



Beleidscel – RIZIV

Audit inzake de organisatie, werking en kostenstructuur van medische huizen

KPMG Advisory

Voorstelling 22 januari 2018

Voorafgaande opmerkingen

- De resultaten uit dit rapport zijn gebaseerd op de enquête afgenomen van 160 medische huizen (responsgraad 91%), alsook door KPMG uitgevoerde gesprekken met medische huizen en belangrijke stakeholders in de sector (federaties, verzekeringsinstellingen, RIZIV, etc.) (cf. bijlage 3.1 voor overzicht geïnterviewde partijen). Bijgevolg zijn ze onderhevig aan de beperkingen die inherent verbonden zijn aan deze informatie.
- De aard van de hierna beschreven uitgevoerde werkzaamheden brengt met zich mee dat op het genoemde cijfermateriaal geen revisorale controle is uitgevoerd. Onze bevindingen zijn gebaseerd op en beperkt tot de hierna vermelde werkzaamheden, alsmede op basis van de aan ons ter beschikking gestelde informatie en informatie verkregen uit interviews.
- KPMG verbindt zich ertoe de gegevens waarvan het inzage heeft gekregen tijdens de uitvoering van de opdracht, als strikt vertrouwelijk te beschouwen. De Beleidscel en het RIZIV beslissen welke informatie al dan niet kan worden bekend gemaakt en met wie die vertrouwelijke informatie al dan niet uitgewisseld kan worden. Dit document mag dan ook op geen enkele wijze verder verspreid worden zonder voorafgaandelijke toestemming van de Beleidscel en het RIZIV.
- KPMG accepteert geen enkele verantwoordelijkheid voor het gebruik van dit rapport voor enig ander doel dan het doel waarvoor het rapport is opgesteld. KPMG aanvaardt geen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor het gebruik van het rapport door een partij anders dan de opdrachtgever.
- KPMG wenst de Beleidscel en het RIZIV, alsook de geconsulteerde organisaties te bedanken voor de geleverde inspanningen.

Executive summary

Voorliggend rapport kadert in de beleidsevaluatie gevraagd door de Federale Regering (20 oktober 2016) in de vorm van een audit inzake de organisatie, werking en kostenstructuur van medische huizen, teneinde het systeem te verbeteren. De audit focust enkel op de eerstelijnszorg in het forfaitair financieringssysteem en omvat bijgevolg geen enkele vergelijking met de eerstelijnszorg in het per prestatie systeem (noch inzake de werking, noch inzake financiële gegevens (kosten, financieringsbronnen, etc.)). De opdracht betreft een beschrijvende audit op basis van een enquête en interviews. Op basis van de resultaten van de audit kunnen beleidslijnen uitgezet worden voor de toekomst.

Een **medisch huis** wordt door het KB van 3/07/1996 gedefinieerd als een zorgverlener of een groep van zorgverleners die geneeskundige verstrekkingen verleent en die voor deze verstrekkingen een **forfaitaire betaling** ontvangt. Per patiënt, die zich naar eigen keuze laat inschrijven, wordt deze vaste betaling maandelijks toegekend aan de zorgverleners door de verzekeringsinstellingen, ongeacht het aantal zorgprestaties dat aan de patiënt wordt verleend. Er wordt door de patiënt zelf geen remgeld meer betaald. Het forfait dat een medisch huis ontvangt, hangt af van het type populatie van patiënten die ingeschreven zijn in dit medisch huis (onder meer van het sociale statuut, de leeftijd, chronische aandoening, etc.).

Teneinde een kwalitatieve beleidsevaluatie van de werking, organisatie en kostenstructuur van de medische huizen te kunnen uitvoeren, werden in dit onderzoek verschillende aspecten in kaart gebracht, onder meer aangaande algemene **kenmerken** van medische huizen (ligging, maturiteit, aantal en type zorgverleners, etc.), het **patiëntenbestand** (grootte patiëntenbestand en patiënten profiel), de **organisatie** van de dienstverlening (ondernemingsvormen, doorverwijzingsbeleid, in- en uitschrijvingsbeleid, preventiebeleid en opleidingen), de **werkingskosten** en **financieringsbronnen** en **optimalisatie** van de ingezette middelen (onder meer competenties van zorgverleners, samenwerkingsvormen met mogelijkheid tot efficiëntiewinsten).

Om bovenstaande aspecten in kaart te kunnen brengen, heeft KPMG zich voornamelijk gebaseerd op de **resultaten van de enquête en de interviews** met zowel stakeholders als medische huizen. De stakeholdersinterviews hadden als voornaamste doel om een overkoepelend beeld te krijgen van het huidig kader waarin de medische huizen opereren. Tijdens de interviews met een selectie van medische huizen werd er voornamelijk getracht de kwalitatieve aspecten van de organisatie in kaart te kunnen brengen, daar waar er door middel van de enquête grotendeels kwantitatieve informatie werd verzameld.

Van de 175 medische huizen in België werd de enquête door **160 medische huizen**¹ ingevuld (ofwel een responsgraad van 91%). Desalniettemin werden niet alle vragen in de enquête beantwoord door de 160 respondenten, waardoor de responsgraad op sommige vragen lager ligt en op basis hiervan geen representatieve conclusie geformuleerd kon worden.

Doorheen het rapport worden analyses voornamelijk gegroepeerd in 3 clusters:

- **Ligging:** medische huizen in België zijn voornamelijk in **stedelijke** gebieden gevestigd (88%), meer bepaald in arrondissement Brussel-Hoofdstad, Luik en Gent (101 medische huizen of 58%). Uit de interviews blijkt dat medische huizen zich vaak vestigen in **huisartsarme gebieden** alsook vaak in **kansarme gebieden** om daar de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg te bevorderen.
- **Maturiteit:** van de 160 medische huizen die de enquête hebben ingevuld, is de **grote meerderheid matuur**² (86%). Tijdens de interviews werd aangegeven dat voornamelijk Brussel een grote opkomst aan nieuwe medische huizen heeft gekend de laatste jaren, wat uit de enquêteresultaten voornamelijk blijkt in de periode 2007-2015. De laatste 2 jaar is de opkomst aan nieuwe medische huizen meer verdeeld over de verschillende gewesten. De **meest mature medische huizen** (>10 jaar in forfaitair systeem) zijn voornamelijk in het **Waals Gewest** gevestigd.
- **Federatie:** in België bestaan er 4 federaties waarbij medische huizen zich kunnen aansluiten:
 - **Fédération des Maisons Médicales (FMM)**: deze federatie telt het meeste leden, en heeft bijgevolg ook het grootste aandeel in de responsgraad van de enquête (52,5%), alsook het grootste aandeel in het totaal aantal patiënten (51%).
 - **Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)**: 18% van de responsgraad op de enquête zijn leden van VWGC en vertegenwoordigen 20,5% van het totaal aantal patiënten.
 - **Federatie van eerstelijnspraktijken met forfaitaire financiering (Feprafo)**: Feprafo is, na Geneeskunde voor het Volk, de kleinste federatie en vertegenwoordigt een responsgraad van 12% met 14% van het totaal patiëntenbestand. Deze federatie is het jongst en werd opgericht in 2013.
 - **Geneeskunde Voor Het Volk (GVHV)**. Deze federatie heeft aangegeven niet deel te nemen aan de audit, waardoor er bijgevolg geen leden van

¹ Van 15 medische huizen werd geen ingevulde enquête ontvangen, waarvan 11 medische huizen lid zijn van Geneeskunde voor het Volk. Deze federatie heeft aangegeven niet deel te nemen aan de audit. Van de overige vier medische huizen die de enquête niet invulden, werd een interview afgenomen om alsnog de werking en organisatie van deze medische huizen in kaart te kunnen brengen.

² Men spreekt van een matuur medisch huis wanneer "sedert minstens twee jaar een akkoord bestaat waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen en een stabiele populatie, groep van rechthebbenden die minstens één jaar ingeschreven zijn, van minstens 500 rechthebbenden telt". KB van 23 April 2013 tot uitvoering van art.52, § 1, m.b.t. de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen – Art.1

deze federatie tot de respondenten behoren. Op basis van statistieken van het IMA hadden deze leden in 2016 een totaal patiëntenbestand van 23.492 patiënten (6,44% van het totaal patiëntenbestand in 2016). In de bevindingen die volgen wordt bijgevolg met “federaties” bedoeld alle federaties behalve Geneeskunde Voor het Volk.

28 medische huizen, of 17,5% van de responsgraad, zijn **geen lid van een federatie** en vertegenwoordigen 14,5% van het totaal aantal patiënten. Uit de interviews blijkt dat er de laatste jaren nieuwe types medische huizen worden opgericht, waarin de voornaamste evolutie de **stijging in het aantal centra zou zijn die niet zijn aangesloten bij een federatie**, voornamelijk in Brussel. Medische huizen die niet zijn aangesloten bij een federatie gaven als voornaamste redenen hiervoor het niet eens zijn met de “**politieke visie**” en/of “**ideologie**” binnen de federaties, maar voornamelijk de **prijs van het lidmaatschap**.

Tijdens de interviews werd door medische huizen die zijn aangesloten bij een federatie aangegeven dat deze een meerwaarde zouden zijn, onder meer op vlak van **informatiedeling, kennisdeling, vorming, belangenverdediging, etc.** Vooral voor een **opstartend medisch huis** blijkt de aansluiting bij een federatie onmisbaar te zijn.

Naast bovenvermelde karakteristieken (ligging, maturiteit, federatie) wordt in voorliggend rapport eveneens het aantal disciplines in kaart gebracht binnen de respondenten, het patiëntenbestand en –profiel, vennootschapsvorm, doorverwijzingsbeleid, etc. In wat volgt worden telkens enkele belangrijke bevindingen hieromtrent samengevat.

Disciplines

Uit de enquêteresultaten blijkt dat **72%** van de respondenten **alle 3 de disciplines** (huisartsengeneeskunde, kinesitherapie, verpleegkunde) aanbiedt binnen hun medisch huis. **Kinesitherapie** is echter een discipline waarbij medische huizen op basis van de interviews **moeilijkheden** zouden ondervinden om deze aan te bieden, meer bepaald door het niet in staat zijn een **voltijdse tewerkstelling** aan te bieden, het grote aantal **specialisaties** binnen deze discipline en een **gebrek aan benodigde infrastructuur**.

Het **aantal disciplines** blijkt op basis van de enquête gerelateerd te zijn aan de **maturiteit** van een medisch huis: mature medische huizen bieden gemiddeld meer disciplines aan dan niet-mature medische huizen. Ook uit interviews blijkt dat het opzetten van een multidisciplinaire praktijk vaak pas verwezenlijkt wordt **na verloop van tijd**, wanneer het medisch huis binnen het forfaitair systeem een zekere stabiliteit en klantenbestand heeft kunnen opbouwen. Volgens verschillende geïnterviewde

medische huizen zou het aanbieden van meerdere disciplines in een medisch huis wel cruciaal zijn om voldoende zorgkwaliteit te kunnen bieden aan de patiënten.

Andere personeelsleden

Naast zorgverleners in de 3 disciplines, blijkt uit de enquêteresultaten dat medische huizen vaak nog andere zorgverleners en ondersteunende werknemers tewerkstellen, waarvan de meest voorkomende **huisartsen in opleiding (HAIO)**. Medische huizen in het **Brussels Hoofdstedelijk Gewest** hebben op basis van de enquêteresultaten gemiddeld meer **HAIO's** per 1000 patiënten dan de medische huizen in de andere gewesten.

Naast huisartsen in opleiding zijn de meest voorkomende **andere type profielen** (bijvoorbeeld ondersteunend aan zorgverleners) **maatschappelijk assistent en gezondheidspromotor**. Uit de enquête blijkt eveneens dat een **psycholoog** vaak mee wordt opgenomen in het zorgaanbod. Deze diensten worden hetzij gratis aangeboden aan de patiënt, hetzij tegen betaling (vaak een symbolische vergoeding). Het belang van deze medewerkers blijkt eveneens sterk uit de interviews, waar er vooral gewezen wordt op het feit dat patiënten medische huizen niet enkel voor medische zorgen contacteren (zeker in wijken met veel anderstalige en/of achtergestelde patiënten), maar vaak ook voor andere zaken waaronder psychische problemen, problemen m.b.t. sociale huisvesting, moeilijkheden met het in orde brengen van de ziekteverzekering, taalproblemen, etc. Andere zorgprofielen zoals tandartsen, logopedisten, etc. hebben wel een nomenclatuur en werken binnen medische huizen vaak tegen derdebetalersregeling.

Daarnaast blijkt uit de enquêteresultaten dat 90% van de respondenten **ondersteunend personeel** in dienst heeft voor de administratie, alsook 94% van de respondenten (een) onthaalmedewerker(s) tewerkstelt. De ondersteuning van onthaal en administratie zou op basis van de interviews een grote meerwaarde zijn binnen medische huizen, waardoor zorgverleners zich beter zouden kunnen **toeleggen op zorgtaken** en de kwaliteit van de zorg beter gegarandeerd zou kunnen worden.

Patiëntenbestand

Uit de enquêteresultaten blijkt dat 34% van de respondenten een patiëntenbestand heeft tussen **2000-3000 patiënten**. In de 3 gewesten zijn medische huizen van verschillende groottes inzake patiëntenbestand gevestigd (zowel <500 als >6000), waarvan in Brussel 66% van de respondenten een patiëntenbestand heeft tussen 1000 en 3000 patiënten, in Vlaanderen 63% van de respondenten en in Wallonië 59% van de respondenten. Er is een beperkt aantal respondenten met een patiëntenbestand **hoger dan 4000 patiënten**. Dit aandeel is het grootst bij de respondenten die reeds langer dan 20 jaar actief zijn in het forfait (20%). Tijdens interviews werd door enkele medische huizen aangegeven dat een **te groot patiëntenbestand een negatieve impact kan hebben op de efficiënte werking** en

zorgcontinuïteit binnen een medisch huis. Vanuit deze reden zouden dergelijke grote medische huizen mee andere medische huizen oprichten in de wijk (bijvoorbeeld in Gent) om het patiëntenaantal beheersbaar te houden.

In de **niet-mature medische huizen** kan er **meer variatie** onder de respondenten vastgesteld worden op het vlak van de grootte van het patiëntenbestand. Uit de interviews blijkt dat niet-mature medische huizen met een groot patiëntenbestand vaak **'overgeschakeld'** zijn naar het forfaitair systeem **vanuit een bestaande (groeps-) praktijk** waarbij hun huidig patiëntenbestand (deels) mee zou overgegaan zijn van het per prestatie naar het forfaitair systeem.

Verder werd eveneens de **capaciteit** binnen de respondenten in kaart gebracht, meer bepaald het **aantal patiënten per VTE zorgverlener**. Op basis van de enquête blijkt dat het **aantal patiënten per huisarts** niet significant verschilt tussen de gewesten en gemiddeld rond de 673 patiënten per VTE huisarts ligt. Daarnaast blijkt dat het **gemiddeld aantal patiënten per VTE huisarts in zeer beperkte mate stijgt naarmate het patiëntenbestand groter wordt**. Vanaf een patiëntenbestand van 4000 patiënten stijgt het gemiddeld aantal patiënten per VTE huisarts niet meer in diezelfde mate. Op basis van de enquête en de interviews blijkt dat er **minder patiënten per VTE huisarts zijn in landelijke gebieden** door het groter aandeel oudere patiënten en het grotere aandeel huisbezoeken in deze regio. Tijdens de interviews werd meermaals gewezen op het belang van een **goede balans** tussen het aantal patiënten per VTE huisarts, teneinde de nodige zorgkwaliteit en –continuïteit te vrijwaren.

Voor de disciplines verpleegkunde en kinesitherapie kan daarnaast worden vastgesteld dat het **aantal contacten per VTE zorgverlener stijgt naarmate de maturiteit van de respondent stijgt**, hoewel het aantal patiënten per VTE kinesitherapeut en verpleegkundige niet toeneemt naarmate de maturiteit van een medisch huis stijgt.

Hoewel het aantal aangeboden disciplines niet verschilt naargelang het aantal patiënten, is er wel een significant verschil merkbaar in het aantal andere types zorgverlening die worden aangeboden. **Hoe meer patiënten ingeschreven zijn bij de medische huizen, hoe meer andere types zorgverlening aangeboden worden.**

Patiënten profiel

In dit rapport werden de enquêteresultaten voor bepaalde analyses aangevuld met statistieken verkregen via het IMA (InterMutualistisch Agentschap) zodoende het **patiënten profiel** van de medische huizen in kaart te kunnen brengen, onder meer de gemiddelde leeftijd van patiënten, het aantal verhoogde tegemoetkomingen en chronisch zieken. Hieruit blijkt dat de **gemiddelde leeftijd van patiënten in het Waals Gewest hoger** ligt dan in de 2 andere gewesten. Op vlak van **maturiteit** zijn er

gemiddeld jongere patiënten ingeschreven in **niet-mature** medische huizen. Dit blijkt tevens uit de positieve correlatie tussen de **gemiddelde leeftijd van de huisartsen per medisch huis en de gemiddelde leeftijd van de patiënten**. Bovenstaande vaststelling werd tevens bevestigd tijdens de interviews door enkele medische huizen, mede ook omwille van het feit dat deze medische huizen meer **jongere zorgverleners** zouden tewerkstellen en patiënten zouden “meegroeien” met hun huisarts.

Tevens werd nagegaan of bepaalde karakteristieken van het patiënten profiel een impact hebben op het aantal VTE zorgverleners en het aantal contacten binnen de respondenten. Hieruit blijkt dat een **hogere gemiddelde leeftijd** van patiënten van een medisch huis, **niet noodzakelijk een hoger aantal VTE huisartsen** binnen dat medisch huis impliceert.

Er kan echter wel een beperkte positieve correlatie vastgesteld worden tussen de **gemiddelde leeftijd van patiënten en het aantal VTE verpleegkundigen**. Deze bevinding zou kunnen betekenen dat er meer verpleegkundigen in dienst genomen worden wanneer de gemiddelde leeftijd van patiënten hoger is. Dit zou mogelijks kunnen impliceren dat deze patiënten een hogere verpleegkundige zorgnood met zich mee zouden brengen (bijvoorbeeld meer thuiszorg voor oudere patiënten).

Tevens werd een significante positieve correlatie vastgesteld tussen het aantal contacten per VTE kinesitherapeut en verpleegkundige en de gemiddelde leeftijd van patiënten, wat zou kunnen betekenen dat **oudere patiënten meer contacten met kinesitherapeuten en verpleegkundigen** vergen. Dit wordt eveneens bevestigd tijdens de interviews en de enquête, alsook dat oudere patiënten in grotere mate kunnen kampen met **chronische aandoeningen**. Ook voor chronische aandoeningen kan er een stijging vastgesteld worden in het aantal patiënten naarmate de **maturiteit** van een medisch huis stijgt. De meest mature huizen zijn gevestigd in Brussel en Wallonië en zijn lid van FMM, waar bijgevolg het hoogst aantal chronisch zieken wordt waargenomen. Enkel voor verpleegkundigen blijkt er een significante positieve correlatie te zijn tussen het aantal VTE en het aantal patiënten met een chronische aandoening, met andere woorden een groter aantal chronisch zieken kan mogelijks zorgen voor een hogere tewerkstelling van het aantal **VTE verpleegkundige**.

Tevens werd het aantal patiënten met **verhoogde tegemoetkoming** in kaart gebracht binnen de respondenten. Op basis van de statistieken verkregen via het IMA blijkt **42% van het totaal patiëntenbestand** van de respondenten een verhoogde tegemoetkoming te krijgen. Bijna de helft van de patiënten ingeschreven in medische huizen in Brussel ontvangt een verhoogde tegemoetkoming. Dit werd eveneens aangehaald tijdens de interviews, waar er meermaals werd gewezen op de **kansarme populatie** binnen medische huizen en de **hogere zorgnood** die hiermee gepaard gaat. Echter, het aantal VTE huisartsen stijgt niet naarmate er meer patiënten met een verhoogde tegemoetkoming zijn ingeschreven. Wel blijkt er een significante negatieve

correlatie te zijn tussen de gemiddelde leeftijd en het aantal patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, wat kan wijzen op een jongere leeftijd van patiënten met een verhoogde tegemoetkoming.

Vennootschapsvorm

Naast het patiëntenbestand werd eveneens de organisatie van de dienstverlening in kaart gebracht aan de hand van de enquête en afgenomen interviews, waaronder het type **vennootschapsvorm**. De meest voorkomende vennootschapsvorm binnen het forfaitair systeem blijkt een **VZW** structuur te zijn. Echter, er kan wel een **dalende trend** vastgesteld worden in de oprichting van medische huizen met een VZW structuur over de jaren heen. Voornamelijk in de laatste 2 jaar zijn er zichtbaar **meer BVBA's** opgericht in vergelijking met voorgaande jaren, alsook andere vennootschapsvormen. Deze bevinding werd tevens bevestigd tijdens de interviews met stakeholders. Daar waar een VZW structuur bij bepaalde federaties een vereiste is voor medische huizen, stelt Feprafo de vrijheid van rechtspersoon voorop. Bovendien werd er eveneens vastgesteld dat een groot deel van de niet-mature medische huizen niet aangesloten zijn bij een federatie, en dus eveneens de vrijheid van rechtspersoon hebben.

Doorverwijzingsbeleid

Verder werd tevens op basis van de enquête en interviews getracht het **doorverwijzingsbeleid** in kaart te brengen. Hieruit blijkt dat de informatie inzake aantal **doorverwijzingen nauwelijks tot niet geregistreerd** wordt in de gebruikte systemen, waardoor er slechts een beperkt inzicht bekomen kan worden in het aantal doorverwijzingen naar andere zorgverleners (zowel in eerste, als tweede en derde lijn). De meeste medische huizen gaven tijdens de interviews aan wel bereid te zijn en het relevant te vinden dit in de **toekomst te registeren** (onder het motto “meten is weten”) **mits een goede interpretatie van deze gegevens**, daar waar andere medische huizen opmerkten dat er reeds zeer veel geregistreerd wordt en moet worden, wat de administratieve werklast van zorgverleners verhoogt.

Samenwerking

Uit de enquête blijkt dat er voornamelijk wordt samengewerkt met externe diensten inzake de **wachtdienst, verpleging en thuisverzorging**. Uit de enquêteresultaten blijkt dat het aangaan van externe samenwerkingen in het kader van **wachtdiensten stijgt naarmate de maturiteit** stijgt. Tijdens de interviews werd aangegeven door enkele medische huizen in Brussel dat het inschrijven in de wachtdienst wel verplicht is in Brussel, maar de effectieve uitvoering van wachtdiensten niet.

Verder blijkt uit de enquête dat **strategische samenwerkingen** tussen medische huizen het vaakst voorkomen, gevolgd door **samenwerking op vlak van kennis**

(opleidingen en good practices). **Financiële samenwerkingen** zouden het vaakst aangegaan worden door **niet-mature** medische huizen.

Alle huidige samenwerkingsvormen zouden op basis van de enquêteresultaten leiden tot **efficiëntiewinsten**, in mindere mate de samenwerkingen op vlak van continuïteit (wachtdiensten etc.) aangezien deze minder tot doel hebben om efficiëntiewinsten te behalen in vergelijking met de andere samenwerkingsvormen. Tijdens de interviews werd eveneens op het belang van de **interne organisatie** van een medisch huis gewezen voor het behalen van efficiëntiewinsten. Voornamelijk de **multidisciplinariteit**, meer bepaald de **taakdelegatie** naar verpleging en andere profielen (psychologen, maatschappelijk assistenten, etc.) kunnen tot grote efficiëntiewinsten leiden, alsook het in dienst hebben van **ondersteunend en administratief personeel** om het onthaal en telefonische contacten op te vangen.

In- en uitschrijvingsbeleid

Ook het **in- en uitschrijvingsbeleid** werd onder de loep genomen in het kader van deze studie. Op basis van de enquête blijken de voornaamste **redenen voor de weigering van een inschrijving** te zijn dat patiënten niet in het **werkingsgebied** wonen of dat het **maximum aantal patiënten** binnen het medisch huis bereikt is (om een goede zorgkwaliteit en –continuïteit te kunnen blijven bieden aan het huidig patiëntenbestand). Bij medische huizen die genoodzaakt waren een **patiëntenstop** in te voeren, worden kinderen en familieleden van ingeschreven leden wel nog aanvaard.

Mogelijke **manieren** die tijdens de interviews werden aangehaald om na te gaan **welk type patiënten geweigerd** of uitgeschreven worden, zijn onder meer het nagaan van het patiënten profiel van deze patiënten (op basis van gegevens van de ziekteverzekering van deze patiënt), reden van weigering registeren en meegeven (bijvoorbeeld door middel van een soort attest) met de geweigerde patiënt, het opzetten van een **ombudsdienst / klachtendienst** (bijvoorbeeld binnen de mutualiteiten), het sturen van “pseudo-patiënten”, etc.

Hoewel **verhuizing** als voornaamste reden wordt opgegeven voor **uitschrijvingen**, blijken medische huizen op basis van de interviews hier vaak enkel op de hoogte van te zijn indien de patiënt in kwestie deze informatie zelf heeft doorgegeven. Dit wordt echter door veel patiënten niet gedaan.

In deze context is het **afbakenen van het werkingsgebied** een belangrijk aspect. Tijdens de interviews werd door een medisch huis aangegeven dat dit werkingsgebied echter **voldoende flexibel** dient te zijn, maar eveneens niet te ruim om **huisbezoeken** of verplaatsing van minder mobiele patiënten niet te bemoeilijken. Vaak blijkt er een **beperkte overlapping te zijn in de werkingsgebieden** van medische huizen gevestigd in eenzelfde stad, maar dit zou op basis van de interviews niet steeds zo

zijn. Tijdens de interviews werd immers aangegeven dat medische huizen soms zeer dicht bij elkaar zouden opgericht worden (bijvoorbeeld minder dan 1 km) waardoor er in de desbetreffende wijken veel aanbod zou zijn en het patiëntenbestand binnen de bestaande medische huizen traag zou aangroeien. Dit kan bijgevolg een impact hebben op de **efficiëntie van de organisatie** en werking van de bestaande medische huizen (door het kleiner patiëntenbestand). Het kan bijgevolg aangewezen zijn om een **duidelijke omschrijving / definitie te formuleren** van wat een werkingsgebied dient te zijn.

Financieringsbronnen en werkingskosten

Naast de organisatie en de werking werden tevens de financieringsbronnen en werkingskosten in kaart gebracht aan de hand van de enquêteresultaten en informatie inzake betalingen vanuit het RIZIV. De werking van medische huizen binnen het **forfaitair systeem** kan ondersteund worden met **verschillende financieringsbronnen en –mechanismen** zijnde **forfaitaire vergoedingen**, vergoedingen in het kader van **Maribel** en **diverse vergoedingen** ontvangen vanuit lokale, provinciale, regionale en federale overheden. Medische huizen in het **Brussels Hoofdstedelijk Gewest** maken verhoudingsgewijs het minst gebruik van vergoedingen in het kader van **Maribel**. Ook bij medische huizen aangesloten bij **Feprafo** en **niet aangesloten** medische huizen is het belang van deze financieringsbron beperkt.

De **financiering per patiënt** bestaat gemiddeld voor 81% uit forfaitaire vergoedingen. De vergoedingen in het kader van Maribel bedragen gemiddeld 12% van de financiering per patiënt en de diverse vergoedingen 7%. De forfaitaire vergoeding per verzekerde patiënt bedraagt gemiddeld in 2016 € 382. Uitgesplitst over de gewesten, is deze gemiddeld het hoogst voor medische huizen in Wallonië.

Verschillende medische huizen gaven tijdens de interviews aan dat de huidige **berekening van het forfait niet de correcte variabelen bevat**, waardoor het budget niet correct verdeeld zou worden. Deze respondenten gaven onder meer aan dat de meerkost van verpleegkundige forfaits B en C en E-pathologie, de anderstaligheid, geestelijke gezondheidsproblematiek van de patiënten en preventie te weinig in rekening worden gebracht bij de verdeling van het budget. Tijdens de interviews werd aangegeven dat er nood is aan een **gedegen meetinstrument** om de **zorgnood van de populatie** binnen elk medisch huis in kaart te kunnen brengen, teneinde de verdeling van het forfaitair budget hier beter op af te kunnen stemmen.

Tijdens de interviews werd eveneens aangegeven dat de **elementen opgenomen in het GMD een bron** zouden kunnen zijn om variabelen te bepalen voor de berekening van het forfait. Dit zou eveneens de registratie en kwaliteit van de GMD's kunnen bevorderen. Ook de termijn voor de **aanpassing van de forfaitaire vergoeding** (wanneer medische huizen overgaan van niet-matuur naar matuur) en de afstemming

tussen de **regelgeving** op de **verschillende niveaus** (federaal vs. regionaal) zouden op basis van de interviews voor verbetering vatbaar zijn.

Binnen de **kostenstructuur van medische huizen** vormen de **personeelskosten** de belangrijkste kostensoort. De kosten per patiënt bestaan gemiddeld voor 88% uit **personeelskosten**, waarvan gemiddeld meer dan 60% personeelskosten voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen (MKI) betreft. De **niet-personeelsgerelateerde kosten** bedragen gemiddeld 12% van de kosten per patiënt. Binnen deze niet-personeelsgerelateerde kosten vormen de gebouwkosten de belangrijkste kostensoort (meer dan 60%).

De gemiddelde totale **financiering per patiënt** bedraagt in 2016 € 455 ten opzichte van een gemiddelde totale **kosten per patiënt** van € 396. Daarnaast bedraagt het gemiddelde forfait per verzekerde patiënt € 382 ten opzichte van een gemiddelde MKI personeelskost van €226. Medische huizen met **meer dan 4000 patiënten** hebben gemiddeld een **lagere kost per patiënt** dan medische huizen met een kleiner patiëntenbestand.

Optimalisatie van de ingezette middelen

Als laatste onderdeel in het rapport werd de optimalisatie van de middelen in kaart gebracht. In dit kader gaven 120 respondenten (75%) aan patiënten door te sturen tussen de artsen binnen het medisch huis zodoende de **specifieke competenties** (bijvoorbeeld diabetes, tabacologie, etc.) te **optimaliseren**. Dit blijkt voornamelijk te gebeuren binnen **mature huizen**, mede ten gevolge van een hoger aantal VTE zorgverleners in mature medische huizen (en er bijgevolg meer competenties intern aanwezig kunnen zijn).

Ook binnen het gebruik van **elektronische applicaties** blijken optimalisaties aangewezen op basis van de interviews. Op basis van de enquête blijkt dat er voornamelijk gebruik gemaakt wordt van Pricare, HealthOne, Epicure en Medidoc voor het beheer en het delen van patiëntengegevens. Zowel voor het beheer van het EMD, eHealth, Vitalink en Recip-e blijkt Pricare de meest gebruikte applicatie te zijn.

Tijdens de interviews werd meermaals opgemerkt dat de functionaliteiten in de applicaties voor het beheer van het GMD echter vaak te beperkt zijn. Er blijkt tevens een nood te zijn aan een **standaardisatie en uniformisering** van de huidige applicaties teneinde een goede deling van informatie tussen zorgverleners (zowel in de eerste als in de tweede lijn) te bewerkstelligen. In deze context kan een **vergelijking van de verschillende applicaties** alsook lopende initiatieven op diverse overheidsniveaus aangewezen zijn, om deze op vlak van functionaliteit, volledigheid, registratiemogelijkheden, gebruiksvriendelijkheid etc. te kunnen evalueren indien men de datakwaliteit en –registratie beter wenst op te volgen en bijkomende analyses in de sector mogelijk wenst te maken.



Tot slot kan er geconcludeerd worden dat bovenstaande samenvatting en onderhavig document inzicht biedt in de huidige werking en organisatie van medische huizen, wat het maken van toekomstige beleidsbeslissingen zou kunnen faciliteren en ondersteunen.

Inhoudstafel

1	Inleiding	1
2	Onderzoeksresultaten	6
2.1	Karakteristieken van de medische huizen	7
2.1.1	Algemeen	7
2.1.2	Zorgverlening	16
2.1.2.1	Disciplines	17
2.1.2.1.1	Aantal disciplines binnen medische huizen	17
2.1.2.2	Andere types zorgverlening	21
2.1.2.2.1	Aantal andere types zorgverlening	21
2.1.3	Andere ondersteunende personeelsleden	24
2.2	Patiëntenbestand	26
2.2.1	Algemeen	27
2.2.2	Aantal patiënten vs. aantal zorgverleners	32
2.2.2.1	Aantal patiënten per discipline	32
2.2.2.2	Aantal contacten per discipline	40
2.2.2.3	Andere types zorgverlening	45
2.2.2.4	Andere ondersteunende personeelsleden	50
2.2.3	Patiënten profiel	54
2.2.3.1	Geslacht	54
2.2.3.2	Leeftijd patiënten	55
2.2.3.3	Chronisch zieken	62
2.2.3.4	Verhoogde tegemoetkomingen	68
2.2.3.5	Eénoudergezinnen	74
2.2.3.6	Code gerechtigde	77
2.3	Organisatie van de dienstverlening	78
2.3.1	Ondernemingsvorm	78
2.3.1.1	Afsplitsing van andere medische huizen	80
2.3.2	Doorverwijzingen/verwijzingsbeleid	82
2.3.2.1	Doorverwijzingen binnen de eerste lijn	83
2.3.2.2	Doorverwijzingen naar de tweede lijn	85
2.3.2.2.1	Doorverwijzingen naar artsen-specialisten en ziekenhuizen	85
2.3.2.3	Doorverwijzingen naar de derde lijn	87
2.3.2.4	Prestaties die worden aangerekend binnen de huisartsgeneeskunde	88
2.3.3	Werkorganisatie	91
2.3.3.1	Inschrijving van patiënten	91
2.3.3.1.1	Disciplines	94
2.3.3.1.2	Proefinschrijvingen	96
2.3.3.1.3	Registreren van aanvragen voor inschrijvingen	96
2.3.3.2	Uitschrijving van patiënten	100
2.3.3.2.1	Opzeggingen door zorgverleners	100
2.3.3.2.2	Vrijwillige uitschrijvingen	104
2.3.3.3	Wachtdienst	108
2.3.4	Preventiebeleid	110
2.3.5	Opleidingen zorgverleners	112
2.4	Werkingskosten, financieringsbronnen en –mechanismen	115
2.4.1	Financieringsbronnen en –mechanismen	116

2.4.1.1	Verschillende financieringsbronnen	117
2.4.1.2	Analyse	118
2.4.1.2.1	Totale financiering	118
2.4.1.2.2	Verzamelde opmerkingen inzake de berekening van het forfait tijdens de interviews	126
2.4.2	Ratioanalyse	130
2.4.2.1	Methodologie	130
2.4.2.2	Liquiditeit – Current ratio	131
2.4.2.3	Solvabiliteit – Vreemd vermogen/Totaal vermogen	133
2.4.2.4	Rentabiliteit – Netto rentabiliteit van het eigen vermogen	135
2.4.3	Kostenanalyse	139
2.4.3.1	Methodologie: Kostengegevens en analyses per patiënt	139
2.4.3.2	Analyse van de kostenstructuur	141
2.4.3.3	Analyse binnen de verschillende clusters	147
2.5	Optimalisatie ingezette middelen	164
2.5.1	Optimalisatie competenties zorgverleners	164
2.5.2	Gebruik elektronische applicaties	168
2.5.3	Samenwerkingsvormen	171
2.5.3.1	Formele samenwerkingsvormen met externe diensten	171
2.5.3.1.1	Samenwerking met het OCMW	175
2.5.3.2	Samenwerkingsvormen tussen medische huizen	176
2.5.4	Efficiëntiewinsten	181

1 Inleiding

Voorliggend rapport kadert in de beleidsevaluatie gevraagd door de Federale Regering (20 oktober 2016) in de vorm van een audit inzake de organisatie, werking en kostenstructuur van medische huizen, teneinde het systeem te verbeteren. Deze opdracht werd op 23 mei 2017 door het RIZIV aan KPMG Advisory burgerlijke CVBA (hierna "KPMG") gegund (gunningsbrief met referentie CSS 2017/178). De externe audit focust enkel op de eerstelijnszorg in het forfaitair financieringssysteem. De evaluatie van eerstelijnszorg per prestatie valt bijgevolg buiten de scope van deze opdracht (zowel wat betreft de werking als financiële resultaten). De opdracht betreft een beschrijvende audit op basis van een enquête en interviews. Op basis van de resultaten van de audit kunnen beleidslijnen uitgezet worden voor de toekomst.

Achtergrond

De **eerstelijnszorg** is een direct toegankelijke zorg die zich situeert tussen de nulde lijn van zorg, die gegeven wordt door mantelzorgers, vrijwilligers en familie, en de tweede lijn³ van ambulante gespecialiseerde zorg waarvoor een verwijzing nodig is. Eerstelijnszorg is alle zorg die direct toegankelijk is voor de patiënt (bijvoorbeeld zorg verleend door huisartsen, en spoeddiensten in ziekenhuizen).

Binnen de eerstelijnszorg kan er een onderscheid gemaakt worden tussen **twee grote financieringssystemen**:

- **de betaling per prestatie**: de zorgverstreker ontvangt een vergoeding per consultatie van de patiënt en deze ontvangt een geheel of gedeeltelijke terugbetaling door het ziekenfonds. Het remgeld (eigen aandeel) dient de patiënt in kwestie zelf te dragen (in de praktijk wordt dit echter niet altijd geïnd).
- **de forfaitaire betaling**: per patiënt, die zich naar eigen keuze laat inschrijven, wordt er maandelijks een vast bedrag toegekend aan de zorgverleners door de verzekeringsinstellingen, ongeacht het aantal zorgprestaties dat aan de patiënt wordt verleend. Er wordt door de patiënt zelf geen remgeld meer betaald. Het concept van **medische huizen** past in dit laatste kader.

Een **medisch huis** wordt door het KB van 3/07/1996⁴ **gedefinieerd** als een zorgverlener of een groep van zorgverleners die geneeskundige verstrekkingen verleent en die voor deze verstrekkingen een forfaitaire betaling ontvangt. Een medisch huis ontvangt in functie van het **type populatie** van patiënten een forfait, afhankelijk van onder meer het

³ "De tweede lijn wordt gevormd door zorg- en hulpverleners die na verwijzing kunnen worden geconsulteerd bijvoorbeeld een psycholoog, psychotherapeut of psychiater van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG). Ook de algemene ziekenhuizen horen tot de tweede lijn." <http://www.vlaamseesels.be/drupal/?q=node/2>

⁴ KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 – Art.32

sociale statuut van laatstgenoemde. De volgende verstrekkingen worden door het forfait gedekt:

- Huisartsengeneeskunde: alle raadplegingen en bezoeken
- Kinesithérapie: alle verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur⁵
- Verpleegkunde: alle verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur⁶.

Medische huizen hebben de keuzevrijheid om te bepalen welke en hoeveel van bovenvermelde disciplines zij opnemen in het zorgaanbod van het medisch huis (slechts 1 discipline of een combinatie ervan). Daarnaast kunnen er ook zorgverleners uit andere disciplines (bijvoorbeeld tandarts, psycholoog, diëtiste, etc.) opgenomen worden in het zorgaanbod, maar voor de door hen verrichte verstrekkingen wordt geen forfaitaire vergoeding per patiënt ontvangen.⁷

Het forfait wordt berekend aan de hand van de **maturiteit van het medisch huis**. Men spreekt van een matuur medisch huis wanneer “*sedert minstens twee jaar een akkoord bestaat waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen en een stabiele populatie, groep van rechthebbenden die minstens één jaar ingeschreven zijn, van minstens 500 rechthebbenden telt*”⁸. Een opstartend, niet-matuur, medisch huis krijgt een gemiddeld forfait per patiënt. Dit is voor elk beginnend medisch huis hetzelfde bedrag. Na twee jaar, en mits een patiëntenbestand van 500 rechthebbenden, wordt in het berekeningssysteem **de zorgbehoeften van de patiënt** (leeftijd, geslacht, aandoeningen, etc.) meegenomen. Jaarlijks wordt deze formule door het RIZIV herberekend, rekening houdend met een veiligheidsmarge die bepaalt dat het budget van een praktijk op dit ogenblik jaarlijks niet méér dan 1% kan dalen.

Voor zowel de mature als de niet-mature medische huizen worden er **verschillende bedragen** berekend **per type zorgverlener**.

Indien de ingeschreven rechthebbende in volgende vier gevallen een andere zorgverlener raadpleegt, vallen deze **honoraria en vergoedingen ten laste van de forfaitaire praktijk**⁹:

- Verstrekkingen verleend buiten een bepaald geografisch grondgebied
- Verstrekkingen toegediend binnen het welbepaalde geografisch grondgebied, maar verricht in het raam van een georganiseerde wachtdienst
- Verstrekkingen verleend door een kinesitherapeut of een verpleegkundige wanneer deze zijn voorgeschreven door de arts van het medische huis

⁵ De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vastgesteld bij het koninklijk besluit van 14 september 1984, artikel 7

⁶ Koninklijk besluit van 14 september 1984, artikel 8

⁷ KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 – Art.4

⁸ KB van 23 April 2013 tot uitvoering van art.52, § 1, m.b.t. de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen – Art.1

⁹ KB van 23 April 2013 tot uitvoering van art.52, § 1, m.b.t. de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen – Art.21

- Verstrekkingen die door een andere zorgverlener worden verricht na goedkeuring van de zorgverlener van het medisch huis.

In de overige gevallen, zullen de kosten ten laste gelegd worden van de ingeschreven rechthebbende en zal het ziekenfonds geen terugbetaling toekennen voor deze verstrekkingen.

Naast de berekeningswijze van het forfait bevat de regelgeving¹⁰ enkele **voorwaarden** die **medische huizen** moeten naleven, waarvan de voornaamste hieronder worden toegelicht:

- Medische huizen kunnen enkel werken met een forfaitair betalingssysteem indien ze daartoe een **akkoord** hebben gesloten met de verzekeringsinstellingen waarover het Verzekeringscomité een advies heeft verleend en dat door de Minister is goedgekeurd. In dit contract wordt vastgelegd voor welke disciplines men een forfait zal ontvangen alsook voor welk werkingsgebied het medisch huis zorgverlening zal voorzien.
- Rechthebbenden mogen **niet geweigerd** worden indien er reeds gezinsleden van deze rechthebbende ingeschreven zijn. Indien een inschrijving van een rechthebbende op initiatief van het medisch huis stopgezet wordt, moet ook de inschrijving van de andere leden van het gezin beëindigd worden¹¹.

Verder hebben medische huizen de keuze zich in te schrijven bij een federatie. In België bestaan er **4 federaties** waarbij medische huizen zich kunnen aansluiten:

1. Fédération des Maisons Médicales (FMM);
2. Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC);
3. Federatie van eerstelijnspraktijken met forfaitaire financiering (Feprafo);
4. Geneeskunde Voor Het Volk (GVHV).

Opdracht en aanpak

Teneinde een kwalitatieve beleidsevaluatie van de werking, organisatie en kostenstructuur van de medische huizen te kunnen uitvoeren, werden in dit onderzoek verschillende aspecten in kaart gebracht, onder meer aangaande:

- **Karakteristieken** (aantal en type zorgverleners) en het **patiëntenbestand** (leeftijd, geslacht, chronische aandoening, handicap, etc.) van de medische huizen
- De **organisatie** van de dienstverlening (ondernemingsvormen, doorverwijzingsbeleid, coöperatie)
- De **werkingskosten, financieringsbronnen** en –**mechanismen**

¹⁰ KB van 23/04/2013 tot wijziging van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
KB van 30/04/2013 tot uitvoering van art.52, § 1, m.b.t. de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen

¹¹ Respectievelijk artikel 16 en artikel 18 in Koninklijk Besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen.

- De **optimalisatie** van de ingezette middelen (mogelijkheid tot efficiëntiewinsten)
- De **processen** die de medische huizen kenmerken (zijnde de verschillende processen die determinerend zijn voor de werking van een medisch huis, onder meer inzake in- en uitschrijvingsprocedure, samenwerking met externe diensten, opleidingen)

Voor deze beleidsevaluatie werden de **volgende stappen** ondernomen:

- **Desk research** van bestaande documentatie, onder andere ontvangen via het RIZIV en de Beleidscel van gezondheidszorg van de minister van Volksgezondheid en Sociale zaken, alsook via andere stakeholders (verzekeringsinstellingen, federaties, etc.). Zo werd onder meer documentatie inzake de vergoedingen verkregen vanuit het RIZIV geanalyseerd, alsook informatie inzake patiëntengegevens per medisch huis (leeftijd, geslacht, etc.) verkregen van het IMA (InterMutualistisch Agentschap). Verder werd er tijdens de uitvoering van deze studie een veelvoud aan documentatie aangeleverd vanuit de federaties en medische huizen zelf. Deze documentatie werd geïnventariseerd en doorgenomen als achtergrondinformatie, maar de inhoud hiervan werd niet in onderhavig rapport opgenomen daar een literatuurstudie niet binnen de scope van de huidige opdracht valt.
- Opstellen en afnemen van een **elektronische vragenlijst** die in overleg met de stuurgroep werd opgesteld en aangepast na opmerkingen vanuit de sector (federaties). Van de 175 medische huizen in België, werd de enquête door 160 medische huizen ingevuld (responsgraad van 91%). Desalniettemin werden niet alle vragen in de enquête beantwoord door de 160 respondenten, waardoor de responsgraad op sommige vragen lager ligt en voor deze vragen bijgevolg niet steeds een representatieve conclusie geformuleerd kon worden.
- **Interviews** met belangrijke **stakeholders**, geselecteerd in samenspraak met de stuurgroep, om een overkoepelend beeld te krijgen van het huidige kader waarin de medische huizen opereren, alsook knel- en verbeterpunten in de sector te kunnen identificeren.
- **Interviews** met individuele **medische huizen** waarin, op basis van de resultaten uit voorgaande stappen, gerichte vragen konden gesteld worden over de huidige werking en organisatiestructuur, bestaande uitdagingen en eventuele verbetermogelijkheden binnen de sector.

In samenspraak met de stuurgroep werd voor de **selectie** van de te interviewen medische huizen rekening gehouden met volgende **criteria**:

- het patiënten profiel
- de maturiteit van het medisch huis
- de verschillende type zorgverstrekkers
- de grootte van het medisch huis, waarbij rekening gehouden werd met het aantal patiënten en aantal zorgverleners
- de geografische ligging, de concentratiegraad binnen die regio en de verstedelijkingsgraad van het gebied
- aansluiting bij federaties

- type vennootschapsvorm
 - non-respons op de elektronische vragenlijst
-
- Analyse van de **financieringsbronnen, jaarrekeningen en kostenstructuur** voor de jaren 2015 en 2016, waarbij er een analyse van grote kostensoorten (m.b.t. grote wijzigingen tussen de 2 jaren, verhoudingen t.o.v. elkaar en binnen de medische huizen onderling, etc.), alsook een ratio-analyse werd uitgevoerd van de jaarrekeningen beschikbaar in Belfirst (solvabiliteitsratio, rentabiliteitsratio en current ratio).
 - Op basis van voorgaande resultaten werden **conclusies** getrokken, zowel op overkoepeld niveau over alle medische huizen heen, alsook gegroepeerd op basis van clusters die gevormd werden volgens de criteria gehanteerd voor de selectie van te interviewen medische huizen (cf. supra). Deze werden in onderhavig rapport uitgewerkt in de vorm van een kwalitatieve- (interviewresultaten) en kwantitatieve (enquêteresultaten) analyse. Deze werden samen verwerkt, met andere woorden, daar waar van toepassing werden de enquêteresultaten aangevuld met bevindingen uit de interviews.
 - Om de vaststellingen en bevindingen uit voorgaande stappen finaal af te toetsen, werd tot slot een **werksessie** georganiseerd met de opdrachtgevers en de belangrijkste stakeholders, teneinde bepaalde conclusies te kunnen verklaren/kaderen.

Onderhavig rapport bevat naast een executive summary en inleiding volgende onderdelen:

- Onderzoeksresultaten:
 - I. Karakteristieken van de medische huizen
 - II. Patiëntenbestand
 - III. Organisatie van de dienstverlening (incl. processen)
 - IV. Werkingskosten, financieringsbronnen en –mechanismen
 - V. Optimalisatie van de ingezette middelen
- Bijlagen

Voor de verschillende analyses die in bovenvermelde onderdelen worden uiteengezet, wordt er daar waar relevant een onderscheid gemaakt tussen drie clusters: ligging, maturiteit, en de al dan niet aansluiting bij een federatie.

2 Onderzoeksresultaten

Zoals in het inleidend hoofdstuk vermeld, zijn de onderzoeksresultaten in deze studie gebaseerd op de enquêteresultaten en de informatie verkregen tijdens de interviews (zowel met stakeholders als medische huizen (cf. supra)). Voor de financiële gegevens werd eveneens beroep gedaan op informatie verkregen van het RIZIV en voor het patiënten profiel op informatie verkregen vanuit het IMA.

België telt momenteel **175 medische huizen** (Bron: RIZIV). Naar elk medisch huis werd in het kader van dit onderzoek een persoonlijke link toegestuurd per e-mail voor het invullen van de enquête. Deze enquête werd door 160 medische huizen ingevuld, wat een **responsgraad van 91%** betekent. Medische huizen die in de loop van 2016 of 2017 gestart zijn in het forfaitair systeem, werden niet mee opgenomen in de analyses die volgen voor de opgevraagde jaren (2015 en 2016) aangezien voor deze jaren nog geen data beschikbaar is voor deze centra. Dit is echter enkel van toepassing voor analyses op jaarbasis (2015-2016). Voor andere vragen (die niet specifiek betrekking hebben op een bepaald jaar) werd wel telkens de volledige responsgraad mee opgenomen (mits bruikbare antwoorden opgegeven in de enquête en tenzij anders vermeld).

De analyses werden steeds voor zowel 2015 als 2016 uitgevoerd, maar enkel bij een significant verschil tussen beide jaren wordt de analyse per jaar weergegeven. Indien geen significante evolutie kon opgemerkt worden, wordt enkel de situatie in 2016 weergegeven.

Van **15 medische huizen** werd **geen ingevulde enquête** ontvangen, waarvan 11 medische huizen lid zijn van Geneeskunde voor het Volk. Deze federatie heeft aangegeven niet deel te nemen aan de audit. De overige vier medische huizen die de enquête niet invulden, werden eveneens opgenomen als non-respons en hiervan werd een interview afgenomen om alsnog de werking en organisatie van deze medische huizen in kaart te kunnen brengen.

Tabel 1 geeft een samenvattend overzicht van het totaal aantal medische huizen in België per gewest, het totaal aantal respondenten en het patiënten aantal¹² dat deze respondenten vertegenwoordigen binnen het forfaitair systeem. In de delen die volgen worden de enquête- en interviewresultaten verder uitgewerkt en onderverdeeld in verschillende onderdelen (cf. supra).

¹² Het patiënten aantal werd bepaald aan de hand van het opgegeven aantal patiënten in de enquête aangevuld met data van het IMA voor medische huizen waarbij er een groot negatief verschil werd vastgesteld in het aantal patiënten ingevuld in de enquête en het aantal patiënten doorgegeven door IMA.

Tabel 1 – Samenvattende tabel

	Totaal MH	Totaal respons	% respons op totaal aantal MH per gewest	Aantal patiënten van 153 respondenten	% aantal patiënten
Vlaams	42	36	86%	85.035	22,75%
Brussels	70	66	94%	152.519	40,75%
Waals	63	58	92%	136.186	36,50%
Totaal	175	160		373.740¹³	100%

Bron: Enquête KPMG en data RIZIV

2.1 Karakteristieken van de medische huizen

In dit onderdeel worden de **karakteristieken van medische huizen** toegelicht, meer bepaald inzake **ligging**, **maturiteit** en de vertegenwoordiging ervan binnen de verschillende **federaties**. Vooreerst zal het algemeen landschap binnen deze drie parameters in kaart gebracht worden en vervolgens een uitsplitsing naar type en aantal personeelsleden (zowel zorgverleners als ondersteunend personeel).

2.1.1 Algemeen

Ligging

De ligging van de medische huizen werd in deze studie bepaald aan de hand van vier parameters: **gewest**, **arrondissement**, **verstedelijingsgraad** en **concentratiegraad**. Tabel 2 geeft een overzicht van de ligging van de respondenten op de enquête op basis van bovenvermelde parameters. Medische huizen zijn gevestigd in 24 arrondissementen verdeeld over de 3 gewesten in België (Vlaanderen, Brussel en Wallonië).

Voor het indelen van de medische huizen per **verstedelijingsgraad** werd de definitie van de OESO gebruikt¹⁴: “*Arrondissementen verschillen onderling naarmate de landelijkheid, dat wil zeggen door het aandeel van hun bevolking¹⁵ dat in plattelandsgemeenten woont. Er worden drie soorten arrondissementen onderscheiden:*

- *hoofdzakelijk landelijke arrondissementen (meer dan 50 % van de bevolking woont in een plattelandsgemeente);*
- *grotendeels landelijke arrondissementen (tussen 15 en 50 % van de bevolking woont in een plattelandsgemeente);*

¹³ Het aantal patiënten van medische huizen opgestart in het forfaitair systeem in 2017 zit hier niet in verrat daar er in de enquête enkel het aantal patiënten in 2015 en 2016 werd opgevraagd. Het totaal van 373.740 patiënten vertegenwoordigt met andere woorden niet het totale patiëntenbestand van de 160 respondenten aangezien er in deze responsgraad eveneens de medische huizen opgericht in 2017 opgenomen zijn. Het aantal patiënten van de non-respons (o.a. leden van Geneeskunde voor het Volk) zitten hier logischerwijs ook niet in verrat.

¹⁴ http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/leefmilieu/geo/typologie_gemeenten/

¹⁵ Het bevolkingsaantal per gemeente werd bepaald aan de hand van data beschikbaar via de website van FOD Economie (http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/bevolking_-_cijfers_bevolking_2010_-_2012.jsp). De gemeenten werden via de NIS codes, opgegeven in de file van FOD economie, gelinkt met de arrondissementen met behulp van data beschikbaar via Open Belgium (<http://portal.openbelgium.be/dataset/gemeentecodes>).

- *hoofdzakelijk stedelijke arrondissementen (minder dan 15 % van de bevolking woont in een plattelandsgemeente)."*

De **concentratiegraad** werd bepaald op basis van het aantal medische huizen die zich in de arrondissementen bevinden binnen elk gewest. Volgende groeperingen werden gemaakt in het kader van dit onderzoek:

- laag: minder dan 10 medische huizen in een arrondissement
- gemiddeld: tussen 10 en 20 medische huizen in een arrondissement
- hoog: meer dan 20 medische huizen in een arrondissement

Tabel 2 - Respondenten enquête volgens ligging

Gewest	Verstedelijkingsgraad	Concentratiegraad	Aantal arrondissementen		Aantal respondenten		Aantal patiënten		
			Abs.	Arrond.	Abs.	%	Abs.	%	
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Hoofdzakelijk stedelijk	hoog	1	Brussel	66	41%	152.519	41%	
Vlaams Gewest	Hoofdzakelijk stedelijk	laag	11	Aalst	1	1%	3.081	0,8%	
				Antwerpen	7	4%	13.853	3,7%	
				Brugge	1	1%	2.397	0,6%	
				Halle-Vilvoorde	2	1%	4.015	1,1%	
				Hasselt	4	3%	5.773	1,5%	
				Leuven	4	3%	6.865	1,8%	
				Mechelen	4	3%	2.753	0,7%	
				Oostende	1	1%	N/A	N/A	
				Sint-Niklaas	2	1%	6.231	1,7%	
				Tongeren	1	1%	1.707	0,5%	
		Turnhout	1	1%	2.329	0,6%			
		Gemiddeld	1	Gent	10	6%	36.031	9,6%	
Waals Gewest	Hoofdzakelijk stedelijk	Hoog	1	Luik	25	16%	59.507	15,9%	
		Laag	1	Zinnik	3	2%	6.408	1,7%	
		laag	6	Aarlen	1	1%	2.559	0,7%	
				Bergen	4	3%	6.554	1,8%	
				Charleroi	8	5%	19.484	5,2%	
				Doornik	2	1%	4.954	1,3%	
				Namen	5	3%	7.280	1,9%	
				Nijvel	3	2%	5.759	1,5%	
				Grotendeels landelijk	laag	2	Hoei	1	1%
		Verviers	6				4%	18.547	5%
	Hoofdzakelijk landelijk	laag	1	Marche-en-Famenne	1	1%	3.316	0,9%	
			24		160	100%	373.740	100%	

Bron: Enquête KPMG

De grote meerderheid van de respondenten (155 medische huizen) is gevestigd in hoofdzakelijk stedelijke gebieden, meer bepaald in arrondissement Brussel-Hoofdstad

met 66 medische huizen, arrondissement Luik met 25 medische huizen en arrondissement Gent met 10 medische huizen.

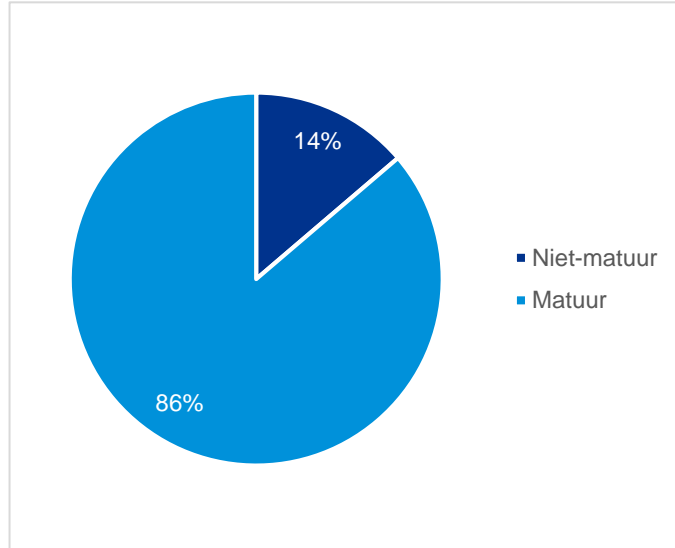
De grotendeels landelijk- en hoofdzakelijk landelijke arrondissementen bevatten slechts enkele medische huizen (4% of 8 medische huizen) en vertegenwoordigen slechts een klein aandeel van het totaal patiëntenbestand (6,5%) van de respondenten.

Uit de interviews blijkt dat medische huizen zich vaak vestigen in **huisartsarme** gebieden alsook vaak in **kansarme** gebieden om daar de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg te bevorderen. Vaak wordt er vooraf aan de oprichting van een medisch huis een **omgevingsanalyse** gemaakt door zorgverleners en/of coördinatoren (die een nieuw medisch huis wensen op te richten) om de noodzaak hieraan in een bepaalde wijk te toetsen, indien het gaat om een volledige nieuwe praktijk en geen omschakeling van een reeds bestaande (groeps-)praktijk.

Maturiteit

Zoals reeds vermeld in het inleidende hoofdstuk, worden medische huizen voor de berekening van het forfait onderverdeeld naargelang hun maturiteit. Op basis van de startdatum in het forfaitair systeem en het aantal patiënten dat werd opgegeven in de enquête voor 2016, werden de respondenten als volgt onderverdeeld:

Figuur 1 - Respondenten enquête volgens maturiteit



Bron: Enquête KPMG

De enquête werd ingevuld door 86% mature medische huizen en 14% niet-mature medische huizen.

In de analyses die volgen in de verschillende onderdelen voor de jaren 2015-2016 werden niet steeds alle niet-mature medische huizen meegenomen door gebrek aan data voor deze jaren, daar zij pas in 2016 of 2017 gestart zijn in het forfaitair systeem (19 medische

huizen buiten beschouwing gelaten in de analyse voor 2015, 7 medische huizen in de analyse voor 2016). Het aantal respondenten die in rekening werden gebracht voor de analyses 2015 en 2016 inzake maturiteit worden in onderstaande tabel weergegeven (hierin zijn de eventuele uitzonderingen per individuele analyse door gebrek aan (kwalitatieve) data niet opgenomen en worden toegelicht in de desbetreffende analyse zelf):

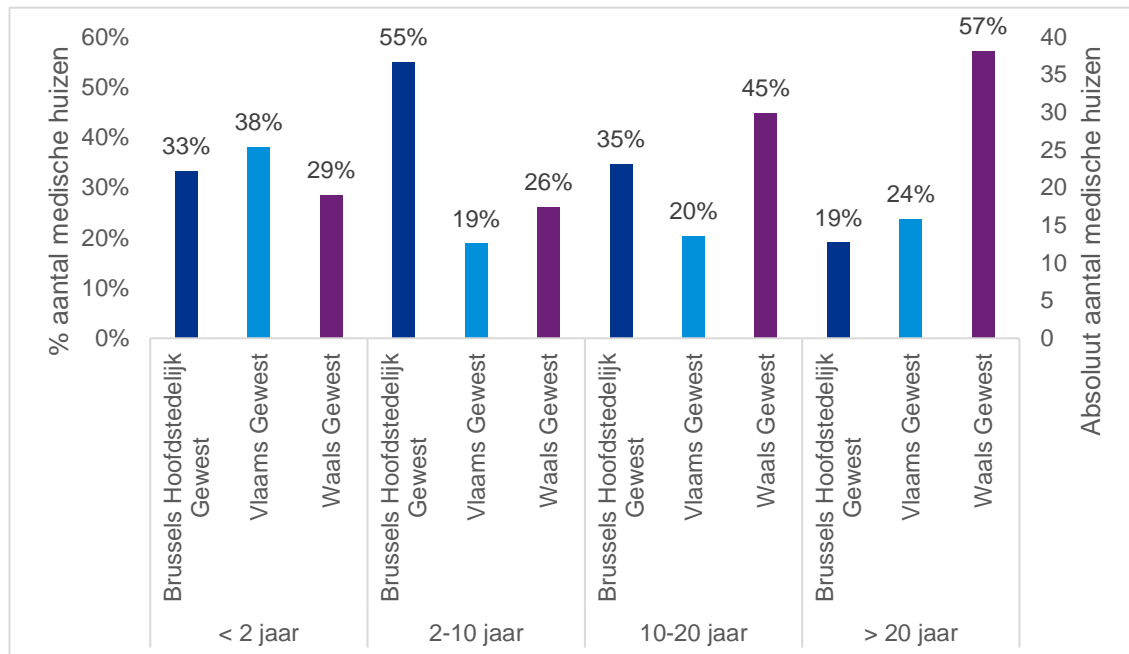
Tabel 3 - Opgenomen medische huizen in de analyses

Opgenomen medische huizen 2015	Opgenomen medische huizen 2016
141	153

Bron: Enquête KPMG

Binnen de mature medische huizen werd vervolgens een bijkomende onderverdeling gemaakt in maturiteit op basis van het aantal jaren dat zij reeds actief zijn in het forfaitair systeem (<2jaar, 2-10 jaar, 10-20 jaar, >20 jaar). In onderstaande grafiek wordt het aantal respondenten per maturiteitsgroep weergegeven per gewest (dit zowel procentueel als absoluut). Deze geeft weer binnen elke maturiteitscategorie hoeveel procent van de medische huizen die daartoe behoren, in een bepaald gewest gevestigd zijn (m.a.w. de som binnen elke maturiteitscategorie is 100%).

Figuur 2 - (procentueel) Aantal medische huizen per gewest volgens maturiteit



Bron: Enquête KPMG

Tijdens de interviews werd aangegeven dat voornamelijk Brussel een grote opkomst aan nieuwe medische huizen heeft gekend de laatste jaren. Op basis van de enquêteresultaten is dit vooral merkbaar in de categorie 2-10 jaar. De laatste 2 jaar is de opkomst aan nieuwe medische huizen meer verdeeld over de verschillende gewesten, met een iets sterkere vertegenwoordiging in Vlaanderen (8 niet-mature medische huizen

in Vlaanderen t.o.v. 7 niet-mature medische huizen in Brussel en 6 in Wallonië). Ten opzichte van het totaal aantal medische huizen per gewest, is het aandeel niet-mature medische huizen in het Vlaams Gewest aanzienlijk groter (22%) dan in de andere gewesten (+/- 11%).

Het Brussel Hoofdstedelijk Gewest heeft voornamelijk een sterke opkomst aan medische huizen gekend tussen 2007 en 2015. De meest mature medische huizen (>10 jaar in forfaitair systeem) zijn voornamelijk in het Waals Gewest gevestigd.

Federaties

Zoals reeds vermeld hebben medische huizen de keuze om zich al dan niet aan te sluiten bij een federatie. De verdeling van de medische huizen over de federaties en de bijhorende responsgraad op de enquête wordt weergegeven in onderstaande tabel, alsook het aantal patiënten binnen elke categorie in 2016. Het aantal patiënten voor medische huizen die in 2017 gestart zijn, werd niet opgenomen in deze tabel (daar enkel het patiënten aantal voor 2015 en 2016 werd opgevraagd in de enquête).

Tabel 4 - Respondenten enquête volgens federatie

	Leden		Respons		Aantal patiënten 153 respondenten	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
FMM	86	49%	84	52,5%	190.871	51%
VWGC	29	17%	29	18%	77.233	20,5%
Feprafo	20	11%	19	12%	51.659	14%
Geneeskunde voor het Volk	11	6%	0	0	/ ¹⁶	/
Geen federatie	29	17%	28	17,5%	53.977	14,5%
Totaal	175	100%	160	100%	373.740	100%

Bron: Enquête KPMG, data IMA en data RIZIV

Federatie FMM telt het meeste leden, en heeft bijgevolg ook het grootste aandeel in de responsgraad van de enquête (52,5%), alsook het grootste aandeel in het totaal aantal patiënten (51%). 18% van de responsgraad op de enquête zijn leden van VWGC en vertegenwoordigen 20,5% van het totaal aantal patiënten. Feprafo is, na Geneeskunde voor het Volk, de kleinste federatie en vertegenwoordigt een responsgraad van 12% met 14% van het totaal patiëntenbestand. Deze federatie is het jongst en werd opgericht in 2013. 28 medische huizen, of 17,5% van de responsgraad, zijn geen lid van een federatie en omvatten 14,5% van het totaal aantal patiënten.

Zoals reeds vermeld werd, hebben de leden van Geneeskunde voor het Volk collectief niet deelgenomen aan de enquête. Zij hadden in 2016 een totaal patiëntenbestand van 23.492 patiënten (6,44% van het totaal patiëntenbestand in 2016¹⁷) (Bron: statistieken IMA). In de bevindingen die volgen wordt bijgevolg met “federaties” bedoeld alle federaties behalve Geneeskunde Voor het Volk.

¹⁶ In dit rapport wordt abstractie gemaakt van het aantal patiënten die ingeschreven zijn bij de leden van Geneeskunde voor het Volk, daar zij niet aan de audit hebben deelgenomen.

¹⁷ Abstractie gemaakt van medische huizen met een patiëntenbestand kleiner dan 50 patiënten

Medische huizen die wel zijn aangesloten bij een federatie, gaven tijdens de interviews voornamelijk volgende **redenen aan voor deze aansluiting**:

- **Informerende rol**, onder meer inzake de beschikbare subsidiëring die medische huizen kunnen verkrijgen, loonbarema's, de berekening van het forfait, prestaties die bijkomend gefactureerd mogen worden, etc. Voornamelijk niet-mature medische huizen gaven aan dat de **ondersteuning bij de opstart** van het medisch huis een grote meerwaarde zou zijn en een opstart zonder deze ondersteuning zeer moeilijk zou geweest zijn. Dit blijkt eveneens uit interviews met niet-mature medische huizen die niet zijn aangesloten bij een federatie: vaak blijken deze niet op de hoogte te zijn van de verschillende mogelijke subsidies die ze kunnen verkrijgen, welke technische prestaties gefactureerd mogen worden, etc. Tijdens de interviews werd duidelijk dat alle federaties deze rol vervullen voor hun leden.
- Organisatie van **vorming** wat de kwaliteit van de dienstverlening ten goede komt. Op basis van de interviews zouden er meerdere keren per jaar werkvergaderingen georganiseerd worden voor verschillende functies binnen medische huizen (zowel de zorgverleners binnen elke discipline, alsook ondersteunend personeel zoals onthaal en administratie (hoe efficiënt te organiseren)), waardoor "**best practices**" binnen medische huizen gedeeld kunnen worden. Op basis van de interviews blijkt dat het geven van vorming in mindere mate wordt georganiseerd door federatie Feprafo.
- **Studiedienst**: jaarlijks worden op basis van de interviews statistieken opgevraagd bij de leden, waarvan de analyses gedeeld worden. Dit zou eveneens **peer review** tussen de centra met zich meebrengen en een zekere **sociale controle**. Federatie Feprafo heeft geen studiedienst (pas sinds 2013 opgericht).
- **Overkoepelend beleid** over verschillende medische huizen heen. Dit geldt voor alle federaties. Tijdens de interviews werd eveneens aangegeven dat VWGC verwachtingen/streefdoelen inzake kwaliteit vooropstelt waaraan hun leden verwacht worden te voldoen. Geen enkele federatie vervult daarentegen een controlerende rol.
- **Klankbord** op politiek gebied, alsook verdediging van de belangen van medische huizen (van toepassing voor alle federaties).
- Ter beschikking stellen van **materiaal** (vermeld tijdens de interviews voor FMM).

Tijdens de interviews werd eveneens bevraagd wat de **voornaamste redenen** zijn voor een medisch huis om zich **niet aan te sluiten bij een federatie**. Hieruit blijkt de **kostprijs van het lidmaatschap** één van de voornaamste redenen te zijn om zich niet aan te sluiten bij een federatie. Voor niet-mature huizen zou op basis van de interviews het lidgeld beperkt zijn tot een forfaitaire bijdrage (bijvoorbeeld 500 euro). Mature huizen zouden een bijdrage per ingeschreven patiënt (bijvoorbeeld 1 tot 2 euro) betalen. Voor medische huizen met een groot patiëntenbestand zou op basis van de interviews de kostprijs van het lidmaatschap oplopen tot een hoge jaarlijkse bijdrage (sommige medische huizen

gaven tijdens de interviews aan € 30.000 tot €50.000 lidgeld te betalen). Mature, en voornamelijk grote, medische huizen zouden bijgevolg het grootste deel van de kosten van een federatie dragen. In deze context werd tijdens de interviews door een medisch huis gewezen op het **belang van de “return” van het aansluiten bij een federatie**, namelijk dat deze ook voor mature-medische huizen merkbaar blijft (en niet enkel bij de opstart van een medisch huis). De kostprijs van het lidmaatschap werd eveneens als reden aangehaald door een medisch huis om zich na verloop van tijd uit te schrijven bij een federatie.

In dit kader zou het aangewezen kunnen zijn om bepaalde activiteiten die nu worden uitgevoerd binnen de verschillende federaties (bijvoorbeeld informeren inzake mogelijke subsidies, studiedienst, assistentie bij de opstart, etc.) eerder vanuit een **overkoepeld orgaan** te organiseren, zodoende deze uitgaven binnen de verschillende federaties voor deze activiteiten te beperken.

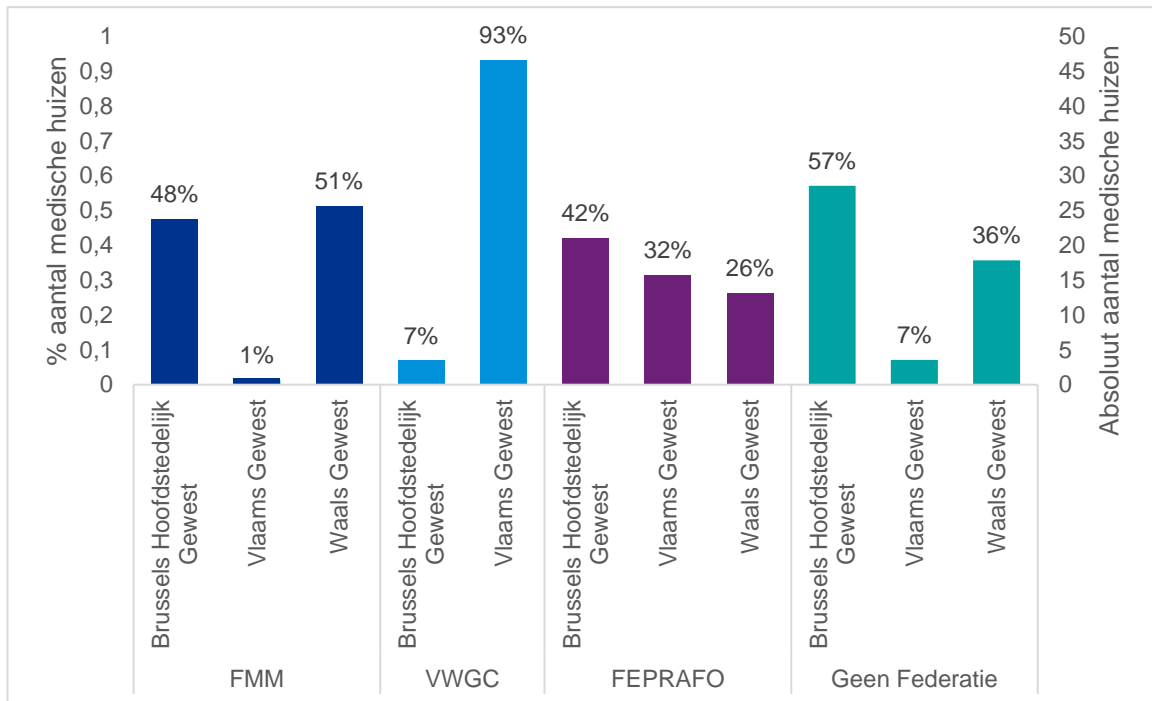
Andere redenen om zich **niet aan te sluiten bij een federatie**, zouden zijn (niet-limitatief):

- De **“politieke kleur”** die federaties zouden hebben. Deze zouden vaak niet in lijn liggen met deze van de medische huizen en deze laatste politiek neutraal wensen te zijn.
- De **“ideologie”** van federaties die niet zou stroken met deze van de medische huizen.
- Het **“dogmatisch”** karakter van federaties.

Tijdens de interviews werd aangegeven dat federaties **niet proactief** nieuwe medische huizen in het forfaitair systeem benaderen voor de aansluiting bij diens federatie. Bijgevolg zouden deze nieuwe medische huizen vaak de (verschillende) federaties niet kennen en/of zou het onduidelijk zijn welke rol deze federaties voor hen zouden kunnen vervullen. Tijdens de interviews werd aangegeven dat huidige leden van federaties er immers baat bij zouden hebben dat nieuwe medische huizen zich bij de federatie zouden aansluiten, zodoende de kostprijs van het lidmaatschap te kunnen drukken.

Figuur 3 geeft de verdeling weer van de respondenten binnen elke federatie, opgedeeld per gewest (met andere woorden de procentuele verdeling van de leden van de verschillende federaties (of groep zonder federatie) over de gewesten).

Figuur 3 - (procentueel) Aantal medische huizen per gewest volgens federatie

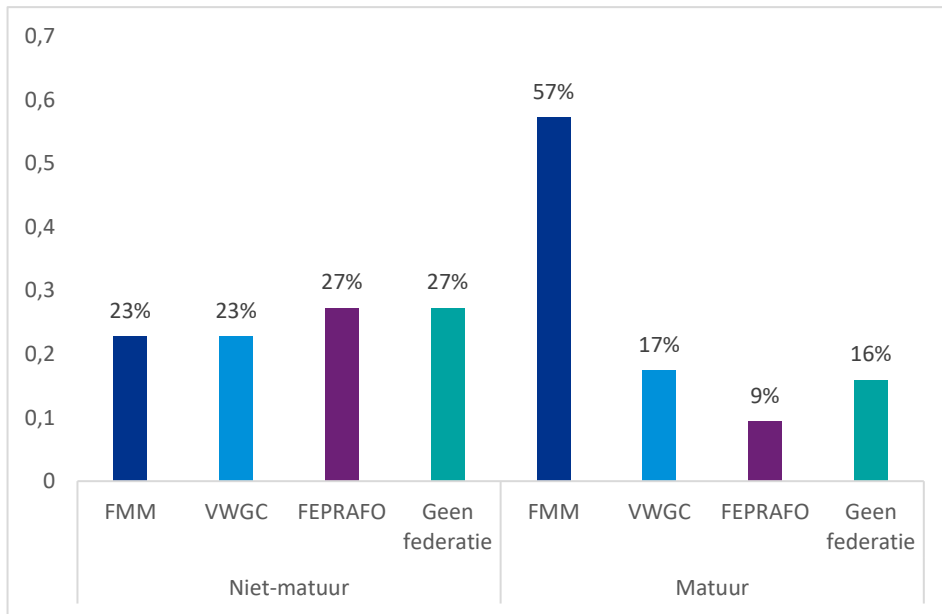


Bron: Enquête KPMG

De leden van FMM zijn ongeveer gelijk verdeeld over het Brussels Hoofdstedelijk (48%) en het Waals Gewest (51%). Bijna alle leden van VWGC zijn gevestigd in het Vlaams Gewest (93%). Feprafo is het sterkst vertegenwoordigd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (42%). Van de 28 medische huizen die niet zijn aangesloten bij een federatie, is de helft gevestigd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, gevolgd door het Waals Gewest. Deze vaststelling werd eveneens aangehaald tijdens de stakeholdersinterviews, namelijk dat er de laatste jaren nieuwe vormen van medische huizen ontstaan zijn, waarin de voornaamste evolutie de stijging in het aantal centra zou zijn die niet zijn aangesloten bij een federatie, voornamelijk in Brussel. In volgende analyse zal blijken dat deze groep eveneens een significant aantal niet-mature medische huizen telt.

Figuur 4 geeft de verdeling weer van de respondenten naar maturiteit, per federatie. Hieruit blijkt dat 27% van de niet-mature medische huizen zich aansluiten bij Feprafo of niet zijn aangesloten bij een federatie. De meerderheid (58%) van de mature medische huizen die de enquête hebben ingevuld, behoren tot federatie FMM. Dit ligt in lijn met voorgaande vaststellingen, waar werd opgemerkt dat de leden van FMM bijna uitsluitend in het Brussels Hoofdstedelijk en Waals Gewest gevestigd zijn en deze gewesten eveneens de meest mature medische huizen omvatten.

