

EVALUATIE IMPULSFONDS RAPPORT

Kaatje Van Roy, Wim Peersman, Jan De Lepeleire,
Pavlos Mamouris, An De Sutter, Jan De Maeseneer,
Geert Goderis



KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Verantwoordelijke universiteiten:

Universiteit Gent

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

De Pintelaan 185 6K3 – 9000 Gent

Tel.: +32 (0)9 332 33 12

Fax.: +32 (0)9 332 49 67

Website: <http://www.primarycare.ugent.be/>

Katholieke Universiteit Leuven

Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (ACHG)

Kapucijnenvoer 33, blok J, PB 7001 – 3000 Leuven

Tel.: +32 (0)16 37 66 21

Fax.: +32 (0)16 33 74 80

E-mail: achg@med.kuleuven.be

Website: <http://www.achg.be/>

Titel:

Evaluatie Impulsfonds - rapport

Auteurs: dr. Kaatje Van Roy¹, dr. Wim Peersman¹, Prof. dr. Jan De Lepeleire², Pavlos Mamouris², Prof. dr. An De Sutter¹, Prof. dr. Jan De Maeseneer¹, Prof. dr. Geert Goderis²

¹ Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

² Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KULeuven

Opdrachtgever:

Dit rapport werd uitgevoerd in opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

Datum: 6 januari 2017

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

Referentie:

Van Roy, K., Peersman, W., De Lepeleire, J., Mamouris, P., De Sutter, A., De Maeseneer, J. & Goderis, G. (2017). *Evaluatie Impulsfonds – rapport*. UGent en KULeuven.

ALGEMENE INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	4
Beschrijving van het Impulsfonds	5
2. 'As-is' analyse	11
Kwantitatieve analyse van de Impulsfonds data	12
Bevraging van huisartsen die een premie of renteloze lening ontvingen	28
Bevraging van gevestigde huisartsen die genoten van een financiële tegemoetkoming voor een administratieve bediende of medisch telesecretariaat	33
Interviews met experts	38
3. 'To-be' aanbevelingen	46
Formulering van aanbevelingen en voorlegging aan experts en stakeholders	47
Verslag focusgroep met experts n.a.v. rapport evaluatie Impulsfonds	53
4. Besluit	60
Samenvatting en discussie.....	61

1

INLEIDING

BESCHRIJVING VAN HET IMPULSFONDS

INHOUDSTAFEL

1. Situering en doelstelling van het Impulsfonds	6
Maatregel: Opstart huisartsenpraktijk: lening en premie.....	7
Maatregel: Ondersteuning bij de uitbouw van de huisartsenpraktijk: financiële tegemoetkoming van administratieve bediende of medisch telesecretariaat.....	7
2. Beschrijving van rapporten aangaande het Impulsfonds.....	8
Wat is geweten over het procesmatig verloop?	8
3. Doelstelling van dit rapport	10

1. Situering en doelstelling van het Impulsfonds

Internationaal is er overeenstemming dat de eerstelijnsgezondheidszorg de hoeksteen vormt van een modern gezondheidszorgsysteem¹. Een vlot toegankelijke en kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg wordt beschouwd als een fundamenteel recht voor de bevolking. Het verzekeren van deze toegankelijkheid is dan ook een belangrijke doelstelling van beleidsmakers.

In de eerstelijnsgezondheidszorg heeft de huisarts een centrale rol^{2,3}. Een toegankelijke en kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg impliceert dan ook dat er voldoende goed functionerende huisartspraktijken beschikbaar zijn. Door recente maatschappelijke veranderingen bestaat er echter zowel in België als in de buurlanden, de vrees dat er in de toekomst een tekort aan huisartsen zal ontstaan⁴. Oorzaken die hiervoor worden genoemd zijn de sterke vergrijzing en vervrouwelijking van de beroepsgroep, de voorkeur van de jongere generatie om tijd vrij te maken voor zowel andere professionele als privé-activiteiten, de uitstap uit de beroepsgroep door burn-out, de toenemende zorgvraag en de bijkomende belasting door administratieve taken en zorgoverleg⁵. Om een tekort aan huisartsen te vermijden moet er in Vlaanderen werk gemaakt worden van praktijkondersteuning en taakdelegatie enerzijds en zelfzorg bij patiënten anderzijds^{6, 7, 8 9}.

In het kader van het Impulsfonds zijn een pakket maatregelen uitgewerkt om de vestiging en samenwerking van huisartsen aan te moedigen. Sinds 1 juli 2014 is, ten gevolge van de 6^{de} staatshervorming, de bevoegdheid hierover overgedragen naar de deelstaten (gemeenschappen, gewesten of gemeenschapscommissies). Tot 31 december 2014 was er een overgangperiode. De bevoegdheid van deze maatregelen is voor de Vlaamse overheid opgenomen door het Agentschap Zorg en Gezondheid. De steun zelf moet daarentegen aangevraagd worden via Participatiefonds Vlaanderen (PFV) dat het Impulsfonds uitvoert in opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Het PFV ontvangt hiervoor een vergoeding van het Agentschap.

Via deze maatregelen verleent de Vlaamse overheid financiële ondersteuning bij de opstart van een huisartsenpraktijk (een renteloze lening en een premie) en bij de uitbouw van een praktijk (een

¹ World Health Organization. *Health 2020: European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. WHO/EURO, Copenhagen, 2013.

² Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. *Primary care in the driver's seat? Organizational reforming European primary care*. Maidenhead: Open University Press, 2006.

³ Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *BMJ*, 2008; 336(7643): 536–538.

⁴ Schoenmakers B, Aertgeerts B, Buntinx F, Vankrunkelsven P, Van Pottelberg G, De Lepeleire J. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 2014; 70(12): 657-665; doi:10.2143/TVG.70.12.2001631.

⁵ Schoenmakers B, Aertgeerts B, Buntinx F, Vankrunkelsven P, Van Pottelberg G, De Lepeleire J. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 2014; 70(12): 657-665; doi:10.2143/TVG.70.12.2001631.

⁶ De Lepeleire J, Grouwels D, Humblet F, Heyrman J. Naar een Interdisciplinaire EersteLijnspraktijk (IELP). Kwalitatieve exploratie in 33 Vlaamse huisartsenpraktijken. *Huisarts Nu*, 2009; 38: 260-266.

⁷ De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. (red) *Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel*, 2014.

⁸ Schoenmakers B, Aertgeerts B, Buntinx F, Vankrunkelsven P, Van Pottelberg G, De Lepeleire J. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 2014; 70(12): 657-665; doi:10.2143/TVG.70.12.2001631.

⁹ Hiertegenover staat wel dat het aantal HAIO's de laatste jaren toeneemt (bron: ICHO). Het valt af te wachten of dit de nood zal kunnen lenigen.

tegemoetkoming voor een onthaal- en administratief bediende of een tegemoetkoming voor de kosten van de dienstverlening van een medisch telesecretariaat).

Maatregel: Opstart huisartsenpraktijk: lening en premie

Deze maatregel, ingesteld bij KB van 15 september 2006, wil er toe wil bijdragen om een goed niveau van toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg in België te waarborgen. Concreet wil het Impulsfonds jonge huisartsen helpen bij de vestiging van hun praktijk en huisartsen stimuleren om zich te vestigen in een prioritaire zone.

Het programma richt zich enerzijds tot erkende huisartsen die na hun specifieke opleiding een praktijk opstarten na 1 juli 2006 en binnen 4 jaar na hun erkenning als huisarts of binnen 4 jaar na hun terugkeer uit een ontwikkelingsland en anderzijds tot alle erkende huisartsen die zich installeren na 1 juli 2006 in een prioritaire zone. Een prioritaire zone is een afgebakende zone in het kader van het grootstedenbeleid of is een zone met een tekort aan huisartsen. Een gebied heeft een tekort indien de ratio huisartsen per inwoners (huisartsendichtheid) binnen een huisartsenzone lager is dan 90 huisartsen/100.000 inwoners, of zowel lager is dan 120 huisartsen/100.000 inwoners en een bevolkingsdichtheid heeft van minder dan 125 inwoners/km².

Deze maatregel omvatte aanvankelijk 2 luiken:

1. *Basisfinanciering door het Impulsfonds*. Dit is een renteloze lening van maximaal 15.000 EUR (vestiging jonge huisartsen, als zelfstandige of als loontrekkende) en/of een premie van 20.000 EUR (vestiging als zelfstandige of als loontrekkende, in een zone met minder huisartsen of met een risico op minder huisartsen).
2. *Extra financiering via het Participatiefonds*. Dit hield een bijkomende lening van maximaal 30.000 EUR in vanwege het Participatiefonds (enkel voor vestigingen als zelfstandig huisarts) en gratis begeleiding gedurende de eerste 18 maanden na het opstarten van de praktijk. De begeleiding gebeurde door artsensyndicaten of erkende steunpunten.

Sinds de overdracht van de maatregel naar de Vlaamse Gemeenschap wordt de extra financiering door het PFV, evenals de begeleiding van startende huisartsen niet meer toegepast (luik 2).

Maatregel: Ondersteuning bij de uitbouw van de huisartsenpraktijk: financiële tegemoetkoming van administratieve bediende of medisch telesecretariaat

Het Belgisch Staatsblad publiceerde op 12 augustus 2008 een nieuw KB dat het KB van 15 september 2006 wijzigde. Hiermee werd het definitieve startsein gegeven voor een nieuw pakket aan steunmaatregelen.

Dit nieuwe pakket richtte zich aanvankelijk op samenwerkende huisartsen. Via deze maatregelen kwam het Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde financieel tussen in een deel van de loonkost van de werknemer die een huisartsengroepering bijstaat in het onthaal en praktijkbeheer. Zowel groepspraktijken als netwerken van huisartsen konden optreden als werkgever van iemand met een administratief ondersteunende functie in de praktijk, zolang ze aan een aantal voorwaarden

voldeden. Er was sprake van een groepering als minstens 2 erkende huisartsen samenwerkten, ofwel op dezelfde vestigingsplaats, ofwel op verschillende vestigingsplaatsen die zich in dezelfde huisartsenzone of in 2 aan elkaar grenzende zones bevonden.

Met het KB van 23 maart 2013 werd de maatregel uitgebreid naar individuele erkende huisartsen en werd ook de mogelijkheid voorzien tot financiële tegemoetkoming voor een medisch telesecretariaat. Meer bepaald komt het Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde tussen in een deel van de kosten verbonden aan de afsluiting van een dienstencontract met een onderneming die als dienstverlening een medisch telesecretariaat heeft.

Het bedrag van de tegemoetkoming voor de administratief bediende is op dit moment gelijk aan de helft van de werkelijke loonkost, met een maximum van 6.047 EUR/jaar per erkende huisarts. Voorwaarde is dat de individuele huisarts minstens 150 globaal medische dossiers (GMD) beheert. Voor huisartsgroeperingen wordt dit aantal vermenigvuldigd met het aantal erkende huisartsen die een samenwerkingsakkoord hebben ondertekend. De huisarts stelt minstens een derde van 1 voltijds equivalent met een arbeidsovereenkomst te werk, vermenigvuldigd met het aantal erkende huisartsen die in het samenwerkingsakkoord zijn gestapt. De huisarts maakt gebruik van een gelabeld elektronisch medisch dossier.

De bijdrage voor de kosten van een medisch telesecretariaat bedraagt op dit moment de helft van de reële kosten, maximaal 3.474 EUR/jaar per huisarts. Voorwaarde is dat de individuele huisarts minstens 150 globaal medische dossiers (GMD) beheert. Voor huisartsgroeperingen wordt dit aantal vermenigvuldigd met het aantal erkende huisartsen die het samenwerkingsakkoord hebben ondertekend. De huisarts maakt ook gebruik van een telefonisch en online afsprakenbeheer.

De tegemoetkomingen voor de loonkosten van een administratief bediende kunnen niet gecumuleerd worden met de tegemoetkomingen bestemd voor de kosten van een telesecretariaat als de ingediende aanvragen eenzelfde periode betreffen.

De aanvraag bij het Participatiefonds gebeurt ofwel rechtstreeks, ofwel via een artsensyndicaat, ofwel via één van de steunpunten waar het Participatiefonds mee samenwerkt.

2. Beschrijving van rapporten aangaande het Impulsfonds

Wat is geweten over het procesmatig verloop?

Een evaluatie van het Impulsfonds is tot nu toe nog niet gebeurd. In de Artsenkrant is in het verleden wel reeds meermaals gewezen op de grote administratieve rompslomp en de achterstand bij de verwerking van de dossiers ¹⁰.

¹⁰ Zie o.a. "Impulseo-dossiers 'on hold'" (Artsenkrant 13/03/2012); "Stortingsbewijs voor fiscus volstaat" (Arstenkrant 18/06/2012); "Riziv moet Participatiefonds corrigeren" (Artsenkrant 13/09/2012); "Impulseo loopt ernstige vertraging op" (Artsenkrant 12/10/2012); "Knoop in Impulseo doorgemaakt" (26/02/2013); "Impulseo-dossiers 2012 eind dit jaar nog niet rond" (Artsenkrant 19/11/2013); "ASGB: Verwijlinteressen als Impulseo weer te laat is" (Artsenkrant 07/02/2014).

Domus Medica heeft de door haar verstrekte begeleiding geëvalueerd voor de periode november 2013 – november 2014 met behulp van een beperkte bevraging bij 46 cliënten¹¹. Hieruit kwam naar voor dat zowel de administratieve ondersteuning, als de begeleiding door Domus Medica over het algemeen als erg positief worden beoordeeld. Uit de bevraging bleek vooral dat de nood aan begeleiding op vlak van praktijkorganisatie groot was. De grote meerderheid van de artsen zou de begeleiding door Domus Medica aanraden aan collega's. Ook het persoonlijk contact met de coaches werd positief geëvalueerd. Volgens de coaches maakten bijna alle artsen een positieve evolutie door. Meer dan de helft van de 34 artsen die zich had gevestigd in een huisartsarme zone gaf aan dat ze bij de keuze van de vestigingsplaats veel of heel veel waren beïnvloed door de premie die ze konden krijgen bij vestiging in een huisartsarme zone.

Uit een onderzoek in 2008 bij 102 sleutelfiguren uit de Belgische gezondheidszorg bleek dat deze sleutelfiguren vooral pleiten voor het stimuleren van (multidisciplinair) teamwerk en groepspraktijken, het verbeteren van de rol van de huisarts als zorgcoördinator en het zorgen voor administratieve ondersteuning¹². Maatregelen op het vlak van de financiering werden minder prioritair naar voren geschoven¹³. De meest gewaardeerde financiële stimuleringsmaatregel was wel de lening en premie van het Impulsfonds voor de opstart van een huisartspraktijk. Uit de internationale literatuur blijkt echter dat financiële stimuli om te kiezen voor huisartsarme zones op lange termijn weinig bijdragen¹⁴.

Momenteel gebruikt het Agentschap Zorg en Gezondheid een eenvoudige methode (ratio 'huisartsen < 65 jaar' per inwoners) om te bepalen of een gebied al dan niet een huisartsentekort kent. Dit is een gemakkelijke berekening en het levert een direct verstaanbare bereikbaarheidsmaat op¹⁵. Het voordeel van deze methode is dat zowel rekening gehouden wordt met het aantal huisartsen als met de totale bevolking binnen een zone. Een belangrijk nadeel is echter dat deze methode slechts een heel ruwe inschatting oplevert van de ruimtelijke toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg, omdat huisartsenzones grote geografische gebieden bestrijken. Een ander nadeel is dat er wordt vertrokken van de woonplaats van de huisarts en niet de praktijkplaats. Daarnaast wordt ook geen rekening gehouden met socio-economische gegevens om deze zones te bepalen. Hierdoor is het verkregen resultaat vrij onnauwkeurig, kunnen lokale verschillen in ruimtelijke toegang niet gedetecteerd worden en kan de verdeling van de financiële middelen om de ongelijke geografische toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg tegen te gaan, vertekend zijn¹⁶. Daarom bestaat sinds enige tijd de procedure waarbij huisartsenkringen één keer per jaar een uitbreiding of beperking kunnen aanvragen van de prioritaire zones.

¹¹ Domus Medica. *Impulseo evaluatie begeleiding*. Intern rapport.

¹² Lorant V, Geerts C, Duchesnes C, Goedhuys J, Ryssaert L, Remmen R, D'hoore W, and the KCE study group, Attracting and retaining GPs: a stakeholder survey of priorities. *Br J Gen Pract*, 2011; e411-e418; doi:10.3399/bjgp11X583191.

¹³ Lorant V, Geerts C, Duchesnes C, Goedhuys J, Ryssaert L, Remmen R, D'hoore W, and the KCE study group, Attracting and retaining GPs: a stakeholder survey of priorities. *Br J Gen Pract*, 2011; e411-e418; doi:10.3399/bjgp11X583191.

¹⁴ Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al. *Making General Practice Attractive: Encouraging GP attraction and Retention*. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Center(KCE); 2008. KCE reports 90C (D/2008/10.273/65)

¹⁵ Dewulf B, Neutens T, De Weerd Y, Van de Weghe N. Ruimtelijke verdeling van huisartsen in België. Een kritische kijk op het Impulseo I-fonds van het Riziv. *Huisarts Nu*, 2014; 43:13-17.

¹⁶ Dewulf B, Neutens T, De Weerd Y, Van de Weghe N. Ruimtelijke verdeling van huisartsen in België. Een kritische kijk op het Impulseo I-fonds van het Riziv. *Huisarts Nu*, 2014; 43:13-17.

3. Doelstelling van dit rapport

Deze evaluatie beoogt in opdracht van de Vlaamse regering na te gaan in hoeverre de doelstellingen van het Impulsfonds bereikt werden. Meer bepaald, zijn de maatregelen erin geslaagd om

1. huisartsen te oriënteren een praktijk op te starten in 'huisartsarme' zones of 'prioritaire' zones?
2. logistieke en personeelsmatige ondersteuning te bieden aan de huisartsen?

De evaluatie gebeurt door middel van kwalitatief onderzoek (interviews met experts enerzijds en met huisartsen die van één of meerdere maatregelen van het Impulsfonds genoten anderzijds) en een kwantitatieve analyse. Het kwalitatief onderzoek richt zich zowel op de huidige situatie ('as is' analyse) als op mogelijke toekomstscenario's ('to be' aanbevelingen). De kwantitatieve analyse evalueert de doelstelling van het Impulsfonds om (jonge) huisartsen naar huisartsarme en prioritaire zones te oriënteren ('as is' analyse). De analyse gebeurt op basis van gegevens van de Participatie Maatschappij Vlaanderen, het RIZIV en het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Op basis van de resultaten van deze evaluatie formuleren we aanbevelingen ('to be' aanbevelingen), die getoetst worden bij experts en stakeholders.

