

**Zin en onzin van een akkoord:
artsen en ziekenfondsen in barre budgettaire tijden**



**PARTICIPATIE VAN ARTSEN
BIJ HET AKKOORDENSYSTEEM**

Dr. Marc MOENS
Voorzitter BVAS
Edegem
08.10.2011

- 1. Inleiding – Historisch kader**
2. Wettelijk kader
3. Akkoord: pro's en con's
4. Besluit

1. Inleiding – Historisch kader (1)

- oprichting van 5 Syndicale Kamers in 1962-1963
- algemene artsenstaking van 01.04 tot 18.04.1964 onder leiding van Dr. André WYNEN (°08.12.1923-†10.06.2007)
- Sint-Jansakkoord d.d. 25.06.1964: start van het akkoordensysteem artsen-ziekenfondsen

1. Inleiding – Historisch kader (2)

Artsenstaking 1964 – Wikipedia
(geconsulteerd op 02.10.2011)

“De wet (“Edmond Leburton”) moest herschreven worden waardoor er nu nog steeds problemen zijn in de financiering van de gezondheidszorg.”

De socialist Leburton inspireerde zich op de Britse “National Health Service”. Daar zijn de laatste 50 jaar nooit financiële problemen in de gezondheidszorg geweest !

1. Inleiding – Historisch kader (3)

Ondanks het vermeend “monsterverbond”* tussen mutualiteiten en het “syndicaat Wynen”, start de BVAS het “ziekenfondsproces”, eind 1983.

Op 9 januari 1991 wordt Edmond Leburton, oud-voorzitter van het Verbond van Socialistische Mutualiteiten, schuldig bevonden aan valsheid in geschrifte en verduistering. Als oud-premier en Minister van State wordt zijn straf opgeschort

Het dossier van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten geniet van de verjaring

* In “De Spectator”, uitgave van “Het Volk”, gelieerd met het ACW, begin 1980.

1. Inleiding – Historisch kader
2. **Wettelijk kader**
3. Akkoord: pro's en con's
4. Besluit

2. Wettelijk kader (1)

De regelgeving wordt uitgewerkt in de “Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet) en via Koninklijke (uitvoerings-)besluiten.

De GVU-wet bevat ±36 artikelen waar “akkoorden” aan bod komen.

De belangrijkste zijn art. 26 (wie?) en art. 50 (hoe?)

2. Wettelijk kader (2)

- Akkoord wordt afgesloten binnen de Nationale Commissie Geneesheren- Ziekenfondsen (art. 26 GVU-wet), bestaande uit 24 leden + 1 voorzitter (zonder stemrecht) aangeduid door de minister
 - 12 mutualiteitsafgevaardigden
 - 12 medisch syndicalisten : 8 BVAS, 4 KARTEL
 - 6 huisartsen (3 BVAS - 3 KARTEL)
 - 6 specialisten (5 BVAS - 1 KARTEL)
- De verdeling op de syndicale bank wordt bepaald door de artsenverkiezingen

2. Wettelijk kader (3)

ALGEMEEN GENEESKUNDIGEN	Aantal	Verhouding (in %)
BVAS	3.489	47,83
Het Kartel	3.806	52,17
<i>TOTAAL</i>	<i>9.149</i>	100
GENEESHEREN-SPECIALISTEN	Aantal	Verhouding (in %)
BVAS	9.977	84,56
Het Kartel	1.822	15,44
<i>TOTAAL</i>	<i>12.160</i>	100
TOTAAL	Aantal	Verhouding (in %)
BVAS	13.466	70,52
Het Kartel	5.628	29,48
<i>TOTAAL</i>	<i>21.309</i>	100
Stemgerechtigden – Participatie	43.651	43,74
Blanco + ongeldig /participatie	2.215	5,07

2. Wettelijk kader (4)

“De beslissingen worden genomen bij drievierde meerderheid zowel van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die het geneesherenkorps of de tandheekundigen vertegenwoordigen (art. 50 §2)

Wanneer die quorums niet worden bereikt, en voor zover de meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en de meerderheid van de leden die het geneesherenkorps of de tandheekundigen vertegenwoordigen, de voorstellen goedkeuren, legt de voorzitter dezelfde voorstellen ter stemming in een nieuwe vergadering, die moet plaatsvinden binnen vijftien dagen.

