

Het systeem van de akkoorden artsen-ziekenfondsen: balans en toekomstperspectief

Jo DE COCK
Administrateur-generaal RIZIV
VAS Herfstsymposium – 8 oktober 2011

- Onderdeel van het Belgisch sociaal overlegsysteem en basiselement van universele verzekering geneeskundige verzorging
- Lange traditie van bijna 50 jaar met vallen en opstaan (geen akkoorden in 1966, 1978 – maart 1980, 1993, opzegging in 1997 en 1998).
- Van « met 2 » naar « met 3 »

AKKOORDEN ARTSEN – ZIEKENFONDSEN

Finaliteit (1)

“Het hoeft voor niemand betoog dat de voornaamste reden van de huidige ondoelmatigheid der regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering hierin ligt dat de vergoedingen door de verzekeringsinstellingen ontoereikend zijn in vergelijking met het bedrag der door de geneesheren en de verplegingsinrichtingen werkelijk aangerekende honoraria en in vergelijking met de publieksprijzen van de farmaceutische specialiteiten.

Gewis brengt de hervorming de nieuwe regeling op de weg naar een financiële sanering, doch om die regeling doelmatiger te doen werken, behoort ze in de eerste plaats het bedrag van haar tegemoetkomingen op een redelijk niveau te stellen van de honoraria welke het Geneesherenkorps aanrekent.

De sanering moet voortvloeien uit het vaststellen in een overeenkomst van honorariabedragen, derwijze dat de uitgaven binnen voorzienbare grenzen kunnen gehouden worden: het is dat overeenkomstenstelsel dat de regeling niet alleen doelmatiger moet maken, doch tevens er het evenwicht moet van verzekeren.”

- Financiële stabiliteit van de verzekering geneeskundige verzorging bevorderen.
- Tariefzekerheid van de patiënt waarborgen op basis van onderhandelde (niet-opgelegde) honoraria met als tegenprestatie een betere sociale bescherming van de geconventioneerde artsen.

- Akkoorden regelen financiële en administratieve betrekkingen tussen artsen en verzekeringsinstellingen/rechthebbenden binnen door de Algemene Raad van het RIZIV vastgestelde partiële begrotingsdoelstelling.
- Akkoorden moeten verbintenissen bevatten inzake honoraria en prijzen. Ze kunnen ook verbintenissen bevatten inzake beheersen van het volume, het rationeel gebruik en het oordeelkundig voorschrijven van geneeskundige verstrekkingen.
- Akkoorden moeten correctiemechanismen bevatten.
- Akkoorden stellen voorwaarden vast inzake tijd, plaats, bijzondere eisen of economische toestand waarin honoraria kunnen overschreden worden.

- De overeenkomsten en akkoorden komen niet tot stand op de wijze bedoeld in artikel 1134 BW en hebben juridisch reglementaire gevolgen voor personen die niet hebben deelgenomen aan de totstandkoming ervan (RvSt, arrest 171.148 van 14 mei 2007)
- Een akkoord artsen-ziekenfondsen is een reglementaire akte in de zin van artikel 14, § 1 van de gecoördineerde wetten raad van state (RvSt, arrest 205.919 van 28 juni 2010)

AKKOORDEN ARTSEN – ZIEKENFONDSEN

SWOT ?

S

- Gulden middenweg tussen markt -en overheidssturing
- Representativiteit partners
- Belangrijke realisaties

O

- Modernisering administratieve processen (ehealth)
- Crisis versterkt vraag naar responsabilisering

W

- Beperkt strategische dimensie (« beheer status quo »)
- Transparantie inzake toepassing en naleving akkoord
- Conflictpreventie

