huisbezoeken, raadplegingen op afstand, enz. voor de patiënten van de medische huizen. Het model, dat sedert 2013 wordt gebruikt en werd goedgekeurd door de Commissie forfait, bevat een lange lijst van risicoparameters: demografische variabelen (leeftijd en geslacht), verzekeringstoestand (al dan niet recht op verhoogde tegemoetkoming), socio-economische toestand (recht op bestaansminimum, arbeidsongeschiktheid), al dan niet recht op specifieke inkomensafhankelijke toelagen.

De gezondheidstoestand van een patiënt wordt gemeten aan de hand van de volgende parameters: recht op het forfait palliatieve zorg, kinesitherapie voor zware aandoeningen (E-lijst) en het hebben van een chronische aandoening, afgeleid uit ambulant voorgeschreven geneesmiddelen. De lijst bevat ook enkele omgevingsvariabelen, zoals de mate van verstedelijking van de woonplaats van de patiënt (wonen in een grote stad of in een plattelandsgemeente).

Deze risicoparameters en het gewicht dat eraan wordt toegekend vindt u in Bijlage 1 van het wetenschappelijke rapport (Tabel A.1). Meer informatie over de berekening van de forfaits vindt u in Hoofdstuk 4 van het wetenschappelijke rapport.

3.3. Ontevredenheid over het huidige statistische model

De Belgische medische huizen zijn voor hun inkomen bijna uitsluitend afhankelijk van de forfaitaire vergoeding. Dit is uitzonderlijk in vergelijking met de zeven landen die we bestudeerden. In deze landen vormen forfaitaire vergoedingen maar een deel van het inkomen en worden ze aangevuld met andere financieringsvormen, zoals een betaling per prestatie of *Pay for Quality* (P4Q). Bij een uitsluitend forfaitaire vergoeding ligt het financiële risico volledig bij de medische huizen. Een adequate risicoverevening is daarom cruciaal voor een faire toewijzing van middelen.

We vroegen in stakeholderconsultaties aan de vertegenwoordigers van de federaties van de medische huizen, de ziekenfondsen (leden van de Commissie forfait) en de opdrachtgever van de studie (RIZIV) in welke mate het huidige model voorziet in een correcte financiering.

3.3.1. *Verschil tussen medische huizen en betaling per prestatie praktijken te groot*

Zoals we reeds meldde is het huidige model gebaseerd op patiëntengegevens van het betaling per prestatie systeem. Volgens de vertegenwoordigers van de medische huizen zorgen de verschillen tussen beide types praktijken ervoor dat de gewichten van de risicoparameters niet geschikt zijn voor de medische huizen. Zo zouden deze laatste meer tijd besteden aan preventie dan praktijken die per prestatie worden betaald. Ook wordt in het betaling per prestatie systeem enkel rekening gehouden met zorg door thuisverpleegkundigen. Hierdoor wordt de belangrijke rol van de verpleegkundigen in medische huizen, zoals bij de opvolging van chronische patiënten, over het hoofd gezien.



3.3.2. *Complexiteit van het huidige statistische model: black box voor sommigen, niet voldoende geavanceerd voor anderen*

De complexiteit van het huidige model is een tweede argument voor een nieuw model, maar de meningen hierover liepen sterk uiteen. Sommigen verwezen naar het grote aantal risicoparameters en het feit dat het model en de manier waarop de forfaitaire bedragen worden berekend, niet transparant genoeg zijn. Deze stakeholders pleiten er dan ook voor om het aantal risicoparameters te verminderen. Zij verwezen naar het New Deal model, waarin leeftijd (4 leeftijdscategorieën) en recht op verhoogde tegemoetkoming de enige risicoparameters zijn voor de berekening van de forfaitaire bedragen.

Anderen vonden dat het huidige model dan weer onvoldoende rekening houdt met verschillen in zorgbehoefte en pleiten voor bijkomende parameters, vooral voor de verpleegkundigen. Daarnaast stelden sommige stakeholders voor om de forfaitaire bedragen elk kwartaal te berekenen in plaats van jaarlijks, om rekening te houden met veranderende zorgbehoeften (bv. palliatieve zorg wordt slechts gedurende enkele maanden gegeven) en/of patiëntenpopulatie.