Wanneer deze dubbele meerderheid tijdens de tweede vergadering opnieuw bereikt wordt, zijn de beslissingen verworven.

In de akkoorden tussen de geneesheren en de verzekeringsinstellingen kunnen de aangelegenheden bepaald worden waarvoor de in dit lid bedoelde meerderheden van de leden die het geneesherenkorps vertegenwoordigen al naargelang het geval de helft van de leden die zetelen als algemeen geneeskundige of als geneesheer-specialist moeten bevatten.”

1. Inleiding – Historisch kader
2. Wettelijk kader
- 3. Akkoord: pro's en con's**
4. Besluit

3. Akkoord: pro's en con's (1)

- Artsen belangrijke partner in het akkoordensysteem, maar een akkoord leidt niet noodzakelijk tot realisatie van de opgenomen punten
- **Multipele redenen:**
 - weerstand van mutualistische, syndicale en/of politieke aard
 - Procedurele traagheid

3. Akkoord: pro's en con's (2)

Nog niet uitgevoerde projecten binnen voorgaande akkoorden artsen-ziekenfondsen

AKKOORD 2008:

- medisch advies palliatieve patiënten (leif-artsen) (dossier vertrokken in augustus 2011 naar de strategische cel van de Minister)
- Groepspraktijken, zoals bedoeld bij het Koninklijk besluit van 3 mei 1999 betreffende de groepspraktijken van huisartsen, kunnen zich melden bij het RIZIV, zodat zonder bijkomende aanduiding, op het getuigschrift van verstrekte hulp (G-stempeltje), het remgeldvoordeel aan de patiënt kan worden toegekend (KB naar de Koning)
- punt 14 informatisering nog in volle ontwikkeling via Mycarenet

3. Akkoord: pro's en con's (3)

Nog niet uitgevoerde projecten binnen voorgaande akkoorden artsen-ziekenfondsen

AKKOORD 2009-2010:

- Psychiatrie : crisisopvang (WG TGR)
- Herwaardering consultatie genetic counseling (TGR)
- IMPULSEO III moet naar de Ministerraad
- Sociale derde betaler met vereenvoudiging remgelden: KB's naar de Koning
- Bevestiging ontwikkeling rol coördinerend en raadgevend arts (laatste hand van de aanpassing van de reglementering via FOD Volksgezondheid)
- Permanentiehonoraria harmoniseren met prestaties dagziekenhuis (WG TGR)
- Herziening artikel 13 intensieve zorgen (goedgekeurd TGR 20/09/2011)
- Urgentiegeneeskunde : equivalente maatregelen ten gronde (on hold na werkzaamheden adhoc WG TGR)
- Medische beeldvorming : gedigitaliseerde mammografie: bij Minister van begroting
- Wijziging van artikel 20 - Geneesheren-specialisten voor neurologie (stroke unit) (strategische cel, kabinet Onkelinx)
- Fysiotherapie : 558994 : K60 geïndexeerd K45 niet geïndexeerd: KB naar de Koning

3. Akkoord: pro's en con's (4)

Nog niet uitgevoerde projecten: waarom?

Typevoorbeeld 1 : “de politiek”

Digitale mammografie: de privé raadgevers van minister Onkelinx verwerpen het (moeizaam tot stand gekomen) advies van de Technisch Geneeskundige Raad (RIZIV 18.05.2010)

(Le Soir 27.05.2010: “Inacceptable, réagit-on d'emblée au cabinet de la ministre fédérale de la Santé, Laurette Onkelinx (PS). ... deux modes de dépistage coexistent – individuel ou organisé – et il n'a jamais été question de promouvoir l'un au détriment de l'autre.”)

3. Akkoord: pro's en con's (5)



“Screening?”

3. Akkoord: pro's en con's (6)

Zeer laat uitgevoerd project: waarom?

Typevoorbeeld 2:

de mutualiteiten zijn nooit gehaast goedgekeurde en toegewezen budgetten uit te geven t.g.v. het “boni”-systeem dat ingebakken zit in de “responsabilisering” van de mutualiteiten

Vb. de blokkering van het preventieluik van het GMD

3. Akkoord: pro's en con's (7)

Nog niet uitgevoerde projecten: waarom?

