

27 jun 2024 -01:00

Een nieuwe berekeningsmethode voor de financiering van de medische huizen: eerst hun data nodig

De manier waarop de forfaitaire betalingen voor de medische huizen worden berekend, zou meer rekening moeten houden met de kenmerken van hun patiënten en praktijkvoering. Daarom vroeg het RIZIV aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) om een nieuwe berekeningsmethode te ontwikkelen. Al snel bleek echter dat sommige gegevens over werklast en kenmerken van de patiënt (bv. lage gezondheidsvaardigheden, diagnostische informatie) niet beschikbaar zijn of niet uniform geregistreerd worden. Het KCE beveelt daarom aan dat het RIZIV eerst een pilotstudie organiseert bij een steekproef van vrijwillig deelnemende medische huizen, om de haalbaarheid van een uniforme registratie en extractie van gegevens na te gaan. Om te bepalen welke gegevens moeten worden geregistreerd, zou een technische werkgroep binnen het RIZIV moeten worden opgericht. Op basis van deze gegevens kan het KCE dan in een volgende studie een nieuwe berekeningsmethode voorstellen.

Huisartsen hebben vandaag de keuze uit drie verschillende financieringsmodellen. Veruit de grootste groep huisartsen (ongeveer 80%) wordt hoofdzakelijk vergoed per medische prestatie. De tweede groep bestaat uit een beperkt, maar toenemend aantal huisartsen (momenteel 8%) die per ingeschreven patiënt een forfaitair bedrag van diens ziekenfonds ontvangen. Van deze praktijken, die medische huizen met forfaitaire betaling worden genoemd, maken ook verpleegkundigen en/of kinesitherapeuten deel uit. Het totale aantal medische huizen steeg van 130 in 2012 naar 248 in 2023, wat bijna een verdubbeling is.

In een nieuw, derde model – de New Deal genoemd – wordt een lagere vergoeding per prestatie aangevuld met een vast bedrag per patiënt. Het New Deal model ging in april 2024 op projectbasis van start en zal na drie jaar worden geëvalueerd.

In het tweede model wordt elk medisch huis vergoed vanuit het gesloten nationale budget voor medische huizen. Het aandeel van elk medisch huis wordt momenteel berekend op basis van de zorgzwaarte van zijn ingeschreven patiënten, zodat de vergoeding in verhouding staat tot de werklast van het medische huis.

De huidige berekeningswijze is gebaseerd op de patiëntengegevens van het eerste financieringsmodel, met betaling per prestatie. Omdat volgens de medische huizen de zorgaanpak van beide types praktijken verschilt, zouden de risicoparameters en hun gewichten onvoldoende aangepast zijn aan de medische huizen. Voorbeelden van risicoparameters die momenteel niet opgenomen zijn, zijn o.a. een gebrekkige talenkennis van de patiënt of materiële en sociale deprivatie. De medische huizen zouden ook meer tijd besteden aan preventie. Er is dus nood aan een meer rechtvaardige berekeningswijze.

Het RIZIV vroeg daarom aan het KCE om een nieuw statistisch model te ontwikkelen. Een beoordeling van het nationale budget voor de medische huizen viel buiten het bestek van de studie.

De onderzoekers bekeken het vergoedingssysteem van vergelijkbare praktijken in andere Europese landen. Vervolgens maakten ze een overzicht van de nu reeds beschikbare relevante gegevensbronnen en variabelen in ons land. Verder raadpleegden ze stakeholders over de wenselijkheid en praktische haalbaarheid van een nieuw model op basis van gegevens aangeleverd door de medische huizen. Deze stakeholders waren vertegenwoordigers van de medische huizen, de ziekenfondsen en het RIZIV.

Al snel bleek dat sommige noodzakelijke gegevens ofwel niet beschikbaar zijn, of niet uniform door de medische huizen geregistreerd worden of niet toegankelijk zijn voor het RIZIV of de ziekenfondsen. Daarom werd de studie in twee delen opgesplitst. In het huidige eerste deel ging het KCE na welke gegevens er nodig zijn voor een nieuwe berekening van de forfaitaire betaling, en of deze kunnen worden aangeleverd door de medische huizen.

Het KCE stelde vast dat vooral gegevens over de werklust en diagnostische informatie (zoals de ICPC-2 codes - International classification of primary care) ontbreken. De stakeholders benadrukten dat werklust meer is dan de optelsom van patiëntcontacten, omdat zorgverleners immers ook nog deelnemen aan o.a. (multidisciplinair) teamoverleg. Bovendien mogen medische huizen die het aantal patiëntcontacten verminderen, bv. door meer in te zetten op preventie of de zorg efficiënter te organiseren, hiervoor niet afgestraft worden. Volgens de stakeholders zijn niet alle medische huizen momenteel in staat om deze gegevens op individueel patiëntniveau te registreren en te extraheren. Bovendien verschillen de registratiepraktijken en softwarepakketten tussen de medische huizen.

Het KCE beveelt daarom aan dat het RIZIV in een eerste fase een pilotstudie organiseert bij een steekproef van vrijwillig deelnemende medische huizen, om de haalbaarheid van een uniforme registratie en extractie van gegevens na te gaan. Na de pilotstudie zal het KCE met de gegevens van een representatieve steekproef van medische huizen het nieuwe model verder ontwikkelen.

Een technische werkgroep binnen het RIZIV kan bepalen welke gegevens moeten worden verzameld voor de pilotstudie en de tweede fase met de representatieve steekproef. Deze werkgroep kan bestaan uit vertegenwoordigers van het RIZIV, de (federaties van) medische huizen, de ziekenfondsen, de ontwikkelaars van medische softwarepakketten en het KCE.

Om de forfaits te kunnen berekenen op basis van het nieuwe model, moeten vervolgens gegevens over alle risicoparameters van alle medische huizen worden verzameld.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be