

Performantie van de huisartsgeneeskunde

Een check-up



Deze brochure is tot stand kunnen komen dankzij de waardevolle medewerking van :

- experten van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie en van de NRKP-werkgroep “Huisartsen”, en vele vrijwillige experten die bij de huisartsgeneeskunde betrokken zijn: G. Bruwier, M. Creemers, X. de Bethune, I. Heymans, L. Lefebvre, D. Paulus, R. Remmen, F. Renard, M. Roland, L. Seuntjens, A. Van Linden, H. Van Oyen en P. Vandenbussche
- medewerkers van het RIZIV: D. Bodart, M. Breda, C. Bouffioux, C. Cauwenbergh, I. Collin, M. Daubie, J-P Dercq, R. Goetschalckx, P. Meeus, R. De Ridder en X. Van Aubel.

Hoe refereren naar deze brochure ?

Meeus P, Van Aubel X. Performantie van de huisartsgeneeskunde, Een check-up. Health Services Research (HSR). Brussel: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). 2012. D/2012/0401/12



Deze brochure is beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Wilt u meer weten? > Studies & onderzoek.

Inhoud

Inleiding	3
I. Conceptueel kader	4
II. Komt de huisartsgeneeskunde tegemoet aan de behoeften op het vlak van gezondheidszorg dichtbij huis?	6
1. Tevredenheid van patiënten over huisartsen	8
2. Toegankelijkheid: uitgestelde verzorging, financiële toegankelijkheid, en tariefzekerheid	9
3. Gebruik van de eerstelijnszorg	12
4. Contact met de huisarts: frequentie en aard van het contact	21
5. Patiëntentrouw bij de huisarts	26
III. Is de zorgkwaliteit in de huisartsgeneeskunde adequaat?	29
1. Preventie: griepvaccinatie	31
2. Screening	32
3. Diagnosestelling: medische beeldvorming en blootstelling aan stralen van medische oorsprong	35
4. Therapeutisch voorschrift: het voorschrijven van antibiotica	37
5. Follow-up van chronisch zieken	39

IV. Hoe gaat het met de huisartsgeneeskunde: ontwikkeling op het vlak van capaciteit en professionele ontwikkeling?	44
1. Medische capaciteit: densiteit	45
2. Productiviteit in de huisartsgeneeskunde	46
3. Wordt het aantal huisartsen op peil gehouden?	49
4. Huisartsen in opleiding	52
5. Incentives en aanmoedigingsmaatregelen voor de huisartsgeneeskunde	54
6. Professionele ontwikkeling: accreditering en informatisering	57
V. Wat moet men doen om de performantie van de huisartsgeneeskunde te behouden en te verbeteren?	59
Bijlagen	61
Samenvattingen van de « balanced scorecard 2012 »	62
Lijst van de afkortingen	66
Legende van de tabellen	67
Bibliografie	67

Inleiding

Deze brochure wil de huidige performantie van de huisarts-geneeskunde in België onder de aandacht brengen.

Om de performantie te meten, heeft het RIZIV een “balanced scorecard” (een meet- en beheersinstrument) ontwikkeld met drie pijlers (zie conceptueel kader p. 4).

Aan de hand van dit instrument wil het RIZIV de praktijk van huisartsen vertalen in leesbare indicatoren en correcte en relevante informatie ter beschikking stellen. De bedoeling is huisartsen te stimuleren om na te denken over hun performantie als groep (LOK, kring, ...) en in hun eigen praktijk.

De gebruikte methodologie om performantie te definiëren is dezelfde als bij het rapport “Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem” van het KCE¹

Om deze studie te realiseren, heeft het RIZIV verschillende databanken gebruikt :

- databanken met gedetailleerde gegevens over de verrichte en voorgeschreven verstrekkingen door de zorgverleners (volume en bedragen), of per rechthebbende, in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging (bv. aantal patiënten, raadplegingen, enz.)
- gegevens over de typische kenmerken van zorgverleners (bv. geografische situatie, gegevens over accreditering, enz.)
- externe informatiebronnen (bv. nationale gezondheidsenquête via interview).

Experten van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) en van de NRKP-werkgroep “Huisartsen” en vele vrijwillige experts die bij de huisartsgeneeskunde betrokken zijn, hebben intensief meegewerkt aan het maken van deze studie (conceptuele fase en validatie).

1. Zie bibliografie p. 67.

I. Conceptueel kader

De gebruikte criteria voor het definiëren van een performante huisartsgeneeskunde, zijn gebaseerd op meerdere bronnen en omvatten de volgende concepten:

- toegankelijkheid
- acceptatie/aanvaarding
- uitoefening door huisartsen, die:
 - gekwalificeerd zijn
 - open staan voor evoluties in de moderne geneeskunde
 - gevoelig zijn voor multidisciplinaire samenwerking en voor geïnformatiseerd gegevensbeheer
 - oog hebben voor de leefbaarheid en duurzaamheid van het systeem.

Het evenwicht tussen die concepten werd schematisch voorgesteld in de vorm van een «balanced scorecard», met **drie pijlers** om de drie belangrijkste vereisten te benadrukken:

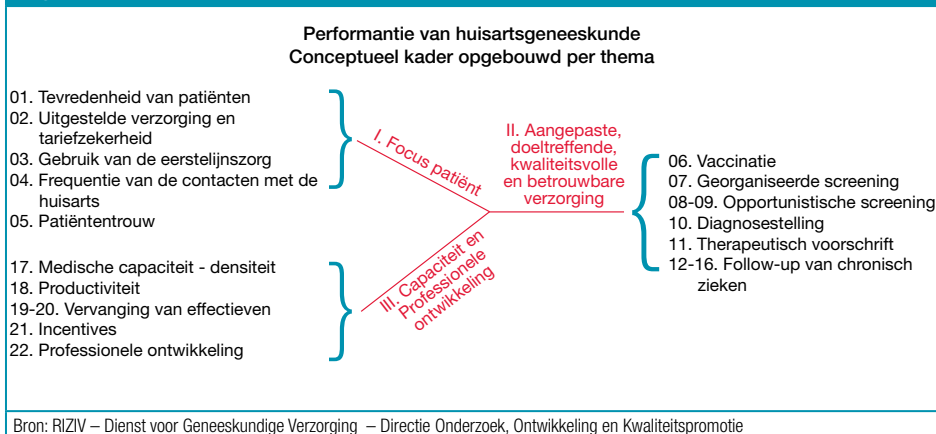
- patiënt georiënteerd: een duurzaam antwoord op de behoeften aan gezondheidszorg dichtbij huis
- medische verzorging: op maat, kwaliteitsvol, betrouwbaar en doeltreffend
- voldoende capaciteit en professionele ontwikkeling

Elke pijler ondersteunt de waarden van het systeem:

- pijler “patiënt-georiënteerd”: geografische en financiële toegankelijkheid, “empowerment” van de patiënt, tevredenheid, zorgcontinuïteit en – integratie
- pijler “medische verzorging”: aangepaste, doeltreffende, kwaliteitsvolle en betrouwbare verzorging
- pijler “capaciteit en professionele ontwikkeling”: voldoende bekwame en gemotiveerde artsen.

Zie figuur 1, p. 5.

Figuur 1 – Conceptueel kader van prestatie van huisartsgeneeskunde: 3 pijlers opgesplitst in 22 thema's



Elk van de drie pijlers is opgesplitst in thema's die experts huisartsen als belangrijk of prioritair beschouwen. Een beperkte reeks indicatoren evalueert elk van de 22 thema's. Deze indicatoren zijn geselecteerd op basis van indicatoren uit de rapporten van KCE en van NIVEL².

2. Zie bibliografie p. 67.

II. Komt de huisartsgeneeskunde tegemoet aan de behoeften op het vlak van gezondheidszorg dichtbij huis?



De bevolking lijkt tevreden te zijn over de huisarts (95% van de bevolking is tevreden).

Het rechtstreeks financieel aandeel van de bevolking in de uitgaven voor geneeskundige verzorging blijkt de toegang tot de zorgverlening niet te belemmeren. Er is geen verschil inzake zorgconsumptie naargelang de categorie van rechthebbenden (zelfstandig, werknemer, rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming of niet), wat wel het geval was toen het stelsel de “kleine risico’s” voor de zelfstandigen nog niet dekte. Het blijft wel nodig tariefzekerheid te waarborgen in zones met een kleinere concentratie van geconventioneerde artsen en de opgegeven redenen voor het uitstellen van verzorging te onderzoeken.

De bevolking kiest voor het contact met de huisarts. 95% van de patiënten die een ambulant contact hebben met een arts, hebben contact met een huisarts (raadpleging of bezoek). Patiënten die enkel een specialist raadplegen, zijn zeldzaam, ongeacht de categorie van rechthebbende, het geslacht, de leeftijd, het gewest of de provincie.



Onder een **ambulant contact** met de arts, verstaat men alle contacten (bezoek of consultatie) met een huisarts of een specialist.



Het globaal medisch dossier (GMD) lijkt een positieve factor te zijn voor het gestructureerd gebruik van de eerstelijnszorg en voor het gebruik van gespecialiseerde zorg.

Het gebruik van GMD's:

- bedraagt 46% van de rechthebbenden in 2009
- is groter bij de ouderen (78% bij de personen ouder dan 75 jaar)
- stijgt in de drie gewesten van het land voor alle categorieën van rechthebbenden.

Toch hebben Brussel en Wallonië, met een bereik dat tweemaal kleiner is dan in Vlaanderen, een grote achterstand die moet worden ingehaald, eventueel via een gerichte sensibilisering van de betrokken doelgroepen.

Verschillende tekenen wijzen echter op een **potentieel probleem in Brussel**:

- het uitstellen van zorg om financiële redenen bedraagt 26% in Brussel tegenover 14% in België
- de frequentie van artscontact, berekend op basis van ambulante contacten (raadpleging of bezoek) is lager: gemiddeld 6,07 contacten in Brussel tegenover 7,11 in België
- het percentage van de bevolking dat - gedurende één jaar - geen enkele arts raadpleegt in de ambulante sector (raadpleging of bezoek) ligt hoger: 17% in Brussel tegenover 12% in België. Dat vraagt een grondig onderzoek: komt de eerstelijnszorg tegemoet aan de behoeften van de bevolking in Brussel?

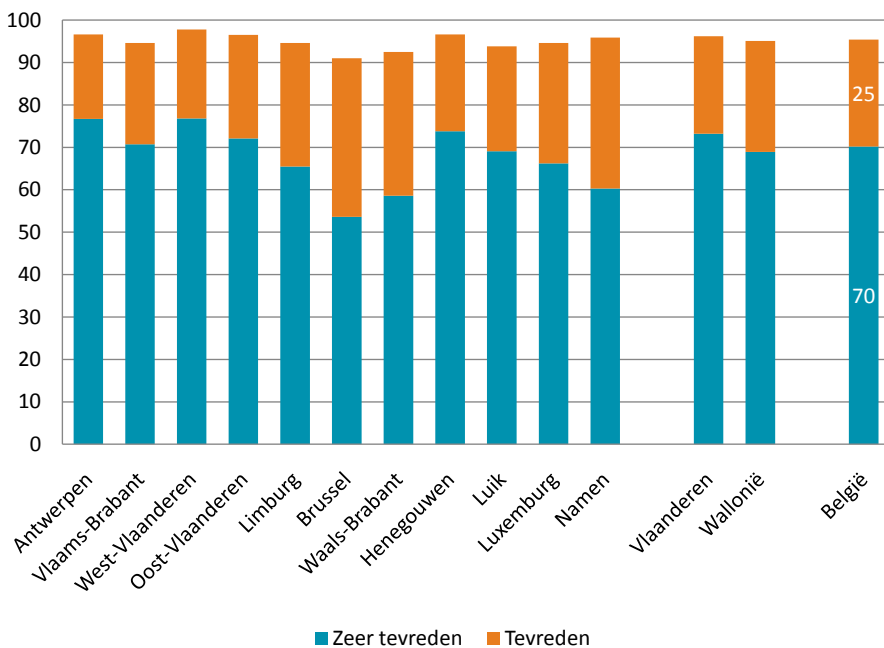
Geëvalueerde thema's

- Tevredenheid van patiënten over huisartsen
- Uitgestelde verzorging, financiële toegankelijkheid en tariefzekerheid
- Gebruik van de eerstelijnszorg
- Frequentie en type van contact bij de huisarts
- Patiëntentrouw bij de huisarts

1. Tevredenheid van patiënten over huisartsen

Volgens de gezondheidsenquête via interview (HIS)³, **is de gemeten tevredenheidsgraad van de bevolking groot** (95% van de bevolking is tevreden). Maar het bevolkingspercentage dat zeer tevreden is, verschilt sterk van provincie tot provincie: globaal gezien bedraagt het 70%, maar in Brussel bedraagt het nauwelijks 54% en in Waals-Brabant 59%. *Zie figuur 2.*

Figuur 2 - Bevolkingspercentage tevreden en zeer tevreden (per provincie et per gewest) - jaar 2008



Bron: Gezondheidsenquête, België 2008

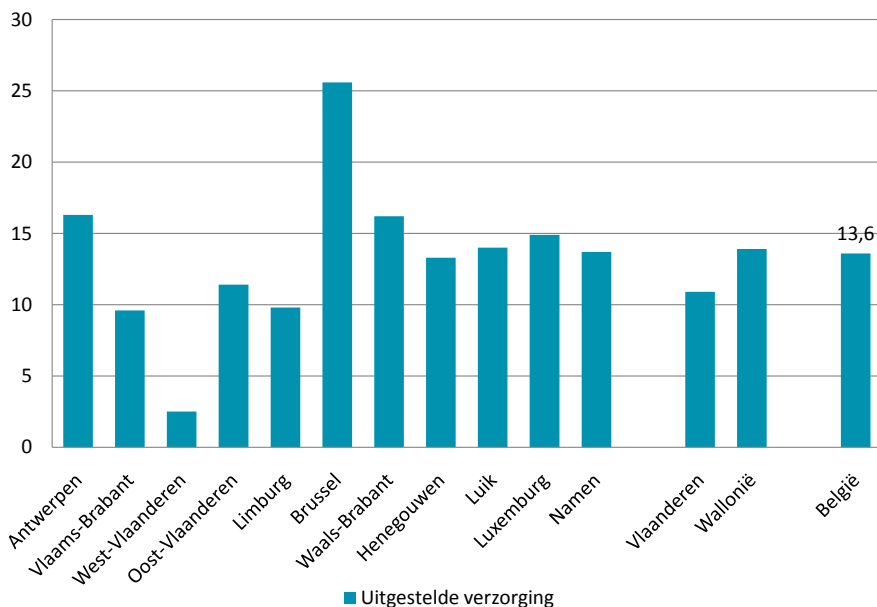
2. Toegankelijkheid: uitgestelde verzorging, financiële toegankelijkheid, en tariefzekerheid

a. Uitgestelde verzorging

Volgens de gezondheidsenquête via interview (HIS) is **het percentage uitgestelde verzorging om financiële redenen hoog**: 14% van de Belgische bevolking geeft aan verzorging uit te stellen omwille van financiële redenen. Dit percentage is zelfs 26% in Brussel.