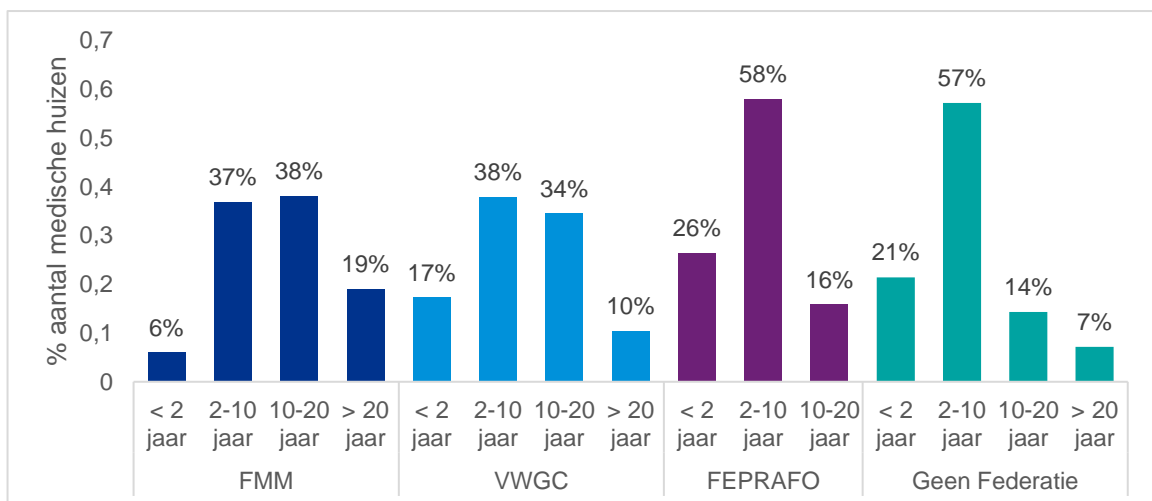
Figuur 4 – Procentueel aantal medische huizen volgens maturiteit per federatie



Bron: Enquête KPMG

Wanneer binnen elke federatie de verdeling naar maturiteit in kaart wordt gebracht, kan eveneens worden opgemerkt dat FMM een beperkt aantal niet-mature medische huizen telt ten opzichte van haar totaal ledenbestand (6% jonger dan 2 jaar). Ook VWGC bestaat overwegend uit mature medische huizen. De mature medische huizen in FMM en VWGC zijn voornamelijk verdeeld in de categorieën 2-10 jaar en 10-20 jaar. Het aandeel niet-mature medische huizen binnen elk ledenbestand is het grootst voor Feprafo (26%). Een mogelijke verklaring voor dit jong ledenbestand van Feprafo zou te wijten kunnen zijn aan het feit dat deze federatie pas opgericht is in 2013. Feprafo heeft geen leden die langer dan 20 jaar actief zijn in het forfaitair systeem. Ook de groep medische huizen die niet zijn aangesloten bij een federatie bestaat overwegend uit jonge medische huizen (78% van de respondenten jonger dan 10 jaar).

Figuur 5 - Procentueel aantal medische huizen volgens maturiteit per federatie



Bron: Enquête KPMG

Conclusie:

Medische huizen zijn voornamelijk in **stedelijke gebieden** gevestigd, meer bepaald in arrondissement Brussel-Hoofdstad, Luik en Gent. Van de 160 medische huizen die de enquête hebben ingevuld, is de grote **meerderheid matuur** (86% mature medische huizen ten opzichte van 14% niet-mature medische huizen). De **meest mature medische huizen** (10 jaar en ouder) bevinden zich hoofdzakelijk in **Brussel en Wallonië**.

Federatie FMM telt het meeste leden, en heeft bijgevolg ook het grootste aandeel in de responsgraad van de enquête (52,5%), alsook het grootste aandeel in het totaal aantal patiënten (51%). 18% van de responsgraad op de enquête zijn leden van VWGC en vertegenwoordigen 20,5% van het totaal aantal patiënten. Feprafo is, na Geneeskunde voor het Volk, de kleinste federatie en vertegenwoordigt een responsgraad van 12% met 14% van het totaal patiëntenbestand. Deze federatie is het jongst en werd opgericht in 2013. 28 medische huizen, of 17,5% van de responsgraad, zijn geen lid van een federatie en omvatten 14,5% van het totaal aantal patiënten.

Respectievelijk 27% van de **niet-mature medische huizen** zijn aangesloten bij **Feprafo** of zijn **niet aangesloten bij een federatie**. De meerderheid (58%) van de **mature medische huizen** die de enquête hebben ingevuld, behoren tot federatie **FMM**.

Tijdens de interviews werd door medische huizen die zijn aangesloten bij een federatie aangegeven dat deze een meerwaarde zouden zijn, onder meer op vlak van **informatiedeling, kennisdeling, vorming, belangenverdediging, etc.** Vooral voor een opstartend medisch huis blijkt de aansluiting bij een federatie onmisbaar te zijn. Medische huizen die niet zijn aangesloten bij een federatie gaven als voornaamste redenen hiervoor het niet eens zijn met de **“politieke visie” en/of “ideologie” binnen de federaties, maar voornamelijk de prijs van het lidmaatschap**.

2.1.2 Zorgverlening

In dit deel zal toegelicht worden welke en hoeveel disciplines, alsook andere types zorgverlening buiten de drie disciplines er gemiddeld aangeboden worden in de medische huizen. Eveneens wordt het aantal voltijdse equivalenten binnen de verschillende types zorgverlening in kaart gebracht.

2.1.2.1 Disciplines

2.1.2.1.1 Aantal disciplines binnen medische huizen

Medische huizen kunnen een forfait ontvangen voor huisartsgeneeskunde, kinesitherapie en verpleegkunde indien deze disciplines worden aangeboden in het medisch huis. Deze kunnen alleen aanwezig zijn of in combinatie. **72% van de respondenten (112 respondenten) geeft aan alle 3 de disciplines aan te bieden** binnen hun medisch huis. Dit wordt weergegeven in de tweede kolom in onderstaande tabel. 7 van de 160 respondenten werden buiten beschouwing gelaten in de volgende analyses inzake disciplines, daar zij pas gestart zijn in 2017 en de benodigde informatie hiervan niet opgeleverd werd in de enquête. Het aantal respondenten die in beschouwing genomen werden in de analyses, wordt weergegeven in de derde kolom in onderstaande tabel. De laatste kolom geeft het aantal respondenten weer die de verschillende combinaties aanbieden binnen hun medisch huis, uitgedrukt in procent ten opzichte van het totaal respondenten (160).

Tabel 5 - Combinaties MKI

Combinaties MKI	Totaal aantal respondenten	Aantal respondenten meegenomen in analyses	% aantal medische huizen
Enkel huisartsen (M)	4	2	1,25%
Enkel verpleegkundigen (I)	1	1	0,50%
Huisartsen – Kinesitherapeuten (MK)	2	2	1,25%
Huisartsen – Verpleegkundigen (MI)	39	38	25%
Huisartsen – Kinesitherapeuten – Verpleegkundigen (MKI)	112	110	72%
Niet gekend (gestart in 2017)	2	/	/
Totaal	160	153	100%

Bron: Enquête KPMG

Tijdens de interviews werd door multidisciplinaire medische huizen meermaals aangegeven dat het **aanbieden van meerdere disciplines** in een medisch huis **cruciaal** zou zijn om voldoende zorgkwaliteit te kunnen bieden aan de patiënten. Medische huizen die enkel huisartsgeneeskunde aanbieden binnen hun medisch huis, zouden volgens sommige geïnterviewde partijen niet dezelfde zorg kunnen bieden aan hun patiënten in vergelijking met een multidisciplinaire praktijk in het forfaitair systeem. Tijdens de interviews werd gewezen op het team waarop men zich kan beroepen in een multidisciplinaire praktijk (onder meer voor advies en taakdelegatie), alsook de **afstemming** tussen de zorgverleners onderling (bijvoorbeeld op de kwaliteit van de zorgverlening, registratie van gegevens in het GMD, etc.) die er niet zou zijn in een solo-praktijk.

Desalniettemin blijkt uit interviews eveneens dat het aanwerven van een **kinesitherapeut** vaak stroef zou verlopen, voornamelijk omdat medische huizen niet steeds een voltijdse tewerkstelling zouden kunnen aanbieden in deze discipline (cf. infra maturiteit) en men niet in beide systemen (forfait en per prestatie) mag werken. **Kinesitherapeuten** die niet voltijds tewerkgesteld zijn in een medisch huis, zouden op basis van de interviews soms wel nog andere professionele werkzaamheden uitoefenen, bijvoorbeeld het geven van opleiding, in rust- en verzorgingstehuizen werken, etc.

Andere beperkingen waar medische huizen tegenaan zouden lopen om kinesitherapie te kunnen aanbieden, kaderen in het **veelvoud aan specialisaties** die er zijn binnen deze discipline (en medische huizen het risico niet willen lopen teveel te moeten doorverwijzen naar specialisten door het aanwerven van een “kinesist-generalist”), alsook het **gebrek aan infrastructuur** (geen geschikte lokalen beschikbaar). Een andere reden die werd aangegeven door medische huizen die geen kinesitherapie aanbieden is het feit dat hier binnen hun populatie geen tot zeer beperkte nood aan zou zijn. In bepaalde wijken, waar er bijvoorbeeld een grote populatie woont die tewerkgesteld is als arbeider, zou het aanbieden van kinesitherapie daarentegen een grote meerwaarde zijn. Het al dan niet **aanbieden van een bepaalde discipline blijkt op basis van de interviews bijgevolg eveneens sterk gerelateerd te zijn aan het patiënten profiel.**

Ook het opnemen van **verpleging** in het forfaitair systeem zou voor, weliswaar een beperkt aantal, medische huizen financieel niet haalbaar zijn (met het huidig forfait) omwille van het patiënten profiel waarmee zij te maken hebben (een ouder patiënten profiel dat veel thuiszorg vergt) (cf. opmerkingen bij berekening forfait in financieringsanalyse).

Op basis van de interviews blijkt eveneens dat er relatief weinig **verloop** is in het **personeelsbestand** van medische huizen. Indien zorgverleners toch zijn overgestapt van het forfaitair systeem naar het per prestatie systeem, was dit volgens enkele geïnterviewde medische huizen voornamelijk te wijten aan het salaris dat gelimiteerd is binnen het forfaitair systeem, of zou het gaan om jonge artsen aan het begin van hun carrière die nog andere activiteiten zouden willen uitoefenen (bijvoorbeeld een buitenlandse werkervaring opdoen). Een bijkomende reden dat door een medisch huis werd aangegeven voor het niet overstappen naar het forfaitair systeem, kadert in het werkingsgebied dat medische huizen vastleggen voor het verlenen van de eerstelijnszorg (bijvoorbeeld arts die mee in een groepspraktijk zat die van het per prestatie systeem naar het forfaitair systeem is overgestapt en veel van diens oorspronkelijk patiëntenbestand afkomstig was van buiten die regio).

Verder werd er meermaals aangegeven dat er een betere **work-life balans** is binnen het forfaitair systeem, en dat zorgverleners dit systeem mogelijks verkiezen omdat het de combinatie met een gezinsleven beter zou toelaten. In het per prestatie systeem zou men volgens enkele geïnterviewde medische huizen bovendien ook meer uren per dag werken

zodoende meer patiënten te kunnen behandelen, vanuit de vrees die patiënt te verliezen indien deze niet onmiddellijk bij de huisarts zelf terecht kan.

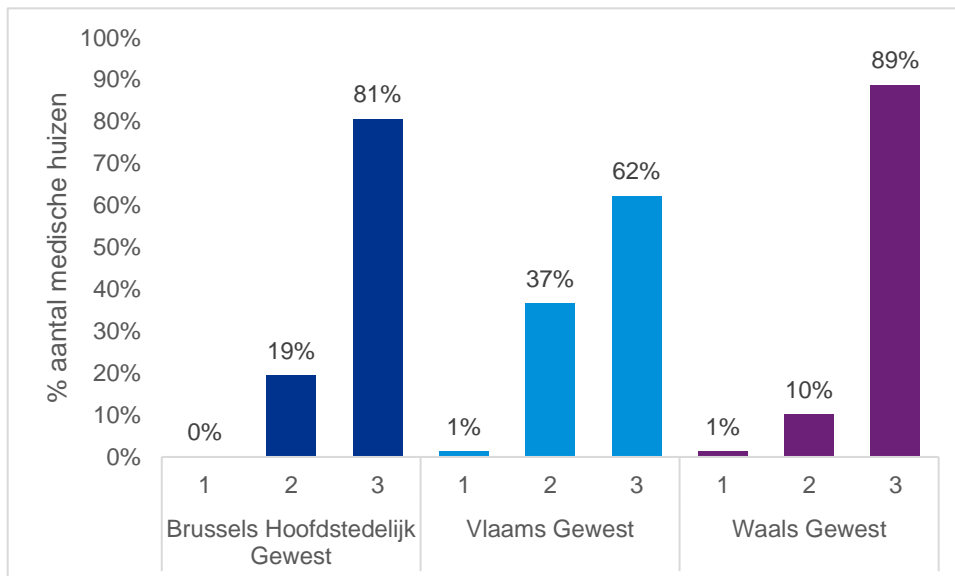
In volgende delen wordt nagegaan of het aantal disciplines verschilt naargelang de ligging en maturiteit van de medische huizen, alsook binnen de verschillende federaties.

Ligging

Van de medische huizen die gevestigd zijn in het Waals- en Brussels Hoofdstedelijk Gewest, biedt respectievelijk 89% en 80% van de respondenten de 3 disciplines aan. In het Vlaams Gewest biedt 62% van de medische huizen 3 disciplines aan en 37% 2 disciplines. Deze bevinding kadert in de vaststelling die eerder in dit hoofdstuk werd gemaakt, namelijk dat de meeste niet-mature medische huizen in Vlaanderen gevestigd zijn. Uit onderstaande analyses, alsook uit interviews blijkt immers dat het opzetten van een **multidisciplinaire praktijk vaak pas verwezenlijkt wordt na verloop van tijd**, wanneer het medisch huis binnen het forfaitair systeem een zekere stabiliteit en klantenbestand heeft kunnen opbouwen. Het opnemen van een bijkomende discipline zou immers zowel op financieel als administratief vlak implicaties hebben.

Slechts 1% van de medische huizen in het Vlaams- en Waals Gewest biedt maar 1 discipline aan.

Figuur 6 - Gemiddeld procentueel aantal disciplines per regio (2016)

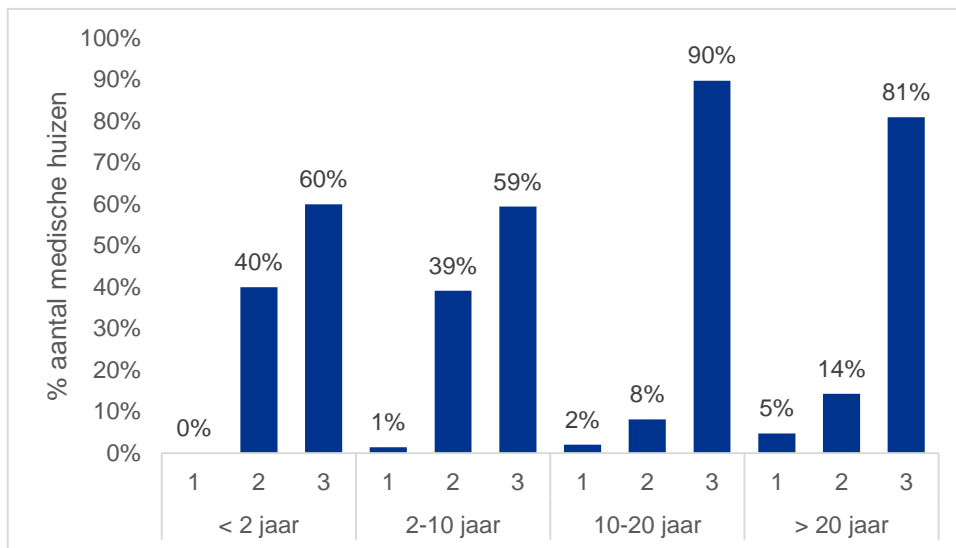


Bron: Enquête KPMG

Maturiteit

In figuur 7 wordt het aantal disciplines weergegeven in functie van de maturiteit. In lijn met bovenvermelde bevinding, blijkt ook uit deze analyse dat voornamelijk de meer mature medische huizen (>10 jaar) 3 disciplines aanbieden. Van de medische huizen die minder dan 10 jaar actief zijn in het forfaitair systeem, biedt gemiddeld ongeveer 40% geen 3 disciplines aan.

Figuur 7 - Gemiddeld procentueel aantal disciplines volgens maturiteit (2016)

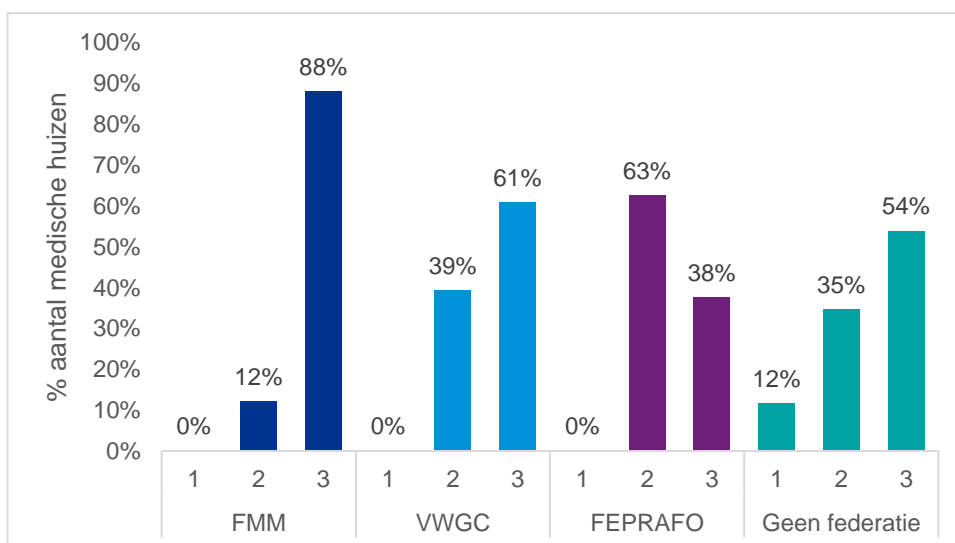


Bron: Enquête KPMG

Federatie

Figuur 8 geeft weer hoeveel medische huizen binnen elke federatie de verschillende disciplines aanbiedt. Binnen FMM bieden 88% van de respondenten de drie disciplines aan. In voorgaande analyses werd reeds opgemerkt dat FMM de meest mature medische huizen telt en dat mature medische huizen gemiddeld meer disciplines in hun zorgaanbod hebben opgenomen. Binnen VWGC en de respondenten zonder federatie biedt meer dan de helft eveneens drie disciplines aan. Bij de leden van Feprafo is dit slecht 38%. In dit hoofdstuk werd reeds vastgesteld dat Feprafo gemiddeld meer niet-mature medische huizen telt in vergelijking met andere categorieën, en dat niet-mature medische huizen in mindere mate de 3 disciplines aanbieden. Echter, ook de categorie zonder federatie bevatten meer niet-mature medische huizen maar hiervan biedt de meerderheid toch 3 disciplines aan.

Figuur 8 – Gemiddeld procentueel aantal disciplines per federatie (2016)



Bron: Enquête KPMG

2.1.2.2 Andere types zorgverlening

2.1.2.2.1 Aantal andere types zorgverlening

Naast huisartsgeneeskunde, kinesithérapie en verpleegkunde, zijn er nog heel wat **andere types van zorgverlening**¹⁸ die kunnen opgenomen worden in het zorgaanbod van medische huizen. Deze zorgprofielen worden niet gefinancierd vanuit het forfait. Tijdens de interviews werd aangegeven dat medische huizen de keuzevrijheid hebben om te bepalen hoe deze zorg wordt aangeboden binnen hun medisch huis: **per prestatie** aan de patiënt of **gratis** voor de patiënt waarbij de loonkost wordt gedragen door het medisch huis zelf. Indien de bijkomend aangeboden zorg (bijvoorbeeld psycholoog, diëtiste, etc.) per prestatie wordt aangerekend aan de patiënt, betreft dit vaak een **symbolische bijdrage** of bijdrage in functie van de financiële situatie van de patiënt. Voor bepaalde profielen (bijvoorbeeld maatschappelijk assistent, psycholoog) zou wel een bijkomende subsidiëring verkregen kunnen worden (cf. onderdeel 2.4 financieringsmiddelen en werkingskosten). Zorgprofielen zoals tandartsen en logopedisten hebben wel een nomenclatuur en zouden in medische huizen vaak werken tegen derdebetalersregeling.

In tabel 6 worden de **zorgverleners** weergegeven die het **vaakst** zijn **opgenomen** in het zorgaanbod van medische huizen op basis van de enquête, alsook het aantal patiënten binnen deze medische huizen die de desbetreffende zorgverlener aanbieden. Een volledige lijst van zorgverlening die wordt aangeboden in de medische huizen kan gevonden worden in bijlage 3.2.

Tabel 6 – Overzicht andere type zorgverleners incl. aantal respondenten en aantal patiënten (2016)

Type zorgverlener	Aantal respondenten		Aantal patiënten van de respondenten	
	Absoluut	%	Absoluut	%
Huisartsen in opleiding	101	63%	292.201	78%
Sociaal assistent/ maatschappelijk medewerker	80	50%	214.924	57,5%
Psychologen	60	37,5%	173.153	46,5%
Gezondheidspromotor/ - werkers	56	35%	154.700	41,5%
Diëtisten	40	25%	136.066	36%
Zorgkundigen	13	8%	52.031	14%
Tandartsen	13	8%	41.544	11%
Logopedisten	8	5%	24.735	6,5%

Bron: Enquête KPMG en data IMA

¹⁸ Hier wordt gemakkelijker halve niet enkel zorgberoepen zoals begrepen in KB 78 bedoeld, maar ook zorgondersteunende beroepen.

101 respondenten stellen **huisartsen in opleiding** (HAIO) tewerk in hun medisch huis. Tijdens de interviews werd aangegeven dat bepaalde **medische huizen veel huisartsen in opleidingen in dienst hebben ten opzichte van het totaal aantal effectieve huisartsen** in het medisch huis. Op basis van de enquêteresultaten werd vastgesteld dat 2 medische huizen dubbel zoveel huisartsen in opleiding hebben, 1 medisch huis een drievoud aan huisartsen in opleiding en 1 medisch huis 4 keer zoveel huisartsen in opleiding dan er VTE huisartsen tewerkgesteld zijn¹⁹. In de analyses die volgen inzake het aantal VTE huisartsen, wordt telkens abstractie gemaakt van het aantal HAIO's die mogelijk tewerkgesteld zijn.

Op basis van de enquêteresultaten worden **sociaal assistenten/maatschappelijk medewerkers, psychologen en gezondheidspromotors/-medewerkers** het meest aanvullend opgenomen in het aanbod van medische huizen. Deze diensten worden op basis van de interviews meestal **gratis** aangeboden aan de patiënten. Het belang van deze zorgverleners blijkt eveneens sterk uit de interviews, waar er vooral gewezen wordt op het feit dat **patiënten medische huizen niet enkel voor medische zorgen contacteren** (zeker in wijken met veel anderstalige en/of achtergestelde patiënten), maar vaak ook voor andere zaken waaronder psychische problemen, problemen m.b.t. sociale huisvesting, moeilijkheden met het in orde brengen van de ziekteverzekering, taalproblemen, etc. Op basis van de interviews blijkt het aantal diabetici ook zeer hoog te zijn binnen de medische huizen, waarbij medische huizen vaak zouden investeren in preventie activiteiten rond beweging en gezonde voeding en deze taken vaak worden opgenomen door gezondheidspromotoren (cf. sectie rond preventie 2.3.4).

Tijdens de stakeholdersinterviews werd aangegeven dat er de laatste jaren **nieuwe vormen van medische huizen** zijn ontstaan, met als voornaamste evolutie het aantal medische huizen die niet zijn aangesloten bij een federatie (cf. supra), alsook vormen waarbij er, weliswaar een beperkt aantal, medische huizen zorgprofielen die tot de **tweedelijnszorg** behoren (bijvoorbeeld gynaecoloog) zouden aanbieden binnen hetzelfde gebouw van het medisch huis. Hier zou een zekere vrees heersen dat bij deze centra het medisch huis gebruikt wordt als **toegangspoort naar de tweedelijnszorg**, wat gevolgen kan hebben op het doorverwijzingsbeleid van deze centra, daar bepaalde tweedelijnszorg rechtstreeks opgenomen wordt in de medische huizen, alsook middelen die worden aangewend voor tweedelijnszorg (bijvoorbeeld installaties).

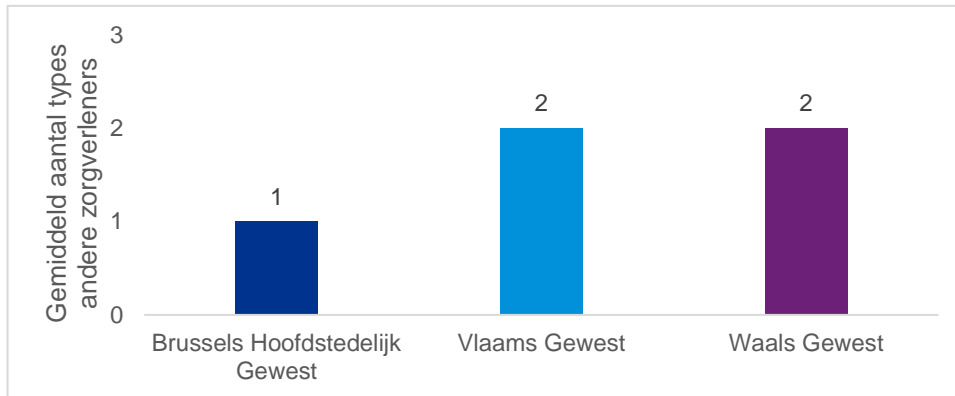
De meerderheid van de geïnterviewde medische huizen gaf aan dat het opnemen van een **maatschappelijk assistent en/of psycholoog** in het forfaitair systeem een grote meerwaarde zou zijn voor de patiënten binnen medische huizen. Echter, dit is binnen de huidige wetgeving niet mogelijk. **Tandzorg** zou eveneens aangewezen zijn om in het forfaitair systeem op te nemen, maar de veelvoud aan technische prestaties zou dit bemoeilijken.

¹⁹ Volgens de huidige Vlaamse wetgeving is het aantal toegelaten HAIO per VTE huisarts beperkt tot 1. In Brussel en Wallonië zijn hier geen regels omtrent bepaald.

Ligging

Medische huizen gevestigd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hebben gemiddeld minder andere types zorgverleners in dienst dan in de andere gewesten. Dit wordt weergegeven in onderstaande grafiek.

Figuur 9 - Gemiddeld aantal andere types zorgverlening per regio (2016)

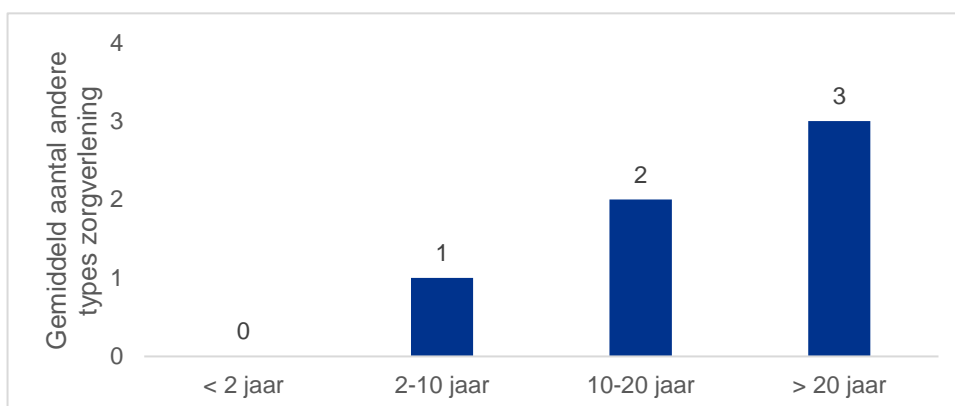


Bron: Enquête KPMG

Maturiteit

Uit de enquêteresultaten blijkt dat de **maturiteit van een medisch huis bepalend is voor het aantal andere bijkomende type zorgverleners** dat in het zorgaanbod van een medisch huis wordt opgenomen. Mature medische huizen ouder dan 20 jaar hebben gemiddeld 3 extra type zorgverleners in dienst, daar waar er in niet-mature medische huizen geen enkel ander type zorgverlener tewerkgesteld wordt. Deze bevinding ligt in lijn met de conclusies bij de disciplines (MKI), waar er werd vastgesteld dat **niet-mature medische huizen minder disciplines** aanbieden dan mature medische huizen. Ook uit interviews is gebleken dat het forfaitair systeem zou toelaten meer zorgverleners op te nemen in het zorgaanbod, daar waar dit in het per prestatie systeem financieel veel moeilijker zou zijn.

Figuur 10 - Gemiddeld aantal andere types zorgverlening volgens maturiteit (2016)



Bron: Enquête KPMG

Conclusie:

Medische huizen kunnen een forfait ontvangen voor **huisartsgeneeskunde**, **kinesithérapie** en **verpleegkunde** indien deze disciplines worden aangeboden in het medisch huis. Deze kunnen alleen aanwezig zijn of in combinatie. 72% van de respondenten geeft aan alle 3 de disciplines aan te bieden binnen hun medisch huis.

Kinesithérapie is echter een discipline waarbij medische huizen op basis van de interviews **moeilijkheden** zouden ondervinden om deze discipline aan te bieden. Redenen hiervoor zouden het niet kunnen aanbieden van een **voltijdse tewerkstelling** zijn (wat vaak de aanwerving bemoeilijkt doordat men niet in beide systemen (forfait en per prestatie) kan werken), teveel specialisaties binnen deze discipline en een gebrek aan benodigde infrastructuur.

In **Vlaanderen** zijn er proportioneel meer medische huizen die slechts 2 van de 3 disciplines aanbieden dan in de andere 2 gewesten. Het aantal andere type zorgverleners ligt in Vlaanderen, alsook in Wallonië gemiddeld hoger dan in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Het aantal disciplines blijkt op basis van de enquête tevens gerelateerd te zijn aan de **maturiteit** van een medisch huis: mature medische huizen bieden gemiddeld meer disciplines aan dan niet-mature medische huizen. Een mogelijke verklaring hiervoor zou verband kunnen houden met het feit dat **niet-mature medische huizen zich vaak nog moeten opbouwen** (patiëntenbestand, op vlak van administratie, etc.) waardoor het opnemen van een bijkomende discipline vaak nog zou worden uitgesteld tot er een zekere maturiteit is opgebouwd. Deze conclusie kan eveneens worden vastgesteld voor andere type zorgverleners buiten de 3 disciplines en werd tevens bevestigd door enkele medische huizen tijdens de interviews.

De meest voorkomende andere type profielen (bijvoorbeeld ondersteunend aan zorgverleners) zijn **maatschappelijk assistent** en **gezondheidspromotor**. Uit de enquête blijkt eveneens dat een **psycholoog** vaak mee wordt opgenomen in het zorgaanbod.

2.1.3 **Andere ondersteunende personeelsleden**

Naast zorgverlening nemen de medische huizen vaak ook medewerkers in dienst voor de ondersteunende taken. Uit de interviews is gebleken dat de **ondersteuning van onthaal en administratie** binnen medische huizen een **grote meerwaarde** zou zijn, waardoor zorgverleners zich beter zouden kunnen toeleggen op zorgtaken. Deze omkadering zou

volgens verscheidene medische huizen cruciaal zijn voor het kunnen aanbieden van de juiste kwaliteit van de zorg.

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de verschillende ondersteunende diensten en het aantal respondenten dat heeft aangegeven in de enquête deze diensten in huis te hebben.

Tabel 7 - Aantal respondenten met ondersteunende diensten

Type ondersteunend personeel	Aantal respondenten	
	Absoluut	%
Onthaal	144	94%
Administratie	138	90%
Boekhouding	82	53,5%
Onderhoud/logistiek	63	39%
Coördinatie & beheer	49	30,5%
ICT	42	27,5%
Vrijwilligers	39	25,5%

Bron: Enquête KPMG

Conclusie:

Uit de enquêteresultaten blijkt dat **90% van de respondenten ondersteunend personeel in dienst heeft voor de administratie, alsook 94% van de respondenten (een) onthaalmedewerker(s)** tewerk stelt. De ondersteuning van **onthaal en administratie** binnen medische huizen blijkt op basis van de interviews een grote meerwaarde te zijn binnen medische huizen, waardoor zorgverleners zich beter zouden kunnen toeleveren op zorgtaken en de kwaliteit van de zorg beter gegarandeerd zou kunnen worden.

2.2 Patiëntenbestand

In dit onderdeel wordt het patiëntenbestand van medische huizen in kaart gebracht, meer bepaald het aantal patiënten, aantal contacten, alsook geaggregeerde (niet nominatieve) gegevens per patiënt zoals geslacht, leeftijd, chronische aandoening, etc.).

Conform voorgaand onderdeel, wordt hier vooreerst het algemene patiëntenbestand in kaart gebracht in functie van de ligging, maturiteit en de aansluiting bij een federatie, gevolgd door een meer gedetailleerde analyse inzake het patiënten profiel.

Volgende assumpties werden gemaakt om verwerking van de gegevens inzake patiëntenbestand mogelijk te maken:

- Bij het ontbreken van het aantal patiënten in de enquête, werden de statistieken van het IMA gebruikt om het aantal patiënten te bepalen.
- Bij grote verschillen tussen 2015 en 2016 voor het aantal patiënten²⁰ (>1000), werden de statistieken van het IMA gebruikt om het aantal patiënten te bepalen.
- Bij een negatief verschil voor 2015 en/of 2016 tussen het aantal patiënten opgegeven in de enquête en de statistieken van het IMA, werden de statistieken van het IMA gebruikt om het aantal patiënten te bepalen.
- Indien er wel kinesitherapeuten en/of verpleegkundigen werden opgegeven maar geen patiënten voor deze zorgverleners werden ingevuld, werd hetzelfde aantal patiënten gebruikt zoals opgegeven bij de huisarts voor deze disciplines.
- Voor het aantal patiënten per code gerechtigde werd er in de IMA data voor bepaalde medische huizen “<=5” vermeld. Voor de verwerking werd een gemiddelde van 2,5 patiënten gehanteerd bij deze medische huizen.

In bijlage 3.3 kan een lijst met specifieke assumpties voor losstaande gevallen teruggevonden worden.

In de enquête werd eveneens de verhouding tussen het aantal **verzekerden en-niet verzekerden ingeschreven rechthebbenden** gevraagd. Op basis van de enquête blijken hiervoor geen significante verschillen te zijn tussen de 3 gewesten (3% niet-verzekerden op het totaal patiëntenbestand in Wallonië, 4% in Vlaanderen en 5% in Brussel). Ook tussen de maturiteitscategorieën en de federaties blijkt er geen significant verschil te zijn tussen de respondenten. In de analyses die volgen wordt steeds het aantal niet-verzekerde ingeschreven rechthebbenden bij het aantal verzekerden geteld om het totaal patiëntenbestand te kennen. Enkel in het deel 2.4 Werkingskosten, financieringsbronnen en –mechanismen zal er bij de berekening van een forfaitaire vergoeding en MKI-kosten per patiënt, abstractie gemaakt worden van de niet-verzekerde ingeschreven rechthebbenden daar er voor deze patiënten geen forfait ontvangen wordt.

²⁰ Voor patiënten aantallen werd steeds het opgegeven aantal patiënten voor de huisartsen gebruikt vanuit de assumptie dat een patiënt die ingeschreven is in een medisch huis automatisch voor alle disciplines die in dat medisch huis worden aangeboden, is ingeschreven. Dit is ook het aantal dat vergeleken werd met de data van het IMA op grote afwijkingen. Enkel voor één medisch huis werd het aantal patiënten per verpleegkundige gebruikt aangezien zij geen huisartsen hebben, alsook voor de analyses per MKI, hiervoor werd ook telkens het apart aantal patiënten gebruikt zoals opgegeven per discipline in de enquête.

2.2.1 Algemeen

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal respondenten dat meegenomen kon worden in de analyses inzake patiëntenbestand. Voor verschillende analyses met betrekking tot patiënten profiel, zijn statistieken van het IMA gebruikt (bijvoorbeeld, leeftijd, geslacht, chronische aandoening, etc.). Het aantal respondenten dat in deze laatstgenoemde analyses meegenomen konden worden, ligt lager dan voor de analyses gebaseerd op de enquêteresultaten alleen, daar de verkregen IMA statistieken voor sommige respondenten op de enquête nog geen data bevatte (voor de recent opgerichte medische huizen). Er wordt in onderstaande tabel bijgevolg een onderscheid gemaakt tussen het aantal respondenten die werden opgenomen in analyses die louter gebaseerd zijn op enquêteresultaten, en het aantal respondenten die in beschouwing genomen konden worden voor analyses waarvoor IMA statistieken gebruikt zijn.

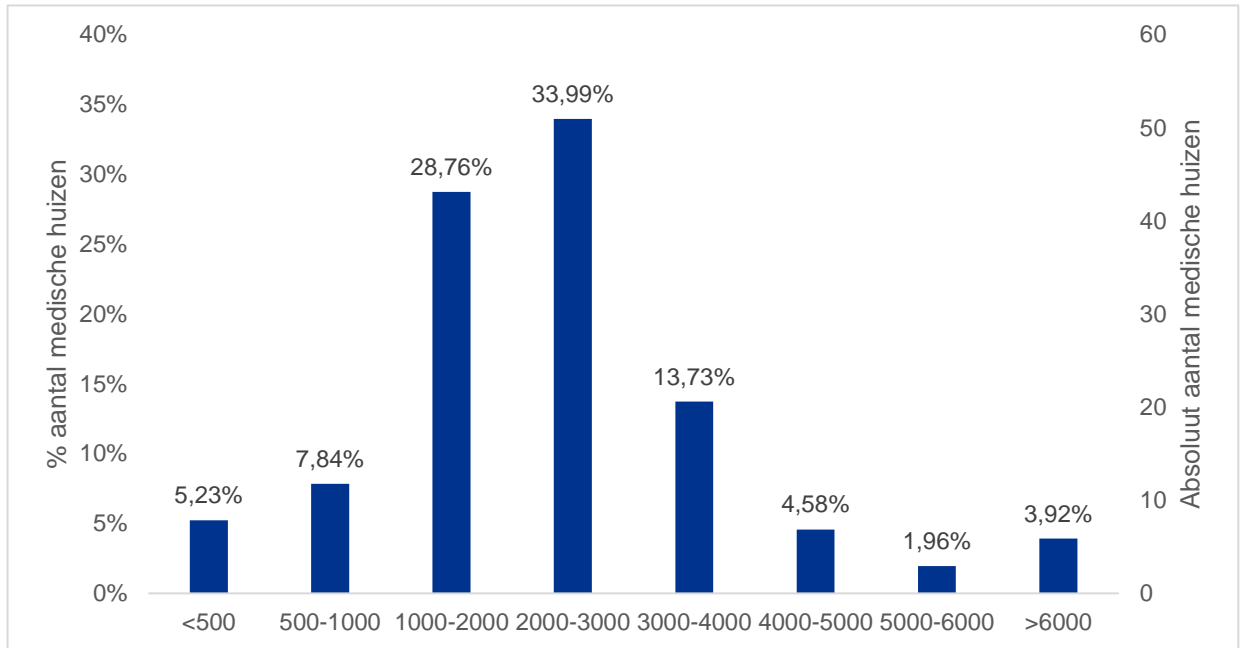
Tabel 8 - Aantal respondenten meegenomen in analyses patiëntenbestand

	Aantal respondenten meegenomen voor 2015	Aantal respondenten meegenomen voor 2016
Enquête data	141	153
IMA data	136	146

Bron: Enquête KPMG

Uit figuur 11 blijkt dat de meerderheid van de respondenten een patiëntenbestand heeft tussen **2000-3000 patiënten**. 8 respondenten hebben een patiëntenbestand kleiner dan 500, waarvan 6 niet-mature medische huizen en 1 medisch huis dat net is overgegaan naar de categorie matuur (cf. infra analyses maturiteit). Het overige medische huis heeft eveneens een patiëntenbestand kleiner dan 500 voor 2016 maar bestaat reeds sinds 2013. Voor 2015 had dit medisch huis nog een patiëntenbestand van 773 patiënten, wat een daling van 75% betekent in het patiëntenbestand (minder dan 200 patiënten in 2016). Het IMA heeft voor 2016 eveneens geen statistieken meer voor wat betreft het aantal patiënten van dit medisch huis.

Figuur 11 - (procentueel) aantal medische huizen opgedeeld volgens aantal patiënten (2016)



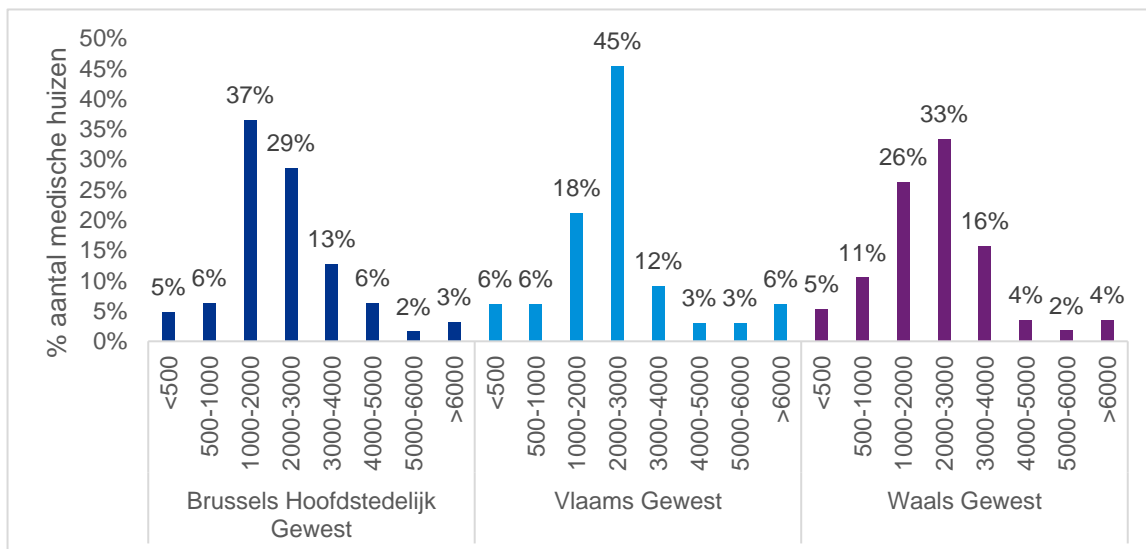
Bron: Enquête KPMG en data IMA

Ligging

Voor de verdeling van het aantal patiënten naar ligging, wordt er verwezen naar voorgaand onderdeel “Karakteristieken”, waar reeds een uitsplitsing werd gegeven in tabel 2 van het aantal patiënten per gewest en arrondissement.

Figuur 12 geeft het aantal medische huizen weer volgens de **grootte van hun patiëntenbestand opgedeeld per gewest**. **45% van de respondenten gevestigd in het Vlaams Gewest heeft een patiëntenbestand tussen 2000 en 3000 patiënten**. In het **Vlaams Gewest** heeft een patiëntenbestand tussen **2000 en 3000 patiënten**. In het **Waals Gewest** heeft **33%** van de respondenten een patiëntenbestand van **2000-3000** patiënten. In **Brussel** hebben de meeste respondenten een patiëntenbestand tussen de **1000 en 2000 patiënten**. Er kan bijgevolg geconcludeerd worden dat alle groottes van patiëntenbestand voorkomen in de 3 gewesten. In Brussel heeft 66% van de respondenten een patiëntenbestand tussen 1000 en 3000 patiënten, in Vlaanderen is dit 63% en in Wallonië 59%.

Figuur 12 – Procentueel aantal medische huizen volgens aantal patiënten per regio (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Maturiteit

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal respondenten opgedeeld in de verschillende maturiteitscategorieën. Voor 7 respondenten is geen patiënten aantal beschikbaar daar deze medische huizen pas zijn opgestart in 2017.

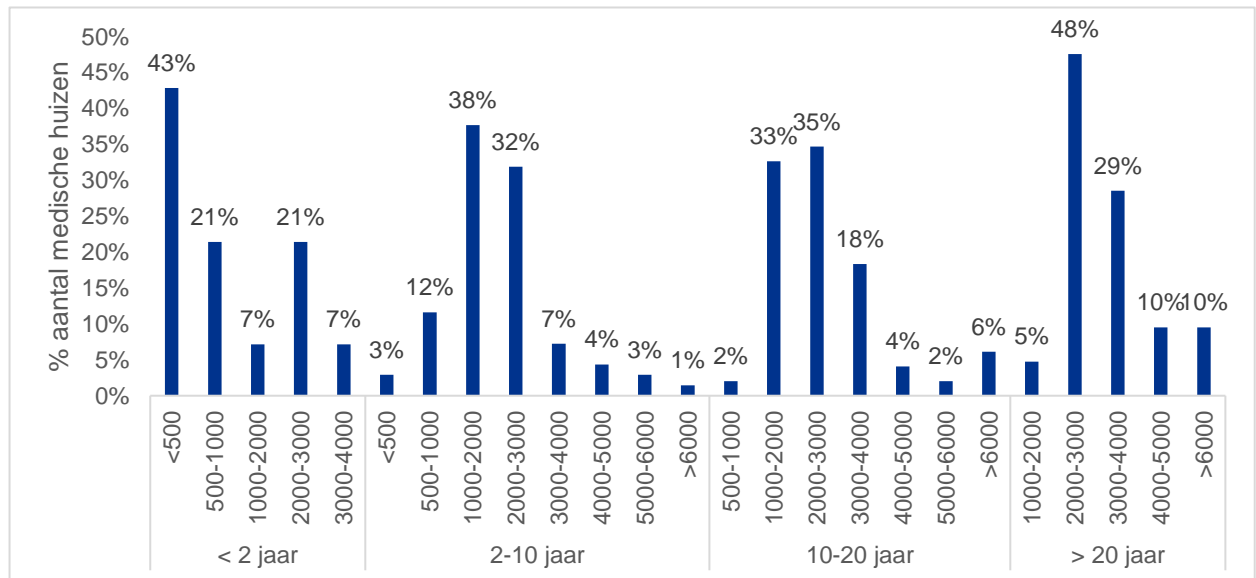
Tabel 9 - Respondenten volgens maturiteit (2016)

Maturiteit	Aantal respondenten		Aantal patiënten respondenten 2016	
	Absoluut	%	Absoluut	%
<2 jaar	21	13%	16.201	4,5%
2-10 jaar	69	43%	150.852	40,5%
10-20 jaar	49	31%	136.963	36,5%
>20 jaar	21	13%	69.724	18,5%
Totaal	160	100%	373.740	100%

Bron: Enquête KPMG en data IMA

Figuur 13 geeft het aantal medische huizen weer per grootte van patiëntenbestand volgens maturiteit.

Figuur 13 - Procentueel aantal medische huizen per patiëntenbestand volgens maturiteit (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Hieruit kan opgemerkt worden dat in de **niet-mature medische huizen meer variatie** is onder de respondenten op het vlak van de grootte van het patiëntenbestand. Uit de interviews blijkt dat niet-mature medische huizen met een groot patiëntenbestand vaak overgeschakeld zouden zijn naar het forfaitair systeem vanuit een bestaande (groeps)praktijk waarbij hun huidig patiëntenbestand (deels) mee is overgegaan van het per prestatie naar het forfaitair systeem. Dit is mogelijks de verklaring voor de niet-mature medische huizen (21% van de respondenten) met een patiëntenbestand tussen de 2000 en 3000 patiënten.

De meest voorkomende redenen die werden aangegeven door **patiënten die niet mee wilden overstappen** naar het forfaitair systeem, blijken op basis van de interviews de volgende te zijn (niet-limitatief):

- Patiënten wensen **niet te veranderen** van hun huidige **kinesitherapeut** en/of **verpleegkundige** naar deze in het forfaitair systeem (mede doordat dit vaak persoonlijke zorgen betreft en de vertrouwensband met de zorgverlener hier belangrijk is)
- Patiënten willen geen **risico** lopen op het maken van **niet-terugbetaalbare onkosten**. Voor patiënten zou het bijvoorbeeld niet steeds duidelijk zijn of de zorgverlener die zij raadplegen binnen de tweedelijns- of eerstelijnszorg valt, waardoor zij het risico zouden lopen deze onkosten niet terugbetaald te krijgen (bijvoorbeeld de patiënt is in de veronderstelling dat hij/zij een specialist geraadpleegd heeft in een ziekenhuis, maar deze zorgverlener valt binnen de huisartsengeneeskunde (eerstelijnszorg)). Andere voorbeelden zijn patiënten die homeopathie, accupunctuur, raadpleging bij een sportdokter, etc. wensen. Deze

diensten worden op basis van de interviews doorgaans niet aangeboden binnen medische huizen. Enkele medische huizen hebben echter wel een intern beleid waarin bepaald wordt dat dergelijke diensten in zeer beperkte mate (bijvoorbeeld 2 keer per jaar) worden terugbetaald, mits voorafgaande toestemming van het medisch huis.

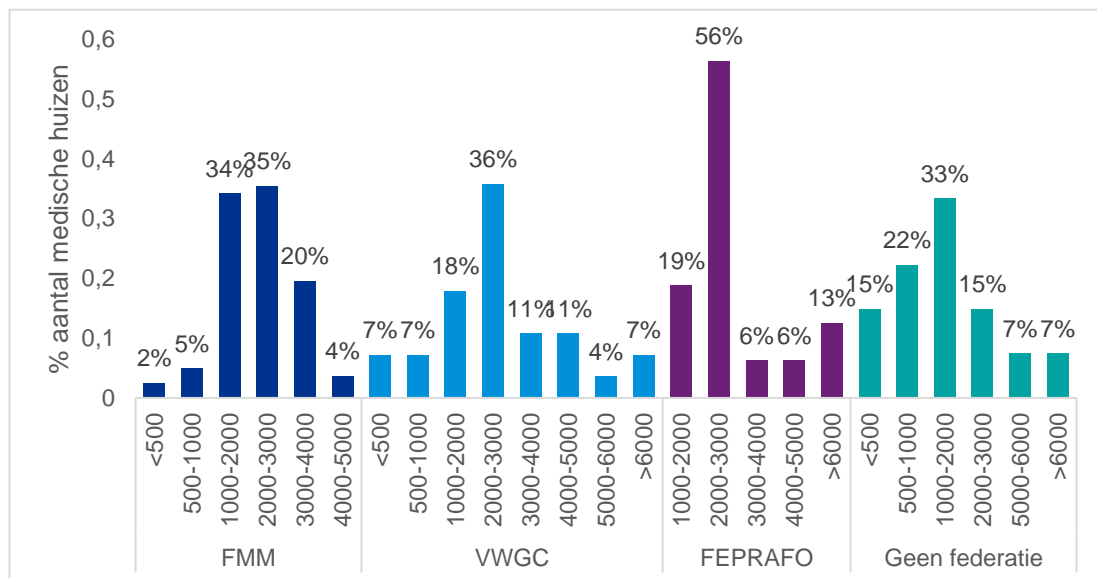
- De vrees bij **chronische patiënten** om niet steeds terecht te kunnen met hun zorgnoden in het medisch huis.

Uit figuur 13 blijkt dat **naarmate de maturiteit van de respondenten stijgt, ook het gemiddeld aantal patiënten** binnen de medische huizen stijgt. De grootte van het patiëntenbestand bij mature respondenten blijkt voornamelijk te schommelen tussen 1000 en 3000 patiënten. Er is een beperkt aantal respondenten met een patiëntenbestand hoger dan 4000 patiënten. Dit aandeel is het grootst bij de respondenten die reeds langer dan 20 jaar actief zijn in het forfait (20%). Tijdens interviews werd door enkele medische huizen aangegeven dat een **te groot patiëntenbestand een negatieve impact kan hebben op de efficiënte werking** en zorgcontinuïteit binnen een medisch huis. Vanuit deze reden zouden dergelijke grote medische huizen soms mee andere medische huizen oprichten in de wijk (bijvoorbeeld in Gent) om het patiënten aantal beheersbaar te houden.

Federatie

In onderstaande grafiek wordt het aantal medische huizen per grootte van patiëntenbestand weergegeven, opgedeeld volgens federatie.

Figuur 14 - Procentueel aantal medische huizen volgens patiëntenbestand per federatie (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Op basis van voorgaande analyse kan geconcludeerd worden dat binnen de 4 categorieën alle groottes van het patiëntenbestand voorkomen. Het aantal medische huizen met een zeer **groot patiëntenbestand** blijkt vaak samen te hangen met de **maturiteit van dat medisch huis** en hoelang een bepaalde federatie reeds bestaat

(bijvoorbeeld meer grote medische huizen binnen FMM door grote hoeveelheid mature leden binnen deze federatie die sinds lange tijd bestaat).

Conclusie:

Uit de enquêteresultaten blijkt dat de meerderheid van de respondenten een patiëntenbestand heeft tussen **2000-3000 patiënten**. Alle groottes van patiëntenbestand komen voor in de 3 gewesten, waarvan in Brussel 66% van de respondenten een patiëntenbestand heeft tussen 1000 en 3000 patiënten, in Vlaanderen 63% van de respondenten en in Wallonië 59% van de respondenten.

In de niet-mature medische huizen kan er meer variatie onder de respondenten vastgesteld worden op het vlak van de grootte van het patiëntenbestand. Uit de interviews blijkt dat niet-mature medische huizen met een groot patiëntenbestand vaak **overgeschakeld** zijn naar het forfaitair systeem **vanuit een bestaande (groeps)praktijk** waarbij hun huidig patiëntenbestand (deels) mee is overgegaan van het per prestatie naar het forfaitair systeem. Indien patiënten niet mee zijn overgeschakeld naar het forfaitair systeem, zou dit voornamelijk te wijten zijn aan het feit zij hun eigen kinesitherapeut en/of verpleegkundige wilde behouden, geen risico wilde lopen op niet-terugbetaalde kosten, of uit vrees om niet steeds binnen het medisch huis terecht te kunnen.

2.2.2 Aantal patiënten vs. aantal zorgverleners

In het onderdeel “Karakteristieken” werden reeds de verschillende type zorgverleners in kaart gebracht die bij de respondenten tewerkgesteld zijn. In dit onderdeel wordt het aantal patiënten en aantal contacten per huisarts, kinesitherapeut en verpleegkundige binnen de medische huizen vergeleken in functie van hun ligging, maturiteit en de aansluiting tot een federatie. Vervolgens zal het aantal VTE per type zorgverlener in functie van de grootte van het patiëntenbestand voorgesteld worden, enerzijds voor de disciplines in het forfaitair systeem en anderzijds voor de andere type zorgverleners die zijn opgenomen in het zorgaanbod van de respondenten.

2.2.2.1 Aantal patiënten per discipline

In deze sectie wordt het aantal patiënten (zowel verzekerden als niet-verzekerden) per voltijdse equivalent (VTE = 38u per week) per discipline binnen de medische huizen in kaart gebracht, alsook of er een verschil is hierin op vlak van ligging, maturiteit, federatie en de grootte van het patiëntenbestand²¹.

²¹ Om het verwerken van deze data mogelijk te maken, werden enkele assumpties gemaakt:

- Voor de analyse wordt steeds de status bekeken op 31 december 2015 en 2016.
- Huisartsen in opleiding die slechts enkele maanden in dienst waren, werden opgenomen als 1 om een correct beeld te krijgen van het aantal huisartsen in opleiding die een plaats krijgen binnen de medische huizen.
- Wanneer door de medische huizen wel een naam van een zorgverlener ingevuld werd maar niet bijhorende VTE, werd dit als 1 VTE opgenomen in de verwerking.
- Wanneer er meerdere functies opgegeven werden voor 1 VTE, werden deze pro rata verdeeld over de verschillende functies.

Het gemiddeld aantal patiënten per VTE per discipline over alle respondenten heen voor 2016 wordt weergegeven in onderstaande tabel. Enkel de medische huizen die de desbetreffende zorgverleners in dienst hebben, werden meegenomen in de berekening van het algemeen gemiddelde (om vertekening uit te sluiten). Op basis van de enquêteresultaten blijkt dat **een VTE huisarts gemiddeld 673²² patiënten** heeft, een **VTE kinesitherapeut gemiddeld 1.358 patiënten²³** en een **VTE verpleegkundige gemiddeld 1.882 patiënten**. In bovenvermelde analyses wordt er geen rekening gehouden met de huisartsen in opleiding (HAIO's) die tewerkgesteld zouden zijn binnen de medische huizen.

Tabel 10 - Gemiddeld aantal geregistreerde patiënten per VTE MKI (2016)

Gemiddeld aantal patiënten per huisarts (2016)	Gemiddeld aantal patiënten per VTE kinesitherapeut (2016)	Gemiddeld aantal patiënten per VTE verpleegkundige (2016)
673	1.358	1.882

Bron: Enquête KPMG en data IMA

Zonder deze stelling gestaafd te hebben met concrete objectieve gegevens, werd tijdens de interviews meermaals gewezen op het belang van een goede **balans tussen het aantal patiënten per VTE huisarts**, teneinde de nodige zorgkwaliteit en –continuïteit te vrijwaren. Medische huizen die een zeer groot aantal patiënten inschrijven voor slechts een beperkt aantal huisartsen, en dus veel patiënten per VTE arts verzorgen, zouden deze kwaliteit en continuïteit niet kunnen garanderen volgens sommige geïnterviewde medische huizen. Daarnaast zou dit teveel aan patiënten op basis van de interviews niet opgevangen mogen worden door meer huisartsen in opleiding tewerk te stellen (cf. infra). Tijdens de interviews werd aangehaald dat dit gemiddeld aantal patiënten per VTE huisarts binnen het forfaitair systeem voornamelijk te wijten zou zijn aan de tijdsbesteding van contacten. Deze zou langer zijn binnen het forfaitair systeem, onder meer door volgende redenen (niet-limitatief) die tijdens de interviews werden aangehaald:

- Door het **vast patiëntenbestand** zou men meer tijd kunnen besteden aan de huidig ingeschreven patiënten zonder onder **tijdsdruk** te staan om meer patiënten te verzorgen.
- Bovendien zou een aanzienlijk deel van de patiënten van medische huizen kampen met **psychologische problemen**, wat ook een impact zou hebben op de tijdsbesteding van contacten (een consultatie van 10 min. zou voor deze patiënten geen oplossing bieden en hiervoor zou vaak meer tijd uitgetrokken worden om een zorg op maat te kunnen bieden)

²² 4 medische huizen hebben per VTE huisarts voor 2016 een beduidend lager aantal patiënten dan bij de andere respondenten (minder dan 200 patiënten per VTE huisarts), door het klein patiëntenbestand (<500)

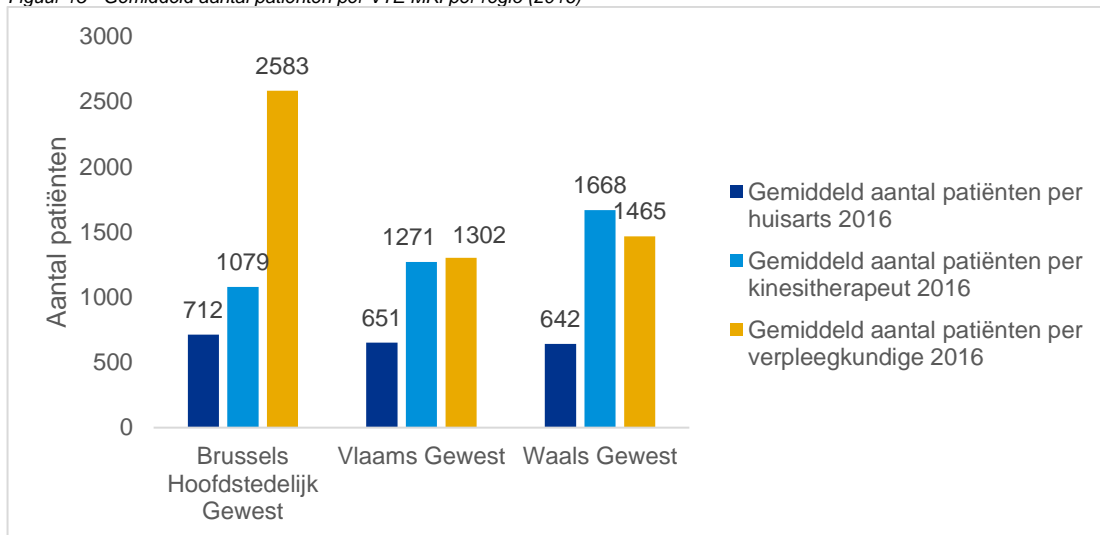
²³ Eén medisch huis geeft bij de omzetting naar aantal patiënten per VTE kinesitherapeut een zeer hoog aantal patiënten.

- **Etnische achtergrond:** de afkomst van bepaalde patiënten, vaak gepaard met anderstaligheid, zou eveneens zorgen voor langere consultaties daar er vaak beroep gedaan moet worden op vertaalmiddelen (tolk, internet, etc.)
- Een **achtergestelde populatie** zou eveneens meer tijd vergen van de huisarts om bepaalde zaken (diagnoses, voorschriften, etc.) uit te leggen. Vaak vergen deze patiënten ook meer opvolging om na te gaan of ze de toelichting van de huisarts begrepen hebben (idem voor anderstalige patiënten)
- Etc.

Ligging

In onderstaande grafiek wordt het gemiddeld aantal patiënten per type zorgverlener binnen de 3 disciplines weergegeven opgedeeld in de 3 gewesten.

Figuur 15 - Gemiddeld aantal patiënten per VTE MKI per regio (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Uit bovenstaande grafiek kan afgeleid worden dat het aantal patiënten per **huisarts** niet significant verschilt tussen de gewesten.

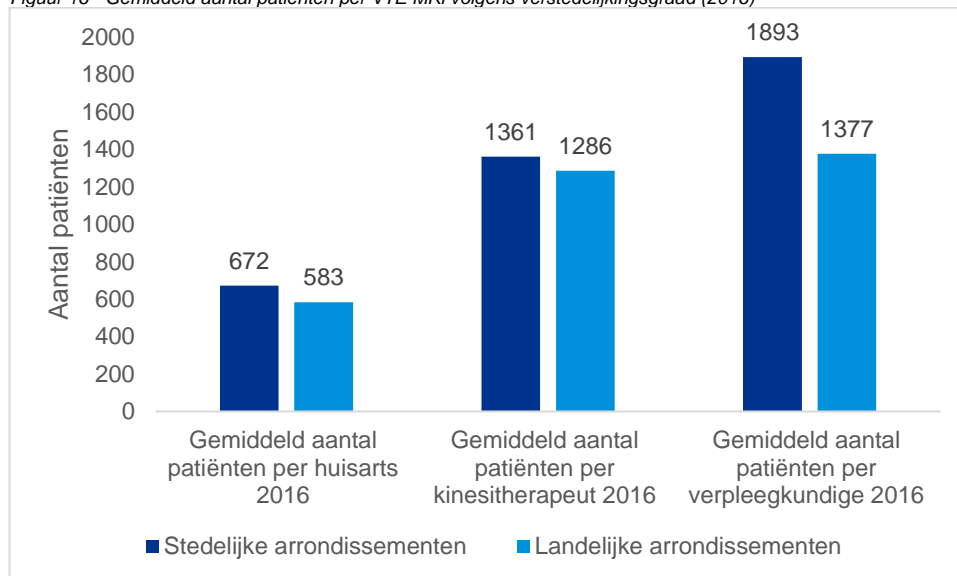
Voor **kinesitherapeuten** is er wel een verschil in aantal patiënten per VTE merkbaar, en dit ligt beduidend lager in Brussel ten opzichte van de andere 2 gewesten. In het Waals Gewest hebben kinesitherapeuten gemiddeld het meeste patiënten per VTE. In de analyses die volgen kan er opgemerkt worden dat er meer patiënten met een chronische aandoening zijn ingeschreven in medische huizen in Wallonië (mede ook door de hogere gemiddelde leeftijd in dat gewest en de positieve correlatie²⁴ tussen de gemiddelde leeftijd van patiënten en patiënten met een chronische aandoening) (cf. infra). Tijdens de interviews werd door enkele medische huizen aangegeven dat kinesitherapie essentieel is voor patiënten met een chronische aandoening, wat mogelijks een verklaring kan zijn voor het groter aantal patiënten per VTE kinesitherapeut.

²⁴ Voor de bepaling of er al dan niet een significante correlatie is tussen twee variabelen, werd in het kader van deze studie aan de hand van een statistisch softwarepakket de p-waarde van de correlatiecoëfficiënt bepaald. Indien er binnen deze studie sprake is van een 'significante correlatie' wil dit zeggen dat de correlatiecoëfficiënt statistisch significant is met een betrouwbaarheidsinterval van 95%.

Verpleegkundigen blijken op basis van bovenstaande analyse het meeste patiënten per VTE te hebben, met een groot verschil in aantal patiënten tussen Brussel²⁵ en de andere gewesten. Het aantal patiënten per VTE verpleegkundige in Vlaanderen en Wallonië ligt meer in lijn met elkaar.

Tijdens de interviews werd eveneens aangegeven dat er **minder patiënten per VTE** huisarts zouden zijn in **landelijke gebieden** door het groter aandeel oudere patiënten en aandeel huisbezoeken die met deze gebieden gepaard zouden gaan. Dit wordt bevestigd op basis van de enquêteresultaten en wordt in figuur 16 weergegeven. Bovendien zou het **werkingsgebied** in landelijke gebieden vaak groter zijn dan in steden, waardoor de afstand om huisbezoeken te doen vaak groter is. Daarnaast zou de hogere gemiddelde leeftijd van patiënten in landelijke gebieden ook gepaard gaan met een beperktere mobiliteit van deze patiënten en bijgevolg een hoger aantal huisbezoeken.

Figuur 16 - Gemiddeld aantal patiënten per VTE MKI volgens verstedelijkingsgraad (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

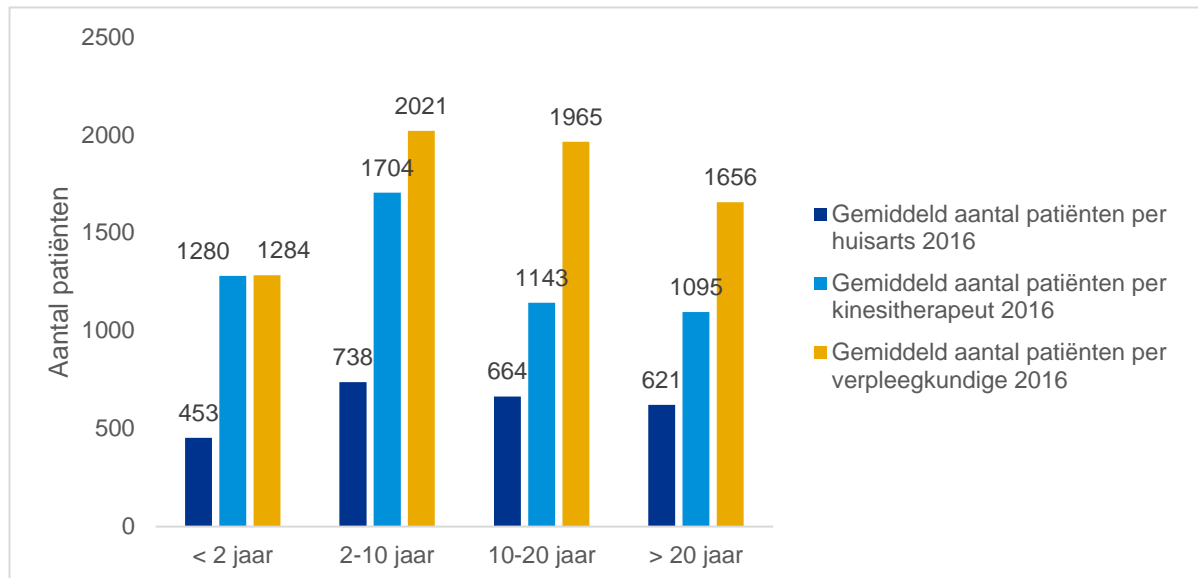
Maturiteit

In figuur 17 wordt er nagegaan of er een verschil is in het aantal patiënten per VTE binnen de disciplines naargelang de maturiteit van het medisch huis in het forfaitair systeem. Hieruit blijkt dat **niet-mature medische huizen gemiddeld minder patiënten per VTE huisarts hebben dan mature medische huizen**. Dit is te wijten aan het kleiner patiëntenbestand dat niet-mature medische huizen gemiddeld hebben (cf. supra) maar wel voldoende zorgverleners dienen tewerk te stellen om dezelfde zorgcontinuïteit aan hun patiënten te kunnen verzekeren dan mature medische huizen met meer patiënten. Deze vaststelling werd eveneens bevestigd tijdens de interviews. Het aantal patiënten per

²⁵ Dit groot aantal wordt veroorzaakt doordat er voor verschillende medische huizen 0,5 VTE opgegeven werd in de enquête het opgegeven het aantal patiënten verdubbeld (aantal patiënten wordt gedeeld door 0,5) om per VTE te vergelijken. (In Brussel: 33 respondenten met VTE verpleegkundigen <1; Vlaanderen: 6 respondenten met VTE verpleegkundigen <1; Wallonië: 12 respondenten met VTE verpleegkundigen <1)

VTE zorgverlener blijkt uit figuur 17 voor alle 3 de disciplines het hoogst te zijn bij medische huizen die tussen de 2 en de 10 jaar in het forfaitair systeem werken.

Figuur 17 - Gemiddeld aantal patiënten per VTE MKI (2016)



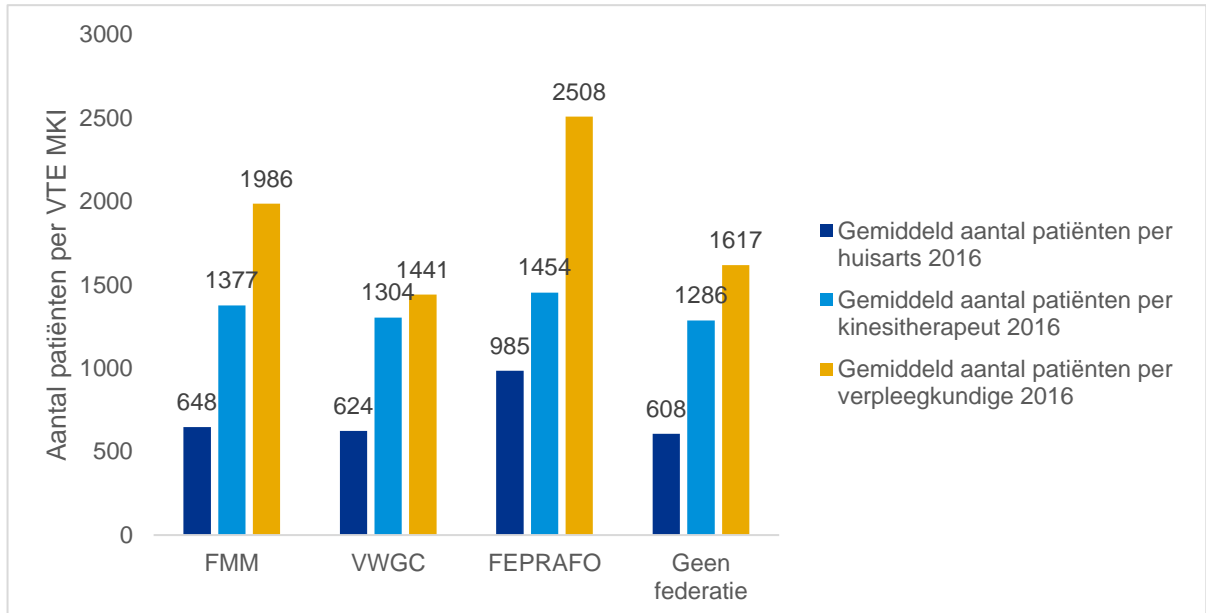
Bron: Enquête KPMG en data IMA

Bovendien werd tijdens de interviews door enkele medische huizen aangegeven dat niet-mature medische huizen vaak **jongere huisartsen** zouden tewerkstellen en dat dit mogelijks ook een reden kan zijn van een **kleiner patiëntenbestand** voor niet-mature medische huizen. Dit zou op basis van de interviews te wijten zijn aan de vaststelling dat patiënten doorgaans trouw zouden blijven aan hun huisarts, en jongere artsen nog niet in diezelfde mate een eigen patiëntenbestand hebben kunnen opbouwen.

Federatie

Figuur 18 geeft het gemiddeld aantal patiënten per VTE zorgverlener binnen de 3 disciplines, opgedeeld volgens de al dan niet aansluiting bij een federatie.

Figuur 18 - Gemiddeld aantal patiënten per VTE MKI per federatie (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

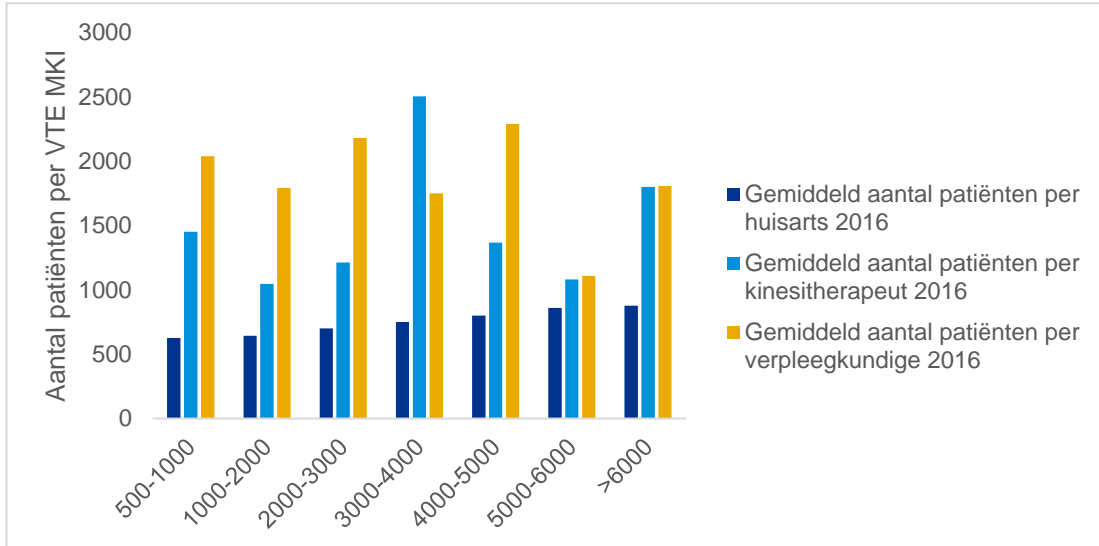
Uit bovenstaande analyse blijkt dat het gemiddeld aantal patiënten per VTE voor alle zorgverleners het hoogst is bij de medische huizen lid van Feprafo, met een groot verschil in aantal patiënten per VTE verpleegkundige. Dit hoog gemiddelde wordt voornamelijk veroorzaakt door 3 medische huizen. De overige medische huizen lid van Feprafo, liggen wel in lijn met het gemiddelde van de respondenten in de andere categorieën. Ook het gemiddeld aantal patiënten per VTE huisarts ligt bij de leden van Feprafo significant hoger dan bij de respondenten in de andere categorieën. Wanneer er echter gekeken wordt naar het patiënten aantal van de niet-mature medische huizen, blijkt dat de leden van Feprafo die jonger zijn dan 2 jaar, tussen de 1000 en 3000 patiënten hebben, daar waar de andere federaties of groep zonder federatie medische huizen bevat met een patiëntenbestand kleiner dan 500.

Het aantal patiënten per VTE huisarts en kinesitherapeut ligt bij de andere categorieën (FMM, VWGC en de groep zonder federatie) in lijn met elkaar. Leden van het FMM hebben daarentegen wel significant meer patiënten per VTE verpleegkundige in vergelijking met VWGC en de respondenten die niet zijn aangesloten bij een federatie. De leden van FMM zijn bijna uitsluitend gevestigd in Brussel en Wallonië, waar er reeds in bovenstaande analyse omtrent ligging werd vastgesteld dat het aantal patiënten per VTE verpleging in deze gewesten het hoogst is. Leden van VWGC hebben voor alle disciplines het minst aantal patiënten per zorgverlener.

Groote patiëntenbestand

Figuur 19 geeft het gemiddeld aantal patiënten per VTE per discipline weer, in functie van de grootte van het patiëntenbestand.

Figuur 19 - Gemiddeld aantal patiënten per VTE MKI (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Uit deze analyse blijkt dat het **gemiddeld aantal patiënten per VTE huisarts in zeer beperkte mate stijgt naarmate het patiëntenbestand groter wordt.**

Het gemiddeld aantal patiënten per VTE kinesitherapeuten en verpleegkundigen volgt deze trend niet. Enkel de respondenten met een patiëntenbestand tussen 5000 en 6000 patiënten hebben gemiddeld minder patiënten per VTE verpleegkundigen en kinesitherapeuten²⁶.

Medische huizen met een patiëntenbestand kleiner dan 500 (7) werden niet opgenomen in deze analyse omdat dit een vertekening zou kunnen veroorzaken. Zoals reeds vermeld betreft dit medische huizen die recent opgericht zijn.

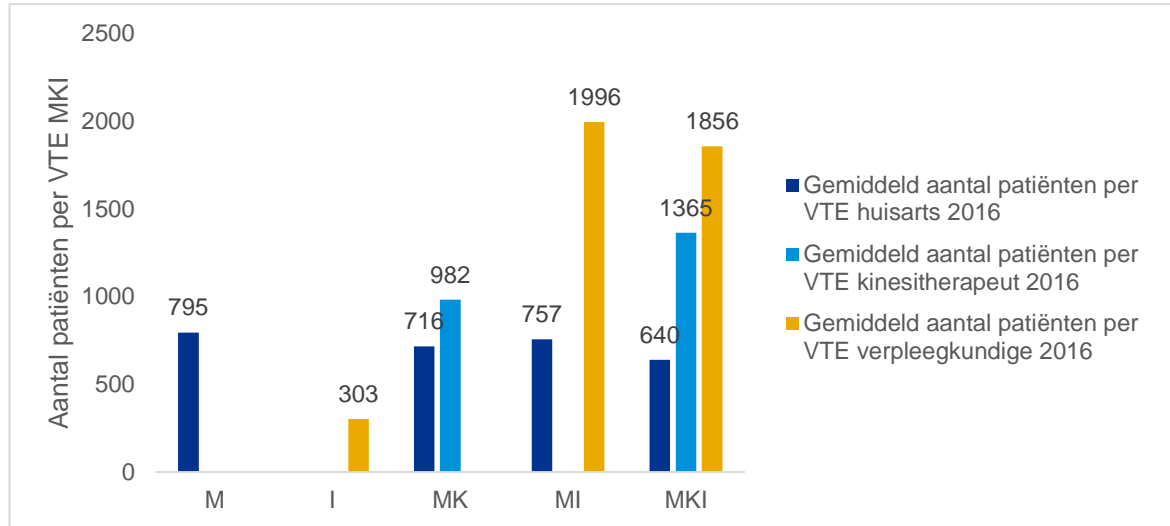
Combinatie aan disciplines

In figuur 20 wordt het aantal patiënten per VTE zorgverlener in de 3 disciplines vergeleken tussen de medische huizen naargelang de combinatie aan disciplines (MKI). Hieruit blijkt dat het **gemiddeld aantal patiënten per VTE huisarts niet significant verschilt naargelang de verschillende combinaties aan disciplines.** Wel is er een significant verschil in het aantal patiënten per VTE verpleegkundige tussen de multidisciplinaire praktijken en de praktijk met enkel verpleging. De groep met alleen verpleging bestaat echter slechts uit 1 medisch huis, waardoor deze vergelijking niet representatief is. Het

²⁶ Hierbij dient te worden opgemerkt dat het aantal medische huizen met een patiëntenbestand tussen de 5000 en 6000 patiënten in 2016 beperkt was tot 3 (daar waar het aantal respondenten in de overige cohortes hoger ligt). Op basis van een Mann-Whitney U test kan statistisch niet worden aangetoond (met een betrouwbaarheidsniveau van 95%) dat het gemiddeld aantal patiënten per VTE verpleegkundige verschilt tussen deze groep van medische huizen en de rest van de observaties.

aantal patiënten per VTE kinesitherapeut ligt beduidend hoger in de medische huizen die de 3 disciplines aanbieden, in vergelijking met medische huizen die geen verpleging in het zorgaanbod hebben.