3.3.3. *Het huidige model leidt tot onstabiele forfaitaire bedragen*

Het huidige model leidt volgens de stakeholders ook tot onstabiele vergoedingen. De forfaitaire bedragen voor een medisch huis kunnen nu jaarlijks aanzienlijk veranderen, zelfs als het absolute aantal patiënten nauwelijks wijzigt. Een gesloten, nationaal budget zorgt er immers voor dat wijzigingen in de patiëntenpopulatie van andere centra een impact hebben op de vergoeding van een centrum. In sommige steden, zoals Antwerpen, kan tot 40% van de patiëntenpopulatie veranderen, omdat patiënten vaak verhuizen.

4. IS EEN NIEUW MODEL VOOR DE BELGISCHE MEDISCHE HUIZEN HAALBAAR?

In een volgende stap gingen we met dezelfde stakeholders als in sectie 3.3 de haalbaarheid van een nieuw model voor de berekening van de forfaitaire bedragen na. Zoals reeds vermeld, hebben noch het RIZIV, ziekenfondsen of het KCE momenteel toegang tot het aantal patiëntencontacten waarmee het forfaitaire bedrag voor de medische huizen zou kunnen worden berekend. Ook de diagnoses, die gecodeerd worden in de elektronische medische dossiers, zijn niet beschikbaar voor onderzoek. Idealiter worden deze gegevens op een uniforme manier geregistreerd en aangeleverd door de medische huizen zelf, om de werklast van de zorgverleners en de gezondheidstoestand van hun patiënten te achterhalen.

4.1. Definitie van een nieuw model

De stakeholders hadden uiteenlopende meningen over het nieuwe model. Sommigen vonden dat het een statistisch model moet zijn, waarbij het verband tussen de werklast van een zorgverlener (bv. aantal contacten) en zorgzwaarte wordt geanalyseerd. Een dergelijk model is gebaseerd op individuele patiëntgegevens, en kan worden aangevuld met gegevens op andere geaggregeerde niveaus, zoals dat van de statistische sector^b.

Voor andere stakeholders is er geen statistisch model nodig en kan een nieuw model worden gebaseerd op een consensus tussen stakeholders en experts over de risicoparameters (gebaseerd op de zorgbehoeften) en het gewicht ervan. Sommige stakeholders hadden ook twijfels over het huidige gebruik van een apart model per discipline, waarbij voor huisartsen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten verschillende risicoparameters worden gebruikt.

^b Kleine geografische eenheid, zie Hoofdstuk 6 van het wetenschappelijke rapport.



Een andere vraag was of het model performantie financieel moet aanmoedigen en goede praktijkvoering moet belonen, bv. met behulp van bijkomende risicoparameters, zoals een toenemend aantal patiënten met goed gecontroleerde diabetes of bloeddruk. Een alternatief voorstel was om het huidige budget voor medische huizen in twee delen op te splitsen: een deel voor de forfaitaire bedragen en een ander (kleiner) deel om performantie te belonen.

4.2. Hoe de werklust van zorgverleners meten?

Om een nieuw statistisch model te ontwikkelen, gebaseerd op de (patiënt)kenmerken van een medisch huis, moet een variabele die de werklust weergeeft worden gedefinieerd, geregistreerd en verzameld. De stakeholders benadrukten dat werklust meer is dan de optelsom van individuele patiëntcontacten. Voor een groot deel van de patiënten nemen zorgverleners immers ook nog deel aan o.a. (multidisciplinair) teamoverleg, om hun gezondheidstoestand of behandelplan te bespreken. Bovendien mogen medische huizen die het aantal patiëntcontacten kunnen verminderen, bv. door meer in te zetten op preventie, hiervoor niet afgestraft worden.

Verder moet er volgens de stakeholders ook rekening worden gehouden met de duur van een patiëntcontact of de tijd die wordt besteed aan een patiënt bovenop een direct contact. Een aantal kenmerken van een patiënt kunnen de tijdsinvestering vergroten, zoals sociale kwetsbaarheid, lage gezondheidsvaardigheden (*health literacy*) of een gebrekkige talenkennis van de patiënt.