Zie figuur 3.

Figuur 3 - bevolkingspercentage dat verzorging uitstelt (per provincie en per gewest) – jaar 2008



Bron: Gezondheidsenquête, België 2008

b. Financiële toegankelijkheid

Vormt **het persoonlijk aandeel (remgeld)** een belemmering voor het gebruik van eerstelijnszorg? Patiënten die geen recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming betalen in België gemiddeld 12% van de uitgaven voor geneeskundige verzorging (voor zover die uitgaven door de verzekering ten laste worden genomen). Dankzij verschillende beschermingsmaatregelen kan het remgeld worden beperkt tot een niveau van 4% voor patiënten die recht hebbend op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV) of kan het worden verminderd indien het totale remgeld te hoog is (via de maximumfactuur: MAF). [Zie tabel 1, p.11.](#)

Het totale bedrag van de uitgaven van de patiënten is echter evenredig met de zorgconsumptie. Zo kan het totale financiële aandeel in de uitgaven voor geneeskundige verzorging bij chronisch zieken hoog zijn en een groot deel van het individuele inkomen vertegenwoordigen, in het bijzonder in de rustoorden voor bejaarden en in de rust- en verzorgingstehuizen (ROB en RVT).

Patiënten die verblijven in ROB en RVT hebben een gemiddeld remgeld van 4%, dat betekent gemiddeld 657 EUR per jaar (zonder MAF), terwijl niet-chronisch zieken een remgeld hebben van 12%, dat gemiddeld 185 EUR bedraagt.

Het gebeurt echter zelden dat mensen die 60 jaar of ouder zijn, niet jaarlijks op raadpleging gaan bij een huisarts ([figuur 4, p. 16](#)), wat onrechtstreeks aantoont dat het remgeld de toegang niet belemmert.

Tabel 1 - Gezondheidsuitgaven en remgeld (in EUR) per patiënt en per jaar (RVV, chronisch, in ROB en RVT) – jaar 2008

Indicatoren	Totaal	Chronisch		RVV		ROB/ RVT
		Neen	Ja	Neen	Ja	
Gemiddelde kostprijs voor zorg/patiënt	1.628	1.084	9.564	1.306	3.774	14.686
Waarvan remgeld/patiënt	143	124	414	148	110	404
% remgeld	8%	10%	4%	10%	3%	3%
Gemiddelde kostprijs geneesmiddelen/patiënt	359	297	1.263	305	720	1.365
waarvan remgeld	67	60	169	63	98	254
% remgeld	16%	17%	12%	17%	12%	16%
Totaal gemiddelde kostprijs/patiënt	1.987	1.381	10.827	1.611	4.494	16.051
waarvan remgeld	210	185	583	211	208	657
% remgeld	10%	12%	5%	12%	4%	4%

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

c. Tariefzekerheid

Is de **tariefzekerheid** gewaarborgd ? De geconventioneerde arts verbindt zich ertoe om het tariefakkoord toe te passen. De patiënt die een geconventioneerde arts raadpleegt, weet dat hij alleen maar het remgeld zal betalen. De densiteit van de actieve geconventioneerde artsen per 10.000 inwoners laat toe te evalueren waar patiënten minder tariefzekerheid hebben.

De gemiddelde densiteit van actieve geconventioneerde huisartsen is 7,94 per 10.000 inwoners.

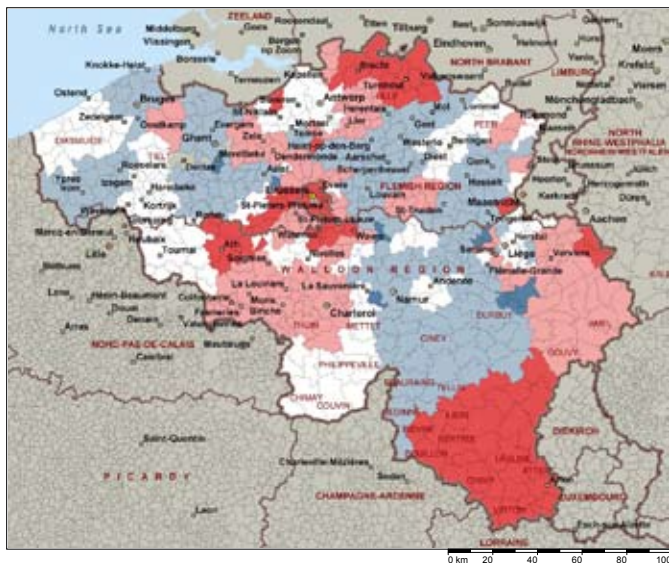


Een **huisarts** wordt beschouwd als « actief » als hij meer dan 1.250 contacten heeft per jaar.

De spreiding van de geconventioneerde artsen is echter niet homogeen over het hele land: er zijn verschillen in spreiding tussen huisartsenkringen van 1 tot 10. **Zie kaart 1, p. 12.**

Kaart 1 - Densiteit van de geconventioneerde huisartsen (Voltijds equivalent - VTE) per 10.000 inwoners (per kring) – jaar 2009

GP etp: densité conventionné /10000 hab (cerices/kring)



Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

3. Gebruik van de eerstelijnszorg

a. Frequentie van contacten bij de huisarts

EVOLUTIE 2006-2008

Over een periode van drie jaar (van 2006 tot 2008) hebben 95% van de patiënten een ambulant contact gehad met een arts (raadpleging of bezoek) en 91% hebben contact gehad met een huisarts. Enkel 5% van de bevolking heeft geen enkel ambulant contact gehad met een arts.

Zie tabel 2, p. 13.



95% van de patiënten die een ambulant contact hebben met een arts (over een periode van drie jaar) hebben contact met een huisarts.

Tabel 2 - Percentage populatie zonder ambulante contacten met een arts (raadpleging of bezoek) en percentage populatie met contact bij een huisarts - evolutie 2006-2008

Frequentiegraad ambulant				
Indicatoren	2006	2007	2008	06 tot 08
% verzekerden zonder contacten	19%	19%	12%	5%
% verzekerden met contact H.A.	73%	74%	79%	91%
% patiënten (=verzekerden met contact) met contact H.A.	91%	91%	90%	95%
Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie				

IN 2008

In 2008 hadden 88% van de patiënten een ambulant contact met een arts en 79% hebben contact gehad met een huisarts. Dat is een duidelijke stijging sinds 2007, toen dat percentage 74% bedroeg. De reden voor de frequentere terugbetaling van raadplegingen in 2008 hangt samen met de uitbreiding van de dekking inzake gezondheidszorg ("kleine risico's") tot alle zelfstandigen. [Zie tabel 3, p.14.](#)

12% van de bevolking heeft dus geen enkel ambulant contact met een arts gehad.



90% van de patiënten die een ambulant contact hebben met een arts (raadpleging of bezoek), hebben elk jaar een contact met een huisarts, ongeacht de categorie van rechthebbende, de leeftijd, het geslacht, het gewest of de provincie. Dit cijfer is evenwel lager bij kinderen (81%) en in Brussel (81%).

Tabel 3 - Percentage populatie zonder ambulante contacten met een arts (raadpleging of bezoek) en percentage populatie met contact bij de huisarts (per geslacht, leeftijdsklasse en regio) – jaar 2008

Frequentiegraad ambulant

Indicatoren	Totaal	Geslacht		Leeftijds-categorie		Gewest		
		V	M	0-14	75+	Brussel	Vlaand.	Wall.
% verzekerden zonder contacten	12%	8%	17%	15%	5%	17%	11%	12%
% verzekerden met contact H.A.	79%	83%	75%	69%	93%	68%	82%	79%
% patiënten (= verzekerden met contact) met contact H.A.	90%	91%	90%	81%	97%	81%	92%	89%

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

b. Frequentie van contacten bij andere zorgverleners

De frequentie van contacten met andere zorgverleners is veel minder hoog. In 2008 had 60% van de bevolking minstens één contact met een specialist en 49% met een tandheeskundige.

Zie tabel 4, p. 15.

De raadplegingen bij de andere zorgverleners zijn verdeeld als volgt:

- 18 % raadplegen minstens eenmaal per jaar een oftalmoloog
- 28% van de vrouwen raadplegen een gynaecoloog
- 12% raadpleegt een dermatoloog
- 25% van de kinderen van 0-14 jaar raadpleegt de kinderarts.

Exclusief beroep doen op de spoedgevallendiensten is uitzonderlijk (1%).

Het gebruik van zorg bij specialisten is in Brussel niet verschillende van de rest van het land. Evenwel is het percentage van de bevolking dat uitsluitend de specialist consulteert belangrijker dan in de rest van het land (14% in vergelijking met 8%).

Tabel 4 - Percentage van patiënten met een jaarlijks ambulant contact bij een arts (raadpleging of bezoek) - evolutie 2006-2008 en per type van patiënt (vrouwen, kinderen en Brussel) – jaar 2008

					Geslacht	Klasse	Gewest
Indicatoren	2006	2007	2008	06 > 08 V		0-14	Brussel
% verzekerden met contact H.A.	73%	74%	79%	91%	83%	69%	68%
gemiddeld aantal contacten H.A.	5,77	5,94	5,85		6,42	3,40	5,62
% verzekerden met contact Spec.	56%	56%	60%	80%	67%	55%	61%
gemiddeld aantal contacten Spec.	4,01	4,04	4,00		4,26	2,95	4,62
% verzekerden met contact kinderarts	6%	5%	4%	8%	4%	25%	7%
gemiddeld aantal contacten met kinderarts	3,24	3,05	2,53		2,51	2,60	2,54
% verzekerden met contact gynaecoloog	13%	14%	14%	22%	28%	1%	17%
gemiddeld aantal contacten met gynaecoloog	2,43	2,40	2,40		2,41	1,27	2,79
% verzekerden met contact oftalmoloog	16%	17%	18%	35%	21%	14%	18%
gemiddeld aantal contacten met oftalmoloog	2,27	2,32	2,33		2,32	0,74	2,95
% verzekerden met contact dermatoloog	10%	10%	12%	23%	14%	11%	15%
gemiddeld aantal contacten met dermatoloog	1,94	1,90	1,90		1,93	1,76	1,97
% verzekerden met contacten andere specialisten	38%	38%	40%	63%	41%	27%	41%
gemiddeld aantal contacten met andere specialisten	3,38	3,46	3,50		3,57	2,13	3,91
% verzekerden met contact tandheelkundige	48%	48%	49%	67%	51%	54%	48%
gemiddeld aantal contacten met tandheelkundige	1,33	1,34	1,33		1,44	1,35	1,51
% verzekerden zonder contacten	19%	19%	12%	5%	8%	15%	17%
% verzekerden alleen met contact spoedgevallendienst			1%		0%	1%	2%
% verzekerden alleen met contact Spec.	8%	7%	8%		8%	15%	14%
% verzekerden met contact Spec. + H.A.	49%	49%	52%		59%	40%	47%
% verzekerden alleen met contact H.A.	24%	25%	27%		24%	29%	21%

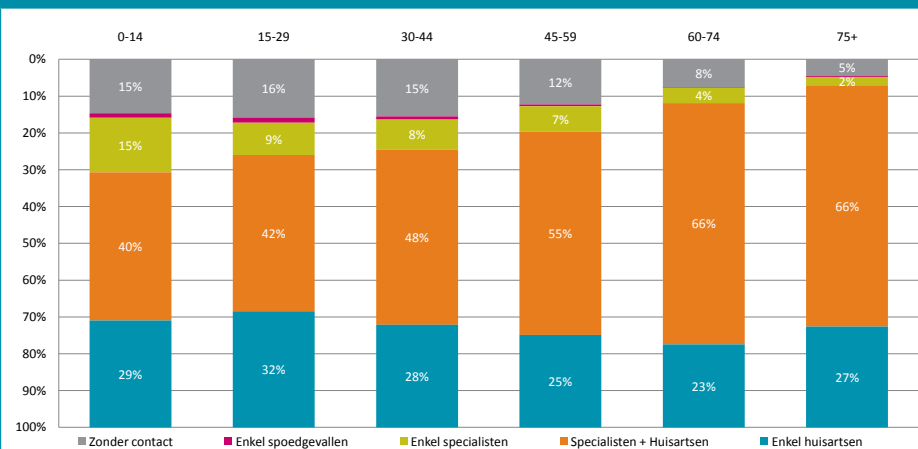
Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

c. Type ambulante contacten

In 2008 stellen we het volgende vast voor de ambulante contacten:

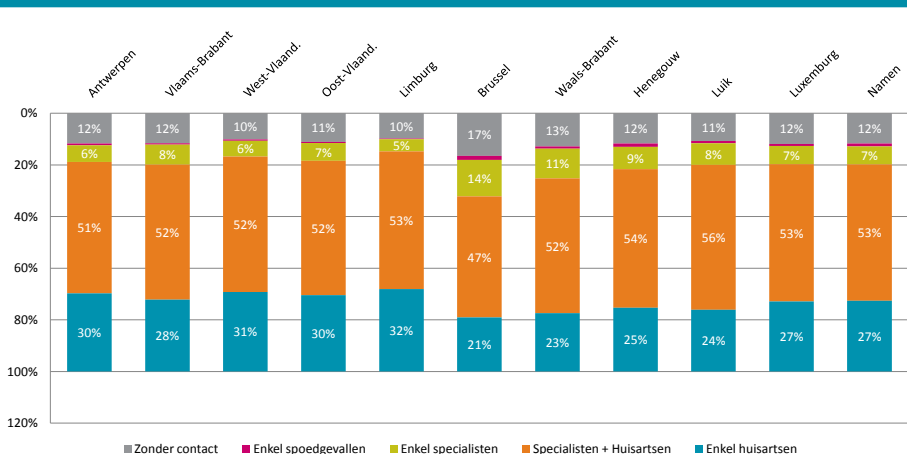
- Alle categorieën van patiënten raadplegen bij voorkeur een huisarts (som van de blauwe en oranje balken in [figuur 4, p. 16](#)).
- Het percentage patiënten dat alleen maar een arts-specialist raadpleegt (groen in [figuur 4, p.16](#)) is zeer laag (8%), vooral bij de ouderen (2%).
- De combinatie van raadplegingen bij huisartsen – artsen-specialisten komt zeer vaak voor, vooral in de leeftijdsklasse 60-74 jaar (66%).
- er is geen enkel verschil in de structuur van het type van contact tussen de provincies (zie [figuur 5, p. 17](#)). Brussel is echter de grote uitzondering, met een hoger bevolkingspercentage dat geen enkele arts raadpleegt (17%) en een minder hoog bevolkingspercentage dat regelmatig een huisarts raadpleegt (68%).

