

VEREENVOUDIGING VAN DE REMGELDEN

TOEPASSING OP DE RAADPLEGINGEN EN HUISBEZOEKEN VAN ARTSEN

SYNTHESE



VEREENVOUDIGING VAN DE REMGELDEN TOEPASSING OP DE RAADPLEGINGEN EN HUISBEZOEKEN VAN ARTSEN

SYNTHESE

MARIA-ISABEL FARFAN-PORTET, CARL DEVOS, STEPHAN DEVRIESE, IRINA CLEEMPUT, CARINE VAN DE VOORDE



■ VOORWOORD

De Belgische verplichte ziekteverzekering, opgericht door een wet uit 1963, viert binnenkort haar 50e verjaardag. Vanaf het begin had deze wet remgelden voorzien die, zoals de naam aangeeft, waren bedoeld om de consumptie van de gezondheidszorg binnen redelijke grenzen te houden. Men vreesde toen dat er een regelrechte verkwisting zou optreden indien de zorg volledig gratis was.

Gedurende deze 50 jaar zijn zowel de wet als haar uitvoeringsbesluiten sterk geëvolueerd. Ook de remgelden kenden talrijke evoluties, omdat men wilde tegemoetkomen aan nieuwe doelstellingen die initieel niet aan de orde waren of die zich opdrongen als gevolg van socio-economische veranderingen. Na verloop van tijd hebben deze nieuwe regels de situatie dermate ingewikkeld en weinig transparant gemaakt dat het RIZIV het KCE gevraagd heeft te onderzoeken hoe de regels kunnen vereenvoudigd worden.

Natuurlijk kunnen we niet op om het even welke manier vereenvoudigen. Elke regel is de vertaling van onderliggende doelstellingen en het is niet de taak van het KCE om te oordelen welke doelstellingen vandaag niet langer doorwegen of minder belangrijk geworden zijn. Daarom is er gekozen om een aantal verschillende mogelijkheden van vereenvoudiging te simuleren. Het is daarna aan de beleidsmakers om hiertussen een keuze te maken.

De materie blijft in ieder geval complex. Elke keuze heeft mogelijks een impact op de inkomensherverdeling en op de inzet van middelen voor de meest doeltreffende zorg van de beste kwaliteit. Vereenvoudiging is weliswaar een goede zaak, maar we mogen hierbij deze andere doelstellingen zeker niet uit het oog verliezen. Daarom is het onze bedoeling om hierop binnenkort terug te komen in een rapport dat deze aspecten in een bredere context zal bekijken.

Jean-Pierre CLOSON
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ SYNTHESE

TABLE OF CONTENTS

1.	INLEIDING.....	3
1.1.	WIJZE WAAROP DE EIGEN BIJDRAGEN VAN PATIËNTEN IN DE AMBULANTE ARTS-PATIËNTENCONTACTEN GEREGLD ZIJN, IS COMPLEX	3
1.2.	VEREENVOUDIGINGEN BINNEN DE GRENZEN VAN HET HUIDIGE ZIEKTEVERZEKERINGSSYSTEEM.....	4
2.	EEN OPEENVOLGING VAN AD HOC MAATREGELEN SINDS 1963	4
2.1.	DE WET OP DE ZIEKTEVERZEKERING VAN 9 AUGUSTUS 1963 VORMT DE BASIS VAN HET HUIDIGE SYSTEEM.....	4
2.2.	BUDGETTAIR GEÏNSPIREERDE HERVORMINGEN	5
2.3.	FINANCIËLE PRIKKELS STUREN GEDRAG	6
3.	BELEIDSOPTIES OM DE HUIDIGE REMGELDSTRUCTUUR BIJ ARTS-PATIËNTENCONTACTEN TE VEREENVOUDIGEN.....	6
3.1.	Globale financiële impact van elke maatregel voor het RIZIV en de patiënten	9
3.1.1.	Raadplegingen van huisartsen.....	9
3.1.2.	Huisbezoeken van huisartsen	9
3.1.3.	Raadplegingen van specialisten	10
3.2.	FINANCIËLE IMPACT VAN HERVORMINGEN OP BEPAALDE GROEPEN VAN PATIËNTEN	10
4.	DISCUSSIE EN BESLUIT	11
4.1.	EEN GECOÖRDINEERDE AANPAK ONTBREEKT	12
4.2.	EEN ANDERE MOGELIJKE VERKLARING VOOR DE COMPLEXITEIT	12
4.3.	VASTE VERSUS PROCENTUELE REMGELDEN	12
4.4.	TRANSPARANTIE.....	13