T

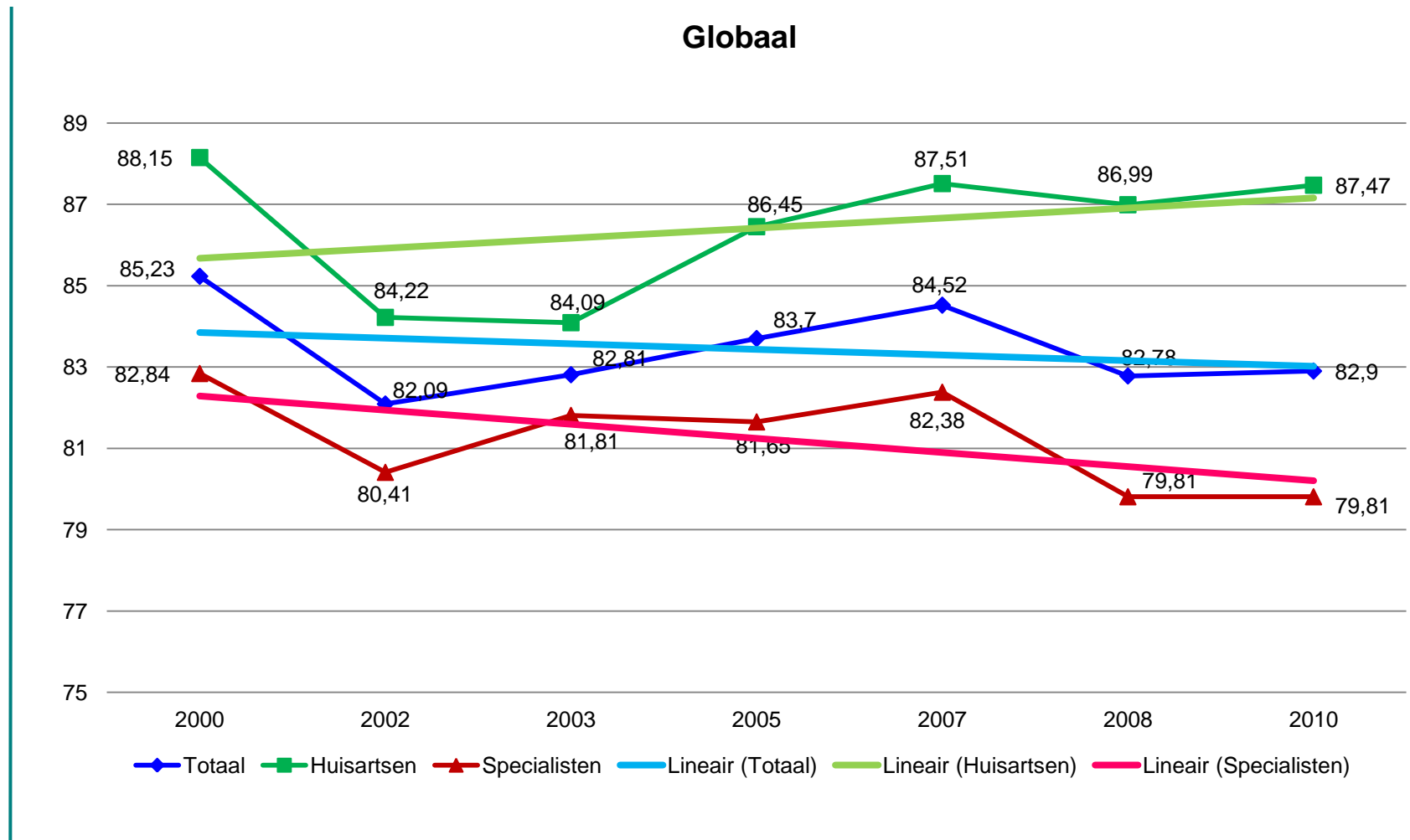
- Sluipende erosie conventioneeringsgraad
- Evolutie maatschappelijk vertrouwen (formele tariefzekerheid vs. soms gepercipieerde tariefonredelijkheid)
- Interferentie andere actoren