Figuur 4 – Percentage van ambulante contacten in het jaar (raadpleging of bezoek) bij een arts (per leeftijdsklasse) en opsplitsing per type van contact (geen contact, huisartsen, specialisten, huisartsen + specialisten) – jaar 2008



Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Figuur 5 - Percentage van ambulante contacten gedurende het jaar bij een arts (per provincie) en opsplitsing per type van contact (geen contact, huisartsen, specialisten, huisartsen + specialisten) – jaar 2008



Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

d. Aantal contacten

De huisarts is ook de zorgverlener met de meest frequente contacten (gemiddeld 5,85 voor het jaar 2008). Ter vergelijking, voor alle specialismen samen, wordt een specialist gemiddeld 4,00 maal gecontacteerd en een tandheekkundige 1,33 maal.

Zie tabel 4, p. 15.

e. Raadplegen chronisch zieken vaker de huisarts?



Chronisch zieken worden geïdentificeerd door hun geneesmiddelengebruik (>80 DDD's/jaar).

Zo onderscheidt men de patiënten:

- met diabetes (al dan niet-insulinedependent)
- met hartdecompensatie (CHF)
- die maagzuurremmers (PPI) innemen
- met obstructieve chronische bronchitis (COPD) of astma, geïdentificeerd door meer dan 20 DDD's
- die in rusthuizen verblijven (ROB en RVT).

Gelet op hun onderliggende aandoening, raadpleegt 95 à 100% van die patiënten elk jaar een huisarts. Het gemiddelde aantal contacten is hoog. Gemiddeld meer dan 10 contacten, maar 19 in de sector ROB/RVT, ongeacht de ziekte.

Zie tabel 5, p.19.

Tabel 5 - Percentage ambulante contacten (raadpleging of bezoek) gedurende het jaar 2008 per type van chronisch zieken: bewoners in ROB en RVT, COPD/astma, hartdecompensatie, PPI en diabetes (per geslacht, leeftijdsklasse)

Opvolging chronisch zieken									
		Geslacht		Leeftijdscategorie					
Indicator: ROB/RVT		V	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patiënten	1,0%	1,5%	0,4%			0,0%	0,0%	0,5%	4,1%
% patiënten met contact H.A.	100%	100%	100%					100%	100%
% chronisch zieken	59%	58%	61%					71%	57%
Gemiddeld aantal contacten	18,87	19,00	18,42					18,54	18,91
Indicator: Astma/COPD		V	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patiënten	9,8%	9,9%	9,7%	10,4%	5,8%	7,2%	9,5%	13,7%	16,3%
% patiënten met contact H.A.	94%	95%	92%	85%	91%	93%	95%	97%	98%
Gemiddeld aantal contacten	8,90	9,63	8,10	4,66	5,41	6,41	8,08	10,43	15,67
Indicator: CHF		V	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patiënten	2,2%	2,9%	1,5%	0,0%	0,2%	1,5%	3,4%	7,5%	22,4%
% patiënten met contact H.A.	98%	98%	97%			96%	98%	99%	96%
Gemiddeld aantal contacten	14,51	14,99	13,57			10,55	12,47	17,05	14,51
Indicator: zuurremmers		V	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patiënten	6,8%	7,9%	5,5%	0,2%	1,1%	3,7%	8,2%	14,3%	18,3%
% patiënten met contact H.A.	97%	97%	95%		95%	95%	96%	98%	98%
Gemiddeld aantal contacten	10,83	11,65	9,59		6,46	7,41	8,88	10,24	15,31

Tabel 5 - Percentage ambulante contacten (raadpleging of bezoek) gedurende het jaar 2008 per type van chronisch ziekten: bewoners in ROB en RVT, COPD/astma, hartdecompensatie, PPI en diabetes (per geslacht, leeftijdsklasse) - (Vervolg)

Opvolging chronisch zieken

		Geslacht		Leeftijdscategorie					
Indicator: diabetes		V	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patiënten	4,2%	4,2%	4,2%	0,1%	0,4%	0,9%	4,5%	11,2%	12,6%
% patiënten met contact H.A.	96%	97%	95%		82%	89%	94%	96%	98%
Gemiddeld aantal contacten	10,66	11,95	9,29		5,71	6,77	8,34	9,77	14,38
Indicator diabetes ID		V	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patiënten	1,2%	1,2%	1,2%	0,1%	0,2%	0,4%	1,2%	2,9%	3,5%
% patiënten met contact H.A.	95%	96%	94%			87%	94%	97%	99%
Gemiddeld aantal contacten	11,62	13,22	9,85			5,84	9,13	10,80	14,38
Indicator: diabetes NID		V	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patiënten	2,7%	2,7%	2,7%	0,0%	0,1%	0,5%	3,1%	7,5%	8,1%
% patiënten met contact H.A.	96%	97%	95%			90%	94%	96%	98%
Gemiddeld aantal contacten	10,30	11,49	9,04			7,52	8,15	9,44	13,62

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

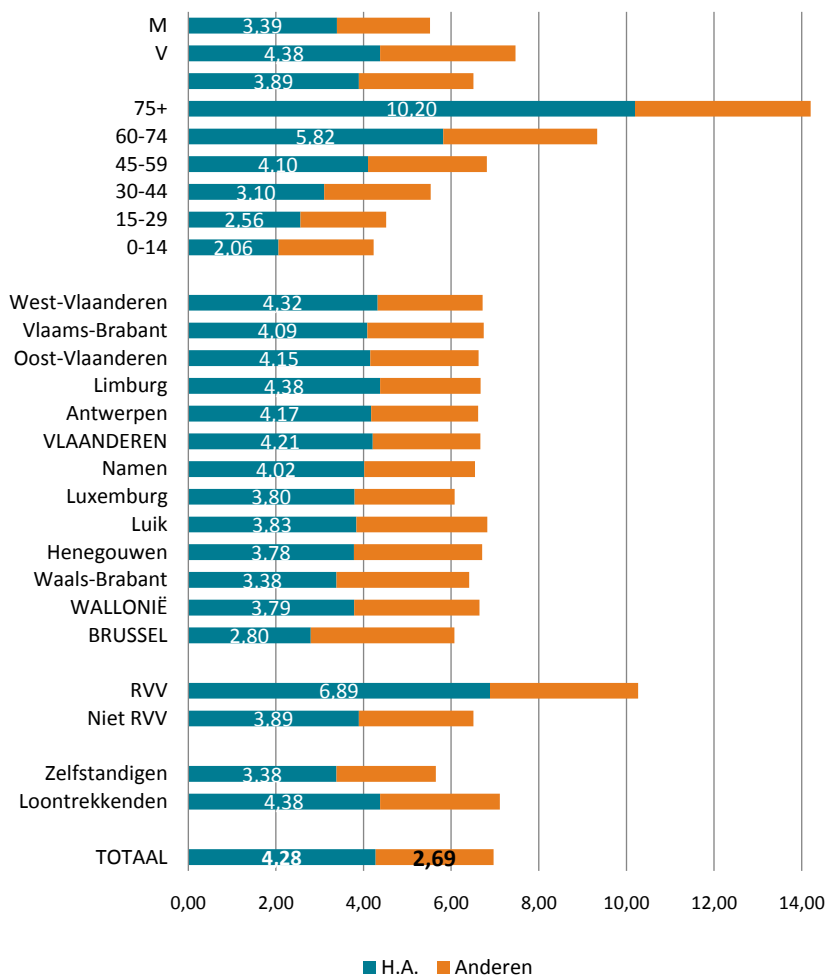
4. Contact met de huisarts: frequentie en aard van het contact

a. Frequentie bij de huisarts

Een patiënt komt 4,28 maal per jaar bij de huisarts (in 2010). Hij komt maar 2,69 keer bij andere artsen-specialisten (ambulante contacten).

Zie figuur 6, p. 22.

Deze frequentie is veel hoger bij ouderen en bij personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming (RVV). De frequentie bij de huisarts is ongeveer identiek in alle gewesten en provincies, behalve in Brussel, waar het veel minder hoog is (2,80). Het totale gebruik van zorg (raadplegingen en bezoeken) is er echter ook lager dan elders.

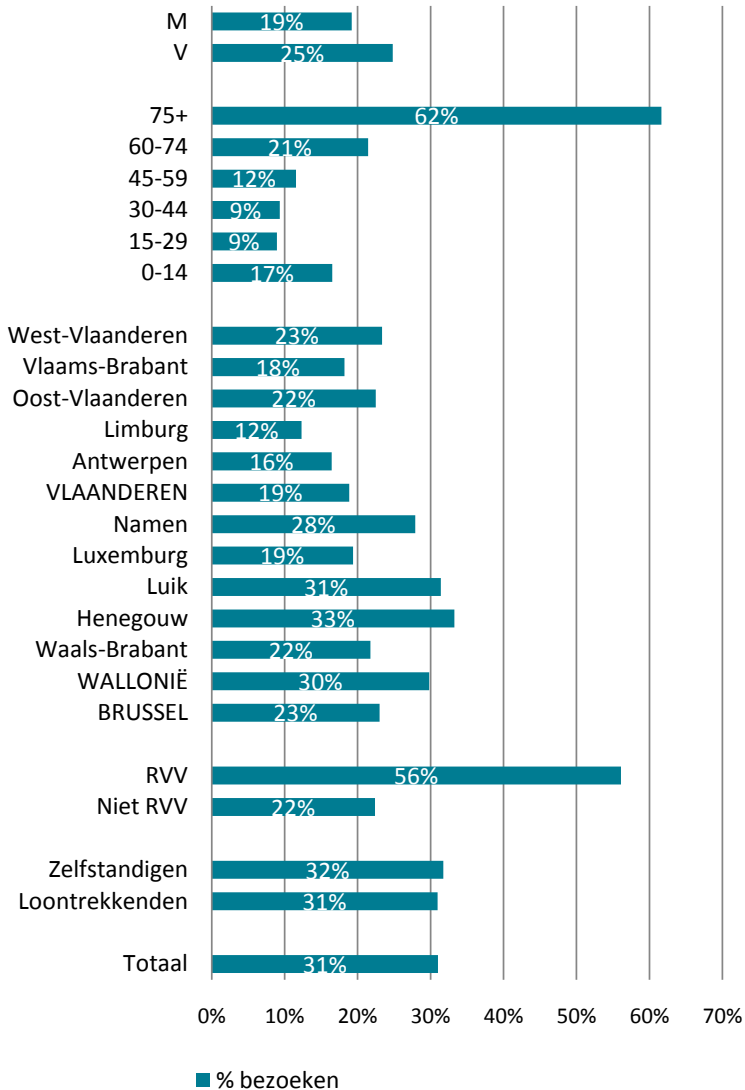
Figuur 6 - Frequentie ambulant per patiënt (per geslacht, leeftijdklasse, provincie, type van rechthebbende) – jaar 2010

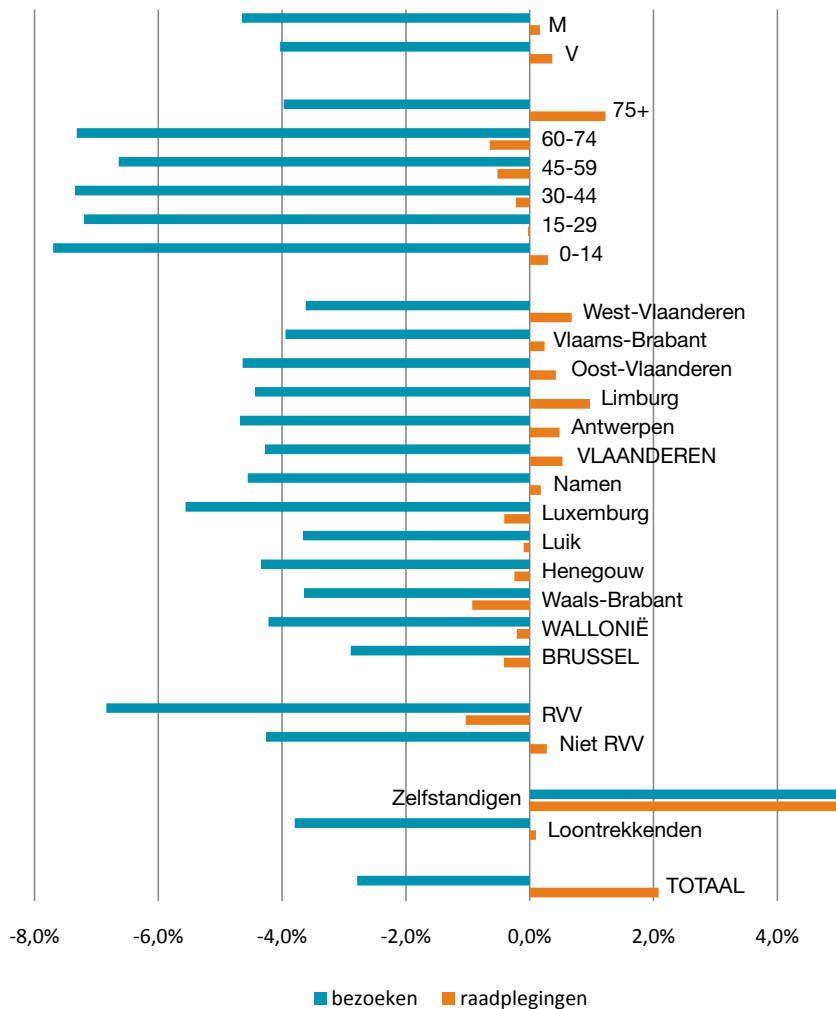
b. Type contacten bij de huisarts (raadplegingen of bezoeken)