Typevoorbeeld 3:

de BVAS was niet gehaast om het advies palliatieve patiënt (akkoord 2009-2010) goed te keuren (leif-artsen):

- het werd door één ASGB-arts op het allerlaatste moment dd. 17.12.2008 als toevoeging voorgesteld aan een quasi definitieve tekst
- het verleent een monopoliepositie aan één groep
- BVAS weigert een specifieke terugbetaling voor de euthanasie-acte

3. Akkoord: pro's en con's (8)

Is het sociaal statuut een argument pro?

- Ja, als de verbonden artsen nog enige souplesse wordt geboden qua honoraria via de bijzondere eisen die het akkoord voorziet
- Neen, als de mutualiteiten rigide honorariumbeperkingen opleggen, die ook gunstig zijn voor hun vrije aanvullende verzekeringen
- “Neen”, want 24.173 artsen verliezen € 4.199,630 (volledig) en 2.090 artsen verliezen € 2.066,030 als er geen akkoord wordt afgesloten. Samen € 105.836.000.*

* Nota ARGV 2010/93 CORR. 20.12.2010

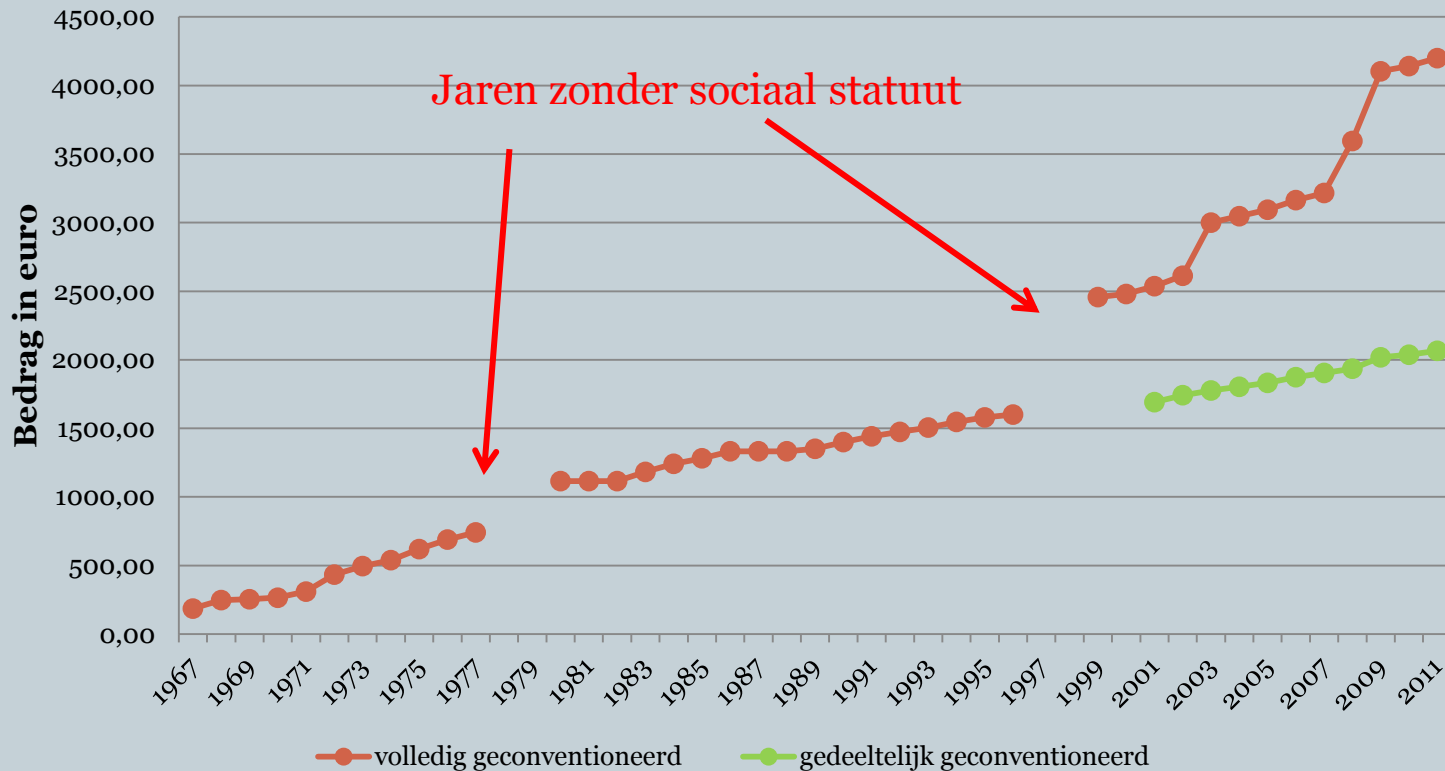
3. Akkoord: pro's en con's (9)