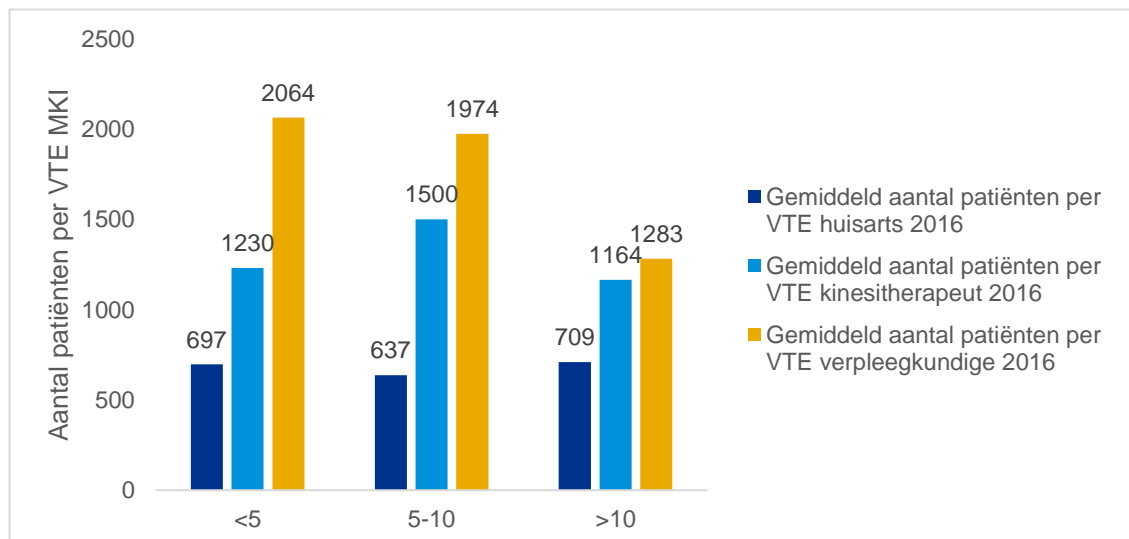
Figuur 20 - Gemiddeld aantal patiënten per MKI naargelang combinatie MKI aanwezig (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

In onderstaande grafiek wordt het aantal patiënten per VTE zorgverlener binnen de 3 disciplines weergegeven naargelang het aantal VTE zorgverleners aanwezig voor de disciplines. Hieruit kan afgeleid worden dat het **aantal patiënten per VTE verpleegkundige daalt naarmate er meer zorgverleners tewerkgesteld zijn in het medisch huis**. Het aantal patiënten per VTE huisarts is voor alle groottes in aantal zorgverleners ongeveer even groot.

Figuur 21 - Gemiddeld aantal patiënten per MKI volgens aantal VTE MKI aanwezig (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Conclusie:

Op basis van de enquête blijkt dat het aantal patiënten per **huisarts** niet significant verschilt tussen de gewesten en gemiddeld rond de 673 patiënten per VTE huisarts ligt. Tijdens de interviews werd aangegeven dat een te groot patiëntenbestand per VTE arts niet voor de nodige zorgcontinuïteit en –kwaliteit zou kunnen zorgen.

Voor **kinesitherapeuten** is er wel een verschil in aantal patiënten per VTE merkbaar en ligt in het Waals Gewest gemiddeld het hoogst. Dit is mogelijks te wijten aan de vaststelling dat er gemiddeld meer patiënten met een chronische aandoening zijn ingeschreven in medische huizen in Wallonië en kinesitherapie essentieel zou zijn op basis van de interviews voor patiënten met een chronische aandoening.

Verpleegkundigen blijken op basis van de enquêteresultaten het meeste patiënten per VTE te hebben.

2.2.2.2 *Aantal contacten per discipline*

In onderstaand deel wordt het **aantal contacten per VTE zorgverlener** in de 3 disciplines in kaart gebracht en vergeleken in functie van de ligging, maturiteit en aansluiting bij een federatie. Daarnaast zal tevens nagegaan worden of er een verschil is in het aantal contacten naargelang de combinatie aan disciplines (MKI) en het aantal VTE zorgverleners die tewerkgesteld zijn in deze disciplines.

Met contacten worden zowel **telefonische contacten, huisbezoeken en bezoeken op de praktijk** bedoeld. De interpretatie hiervan verschilt tussen de respondenten, waardoor het opgegeven aantal contacten voor enkele respondenten in vergelijking met anderen grote verschillen vertonen tussen de medische huizen (bijvoorbeeld telefonische contacten eveneens mee in het aantal contacten opgenomen, daar waar andere respondenten enkel het aantal effectieve contacten hebben opgegeven).

Uit de interviews blijkt dat alle geraadpleegde medische huizen het aantal contacten zouden registreren. Dit blijkt ook op basis van de enquête²⁷. Ook huisbezoeken zouden door de meeste medische huizen geregistreerd worden, hetzij rechtstreeks ter plaatse via een laptop, hetzij eerst op papier en nadien op de praktijk zelf ingegeven in het medisch dossier. Een beperkt aantal medische huizen houdt huisbezoeken niet bij in het digitaal patiëntendossier, maar hebben nog een apart dossier op papier waarin zij huisbezoeken bijhouden.

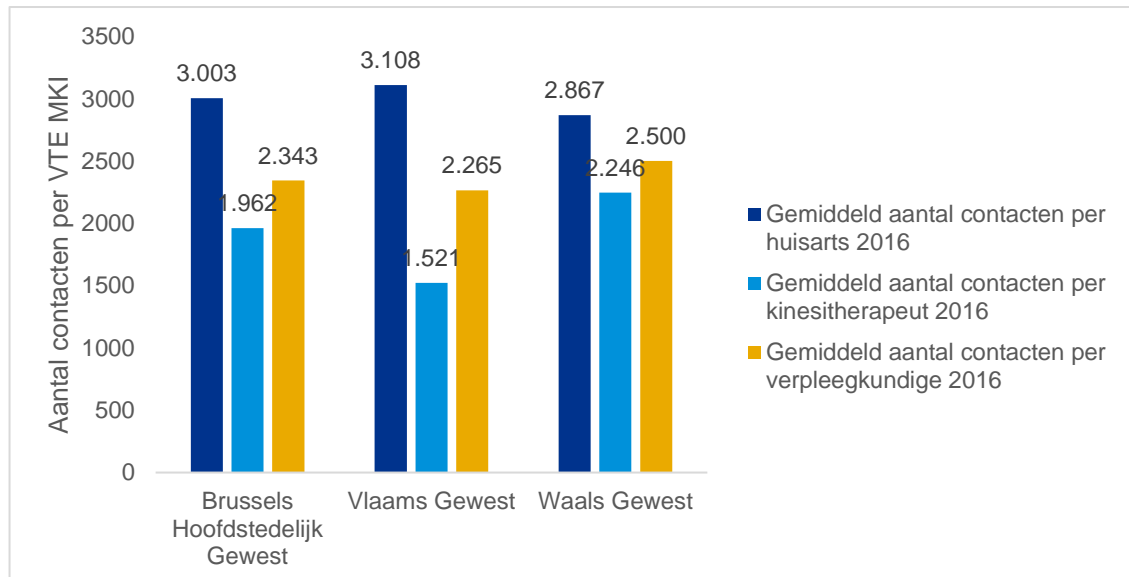
²⁷ Slechts 5 respondenten hebben geen contacten opgegeven maar zijn nieuwe medische huizen, en 3 medische huizen hebben geen bruikbaar aantal contacten opgegeven.

Om het aantal contacten opgegeven in de enquête gebruiksklaar te maken voor analyses, werden enkele specifieke assumpties gemaakt die te vinden zijn in bijlage 3.4. Enkele uitschieters werden in de analyses buiten beschouwing gelaten om vertekening te vermijden (mogelijks hebben deze respondenten eveneens alle telefonische contacten door patiënten mee opgenomen in de enquêteantwoorden).

Ligging

In onderstaande grafiek wordt het gemiddeld aantal contacten per VTE MKI weergegeven naargelang de ligging van de medische huizen. Op basis hiervan kan vastgesteld worden dat het aantal contacten per VTE huisarts en verpleegkundige niet significant verschilt tussen de gewesten. In Wallonië kan er wel een **groter aantal contacten per VTE kinesitherapeut** vastgesteld worden. Dit ligt in lijn met de bevinding uit voorgaande analyses (cf. aantal patiënten per zorgverlener), waar reeds werd vermeld dat er meer patiënten per VTE kinesitherapeut in het Waals Gewest zijn (mogelijks door groter aantal chronische patiënten in dat gewest). Opmerkelijk is dat het aantal contacten per VTE verpleegkundige in Brussel in deze analyse in lijn ligt met de andere gewesten, daar waar uit voorgaande analyse gebleken is dat het aantal patiënten per VTE verpleegkundige veel groter is in vergelijking met Vlaanderen en Wallonië. Met andere woorden, hoewel het aantal patiënten per VTE verpleegkundige in Brussel het hoogst is, is dit niet zo voor het aantal contacten. Deze patiënten zouden bijgevolg mogelijks minder verpleegkundige zorg vragen.

Figuur 22 - Gemiddeld aantal contacten per VTE MKI per regio (2016)

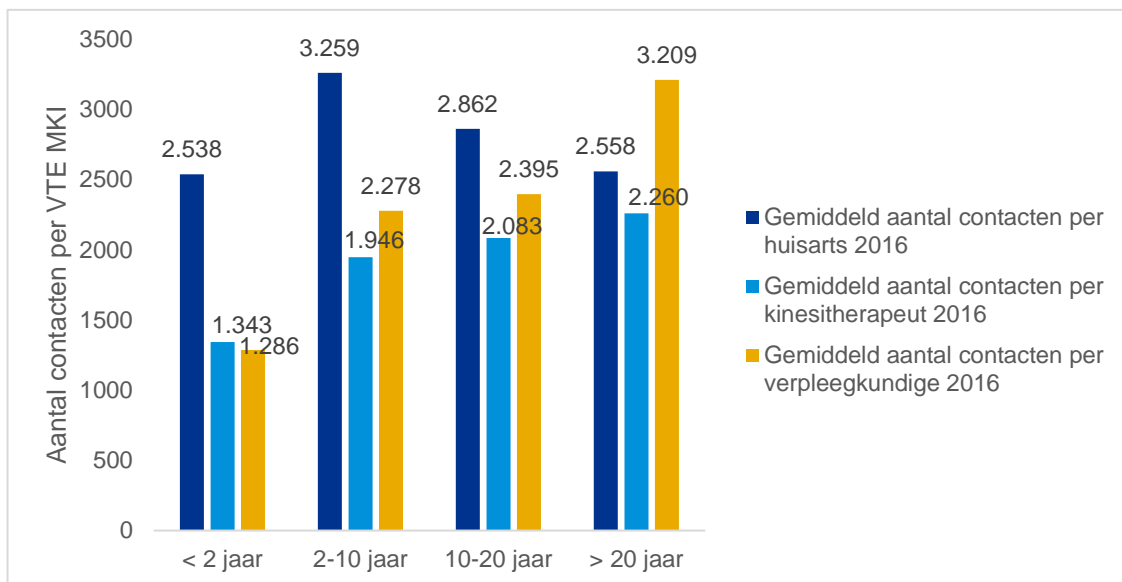


Bron: Enquête KPMG

Maturiteit

In figuur 23 wordt het aantal contacten per VTE zorgverlener binnen de 3 disciplines weergegeven naargelang de maturiteit van de respondenten.

Figuur 23 - Gemiddeld aantal contacten per VTE MKI volgens maturiteit (2016)



Bron: Enquête KPMG

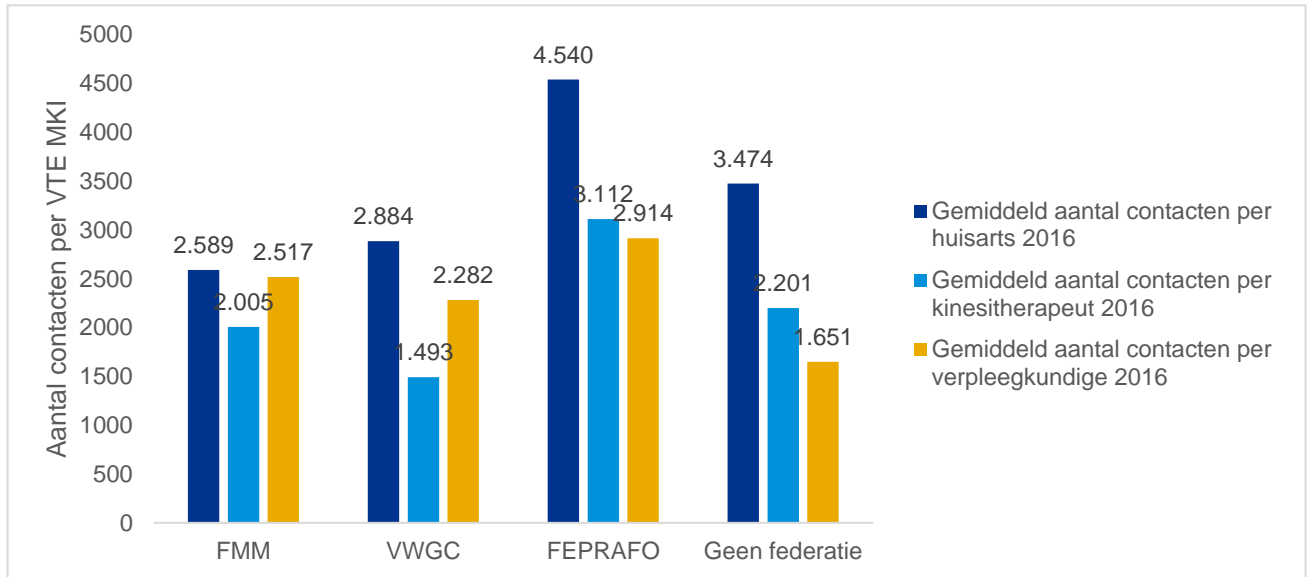
Hieruit blijkt dat, conform de vaststelling in aantal patiënten per zorgverlener, de respondenten die tussen de **2 en 10 jaar in het forfaitair systeem werken, het meeste contacten per VTE huisarts hebben**. In voorgaande analyse inzake het aantal patiënten per VTE werd reeds opgemerkt dat het aantal patiënten per VTE huisarts, weliswaar in beperkte mate, het hoogst is in de categorie 2-10 jaar.

Uit figuur 23 blijkt dat voor de disciplines **verpleegkunde en kinesitherapie het aantal contacten per VTE zorgverlener stijgt naarmate de maturiteit van de respondent stijgt**. De patiënten van kinesitherapeuten en verpleegkundigen zouden bijgevolg minder contacten met zich meebrengen in de categorie 2-10 jaar, hoewel de respondenten in deze categorie eveneens het hoogst aantal patiënten per VTE kinesitherapeuten en verpleegkundigen hebben (cf. supra). Hieruit kan geconcludeerd worden dat **hoewel er minder patiënten per VTE kinesitherapeut en verpleegkundige zijn voor de meest mature medische huizen, veroorzaken deze patiënten wel meer contacten**. Eén van de mogelijke verklaringen hiervoor kan zijn dat de meest mature medische huizen op basis van voorgaande analyses (cf. Karakteristieken) in Wallonië gevestigd zijn, en deze gemiddeld meer oudere en chronisch zieke patiënten zouden hebben (met mogelijk meer nood aan thuisverpleging (ouderen) en kinesitherapie (chronisch zieken)).

Federatie

Figuur 24 geeft het gemiddeld aantal contacten per VTE zorgverlener binnen de 3 disciplines, opgedeeld volgens de aansluiting bij een federatie. Hieruit blijkt dat de respondenten die lid zijn van Feprafo gemiddeld het meest aantal contacten per VTE zorgverlener hebben in de 3 disciplines. Dit ligt in lijn met de bevindingen in voorgaande analyses, waarin werd vastgesteld dat de leden van Feprafo eveneens het meeste patiënten per VTE zorgverlener hebben.

Figuur 24 - Gemiddeld aantal contacten per VTE MKI per federatie (2016)

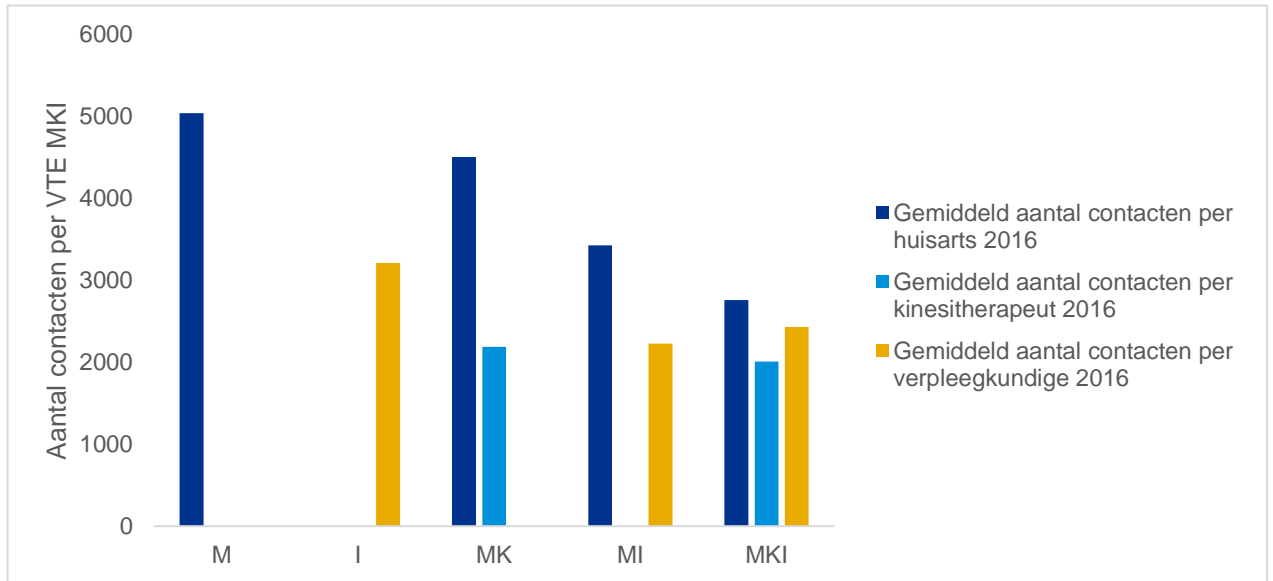


Bron: Enquête KPMG

Combinaties aan disciplines

In figuur 25 wordt het aantal contacten per VTE zorgverlener in de 3 disciplines vergeleken tussen de medische huizen naargelang de combinatie aan disciplines (MKI). Hieruit blijkt dat het aantal contacten per VTE huisarts beduidend groter is in praktijken die enkel de discipline huisartsengeneeskunde aanbieden, mogelijks ten gevolge van het feit dat zij geen beroep kunnen doen op verpleegkundigen om taken uit te besteden. Deze groep omvat echter slechts 3 van de 160 respondenten. Ook de categorie met enkel verpleging bestaat slechts uit 1 respondent. Bovenvermelde vaststelling geldt eveneens voor de categorie "MK". De categorie MKI bevat 110 van de 160 respondenten, en resulteert in een lager gemiddeld aantal contacten per VTE huisarts in vergelijking met andere categorieën, mogelijks doordat hier wel aan taakdelegatie gedaan kan worden door het aanwezig zijn van verpleegkundigen in het medisch huis.

Figuur 25 - Gemiddeld aantal contacten per VTE MKI per combinatie MKI (2016)

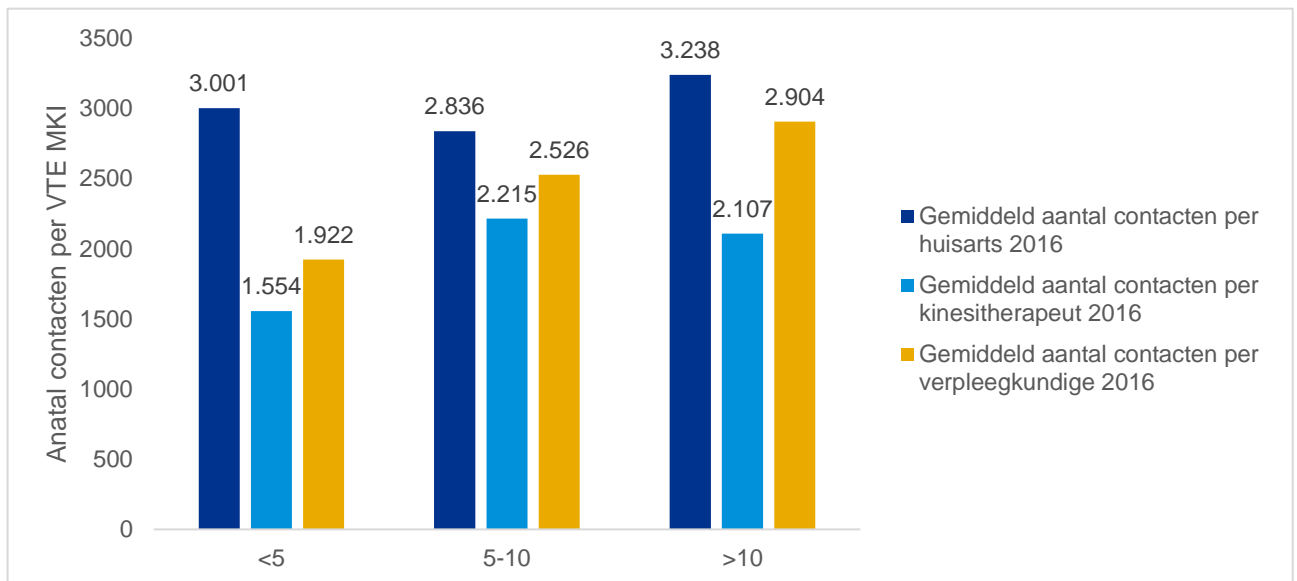


Bron: Enquête KPMG

In onderstaande grafiek wordt het aantal contacten per VTE zorgverlener binnen de 3 disciplines weergegeven naargelang het aantal VTE zorgverleners aanwezig voor de disciplines. Hieruit blijkt dat **hoe meer verpleegkundig personeel aanwezig is, hoe meer contacten er per VTE verpleegkundige** worden uitgevoerd. In voorgaande analyse (cf. aantal patiënten per VTE) werd opgemerkt dat het aantal patiënten per VTE verpleegkundige daalt naarmate de grootte van het team aan zorgverleners toeneemt, daar waar in het aantal contacten het omgekeerde kan vastgesteld worden.

Huisartsengeneeskunde en kinesithérapie volgen deze vaststelling niet en kan er geen trend worden vastgesteld op basis van het aantal zorgverleners binnen een medisch huis.

Figuur 26 - Gemiddeld aantal contacten per VTE MKI naargelang aantal VTE MKI aanwezig (2016)



Bron: Enquête KPMG

Conclusie:

Zowel uit de interviews als uit de enquête blijkt dat bijna alle medische huizen het aantal contacten digitaal registreren, zowel contacten op de praktijk als huisbezoeken (deze laatste in iets beperktere mate digitaal). Ook telefonische contacten zouden door sommige medische huizen bijgehouden worden.

In Wallonië kan er een **groter aantal contacten per VTE kinesitherapeut** vastgesteld worden. Dit ligt in lijn met de bevinding in voorgaande analyses (cf. aantal patiënten per zorgverlener), waar reeds werd vermeld dat er meer patiënten per VTE kinesitherapeut in het Waals Gewest zijn (mogelijks door groter aantal chronische patiënten in dat gewest). Opmerkelijk is dat het aantal contacten per VTE verpleegkundige in Brussel in deze analyse in lijn ligt met de andere gewesten, daar waar uit voorgaande analyse gebleken is dat het aantal patiënten per VTE verpleegkundige veel groter is in vergelijking met Vlaanderen en Wallonië.

Voor de disciplines **verpleegkunde en kinesitherapie** stijgt het aantal contacten per VTE zorgverlener naarmate de maturiteit van de respondent stijgt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat hoewel er minder patiënten per VTE kinesitherapeut en verpleegkundige zijn voor de meest mature medische huizen, deze patiënten wel meer contacten met zich meebrengen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de meest mature medische huizen op basis van voorgaande analyses (cf. Karakteristieken) in Wallonië gevestigd zijn, en deze gemiddeld meer oudere en chronisch zieke patiënten hebben (met mogelijks meer nood aan thuisverpleging (ouderen) en kinesitherapie (chronisch zieken) (cf. infra)).

Uit de uitgevoerde analyses blijkt dat **hoe meer verpleegkundig personeel aanwezig is, hoe meer contacten er per VTE verpleegkundige** worden uitgevoerd. Hoewel het aantal patiënten per VTE verpleegkundige daalt naarmate de grootte van het team aan zorgverleners toeneemt, stijgt het aantal contacten.

2.2.2.3 *Andere types zorgverlening*

In wat volgt, wordt het gemiddeld aantal VTE per 1000 patiënten voor de andere types zorgverlening weergegeven naargelang de ligging, maturiteit, aansluiting bij een federatie en de grootte van het patiëntenbestand. Voor de berekening van de gemiddeldes werden enkel de medische huizen opgenomen die de betreffende zorgverleners in dienst hebben.

Ligging

In tabel 11 wordt het aantal VTE andere zorgverleners (per 1000 patiënten) in de medische huizen voorgesteld per gewest.

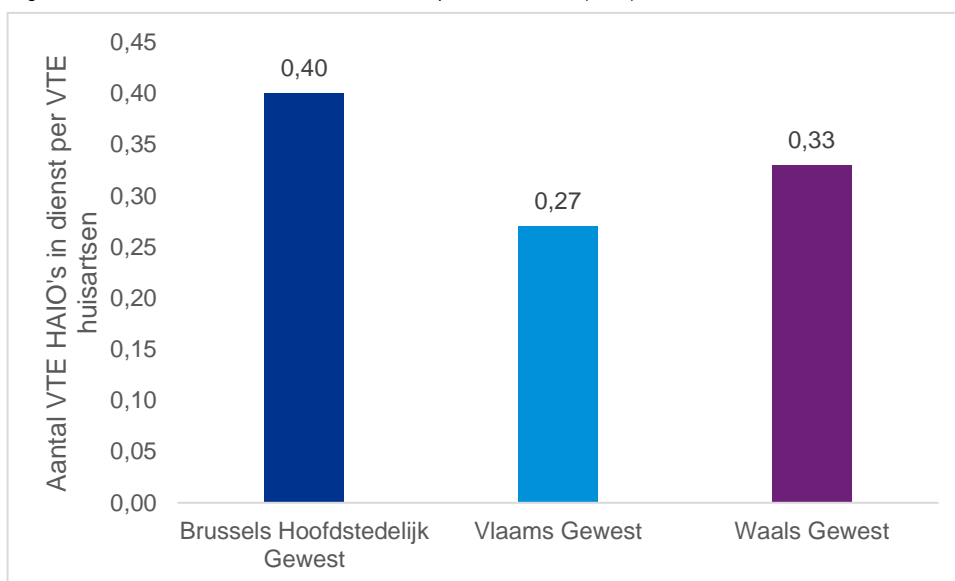
Tabel 11 - Gemiddeld aantal VTE andere zorgverleners per 1000 patiënten per regio (2016)

Type zorgverlener	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
Huisartsen in opleiding	0,78	0,52	0,70
Zorgkundigen	0,17	0,32	0,28
Tandartsen	0,26	0,22	0,19
Diëtisten	0,10	0,08	0,09
Psychologen	0,25	0,19	0,29
Logopedisten	0,27	0,04	0,29
Andere	0,46	0,58	0,51

Bron: Enquête KPMG en data IMA

Medische huizen in het **Brussels Hoofdstedelijk Gewest hebben gemiddeld meer huisartsen in opleiding** (hierna afgekort als HAIO) per 1000 patiënten dan de medische huizen in de andere gewesten. Medische huizen in het Vlaams Gewest hebben gemiddeld het minst aantal HAIO's in dienst.

Figuur 27 - Gemiddeld aantal VTE HAIO's in dienst per VTE huisarts (2016)



Bron: Enquête KPMG

Tijdens de interviews werd door enkele medische huizen ook in dit kader aangegeven dat er een goede verhouding dient te zijn tussen het aantal **huisartsen en aantal huisartsen in opleiding** (HAIO) (cf. 2.1.2.2. Andere types zorgverlening)²⁸. Tijdens de interviews werd aangegeven dat dit niet in alle medische huizen van toepassing is.

²⁸ Volgens de huidige Vlaamse wetgeving is het aantal toegelaten HAIO per VTE huisarts beperkt tot 1 VTE. In Brussel en Wallonië zijn er hieromtrent geen regels bepaald.

In vergelijking met de medische huizen in de andere regio's, hebben de medische huizen in het Vlaams Gewest gemiddeld minder VTE logopedisten in dienst. Voor de overige types zorgverleners kan er geen significant verschil opgemerkt worden tussen de verschillende gewesten.

Maturiteit

Niet-mature medische huizen bieden gemiddeld genomen geen andere zorgverleners aan dan HAIO en zorgverleners gegroepeerd onder diversen²⁹. Bij beide types zorgverleners is het aantal VTE per 1000 patiënten hoog, door een laag aantal patiënten. Tussen de mature medische huizen kan er geen significant verschil in het aangeboden aantal VTE per 1000 patiënten van de verschillende types zorgverleners vastgesteld worden.

Tabel 12 - Gemiddeld aantal VTE per 1000 patiënten volgens maturiteit (2016)

Type zorgverlener	<2 jaar	2-10 jaar	10-20 jaar	>20 jaar
Huisartsen opleiding in	0,73	0,73	0,67	0,63
Zorgkundigen	0	0,34	0,27	0,17
Tandartsen	0	0,26	0,17	0,25
Diëtisten	0	0,12	0,10	0,05
Psychologen	0	0,30	0,25	0,23
Logopedisten	0	0,15	0,34	0,20
Diversen	1,72	0,51	0,44	0,46

Bron: Enquête KPMG en data IMA

Federatie

In onderstaande tabel wordt het gemiddeld aantal VTE per 1000 patiënten in de verschillende federaties weergegeven.

Tabel 13 - Gemiddeld aantal VTE andere zorgverleners per 1000 patiënten per federatie (2016)

Type zorgverlener	FMM	VWGC	Feprafo	/
Huisartsen opleiding in	0,71	0,50	0,76	0,84
Zorgkundigen	0,27	0,25	0,22	0,38
Tandartsen	0,23	0,21	0,23	0,28
Diëtisten	0,09	0,09	0,07	0,09
Psychologen	0,30	0,18	0,21	0,10
Logopedisten	0,26	0	0,01	0,17
Andere	0,48	0,60	0,19	0,62

Bron: Enquête KPMG en data IMA

²⁹ Type zorgverleners die in zeer beperkte mate werden vermeld in de enquêteresultaten, werden gegroepeerd onder "diversen"

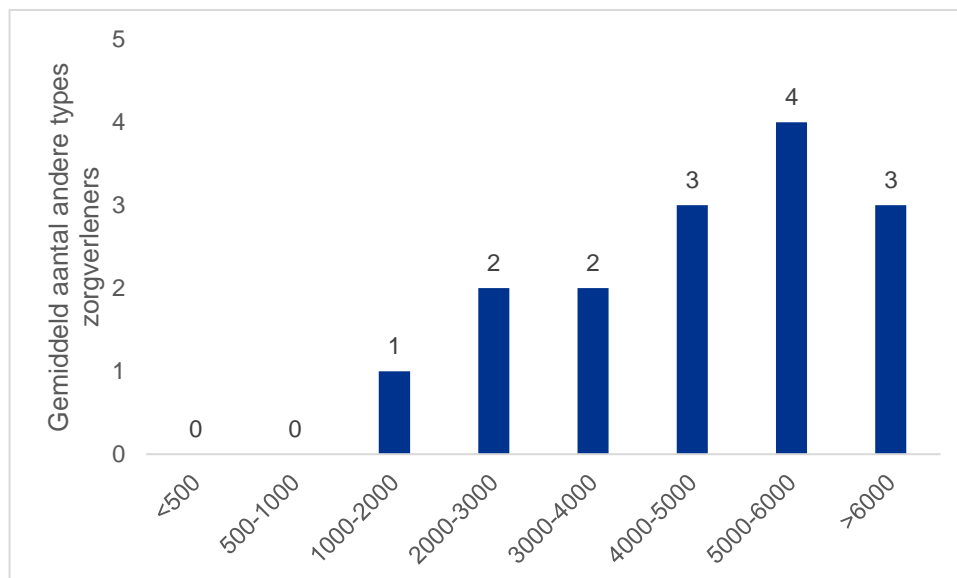
Uit tabel 13 kan afgeleid worden dat **medische huizen die geen lid zijn van een federatie gemiddeld het meest aantal HAIO's** per 1000 patiënten tewerkgesteld hebben in 2016. Leden van VWGC stelden gemiddeld het minst aantal VTE HAIO's per 1000 patiënten tewerk in 2016.

In de medische huizen lid van FMM kan een hoger gemiddeld VTE psychologen per 1000 patiënten vastgesteld worden. Tijdens de interviews werd eveneens vaak gewezen op de psychische problemen van patiënten, vooral in Brussel (maar ook in andere gewesten werd dit vaak vernoemd).

Grootte patiëntenbestand

Hoewel het aantal aangeboden disciplines niet verschilt naargelang het aantal patiënten, is er wel een significant verschil merkbaar in het aantal andere types zorgverlening die worden aangeboden. **Hoe meer patiënten ingeschreven zijn in de medische huizen, hoe meer andere types zorgverlening aangeboden worden.** In voorgaand onderdeel "Karakteristieken" werd reeds opgemerkt dat het aanbieden van bijkomende type zorgverlening stijgt naarmate de maturiteit van een medisch huis en mature medische huizen gemiddeld een groter patiëntenbestand hebben dan niet-mature medische huizen.

Figuur 28 - Gemiddeld aantal andere types zorgverlening volgens patiëntenbestand (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

In deel 2.1.2 werden de verschillende types zorgverlening die respondenten aanbieden reeds opgelijst, alsook het aandeel in aantal patiënten van deze respondenten binnen de verschillende types. In tabel 14 wordt het gemiddeld aantal VTE andere type zorgverleners weergegeven per 1000 patiënten, in functie van de grootte van het patiëntenbestand.

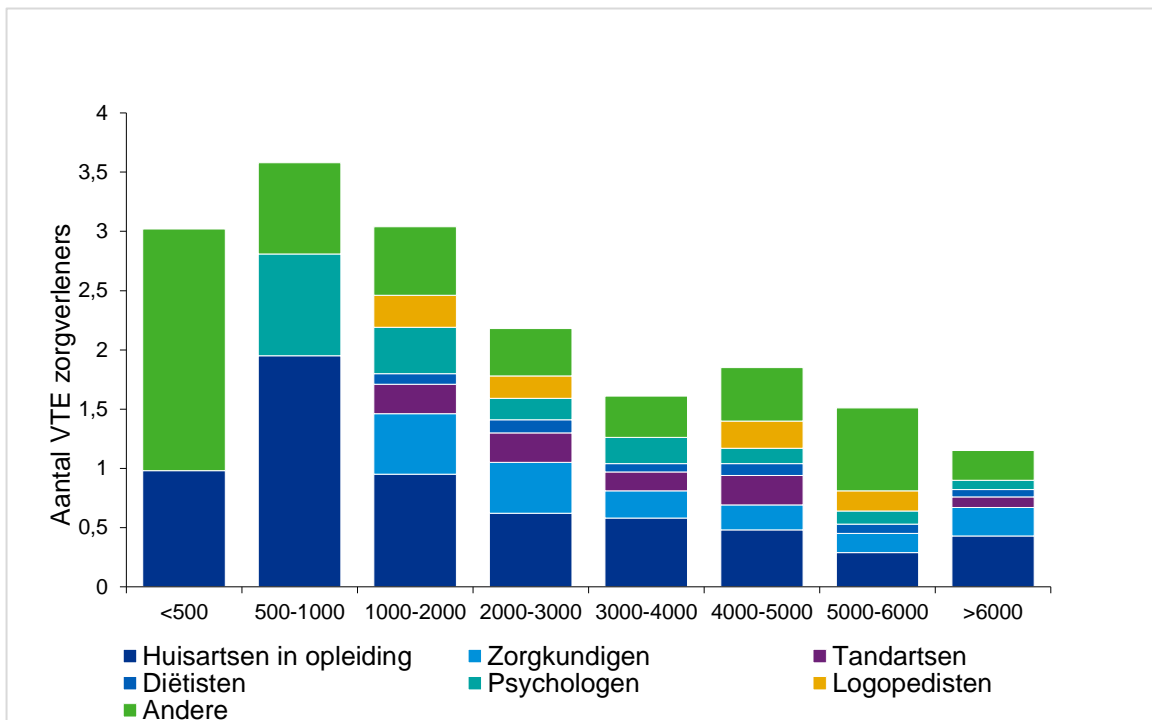
Tabel 14 - Gemiddeld aantal VTE andere zorgverleners per 1000 patiënten (2016)

Type zorgverlener	<500	500-1000	1000-2000	2000-3000	3000-4000	4000-5000	5000-6000	>6000
Huisartsen opleiding in	0,98	1,95	0,95	0,62	0,58	0,48	0,29	0,43
Zorgkundigen			0,51	0,43	0,23	0,21	0,16	0,24
Tandartsen			0,25	0,25	0,16	0,25		0,09
Diëtisten			0,09	0,11	0,07	0,10	0,08	0,06
Psychologen		0,86	0,39	0,18	0,22	0,13	0,11	0,08
Logopedisten			0,27	0,19		0,23	0,17	
Andere	2,04	0,77	0,58	0,40	0,35	0,45	0,70	0,25

Bron: Enquête KPMG en data IMA

Bovenstaande tabel wordt voorgesteld in figuur 29:

Figuur 29 - Gemiddeld aantal VTE andere zorgverleners per 1000 patiënten (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Hieruit kan worden afgeleid dat respondenten met een patiëntenbestand **tussen de 500 en 1000 patiënten gemiddeld meer VTE HAIO's** per 1000 patiënten in dienst hebben (en dus minder patiënten per VTE HAIO verzorgen) dan de andere categorieën. Het aantal VTE HAIO's **daalt naarmate het patiëntenbestand groter** wordt. Dit ligt in lijn met de vaststelling in het voorgaand onderdeel, waar dezelfde conclusie gemaakt kon worden voor huisartsen. Over het algemeen kan dezelfde vaststelling gemaakt worden voor zorgkundigen en psychologen, waarbij deze eveneens meer patiënten per VTE verzorgen naarmate er meer patiënten zijn ingeschreven binnen een medisch huis. Voor de overige zorgverleners is deze trend minder zichtbaar.

Conclusie:

Medische huizen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hebben op basis van de enquêteresultaten gemiddeld **meer huisartsen in opleiding (HAIO)** per 1000 patiënten dan de medische huizen in de andere gewesten. Medische huizen in het **Vlaams Gewest** hebben gemiddeld het **minst aantal HAIO's** in dienst. Niet-mature medische huizen bieden gemiddeld genomen geen andere zorgverleners aan dan huisartsen in opleiding. Medische huizen die geen lid zijn van een federatie hebben gemiddeld het meest aantal HAIO's per 1000 patiënten tewerk gesteld in 2016.

Hoewel het aantal aangeboden disciplines niet verschilt naargelang het aantal patiënten, is er wel een significant verschil merkbaar in het aantal andere types zorgverlening die worden aangeboden. **Hoe meer patiënten ingeschreven zijn bij de medische huizen, hoe meer andere types zorgverlening aangeboden worden.**

2.2.2.4 Andere ondersteunende personeelsleden

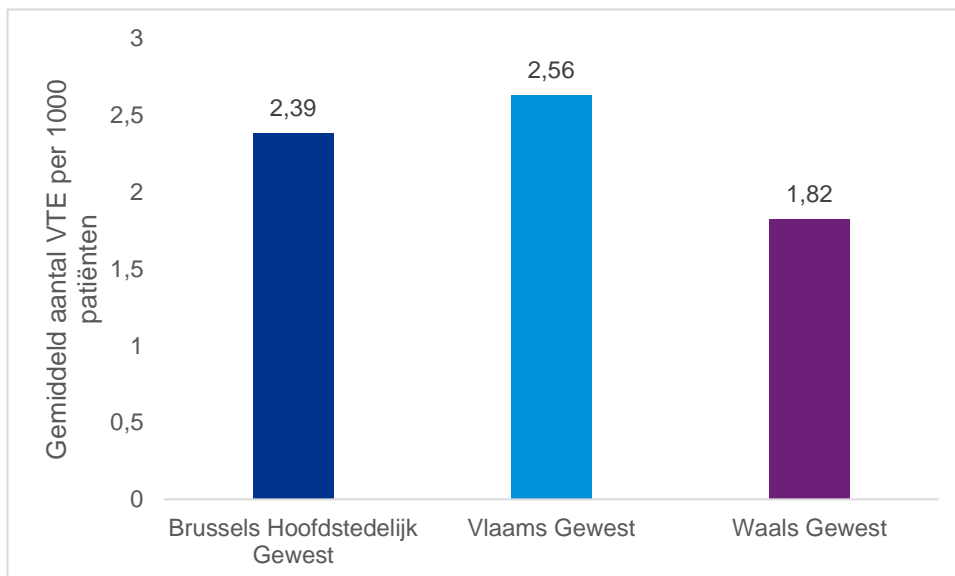
In onderstaande analyses wordt het gemiddeld aantal VTE ondersteunend personeel per 1000 patiënten voor bovenvermelde diensten in kaart gebracht, meer bepaald in functie van de ligging, maturiteit en aansluiting bij een federatie van de medische huizen. In onderdeel 2.1.3 werd reeds opgelijst welk type ondersteunende diensten er aanwezig zijn binnen de respondenten.

Twee medische huizen werden in deze analyse buiten beschouwing gelaten door uitzonderlijk hoge data inzake het aantal VTE (bijvoorbeeld >20 VTE). Daarnaast werden ook 4 medische huizen zonder ondersteunende diensten, buiten beschouwing gelaten (om vertekening van de gemiddeldes te vermijden).

Ligging

In het Brussels Hoofdstedelijk- en in het **Vlaams Gewest werden er gemiddeld genomen meer VTE per 1000 patiënten tewerkgesteld** in 2016 voor de ondersteunende diensten dan in het Waals Gewest. Het verschil bedraagt gemiddeld genomen 0,5 VTE. Dit wordt weergegeven in figuur 30.

Figuur 30 - Gemiddeld aantal VTE ondersteunende diensten per 1000 patiënten per regio (2016)

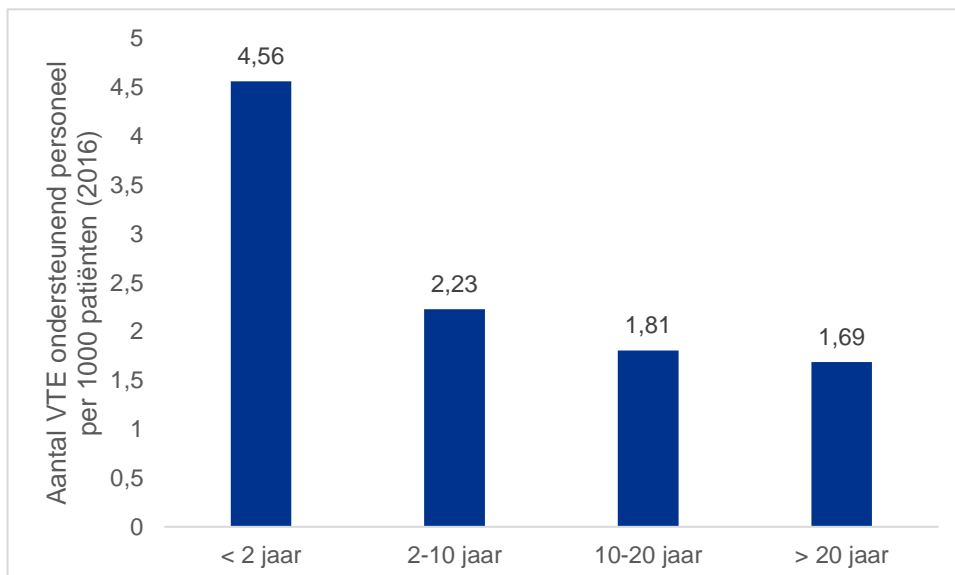


Bron: Enquête KPMG en data IMA

Maturiteit

Conform de vaststelling bij het aantal VTE in de disciplines (cf. supra) hebben **niet-mature medische huizen gemiddeld meer VTE ondersteunend personeel per 1000 patiënten** dan de mature medische huizen. Dit kan mede verklaard worden door het kleiner patiëntenbestand van niet-mature medische huizen. Van de 12 niet-mature medische huizen die in rekening werden gebracht in deze analyse, hebben er 4 een patiëntenbestand kleiner dan 500 en 3 een patiëntenbestand tussen 500-1000 patiënten.

Figuur 31 - Gemiddeld aantal VTE ondersteunende diensten per 1000 patiënten naar maturiteit (2016)

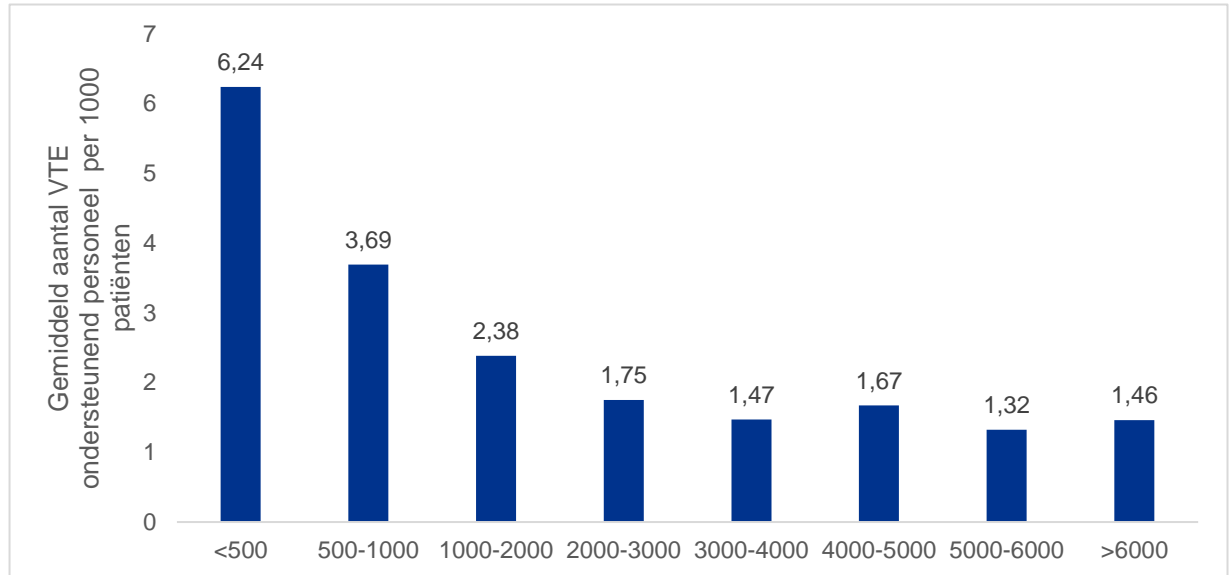


Bron: Enquête KPMG en data IMA

Uit bovenstaande grafiek kan afgeleid worden dat het **aantal VTE ondersteunend personeel per 1000 patiënten daalt naarmate de maturiteit van medische huizen**

stijgt. Vaak hebben mature medische huizen logischerwijs een groter patiëntenbestand. Hoe meer patiënten ingeschreven zijn binnen de medische huizen, hoe minder VTE ondersteunend personeel tewerkgesteld is per 1000 patiënten. Vanaf 2000 patiënten groeit het aantal VTE voor ondersteunende diensten niet meer mee met het patiëntenbestand. Dit wordt weergegeven in onderstaande grafiek.

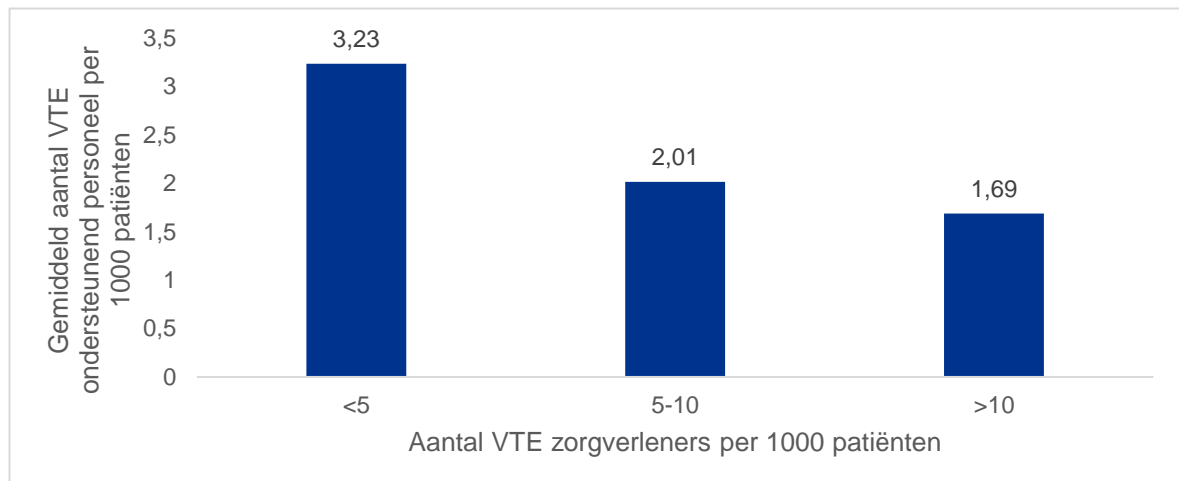
Figuur 32 - Gemiddeld aantal VTE ondersteunende diensten per 1000 patiënten volgens grootte patiëntenbestand (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Uit onderstaande grafiek kan daarnaast opgemaakt worden dat **hoe minder zorgverleners er binnen een medisch huis aanwezig zijn, hoe meer VTE voor ondersteunende diensten per 1000 patiënten er tewerkgesteld worden.**

Figuur 33 - Gemiddeld aantal VTE ondersteunende diensten per 1000 patiënten volgens aantal zorgverleners (2016)

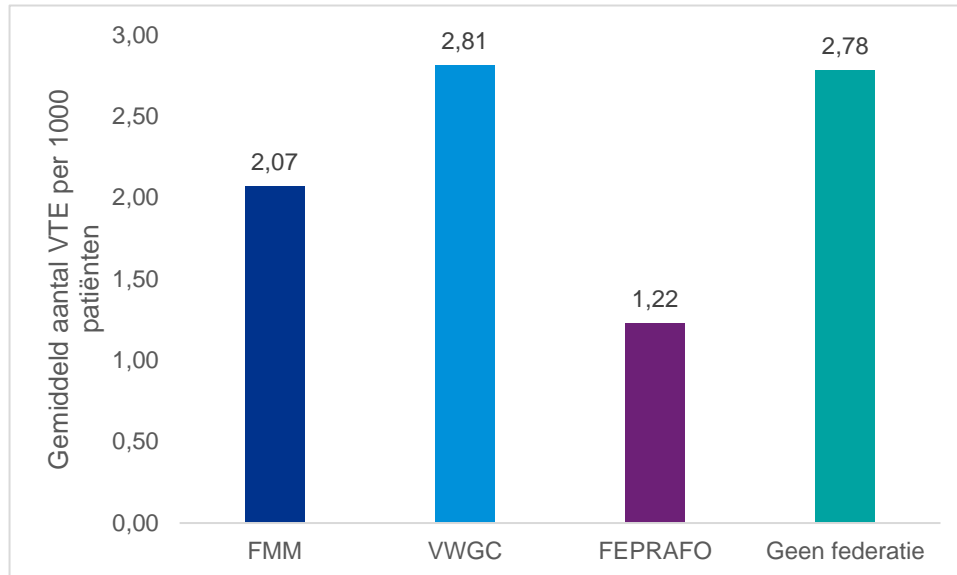


Bron: Enquête KPMG en data IMA

Federatie

Uit onderstaande grafiek blijkt dat medische huizen lid van **Feprafo minder dan de helft ondersteunende VTE per 1000 patiënten in dienst hebben** in vergelijking met de leden van VWGC en de medische huizen zonder federatie. Dit wordt weergegeven in onderstaande figuur.

Figuur 34 - Gemiddeld aantal VTE ondersteunende diensten per 1000 patiënten per federatie (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Conclusie:

Conform de vaststelling bij het aantal VTE in de disciplines hebben **niet-mature medische huizen gemiddeld meer VTE ondersteunend personeel per 1000 patiënten** tewerkgesteld dan de mature medische huizen.

Hoe meer patiënten ingeschreven zijn binnen de medische huizen, hoe minder VTE ondersteunend personeel tewerkgesteld is per 1000 patiënten, daar waar hoe minder zorgverleners er zijn, hoe meer VTE voor ondersteunende diensten per 1000 patiënten er tewerkgesteld worden.

2.2.3 Patiënten profiel

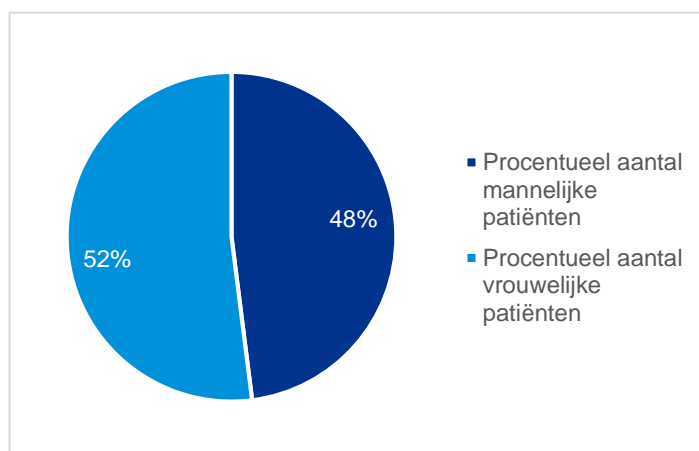
In dit onderdeel worden geaggregeerde (niet nominatieve) gegevens per patiënt in kaart gebracht, waaronder geslacht, leeftijd, chronische aandoening, verhoogde tegemoetkoming, éénoudergezinnen en code gerechtigde. Deze variabelen worden in rekening gebracht bij de berekening van het forfait, en bepalen mede de grootte van het budget, daar deze een invloed kunnen hebben op de werklast van zorgverleners binnen een medisch huis (bijvoorbeeld ouderen, chronisch zieken, invaliden, etc.).

Voor de analyses die volgen inzake patiënten profiel werd zowel beroep gedaan op de enquêteresultaten, alsook de statistieken verkregen via het IMA voor gegevens inzake geslacht, leeftijd, chronische aandoening, verhoogde tegemoetkoming, éénoudergezinnen en code gerechtigde. Medische huizen die in de loop van 2016 of 2017 gestart zijn in het forfaitair systeem, alsook twee andere medische huizen, werden buiten beschouwing gelaten in onderstaande analyses wegens gebrek aan data. 145 respondenten werden opgenomen in de analyses.

2.2.3.1 Geslacht

Onderstaande grafiek geeft het gemiddeld aantal mannelijke/vrouwelijke patiënten weer over alle respondenten heen. Gemiddeld genomen zijn er **iets meer vrouwelijke dan mannelijke patiënten** ingeschreven in medische huizen.

Figuur 35 - Gemiddeld procentueel aantal mannelijke/vrouwelijke patiënten (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

De verhouding mannen-vrouwen op niveau van individueel medisch huis, ligt grotendeels in lijn met het gemiddelde zoals in figuur 35 weergegeven. De grootste afwijking hierop beperkt zich tot 40% mannen, 60% vrouwen³⁰. Tijdens de interviews werd door een medisch huis aangegeven dat vrouwen doorgaans meer contacten met zich zouden meebrengen dan mannen, en de werklast voor hen bijgevolg hoger zou zijn. Op basis van de enquêteresultaten werd de correlatie onderzocht tussen het aantal contacten en het aantal vrouwen binnen de medische huizen. Deze analyse leverde een verwaarloosbaar kleine correlatie op, met andere woorden op basis van de enquêteresultaten kan niet aangetoond worden dat binnen de medische huizen die procentueel meer vrouwen dan mannen hebben ingeschreven, ook effectief meer contacten worden gehouden.

Conclusie:

Gemiddeld genomen zijn er **iets meer vrouwelijke dan mannelijke patiënten** ingeschreven in medische huizen. Op basis van de enquêteresultaten kan echter niet aangetoond worden dat binnen de medische huizen die procentueel meer vrouwen dan mannen hebben ingeschreven, ook effectief meer contacten met zich meebrengen.

2.2.3.2 Leeftijd patiënten

In dit deel wordt de leeftijd van de patiënten aangesloten in een medisch huis in kaart gebracht volgens ligging, maturiteit en het al dan niet aangesloten zijn bij een federatie.

Ligging

In tabel 15 wordt de gemiddelde leeftijd van de patiënten per respondent alsook de gemiddelde leeftijd per percentiel³¹ van de patiënten weergegeven per regio. In het Waals Gewest ligt de gemiddelde leeftijd binnen elk percentiel gemiddeld 12,98% hoger dan in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het verschil in gemiddelde leeftijd tussen het Vlaams en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is daarentegen niet significant. De gemiddelde leeftijd in het Vlaams Gewest ligt per percentiel gemiddeld slechts 3,43% hoger dan in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

³⁰ 1 medisch huis met 40-60; 1 medisch huis met 41-59; 1 medisch huis met 42-58; 3 medische huizen met 43-57; 4 medische huizen met 44-56

³¹ Het k-de percentiel is het getal dat de k% kleinere data van de (100-k)% grotere scheidt. M.a.w. het 5^e percentiel omvat de gemiddelde leeftijd van de 5% jongste patiënten binnen het patiëntenbestand van de respondenten. Het 95^e percentiel omvat de gemiddelde leeftijd van de 5% oudste patiënten, of anders uitgedrukt 95% van het patiëntenbestand is jonger dan de gemiddelde leeftijd binnen het 95^e percentiel.

Tabel 15 - Gemiddelde leeftijd patiënten en leeftijdspercentielen patiënten per regio (2016)

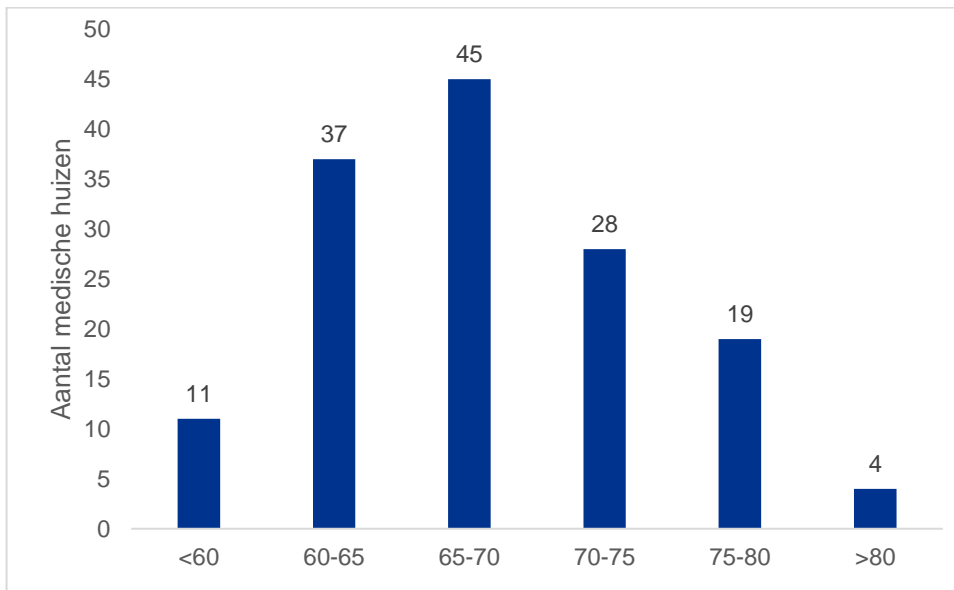
Regio	Gemiddel de leeftijd	Leeftijd percentiel 5	Leeftijd percentiel 25	Leeftijd percentiel 50	Leeftijd percentiel 75	Leeftijd percentiel 95
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	30	3	13	29	45	66
Vlaams Gewest	31	3	14	30	45	65
Waals Gewest	34	4	16	33	50	70
Globale populatie België	41	3	21	40	58	80

Bron: Data IMA en Eurostat

Uit bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat er **meer oudere patiënten zijn ingeschreven bij de respondenten in het Waals Gewest**. Bovendien kan opgemerkt worden dat de gemiddelde leeftijd van de Belgische populatie hoger is dan de gemiddelde leeftijd binnen de medische huizen, alsook de leeftijd in de verschillende percentielen.

In onderstaande grafiek wordt het aantal respondenten weergegeven opgedeeld volgens gemiddelde leeftijd in het 95^e percentiel. Met andere woorden, hierin wordt zichtbaar hoe oud de 5% oudste patiënten binnen de medische huizen zijn. Hieruit blijkt dat een derde van de medische huizen bijna uitsluitend patiënten heeft jonger dan 65 jaar (48 medische huizen met een leeftijd van het 95^e percentiel <65) en de grote meerderheid (65%) van de medische huizen heeft voor 95% ingeschreven patiënten die jonger zijn dan 70 jaar. Uit voorgaande tabel kan afgeleid worden dat de leeftijd van het 95^e percentiel 80 jaar bedraagt voor de globale Belgische populatie. Deze leeftijd ligt voor de grote meerderheid van de respondenten lager, zoals afgebeeld in onderstaande grafiek.

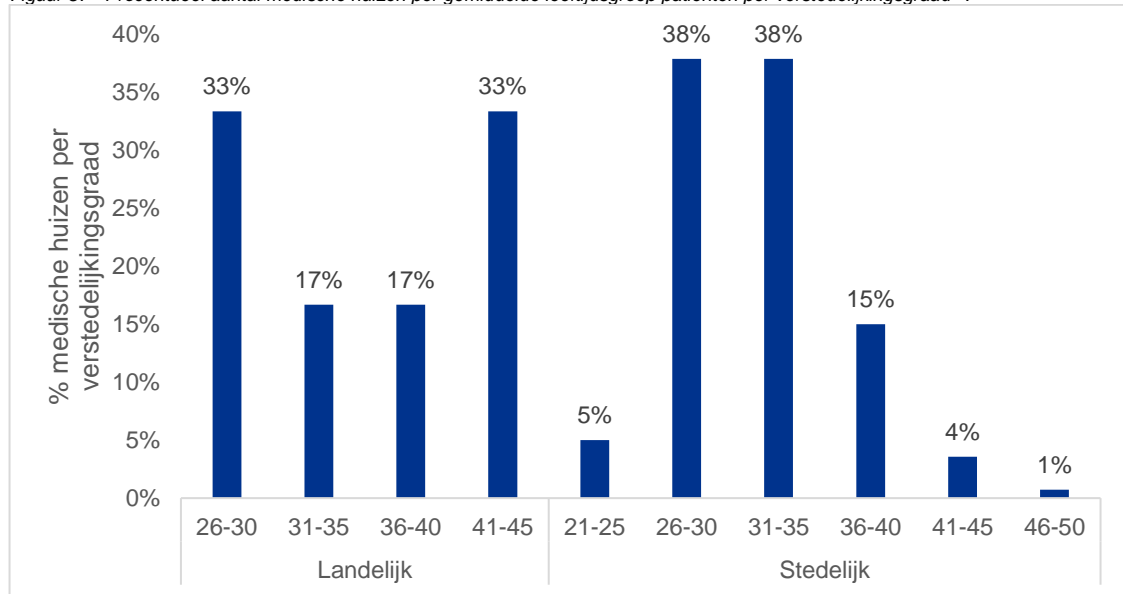
Figuur 36 – aantal medische huizen volgens gemiddelde leeftijd van 95^e percentiel (2016)



Bron: Data IMA

Figuur 37 geeft het aantal respondenten weer opgedeeld in leeftijdscategorieën op basis van de gemiddelde leeftijd van de patiënten binnen elk medisch en de verstedelijkingsgraad³² van hun ligging. Hieruit blijkt dat de **gemiddelde leeftijd van respondenten in landelijke gebieden doorgaans hoger is dan in stedelijke gebieden.**

Figuur 37 - Procentueel aantal medische huizen per gemiddelde leeftijdsgroep patiënten per verstedelijkingsgraad³³.



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Maturiteit

In tabel 16 wordt de gemiddelde leeftijd alsook de leeftijdspercentielen van de patiënten weergegeven naargelang hun maturiteit. Hieruit kan afgeleid worden dat het verschil in gemiddelde leeftijd vooral merkbaar is voor niet-mature respondenten vanaf het 50^{ste} percentiel (aangeduid in de tabel in rood). Voor de mature medische huizen is dit verschil minder significant, en is er voornamelijk een verschil merkbaar vanaf het 75^{ste} percentiel voor medische huizen die reeds 20 jaar actief zijn in het forfaitair systeem.

Tabel 16 - Gemiddelde leeftijd patiënten en leeftijdspercentielen patiënten volgens maturiteit (2016)

Maturiteit	Gemiddelde leeftijd	Leeftijd percentiel 5	Leeftijd percentiel 25	Leeftijd percentiel 50	Leeftijd percentiel 75	Leeftijd percentiel 95
<2 jaar	33	3	13	26	39	55
2-10 jaar	31	3	14	31	47	67
10-20 jaar	32	4	14	31	47	69
>20 jaar	33	4	16	32	50	71

Bron: Data IMA

Bovenstaande vaststelling werd tevens bevestigd tijdens de interviews door enkele medische huizen, waarin werd aangegeven dat **niet-mature medische huizen**

³² Medische huizen in hoofdzakelijk landelijke arrondissementen en grotendeels landelijke arrondissementen worden samengenomen aangezien deze slechts een beperkt aantal medische huizen inhouden (zie tabel 2).

³³ In landelijke gebieden zijn er geen medische huizen gevestigd met een gemiddelde leeftijd van patiënten hoger dan 45 jaar.

doorgaans een jonger patiëntenbestand zouden hebben, mede ook omwille van het feit dat deze medische huizen meer jongere zorgverleners zouden tewerkstellen (cf. supra Karakteristieken).

Bovenstaande vaststelling is echter niet van toepassing voor niet-mature medische huizen die opgericht zijn vanuit een bestaande (groepspraktijk). In deze gevallen zou op basis van de interviews het oorspronkelijk patiëntenbestand vaak (grotendeels) mee overgestapt zijn met de zorgverlener van het per prestatie systeem naar het forfaitair systeem.

Federatie

In onderstaande tabel wordt de gemiddelde leeftijd van de patiënten, alsook deze binnen de verschillende percentielen, voorgesteld van de medische huizen per federatie.

Tabel 17 - Gemiddelde leeftijd patiënten en leeftijdpercentielen patiënten per federatie (2016)

Federatie	Gemiddelde leeftijd	Leeftijd percentiel 5	Leeftijd percentiel 25	Leeftijd percentiel 50	Leeftijd percentiel 75	Leeftijd percentiel 95
FMM	32	4	15	31	48	69
VWGC	30	4	13	28	43	63
FEPRFO	32	3	13	29	45	64
Geen federatie	32	4	16	32	48	68

Bron: Data IMA

Hieruit blijkt dat het patiëntenbestand van **respondenten die niet zijn aangesloten bij een federatie en leden van FMM gemiddeld iets oudere patiënten** bevat, en die van leden binnen het VWGC vaak net onder het gemiddelde van de andere categorieën ligt. Echter, de verschillen in gemiddelde leeftijd zijn niet significant, en er kan bijgevolg geconcludeerd worden dat de **gemiddelde leeftijd van patiënten binnen de verschillende federaties in dezelfde lijn** ligt.

Disciplines

Onderstaande tabel geeft de gemiddelde leeftijd weer (algemeen en per percentiel) naargelang het aantal zorgverleners binnen de disciplines die werkzaam zijn binnen de medische huizen. Hieruit blijkt dat de **gemiddelde leeftijd van patiënten stijgt naarmate er meer zorgverleners tewerkgesteld zijn bij de respondenten**. Dit is een logisch gevolg van reeds gemaakte conclusies in dit rapport, namelijk dat het gemiddeld aantal zorgverleners stijgt naarmate de maturiteit stijgt (cf. deel Karakteristieken), alsook de gemiddelde leeftijd van patiënten.

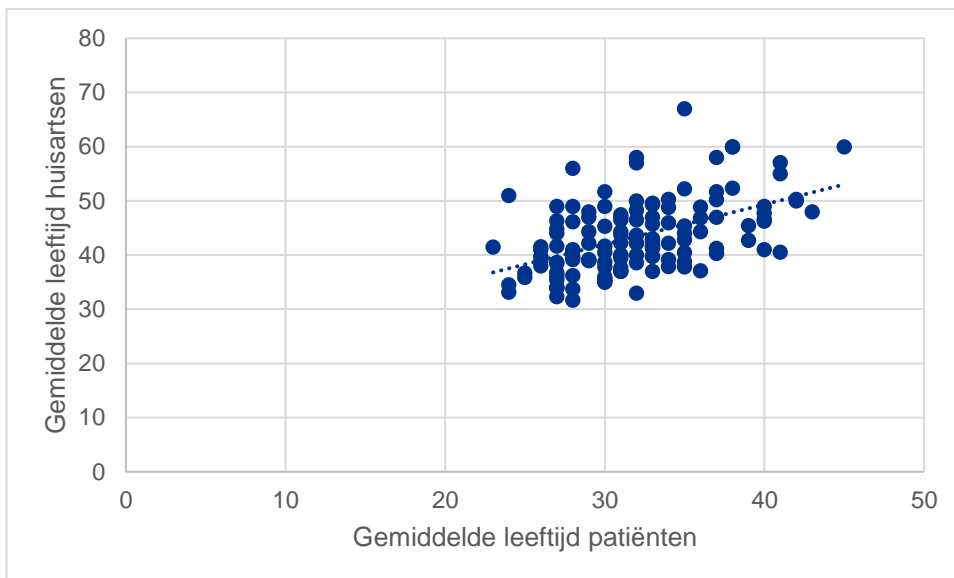
Tabel 18 - Gemiddelde leeftijd patiënten en leeftijdspercentielen patiënten volgens aantal VTE MKI aanwezig (2016)

Aantal VTE MKI	Gemiddelde leeftijd	Leeftijd percentiel 5	Leeftijd percentiel 25	Leeftijd percentiel 50	Leeftijd percentiel 75	Leeftijd percentiel 95
<5	31	3	14	30	45	65
5-10	32	3	14	30	47	67
>10	34	4	16	33	50	72

Bron: Data IMA

In onderstaande grafiek wordt de correlatie tussen de gemiddelde leeftijd van de huisartsen per medisch huis en de gemiddelde leeftijd van de patiënten weergegeven. Er kan een positieve correlatie van 0,5 vastgesteld worden. Dit ligt in lijn met de bevindingen uit de interviews waar werd aangegeven door enkele medische huizen dat **jonge artsen doorgaans jongere patiënten** zouden hebben daar patiënten zouden “meegroeien” met hun huisarts. In onderstaande analyses werden drie medische huizen niet mee in beschouwing genomen door het niet opgeven van een gemiddelde leeftijd voor de huisartsen.

Figuur 38 - Correlatie gemiddelde leeftijd huisartsen en gemiddelde leeftijd patiënten per medisch huis (2016)



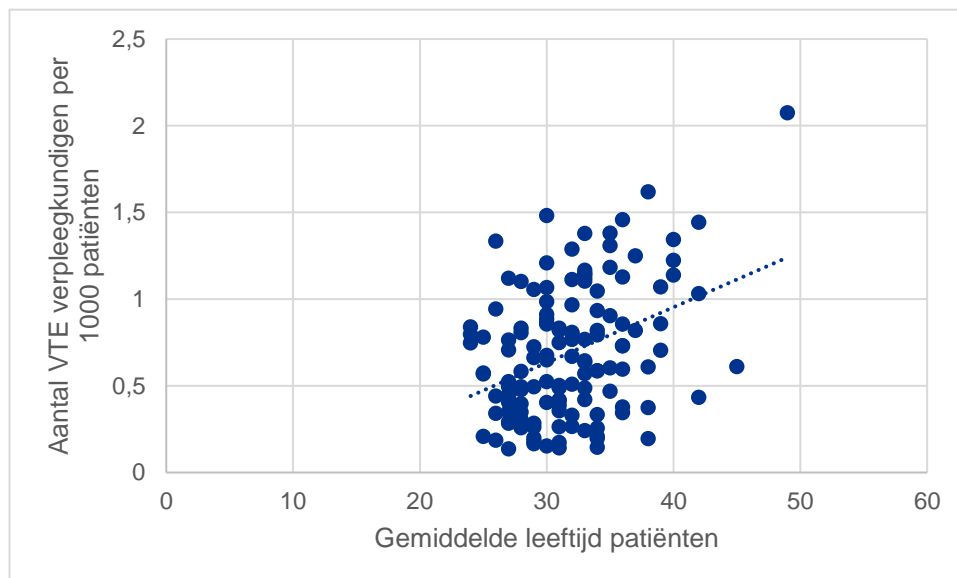
Bron: Enquête KPMG en data IMA

Ook voor **kinesitherapeuten** kan een positieve correlatie (0,3) vastgesteld worden tussen de **gemiddelde leeftijd van kinesitherapeuten en de gemiddelde leeftijd van patiënten** in een medisch huis, die als significant beschouwd kan worden. Dezelfde correlatie werd eveneens berekend voor de gemiddelde leeftijd van **verpleegkundigen**, maar dit levert een te verwaarlozen en niet significante correlatie (0,1) op. Er kan met andere woorden, op basis van de gegevens, geen verband worden vastgesteld tussen de leeftijd van verpleegkundigen en de gemiddelde leeftijd van patiënten in medische huizen.

Tevens werd de correlatie berekend tussen het **aantal VTE huisarts en de gemiddelde leeftijd van patiënten**. Uit de enquêteresultaten blijkt dat er geen correlatie is (-0,0055) tussen het aantal VTE huisarts per patiënt en de leeftijd van de patiënten. Met andere woorden, een **hogere gemiddelde leeftijd binnen de populatie van een medisch huis, impliceert niet noodzakelijk een hogere aantal VTE huisartsen** binnen dat medisch huis. Ook tussen de gemiddelde leeftijd en het aantal VTE kinesitherapeuten blijkt er nauwelijks een correlatie te zijn (0,0598).

Er kan echter wel een beperkte positieve correlatie vastgesteld worden tussen de **gemiddelde leeftijd van patiënten en het aantal VTE verpleegkundigen** (0,3809). Dit wordt weergegeven in onderstaande grafiek. Deze bevinding zou betekenen dat er **meer verpleegkundigen in dienst genomen worden wanneer de gemiddelde leeftijd van patiënten hoger is**. Dit zou mogelijks kunnen impliceren dat deze patiënten een hogere verpleegkundige zorgnood met zich mee zouden brengen. Deze bevinding werd tevens tijdens de interviews meermaals aangegeven.

Figuur 39 - Correlatie gemiddelde leeftijd patiënten en aantal VTE verpleegkundigen per 1000 patiënten (2016)

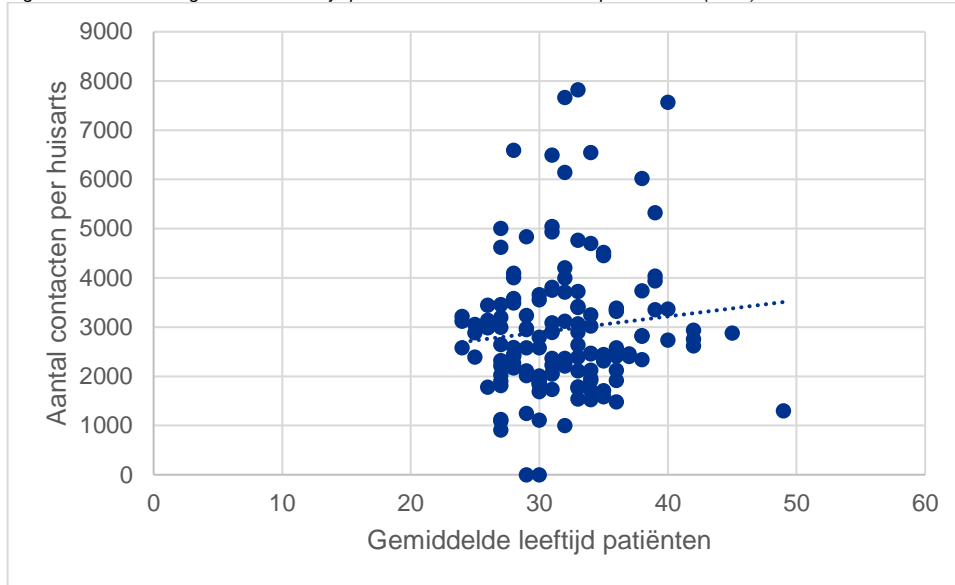


Bron: Enquête KPMG en data IMA

In figuur 40 wordt de correlatie tussen de **gemiddelde leeftijd van de patiënten en het aantal contacten per VTE huisarts** weergegeven. Hieruit volgt een te verwaarlozen correlatie³⁴ (0,1061), wat betekent dat op basis van de enquêteresultaten **niet besloten kan worden dat medische huizen met een hogere gemiddelde leeftijd meer contacten per VTE huisarts met zich meebrengen**.