2

'AS-IS' ANALYSE

KWANTITATIEVE ANALYSE VAN DE IMPULSFONDS DATA

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	13
2. Resultaten van de exploratieve analyse	13
3. "Is er een significant verschil in evolutie in de huisartsendichtheid in de 'Impulsfonds zones' vergeleken met de 'niet-Impulsfonds zones'?"	21
4. Discussie	21
5. Besluit	23
6. Bijlage: het 'technisch' methodologische luik van dit rapport	23
6.1 Dataverzameling.....	23
6.2 Databewerking	24
6.3 Exploratieve analyse.....	25
6.4 Statistische inferentie met betrekking tot de onderzoeksvraag.....	26

1. Inleiding

De analyse van de gegevens met betrekking tot de toekenning van Impulsfonds ondersteuning voor huisartsen maakt deel uit van de “AS-IS” analyse en heeft een dubbel doel:

- Enerzijds het in kaart brengen van toegekende ondersteuningsmaatregelen: lening, premie, en secretariaatsondersteuning (zowel bediende als telesecretariaat). Dit luik heet de ‘exploratieve’ analyse.
- Anderzijds het evalueren in hoeverre de doelstelling van het Impulsfonds, dit wil zeggen het oriënteren van (jonge) huisartsen naar huisartsarme en prioritaire zones, behaald wordt. De onderzoeksvraag luidt dan als volgt: is er een significant verband tussen het toekennen van het statuut ‘Impulsfonds zone’ en het aantal toegekende premies in die zone enerzijds en de evolutie in de tijd van het aantal huisartsen in die zones in vergelijking met zones die dit statuut niet toegekend werden anderzijds? In werkelijkheid hebben we niet het aantal huisartsen als afhankelijke variabele onderzocht, maar wel de ‘huisartsendichtheid’, dit wil zeggen het aantal huisartsen per aantal inwoners in een zone.

2. Resultaten van de exploratieve analyse

Tabel 1 geeft het aantal huisartsen, het bevolkingsaantal en de huisartsendichtheid weer voor de jaren 2010 en 2015. Voor de overzichtelijkheid werden 2011, 2012, 2013 en 2014 weggelaten.

Het aantal geaccrediteerde huisartsen in Vlaanderen evolueerde van 5783 in 2010 tot 6145 in 2015 en het bevolkingsaantal van 6.251.983 tot 6.444.127.

Provincie/Jaar	Totaal aantal huisartsen		Bevolkingsaantal		Huisartsendichtheid	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Antwerpen	1506	1592	1.744.862	1.813.282	0.000863106	0.000877966
Limburg	757	816	838.505	860.204	0.000902797	0.000948612
Oost-Vlaanderen	1371	1446	1.432.326	1.477.346	0.000957184	0.000978782
Vlaams-Brabant	1071	1161	1.076.924	1.114.299	0.000994499	0.001041911
West-Vlaanderen	1078	1130	1.159.366	1.178.996	0.000929819	0.000958443
Vlaanderen (Totaal)	5783	6145	6.251.983	6.444.127	0.000924987	0.00095358

Tabel 1. Aantal huisartsen, het bevolkingsaantal en de huisartsendichtheid in Vlaanderen, in 2010 en 2015¹⁷

¹⁷ Bron: persoonlijk ontvangen informatie van Pascal Meeus (Riziv)

Tabel 2 geeft de evolutie tussen 2010 en 2015 weer van het aantal toegekende leningen, premies en secretariaatsondersteuning.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Lening	0	4	1	1	1	111
Premie	43	43	108	124	107	130
Secretariaat	1091	1209	2184	2612	2719	3276

Tabel 2. Aantal toegekende leningen, premies en secretariaatsondersteuning vanuit het Impulsfonds

Tabel 3 geeft per provincie het totaal aantal leningen, premies en secretariaatsondersteuning voor 2010 en 2015. Het aantal leningen in Vlaanderen bedroeg 0 in 2010 en 111 in 2015, het aantal premies 43 en 130 en het aantal secretariaatsondersteuning 1091 en 3276.

Provincie/Jaar	Aantal leningen		Aantal premies		Aantal secretariaats- ondersteuning	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Antwerpen	0	32	11	37	383	1033
Limburg	0	14	9	20	182	582
Oost- Vlaanderen	0	30	12	38	200	687
Vlaams- Brabant	0	17	7	8	153	466
West- Vlaanderen	0	18	4	27	173	508
Vlaanderen (totaal)	0	111	43	130	1091	3276

Tabel 3. Aantal toegekende leningen, premies en secretariaatsondersteuning vanuit het Impulsfonds voor 2010 en 2015, per provincie.

Tabel 4 geeft het totaal aantal premies, leningen en secretariaatsondersteuning over de gehele periode van 2010 tot en met 2015. Premies en leningen zijn 'one shot', secretariaatsondersteuning kan terugkerend zijn per jaar. In het totaal werden 555 premies toegekend, 118 leningen en 13.091 secretariaats-
ondersteuning. De leeftijd van huisartsen die een premie of een lening ontvingen is beduidend lager dan van diegenen die een secretariaatsondersteuning kregen. Antwerpen is de provincie met de meeste Impulsfonds
ondersteuning, Vlaams Brabant diegene met de minste. Die trend is niet alleen merkbaar voor de premies (die zone-afhankelijk zijn), maar ook voor de secretariaatsondersteuning (die zone-
afhankelijk zijn).

Categorie		Premies	Leningen	Secretariaats- ondersteuningen
Totaal Aantal (Vlaanderen)		555	118	13091
	Antwerpen	170 (30,63%)	34 (28,81%)	4191 (32,01%)
	Limburg	115 (20,72%)	16 (13,56%)	2361 (18,03%)
	Oost-Vlaanderen	134 (24,14%)	31 (26,27%)	2617 (19,99%)
	Vlaams-Brabant	59 (10,6%)	19 (16,10%)	1826 (13,94%)
	West-Vlaanderen	77 (13,87%)	18 (15,25%)	2096 (16,01%)
Gemiddelde leeftijd (Vlaanderen)		33,12	30,27	50,79
	Antwerpen	34,08	31,01	50,97
	Limburg	33,84	30,16	51,65
	Oost-Vlaanderen	32,56	31,22	49,59
	Vlaams-Brabant	34,43	30,4	51,04
	West-Vlaanderen	30,67	28,57	50,73
Mediane leeftijd (Vlaanderen)		31	29	50,5
	Antwerpen	32	29	51
	Limburg	32	29,75	52
	Oost-Vlaanderen	31	29	49
	Vlaams-Brabant	31	30	50,5
	West-Vlaanderen	30,25	28	50

Tabel 4: Samengevatte gegevens voor de drie verschillende vormen van Impulsfonds ondersteuning voor huisartsen

Hieronder presenteren we per provincie voor 2010 en 2015 de huisartsen die een premie en een secretariaatsondersteuning gekregen hebben (tabellen 5 en 6) en voor de jaren 2011 en 2015 de huisartsen die een lening gekregen hebben (tabel 7). We hebben gekozen om dit als een proportie (%) weer te geven binnen de provincie (= aantal huisartsen met ondersteuning gedeeld door totale aantal huisartsen in de provincie). Zo is bijvoorbeeld het % huisartsen dat in de provincie Antwerpen in 2015 een premie gekregen heeft 2,3%.



	Antwerpen
	Limburg
	Oost-Vlaanderen
	Vlaams Brabant
	West-Vlaanderen

Figuur 1: De provincies en hun kleurencodes voor de figuren 2, 3 en 4

	2010	2015
Antwerpen	0,73%	2,3%
Limburg	1,2%	2,5%
Oost-Vlaanderen	0,88%	2,6%
Vlaams-Brabant	0,65%	0,7%
West-Vlaanderen	0,37%	2,4%

Tabel 5: Percentage huisartsen dat een premie gekregen heeft in 2010 en 2015, per provincie (* =aantal huisartsen met premie gedeeld door het totale aantal huisartsen in de provincie)

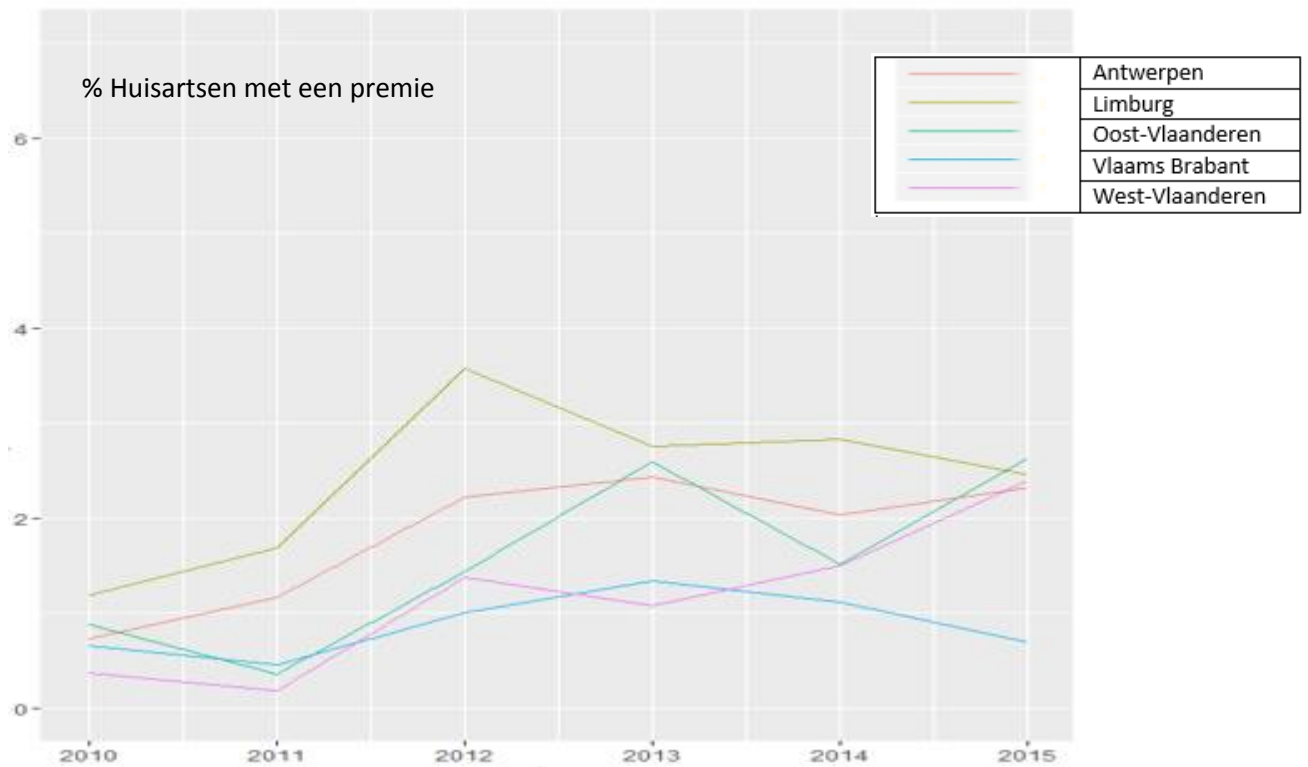
	2010	2015
Antwerpen	25,4%	65%
Limburg	24%	71,3%
Oost-Vlaanderen	14,6%	47,5%
Vlaams-Brabant	14,3%	40,1%
West-Vlaanderen	16%	45%

Tabel 6: Percentage huisartsen dat een secretariaatsondersteuning genoten* heeft in 2010 en 2015, per provincie (* =aantal huisartsen met ondersteuning gedeeld door het totale aantal huisartsen in de provincie)

	2011	2015
Antwerpen	0,13%	2%
Limburg	0,13%	1,7%
Oost-Vlaanderen	0%	2,1%
Vlaams-Brabant	0,1%	1,5%
West-Vlaanderen	0%	1,6%

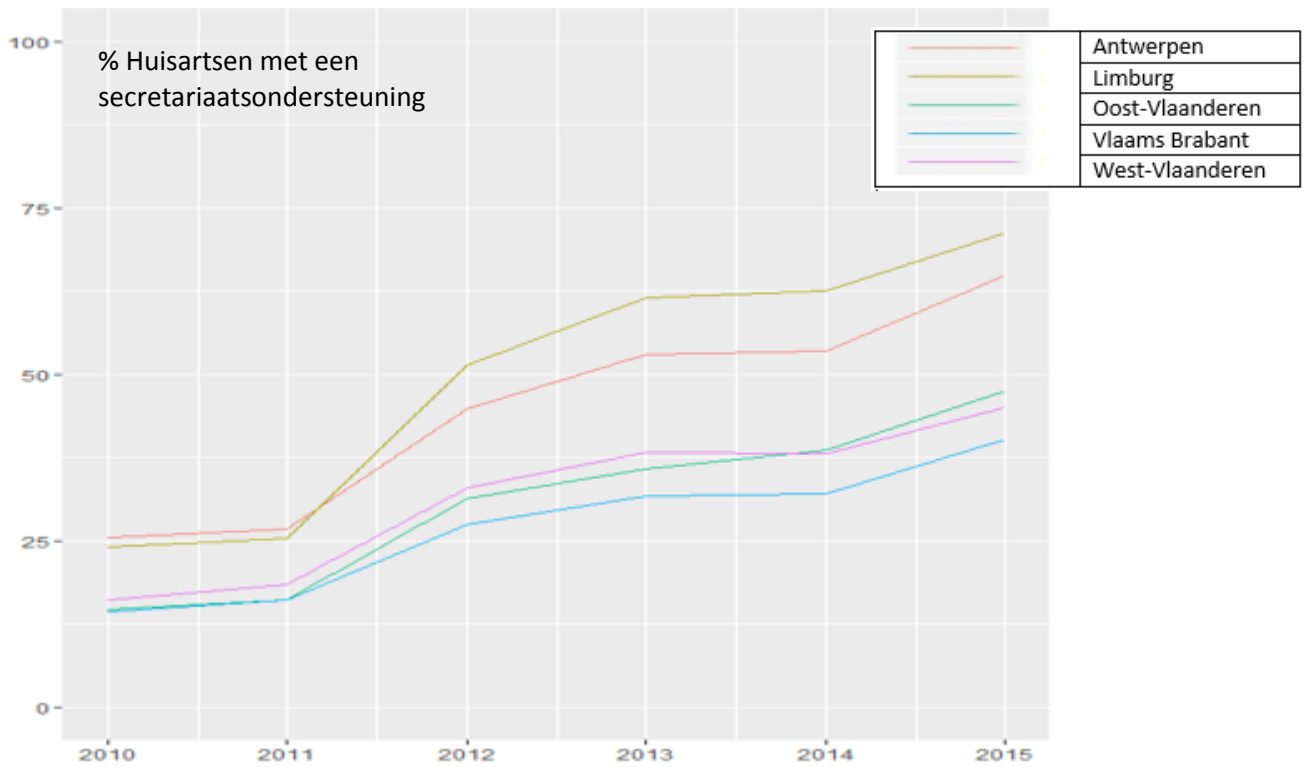
Tabel 7: Percentage huisartsen dat een lening gekregen heeft* in 2011 en 2015, per provincie (* =aantal huisartsen met lening gedeeld door het totale aantal huisartsen in de provincie)

Figuur 2 geeft per provincie de evolutie weer van het aantal premies. Er is een 'steady state' opgetreden sinds 2012. Op de Y as wordt een proportie weergegeven (= aantal huisartsen met premie per 100 huisartsen aanwezig).



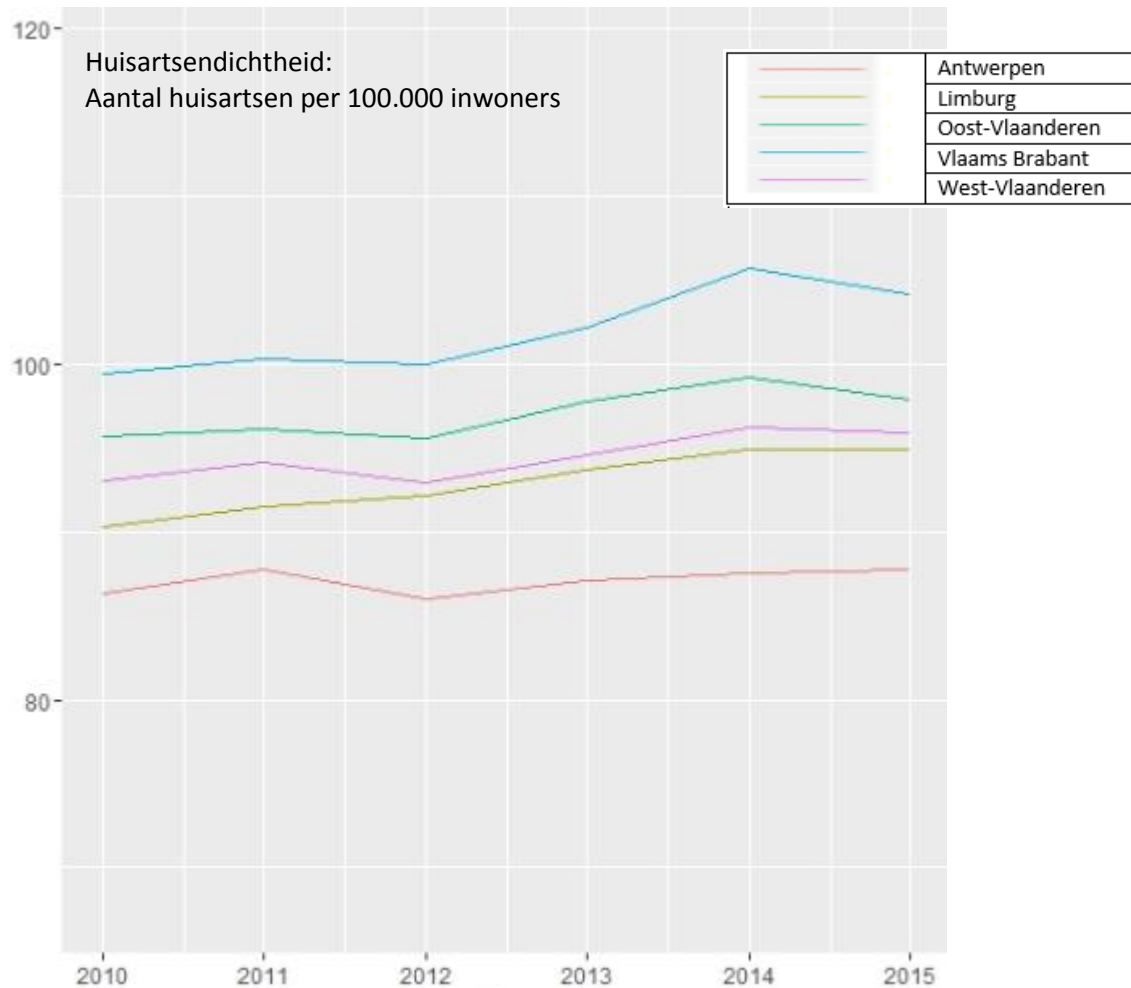
Figuur 2: De evolutie van het percentage huisartsen met een premie tussen 2010 en 2015. Op de Y as in de figuur wordt een breuk (proportie) weergegeven: het aantal huisartsen dat een premie gekregen heeft gedeeld door het totaal aantal aanwezige huisartsen.

Figuur 3 geeft de evolutie over tijd van het percentage huisartsen met jaarlijkse secretariaatsfinanciering, per provincie. De schaal die we gebruiken is het aantal huisartsen die een secretariaatsondersteuning krijgt per 100 huisartsen.