Jaar	volledig (in euro)
1967	185,92
1968	247,89
1969	254,14
1970	265,15
1971	309,87
1972	433,81
1973	495,79
1974	539,17
1975	619,73
1976	689,23
1977	741,30
1978	geen akkoord
1979	geen akkoord
1980	1115,52
1981	1115,52
1982	1115,52
1983	1182,45
1984	1241,57
1985	1281,81
1986	1333,07
1987	1333,07
1988	1333,07
1989	1350,97

Jaar	volledig (in euro)	gedeeltelijk (in euro)
1990	1400,15	
1991	1442,15	
1992	1474,17	
1993	1506,03	
1994	1546,98	
1995	1579,78	
1996	1600,47	
1997	geen akkoord	
1998	geen akkoord	
1999	2457,15	
2000	2479,48	
2001	2536,60	1691,06
2002	2612,70	1741,79
2003	3000,00	1776,10
2004	3046,80	1803,81
2005	3094,03	1831,87
2006	3163,96	1873,17
2007	3216,17	19040,08
2008	3595,10	1935,13
2009	4103,00	2018,00
2010	4141,16	2036,77
2011	4199,14	2065,28

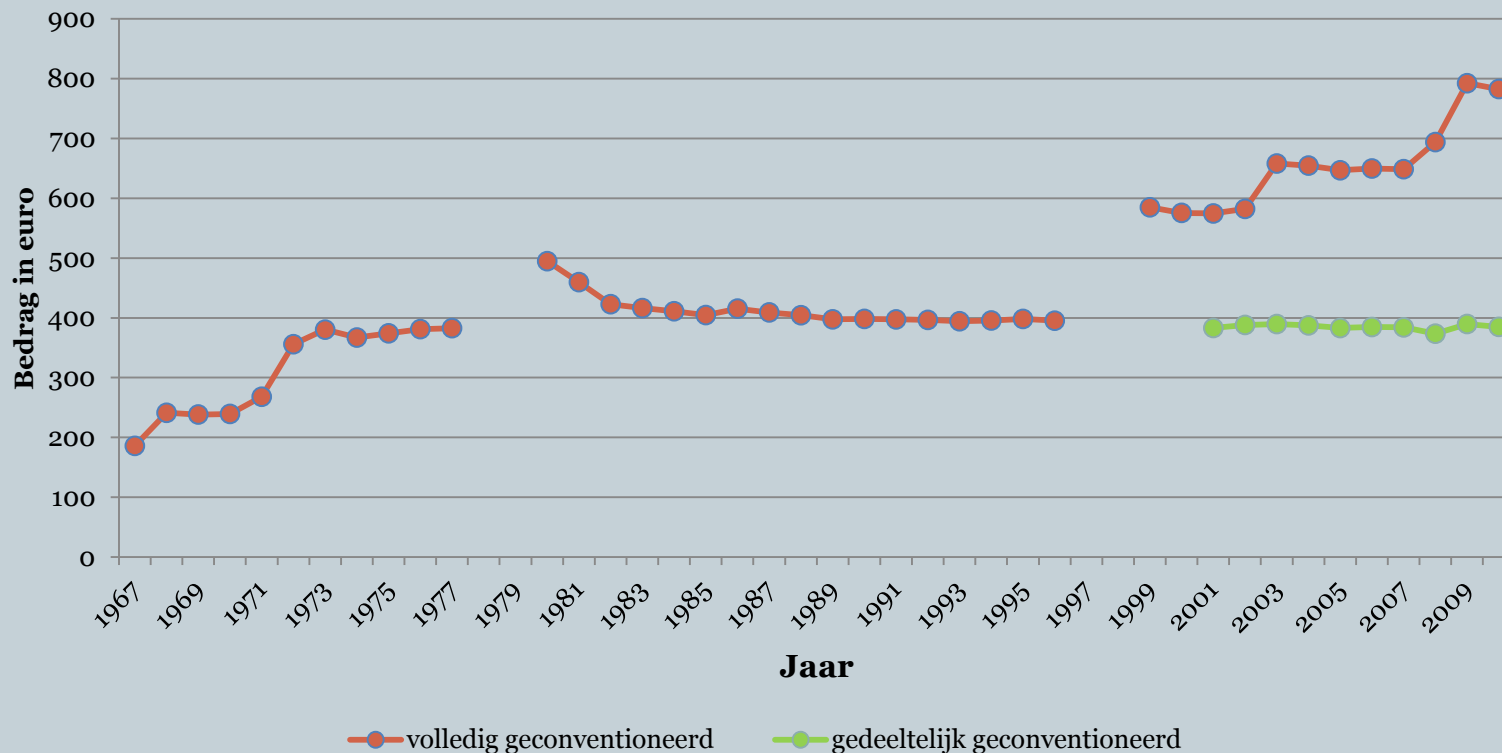
3. Akkoord: pro's en con's (10)