Naast periodieke aanpassingen tarieven en nomenclatuur

- Accreditering
- GMD en GMD+
- EMD
- Zorgtrajecten
- Beperking groei remgelden
- Aanpassing sociaal statuut
- Ondersteuning eerste lijn (Impulseo,...)
- Herijking sommige specialismen (psychiatrie, pediatrie, reumatologie, geriatrie, endocrinologie,...)
- Administratieve vereenvoudiging
- Correcties op basis van audit rapporten

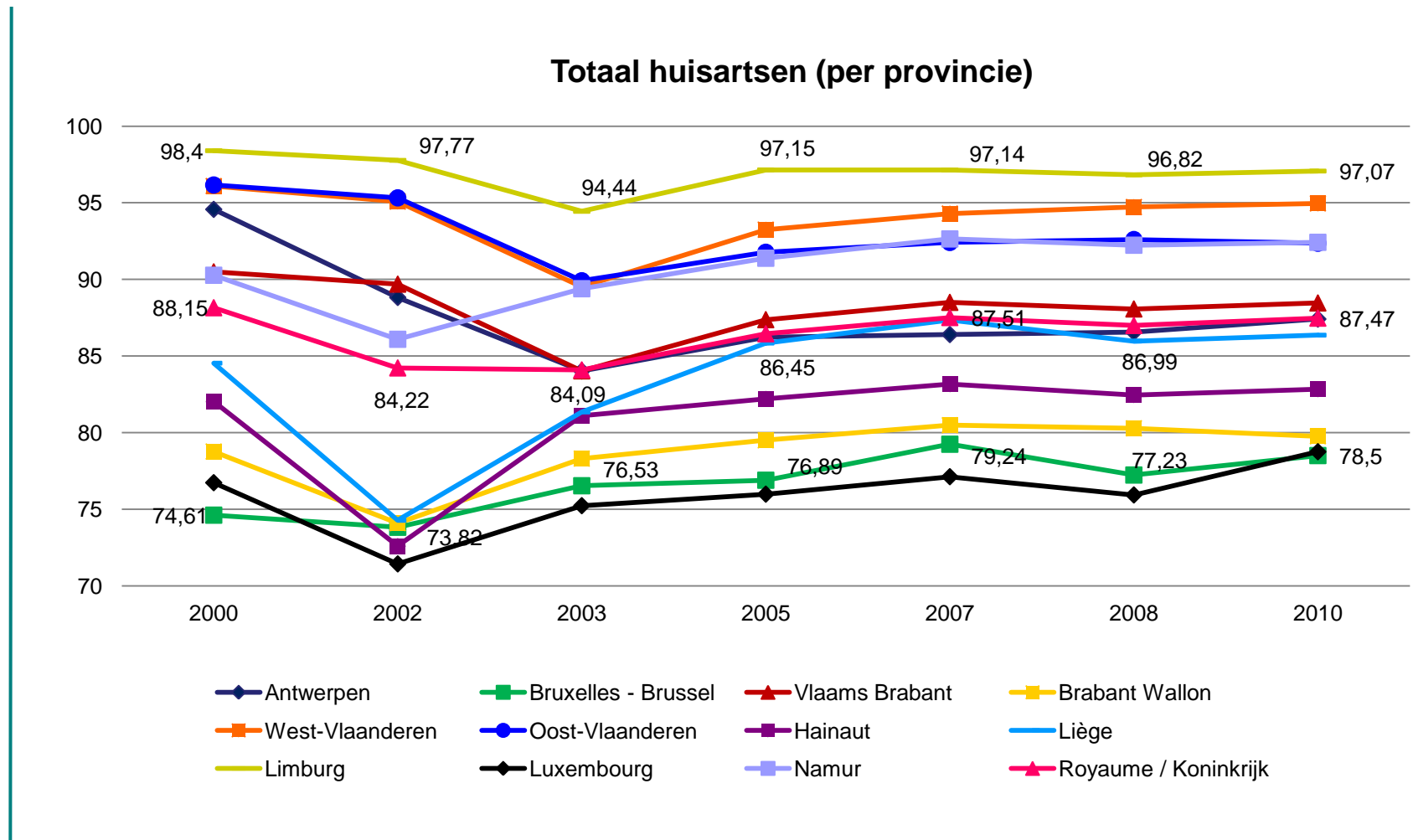
AKKOORDEN ARTSEN – ZIEKENFONDSEN

Evolutie toetreding tot de akkoorden