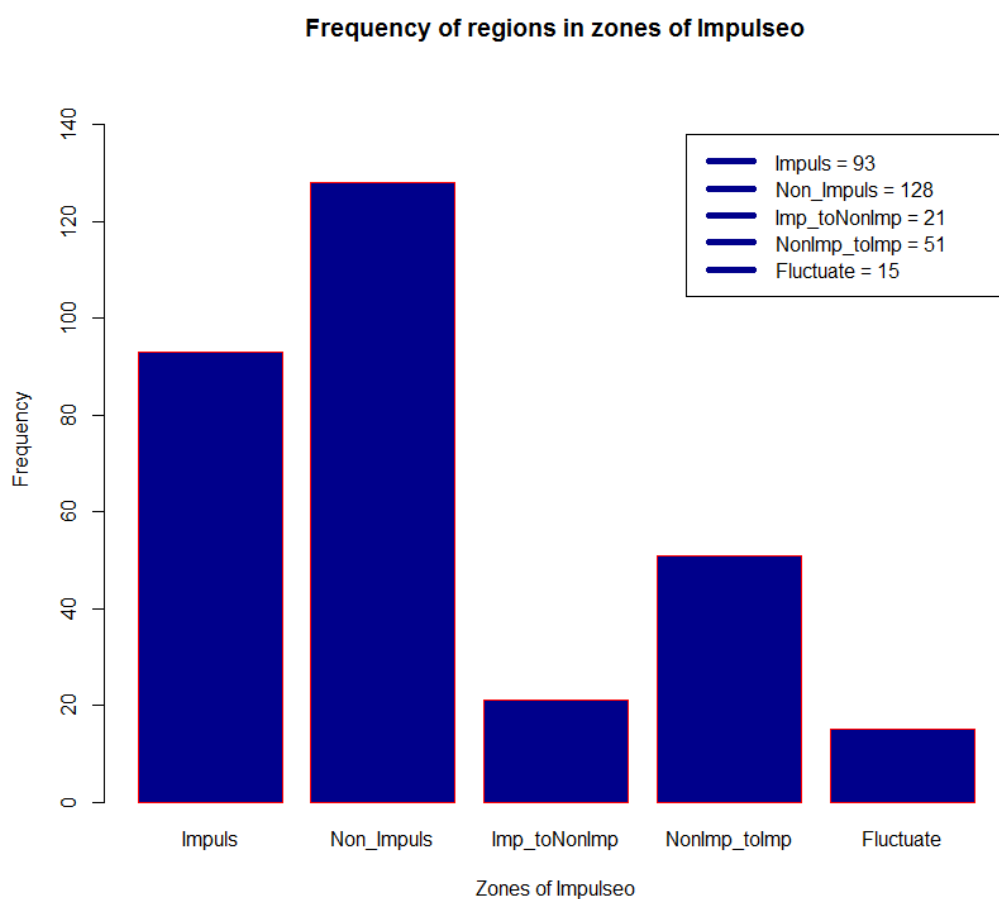
Figuur 3: Evolutie van de proportie huisartsen met jaarlijkse secretariaatsfinanciering tussen 2010 en 2015.

Figuur 4 geeft de evolutie van de huisartsendichtheid voor elke provincie weer. De schaal die gebruikt wordt is het aantal huisartsen per 100.000 inwoners. Zo zien we bijvoorbeeld een dichtheid van ongeveer 100 huisartsen per 100.000 inwoners in de provincie Oost-Vlaanderen in 2014. De figuur toont ook aan dat Vlaams-Brabant de hoogste dichtheid heeft en Antwerpen de laagste dichtheid. Tenslotte blijft de dichtheid vrij stabiel in elke provincie over de jaren heen.



Figuur 4: De evolutie van de huisartsendichtheid (= aantal huisartsen per 100.000 inwoners)

Figuur 5 tenslotte geeft informatie over het type zone weer. Van de 308 zones in Vlaanderen - voor een totaal van 587 zones in heel België - hebben er 180 ooit het 'Impulsfonds zone' statuut gekregen tussen 2010 en 2015 (inclusief). 93 daarvan waren en bleven 'Impulsfonds zone', 21 veranderen van 'Impulsfonds zone' naar 'niet-Impulsfonds zone', 51 veranderden van 'niet-Impulsfonds zone' naar 'Impulsfonds zone' en 15 tenslotte veranderden meer dan 1 keer van statuut.



Figuur 5. Type Impulsfonds gebieden naargelang hun evolutie over de tijd.

Legende

Impuls	Zone die tussen 2010 en 2015 altijd het 'Impulsfonds zone' statuut gehad heeft (prioritaire zone/huisartsenarme zone)
Non_Impuls	Zone die tussen 2010 en 2015 altijd het 'niet-Impulsfondszone' statuut gehad heeft (geen prioritaire zone/huisartsenarme zone)
Impu_toNonImp	Zone die van 'Impulsfonds zone' statuut overgeschakeld is naar 'niet-Impulsfonds' statuut
NonImp_Imp	Zone die van 'niet-Impulsfonds zone' statuut overgeschakeld is naar 'Impulsfonds zone' statuut
Fluctuate	Zone die verschillende keren van statuut veranderd is.

3. "Is er een significant verschil in evolutie in de huisartsendichtheid in de 'Impulsfonds zones' vergeleken met de 'niet-Impulsfonds zones'?"

De onderzoeksvraag luidde: "Is er een significant verschil in evolutie in de huisartsendichtheid in de 'Impulsfonds zones' vergeleken met de 'niet-Impulsfonds zones'?"

De resultaten van de longitudinale regressie analyse ('beta regression mixed model' – zie verder in 'technisch' methodologische luik) geven volgende mathematische vergelijking:

$$\text{HAD} = -6.22 + 0.005372 \cdot \text{jaar} - 0.00704040 \cdot \text{IZ} + 0.130057 \cdot \text{AIP} + 0.000536 \cdot \text{jaar} \cdot \text{IZ} - 0.021714 \cdot \text{jaar} \cdot \text{AIP}$$

waarbij de afhankelijke variabele = HAD = Huisartsendichtheid
en de onafhankelijke variabelen:

- jaar = jaartal (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015)
- IZ = Impulsfonds Zone (1 = ja ; 0 = neen)
- AIP = Aantal Impulsfonds Premies toegekend in die zone

Deze statistische analyse heeft onderzocht of er een significante invloed is van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele. Om na te gaan of er een verschil is in evolutie tussen de Huisartsendichtheid in Impulsfonds zones tov niet-Impulsfonds zones moeten we de interactie (= vermenigvuldiging) nagaan tussen het jaar en de zonevariabele (IZ). Om na te gaan of er een significant effect is van het aantal toegekende premies op de evolutie van de huisartsendichtheid in een zone (IZ) moeten we de interactie nagaan tussen het jaar en het Aantal Impulsfonds Premies (AIP).

Geen enkele onafhankelijke variabele had een significante invloed op de huisartsendichtheid. **Met andere woorden, er werd geen significant verschil in evolutie van de huisartsendichtheid in Impulsfonds zones ten opzichte van niet-Impulsfonds zones aangetoond.** Hetzelfde geldt voor de term interactie tussen de variabele AIP (Aantal Impulsfonds Premies toegekend) en het jaar. Dit wil zeggen dat er ook geen significant verband is tussen het aantal toegekende premies in een (Impulsfonds) zone en de huisartsendichtheid. Ons onderzoek heeft dus geen verband kunnen aantonen tussen de evolutie van de huisartsendichtheid en de impulsopolitiek in 'Impulsfonds zones' ten opzichte van 'niet-Impulsfonds zones'. De statistische analyse heeft echter veel van haar kracht verloren door het feit dat de variabele 'Impulsfonds zone' tijdsafhankelijk is, dit wil zeggen, van jaar tot jaar kon veranderen.

4. Discussie

De exploratieve analyse liet toe om de omvang van de Impulsfonds-ondersteuning in zijn drie onderdelen (lening, premie, secretariaatsondersteuning) in kaart te brengen. De secretariaatsondersteuning is verreweg het meest toegekend. Die ondersteuning kan echter jaarlijks aan alle huisartsen verdeeld worden terwijl de lening en de premie eenmalige ondersteuning zijn voor bepaalde groepen van huisartsen. Een vergelijking van de cijfers tussen lening/premie enerzijds en secretariaatsondersteuning anderzijds gaat dus niet op.

Opmerking: wat betreft de lening hebben we onze bedenkingen bij de cijfers. Die cijfers waren heel laag tot en met 2014. Pas in 2015 gingen die significant omhoog. Maar de gegevens van 2015 (en 2016) werden afgeleverd in een apart bestand.

Als we de provincies met elkaar vergelijken, valt het op dat de Impulsfonds ondersteuning het meest verdeeld werd in de provincies Antwerpen en Limburg en het minst in de provincies West-Vlaanderen en Vlaams Brabant. Dat geldt ook voor de secretariaatsondersteuning, die niet gebonden is aan het statuut 'Impulsfonds-zone'. Een mogelijke verklaring is de grotere aanwezigheid van steunpunten in de provincie Antwerpen.

Wanneer we de evolutie van de secretariaatsondersteuning en de premies evalueren, dan merken we een stijgende lijn in alle provincies tussen 2010 en 2015 in de secretariaatsondersteuning. Wat betreft de premies is er een verschil tussen de provincies merkbaar. Limburg piekt in 2012, Antwerpen is in 'steady state' vanaf 2012, Oost-Vlaanderen piekt in 2013, terwijl West-Vlaanderen pas in 2014 en 2015 in stijgende lijn is. Vlaams-Brabant trekt zeer weinig premies aan.

We hebben ook de evolutie van de 'Impulsfonds zones' zelf in kaart gebracht. In dit kader is het belangrijk te herhalen dat het begrip 'Impulsfonds zone' betekent dat de zone een prioritaire zone is met ofwel een te lage huisartsendichtheid ofwel een afgebakende zone in het kader van het grootstedenbeleid is. Dan valt het op dat slechts 21 van de 180 zones die tussen 2010 en 2015 het statuut 'Impulsfonds zone' verkregen hebben, veranderd zijn van 'Impulsfonds zone' naar 'niet-Impulsfonds zone'. 93 Impulsfonds gebieden hebben zich niet van dit statuut kunnen ontdoen, terwijl er 51 de omgekeerde weg bewandeld hebben. 15 gebieden hebben een grillig parcours afgelegd.

Als we de huisartsendichtheid beschouwen, dan valt het op dat die over de jaren heen in alle provincies stabiel gebleven is. We hebben ook geen enkel significant verband kunnen aantonen tussen de toekenning van premies in Impulsfonds zones en de evolutie van de huisartsendichtheid. We kunnen dus niet besluiten dat de methodiek van het Impulsfonds om de vestigingsplaats van huisartsen te sturen via het toekennen van premies, succesvol geweest is.

De studie moet evenwel rekening houden met een aantal zwaktes. Zoals reeds vermeld is er eventueel een probleem met de gegevens rond de leningen. De plotse stijging in leningen tussen 2014 en 2015, terwijl het 2 verschillende bronbestanden betreft, kan doen vermoeden dat er ergens een fout is.¹⁸ De afwezigheid van een precies en gedetailleerd codeboek is ook een potentiële bron van foute analyses. Verder was het onmogelijk om een dichotome groepsvariabele 'Impulsfonds zone' versus 'niet-Impulsfonds zone' te maken, vermits die over de tijd heen zelf verandert. Het is wel mogelijk in longitudinale modellen elke variabele ook tijdsafhankelijk te maken (een zogenaamde 'level1' variabele). Dit valt in behoorlijk complexe modellen te parametriseren, maar de resultaten zijn bij lange niet zo robuust als wanneer één duidelijke groepsvariabele over de tijd heen gedefinieerd kan worden (dit zijn zogenaamde 'level2' variabelen).

¹⁸ Dit eventuele probleem werd teruggekoppeld aan de Participatie Maatschappij Vlaanderen. Hierop werd echter tot op heden geen antwoord ontvangen.

5. Besluit

Rekening houdend met de beperkingen van de analyse kunnen we besluiten dat er geen significant verband gevonden is tussen de Impulsfonds vestigingspolitiek en de evolutie van de huisartsendichtheid in de Impulsfonds zones.

6. Bijlage: ‘technisch’ methodologisch luik van dit rapport

6.1 Dataverzameling

Het time frame van de analyse werd vastgelegd tussen 2010 en 2015. Alle data werden jaar per jaar opgevraagd, dus voor 6 opeenvolgende jaren: 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015.

De analyse is gebeurd door verschillende databanken met elkaar te combineren (‘merging’):

1. Een conversietabel tussen ‘postcode’ en ‘NIS-code’ van elke gemeente werd van het internet geplukt.
2. De Vlaamse administratie heeft een file ter beschikking gesteld die de bevolkingsaantallen per zone (NIS code) weergaven voor de jaren 2010 t.e.m. 2015.
3. De Participatie Maatschappij Vlaanderen (PMV) heeft 2 files ter beschikking gesteld: 1 voor de jaren 2010 tot en met 2014 en 1 voor de jaren 2015 (en 2016). Elke excelfile bevatte twee tabbladen, 1 met de (al dan niet) toegekende leningen en kredieten (‘impuls1’) en 1 voor de secretariaatsondersteuning (‘impuls2’).

i. Impuls1 gaf volgende gegevens weer voor elk toegekend bedrag:

- Communauté NI/Gewest (Vlaams gewest, Brussels gewest, Duitstalig gewest, Waals gewest);
- Krediet type NL ; Krediet Numcpt; Krediet Cliëntnummer;
- Hoofdaanvrager Taal;
- Krediet laatste status NL (vb. betaald, geweigerd, annulatie);
- Kredietaanvraag Plaats vd Investering (Postcode);
- Kredietaanvraag Datum;
- Aanvraag Datum Jaar;
- Hoofdaanvrager Geslachtscode;
- Hoofdaanvrager geboortedatum (phy);
- Hoofdaanvrager leeftijd (Phy);
- Hoofdaanvrager Arts Begin Wachtdienst
- [Medisch Huis]: enkel lege velden

ii. Impuls2 gaf volgende gegevens weer voor elk toegekend bedrag:

- Communauté NI;
- Tussenkost Aanvraagdatum;
- Jaar vd Tussenkost;
- Subsidies Rekeningnummer;
- Hoofdaanvrager Taal;
- Tussenkost Status nl;
- Tussenkost Indicator ImpulsfondsIII B;
- Tussenkost Indicator Solo Arts;
- Tussenkost Ref;
- Hoofdaanvrager Postcode;

- Derdenummer Arts;
- Hoofdaanvrager Geslachtscode;
- Hoofdaanvrager leeftijd (Phy);
- Hoofdaanvrager geboortedatum (phy);
- Hoofdaanvrager Arts Begin Wachtdienst;
- [Medisch huis? Lege velden]

4. Het Riziv heeft een excel bestand “info2016.168” geleverd met volgende gegevens:

Per jaar, vanaf 2010 tot en met 2015 en per NIS code

- **Wat betreft de huisartsen (tabbladen STAT2010 tot en met STAT2015):**
 - Het aantal huisartsen (_FREQ_) werkzaam in die zone
 - De mediane leeftijd van de huisartsen (Age_Median)
 - De gemiddelde leeftijd en de standaard deviatie daarvan van de huisartsen (Age_Mean/ Age_StdDev)
 - Het percentage mannelijke huisartsen (% Man)
- **Wat betreft de gemeente (zone) zelf (tabblad ‘Impulseo Gemeente’):**
 - Het Impulsfonds statuut: Dichtheid, Wijk, Zones afgebakend voor positieve acties

Opmerkingen:

- Het Impulsfondsstatuut is niet weergegeven per gemeente (postcode), maar per zone (NIS) code
- Het statuut verschilt van periode tot periode
- De periode komt niet overeen met het burgerlijke jaar, maar wel als volgt
 - Tussen 1 juni 2009 en 31 mei 2010
 - Tussen 1 juni 2010 en 31 mei 2011
 - Tussen 1 juni 2011 en 31 mei 2012
 - Tussen 1 juni 2012 en 31 december 2013
 - Tussen 1 juni 2013 en 31 december 2014
 - Tussen 1 juni 2014 en 31 december 2015
 - Tussen 1 juni 2015 en 31 december 2016

6.2 Databewerking

De ruwe data van de diverse databanken werden bewerkt en geaggregeerd op het niveau van het postnummer. Dit komt op het volgende neer. In de oorspronkelijke databank betekende elke lijn 1 individuele arts die een ondersteuning genoten heeft. Door te aggreren op postcodeniveau worden die gegevens als het ware ‘gecomprimeerd’. Zo werd het aantal huisartsen met een ondersteuning samengeteld (per postnummer); van de leeftijd werd de gemiddelde leeftijd berekend en van het geslacht de proportie mannen. De geografische zones werden vervolgens omgevormd van gemeentes (met postnummer) naar NIS zones. Zo kon deze databank gemerged worden met de databank van het RIZIV (info2016.168), waarbij het NIS-nummer als sleutel gebruikt werd. Tenslotte werd volgende informatie toegevoegd: “huisartsarme zone” en “prioritaire zone”.

En verder:

- Alle gegevens van 2016 werden weggelaten.
- Alle gegevens van zones die niet tot het Vlaamse Gewest behoren werden weggelaten.

- Er werden drie onafhankelijke variabelen gedefinieerd voor drie verschillende analyses: premie, lening en secretariaatsondersteuning. Voor elk type analyse werd een aparte dataset gemaakt.
- Er waren verschillende types van de kredietwaardigheid. Enkel de erkende ondersteuning werd weerhouden voor de analyses
 - o Voor de premie en de secretariaatsfinanciering: "Acceptatie kredietopening", "Betaald", "opname", "Terugbetaald", "totaal verkregen"
 - o Voor de lening: "Acceptatie kredietopening", "Betaald", "opname", "Terugbetaald", "totaal verkregen", "omloop"
- Elk van de drie datasets (premie, lening, secretariaatsondersteuning) werd samengevoegd met de dataset verkregen door het RIZIV.
- De datasets werden gemerged op basis van de NIS-code. De postcodes in de PMV files werden vervangen door NIS codes dmv de conversietabel
- De drie types van Impulsfonds zones werden samengevoegd tot 1 'Impulsfonds zone' ("Impulsfonds_Town") om een dichotome variabele te bekomen. Ter herinnering: in de dataset van "info2016.168", tabblad "Impulseo gemeente", waren er 3 categorische variabelen, namelijk de "Dichtheid", "Wijk" en "gebieden afgebakend voor positieve acties" met N ter aanduiding van Nee en Y ter aanduiding van Ja. Wij hebben samengevoegd met behulp van de volgende combinaties:
 - 'Y N N' of 'N Y N' of 'N N Y' of 'Y Y N' of 'Y N Y' of 'N Y Y' of 'Y Y Y' => '1' voor "Impulsfonds_Town"; Eén enkele "Y" volstaat dus om een Impulsfonds statuut toegemeten te krijgen.
 - 'N N N' > 0 voor Nee = "no_Impulsfonds_Town"
- Voor erkenning van de Impulsfonds zones werden de RIZIV periodes herleid naar een jaarperiode:
 - Tussen 1 juni 2009 en 31 mei 2010 => 2010
 - Tussen 1 juni 2010 en 31 mei 2011=> 2010 en 2011
 - Tussen 1 juni 2011 en 31 mei 2012 => 2011 en 2012
 - Tussen 1 juni 2012 en 31 december 2013 => 2012 en 2013
 - Tussen 1 juni 2013 en 31 december 2014 => 2013 en 2014
 - Tussen 1 juni 2014 en 31 december 2015 => 2014 en 2015
 - Tussen 1 juni 2015 en 31 december 2016 => 2015 (en 2016)
- De 'huisartsendichtheid' werd berekend door het aantal huisartsen in een zone (_FREQ_) te delen door het bevolkingsaantal in die zone (jaar per jaar)
- Voor elke zone en voor elk type ondersteuning (premie, lening, secretariaat) werd door aggregatie van de data het totaal aantal toegekende ondersteuning opgeteld (FREQ_IMP). Bij die bewerking werd tevens de gemiddelde leeftijd berekend van de huisartsen die de toekenning kregen.