Sociaal statuut: evolutie 1967-2011 (in courante prijzen)



3. Akkoord: pro's en con's (11)

Sociaal statuut: evolutie 1967-2011 (in vaste prijzen)



3. Akkoord: pro's en con's (12)

Door de talrijke beperkingen op het aanrekenen van supplementen door niet-geconventioneerde artsen wordt het deconventioneren erg ontmoedigd

1. Georganiseerde wachtdienst
2. Beperkingen in de ziekenhuiswet
 - 2.a Beperkingen bij patiënten opgenomen in tweepatiënten- of gemeenschappelijke kamers en daarmee gelijkgestelde patiënten
Supplementen zijn verboden bij uitgebreide groep van $\pm 1,8$ miljoen patiënten (OMNIO-statuut, WIGW's, werklozen, gehandicapten, ...)
 - 2.b. Honorariumvrijheid bij patiënten op eigen verzoek opgenomen in een individuele kamer
3. Statutaire of contractuele beperkingen
4. "Marginale toetsing" en beperking door de rechter
5. Tuchtrechtelijke beperkingen door de Orde
6. Indirecte beperking voor raadplegingen door wet diverse bepalingen van 1 maart 2007
7. Indirecte beperking door het budget van financiële middelen (BFM)
8. Het bijzonder geval van de medische beeldvorming en de klinische biologie

3. Akkoord: pro's en con's (13)

Beperkingen van niet-verbonden artsen

- Arrest Hof van Cassatie Nr. C.10.0617.N van 3 juni 2011:
 - *Uit deze bepalingen [art. 138 ZH-wet van 57 ZIV-wet] volgt dat het verbod op ereloonsupplementen geldt voor verstrekkingen inzake klinische biologie, ongeachte of de tegemoetkoming geheel dan wel gedeeltelijk forfaitair wordt betaald.
Het middel dat uitgaat van een andere rechtsopvatting, faalt naar recht*
- Omzendbrief NIC 08.08.2011 m.b.t. facturatie aan gehospitaliseerde patiënten van ereloonsupplementen bij prestaties klinische biologie
- Gezamenlijke reactie VBS-BVAS op deze omzendbrief: foute en casuïstische conclusie
- + DKV weigering terugbetaling supplementen radiologie en klinische biologie ⇒ afgeblokt

3. Akkoord: pro's en con's (14)

Mutualiteiten willen manuele verlenging onmogelijk maken

- Het punt 5.4. van het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen werd na goedkeuring in de media door minister Onkelinx d.d. 14.12.2010, onder druk en door misverstanden nog op 15.12.2010 gewijzigd door een leescomité.
- Is oorzaak van wantrouwen tegenover de mutualistische partner
- Voor BVAS moeten manuele verlenging samen met administratieve verlenging mogelijk blijven