4.3. Definitie van mogelijke risicoparameters

4.3.1. *Een mix van gezondheidstoestand, psychosociale en socio-economische factoren*

Het belangrijkste doel van risicoverevening bij de toewijzing van de forfaitaire bedragen is dat er voldoende rekening wordt gehouden met de zorgbehoeften van individuele patiënten, zodat elk medisch huis op een faire manier wordt vergoed. Idealiter wordt de integrale benadering van eerstelijnszorg weerspiegeld in een brede reeks risicoparameters, die verschillende dimensies van zorgbehoefte weergeven. Patiënten die beroep doen op de eerstelijnszorg hebben meestal meerdere problemen die vaak niet-specifiek zijn, zich over lange periodes uitstrekken, fluctueren in ernst en een breed scala aan diensten nodig hebben, waaronder preventie en geestelijke gezondheidszorg. Dit vereist dat parameters worden opgenomen die zowel de gezondheidstoestand, socio-economische factoren zoals inkomen en opleiding, gezondheidsgerelateerd gedrag, psychosociale factoren, enz. weergeven.

De stakeholders wezen op het belang van volgende parameters die momenteel niet opgenomen zijn:

- Kinesithérapie (bv. Fa/Fb-lijst voor aandoeningen die meer kinesitherapie sessies vereisen)
- Taalvaardigheden van patiënten en de behoefte aan een tolk
- Beroepsrisico's en -ziekten, werkhervatting
- Functiebeperking (verstandelijke beperkingen kunnen bv. de communicatie belemmeren)
- Milieufactoren (luchtvervuiling, lawaai, enz.)
- Materiële en sociale deprivatie (bv. inkomen of opleiding).



Ook stelden ze voor om risicoparameters op te nemen m.b.t. de kenmerken van het medische huis, zoals het aantal en type zorgverleners of het verloop van patiënten.

De **buitenlandse modellen** uit onze internationale vergelijking boden onvoldoende houvast bij de keuze van risicoparameters. De verscheidenheid in aantal en type risicoparameters is groot. De belangrijkste redenen voor de keuze van risicoparameters zijn de beschikbaarheid van gegevens, het vermijden van complexiteit en manipulatie, en de interpreteerbaarheid.

4.3.2. Diagnostische informatie om de gezondheidstoestand van patiënten te bepalen

De idee achter het gebruik van diagnostische informatie als risicoparameter is dat een bepaalde ziekte geassocieerd is met een verhoogde werklast. Uit onze internationale vergelijking viel echter het zeer uiteenlopende gebruik van diagnostische informatie als risicoparameter op. Ook de stakeholders hadden hierover tegenstrijdige meningen.

4.3.2.1. Op basis van ambulante geneesmiddelen

Voor sommige stakeholders volstaat het om de chronische aandoeningen die in het huidige model zijn opgenomen, als parameter te nemen voor de gezondheidstoestand. Deze aandoeningen worden afgeleid uit ambulant voorgeschreven geneesmiddelen (zie Tabel A.1 in Bijlage 1 van het wetenschappelijke rapport).

Tegen medicatiegebruik als (enige) indicator voor de gezondheidstoestand voerden andere stakeholders echter een aantal argumenten aan. Soms worden geneesmiddelen voorgeschreven om andere redenen dan voor hun hoofddoel. Dit kan leiden tot een overschatting van bepaalde diagnoses. Anderzijds worden niet alle (chronische) aandoeningen behandeld met medicatie of kan door een gerichte preventie (bv. via levensstijl bij risico op diabetes) medicatie vermeden worden, wat dan weer leidt tot een onderschatting van bepaalde diagnoses. Bovendien is het voor sommige diagnoses (bv. te hoge cholesterol) de bedoeling om het medicatiegebruik te verminderen. Het op die manier koppelen van medicatiegebruik aan diagnose zou efficiënte medische huizen kunnen benadelen.