6.3 Exploratieve analyse

- We beperkten ons tot de jaren 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015.
- We namen enkel de Vlaamse Gemeenschap

- We hebben per jaar een overzichtstabel (Tabel 2) gemaakt van de diverse variabelen (totaal aantal huisartsen, bevolkingsaantal) die leiden tot de afhankelijke variabele (huisartsdichtheid)
- We hebben voor de drie onafhankelijke variabelen eveneens een overzichtstabel gemaakt per jaar (Tabel 3)
- We hebben de Impulsfonds zones geklasseerd in vijf categorieën naargelang hun evolutie tussen 2010 en 2015 (Figuur 7):
 - o Zones die altijd 'Impulsfonds zone' gebleven zijn
 - o Zones die altijd 'niet-Impulsfonds zone' gebleven zijn
 - o Zones die van 'Impulsfonds zone' statuut overgegaan zijn naar 'niet-Impulsfonds zone' statuut
 - o Zones die van 'niet-Impulsfonds zone' statuut overgegaan zijn naar 'Impulsfonds zone' statuut
 - o Zones die meer dan 1 keer gewisseld zijn van statuut
- Vervolgens hebben we voor de drie afhankelijke variabelen het totale aantal toekenningen samengeteld en gegroepeerd per provincie (Tabel 4). In die tabel hebben we ook de gemiddelde leeftijd en de mediane leeftijd van de huisartsen vermeld.
- Ter herinnering: de drie afhankelijke variabelen zijn:
 - o 'One shot' premie voor nieuwe installaties in een 'Impulsfonds zone'
 - o 'One shot' lening voor eerste installaties van 'jonge' huisartsen
 - o Jaarlijkse subsidie in een deel van de kostprijs van de werken (secretariaatskosten)
- Tenslotte hebben we de evolutie van de proportie huisartsen per provincie voorgesteld in diverse tabellen.

6.4 Statistische inferentie met betrekking tot de onderzoeksvraag

- Gezien het geringe aantal leningen (verbonden met de leeftijd van de artsen) hebben we de onderzoeksvraag naar het verjongingseffect niet kunnen uitvoeren.
- Wat betreft het verband tussen de toegekende premies (verbonden aan het Impulsfonds statuut van de zone) en de toename in huisartsendichtheid, hebben we in verschillende stappen het meest plausibele model ontwikkeld.

De algemene onderzoeksvraag luidde: "Is er een significant verschil in evolutie in de huisartsendichtheid (= aantal huisartsen gedeeld door het bevolkingsaantal) in de Impulsfonds zones vergeleken met de niet-Impulsfonds zones?"

Toegespitst op de beschikbare variabelen wordt die op deze wijze geconcretiseerd: "Is er een significant verschil in evolutie in de huisartsendichtheid in de 'Impulsfonds zones' vergeleken met de 'niet-Impulsfonds zones'?"

De variabelen die we in onze analyse gebruiken zijn van de Huisartsendichtheid als afhankelijke variabele en het "jaar", "Impulsfonds Zone (IZ)", en "AIP" als onafhankelijke variabelen.

Variabelen	Type	Beschrijving
Zone	Factor	Verschillende regio's in de Vlaamse Gemeenschap (NIS code)
jaar	Numerieke	Jaar vanaf 2010-2015
Impulsfonds_Town	Factor	1 duidt op een gebied dat een Impulsfondspremie toekent /0 geen premie toegelaten voor deze zone
AIP	Numerieke	Aantal huisartsen die de premie toegekend kreeg
Bevolking	Numerieke	Bevolkingsaantal voor deze zone in het betrokken jaar
Huisartsendichtheid	Numerieke	Aantal huisartsen gedeeld door bevolkingsaantal voor die zone (dit is een 'Rate')

Tabel 8: Gedefinieerde variabelen voor het longitudinaal regressiemodel.

Voordat we onze statistische analyse begonnen werden diverse controles op de data uitgevoerd:

1. Accuracy check
2. Outliers check. Er waren enkele outliers wat betekent dat deze afweken van de algehele trend van de gegevens. We besloten deze outliers niet uit te sluiten, omdat het een deel uitmaakt van de aard van onze gegevens. Deze uitschieters betreffen oa Antwerpen en Gent, verzamelgemeenten van diverse postcodes en dus meer huisartsen aanwezig.
3. Check van normaliteit, lineariteit, correlatie en homogeniteit. De afhankelijke en de onafhankelijke variabelen zijn normaal verdeeld zodat er geen transformatie hoefde te gebeuren.

Daar de afhankelijke variabele $\frac{\text{Aantal huisartsen}}{\text{Bevolkingsaantal}}$ een 'rate' is, (begrensd tussen 0 en 1 met een andere populatie in de teller dan in de noemer), hebben we een speciaal model van longitudinale regressie-analyse moeten gebruiken, namelijk een zogenaamde 'beta regression mixed model'. Als onafhankelijke 'predictor' variabele hebben we de proportie huisartsen die een Impulsfonds premie gekregen hebben gebruikt (= aantal huisartsen die een premie gekregen hebben, gedeeld door het totaal aantal huisartsen in de zone)

Om onze onderzoeksvraag te beantwoorden, hebben we een interactieterm gedefinieerd tussen "jaar" en de "Impulsfonds_Town" en "jaar" en de "AIP"

Een belangrijk knelpunt is dat er geen vaste groepsvariabele gedefinieerd kan worden. Het statuut van de zone ("Impulsfonds_Town" of niet) is de gewenste groepsvariabele, maar wijzigt over de tijd. Dit element wordt mee gemodelleerd maar is wel een belangrijke zwakte dat de kracht ('power') van de analyses vermindert. Er zijn inderdaad een hele reeks zones die van statuut veranderen (zie Figuur 5). Enkele voorbeelden zijn:

1. "Boechout", 'niet-Impulsfonds zone' in 2010, wel Impulsfonds in 2011-2015.
2. "Zwijndrecht", 'niet-Impulsfonds zone' in 2010,2011,2014,2015 en wel 'Impulsfonds zone' in 2012 en 2013.
3. Zo zijn er 15 zones die 'fluctuerend' zijn.

We kunnen hieruit besluiten dat er een continue interactie is van instroom en uitstroom van huisartsen en dat een transversale maatregel (meten op één tijdstip) onvoldoende gevoelig is om structureel bij te sturen (daarvoor heb je een longitudinaal planningsmodel nodig).

BEVRAGING VAN HUISARTSEN DIE EEN PREMIE OF RENTELOZE LENING ONTVINGEN

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	29
2. Methode	29
2.1 Participanten	29
2.2 Interviewvragen.....	29
3. Resultaten	30
3.1 Beschrijving participanten	30
3.2 Antwoorden interviewvragen	30
4. Besluit	32

1. Inleiding

In dit onderdeel beschrijven we de ervaringen van de huisartsen die een lening of premie van het Impulsfonds hebben gekregen.

2. Methode

2.1 Participanten

Aanvankelijk werd gesuggereerd om één focusgroep te organiseren om de ervaringen van deze huisartsen te bevragen. Omdat het moeilijk was om huisartsen hiervoor te motiveren en op korte termijn samen te brengen en omdat ingeschat werd dat een groepsgesprek weinig meerwaarde zou bieden bij de vooropgestelde vragen (geen heel diepgaande vragen), werd geopteerd voor 10 individuele telefonische interviews. Dit aantal bleek bovendien voldoende door het optreden van saturatie (de geïnterviewden vertelden vaak dezelfde dingen, wat een aanwijzing was dat het aantal bevroegden ruim voldoende was). De huisartsen werden op verschillende wijzen gerecruteerd:

- contactname met huisartsen waarvan een medewerker wist dat deze in een Impulsfonds-zone werkzaam is. Indien deze persoon akkoord ging met een interview, heeft dit plaats gevonden.
- contactname met huisartsen die op fora vacatures plaatsen in het kader van hun zoektocht naar een collega en die in de vacature expliciet melding maken van het behoren tot een Impulsfonds-zone. Bij bevestiging van het ontvangen hebben van een lening en/of premie van het Impulsfonds en bij instemming met een interview, heeft dit plaats gevonden.
- voor de gebieden waar we nog geen respondenten hadden gevonden, hebben we een korte lijst met namen van het Agentschap Zorg en Gezondheid ontvangen. Van deze lijst werden enkele huisartsen gecontacteerd en zij die akkoord gingen met een interview, werden geïnccludeerd in de studie.

2.2 Interviewvragen

Te noteren informatie:

- leeftijd
- geslacht
- jaar aanvraag lening en/of premie
- praktijkplaats bij aanvraag
- praktijksituatie bij aanvraag
- lening en/of premie
- beroep op steunpunt

Eigenlijke interviewvragen:

- Hoe ervaren u de steun van het Impulsfonds voor uw eigen praktijk?
- Tijdens de aanvraag, heeft u bepaalde moeilijkheden ondervonden?
 - o Op vlak van procedure?
 - o Op vlak van inhoud?
- Welke verbeteringen zou u aan het systeem aanbrengen?
 - o Op vlak van procedure?

- Op vlak van inhoud?
- Wat zijn volgens u de sterke punten en de zwakke punten van het Impulsfonds?
- In welke mate heeft de subsidiëring uw beslissing mbt vestigingsplaats beïnvloed?

3. Resultaten

3.1 Beschrijving participanten

	M/V	Leeftijd	Provincie praktijk bij aanvraag	Type praktijk bij aanvraag	Jaar ondersteuning ontvangen	Lening (L) en/of premie (P)	Steunpunt
1	V	29	O-VI	duo	2015	L+P	Domus Medica
2	V	33	O-VI	groep	2010	L+P	ASGB
3	M	32	W-VI	groep	2012	P	Domus Medica
4	V	29	VI-Br	groep	2014	P	Domus Medica
5	V	37	Antwerpen	duo	2006	L+P	ASGB
6	V	33	O-VI	WGC	2010	P	ASGB
7	V	34	VI-Br	duo	2009	L+P	ASGB
8	V	37	O-VI	solo	2007	L+P	Weet niet meer
9	M	28	Limburg	groep	2016	L+P	BVAS
10	M	50	W-VI	solo	2016	P	Geen steunpunt
11	M	37	W-VI	groep	2016	L	Domus Medica

3.2 Antwoorden interviewvragen

Hoe ervaarde u de steun?

Alle geïnterviewde huisartsen ervaarden de steun, of het nu ging om de premie en/of renteloze lening, als heel positief en vlot.

De meesten omschrijven het als een “welkome hulp” die de startende huisarts wat “ademruimte” biedt. Er is variatie in de mate waarin de premie echt noodzakelijk was. Sommigen hebben de middelen gebruikt om uitrusting aan te schaffen of een auto mee gefinancierd. Eén geïnterviewde arts heeft de middelen gebruikt om een praktijk over te kopen en renovaties uit te voeren. Een andere arts heeft de middelen gebruikt om mee te investeren in een extra consultatieruimte in de groepspraktijk waar deze was ingestapt. Eén arts die reeds een lening van de ouders had gekregen, heeft de middelen gebruikt om van de praktijk een aantrekkelijke groepspraktijk te maken.

Moeilijkheden?

Alle geïnterviewde huisartsen verklaren geen moeilijkheden te hebben ervaren en benadrukken opnieuw dat alles vlot verlopen is. Verschillende huisartsen vermelden wel dat het lang duurde vooraleer ze de middelen effectief hadden gekregen en er soms enige tijd onzekerheid was of het wel in orde zou komen.

Verbeteringen?

Sommigen schuiven de nood aan meer transparantie omtrent de bepaling van Impulsfonds-zones als verbeterpunt naar voren. Iemand oppert dat dit nuttig zou zijn voor huisartsen die op zoek gaan om zich te vestigen. Eén huisarts was niet op de hoogte dat de regio waar hij zich ging vestigen (en dus alle voorbereidingen hiervoor aan het treffen was) plots geen Impulsfonds-zone meer zou zijn. Gelukkig kon hij nog genieten van een overgangsmaatregel, maar de communicatie hierover had beter gekund. Ook op het vlak van tijdstip van aanvraag bleek in één praktijk een gebrek aan duidelijkheid: enkele medewerkers wisten niet dat ze de premie reeds konden aanvragen bij ondertekening contract en hebben dus gewacht tot het verstrijken van hun proefperiode.

De meeste geïnterviewden zijn tevreden over de vlotte aanspreekbaarheid van het steunpunt, anderen vinden dat de begeleiding eigenlijk wel wat meer mocht zijn. Eén huisarts ziet dit nu bij een jongere collega en geeft aan dat dit welkom zou geweest zijn.

Eén arts oppert ook dat men misschien met variabele bedragen zou kunnen werken rekening houdend met de vastgoedprijzen die erg kunnen verschillen van regio tot regio.

Eén arts pleit voor een meer eenvoudige elektronische procedure, bijvoorbeeld een website waar dingen meer geautomatiseerd ingevuld kunnen worden. Deze arts geeft aan te spreken over de beginperiode van het Impulsfonds en niet te weten of het intussen misschien al verbeterd is.

Eén arts pleit voor een betere ondersteuning voor startende huisartsen in het algemeen, los van het feit of men nu in een Impulsfonds-zone zit of niet, bijvoorbeeld in de vorm van een loket.

Sterke punten

Bij het bevragen van de sterktes van de leningen en de premies, valt op dat verschillende geïnterviewden verklaren: “het is goed om huisartsen te motiveren om zich in een huisartsenarme zone te vestigen, maar bij mij heeft dit echter geen rol gespeeld”.

De meeste geïnterviewden vinden de begeleiding door de steunpunten een sterkte: de steunpunten nemen een belangrijk deel van het proces in handen en er was een vlotte samenwerking. De huisarts die de premie zonder hulp van een steunpunt heeft gekregen, ervaarde het proces eveneens als vlot: alle uitleg was makkelijk beschikbaar en er was ook een bereikbaar aanspreekpunt.

Voor sommigen betekende het krijgen van financiële hulp op een moment dat het echt wel nodig is, een groot pluspunt.

Eén arts vond het ook erg aangenaam dat het uitgaat van vertrouwen, dat je niet echt moet verantwoorden hoe je het budget hebt besteed.

Tot slot verklaart één arts dat de lening en de premie geholpen hebben om een aantrekkelijke praktijk uit te bouwen en zo collega-artsen aan te trekken. Een andere arts wijst erop dat het behoren tot Impulsfonds-zone iets is dat collega's aantrekt om in de praktijk in te stappen.

Zwakke punten

Een herhaaldelijk gehoord zwak punt, blijkt een gebrek aan transparantie en communicatie. Enerzijds is er het gebrek aan transparantie over de manier waarop Impulsfonds-zones bepaald worden. Anderzijds wordt een aantal keer aangehaald dat men weinig zicht heeft op het tijdstip waarop men de middelen zal krijgen (deze onduidelijkheid maakt het soms moeilijk om aankopen te plannen) en dat er ook lange tijd onduidelijkheid was over de precieze netto som geld die men zou krijgen.

Invloed op vestigingsplaats

Bij bijna alle artsen heeft de premie de vestigingsplaats niet of zeker niet fundamenteel beïnvloed. Ze wilden zich sowieso ergens vestigen:

- omdat ze van die streek afkomstig zijn/er wonen
- omdat ze wisten in welke groepspraktijk/WGC ze wilden instappen
- omdat ze een bepaalde praktijk wilden overkopen

Bij één arts was de premie wel één van de criteria die meespeelde bij de keuze van de vestigingsplaats (naast voldoende dicht bij huis en aanwezigheid van een huisartsenwachtpost). Een andere arts geeft aan dat dit meespeelde, maar aangezien vele gemeenten in de buurt Impulsfondszone waren/zijn, was er nog steeds veel keuze. Een andere arts die zich om familiale redenen in een Impulsfondszone wilde vestigen, zou zich eventueel wel 10 km verderop gevestigd hebben mocht de Impulsfondszone zich daar bevonden hebben.

De premies of lening blijkt zelden tot nooit een doorslaggevend argument in de keuze voor een vestigingsplaats geweest te zijn.

4. Besluit

De geïnterviewde huisartsen zijn zonder uitzondering positief over de premie en/of de renteloze lening die ze van het Impulsfonds ontvingen. Voor de meesten was het een welkome hulp bij de opstart, maar bij geen enkele van de huisartsen was het een doorslaggevend argument om zich op een bepaalde plaats te vestigen. Andere redenen blijken een belangrijkere rol te spelen bij de keuze voor een vestigingsplaats. Sommige geïnterviewde artsen hebben de middelen gebruikt om te investeren in de uitbouw van een groepspraktijk.

De procedure, alsook de hulp van de steunpunten, werd als zeer vlot ervaren. Toch zijn er ook enkele onduidelijkheden, zoals het gebrek aan transparantie over de bepaling van de Impulsfondszones, en de onzekerheid omtrent het tijdstip van effectief verkrijgen van de premie alsook de netto hoogte van het bedrag.

Suggesties voor verbetering betreffen een bredere ondersteuning voor huisartsen dan louter financieel (bijvoorbeeld bredere begeleiding door steunpunten of een 'loket' voor startende huisartsen) of variabele bedragen naargelang de vastgoedprijzen in een regio.

BEVRAGING VAN GEVESTIGDE HUISARTSEN DIE GENOTEN VAN EEN FINANCIËLE TEGEMOETKOMING VOOR EEN ADMINISTRATIEVE BEDIENDE OF MEDISCH TELESECRETARIAAT

INHOUDSTAFEL

1. Methode	34
2. Resultaten	34
3. Algemene besluiten	36

1. Methode

Op 12 en 13 dec 2016 werden 10 huisartsen die een financiële tegemoetkoming voor een administratieve bediende ontvingen¹⁹ opgebeld door Jan De Lepeleire: 2 per provincie.

Er werd een random selectie huisartsen uit de lijst geselecteerd waarbij rekening werd gehouden met een mix van leeftijd, geslacht en praktijkvorm van de geïnterviewden.