³⁴ In figuur 40 werden drie medische huizen buiten beschouwing gelaten. Eén medisch huis gaf geen contacten op waardoor het aantal contacten per huisarts niet berekend kon worden. Twee medische huizen gaven een extreem hoog aantal contacten op waardoor deze niet mee opgenomen werden om vertekening te vermijden.

Figuur 40 - Correlatie gemiddelde leeftijd patiënten en aantal contacten per huisarts (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Dezelfde analyse werd gedaan voor **kinesitherapeuten**, wat resulteerde in een licht positieve correlatie van 0,3, die als significant beschouwd kan worden. Op basis van de enquêteresultaten kan bijgevolg geconcludeerd worden dat medische huizen met een **hogere gemiddelde leeftijd van patiënten mogelijks meer contacten hebben per VTE kinesitherapeut**. Dezelfde bevinding kan gedaan worden voor **verpleegkundigen**, waar eveneens een significante correlatie (0,2) vastgesteld kan worden.

Conclusie:

Op basis van de enquêteresultaten en de statistieken verkregen van het IMA blijkt de **gemiddelde leeftijd van patiënten in het Waals Gewest hoger** te liggen dan in de 2 andere gewesten. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de respondenten in landelijke gebieden uitsluitend in Wallonië gevestigd zijn, en dat medische huizen in landelijke gebieden gemiddeld een ouder patiënten profiel hebben, alsook dat in Wallonië de meest mature huizen gevestigd zijn.

Op vlak van maturiteit is er voornamelijk een verschil in gemiddelde leeftijd van patiënten merkbaar **voor niet-mature respondenten vanaf het 50^{ste} percentiel** (lager dan deze van mature medische huizen). Daarnaast ligt de gemiddelde leeftijd van patiënten binnen de verschillende federaties in dezelfde lijn.

De **gemiddelde leeftijd van patiënten stijgt naarmate er meer zorgverleners tewerkgesteld** zijn bij de respondenten, wat verband houdt met het feit dat het gemiddeld aantal zorgverleners eveneens stijgt naarmate de maturiteit, en meer mature huizen gemiddeld een hogere gemiddelde leeftijd van patiënten hebben.

Tot slot wordt er **een licht positieve correlatie vastgesteld tussen de gemiddelde leeftijd van patiënten en het aantal VTE verpleegkundigen**, wat zou kunnen betekenen dat er meer verpleegkundigen in dienst genomen worden wanneer de gemiddelde leeftijd van patiënten hoger is als gevolg van een hogere verpleegkundige zorgnood voor deze patiënten.

2.2.3.3 Chronisch zieken

Naast het geslacht en de gemiddelde leeftijd van patiënten, bepaalt het al dan niet hebben van een chronische aandoening eveneens het patiënten profiel van een medisch huis. Binnen de respondenten zijn er in totaal **30.391 patiënten ingeschreven met het statuut chronisch zieken**, wat 8% van het totaal aantal ingeschreven patiënten³⁵ betekent. De totale Belgische bevolking telt 10,4% rechthebbenden (2016) met een chronische aandoening en ligt bijgevolg iets hoger dan het aandeel chronisch zieken binnen medische huizen.

9 medische huizen wijken meer dan 5% af van dit algemeen gemiddelde:

- Negatief verschil: 2 respondenten hebben slechts 1% chronisch zieken in hun patiëntenbestand, waarvan 1 respondent pas is opgericht in 2015.

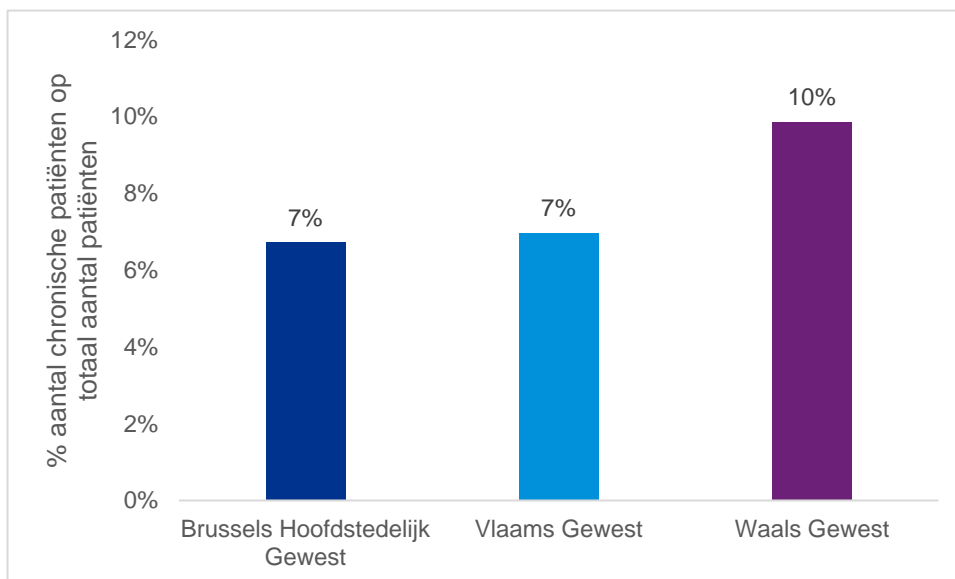
³⁵ O.b.v. de enquête

- Positief verschil: 7 medische huizen hebben tussen 14% en 19% chronisch zieken in hun patiëntenbestand. Op 1 respondent na, zijn deze medische huizen uitsluitend in Wallonië gevestigd.

Ligging

De 7 medische huizen met het grootste aantal chronisch zieken ten opzichte van het totaal patiëntenbestand (die meer dan 5% (positief) afwijken van het gemiddeld aantal chronische patiënten per medisch huis (cf. supra)), zijn bijna uitsluitend in **Wallonië** gevestigd. Dit wordt eveneens weergegeven in onderstaande grafiek. Het gemiddeld aantal chronisch zieken in de andere gewesten is gelijk.

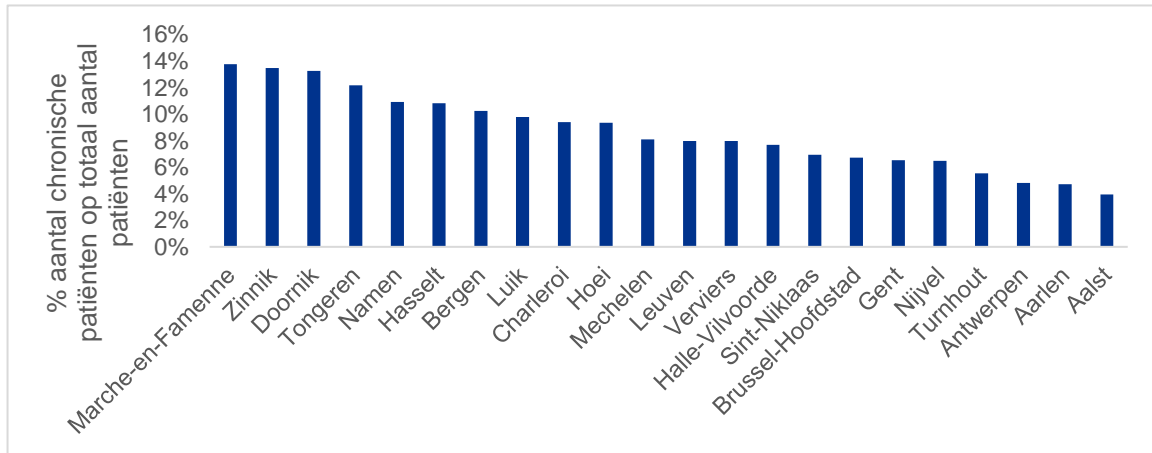
Figuur 41 - Procentueel gemiddeld aantal chronische patiënten op totaal aantal patiënten per regio (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Figuur 42 toont de verhouding tussen het aantal patiënten met een chronische aandoening en het totaal aantal patiënten per **arrondissement**. Volgend uit bovenstaande bevinding, liggen de 3 arrondissementen met het hoogst aantal chronisch zieken in diens patiëntenbestand in het Waals Gewest. Arrondissement Marche-en-Famenne telt 14% chronisch zieken ten opzichte van het totaal aantal patiënten ingeschreven in dat arrondissement, ten opzichte van 4% in Aalst.

Figuur 42 - Procentueel gemiddeld aantal chronische patiënten op totaal aantal patiënten per arrondissement (2016)

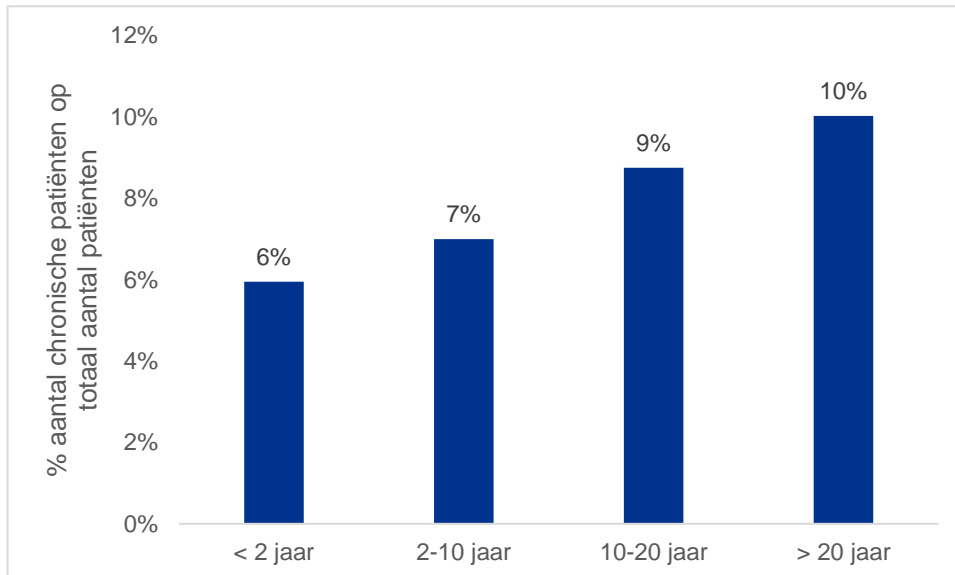


Bron: Enquête KPMG en data IMA

Maturiteit

In onderstaande grafiek wordt het procentueel gemiddeld aantal chronische patiënten op het totaal aantal patiënten voorgesteld in functie van de maturiteit van de respondenten. Hieruit blijkt dat **naarmate de maturiteit van een medisch huis stijgt, het gemiddeld aantal chronische patiënten binnen het totaal patiëntenbestand eveneens stijgt**. Met andere woorden, in verhouding tot de meer mature respondenten, zijn er in de niet-mature medische huizen minder patiënten ingeschreven die een chronische aandoening hebben.

Figuur 43 - Procentueel aantal chronische patiënten op totaal aantal patiënten per medisch huis volgens maturiteit (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

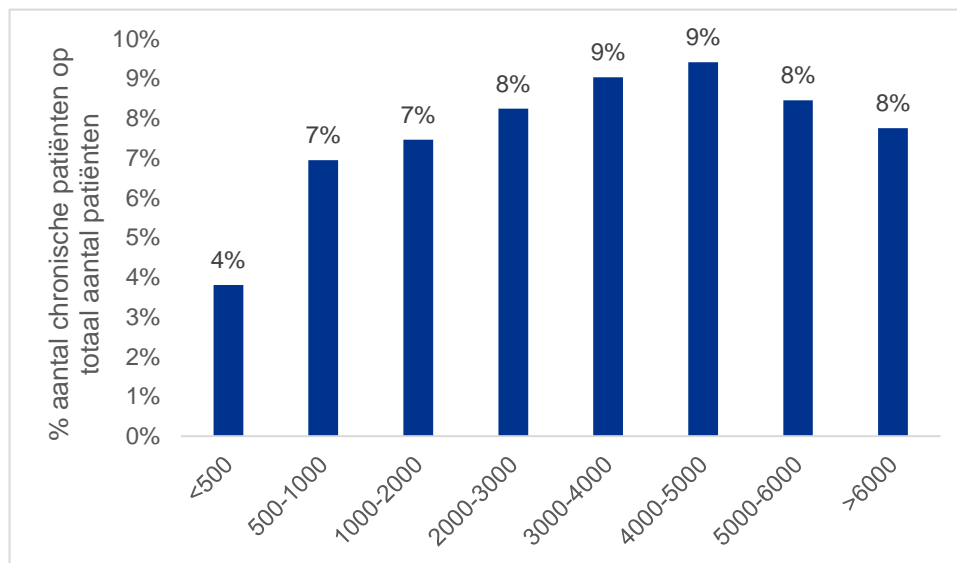
Groote patiëntenbestand

Figuur 44 geeft het procentueel gemiddeld aantal chronisch zieken op het totaal aantal patiënten weer naargelang de grootte van het patiëntenbestand bij de respondenten. Hieruit kan afgeleid worden dat er gemiddeld **meer chronisch zieken** zijn ingeschreven bij respondenten met een **patiëntenbestand van 3000 tot 5000 (9%)**. Vanaf het

patiëntenbestand groter is dan 5000 patiënten, neemt het aantal ingeschreven patiënten met een chronische aandoening opnieuw af³⁶.

Het aantal chronisch zieken voor de respondenten met een patiëntenbestand kleiner dan 500 patiënten is aanzienlijk kleiner dan de andere categorieën. Hier heeft slechts 4% van het totaal aantal patiënten het statuut chronisch zieken. Dit betreft voornamelijk niet-mature medische huizen, en ligt in lijn met voorgaande grafiek. Bovendien werd reeds eerder in dit rapport vastgesteld dat niet-mature medische huizen eveneens een lagere gemiddelde leeftijd van patiënten hebben. Verder in dit onderdeel zal aangetoond worden dat er een positieve correlatie is tussen de gemiddelde leeftijd van patiënten en het aantal patiënten met een chronische aandoening (cf. infra).

Figuur 44 - Procentueel aantal chronische patiënten op totaal aantal patiënten volgens grootte patiëntenbestand (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Disciplines

Inzake de analyse of er een verband is tussen het aantal chronisch zieken en het aantal zorgverleners binnen de disciplines bij de respondenten³⁷, blijkt er nauwelijks een correlatie te zijn tussen het aantal chronisch zieken en VTE huisartsen, alsook VTE kinesitherapeuten (respectievelijk 0,0434 en 0,0793). Wel blijkt er een significante positieve correlatie te zijn tussen het **aantal chronisch zieken en het aantal VTE verpleegkundigen** (0,26).

Figuur 45³⁸ geeft de correlatie weer tussen het **aantal chronisch zieken en het aantal contacten per VTE huisarts** binnen de respondenten. Hieruit blijkt dat er geen correlatie

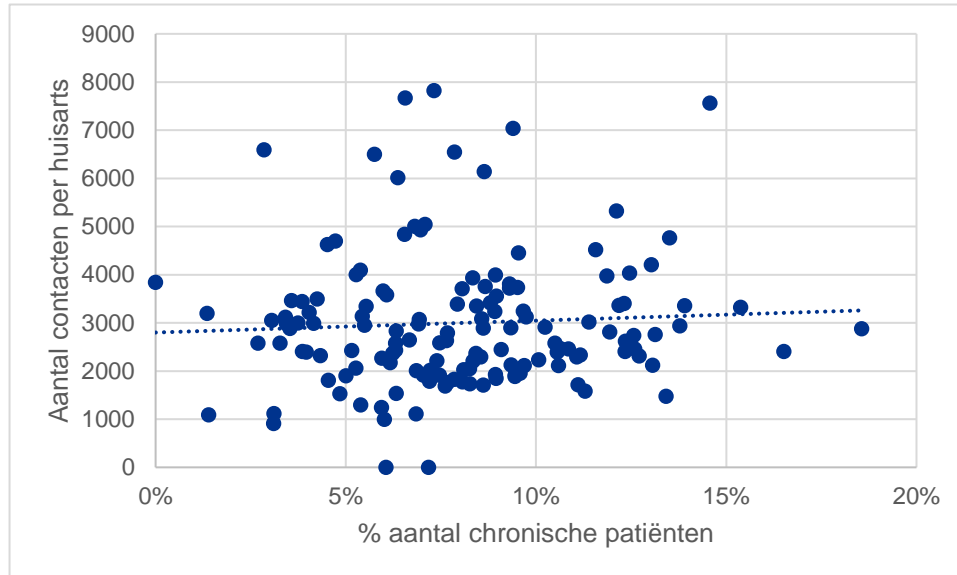
³⁶ Het verschil in het aandeel chronisch zieken bij medische huizen met een patiëntenbestand groter dan 5000 patiënten ten opzichte van deze met een patiëntenbestand kleiner dan 5000 kan niet statistisch worden aangetoond via het gebruik van een Mann-Whitney U test (met een vereiste betrouwbaarheid van 95%).

³⁷ Enkel de medische huizen die de desbetreffende zorgverleners in dienst hebben, werden opgenomen in de analyses.

³⁸ In figuur 45 werden drie medische huizen buiten beschouwing gelaten. Eén medisch huis gaf geen contacten op waardoor het aantal contacten per huisarts niet berekend konden worden. Twee medische huizen gaven een extreem hoog aantal contacten op in de enquête waardoor deze niet mee opgenomen werden.

bestaat tussen beide variabelen (0,0575). Echter, hierbij dient er opgemerkt te worden dat het **niet bekend is voor welk type patiënten de contacten zijn uitgevoerd** (verhouding aantal contacten voor chronisch zieken t.o.v. ander type patiënt). Op basis hiervan kan bijgevolg geen uitspraak gedaan worden inzake het aantal **chronisch zieken ten opzichte van het aantal contacten bij de huisarts**.

Figuur 45 - Correlatie procentueel aantal chronische patiënten met aantal contacten per huisarts (2016)



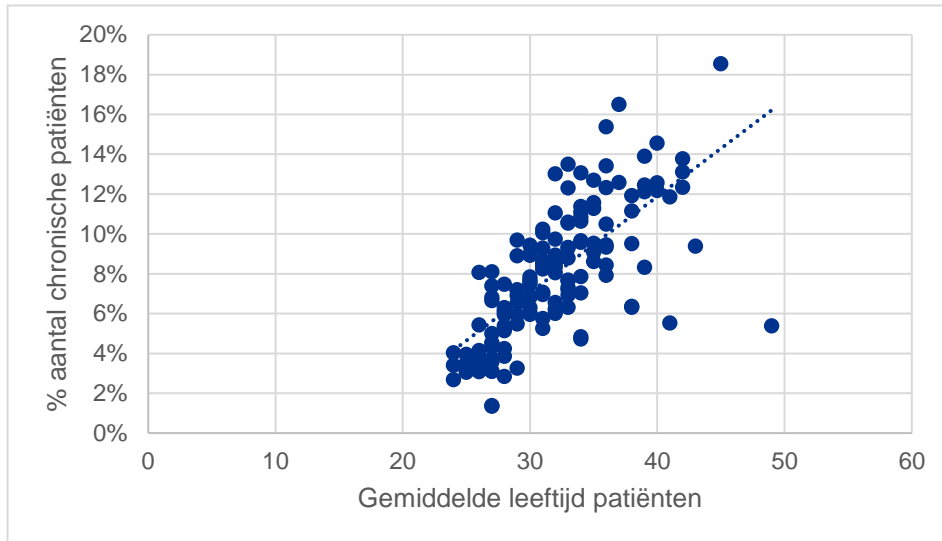
Bron: Enquête KPMG en data IMA

Dezelfde analyse werd gedaan voor **kinesitherapeuten**, wat resulteerde in een licht positieve correlatie (0,37). Opnieuw dient deze correlatie met een zekere voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, daar niet bekend is voor welk type patiënten de contacten werden uitgevoerd. Wel werd door enkele medische huizen tijdens de interviews aangegeven dat de **discipline kinesitherapie belangrijk zou zijn voor patiënten met een chronische aandoening**. De analyse inzake de correlatie tussen het aantal patiënten met een chronische aandoening en het aantal contacten per VTE **verpleegkundigen**, gaf eveneens een significante correlatie (0,24) weer.

Verband met gemiddelde leeftijd van patiënten

Daar waar in voorgaande onderdelen het aantal chronisch zieken werd geanalyseerd in functie van de ligging, maturiteit, federatie en aantal zorgverleners, wordt in figuur 46 het procentueel aantal chronische patiënten weergegeven ten opzichte van de gemiddelde leeftijd van de patiënten. Hieruit blijkt dat er een positieve correlatie (0,6993) bestaat tussen beide variabelen.

Figuur 46 - Correlatie tussen het procentueel aantal chronische patiënten en de gemiddelde leeftijd van de patiënten (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Conclusie:

Binnen de respondenten zijn er in totaal 30.391 patiënten ingeschreven met het statuut **chronisch zieken**, wat **8%** van het totaal aantal ingeschreven patiënten betekent. Het aantal chronisch zieken ten opzichte van het totaal patiëntenbestand ligt het **hoogst in Wallonië**.

Daarnaast blijkt uit het onderzoek verricht in het kader van deze studie dat naarmate de **maturiteit van een medisch huis stijgt, het gemiddeld aantal chronische patiënten binnen het totaal patiëntenbestand eveneens stijgt**.

In functie van de grootte van het patiëntenbestand, kan er vastgesteld worden dat er gemiddeld meer chronisch zieken zijn ingeschreven bij respondenten met een patiëntenbestand van 3000 tot 5000 (9%). Vanaf het patiëntenbestand groter is dan 5000 patiënten, neemt het aantal ingeschreven patiënten met een chronische aandoening ten opzichte van het totaal patiëntenbestand in die categorie opnieuw af. Het aantal chronisch zieken voor de respondenten met een patiëntenbestand kleiner dan 500 patiënten is aanzienlijk kleiner dan de andere categorieën.

Daarnaast blijkt op basis van de enquêteresultaten dat respondenten met **meer chronisch zieken gemiddeld niet meer VTE's en contacten vergen bij de huisarts** dan respondenten met minder chronisch zieken. Wel werd er een licht positieve correlatie vastgesteld in het **aantal contacten bij kinesitherapeuten en verpleegkundigen**. In dit kader is het echter belangrijk om op te merken dat het niet bekend is voor welk type patiënten de contacten zijn uitgevoerd, waardoor er geen uitspraak gedaan kan worden inzake het aantal contacten in functie van het aantal patiënten met een chronische aandoening.

2.2.3.4 Verhoogde tegemoetkomingen

In dit onderdeel wordt het aantal verhoogde tegemoetkomingen³⁹ in kaart gebracht binnen de respondenten. Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming hebben een lagere sociale status en zouden tot een meer kansarme populatie behoren, wat gepaard kan gaan met een hogere zorgnood binnen deze populatie. Op basis van de statistieken verkregen via het IMA zijn er 157.836 patiënten met een verhoogde tegemoetkoming ingeschreven bij de respondenten, wat **42% van het totaal patiëntenbestand** van deze medische huizen betekent. Het totaal aantal rechthebbenden met een verhoogde tegemoetkoming in België daarentegen bedraagt 19% op het totaal aantal Belgische rechthebbenden.

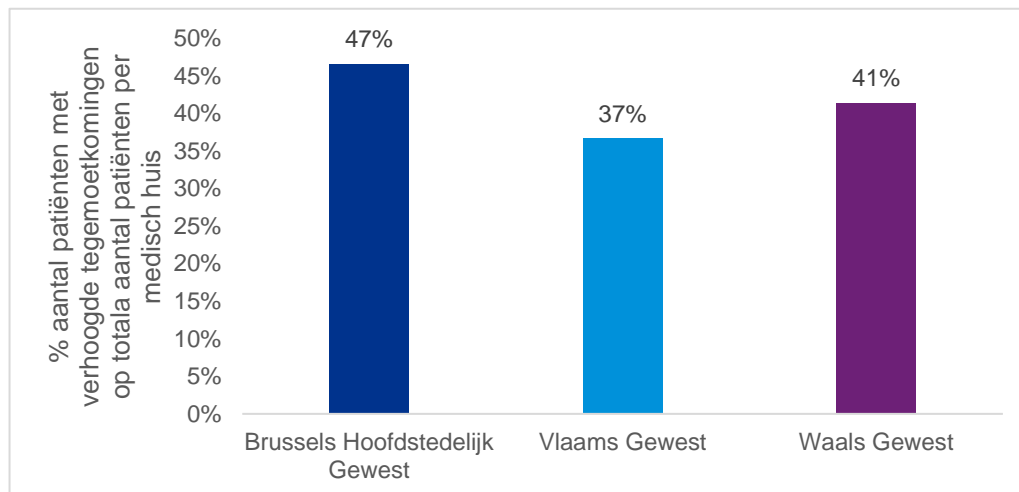
Toch kunnen er grote verschillen tussen het aantal patiënten met verhoogde tegemoetkoming vastgesteld worden tussen de respondenten. 9 medische huizen wijken meer dan 25%⁴⁰ af van dit algemeen gemiddelde:

- Negatief verschil: 6 respondenten hebben minder dan 17% verhoogde tegemoetkomingen
- Positief verschil: 3 respondenten hebben meer dan 67% verhoogde tegemoetkomingen.

Ligging

In figuur 47 wordt het procentueel aantal patiënten met verhoogde tegemoetkomingen ten opzichte van het totaal aantal patiënten voorgesteld in functie van de ligging van de respondenten.

Figuur 47 - Procentueel aantal patiënten met verhoogde tegemoetkomingen op totaal aantal patiënten per medisch huis per regio (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

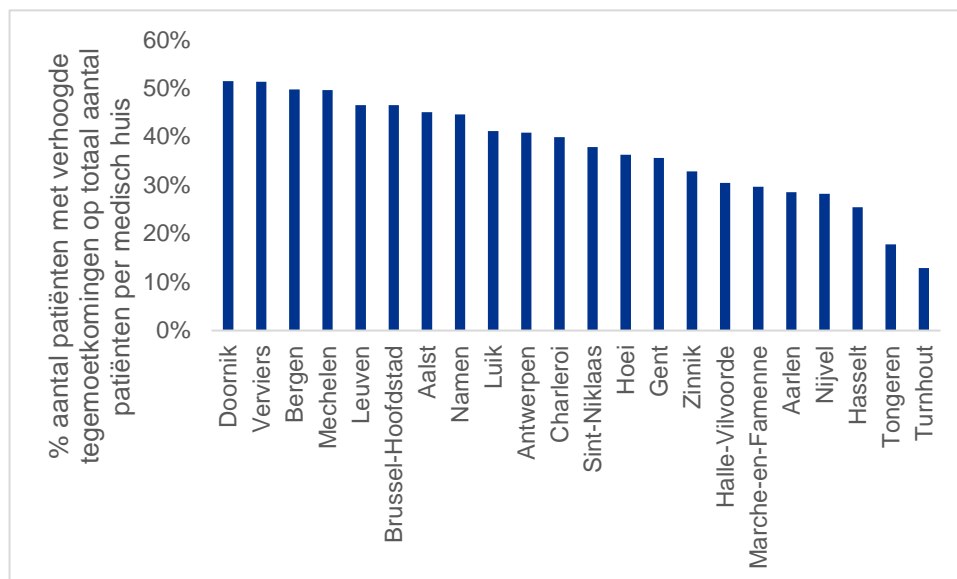
³⁹ Mensen met een laag inkomen kunnen aanspraak maken op een verhoogde tegemoetkoming. Dankzij de verhoogde tegemoetkoming zijn onder meer raadplegingen, geneesmiddelen en hospitalisatie goedkoper. Indien patiënten een sociale uitkering krijgen, hebben deze automatisch recht op deze verhoogde tegemoetkoming. Indien dit niet het geval is, kan er een aanvraag bij het ziekenfonds ingediend worden voor het verkrijgen van een verhoogde tegemoetkoming. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming wordt toegekend op basis van inkomensvoorwaarden (na een onderzoek uitgevoerd door het ziekenfonds), op basis van een sociaal voordeel dat de verzekerde geniet (bv: het leefloon) of op basis van een sociale situatie waarin hij zich bevindt (bv: een kind met een ernstige handicap)

⁴⁰ Een grotere afwijkingmarge voorzien voor een totaal van 157.836 patiënten in tegenstelling tot de foutenmarge bij de gemiddelde leeftijd

Hieruit blijkt dat **bijna de helft (47%) van de patiënten in Brussel een verhoogde tegemoetkoming** heeft. Van de 3 respondenten met het hoogst aantal verhoogde tegemoetkomingen (meer dan 67% - cf. supra), zijn er 2 medische huizen in Brussel gevestigd. Het 3^e medische huis ligt in Wallonië. Op basis van de enquêteresultaten zijn er beduidend minder patiënten met een verhoogde tegemoetkoming in Vlaanderen dan in Brussel (20% minder).

Echter, de 3 arrondissementen met het hoogst aantal patiënten met verhoogde tegemoetkoming, behoren tot het Waals Gewest, waarvan Doornik 51% patiënten heeft met verhoogde tegemoetkoming. De 3 arrondissementen met het minst aantal patiënten met verhoogde tegemoetkoming, behoren tot het Vlaams Gewest, waarvan Turnhout 13% patiënten met verhoogde tegemoetkoming telt. Arrondissement Turnhout telt slechts 1 respondent, wat tot de 6 respondenten behoort met het minst aantal patiënten met een verhoogde tegemoetkoming (cf. supra).

Figuur 48 - Procentueel aantal patiënten met verhoogde tegemoetkomingen op totaal aantal patiënten per arrondissement (2016)

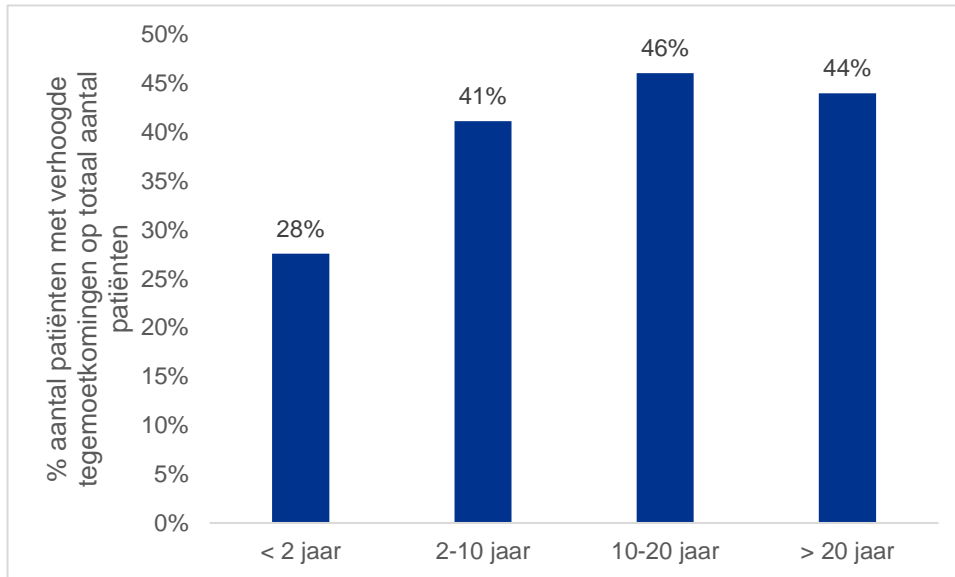


Bron: Enquête KPMG en data IMA

Maturiteit

Onderstaande grafiek deelt het procentueel aantal patiënten met een verhoogde tegemoetkoming op volgens maturiteit. In lijn met de vaststelling inzake chronisch zieken, blijkt ook het aantal **patiënten met een verhoogde tegemoetkoming te stijgen naarmate de maturiteit van de respondenten stijgt**. Echter, er kan een lichte daling vastgesteld worden voor de respondenten die langer dan 20 jaar actief zijn in het forfaitair systeem.

Figuur 49 - Procentueel aantal patiënten met verhoogde tegemoetkomingen op totaal aantal patiënten volgens maturiteit (2016)

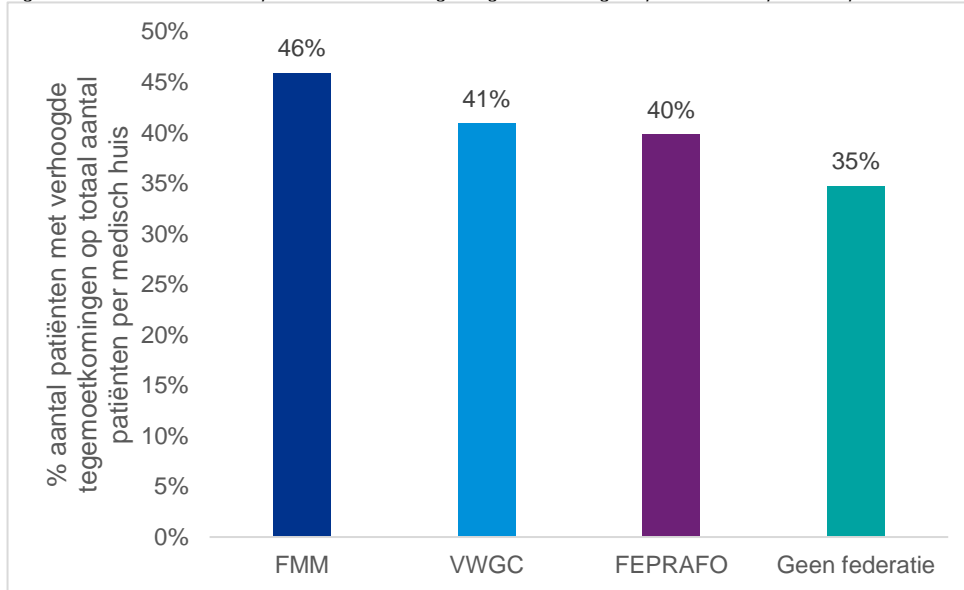


Bron: Enquête KPMG en data IMA

Federatie

In onderstaande grafiek wordt het gemiddeld aantal patiënten met verhoogde tegemoetkomingen ten opzichte van het totaal aantal patiënten weergegeven, opgesplitst per federatie. Hieruit blijkt dat leden van **FMM gemiddeld meer patiënten met een verhoogde tegemoetkomingen** in hun patiëntenbestand hebben in vergelijking met de andere federaties. Dit ligt in lijn met de bevindingen inzake de ligging, daar het aandeel patiënten met verhoogde tegemoetkomingen het hoogst is in Brussel, en hier voornamelijk leden van FMM gevestigd zijn. FMM telt eveneens meer mature leden en het aantal patiënten met een verhoogde tegemoetkoming stijgt naarmate de maturiteit van de respondenten stijgt. Het verschil is het grootst met respondenten die niet zijn aangesloten tot een federatie, waar er gemiddeld 11% minder patiënten met verhoogde tegemoetkomingen zijn ingeschreven in vergelijking met FMM.

Figuur 50 - Procentueel aantal patiënten met verhoogde tegemoetkomingen op totaal aantal patiënten per medisch huis per federatie (2016)

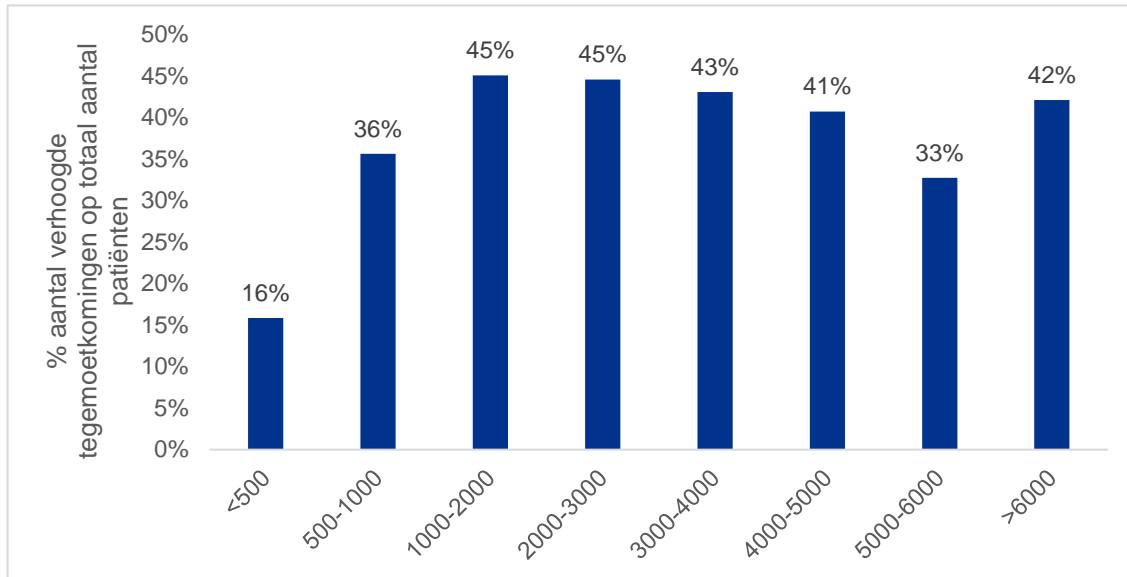


Bron: Enquête KPMG en data IMA

Grootte patiëntenbestand

Figuur 51 geeft het procentueel gemiddeld aantal patiënten met een verhoogde tegemoetkoming op het totaal aantal patiënten weer naargelang de grootte van het patiëntenbestand bij de respondenten. Deze analyse volgt dezelfde trend die werd vastgesteld bij het aantal patiënten met een chronische aandoening, namelijk dat het **aantal patiënten met verhoogde tegemoetkoming minder vertegenwoordigd is in medische huizen met een patiëntenbestand kleiner dan 500** (niet-mature medische huizen), alsook bij medische huizen met een zeer groot patiëntenbestand. Respondenten met een patiëntenbestand tussen de 1000 en 3000 patiënten, hebben het grootste aantal patiënten (45%) met een verhoogde tegemoetkoming ten opzichte van het totaal aantal patiënten van respondenten binnen die categorie. Uit voorgaande analyses blijkt eveneens dat de **meeste respondenten met deze grootte van patiëntenbestand in Brussel** gevestigd zijn.

Figuur 51 - Procentueel aantal verhoogde tegemoetkomingen op totaal aantal patiënten per medisch huis volgens patiëntenbestand (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Disciplines

In dit onderdeel wordt er nagegaan of er een verband is tussen het aantal patiënten met een verhoogde tegemoetkoming en het aantal zorgverleners binnen de disciplines bij de respondenten.

Voor huisartsen kan er op basis van de enquêteresultaten geen correlatie (0,0102) vastgesteld worden tussen het aantal VTE huisartsen per patiënt en het aandeel patiënten met verhoogde tegemoetkoming in het patiëntenbestand. Uit de interviews blijkt dat een **kansarme populatie doorgaans een hogere zorgnood heeft, maar dit vertaalt zich op basis van de enquêteresultaten niet in een hoger aantal huisartsen binnen de respondenten.**

Voor kinesitherapeuten kan er eveneens geen significante correlatie (0,1497) worden vastgesteld. Op basis van de enquêteresultaten kan er wel een beperkt negatieve correlatie (-0,3372) vastgesteld worden tussen het aantal VTE verpleegkundigen per patiënt en het procentueel aantal patiënten met verhoogde tegemoetkomingen.

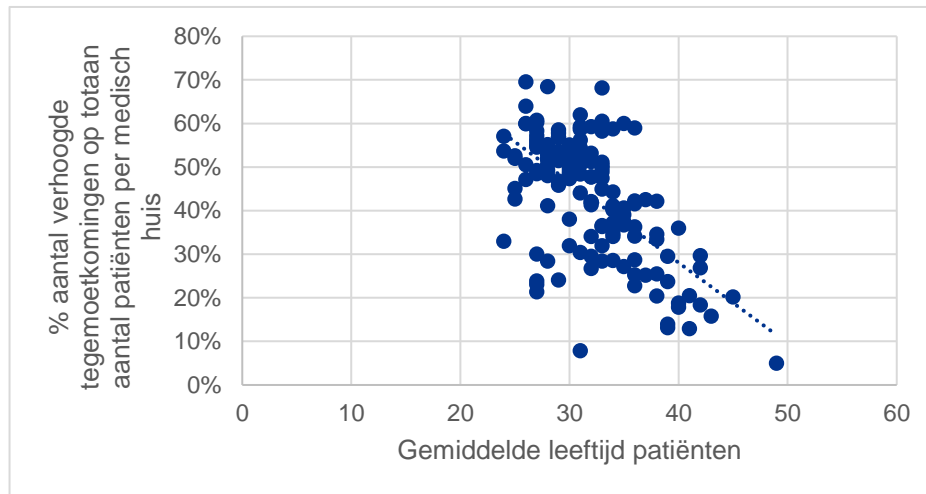
Het **aantal contacten per VTE huisarts, verpleegkundige en kinesitherapeut** werd eveneens onderzocht, maar toont opnieuw geen correlatie met het aantal verhoogde tegemoetkomingen.

Gemiddelde leeftijd patiënten

In figuur 52 wordt het procentueel aantal verhoogde tegemoetkomingen op het totaal aantal patiënten per medisch huis voorgesteld ten opzichte van de gemiddelde leeftijd van de patiënten van dat medisch huis. Er kan een negatieve correlatie (-0,6256) vastgesteld worden tussen beide variabelen. Met andere woorden, **hoe ouder de**

gemiddelde leeftijd van patiënten, hoe minder patiënten met een verhoogde tegemoetkoming zijn ingeschreven in dat medisch huis.

Figuur 52 - Correlatie procentueel aantal patiënten met verhoogde tegemoetkoming op totaal aantal patiënten per medisch huis en de gemiddelde leeftijd patiënten



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Conclusie:

In onderstaande tabel wordt een samenvatting weergegeven van de gemiddelde leeftijd, chronisch zieken en patiënten met verhoogde tegemoetkoming, opgedeeld per gewest, federatie en maturiteit. Voor elke categorie wordt aangeduid in groen wat de hoogste waarde is. Hieruit kan afgeleid worden dat leden van **FMM het grootste aandeel chronisch zieken en patiënten met verhoogde tegemoetkoming** hebben. Deze leden zijn bijna uitsluitend gevestigd in **Brussel en Wallonië** en zijn doorgaans **matuur**. Dit zijn eveneens de gewesten met het grootste aantal chronisch zieken en verhoogde tegemoetkomingen.

Tabel 19- Samenvatting gemiddelde leeftijd patiënt, chronisch zieken en patiënten met verhoogde tegemoetkoming

		gemiddelde leeftijd	chronisch zieken	VT
Gewest	Brussel	30	7%	47%
	Vlaanderen	31	7%	37%
	Wallonië	34	10%	41%
Federatie	FMM	32	9%	46%
	VWGC	30	7%	41%
	Feprafo	32	7%	40%
	/	32	7%	35%
Maturiteit	<2jaar	33	6%	28%
	2-10 jaar	31	7%	41%
	10-20 jaar	32	9%	46%
	>20 jaar	33	10%	44%

Bron: Enquête KPMG en data IMA

2.2.3.5 Eénoudergezinnen

In dit onderdeel wordt het aantal éénoudergezinnen in kaart gebracht binnen het patiëntenbestand van de respondenten. Op basis van de statistieken verkregen van het IMA, zijn er 102.975 éénoudergezinnen ingeschreven binnen de respondenten.

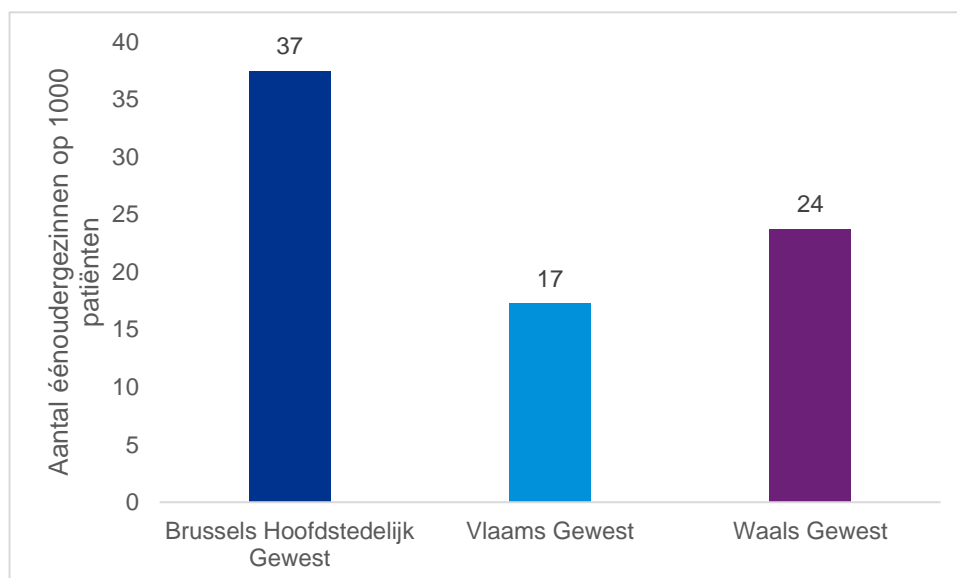
Over alle medische huizen heen zijn er gemiddeld ongeveer 70 éénoudergezinnen ingeschreven per medisch huis, of **gemiddeld 7% van het totaal aantal ingeschreven gezinnen** binnen de respondenten. In België bedraagt het aantal éénoudergezinnen (2016) 10%⁴¹ van alle Belgische huishoudens.

In de analyses die volgen zal het aantal éénoudergezinnen steeds uitgedrukt worden per 1000 patiënten zodat vergelijking tussen medische huizen van verschillende grootte mogelijk gemaakt wordt.

Ligging

In onderstaande grafiek wordt per regio het aantal éénoudergezinnen per 1000 patiënten in kaart gebracht. Er kan geconcludeerd worden dat het **aantal éénoudergezinnen per 1000 patiënten hoger ligt in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest** dan in de andere gewesten. Het aantal éénoudergezinnen ligt het laagst in het Vlaams Gewest.

Figuur 53 - Aantal éénoudergezinnen per 1000 patiënten per regio (2016)

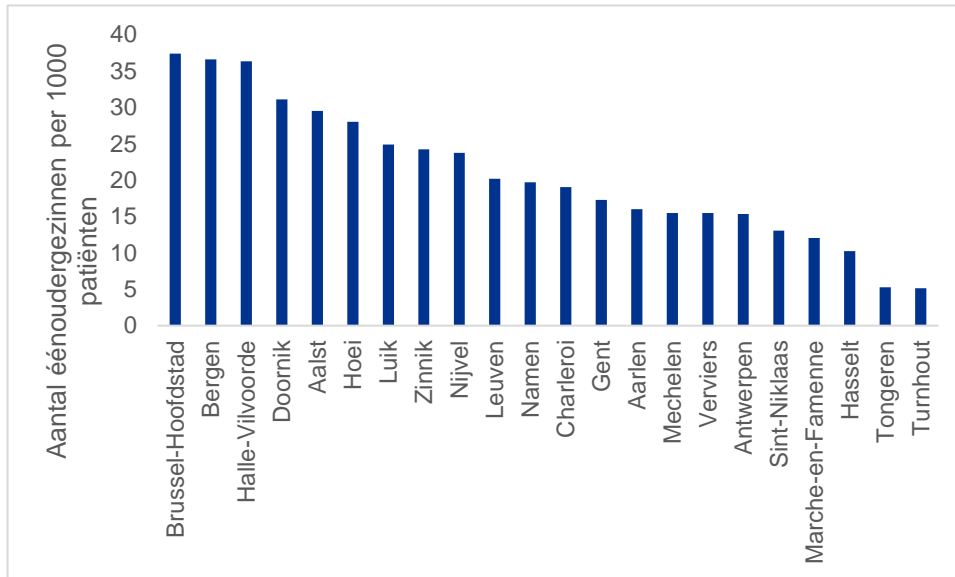


Bron: Enquête KPMG en data IMA

In figuur 54 wordt het aantal éénoudergezinnen per 1000 patiënten weergegeven per arrondissement. Daar waar in Brussel gemiddeld 35 éénoudergezinnen per 1000 patiënten tot het patiëntenbestand van dat arrondissement behoren, tellen Tongeren en Turnhout slechts 5 éénoudergezinnen per 1000 patiënten.

⁴¹ Bron: statbel – FOD Economie
(http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/particuliere_huishoudens_op_1_januari_2017-2061.jsp)

Figuur 54 - Aantal éénoudergezinnen per 1000 patiënten per arrondissement (2016)

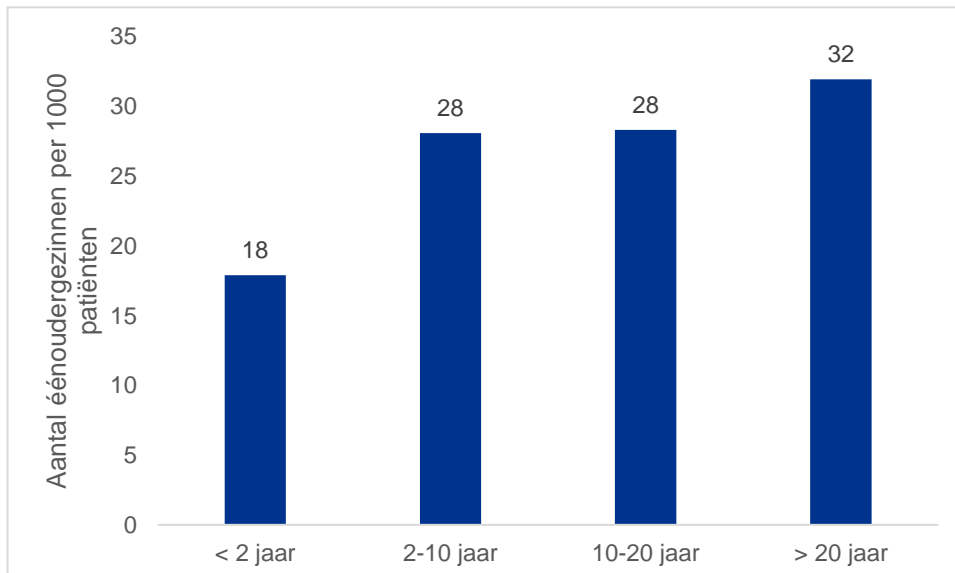


Bron: Enquête KPMG en data IMA

Maturiteit

In onderstaande grafiek wordt het aantal éénoudergezinnen per 1000 patiënten voorgesteld naargelang de maturiteit van de respondenten. In lijn met de vaststellingen bij het aantal chronisch zieken en patiënten met verhoogde tegemoetkomingen, **stijgt ook het aantal éénoudergezinnen naarmate de maturiteit van een medisch huis stijgt**. Opnieuw kan er een groot verschil vastgesteld worden bij de niet-mature medische huizen.

Figuur 55 - Aantal éénoudergezinnen per 1000 patiënten per medisch huis volgens maturiteit (2016)

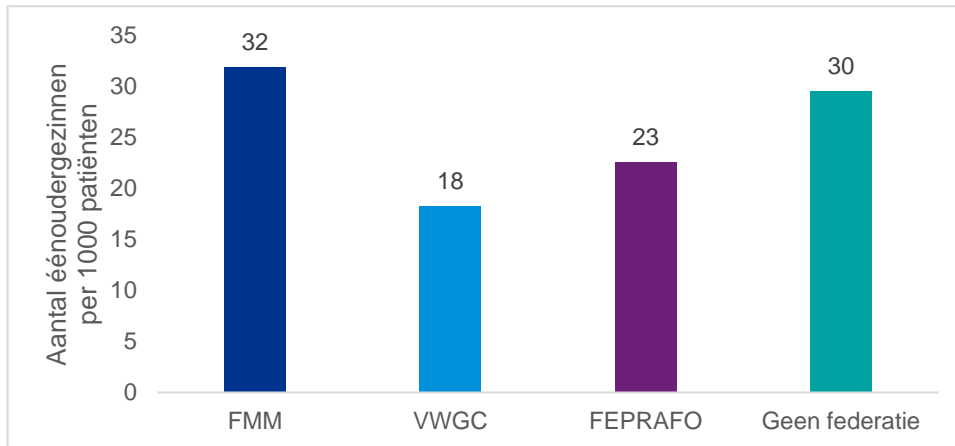


Bron: Enquête KPMG en data IMA

Federatie

In figuur 56 wordt het aantal éénoudergezinnen per 1000 patiënten weergegeven naargelang de aansluiting bij een federatie. Hieruit blijkt opnieuw dat binnen de leden van **FMM het meest aantal éénoudergezinnen** per 1000 patiënten zijn ingeschreven. Zoals reeds vermeld, telt FMM het grootste aantal mature medische huizen, wat in lijn ligt met voorgaande analyse.

Figuur 56 - Aantal éénoudergezinnen per 1000 patiënten per federatie (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Disciplines

Daar er tijdens de interviews werd aangegeven dat voornamelijk de gemiddelde leeftijd, chronisch zieken en patiënten met een verhoogde tegemoetkoming (kansarmere bevolking) een impact hebben op de werklust van de zorgverleners binnen de medische huizen, werd de correlatie tussen het aantal VTE zorgverleners en aantal éénoudergezinnen niet verder onderzocht in het kader van deze studie.

Conclusie:

Het **aantal éénoudergezinnen** per 1000 patiënten ligt **hoger** bij de respondenten gevestigd in het **Brussels Hoofdstedelijk Gewest** dan in de andere gewesten. Het aantal éénoudergezinnen ligt het laagst in het Vlaams Gewest. Conform de vaststellingen bij het aantal chronisch zieken en patiënten met verhoogde tegemoetkomingen, **stijgt ook het aantal éénoudergezinnen naarmate de maturiteit van een medisch huis stijgt.**

Binnen de leden van **FMM zijn het meest aantal éénoudergezinnen** per 1000 patiënten ingeschreven, wat in lijn ligt met de vaststelling inzake maturiteit daar FMM het meest mature medische huizen telt.

2.2.3.6 Code gerechtigde

De code gerechtigde geeft het sociaal statuut van verzekerden weer. In het kader van deze studie wordt het aantal patiënten binnen de codes zoals opgenomen in tabel 20 in kaart gebracht. Deze geeft het aantal patiënten weer binnen de respondenten per code, en het procentueel aandeel van deze patiënten binnen het totaal patiëntenbestand van de respondenten.

Tabel 20 – Overzicht code gerechtigde – geen voorkeursregeling (2016)

	Aantal code gerechtigde	% van totaal aantal patiënten respondenten
100 – Algemene regeling	1.820	0,5%
110 – Actieven	138.281	37%
120 – Invaliden	8.621	2%
130 – Gepensioneerden	16.874	4,5%
140 – Weduwen en Weduwnaars	2.182	0,5%

Bron: Data IMA en data RIZIV

2.3 Organisatie van de dienstverlening

In dit onderdeel wordt de organisatie van de dienstverlening binnen de respondenten in kaart gebracht, meer bepaald:

- het type ondernemingsvorm
- het doorverwijzingsbeleid
- de werkorganisatie m.b.t. procedures inzake in- en uitschrijvingen
- deelname aan de wachtdienst.

2.3.1 Ondernemingsvorm

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal respondenten volgens de opgegeven vennootschapsvorm in de enquête. Hieruit blijkt dat **89,75%** van de respondenten een **VZW structuur** heeft en **7,5%** van de respondenten als vennootschapsvorm een **BVBA** heeft.

Tabel 21 - Aantal respondenten per ondernemingsvorm

	Aantal respondenten		Aantal patiënten 2016	
	Absoluut	%	Absoluut	%
VZW	143	89,75%	343.377	92%
BVBA⁴²	14	8,5%	25.900	7%
Feitelijke Vereniging	2	1,25%	2.957	0,75%
Dienst afhankelijk van OCMW	1	0,5%	1.506	0,25%
Totaal	160	100%	373.740	100%

Bron: Enquête KPMG en data IMA

Medische huizen die een **VZW** structuur hebben gaven tijdens de interviews als voornaamste **reden** voor deze keuze van rechtspersoon op dat er **geen lucratieve doelstellingen** zijn binnen deze structuur, dat deze **transparanter** is (onafhankelijke raad van bestuur), alsook dat er bepaalde bijkomende **financieringsmogelijkheden** zijn voor medische huizen met een VZW structuur (bijvoorbeeld het verkrijgen van subsidies voor gebouwen, personeel, etc.).

Tijdens de interviews werd aangegeven dat medische huizen met een **BVBA structuur** vaak opgericht zijn vanuit een bestaande (groeps-)praktijk die **reeds als BVBA bestond**. Deze medische huizen wensten bij de overstap naar het forfaitair systeem hun gekende vennootschapsvorm te behouden.

In wat volgt zal worden nagegaan of er verschillen zijn in het type vennootschapsvorm afhankelijk van de ligging, maturiteit en/of de aansluiting bij een federatie.

⁴² 2 van de 14 respondenten hebben een CVBA en EBVBA (waarvan geen patiënten aantal beschikbaar van CBVBA (gestart in 2017) en 217 patiënten binnen EBVBA). Omwille van het beperkt aantal, werden deze 2 bij de categorie BVBA geteld.

Ligging

In onderstaande tabel worden de respondenten onderverdeeld in het type vennootschapsvorm in functie van de ligging per gewest. Hieruit blijkt dat er over de gewesten heen geen significant verschil kan vastgesteld worden inzake het type vennootschapsvorm van de respondenten.

Tabel 22 - Aantal respondenten volgens ligging

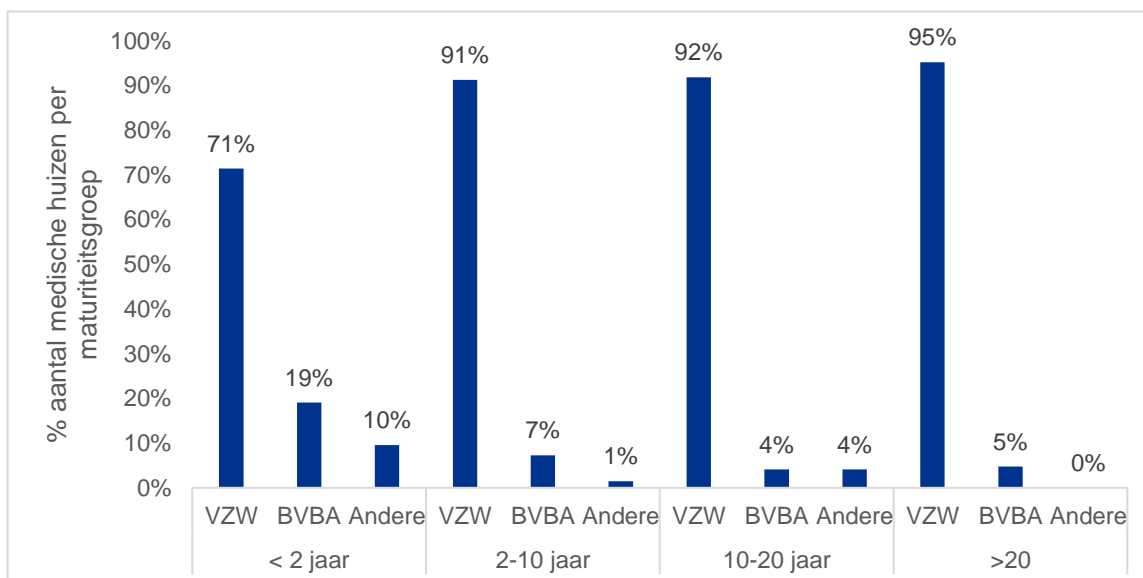
Gewest	VZW		BVBA		Andere	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	58	88%	6	9%	2	3%
Vlaams Gewest	33	92%	1	3%	2	6%
Waals Gewest	52	90%	5	9%	1	2%

Bron: Enquête KPMG

Maturiteit

Onderstaande grafiek geeft het aantal respondenten weer volgens het type vennootschapsvorm in functie van de maturiteit. Hieruit blijkt dat er een **dalende trend kan vastgesteld worden in de oprichting van medische huizen met een VZW structuur over de jaren heen**. Voornamelijk in de laatste 2 jaar zijn er zichtbaar meer BVBA's opgericht in vergelijking met voorgaande jaren, alsook andere vennootschapsvormen. Bovenstaande bevinding werd tevens bevestigd tijdens de interviews met stakeholders. Hierin werd opgemerkt dat er de laatste **jaren meer nieuwe samenwerkingsvormen** ontstaan.

Figuur 57 - Medische huizen per vennootschapsvorm volgens maturiteit

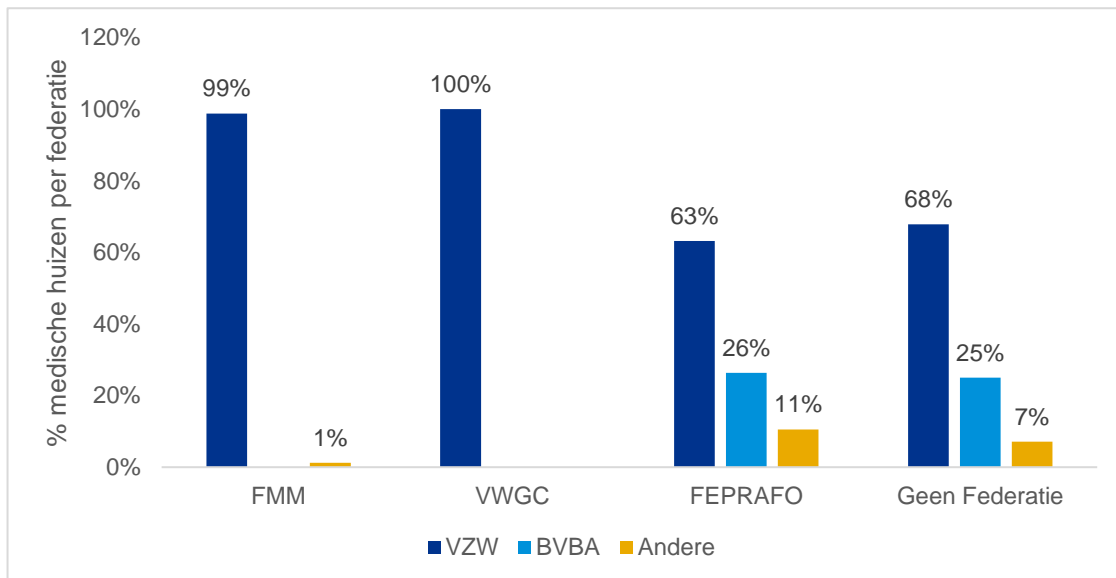


Bron: Enquête KPMG

Federatie

In onderstaande grafiek wordt het aantal medische huizen per vennootschapsvorm en per federatie voorgesteld. Hieruit blijkt dat alle leden van **VWGC en zo goed als alle leden van FMM (99%⁴³) een VZW structuur hebben**. Tijdens de interviews werd aangegeven dat dit een vereiste is om toe te treden tot de federatie. Bij de leden van Feprafo en de respondenten die niet aangesloten zijn bij een federatie, kan er meer diversiteit in de structuur van de organisatie vastgesteld worden. Dit houdt verband met het feit dat Feprafo achter vrijheid van rechtspersoon staat en bijgevolg geen vereisten inzake vennootschapsvorm vooropstelt.

Figuur 58 - Aantal medische huizen per vennootschapsvorm per federatie



Bron: Enquête KPMG

2.3.1.1 Afsplitsing van andere medische huizen

10,6% van alle respondenten (17 medische huizen) zijn afgesplitst van een ander medisch huis, hetzij met een nieuwe structuur, hetzij via een antenne-structuur⁴⁴. Tabel 23 geeft een overzicht van het afgesplitste medische huizen per ondernemingsvorm, regio, maturiteit en federatie.

⁴³ Eén medisch huis heeft opgegeven in de enquête afhankelijk te zijn van het OCMW

⁴⁴ Beheer door eenzelfde bestuur, maar meerdere medische huizen (op een andere locatie)

Tabel 23 - Afsplitste medische huizen

Ondernemingsvorm	Regio	Maturiteit	Federatie	Aantal respondenten	Aantal patiënten
VZW	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	2-10 jaar	FMM	2	4.130
			/	1	5.975
		10-20 jaar	FMM	2	3.595
			Feprafo	1	8.989
	>20 jaar	FMM	1	2.439	
		Vlaams Gewest	2-10 jaar	VWGC	1
	Feprafo			1	2.734
	Waals Gewest	2-10 jaar	Feprafo	1	2.839
			10-20 jaar	FMM	3
>20 jaar			FMM	2	6.644
BVBA	Waals Gewest	10-20 jaar	Feprafo	1	6.547
				16⁴⁵	59.077

Bron: Enquête KPMG en data IMA

Van de 17 medische huizen die afgesplitst zijn, opereren er 13 als VZW. 1 medisch huis werd opgericht als BVBA. De voornaamste reden die werd opgegeven (zowel in de interviews bij medische huizen die zijn afgesplitst als de enquête) voor deze afsplitsing is de **saturatie van de oorspronkelijke praktijk waardoor de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg zou belemmerd worden** (maximum aantal patiënten bereikt en veel patiënten die niet meer in het desbetreffende medisch huis terecht konden).

Conclusie:

De **meest voorkomende vennootschapsvorm** binnen het forfaitair systeem blijkt een **VZW** structuur te zijn. Echter, voornamelijk in de laatste 2 jaar zijn er zichtbaar **meer BVBA's opgericht** in vergelijking met voorgaande jaren, alsook andere vennootschapsvormen.

Bovenstaande bevinding werd tevens bevestigd tijdens de interviews met stakeholders. Daar waar een **VZW structuur bij de bestaande federaties een vereiste** was voor medische huizen, stelt Feprafo de vrijheid van rechtspersoon voorop. Bovendien werd er reeds vastgesteld dat een groot deel van de niet-mature medische huizen niet zijn aangesloten bij een federatie, en dus eveneens de vrijheid van rechtspersoon hebben.

⁴⁵ 1 medisch huis heeft twee afsplitsingen maar over welke medische huizen dit gaat, zijn geen details beschikbaar (geen details van afgesplitste medische huizen) waardoor er slechts 16 medische huizen weergegeven worden in bovenstaande tabel

2.3.2 Doorverwijzingen/verwijzingsbeleid

In dit onderdeel wordt het doorverwijzingsbeleid van de respondenten naar eerste-, tweede- en derdelijnszorg in kaart gebracht. Op basis van de enquête en interviews, blijkt deze informatie echter **nauwelijks tot niet geregistreerd** te worden in de gebruikte systemen, waardoor er slechts een beperkt inzicht bekomen kan worden in het aantal doorverwijzingen. Hierdoor ligt het aantal respondenten meegenomen in onderstaande analyses beduidend lager dan in de andere onderdelen in dit rapport, waardoor er bijgevolg geen representatieve conclusies getrokken kunnen worden inzake het aantal doorverwijzingen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal respondenten per doorverwijzing:

Tabel 24 - Aantal respondenten per type doorverwijzing

Type doorverwijzing	Aantal respondenten
Eerste lijn: naar zorgverleners die per prestatie worden vergoed	23
Eerste lijn: naar andere medische & paramedische collega's	8
Tweede lijn: naar artsen-specialisten en ziekenhuizen	13
Tweede lijn: naar technische onderzoeken	14
Derde lijn	5

Bron: Enquête KPMG

Tijdens de interviews werd aangegeven dat er steeds een verwijsbrief gemaakt wordt die wordt opgenomen in het medisch dossier van de patiënt, maar deze niet automatisch uit de IT-systemen gehaald zou kunnen worden. In bepaalde IT-systemen (bijvoorbeeld Pricare) zou er wel een codering voorzien zijn om het aantal doorverwijzingen te registeren. Tijdens de interviews werd echter aangegeven dat deze code niet gebruikt wordt.

De meeste medische huizen gaven tijdens de interviews aan bereid te zijn en het relevant te vinden het **aantal doorverwijzingen in de toekomst te registeren** (onder het motto "meten is weten") mits **een goede interpretatie van deze gegevens** (bijvoorbeeld diabetes patiënten, die sterk vertegenwoordigd blijken te zijn in medische huizen, dienen jaarlijks naar een specialist te gaan). Andere medische huizen merkten tijdens de interviews op dat er reeds zeer veel geregistreerd dient te worden, wat de administratieve werklast van zorgverleners verhoogt. Bijkomende registratieverplichtingen zouden mogelijks een negatieve impact kunnen hebben op de kwaliteit van de zorg daar er meer tijd dient geïnvesteerd te worden in de registratie van de zorg in plaats van het effectief uitvoeren van de zorg.

2.3.2.1 Doorverwijzingen binnen de eerste lijn

In dit onderdeel worden de doorverwijzingen binnen de eerstelijnszorg in kaart gebracht op basis van de enquêteresultaten. Meer bepaald betreft dit doorverwijzingen naar gezondheidszorg die per prestatie worden vergoed (binnen en buiten de werkuren) en het aantal doorverwijzingen naar andere medische en paramedische collega's die per prestatie werken.

2.3.2.1.1 Doorverwijzingen gezondheidszorg binnen de eerste lijn die per prestatie worden vergoed

Onderstaande tabel geeft een overzicht weer inzake het gemiddeld⁴⁶ **aantal doorverwijzingen per discipline in 2015 en 2016 binnen de werkuren van het medisch huis**. Zoals reeds eerder vermeld, dient voor de interpretatie van deze gegevens de beperkte steekproef aan respondenten in het achterhoofd gehouden te worden (slechts 23 respondenten).

Tabel 25 - Doorverwijzingen naar gezondheidszorg binnen de eerste lijn die per prestatie worden vergoed binnen de werkuren

Medisch Huis		M 2015	M 2016	K 2015	K 2016	I 2015	I 2016
Gemiddeld	aantal doorverwijzingen per medisch huis	92	71	307	205	1.286	1.529
Aantal	doorverwijzingen per 1000 patiënten	29	27,5	104	79	1.015	645

Bron: Enquête KPMG en data IMA

Op basis van de enquêtegegevens blijkt er gemiddeld het **meest doorverwezen** te worden naar externe **verpleegkundigen** binnen de werkuren (cf. bovenstaande tabel aangeduid in rood). Dit verschil is aanzienlijk ten opzichte van het gemiddeld aantal doorverwijzingen naar de andere disciplines. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat bepaalde medische huizen voor het verlenen van verpleegkundige thuiszorg, beroep doen op externe verpleegkundigen. Op basis van de interviews blijkt dit voornamelijk het geval te zijn voor zorg die verleend dient te worden buiten de openingsuren van het medisch huis (cf. infra), maar ook tijdens de werkuren zou er door enkele medische huizen beroep gedaan worden op externe thuisverpleging om de vereiste zorgcontinuïteit te kunnen bieden (cf. onderdeel optimalisatie van de middelen voor meer info omtrent samenwerkingsvormen).

Naar huisartsen (andere dan die aanwezig binnen het medisch huis) wordt logischerwijs binnen de werkuren gemiddeld het minst doorverwezen door de respondenten. Doorverwijzingen naar **kinesitherapeuten** worden vaker gedaan, wat te wijten kan zijn aan de grote hoeveelheid specialisaties die er aanwezig zijn binnen deze discipline en deze niet allemaal in huis aangeboden zouden kunnen worden volgens de geïnterviewde medische huizen (cf. supra).

⁴⁶ Voor de verpleegkundigen werd een uitschieter vastgesteld van 10.000 doorverwijzingen meer in 2015 ten opzichte van 2016. Om vertekening te vermijden werd deze buiten beschouwing gelaten voor de berekening van het gemiddelde.

Onderstaande tabel geeft het aantal doorverwijzingen **buiten de werkuren** (geen raadplegingen tijdens de wachtdienst) naar de eerstelijnszorg voor de 3 disciplines in 2015 en 2016 weer. De verhouding tussen mature en niet-mature huizen is ongeveer gelijk aan tabel 25 (niet noodzakelijk dezelfde respondenten).

Tabel 26 - Doorverwijzingen (geen raadplegingen tijdens de wachtdiensten) naar gezondheidszorg binnen de eerste lijn die per prestatie worden vergoed buiten de werkuren

	M	M	K	K	I	I
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Gemiddeld aantal doorverwijzingen per medisch huis	125	127	229	246	628	521
Aantal doorverwijzingen per 1000 patiënten	49,5	51	86	92,5	245	224

Bron: Enquête KPMG en IMA data

Hoewel tijdens de interviews meermaals werd aangegeven dat er vaak beroep gedaan wordt op externe thuisverpleging voor het opvangen van zorg die verleend dient te worden buiten de openingsuren van het medisch huis (cf. supra), blijkt uit bovenstaande tabel dat het aantal doorverwijzingen naar verpleegkundigen buiten de werkuren beduidend lager ligt dan het aantal doorverwijzingen binnen de werkuren zoals eerder werd vastgesteld. Desalniettemin worden nog steeds het meeste doorverwijzingen gedaan naar verpleegkundigen.

Het aantal doorverwijzingen naar kinesitherapeuten buiten de werkuren ligt in lijn met het aantal doorverwijzingen binnen de werkuren. Voor huisartsen daarentegen ligt het aantal doorverwijzingen buiten de werkuren (geen raadplegingen tijdens de wachtdienst) hoger dan het aantal doorverwijzingen binnen de werkuren.

2.3.2.1.2 Doorverwijzingen naar andere medische en paramedische collega's die per prestatie werken

Tabel 27 geeft een overzicht van het aantal doorverwijzingen naar andere medische en paramedische collega's die per prestatie werken in de eerstelijnszorg. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er voornamelijk doorverwezen wordt naar **logopedisten, diëtisten en psychologen**. Opnieuw dient hier rekening gehouden te worden met het beperkt aantal respondenten op dit onderdeel (8 respondenten cf. supra). Tijdens de interviews, en in voorgaande onderdelen, werd reeds vastgesteld dat medische huizen een groot aantal diabetes patiënten hebben, alsook patiënten met psychische problemen.

Tabel 27 - Doorverwijzingen naar andere medische en paramedische collega's die per prestatie werken

	Bandagisten		Logopedisten		Diëtisten	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Gemiddeld aantal doorverwijzingen per medisch huis	14	17	79	54	55	95
	Psychologen		Maatschappelijk werkers ⁴⁷		Osteopaat	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Gemiddeld aantal doorverwijzingen per medisch huis	77	104	11	33	24	89
	Pedicure ⁴⁸		Cardioloog		Pneumoloog	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Gemiddeld aantal doorverwijzingen per medisch huis	25	25	330	380	178	188
	Gastro-enteroloog		Podoloog		Gynaecoloog	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Gemiddeld aantal doorverwijzingen per medisch huis	286	269		118		167
	Endocrinoloog		Ergotherapeut		Pediater	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Gemiddeld aantal doorverwijzingen per medisch huis	346	404	523	640	395	372

Bron: Enquête KPMG

2.3.2.2 Doorverwijzingen naar de tweede lijn

Het aantal doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg dat in dit onderdeel in kaart gebracht wordt, heeft betrekking op doorverwijzingen door de huisartsen van de medische huizen naar artsen-specialisten en ziekenhuizen, alsook doorverwijzingen naar technische onderzoeken.

2.3.2.2.1 Doorverwijzingen naar artsen-specialisten en ziekenhuizen

Uit tabel 28 blijkt dat op basis van 13 respondenten (cf. supra) er voornamelijk naar artsen-specialisten wordt doorverwezen in vergelijking met doorverwijzingen naar ziekenhuizen.

⁴⁷ Is echter geen zorgberoep

⁴⁸ Is echter geen zorgberoep

Tabel 28 - Doorverwijzingen naar tweede lijn

	Artsen-specialisten		Ziekenhuizen: hospitalisatie, dagziekenhuis, spoeddiensten	
	2015	2016	2015	2016
Gemiddeld aantal doorverwijzingen per medisch huis	810	913	196	204
Aantal doorverwijzingen per 1000 patiënten	419,5	511	137	148,5

Bron: Enquête KPMG en IMA data

Tijdens de interviews werd eveneens nagegaan, voornamelijk bij praktijken die voordien in het per prestatiesysteem werkzaam waren, of er een **verschil** kon vastgesteld worden in het **doorverwijzingsbeleid** tussen het **forfaitair** en het **per prestatie systeem**. Een vergelijking in het aantal doorverwijzingen binnen het forfaitair en per prestatie systeem, valt buiten de scope van deze opdracht, maar het in kaart brengen van het doorverwijzingsbeleid in het forfaitair systeem is wel noodzakelijk om inzicht te verkrijgen in de huidige manier van werken van medische huizen.

Enerzijds werd er aangegeven tijdens de interviews dat er **minder doorverwezen** zou worden naar de **tweedelijnszorg**, daar de zorgverleners in medische huizen in het forfaitair systeem minder onder **tijdsdruk** zouden staan om patiënten te verzorgen. Dankzij het vast patiëntenbestand, zouden de zorgverleners voldoende tijd kunnen nemen om de zorg te bieden die de patiënt nodig heeft. Ook de **multidisciplinariteit** binnen medische huizen zou ervoor zorgen dat er minder dient doorverwezen te worden, aangezien zorgverleners elkaar kunnen raadplegen, bijvoorbeeld voor verpleegkundige zorg of advies bij complexe problemen.

Anderzijds werd er tijdens de interviews aangegeven dat het doorverwijzingsbeleid afhangt van de **competenties van de huisartsen** zelf. Vooral enkele artsen die voordien in een (groeps)praktijk werkten, hebben tijdens het interview aangegeven dat zij hun doorverwijzingsbeleid niet zouden hebben aangepast sinds de overstap naar het forfaitair systeem. Wel werd er gewezen op bovenstaande voordelen inzake multidisciplinariteit en het tijdsaspect binnen het forfaitair systeem.

Bovendien werd er aangegeven door enkele medische huizen dat patiënten ingeschreven bij een medisch huis **vaker eerst hun huisarts raadplegen** alvorens zelf een specialist te raadplegen, om zich ervan te verzekeren dat de zorg niet verleend kan worden binnen het medisch huis zelf. Indien een doorverwijzing alsnog opportuun lijkt, zou er op basis van de interviews op deze manier ook gericht doorverwezen kunnen worden.

Het is eveneens van belang dat andere zorgverleners buiten het medisch huis weten wanneer een patiënt ingeschreven is in een medisch huis. Het gebeurt immers meermaals op basis van de interviews dat medische huizen facturen ontvangen met diensten

verleend in het ziekenhuis die eveneens gedekt worden door het forfait (bijvoorbeeld verpleegkundige zorg). Enkele medische huizen zouden hieromtrent reeds acties ondernemen om deze informatie beter te delen met externe zorgverleners, bijvoorbeeld door het maken van een soort “**lidkaart**” voor de ingeschreven patiënten die deze dienen te tonen indien zij andere zorgverleners raadplegen buiten het medisch huis. Een andere mogelijke manier om dit kenbaar te maken zou volgens een geïnterviewd medisch huis ook kunnen zijn om dit visueel te maken in het nummer van de mutualiteit van de patiënt.

Daarnaast is het eveneens van belang om ziekenhuizen en andere artsen en specialisten **voldoende te informeren** over het takenpakket en de rol van medische huizen. Tijdens de interviews werd door enkele medische huizen aangegeven dat dit niet steeds duidelijk zou zijn voor externe zorgverleners en hierdoor mogelijks zorg verleend wordt die vervat zit in het forfait.