4.3.2.2. Op basis van registratie door huisartsen

In ons land hebben het RIZIV of de ziekenfondsen geen toegang tot diagnostische informatie in de eerstelijnszorg. Uit onze internationale vergelijking (zie Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport) blijkt echter dat vele andere landen deze toegang wel hebben en dat ze deze informatie gebruiken om de vergoeding van de betrokken zorgverleners te berekenen.

De *International Classification of Primary Care* (ICPC - zie Kader 4 in Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport) is de meest gebruikte internationale classificatie voor medische informatie in de eerstelijnszorg. Ook de huisartsen in de Belgische medische huizen registreren hun diagnoses in het elektronisch patiëntendossier met ICPC-2 codes.

Deze gecodeerde diagnoses kunnen op twee manieren voor een financieringsmodel worden gebruikt. Een eerste optie is om een geselecteerd aantal diagnoses in het model op te nemen, zoals dat gebeurt in Frankrijk. De tweede optie is om diagnoses (vaak samen met andere kenmerken zoals leeftijd of geslacht) in een beperkt aantal groepen te clusteren en deze als risicoparameters op te nemen. Dit gebeurt momenteel in Denemarken, bepaalde regio's in Zweden, en in Catalonië (Spanje).

Een dergelijk systeem dat patiënten groepeerd volgens ziektelast is het *Adjusted Clinical Groups* (ACG) systeem. In 2018 publiceerden twee federaties (de Vereniging van Wijkgezondheidscentra en de *Fédération des Maisons Médicales*) een gezamenlijk rapport over het gebruik van het ACG-systeem door een steekproef van 37 van hun medische huizen met gegevens van 2015-2016.⁶ De resultaten van deze pilotstudie vindt u in Hoofdstuk 7 van het wetenschappelijke rapport. Voor een deel van de stakeholders is een systeem zoals de ACG's en het achterliggende algoritme echter als een zwarte doos. Ze vinden het realistischer om een beperkt aantal relevante aandoeningen te selecteren, op basis van de ervaringen in het buitenland, zoals diabetes, hart- en vaatziekten en geestelijke gezondheidsaandoeningen. In een aantal regio's in Zweden werd de toepassing of het gewicht van ACG's teruggeschroefd omwille van *upcoding* door de praktijken.



4.4. Uitdagingen bij de registratie van de werklast en de diagnoses

Er zijn in ons land al heel wat gegevens beschikbaar die nu al kunnen worden gebruikt als relevante risicoparameters. In Hoofdstuk 6 van het wetenschappelijke rapport vindt u een overzicht van de betrokken gegevensbronnen. Het overzicht is niet exhaustief, maar het is geruststellend dat een grote verscheidenheid aan potentiële risicoparameters getest kan worden, zodra gegevens (bv. over werklast of diagnoses) geregistreerd door de medische huizen beschikbaar worden. De gegevens zijn beschikbaar op verschillende niveaus: individueel, huishouden, statistische sector, enz. Zeker voor sociale factoren is het belangrijk om niet alleen variabelen op te nemen op het niveau van de individuele patiënt, maar ook op het niveau van een klein geografisch gebied. Natuurlijk moet de relevantie van elke risicoparameter worden beoordeeld in een nieuw model.

Volgens de stakeholders zijn niet alle medische huizen momenteel in staat om werklastgegevens op individueel patiëntniveau te registreren en te extraheren. Hetzelfde geldt voor gegevens over de gezondheidstoestand (zoals de ICPC-2 codes). Bovendien verschillen de registratiepraktijken en softwarepakketten tussen de medische huizen.

Er moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan, voordat alle medische huizen gegevens kunnen beginnen verzamelen. De gegevens moeten verifieerbaar zijn, mogen niet gevoelig zijn voor manipulatie of perverse prikkels, mogen de vertrouwelijkheid niet in gevaar brengen, enz. Bovendien moet de extractie ervan maximaal worden geautomatiseerd, om extra registratielast te voorkomen.

4.5. Pilootstudie met vrijwillig deelnemende medische huizen

Verschillende stakeholders stelden voor dat een steekproef van vrijwillig deelnemende medische huizen zou starten met de prospectieve registratie en extractie van activiteit-, diagnose- en andere gegevens.