Beschrijving geïnterviewden:

- N= 10 (5 vrouwen en 5 mannen)
- Het kader van dit onderzoek gaf niet de mogelijkheid om een bevraging te doen van een representatieve steekproef van Vlaamse huisartsen.
- Leeftijd variërend tussen 35 en 64 jaar met een gemiddelde van 51 jaar
- Praktijkvorm

Solo	2
Groep	7
Wijkgezondheidscentrum	1
Totaal	10

Artsen werden bevroegd uit Aalst en Destelbergen, Maasmechelen en Lummen, Hoboken en Antwerpen, Wevelgem en Geluwe, Vilvoorde en Blanden.

Bijkomend werden op 29 december 2016 en 2 januari 2017 6 huisartsen geïnterviewd die alleen een ondersteuning kregen voor het inschakelen van een telesecretariaat.

De volgende vragen werden voorgelegd:

- Hoe ervaarde u de steun van het Impulsfonds die u gekregen heeft voor uw eigen praktijk?
- Welke veranderingen of verbeteringen zou u aan het systeem aanbrengen op het vlak van inhoud en procedure?
- Welke zijn volgens u de sterktes en zwaktes van het systeem zoals het nu is?
- Welke noodzakelijke innovaties zou het Impulsfonds nog moeten ondersteunen?

2. Resultaten

Ervaring met de steun van het Impulsfonds

De reactie was voor alle respondenten die genoten van secretariaatsondersteuning, dat dit een zeer belangrijk instrument is dat niemand van hen had willen missen. Het heeft wel degelijk het verschil gemaakt in de beslissing om mensen aan te nemen, te blijven in dienst houden of uit te breiden in functie. Voor de artsen die alleen beroep deden op een telesecretariaat was het voor de enkelen goed meegenomen (ze hadden vaak al een telesecretariaat lang voor de bijdrage van het Impulsfonds toegekend werd), voor anderen was het de finale impuls om met een telesecretariaat te

¹⁹ Gebaseerd op lijst toegestuurd door het Participatiefonds Vlaanderen

werken. Het is vaak een opstap geweest naar meer professionalisering van de praktijk, zowel wat betreft personeel als telesecretariaat²⁰.

Niet alleen is de administratieve ondersteuning zeer waardevol, het gaat even goed om de onthaalfunctie die sterk geprofessionaliseerd werd door deze maatregel. En door een goed onthaal ontstaat extra service voor de burgers. Bovendien betekent een administratieve kracht veel tijdsbesparing voor de arts waardoor die meer met de kerntaken kan bezig zijn. Eén arts vermeldde spontaan dat dit minder risico genereert voor burn-out, omdat veel administratief werk dat als overlast wordt ervaren, gedelegeerd kan worden. Artsen die werken met telesecretariaat vermeldden dat het niet meer van deze tijd is om alles zelf te behandelen (afspraken noteren, huisbezoeken opnemen, vragen van patiënten beantwoorden) en waren het erover eens dat door het inschakelen van een telesecretariaat er meer kwaliteitsvol contact mogelijk is met de patiënten die op raadpleging zijn. Ook verbeterde dit de continuïteit omdat mensen niet meer op antwoordboodschappen stuiten.

Ook in deze respons (zie ook sectie 'interviews met experten') kwam naar voor dat het een belangrijke uiting was van respect en waardering voor de huisarts.

Het zwakke element is ongetwijfeld de sterke administratieve belasting, het gebrek aan transparantie, de lange duur vooraleer alles in orde was en ook vooraleer de betaling werd uitgevoerd. Twee respondenten meldden dat dit prefinanciering veronderstelt wat alweer een extra belasting is. De artsen met telesecretariaat vermeldden dat na een eerste aanvraag, de afhandeling vlot verloopt al was er wel vraag om de administratieve belasting te verminderen. Dit laatste werd door alle respondenten vermeld, al zeiden twee huisartsen ook dat ze begrip hebben voor het feit dat men controles inbouwt om misbruik te voorkomen.

Men vond dat het systeem van secretariaatsondersteuning meer moet gepromoot worden zowel bij solisten als groepen.

Men gaf ook aan dat in jonge praktijken de financiële last voor startende mensen toch ook behoorlijk hoog is en dat dit, in één concreet geval, toch aanleiding was tot spanningen rond de financiën binnen de groep. De jonge collega zag het grote voordeel wel, maar zag op tegen een hoge berg kosten.

Wat betreft innovatie kijkt men vooral naar uitbreiding naar andere functies, een hogere financiële tussenkomst en een korte opleiding voor de betrokken praktijkassistenten. Als functies wordt vooral vermeld praktijkassistentie die beperkte technische dingen kan doen die aansluiten bij het beroepscompetentieprofiel van praktijkassistentie dat voor de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV) werd uitgetekend (uitgewerkt profiel op te vragen bij de auteurs van dit rapport). Een verpleegkundige is ook nuttig maar globaal vond men dat dit vaak overshooting zou zijn waardoor de kosten onnodig oplopen. De praktijken in een stedelijk milieu met sociaal economisch zwakke bevolking, vermelden ook het nut van een ondersteuning richting maatschappelijk werk. Voor veel van deze economisch zwakke personen is een ondersteuning naar hulp bij documenten en de weg vinden in het labyrint van welzijn en gezondheid, zeer essentieel. Het secretariaatspersoneel vangt veel op van deze 'kleine' administratieve problemen. De ervaring was dat dit voor iemand met

²⁰ Tijdens de bevraging werd duidelijk dat er groepen zijn die een telesecretariaat inschakelen en geen personeel en solisten die personeel aannemen en geen telesecretariaat.

secretariaatsprofiel te hoog gegrepen is. Ook dit kan voor de huisarts heel wat tijdswinst betekenen en dus extra renderen (meer met kerntaken bezig zijn, minder emotionele overbelasting).

Een wijkgezondheidscentrum wil ook de mogelijkheid voor ondersteuning van een praktijkcoördinator²¹. Een arts met telesecretariaat suggereerde dat de telesecretariaten zich zouden moeten focussen op gezondheidsberoepen zodat de afhandeling kwaliteitsvoller kan gebeuren door personen die een aangepaste opleiding hebben gehad, te vergelijken met de personen die in een wachtpost de dienst verzekeren.

Met betrekking tot de methode moet opgemerkt worden dat de verstrekte informatie vaak onduidelijk was. Binnen de groep van 10 at random geselecteerde artsen die volgens de lijst gebruik maakten van een telesecretariaat, waren er 4 die geen telesecretariaat hadden. De hoger geformuleerde opmerking over het onduidelijk logboek is ook hier relevant. Eén arts die genoteerd stond als solist, volgend jaar met pensioen gaat, heeft zijn echtgenote ingeschreven als werkracht en de secretariaatsondersteuning daarvoor aangewend. Een andere arts die als solist genoteerd stond, werkte in een groep van drie. Omdat ze architecturaal geen ruimte hebben om personeel aan te nemen, 'beredderen' ze zich met een telesecretariaat en voeren een interne afrekening door.

3. Algemene besluiten

1. Zowel de ondersteuning voor personeel als die voor telesecretariaat heeft voor alle praktijkvormen, solo, groep, wijkgezondheidscentrum, een wezenlijk verschil gemaakt.
2. De administratieve ondersteuning en onthaalfunctie (dit laatste is zeer wezenlijk en wordt door de geïnterviewden benadrukt en komt anders minder onder de aandacht) is zeer cruciaal voor een goede service aan de burgers.
3. De telesecretariaatsfunctie geeft de individuele artsen veel meer ruimte om kwaliteitsvol om te gaan met de patiënten die hen raadplegen.
4. De maatregelen van het Impulsfonds wegnemen zou een ramp zijn voor de kwaliteit van de geleverde service én de herwaardering van huisartsgeneeskunde, zo is de mening van de geïnterviewden.
5. Er is vraag naar de mogelijkheid om in een beter verloond paritair comité te komen (momenteel is dat 330). Drie van de 10 geïnterviewden betalen spontaan hogere barema's om goede krachten te kunnen behouden.

²¹ Een praktijkcoördinator is de manager van het wijkgezondheidscentrum die het dagelijks functioneren en de cohesie van het multidisciplinaire centrum op zich neemt.

6. Er is vraag naar uitbreiding naar praktijkassistentie en een profiel richting maatschappelijk werk zeker in gebieden met een sociaal zwakkere economische populatie. De vraag naar verpleging is iets minder groot.
7. Sommige van de gecontacteerde artsen stimuleren solisten in hun omgeving of andere groepspraktijken om ook gebruik te maken van deze mogelijkheid en vinden dat dit moet gestimuleerd worden.
8. Controle moet en kan, maar een zekere bewegingsruimte is belangrijk. De technische en maatschappelijke evoluties gaan zo snel dat een te rigide invulling snel dreigt achterop te lopen op de realiteit.

INTERVIEWS MET EXPERTEN

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	39
2. Methode	39
3. Resultaten	40
3.1 Korte algemene situering van de respondenten alsook van hun rol in het Impulsfonds-verhaal	40
3.2 Mate waarin volgens de respondenten de oorspronkelijke doelstellingen van het impulsfonds zijn bereikt	40
3.3 Sterktes van de maatregelen ingevoerd door het Impulsfonds.....	41
3.4 Zwaktes van de maatregelen ingevoerd door het Impulsfonds.....	42
3.5 Opportuniteiten.....	43
3.6 Bedreigingen.....	43
3.7 Geformuleerde adviezen en suggesties over hoe het nu verder moet.....	43
3. Besluit	44

1. Inleiding

In dit onderdeel beschrijven we de resultaten van interviews met experts inzake het Impulsfonds.

2. Methode

Er werden 11 semi-gestructureerde interviews met experts afgenomen, deels door Kaatje Van Roy en deels door Jan De Lepeleire. Aanvankelijk was het de bedoeling om een focusgroep te organiseren met deze experts. Aangezien het gaat om vaak zeer druk bezette mensen, bleek het echter onmogelijk om deze mensen op korte termijn samen te krijgen op één plaats op één tijdstip. Daarom werd geopteerd voor individuele diepgaande interviews met deze experts. Deze wijziging in procedure werd door het Agentschap goedgekeurd. Uiteindelijk hebben we daarnaast toch een kleine focusgroep kunnen organiseren. Deze vond plaats na het verzamelen van alle resultaten en het voorleggen van de aanbevelingen. Het verslag hiervan verderop in dit rapport (na de voorlegging van de aanbevelingen) gevonden worden.

Na intern overleg met de leden van het onderzoeksteam, kwamen we uit op 11 experts van wie de mening belangrijk leek om op te nemen in dit rapport. Na telefonische contactname met elk van de experts, werd een live interview gepland op een locatie voorgesteld door de respondent. De interviews duurden elk ongeveer een uur en werden auditief geregistreerd. Voor 7 van de 11 interviews is het audiobestand beschikbaar (bij 4 van de 11 was er een technisch probleem). Van elk interview werd een schriftelijk verslag gemaakt.

Vervolgens werden de geschreven data van alle interviews samen in één document verzameld. Kaatje Van Roy en Jan De Lepeleire analyseerden dit basisdocument daarna aan de hand van een thematische analyse.

De basis voor de interviewvragen was een SWOT-analyse (sterktes, zwaktes, opportuniteiten en bedreigingen).

De interviewvragen waren volgende:

- Kan u eens uw precieze rol in het Impulsfonds-verhaal beschrijven?
- Terugblik - evaluatie:
 - In welke mate zijn, naar uw mening, de oorspronkelijke doelstellingen van het Impulsfonds (nl. een betere spreiding van huisartsen, een betere toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg, ondersteuning voor de huisarts, etc...) bereikt?
 - Hoe kijkt u naar de procedure zoals uitgevoerd door het Participatiefonds?
 - Wat loopt goed/ wat is volgens u goed gegaan (S)?
 - Wat loopt niet goed/is volgens u niet goed gegaan (W)?
- Toekomst:
 - Hoe moet het nu verder?
 - Moeten er andere objectieven gesteld worden? Welke?
 - Heb u suggesties over de manier waarop dit zou kunnen gebeuren?
 - Wat zijn volgens u de opportuniteiten waarop kan ingespeeld worden (O)?
 - Welke bedreigingen ziet u (T)?

3. Resultaten

3.1 Korte algemene situering van de respondenten alsook van hun rol in het Impulsfonds-verhaal

De respondenten werden gecontacteerd op basis van hun vertegenwoordiging van een instantie die een rol speelt in het Impulsfonds. Deze instanties zijn:

- Steunpunten (syndicaten en Domus Medica)
- Vlaams Participatiefonds
- Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
- Federale Raad voor Huisartsenkringen
- Ervaringsgericht Coachen van (huis-)arts Trajecten en –Teams (ECHTT) (deze coaching vanuit het Impulsfonds is echter sinds de bevoegdheidsoverdracht afgeschaft)
- Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) (zij adviseren HAIO's over het Impulsfonds)
- Vertegenwoordiging van praktijkopleiders voor huisartsen in opleiding (Overstag) (het Impulsfonds speelt een rol bij praktijkopleiders die HAIO's in hun praktijk opnemen)

De respondenten beschrijven zelf een waaier aan rollen binnen het Impulsfonds:

- als bedenker, initiatiefnemer en ontwikkelaar en cours de route
- als coach en beheerder van dossiers aan de kant van de aanvragende huisartsen
- als beheerder van de dossiers aan de kant van de overheid
- als beleidsmaker.

3.2 Mate waarin volgens de respondenten de oorspronkelijke doelstellingen van het impulsfonds zijn bereikt

Wat de premie betreft was een betere spreiding van huisartsen de voornaamste doelstelling (aantrekken van huisartsen naar prioritaire zones). De meeste respondenten zijn van oordeel dat deze doelstelling niet bereikt werd: huisartsenarme zones bleven huisartsenarm. Anderen denken dat het misschien een licht effect heeft gehad, maar geven tegelijk ook aan dat het moeilijk is om hierop een goed zicht te hebben o.a. door de vele wisselingen in de afbakening van de huisartsarme zones. Hierdoor is hun mening eerder gebaseerd op algemene ervaringen en indrukken en niet op degelijk geregistreerde en geanalyseerde data.

Verscheidene respondenten zijn ervan overtuigd dat de premie zelden doorslaggevend is in de keuze die startende huisartsen maken aangaande hun vestigingsplaats. De premie is mogelijks niet hoog genoeg, niet structureel genoeg of gewoonweg niet de meest geschikte stimulans om het te halen van andere, meer doorslaggevende motieven zoals familiale (vb geboortestreek of mogelijkheden tot verankering in een bepaalde wijk) of professionele (vb praktijk waar men zijn HAIO-schap heeft gedaan of regio's met een goede wachtregeling). Een respondent haalde aan dat het vooruitzicht van een erg hoge werklast in een huisartsenarme zone jonge artsen wellicht niet erg aantrekt; een andere stelt dat een eenmalige subsidie te weinig structureel is en te weinig effecten heeft op lange termijn. Ook de eenzijdige manier van bepalen van huisartsenarme zones (bovendien gebaseerd op

woonplaats van huisarts en niet op basis van praktijkadres) maakt volgens sommigen dat de doelstelling wat mislopen is. Sommige respondenten geven aan dat de gehanteerde definiëring van huisartsenarme gebieden voorbij gaat aan de grote complexiteit en het belang van context (vb proportie sociaal kwetsbaren of huizenprijzen in een regio ten opzichte van een andere regio).

Wat betreft de betere toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg (zowel door lening, premie als praktijkondersteuning), zijn de meningen eerder beperkt. Weinig respondenten kunnen hier afdoend op antwoorden. Daar waar huisartsenarme zones die status blijven houden, is de toegankelijkheid niet verbeterd. Daar waar de doeltreffende organisatie binnen een praktijk de opvang verbetert, kan het een positief effect hebben gehad op de toegankelijkheid, maar degelijk cijfermateriaal en empirisch materiaal om dit te staven, ontbreekt. Deze vraag kan dus niet echt beantwoord worden.

Wat de ondersteuning voor de huisarts betreft, is men het er globaal over eens dat dit zeer belangrijk is geweest en blijft. Alle maatregelen ingevoerd door het Impulsfonds hebben een belangrijke rol gespeeld in het erkennen en onderkennen van de nood aan structurele ondersteuning voor de huisartsen. Bovendien hebben deze maatregelen gezorgd voor een sterke boost van het professionaliseren van de huisartspraktijken in Vlaanderen. Een gedegen onthaalfunctie en goede administratieve opvolging zorgen er immers voor dat praktijken professioneler kunnen functioneren. Enkele respondenten zijn van oordeel dat de waarde van de ondersteuning minder uitgesproken is voor de solo-artsen dan voor de groepspraktijken, en dit omwille van verscheidene redenen: de vertraging in de procedure voor de solo-artsen (kwam er pas bij het uitbreiden van de ondersteuning naar solo-artsen), de in verhouding grote administratieve last en beperkingen in structurele componenten (bv. architecturaal geen plaats voor een administratieve kracht). Verschillende respondenten benadrukken dat een belangrijk effect van de maatregelen door het Impulsfonds is dat het een sterke aandacht gegenereerd voor het anders gaan denken over praktijkvoering, en heeft het innoverende projecten en out of the box denken bevorderd. Daarnaast ervaaarde men ook een positief effect op meer samenwerking in kleine entiteiten en wijken.

3.3 Sterktes van de maatregelen ingevoerd door het Impulsfonds

- De waardering van huisartsen en de erkenning van hun noden door het invoeren van de maatregelen wordt algemeen ervaren als een sterk element.
- De inbreng van de steunpunten werd door verschillende respondenten als positief ervaren.
- Een aantal respondenten benadrukken dat het Impulsfonds gezorgd heeft voor de start van een mentaliteitsverandering en een stimulans is om innoverende veranderingen aan te brengen in de praktijkvoering.
- De vlotheid van de procedure werd door twee respondenten als een sterkte benoemd.
- Eén geïnterviewde benadrukte de constructieve manier waarop de betrokken ambtenaar van het Participatiefonds in overleg ging over administratieve moeilijkheden en/of interpretaties.
- De bottom-up manier waarop de beroepsgroep vanuit hun vertegenwoordigers is betrokken geweest bij het hele uitdenken, werd door één respondent als een sterk bevorderend element.
- Eén respondent haalde aan dat er voldoende werd gecommuniceerd over de procedure en de ontwikkeling hiervan, waardoor het ging leven in de huisartsengroep en de implementatie gefaciliteerd werd.