2.3.2.2 Doorverwijzingen naar technische onderzoeken

In onderstaande tabel wordt het aantal doorverwijzingen weergegeven door huisartsen naar technische onderzoeken, op basis van 14 respondenten. Hieruit blijkt dat er het meest wordt doorverwezen naar technische onderzoeken bij artsen-specialisten (klinische biologie, medische beeldvorming, etc.).

Tabel 29 - Doorverwijzingen naar technische onderzoeken

	Huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten		Artsen-specialisten: klinische biologie, medische beeldvorming, andere		Ziekenhuizen	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Gemiddeld aantal doorverwijzingen per medisch huis	91	136	1181	1415	137	141
Aantal doorverwijzingen per 1000 patiënten	78,5	125,5	676,5	816	130	141

Bron: Enquête KPMG en data IMA

2.3.2.3 Doorverwijzingen naar de derde lijn

In tabel 30 wordt het aantal doorverwijzingen naar de derde lijn, zijnde universitaire ziekenhuizen en specifieke revalidatie-overeenkomsten weergegeven. Slechts 5 respondenten konden hiervoor gegevens verschaffen. Het aantal doorverwijzingen is bijgevolg zeer beperkt.

Tabel 30 - Doorverwijzingen naar de derde lijn

Medisch huis	Universitaire ziekenhuizen		Specifieke overeenkomsten revalidatie-	
	2015	2016	2015	2016
Gemiddeld aantal doorverwijzingen per medisch huis	89 ⁴⁹	112	420 ⁵⁰	165
Aantal doorverwijzingen per 1000 patiënten	145	129	403	150

Bron: Enquête KPMG en data IMA

2.3.2.4 Prestaties die worden aangerekend binnen de huisartsgeneeskunde

In dit deel wordt het aantal prestaties die worden aangerekend binnen de huisartsgeneeskunde⁵¹ in kaart gebracht. Drie respondenten werden buiten beschouwing gelaten aangezien zij bedragen in euro hebben opgegeven in plaats van het gevraagde aantal prestaties in de enquête.

In onderstaande tabel wordt het aantal respondenten voorgesteld per type raadplegingen die per prestatie aangerekend kunnen worden binnen de huisartsgeneeskunde, alsook de verhouding van deze consultaties ten opzichte van het totaal aantal contacten zoals opgegeven in de enquête.

Tabel 31 – overzicht raadplegingen die per prestatie worden aangerekend binnen de huisartsgeneeskunde (2016)

Prestaties die worden aangerekend binnen de huisartsgeneeskunde	Aantal respondenten	Aantal raadplegingen	Aantal raadplegingen per 1000 patiënten	% aantal raadplegingen t.o.v. totaal aantal contacten (huisartsen)
Raadplegingen in een centrum voor gezinsplanning	20 ⁵²	1.608	130,5	0,60%
Raadplegingen in een centrum dat zich bezig houdt met de preventie en/of behandeling van alcoholisme en/of verslaving	7	118	17,5	0,10%
Raadpleging in een opvangtehuis voor mishandelde rechthebbenden	7	370	70	0,46%

⁴⁹ Op basis van 2 respondenten

⁵⁰ Op basis van 1 respondent

⁵¹ Wachtdiensten, uitzonderingen binnen KB 23/04/2013 art. 15

⁵² 4 medische huizen gaven meer dan 100 raadplegingen op.

Om de bijzondere toestand te regelen van niet-ingeschreven rechthebbenden die gedurende sommige periodes van het jaar tijdelijk verblijven in het geografisch gebied	18 ⁵³	1.759	653,5	0,71% ⁵⁴
Georganiseerde wachtdiensten of wachtdiensten aan de poort van een ziekenhuis	43 ⁵⁵	13.824	1.722	4,50%
Raadplegingen aan niet-ingeschreven rechthebbenden⁵⁶	79 ⁵⁷	43.696	2.668,5	5,02%
Raadplegingen voor patiënten, zonder papieren of ten laste van het OCMW en alle patiënten die zich niet in de verplichte ziekteverzekering bevinden⁵⁸	94 ⁵⁹	68.236	2.031	6,51%

Bron: Enquête KPMG en data IMA

⁵³ 5 medische huizen gaven meer dan 100 raadplegingen op.

⁵⁴ Eén medisch huis werd hier buiten beschouwing gelaten omdat het aantal opgegeven contacten extreem laag was

⁵⁵ 6 medische huizen gaven meer dan 1000 raadplegingen op waarvan het laatste medisch huis meer dan 10.000 raadplegingen opgaf (17.296). Deze laatste werd niet meegeteld in het aantal raadplegingen in bovenstaande tabel.

⁵⁶ Op basis van de enquête resultaten wordt vermoed dat de antwoorden van sommige respondenten niet in de juiste kolom zijn ingevuld, waardoor dit aantal raadplegingen mogelijks niet strookt met de werkelijkheid

⁵⁷ 6 medische huizen gaven een respons op van meer dan 1.000 raadplegingen waarvan de laatste 3 medische huizen een respons opgaven van meer dan 10.000 raadplegingen. 1 daarvan (>23.000 raadplegingen) werd niet meegeteld in het aantal raadplegingen in bovenstaande tabel.

⁵⁸ Cf. voetnoot 56

⁵⁹ 3 medische huizen gaven een respons groter dan 10.000 raadplegingen. Eén medisch huis daarvan gaf zelfs bijna 80.000 raadplegingen aan. Deze werd niet meegeteld in het aantal raadplegingen in bovenstaande tabel.

Conclusie:

Op basis van de enquête en interviews, blijkt de informatie inzake aantal doorverwijzingen **nauwelijks tot niet geregistreerd** te worden in de gebruikte systemen, waardoor er slechts een beperkt inzicht bekomen kan worden in het aantal doorverwijzingen. Wel werd aangegeven dat er steeds een **verwijsbrief** gemaakt wordt die wordt opgenomen in het medisch dossier van de patiënt. Teneinde het aantal doorverwijzingen te kennen, zouden alle medische dossiers van alle patiënten individueel bekeken dienen te worden.

De meeste medische huizen gaven tijdens de interviews aan bereid te zijn en het relevant te vinden dit in de **toekomst te registeren** (onder het motto “meten is weten”) **mits een goede interpretatie van deze gegevens**, daar waar andere medische huizen opmerkten dat er reeds zeer veel geregistreerd wordt en moet worden, wat de administratieve werklast van zorgverleners verhoogt.

Tijdens de interviews werd eveneens nagegaan of er een **verschil** kon vastgesteld worden in het **doorverwijzingsbeleid** tussen het **forfaitair en het per prestatie systeem**. Een vergelijking in het aantal doorverwijzingen binnen het forfaitair en per prestatie systeem, valt buiten de scope van deze opdracht (en kan bijgevolg niet aangetoond worden op basis van enquêteresultaten), maar het in kaart brengen van het doorverwijzingsbeleid in het forfaitair systeem is wel noodzakelijk om inzicht te verkrijgen in de huidige manier van werken van medische huizen. Enerzijds werd er aangegeven dat er **minder doorverwezen** zou worden naar de **tweedelijnszorg**, daar de zorgverleners in medische huizen in het forfaitair systeem minder onder **tijdsdruk** staan om patiënten te verzorgen en een vast patiëntenbestand hebben. Ook de **multidisciplinariteit** binnen medische huizen zou ervoor zorgen dat er minder dient doorverwezen te worden, aangezien zorgverleners elkaar kunnen raadplegen.

Anderzijds werd er tijdens de interviews aangegeven dat het doorverwijzingsbeleid af zou hangen van de **competenties van de huisartsen** zelf. Bovendien werd er aangegeven dat patiënten ingeschreven bij een medisch huis **vaker eerst hun huisarts zouden raadplegen** alvorens zelf een specialist te raadplegen, om zich ervan te verzekeren dat de zorg niet verleend kan worden binnen het medisch huis zelf.

Uit de interviews blijkt dat het aangewezen is om **meer transparantie** te creëren binnen ziekenhuizen (en andere artsen, specialisten) wanneer een patiënt ingeschreven is binnen een medisch huis zodoende ervoor te zorgen dat de zorgverlening die gedekt wordt binnen het forfait, ook effectief door de zorgverleners in het medisch huis verleend worden.

2.3.3 Werkorganisatie

In dit onderdeel wordt de werkorganisatie binnen de respondenten in kaart gebracht, meer bepaald de procedure inzake inschrijving en uitschrijving van patiënten. Hierin zit eveneens de procedure inzake weigering en gedwongen opzeggingen van patiënten vervat, alsook het aantal proefinschrijvingen en registratie van aanvragen van inschrijvingen. Daarnaast wordt eveneens de procedure inzake de deelname aan wachtdiensten in kaart gebracht. Tot slot worden er nog twee bijkomende processen in kaart gebracht binnen medische huizen, namelijk het preventiebeleid en de opleidingen van zorgverleners.

2.3.3.1 Inschrijving van patiënten

Het aantal weigeringen van nieuwe inschrijvingen in 2015 en 2016 werd door 27 respondenten opgegeven (17% van de totale responsgraad). 26 medische huizen gaven specifiek aan dat ze geen patiënten weigeren en 13 medische huizen gaven aan dat deze informatie niet gekend is (door gebrek aan registratie ervan).

De **redenen voor weigering** van inschrijvingen werd echter wel door een groter aantal respondenten opgegeven. Dit wordt weergegeven in onderstaande tabel. De voornaamste redenen voor de weigering van een inschrijving blijkt te zijn dat patiënten **niet in het werkingsgebied wonen** of dat het **maximum aantal patiënten** binnen het medisch huis bereikt is (om een goede zorgkwaliteit en –continuïteit te kunnen blijven bieden aan het huidig patiëntenbestand). Dit werd tevens nagegaan tijdens de interviews waarin deze vaststelling bevestigd werd.

Tabel 32 - Redenen van weigeren inschrijvingen

Reden	Aantal respondenten
Patiënt woont niet in het werkingsgebied	43
Vermogen van aantal patiënten is bereikt	41
Agressieve patiënten	6
Te zware pathologie	2
Diensten aanbod niet aangepast aan pathologie van patiënt	1

Bron: Enquête KPMG

Tijdens de interviews werd eveneens gewezen op mogelijke weigering en/of uitschrijven van patiënten door medische huizen in het forfaitair systeem (bijvoorbeeld invalide patiënten en bejaarden, palliatieve en rusthuispatiënten, etc.). In dit kader werd aangehaald door een medisch huis niet altijd bejaarden in te schrijven omwille van de zorgnood van deze patiënten, vaak gekoppeld aan de woonplaats van deze patiënten die te ver zou liggen om regelmatig huisbezoeken te kunnen doen. In deze context is het

afbakenen van het werkingsgebied een belangrijk aspect, zodoende te kunnen garanderen dat huisbezoeken voor elk type patiënt haalbaar zijn, ook wanneer deze veel thuiszorg vergen (cf. infra definitie van een werkingsgebied). Tijdens de interviews werd eveneens door een medisch huis aangegeven dat inschrijvingen van patiënten die kampen met een **verslaving** (alcohol, drugs, etc.) niet aanvaard worden daar het medisch huis hiervoor niet de gepaste zorg kan bieden. Ook nieuwe inschrijvingen van palliatieve patiënten wordt door hetzelfde medisch huis niet aanvaard door de grote zorgnood van deze patiënten.

Mogelijke **manieren** die tijdens de interviews werden aangehaald om na te gaan **welk type patiënten geweigerd** of uitgeschreven worden, zijn onder meer het nagaan van het patiënten profiel van deze patiënten (op basis van gegevens van de ziekteverzekering van deze patiënt), reden van weigering registeren en meegeven (bijvoorbeeld door middel van een soort attest) met de geweigerde patiënt, het opzetten van een **ombudsdienst / klachtendienst** (bijvoorbeeld binnen de mutualiteiten), het sturen van “pseudo-patiënten”, etc.

Tabel 33 geeft een overzicht van de respondenten die als reden voor weigering van inschrijving hebben opgegeven dat de maximale capaciteit van het aantal patiënten bereikt is, met vermelding van het gemiddeld aantal patiënten per VTE huisarts in 2016 en het aantal HAIO's in dat medisch huis.

Tabel 33 – Respondenten die als reden voor weigering van aanvragen hebben opgegeven de maximale capaciteit patiënten bereikt te hebben, aangevuld met gemiddeld aantal patiënten per huisarts en aantal HAI/O (2016) binnen dat medisch huis

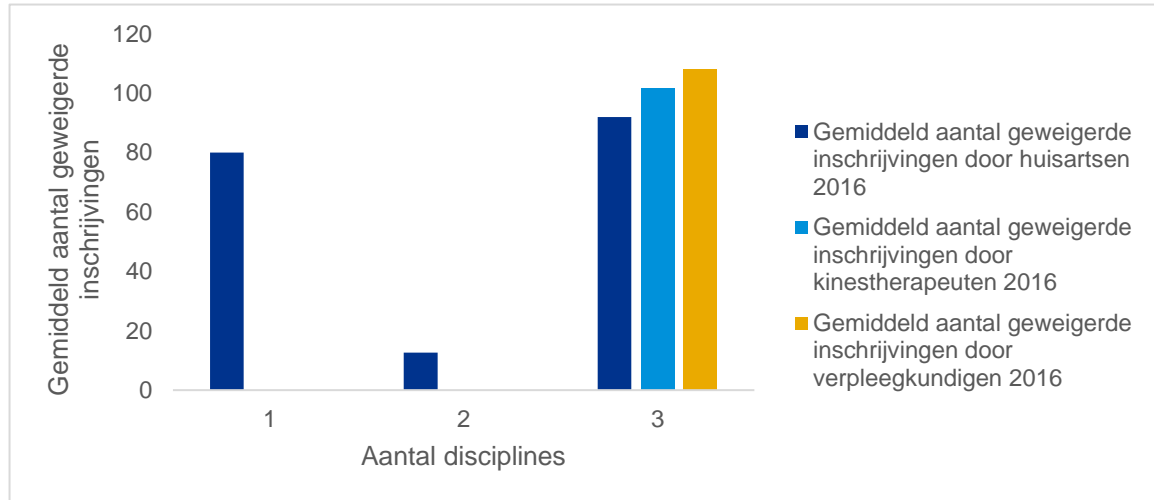
Respondent	Gemiddeld aantal patiënten per huisarts 2016	Huisartsen in Opleiding VTE 2016
1	636	1
2	558	0
3	608	0
4	808	0
5	873	0
6	641	2
7	674	2
8	712	3
9	735	0
10	587	0
11	723	2
12	716	1
13	799	2
14	436	0
15	787	2
16	537	0
17	655	1
18	588	1
19	391	0
20	589	2
21	912	1
22	412	1
23	535	1
24	510	2
25	627	1
26	614	2
27	868	1
28	395	1
29	512	1
30	758	1
31	744	0
32	811	2
33	571	1
34	725	2
35	626	2
36	538	3
37	718	1
38	747	2
39	587	4
40	633	0
41	570	1

Bron: Enquête KPMG en data IMA

2.3.3.1.1 Disciplines

In figuur 59 wordt voorgesteld hoeveel geweigerde inschrijvingen er gemiddeld zijn per discipline naargelang het aantal disciplines de medische huizen hebben. Hieruit blijkt dat er **meer weigeringen werden geregistreerd in medische huizen met 3 disciplines**. Zoals reeds eerder vermeld, kan deze conclusie slechts gemaakt worden voor een beperkt aantal respondenten (27 respondenten of 17% van het totaal aantal respondenten).

Figuur 59 - Gemiddeld aantal geweigerde inschrijvingen per MKI naargelang aantal disciplines (2016)



Bron: Enquête KPMG

Op basis van de interviews, blijkt dat de **procedure** voor het **inschrijven** van een patiënt vaak binnen de verschillende medische huizen gelijkaardig verloopt. Teneinde de patiënt voldoende te kunnen informeren over de werking van het forfaitair systeem, wordt er vaak een aparte afspraak gemaakt via het onthaal. Telefonische inschrijvingen worden op basis van de interviews doorgaans niet aanvaard. Tijdens de interviews werd door verschillende medische huizen aangegeven dat de patiënt vanaf de eerste raadpleging gratis op consultatie kan komen, hoewel het forfait voor deze patiënt pas 1 maand na inschrijving wordt ontvangen. Anderen gaven aan de eerste consultatie per prestatie aan te rekenen, en wanneer blijkt dat ze zich wensen in te schrijven, over te gaan tot de effectieve inschrijving.

Bij medische huizen die tijdens de interviews aangaven genoodzaakt te zijn geweest om een **patiëntenstop** in voeren, worden kinderen en familieleden van ingeschreven leden wel nog aanvaard. In de regelgeving⁶⁰ wordt hieromtrent het volgende opgenomen: *“De zorgverlener of groep van zorgverleners waarbij een rechthebbende is ingeschreven, mag de inschrijving van een ander rechthebbende die deel uitmaakt van het gezin van de reeds ingeschreven rechthebbende, niet weigeren.”*

⁶⁰ KB 13 April 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen

Verder wordt er in de regelgeving eveneens het volgende gesteld: “*De beslissing van een medisch huis om een einde te maken aan de inschrijving van een rechthebbende impliceert dat op dezelfde datum een einde wordt gemaakt aan de inschrijving van de andere rechthebbenden die deel uitmaken van hetzelfde gezin.*” Echter, op basis van de interviews blijkt dit in praktijk niet toegepast te worden (bijvoorbeeld in geval van een agressief gezinslid wordt enkel het desbetreffend gezinslid uitgeschreven). Voorbeelden zoals een scheiding of verhuis van een gezinslid vallen niet onder de beslissing van het medisch huis maar zijn beslissingen genomen door de ingeschrevenen zelf. In dit kader zou een verduidelijking in de wetgeving aangewezen kunnen zijn.

Medische huizen die geen inschrijvingen meer accepteren wegens saturatie, gaven tijdens de interviews aan doorgaans niet met een **wachttijst** te werken (wanneer een plaats vrij komt, zal deze worden ingevuld door de eerst volgende die een aanvraag tot inschrijving doet). Indien er toch met een wachttijst gewerkt wordt, wordt de eerstvolgende op de wachttijst gecontacteerd.

Medische huizen die zijn overgestapt vanuit een bestaande praktijk in het per prestatie systeem naar het forfaitair systeem, gaven tijdens de interviews enerzijds aan dat enkel de huidige patiënten die binnen het **werkingsgebied** wonen, zich kunnen inschrijven in het medisch huis. Anderzijds accepteren enkele medische huizen daarentegen ook inschrijvingen van hun vorige patiënten die **niet in het werkingsgebied wonen** (zelfs vanuit verschillende provincies). In dit geval wordt er door enkele medische huizen een (mondeling) akkoord gesloten met de desbetreffende patiënten dat er voor hen geen huisbezoeken uitgevoerd kunnen worden aangezien zij niet binnen het werkingsgebied wonen.

De medische huizen gevestigd in Brussel zouden op basis van de interviews vaak **kleinere werkingsgebieden** afgebakend hebben (mede omwille van de mobiliteitsproblematiek in Brussel), in tegenstelling tot medische huizen in landelijke gebieden waar het werkingsgebied zeer groot kan zijn. Eveneens werd er door enkele medische huizen aangegeven dat er vaak een beperkte overlapping zou zijn in de werkingsgebieden van medische huizen gevestigd in eenzelfde stad, maar dat hier doorgaans wel rekening mee wordt gehouden. Dit blijkt echter niet altijd zo te zijn en hieromtrent is ook niets bepaald in de huidige regelgeving. Uit de interviews blijkt immers dat medische huizen **soms zeer dicht bij elkaar zouden opgericht worden** (bijvoorbeeld minder dan 1 km) waardoor er in de desbetreffende wijken **veel aanbod** zou zijn en het patiëntenbestand binnen de bestaande medische huizen traag zou aangroeien. Dit kan bijgevolg eveneens een impact hebben op de efficiëntie van de organisatie en werking van de bestaande medische huizen (door het kleiner patiëntenbestand). Het kan bijgevolg aangewezen zijn om een duidelijke omschrijving / **definitie** te geven van **wat een werkingsgebied** dient te zijn. Tijdens de interviews werd door een medisch huis aangegeven dat dit werkingsgebied echter voldoende flexibel zou moeten zijn, maar eveneens niet te ruim om huisbezoeken of verplaatsing van minder mobiele patiënten niet

te bemoeilijken. Indien een werkingsgebied duidelijker gedefinieerd zou zijn, zou dit controles hierop kunnen faciliteren.

Bovendien zou voorafgaand aan de opstart van een medisch huis volgens enkele geïnterviewde medische huizen een **omgevingsanalyse** uitgevoerd kunnen worden (cf. supra), enerzijds om de nood bij de bevolking na te gaan, anderzijds om het bestaande aanbod aan medische huizen in eenzelfde werkingsgebied na te gaan.

2.3.3.1.2 Proefinschrijvingen

In dit onderdeel wordt het aantal proefinschrijvingen (met zorgverlening per prestatie gedurende drie maanden) in kaart gebracht bij de respondenten, alsook het aantal patiënten die een proefinschrijving starten en deze inschrijving ook effectief omzetten tot een definitieve inschrijving. Slechts een beperkt aantal respondenten (28) gaf informatie rond proefinschrijvingen op. Ook uit de interviews is gebleken dat slechts een beperkt aantal medische huizen een proefperiode zou hanteren (vaak enkel indien expliciet gewenst door de patiënt). Tevens werd er tijdens de interviews aangegeven dat een proefperiode voor bepaalde patiënten wordt voorgesteld vanuit het medisch huis zelf indien men uit de eerste consultatie twijfels heeft of het forfaitair systeem het juiste systeem is voor de patiënt.

Bij 65% van de respondenten die een duurtijd hebben opgegeven van de proefperiode, duurt deze 3 maanden (zoals voorzien in het regelgevend kader) (de overige respondenten hanteren een kortere proefperiode).

Tabel 34 - Proefinschrijvingen

Aantal respondenten	Aantal proefinschrijvingen	Aantal proefinschrijvingen omgezet in effectieve inschrijvingen	Procentueel aantal proefinschrijvingen die worden omgezet in effectieve inschrijvingen
28	956	842	88%

Bron: Enquête KPMG

2.3.3.1.3 Registreren van aanvragen voor inschrijvingen

In dit deel wordt in kaart gebracht of bij de respondenten alle aanvragen geregistreerd worden, onafhankelijk van de aanvaarding van de inschrijving, en of de geweigerde aanvragen geregistreerd blijven. **52,5% (84 van de 160 respondenten) geven aan alle aanvragen te registreren en 32,5% (52 van de 160 respondenten) geven aan alle geweigerde aanvragen te registreren.**

De respondenten die hebben aangegeven **niet alle aanvragen te registreren**, geven als voornaamste reden hiervoor aan dat patiënten voor het grootste deel van de geweigerde aanvragen **niet in het werkingsgebied wonen**. Daarnaast worden ook de volgende redenen opgegeven (niet-limitatief):

- Het registreren van alle aanvragen is niet voorzien in het forfaitair reglement

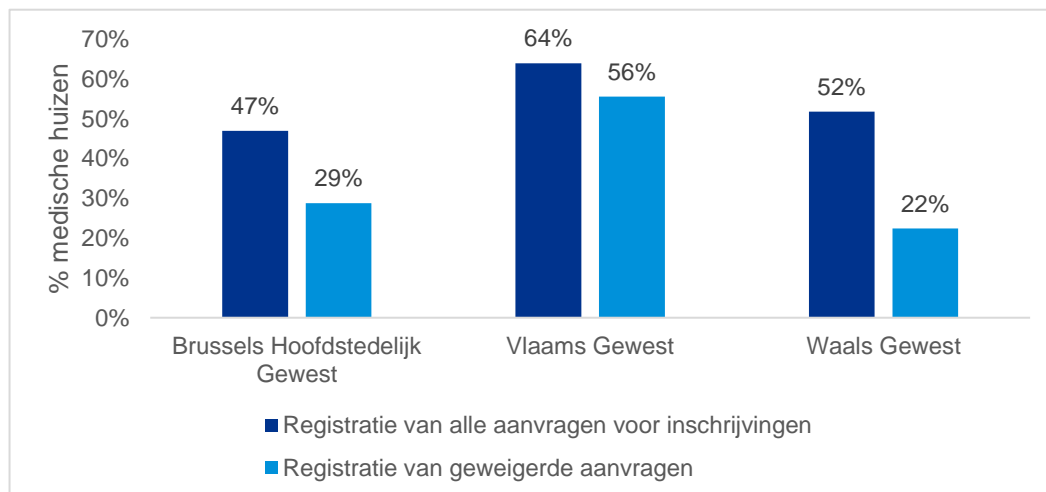
- Er wordt reeds een wachtlijst bijgehouden van patiënten
- Geen systemen voorhanden en medewerkers geen onnodige extra administratieve werkzaamheden laten doen
- Er worden enkel inschrijvingen gedaan tijdens de inschrijvingsperiode (periode gedurende het jaar waarin beschikbare plaatsen opengesteld worden voor nieuwe leden)
- Patiënten die niet ingeschreven kunnen worden bij hen door saturatie worden doorverwezen naar andere medische huizen/zorgverleners

In wat volgt wordt er nagegaan of respondenten met een bepaalde ligging, maturiteit en lidmaatschap van een federatie al dan niet meer of minder aanvragen en geweigerde aanvragen registreren.

Ligging

In figuur 60 wordt het aantal respondenten weergegeven per gewest. Respondenten die hebben aangegeven aanvragen te registreren (52,5% van de totale responsgraad – cf. supra) blijken voornamelijk in Vlaanderen vertegenwoordigd te zijn. Van de respondenten in de overige 2 gewesten registreert ongeveer de helft alle aanvragen tot inschrijving (ongeacht de aanvaarding ervan). **Er worden beduidend minder geweigerde aanvragen geregistreerd in Brussel en Wallonië ten opzichte van Vlaanderen.**

Figuur 60 – Registratie van aanvragen per regio



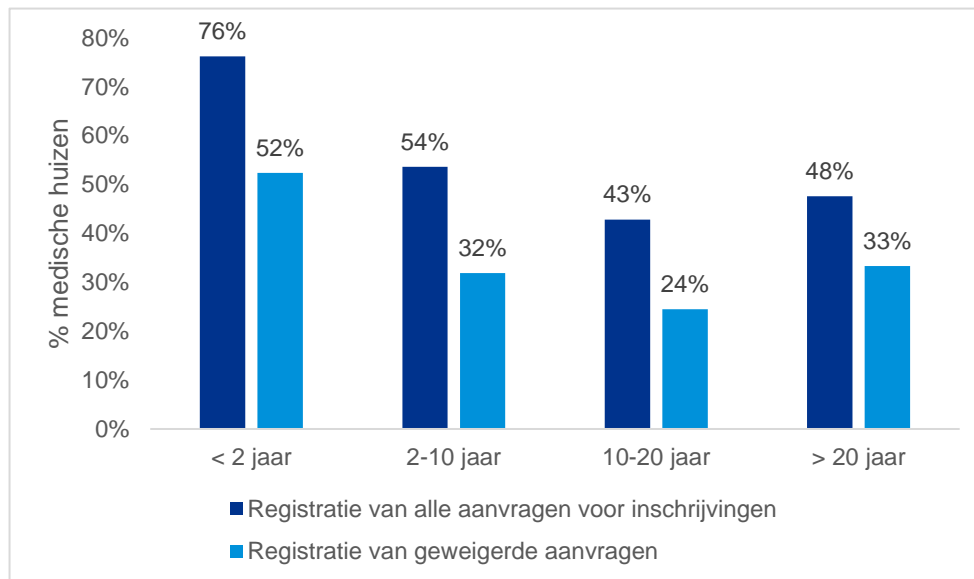
Bron: Enquête KPMG

Maturiteit

In onderstaande grafiek wordt per maturiteitsgroep het aantal respondenten in kaart gebracht die alle aanvragen registreren (cf. supra slechts 52,5% van de 160 respondenten). Hieruit kan afgeleid worden dat **niet-mature medische huizen in grotere mate alle aanvragen voor inschrijving registreren**. Deze registratie kent een dalende trend naarmate de maturiteit van medische huizen stijgt, uitgezonderd voor de medische

huizen die langer dan 20 jaar in het forfaitair systeem actief zijn. Deze laatste registreren in beperkte mate meer dan de respondenten in de categorie 10-20 jaar.

Figuur 61 - Procentueel aantal medische huizen per maturiteitsgroep die alle aanvragen registreren

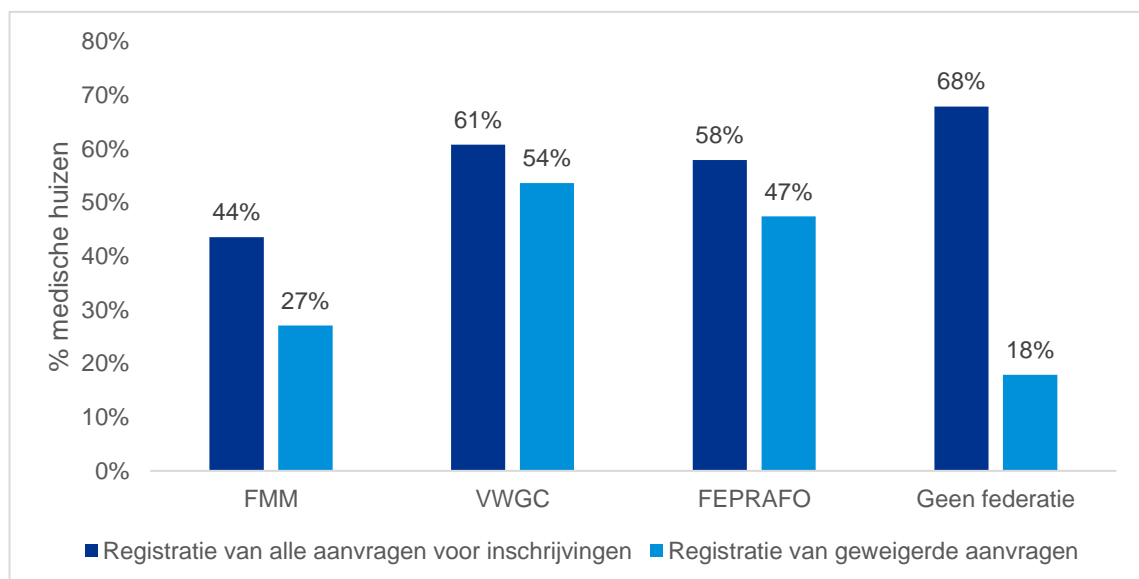


Bron: Enquête KPMG

Federatie

In figuur 62 wordt per federatie het aantal respondenten in kaart gebracht die op basis van de enquête alle aanvragen registreren. Hieruit blijkt dat leden van FMM in mindere mate aanvragen registreren, wat in lijn ligt met voorgaande analyse inzake maturiteit, daar FMM meer mature medische huizen in haar ledenbestand heeft. De respondenten die niet zijn aangesloten bij een federatie, blijken het minst geweigerde aanvragen te registreren, maar wel het meest totale aanvragen (ongeacht de aanvaarding ervan).

Figuur 62 - Registratie aanvragen per federatie



Bron: Enquête KPMG

Conclusie:

Op basis van de enquête blijkt de voornaamste redenen voor de **weigering** van een inschrijving dat patiënten **niet in het werkingsgebied wonen** of dat het **maximum aantal patiënten binnen het medisch huis bereikt** is (om een goede zorgkwaliteit en –continuïteit te kunnen blijven bieden aan het huidig patiëntenbestand).

Op basis van de interviews, blijkt dat de **procedure** voor het **inschrijven** van een patiënt vaak binnen de verschillende medische huizen gelijkaardig verloopt. Slechts een beperkt aantal medische huizen gaven aan te werken met een **proefperiode** per prestatie van 3 maanden (zoals wettelijk toegestaan), maar vaak enkel op vraag of in samenspraak met de patiënt wanneer deze nog niet zeker is of hij/zij zich wenst te binden aan het medisch huis. Bij medische huizen die genoodzaakt waren een **patiëntenstop** in voeren, worden kinderen en familieleden van ingeschreven leden wel nog aanvaard.

Medische huizen die geen inschrijvingen meer accepteren wegens saturatie, gaven tijdens de interviews aan doorgaans niet met een **wachlijst** te werken. Medische huizen die zijn overgestapt vanuit een bestaande praktijk in het per prestatie systeem naar het forfaitair systeem, gaven tijdens de interviews enerzijds aan dat enkel de huidige patiënten die binnen het **werkingsgebied** wonen, zich kunnen inschrijven in het medisch huis. Andere medische huizen daarentegen accepteren ook inschrijvingen van hun vorige patiënten die niet in het werkingsgebied wonen, en sluiten veelal een (mondeling) akkoord met de desbetreffende patiënten dat er voor hen geen huisbezoeken uitgevoerd kunnen worden aangezien zij niet binnen het werkingsgebied wonen.

De medische huizen gevestigd in Brussel zouden vaak **kleinere werkingsgebieden** afgebakend hebben, in tegenstelling tot medische huizen in landelijke gebieden waar het werkingsgebied zeer groot kan zijn. Vaak blijkt er een beperkte overlapping te zijn in de werkingsgebieden van medische huizen gevestigd in eenzelfde stad, maar dit zou op basis van de interviews niet steeds zo zijn. Dit kan bijgevolg eveneens een impact hebben op de efficiëntie van de organisatie en werking van de bestaande medische huizen. Het kan bijgevolg aangewezen zijn om een duidelijke omschrijving / **definitie** te geven van **wat een werkingsgebied** dient te zijn. Bovendien zou voorafgaand aan de opstart van een medisch huis een **demografische analyse** uitgevoerd kunnen worden, enerzijds om de nood bij de bevolking na te gaan, anderzijds om het bestaande aanbod aan medische huizen in eenzelfde werkingsgebied na te gaan.

2.3.3.2 Uitschrijving van patiënten

In dit onderdeel wordt de procedures en het aantal uitschrijvingen in kaart gebracht die opgegeven werden door de respondenten in het kader van deze studie, enerzijds de opzeggingen door zorgverleners zelf en anderzijds de vrijwillige uitschrijvingen door patiënten.

2.3.3.2.1 Opzeggingen door zorgverleners

110 respondenten⁶¹ hebben het aantal opzeggingen door zorgverleners aangegeven. Hieruit blijkt dat er gemiddeld 28 opzeggingen door zorgverleners gedaan werden in 2016. Dit wordt weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 35 - Aantal respondenten met opzeggingen

Aantal respondenten	Totaal aantal opzeggingen ⁶²	Gemiddeld aantal opzeggingen per respondent
110	3.117	28

Bron: Enquête KPMG

De voornaamste redenen die door respondenten worden opgegeven voor de uitschrijvingen door zorgverleners, worden in onderstaande tabel samengevat:

Tabel 36 – Reden opzeggingen door zorgverleners per gewest

Reden	Aantal respondenten
Patiënt woont niet langer in het werkingsgebied	82
Preventieve uitschrijving voor patiënten die sinds lange tijd geen contact meer hebben gehad	55
Opzegging omwille van conflict met patiënt	35
Uitgeschreven in/door mutualiteit	17
Overlijden	8

Bron: Enquête KPMG

Conform de weigering van inschrijving, is de **woonplaats** van de patiënt de belangrijkste reden voor het uitschrijven van een patiënt. Andere redenen die in mindere mate werden opgegeven in de enquête zijn:

- opname in een instelling (jeugdzorg-ouderenzorg)
- patiënten die op regelmatige basis en zonder goedkeuring andere zorgverleners buiten het medisch huis raadplegen en terugbetaling van deze onkosten vragen
- veelvuldig niet komen opdagen op afspraak
- niet naleven van de regels van het medisch huis
- niet akkoord zijn met de regels van het forfaitair systeem

⁶¹ Medische huizen met 0 en N/A zijn niet opgenomen.

⁶² 2 respondenten hebben meer dan 100 opzeggingen opgegeven en 2 respondenten meer dan 200 opzeggingen in 2016.

Bovenvermelde redenen werden eveneens aangehaald tijdens de interviews. De meeste medische huizen gaven tijdens de interviews echter aan dat **gemiste afspraken** enkel in het patiëntendossier wordt opgenomen, maar dat er geen effectieve uitschrijving zou volgen van deze patiënt.

Hoewel **verhuizing** als voornaamste reden wordt opgegeven voor uitschrijvingen, blijken medische huizen op basis van de interviews hier vaak enkel op de hoogte van te zijn indien de patiënt in kwestie deze informatie zelf heeft doorgegeven. Dit wordt echter door veel patiënten niet gedaan. Enkele medische huizen gaven aan actief en op regelmatige basis documentatie per post te sturen om op deze manier te kunnen nagaan of de patiënt in kwestie nog op hetzelfde adres woonachtig is. In dit kader kan het een mogelijke oplossing zijn om **elke patiënt binnen het forfaitair systeem minimum eenmaal per jaar langs te laten komen naar het medisch huis voor het inlezen van de identiteitskaart**. Op deze manier worden alle woonplaatsen gecontroleerd en kunnen alle patiënten die niet meer in het werkingsgebied wonen proactief worden uitgeschreven.

Deze procedure gaat vaak gepaard met het opvolgen van patiënten die sinds **lange tijd geen contact** hebben gehad met het medisch huis. Op basis van de interviews blijkt dat enkele medische huizen hiervoor een beleid hebben uitgewerkt. Bijvoorbeeld bij het uitblijven van een contact gedurende een bepaalde periode (bijvoorbeeld 2 jaar) worden deze patiënten aangeschreven om na te gaan of ze ingeschreven dienen te blijven. Indien het antwoord op dit aanschrijven uitblijft, zou deze patiënt uitgeschreven worden.

Uit de interviews blijkt eveneens dat wanneer patiënten voor een langere **periode in het buitenland** verblijven (bijvoorbeeld 6 maanden) en deze het medisch huis hiervan niet verwittigd heeft, deze patiënten ingeschreven blijven (indien deze nog verzekerd is bij een Belgische verzekeringsinstelling).

Patiënten die worden opgenomen in een **rusthuis** hebben op basis van de interviews de keuze om de huisarts van het medisch huis te behouden. Verpleging en kinesithérapie daarentegen zouden vervat zitten in de dienstverlening binnen het rusthuis, en voor deze zorgverlening zou de inschrijving (en het forfait) stopgezet worden. Echter, tijdens de interviews werd door enkele medische huizen aangegeven dat dit afhangt van het type rusthuis waarin de patiënt wordt opgenomen: een rusthuis met zorg of een rusthuis zonder zorg. Afhankelijk hiervan zou de patiënt slechts voor enkele, alle of geen discipline ingeschreven blijven in het medisch huis. Er zou nagegaan kunnen worden **voor de rusthuispatiënten ingeschreven in medische huizen, welke forfaits de desbetreffende medische huizen nog ontvangen voor deze patiënten**.

Daarnaast werd eveneens aangegeven dat het medisch huis niet meteen op de hoogte gesteld wordt wanneer een patiënt wordt opgenomen in een rusthuis. Ook wanneer patiënten **langdurig worden opgenomen** (bijvoorbeeld revalidatie, psychiatrische

instelling, palliatieve patiënten die langer dan 1 maand in het ziekenhuis worden opgenomen) werd er tijdens de interviews aangegeven dat het soms enige tijd kan duren vooraleer deze informatie tot bij het medisch huis geraakt, en er een uitschrijving volgt.

Tot slot blijkt uit de interviews dat bepaalde medische huizen enkel uitschrijven wanneer de **toestemming van de patiënt** hiervoor verkregen is. Indien zij met andere woorden de patiënt in kwestie niet kunnen bereiken, blijft deze patiënt bijgevolg ingeschreven.

Ligging

In onderstaande tabel wordt het aantal respondenten weergegeven per regio alsook het aandeel binnen de totale responsgraad van elk gewest en het gemiddeld aantal opzeggingen door zorgverleners per respondent. Hieruit blijkt dat de respondenten in het Vlaams Gewest het hoogst aantal opzeggingen door zorgverleners hebben opgegeven, gevolgd door het Waals en Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Tabel 37 – Aantal opzeggingen door zorgverleners per gewest

Regio	Aantal respondenten		Gemiddeld aantal opzeggingen per medisch huis
	Absoluut	% op totaal aantal respondenten in gewest	
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	40	36%	17
Vlaams Gewest	24	22%	54
Waals Gewest	46	42%	25

Bron: Enquête KPMG

Maturiteit

In tabel 38 wordt het aantal respondenten weergegeven naargelang hun maturiteit in het forfaitair systeem alsook hoeveel opzeggingen er gemiddeld zijn opgegeven in de medische huizen in de verschillende maturiteitsgroepen. Hieruit blijkt dat de meest mature huizen, eveneens het meeste opzeggingen door zorgverleners hebben uitgevoerd in 2016.

Tabel 38 – Overzicht opzeggingen door zorgverleners per maturiteit

Maturiteit	Aantal respondenten		Gemiddeld aantal opzeggingen 2016
	Absoluut	%	
<2 jaar	3	3%	8
2-10 jaar	49	44,5%	17
10-20 jaar	40	36,5%	32
>20 jaar	18	16%	55

Bron: Enquête KPMG

Federatie

In tabel 39 wordt het aantal respondenten weergegeven naargelang hun lidmaatschap bij een federatie, aangevuld met het gemiddeld aantal opzeggingen per federatie op basis van de enquêteresultaten. Hieruit blijkt dat respondenten die lid zijn van het VWGC gemiddeld meer opzeggingen door zorgverleners hebben opgegeven in vergelijking met de andere federaties. Dit gemiddelde wordt grotendeels bepaald door de vier medische huizen die meer dan 100 opzeggingen hebben opgegeven in de enquête (alle 4 lid van VWGC). Zonder de data van deze medische huizen ligt het gemiddelde in lijn met het gemiddeld aantal opzeggingen door zorgverleners in de medische huizen binnen de andere federaties.

Tabel 39 – overzicht opzeggingen door zorgverleners per federatie

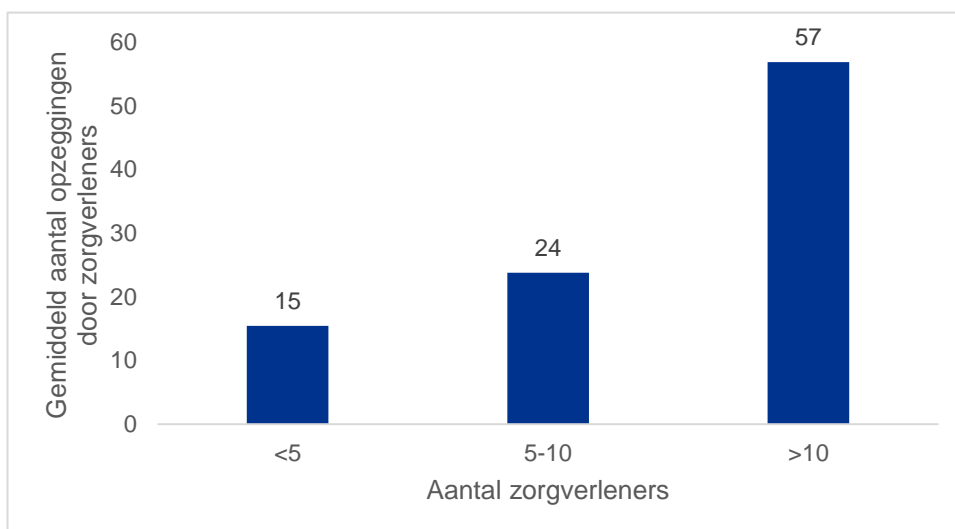
Federatie	Aantal respondenten		Gemiddeld aantal opzeggingen
	Absoluut	%	
FMM	64	58%	22
VWGC	22	20%	56
FEPRAFO	8	7%	26
Geen federatie	16	15%	15

Bron: Enquête KPMG

Disciplines

In figuur 63 wordt het gemiddeld aantal opzeggingen door zorgverleners voorgesteld ten opzichte van het aantal VTE zorgverleners in dienst binnen de 3 disciplines. Hieruit blijkt dat er beduidend **meer uitschrijvingen door zorgverleners zijn wanneer er meer zorgverleners zijn tewerkgesteld in het medisch huis**. Dit is een logische bevindingen indien er meer zorgverleners worden tewerkgesteld in een medisch huis, er ook een grotere kans is op meer opzeggingen door zorgverleners.

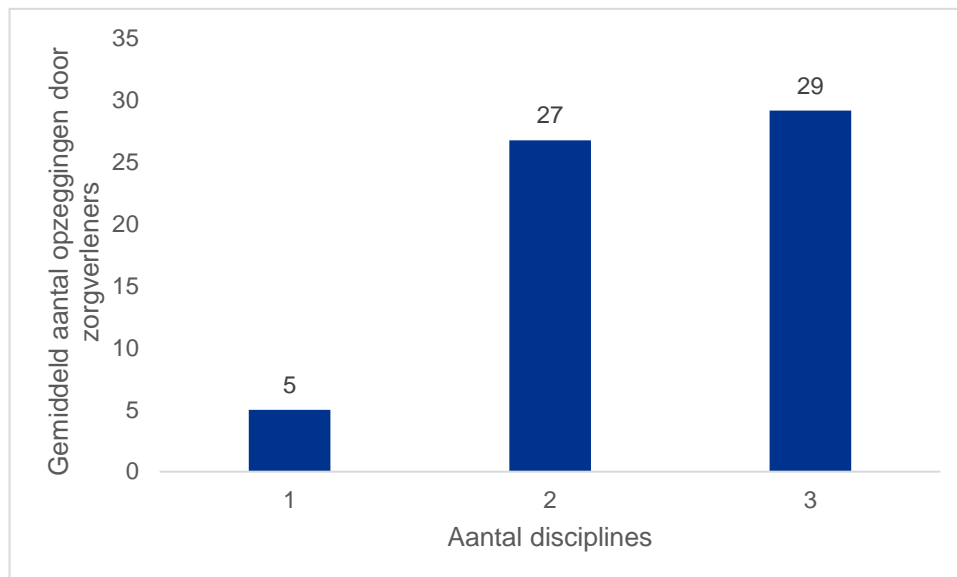
Figuur 63 - Gemiddeld aantal opzeggingen door zorgverleners naargelang het aantal VTE MKI in dienst (2016)



Bron: Enquête KPMG

Figuur 64 geeft het gemiddeld aantal opzeggingen door zorgverleners weer in functie van het aantal disciplines die worden aangeboden binnen de respondenten. Hieruit blijkt dat **hoe meer disciplines er aangeboden worden binnen een medisch huis, hoe meer uitschrijvingen door zorgverleners er worden gedaan.**

Figuur 64 - Gemiddeld aantal opzeggingen door zorgverleners naargelang het aantal disciplines (2016)



Bron: Enquête KPMG

2.3.3.2 Vrijwillige uitschrijvingen

In het volgend onderdeel wordt er per regio, maturiteit, federatie en disciplines vergeleken hoeveel vrijwillige uitschrijvingen gemiddeld door patiënten zelf er zijn ten opzichte van het totaal aantal patiënten in het medisch huis voor 2016.

Volgende redenen worden opgegeven binnen de respondenten voor de vrijwillige uitschrijving van patiënten:

Tabel 40 - Redenen voor vrijwillige uitschrijving

Reden	Aantal respondenten
Verhuizen waardoor buiten werkingsgebied	147
Overlijden	57
Keuze voor andere zorgverlener/medisch huis	30
Conflict met zorgverlener	22

Bron: Enquête KPMG

Opnieuw is **verhuizing** de voornaamste reden, conform de redenen bij inschrijvingen en uitschrijvingen door zorgverleners. **Andere redenen** die worden opgegeven in de enquête voor vrijwillige uitschrijving door patiënten:

- opname in een instelling (jeugdzorg-ouderenzorg)
- niet akkoord zijn met de regels van het forfaitair systeem
- patiënten die naar andere huisarts(en) willen kunnen gaan (keuzevrijheid)
- Transfer naar ander medisch huis samen met huidige huisarts
- co-ouderschap waarbij één van beide ouders niet in het werkingsgebied woont
- vraag naar alternatieve geneeskunde en de terugbetaling ervan

Deze opgegeven redenen liggen eveneens sterk in lijn met de redenen opgegeven in het voorgaande onderdeel inzake uitschrijvingen door zorgverleners.

Ligging

Onderstaande tabel brengt het aantal respondenten voor deze analyse in kaart, opgedeeld volgens gewest. Hieruit blijken er geen significante verschillen vastgesteld te kunnen worden op basis van het patiëntenbestand binnen elk gewest.

Tabel 41 - Overzicht aantal respondenten voor analyse vrijwillige uitschrijving, onderscheid tussen de gewesten

Regio	Aantal respondenten		Totaal aantal vrijwillige uitschrijvingen	Totaal aantal patiënten van opgenomen respondenten	% op totaal patiëntenbestand
	Absoluut	%			
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	57	40%	7.929	143.475	5,5%
Vlaams Gewest	31	22%	5.564	82.774	7%
Waals Gewest	55	38%	8.503	131.496	6,5%
Totaal	143	100%	21.996	357.745	6%

Bron: Enquête KPMG en data IMA

Maturiteit

In volgend onderdeel wordt in kaart gebracht of het aantal vrijwillige uitschrijvingen ten opzichte van het totaal aantal patiënten verschillend is naargelang de maturiteit van het medisch huis in het forfaitair systeem. In tabel 42 wordt het aantal respondenten op dit onderdeel weergegeven volgens maturiteitsgraad.

Tabel 42 - Overzicht aantal respondenten voor analyse vrijwillige uitschrijving, onderscheid volgens maturiteitsgraad

Maturiteit	Aantal respondenten		Totaal aantal vrijwillige uitschrijvingen	Totaal aantal patiënten van opgenomen respondenten	% op totaal patiënten -bestand
	Absoluut	%			
<2 jaar	9	6%	605	12.419	5%
2-10 jaar	66	46%	8.647	142.623	6%
10-20 jaar	47	33%	8.186	132.979	6%
>20 jaar	21	15%	4.558	69.724	6,5%
Totaal	143	100%	21.996	357.745	6%

Bron: Enquête KPMG en data IMA

Federatie

In dit deel wordt het aantal vrijwillige uitschrijvingen door de patiënten over de federaties heen in kaart gebracht. Het aantal respondenten per federatie wordt in tabel 43 weergegeven.

Tabel 43 - Overzicht aantal respondenten voor analyse vrijwillige uitschrijving, onderscheid tussen de federaties

Federatie	Aantal respondenten		Totaal aantal vrijwillige uitschrijvingen	Totaal aantal patiënten van opgenomen respondenten	% op totaal patiënten -bestand
	Absoluut	%			
FMM	77	54%	11.695	182.348	6,5%
VWGC	26	18%	5.096	74.972	7%
FEPRAFO	15	10,5%	2.504	48.809	5%
Geen federatie	25	17,5%	2.701	51.616	5%
Totaal	143	100%	21.996	357.745	6%

Bron: Enquête KPMG en data IMA

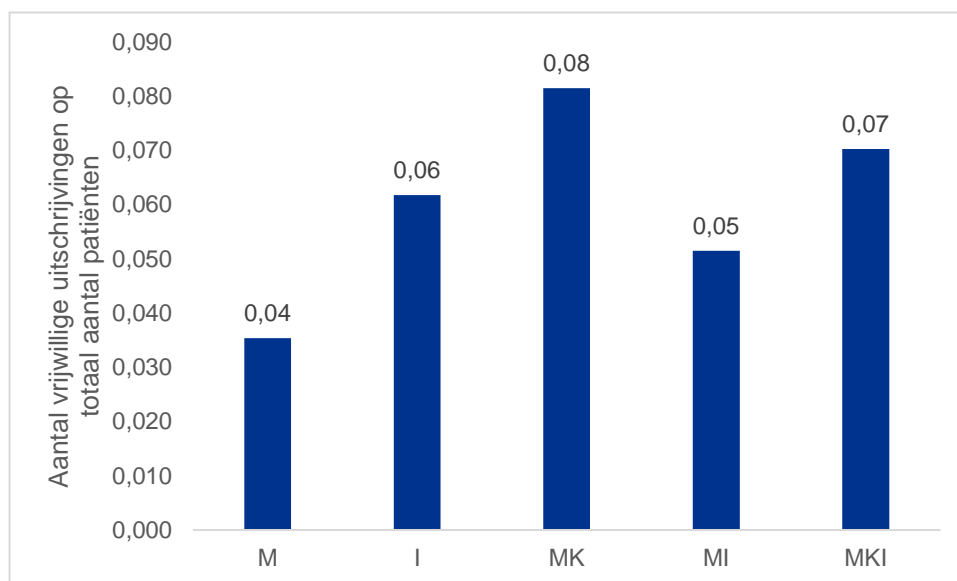
Disciplines

In onderstaand deel wordt in kaart gebracht of het aantal vrijwillige uitschrijvingen door de patiënten verschilt naargelang de disciplines die worden aangeboden binnen de respondenten, het aantal VTE zorgverleners in dienst binnen de disciplines en het aantal patiënten per huisarts.

In figuur 65 wordt het gemiddeld aantal vrijwillige uitschrijvingen per patiënt weergegeven per combinatie huisartsen (M) en/of kinesitherapeuten (K) en/of verpleegkundigen (I). Hieruit blijkt dat **praktijken met huisartsen en kinesitherapeuten (MK) het meeste vrijwillige uitschrijvingen hebben per patiënt** t.o.v. de andere combinaties. Hierbij dient per combinatie wel de grootte van de steekproef in het achterhoofd gehouden te worden (bijvoorbeeld slechts 1 medisch huis met enkel verpleging, slechts 3 medische huizen met

enkel huisartsengeneeskunde, etc.) die bijgevolg niet allemaal even groot en dus representatief zijn.

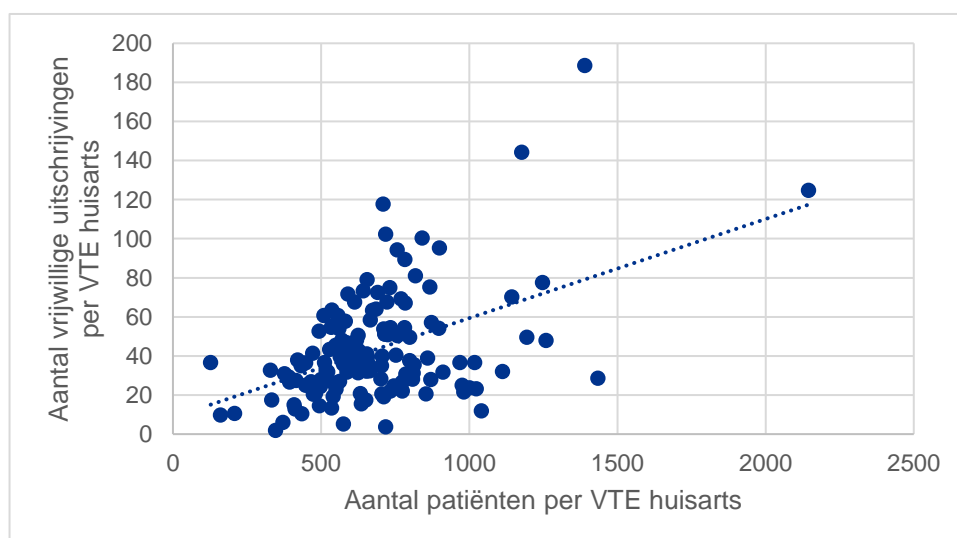
Figuur 65 - Gemiddeld aantal vrijwillige uitschrijvingen op totaal aantal patiënten per combinatie MKI (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

In onderstaande grafiek wordt het aantal vrijwillige uitschrijvingen per VTE huisarts vergeleken met het aantal patiënten per VTE huisarts. Hieruit kan een positieve correlatie opgemerkt worden.

Figuur 66 - Correlatie aantal vrijwillige uitschrijvingen op totaal aantal patiënten en het aantal patiënten per huisarts (2016)

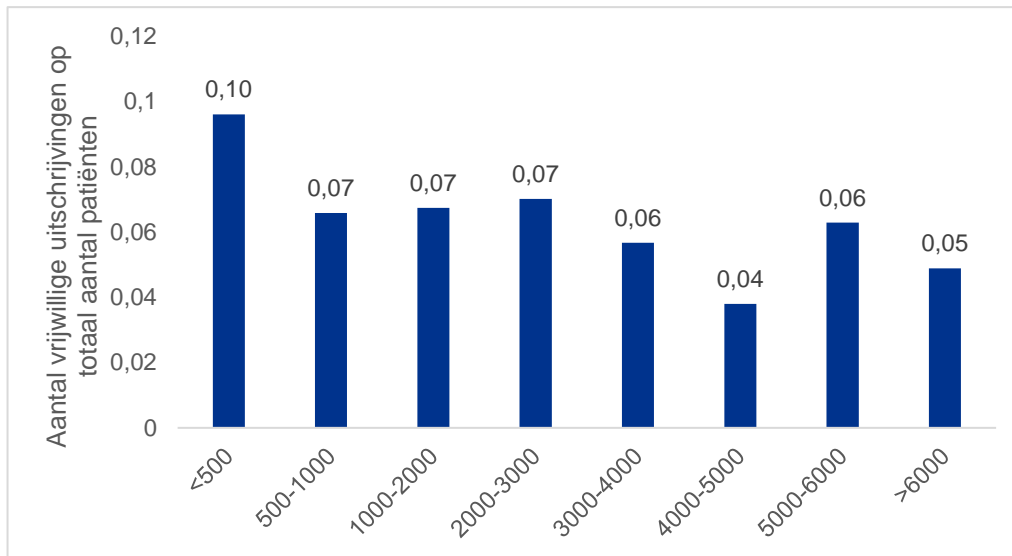


Bron: Enquête KPMG en data IMA

Totaal aantal patiënten

In figuur 67 wordt het aantal vrijwillige uitschrijvingen ten opzicht van het totaal aantal patiënten weergegeven naargelang de grootte van het patiëntenbestand van het medisch huis. Hieruit kan afgeleid worden dat naarmate het patiëntenbestand van medische huizen groter is, er minder vrijwillige uitschrijvingen door patiënten geregistreerd zijn.

Figuur 67 - Gemiddeld aantal vrijwillige uitschrijvingen op totaal aantal patiënten volgens grootte patiëntenbestand (2016)



Bron: Enquête KPMG en data IMA

2.3.3.3 Wachtdienst

Medische huizen dienen de zorgcontinuïteit te garanderen voor hun patiënten. De medische huizen doen dat hetzij via de bevolkingswachtdienst of in het kader van het eigen of een groep van medische huizen.

In dit deel wordt in kaart gebracht hoeveel procent van de huisartsen binnen elk huis ingeschreven zijn in deze wachtdienst. 150 medische huizen werden opgenomen in deze analyse. De medische huizen die pas werden opgestart in 2017 werden buiten beschouwing gelaten voor deze analyse die betrekking heeft op 2016, alsook het medisch huis dat geen huisartsen in dienst heeft. Voor de respondenten waarvan niet alle huisartsen deelnemen aan de wachtdienst, wordt in meer detail nagegaan wat de ligging, maturiteit en federatie is voor dat medisch huis, alsook de leeftijd van de huisartsen die niet ingeschreven zijn in dat medisch huis. Dit wordt weergegeven in tabel 44. Hierin wordt in de voorlaatste kolom per medisch huis aangegeven hoeveel procent van de huisartsen binnen het desbetreffend medisch huis ingeschreven is in de wachtdienst. De laatste kolom geeft aan hoeveel huisartsen op het totaal aantal tewerkgestelde huisartsen er niet zijn geschreven in de wachtdienst.

Tabel 44 – Aantal huisartsen die niet zijn ingeschreven in de wachtdienst (2016) per respondent (20 respondenten)

Medisch huis	Regio	Forfait	Federatie	Procentueel aantal huisartsen ingeschreven in wachtdienst 2016	Niet ingeschreven huisartsen
1	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	2-10 jaar	FMM	0%	4/4
2	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	2-10 jaar	FMM	20%	4/5
3	Waals Gewest	2-10 jaar	/	25%	3/4
4	Waals Gewest	10-20 jaar	FMM	33%	4/6
5	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	2-10 jaar	FEPRFO	43%	2/7
6	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	< 2 jaar	FMM	50%	2/4
7	Waals Gewest	< 2 jaar	/	50%	1/2
8	Waals Gewest	10-20 jaar	FMM	67%	1/3
9	Waals Gewest	10-20 jaar	FMM	67%	2/6
10	Waals Gewest	2-10 jaar	FMM	67%	1/3
11	Waals Gewest	2-10 jaar	FMM	75%	1/4
12	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	2-10 jaar	FMM	75%	1/4
13	Waals Gewest	10-20 jaar	FMM	75%	2/8
14	Vlaams Gewest	10-20 jaar	VWGC	75%	1/4
15	Waals Gewest	10-20 jaar	FMM	75%	1/4
16	Waals Gewest	10-20 jaar	FMM	80%	1/5
17	Waals Gewest	10-20 jaar	FMM	80%	1/5
18	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	2-10 jaar	/	83%	1/6
19	Vlaams Gewest	10-20 jaar	VWGC	83%	1/6
20	Waals Gewest	2-10 jaar	/	89%	1/9

Bron: Enquête KPMG

Tijdens de interviews werd aangegeven door enkele medische huizen in Brussel dat het **inschrijven in de wachtdienst** wel **verplicht** is in Brussel, maar de **effectieve uitvoering** van wachtdiensten **niet**. Zo werd er aangegeven door een huisarts dat deze geen wachtdiensten zou doen aangezien deze persoon te ver van het werkingsgebied zou wonen (en geen dringende hulp zou kunnen verlenen). Daarnaast werd eveneens door een medisch huis aangegeven dat huisartsen in de wachtdienst in Brussel tweetalig dienen te zijn. Aangezien dit bij veel huisartsen in medische huizen niet het geval zou zijn

volgens dit medisch huis, zouden zij ook niet/minder in de Brusselse wacht dienst participeren en zou dit worden opgevangen door de tweetalige huisartsen.

Uit de interviews blijkt dat een beperkt aantal medische huizen intern nog een eigen wacht dienst organiseren (bijvoorbeeld medische huizen in Genk aangezien daar geen weekwacht georganiseerd wordt). Andere medische huizen geven aan een eigen interne wacht dienst in het verleden opgezet te hebben, maar door het beperkt aantal patiënten dat hiervan gebruik maakte, hebben zij besloten enkel nog aan de georganiseerde wacht dienst te participeren.

Voor de respondenten waarvan niet alle huisartsen participeren in de wacht dienst, blijkt dat voor ongeveer de helft van de huisartsen (17 van de 35 huisartsen in totaal die niet participeren in de wacht dienst) de leeftijd boven de 50 jaar ligt. Voor bijna alle huisartsen gaat het daarnaast om een tewerkstelling minder dan voltijds equivalent, en vaak zelfs minder dan een halftijdse equivalent.

2.3.4 Preventiebeleid

In onderstaande analyse wordt het preventiebeleid van medische huizen in kaart gebracht, meer bepaald in welke mate medische huizen informatie geven aan patiënten in het kader van health literacy (gezondheidsvaardigheid), welke acties zij ondernemen, etc. 93% van de respondenten (149) heeft aangegeven informatie in het kader van health literacy te geven aan patiënten.

Tijdens de interviews werd eveneens gepeild naar de concrete acties die medische huizen ondernemen in het kader van preventie. Hieruit blijkt dat de meest voorkomende preventieactiviteiten (niet-limitatief) kaderen in volgende onderwerpen:

- Vaccinaties (voornamelijk griepvaccins)
- Infosessies (bijvoorbeeld in het kader van diabetes)
- Mammografie
- Gynaecologie (uitstrijkjes)
- Beweging (sportlessen)
- Gezonde voeding (onder meer onder de vorm van kookworkshops)
- Tandzorg
- Tabacologie
- Etc.

Verder blijkt op basis van de interviews dat bepaalde IT-systemen (bijvoorbeeld Careconnect) ook **suggesties** geven in het kader van **preventie** voor een bepaalde groep patiënten, bijvoorbeeld o.b.v. geslacht, leeftijd, voorschriften, etc. Bepaalde systemen zouden bovendien “pop-ups” genereren wanneer opvolging van bepaalde patiënten (bijvoorbeeld diabetes) vereist is. Echter, dit werd slechts door een beperkt aantal medische huizen meegedeeld, de grote meerderheid geeft aan dat de huidige IT-systemen dit nog te weinig doen.

Tijdens de interviews werd aangegeven dat er voor verschillende acties vaak wordt **samengewerkt met andere medische huizen** (of organisaties) in de buurt (cf. infra samenwerkingsvormen), waarbij de contactmomenten (lessen, workshops, ...) georganiseerd worden voor de patiënten van de verschillende medische huizen in de wijk samen. Ook zou er in het kader van preventie veel ondersteuning geboden worden door verpleegkundigen (bijvoorbeeld voor vaccinaties) in medische huizen die verpleging hebben opgenomen in hun medisch huis. Zoals reeds vermeld, heeft een groot deel van de medische huizen eveneens een maatschappelijk medewerker en/of gezondheidspromotor in dienst, wat op basis van de interviews eveneens een grote hulp blijkt te zijn voor het nemen van preventiemaatregelen.

De patiënten zouden geïnformeerd worden over deze acties door middel van brochures en posters die vaak uithangen in de wachtzaal (of via digitaal scherm in de wachtzaal). Daarnaast werd er tijdens de interviews meermaals aangegeven dat men de patiënten die in aanmerking komen voor een bepaalde preventieactiviteit (ouderen voor griepvaccin, diabetes patiënten voor infosessies, vrouwen voor mammografie of uitstrijkje, ...) via een **apart aanschrijven** (per post) op de hoogte brengen van deze acties. Andere medische huizen informeren patiënten enkel tijdens de consultatie zelf. Ten gevolge van het vast patiëntenbestand binnen medische huizen, en het feit dat voor alle patiënten een GMD wordt bijgehouden, zou op basis van de interviews het nemen van gerichte preventie-acties en de opvolging ervan eenvoudiger zijn.

Conclusie:

93% van de respondenten (149) heeft aangegeven informatie in het kader van health literacy te geven aan patiënten. Concrete acties die medische huizen zouden ondernemen in het kader van preventie, blijken op basis van de interviews onder meer te zijn: vaccinaties (voornamelijk griepvaccins), infosessies (bijvoorbeeld in het kader van diabetes), mammografie, gynaecologie (uitstrijkjes), beweging (sportlessen), etc.

Verder blijkt op basis van de interviews dat bepaalde IT-systemen (bijvoorbeeld Careconnect) ook suggesties geven in het kader van preventie voor een bepaalde groep patiënten, bijvoorbeeld o.b.v. geslacht, leeftijd, voorschriften, etc. Echter, de huidige IT-systemen zouden dit momenteel nog te weinig. Dit zou meer automatisch dienen te gebeuren vanuit de IT-systemen op basis van de informatie die ingevuld is in het GMD (bijvoorbeeld roker, diabetes patiënt, etc.)

2.3.5 Opleidingen zorgverleners

In onderstaand deel wordt het aantal dagen opleiding per huisarts, kinesitherapeut en verpleegkundige vergeleken tussen de medische huizen naargelang hun ligging, maturiteit en de federatie waarbij de medische huizen al dan niet aangesloten zijn.

In onderstaande tabel wordt het aantal respondenten op dit onderdeel weergegeven alsook het aantal respondenten die aangeven geen opleiding te doen (0 in de enquête), het gemiddeld aantal dagen opleiding dat werd opgegeven voor elke discipline, en het minimum en maximum aantal dagen opleiding dat werd opgegeven door respondenten.

Tabel 45 - Respons aantal dagen opleiding (2016)

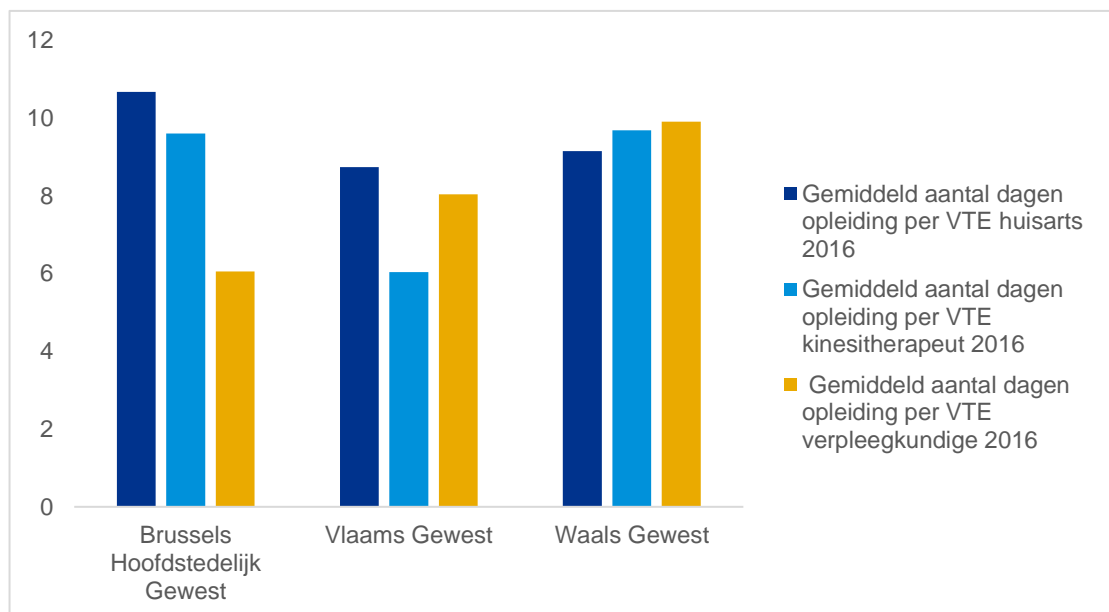
	Huisartsen	Kinesitherapeuten	Verpleegkundigen
Aantal respondenten (respons ≠ 0)	128	87	112
Aantal respondenten die nul opgaven	7	9	15
Gemiddeld aantal dagen opleiding	9,6	7,3	6
Min. aantal dagen opleiding opgegeven	0,14	0,5	0,31
Max. aantal dagen opleiding opgegeven	43,5	36	108

Bron: Enquête KPMG

Ligging

In figuur 68 wordt het gemiddeld aantal dagen opleiding per discipline weergegeven per regio. Hieruit blijkt dat er in het Waals Gewest gemiddeld meer dagen opleiding per VTE verpleegkundige en kinesitherapie gevolgd worden dan in de andere 2 gewesten. In Brussel blijkt het gemiddelde aantal dagen opleiding dan weer hoger te zijn voor huisartsen in vergelijking met de andere gewesten.

Figuur 68 - Gemiddeld aantal dagen opleiding per MKI per regio (2016)

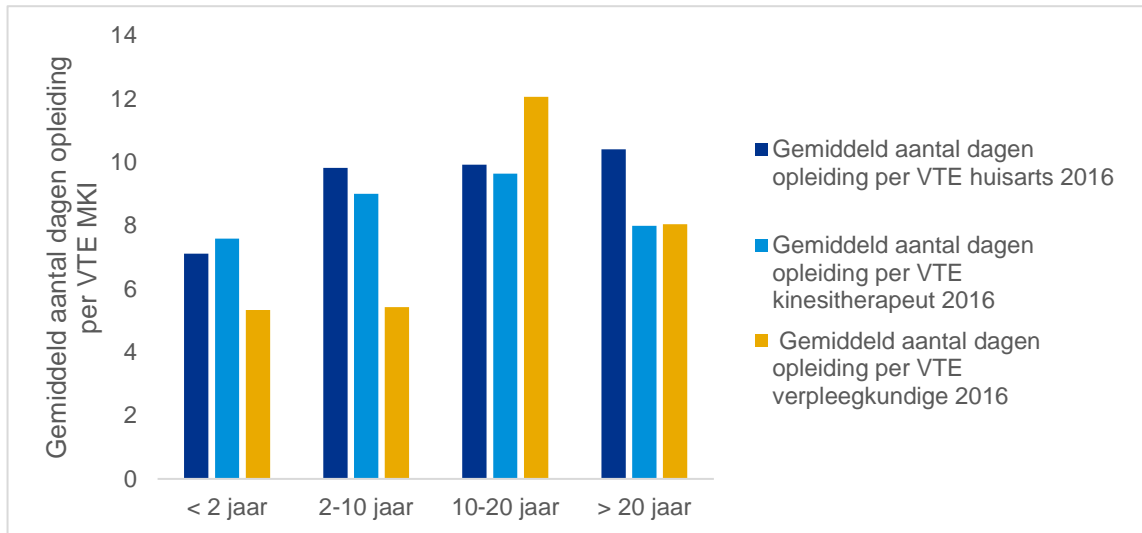


Bron: Enquête KPMG

Maturiteit

In onderstaande grafiek wordt het gemiddeld aantal dagen opleiding per discipline weergegeven naargelang de maturiteit van de medische huizen in het forfaitair systeem. Hieruit blijkt dat niet-mature medische huizen gemiddeld iets minder opleiding volgen dan mature medische huizen voor wat betreft huisartsen. Voor de andere disciplines is deze trend minder zichtbaar.

Figuur 69 - Gemiddeld aantal dagen opleiding per MKI volgens maturiteit (2016)

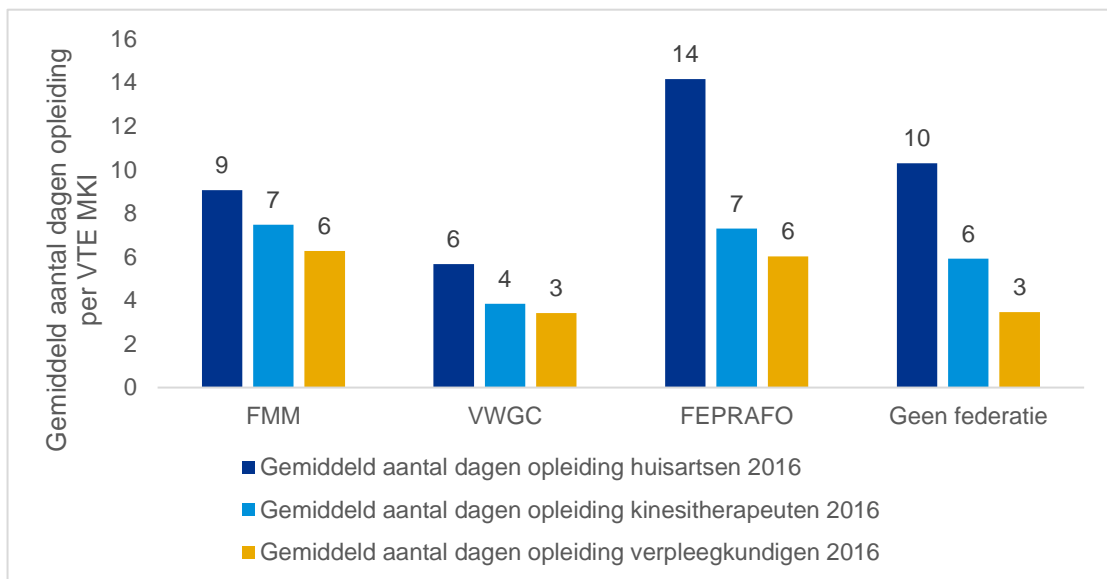


Bron: Enquête KPMG

Federatie

In figuur 70 wordt per federatie het aantal dagen opleiding per MKI voorgesteld voor 2016. Hieruit blijkt dat leden van FMM het meeste opleidingsdagen per VTE hebben opgegeven voor de 3 disciplines, met uitzondering van de leden van Feprafo die een zeer hoog aantal opleidingsdagen per VTE hebben opgegeven.

Figuur 70 - Gemiddeld aantal dagen opleiding per MKI per federatie (2016)



Bron: Enquête KPMG

Conclusie:

Op basis van de enquêteresultaten blijken de medische huizen die gevestigd zijn in het Waals Gewest gemiddeld meer dagen opleiding per VTE verpleegkundige te volgen dan in de andere 2 gewesten. In Brussel blijkt het gemiddelde aantal dagen opleiding dan weer hoger te zijn voor huisartsen in vergelijking met de andere 2 gewesten. Verder blijkt op basis van de enquêteresultaten dat niet-mature medische huizen gemiddeld iets minder opleiding volgen dan mature medische huizen.

2.4 Werkingskosten, financieringsbronnen en –mechanismen

In dit onderdeel worden vooreerst de financieringsbronnen en –mechanismen besproken, gevolgd door een ratio-analyse op basis van jaarrekeningen in Belfirst, en tot slot een kostenanalyse op basis van gegevens ingevuld in de enquête.

Hieronder wordt vooreerst een samenvattend overzicht gegeven van het aantal medische huizen waarvoor een jaarrekening beschikbaar was, hetzij een jaarrekening in Belfirst, hetzij een jaarrekening toegevoegd in bijlage van de enquête, alsook hoeveel respondenten waarvan geen jaarrekening ter beschikking was kostengegevens heeft opgegeven in de enquête. Hieruit blijkt dat voor de 10 medische huizen waarvoor geen enkele jaarrekening beschikbaar was, 5 tot de non-respons op de enquête behoren. Van de overige 5 zijn er 4 slechts opgestart zijn in 2017 (of 2^e helft 2016). Van 1 respondent die reeds een matuur medisch huis is, zijn bijgevolg geen financiële gegevens beschikbaar.

Tabel 46 - Overzicht van medische huizen met beschikbare gegevens via belfirst of enquête

	Jaar-rekening in Belfirst		Jaar-rekening in bijlage		Geen jaarrekening beschikbaar 2015 en/of 2016	
	2015	2016	2015	2016	Kostenstructuur ingevuld	Kostenstructuur niet ingevuld
Gewest	3	98	14	104	20	10
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	1	33	6	44	10	2
Vlaams Gewest	1	26	5	27	1	4
Waals Gewest	1	39	3	33	9	4
Federatie	3	98	14	104	20	10
FMM	1	54	5	57	10	4
VWGC		19	4	23		2
FEPRFO		8	3	11	3	1
Geen federatie	1	9	2	13	7	1
GVHV	1	8		N/A		2
Maturiteit	3	98	14	103	20	10
Niet-matuur	1	4		7	7	4
Matuur	1	85	14	96	13	1

Niet gekend⁶³	1	9				5
Ondernemingsvorm	3	98	14	103	20	10
VZW	2	78	11	78	18	3
BVBA	1	19	3	22	1	1
Andere		1		3	1	1
Niet gekend						5

Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

2.4.1 Financieringsbronnen en –mechanismen

In het volgend luik wordt op basis van de enquêteresultaten en cijfergegevens verkregen vanuit het RIZIV een analyse gemaakt inzake de verschillende financieringsbronnen waarover medische huizen kunnen beschikken. Vooreerst worden de verschillende soorten financieringsbronnen en –mechanismen toegelicht, alsook de totale financiering ontvangen van alle medische huizen samen. Vervolgens zal de financiering in kaart gebracht worden opgedeeld naar ligging en aansluiting bij een federatie, in functie van het aantal patiënten (financiering per patiënt).