De huisarts ontmoet zijn patiënten hoofdzakelijk tijdens de raadpleging en in mindere mate op huisbezoek (68% van de contacten zijn raadplegingen), behalve bij personen ouder dan 75 jaar en bij de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (RVV) die de voorkeur geven aan huisbezoeken (respectievelijk 62% en 56% van de contacten zijn huisbezoeken). *Zie figuur 7, p. 24.*

De frequentie van de huisbezoeken is sinds 2006 snel gedaald (-2,8%/jaar) bij alle categorieën van rechthebbenden. Een toename van consultaties (+2,1%/jaar) lijkt de daling van huisbezoeken te compenseren. Uit een scrupuleuze lectuur blijkt dat de compensatie essentieel verband houdt met de uitbreiding van de verzekering voor “kleine risico” naar alle zelfstandigen, en dus met een verhoging van de frequentie bij de zelfstandigen. Bij de werknemers wordt de daling van de huisbezoeken (-3,8%) helemaal niet gecompenseerd door de lichte toename van de consultaties (+0,1%/jaar). *Zie figuur 8, p. 25.*

Figuur 7 - Percentage huisbezoeken in verhouding tot alle huisartsen-contacten (per geslacht, leeftijdklasse, provincie en type van rechthebbenden) – jaar 2010



Figuur 8 - Evolutie van de huisartsen-contacten (bezoeken en raadplegingen) (per geslacht, leeftijdsklasse, provincie en type van rechthebbenden) - tussen 2006 en 2010

5. Patiëntentrouw bij de huisarts

De patiëntentrouw bij de huisarts, vertaald in een globaal medisch dossier (GMD), bedraagt 46 % in 2009. De dekking is groter bij ouderen (78% bij 75-plussers) en bij vrouwen (50%).

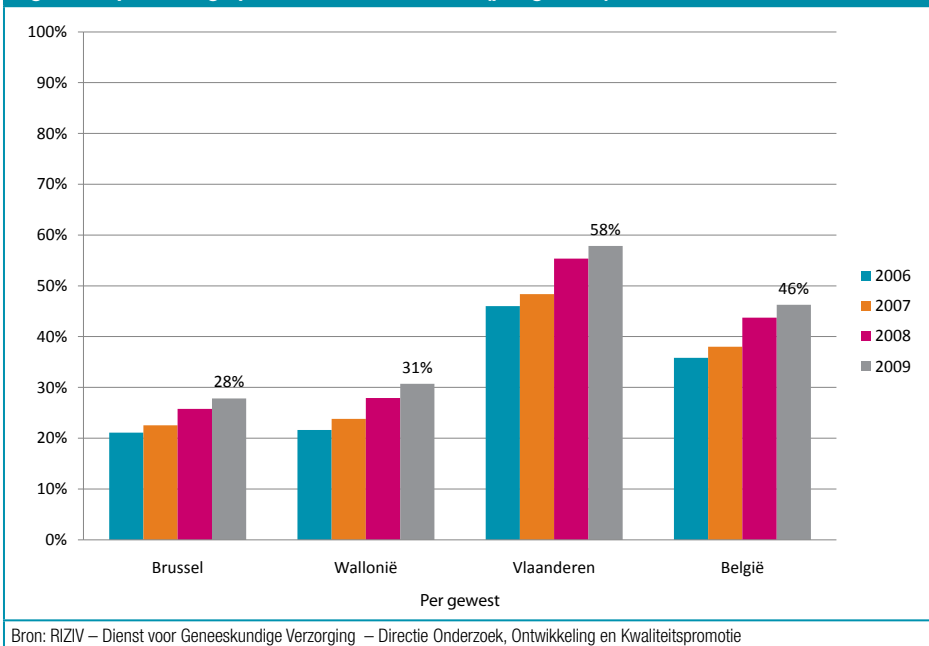
Zie tabel 6 en figuur 9.

Tabel 6 – Percentage patiënten met een GMD (per geslacht, leeftijdsklasse, type van rechthebbenden) – van 2006 tot 2009				
GMD/verzekerde	2006	2007	2008	2009
Per geslacht				
V	39%	42%	47%	50%
M	32%	34%	40%	42%
Per leeftijdscategorie				
0-14	21%	23%	27%	30%
15-29	24%	27%	32%	35%
30-44	27%	29%	35%	38%
45-59	37%	39%	46%	49%
60-74	56%	58%	63%	65%
75+	69%	71%	76%	78%
Per type van rechthebbenden				
Zonder voorkeurregeling (niet-RVV)	34%	36%	42%	44%
actief (niet-RVV)	28%	30%	36%	39%
loontrekkenden (actief, niet-RVV)	31%	34%	37%	40%
zelfstandigen (actief, niet-RVV)	0%	0%	30%	31%
WIGW (niet-RVV)	59%	60%	63%	66%
loontrekkende (WIGW, niet-RVV)	61%	63%	65%	67%
zelfstandigen (WIGW, niet-RVV)	20%	23%	40%	61%
Met voorkeurregeling (RVV)	48%	50%	53%	54%
actief (RVV)	33%	35%	39%	40%
loontrekkende (actief, RVV)	33%	35%	39%	40%
zelfstandigen (actief, RVV)	5%	4%	34%	30%
WIGW (RVV)	55%	58%	63%	65%
loontrekkende (WIGW, RVV)	57%	60%	62%	64%
zelfstandigde (WIGW, RVV)	40%	45%	68%	71%
Totaal	36%	38%	43%	46%

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Het gebruik van GMD stijgt, ongeacht de categorie van verzekerde en ongeacht het gewest.

Figuur 9 – percentage patiënten met een GMD (per gewest) - evolutie 2006-2009



Er is een samenhang tussen het hebben van een GMD (en dus een vaste behandelende arts), bij patiënten die jaarlijks minstens één contact hebben met een arts (raadpleging of bezoek), ongeacht het type van patiënt of categorie van rechthebbende, en wel in deze zin:

- bij deze patiënten stijgt:
 - het totaal aantal contacten (in 2008, 10,47 tegenover 6,76)
 - het aantal contacten met de huisarts (in 2008, 7,42 tegenover 4,66)
 - het percentage patiënten dat contact heeft met de specialist (67 % tegenover 54 %)
- maar daalt
 - de frequentie van de contacten met de specialist (in 2008, 4,29 tegenover 4,86)
 - het beroep doen op spoedgevallendiensten (in 2008, 0,18 tegenover 0,22).

Zie tabel 7, p. 28.

Tabel 7 – Frequentie ambulant, naargelang verzekerde al dan niet een GMD heeft (per geslacht, leeftijdsklasse) – evolutie 2006-2008 en jaar 2008

					Geslacht		Leeftijdscategorie						
Indicatoren	06=>08	2006	2007	2008	V	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+	
Aantal verzekerden	251.432	251.432	251.432	251.432	128.484	122.948	36.785	45.406	52.054	54.026	38.244	24.917	
Patiënten met contacten	238.596	202.421	203.058	220.145	117.654	102.491	31.405	38.216	43.987	47.400	35.350	23.787	
Patiënten met GMD	GMD+	84.823	83.409	85.909	47.247	38.662	8.282	11.709	15.080	19.544	18.179	13.115	
Patiënten zonder GMD	GMD-	117.591	119.641	134.236	70.407	63.829	23.123	26.507	28.907	27.856	17.171	10.672	
% met GMD		42%	41%	39%	40%	38%	26%	31%	34%	41%	51%	55%	
Gemiddeld aantal contacten	GMD+	10,45	10,56	10,47	11,38	9,37	6,56	7,52	8,55	9,78	11,94	16,78	
	GMD-	6,26	6,58	6,76	7,65	5,77	4,30	5,02	5,82	6,94	9,62	13,85	
Ratio	GMD+/ GMD-	1,67	1,60	1,55	1,49	1,62	1,52	1,50	1,47	1,41	1,24	1,21	
% contacten met H.A.	GMD+	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	
	GMD-	84%	85%	84%	85%	83%	75%	83%	84%	86%	91%	94%	
Ratio	GMD+/ GMD-	1,19	1,17	1,19	1,18	1,20	1,33	1,20	1,19	1,16	1,10	1,06	
Gemiddeld aantal contacten H.A.	GMD+	7,51	7,61	7,42	8,00	6,71	4,78	5,28	5,77	6,62	8,10	13,12	
	GMD-	4,27	4,57	4,66	5,18	4,08	2,74	3,24	3,66	4,59	6,46	10,89	
Ratio	GMD+/ GMD-	1,76	1,66	1,59	1,55	1,64	1,75	1,63	1,58	1,44	1,25	1,20	
% contacten met Spec.	GMD+	68%	68%	67%	72%	62%	56%	57%	64%	70%	76%	72%	
	GMD-	54%	55%	54%	60%	47%	44%	47%	52%	58%	66%	65%	
Ratio	GMD+/ GMD-	1,26	1,25	1,25	1,20	1,31	1,26	1,21	1,23	1,20	1,15	1,11	
Gemiddeld aantal contacten Spec.	GMD+	4,31	4,33	4,29	4,49	4,01	2,88	3,55	4,11	4,34	4,89	4,75	
	GMD-	4,93	4,88	4,86	5,11	4,51	4,56	4,36	4,89	4,90	5,47	5,08	
Ratio	GMD+/ GMD-	0,88	0,89	0,88	0,88	0,89	0,63	0,81	0,84	0,89	0,89	0,94	
Gemiddeld aantal contacten op spoedgevallen	GMD+			0,18	0,17	0,19	0,20	0,23	0,18	0,14	0,14	0,25	
	GMD-			0,22	0,20	0,25	0,24	0,27	0,21	0,16	0,17	0,30	
Ratio	GMD+/ GMD-			0,83	0,88	0,79	0,85	0,85	0,84	0,89	0,83	0,83	
% spoedgevallen, na doorverwijzing	GMD+			0,40	0,41	0,39	0,18	0,21	0,28	0,37	0,51	0,69	
	GMD-			0,29	0,31	0,27	0,12	0,18	0,22	0,33	0,47	0,69	
Ratio	GMD+/ GMD-			1,40	1,34	1,45	1,45	1,21	1,28	1,12	1,08	1,00	

III. Is de zorgkwaliteit in de huisartsgeneeskunde adequaat?



Preventie

De grieppreventie wordt correct toegepast.

Screening

De screeningsactiviteiten zouden doeltreffender en vooral doelmatiger kunnen zijn, voor wat betreft de screening van borst- en baarmoederhalskanker. In beide gevallen is de rol van de huisarts van essentieel belang, zowel voor de sensibilisering van patiënten als voor een betere samenwerking met de gynaecologen.

Diagnostisch

Zowel voor de medische beeldvorming als voor de klinische biologie ligt het voorschrijfgedrag veel hoger dan de aanbevelingen van die sector aangeven. De bevolking zou meer moeten worden gesensibiliseerd met betrekking tot de nevenwerkingen van onnodige en soms iatrogene handelingen (bestraling).

Antibioticaresistentie

De sensibilisering voor de problematiek van de antibioticaresistentie blijkt te verslappen, hoewel er enige verbetering vastgesteld wordt bij het voorschrijven van antibiotica aan kinderen.

Follow-up van chronisch ziekten

Hoewel enkele situaties meer geruststellend lijken (diabetes), kan het toepassen van aanbevelingen zorgvuldiger. Dit blijkt uit de creatininedosering in de maand die volgt na de start van een ACE-behandeling (35 %), of bij een behandeling met diuretica bij ouderen (34%) of uit de regelmaat van het maandelijks toezicht bij patiënten die anticoagulantia innemen (35%).



De kwaliteits-indicatoren zijn gemeten bij personen uit de permanente steekproef⁴ die in de loop van het jaar de huisarts consulteerden.



Bejaarde patiënten

Bijzondere aandacht dient te worden geschonken aan bejaarde patiënten. De aanbevelingen worden blijkbaar minder strikt gevolgd. Dat is vooral het geval bij chronisch zieken of bij patiënten in ROB en RVT (voor zover de aanbevelingen van toepassing zijn bij patiënten met een complexe klinische toestand). Het is niet omdat men in een RVT verblijft dat er geen oftalmologisch onderzoek kan gebeuren (slechts 35 % heeft in de loop van het jaar contact gehad met een oftalmoloog).

Globaal medisch dossier

De follow-up van de aanbevelingen voor de klinische praktijk is niet anders bij patiënten die een globaal medisch dossier hebben. Sommige elementen laten zelfs vermoeden dat er mogelijk overconsumptie is, zonder dit verbruik cijfermatig te kunnen kwantificeren, aangezien de klinische gegevens van de patiënten niet bekend zijn.

Geëvalueerde thema's

- preventie
- screening
- diagnosestelling
- therapeutisch voorschrift
- follow-up van chronisch zieken

4. Permanente steekproef – representatieve anonieme steekproef - EPS (Echantillon Permanent(e) Steekproef) 2006, 2007 et 2008 – versie 5.

1. Preventie: griepvaccinatie

De preventiemaatregelen worden geëvalueerd op basis van de griepvaccinatie bij ouderen.

Het is aanbevolen om **risicopatiënten en patiënten die 65 jaar of ouder zijn, elk jaar** tegen griep te vaccineren.

De aanbeveling wordt correct toegepast bij ouderen (66% in 2008). De vaccinatiegraad is hoger bij patiënten die met de huisarts contact hebben dan bij de algemene bevolking (70% in 2008). Risicopatiënten worden goed bereikt. Zo is de vaccinatiegraad in de rusthuizen (ROB's en RVT's) zeer hoog (96%), wat zeer geruststellend is.

Zie tabel 8.