3.4 Zwaktes van de maatregelen ingevoerd door het Impulsfonds

- De criteria die gehanteerd worden om huisartsarme zones en probleemgebieden te bepalen, werd herhaaldelijk in vraag gesteld en als onvoldoende correct gekwalificeerd. Sociale indicatoren worden zo bijvoorbeeld bepaald op verouderde gegevens (bv Atlas van achtergestelde buurten in Vlaanderen en Brussel). Ook de niet-transparante manier waarop sommige huisartsenkringen beslissen over het al dan niet huisartsenarm karakter van een zone, werd als zwakte aangehaald. Ook de complexiteit en de context van de zorgnood van een regio worden niet gevat door het gehanteerde criterium van aantal artsen. Eén respondent voegde hieraan toe dat het bovendien moeilijk is om full time equivalenten precies te definiëren.
- Verschillende geïnterviewden zijn van oordeel dat een financiële tegemoetkoming op zich een onvoldoende sturende stimulans is om huisartsen naar een bepaalde zone aan te trekken.
- Een aantal respondenten haalden aan dat er met betrekking tot de lening van startende huisartsen, aanvankelijk een probleem was dat het lang onduidelijk bleef wat het precieze netto bedrag zou zijn door onduidelijkheid over de belastbaarheid van de premie.
- Ook de interpretatie rond 150 GMD dossiers voor startende praktijken werd door één respondent als een belangrijke barrière genoemd.
- Wat betreft de praktijkondersteuning werd door een aantal respondenten de beperktheid van enkel administratieve ondersteuning aangehaald. Door onder andere de evolutie van de ICT technologie (o.a. geen papieren klaswerk meer nodig, online afspraakstelsel) en de gewijzigde praktijkelementen en noden, ontstaat meer en meer nood aan praktijkassistenten en verpleegkundigen. Eén respondent haalt bovendien aan dat het uitsluitend gericht zijn op één discipline, met name de huisartsgeneeskunde, een spijtige beperking is.
- Ook de administratieve overlast in het kader van het aanvragen van praktijkondersteuning werd herhaaldelijk benoemd. De bijkomende specifieke moeilijkheden bij sommige praktijkvormen zoals wijkgezondheidscentra werd door één participant aangehaald.
- Het feit dat het gebruik van een telesecretariaat niet kan gecombineerd worden met een fysiek aanwezig administratieve kracht werd door één respondent als zwakte opgetekend.
- De strikte interpretatieregels van het Participatiefonds werden door sommigen aangekaart. Eén van de respondenten benadrukt dat het Participatiefonds eigenlijk niet echt de meest geschikte partner is (weinig ervaring met gezondheidssector, vzw's, veel overheadkosten,...). Anderzijds blijken de huidige verantwoordelijken ook wel constructief naar oplossingen te zoeken.
- Het wegvallen van de coaching uit het concept wordt door één respondent als zwakte aangehaald. Het was immers iets dat zeer nuttig was in het preventief nadenken over samenwerkingsverbanden.

3.5 Opportuutiteiten

- Het feit dat het impulsfonds ten gevolge van de 6^e staatsvorming een Vlaamse bevoegdheid geworden is, wordt door enkele respondenten aangeduid als een opportuniteit, als een ideaal moment om het te heroriënteren.
- Het zorgregiodecreet wordt door één respondent ook aangehaald als opportuniteit.
- Het feit dat er sowieso meer neiging is om samen te werken (in groepspraktijken en ook multidisciplinair) om allerlei redenen, is volgens verschillende respondenten een opportuniteit die kan aangegrepen worden om dit ook verder te ondersteunen en vorm te geven.
- Het feit dat heden ten dage de rentevoet zo laag is, maakt dat de renteloze leningen die in het pakket van Impulseo I werden aangeboden, nog weinig meerwaarde bieden en niet opwegen tegen de administratieve kosten ervan. Dit is enerzijds een opportuniteit, anderzijds is het niet duidelijk hoe lang de rentevoet zo laag zal blijven.

3.6 Bedreigingen

- Een belangrijke bedreiging die door meerdere respondenten werd geformuleerd, is het gebrek aan visie op de gezondheidszorg in het algemeen en op de organisatie van de eerste lijn in het bijzonder. Zo hebben huisartsen bijvoorbeeld schrik van de huidige politiek en dat ze hierin weinig te zeggen hebben. Ook de mogelijke effecten van de gewijzigde ziekenhuisfinanciering (vb specialisten die actief zullen worden op de eerste lijn) boezemt huisartsen angst in.
- Een andere respondent ziet ook de sterkte van de artsensyndicaten als een bedreiging.
- Bij sommige respondenten leeft de vrees dat door de hervorming het Impulsfonds zal afgeschaft worden. Ze vrezen dat een sterke reductie of afschaffing van de middelen voor ontslagen kan zorgen bij het huidig werkzaam administratief personeel zonder hierbij voldoende economische kracht te hebben om de hulp zonder ondersteuning in stand te houden.
- Het fenomeen “patiëntenstop” (dit is het fenomeen waarbij huisartsen geen nieuwe patiënten meer toelaten in hun praktijk, vaak om redenen van een te hoge werkbelasting) is voor sommigen een belangrijk signaal van de ernst van de situatie.

3.7 Geformuleerde adviezen en suggesties over hoe het nu verder moet

Opvallend was dat de suggesties en voorstellen van de respondenten erg veel overlap en congruentie vertoonden. Mogelijk bestaat er dus een gedegen draagvlak voor wat volgt.

- De praktijkondersteuning moet dusdanig herdacht worden dat er een uitbreiding en differentiëring komt naar:
 - o andere disciplines binnen de praktijk (praktijkassistentie, verpleegkunde, etc.)
 - o andere disciplines buiten de praktijk maar binnen de zorgsector (multidisciplinair werken)

- andere elementen zoals ICT ontwikkeling die gegevensdeling in het kader van multidisciplinariteit moet mogelijk maken alsook relevante epidemiologische informatie en data kan genereren die beleidsvoorbereidend zijn
- andere elementen dan loonondersteuning van personeel zoals:
 - ICT ondersteuning
 - gebouwen en infrastructuur
 - begeleiding en coaching van samenwerkingsverbanden
 - ontwikkelen van functionele netwerken

- De doelstelling om een betere spreiding en dito beschikbaarheid te garanderen, moet het uitgangspunt blijven en moet daarom ook bewaakt worden.

- Voor de lening is het belangrijk dat de bepaling van huisartsenarme zones, of meer bepaald zones of regio's met een belangrijke nood, meer verfijnd en gedifferentieerd gebeurt. Hierbij moet rekening worden gehouden met een wijde range aan demografische en socio-economische factoren.

- Bij de exploratie van deze (lokale) noden moet een bottom-up strategie gevolgd worden. De plaatselijke huisartsenkring kan wat betreft de huisartsen hierin een strategische rol spelen. De analyse kan ondersteund worden door publiek beschikbare gegevens zoals de armoede atlas, de IMA atlas, de kruispuntbank, databases van het Nationaal Instituut van de Statistiek en andere (niet limitatieve opsomming).

- Huisartsenkringen zouden beter ondersteund moeten worden om deze bijkomende taak tot een goed einde te brengen. Dit gaat bijvoorbeeld over het detecteren van reële noden bij huisartsen, het proactief exploreren van toekomstige noden, het ontwikkelen van scenario's voor plotse incidenten (bv plots wegvallen van huisartsen door overlijden of andere redenen). Deze ondersteuning kan gekoppeld worden aan concrete resultaatsindicatoren in de regio.

- In het algemeen moet meer worden ingezet op het opzetten en stimuleren van attractieve praktijken en het aanmoedigen van structurele samenwerking dan in een louter financiële ondersteuning.

- Ontwikkeling van een performanter, interactief systeem om de administratieve afwikkeling van de ondersteuningsmaatregelen eenvoudiger en doeltreffender te maken. Eventueel zelfs overwegen om deze afwikkeling niet door het Participatiefonds te laten gebeuren. De daardoor vrijgekomen middelen kunnen dan aangewend worden voor andere aspecten van ondersteuning en begeleiding.

- Het ondersteuningssysteem moet dusdanig herdacht worden dat voortdurende bijsturing mogelijk is na adequate en tijdige evaluatie van de maatregelen.

3. Besluit

Uitgaande van een analyse van 11 interviews met experts inzake het impulsfonds, besluiten we volgende zaken:

- De meeste respondenten menen dat het invoeren van de lening en de premie geen groot effect heeft gehad op het aantrekken van huisartsen naar huisartsarme of prioritaire zones, al geven ze ook aan dat ze geen data hebben om dit te staven. Ze menen dat de premie zelden een doorslaggevend effect heeft op de vestigingsplaats van huisartsen.
- Men is het over eens dat de maatregelen van het Impulsfonds een belangrijke rol hebben gespeeld in het erkennen van de noden van huisartsen en voor het professionaliseren van de huisartspraktijken. Deze maatregelen zijn bovendien een aanzet geweest om anders te gaan denken over manieren van praktijkvoering.
- De criteria die gehanteerd worden bij het bepalen van huisartsarme zones worden sterk in vraag gesteld.
- De nood bestaat om de ondersteuning uit te breiden naar ruimer dan administratief en eventueel zelfs naar ruimer dan enkel de huisartsgeneeskunde.
- De belangrijkste bezorgdheden bij de basis omvatten een gebrek aan visie op de gezondheidszorg in het algemeen en op de organisatie van de eerste lijn in het bijzonder, te weinig inspraak van de huisartsen en schrik voor een reductie of afschaffing van de maatregelen.

4

'TO BE' AANBEVELINGEN

FORMULERING VAN AANBEVELINGEN EN VOORLEGGING AAN EXPERTEN EN STAKEHOLDERS

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	48
2. Methode	48
3. Resultaten	48

1. Inleiding

Op basis van de interviews met experts en huisartsen en de kwantitatieve analyse werden 8 aanbevelingen geformuleerd. Vervolgens zijn deze 8 aanbevelingen voorgelegd aan een groep van experts en stakeholders door middel van een online bevraging.

Doelstelling van deze bevraging was om na te gaan in welke mate de voorgestelde aanbevelingen worden gedragen en om eventueel nog veranderingen in de aanbevelingen aan te brengen.

2. Methode

Negentien personen zijn met behulp van email uitgenodigd om deel te nemen aan deze bevraging, 14 hebben effectief deelgenomen. De deelnemers zijn verbonden aan:

- Federaal overleg Huisartsenkringen
- Vertegenwoordiging van praktijkopleiders voor huisartsen in opleiding (Overstag)
- Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
- Artsensyndicaten
- Domus Medica
- Participatiefonds Vlaanderen
- Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO)
- Huisartsenkringen
- Samenwerkingsinitiatief Eerste Lijn (SEL)
- Universitair centra voor huisartsgeneeskunde
- Agentschap Zorg en Gezondheid

Voor elke voorgestelde aanbeveling is gevraagd in welke mate de respondent akkoord of niet akkoord²² gaat met de aanbeveling en in welke mate de respondent deze belangrijk vindt²³. Daarnaast had de respondent de mogelijkheid om zijn antwoord toe te lichten of commentaar te formuleren.

3. Resultaten

Aanbeveling 1

Blijvend inzetten op de waardering van huisartsen en de erkenning van hun noden

Deze waardering werd immers herhaaldelijk naar voren geschoven als een belangrijke sterkte van de Impulsfonds-maatregelen.

²² De antwoordmogelijkheden waren 'helemaal akkoord', 'eerder wel akkoord', 'eerder niet akkoord' en 'helemaal niet akkoord'.

²³ De antwoordmogelijkheden waren 'heel belangrijk', 'eerder wel belangrijk', 'eerder niet belangrijk' en 'helemaal niet belangrijk'.

Alle respondenten gaan akkoord met deze aanbeveling (13 ‘helemaal akkoord’ en 1 ‘eerder wel akkoord’) en vinden deze aanbeveling belangrijk (10 ‘heel belangrijk’ en 4 ‘eerder wel belangrijk’).

Hierbij wordt door een respondent opgemerkt dat de waardering van huisartsen veel beter kan en dat het belangrijk is dat dit zou gelden voor alle huisartsen, ongeacht hun praktijksetting. Volgens een andere respondent is de erkenning van de noden van huisartsen erg belangrijk maar dient dit te gebeuren door structurele beleidsvoering en niet alleen via “impulsfondsen”. Eén respondent tenslotte nuanceert door op te merken dat huisartsen een belangrijke rol hebben in de eerstelijnszorg, maar dat er ook aandacht nodig is voor multidisciplinaire samenwerking.

Aanbeveling 2

De hoofddoelstelling van de ondersteuning moet gericht blijven op het garanderen van toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg door een goede spreiding van het aanbod en aandacht voor sociaal kwetsbare groepen.

Ook **met deze aanbeveling gaat iedereen akkoord** (11 ‘helemaal akkoord’ en 3 ‘eerder wel akkoord’) en wordt door iedereen belangrijk geacht (11 ‘heel belangrijk’ en 3 ‘eerder wel belangrijk’).

Door één respondent wordt benadrukt dat het budget van het Impulsfonds exclusief moet gaan naar de huisartsen. Een andere respondent vraagt aandacht voor de context en stelt dat dit moet gebeuren samen met het bewaken van de kwaliteit van de zorg en in een werksetting die voor huisartsen haalbaar en aanvaardbaar is. Volgens een andere respondent mag men de spreiding niet alleen geografisch bekijken of per aantal inwoners. In een stedelijke omgeving zullen er nu eenmaal meer artsen per inwonersaantal nodig zijn dan in de landelijke gebieden omwille van migranten en asielzoekers. Een respondent vraagt ook aandacht voor multidisciplinaire samenwerking, geïntegreerde zorg, ICT gegevensdeling, enz ...

Aanbeveling 3

De renteloze leningen binnen het pakket van Impulseo I kunnen worden afgeschaft.
Het feit dat heden ten dage de rentevoet zo laag is, maakt dat deze renteloze leningen nog weinig meerwaarde bieden en niet opwegen tegen de administratieve kosten ervan.

Over deze aanbeveling zijn de meningen verdeeld. De helft van de respondent gaat hiermee akkoord (5 ‘helemaal akkoord’ en 2 ‘eerder wel akkoord’), de andere helft niet (5 ‘eerder niet akkoord’ en 2 ‘helemaal niet akkoord’). Negen respondenten vinden de aanbeveling belangrijk (4 ‘heel belangrijk’ en 5 ‘eerder wel belangrijk’) en 4 respondenten vinden de aanbeveling ‘eerder niet belangrijk’.

Bij deze aanbeveling wordt meermaals opgemerkt dat de tarieven bij de bank niet eeuwig laag zullen blijven en dat deze maatregel voor sommige huisartsen de enige mogelijkheid is om nog een lening te krijgen.

Aanbeveling 4

De criteria voor het bepalen van huisartsenarme of prioritaire zones dienen meer verfijnd en gedifferentieerd te worden.

De huidige criteria schieten tekort. Er moet rekening worden gehouden met een wijde range aan demografische en socio-economische factoren, waarbij de complexiteit en de context van regio's duidelijker in kaart worden gebracht. Huisartsenkringen kunnen hierbij een strategische rol spelen. Zij en/of op te richten 'eerstelijnszone-raden' brengen bottom-up de noden van hun regio beter in kaart. Deze data kunnen ondersteund worden door publiek beschikbare gegevens, zoals de 'IMA atlas' (vb prevalentie patiënten met verhoogde tegemoetkoming), de 'kruispuntbank' (vb inkomen, statuut), de 'Atlas van achtergestelde buurten in Vlaanderen en Brussel' en databases van het 'Nationaal Instituut voor de Statistiek' (vb vastgoedprijzen, mediaan gezinsinkomen). Huisartsenkringen en/of eerstelijnszones moeten voor deze taak financieel ondersteund worden, waarbij deze ondersteuning gekoppeld kan worden aan concrete resultaatsindicatoren in de regio.

Met deze aanbeveling gaat bijna iedereen akkoord (10 'volledig akkoord' en 2 'eerder wel akkoord'). Slechts 2 respondenten gaan met deze aanbeveling 'eerder niet akkoord'. De aanbeveling wordt ook door bijna iedereen als belangrijk beschouwd (8 'heel belangrijk' en 4 'eerder wel belangrijk'). Twee respondenten vonden de aanbeveling 'eerder niet belangrijk'.

Over de rol van huisartsenkringen is er geen consensus. Een respondent is van mening dat de huisartsenkringen wel een adviserende rol kunnen hebben, maar dat de beslissing op een ander niveau moet worden genomen. Deze respondent merkt ook op dat huisartsenkringen hiervoor geen toelage moeten krijgen daar ze reeds financieel ondersteund worden. Een andere respondent benadrukt het belang van deze aanbeveling, maar vindt dat dit niet kan worden toevertrouwd aan huisartsenkringen, maar wel aan instanties met kennis van demografie en sociaaleconomische indicatoren. Daarnaast kan er volgens deze respondent een conflict of interest ontstaan als dit wordt toevertrouwd aan huisartsenkringen. Ook enkele andere respondenten waarschuwen hiervoor. Andere respondenten daarentegen vinden dat de huisartsenkringen ideaal geplaatst zijn voor deze taak.

Een andere respondent oppert dat de vraag kan gesteld worden of het nuttig is om de criteria voor huisartsarme zones te verfijnen of dat daarentegen eerder de huidige vorm van ondersteuning door het Impulsfonds aangepast moet worden naar een andere ondersteuningsvorm met een lagere administratieve last die ook meer impact heeft op de keuze van vestigingsplaats voor de huisarts.

Aanbeveling 5

Ontwikkeling van een performanter interactief systeem om de administratieve afwikkeling eenvoudiger en doeltreffender te maken.

De door een performanter systeem vrijgekomen middelen kunnen aangewend worden voor andere aspecten van ondersteuning en begeleiding. Het op macroniveau op te richten 'Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn' zou het beheer van de dossiers kunnen overnemen van het Participatiefonds.

Ook **over deze aanbeveling is er geen overeenstemming** onder de respondenten: 8 gaan hiermee akkoord (1 'helemaal akkoord' en 7 'eerder wel akkoord') en 6 niet akkoord (3 'eerder niet akkoord' en 3 'helemaal niet'); 7 vinden deze aanbeveling belangrijk (3 'heel belangrijk' en 4 'eerder wel belangrijk') en 7 vinden deze aanbeveling niet belangrijk (5 'eerder niet belangrijk' en 2 'helemaal niet belangrijk').

Hier wordt door respondenten benadrukt dat de steunpunten gebruiksvriendelijk zijn voor de artsen en dat er geen behoefte is aan nieuwe structuren.

Aanbeveling 6

Ondersteuning van praktijkvoering op de eerstelijns (voorheen Impulso II en III) wordt best uitgebreid naar andere disciplines binnen de praktijk (praktijkassistentie, verpleegkunde, etc.)

De noden in de praktijken zijn immers veel ruimer dan administratieve ondersteuning. Hierbij kan het gehanteerde principe behouden blijven: een geplafonneerde tussenkomst in de loonkost van ondersteunend personeel.

De meeste respondenten kunnen akkoord gaan met deze aanbeveling (10 'helemaal akkoord', 1 'eerder wel akkoord' en 3 'eerder niet akkoord'). Ze wordt ook door de grote meerderheid als 'heel belangrijk' bevonden (10 respondenten antwoorden 'heel belangrijk', 2 'eerder wel belangrijk' en 2 'eerder niet belangrijk').

Hier wordt opgemerkt dat de oplossing voor het gepercipieerde tekort aan huisartsen minstens evenzeer, zo niet meer, ligt in een betere organisatie, dan in het simpelweg aanvullen van het aantal huisartsen. Er wordt wel benadrukt dat dit moet gebeuren binnen huisartspraktijken.

Aanbeveling 7

Meer inzetten op stimulering en ondersteuning van samenwerkingsverbanden (multidisciplinair werken).