Dergelijke pilootstudie heeft als voordeel dat de haalbaarheid van een uniforme gegevensregistratie en -extractie kan worden nagegaan. Om ervoor te zorgen dat ze bijdraagt tot een duidelijke definitie van variabelen die geregistreerd of geëxtraheerd moeten worden, is voldoende steun van de betrokken partijen nodig. Deze zijn de (federaties van de) medische huizen, het RIZIV, de ziekenfondsen en softwareontwikkelaars (van agenda en elektronisch patiëntendossier).

Na de pilootstudie zullen gegevens (activiteitgegevens en risicoparameters) van een representatieve steekproef nodig zijn om het nieuwe model verder te ontwikkelen. Voor de eigenlijke implementatie moet informatie over alle risicoparameters van alle medische huizen worden verzameld om de forfaits te kunnen berekenen. Aangezien werklastgegevens alleen nodig zijn voor de schatting van de gewichten van de risicoparameters, en niet voor de berekening van de forfaits zelf, zal het niet nodig zijn om elk jaar werklastgegevens in te zamelen. De verhouding tussen werklast en risicoparameters kan in principe gedurende een aantal jaren als stabiel worden beschouwd.

Bij de opzet van de pilootstudie moeten de volgende vragen (niet exhaustief) aan bod komen:

- Welke (soort) activiteit(en) moet worden geregistreerd?
- Moet de effectieve duur worden geregistreerd of moet de duur van een typische activiteit worden beoordeeld door experts?
- Hoe kan activiteitinformatie in elektronische agenda's worden gekoppeld aan individuele patiënten?
- Hoe kunnen de activiteitgegevens uit elektronische agenda's worden geëxtraheerd op een manier die de administratieve last tot een minimum beperkt, maar die de kwaliteit van de gegevens garandeert?



- Hoe kan de kwaliteit en uniformiteit van de codering van diagnostische informatie (ICPC-2) worden verbeterd? Voor alle soorten codes of voor een selectie ervan?
- Hoe kan diagnostische informatie uit elektronische patiëntendossiers worden geëxtraheerd op een manier die de administratieve last minimaliseert maar de kwaliteit van de gegevens garandeert?
- Hoe kan worden omgegaan met de wettelijke vereisten (vertrouwelijkheid) bij het verzamelen van individuele gezondheidsgegevens?



■ AANBEVELINGEN^c

Voor de ontwikkeling van een nieuw statistisch model voor het bepalen van de forfaitaire betaling van elk individueel medisch huis ontbreken op dit moment de nodige gegevens. Deze gegevens worden momenteel niet, of niet op een uniforme manier geregistreerd door de medische huizen.

Aan het RIZIV bevelen we aan om

1. een gefaseerde studie op te zetten om een nieuw statistisch model te ontwikkelen voor de berekening van de forfaitaire betaling van elk medisch huis.
 - In een eerste fase een **pilootstudie** om de haalbaarheid van een uniforme registratie en extractie van gegevens na te gaan. De pilootstudie wordt uitgerold in een steekproef van vrijwillig deelnemende medische huizen.
 - In een tweede fase een studie met een **representatieve steekproef** van medische huizen om het nieuwe model te berekenen. Dit betreft zowel informatie over werklust als patiëntgebonden risicoparameters.
2. een **technische werkgroep** samen te stellen die bestaat uit vertegenwoordigers van het RIZIV, de (federaties van) medische huizen, de ziekenfondsen, de ontwikkelaars van medische softwarepakketten en het KCE. Deze werkgroep heeft als opdracht om een voorstel uit te werken voor de definitie, registratie en extractie van gegevens voor de pilootstudie en de tweede fase met de representatieve steekproef. Op basis van het huidige rapport dienen minstens volgende vragen aan bod te komen:
 - Welk type activiteit moet worden geregistreerd?
 - Op welke manier kan informatie in de elektronische agenda (bv. over de tijdsduur van een patiëntcontact) gelinkt worden aan een individuele patiënt?
 - Op welke manier kan de kwaliteit van het coderen van ICPC-2 codes worden verbeterd?
 - Hoe kan de extractie van gegevens gebeuren met een minimale administratieve last maar met een maximale kwaliteit van de gegevens?