Tabel 8 - vaccinatiegraad tegen griep bij de bevolking van 65 jaar en ouder die bovendien tijdens het jaar de huisarts raadplegen, per type patiënt (chronisch zieken, rusthuizen en volgens type van voorschrift) - tussen 2006 en 2008

% Griepvaccinaties > 65 jaar	2006	2007	2008
Totale populatie	68%	67%	66%
Populatie met contact H.A.	73%	72%	70%
Chronisch zieken	83%	81%	80%
RVT/ROB	100%	97%	96%
Patiënten die zuurremmers nemen	84%	83%	82%
Hartfalen	87%	87%	87%
COPD/astma	83%	83%	83%
Diabetes	84%	83%	83%

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

2. Screening

a. Aanbevolen en georganiseerde screening: borstkanker

De aanbevolen en georganiseerde screening wordt geëvalueerd op basis van de resultaten van de borstkankerscreening bij vrouwen. Elk gewest heeft daartoe een specifiek programma ingevoerd (georganiseerde screening).

Het is aanbevolen om **elke asymptomatische vrouw van 50 tot 69 jaar eenmaal om de twee jaar** te screenen. Idealiter moet het aantal onderzoeken iets hoger zijn dan 0,5/jaar. Het is niet aanbevolen om jongere vrouwen te screenen. De huisarts moet vrouwen ertoe aanzetten om zich te laten screenen, indien mogelijk volgens het officiële programma.

65% van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar die bij de huisarts gaan, laat zich screenen, tegenover 62% van de totale vrouwelijke bevolking tussen 50 en 69 jaar (zie kolom % screening). Minder dan 50% doet dat via het officiële programma (zie kolom % Prog/tot). Met andere woorden, enerzijds volstaat de screening niet en anderzijds worden vrouwen van 50 tot 69 jaar niet genoeg aangemoedigd om de officiële programma's te volgen (die de beste resultaten leveren, in het bijzonder door het toepassen van een dubbele lezing). De percentages inzake dekking en toetreding tot het programma zijn in het noorden van het land echter beter. Tot slot worden er jaarlijks gemiddeld te veel onderzoeken uitgevoerd (0,82/jaar).

Er dient ook op te worden gewezen dat 36 % van de vrouwen van 40 tot 49 jaar zich laat onderzoeken, wat overdreven blijkt te zijn en leidt tot een onnodige blootstelling aan ioniserende stralen (0,6 onderzoeken/jaar).

Zie tabel 9, p. 33.

Tabel 9 - Dekking van de borstkankerscreening bij patiënten die tijdens het jaar de huisarts raadplegen – doelpopulatie (50-69 jaar) of niet (40-49 jaar) - tussen 2007 en 2008**Borstkankerscreening 2008 (doelgroep 1x om de 2 jaar)**

	Vrouwen van 50 tot 69 jaar			Vrouwen van 40 tot 49 jaar	
	% screening	% Prog/tot	Gemiddeld aantal onderzoeken	% screening	Gemiddeld aantal onderzoeken
Totale populatie	62%	48%	0,82	36%	0,61
Populatie bij H.A.	65%	48%	0,82	38%	0,62

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

b. Aanbevolen en niet georganiseerde screening: baarmoederhalskanker

De aanbevolen en niet georganiseerde screening wordt geëvalueerd op basis van baarmoederhalskanker. In tegenstelling tot borstkanker is niet voorzien in een systematische organisatie van de screening.

Het is aanbevolen om **elke asymptomatische vrouw die ouder is dan 25 jaar eenmaal om de drie jaar** te screenen. Idealiter moet het aantal onderzoeken iets meer dan 0,3/jaar bedragen. De huisarts moet de vrouwen aanmoedigen om zich te laten screenen.

61% van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar die bij de huisarts gaan, laat zich screenen (zie kolom % screening). Dat is wat beter dan in de totale vrouwelijke bevolking tussen 25 en 64 jaar (59%). De screeningsgraad is veel groter bij vrouwen die jonger zijn dan 45 jaar (70%). De screeningsgraad is iets beter in het zuiden van het land en in Brussel (64%) dan in het noorden (57%).

Zie tabel 10, p. 34.

Het gemiddeld aantal jaarlijkse onderzoeken bedraagt 0,62 (gemiddeld aantal uitstrijkjes/jaar). Vrouwen die zich laten screenen, doen dat te vaak: een uitstrijkje wordt gemiddeld om de 19 maanden herhaald, terwijl een uitstrijkje om de 36 maanden zou moeten volstaan.

Tabel 10 - Dekking van de baarmoederhalskankerscreening bij patiënten van 25-64 jaar die tijdens het jaar de huisarts raadplegen - tussen 2006 en 2008

Screening baarmoederhalskanker 2008 (1x om de 3 jaar vanaf 25 jaar)

Vrouwen van 25 tot 64 jaar	% screening	gemiddeld aantal uitstrijkjes/jaar
Totale populatie	59%	0,61
Populatie bij H.A.	61%	0,62

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

c. Niet aanbevolen en niet georganiseerde screening: schildklieronderzoek bij patiënten zonder schildkliermedicatie

De niet aanbevolen en niet georganiseerde screening wordt geëvalueerd op basis van het voorschrijven van schildkliertesten bij patiënten die geen schildklierbehandeling volgen.

De screening van schildklierstoornissen is niet aanbevolen bij asymptomatische patiënten, ongeacht hun leeftijd of geslacht.

Bij patiënten die geen schildkliermedicatie voorgeschreven krijgen, stellen we echter een stelselmatige stijging van de onderzoeken vast, zowel op het vlak van frequentie als van volume, ongeacht de leeftijd of het geslacht. In 2008 kreeg 46,3 % van de patiënten die regelmatig een huisarts raadplegen, geen onderzoek. Als er wel een onderzoek is gerealiseerd, bedraagt het gemiddeld aantal onderzoeken 4,39 per jaar (waarvan minstens één dosering TSH). Het gemiddelde aantal gevraagde onderzoeken is tussen 2006 en 2008 gestegen van 4,12 tot 4,39.

Zie tabel 11, p. 35.

Gespreid over een observatieperiode van drie jaar (2006-2008) ondergaat nauwelijks 23 % van de patiënten geen schildklieronderzoek, hoewel de indicaties op het vlak van diagnose beperkt zijn (symptomen van chronische vermoeidheid, ...).

Tabel 11 - Percentage patiënten dat bij de huisarts gaat zonder jaarlijkse schildkliertest en gemiddeld aantal schildkliertesten bij patiënten met een schildklieronderzoek - evolutie 2006-2008

Evaluatie van afwezigheid van schildklierscreening				
	2006	2007	2008	06 tot 08
% verzekerden zonder onderzoeken	49%	48%	46%	23%
bij de verzekerden met onderzoeken :				
gemiddeld aantal schildklieronderzoeken	4,12	4,24	4,39	
gemiddeld aantal TSH	0,90	0,93	0,96	
Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie				

3. Diagnosestelling: medische beeldvorming en blootstelling aan stralen van medische oorsprong

De diagnosestellingen worden geëvalueerd op basis van de voorschriften voor medische beeldvorming.

Blootstelling aan stralen is bijzonder groot in België, vooral wegens het gebruik van de scanner en van het aantal voorschriften voor medische beeldvorming in het algemeen. Het bestralingsniveau wordt gemeten in millisievert (mSv).



Een totale dosis van 100 mSv over drie jaar houdt een risico in.

De huisarts is daar gedeeltelijk verantwoordelijk voor, want hij alleen vertegenwoordigt bijna 25% van de totale voorgeschreven bestraling en 33% van de bestraling bij ambulante patiënten.

Ondanks de aanbevelingen op het vlak van medische beeldvorming (gepubliceerd in 2002), die de blootstelling aan straling van medische oorsprong zouden moeten doen afnemen:

- stijgt het percentage patiënten die een onderzoek medische beeldvorming ondergingen van 49 tot 51% sinds 2006
- stijgt het theoretisch bestralingsniveau per patiënt die een onderzoek onderging (van 4,60 tot 5,23 mSv/onderzochte patiënt)
- stijgt het percentage patiënten die een hogere dosis dan 30 mSv toegediend krijgen, van 5,4% naar 6,4%

Het percentage patiënten dat na drie jaar een totale dosis heeft gekregen van meer dan 100 mSv, blijft echter beperkt tot 0,6%.

Zie tabel 12.

Tabel 12 - Percentage patiënten bij de huisarts met een voorschrift voor medische beeldvorming (ongeacht de voorschrijver), de jaarlijkse gemiddelde totale dosis en percentage patiënten die de grens van 30 mSv per jaar overschrijden (of 100mSv) - tussen 2006 en 2008

Blootstelling aan ionisatie van medische oorsprong				
Indicatoren	2006	2007	2008	2006-08
aantal patiënten met contact H.A.	183.389	185.310	198.596	198.598
% chronische	7%	7%	7%	7%
% patiënten met RX	49%	50%	51%	78%
gemiddelde gecumuleerde stralingsdosis (patiënt RX+)	4,60	5,01	5,23	9,11
% risicopatiënten (jaarlijkse dosis >30)	5,4%	6,0%	6,4%	0,6%
Bron: RiZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie				

4. Therapeutisch voorschrift: het voorschrijven van antibiotica

Het therapeutisch voorschrift wordt geëvalueerd op basis van het voorschrijven van antibiotica.

Sinds het begin van de jaren 2000 sensibiliseert de overheid de bevolking en de artsen voor de problematiek van de antibioticaresistentie.

Antibiotica mogen alleen worden voorgeschreven wanneer ze echt noodzakelijk zijn; de keuze moet bij voorkeur uitgaan naar **eerstekeusantibiotica**. Indien amoxicilline wordt voorgeschreven, moet de voorkeur worden gegeven aan de verpakkingen zonder clavulaanzuur.

43 % van de patiënten die de huisarts raadplegen, krijgt minstens één voorschrift per jaar. Dat - hoge - cijfer is sinds 2006 stabiel.

Het aantal behandelingsdagen stijgt (23,9 in 2008 tegenover 21,2 in 2006). Bovendien worden eerstekeusantibiotica niet in het bijzonder gepromoot.



Bijvoorbeeld, de associatie amoxicilline – clavulaanzuur wordt zeer vaak voorgeschreven, terwijl eigenlijk het voorschrijven van amoxicilline alleen volstaat (de ratio is sinds 2006 stabiel, namelijk 45%).

Men stelt echter een lichte verbetering vast op het vlak van het voorschrijven van antibiotica bij kinderen, zowel op het vlak van de voorschrijffrequentie die tussen 2006 en 2008 daalde van 51% naar 47%, als op het vlak van de gunstige evolutie van de ratio amoxicilline versus amoxicilline - clavulaanzuur, die stijgt van 63% tot 68%.

Overigens, stelt men eveneens vast dat het overdreven voorschrijven vaker voorkomt bij patiënten ouder dan 75 jaar en die verblijven in een rusthuis dan bij patiënten ouder dan 75 jaar in het algemeen.

Zie tabel 13, p. 38.

Tenslotte zijn de antibioticavoorschriften vanuit de medische huizen (M.H.) meer conform met de aanbevelingen.

Kortom, men stelt vast dat antibiotica, met het gevaar op een toename van de antibioticaresistentie, nog steeds zeer vaak en ondoordacht worden voorgeschreven, ondanks sensibiliseringscampagnes voor de bevolking en voorschrijvers.

Tabel 13 - Percentage patiënten bij de huisartsen met een jaarlijks antibioticavoorschrift, aantal dagelijks gemiddelde hoeveelheden, ratio amoxicilline / amoxicilline – clavulaanzuur, verdeling van antibioticatypes per patiënt - tussen 2006 en 2008

Indicatoren	Totale bevolking			0-14 jaar			75 + (2008)		2008
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	alle verzekerden	ROB-RVT	M.H.
aantal patiënten H.A.	183.389	185.310	198.596	28.634	26.538	25.487	20.435	1.083	4.477
aantal patiënten met A.B.	78.708	80.512	84.635	14.616	13.181	11.973	9.183	737	1.212
% patiënten met A.B.	43%	43%	43%	51%	50%	47%	45%	68%	27%
aantal DDD per patiënt met A.B.	21,18	23,00	23,90	11,00	11,30	12,00	33,00	44,6	19,7
% tetracyclines (DDD)			5%			1%	4%	4%	7%
% chlooramfenicol			0%			0%	0%	0%	0%
% bèta-lactam A.B.			65%			79%	52%	51%	68%
% cotrimoxazol			1%			2%	2%	2%	1%
% macroliden			10%			12%	6%	5%	8%
% aminoglycosiden			0%			0%	0%	0%	0%
% chinolonen			9%			0%	12%	12%	6%
% andere			10%			5%	23%	27%	11%
% amoxi/(amoxi + amoxiclav)	44%	44%	45%	63%	65%	68%	35%	33%	64%
% siroop amoxi/ (amoxi+amoxiclav) (0-14 jaar)				54%	57%	62%			

Bron: RiZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

5. Follow-up van chronisch zieken

a. Globale opvolging van diabetespatiënten

Aan de hand van verscheidene situaties kan de kwaliteit van de follow-up van chronisch zieken worden geëvalueerd, in het bijzonder de geïntegreerde en multidisciplinaire opvolging van de diabetespatiënt.

Bij een diabetespatiënt is het aanbevolen om minstens eenmaal per jaar, en in elk geval **om de 15 maanden**, een follow-up uit te voeren van het **gehalte van geglycolyseerd hemoglobine (HbA1C), creatinine, en micro-albumine**. Het is ook aanbevolen om **elk jaar** de oogfundus te laten onderzoeken bij de **oftalmoloog** teneinde oogcomplicaties te vermijden.

Over een periode van 15 maanden heeft 95% van de insuline dependente patiënten een glycemiecontrole ondergaan, 93% een creatininecontrole en 56% een micro-albuminecontrole. 57% onderging tijdens de laatste 12 maanden een oftalmologisch onderzoek. Over een periode van 3 jaar heeft 20% van de patiënten geen enkele oftalmologische raadpleging gehad.

De situatie is over het algemeen echter minder gunstig bij patiënten die geen insuline innemen.

Voor 1/3 van de diabetici lijkt de oftalmologische raadpleging moeilijk te realiseren.

Zie tabel 14, p. 40.