Voor de ondersteuning van samenwerkingsverbanden zijn een aantal elementen van belang:

- ✓ *ICT ontwikkeling (en ondersteuning) die gegevensdeling in het kader van multidisciplinariteit moet mogelijk maken alsook relevante epidemiologische informatie en data kan genereren die beleidsvoorbereidend zijn*
- ✓ *Begeleiding en coaching van samenwerkingsverbanden*
- ✓ *Ontwikkelen van interprofessionele functionele netwerken, zogenaamde 'eerstelijnsnetwerken' welke functioneren binnen de eerstelijnszones. In rurale gebieden nemen deze eerstelijnsnetwerken de verantwoordelijkheid voor minstens 5.000 patiënten, in stedelijke gebieden voor minstens 10.000 patiënten. De praktijken (huisartsen, verpleging, maatschappelijk werk, kinesithérapie,...) binnen een dergelijk eerstelijnsnetwerk worden best ondersteund om bijvoorbeeld het gebruik van gemeenschappelijke dossiersystemen te stimuleren.*

Bijna alle respondenten gaan akkoord met deze aanbeveling (11 ‘helemaal akkoord’ en 1 ‘eerder wel akkoord’) en vinden dit belangrijk (11 ‘heel belangrijk’ en 2 ‘eerder wel belangrijk’). Slechts 1 respondent gaat ‘helemaal niet akkoord’ en vindt dit ‘helemaal niet belangrijk’.

De respondent die niet akkoord gaat vindt dat dit niet moet gebeuren met geld van het Impulsfonds. Ook andere respondenten zijn van mening dat hiervoor nieuwe financiële middelen op tafel moeten komen.

Een respondent stelt dat de coaching begeleid en gecontroleerd dient te gebeuren en dat er kwaliteitsparameters nodig zijn voor de coaching. Een andere respondent vraagt zich of coaching wel nuttig is.

Aanbeveling 8

De mogelijkheid tot evaluatie moet van meet af aan deel uitmaken van de opzet van het plan.

Een correcte evaluatie is noodzakelijk om bijsturing en verbetering mogelijk te maken. Het ondersteuningssysteem moet dusdanig herdacht worden dat voortdurende bijsturing mogelijk is na adequate en tijdige evaluatie van de maatregelen. Elementaire elementen die toelaten het ondersteuningssysteem te evalueren moeten in het plan opgenomen zijn.

De meerderheid gaat akkoord (7 ‘helemaal akkoord’ en 4 ‘eerder wel’), 3 respondenten zijn ‘eerder niet akkoord’. De meerderheid vindt deze aanbeveling ook belangrijk (5 ‘heel belangrijk’ en 7 ‘eerder wel belangrijk’), 2 respondenten vinden dit ‘eerder niet belangrijk’.

Een respondent die niet akkoord gaat wijst erop dat hierdoor de evaluatie van het systeem belangrijker dreigt te worden het systeem zelf. Ook andere respondenten waarschuwen dat dit geen extra belasting (administratie en tijd) met zich mag meebrengen en dat de patiënt centraal moet blijven staan.

VERSLAG FOCUSGROEP MET EXPERTEN N.A.V. RAPPORT EVALUATIE IMPULSFONDS

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	54
2. Methode	54
2.1 Participanten	54
2.2 Verloop	54
2.3 Stellingen	54
3. Resultaten	55
4. Algemeen besluit	58
5. Referentielijst	59

1. Inleiding

Op vraag van het Agentschap Zorg en Gezondheid werd nog een bijkomende focusgroep met experts over de belangrijkste aspecten/discussiepunten van het rapport georganiseerd.

2. Methode

2.1 Participanten

Omwille van praktische aspecten (korte tijdspanne, druk bezette mensen) bleek de enige haalbare optie het organiseren van een online focusgroep met enkele vertegenwoordigers van instanties die een belangrijke rol spelen in het kader van het Impulsfonds maatregelen of ruimer de huisartsgeneeskunde. In overleg met het Agentschap Zorg en Gezondheid werden mensen van volgende instanties gecontacteerd:

- Steunpunten
- Universitaire centra voor Huisartsgeneeskunde
- Huisartsenkringen in huisartsenarme regio's

Via een doodle is er een moment gevonden waarop 4 participanten zouden kunnen deelnemen aan de online focusgroep. Eén participant moest echter de dag zelf door onvoorziene omstandigheden de deelname annuleren. Deze participant werd naderhand nog individueel geïnterviewd.

2.2 Verloop

Voorafgaand aan het focusgroepgesprek werden enkele stellingen/ideeën die uit het rapport naar voren waren gekomen geselecteerd en in een Powerpointpresentatie geplaatst. Deze stellingen werden tijdens het focusgroepgesprek ter discussie voorgelegd aan de participanten. De focusgroep verliep via GoToMeeting. Dit online communicatiesysteem liet toe om de stellingen te projecteren voor de deelnemers alsook om het gesprek op te nemen. Jan De Lepeleire modereerde het gesprek en Kaat Van Roy was notulist. Alle participanten konden elkaar horen en ook op het scherm zien (non verbale communicatie). Het gesprek werd op audiotape (digitaal) opgenomen.

2.3 Stellingen

De stellingen waren gebaseerd op de conclusies, maar soms ook op elementen waarover nog enige controverse bleef bestaan. Om interactie uit te lokken werden ze soms erg controversieel geformuleerd.

1. De premies van het impulsfonds hebben niet het beoogde (verwachte) effect gehad op de spreiding van het aantal huisartsen. Maw huisartsarme zones bleven dit.

Premie is dus niet determinerend voor de keuze van de jonge huisartsen. Wat is dan wel determinerend?

2. Er is geen huisartstekort (in vergelijking bv met ons omringende landen) maar we hebben nood aan betere organisatie oa door:

- Betere ondersteuning door andere zorgberoepen (verpleegkundige, praktijkassistent)

- Ondersteuning infrastructuur (gebouwen)
- Werking multidisciplinair

3. De renteloze leningen kunnen worden afgeschaft:

Huidige lage rentevoet

versus

Voor sommige huisartsen de enige mogelijkheid om nog een lening te krijgen.

4. De secretariaatsondersteuning werd ervaren als een waardering voor het beroep van huisarts en stimuleerde de professionalisering.

Geef de huisarts een beter inkomen en dat lost zich vanzelf op

versus

Professionalisering van de huisartsen- of eerstelijnspraktijk vergt andere middelen en een andere aanpak dan individuele verloning van de huisarts

5. Bepaling prioritaire zones moet anders en meer verfijnd bv rekening houdend met meer factoren (huisartsendichtheid, verschillende socio-economische variabelen, vastgoedprijzen,...). M.a.w. zijn er betere ideeën om huisartsen verspreid te krijgen?

Rol huisartsenkring adviserend niet beslissend (conflict of interest)

6. De voorziene middelen moeten geheroriënteerd worden naar multidisciplinaire samenwerking en netwerken

7. Beter rol 'Participatiefonds' laten overnemen door 'Vlaams Instituut Eerste lijn'?

8. Welke boodschap wil je nog kwijt?

3. Resultaten

Algemeen

Het was opmerkelijk dat er over heel wat stellingen consensus was en dat de meningen ook in de lijn liggen van wat er uit het rapport reeds naar voren was gekomen. De mening over sommige ideeën of aanbevelingen werd soms wat scherper gesteld en er werd bijkomend nagedacht over mogelijke manieren om iets daadwerkelijk gerealiseerd te krijgen.

Vestiging jonge huisartsen

De participanten zijn niet verwonderd over de bevinding dat premies en leningen een weinig fundamentele impact hebben op de vestigingsplaats van jonge huisartsen. Uit eigen ervaring en gesprekken met collega's halen twee participanten aan dat de werkomstandigheden een meer doorslaggevende rol spelen in de keuze voor een bepaalde vestigingsplaats. Dit gaat dan om over elementen als lokale wachttregeling, wachtposten, beschikbare ondersteuning, collega's, het type praktijk waar ze terecht komen (vb associëren met een solo-arts die de pensioenleeftijd nadert met het mogelijke vooruitzicht om op termijn solo te moeten verder gaan), elementen die

doorslaggevend kunnen zijn voor de balans werk-privé,... Vooral de regelingen buiten de normale diensturen die een impact hebben op de levenskwaliteit van de huisarts spelen een rol.

Huisartsarme regio's

Eén participant pleit ervoor om de 'huisartsarme' regio's veel strikter te gaan definiëren en tegelijk de premie substantieel te verhogen wanneer men zich in een dergelijke regio installeert. Enkel zo zal er mogelijks een werkelijk effect zijn op de vestigingsplaats van huisartsen. De regio's die echt problematisch zijn betreffen volgens deze participant bepaalde wijken in grootsteden, streken waar je tweetalig moet zijn en heel erg afgelegen gebieden (vb met zeer beperkt aanbod van scholen of waarbij de partner zich dan mogelijks heel ver zou moeten verplaatsen voor zijn of haar job). Hierbij wordt onder andere het Meetjesland en de rand van West-Vlaanderen genoemd. Een andere participant oppert dat men zou kunnen werken met een premie van variabele hoogte, t.t.z. die hoger wordt naarmate de regio méér huisartsenarm is.

Nood aan structurele maatregelen voor goede organisatie eerstelijnszorg

Alle participanten zijn het erover eens dat de eerstelijns zich beter moet organiseren en zelf moet zorgen voor een goede spreiding van artsen. Dit is volgens één participant wat men in andere landen die met een gelijkaardig probleem te kampen hadden is beginnen doen en mét effect. Dit moet daarbij vooral bottom-up gebeuren, dus vanuit de huisartsen en de huisartsenkringen. Dit betekent onder meer goede regelingen treffen omtrent de zorgorganisatie (lokale wachtregeling, enz..) zodat jonge artsen aangetrokken worden. Daarbij wordt ook gesteld dat het best is dat huisartsenkringen dit op een uniforme manier zouden doen. Huisartsenkringen zouden moeten anticiperen op dreigende tekorten en hun regio aantrekkelijk maken voor jonge artsen.

Huisartsentekort?

De participanten zijn het erover eens dat er in se wellicht geen huisartsentekort is. Eén participant wijst er op dat er op aantrekkelijke locaties mogelijks zelfs een plethora aan huisartsen is.

Er wordt geopperd dat er meer werk moet gemaakt worden van taakdelegatie, m.a.w. dat er in ons land nog teveel professionelen overkwalificeerd zijn voor de taken die zij uitvoeren (vb thuisverpleegkundigen die mensen wassen, gynaecologen die uitstrijkjes uitvoeren,...). Dit vraagt echter om een globale aanpak en zal niet opgelost worden door alleen maar huisartsarme zones te gaan bemannen. Er wordt ook even ingegaan op de redenen voor uitval van huisartsen (o.a. wanneer huisartsgeneeskunde geen persoonlijke keuze was). Eén participant vermeldt in dit kader ook het spijtige wegvallen van de coaching als een manier om huisartsen te ondersteunen en te voorkomen dat (jonge) huisartsen vroegtijdig afhaken of van job veranderen. Er wordt ook gemeld dat door de plethora aan specialisten, die nog zal toenemen door rationalisering in de ziekenhuissector, ook een rol zal spelen in de taakverdeling (of juist het niet tot stand komen van taakverdeling) en dat dit niet alleen door huisartsen kan opgelost worden.

Lening afschaffen?

Geen enkele van de participanten is voorstander om de lening af te schaffen. Als reden wordt aangehaald dat het toch een meerwaarde is voor huisartsen om op een relatief gemakkelijke manier, zonder al te veel formaliteiten, een lening aan te gaan. Bovendien zijn er banken die ook leningen weigeren. Tot slot: mogelijk stijgen de rentevoeten in de toekomst terug. Er is in de groep echter onduidelijkheid over de precieze administratieve kost van de leningen. Ook hier wordt opnieuw de

schrik aangehaald dat de maatregelen zouden sterk verminderen of afgeschaft worden, wat men als een zeer slecht signaal zou zien. Immers ook in dit onderdeel werd bevestigd dat “dit de eerste maatregel is die echt voor huisartsen het verschil gemaakt heeft en een erkenning was van het vak huisartsgeneeskunde”.

Professionalisering van de huisartsenpraktijk

Men is het er helemaal over eens dat de ondersteuningsmaatregelen geleid hebben tot meer professionalisering binnen de huisartsenpraktijk. Dit is dus een belangrijke maatregel geweest en deze moet zeker blijven bestaan. Er wordt echter, net als in de voorgaande interviews, gesteld dat er een grotere keuzevrijheid zou moeten komen in de besteding van de ondersteuningsmaatregelen. Door technologische verbeteringen en veranderde werkomstandigheden, is er soms minder nood aan louter administratieve ondersteuning, maar meer aan bijvoorbeeld verpleegkundige ondersteuning. Ook wordt aangehaald dat men fysieke praktijkondersteuning zou moeten kunnen combineren met een telesecretariaat. Kortom: de maatregel wordt erg geapprecieerd, maar de mogelijkheden voor de besteding van de ondersteuning zouden moeten uitgebreid worden (secretariaat, praktijkassistent, verpleegkundige, telesecretariaat).

In het kader van deze discussie over professionalisering wordt ook aangehaald dat het belangrijk is om geleidelijk aan meer te gaan werken met kwaliteitsindicatoren in de eerstelijnspraktijken en/of huisartsenpraktijken. Ook dit zou bottom-up vanuit de huisartsenpraktijken en huisartsenkringen moeten ingevoerd worden. Een bestaand en goed functionerend systeem dat in dit kader wordt aangehaald is het European Practice Assessment of EPA (1-4). Dit is een systeem dat bottom-up is ontwikkeld en daarom erg aanvaardbaar is voor huisartsen. Het omvat de analyse van proceselementen, structurelementen van de praktijk alsook de bevraging van de ervaring van patiënten. Tot voor enkele jaren bestond er in een samenwerking van Domus Medica en de academische centra een project rond toekennen van kwaliteitslabels.

Verder inzetten op professionalisering is belangrijk en moet georganiseerd en begeleid worden. Tegelijk moet een te sterke oplegging van normen en de bijkomende administratieve overlast zeker vermeden worden.

Rol huisartsenkringen?

Er wordt nogmaals gesteld dat regio's zichzelf moeten aantrekkelijk maken voor jonge huisartsen om er te starten. Dit is een verantwoordelijkheid die volgens de participanten in hoofdzaak bij de huisartsenkringen ligt. Drie participanten vinden dat huisartsenkringen eerder een adviserende dan wel beslissende rol moeten hebben inzake de bepaling of een regio huisartsenarm is of niet.

Ook hier wordt herhaald dat de premies maar een werkelijk oriënterend effect zullen hebben als er eerst aan andere voorwaarden voldaan is, zoals bijvoorbeeld een goede wachtregeling. In het inventariseren van de werkkrachten (vb aantal FTE, demografische kenmerken van de lokale huisartsenpopulatie om op lange termijn te kunnen plannen,...) en andere belangrijke variabelen, hebben huisartsenkringen zeker een belangrijke rol te vervullen.

Op meerdere momenten in het gesprek werd het belang van het mesoniveau voor huisartsen (= huisartsenkring) aangehaald. Op dat niveau moeten huisartsenkringen de noden inschatten, de regio aantrekkelijk maken en samen met anderen de organisatie van de eerste lijn vorm geven, met goede afspraken.

Multidisciplinaire samenwerking

Alle participanten zijn het erover eens dat multidisciplinaire samenwerking erg belangrijk is en dat hier moet worden op ingezet. Ze zijn het er echter ook over eens dat financiële stimulansen om dit mogelijk te maken en te ondersteunen niet uit deze Impulsfonds-middelen dienen te komen, maar dat deze, gezien hun groot belang zoals uit dit onderzoek blijkt, voor huisartsen moeten voorbehouden blijven.

Rol Participatiefonds?

Alle participanten zijn het erover eens dat het Participatiefonds goed werk geleverd heeft, al is alles voor verbetering vatbaar. De rol van het Participatiefonds kan volgens de participanten enkel overgenomen worden bijvoorbeeld door het op te richten 'Vlaams Instituut Eerste lijn' indien dit ook een merkbare verbetering met zich mee zou brengen. Wanneer het louter gaat om een verandering, zou men dit liever uitstellen omdat veranderingen steeds aanpassingen met zich meebrengen die tijd vragen en mogelijk ook kinderziekten moeten doorstaan.

Laatste boodschap?

- Het is heel belangrijk om veranderingen steeds bottom-up te laten gebeuren.
- Impulsfondsmaatregelen zijn heel belangrijk geweest als erkenning en waardering van huisartsen. Ook dit is meerdere keren in de interviews gehoord en leeft dus zeer sterk.
- De maatregelen worden best in grote lijn behouden, kleine aanpassingen kunnen zeker.

4. Algemeen besluit

- De Impulsmaatregelen zijn zeer waardevol geweest en mogen niet gestopt worden.
- De ondersteuningsmaatregelen moeten met grotere flexibiliteit ingezet kunnen worden, niet alleen voor secretariaatsondersteuning maar ook voor praktijkassistentie, verpleegkunde, telesecretariaat of nieuwe noden die nog zullen komen.
- Om een vestiging in prioritaire zones aantrekkelijk te maken moet de regio zichzelf aantrekkelijk maken voor jonge artsen, door investering in elementen die een goede balans werk-privé mogelijk maken.
- Op mesoniveau heeft de kring een detectie-, signaal- en stimuleringsfunctie.
- De middelen moeten voorbehouden blijven voor huisartsen.
- De besluiten van het voorlopig rapport worden in grote mate bevestigd en onderschreven.
- Werken aan kwaliteit van zorg onder andere via het ontwikkelde en gevalideerde 'European Practice Assessment' kan een interessante bottom up strategie zijn om de professionalisering van de huisartsgeneeskunde te bevorderen.

5. Referentielijst

1. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den HP, Brinkmann H, Szecsenyi J, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract.* 2005;22(2):215-22.
2. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Boffin N, Marshall M, et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract.* 2006;23(1):137-47.
3. Grol R, Baker R, Wensing M, Jacobs A. Quality assurance in general practice: the state of the art in Europe. *Fam Pract.* 1994;11(4):460-7.
4. Grol R, Wensing M, Eccles M. *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice.* Edingburg London New York: Elsevier Butterworth Heinemann; 2005 2005.