Voor dit onderdeel van de studie werden enkel de medische huizen in beschouwing genomen indien zij minstens een volledig jaar van de onderzoeksperiode (2015-2016) actief waren binnen het forfaitair systeem. Overige gegevens die geen betrekking hebben op een volledig jaar werden niet mee in rekening gebracht, daar een vergelijking met medische huizen die wel een volledig jaar actief waren niet mogelijk is en extrapolatie zou kunnen leiden tot overschattingen. Van een respondent die bijvoorbeeld in september 2015 toetrad tot het forfaitair systeem, werden enkel de financieringsgegevens van 2016 gebruikt.

In 2015 waren er reeds 130 van de 160 respondenten actief binnen het forfaitair systeem. Deze respondenten werden meegenomen in de analyses van zowel 2015 als 2016. 13 respondenten werden in de analyses voor 2015 buiten beschouwing gelaten, en 17 medische huizen in de analyses voor 2016. Tabel 47 geeft een overzicht van het aantal respondenten dat in rekening werd gebracht voor de analyses van 2015 en 2016.

Tabel 47 - Aantal respondenten voor analyse van financieringsbronnen en -mechanismen

Totaal aantal respondenten	Totaal aantal respondenten meegenomen in analyses 2015	Totaal aantal respondenten meegenomen in analyses 2016
160	130	143

Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

⁶³ Maturiteit en ondernemingsvorm enkel gekend voor de medische huizen uit de enquête

2.4.1.1 Verschillende financieringsbronnen

De werking van medische huizen binnen het forfaitair systeem kan ondersteund worden met behulp van verschillende financieringsbronnen en –mechanismen. In onderhavig rapport wordt er een onderscheid gemaakt tussen 3 categorieën:

- **Forfaitaire vergoedingen.** Zoals reeds in het inleidend hoofdstuk werd toegelicht, kunnen medische huizen binnen het forfaitair systeem een forfaitaire vergoeding per patiënt krijgen indien zij één of meerdere disciplines (huisartsengeneeskunde, kinesitherapie en/of verpleegkunde) aanbieden binnen hun medisch huis. Vervolgens wordt het merendeel van de verstrekkingen⁶⁴ verleend door deze zorgverleners aan de ingeschreven patiënten binnen dat medisch huis gedekt door het forfait. Verstrekkingen verleend door eventuele andere zorgverleners dan bovenvermelde disciplines die tewerkgesteld zijn binnen het medisch huis worden niet gedekt door het forfait. Zoals in voorgaande onderdelen reeds vermeld, worden deze loonkosten hetzij vergoed door het medisch huis vanuit diens inkomsten hetzij per prestatie aangerekend door de desbetreffende zorgverlener (al dan niet via de derdebetalersregeling) of via een symbolische bijdrage geïnd bij de patiënt. Medische huizen zijn vrij om het forfait dat ze ontvangen voor de aangeboden disciplines aan te wenden en eventueel te gebruiken voor de vergoeding van zorgverleners buiten de 3 disciplines waarvoor het forfait oorspronkelijk verkregen werd. Tijdens de interviews werd aangegeven dat deze keuzevrijheid belangrijk is voor medische huizen om zo de organisatie van werking van het medisch huis vrij te kunnen bepalen;
- Vergoedingen in het kader van de sociale⁶⁵ en fiscale⁶⁶ **Maribel**, hieronder gegroepeerd tot de categorie “**Maribel**”;
- **Diverse vergoedingen** ontvangen vanuit lokale, provinciale, regionale en federale overheden. Doordat deze sterk kunnen verschillen van medisch huis tot medisch huis (bijvoorbeeld indien er actief gezocht wordt door het medisch huis naar sponsors, projecten in de buurt, etc.) en er een groot aantal opgegeven financieringsbronnen zeer specifiek zijn, werden deze in dit onderdeel gegroepeerd onder “Diversen”. In bijlage 3.5 kan een lijst teruggevonden worden van de verschillende vergoedingen die in de enquête werden opgegeven door de respondenten.

Daarnaast rekenen medische huizen hun patiënten voor bepaalde **technische prestaties** nog een bedrag per prestatie aan. Dit bedrag bedroeg op basis van gegevens van het RIZIV in 2016 gemiddeld €10,64 per patiënt per jaar.⁶⁷ Enkel jaargegevens van medische

⁶⁴ Uitgezonderd technische prestaties waarvoor er nog een per prestatie vergoeding aangerekend kan worden, alsook wachtdiensten en uitzonderingen bepaald in het KB 13/04/2013

⁶⁵ “Het doel van de sociale Maribel is de bevordering van de tewerkstelling in (voornamelijk) de non-profitsector via de creatie van bijkomende arbeidsplaatsen. Werkgevers krijgen een tussenkomst van een Fonds sociale Maribel voor de loonkosten van nieuwe arbeidsplaatsen. Deze specifieke sectorfondsen worden gefinancierd via RSZ-middelen.” (bron: <http://www.werk.belgie.be/socialemaribel/>)

⁶⁶ “Naast de financiering via de mutualisering van RSZ-bijdragen, krijgen de fondsen middelen via de fiscale Maribel. Het gaat om een gedeelte van de bedrijfsvoorheffing die de werkgever afhoudt van het loon van zijn werknemers en doorstort naar de fiscale diensten.” (bron: <http://www.werk.belgie.be/socialemaribel/>)

⁶⁷ Dit bedrag is een gemiddelde overheen 153 medische huizen in 2016. De gegevens zijn gebaseerd op gegevens vanuit het RIZIV. Voor 2015 bedraagt het gemiddelde per patiënt €10,97. Dit gemiddelde is gebaseerd op 139 medische huizen.

huizen die een volledig jaar onder het forfaitair systeem werken worden meegenomen in de berekening van dit gemiddelde.

Uit de interviews blijkt dat sommige medische huizen geen technische prestaties factureren, enerzijds door de administratie die daarmee gepaard zou gaan, anderzijds door de onduidelijkheid die er zou heersen over de te factureren prestaties en/of omdat men niets wil aanrekenen aan patiënten om op deze manier de toegankelijkheid te verhogen.

Tot slot gaf een beperkt deel van de medische huizen (minder dan 5%) in de enquête aan **persoonlijke bijdragen** aan te rekenen aan hun patiënten. Deze bedragen waren telkens verwaarloosbaar klein en worden daarom niet besproken als afzonderlijke financieringsbron.

In onderstaande analyses werden de financieringsgegevens uit de enquête verwerkt voor wat betreft de vergoedingen in het kader van Maribel en de diverse vergoedingen. Voor de analyses inzake forfaitaire vergoedingen per medisch huis werd beroep gedaan op gegevens ontvangen vanuit het RIZIV.⁶⁸ Deze financieringsbronnen worden in een volgende stap geanalyseerd in functie van het aantal patiënten.⁶⁹ De gegevens rond technische prestaties en persoonlijke bijdragen werden niet meegenomen in deze financieringsanalyse.

2.4.1.2 Analyse

2.4.1.2.1 Totale financiering

De totale financiering die medische huizen ontvangen, bedraagt op basis van de verstrekte gegevens 150,3 miljoen euro in 2015 en 164,9 miljoen euro in 2016 (cf. figuur 71). De forfaitaire vergoedingen namen tussen 2015 en 2016 toe met ongeveer 12,8 miljoen euro en vergoedingen in het kader van Maribel met 2,4 miljoen euro. De diverse vergoedingen vanuit lokale, provinciale, regionale en de federale overheid nemen in diezelfde periode af met ongeveer 0,6 miljoen euro.

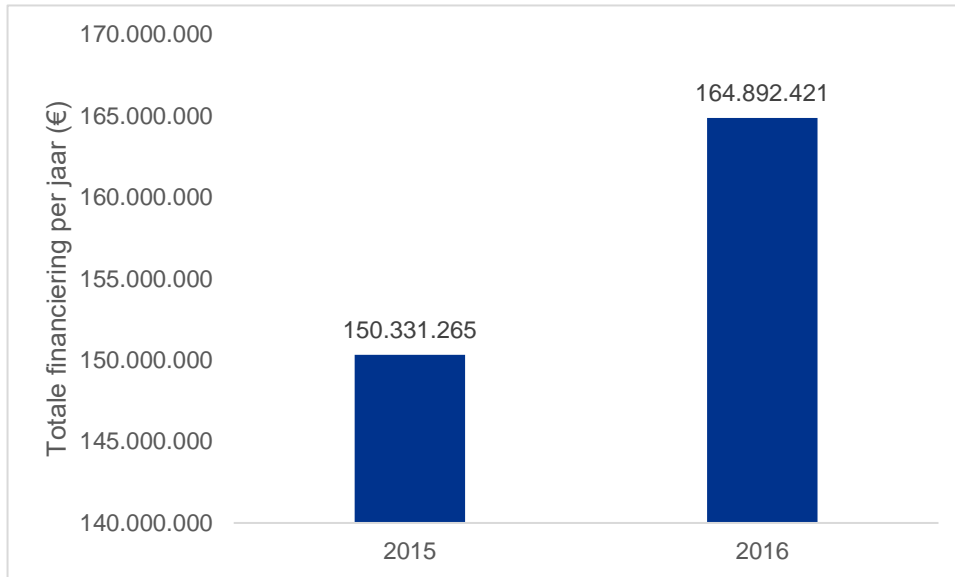
⁶⁸ De volgende assumpties werden gemaakt bij het categoriseren van de vergoedingen:

- Negatieve bedragen worden verondersteld betrekking te hebben op het terugstorten van eerdere vergoedingen (rechtzettingen). Negatieve bedragen kwamen amper voor (7x) en waren geconcentreerd bij drie medische huizen. Daarnaast bedroegen de negatieve bedragen telkens minder dan 0.2% van de totale financiering van het betreffende jaar.
- Indien er geen vergoedingen van een bepaalde categorie worden doorgegeven, wordt verondersteld dat de vergoedingen binnen deze financieringscategorie gelijk zijn aan nul. Dit is nooit het geval voor de forfaitaire vergoedingen.

Daarnaast wordt er bij één medisch huis een opmerkelijke stijging in het ontvangen bedrag aan forfaits vastgesteld. Het ontvangen bedrag aan forfaits ligt in 2016 drie keer hoger dan in 2015. Er wordt evenwel geen stijging in het aantal patiënten vastgesteld tussen 2015 en 2016.

⁶⁹ In de analyses rond de financiering per patiënt, worden twee medische huizen weggelaten uit de berekeningen. De reden hiervoor is dat de patiënten aantallen vermoedelijk foutief werden opgeleverd via de enquête.

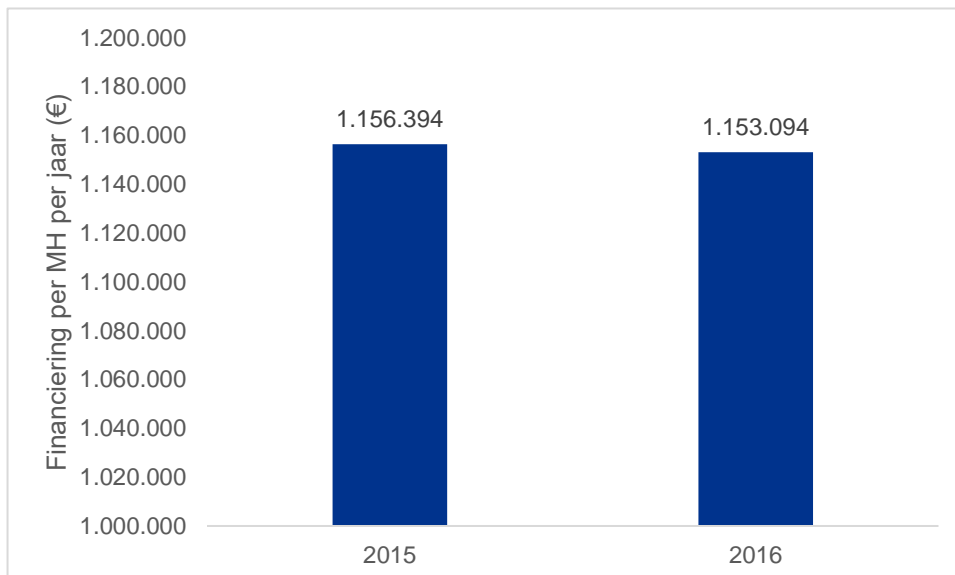
Figuur 71 - Totale financiering in 2015 en 2016



Bron: Enquête KPMG en data RIZIV

Deze globale stijging van 14,6 miljoen is echter uitsluitend te verklaren door het groter aantal medische huizen waarvoor volledige jaargegevens beschikbaar zijn in 2016 (143 in 2016 ten opzichte van 130 in 2015). Wanneer de totale gemiddelde financiering per medisch huis in kaart wordt gebracht, kan er vastgesteld worden dat deze voor beide jaren ongeveer 1,15 miljoen euro bedraagt (cf. figuur 72).

Figuur 72 - Financiering per medisch huis in 2015 & 2016

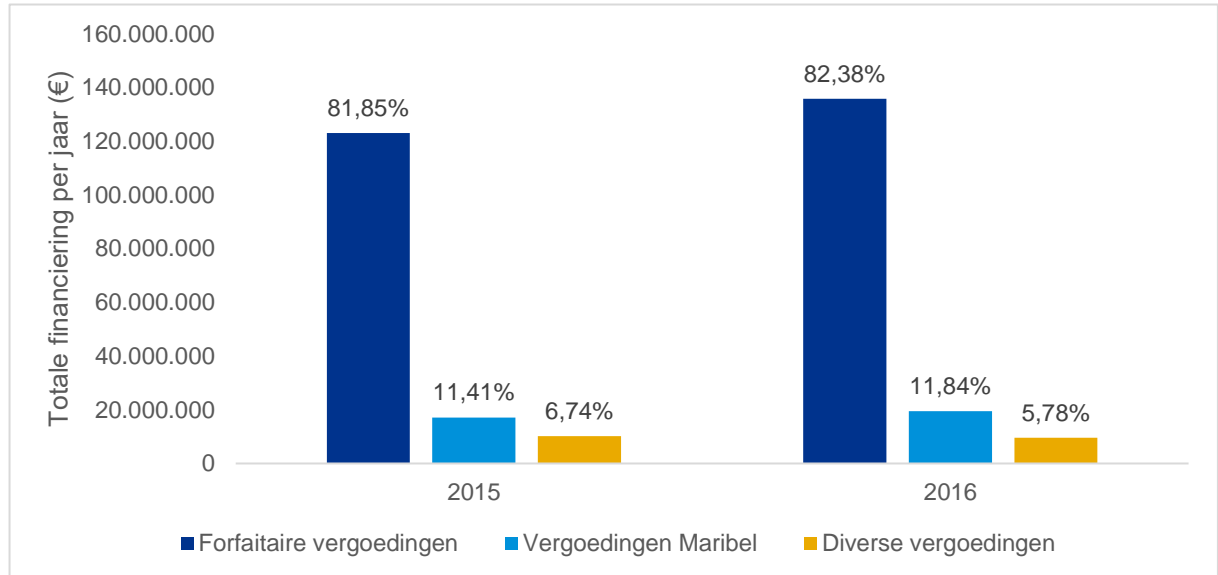


Bron: Enquête KPMG en data RIZIV

In figuur 73 wordt de totale financiering uitgesplitst volgens de 3 bovenvermelde financieringsmechanismen. Logischerwijs vormen de forfaitaire vergoedingen die worden ontvangen vanuit het RIZIV de grootste financieringsbron voor medische huizen (82% van

de totale financiering ontvangen in 2016). De vergoedingen verkregen in het kader van Maribel bedragen 17,1 miljoen euro (12% van de totale vergoedingen) en de diverse vergoedingen bedragen 10,1 miljoen euro (6%). Wegens de grotere steekproef respondenten die in de analyse van 2016 werd opgenomen, wijzigt de grootte van deze vergoedingen, maar de verhoudingen blijven nagenoeg gelijk.

Figuur 73 - Totale financiering in 2015 en 2016, uitgesplitst naar financieringsbron

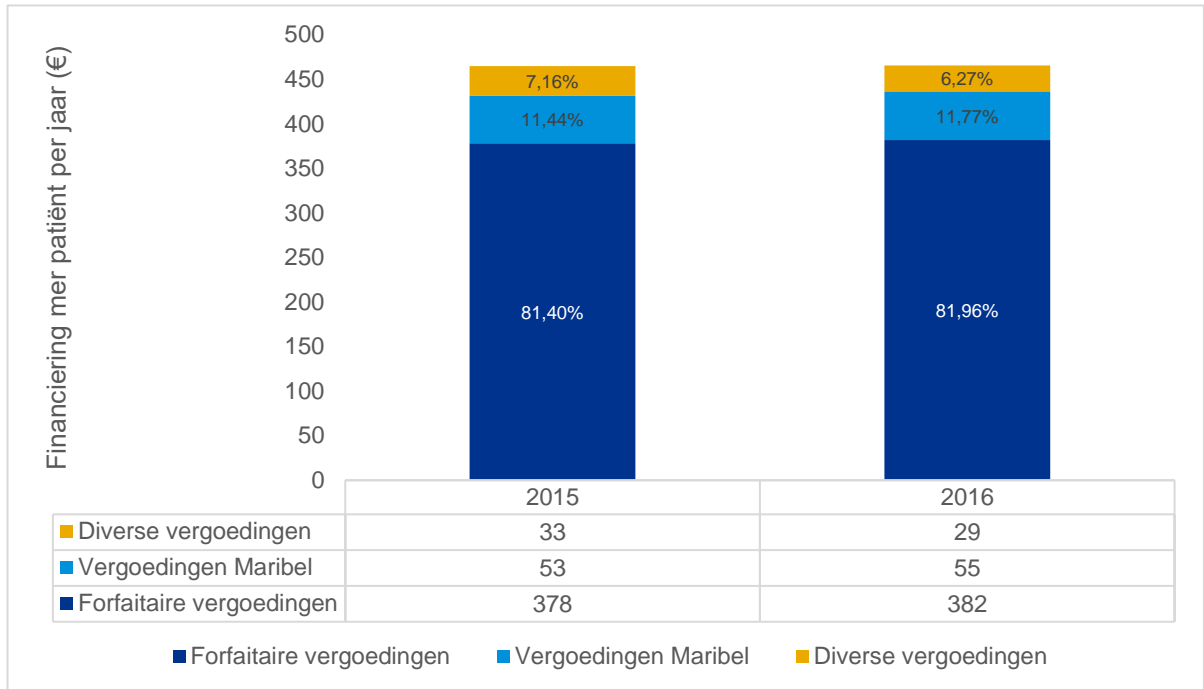


Bron: Enquête KPMG en data RIZIV

In figuur 74 wordt de gemiddelde financiering per patiënt per categorie vergoeding weergegeven. De verhoudingen tussen de verschillende vergoedingen zijn gelijkaardig aan deze in de totale financiering (cf. voorgaande figuur). Door de totale financiering per medisch huis uit te drukken ten opzichte van het aantal patiënten van dat medisch huis, wordt vermeden dat eventuele verschillen in de grootte van medische huizen de bevindingen beïnvloeden. Voor de berekening van de totale financiering per patiënt werd het totale patiëntenbestand (verzekerden én niet-verzekerden) in beschouwing genomen zoals opgegeven in de enquête. Voor de verzorging van de niet-verzekerden kan er immers een forfaitaire vergoeding verkregen worden via het OCMW, wat eveneens deel uitmaakt van de totale financiering van de respondenten⁷⁰. Wanneer het forfait per patiënt wordt berekend (zoals in onderstaande figuur), wordt hier wel abstractie gemaakt van de niet-verzekerde patiënten daar er vanuit het RIZIV geen forfait ontvangen wordt voor deze patiënten.

⁷⁰ In de enquête werden eveneens inkomsten verkregen vanuit het OCMW opgegeven. Tijdens de interviews werd aangegeven dat er voor de verzorging van niet-verzekerden die worden doorgestuurd door het OCMW een forfaitaire vergoeding verkregen kan worden.

Figuur 74 - Financiering per verzekerde patiënt in 2015 en 2016, uitgesplitst naar de verschillende financieringsbronnen



Bron: Enquête KPMG en data RIZIV

Uit bovenstaande analyse kan opgemerkt worden dat de totale financiering per patiënt nagenoeg gelijk is in beide jaren. Ook de verhouding tussen de verschillende financieringsbronnen is zeer vergelijkbaar in beide jaren.

In volgende analyses wordt de financiering die verkregen werd door de respondenten opgedeeld naar ligging en federatie. Aangezien er slechts 5 van de 143 medische huizen (2016) niet-matuur zijn, wordt er geen analyse naar maturiteit weergegeven (te kleine steekproef om een onderscheid te maken en zinvolle conclusies inzake maturiteit te formuleren). Bij het beoordelen van mogelijke verschillen tussen deze clusters, wordt eveneens telkens gekeken naar de totale financiering per patiënt om te vermijden dat eventuele verschillen in de grootte van medische huizen de bevindingen beïnvloeden.

Ligging

Tabel 48 geeft de verdeling van de respondenten weer over de verschillende gewesten die in rekening werden genomen voor de financieringsanalyse, zowel in 2015 als in 2016.

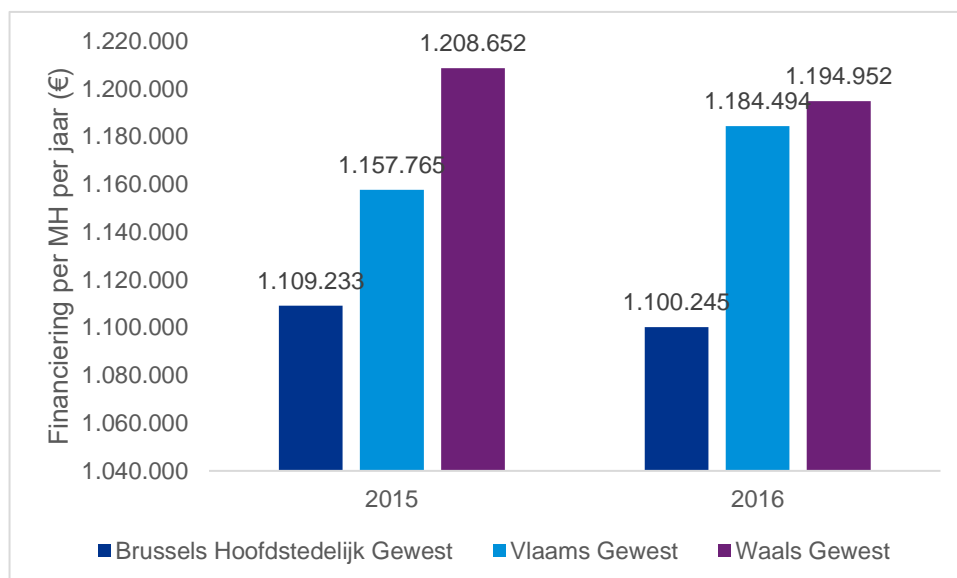
Tabel 48 - Beschrijving clusters op basis van ligging

	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Totaal
2015	54	28	48	130
2016	60	29	54	143

Bron: Enquête KPMG

Onderstaande figuur geeft de vergelijking weer van de gemiddelde financiering per medisch huis tussen de verschillende gewesten in zowel 2015 als 2016. Hieruit blijkt dat in beide jaren de respondenten gevestigd in het Waals Gewest het hoogste bedrag aan financiering ontvangen. Een medisch huis in het Waals Gewest ontvangt op basis van de enquête en gegevens ontvangen van het RIZIV gemiddeld 1,21 miljoen euro in 2015 en 1,19 miljoen euro in 2016. Voor een medisch huis in het Vlaams Gewest is dit gemiddeld 1,16 miljoen euro en 1,18 miljoen euro in 2016. Een medisch huis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ontvangt gemiddeld het minst, namelijk 1,11 miljoen euro in 2015 en 1,10 miljoen euro in 2016. Uit de vergelijking tussen 2015 en 2016 kan worden besloten dat de evolutie tussen beide jaren gering is.

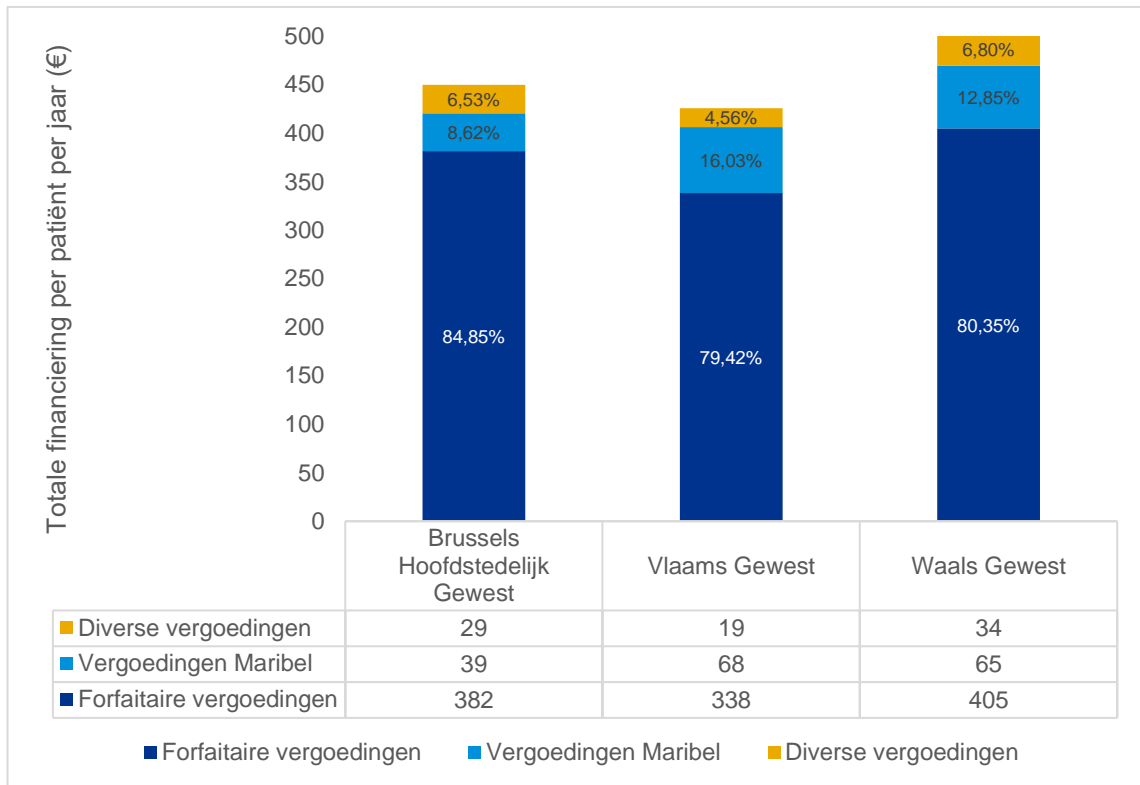
Figuur 75 - Financiering per medisch huis in 2015 en 2016, onderscheid tussen de regio's



Bron: Enquête KPMG en data RIZIV

In figuur 76 wordt de gemiddelde financiering per verzekerde patiënt vergeleken tussen medische huizen in de verschillende gewesten. Tevens wordt per gewest de totale financiering uitgesplitst naar de verschillende financieringsbronnen. Het relatieve belang van iedere financieringsbron wordt telkens per gewest weergegeven aan de hand van percentages. Conform voorgaande vaststellingen inzake de totale steekproef respondenten, zijn de evoluties tussen 2015 en 2016 zeer beperkt. Daarnaast is ook de uitsplitsing van de totale financiering naar de verschillende financieringsbronnen zeer vergelijkbaar in beide jaren. Omwille van deze reden worden in figuur 76 enkel de gegevens van 2016 weergegeven.

Figuur 76 - Financiering per verzekerde patiënt in 2016, uitgesplitst naar de verschillende financieringsbronnen, onderscheid tussen de regio's



Bron: Enquête KPMG en data RIZIV

Uit bovenstaande analyse blijkt dat een medisch huis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 2016 gemiddeld 382 euro aan forfaitaire vergoedingen per verzekerde patiënt ontvangt. In het Vlaams Gewest bedraagt de gemiddelde forfaitaire vergoeding per verzekerde patiënt 338 euro. In Wallonië bedraagt de gemiddelde forfaitaire vergoeding per verzekerde patiënt het meest, met name 405 euro per patiënt.

Verder kan er opgemerkt worden dat de financiering van een medisch huis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 2016 gemiddeld voor 85% bestaat uit forfaits. Deze verhouding ligt voor respondenten gevestigd in Vlaamse en Waalse Gewest iets lager, respectievelijk 79% en 80%.

Medische Huizen in het Vlaams Gewest ontvingen in 2016 relatief meer financiering vanuit de vergoedingen in het kader van Maribel dan medische huizen in het Waalse - en Brussels Hoofdstedelijk Gewest (16% tegenover respectievelijk 13% en 9%). Het relatieve belang van diverse vergoedingen schommelde in 2016 voor de 3 gewesten tussen 5% en 7%.

Federatie

Tabel 49 geeft de verdeling van de respondenten zoals deze zijn opgenomen binnen de analyses inzake federatie, zowel in 2015 als in 2016. Daar FMM het meest aantal mature leden telt (cf. supra) en in de financieringsanalyses niet-mature medische huizen vaak

buiten beschouwing worden gelaten door gebrek aan data, vertegenwoordigt deze federatie eveneens het grootst aantal respondenten in onderstaande analyses.

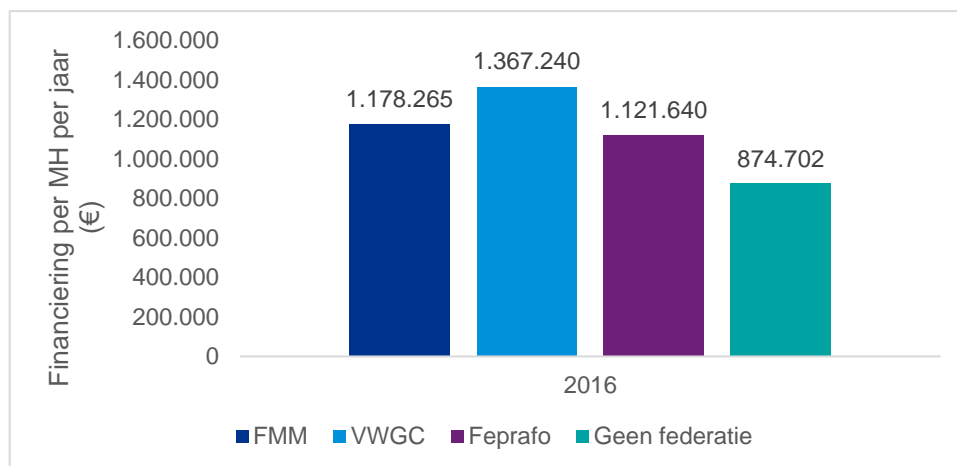
Tabel 49 - Beschrijving van clusters op basis van federatie

	FMM	VWGC	Feprafo	Geen federatie	Totaal
2015	78	24	12	16	130
2016	80	24	15	24	143

Bron: Enquête KPMG en data RIZIV

Figuur 77 geeft de gemiddelde financiering per medisch huis weer voor 2016, opgedeeld volgens federatie. De cijfers voor 2015 worden niet opgenomen aangezien deze zeer gelijkaardig zijn aan deze van 2016. Uit de grafiek blijkt dat respondenten die lid zijn van federatie VWGC gemiddeld het meest ontvangt per medisch huis, namelijk 1,37 miljoen euro in 2016. Medische huizen die behoren tot FMM ontvangen gemiddeld 1,18 miljoen euro aan financieringsmiddelen in 2016. Medische huizen die behoren tot Feprafo hebben in 2016 gemiddeld 1,12 miljoen euro ontvangen. Medische huizen die niet aangesloten zijn bij een federatie ontvangen gemiddeld het minste, namelijk 0,87 miljoen in 2016. Dit ligt in lijn met de bevindingen uit de interviews, waaruit blijkt dat deze medische huizen vaak minder goed op de hoogte zijn van de mogelijke financieringsbronnen (cf. supra).

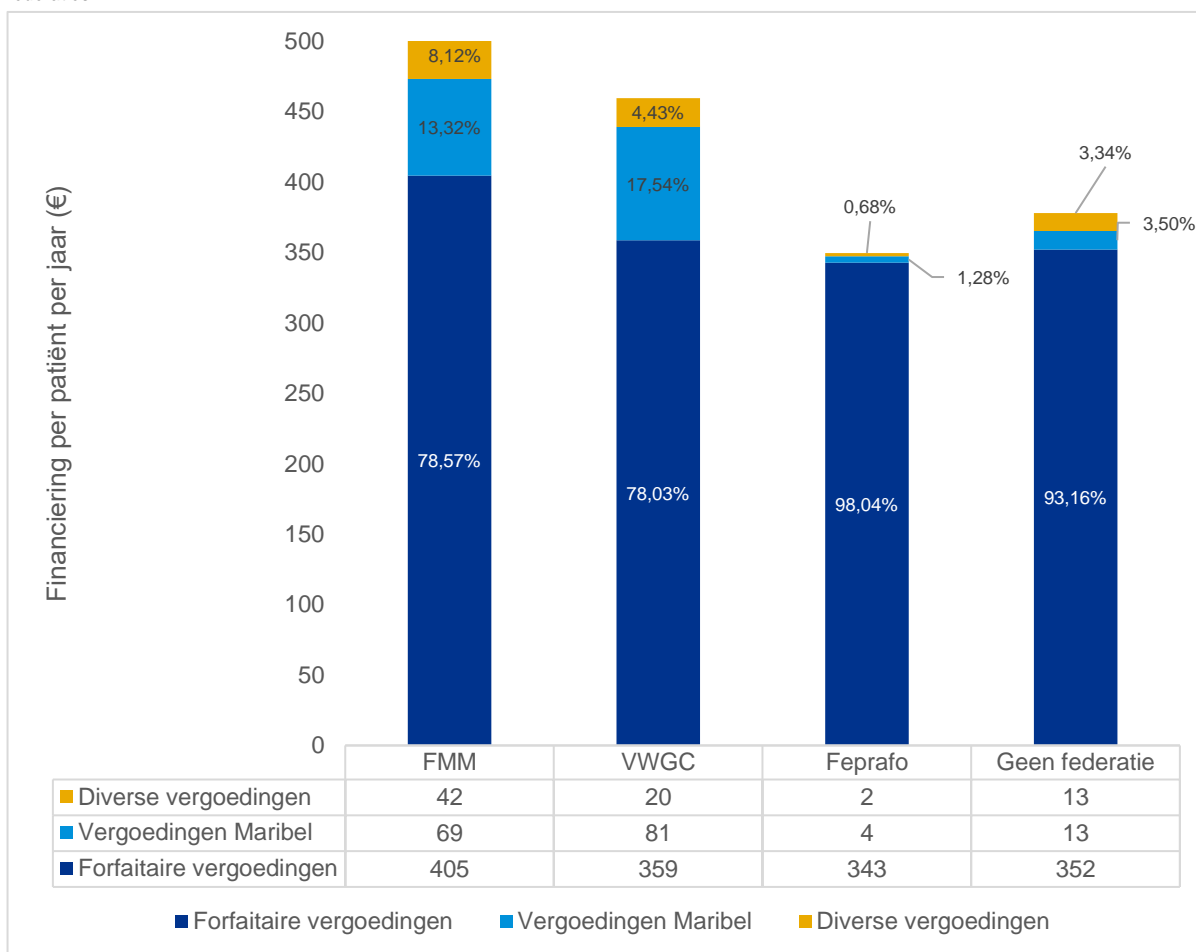
Figuur 77 - Financiering per medisch huis in 2016, onderscheid tussen de federaties



Bron: Enquête KPMG en data RIZIV

In figuur 78 wordt de totale financiering uitgesplitst naar de verschillende financieringsbronnen en uitgedrukt in functie van het aantal verzekerde patiënten. Hieruit blijkt dat een medisch huis dat behoort tot FMM gemiddeld 515 euro aan financiering per verzekerde patiënt heeft ontvangen in 2016, gevolgd door medische huizen lid van VWGC met gemiddeld 460 euro per verzekerde patiënt in 2016. Medische huizen die niet zijn aangesloten tot een federatie hebben in 2016 gemiddeld 378 per verzekerde patiënt ontvangen en leden van Feprafo hebben gemiddeld het minst ontvangen, namelijk 350 euro per verzekerde patiënt in 2016. Dit wordt weergegeven in onderstaande figuur.

Figuur 78 - Financiering per verzekerde patiënt in 2016, uitgesplitst naar de verschillende financieringsbronnen, onderscheid tussen de federaties



Bron: Enquête KPMG en data RIZIV

Het relatieve belang van iedere financieringsbron binnen elke federatie wordt eveneens weergegeven in bovenstaande figuur. Hieruit blijkt dat voor medische huizen aangesloten bij FMM en bij VWGC het relatieve belang van forfaitaire vergoedingen telkens ongeveer 78% bedraagt. Dit ligt hoger bij leden van Feprafo en respondenten die niet zijn aangesloten bij een federatie, respectievelijk 98,04% en 93,16%. Doordat medische huizen aangesloten bij Feprafo nauwelijks beroep doen op andere financieringsbronnen, zijn deze medische huizen voor hun financiering bijna uitsluitend afhankelijk van het forfait. In absolute bedrag is de financiering die zij vanuit het RIZIV ontvangen echter het kleinst, namelijk 343 euro per verzekerde patiënt. De medische huizen die behoren tot FMM daarentegen ontvangen gemiddeld het hoogste forfait per verzekerde patiënt. Dit kan te maken hebben met het feit dat FMM een groot aandeel mature medische huizen binnen haar ledenbestand heeft en mature huizen gemiddeld oudere patiënten hebben, meer chronisch zieken en meer patiënten met verhoogde tegemoetkoming (cf. patiënten profiel). Daarnaast hebben deze leden in 2016 eveneens het grootste bedrag ontvangen vanuit diverse financieringsbronnen in vergelijking met de andere categorieën.

Medische huizen die behoren tot de VWGC maken het meest aanspraak op vergoedingen in het kader van Maribel. Zij halen gemiddeld 17,5% van hun financiering uit deze bron.

Een mogelijke verklaring hiervoor is het feit dat deze medische huizen meer bedienden tewerkstellen (in plaats van zelfstandige zorgverleners), zo blijkt uit de interviews.

2.4.1.2.2 Verzamelde opmerkingen inzake de berekening van het forfait tijdens de interviews

Zoals reeds vermeld in het inleidend hoofdstuk, wordt het forfait berekend aan de hand van de maturiteit van het medisch huis, alsook verschillende variabelen die de grootte van het budget bepalen. Een opstartend, niet-matuur medisch huis krijgt een gemiddeld forfait per patiënt, daar waar het forfait voor mature medische huizen, mits een patiëntenbestand van 500 ingeschreven rechthebbenden, jaarlijks wordt herberekend in functie van de zorgbehoeften diens patiënten (leeftijd, geslacht, chronische aandoening, etc.). Tijdens de interviews werd echter vaak aangegeven dat in de **huidige berekening van het forfait niet de correcte variabelen** worden opgenomen zodoende de zorgnood van de populatie te bepalen, waardoor het budget niet correct verdeeld zou worden. Hoewel een evaluatie van de berekening van het forfait niet binnen de scope van deze studie valt, worden in dit onderdeel toch enkele opmerkingen opgenomen die gegeven werden tijdens de interviews inzake de berekening van het forfait.

Hieronder worden de variabelen opgelijst die **op basis van een deel van de interviews** onvoldoende in rekening zouden gebracht worden in de huidige berekening van het forfait:

- De meerkost van **verpleegkundige forfaits B & C** (voor patiënten die veel thuisverpleging vragen (bijvoorbeeld bedlegerige patiënten)) **en E-pathologie** (voor patiënten die meer nood hebben aan kinesitherapie (bijvoorbeeld patiënten met een zware spierziekte)). Hoewel deze wel mee opgenomen zouden zijn in het budget, zou volgens sommige medische huizen bij de verdeling van het budget per medisch huis geen rekening mee gehouden worden, waardoor de medische huizen die de zorg voor forfaits B en C verlenen, hiervoor onvoldoende zouden vergoed worden. Dit zou te wijten zijn aan een gebrek aan registratie hiervan. Hierdoor zou deze groep patiënten op basis van de interviews sterk ondervertegenwoordigd zijn binnen het forfaitair systeem, daar medische huizen er te weinig financiële middelen voor zouden krijgen. Deze ondervertegenwoordiging zou volgens een geïnterviewd medisch huis nagegaan kunnen worden door het aantal oudere zorgbehoevenden in de 2 systemen (forfait en per prestatie) te vergelijken. Een medisch huis gaf tijdens de interviews aan dat indien deze variabelen beter vertegenwoordigd zouden zijn in de verdeling van het budget, medische huizen er geen baat bij zouden hebben om deze patiënten niet te verzorgen. Momenteel zou de overgrote meerderheid van de forfaits B en C patiënten in het forfaitair systeem ingeschreven zijn bij medische huizen die geen discipline verpleging in hun medisch huis hebben opgenomen.
- Het forfait voor kinesitherapeuten zou volgens sommige medische huizen te laag zijn (berekend als bachelor gediplomeerden terwijl dit master diploma's betreft),

waardoor er vaak beroep zou worden gedaan op het forfait verkregen binnen andere disciplines om kinesitherapie mee te vergoeden.

- **Afkomst**, vaak gepaard met **anderstaligheid** wat de werklast aanzienlijk zou kunnen verhogen volgens sommige geïnterviewde medische huizen. Medische huizen die veel anderstalige patiënten hebben, doen in sommige gevallen beroep op een tolk, maar deze dient op voorhand gereserveerd te worden opdat deze de consultatie kan bijwonen. Daarnaast behelpen ze zich vaak via internet, interne medewerkers die de taal spreken, of via het project “Interculturele bemiddeling voor huisartsen”, een initiatief van de FOD Volksgezondheid, waarbij er via videoconferenties beroep gedaan kan worden op bemiddelaars.
- **Geestelijke gezondheidszorgproblematiek**. Voornamelijk in Brussel, maar ook in wijken in andere gewesten, zou een groot deel van de patiënten met psychische problemen kampen, waarvoor zij volgens de geïnterviewde medische huizen vaak op consultatie zouden komen. Vaak zouden deze patiënten ook voor meerdere problemen tegelijk op consultatie komen (bijvoorbeeld slaapproblemen, geldproblemen, huisvestingsproblemen, etc.). Psychose zou op basis van de interviews reeds deels vervat zijn in de berekening van het forfait, maar veel patiënten zouden op basis van de interviews niet onder deze categorie vallen.
- Patiënten met **complexe zorg op de eerste lijn** zouden vaak wel een erkenning in de ziekteverzekering hebben, maar deze zouden op basis van de interviews niet opgenomen zijn in de gebruikte variabelen, bijvoorbeeld palliatieve patiënten, patiënten met een erkenning in multidisciplinair pijncentrum of in centrum voor neuromotorische aandoeningen. Ook de zorg voor **rusthuispatiënten** zou hoog zijn en zou onvoldoende in rekening gebracht worden bij de berekening en de verdeling van het forfait.
- **Preventie**. Medische huizen zouden op basis van de interviews sterk inzetten op preventie, maar de inspanningen geleverd in dit kader zouden op basis van de interviews niet mee opgenomen worden in de forfaitaire vergoeding. Het aantal voorschriften van medicatie zou wel vervat zitten in de berekening van het forfait, maar preventie maatregelen niet. Medische huizen die bijgevolg sterker inzetten op preventie in plaats van het voorschrijven van medicatie, zouden in dit opzicht “gepenaliseerd” worden voor het ondernemen van meer preventieve maatregelen.
- **Analfabetisme en laaggeschoolde populatie**. Deze consultaties zouden vaak meer tijd en opvolging vergen daar zij vaak het advies / diagnose niet meteen begrijpen.
- **Toxicomanie**. Op basis van de enquête zouden verslaafde patiënten eveneens een grote zorgnood met zich meenemen, die niet in rekening gebracht zou worden bij de berekening van het budget volgens enkele geïnterviewde medische huizen.

Gezinnen met veel **jonge kinderen**. Deze zouden doorgaans ook meer op consultatie komen.

Tijdens de interviews aangegeven dat er nood is aan een **gedegen meetinstrument** om de zorgnood van de populatie binnen elk medisch huis in kaart te kunnen brengen, teneinde de verdeling van het forfaitaire budget hier beter op af te kunnen stemmen.

Tijdens de interviews werd eveneens aangegeven dat de **elementen** opgenomen in het **GMD** een bron zouden kunnen zijn om variabelen te bepalen die mee in rekening genomen zouden kunnen worden in de berekening van het forfait. Bovendien zou dit de registratie en kwaliteit van de GMD's kunnen bevorderen, daar de inhoud van het GMD mogelijks een financiële implicatie kan hebben. Om dit bewerkstellingen, dienen de beschikbare software pakketten voldoende registratie en extractie toe te laten.

Ook zou het verkrijgen van het **gemiddeld forfait** per patiënt voor sommige medische huizen noodzakelijk zijn om een opstart te kunnen ondersteunen (daar zij wel dezelfde zorgcontinuïteit dienen te garanderen met vaak nog een zeer klein patiëntenbestand). Voor medische huizen die vanuit een bestaande (groeps-)praktijk zijn overgeschakeld naar het forfaitair systeem met een reeds groot aantal patiënten (door het meenemen van diens huidig patiëntenbestand) zou er onderzocht kunnen worden of de werkelijke forfait meteen bij opstart berekend zou kunnen worden (in plaats van de eerste 2 jaar een gemiddeld forfait per patiënt te geven).

Daarnaast werd eveneens aangegeven dat **aanpassen van de forfaitaire vergoeding** voor niet-mature medische huizen die overgaan tot een “matuur medisch huis”, lang kan duren waardoor het kan zijn dat een medisch huis reeds 3 tot 4 jaar in het forfaitair systeem actief is, maar nog steeds het gemiddeld forfait ontvangt voor haar patiënten. Het is bijgevolg aangewezen om de herberekening van het forfait zo snel mogelijk na de overschakeling te laten verlopen, teneinde de verdeling van het budget en de vergoeding per medisch huis zo accuraat mogelijk te maken.

Daarbij blijkt de **informatie** inzake de **berekening** of de aanpassing van het forfait zeer traag door te stromen, waardoor het vaak moeilijk zou zijn voor medische huizen om een financiële planning op te maken. Bovendien blijken verschillende medische huizen (voornamelijk niet-mature medische huizen) niet of in zeer beperkte mate op de hoogte te zijn van het mechanisme dat gebruikt wordt voor de berekening van het forfait, de variabelen die hier in rekening gebracht worden, de impact van een mogelijke aanpassing/herberekening (voor niet-mature medische huizen), etc. Hierin zou meer **transparantie** gecreëerd dienen te worden zodoende medische huizen in staat te stellen om te kunnen inspelen op eventuele toekomstige wijzingen in hun budget.

Tot slot blijkt op basis van de interviews de **regelgeving** op de **verschillende niveaus** (federaal vs. regionaal) niet op elkaar afgestemd te zijn, waardoor er voor het verkrijgen van regionale subsidies andere voorwaarden worden gesteld dan op federaal niveau voor medische huizen in het forfaitair systeem. Zo blijkt bijvoorbeeld het hebben van een VZW structuur niet verplicht te zijn vanuit de federale regelgeving, maar wel vanuit bepaalde regionale decreten (bijvoorbeeld decreet Communauté Française), het opnemen van een maatschappelijk assistent in het medisch huis een voorwaarde te zijn voor het verkrijgen

van bepaalde subsidies binnen Vlaanderen (terwijl dit niet verplicht wordt vanop federaal niveau), etc.

Conclusie:

De werking van medische huizen binnen het **forfaitair systeem** kan ondersteund worden met **verschillende financieringsbronnen en –mechanismen** zijnde **forfaitaire vergoedingen**, vergoedingen in het kader van de sociale en fiscale **Maribel** en **diverse vergoedingen** ontvangen vanuit lokale, provinciale, regionale en federale overheden.

Daarnaast rekenen medische huizen hun patiënten voor bepaalde **technische prestaties** nog een bedrag per prestatie aan. Uit de interviews kwam naar voren dat medische huizen deze technische prestaties per patiënt beperken om de administratie die hiermee gepaard zou gaan te vermijden, omdat er onduidelijkheid zou bestaan over de te factureren prestaties of om de toegankelijkheid te verhogen.

De **financiering per patiënt** bestaat gemiddeld voor 81% uit forfaitaire vergoedingen. De vergoedingen in het kader van de sociale en fiscale Maribel bedragen gemiddeld 12% van de financiering per patiënt en de diverse vergoedingen 7%.

Medische huizen in het **Brussels Hoofdstedelijk Gewest** maken verhoudingsgewijs het minst gebruik van vergoedingen in het kader van **Maribel**. Ook bij medische huizen aangesloten bij **Feprafo** en **niet aangesloten** medische huizen is het belang van deze financieringsbron beperkt.

Verschillende medische huizen gaven tijdens de interviews aan dat de huidige **berekening van het forfait niet de correcte variabelen bevat**, waardoor het budget niet correct verdeeld wordt. Deze respondenten gaven aan dat de meerkost van verpleegkundige forfaits B&C, de anderstaligheid en geestelijke gezondheidsproblematiek van de patiënten en de mate dat een medisch huis inzet op preventie te weinig in rekening worden gebracht bij de berekening. Tijdens de interviews werd aangegeven dat er nood is aan een **gedegen meetinstrument** om de zorgnood van de populatie binnen elk medisch huis in kaart te kunnen brengen, teneinde de verdeling van het forfaitair budget hier beter op af te kunnen stemmen.

Daarnaast gaven een aantal respondenten aan dat de **aanpassing van de forfaitaire vergoeding**, wanneer medische huizen overgaan van niet-matuur naar matuur, vaak lang **aansleept**. Tot slot blijkt op basis van de interviews de **regelgeving** op de **verschillende niveaus** (federaal vs. regionaal) niet op elkaar afgestemd te zijn, waardoor er voor het verkrijgen van regionale subsidies andere voorwaarden worden gesteld dan op federaal niveau voor medische huizen in het forfaitair systeem.

2.4.2 Ratioanalyse

In dit hoofdstuk worden de voornaamste kengetallen en financiële ratio's geanalyseerd van medische huizen waarvoor jaarrekeningen te vinden zijn in Belfirst. Eerstvolgend zal een korte toelichting van de methodologie en de gebruikte ratio's gegeven worden, gevolgd door een gedetailleerde toelichting van de geselecteerde ratio's voor de gehele steekproef van respondenten.

2.4.2.1 Methodologie

Voor de ratioanalyse werd gebruik gemaakt van jaarrekeningen van medische huizen die terug te vinden zijn in Belfirst voor 2015 en/of 2016. Voor 101 van de 175 medische huizen werd een jaarrekening in Belfirst teruggevonden. De analyses van de ratio's zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van deze 101 medische huizen. Voor medische huizen met opmerkelijke ratio's wordt een detailweergave per ratio gegeven met de clusters waartoe ze behoren. Deze clusters worden enkel weergegeven voor medische huizen die daadwerkelijk deelnamen aan de enquête, daar clusters bepaald zijn op basis van de enquête. Voor 91 van de 160 respondenten werd een jaarrekening in Belfirst gevonden en konden clusters worden gedefinieerd. Voor 10 medische huizen werden wel gegevens gevonden in Belfirst, maar werd geen enquête ingevuld. De clusters die worden onderscheiden zijn dezelfde als in het hoofdstuk rond de financieringsbronnen. Daarnaast worden drie extra clusters onderscheiden die ook in het hoofdstuk rond de werkingskosten terugkomen. Deze extra clusters zijn de vennootschapsvorm (BVBA of VZW), het aantal MKI disciplines dat wordt aangeboden en het aantal patiënten. Op basis van het aantal patiënten wordt een onderscheid gemaakt tussen medische huizen met minder dan 2000 patiënten, medische huizen met een patiëntenbestand tussen 2000 en 4000 patiënten en medische huizen met meer dan 4000 patiënten.⁷¹

Aangezien niet voor alle medische huizen jaarrekeningen beschikbaar zijn voor beide jaren, geeft tabel 50 een overzicht van de gebruikte gegevens. Er zijn in totaal 96 medische huizen met jaarrekeningen voor 2015 en 2016, 3 medische huizen met enkel een beschikbare jaarrekening voor 2015 en 2 medische huizen met enkel een jaarrekening in 2016.

⁷¹ Deze indeling is beperkter dan in voorgaande delen van het rapport. De reden hiervoor is dat deze indeling toelaat voldoende medische huizen te categoriseren in ieder cluster.

Tabel 50 - Aantal medische huizen met jaarrekeningen in Belfirst

Lijst medische huizen: totaal	
Totaal aantal MH met jaarrekening in Belfirst	101
Waarvan jaarrekening voor 2015 en 2016	96
Waarvan enkel jaarrekening voor 2015	3
Waarvan enkel jaarrekening voor 2016	2
Totaal aantal MH met jaarrekening in Belfirst die enquête invulden	91
Waarvan jaarrekening voor 2015 en 2016	89
Waarvan enkel jaarrekening voor 2015	2
Waarvan enkel jaarrekening voor 2016	0
Totaal aantal MH met jaarrekening in Belfirst die enquête niet invulden	10
Waarvan jaarrekening voor 2015 en 2016	7
Waarvan enkel jaarrekening voor 2015	1
Waarvan enkel jaarrekening voor 2016	2

Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

In wat volgt worden er 3 type ratio's geanalyseerd voor de medische huizen met een jaarrekening in Belfirst:

1. Liquiditeit: current ratio
2. Solvabiliteit: vreemd vermogen / totaal vermogen
3. Rentabiliteit: nettorentabiliteit van het eigen vermogen

2.4.2.2 Liquiditeit – Current ratio

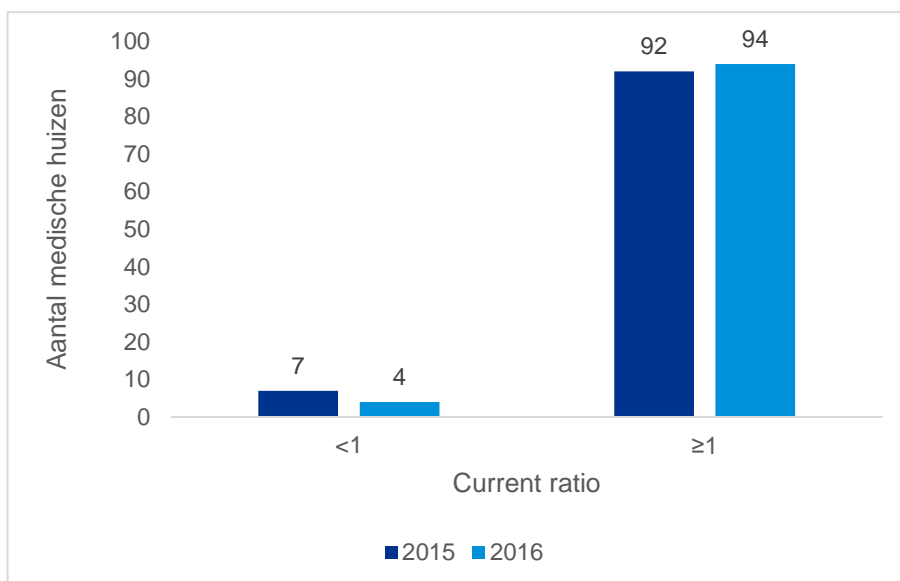
Voor een analyse van de liquiditeit wordt gebruik gemaakt van de current ratio. De current ratio is een kengetal om de financiële toestand en specifiek de liquiditeit van een organisatie te meten. Deze ratio wordt als volgt gedefinieerd:

$$\text{Current ratio} = \frac{\text{Beperkt vlottende activa}}{\text{Schulden op ten hoogste één jaar}}$$

Een current ratio groter dan of gelijk aan 1 wordt als 'gezond' beschouwd, aangezien dit betekent dat de beperkt vlottende activa voldoende zijn om de korte termijn schulden af te lossen. Van beperkt vlottende activa wordt aangenomen dat ze op korte termijn omzetbaar zijn in liquide middelen en zo relatief snel gebruikt kunnen worden voor schulden op korte termijn.

In deze analyse wordt in eerste instantie nagegaan welke medische huizen een gezonde current ratio hebben op basis van de Belfirst jaarrekening (101 medische huizen). Figuur 79 geeft het aantal medische huizen weer met een current ratio kleiner dan 1 en het aantal medische huizen met een current ratio groter dan of gelijk aan 1. Het grootste gedeelte van de medische huizen heeft een current ratio die groter is dan of gelijk aan 1. Dit wil zeggen dat deze medische huizen over voldoende beperkt vlottende activa beschikken om hun schulden op ten hoogste één jaar te dekken. In 2016 zijn er iets meer medische huizen (94 van de 98) met een current ratio groter dan één dan in 2015 (92 van de 99).

Figuur 79 - Current ratio voor alle medische huizen in 2015 en 2016



Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

In tabel 51 wordt voor de medische huizen waarvoor jaarrekeningen beschikbaar zijn voor beide jaren gekeken hoe de current ratio evolueert tussen 2015 en 2016. Het **grootste deel van de medische huizen (87) heeft een current ratio groter dan 1** in beide jaren. Daarnaast zijn er 6 medische huizen die in 2016 een current ratio groter dan 1 hebben, terwijl dit in 2015 nog kleiner dan 1 was. 2 medische huizen die in 2015 nog een gezonde current ratio hebben, slagen hier in 2016 niet opnieuw in. Tenslotte is er 1 medisch huis met een current ratio kleiner dan 1 in beide jaren.

Tabel 51 - Overgangstabel currentratio's 2015 en 2016

		2016	
		> 1	< 1
2015	> 1	87	2
	< 1	6	1

Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

Tabel 52 geeft een detailoverzicht van de medische huizen met een current ratio kleiner dan 1 in één van beide jaren (aangeduid in rood). Voor deze medische huizen worden ook de clusters getoond waartoe ze behoren. In deze tabel valt op dat slechts één medisch huis voor twee opéénvolgende jaren een current ratio kleiner dan 1 heeft. Verder kunnen er geen systematische verbanden gevonden worden tussen de 10 medische huizen die een current ratio ratio kleiner dan 1 hebben in één van beide jaren.

Tabel 52 - Detailweergave van medische huizen met een current ratio kleiner dan 1 in 2015 of 2016

MH	Federatie	Regio	Matuur	Vennootschapsvorm	Aantal patiënten	Aantal MKI disciplines	Current ratio (2015)	Current ratio (2016)
1	FMM	W	1	VZW	2000-4000	3	0,82	1,30
2	Feprafo	B	1	BVBA	2000-4000	2	0,75	0,84
3	Geen federatie	B	1	VZW	<2000	3	0,78	1,24
4	FMM	B	1	VZW	<2000	3	0,99	1,36
5	Geen federatie	B	1	BVBA	>4000	3	0,89	1,04
6	Geen federatie	V	1	VZW	2000-4000	2	0,97	2,07
7	Feprafo	V	0	BVBA	#N/A ⁷²	1	0,94	2,14
8	VWGC	V	1	BVBA	2000-4000	3	1,69	0,42
9	Feprafo	W	1	BVBA	>4000	2	1,51	0,60
10 ⁷³	Feprafo	V	1	BVBA	#N/A	#N/A	n.b.	0,23

Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

2.4.2.3 Solvabiliteit – Vreemd vermogen/Totaal vermogen

Voor een analyse van de solvabiliteit van de medische huizen in België wordt gebruik gemaakt van de schuldgraad. Deze ratio wordt gebruikt om inzicht te krijgen in de financiële gezondheid van een organisatie op de langere termijn, en wordt als volgt gedefinieerd:

$$\text{Schuldgraad} = \frac{\text{Vreemd vermogen}}{\text{Totaal passief}}$$

Deze ratio geeft weer welk gedeelte van de totale financieringsmiddelen afkomstig zijn van schuldeisers (vreemd vermogen). Schuldfinanciering brengt, in tegenstelling tot financiering door eigen aandeelhouders (eigen vermogen), periodieke aflossingen en interestbetalingen met zich mee.

Voor de analyse van de schuldgraad wordt gekeken naar het aantal medische huizen dat een bepaalde schuldgraad heeft. Voor deze analyse wordt de totale steekproef verdeeld in 5 categorieën volgens oplopende schuldgraad. Net zoals bij de current ratio worden geen gemiddelde schuldgraden bepaald.

Figuur 80 geeft de schuldgraad van alle medische huizen in 2015 en 2016 weer waarvoor een jaarrekening beschikbaar is in Belfirst. Deze toont aan dat zeer hoge schuldgraden bij de medische huizen in onze steekproef slechts in beperkte mate voorkomen.⁷⁴ In zowel 2015 als 2016 hebben respectievelijk 3 en 4 medische huizen een schuldgraad groter dan 80%. Het grootste gedeelte van de in de steekproef opgenomen medische huizen heeft een schuldgraad lager dan 40%. Zo heeft 59,6% (59 van de 99) een

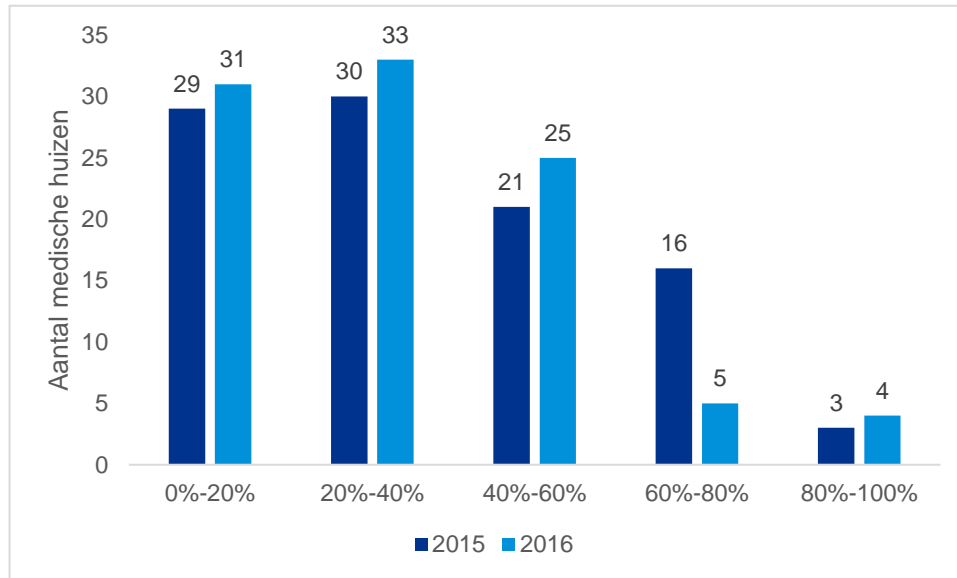
⁷² Aantal patiënten niet opgegeven in enquête (recent medisch huis)

⁷³ Non-respons waardoor geen info m.b.t. clusters / karakteristieken van het medisch huis

⁷⁴ De gemiddelde schuldgraad in onze steekproef van medische huizen bedraagt 33% in 2015 en 36% in 2016.

schulddgraad van 40% of lager in 2015. In 2016 loopt dit percentage op tot 65% (64 van de 98). De grootste verandering tussen beide jaren kan waargenomen worden in de categorie van medische huizen met een schulddgraad tussen 60% en 80%. In 2015 hebben 80,8% van de medische huizen (80 van de 99) een schulddgraad lager dan 60%. In 2016 bedraagt dit percentage 90,8% (90 van de 98).

Figuur 80 - Schulddgraad van alle medische huizen in 2015 en 2016, opgesplitst in 5 categorieën



Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

In tabel 53 worden medische huizen met een schulddgraad groter dan 80% in één van beide jaren in detail opgenomen (aangeduid in rood). Dergelijke schulddgraden zijn uitzonderlijk binnen de onderzochte medische huizen. Het valt op dat de meeste medische huizen in tabel 53 een hoge schulddgraad hebben voor beide jaren van de onderzoeksperiode. De reden hiervoor is dat schulddgraden vaak bepaald worden door de financieringsstructuur en deze op langere termijn vastligt. Verder zijn 4 van de 6 medische huizen met een hoge schulddgraad in één van beide jaren gevestigd in het Vlaams Gewest. Dit kan door de kleine steekproef echter toeval zijn. Verder kunnen er geen systematische gelijkenissen worden vastgesteld op basis van de indeling in clusters.

Tabel 53 - Detailweergave van medische huizen met een schuldgraad groter dan 80% in 2015 of 2016

MH	Federatie	Regio	Matuur	Vennoot- schapsvorm	Aantal patiënten	Aantal MKI disciplines	VV/TV (2015)	VV/TV 2016)
11	VWGC	V	1	BVBA	<2000	3	94,73	90,73
12	VWGC	V	1	VZW	2000- 4000	3	82,04	70,84
13	Geen federatie	V	1	VZW	2000- 4000	2	97,39	45,23
14	Feprafo	V	1	VZW	2000- 4000	2	70,86	81,71
15	Feprafo	W	1	BVBA	>4000	2	62,63	88,31
16	Feprafo	V	1	BVBA	#N/A	#N/A	n.b	81,33

Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

2.4.2.4 Rentabiliteit – Netto rentabiliteit van het eigen vermogen

Voor de rentabiliteitsanalyse wordt de netto rentabiliteit van het eigen vermogen in beschouwing genomen. De netto rentabiliteit van het eigen vermogen wordt als volgt gedefinieerd:

$$\text{Netto rentabiliteit van het eigen vermogen} = \frac{\text{Winst of verlies na belastingen}}{\text{Eigen vermogen}}$$

Deze ratio geeft weer hoeveel winst of verlies er gerealiseerd wordt ten opzichte van het eigen vermogen ingebracht door aandeelhouders.

Aangezien de netto rentabiliteitsratio in theorie onbegrensd is en daarnaast ook voor sommige medische huizen sterkt fluctueert overheen de jaren, worden geen gemiddelde rentabiliteitsratio's berekend voor de gehele steekproef of de verschillende clusters.

Voor één medisch huis⁷⁵ zijn alle ratio's beschikbaar met betrekking tot beide jaren, met uitzondering van de rentabiliteitsratio voor 2015. In deze analyses, wordt er bijgevolg één medisch huis minder in rekening genomen.

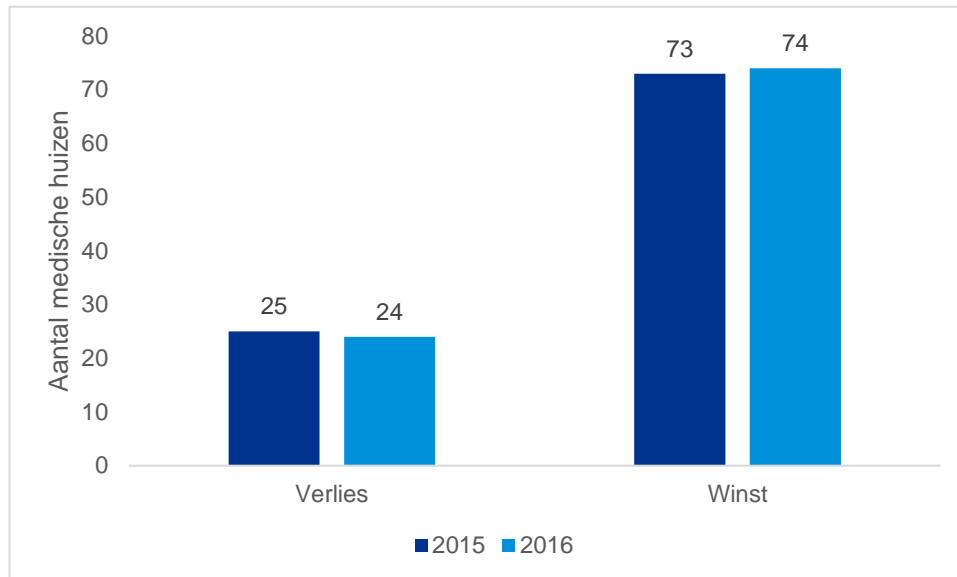
Figuur 81 geeft het aantal medische huizen weer die winst of verlies maken in een gegeven jaar.⁷⁶ Uit deze cijfers blijkt dat in beide jaren ongeveer één op vier medische

⁷⁵ De jaarrekening van één medisch centrum bevatte bij raadpleging in Belfirst geen gegevens m.b.t. de netterentabiliteit van het eigen vermogen voor 2015.

⁷⁶ Voor één medisch huis is er geen rentabiliteitsratio beschikbaar voor 2015, terwijl alle andere ratio's wel beschikbaar zijn. Het gaat om medisch huis nummer 129. Dit medisch huis wordt beschouwd als matuur, is gevestigd in het Vlaams Gewest en is niet aangesloten bij een federatie. In de overeenkomstige analyses valt er één observatie is voor de analyse van de rentabiliteitsratio.

huizen verlies maakt. Voor deze medische huizen is de netto rentabiliteit van het eigen vermogen negatief.

Figuur 81 – Winstgevendheid van alle medische huizen in 2015 en 2016



Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

Wanneer beide jaren van de onderzoeksperiode in beschouwing genomen worden, blijkt dat 61,1% (58 van de 95 medische huizen) winst maakt in zowel 2015 als 2016. Verder blijkt uit tabel 54 dat 10,5% (10 van de 95) verlies maakt in beide jaren.

Tabel 54 - Overgangstabel winstgevendheid 2015 en 2016

		2016	
		Winst	Verlies
2015	Winst	58	13
	Verlies	14	10

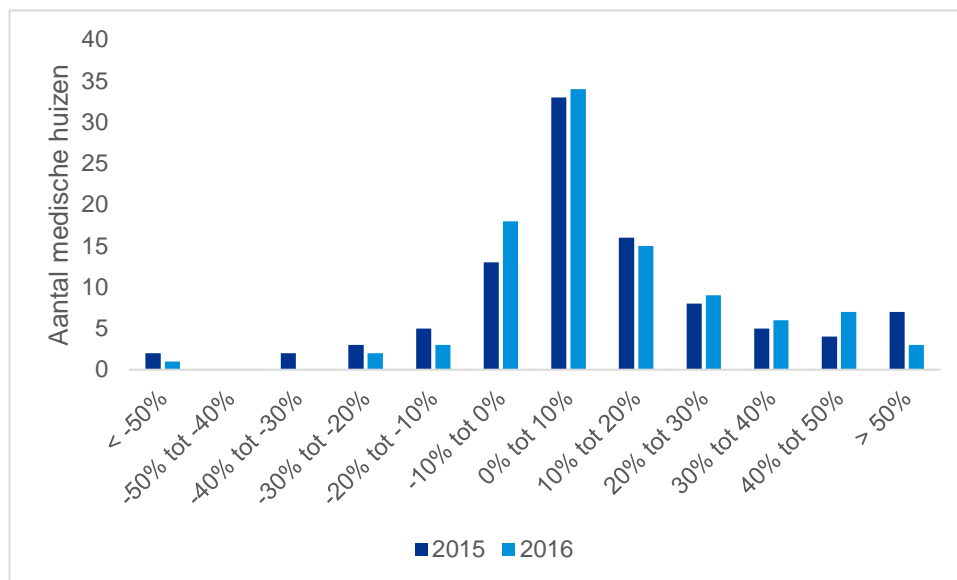
Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

In figuur 82 wordt de rentabiliteitsratio meer in detail opgesplitst voor de medische huizen. Op basis van deze figuur kan worden vastgesteld dat in beide jaren een overgroot deel van de medische huizen een rentabiliteitsratio heeft tussen -20% en +20% (67 van de 98 medische huizen in 2015 en 70 van de 99 medische huizen in 2016). Verder hebben **ongeveer de helft van de medische huizen een rentabiliteitsratio tussen -10% en +10%** (46 van de 98 medische huizen in 2015 en 52 van de 99 medische huizen in 2016). Aangezien het overgrote deel van de medische huizen gestructureerd is als **VZW**, worden kleine netto rentabiliteitsratio's verwacht, aangezien deze medische huizen opereren zonder winstoogmerk. Daarnaast kan worden vastgesteld dat de netto rentabiliteitsratio bij benadering normaal verdeeld is in beide jaren, met de meeste binnen de categorie 0 tot 10% en dus in lijn met hun structuur.

Wanneer beide jaren vergeleken worden, haalt 34% van de medische huizen een hogere rentabiliteitsratio in 2016 ten opzichte van 2015. Bij 66% van de medische huizen wordt

er een negatieve evolutie in de rentabiliteitsratio vastgesteld. De veranderingen tussen beide jaren zijn vaak beperkt. Bij drie op vier (71 van de 95)⁷⁷ medische huizen is deze evolutie beperkt tot maximaal 15%.

Figuur 82 – Netto rentabiliteit van alle medische huizen in 2015 en 2016, opgesplitst in 12 categorieën



Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

In tabel 55 worden medische huizen met een extreme rentabiliteitsratio in detail opgenomen (aangeduid in rood). Het valt op dat netto rentabiliteitsratio's kleiner dan -50 procent en groter dan 50% meermaals voorkomen. Voor de meeste medische huizen in de tabel schommelt de rentabiliteit sterk tussen beide jaren van de onderzoeksperiode. Daarnaast zijn verschillende medische huizen met een hoge netto rentabiliteit gestructureerd als VZW, wat als opmerkelijk kan worden beschouwd. Verder kunnen geen systematische gelijkenissen vastgesteld worden op basis van de clusters waartoe deze medische huizen met uitzonderlijk hoge of lage rentabiliteitsratio's behoren.

⁷⁷ Voor 95 medische huizen is een rentabiliteitsratio beschikbaar voor twee opeenvolgende jaren.

Tabel 55 - Detailweergave van medische huizen met een nettorentabiliteit <-50% of >50% in 2015 of 2016

MH	Federatie	Regio	Matuur	Vennootschapsvorm	Aantal patiënten	Aantal MKI disciplines	NR EV (2015)	NR EV (2016)
NR EV <-50%								
17	GVHV	V	#N/A	VZW	#N/A	#N/A	-66,38	24,2
18	VWGC	V	1	BVBA	<2000	3	- 158,53	41,71
19	GVHV	W	#N/A	VZW	#N/A	#N/A	n.b.	-101,66
NR EV >+50%								
20	FMM	B	1	VZW	<2000	3	91,69	44,35
21	Geen federatie	B	1	VZW	<2000	3	81,07	43,21
22	FMM	B	1	BVBA	<2000	3	148,33	36,62
23	FMM	W	1	VZW	<2000	3	78,33	12,17
24	Geen federatie	W	1	VZW	<2000	3	75,00	96,11
25	Feprafo	W	1	BVBA	>4000	3	65,67	6,49
26	Feprafo	V	0	BVBA	0	1	53,52	40,36
27	Feprafo	V	1	BVBA	#N/A	#N/A	n.b.	85,68
28	Geen federatie	V	1	VZW	2000-4000	2	n.b.	97,02

Bron: Enquête KPMG en Belfirst (Bureau van Dijk)

Conclusie:

Op basis van de jaarrekeninggegevens uit Belfirst blijkt de **current ratio** voor het overgrote deel van de medische huizen, groter is dan 1, wat aangeeft dat de beperkt vlottende activa in staat zijn de schulden op ten hoogste één jaar te financieren.

Uit een analyse van de **schuldgraad** blijkt dat medische huizen vaak een schuldgraad hebben die lager is dan 60%. Daarnaast komen extreem hoge schuldgraden van 80% en meer zelden voor.

Op basis van een analyse van de **netto rentabiliteit van het eigen vermogen** blijkt dat ongeveer 75% van de medische huizen een positieve netto rentabiliteit heeft. Vaak blijft deze positieve netto rentabiliteit beperkt tot 10% van het eigen vermogen, wat normaal voor medische huizen die gestructureerd zijn als VZW. Er blijken echter een aantal medische huizen een netto rentabiliteitsratio te realiseren groter dan 20% van het eigen vermogen.

2.4.3 Kostenanalyse

In dit hoofdstuk wordt de kostenstructuur van de respondenten in detail geanalyseerd. Via de enquête werden volgende kostensoorten opgevraagd:⁷⁸

- Gebouwkosten (huur, elektriciteit, gas, schoonmaak, onderhoud, bewaking)
- Personeelskost (bezoldigingen, sociale lasten & pensioenen) per personeelscategorie
- IT kosten (software, hardware, servers, helpdesk)
- Transportkost
- Installatiekosten (bijvoorbeeld kosten voor medisch apparatuur (bijvoorbeeld investeringskosten in dat jaar))
- Trainingskost (opleidingen voor personeel)

In de analyses die volgen wordt bijgevolg met kosten alle bovenvermelde kosten bedoeld zoals ingevuld in de enquête. Er is bijgevolg op het cijfermateriaal ingevuld door de respondenten geen revisorale controle uitgevoerd.

Volgende zaken worden in dit hoofdstuk geanalyseerd:

- Analyse van personeelskosten en de niet-personeelsgerelateerde kosten;
- Analyse van de personeelskosten per discipline (MKI);
- Vergelijking van de totale financiering per patiënt met de totale kosten per patiënt;
- Vergelijking van de forfaitaire vergoedingen per patiënt met de MKI-kosten per patiënt;
- Bespreking van de gemiddelde kosten per VTE;
- Correlatie tussen de gemiddelde leeftijd van het patiëntenbestand en de gemiddelde personeelskost per patiënt.

In wat volgt worden eerst de totale kosten en vergelijking met de totale financiering per patiënt besproken. Vervolgens worden deze analyses verder uitgediept en wordt er meer in detail op niveau van kosten en vergoedingen vanuit de ziekteverzekering geanalyseerd, zijnde totale MKI kost (personeelskost van de verschillende disciplines) en de vergelijking met de forfaitaire vergoedingen per patiënt.

2.4.3.1 Methodologie: Kostengegevens en analyses per patiënt

Voor dit hoofdstuk rond de kostenstructuur van medische huizen wordt, net zoals in het gedeelte rond de financieringsbronnen, gewerkt met de gegevens vanuit de enquête. Ook hier worden de kostengegevens van een medisch huis enkel gebruikt wanneer het medisch huis het volledige jaar onder het forfaitair systeem werkt zodoende eventuele extrapolaties te vermijden. Zoals vermeld in het gedeelte rond financiering zijn er 130 van

⁷⁸ Reserves, voorzieningen, financiële middelen en schulden werden eveneens opgevraagd in de enquête maar door de beperkte aangeleverde gegevens en beperkte kwaliteit werden deze gegevens niet mee opgenomen in de kostenanalyse. Balanscomponenten zitten mee vervat in de ratio-analyse. Rentebetalingen op schulden en kapitaalsaflossingen zitten bijgevolg niet vervat in de kosten die geanalyseerd worden in dit onderdeel.

de 160 respondenten die reeds voor 2015 actief waren in het forfaitair systeem. Daarnaast zijn er 13 medische huizen die zijn toegetreden tot het forfaitair systeem in de loop van 2015. De 17 medische huizen die in de loop van 2016 of 2017 toetraden tot het forfaitair systeem worden voor dit gedeelte van het rapport buiten beschouwing gelaten.