Tabel 14 - Percentage diabetespatiënten (insulinedependent en/of niet-insulinedependent) bij de huisarts die om de 15 maanden een onderzoek van het gehalte van geglycoliseerd hemoglobine, een micro-albuminetest en een creatininetest ondergaan, alsook elk jaar een oftalmologische raadpleging volgen, over een periode van 3 jaar, in 2008

Diabetes : vervolg

Indicatoren	Insuline Dependent (ID)	Niet-Insuline Dependent (NID)	Alle diabetespatiënten
aantal diabetespatiënten ID + NID	2.896	8.856	11.752
% diabetespatiënten bij H.A.	90%	94%	93%
% test HbA1c (15 maand)	95%	86%	88%
gemiddeld aantal testen HbA1c	2,94	2,05	2,26
% test albumine (15 maand)	56%	23%	31%
gemiddeld aantal testen albumine	0,73	0,27	0,38
% test creatinine (15 maand)	93%	90%	91%
gemiddeld aantal testen creatinine	2,88	2,07	2,27
% patiënten met oogonderzoek binnen de 3 jaar	80%	61%	65%
% met oogonderzoek binnen het jaar	57%	39%	44%

Bron: RiZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

b. Preventie bij angorpatiënten

Is secundaire preventie opgenomen in de follow-up van chronisch zieken? Wij onderzoeken dit bij angorpatiënten.

Bij angorpatiënten is het aanbevolen om (behoudens contra-indicatie) medicatie die de aggregatie van bloedplaatjes tegen gaat voor te schrijven, alsook hypo-lipidemiërende middelen. Een jaarlijkse controle van de lipiden is wenselijk.

De preventie van bloedplaatjes anti-aggregantia bij angorpatiënten is bevredigend (69%), rekening houdend met het feit dat een aantal onder hen contra-indicaties vertoont. Zie tabel 15.

Tabel 15 - Percentage angorpatiënten bij de huisarts met een voorschrift voor bloedplaatjes anti-aggregantia - jaar 2008	
Patiënten met angor	
Indicatoren	2008
aantal patiënten met angor	3.816
% bloedplaatjes anti-aggregantia	69%
% hypolipidemiërende middelen	55%
% jaarlijkse dosering van lipiden	69%
Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie	

c. Voorzorgsmaatregelen bij de behandeling van ouderen

Worden aan het begin van de behandeling van chronisch zieken alle voorzorgsmaatregelen en de noodzakelijke opvolging in acht genomen? Wij onderzoeken dit bij patiënten die antihypertensiva innemen, en in het bijzonder bij patiënten die ACE-inhibitoren krijgen, alsook bij 75-plussers die antidiuretica innemen.

Personen die ACE (angiotensine conversie-enzym)-inhibitoren gebruiken en ouderen die diuretica innemen, moeten bij voorkeur een **creatininedosering krijgen in de maand die volgt op de start van de behandeling.**

35 % van de patiënten volgt de aanbevelingen op het vlak van de creatininedosering, zowel patiënten die een ACE-behandeling krijgen als oudere patiënten die diuretica innemen. De follow-up zou beter kunnen zijn.

Zie tabel 16 p. 42.

Tabel 16 - Percentage patiënten bij de huisarts die een creatininetest laten uitvoeren in de maand die volgt op de start van de behandeling, patiënten met een ACE-inhibitor en 75-plussers die diuretica innemen, in 2008

Opvolging van creatinine	
Indicatoren	2008
aantal nieuwe patiënten met ACE-inhibitoren sinds 3 jaar	21.840
% controle creatinine na het begin	35%
aantal nieuwe patiënten >75 met diuretica sinds 3 jaar	9.460
% controle creatinine na het begin	34%

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

d. Opvolging van de anticoagulantia-behandeling

Wordt de opvolging van chronisch zieken goed verzekerd? Wij onderzoeken dit bij patiënten die anticoagulantia innemen.

Bij patiënten die anticoagulantia innemen, is het aanbevolen om **de coagulatie elke maand te onderzoeken**. Het gemiddeld aantal jaarlijkse onderzoeken moet hoger zijn dan 12, want bij de start van de behandeling, is een frequentere controle aangewezen.

Het percentage patiënten dat anticoagulantia inneemt met een stipte maandelijks controle bedraagt 35 %, wat onvoldoende is.

Zie tabel 17.

Tabel 17 - Percentage patiënten die anticoagulantia innemen, bij de huisarts, en van wie de coagulatie maandelijks wordt gecontroleerd - jaar 2008

Toezicht bij anticoagulantia	
Indicatoren	2008
aantal patiënten	2.748
% patiënten met 1 maandelijks controle	35%
gemiddeld aantal jaarlijkse onderzoeken	15,8

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

e. Psychiatrische aandoeningen : opvolging van lithiumbehandeling

Bij een patiënt die lithium toegediend krijgt, is het aanbevolen om **lithium jaarlijks te doseren**.

Bij 80 % van de patiënten is dat het geval. Jongeren volgen de aanbeveling beter op. Ze wordt bijzonder slecht gevolgd in het zuiden van het land. Zie tabel 18.

Tabel 18 - Percentage patiënten die lithium innemen, bij de huisarts, en van wie de dosis lithium wordt gecontroleerd - jaar 2008

Toezicht bij lithiumbehandeling	
Indicatoren	2008
aantal patiënten	153
% met jaarlijks onderzoek	80%
gemiddeld aantal onderzoeken	4,0
Bron: RiZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie	

IV. Hoe gaat het met de huisartsgeneeskunde: ontwikkelingen op het vlak van capaciteit en professionele ontwikkeling?



De capaciteit van de huisartsgeneeskunde op het vlak van human resources, is momenteel nog voldoende maar bereikt stilaan **een kritiek punt**:

- De capaciteit zal snel afnemen zonder snelle vernieuwing/vervanging. Dat zal waarschijnlijk de beroepsuitoefening van de huisartsgeneeskunde fundamenteel veranderen en misschien leiden tot problemen qua toegang tot de zorgverlening. Zullen de huisartsen nog even gemakkelijk nieuwe patiënten aanvaarden?
- Dankzij grootse stimuleringsmaatregelen kon het beroep worden geherwaardeerd, maar de participatiegraad onder de Franstalige huisartsen is nog steeds niet optimaal.

Er komt een nieuwe generatie artsen aan: artsen die meer geneigd zijn om in nieuwe initiatieven in te stappen (accreditering, informatisering, groepspraktijken, ...), maar ze zijn nog onvoldoende talrijk om de oudere generatie te vervangen. De artsen die afstuderen na de basisopleiding moeten ervan worden overtuigd om snel en massaal richting huisartsgeneeskunde te kiezen.

Geëvalueerde thema's:

- medische capaciteit
- productiviteit
- vervanging van huisartsen
- artsen in opleiding
- incentives
- professionele ontwikkeling.

1. Medische capaciteit: densiteit

De **medische capaciteit** wordt geëvalueerd op basis van de densiteit (actieve huisartsen/10.000 inwoners).

De medische capaciteit aan huisartsen werd lange tijd te hoog ingeschat. Een groot aantal erkende huisartsen werkt immers niet of zeer weinig als huisarts (<1250 contacten per jaar). Door realistische criteria (VTE's of 1250 contacten per jaar) in aanmerking te nemen, wordt de densiteit op 9,5 per 10.000 inwoners ingeschat, terwijl ze in het begin van deze eeuw nog op 21,1 werd geraamd in de internationale rapporten van de OESO.

Tabel 19 - Aantal erkende huisartsen op basis van het activiteitscriterium per categorie van huisarts (2000-2009, taalregime, geslacht)

Huisartsgeneeskunde					Taalrol		Geslacht arts	
Indicatoren	2000	2004	2008	2009	FR	NL	V	M
Aantal H.A. (> 1 contact)	13.270	13.984	14.241	14.285	6.666	7.619	4.624	9.660
Aantal H.A. (> 500 contacten)	10.855	10.822	10.567	10.536	4.721	5.815	3.092	7.444
Aantal H.A. (> 1250 contacten)	9.976	9.816	9.693	9.676	4.143	5.533	2.757	6.919
Aantal H.A. in VTE	8.515	8.472	8.336	8.642	3.554	5.088	2.367	6.275
% aantal H.A. > 500/aantal H.A.	82%	77%	74%	74%	71%	76%	67%	77%
% aantal H.A. > 1250/aantal H.A.	75%	70%	68%	68%	62%	73%	60%	72%
% aantal H.A. in VTE/aantal H.A.	64%	61%	59%	60%	53%	67%	51%	65%
% van de totale capaciteit 2009 (> 1 contact)	93%	98%	100%	100%	47%	53%	32%	68%
% van de totale capaciteit 2009 (> 500 contacten)	103%	103%	100%	100%	45%	55%	29%	71%
% van de totale capaciteit 2009 (> 1250 contacten)	103%	101%	100%	100%	43%	57%	28%	72%
% van de totale capaciteit 2009 (VTE)	99%	98%	96%	100%	41%	59%	27%	73%

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

In België is er 1 huisarts per 1.100 inwoners. Die densiteit is van 2000 tot 2010 constant gebleven. In 2010 is ze over het hele grondgebied homogeen gebleven.

2. Productiviteit in huisartsgeneeskunde

De **productiviteit** wordt geëvalueerd op basis van de omvang van het patiëntenbestand, het aantal en het soort contacten voor een voltijds arts.

De praktijk is sterk aan het evolueren:

- de omvang van het patiëntenbestand stijgt (van 802 in 2000 tot 1.003 in 2009)
- het aantal contacten neemt toe (van 5.532 tot 5.686): een lichte stijging
- de frequentie van de contacten per patiënt daalt (van 6,89 tot 5,67)
- de structuur van de activiteit verplaatst zich naar de raadpleging, ten nadele van de huisbezoeken (die dalen van 40% in 2000 tot 29% in 2009)
- steeds meer huisartsen werken in een groepspraktijk (1/4 van de VTE's).

De kenmerken van de globale productiviteit, die sinds 2000 gestaag aan het stijgen is, zijn dus een toename van het patiëntenbestand, een afname van het aantal contacten per patiënt, een relatieve afname van de huisbezoeken en een lichte stijging van het totaal aantal contacten van een huisarts met patiënten.

Afhankelijk van de huisartscategorie is productiviteit duidelijk anders :

- een oudere huisarts is meer geneigd om zijn patiënten opnieuw te zien en zal hen vaker thuis bezoeken
- jongere en vrouwelijke artsen zien hun patiënten minder vaak terug en geven de voorkeur aan contacten op raadpleging.

Die resultaten moeten natuurlijk worden gecorreleerd aan de leeftijd van het patiëntenbestand (die evolueert samen met de leeftijd van de arts).



De meest productieve artsen zijn mannen van 45 tot 54 jaar, en eerder Nederlandstalig.

Zie tabel 20, p. 47 en kaart 2, p. 48.

Tabel 20 - Indicatoren inzake productiviteit op het vlak van de huisartsgeneeskunde per categorie van huisarts (VTE) - 2000-2009

Indicatoren	2000	2004	2008	2009	Geslacht V	leeftijdscategorie arts					
						65+	35-	35-44	45-54	55-64	65-74
aantal H.A. in VTE (zonder M.H.)	8.515	8.472	8.336	8.283	2.161	663	500	1.479	2.813	2.829	545
% activiteit				100%	22%	7%	5%	17%	36%	35%	6%
totaal patiëntenbestand	802	815	981	1.003	973	768	839	1.015	1.098	986	795
gemiddeld aantal GMD	108	353	518	543	461	379	397	530	601	557	399
% GMD/patiëntenbestand	13%	43%	53%	54%	47%	49%	47%	52%	55%	56%	50%
gemiddeld aantal contacten	5.532	5.271	5.512	5.686	5.019	5.072	4.707	5.431	5.996	5.827	5.133
aantal contacten/patiënt	6,89	6,47	5,62	5,67	5,16	6,60	5,61	5,35	5,46	5,91	6,46
% niet dringende bezoeken	40%	36%	31%	29%	22%	38%	24%	25%	27%	33%	37%
totaal inkomsten (in EUR)	74.600	95.980	125.071	135.479	115.468	119.085	111.014	128.805	143.286	139.376	121.026

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Uit het onderzoek per arrondissement blijkt dat praktijken niet homogeen zijn aangezien het bedrag van het inkomen van de huisarts in sommige arrondissementen dubbel zo groot is als in andere. Dat houdt verband met verschillen die tot dubbel zo groot zijn wat betreft de omvang van het patiëntenbestand (53%) of het gemiddeld aantal contacten (43%). Het gewicht van de bezoeken kan bovendien tot driemaal zo groot zijn (34%). Die verschillen, in combinatie met een zeer variabele toepassing van het GMD, leiden tot verschillen die tot driemaal zo groot zijn op het vlak van de gemiddelde inkomsten van de huisartsen in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging (35%).

! Met andere woorden, ook al is de densiteit van de actieve huisartsen homogeen over het hele grondgebied, de productiviteit is meestal hoger in het noorden van het land en lager in het zuiden, in het bijzonder in de provincie Luxemburg. Het aantal patiënten is er kleiner, alsook het gemiddelde aantal contacten. Men kan zich verwonderen over de grote inkomensverschillen die tussen het noorden en het zuiden worden vastgesteld. Die verschillen worden voornamelijk verklaard door een minder hoog activiteitsvolume en het feit dat het zuiden tot op heden minder geneigd is om het GMD te gebruiken.

Kaart 2 - Jaarlijks gemiddeld inkomen (ZIV) per huisarts (>1250 contacten/jaar) - Per arrondissement (2009)

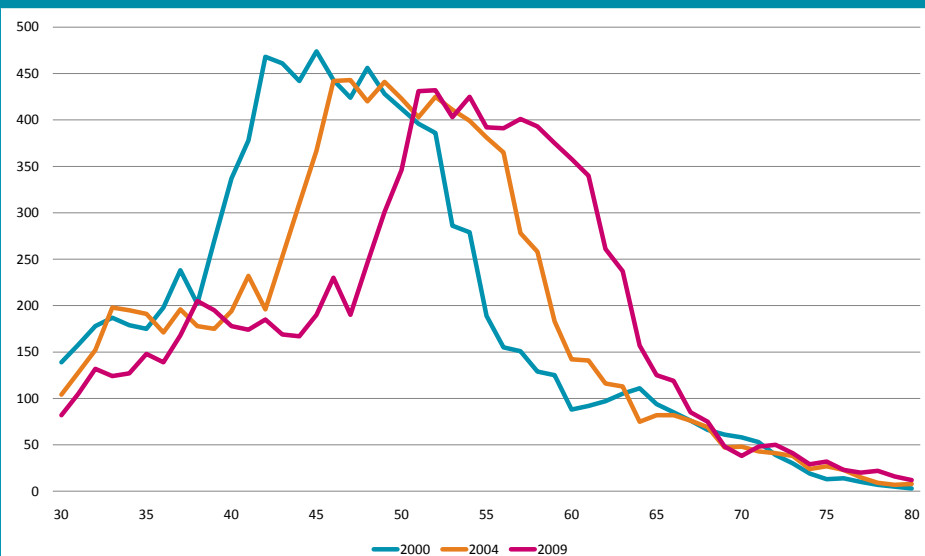


Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

3. Wordt het aantal huisartsen op peil gehouden?

De evolutie van de groep van actieve artsen nadert zeer snel de pensioengerechtigde leeftijd, zoals blijkt uit de op elkaar gelegde curves van de jaren 2000, 2004 en 2009 van de artsen met meer dan 1250 contacten. Zie figuur 10, tabel 21, p. 50.