3. Akkoord: pro's en con's (15)

Geen akkoord = geen index = ongeschreven regel

- Index 2011: 1,40% (= € 98,635 miljoen) vanaf 01.01.2011 voor “intellectuele” verstrekkingen en vanaf 01.04.2011 voor de andere verstrekkingen, behalve radiologie.
Rx kreeg vanaf 01.07.2011 slechts 0,93% indexering.
- Index 2012: 2,99% (= € 217,419 miljoen), MAAR moet (gedeeltelijk) worden gebruikt voor de financiering van door de V.I.'s unilateraal aangeduide initiatieven, vb. € 4,2 miljoen remgeldvermindering voor raadplegingen in ziekenhuisspoedgevallendiensten en terzelfdertijd € 10 miljoen voor huisartsenwachtdiensten!!!*

* *Voorstel V.I.'s begrotingsdoelstelling 2012, Verzekeringcomité 03.10.2011*

3. Akkoord: pro's en con's (16)

- Indien artsen niet akkoord gaan om index in te leveren, moeten ze besparen.
- V.I. “suggesties”:
 - € 4,443 miljoen door integratie spleetlamponderzoek in ophthalmo-consultatie
 - Lineaire budgetvermindering CT: € 23,649 miljoen
 - Reductie dringendheidsverstrekkingen Rx: besparing van € 1,535 à € 11,756 miljoen
 - Fysiotherapie: verstrekkingen ≤ K 30 revalidatie transfereren naar kinesitherapie of logopedie: besparing € 3 miljoen
 - Pathologische anatomie + klinische biologie: cervixkanker opsporing 1 x/ 3 jaar: besparing € 4,563 miljoen
 - Anesthesie niet meer in verhouding tot basisverstrekking: besparing van € 3,476 à € 17,382 miljoen

3. Akkoord: pro's en con's (17)

- De ± € 25 miljoen V.I. initiatieven (€ 10 SPE, € 10 HA, € 5 remgeldverminderingen) zullen helemaal zelf opgehoest moeten worden door de artsen:
 - óf door indexinlevering
 - óf door bijkomende besparingen
- En dat na een besparingsronde in 2011 van € 50 miljoen in de klinische biologie en € 45 miljoen in de medische beeldvorming door een regeringsbeslissing uit 2009 en ± € 45 miljoen andere besparingen via het akkoord van 15.12.2010

3. Akkoord: pro's en con's (18)

- Al die regeringsbeslissingen en unilaterale mutualiteitsinitiatieven betekenen een verlies (in 2012) van:
 - € 105,836 miljoen sociaal statuut
 - € 217,419 miljoen index

 - € 323,255 miljoenindien geen akkoord wordt afgesloten
- Deze afweging maakt de BVAS jaarlijks of tweejaarlijks.....
maar de kruik gaat maar te water tot ze barst.

1. Inleiding – Historisch kader
2. Wettelijk kader
3. Akkoord: pro's en con's
4. **Besluit**

4. Besluit (1)

- 47 jaar na het overlegmodel van het Sint-Jansakkoord blijft er niet veel meer over van het paritair overleg en consensus
- Ondanks actief verzet van de BVAS werd begin de jaren '90 de medico-mut gereduceerd van een beslissingsorgaan naar een adviesorgaan
- Vandaag legt de regering (na 480 dagen lopen of een nieuwe?) het budget vast...

4. Besluit (2)

- ... en de mutualiteiten leggen de artsen onnoemelijk veel voorwaarden op om uit dit budget te mogen putten en zagen ze één van de poten van het conventiesysteem af door beknotting van de mogelijkheid tot het vragen van supplementen ter compensatie van de lage, sociale Belgische tarieven...
- aangevuld door de administraties van burgemeesters, provinciegouverneurs, ministers van gewesten, gemeenschappen, de federale staat, de Europese gemeenschap en onder druk van de mondialisering van de zorgverlening met grensoverschrijdend patiëntenverkeer

4. Besluit (3)

Is het zinvol dit voor de artsen sterk verouderd systeem verder te zetten?

Of maken we beter een duik in het ongewisse?

Gooien we dan het kind met het badwater weg?

Buitenlandse voorbeelden doen het zelden beter dan het Belgisch model, zeker als het om het belang van de patiënten gaat.

Maar elk systeem kent zijn limieten. Misschien zijn die vandaag bereikt?

Met dank voor uw aandacht.