^c Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



- Op welke manier kan tegemoetgekomen worden aan wettelijke eisen, bv. met betrekking tot vertrouwelijkheid, bij het verzamelen van individuele gezondheidsgegevens?

De technische werkgroep dient voor minstens de volgende gegevens een voorstel voor registratie uit te werken:

- diagnostische informatie op basis van ICPC-2 codes
- aantal en tijdsduur van directe patiëntcontacten per type (consultatie, huisbezoek, enz.) en per type zorgverlener
- tijd besteed aan indirecte patiëntenzorg (bv. overlegmomenten voor individuele patiënt of groep van patiënten)
- nood aan communicatie-ondersteuning (bv. gebruik van een tolk).

Het is cruciaal dat de gegevensregistratie voldoende ruim is om verschillende statistische modellen te kunnen testen in de tweede fase.

Na ontwikkeling van het statistische model zal de werkgroep ook aanbevelingen moeten doen over de frequentie van de update van het statistische model.

3. het statistische model te **implementeren** bij alle medische huizen op basis van de verzameling van de uiteindelijk geselecteerde parameters.
4. een procedure op te zetten en indicatoren te ontwikkelen voor de **validatie van de volledigheid en de betrouwbaarheid** van de gegevensregistratie door de medische huizen.
5. bindende afspraken te maken met de ontwikkelaars van medische softwarepakketten voor de registratie en (eventueel geautomatiseerde) extractie van de gegevens.

Aan het RIZIV en de federaties van medische huizen bevelen we aan om

6. de medische huizen (financieel en/of logistiek) te ondersteunen bij hun deelname aan de pilootstudie (eerste fase) en representatieve steekproef (tweede fase).



■ REFERENTIES

1. RIZIV-INAMI. Een nieuw model voor de financiering en ondersteuning van uw huisartsenpraktijk (New Deal) [Web page]. [cited 25 March 2024]. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/new-deal-voor-de-financiering-van-de-huisartsenpraktijk>
2. KPMG Advisory. Audit inzake de organisatie, werking en kostenstructuur van medische huizen. November 2017. Available from: https://www.feprafo.be/images/doc/document/Audit_medische_huizenNL.pdf
3. Meeus P, Khalil A, Maton V. Health Professionals Report 2022 (Beta version). Capacity, Accessibility and Production. Speciality of Interest: General Practitioner. RIZIV-INAMI. Available from: https://www.healthybelgium.be/images/INAMI/Rapports/HealthcareProviders/HSR2022-General_Practitioner-Beta.pdf
4. Wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, B.S. 22 februari 2002.
5. Domus Medica. De forfaitaire praktijk [Web page]. [cited 25 March 2024]. Available from: <https://www.domusmedica.be/expertise/domein/praktijkorganisatie/forfaitair-betalingssysteem#:~:text=Het%20RIZIV%20omschrijft%20'medische%20huizen,hanteren%20om%20spraakverwarring%20te%20vermijden>
6. Fédération des Maisons Médicales (FMM) en Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC). Rapport: ACG® Studie. Toepassing van het ACG® Case-Mix System op wijkgezondheidscentra en 'maisons médicales' in België. Juli 2018.