Figuur 10 - Opsplitsing per leeftijd van de huisartsen (>1250 contacten/jaar) - vergelijking 2000-2004-2009



Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Een andere manier om die evolutie te meten, bestaat erin om de gemiddelde leeftijd van de actieve huisartsen te berekenen. De gemiddelde leeftijd van de VTE's is momenteel 51,4. Die gemiddelde leeftijd is snel gestegen sinds 2000, toen hij 47,3 jaar bedroeg.



Een stijgende gemiddelde leeftijd betekent dat de groep van de recent gediplomeerden ontoereikend is om de artsen die hun activiteit stopzetten, te vervangen.

Er kunnen twee andere belangrijke fenomenen worden geobserveerd:

- Het aantal artsen van « 65 jaar en ouder » die nog actief zijn, is niet verwaarloosbaar. Veel artsen blijven tot na de leeftijd van 65 jaar actief en vertegenwoordigen 7,7 % van de VTE's. Die categorie is even groot als de categorie van de artsen die jonger zijn dan 35 jaar.
- Het verschil in gemiddelde leeftijd tussen mannen en vrouwen. De actieve oudere artsen zijn voornamelijk mannen en worden vervangen door een gemengde, voornamelijk vrouwelijke groep, wat blijkt uit de daling van het aantal mannen in de jongere leeftijdsklassen. Met andere woorden, de vervrouwelijking, die reëel is, houdt vooral verband met de vermindering van de mannelijke artsen die niet worden vervangen, zoals blijkt uit de grafiek hierna. Die vervrouwelijking zet zich door (28 % van de voltijds actieve artsen) en zal de praktijk veranderen aangezien vrouwelijke artsen kleinere patiëntenbestanden hebben en veel minder huisbezoeken afleggen. [Zie figuur 11, p. 51.](#)

Tabel 21 - Gemiddelde leeftijd van de huisarts (VTE), percentage huisartsen van 65 jaar en ouder, percentage mannen

Indicatoren	2000	2004	2008	2009	Geslacht		Leeftijdscategorie arts				
					V	65+	35-	35-44	45-54	55-64	65-74
aantal H.A. in VTE (zonder M.H.)	8.515	8.472	8.336	8.283	2.161	663	500	1.479	2.813	2.829	545
Gemiddelde leeftijd	47,3	49,2	51,3	51,4	44,6						
% 65+	6%	6%	8%	8%	1%						
% mannelijk geslacht	81%	77%	74%	73%		98%	40%	48%	72%	88%	98%

Bron: RiZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Figuur 11 - Opsplitsing van de huisartsen per jaar, per geslacht (> 1.250 contacten/jaar) - jaar 2009



Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

4. Huisartsen in opleiding

De rekrutering van huisartsen is problematisch. Het niet vervangen van de oudere huisartsen houdt rechtstreeks verband met de nieuwe artsen die in het beroep stappen en met het aantal onder hen die voor de huisartsgeneeskunde kiezen.

Het percentage recent gediplomeerde huisartsen is de verhouding van het aantal gediplomeerden die voor de huisartsgeneeskunde kiezen, tot alle gediplomeerden die zich binnen de twee jaar na het behalen van hun diploma specialiseren (op het einde van de cyclus van zeven jaar studies). Dat percentage bedraagt momenteel 30%. In 1996 bedroeg het 39%. [Zie tabel 22 en figuur 12, p. 54.](#)

Tabel 22 - Evolutie tussen 1996 en 2008 van de gediplomeerden in de geneeskunde volgens het type van specialisatie binnen de 2 jaar na het behalen van hun diploma

gediplomeerden < 2 jaar	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
aantal artsen (na 7 jaar)	2.253	2.311	2.198	2.190	1.988	1.541	1.803
zonder specialisatie	850	855	873	800	750	277	367
% zonder specialisatie	38%	37%	40%	37%	38%	18%	20%
artsen met specialisatie (H.A. + Spec.)	1.403	1.456	1.325	1.390	1.238	1.264	1.436
specialisten	856	898	829	905	763	869	1.004
huisartsen	547	558	496	485	475	395	432
% H.A./H.A. + Spec.	39%	38%	37%	35%	38%	31%	30%

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Over de periode 1996 - 2008 daalt het aantal gediplomeerde artsen (na de cyclus van zeven jaar) tot in 2006 systematisch. Dat fenomeen wordt gecompenseerd door een vrij constant aantal artsen die zich specialiseren. Het aantal artsen-specialisten in opleiding neemt gestaag toe (behalve in 2004), vooral tussen 2006 en 2008. Het aantal huisartsen in opleiding daalt echter systematisch vooraleer het in 2008 opnieuw begint te stijgen.

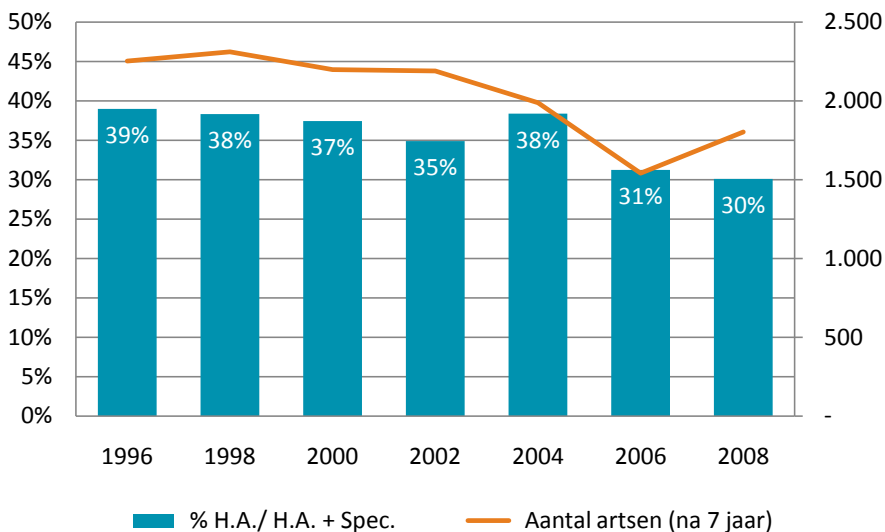


De daling van het aantal huisartsen in opleiding houdt geen verband met de beperking van het aantal gediplomeerden (wat er voornamelijk toe heeft bijgedragen dat het percentage niet-actieve recent gediplomeerden daalde), maar wel met de specifieke aantrekkingskracht van de gespecialiseerde geneeskunde ten nadele van de huisartsgeneeskunde. Het percentage recent gediplomeerde artsen die als huisarts beginnen, is sinds 2000 systematisch gedaald ten voordele van de specialisten.

Kortom, de vervanging van de effectieve huisartsen doet problemen rijzen. De populatie huisartsen vergrijst en 34% van de huidige actieve huisartsen is 54 à 64 jaar oud en is bijna pensioengerechtigd.

De actieve huisartsen zullen niet snel worden vervangen (de artsen jonger dan 45 jaar, vertegenwoordigen nauwelijks 25% van de huidige activiteit) wegens een dalende rekrutering van huisartsen en een vrouwelijking van het beroep.

Figuur 12 - Evolutie tussen 1996 en 2008 van het aantal gediplomeerden in de geneeskunde die voor de huisartsgeneeskunde kiezen, in verhouding tot het totale aantal artsen die zich specialiseren (algemene of andere specialisatie)



Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

5. Incentives en aanmoedigingsmaatregelen voor de huisartsgeneeskunde

De inkomsten van de huisartsen werden zeer sterk gehערwaardערd in vergelijking met de andere gezondheidszorgberoepen (8%/jaar sinds 2000), waardoor ze op hetzelfde vergoedingsniveau konden worden gebracht als de andere niet-heelkundige medische specialismen.

Zie tabel 23, p. 55.

Tabel 23 - Vergelijking en evolutie 2000-2009 van de mediaaninkomens van de artsen van 45 tot 54 jaar oud, per type van specialisme

Beroepscategorie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Huisarts-geneeskunde	56.274	58.324	60.040	66.009	71.206	74.728	79.305	83.288	92.084	99.559
Pediatrie	68.271	69.192	64.947	71.428	79.378	85.111	86.088	93.085	99.132	107.134
Gyneacologie	123.084	131.395	127.295	134.849	136.956	139.254	148.756	150.298	160.405	177.904
Psychiatrie	77.607	81.643	84.570	86.038	91.905	89.916	89.016	89.856	95.204	100.025
Algemene inwendige geneeskunde	137.647	145.690	142.440	143.334	158.359	157.832	164.269	176.293	182.992	161.084
Algemene heekunde	147.717	141.655	145.376	159.121	172.255	175.655	181.373	188.413	201.977	207.339

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

De herwaardering betreft nieuwe activiteiten (hoofdzakelijk de patiëntentrouw die per hoofd (GMD) wordt gefinancierd, wat 11 % van de inkomsten vertegenwoordigt). Er wordt ook enige graad van forfaitarisering vastgesteld, maar die is binnen de totale inkomsten verwaarloosbaar (2 %).

Zie tabel 24, p. 56.

Tabel 24 - Financieringsstructuur van de huisartsgeneeskunde**Vergoedingsstructuur van huisartsen**

Samenstelling	2006	2007	2008	2009	2010
Vergoeding per prestatie	92%	91%	89%	89%	88%
waarvan remgeld	18%	17%	16%	16%	15%
waarvan betaling door ziekteverzekering	74%	74%	73%	73%	73%
raadplegingen	41%	42%	42%	43%	43%
bezoeken	23%	22%	21%	20%	19%
bezoeken met supplementen	10%	10%	10%	9%	9%
ervaring met wachtposten	0%	0%	0%	0%	0%
spoedsupplementen (raadplegingen)	0%	0%	0%	0%	0%
spoedsupplementen (bezoeken)	0%	0%	0%	0%	0%
Verplaatsingen	0%	0%	0%	0%	0%
Advies	0%	0%	0%	0%	0%
Vergoeding per persoon	7%	8%	9%	10%	11%
Zorgtrajecten	0%	0%	0%	0%	0%
diabetespas	0%	0%	0%	0%	0%
zorgtraject diabetes	0%	0%	0%	0%	0%
zorgtraject nierinsufficiëntie	0%	0%	0%	0%	0%
GMD	7%	8%	9%	9%	10%
openen	5%	5%	7%	7%	7%
administratieve verlenging	2%	2%	2%	2%	3%
Forfaitaire vergoeding	2%	2%	2%	2%	2%

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

6. Professionele ontwikkeling: accreditering en informatisering

De indicatoren op het vlak van professionalisme geven aan in welke mate de artsen:

- kritisch reflecteren
- openstaan voor evaluatie, innovatie, navorming
- betrokken zijn bij de promotie van het beroep
- deelnemen aan de collectieve organisatie van de eerste lijn.

De huisartsen genieten aanmoedigingsmaatregelen om de uitdagingen op het vlak van navorming, informatisering en gedeelde praktijkvoering het hoofd te bieden. Veel van die initiatieven zijn recent en kunnen nog niet correct worden bestudeerd.

De geselecteerde indicatoren - bij gebrek aan beter - zijn het percentage geaccrediteerde artsen en de informatiseringsgraad.

De accrediteringsmaatregel wordt ruimschoots gevolgd (91 %) in 2009. Die maatregel werd aangevuld met een informatiseringsprogramma (75% van de artsen ontvangt een premie in 2009) en de terbeschikkingstelling van aanbevelingen voor een goede praktijk door de wetenschappelijke verenigingen.

Die programma's vinden gemakkelijker ingang bij jonge artsen (97% is geaccrediteerd en 89 % ontvangt de informaticapremie).

Over het algemeen stelt men ook vast dat Brussel en het zuiden van het land minder geneigd zijn om gebruik te maken van die incentives: 84% geaccrediteerde artsen, 60 % vraagt de informaticapremie aan, 34 % patiënten met een GMD, enz.

Zie tabel 25 p. 58.

Tabel 25 - indicatoren op het vlak van professionele ontwikkeling bij de huisartsen (VTE) - 2000-2009

Indicatoren	2000	2004	2008	2009	Geslacht		Leeftijdscategorie arts					
					V	65+	35-	35-44	45-54	55-64	65-74	
aantal H.A. in VTE (zonder M.H.)	8.515	8.472	8.336	8.283	2.161	663	500	1.479	2.813	2.829	545	
% geconventioneerd	84%	78%	83%	84%	87%	79%	93%	87%	82%	82%	80%	
% geaccrediteerd	89%	90%	92%	91%	93%	86%	97%	90%	92%	92%	89%	
% sociaal statuut	77%	73%	79%	80%	83%	63%	92%	85%	79%	78%	67%	
% inschrijvingen voor wachtdienst		78%	85%	84%	87%	38%	94%	91%	89%	84%	43%	
% informaticapremie		61%	72%	75%	79%	44%	89%	84%	79%	70%	49%	
% stagemeester	6%	11%	10%	11%	10%	4%	1%	9%	13%	13%	5%	
% groepspraktijk				27%	41%	11%	64%	41%	22%	19%	11%	

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

V. Wat moet men doen om de performantie van de huisartsgeneeskunde te behouden en te verbeteren?

Drie denkpijlers tekenen zich af.