AKKOORDEN ARTSEN – ZIEKENFONDSEN

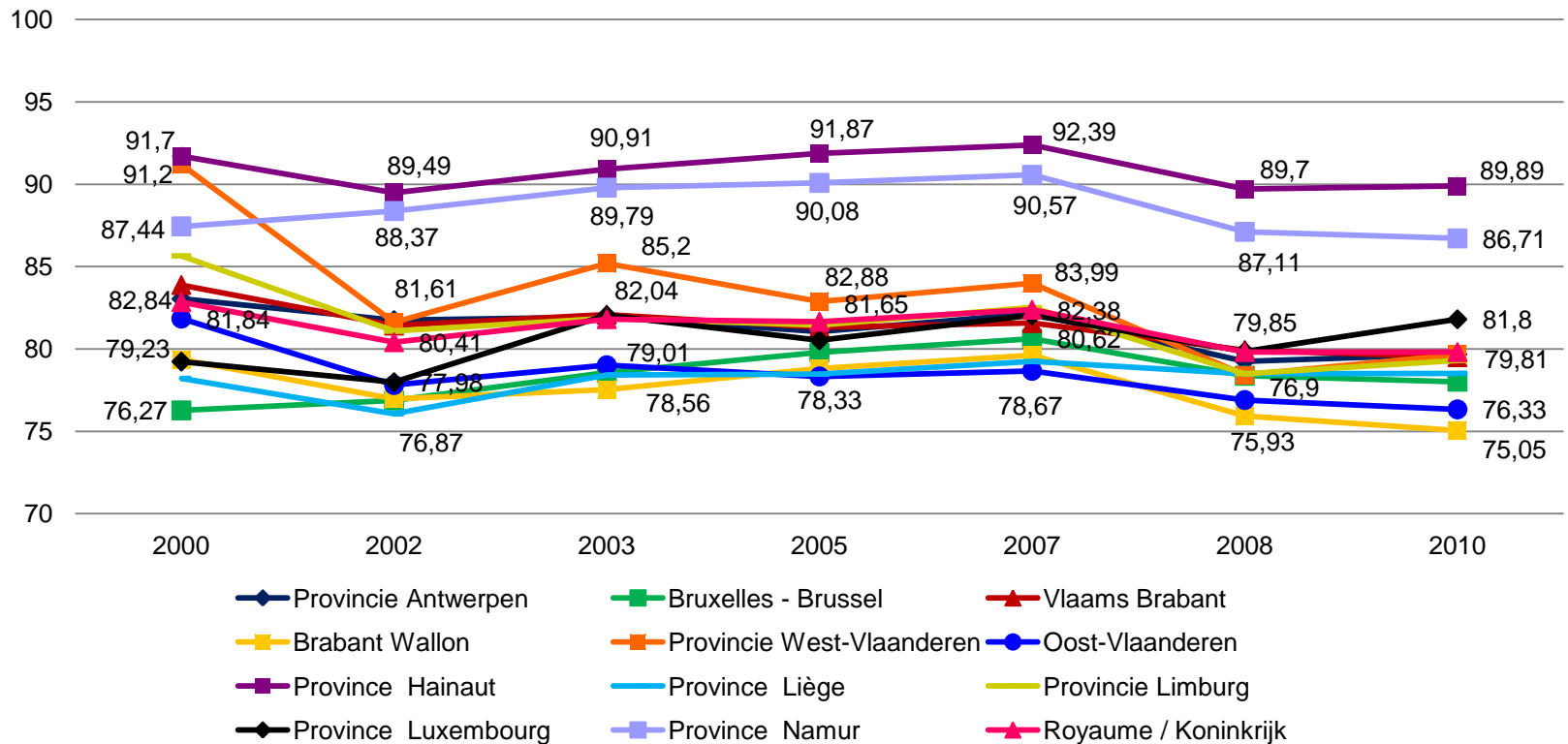
Evolutie toetreding tot de akkoorden



AKKOORDEN ARTSEN – ZIEKENFONDSEN

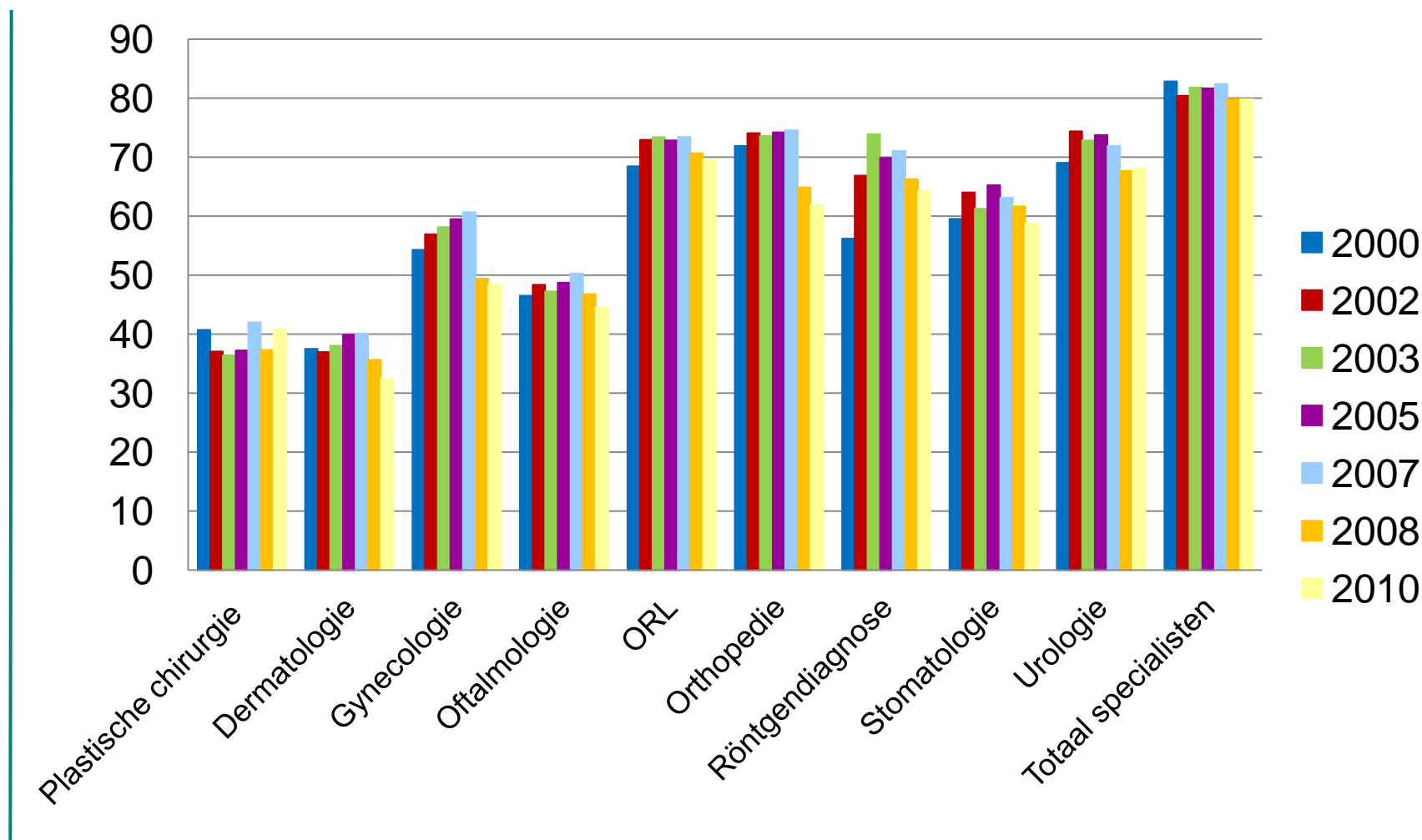
Evolutie toetreding tot de akkoorden

Totaal specialisten (per provincie)