De 130 medische huizen die een volledig jaar onder het forfaitair systeem werken in 2015 en de 143 medische huizen die een volledig jaar onder het forfaitair systeem werken in 2016 vormen de startbasis voor de kostenanalyse. Van deze medische huizen zijn er 6 die het deel van de enquête rond kosten niet invulden, zeer onvolledig invulden of voor de kosten verwezen naar de boekhouding. Deze medische huizen worden niet meegenomen in de kostenanalyses. Hierdoor gaan 4 jaarobservaties voor 2015 en 6 jaarobservaties voor 2016 verloren. Verder zijn de kostengegevens van één medisch huis onbruikbaar door een uitzonderlijk hoge afwijking ten opzichte van de andere kosten.⁷⁹

Voor het beoordelen van de kostenstructuur van respondenten en voor de analyse van mogelijke verschillen tussen bepaalde clusters, wordt telkens gekeken naar de kosten per patiënt. Door de kosten te schalen ten opzichte van het aantal patiënten, wordt vermeden dat eventuele systematische verschillen in de grootte van respondenten de bevindingen beïnvloeden.

Voor deze 'analyses per patiënt' worden, net zoals in het gedeelte rond de financieringsbronnen en –mechanismen, twee medische huizen met een opmerkelijke daling in het aantal patiënten in 2016 buiten beschouwing gelaten. Aangezien de totale kosten deze daling in patiënten aantal niet volgen, stijgen de kosten per patiënt voor deze medische huizen immers aanzienlijk. Het opnemen van deze medische huizen zou de resultaten kunnen vertekenen.

Daarnaast worden medische huizen die geen opsplitsing maken tussen de verschillende kostensoorten ook weggelaten uit de analyses, aangezien voor deze respondenten geen diepgaande analyse kan gemaakt worden van de kostenstructuur.

Tabel 56 geeft een samenvattend overzicht.

⁷⁹ De reden hiervoor is een vermoedelijk foutief doorgegeven waarde voor de IT kosten (software, hardware en servers) voor één medisch huis in 2016. De IT kosten bedragen in 2016 namelijk 1,2 miljoen, of 100x de waarde van 2015. Het opnemen van dit medisch huis zou de analyses vertekenen.

Tabel 56 - Overzicht van medische huizen opgenomen in de kostenanalyse voor 2015 en 2016

	2015	2016
Totaal aantal respondenten	160	160
Aantal respondenten die geen volledige jaar onder het forfaitair system werken	30	17
Aantal potentieel geschikte enquêteresultaten	130	143
Onbruikbare enquêteresultaten	4	6
Repondent buiten beschouwing gelaten (vermoedelijke fout in IT-kosten)	/	1
Aantal respondenten met bruikbare kostengegevens	126	136
Buiten beschouwing gelaten outliers (vermoedelijke fout in patiënten aantal)	2	2
Geen onderverdeling in personeelskosten	6	9
Aantal respondenten opgenomen in analyses 'per patiënt'	118	125

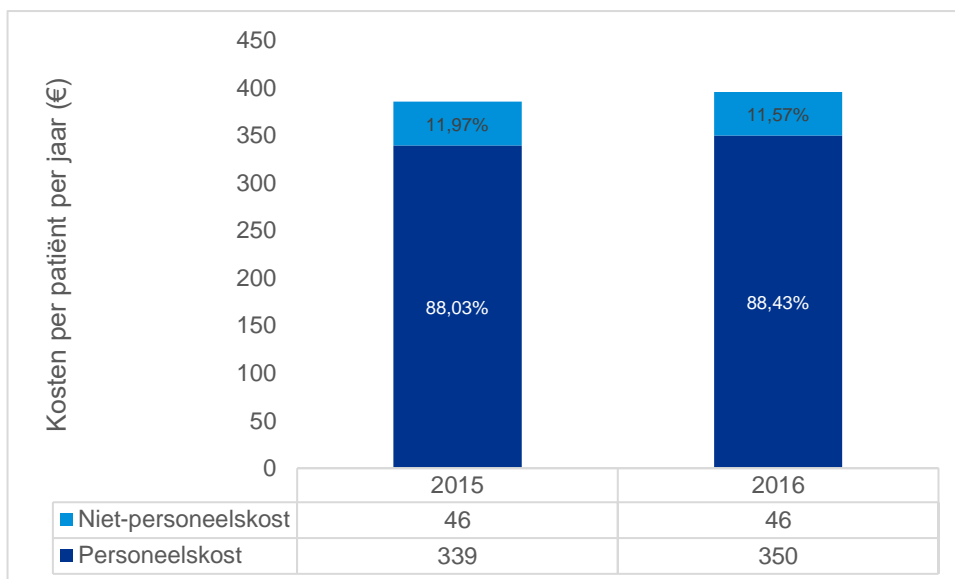
Bron: Enquête KPMG

2.4.3.2 Analyse van de kostenstructuur

In wat volgt, worden de kosten per patiënt in meer detail geanalyseerd. Daarnaast worden de kosten per patiënt vergeleken met de financiering per patiënt.

Figuur 83 geeft de kosten per patiënt voor de volledige steekproef weer, in zowel 2015 als 2016. De evolutie overheen beide jaren is beperkt. Wanneer de totale kost per patiënt wordt opgesplitst in personeelskosten en niet-personeelskosten, blijkt dat in beide jaren de kosten per patiënt voor gemiddeld 88% uit personeelskosten bestaan. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het totaal aantal patiënten (verzekerden én niet-verzekerden) van de respondenten in beschouwing genomen werd, daar het verzorgen van deze laatstgenoemden eveneens een kost met zich meebrengt. Bij de vergelijking tussen het forfait en de MKI-kost per patiënt verder in dit onderdeel, wordt wel enkel rekening gehouden met de verzekerde patiënten.

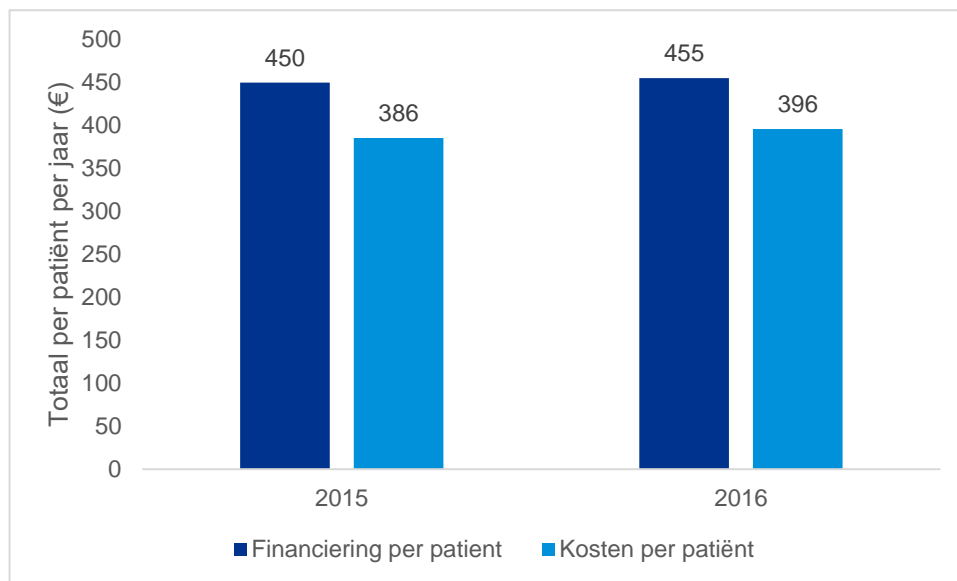
Figuur 83 - Totale kosten per patiënt in 2015 en 2016, opgesplitst in personeelskosten en niet-personeelsgerelateerde kosten



Bron: Enquête KPMG

Figuur 84 vergelijkt de gemiddelde kosten per patiënt met de gemiddelde financiering per patiënt⁸⁰ zoals besproken in het gedeelte financieringsbronnen en financieringsmechanismen.⁸¹ De evolutie overheen beide jaren is opnieuw beperkt. In 2016 bedraagt de gemiddelde financiering per patiënt 455 euro, terwijl de kosten per patiënt gemiddeld 396 euro bedragen. In wat volgt wordt deze analyse verder uitgediept en wordt er meer in detail op niveau van kosten en vergoedingen vanuit de ziekteverzekering geanalyseerd, zijnde totale MKI kost (personeelskost van de verschillende disciplines) en de vergelijking met de forfaitaire vergoedingen per patiënt.

Figuur 84 – Totale financiering en totale kosten per patiënt in 2015 en 2016



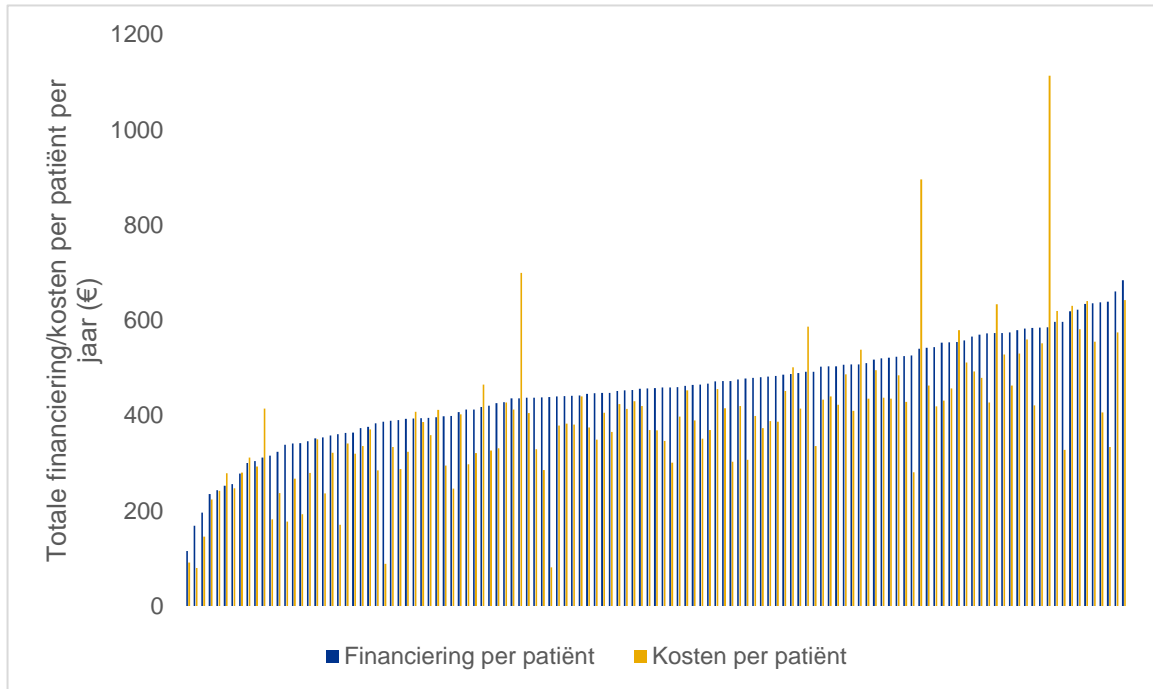
Bron: Enquête KPMG

Figuur 85 geeft de financiering en kosten per patiënt in detail weer voor alle 125 medische huizen in 2016 die meegenomen zijn in de analyse. Uit dit detailoverzicht blijkt dat voor het overgrote deel van de medische huizen de kosten per patiënt in 2016 gedekt zijn door de financiering per patiënt.

⁸⁰ De financiering per patiënt bestaat uit drie componenten: forfaitaire vergoedingen, vergoedingen in het kader van Maribel en diverse vergoedingen.

⁸¹ In grafieken die kosten- en financieringscomponenten met elkaar vergelijken, worden steeds dezelfde medische huizen opgenomen ter vergelijking van beide componenten. Ter illustratie: wanneer de gemiddelde kosten per patiënt beschikbaar zijn voor 125 respondenten in 2016 en de gemiddelde financiering per patiënt voor 141 respondenten in datzelfde jaar, zullen de kost- en financieringsgegevens van dezelfde 125 medische huizen naast elkaar gelegd worden ter vergelijking. Hierdoor kunnen de financieringsgegevens in deze grafieken licht afwijken van deze in hoofdstuk 2.4.1.

Figuur 85 - Financiering en kosten per patiënt in 2016, detailniveau



Bron: Enquête KPMG

Aangezien figuur 83 (cf. supra) aantoont dat de totale kosten per patiënt voor een groot gedeelte bestaan uit personeelskosten (gemiddeld 88%), worden deze kosten in meer detail geanalyseerd in figuur 86. Hierin worden de totale personeelskosten verder opgedeeld in drie categorieën, namelijk kosten voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen (MKI-kosten), diverse personeelskosten en niet verklaarde personeelskosten.^{82,83} Zoals vermeld houdt dit gedeelte van de analyse geen rekening met medische huizen die geen opsplitsing maken tussen de verschillende soorten personeelskosten.

Uit figuur 86 blijkt dat de gezamenlijke kosten voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen (MKI-kosten) oplopen tot 62% van de totale personeelskosten in 2016. De kosten voor niet-MKI zorgverleners en medewerkers bedragen gemiddeld 34% datzelfde jaar. Onder deze kosten vallen de personeelskosten⁸⁴ voor onderstaande zorgverleners en ondersteunende medewerkers:

⁸² Via de enquête werden zowel de totale personeelskosten als de personeelskosten per type zorgverlener opgevraagd. Wanneer de totale personeelskost kleiner is dan de som van de personeelskosten voor de verschillende types zorgverleners, wordt de totale personeelskost gelijk gesteld aan de som van personeelskosten voor alle types zorgverleners. Wanneer de totale personeelskost groter is dan de som van opgegeven personeelskosten per type zorgverlener wordt een restcategorie 'diverse personeelskosten' aangemaakt waar het verschil wordt ondergebracht.

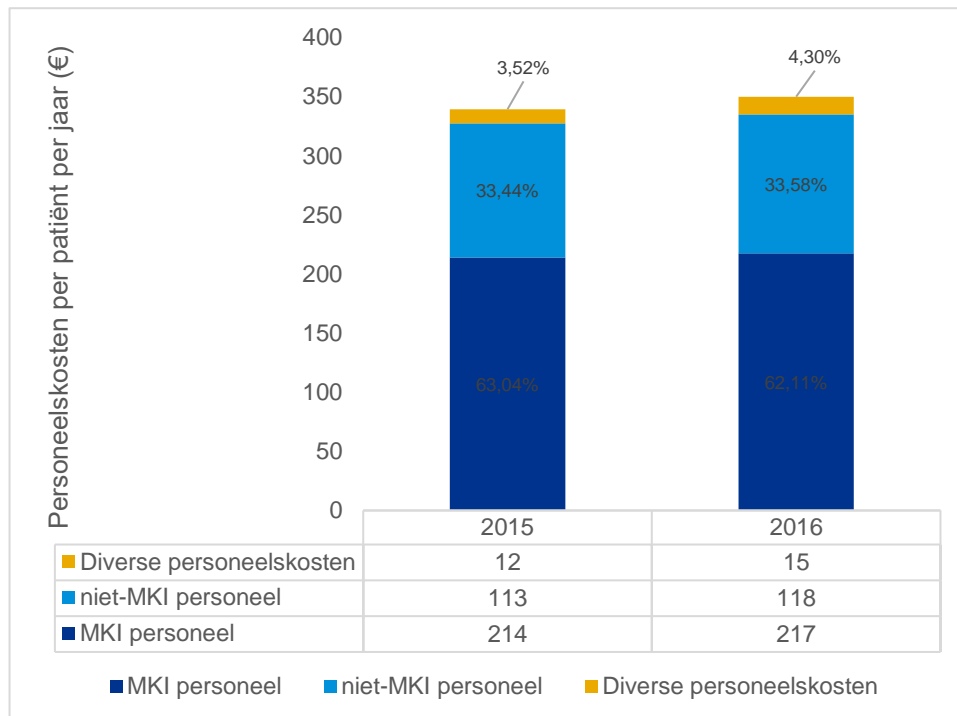
⁸³ Medische huizen die geen onderverdeling maken in hun totale personeelskost of waar de restcategorie 'niet verklaarde personeelskost' groter is dan 60% van de totale personeelskost, worden voor dit deel van de analyse niet in beschouwing genomen. Het gaat om 9 medische huizen. Hierdoor vallen naast de 2 outliers nog eens 6 en 9 jaarobservaties weg voor respectievelijk 2015 en 2016. Het totaal aantal medische huizen opgenomen in dit deel van de analyse bedraagt hierdoor respectievelijk 118 en 125.

⁸⁴ Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen

- Huisartsen in opleiding
- Zorgkundigen
- Tandartsen
- Diëtisten
- Psychologen
- Logopedisten
- Vrijwilligers
- Onthaalmedewerkers
- Administratief medewerkers
- ICT medewerkers
- Medewerkers boekhouding
- Diverse zorgverleners en ondersteunend personeel

De cijfers voor 2015 liggen in lijn met die voor 2016. De diverse personeelskosten bedragen in beide jaren telkens een klein percentage.

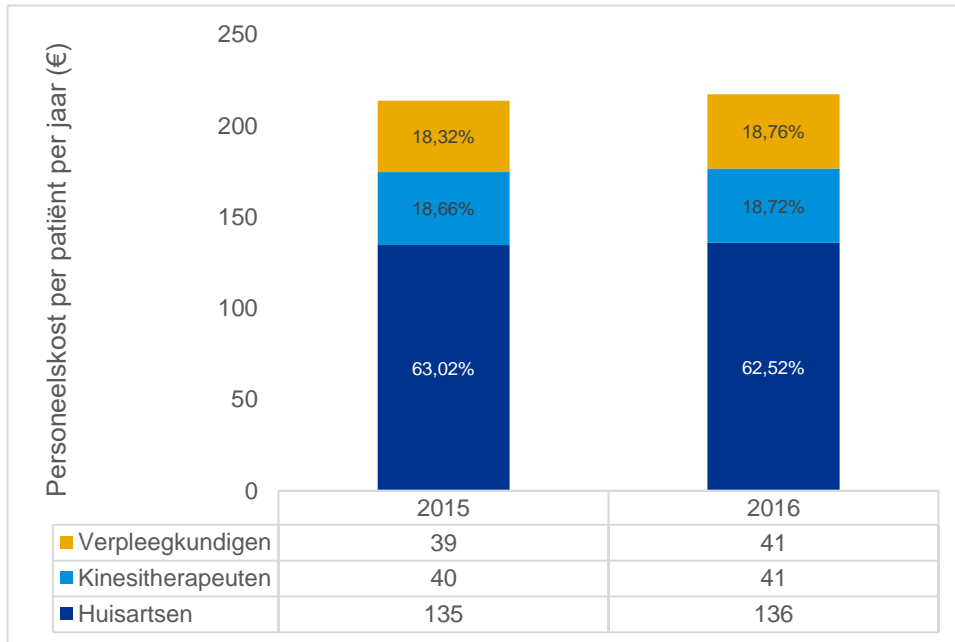
Figuur 86 - Personeelskost per patiënt in 2015 en 2016



Bron: Enquête KPMG

In figuur 87 worden de MKI-kosten per patiënt verder opgesplitst volgens de 3 belangrijkste disciplines, namelijk huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen. In beide jaren bedragen de kosten voor huisartsen gemiddeld 63% van de totale MKI-kosten. De kosten voor kinesitherapeuten en verpleegkundigen zijn ongeveer van dezelfde grootorde, meer bepaald 19% in 2016. Er is geen verandering merkbaar tussen beide jaren.

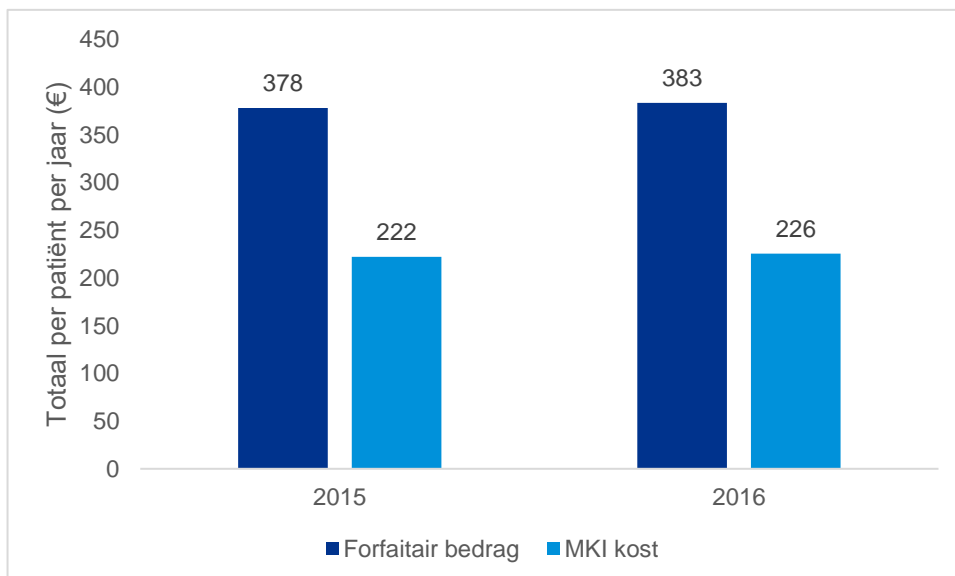
Figuur 87 - MKI-kost per patiënt in 2015 en 2016, opgesplitst per type zorgverstreker



Bron: Enquête KPMG

Figuur 88 vergelijkt de MKI-kosten per patiënt met de gemiddelde forfaits die ontvangen worden per patiënt voor zowel 2015 en 2016. Voor deze analyse werden wel enkel de verzekerde patiënten in beschouwing genomen, daar er voor niet-verzekerde patiënten geen forfait vanuit het RIZIV ontvangen wordt. De cijfers voor beide jaren van de onderzoeksperiode zijn opnieuw zeer vergelijkbaar. In 2016 bedraagt het forfait per verzekerde patiënt gemiddeld 383 euro. De MKI-kost per verzekerde patiënt bedraagt gemiddeld 226 euro in datzelfde jaar.

Figuur 88 - Forfaitair bedrag en MKI-kost per verzekerde patiënt in 2015 en 2016



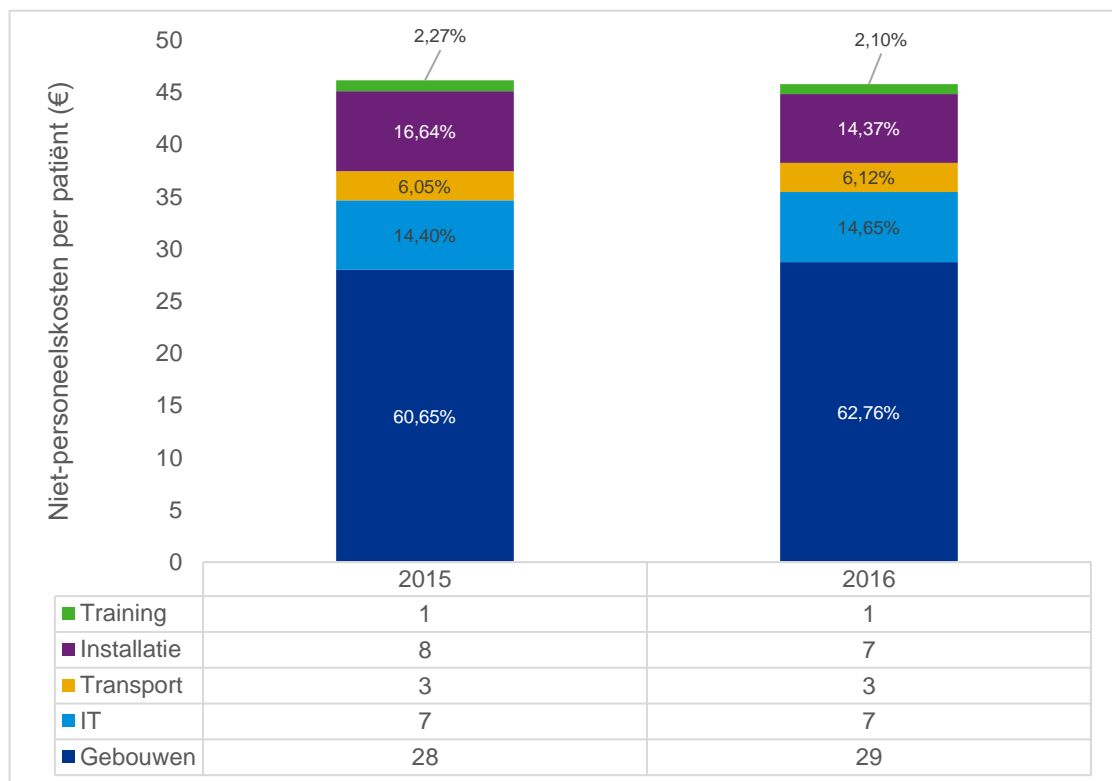
Bron: Enquête KPMG

Figuur 83 (cf. supra) geeft aan dat de niet-personeelskosten per patiënt gemiddeld 12% van de totale kosten per patiënt bedragen. In onderstaande figuur worden de niet-personeelskosten per patiënt (verzekerden én niet-verzekerden) verder opgesplitst. In zijn totaliteit bedragen deze kosten gemiddeld 46 euro per patiënt in beide jaren.⁸⁵ De kostencategorieën die werden opgevraagd via de enquête zijn:

- Gebouwkosten (huur, elektriciteit, gas, schoonmaak, onderhoud, bewaking)
- IT-kosten (software, hardware, servers, helpdesk)
- Transportkosten
- Installatiekosten (kosten voor medische apparatuur)
- Trainingskosten (opleidingen voor personeel en medewerkers)

In figuur 89 worden de verhoudingen binnen deze niet-personeelskosten procentueel weergegeven. De gebouwkosten bedragen gemiddeld 63% van de niet-personeelskosten per patiënt in 2016. Het belang van IT kosten en installatiekosten is ongeveer even groot en bedraagt gemiddeld 14,5% in 2016. De kosten voor transport en training bedragen respectievelijk gemiddeld 6% en 2%. Opnieuw kan er vastgesteld worden dat deze verhoudingen niet significant verschillen tussen beide jaren.

Figuur 89 - Niet-personeelsgerelateerde kosten per patiënt in 2015 en 2016



Bron: Enquête KPMG

⁸⁵ De verschillen tussen de bedragen in figuur 83 (46 euro) en de bedragen in figuur 89 (47 euro) zijn te verklaren door afrondingen.

In wat volgt, worden de kosten per patiënt vergeleken over de verschillende clusters. De niet personeelskosten worden niet per cluster uitgesplitst, aangezien dit weinig bijkomende inzichten biedt. Daarnaast worden door de geringe evoluties tussen 2015 en 2016 telkens de cijfers voor 2016 getoond en besproken. Waar relevant worden eventuele verschillen met 2015 in voetnoot opgenomen.

2.4.3.3 Analyse binnen de verschillende clusters

In dit gedeelte van de analyse wordt het onderscheid gemaakt tussen de verschillende clusters, namelijk ligging en federatie. Aangezien er slechts 3 van de 125 respondenten (meegenomen in deze analyse voor 2016) niet-matuur zijn, wordt er geen analyse naar maturiteit weergegeven (te kleine steekproef om een onderscheid te maken en zinvolle conclusies inzake maturiteit te formuleren). Daarnaast worden eventuele verschillen in de kosten- en financieringsgegevens geanalyseerd voor medische huizen met verschillende patiënten aantallen en een verschillend aantal MKI disciplines. Tot slot wordt er gekeken of een verschillend kostenpatroon bestaat voor medische huizen die werkzaam zijn als VZW tegenover medische huizen die werkzaam zijn als BVBA.

Bij het beoordelen van de mogelijke verschillen tussen bepaalde clusters, worden de kosten opnieuw geschaald ten opzichte van het aantal patiënten. Zo wordt vermeden dat eventuele systematische verschillen in de grootte van respondenten tussen verschillende clusters de bevindingen beïnvloeden.

Ligging

Tabel 57 geeft weer hoe de respondenten verdeeld zijn over de verschillende gewesten voor de clusteranalyse. De verdeling over de verschillende clusters is in verhouding met de verdeling in de financieringsanalyse. De aantallen per cluster liggen lager door de hierboven besproken niet opgenomen observaties.

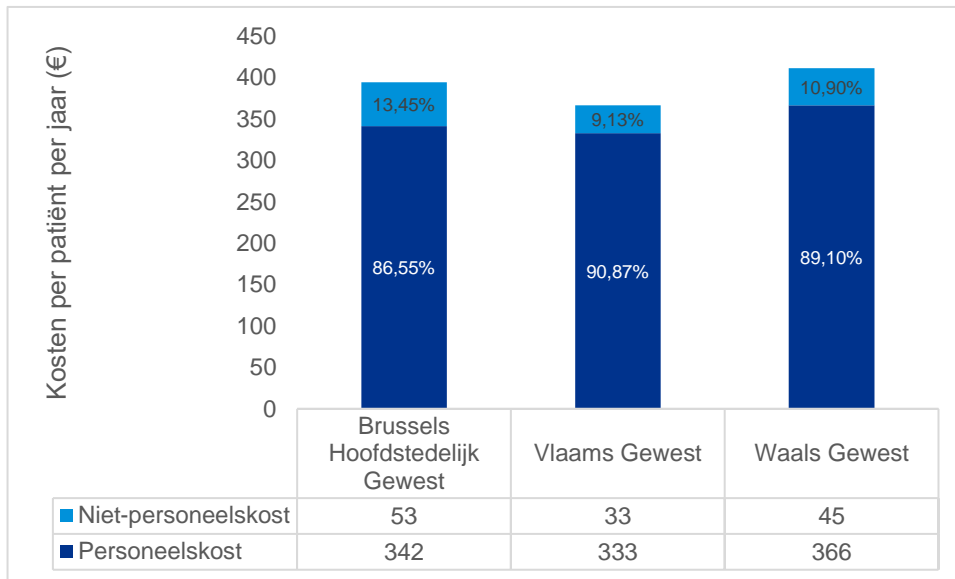
Tabel 57 - Beschrijving clusters op basis van federatie

Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Totaal
49	25	51	125

Bron: Enquête KPMG

In figuur 90 wordt de vergelijking weergegeven van de kosten per patiënt in 2016 voor de verschillende gewesten. In 2016 bedragen de kosten per patiënt gemiddeld 411 euro per patiënt in het Waals Gewest, 395 euro per patiënt in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 366 euro in het Vlaams Gewest. Wanneer de opsplitsing wordt gemaakt tussen de personeelskosten en niet-personeelskosten, kan opgemerkt worden dat de personeelskosten in alle gewesten tussen 87% en 91% van de totale kosten bedragen, wat in lijn ligt met de verhoudingen in de totale financiering.

Figuur 90 – Totale kosten per patiënt in 2016, opgesplitst in personeelskosten en niet-personeelsgerelateerde kosten, onderscheid tussen gewesten

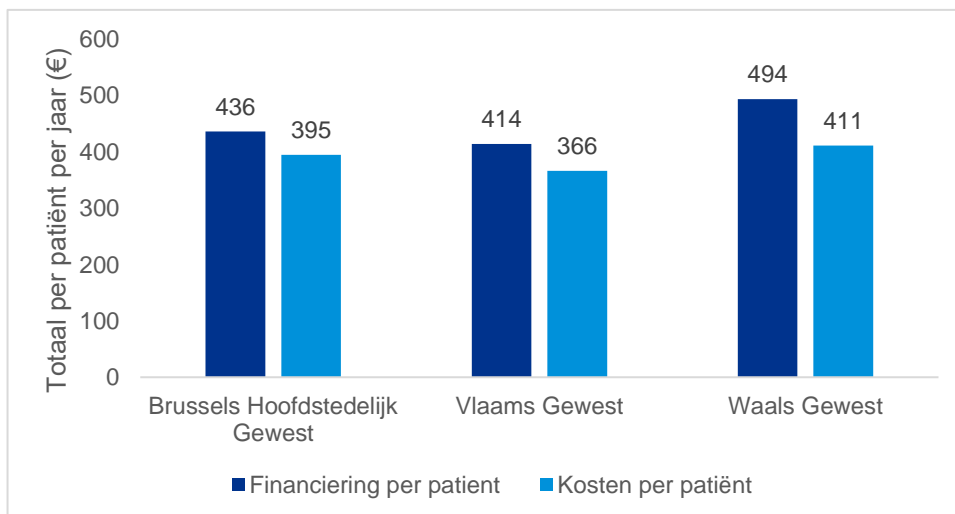


Bron: Enquête KPMG

In figuur 91 wordt per gewest de gemiddelde financiering per patiënt vergeleken met de gemiddelde kosten per patiënt in 2016. Bij deze figuur kunnen een aantal zaken worden opgemerkt:

- In het Vlaams Gewest liggen zowel de kosten per patiënt als de financiering per patiënt gemiddeld het laagst in 2016, respectievelijk 366 en 414 euro.
- In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest liggen de gemiddelde financiering en gemiddelde kost per patiënt hoger dan in het Vlaams Gewest. Het verschil tussen financiering en kosten is gelijkaardig dat in het Vlaams Gewest.
- De financiering per patiënt en de kosten per patiënt zijn gemiddeld het hoogst in het Waals Gewest. Ook het verschil tussen beiden is groter dan bij het Vlaams en Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Figuur 91 - Totale financiering en totale kosten per patiënt in 2016, onderscheid tussen de gewesten

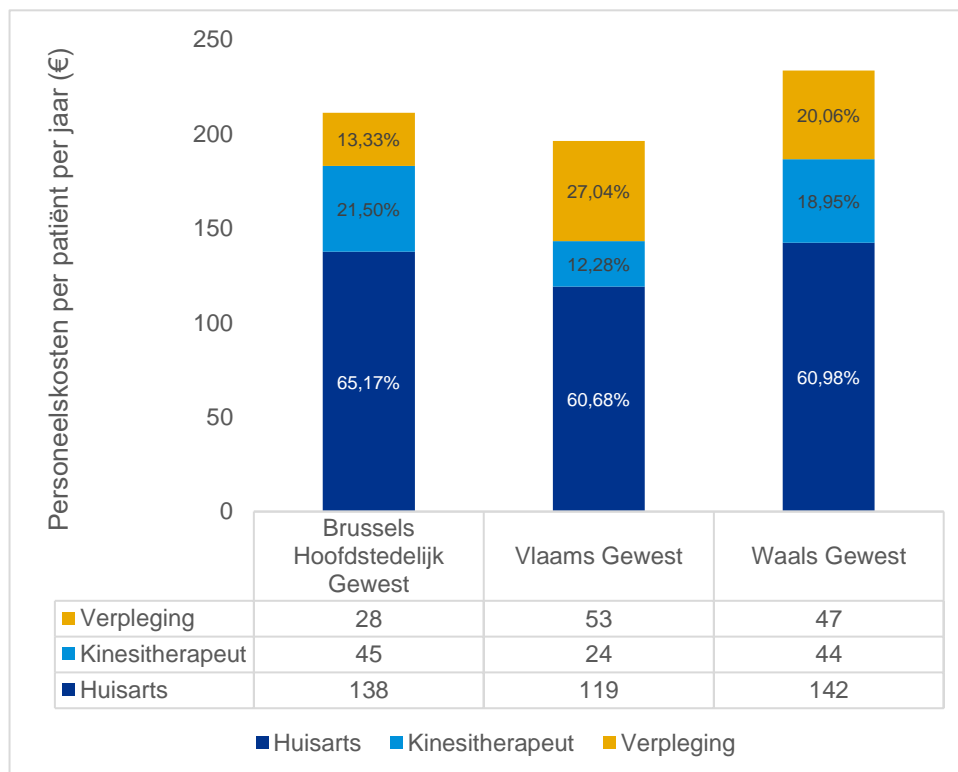


Bron: Enquête KPMG

In figuur 92 worden de kosten per patiënt voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen in de verschillende gewesten afzonderlijk weergegeven:

- In alle gewesten beslaan de kosten voor huisartsen het grootste deel van de MKI-kost per patiënt. In Brussel bedraagt dit percentage 65% terwijl dit percentage in het Vlaams en het Waals Gewest gemiddeld 61% bedraagt. Deze percentages zijn in alle drie de gewesten gelijkaardig.
- De kosten voor kinesitherapeuten liggen in relatieve en absolute termen het hoogst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. In Brussel bestaat gemiddeld 21,5% van de MKI-kost per patiënt uit personeelskosten voor kinesitherapeuten.
- In het Vlaams Gewest liggen de kosten per patiënt van verpleging het hoogst. Gemiddeld 27% van de MKI-kost wordt gespenseerd aan verpleegkundigen.

Figuur 92 - MKI kost per patiënt in 2016, onderscheid tussen de gewesten

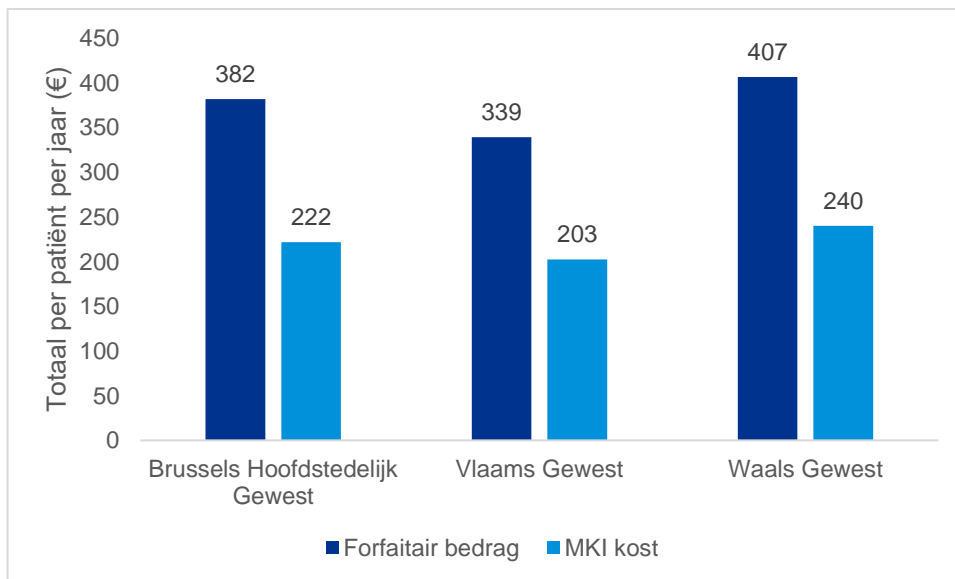


Bron: Enquête KPMG

Figuur 93 geeft een overzicht van de gemiddelde kosten voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen per verzekerde patiënt en de gemiddelde forfaitaire bedragen die per verzekerde patiënt worden ontvangen in de verschillende gewesten. Zoals hierboven reeds vermeld, wordt in deze analyse abstractie gemaakt van niet-verzekerde ingeschreven patiënten, daar voor deze patiënten geen forfait vanuit het RIZIV ontvangen wordt.

- In het Vlaams Gewest liggen zowel de kosten per verzekerde patiënt als de forfaits per verzekerde patiënt gemiddeld het laagst in 2016, respectievelijk 203 en 339 euro.
- In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest liggen de gemiddelde forfaits en gemiddelde kost voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen per verzekerde patiënt hoger dan in het Vlaams Gewest, respectievelijk 222 en 382 euro.
- De forfaits per verzekerde patiënt en de MKI-kost per verzekerde patiënt zijn gemiddeld het hoogst in het Waals Gewest.

Figuur 93 - Forfaitair bedrag en MKI kost per verzekerde patiënt in 2016, onderscheid tussen de gewesten



Bron: Enquête KPMG

Federatie

Tabel 58 geeft weer hoe de respondenten verdeeld zijn over de verschillende federaties voor de kostenanalyse. De verdeling over de verschillende clusters is gelijkaardig aan de verdeling in de financieringsanalyse.

Tabel 58 – Beschrijving clusters op basis van federatie

FMM	VWGC	Feprafo	Geen federatie	Totaal
76	21	10	18	125

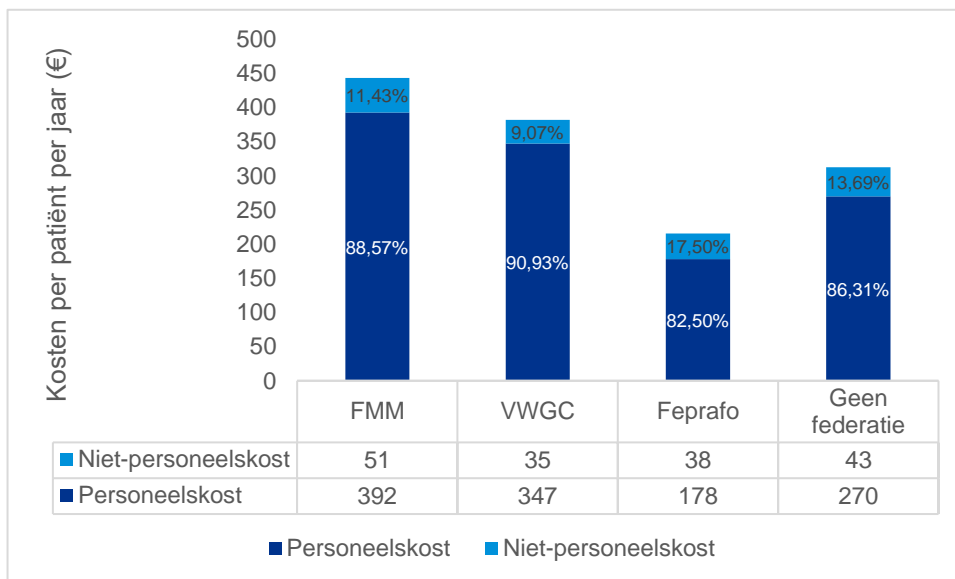
Bron: Enquête KPMG

In grafiek 94 wordt er nagegaan of er een verschil is in de kostenstructuur naargelang de federatie waartoe een medisch huis behoort. Uit deze figuur kunnen volgende zaken worden afgelezen:

- Voor medische huizen bedragen de personeelskosten gemiddeld meer dan 80% van de totale kost per patiënt, ongeacht de federatie waartoe een medisch huis behoort.

- De niet-personeelsgerelateerde kosten per zijn verhoudingsgewijs ietwat hoger bij medische huizen die behoren tot Feprafo. In absolute termen is dit verschil er niet.
- De kosten per patiënt liggen gemiddeld het laagst voor medische huizen die behoren tot Feprafo, namelijk 216 euro per patiënt. Medische huizen die behoren tot FMM hebben gemiddelde de hoogste kosten per patiënt, namelijk 443 euro. De kosten per patiënt voor medische huizen aangesloten bij VWGC en niet aangesloten medische huizen bedragen respectievelijk 382 en 313 euro.

Figuur 94 - Totale kosten per patiënt 2016, opgesplitst in personeelskosten en niet-personeelsgerelateerde kosten, onderscheid tussen federaties

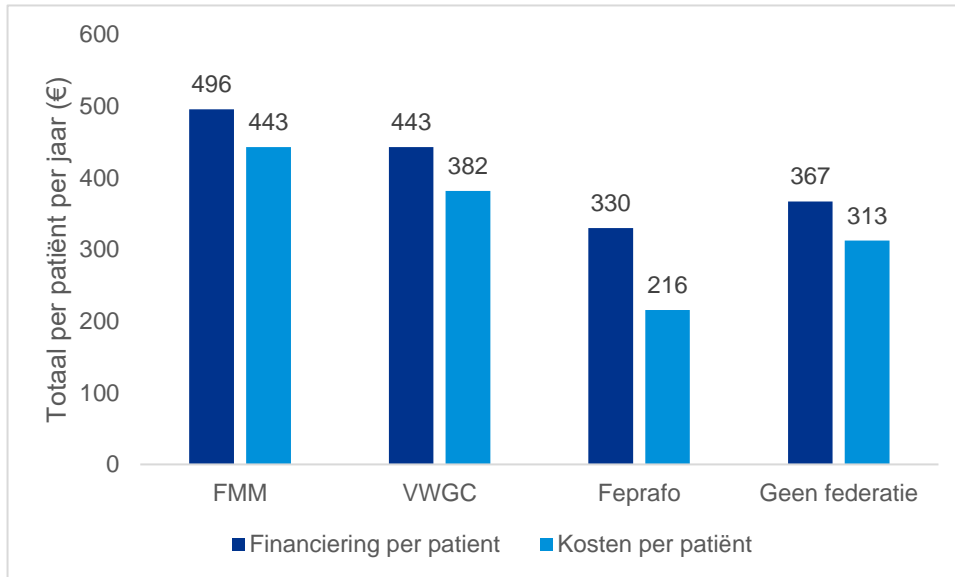


Bron: Enquête KPMG

In figuur 95 worden de gemiddelde kosten per patiënt vergeleken met de gemiddelde financiering per patiënt per federatie. In figuur 95 worden volgende zaken opgemerkt:

- Voor medische huizen die behoren tot FMM liggen zowel de kosten per patiënt als de financiering per patiënt gemiddeld het hoogst in 2016, respectievelijk 443 en 496 euro.
- Medische huizen aangesloten bij Feprafo hebben zowel de laagste gemiddelde kosten per patiënt als de laagste gemiddelde financiering per patiënt, respectievelijk 216 en 330 euro per patiënt.
- Niet aangesloten medische huizen hebben een gemiddelde kost per patiënt van 313 euro en een gemiddelde financiering per patiënt van 367 euro. Voor medische huizen die behoren tot VWGC lopen deze bedragen op tot gemiddeld 382 euro en 443 euro per patiënt.

Figuur 95 - Totale financiering en totale kosten in euro per patiënt in 2016, onderscheid tussen de federaties

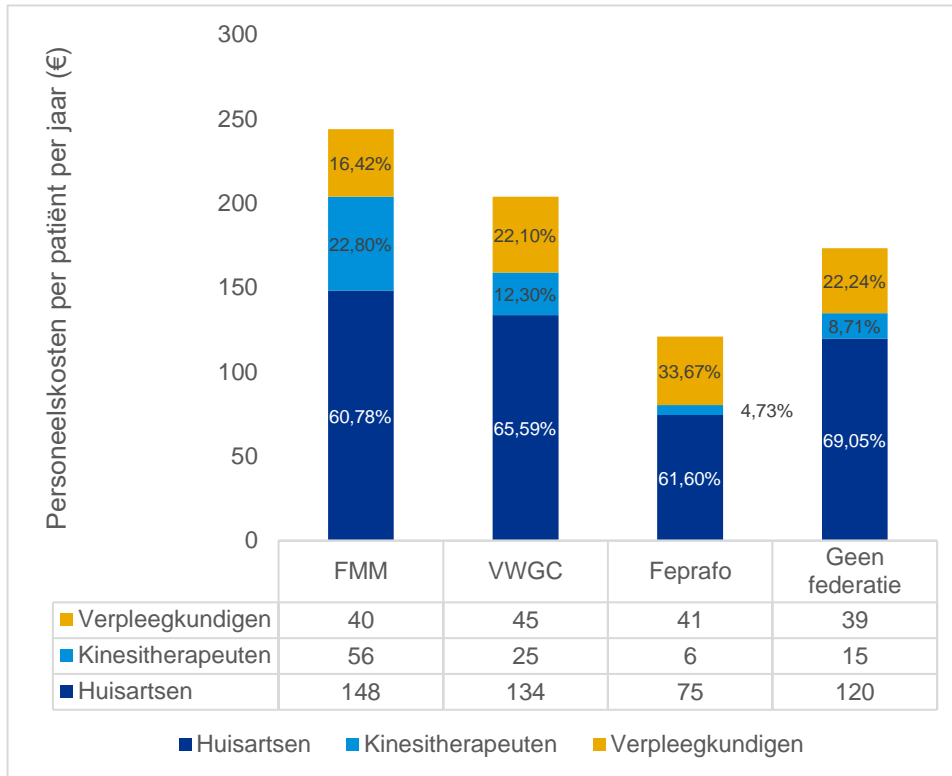


Bron: Enquête KPMG

In figuur 96 worden de gemiddelde kosten per patiënt voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen afzonderlijk weergegeven. Medische huizen worden geclusterd op basis van de federatie waartoe zij behoren. Volgende zaken worden opgemerkt:

- Binnen alle federaties beslaan de kosten voor huisartsen gemiddeld meer dan 60% van de MKI-kost per patiënt. Voor medische huizen binnen FMM bedraagt dit percentage 61%, voor medische huizen binnen VWGC 66% en voor medische huizen aangesloten bij Feprafo 62%. De kosten voor huisartsen binnen niet-aangesloten medische huizen bedragen 69% van de gemiddelde MKI-kost per patiënt.
- De gemiddelde kosten per patiënt voor verpleegkundigen liggen verhoudingsgewijs het hoogst voor medische huizen aangesloten bij Feprafo. Dit komt echter door de lage MKI-kost per patiënt voor medische huizen aangesloten bij Feprafo. In absolute termen is de gemiddelde kost voor verpleging echter in lijn met de andere federaties.
- De kosten voor kinesitherapie liggen gemiddeld het hoogst per patiënt bij medische huizen die behoren tot FMM, zowel in absolute als relatieve termen.

Figuur 96 - MKI-kost per patiënt in euro in 2016, opgesplitst per type zorgverstreker, onderscheid tussen de federaties

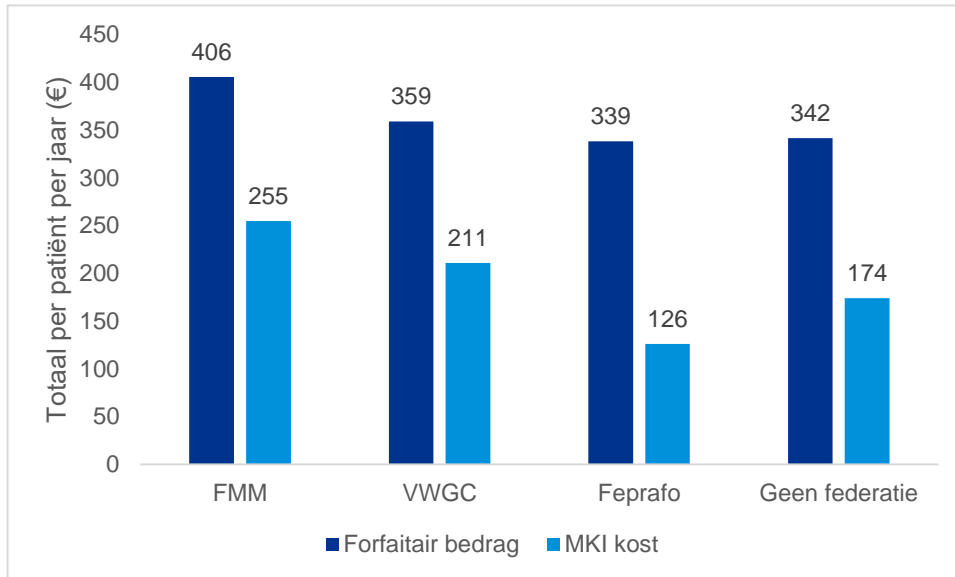


Bron: Enquête KPMG

Figuur 97 vergelijkt de gemiddelde kosten per verzekerde patiënt voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen met de forfaitaire vergoedingen die worden ontvangen per verzekerde patiënt vanuit het RIZIV. Volgende zaken worden opgemerkt:

- Voor medische huizen die behoren tot FMM liggen zowel de MKI-kost per verzekerde patiënt als de forfaitaire vergoedingen per verzekerde patiënt gemiddeld het hoogst in 2016, respectievelijk 255 en 406 euro.
- Bij medische huizen die lid zijn van Feprafo liggen de gemiddelde kosten voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen per verzekerde patiënt en gemiddelde forfaits per verzekerde patiënt het laagst, respectievelijk 126 en 339 euro.
- Medische huizen aangesloten bij VWGC hebben een gemiddelde MKI per verzekerde patiënt van 211 euro. De gemiddelde forfaitaire vergoedingen per patiënt bedragen 359 euro. Voor niet aangesloten medische huizen zijn deze bedragen respectievelijk 174 euro en 342 euro per patiënt.

Figuur 97 - Forfaitair bedrag en MKI-kost per verzekerde patiënt in 2016, onderscheid tussen de federaties



Bron: Enquête KPMG

Aantal patiënten

In wat volgt, zal de kostenstructuur van medische huizen met minder dan 2000 patiënten vergeleken worden met de kostenstructuur van medische huizen met een patiënten aantal tussen de 2000 en 4000 en met medische huizen met een patiëntenbestand van meer dan 4000 patiënten. Zowel de kostengegevens als de patiëntenbestanden hebben betrekking op het jaar 2016. Het beeld voor 2015 is gelijkaardig en wordt daarom niet getoond. De kostengegevens zijn opnieuw uitgedrukt per patiënt.

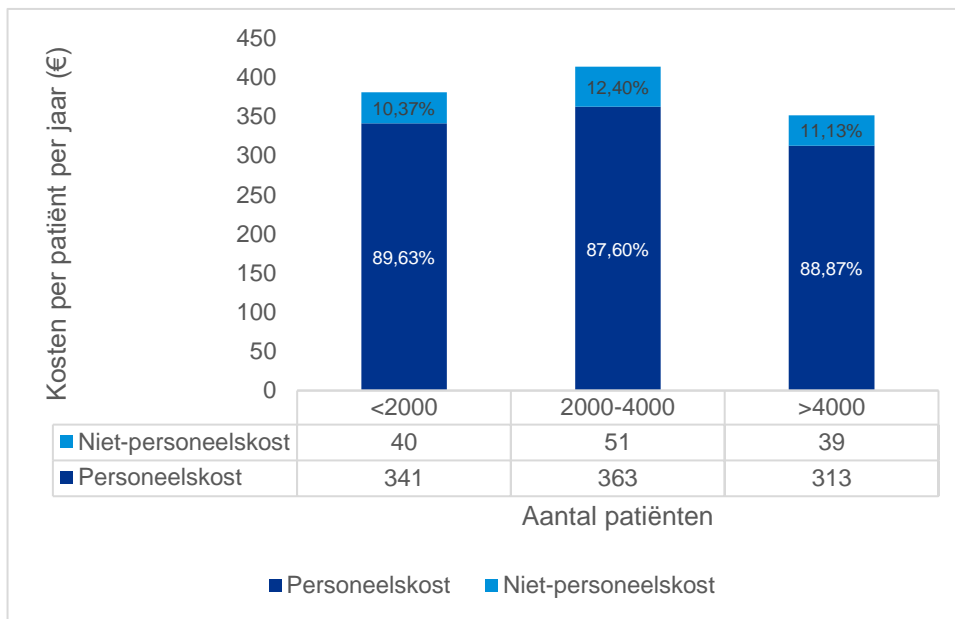
Tabel 59 – Beschrijving clusters op basis van het aantal patiënten

<2000 patiënten	2000-4000 patiënten	>4000 patiënten	Totaal
46	67	12	125

Bron: Enquête KPMG

Figuur 98 geeft voor elk van de clusters de verhouding tussen de personeelskosten en de niet-personeelsgerelateerde kosten weer. Opnieuw valt op dat, ongeacht de grootte van het patiëntenbestand, de verdeling tussen beide kostensoorten nagenoeg gelijk is binnen elk cluster. Gemiddeld beslaan personeelskosten ongeveer 89% van de gemiddelde kost per patiënt.

Figuur 98 - Totale kosten per patiënt 2016, opgesplitst in personeelskosten en niet-personeelsgerelateerde kosten, onderscheid volgens het aantal patiënten



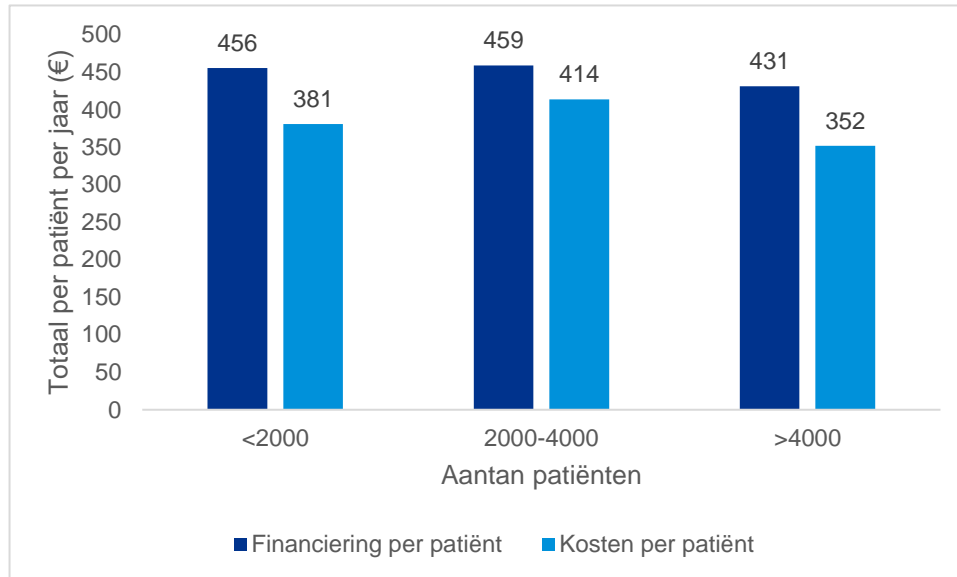
Bron: Enquête KPMG

In figuur 99 worden de gemiddelde kosten per patiënt vergeleken met de gemiddelde financiering per patiënt. De volgende zaken kunnen worden opgemerkt:

- Voor medische huizen met een patiëntenbestand van minder dan 2000 patiënten bedragen de kosten per patiënt gemiddeld 381 euro. De financiering per patiënt bedraagt gemiddeld 456 euro.
- De kosten per patiënt zijn gemiddeld het laagst voor medische huizen met een patiëntenbestand groter dan 4000 patiënten. Voor deze medische huizen bedraagt de gemiddelde kost per patiënt 352 euro. Het valt op dat voor de groep van medische huizen met het grootste patiëntenbestand de gemiddelde kosten dalen per patiënt.⁸⁶ De gemiddelde financiering per patiënt bedraagt gemiddeld 431 euro per patiënt in deze groep.
- Medische huizen met een patiëntenbestand tussen de 2000 en 4000 patiënten hebben in 2016 de hoogste gemiddelde kosten en financiering per patiënt, respectievelijk 414 euro en 459 euro.

⁸⁶ Deze gemiddelde kosten per patiënt liggen opnieuw lager voor de enkele medische huizen met meer dan 6000 patiënten. Deze groep is echter te klein om veralgemeenbare conclusies op te baseren.

Figuur 99 - Totale financiering en totale kosten per patiënt in 2016, onderscheid volgens het aantal patiënten

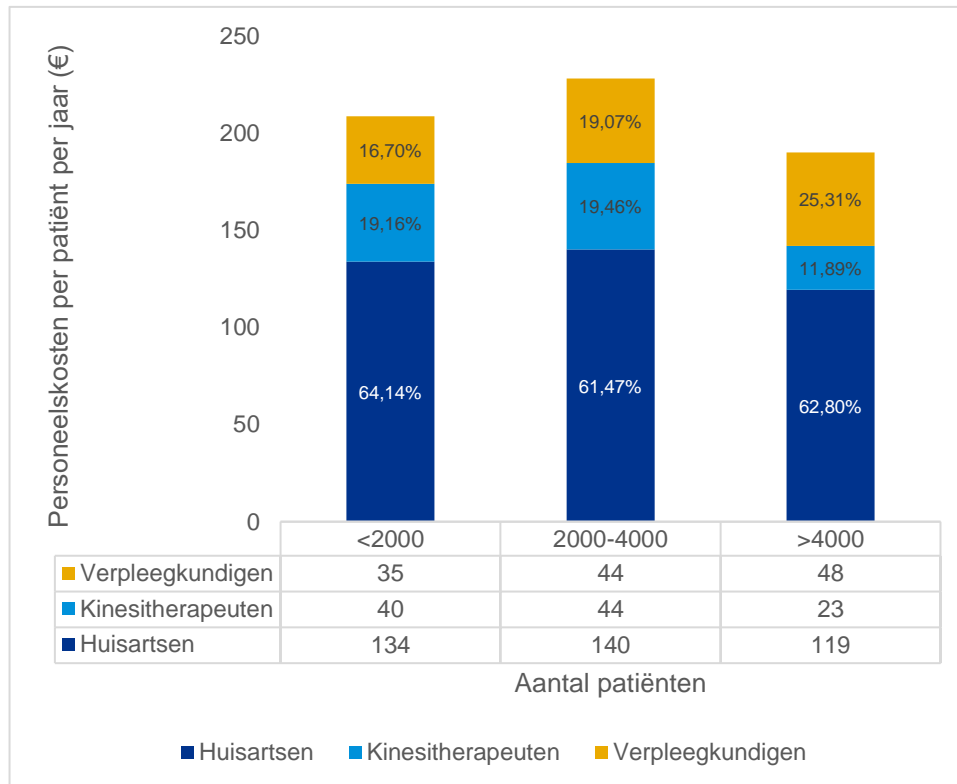


Bron: Enquête KPMG

Figuur 100 toont de verschillen in MKI-kost per patiënt voor respondenten met een verschillende grootte van patiëntenbestand. Volgende zaken kunnen worden opgemerkt:

- De kosten voor huisartsen bedragen gemiddeld tussen de 61% en 64% van de MKI-kost per patiënt, ongeacht de grootte van het patiëntenbestand.
- Voor medische huizen met meer dan 4000 patiënten ligt de relatieve en absolute kost van verpleegkundigen gemiddeld het hoogst. De kosten voor verpleegkundigen bedragen gemiddeld 25% van de MKI-kost per patiënt.⁸⁷

Figuur 100 - MKI-kost per patiënt in 2016, opgesplitst per type zorgverstrekker, onderscheid volgens het aantal patiënten



Bron: Enquête KPMG

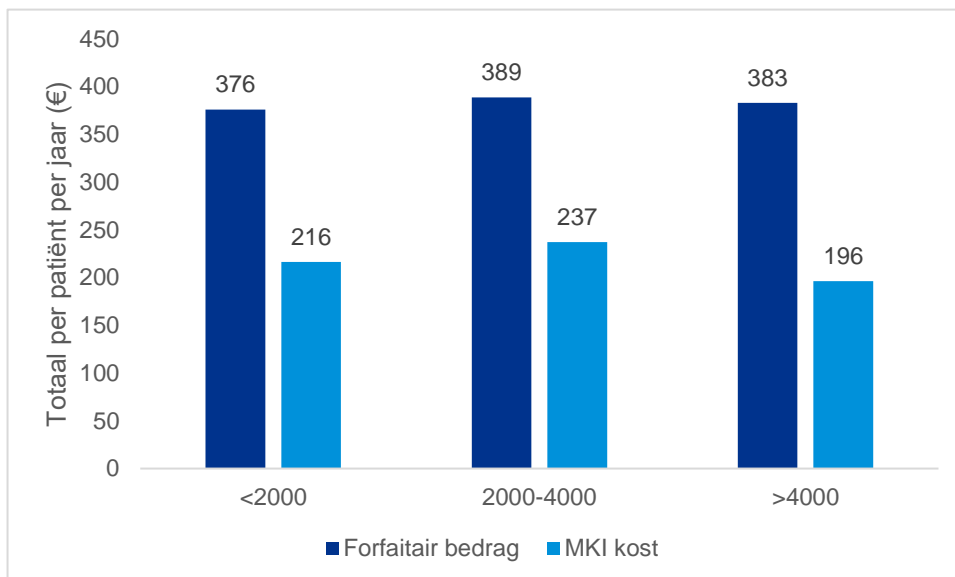
Figuur 101 toont de gemiddelde MKI-kosten per verzekerde patiënt met de forfaitaire vergoedingen die worden ontvangen per verzekerde patiënt vanuit het RIZIV voor de verschillende clusters op basis van de grootte van het patiëntenbestand. Volgende zaken worden opgemerkt:

- De forfaitaire vergoedingen die worden ontvangen per verzekerde patiënt zijn zeer gelijkwaardig, ongeacht de grootte van het patiëntenbestand. Medische huizen met een patiënten aantal kleiner dan 2000 ontvangen in 2016 gemiddeld 376 euro aan forfaits per verzekerde patiënt. Voor medische huizen met een patiëntenbestand tussen 2000 en 4000 patiënten en meer dan 4000 patiënten bedragen de forfaits respectievelijk gemiddeld 389 euro per verzekerde patiënt en 383 euro per verzekerde patiënt.
- De MKI-kost per verzekerde patiënt ligt gemiddeld het hoogst voor medische huizen met een patiënten aantal tussen de 2000 en 4000 patiënten, namelijk

⁸⁷ Er dient te worden opgemerkt dat deze vaststelling gebaseerd is op slechts 12 respondenten.

237 euro per verzekerde patiënt. Voor medische huizen met meer dan 4000 patiënten ligt deze MKI-kost per verzekerde patiënt gemiddeld het laagst, namelijk 196 euro per patiënt. Medische huizen met een patiënten aantal lager dan 2000 hebben een MKI-kost die gemiddeld 216 euro per verzekerde patiënt bedraagt.

Figuur 101 - Forfaitair bedrag en MKI-kost per verzekerde patiënt in 2016, onderscheid volgens het aantal patiënten



Bron: Enquête KPMG

Aantal MKI disciplines

Tabel 60 geeft het aantal medische huizen weer dat één, twee of drie MKI disciplines in het medisch huis heeft. Het valt op dat slechts een beperkt deel van de respondenten één MKI discipline aanbiedt (cf. supra). Deze drie respondenten worden niet afzonderlijk besproken in deze analyse. Bijgevolg wordt er enkel dieper ingegaan op de medische huizen die 2 of 3 disciplines aanbieden.

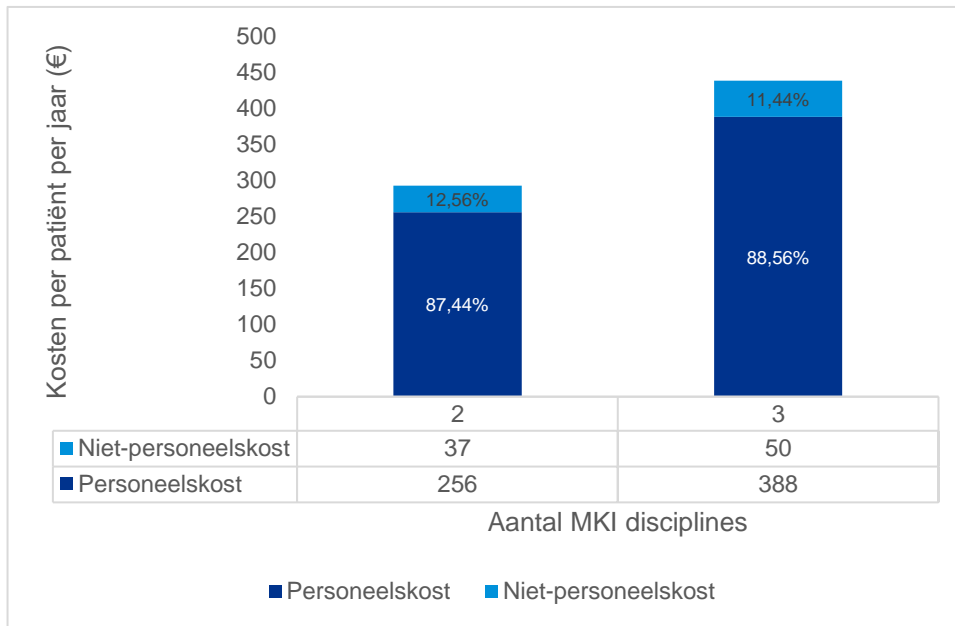
Tabel 60 – Bijschrijving clusters op basis van het aantal MKI disciplines

1 discipline	2 disciplines	3 disciplines	Totaal
3	32	90	125

Bron: Enquête KPMG

Figuur 102 geeft aan dat de verhouding tussen personeelskosten en niet-personeelskosten gelijkaardig is voor medische huizen met 2 of 3 MKI disciplines. In beide clusters bedragen de personeelskosten ongeveer 88% van de gemiddelde kosten per patiënt. Het absoluut bedrag aan personeelskosten per patiënt verschilt wel naargelang het aantal MKI disciplines dat wordt aangeboden. Medische huizen die twee MKI disciplines aanbieden hebben vanzelfsprekend een lagere personeelskost per patiënt dan medische huizen die alle MKI disciplines aanbieden. De personeelskosten per patiënt bedragen gemiddeld 256 euro per patiënt en 388 euro per patiënt.

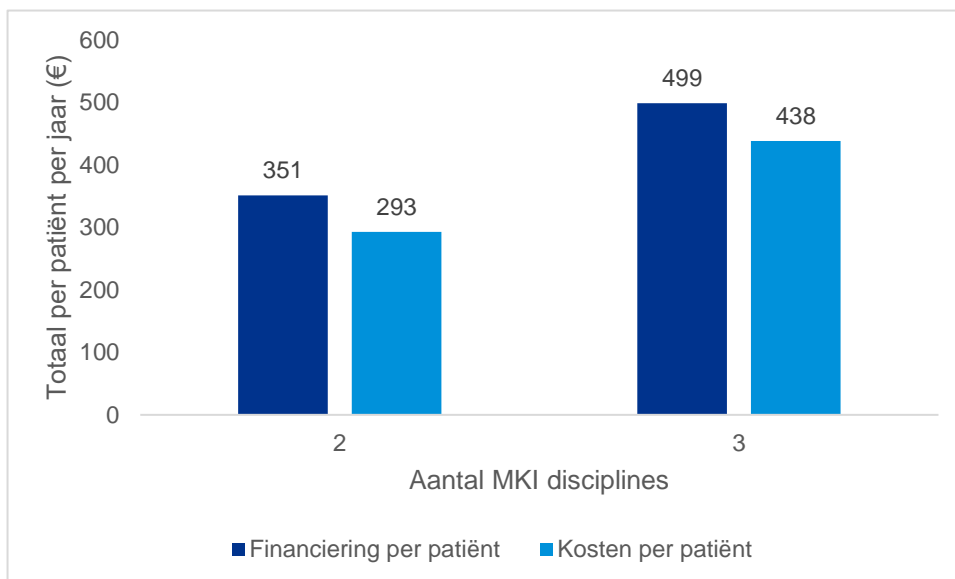
Figuur 102 - Totale kosten per patiënt 2016, opgesplitst in personeelskosten en niet-personeelsgerelateerde kosten, onderscheid volgens het aantal MKI disciplines



Bron: Enquête KPMG

Wanneer de totale kosten per patiënt worden vergeleken met de totale financiering per patiënt in figuur 103, valt op dat medische huizen met drie disciplines gemiddeld zowel een hogere financiering per patiënt hebben als een hogere kost per patiënt, in vergelijking met medische huizen met 2 disciplines. De reden hiervoor is dat het aanbieden van een extra MKI discipline logischerwijs zowel extra kosten als financiering met zich meebrengt. Medische huizen met 3 disciplines beschikken gemiddeld over een financiering van 499 euro per patiënt terwijl de kosten per patiënt gemiddeld 438 bedragen. Bij medische huizen met 2 disciplines bedragen de financiering per patiënt en kosten per patiënt gemiddeld respectievelijk 351 euro en 293 euro.

Figuur 103 - Totale financiering en totale kosten per patiënt in 2016, onderscheid volgens het aantal MKI disciplines

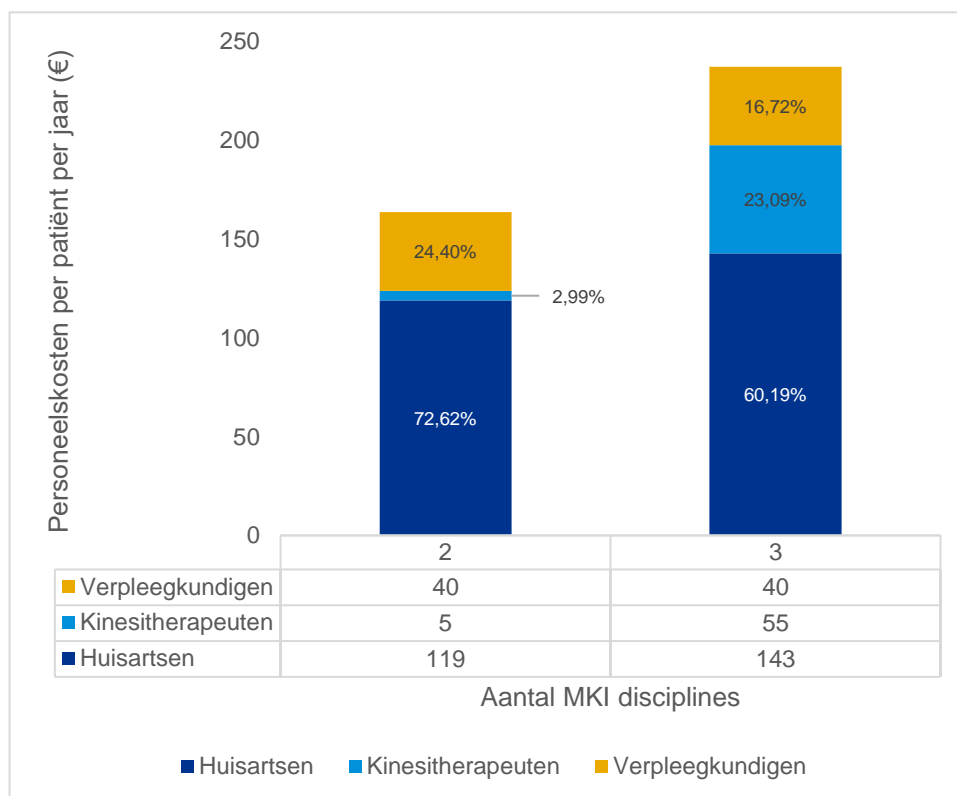


Bron: Enquête KPMG

In onderstaande figuur worden de gemiddelde kosten per patiënt voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen afzonderlijk weergegeven. Volgende zaken kunnen worden opgemerkt.

- De MKI-kosten per patiënt zijn hoger voor medische huizen die 3 MKI disciplines aanbieden, gemiddeld 237 euro per patiënt. Deze bevinding ligt voor de hand aangezien medische huizen met slechts 2 MKI disciplines één zorgverlener minder aanbieden. Voor deze medische huizen bedraagt de MKI-kost per patiënt gemiddeld 164 euro.
- Uit de gemiddelde MKI-kosten per patiënt blijkt dat medische huizen met 2 MKI disciplines vooral focussen op huisartsen en verpleegkundigen. Kinesitherapeuten worden vaak slechts als derde MKI zorgverlener toegevoegd.

Figuur 104 - MKI-kost per patiënt in 2016, opgesplitst per type zorgverstrekker, onderscheid volgens het aantal MKI disciplines



Bron: Enquête KPMG

Vennootschapsvorm

Wanneer de vennootschapsvorm van de respondenten wordt geanalyseerd, valt op dat 99 van de 125 respondenten meegenomen in de analyses een VZW structuur hebben in 2016. Daarnaast zijn er 23 respondenten die aangeven een BVBA als vennootschapsvorm te hebben⁸⁸. Er kunnen echter geen opmerkelijke verschillen worden vastgesteld tussen de kostenstructuur van een VZW en van een BVBA in 2016. Daarnaast

⁸⁸ De overige 3 nemen de vorm aan van feitelijke vereniging of gaven geen structuur op in de enquête.

is ook de grootorde van de financieringscomponenten gelijkaardig. Tabel 61 vat kort de belangrijkste kosten- en financieringsgegevens samen.

Tabel 61 – Gemiddelde kosten- en financieringscomponenten per patiënt in 2016 (excl. niet-verzekerden voor forfait en MKI), onderscheid tussen VZW en BVBA

	Totale financiering	Totale kosten	Forfaitair bedrag ⁸⁹	MKI-kost
VZW	€461	€399	€386	€228
BVBA	€453	€402	€385	€220

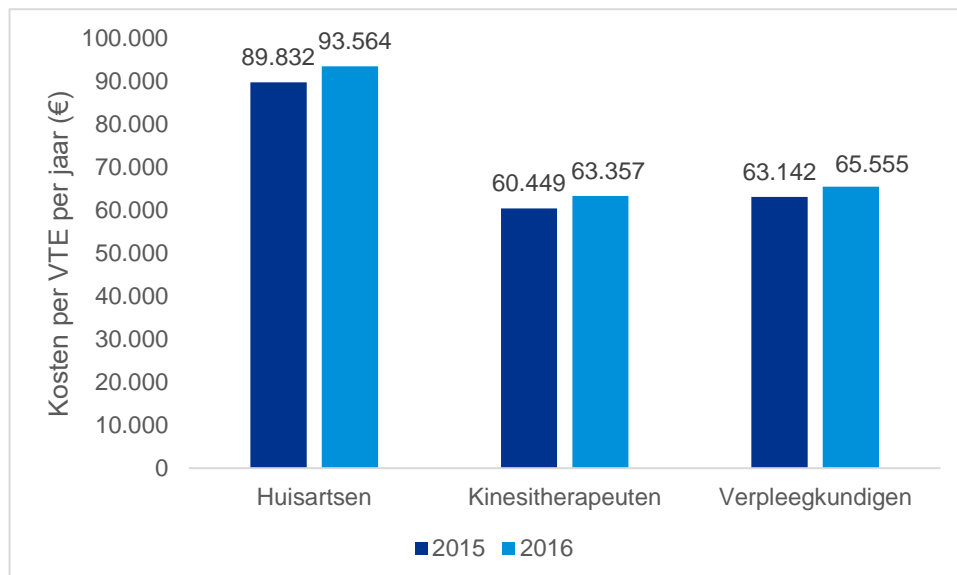
Bron: Enquête KPMG

Kosten per VTE

Onderstaande figuur toont een overzicht van de gemiddelde kosten per VTE in zowel 2015 als 2016 voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen. Deze kosten zijn berekend door per medisch huis de kosten van een bepaalde personeelscategorie te delen door het aantal voltijdse equivalenten in die categorie. De kost per VTE wordt enkel berekend voor de medische huizen waarvoor zowel de personeelskost als het aantal VTE's beschikbaar is.

De gemiddelde kost⁹⁰ per huisarts ligt hoger dan de gemiddelde kost per kinesitherapeut of verpleegkundige. In 2016 bedraagt de gemiddelde kost voor een huisarts (VTE) ongeveer 93 000 euro terwijl dit voor kinesitherapeuten en verpleegkundigen respectievelijk ongeveer 63 000 en 66 000 euro per VTE is. Daarnaast stijgen de kosten per VTE voor de drie personeelscategorieën licht in 2016 ten opzichte van 2015.

Figuur 105 – Gemiddelde kosten per VTE in 2015 en 2016



Bron: Enquête KPMG

⁸⁹ Forfaitair bedrag en MKI-kost zijn opnieuw per verzekerde patiënt.