1. De huisartsenpraktijk is van essentieel belang om een gezondheidszorg dichtbij huis te garanderen. De bevolking erkent dit. In Brussel gaat 20 % van de bevolking niet naar de eerstelijnszorg. Een grondig onderzoek naar de redenen waarom een deel van de bevolking geen huisarts raadpleegt, lijkt dan ook verantwoord te zijn. Sommige arrondissementen tellen weinig geconventioneerde artsen. Hebben de verzekerden er een aanvaardbare tariefzekerheid ?

Het feit dat patiënten een vaste huisarts hebben (Globaal Medisch Dossier-GMD), blijkt een positieve factor te zijn voor de structurering van de eerstelijnszorg. Ook al is er in het zuiden van het land en in Brussel bij alle categorieën van verzekerden een stijging van het aantal GMD's, toch hebben deze regio's een grote achterstand in te halen, eventueel via een gerichte sensibilisering van de betrokken bevolking.

2. De huisartsgeneeskunde is een complexe praktijk en omvat preventie, sensibilisering voor screening, opvang van acute aandoeningen, diagnose en follow-up van chronisch zieken. Deze opvolging zou beter kunnen zijn, om doeltreffender en vooral doelmatiger te zijn. Op locoregionaal vlak zou een ruime verspreiding van aanbevelingen die aan de huisartsgeneeskunde zijn aangepast en door de huisartsen worden aanvaard, de situatie kunnen verbeteren. De populaire «navormingsprogramma's» zouden daartoe kunnen bijdragen, net als :

- de reeds wijdverspreide informatisering
- de « intervisie » door de LOK's, de groepspraktijken kunnen worden gestimuleerd en door de kringen en wetenschappelijke verenigingen van huisartsen worden gesteund.

In welbepaalde gevallen van frequente en complexe aandoeningen zouden programma's die opgebouwd zijn naar het voorbeeld van wat er voor diabetes is gerealiseerd, de follow-up van de aanbevelingen kunnen ten goede komen.

3. Op het vlak van duurzaamheid zal de huisartsgeneeskunde zeer snel het hoofd moeten bieden aan de voorspelbare daling van de activiteit van de generatie die momenteel 55 tot 64 jaar is, die een derde van de huidige activiteit vertegenwoordigt. De actieve artsen van de recentere generaties zullen niet met voldoende zijn om dat verlies van activiteit op te vangen. Dit kan de manier waarop de eerstelijns-geneeskunde wordt beoefend, aanzienlijk veranderen. Begeleidingsmaatregelen om niet uit het beroep te stappen zijn een eerste stap, die snel moet worden gevolgd door krachtige aanmoedigingsmaatregelen, zodat de artsen die momenteel in opleiding zijn, net zoals vroeger meer voor de huisartsgeneeskunde kiezen.

Bijlagen

Samenvattingen van de “balanced scorecard 2012”

Figuur 13 – Samenvatting van de resultaten van de pijler «focus patiënt »

Codenummers van de symbolen:	⬤ +++		⬤ ++		⬤ +		⬤ -		⬤ ---	
	Vastgesteld resultaat	Beoordeling	Geografische homogeniteit	Ongelijkheden	Trend	CONCLUSIE	Voorgestelde acties			
1. FOCUS PATIENT TOEGANKELIJKHEID CONTINUÏTEIT AANVAARDBAARHEID		⬤	⬤	⬤	⬤	⬤	Prioriteiten: Brussel, GMD, ROB/RVT			
1. Tevredenheidsgraad en uitgestelde verzorging	70-90% 14%	⬤	⬤	⬤		⬤	De redenen voor uitgestelde verzorging nagaan			
2. Financiële toegankelijkheid en tariefzekerheid (bv.: niveau van het remgeld)	143€/pat.	⬤	⬤	⬤	⬤	⬤	Compenseert de MAF voldoende?			
(bv.: densiteit van de geconventioneerde artsen)	7,9/10.000 inwoners	⬤	⬤	⬤		⬤	Nagaan of de financiële toegankelijkheid gewaarborgd is in de zones met een klein aantal geconventioneerde artsen			
3. Gebruik van de eerstelijnszorg (% zonder contacten % zonder contacten HA.)	12% 21%	⬤	⬤	⬤	⬤	⬤	De redenen voor het niet raadplegen van de huisarts in Brussel bestuderen			
4. Frequentiegraad	4,28	⬤	⬤	⬤		⬤	Nagaan of er huisbezoeken worden afgelegd bij personen met een beperkte mobiliteit			
5. Regelmatige raadpleging bij een vaste huisarts (GMD)	46%	⬤	⬤	⬤	⬤	⬤	De toegang tot de specialisten en tandheelkundigen in de ROB's, RVT's verbeteren			
			⬤	⬤	⬤	⬤	Sensibilisering van de bevolking over de voordelen van het GMD			

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Figuur 14 - Samenvatting van de resultaten van de pijler « aangepaste, doeltreffende, kwaliteitsvolle en betrouwbare verzorging »

	Vastgesteld resultaat	Beoordeling	Geografische homogeniteit	Ongelijkheden	Trend	CONCLUSIE	Voorgestelde acties
2. KWALITEIT RELEVANTIE VEILIGHEID DOELTREFFENDHEID							Prioriteiten: verspreiding van guidelines, feedbacks, sensibilisering (safety en doeltreffendheid)
6. Preventie (bv.: griepvaccinatie)	73%						Opvolgen
7. Georganiseerde screening (bv.: borstkanker) dekkingspercentage deelname aan de georganiseerde screening	62% 48%						Sensibilisering van de voorschrijvers over het georganiseerde programma Oudere vrouwen sensibiliseren Communicatie tussen de gynaecologen en huisartsen verbeteren
8. Opportunistische screening (bv.: uitstrijke) dekkingspercentage aantal maanden tussen 2 onderzoeken	62% 19 maanden						Communicatie tussen de gynaecologen en huisartsen verbeteren Oudere vrouwen sensibiliseren
9. Diagnostisch voorschrift (bv.: medische beeldvorming) % patiënten met beeldvorming gemiddelde dosis % overmatig blootgestelde personen/jaar	51% 5,23 6,4%						Sensibilisering van de voorschrijvers, van de bevolking Verspreiding van guidelines
10. Ongeschikte opportunistische screening (bv.: schildklieronderzoek) % verzekerden met een test gedurende 3 jaar tijd	75%						Sensibilisering van de voorschrijvers over onnodige onderzoeken, Verspreiding van guidelines

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Figuur 14 – Samenvatting van de resultaten van de pijler « aangepaste, doeltreffende, kwaliteitsvolle en betrouwbare verzorging » - (Vervolg)

	Vastgesteld resultaat	Beoordeling	Geografische homogeniteit	Ongelijkheden	Trend	CONCLUSIE	Voorgestelde acties
2. KWALITEIT RELEVANTE VEILIGHEID DOELTREFFENDHEID							Prioriteiten: verspreiding van guidelines, feedbacks, sensibilisering (safety en doeltreffendheid)
11. Therapeutisch voorschrift (bv.: AB) % patiënten met een voorschrift jaarlijkse dosits (in dagen) ratio amoxi/ amoxi + amoxidav	43% 23 9 45%						Sensibilisering van de voorschrijvers en van de bevolking over antibioticaresistentie Verspreiding van guidelines
12. Follow-up van chronisch zieke patiënten: globale follow-up (bv.: diabetes) % HBA1c om de 15 maanden Micro-albumine om de 15 maanden Creatinine om de 15 maanden % zonder oftalmologisch onderzoek op 3 jaar tijd	88% 31% 91% 35%						Toegang tot de specialisten in de ROB's, RVT's verbeteren
13. Langdurige follow-up: preventie (bv.: antiagregantia bij angorpatiënten)	69%						Verspreiding van guidelines
14. Langdurige follow-up: voorzorgsmaatregelen (bv.: creatinine aan het begin van de behandeling)	35%						Verspreiding van guidelines
15. Toezicht (bv.: anticoagulantia en maandelijks toezicht)	35%						Verspreiding van guidelines
16. Langdurige follow-up, geestelijke gezondheid (bv.: lithium)	80%						Verspreiding van guidelines

Figuur 15 – Samenvatting van de resultaten van de pijler « capaciteit en professionele ontwikkeling »

	Vastgesteld resultaat	Beoordeling	Geografische homogeniteit	Ongelijkheden	Trend	CONCLUSIE	Voorgestelde acties
3. GESCHIKTHEID VAN HET AANBOD ARBEIDSCAPACITEIT PRODUCTIVITEIT FINANCIERING BEHEER							Prioriteiten: vervanging van actieve geneesheren, verschil noorden-zuiden
17. Medische densiteit	9,5						Nagaan of het behoud van activiteit van de artsen ouder dan 65 jaar voldoet aan een behoefte en waarom de vestiging van vrouwelijke huisartsen niet homogeen verspreid is
18. Productiviteit (omvang van het patiëntenbestand arbeidsvolume aantal contacten)	998 5.664						Nagaan of de verbetering van de productiviteit overeenstemt met de behoeften
19-20 Vervanging van actieve artsen (gemiddelde leeftijd)	51,3						Taskforce ?
21. Incentives (evolutie van het mediaaninkomen)	99.559 €						Sensibilisering van de betrokken artsen
22. Professionele ontwikkeling (bv.: accreditering informatisering)	91% 64%						Sensibilisering van de betrokken artsen

Bron: RIZIV — Dienst voor Geneeskundige Verzorging — Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Lijst van de afkortingen

A.B.	Antibiotica
CHF	Chronic heart failure
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
DDD	Defined daily dosis: veronderstelde onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel in zijn hoofdindicatie bij een volwassene
GMD	Globaal medisch dossier
GP	Huisarts (General practitioner)
H.A.	Huisarts
Inh	inhabitants (inwoners)
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
LOK	Lokale kwaliteitsgroep
MAF	Maximumfactuur
M.H.	Medisch huis
NRKP	Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
ROB	Rustoord voor bejaarden
RVT	Rust- en verzorgingstehuis
R.G.	Remgeld
RVV	Rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming
Spec.	Arts specialist
VTE	Voltijds Equivalent
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
ZIV	Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Legende van de tabellen



In de tabellen van deze brochure:

- Betekent **rood** een slechter of lager resultaat
- Betekent **groen** een positief of hoger resultaat
- Betekenen **oranje** en **geel** een intermediair resultaat.

Bibliografie

Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, Vinck I, Denis A, Meeus P, Van Oyen H, Leonard C. Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 128A. D/2010/10.273/25

Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D, Leysen P, Knops K, Lafontaine J-B, et al. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of quo vadis? Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE Reports 76A (D/2008/10.273/18)

Gezondheidsenquête via interview België 2008, Afdeling Epidemiologie 2008, Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Klinische kwaliteitsindicatoren

Vlayen J, Van De Water G, Camberlin C, Paulus D, Leys M, Ramaekers D, et al. Klinische kwaliteitsindicatoren. Objective Elements - Communication (OEC). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 41A (D/2006/10.273/43)

Annemans L, Closon J-P, Closon M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E, et al. Vergelijking van de kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports 85A (D/2008/10.273/49)

Remmen R, Damen A, Vinck I, Piérart J, de Burbure C, Pestiaux D, Couttenye MM, Paulus D., Kwaliteitscriteria voor stageplaatsen van kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 130A. D/2010/10.273/33

Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde

De Sutter A., Van den Bruel A., Devriese S., Mambourg F., Van Gaever V., Verstraete A., Huybrechts M. Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2007. KCE reports 59A (D/2006/10.273/24).

De Laet C, Neyt M, Van Brabandt H, Ramaekers D. Rapid Assessment: Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartspraktijk. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2007. KCE reports 52 A (D/2007/10.273/03)

Chronische lage rugpijn

Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, et al. Chronische lage rugpijn. Good Clinical practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 48 A (D/2006/10.273/63).

De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg

Mathieu C, Nobels F, Peeters G et al. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) ; mei 2006. KCE reports vol. 27A. Ref. D/2006/10.273/07.

Borstkankerscreening

Paulus D, Mambourg F, Bonneux L. Borstkankerscreening. Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ; 2005 April. KCE Reports vol.11A. Ref. D/2005/10.273/05.

Mambourg F, Robays J, Camberlin C, Vlayen J, Gailly J. Opsporing van borstkanker tussen 40 en 49 jaar. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports vol 129A. D2010/10.273/28

Heymans I, Van Linden A, Mambourg F, Leys M. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie .– Onderzoeksrapport: deel II. KCE Reports vol. 32A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); Mei 2006. Ref. D/2006/10.273/19.

Van Linden A, Heymans I, Mambourg F, Leys M, De Prins L, Dieleman P, Mensaert A, Vanhalewyn M. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie .– Onderzoeksrapport: deel 1. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); April 2005. KCE Reports vol. 9A. Ref. D/2005/10.273/01.

Lorant V, Geerts C, D’Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports 90A (D/2008/10.273/63)

Het aanbod van artsen in België: huidige toestand en uitdagingen

Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. Het aanbod van artsen in België: huidige toestand en uitdagingen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports.72A (D/2008/10.273/07)

Borgermans L, Dubois C, Rieppi S, Vanhaeren S, Geukens N, Fallon C, Claisse F, Massart C, Brunet S, Kohn L, Piérart J, Paulus D. Invloed van onafhankelijke artsenbezoekers op de praktijk van artsen in de eerste lijn. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 125A. D/2010/10.273/14

Annelies Van Linden, Sylviane Carbonnelle, Laurence Kohn, Françoise Mambourg, Dirk Ramaekers, et al. Evidence-based inhoud van geschreven informatie vanuit de farmaceutische industrie aan huisartsen, Good Clinical Practise (GCP) Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2007. KCE reports 55A, D2007/10.273/12

Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis

Spinewine A, Foulon V, Claeys C, De Lepeleire J, Chevalier P, Desplenter F, De Winter S, Dumont C, Lacour V, Simoens S, Dubois C, Paulus D. Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 131A. D/2010/10.273/37

Vrijens F, Van de Voorde C, Farfan-Portet MI, le Polain M, Lohest O. Het referentieprijssysteem en socio-economische verschillen bij het gebruik van goedkopere geneesmiddelen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE reports 126A. D/2010/10.273/18

Kringos DS, Boerma WG & all NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research, Utrecht, Netherlands

Verantwoordelijke uitgever

J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie

Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV

Grafisch ontwerp

Communicatiecel van het RIZIV

Publicatiedatum

Februari 2013

Wettelijk depot

D/2013/0401/7