AKKOORDEN ARTSEN – ZIEKENFONDSEN

Evolutie conventiegraad voor sommige specialisten



AKKOORDEN ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

Evolutie globale honorariamassa

	2001	2010	2010/2001 (2001 = 100)
Huisarts	689,1	1.186,6	172
Specialist			
- Raadpleging + toezicht	517,3	954,8	185
- Andere	3.150,5	4.524,5	144
-Subtotaal	3.667,8	5.479,3	149
TOTAAL	4.356,9	6.665,9	153

AKKOORDEN ARTSEN - ZIEKENFONDSEN

Honorariumsupplementen in ziekenhuizen – 2009

(in mio €)

	LCM	NVSM	Extrapolatie Rijk (LCM + NVSM = 72 %)
Kamer 1 persoon	114,7	66,5	251,7
Andere kamers	7,6	8,5	22,4
Chirurgisch dagziekenhuis	10,7	8,4	26,5
Niet-chirurgisch dagziekenhuis	7,2	4,7	16,5
	<hr/> 140,2	<hr/> 88,1	<hr/> 317,1

Bron: 6^e CM Barometer ziekehuisfacturen (dec. 2010); Coûts hospitaliers UNMS 'oct. 2010);
Eigen berekeningen.

AKKOORDEN ARTSEN – ZIEKENFONDSEN

Goedgekeurde technische ramingen 2012 (voor begrotingsmaatregelen)

	2011	2012 (technische raming)				
	(in mio €)	Trend (in mio €)	Maatregelen (in mio €)	Index (in mio €)	Totaal (in mio €)	Groei 12/11 (%)
Huisarts	1220,5	21,8	46,8	39,9	1329	8,9
Specialist						
•Raadpleging /toezicht	1049,2	21,8	15,8	32,5	1119,3	6,7
•Andere	4759,9	72,7	15,1	144,9	4992,6	4,9
•Subtotaal	5809,1	94,5	30,9	177,4	6111,9	5,2
Onverdeeld	9,0	6,6			2,5	
Totaal	7038,6	109,7	77,7	217,3	7443,4(*)	5,8

(*) Exclusief ev. one shot GMD (-44,5 mio €)

- Kunnen bepaalde incentives de toetreding tot de conventie verbeteren (tussenkost administratieve kosten, vergoeding onregelmatige prestaties,...)?
- Hoe kan de trend inzake lage conventioneringsgraad bij sommige specialismen worden gekeerd? Kennen we de beweegredenen voldoende?
- Is er voldoende onderscheid tussen geconventioneerd en niet geconventioneerd zijn (cfr. problematiek supplementen)? Hoever reikt de vrijheid?
- Hoe kan betere toegankelijkheid en grotere transparantie voor de patiënten worden tot stand gebracht (derde betalende, factuur,...)
- Is er bereidheid om een meerjarentraject op te starten dat via aangepaste financieringsmechanismen ruimte creëert voor innovatie, solidariteit verzekert en efficiëntie verhoogt?
- Kunnen verdere moedige stappen gezet worden inzake herijking?
- Is er nood om de waarden en voorwaarden van het overlegmodel te bevestigen en te expliciteren? Is er een behoefte aan modernisering en rationalisering van het overleg?
- Moet er gestreefd worden naar een meer multidisciplinair overlegmodel, gelet op groeiende interacties tussen zorgverleners?

Bedankt voor uw aandacht