⁹⁰ Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen

Tijdens de interviews werd aangegeven dat huisartsen vaak als **zelfstandigen** in een medisch huis werken. Andere zorgverleners zijn overwegend als **bedienden** tewerkgesteld. Er wordt veelal rekening gehouden met **loonbarema's** binnen medische huizen (zou aanbevolen worden vanuit de federatie), maar deze zouden binnenkort mogelijks wijzigen daar er werd gevraagd aan het IFIC (Instituut Functieclassificatie) om een functieomschrijving voor artsen te maken waardoor ook voor artsen een bepaalde loonschaal bepaald zou worden.

Betalingen aan collega's die per prestatie werken

Voor deze analyse wordt gewerkt met de steekproef van respondenten die in de enquête aangaven betalingen te verrichten aan collega's die per prestatie werken. Deze betalingen worden gedaan ter compensatie van prestaties die worden verricht voor patiënten van het medisch huis.

Gegevens van 115 respondenten in 2015 en 130 respondenten in 2016 werden meegenomen voor de analyses per patiënt. Gegevens van een bepaald jaar werden enkel in beschouwing genomen indien een medisch huis een volledig jaar onder het forfaitair systeem werkt. De resultaten voor 2015 en 2016 zijn opnieuw gelijkaardig, waardoor enkel de resultaten voor 2016 worden besproken. Daarnaast worden twee medische huizen met een onbetrouwbaar patiënten aantal weggelaten uit de analyse. Gegevens van medische huizen die dit deel van de enquête niet of onvolledig beantwoordden, worden uiteraard niet meegenomen.⁹¹ Overheen de 130 medische huizen met bruikbare kosteninformatie bedraagt de gemiddelde kost per patiënt als gevolg van betalingen aan collega's die per prestatie werken €12,58 in 2016.

Verder maken 116 van de 130 medische huizen in 2016 een onderverdeling tussen de verschillende collega zorgverleners waarvoor betalingen per prestatie worden uitbetaald. Voor deze 116 medische huizen wordt een opsplitsing gemaakt tussen de verschillende types collega's waarvoor betalingen per prestatie gebeuren in tabel 62. De gemiddelde kost per patiënt voor de 116 respondenten bedraagt €12,94 in 2016.⁹² De gemiddelde kost per patiënt voor betalingen per prestatie aan collega verpleegkundigen is het grootst, namelijk €7,15 euro per patiënt. Voor collega huisartsen en kinesitherapeuten die werken per prestatie bedraagt de gemiddelde kost per patiënt van het medisch huis respectievelijk €2,23 en €3,35 in 2016.

⁹¹ Een gedeelte van de medische huizen gaf informatie door over het aantal prestaties waarvoor werd doorverwezen i.p.v. het totaal betaalde bedrag. Deze konden niet worden opgenomen in de analyse.

⁹² Dit bedrag verschilt van de €12,58 omdat het een gemiddelde betreft van de respondenten waarvoor een opsplitsing werd gemaakt per zorgverlener.

Tabel 62 - Betalingen aan collega's die per prestatie werken in 2016

Type zorgverlener	Gemiddeld bedrag per patiënt
Huisartsen per prestatie	€ 2,23
Kinesitherapeuten per prestatie	€ 3,35
Verpleegkundigen per prestatie	€ 7,15
Totaal	€ 12,94

Bron: Enquête KPMG

Conclusie:

Binnen de **kostenstructuur van medische huizen** vormen de personeelskosten de belangrijkste kostensoort. De kosten per patiënt bestaan gemiddeld voor 88% uit **personeelskosten**. Deze personeelskosten bestaan op hun beurt gemiddeld voor meer dan 60% uit kosten voor huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen.

De **niet-personeelsgerelateerde kosten** bedragen gemiddeld 12% van de kosten per patiënt. Binnen deze niet-personeelsgerelateerde kosten vormen de gebouwkosten de belangrijkste kostensoort. De niet-personeelskosten bestaan gemiddeld voor meer dan 60% uit gebouwkosten (huur, elektriciteit, gas, schoonmaak, onderhoud, bewaking).

De gemiddelde **financiering per patiënt** is in alle clusters groter dan de gemiddelde **kosten per patiënt**. Daarnaast blijken de gemiddelde forfaits per patiënt in alle clusters groter dan de gemiddelde MKI kosten per patiënt. Medische huizen met meer dan 4000 patiënten hebben gemiddeld een lagere kost per patiënt dan medische huizen met een kleiner patiëntenbestand.

De gemiddelde **kost per VTE** huisartsen liggen gemiddeld hoger dan deze voor kinesitherapeuten en verpleegkundigen.

2.5 Optimalisatie ingezette middelen

In dit onderdeel wordt nagegaan in welke mate de ingezette middelen optimaal gebruikt worden binnen de medische huizen. Meer specifiek zal nagegaan worden of de specifieke competenties die aanwezig zouden zijn binnen de medische huizen, optimaal ingezet worden. Vervolgens wordt het gebruik van de verschillende elektronische applicaties in kaart gebracht, alsook samenwerkingsvormen tussen medische huizen en andere organisaties en toelichting van mogelijke efficiëntiewinsten die zich voordoen of zouden kunnen voordoen dankzij deze samenwerkingsvormen.

2.5.1 Optimalisatie competenties zorgverleners

120 van de 160 respondenten (75%) geven aan patiënten door te sturen binnen het medisch huis tussen de artsen zodoende de specifieke competenties (b. diabetes, tabacologie, etc.) te optimaliseren.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de opgegeven **expertises/competenties** die aanwezig zouden zijn binnen de medische huizen van de respondenten, aangevuld met de responsgraad voor deze competentie:

Tabel 63 – Overzicht specifieke competenties in medische huizen waarnaar patiënten worden doorverwezen

Specifieke competentie	responsgraad
Gynaecologie	41%
Aanwezigheid technisch materiaal ECG	23%
Kleine chirurgische ingrepen	23%
Aanwezigheid spirometrie	22%
Diabetes	22%
Tabacologie	20%
Psychotherapie	14%
Voedingsdeskundige	11%
Sportgeneeskunde	11%
Mesotherapie	10%
Behandeling tropische ziekten	9%
Toxicomanie	9%
Palliatieve zorg	9%
Fysiotherapie	8%

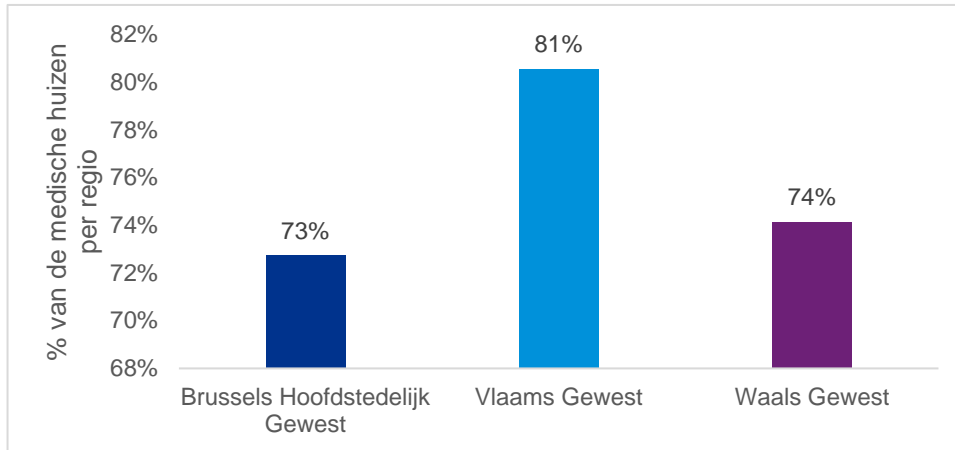
Bron: Enquête KPMG

In dit onderdeel zal nagegaan worden of er een verband is met de ligging, de maturiteit, de aansluiting bij een federatie, de grootte van het patiëntenbestand en het aantal aanwezige andere types zorgverlening binnen het medisch huis. Alle respondenten (160) worden in deze analyses mee opgenomen.

Ligging

Onderstaande grafiek geeft het aandeel weer binnen elk gewest van het aantal respondenten die aangegeven hebben patiënten door te sturen binnen hun medisch huis teneinde de competenties van artsen zo goed mogelijk in te zetten. Hieruit blijkt dat 81% van deze respondenten gevestigd zijn in het Vlaams Gewest. Het aantal respondenten in Brussel en Wallonië die aangeven de competenties van artsen te optimaliseren door interne doorverwijzing, is nagenoeg gelijk.

Figuur 106 - Aantal medische huizen per regio die patiënten doorsturen binnen het medisch huis

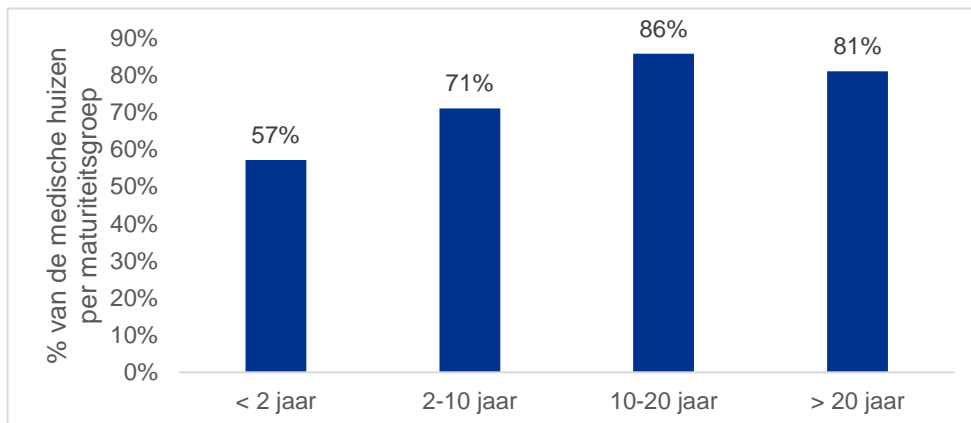


Bron: Enquête KPMG

Maturiteit

In onderstaande grafiek wordt weergegeven hoeveel procent van de respondenten in elke maturiteitsgroep patiënten doorstuurt binnen het medisch huis. Hieruit blijkt dat dit het meest wordt gedaan door mature huizen. Uit voorgaande analyses is bovendien gebleken dat het aantal VTE zorgverleners stijgt naarmate de maturiteit van het medisch huis en dat er bij niet-mature medische huizen (<2jaar) doorgaans minder zorgverleners aanwezig zijn (waardoor bijgevolg het aantal interne doorverwijzingen hierdoor beperkt is).

Figuur 107 - Aantal medische huizen per maturiteitsgroep die patiënten doorsturen binnen het medisch huis

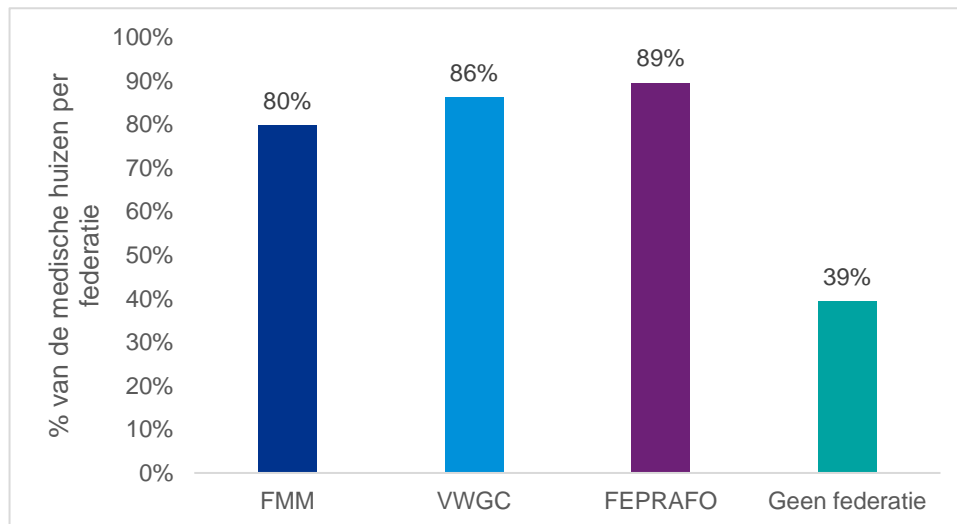


Bron: Enquête KPMG

Federatie

In onderstaande grafiek wordt weergegeven hoeveel procent van de respondenten patiënten doorstuurt binnen het medisch huis teneinde specifieke competenties te optimaliseren, binnen de verschillende federaties. Hieruit blijkt dat er geen significante verschillen zijn tussen het aantal respondenten binnen de 3 federaties. Wel is er een significant verschil in het aantal respondenten die niet zijn aangesloten tot een federatie.

Figuur 108 - Aantal medische huizen per federatie die patiënten doorsturen binnen het medisch huis



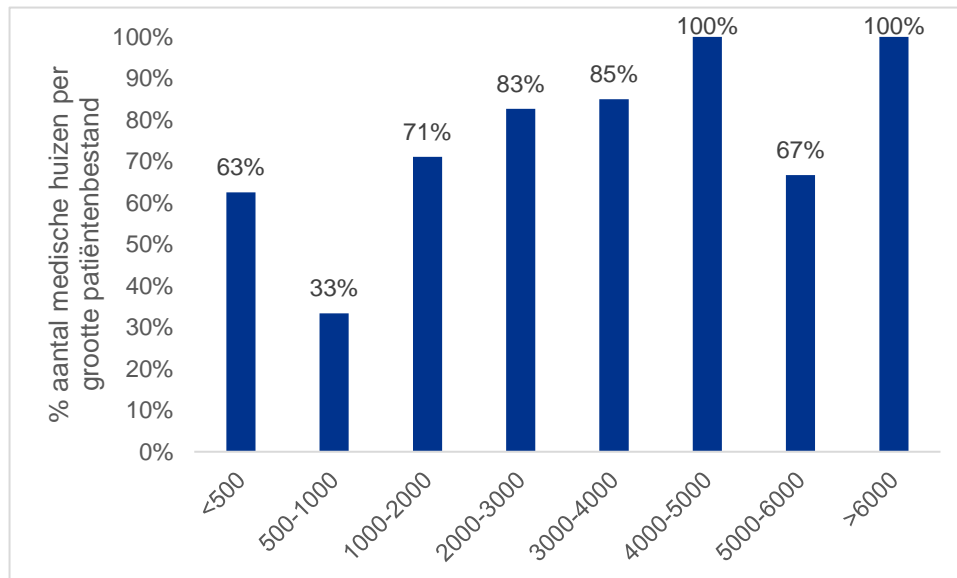
Bron: Enquête KPMG

Groote patiëntenbestand

In figuur 109 wordt weergegeven hoeveel procent van de respondenten patiënten doorstuurt binnen het medisch huis teneinde specifieke competenties te optimaliseren, opgedeeld volgens de grootte van het patiëntenbestand van de respondenten. Hieruit blijkt dat alle respondenten met een patiëntenbestand tussen 4000 en 5000 patiënten (7 respondenten) en deze met een patiëntenbestand groter dan 6000 patiënten (7 respondenten), intern doorverwijzen ter optimalisatie van de specifieke competenties van artsen. Ook de grote meerderheid van de respondenten in de andere categorieën sturen

intern patiënten naar elkaar door, enkel respondenten met een patiëntenbestand tussen 500 en 1000 blijken dit minder te doen.

Figuur 109 - Aantal medische huizen per grootte patiëntenbestand die patiënten doorsturen binnen het medisch huis



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Conclusie:

120 respondenten (75%) geven aan patiënten door te sturen binnen het medisch huis tussen de artsen zodoende de specifieke competenties (b. diabetes, tabacologie, ...) te optimaliseren. Dit blijkt voornamelijk te gebeuren binnen mature huizen. Uit voorgaande analyses is bovendien gebleken dat het aantal VTE zorgverleners stijgt naarmate de maturiteit van het medisch huis, en dat er bij niet-mature medische huizen (<2jaar) doorgaans minder zorgverleners aanwezig zijn (waardoor bijgevolg het aantal interne doorverwijzingen hierdoor beperkt is).

2.5.2 Gebruik elektronische applicaties

Medische huizen maken gebruik van elektronische applicaties in het kader van het beheer van hun Elektronisch medische dossier (hieronder EMD), eHealth⁹³, Vitalink⁹⁴ en Recip-e⁹⁵.

Uit de enquête blijkt dat er voornamelijk gebruik gemaakt wordt van Pricare, HealthOne, Epicure en Medidoc voor het beheer en het delen van patiëntengegevens. Naast deze applicaties worden er ook nog andere elektronische systemen vermeld door de respondenten, waaronder Le Généraliste, CareConnect en Windoc. Een volledige lijst hiervan is te vinden in bijlage 3.6.

In de onderstaande tabel wordt weergegeven hoeveel procent van de respondenten de bovenstaande elektronische applicaties gebruiken in het kader van EMD, eHealth, Vitalink en Recip-e.

Tabel 64 – Overzicht gebruikte applicaties EMD, eHealth, Vitalink, Recip-e

	EMD	eHealth	Vitalink	Recip-e
Pricare	49%	48%	36%	48%
HealthOne	11%	9%	6%	11%
Epicure	8%	9%	4%	8%
Medidoc	7%	6%	6%	6%
Andere	11%	24%	6%	9%
Totaal respondenten	86%	96%	58%	82%

Bron: Enquête KPMG

In wat volgt zal er in meer detail in kaart gebracht worden welk type medische huizen de verschillende applicatie gebruiken, alsook wordt voor elke applicatie binnen de federaties aangegeven door hoeveel procent van de leden de desbetreffende applicatie gebruikt wordt.

⁹³ De site 'eHealth' bevat allerlei elektronische toepassingen voor instellingen (ziekenhuizen, groepen van verpleegkundigen ...) en gezondheidsprofessionals. Voorbeelden zijn:

- een onlinekankerregistratie voor algemene ziekenhuizen
- een e-shop voor het online bestellen van attesten voor verstrekte zorg
- MyCareNet, een toepassing voor gegevensuitwisseling tussen gezondheidsprofessionals en ziekenfondsen

(bron: https://www.belgium.be/nl/online_dienst/app_ehealth)

⁹⁴ Vitalink is een systeem waarmee zorgverleners digitale gegevens over hun patiënten eenvoudig en veilig met elkaar kunnen delen. Vandaag deelt Vitalink gegevens over vaccinaties, medicatie, bevolkingsonderzoeken en een samenvatting van het patiëntendossier van de huisarts. De patiënt geeft daarvoor eerst toestemming, bepaalt zelf wie de gegevens kan zien en kan op elk moment de gegevens bekijken. (bron: <http://www.vitalink.be/>)

⁹⁵ Recip-e beoogt het invoeren van het elektronisch medisch voorschrift in de ambulante sector voor België. Het situeert zich temidden van de invoering van elektronische diensten in de gezondheidsector (e-health). (bron: <https://recip-e.be/home-nl/>)

Tabel 65 – Overzicht gebruikte applicaties EMD, eHealth, Vitalink, Recip-e⁹⁶

Federatie	EMD					eHealth				
	Pricare	HealthOne	Epicure	Medidoc	Andere	Pricare	HealthOne	Epicure	Medidoc	Andere
FMM	52	5	9	1	1	51	5	11	1	5
	62%	6%	11%	1%	1%	61%	6%	13%	1%	6%
VWGC	21	1		5	4	20	1		5	5
	72,50%	3,50%		17%	14%	69%	3,50%		17%	17%
FEPRAFO	2	7	1	3	6	2	2	1	3	6
	10,50%	37%	5%	16%	31,50%	10,50%	10,50%	5%	16%	31,5
Geen federatie	3	5	3	2	5	4	6	2	1	7
	10,50%	18%	11%	7%	18%	14%	21,50%	7%	3,50%	25%
Vitalink					Recip-e					
Federatie	Pricare	HealthOne	Epicure	Medidoc	Andere	Pricare	HealthOne	Epicure	Medidoc	Andere
FMM	34	4	5	2	3	50	5	8	1	2
	40,50%	5%	6%	2,50%	3,50%	59,50%	6%	9,50%	1%	2%
VWGC	19	1		5	1	20	1		5	1
	65,50%	3,50%		17%	3,50%	69%	3,50%		17%	3,50%
FEPRAFO	2	2		2	2	2	3	1	3	5
	10,50%	10,50%		10,50%	10,50%	10,50%	16%	5%	16%	26,50%
Geen federatie	1	2	2		1	4	9	2		5
	3,50%	7%	7%		3,50%	14,50%	32%	7%		18%

Bron: Enquête KPMG

Uit bovenstaande tabel blijkt dat Pricare voor alle 4 applicaties het meest gebruikte IT-systeem is. Voornamelijk binnen de respondenten die lid zijn van VWGC en FMM wordt Pricare het vaakst gebruikt.

De meerderheid van de leden van FMM (62%) gebruikt pricare voor het beheer van het EMD. Dit blijkt tevens uit de interviews, waar er werd aangegeven dat deze tool ondersteund wordt vanuit de federatie (gebruik ervan, functionaliteiten, enz), maar dat de het niet verplicht is voor de leden om deze tool te gebruiken.

Tijdens de interviews werd aangegeven dat het beheer van een **GMD** (globaal medisch dossier) in de medische huizen doorgaans goed bijgehouden zou worden. Bij elke nieuwe inschrijving van een patiënt, zou er automatisch een GMD gecreëerd worden in het IT-systeem, waarin de basisgegevens bij de inschrijving / eerste consultatie zouden worden ingevuld. Voornamelijk in **multidisciplinaire** medische huizen wordt aangegeven dat het goed beheer van het GMD belangrijk is, daar dit geraadpleegd wordt door verschillende interne zorgverleners die hier toegang tot hebben. Op deze manier zou er volgens enkele geïnterviewde medische huizen een zekere **opvolging** zijn tussen collega's onderling voor het goed beheer van het EMD. Medische huizen aangesloten bij een federatie, zouden bovendien vaak ook statistieken aanleveren (bijvoorbeeld voor de studiedienst van de federatie (bijvoorbeeld FMM, VWGC)) waardoor een goed beheer van het GMD essentieel is om kwaliteitsvolle gegevens te kunnen aanleveren.

⁹⁶ De percentages binnen de verschillende federaties overstijgen in sommige gevallen 100% daar respondenten binnen eenzelfde federatie in de enquête soms meerdere applicaties hebben opgegeven voor het gebruik van EMD, eHealth, Vitalink en/of Recip-e

Tijdens interviews werd aangegeven dat het administratief personeel enkel ondersteunt bij de invulling van het administratief luik van het GMD. Eveneens werd er aangegeven dat er soms een andere applicatie gebruikt wordt voor het administratieve gedeelte (facturatie) dan voor het medisch luik, aangezien bepaalde applicaties voor het beheer van het GMD gebruiksvriendelijker zouden zijn.

Toch werd er tijdens de interviews opgemerkt dat de **functionaliteiten in de applicaties** voor het beheer van het GMD vaak te beperkt zouden zijn. Bovendien gaf een medisch huis tijdens de interviews aan dat de verplichting om zaken te registreren en te publiceren niet **voldoende vanuit regelgevende instanties** gefaciliteerd zou worden waardoor de registratiemogelijkheden in de applicaties vaak niet voldoende zouden uitgewerkt zijn (bijvoorbeeld eenvoudig lijsten kunnen exporteren m.b.t. voorschriften voor antibiotica, preventie, patiënten profiel (aantal rokers, aantal patiënten gestopt met roken, etc.). Hiervoor zou er bijgevolg vaak een aparte opvolging gedaan worden door dit medisch huis met behulp van Excel, maar dit zou idealiter rechtstreeks uit de applicaties gehaald dienen te worden.

Bovendien werd in het kader van de gebruikte applicaties aangegeven in de interviews dat er nood is aan een **standaardisatie en uniformisering van de huidige applicaties** teneinde een goede deling van informatie tussen zorgverleners (zowel in de eerste als in de tweede lijn) te bewerkstelligen. De software-pakketten van vandaag zouden nog te weinig toelaten om data eenvoudig te exporteren over alle medische dossiers heen. Dit werd reeds opgemerkt in het onderdeel Doorverwijzingen (cf. “Organisatie van de Werking”) waar er werd vastgesteld dat het aantal doorverwijzingen in bepaalde applicaties niet afzonderlijk geregistreerd kunnen worden.

Daarnaast werd tijdens de interviews door enkele medische huizen aangegeven dat de **codering** in verschillende applicaties **niet gealigneerd** zijn, waardoor manuele aanpassingen vaak noodzakelijk zijn om het verslag van een externe zorgverlener in het EMD van de patiënt op te nemen. Deze zaken werden voornamelijk vermeld in het kader van de tweedelijnszorg, meer bepaald bij het delen van informatie met ziekenhuizen.

Een efficiënte deling van informatie hangt op basis van de interviews niet louter af van de functionaliteiten in de IT-systemen, maar eveneens van de **externe zorgverlener** in kwestie zelf. Indien er een **verwijsbrief** door het medisch huis wordt meegegeven aan de patiënt, krijgt het medisch huis doorgaans ook een medisch verslag terug van de specialist in kwestie. Dit is echter niet altijd het geval, of er zit veel vertraging op het doorstromen van de informatie. Daarnaast zorgt het verkrijgen van verslagen op **papier** (veel artsen zouden nog niet gedigitaliseerd werken) voor een bijkomende administratieve last, waardoor er zowel een medisch dossier op papier als elektronisch wordt bijgehouden bij sommige medische huizen.

Tot slot kan geconcludeerd worden dat een **vergelijking van de verschillende applicaties** alsook **lopende initiatieven** op diverse overheidsniveaus aangewezen kan

zijn, om deze op vlak van functionaliteit, volledigheid, registratiemogelijkheden, gebruiksvriendelijkheid etc. te kunnen evalueren indien men de datakwaliteit en – registratie beter wenst op te volgen en bijkomende analyses in de sector mogelijk wenst te maken.

Conclusie:

Op basis van de enquête blijkt dat er voornamelijk gebruik gemaakt wordt van Pricare, HealthOne, Epicure en Medidoc voor het beheer en het delen van patiëntengegevens. Zowel voor het beheer van het EMD, eHealth, Vitalink en Recip-e blijkt Pricare de meest gebruikte applicatie te zijn.

Tijdens de interviews werd aangegeven dat het beheer van een **GMD** (globaal medisch dossier) in de medische huizen doorgaans goed zou bijgehouden worden. Voornamelijk door **multidisciplinaire** medische huizen wordt aangegeven dat het goed beheer van het GMD belangrijk is, daar dit geraadpleegd wordt door verschillende interne zorgverleners die hier toegang tot hebben. Op deze manier zou er een zekere **opvolging** zijn tussen collega's onderling voor het goed beheer van het EMD.

Toch werd er tijdens de interviews opgemerkt dat de functionaliteiten in de applicaties voor het beheer van het GMD vaak te beperkt zijn. Er blijkt bovendien een nood te zijn aan een **standaardisatie en uniformisering van de huidige applicaties** teneinde een goede deling van informatie tussen zorgverleners (zowel in de eerste als in de tweede lijn) te bewerkstelligen.

2.5.3 Samenwerkingsvormen

2.5.3.1 Formele samenwerkingsvormen met externe diensten

In dit onderdeel worden de externe samenwerkingen in kaart gebracht die respondenten zouden hebben met een formele overeenkomst, onder meer voor de uitbesteding van bepaalde diensten en om de continuïteit van de zorg te garanderen (bijvoorbeeld inzake wachtdiensten, thuisverzorging, zelfstandige verpleegsters, etc.).

In wat volgt wordt per ligging, maturiteit en federatie nagegaan of er formele samenwerkingen worden aangegaan door de respondenten en met welke diensten. Daarnaast wordt ook geanalyseerd of de combinatie aan disciplines een effect heeft op samenwerkingen met externe diensten.

Uit de enquête blijkt dat er voornamelijk wordt samengewerkt met de volgende externe diensten:

Tabel 66 - Aantal respondenten dat aangeeft samen te werken met externe diensten

	Wachtdienst	Zelfstandige verplegers	Thuisverzorging	Andere ⁹⁷
Aantal respondenten ⁹⁸	96	32	33	39

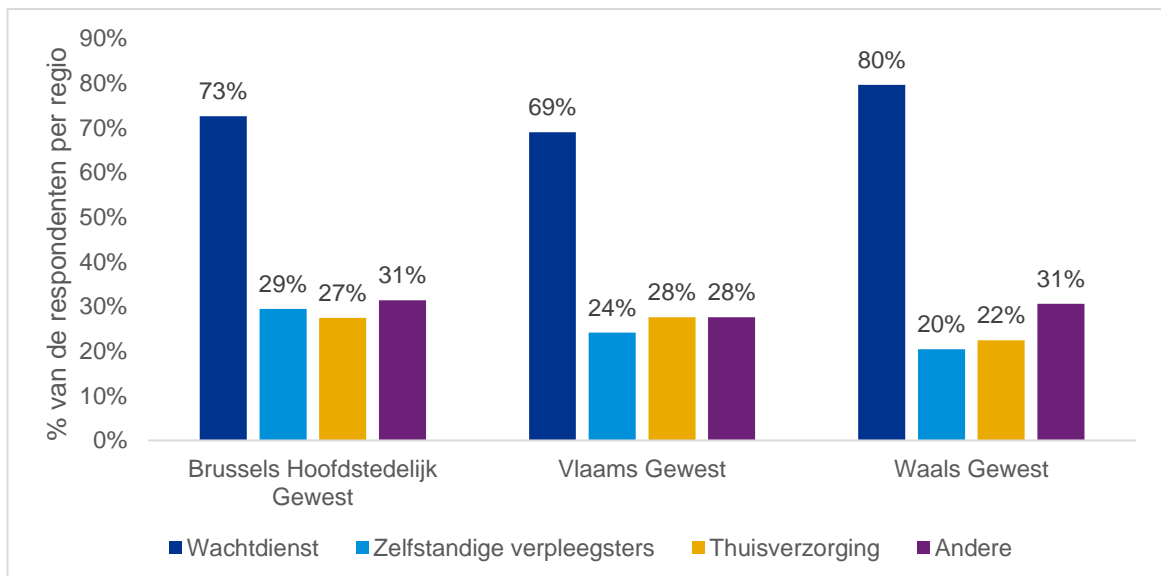
Bron: Enquête KPMG

Een lijst met alle andere externe diensten waarmee wordt samengewerkt door de respondenten is te vinden in bijlage 3.7.

Ligging

In onderstaande grafiek wordt weergegeven hoeveel procent van de respondenten binnen elke regio aangeeft een formele samenwerking aan te gaan met externe diensten. Op basis hiervan blijken er geen significante verschillen te zijn tussen de gewesten. In het onderdeel "Patiëntenbestand" werd vastgesteld dat in Brussel aanzienlijk meer patiënten per VTE verpleegkundige worden behandeld. Uit onderstaande grafiek blijkt er niet meer samengewerkt te worden met externe verpleegkundigen in vergelijking met de andere gewesten, dus dit groter aantal patiënten per VTE verpleegkundige in Brussel blijkt niet opgevangen te worden door meer externe verpleging.

Figuur 110 - Diensten waarmee wordt samengewerkt door de respondenten per regio



Bron: Enquête KPMG

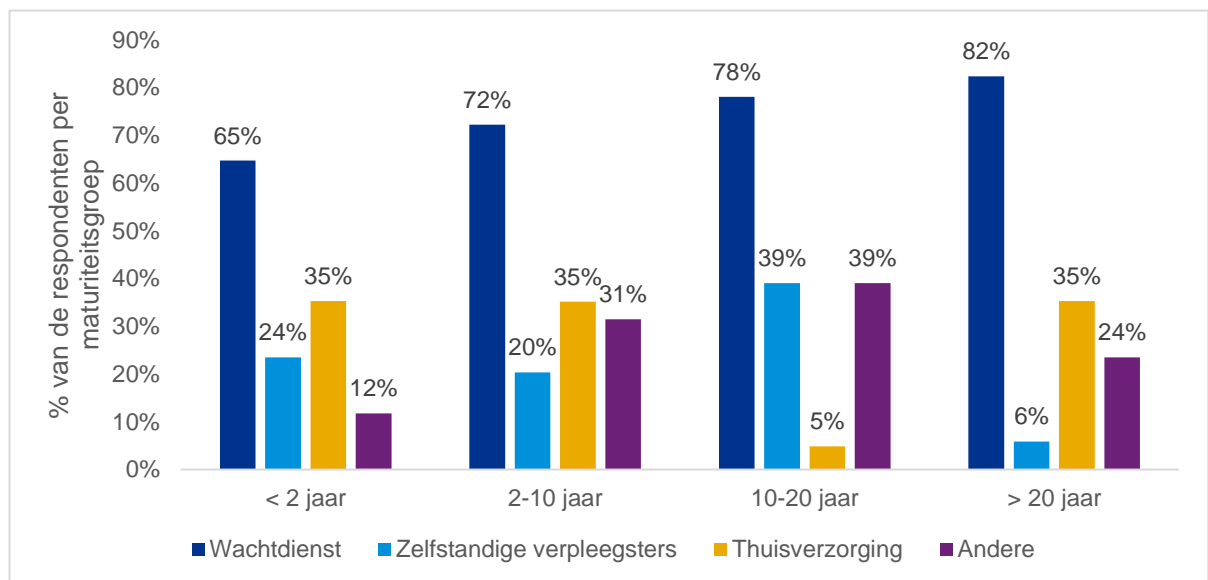
⁹⁷ Onder meer gezinszorg en gezins hulp, secretariaat, fysiotherapeuten en externe kinesitherapeuten, laboratoria, geestelijke gezondheidshulp, palliatieve zorg, etc.

⁹⁸ 123 respondenten hebben 1 of meerdere samenwerkingen met externe diensten aangegeven

Maturiteit

In onderstaande grafiek wordt weergegeven hoeveel procent van de medische huizen per maturiteitsgroep aangeven formele samenwerking via een overeenkomst te sluiten met externe diensten. Hieruit blijkt dat het aangaan van externe samenwerkingen in het kader van wachtdiensten stijgt naarmate de maturiteit stijgt. Tijdens de interviews werd aangegeven dat oudere huisartsen in mindere mate participeren in de wachtdienst dan jongere huisartsen. Bovendien werd aangegeven tijdens de interviews dat de gemiddelde leeftijd van huisartsen zou stijgen naarmate de maturiteit van een medisch huis stijgt (cf. supra). Dit kan een mogelijke verklaring zijn voor het groter aantal externe samenwerkingen met betrekking tot de wachtdienst voor zeer mature medische huizen (>20 jaar) die mogelijks oudere huisartsen tewerkstellen.

Figuur 111 - Diensten waarmee wordt samengewerkt door de respondenten per maturiteitsgroep

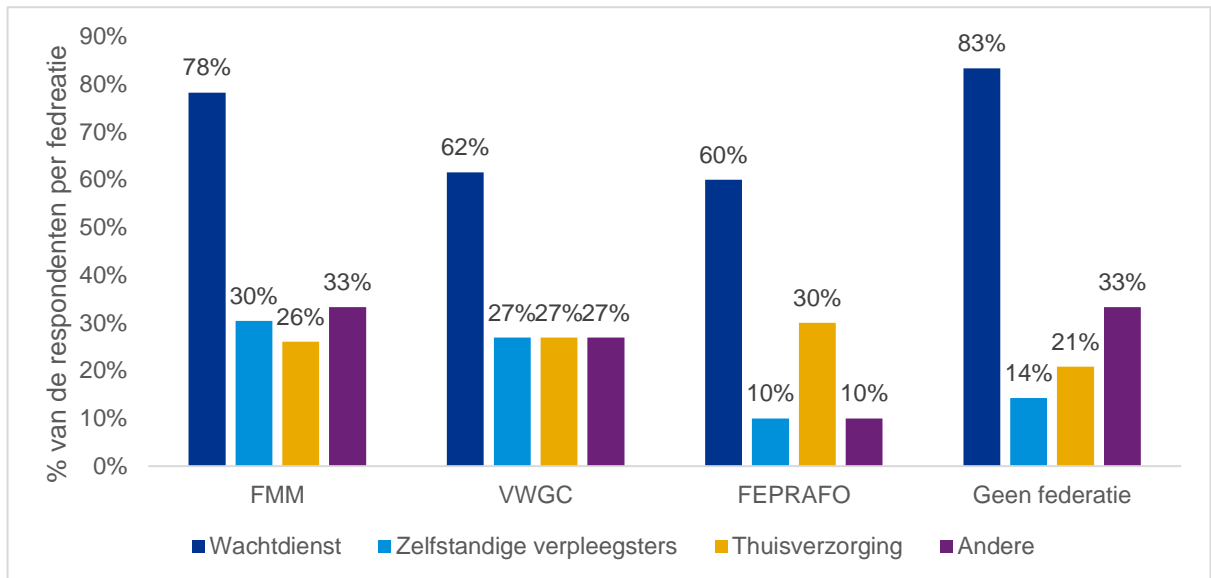


Bron: Enquête KPMG

Federatie

In figuur 112 wordt weergegeven hoeveel procent van de medische huizen in elke federatie een formele overeenkomst heeft gesloten met een externe dienst. Hieruit kan afgeleid worden dat respondenten die lid zijn van VWGC en Feprafo in mindere mate externe samenwerkingen aangaan in het kader van de wachtdienst.

Figuur 112 - Diensten waarmee wordt samenwerkt door de respondenten per federatie

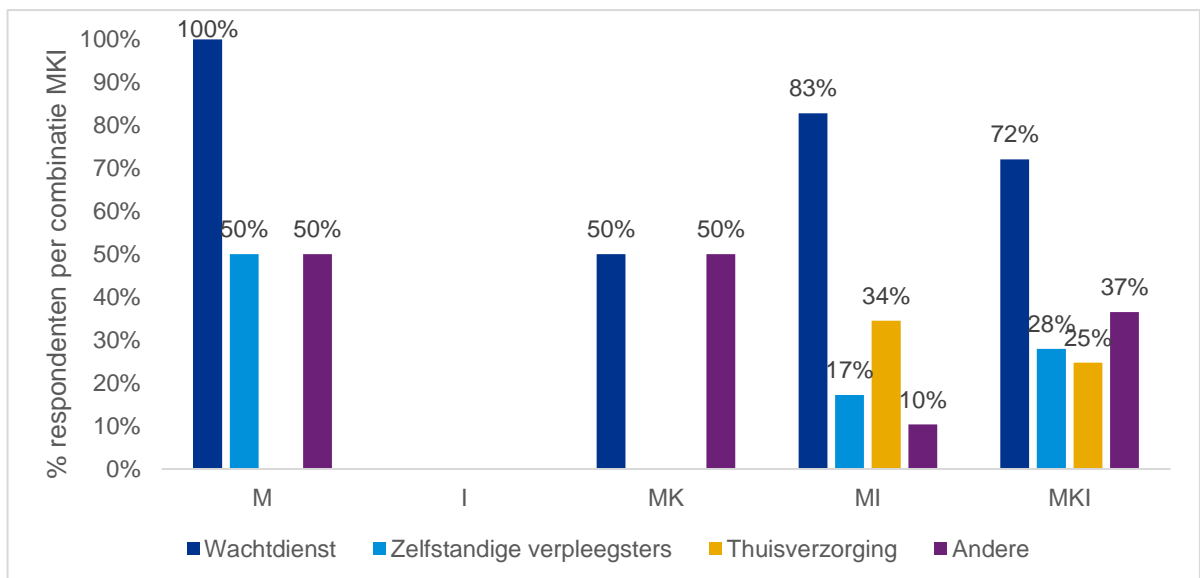


Bron: Enquête KPMG

Disciplines

In onderstaande grafiek wordt weergegeven hoeveel procent van de medische huizen samenwerkt met externe diensten naargelang de combinatie huisartsen, kinesitherapeuten en/of verpleegkundigen die in dienst zijn in het medisch huis. Er kan logischerwijs opgemerkt worden dat de 2 categorieën zonder verpleging in het medisch huis geen beroep doen op thuisverzorging. In de categorie met enkel huisartsen (slechts 3 respondenten), werkt de helft samen met zelfstandige verpleegsters.

Figuur 113 - Diensten waarmee wordt samengewerkt door de respondenten per combinatie MKI



Bron: Enquête KPMG

Conclusie:

Uit de enquête blijkt dat er voornamelijk wordt samengewerkt met externe diensten inzake de **wachtdienst, verpleging en thuisverzorging**. Uit de enquêteresultaten blijkt dat het aangaan van externe **samenwerkingen in het kader van wachtdiensten stijgt naarmate de maturiteit stijgt**. Tijdens de interviews werd aangegeven dat oudere huisartsen in mindere mate participeren in de wachtdienst dan jongere huisartsen, alsook dat de leeftijd van huisartsen samen zou gaan met de maturiteit van een medisch huis. Dit kan bijgevolg een mogelijke verklaring zijn waarom mature huizen meer samenwerkingen met wachtdiensten aangaan dan niet-mature medische huizen.

2.5.3.1.1 Samenwerking met het OCMW

Ook de samenwerking met het OCMW werd getracht op basis van de enquête en de interviews in kaart te brengen. Onderstaande tabel geeft het aantal respondenten waarvoor het OCMW beroep doet op hun medisch huis voor de verzorging van niet-verzekerden. 90,5% van de respondenten bevestigt dit.

Tabel 67 - Procentueel aantal medische huizen per groep die aangeeft dat het OCMW beroep op hen doet voor het verzorgen van niet-verzekerden

Regio	Maturiteit	% medische huizen waarop OCMW beroep doet
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Niet-matuur	88%
	Matuur	93%
Vlaams Gewest	Niet-matuur	100%
	Matuur	93%
Waals Gewest	Niet-matuur	83%
	Matuur	87%

Bron: Enquête KPMG

Tijdens de interviews werd eveneens bevestigd dat er frequent niet-verzekerden patiënten worden doorgestuurd voor verzorging door het OCMW. Medische huizen die deze doorverwezen patiënten verzorgen, kunnen deze zorgen factureren aan het OCMW. De facturatie van deze geleverde diensten blijkt echter op basis van de interviews niet voor alle medische huizen vlot te verlopen. Voornamelijk bij medische huizen in Brussel blijkt dit een grote administratieve last met zich mee te brengen. Daarnaast gaf een medisch huis aan dat het lang zou kunnen duren (bijvoorbeeld 90 dagen) vooraleer de vergoeding van de geleverde diensten door het OCMW ontvangen wordt, en dat de verkregen vergoeding niet opweegt tegen de werklust die vaak gepaard gaat met niet-verzekerden. Andere medische huizen gaven tijdens de interviews aan een zeer goede relatie te hebben met het OCMW en hier geen problemen mee te ondervinden, alsook de vergoeding die ze krijgen voor de zorgverlening aan patiënten doorgestuurd door het OCMW niet te laag te vinden.

Tot slot blijkt 1 medisch huis bestuurd te worden door het OCMW en beheren zij dus niet op autonome wijze hun medisch huis (tewerkgesteld als bedienden).

2.5.3.2 Samenwerkingsvormen tussen medische huizen

In volgend onderdeel wordt gekeken welke samenwerkingsvormen tussen medische huizen er werden opgegeven door de respondenten. De samenwerkingsvormen die vermeld werden in de enquête, werden opgedeeld in 6 categorieën. Dit wordt in tabel 68 weergegeven, aangevuld met het aantal respondenten die in de enquête hebben aangegeven deze samenwerkingen te hebben gesloten (één medisch huis kan meerdere vormen van samenwerking hebben opgegeven).

Tabel 68 – Overzicht samenwerkingsvormen & respondenten

Samenwerkingsvorm	Aantal respondenten
Strategische samenwerking (vergaderingen met andere organisaties in de wijk, networking, informele contacten)	104
Samenwerking op vlak van kennis (opleiding en good practices)	81
Operationele samenwerking (transfer van patiënten en/of personeel)	56
Technologische samenwerking (transfer van informatie)	49
Financiële samenwerking (facturatie)	26
Samenwerking op vlak van continuïteit (wachtdiensten, thuisverpleging, etc.)	15

Bron: Enquête KPMG

Uit bovenstaande tabel kan afgeleid worden dat **strategische samenwerking** het vaakst voorkomen, gevolgd door **samenwerking op vlak van kennis** (opleidingen en good practices). Dit werd bevestigd tijdens de interviews, waar samenwerkingen met andere organisaties uit de buurt (vaak in functie van de preventie) (bijvoorbeeld Kind & Gezin, CLB, OCMW, daklozenhulp, etc.) aangegaan worden, onder meer om de zorgnood in de wijk te bespreken.

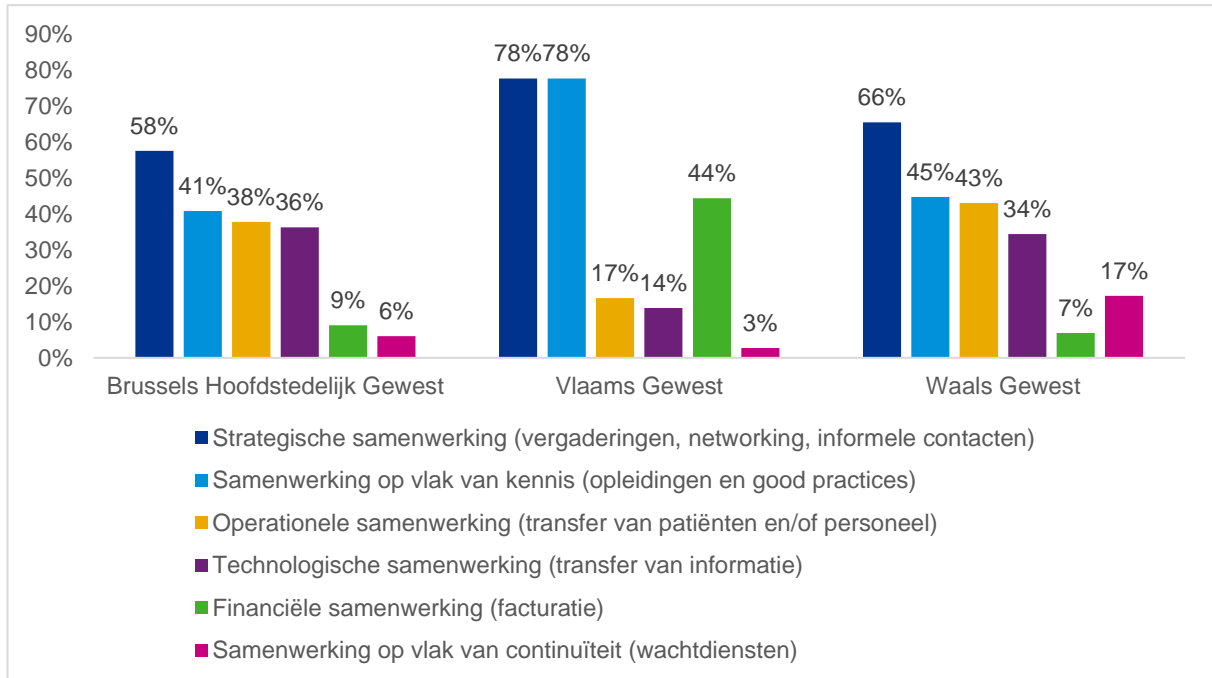
Tevens werd de analyse gemaakt of er een significant verschil kon vastgesteld worden tussen het aantal patiënten per VTE verpleegkundige voor medische huizen die samenwerken met externe verpleegkundigen en medische huizen die niet samenwerken met externe verpleegkundigen. Hieruit blijkt dat er medische huizen die samenwerken met thuiszorg minder patiënten per VTE verpleegkundige verzorgen dan medische huizen die geen samenwerking met thuiszorg hebben. Daarnaast kan worden vastgesteld dat medische huizen die samenwerken met zelfstandige verpleegsters daarentegen meer patiënten verzorgen per VTE verpleegkundige in vergelijking met medische huizen die niet samenwerken met zelfstandige verpleegkundige.

In wat volgt zal nagegaan worden of er een verband is tussen de samenwerkingsvormen en de ligging, maturiteit en ondernemingsvorm van een medisch huis, de federatie waarbij het medisch huis aangesloten is en de grootte van het patiëntenbestand.

Ligging

Figuur 114 geeft weer in welke regio de vermelde samenwerkingsvormen door respondenten zich voordoen.

Figuur 114 - Samenwerkingsvormen per regio



Bron: Enquête KPMG

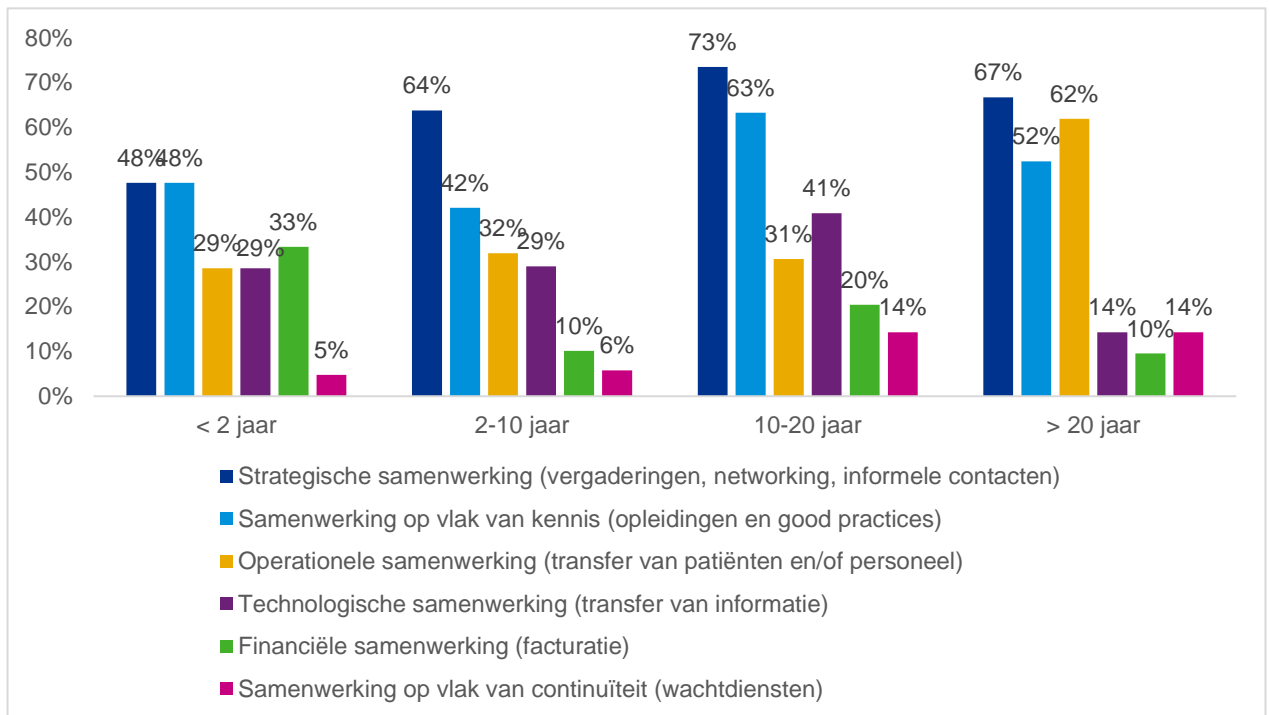
Hieruit blijkt dat strategische samenwerking en samenwerkingen op vlak van kennisdeling voornamelijk werden opgegeven door respondenten gevestigd in Vlaanderen. Ook financiële samenwerkingen (bijvoorbeeld renteloze leningen van andere medische huizen, OCMW, etc. (cf. supra)) wordt hier het vaakst aangegeven. Tijdens de interviews is gebleken dat sommige medische huizen zouden samenwerken inzake facturatie, waar deze facturatie van bepaalde medische huizen centraal beheerd wordt (Gent). Echter, dit zou op basis van enkele geïnterviewde medische huizen enkel haalbaar zijn voor kleinere medische huizen, daar er tijdens de interviews werd aangegeven dat het aangewezen is voor medische huizen met een groot patiëntenbestand om de facturatie intern en afzonderlijk te houden teneinde geen overzicht te verliezen.

Operationele samenwerkingen (transfer van patiënten en/of personeel) werden meermaals aangegeven door respondenten gevestigd in Brussel en Wallonië. Tijdens de interviews werd eveneens aangegeven (voornamelijk in Brussel) door enkele medische huizen dat er transfers gebeuren van patiënten tussen medische huizen ten gevolge van verhuizingen. Dit hangt samen met de **technologische samenwerkingen**, waar werd aangegeven dat het GMD van de patiënt bij een transfer wordt overgedragen.

Maturiteit

Onderstaande figuur geeft weer in welke maturiteitscategorie de vermelde samenwerkingsvormen door respondenten zich voordoen. Hieruit blijkt dat de **niet-mature medische huizen in mindere mate strategische samenwerkingen en samenwerkingen op vlak van kennis aangaan**. Dit laatste kan mogelijks te maken hebben met dat niet-mature medische huizen in mindere mate zijn aangesloten bij een federatie (cf. Karakteristieken) en de samenwerkingen op vlak van kennis vaak vanuit de federaties gefaciliteerd zouden worden volgens de geïnterviewde medische huizen. De **meest mature medische huizen (>20 jaar in forfaitair systeem)** gaven het vaakst aan **operationele samenwerkingen** aan te gaan in vergelijking met de andere categorieën. **Financiële samenwerkingen** zouden het vaakst aangegaan worden door **niet-mature medische huizen**. Tijdens de interviews werd in dit kader aangegeven dat niet-mature huizen vaak financieel ondersteund worden vanuit andere medische huizen (onder de vorm van renteloze leningen).

Figuur 115 - Samenwerkingsvormen volgens maturiteit



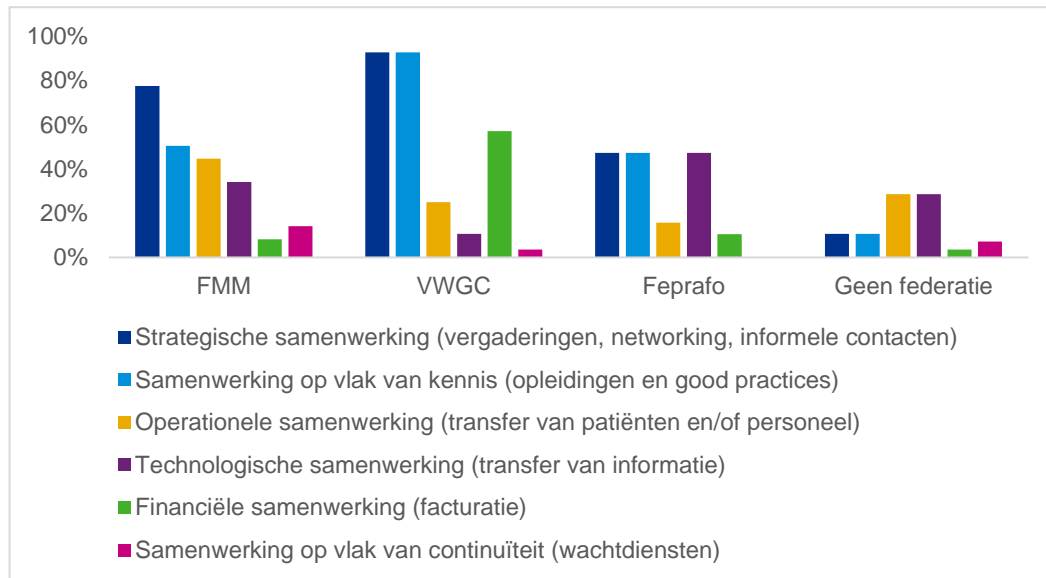
Bron: Enquête KPMG

Federatie

Figuur 116 geeft weer bij welke federatie de respondenten zijn aangesloten die in de enquête de verschillende samenwerkingsvormen hebben opgegeven. Hieruit blijkt dat leden aan **VWGC het vaakst strategische samenwerkingen en samenwerkingen op vlak van kennis aangaan**. Dit blijkt teven uit de interviews met de medische huizen in Vlaanderen, voornamelijk in Gent, waar deze samenwerkingsvormen aan bod zijn gekomen. Tijdens de interviews werd eveneens gewezen op de rol van VWGC op het vlak van kennisdeling. Deze leden zijn sterk vertegenwoordigd in Gent. Ook werd

aangegeven dat er frequent wordt samengekomen in de wijken, onder meer door de coördinatoren van de verschillende medische huizen die de stand van zaken zouden opvolgen. De financiële samenwerking die eveneens sterk aanwezig blijkt te zijn bij leden van VWGC, wijst op de eerder vermelde centrale facturatie die wordt gedaan door leden van deze federatie. Respondenten die geen lid zijn van een federatie blijken in mindere mate samenwerkingen aan te gaan.

Figuur 116 - Samenwerkingsvormen per federatie

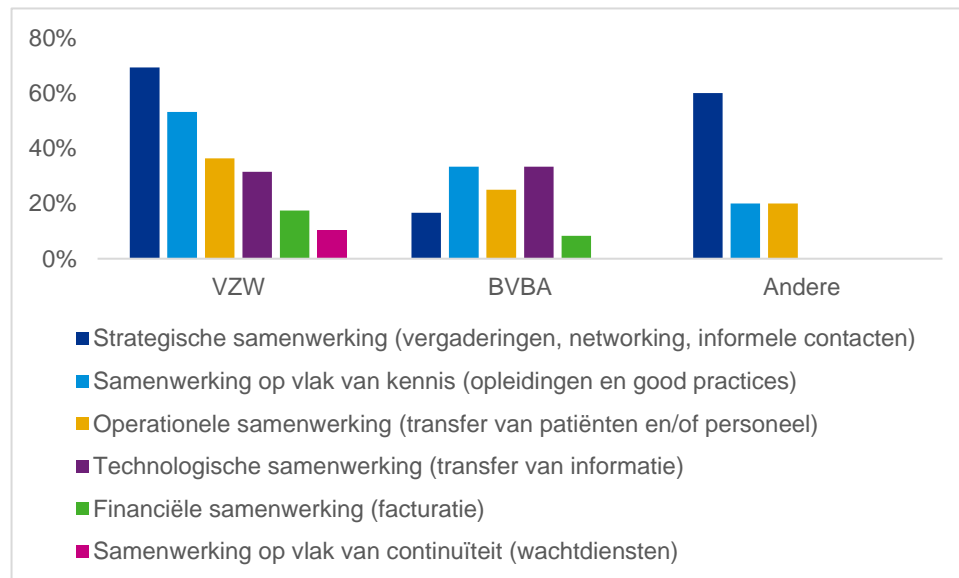


Bron: Enquête KPMG

Ondernemingsvorm

Figuur 117 geeft weer welke vennootschapsvorm de respondenten hebben die hebben aangegeven in de enquête samenwerkingsvormen tussen medische huizen aan te gaan. Hieruit blijkt dat VZW's het vaakst samenwerkingsvormen aangaan in vergelijking met de andere vennootschapsvormen. Dit is een logisch gevolg van voorgaande analyse, daar de leden van FMM en VWGC bijna uitsluitend een VZW structuur hebben.

Figuur 117 - Samenwerkingsvormen per ondernemingsvorm

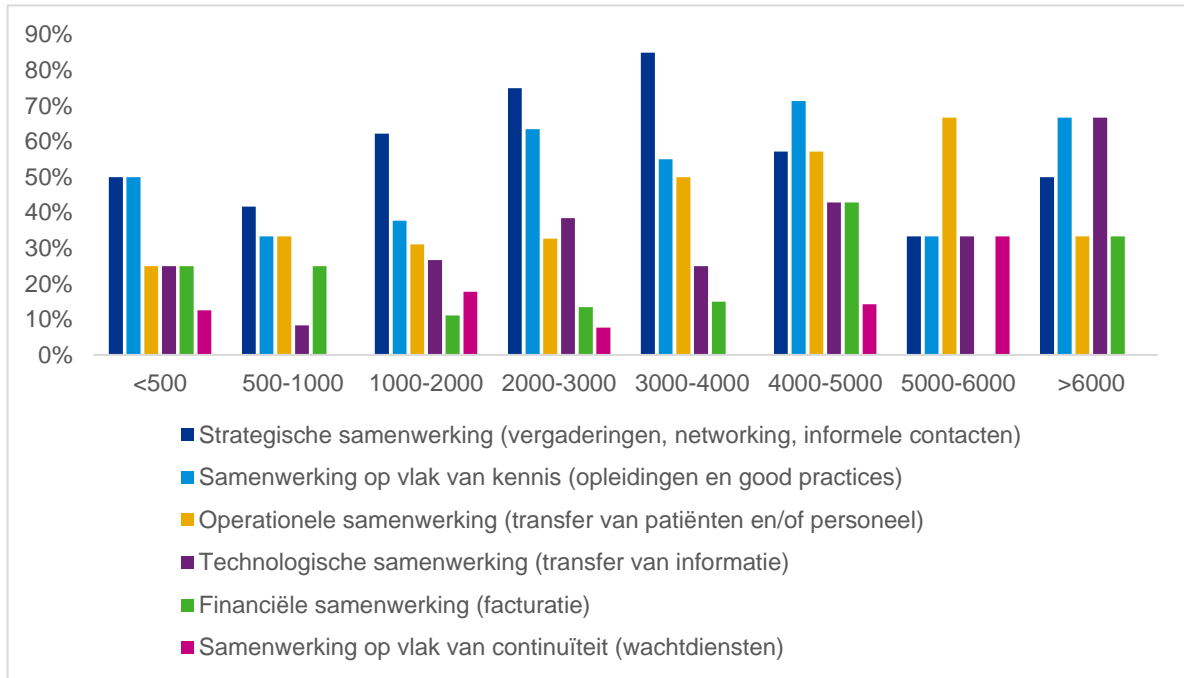


Bron: Enquête KPMG

Groote patiëntenbestand (aantal patiënten)

Figuur 118 geeft het aantal respondenten weer die aangegeven hebben samen te werken met andere organisaties, opgedeeld volgens de grootte van diens patiëntenbestand. Hieruit kan geconcludeerd worden **dat medische huizen met een kleiner patiëntenbestand** (minder dan 1000 patiënten) in **mindere mate samenwerkingsvormen** (voornamelijk strategische en op vlak van kennis) aangaan. Voor de overige categorieën kan er geen eenduidige trend vastgesteld worden voor wat betreft het aantal samenwerkingsvormen in functie van de grootte van het patiëntenbestand. De strategische samenwerkingen en samenwerkingen op vlak van kennis worden het vaakst aangegaan door medische huizen tussen de 1000 en 4000 patiënten.

Figuur 118 - Samenwerkingsvormen per grootte patiëntenbestand



Bron: Enquête KPMG en data IMA

Conclusie:

Uit het onderzoek uitgevoerd in kader van deze studie blijkt dat **strategische samenwerking het vaakst voorkomen, gevolgd door samenwerking op vlak van kennis** (opleidingen en good practices).

Financiële samenwerkingen zouden het vaakst aangegaan worden door **niet-mature medische huizen**. Tijdens de interviews is gebleken dat sommige medische huizen samenwerken inzake facturatie, waar deze van bepaalde medische huizen centraal beheerd wordt (Gent).

2.5.4 Efficiëntiewinsten

Voor de verschillende samenwerkingsvormen vermeld in het voorgaande deel, werd door de respondenten aangegeven of deze al dan niet tot efficiëntiewinsten leiden en op welke gebieden deze efficiëntiewinsten zich voordoen.

In tabel 69 wordt weergegeven hoeveel procent van de respondenten die hebben aangegeven de desbetreffende samenwerking gesloten te hebben, aangeeft dat deze leiden tot efficiëntiewinsten (zoals opgegeven door de respondenten in de enquête).

Tabel 69 - % van de medische huizen die aangeeft dat de samenwerkingsvormen leiden tot efficiëntiewinsten

Samenwerking op vlak van kennis (opleidingen en good practices)	94%
Operationele samenwerking (transfer van patiënten en/of personeel)	82%
Strategische samenwerking (vergaderingen, networking, informele contacten)	79%
Financiële samenwerking (facturatie)	73%
Technologische samenwerking (transfer van informatie)	63%
Samenwerking op vlak van continuïteit (wachtdiensten)	40%

Bron: Enquête KPMG

Hieruit blijkt dat volgens de respondenten alle huidige samenwerkingsvormen leiden tot efficiëntiewinsten, in mindere mate de samenwerkingen op vlak van continuïteit aangezien deze meer betrekking hebben op wachtdiensten, samenwerkingen met externe verpleging voor avond- en weekendzorg, samenwerking met andere medische huizen voor de opvang van verlofperiodes, ... en minder tot doel hebben om efficiëntiewinsten te behalen in vergelijking met de andere samenwerkingsvormen.

Tijdens de interviews werd eveneens gewezen op het belang van de interne organisatie van een medisch huis voor het behalen van efficiëntiewinsten. Voornamelijk de **multidisciplinariteit**, meer bepaald de **taakdelegatie** naar verpleging en andere zorgverleners (psychologen, maatschappelijk assistenten, ...) zouden tot grote efficiëntiewinsten kunnen leiden, alsook het in dienst hebben van **ondersteunend en administratief** personeel om het onthaal en telefonische contacten op te vangen. Dit ligt in lijn met voorgaande bevindingen (cf. 2.1.3 Andere personeelsleden) waaruit blijkt dat de grote meerderheid van de respondenten personeel voor administratie en onthaal tewerkstelt (respectievelijk 90% en 94% van de respondenten). Dit blijkt ook uit tabel 70, waar er voor de ondersteunende functies wordt aangegeven hoeveel procent van de respondenten aangeeft dat deze momenteel leiden tot efficiëntieverbeteringen.

Tabel 70 - Samenwerkingsvormen die leiden tot efficiëntiewinsten

	Aantal respondenten	% tov aantal respondenten per categorie	% tov aantal respondenten die efficiëntiewinsten aangeven
ICT	113	92,5%	87,5%
Onthaal	117	97,5%	90,5%
Administratie	126	97,5%	97,5%
Andere	95	97%	73,5%

Bron: Enquête KPMG

Tabel 71 geeft een overzicht van het aantal respondenten dat aangeeft in welke domeinen **efficiëntiewinsten in de toekomst** mogelijk zouden zijn. Zoals reeds werd aangehaald in voorgaand onderdeel m.b.t. de gebruikte systemen, blijkt ook uit onderstaande tabel dat er een verbeterpotentieel is op vlak van ICT.

Ook op vlak van administratie zou er op basis van onderstaande tabel een verbeterpotentieel mogelijk zijn. Dit werd tevens aangegeven tijdens de **interviews**,

waaruit blijkt dat de administratie inzake de **facturatie** van het **forfait** vaak een grote administratieve last zou vormen en gemoderniseerd zou dienen te worden.

Tabel 71 - Samenwerkingsvormen waar efficiëntiewinsten verwezenlijkt kunnen worden

	Aantal respondenten
ICT (Information Technology & Communication)	69
Onthaal	45
Administratie	57
Andere ⁹⁹	40

Bron: Enquête KPMG

Conclusie:

Uit de enquête blijkt dat alle huidige samenwerkingsvormen leiden tot efficiëntiewinsten volgens de respondenten, in mindere mate de samenwerkingen op vlak van continuïteit aangezien deze meer betrekking hebben op wachtdiensten, samenwerkingen met externe verpleging voor avond- en weekendzorg, samenwerking met andere medische huizen voor de opvang van verlofperiodes, ... en minder tot doel hebben om efficiëntiewinsten te behalen in vergelijking met de andere samenwerkingsvormen.

Tijdens de interviews werd eveneens op het belang van de interne organisatie van een medisch huis gewezen voor het behalen van efficiëntiewinsten. Voornamelijk de **multidisciplinariteit**, meer bepaald de **taakdelegatie** naar verpleging en andere profielen (psychologen, maatschappelijk assistenten, ...) kunnen tot grote efficiëntiewinsten leiden, alsook het in dienst hebben van **ondersteunend en administratief** personeel om het onthaal en telefonische contacten op te vangen.

⁹⁹ Andere: uitwisselingsplatform, werkgeversverband, boekhouding en sociaal secretariaat, gemeenschappelijke database, sectorale vergaderingen, ...

3 Bijlagen

3.1 Lijst met geïnterviewde stakeholders

1. De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC);
2. De Dienst voor Geneeskundige Verzorging (DGV);
3. De Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC);
4. De Fédération des Maisons Médicales (FMM);
5. Federatie van eerstelijnspraktijken met forfaitaire financiering (Feprafo);
6. Vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen
7. Beleidscel ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid

3.2 Volledige lijst van zorgverlening die wordt aangeboden in de medische huizen

Osteopathie
Vroedkunde
Diabeteseducatie
Preventie
Zorgcoördinator
Tandartsassistent
Psychotherapeut
travail
psychosocial
psychiater
pedicuur
sport coach
ergotherapeut
assistent
psychosocial
pediatre
acupunctuur
educatrice
podoloog
pneumologe
tabacoloog
radiologiste
endocrinologe
Santé
Psychomotricienne
externe verpleging
projectwerk
mondzorg
chirurg
uroloog
cardioloog

3.3 Assumpties patiëntenbestand

Assumptie
Bij het ontbreken van het aantal patiënten in de enquête, werden de statistieken van het IMA gebruikt om het aantal patiënten van dat desbetreffend medisch huis te bepalen.
Bij grote verschillen tussen 2015 en 2016 voor het aantal patiënten (>1000), werden de statistieken van het IMA gebruikt om het aantal patiënten te bepalen.
Bij een negatief verschil voor 2015 en/of 2016 tussen het aantal patiënten opgegeven in de enquête en de statistieken van het IMA, werden de statistieken van het IMA gebruikt om het aantal patiënten te bepalen.
Indien er wel kinesitherapeuten en/of verpleegkundigen werden opgegeven in de enquête maar geen patiënten voor deze zorgverleners, werd hetzelfde aantal patiënten genomen zoals opgegeven bij de huisarts voor deze disciplines.
Voor het aantal patiënten per code gerechtigde werd er in de IMA data voor bepaalde medische huizen " ≤ 5 " vermeld. Voor de verwerking werd een gemiddelde van 2,5 patiënten gehanteerd bij deze medische huizen

3.4 Assumpties Contacten

Assumptie
Een medisch huis gaf 210.352 contacten op voor huisartsen in 2015 en 21.720 contacten voor huisartsen in 2016. Aangezien bij andere zorgverleners het verschil tussen beide jaren gemiddeld 300 bedraagt, werd 21.420 opgenomen
Contacten voor verpleegkundigen opgegeven in de enquête als '> 15.000' werd in de analyse meegenomen als 15.000
Contacten opgegeven als +/- 1300 werd opgenomen als 1300

3.5 Detail opgegeven vergoedingen in enquête: Maribel vergoedingen vs. Diverse vergoedingen

Vergoedingen		
Opgenomen onder financiering in het kader van sociale en fiscale Maribel		
Geschrappt uit financieringsbronnen forfait/maribel/diversen		
lokale overheden		
SUBSIDIE ADMINISTRATION COMMUNALE DE DISON	PCS	Stad Sint-Niklaas
Bxl Ville FIPI	Reciprocity	Stedenfonds
Bxl Ville Santé com	Relais social	Stedenfonds voor wijkgerichte gezondheids promotie
gemeente Anderlecht	Stad Brugge	subside commune d'Uccle

gezondheidspromotie	Stad Gent	subsidieovereenkomst Stedenfonds met Stad Gent "gezondheidspromotie op maat van de wijk"
OCMW Aalst/ loonondersteuning maatschappelijk werk	stad mechelen	werkingssubsidie stad Vilvoorde
provinciale overheden		
ACS	Intervention Active	Provincie Antwerpen (ifv
Action personnes âgées	Plan Activa	Provincie Oost-Vlaanderen
ACTIRIS	project Bewegen op verwijzing	Provincie Vlaams-Brabant
ACTIRIS ACS	project Patiënt in beeld	Provincie W-VL
APE	project uitbreiding WGC	VIPA
APE/forem	Provincie - project tandzorg	
regionale overheden		
Accord secteur non marchand	Dotation subside en K RW installation	RW
Actiris	embauche compensatoire	RW embauche compensatoire
Agrément CSI	ex-DAC subsidies	RW formation
APE	EXONERATION AIP MARIBEL	RW prime fin année
ASI subvention	FMSB 306	Sub AVUQ non-marchand
autre subside ASI	FOREM	subs isolation batiment
AVIQ	Frais de formation	SUBS.RW divers projet
CAAMI	heures inconfortables	SUBSIDE 1TP ACCUEIL
Cadastre de l'emploi non marchand (ASI)	IBGE - BIM	subside région wallonne
COCOF	Impulseo	subside RW divers
Cocof (différenciel ACS)	Impulseo II	Subvention ASI AVIQ
COCOF ACS	IMPULSEO III	Subvention CPE
Cocof Complément ACS	INAMI FIN DE CARRIERE	UNM Chrétiennes
Cocof Initiative Santé (psy)	jaarlijkse afschrijving kapitaalsubsidie VIPA	UNM Libress
Cocof Promotion Santé	Maribel	UNM Socialites
COCOF/Agrément Maison Médicale	ONEM	VDAB ondersteuningspremie
COCOM	Prime fin d'année	VGC-kapitaalsubsidie
Communauté Française Promotion Santé	Prime Télématique	VIPA
Complément Prime de fin d'années	R&C	VIPA kapitaalsubsidie
Congé éducation	Reduire et compenser	VIPA, investeringssubsidie voor nieuwbouw
CONVENTION 1ER EMPLOI	réduire et compenser	Fond Maribel
CPE EXERCICE PRECEDENT	REGION BXL GECS	Maribell Federal
DAC	Rosetta RW	Maribell Social
délégation syndicale	Rosetta RW ex ant	
andere		
ACCORD SOCIAUX	Fédérale	Maribel ex antérieurs
Accodr non marchand	Fin de carrière non soignants	Maribel one-shot
Accréditation	Fin de carrière+prime télématique	Maribel récup emploi
ACS	FMMCSF (projet tabac)	Maribel Social
Allocation adhésion	Fond Papillon	Mini accord
Aménagement fin de carrière	Fondation Roi Baudouin	nationale loterij

Armoedefonds (ifv inzet eerstelijnspsycholoog in het wijkgezondheidscentrum)	Fonds Maribel Social CP 330	Ned inkomsten
attract premie en oncomfortabele prestaties	Forfaits + remboursement souches + assurances	INTERVENTION INAMI Médecine Générale
attractiviteitspremie	formation - supervision d'équipe	PRESTATIONS
Chambre 305	Formation en alternance	prime de soutien à la pratique
Chambre des maisons médicales	FSM MARIBEL 305.1+330.5	Prime télématique
Chambre-Harmonisation salariale	giften	Project liever actieverr
CNE	Harmonisation salariale	Project perinataal centrum
CPAS	IBC	project perinatale coach
DISPONIBILITE MAITRE DE STAGE	Impulséo	Projet 600
Divers intervention INAMI	Impulséo 2	remboursement patients réfugiés
DLDW	Impulseo II années antérieures	RETRIBUTION MAITRE DE STAGE
DMG+	Inami Adhésion	sociale maribel deeltijds leren deeltijds werken
dmi	INAMI DMI ET SOUTIEN A LA PRATIQUE	Soutien à la pratique
DON	Instantie	Soutien à la pratique des MG
Dossier médical informatisé	Intervention centre de coordination	soutien médecine
Dotation congés supplémentaires	Intervention pour les gardes	Subside FSM
Education permanente	JETONS DE PRESENCE	Subside Maribel Chambre des représentants
eindeloopbaan	Location labo	Subside ONE petite enfance
embauche	Loterie : dotation	Subside Réduire et Compenser
Embauche compensatoire	Maître de stage	Subside Région Bxl capitale
Emploi AS	Maribel	supervision
FE.BI	MARIBEL CCT	Toelage welzijnszorg (ifv organisatie Mindspring cursus geestelijke gezondheid mensen vluchtelingenachtergrond - hulp aan vluchtelingen)
Febi accord sociaux 2000-2005	MARIBEL CHAMBRE 5	United Fund Belgium
FEBI supervision d'équipe	Maribel emploi	welzijnszorg/cera

3.6 Lijst Elektronische Applicaties die gebruikt worden

	EMD		eHealth		Vitalink		Recip-e		Andere	
	Ab s	%	Ab s	%	Ab s	%	Ab s	%	Ab s	%
Pricare	78	49%	77	48%	58	36%	76	48%	43	27%
HealthOne	18	11%	14	9%	9	6%	18	11%	5	3%
Epicure	13	8%	14	9%	7	4%	12	8%	2	1%
Medidoc	11	7%	10	6%	9	6%	9	6%	4	3%
Le Généraliste	4	3%	6	4%	0	0%	5	3%	2	1%
CareConnect	5	3%	2	1%	0	0%	4	3%	0	0%
eHealth	0	0%	7	4%	0	0%	2	1%	2	1%
HealthConnect	0	0%	4	3%	1	1%	0	0%	5	3%
Medibridge	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	9	6%
WINDOC	2	1%	2	1%	2	1%	2	1%	0	0%
MyCareNet	0	0%	2	1%	0	0%	0	0%	6	4%
Medigest	3	2%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
Réseau Santé Wallon	0	0%	2	1%	1	1%	0	0%	2	1%
Beoogo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	3%
Prescribe	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	3%
Mexi	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	3	2%
Réseau Santé Bruxellois	0	0%	0	0%	3	2%	0	0%	0	0%
MediSuite	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	2	1%
MediMail	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	2%
CBIP	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	2%
Sanmax	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	2%
BF	0	0%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Vitalink	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
E-Prescriptions	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%	0	0%
Sumehr	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
Popsy	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
Vaccinnet	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
KineQuick	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Access	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
Easy-Ware	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
MCN	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Soft33	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
LTD3	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
MyCarnet/PRESCRIBE /Medibridge	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Tarifdoc	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
eVAXW	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Vaccinet	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
BIANCOZA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Baltes	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Slack	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Promedico	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Google	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%

Suhermer	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Hub	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
Corilus	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Office 365	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Trarifdoc	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Lé Généraliste	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
UpToDate	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
AML LAB Connector	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Todoist	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Care 2U	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
CompuFit	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Handicare	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Intercult	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
BMJ Best Practice	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Pacs-on-web	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Kinplus	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Oxygen	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Vodys	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Octopus	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Lab-on-line/AML	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Champion	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%

3.7 Lijst met alle andere externe diensten waarmee wordt samengewerkt door de respondenten (opgenomen zoals ingevuld door de respondenten zelf in de enquête)

Externe diensten
Mobiel en vast wachtdienst, zelfstandige verpleegsters, thuis zeehondenopvangcentrum
Assad (infi)médigarde
Wachtdienst
Thuis verzorging
zelfstandige verplegers
Wachtdienst, thuis verzorging
externe verpleging voor weekendhuisartsenwachtdienst (zelfstandige)
Coördinatiecenter van thuis verzorging
Wachtdienst, thuis hulp en verzorging
Thuis verplegers tijdens sluitingstijd, Brusselse wachtdienst





kpmg.com/socialmedia