COLOFON

Titel:	Forfaitaire betaling voor medische huizen in België – Deel 1: databehoeften – Synthese
Auteurs:	Carine Van de Voorde (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Nicolas Bouckaert (KCE), Pascale Jonckheer (KCE)
Project facilitator:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE), Emily Van Coolput (KCE)
Reviewers:	Justien Cornelis (KCE), Irina Odnoletkova (KCE), Ann Van den Bruel (KCE)
Externe experts:	Anders Anell (Lund University, Sweden), André Biscaia (Family Health Units National Association – USF-AN, Portugal), Cristina Colls (CatSalut, Spain), Carine Franc (Institut national de la santé et de la recherche médicale – Inserm, France), Shelley-Ann Girwar (Leiden University Medical Center, the Netherlands), Kim Rose Olsen (University of Southern Denmark, Denmark), Chris Salisbury (University of Bristol, United Kingdom), Erik Schokkaert (KU Leuven), Jens Søndergaard (University of Southern Denmark, Denmark), Matt Sutton (The University of Manchester, England), Ad Vermaas (Landelijke Huisartsen Vereniging, the Netherlands)
Stakeholders:	Mily Ampe (Feprafo), Koen De Maeseneir (Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)), Leon D'hulster (RIZIV – INAMI), Pierre Drielsma (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Thibault Gailliez (Alliance Nationale des Mutualités Chrésiennes), Hubert Jamart (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Alexandre Lardeur (INAMI – RIZIV), Marie Marganne (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Éva Meeùs (Médecine pour le Peuple), Tom Meeus (Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)), Benoit Mores (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Hans Nagels (RIZIV – INAMI), Sarah Nédélec (Feprafo), Elke Nerinckx (Feprafo), Lieve Peremans, (Feprafo), Patricia Polanco (Médecine pour le Peuple), Peter Ruyters (Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen), Moene Seuntjens (Feprafo), Bram Spinnewijn (Feprafo), Roger van Cutsem (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Joris Van Damme (Feprafo), Remco Van Hijningen (Feprafo), Veerle Vyncke (Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)), Nathan Wittock (Solidaris)
Externe validatoren:	Marc Bruijnzeels (Leiden University Medical Center, the Netherlands), Joeri Guillaume (Solidaris), Julien Mousquès (IRDES, France)
Acknowledgements:	Julia Bosman-Koenen (Nederlandse Zorgautoriteit, the Netherlands), Chris Brijis (Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ)), Sabine Corachan (KCE), Stephan Devriese (KCE), Pieter Dewitte (Statbel), Jan De Maeseneer (UGent), Annelies De Schrijver (Statbel), Hubert Jamart (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Michel Lejeune (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Luc Lenel (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Patrick Lusyne (Statbel), Arno Pauwels (Sciensano), Kelly Sabbe (KCE), Estibaliz San Anton (Fédération des Maisons Médicales (FMM)), Isabelle Savoye (KCE), Aline Scohy (Sciensano), Veerle Vyncke (Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC))



Belangen KCE experten:	We willen expliciet Rodrigo Ruz Torres (INAMI – RIZIV) bedanken voor zijn bijdrage aan dit rapport. Het KCE is een federale instelling die wordt gefinancierd door het RIZIV, door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De opdracht van het KCE bestaat erin de beleidsmakers te adviseren over beslissingen inzake gezondheidszorg en ziekteverzekering op basis van wetenschappelijk en objectief onderzoek. Het moet de best mogelijke oplossingen identificeren en belichten, in het kader van een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, rekening houdend met de groeiende vraag en de budgettaire beperkingen. Het KCE heeft geen belangen in bedrijven (commerciële of niet-commerciële, d.w.z. ziekenhuizen en universiteiten), verenigingen (bv. beroepsverenigingen, vakbonden), personen of organisaties (bv. lobbygroepen) die door de uitvoering van de aanbevelingen positief of negatief (financieel of anderszins) zouden kunnen worden beïnvloed. Alle experten die betrokken waren bij het schrijven van het verslag of het peer-reviewproces hebben een belangenverklaring ingevuld. Informatie over mogelijke belangenconflicten staat in de colofon van dit verslag. Alle leden van het team van KCE-experten leggen jaarlijks een belangenverklaring af en nadere gegevens daarover zijn op verzoek verkrijgbaar.
Gemelde belangen:	Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict.
Layout:	Joyce Grijseels, Ine Verhulst
Disclaimer:	• De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan. • Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidssysteem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan. • Tot slot werd dit rapport met meerderheid van stemmen goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur). • Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.
Publicatiedatum:	27 juni 2024
Project nummer:	2020-06-HSR
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Primary Health Care; Capitation Fee; Risk Adjustment; Group Practice



NLM classificatie: W 84.6
Taal: Nederlands
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2024/10.273/35
ISSN: 2466-6432
Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

Van de Voorde C, Lefèvre M, Detollenaere J, Bouckaert N, Jonckheer P. Forfaitaire betaling voor medische huizen in België – Deel 1: databehoeften – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 385As. D/2024/10.273/35.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
<https://doi.org/10.57598/R385AS>