4

BESLUIT

SAMENVATTING EN DISCUSSIE

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding.....	62
2. Overzicht van de uitgevoerde analyses	63
3. Bespreking van de resultaten van de ‘as-is’ analyse	64
4. ‘To be’ aanbevelingen na voorlegging aan experts	65
5. Algemeen besluit	66
6. Dankwoord.....	67

1. Inleiding

Ter inleiding van het besluit van dit rapport, plaatsen we een aantal kanttekeningen. Ten eerste dient de problematiek van huisartsenarme zones en het in dit kader soms geformuleerde tekort aan huisartsen in een breder kader geplaatst te worden. Het is immers opmerkelijk dat er bijvoorbeeld in de Scandinavische landen veel minder huisartsen per 1000 inwoners zijn (vb in Denemarken 64 % en in Noorwegen 81% van het aantal in België)²⁴, terwijl de eerstelijnsgezondheidszorg in de laatst genoemde landen zeker niet slechter functioneert²⁵. We zouden dus kunnen stellen dat het in zekere zin om een relatief huisartsentekort gaat. Uit een andere studie blijkt ook dat de praktijkondersteuning in Vlaanderen in vergelijking met vier Europese landen (Denemarken, Duitsland, Nederland en Engeland) veel minder is uitgebouwd²⁶. Dit relatief huisartsentekort kan dus wellicht door taakdelegatie minstens gedeeltelijk aangepakt worden. Dit is eveneens het besluit van een recente publicatie over de Vlaamse gezondheidszorg, met name dat er geen manpower tekort is op voorwaarde dat er werk wordt gemaakt van een andere organisatie van de praktijken en praktijkondersteuning in brede zin²⁷. Eén van de voornaamste bevindingen die uit dit rapport naar voren komen, sluit hier ook naadloos bij aan: de geïnterviewde artsen en experts benadrukken enerzijds de erg geapprecieerde administratieve ondersteuning en anderzijds de nood om de ondersteuning uit te breiden naar andere beroepsgroepen, zoals praktijkassistentie of praktijkverpleegkunde.

Verder legt het stimuleren van de vestiging van huisartsen in huisartsenarme zones in Vlaanderen de bredere problematiek van het voorzien van adequate infrastructuur voor de eerstelijnsgezondheidszorg in de Vlaamse gemeenten bloot. Daar waar voor de ziekenhuizen een duidelijk planningskader werd ontwikkeld en een financieringsmodel werd uitgetekend, is dit voor de eerstelijnsgezondheidszorg niet of nauwelijks het geval.

Indirect geldt voor de voorzieningen die gebruik maken van de VIPA-reglementering, een soort van "maatschappelijke verantwoording" via het "strategisch masterplan".

We wensen de aanbeveling te formuleren dat Vlaanderen dient na te gaan op welke manier, op lokaal niveau, moderne, toekomstgerichte, toegankelijke en kwaliteitsvolle infrastructuur voor de eerstelijnsgezondheidszorg tot stand kan komen. Dit kan wellicht een belangrijke stimulans vormen voor de vestiging van toekomstige eerstelijnsgezondheidszorgvoorzieningen, inclusief huisartspraktijken.

Tot slot wensen we te benadrukken dat een performant Impulsfonds, dat motiverend en ondersteunend werkt naar de zorgverstrekkers, over voldoende middelen moet beschikken. Er zijn indicaties dat de actuele middelen onvoldoende zijn om de recurrente kosten op basis van de actuele ondersteunings-engagementen te financieren. Het uitbreiden van het ondersteuningspakket van de huisartsen naar een interprofessionele dimensie, zoals op basis van deze studie gesuggereerd wordt, zal de kosten hoogst waarschijnlijk ook doen stijgen. Internationaal is er trouwens een duidelijke

²⁴ OECD, 2014

²⁵ Kringos DS. The strength of primary care in Europe. Utrecht: NIVEL/University of Utrecht; 2013

²⁶ Faber MJ, Voerman GE, Eriksen EF, Baker R, De Lepeleire J, Grol R, et al. Comprehensive Primary Care in 5 European Countries: Results from a Physician and Patient Survey Based on the Patient Centered Medical Home Model. *Health Affairs*. 2013;32:797-806.

²⁷ Schoenmakers B, Aertgeerts B, Buntinx F, Vankrunkelsven P, Van Pottelberg G, De Lepeleire J. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. *Tijdschr voor Geneeskunde*. 2014;70:657-65.

trend om meer in de eerstelijnsgezondheidszorg te investeren, ten einde de nieuwe uitdagingen van chronische zorg en multi-morbiditeit op een kwaliteitsvolle en duurzame wijze aan te pakken. We willen hierbij benadrukken dat het gaat om een structurele investering in eerstelijnsfaciliteiten mét koppeling aan bepaalde voorwaarden zoals vestiging, secretariaatsondersteuning,..... Deze investeringen kunnen dan beschouwd worden als een bijdrage aan de verschuiving van het financierings- en verloningssysteem in de eerste lijn.

2. Overzicht van de uitgevoerde analyses

In opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft een team samengesteld door de Huisartsencentra van de UGent en de KULeuven de financiële ondersteuning van huisartsen door het Impulsfonds onderzocht. Het onderzoek bestond uit twee luiken. In een eerste luik werd de ‘as is’ situatie onderzocht. Meer bepaald werd nagegaan of de Impulsfondsondersteuning erin geslaagd is om

1. huisartsen te oriënteren een praktijk op te starten in ‘huisartsarme’ of ‘prioritaire’ zones
2. logistieke en personeelsmatige ondersteuning te bieden aan de huisartsen

In een tweede luik werden aanbevelingen geformuleerd naar de toekomst (‘to be’ analyse).

Het eerste luik bestond opnieuw uit 2 delen. We hebben vooreerst in een kwantitatieve analyse de cijfers omtrent de verschillende vormen van ondersteuning door het Impulsfonds onderzocht. De analyse is gebeurd op basis van gegevens van de Participatie Maatschappij Vlaanderen en van het RIZIV. In een exploratieve analyse hebben we het aantal premies en leningen (voorheen impulseo I) en ‘secretariaatsondersteuning’ (voorheen impulseo II en III) weergegeven voor de periode 2010-2015. We hebben ook het ‘Impulsstatuut’ van de 308 Vlaamse gemeentes (zones) en de verandering daarvan over het verloop van de tijd in kaart gebracht. Om te evalueren of de doelstelling van het Impulsfonds om (jonge) huisartsen naar huisartsarme en prioritaire zones te oriënteren gelukt is, hebben we tenslotte in een statistisch model de vraag beantwoord of er een verband bestaat tussen de ondersteuning door het Impulsfonds en de evolutie van de huisartsendichtheid in een zone.

In een kwalitatief onderzoek hebben we de mening van experts en huisartsen bevestigd. Er werden 11 semi-gestructureerde interviews met experts afgenomen met als onderliggende structuur een SWOT-analyse. We vroegen eerst aan de experts om hun precieze rol te beschrijven. Vervolgens vroegen we hen terug te blikken op het verleden en hun mening te geven over de doelstellingen en het bereiken ervan, de procedures, de sterktes en de zwaktes van het Impulsfonds. Tenslotte vroegen we hen hun mening omtrent de verdere toekomst, de opportuniteiten en de bedreigingen.

We hebben 11 huisartsen geïnterviewd die een renteloze lening en/of premie ontvangen hebben, 12 huisartsen die een financiering ontvangen hebben voor een secretariaatsondersteuning en 6 huisartsen die een ondersteuning ontvangen hebben voor een telesecretariaat. Aan de geïnterviewde huisartsen werd gevraagd hoe zij de ontvangen steun van het Impulsfonds ervaren, welke de ervaren sterktes en zwaktes zijn van het huidige systeem, welke moeilijkheden ze ondervonden hebben bij de procedure, welke veranderingen of verbeteringen zij aan het systeem zouden willen aanbrengen op het vlak van inhoud en procedure, welke innovaties het Impulsfonds nog zou moeten ondersteunen en in welke mate de subsidiëring hun beslissing met betrekking tot de vestigingsplaats heeft beïnvloed (vraag enkel voor huisartsen die premie ontvingen).

Op basis van de resultaten van deze evaluatie werden door de auteurs 8 aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen werden getoetst bij 14 experts en stakeholders aan wie gevraagd werd elke aanbeveling te scoren volgens de mate waarin ze het eens waren met de aanbeveling én volgens het belang dat ze hechtten aan de aanbeveling.

3. Bespreking van de resultaten van de ‘as-is’ analyse

De kwantitatieve analyse toont aan dat de ondersteuning door het Impulsfonds ruim gebruikt werd door de huisartsen. Zo ontvingen in 2015 meer dan de helft van de Vlaamse huisartsen een secretariaatsondersteuning. Rekening houdend met de beperkingen van de analyse werd er evenwel geen significant verband gevonden tussen de Impulsfonds vestigingspolitiek en de evolutie van de huisartsendichtheid in de Impulsfonds zones.

De resultaten van de kwalitatieve analyse ondersteunen de cijferanalyse. De geïnterviewde huisartsen zijn zonder uitzondering positief over de ondersteuning die ze ontvangen hebben, of dit nu een premie, een lening of een secretariaatsondersteuning is.

Premies en leningen waren voor de meesten een welkome hulp bij de opstart. Bij geen enkele van de geïnterviewde huisartsen was het echter een doorslaggevend argument om zich op een bepaalde plaats te vestigen. Het is een illusie gebleken om de vestiging van artsen proberen te oriënteren op basis van 1 enkele ‘one shot’ ondersteuning. Ook de geïnterviewde experts delen die mening. Suggesties voor verbetering betreffen een bredere ondersteuning voor huisartsen dan louter financieel, bijvoorbeeld bredere begeleiding door steunpunten of een ‘loket’ voor startende huisartsen, of variabele bedragen naargelang de vastgoedprijzen in een regio.

De geïnterviewde huisartsen en experts zijn het erover eens dat de ondersteuning door het Impulsfonds een wezenlijke bijdrage geleverd heeft aan de professionalisering van de werking, en dit waarschijnlijk voor alle praktijkvormen [solo, groep, wijkgezondheidscentrum]. Ondersteuning door het Impulsfonds is bovendien een aanzet geweest om anders te gaan denken over manieren van praktijkvoering. Zo gaven sommige geïnterviewde artsen aan de premie en lening gebruikt te hebben om te investeren in de uitbouw van een groepspraktijk.

De procedure werd over het algemeen als zeer vlot ervaren. De steunpunten werden als een belangrijke meerwaarde ervaren: ze nemen een belangrijk deel van het proces in handen en er was een vlotte samenwerking.

Toch zijn er ook enkele onduidelijkheden. Het gebrek aan transparantie over de toekenning van het statuut “Impulsfonds zone” werd hierbij herhaaldelijk vermeld. Daarnaast werd ook enkele keren de onzekerheid omtrent het tijdstip van effectief verkrijgen van de premie (en aanvankelijk ook omtrent de hoogte van het bedrag) aangehaald. Wat betreft de ondersteuning voor personeel was er ook de vraag naar de mogelijkheid om in een beter verloond paritair comité te komen: 3 op 12 geïnterviewde huisartsen betalen spontaan hogere barema’s om goede krachten te kunnen behouden.

Tot slot kwamen ook enkele belangrijke bezorgdheden bij de huisartsen uit de interviews naar boven. Deze omvatten onder andere: een gebrek aan visie op de gezondheidszorg in het algemeen

en op de organisatie van de eerste lijn in het bijzonder, te weinig inspraak van de huisartsen en schrik voor een reductie of afschaffing van de maatregelen.

4. 'To be' aanbevelingen na voorlegging aan experts

De 'as is' analyse is een goede basis gebleken voor het formuleren van aanbevelingen ('to be'). Van de 8 oorspronkelijke aanbevelingen worden er 6 breed gedragen door de geconsulteerde experts. Deze zes aanbevelingen zullen nog verder tegen het licht van de besluiten van de eerstelijnsconferentie moeten gehouden worden. Omgekeerd moet de ondersteuning door het Impulsfonds ook als een krachtig instrument beschouwd worden bij de implementatie van de aanbevelingen van de conferentie Eerstelijnszorg. De **6 breed gedragen aanbevelingen** zijn de volgende:

1. Blijvend inzetten op de waardering van huisartsen en de erkenning van hun noden.

Deze waardering werd immers herhaaldelijk naar voren geschoven als een belangrijke sterkte van de Impulsfonds-maatregelen.

2. De hoofddoelstelling van de ondersteuning moet gericht blijven op het garanderen van toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg door een goede spreiding van het aanbod en aandacht voor sociaal kwetsbare groepen.

3. De criteria voor het bepalen van huisartsenarme of prioritaire zones dienen meer verfijnd en gedifferentieerd te worden.

De huidige criteria schieten tekort. Er moet rekening worden gehouden met een wijde range aan demografische en socio-economische factoren, waarbij de complexiteit en de context van eerstelijnszones duidelijker in kaart worden gebracht.

4. Ondersteuning van praktijkvoering op de eerstelijns (voorheen Impulseo II en III) wordt best uitgebreid naar andere disciplines binnen de praktijk (praktijkassistentie, maatschappelijk werk, verpleegkunde, etc.)

De noden in de praktijken zijn immers veel ruimer dan administratieve ondersteuning. Hierbij kan het gehanteerde principe behouden blijven: een geplafonneerde tussenkomst in de loonkost van ondersteunend personeel.

5. Meer inzetten op stimulering en ondersteuning van samenwerkingsverbanden (multidisciplinair werken).

Voor de ondersteuning van samenwerkingsverbanden zijn een aantal elementen van belang:

- ✓ ICT ontwikkeling (en ondersteuning) die gegevensdeling in het kader van multidisciplinariteit moet mogelijk maken alsook relevante epidemiologische informatie en data kan genereren die beleidsvoorbereiding kunnen ondersteunen
- ✓ Begeleiding en coaching van samenwerkingsverbanden
- ✓ Ontwikkelen van interprofessionele functionele netwerken, zogenaamde 'eerstelijnsnetwerken' welke functioneren binnen de eerstelijnszones. In rurale gebieden

nemen deze eerstelijnsnetwerken de verantwoordelijkheid voor minstens 5.000 patiënten, in stedelijke gebieden voor minstens 10.000 patiënten. De praktijken (huisartsen, verpleging, maatschappelijk werk, kinesitherapie,...) binnen een dergelijk eerstelijnsnetwerk worden best ondersteund om bijvoorbeeld het gebruik van gemeenschappelijke dossiersystemen te stimuleren.

6. De mogelijkheid tot evaluatie moet van meet af aan deel uitmaken van de opzet van het plan.

Een correcte evaluatie is noodzakelijk om bijsturing en verbetering mogelijk te maken. Het ondersteuningssysteem moet dusdanig herdacht worden dat voortdurende bijsturing mogelijk is na adequate en tijdige evaluatie van de maatregelen. Elementaire elementen die toelaten het ondersteuningssysteem te evalueren moeten in het plan opgenomen zijn. Er moet wel over gewaakt worden dat deze evaluatie geen extra belasting vormt voor de huisartsen.

Op basis van de interviews met experts en huisartsen had het onderzoeksteam aanvankelijk ook nog 2 andere aanbevelingen geformuleerd. Uit de online bevraging van experts en stakeholders bleek echter dat hierover (nog) geen brede consensus bestaat. We stellen voor dat onderstaande **denkpistes** eerst verder onderzocht worden:

- **Kunnen de renteloze leningen binnen het pakket van Impuls I worden afgeschaft?**

Eenzijds kunnen we argumenteren dat de huidige lage rentevoet maakt dat deze renteloze leningen nog weinig meerwaarde bieden en niet opwegen tegen de administratieve kosten ervan. Anderzijds wordt door een aantal bevroegde experts opgemerkt de tarieven bij de bank niet eeuwig laag zullen blijven en dat deze maatregel voor sommige huisartsen de enige mogelijkheid is om nog een lening te krijgen.

- **Is het nodig en op welke manier kan een performanter interactief systeem ontwikkeld worden om de administratieve afwikkeling eenvoudiger en doeltreffender te maken?**

Is het zinvol dat een op macroniveau op te richten 'Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn' het beheer van de dossiers zou overnemen van het Participatiefonds?

5. Algemeen besluit

Hoewel naar alle waarschijnlijkheid de oorspronkelijke doelstelling van de ondersteuning door het Impulsfonds - huisartsen oriënteren in hun keuze van vestigingsplaats - niet gerealiseerd werd²⁸, is het Impulsfonds toch een zeer waardevol, misschien wel doorslaggevend instrument gebleken voor de (ontluikende) emancipatie van de huisartsen in Vlaanderen. Het instrument was zowel een 'materiële' (financiële) als psychologische bron van ondersteuning. Naar de toekomst toe is het belangrijk om het instrument te behouden, mits enige aanpassingen. De doelstellingen moeten

²⁸ Deze bevinding die zowel door onze kwantitatieve als kwalitatieve data wordt gestaafd, staat in tegenstelling tot de in de inleiding aangehaalde bevindingen uit de bevraging van Domus Medica (zie p 8 van dit document). Het onderzoek van Domus Medica had echter een andere insteek: het betrof de evaluatie van de eigen begeleiding van huisartsen, en het ging om een schriftelijke bevraging waarbij de vraag over beïnvloeding van de vestigingsplaats werd slechts in één vraag getoetst.

uitgebreid worden. Naast het aansturen van de vestigingsplaats moeten ook andere oriëntaties van de Eerstelijnsconferentie expliciet opgenomen worden als te bereiken doelstellingen van de Impulsfondspolitiek. Zo denken we nu al aan het stimuleren van multidisciplinaire samenwerkingsvormen en de uitbouw van professionele eerstelijnspraktijken met praktijkassistentie²⁹, praktijkverpleegkunde, enzoverder...³⁰ Wat betreft de vestigingsproblematiek: die is té complex om met eenmalige maatregelen significant aangestuurd te kunnen worden. Allereerst moeten de criteria voor het bepalen van huisartsenarme of prioritaire zones verfijnd worden. Vervolgens moeten maatregelen bedacht worden die daadwerkelijk een reële impact kunnen hebben op de keuzes van huisartsen. Die maatregelen zullen waarschijnlijk meer longitudinaal moeten zijn, maar hoeven niet noodzakelijk puur financieel van aard te zijn. Wellicht is bijkomend, meer gedetailleerd onderzoek hier vereist. Zo zouden jonge huisartsen, huisartsen in opleiding en studenten huisartsgeneeskunde geïnterviewd kunnen worden wat betreft maatregelen die hun toekomstige vestigingskeuze eventueel wél significant kunnen beïnvloeden. Tenslotte moet het design van de ondersteuning door het Impulsfonds in de toekomst de mogelijkheid tot transparante evaluatie van meet af aan in zich houden, zonder daarbij de rechthebbenden bijkomend te belasten.

6. Dankwoord

Het onderzoeksteam wenst haar waardering en dank uit te drukken voor de personen die we, tijdens hun drukke professionele activiteiten, mochten storen voor een telefonisch interview of een live bevraging. Zonder hun inbreng zou dit rapport niet tot stand zijn kunnen komen.

²⁹ Het is noodzakelijk om op Vlaams niveau het dossier van de ‘Praktijkassistent voor de Eerstelijnsgezondheidszorg te activeren.

³⁰ De huisartsen formuleren een nood aan verpleegkundigen in de praktijk, in het kader van ‘task sharing’. Deze taakdelegatie veronderstelt echter een gemeenschappelijk globale financiering van huisarts en verpleegkundige, iets wat momenteel enkel gerealiseerd is in het kader van de wijkgezondheidscentra (via het KB van 23.04.2013).

Ook de nood aan maatschappelijk werk in de huisartsenpraktijk wordt geformuleerd. Momenteel wordt een beweging gerealiseerd waarbij in het kader van het “geïntegreerd breed onthaal” (GBO) maatschappelijk werk vanuit CAW, OCMW en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen gaan samenwerken. De vraag is of binnen GBO ook ruimte bestaat voor integratie met het ingebouwd maatschappelijk werk in huisartsenpraktijken.