1. INLEIDING

1.1. Wijze waarop de eigen bijdragen van patiënten in de ambulante arts-patiëntencontacten geregeld zijn, is complex

Belgische patiënten die gebruik maken van de gezondheidszorg betalen zelf een deel van de kosten. Deze eigen bijdragen zijn kenmerkend voor onze ziekteverzekering. In de regel worden de kosten gedeeld tussen de ziekteverzekering en de patiënt. Op deze regel gelden uitzonderingen voor sommige diensten of essentiële geneesmiddelen zoals insuline, waarvoor er geen financiële tussenkomst van de patiënt gevraagd wordt.

Grosso modo bestaan er **drie directe vormen van eigen bijdragen**.

Een **eerste** optie is een **remgeld in de vorm van een vast bedrag**: de patiënt betaalt een bepaald bedrag voor een prestatie en de ziekteverzekering het restbedrag.

Tweede mogelijkheid is een **remgeld als percentage van de totale kostprijs**: de patiënt betaalt een bepaald percentage van de kostprijs van een prestatie en de ziekteverzekering het overblijvende deel.

Een voorbeeld. Op 1 december 2011 bedroeg het honorarium voor een raadpleging door de cardioloog 29,51 euro. Patiënten met recht op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming (VT) betalen een vast remgeld van 2,50 euro; “gewone” patiënten een procentueel remgeld van 40%.

Deze beide vormen van eigen bijdragen zijn zeer gebruikelijk in de Europese gezondheidszorgsystemen.

Een **derde** mogelijkheid is een **franchiseformule** waarbij de patiënt de zorgkosten tot een gelimiteerd bedrag zelf betaalt. In de Belgische ziekteverzekering kan de maximumfactuur (MAF) gezien worden als een voorbeeld van een franchiseformule. De MAF betaalt de remgelden van een gezin terug vanaf een bepaald plafond, dat vastgelegd wordt in functie van het netto belastbaar gezinsinkomen.

Behalve de directe vormen van eigen bijdragen kunnen **patiënten ook indirect een deel van de zorgkosten voor hun rekening nemen**. Dit onder de vorm van “supplementen” – wat in de Verenigde Staten “balance billing” heet en in Frankrijk “dépassements”. Een supplement is het verschil in kostprijs tussen het officiële tarief en het tarief dat de zorgverstrekker zelf vrij kan bepalen. Ook als de kostprijs van een bepaald voorgeschreven geneesmiddel hoger ligt dan een vastgelegde referentieprijs betaalt de patiënt het verschil uit eigen zak. Hetzelfde geldt voor zorg die niet door de verplichte ziekteverzekering gedekt wordt.

De huidige regelgeving zit ingewikkeld in elkaar. Vooral voor de ambulante prestaties van artsen bestaan er vele percentages en vaste bedragen als remgeld. Door de grote complexiteit is het overzicht volledig zoek voor het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), de verzekeringsinstellingen, patiënten en zorgverstrekkers.

Het RIZIV vroeg het KCE **denksporen uit te werken om het huidige systeem van remgelden te vereenvoudigen en als dusdanig de transparantie te verbeteren**. Aangezien de complexiteit het grootst is in de ambulante sector beperkt het opzet van de KCE-studie zich tot huisbezoeken en raadplegingen van huisartsen en tot raadplegingen van specialisten in hun privépraktijk.

De finaliteit is na te gaan wat de financiële impact is van een vereenvoudigde remgeldstructuur zowel voor het RIZIV als voor de patiënten.



1.2. Vereenvoudigingen binnen de grenzen van het huidige ziekteverzekeringssysteem

Om het overzichtelijk te houden en omdat de complexiteit zich vooral in de ambulante gezondheidszorg situeert, beperkt het KCE-rapport zich tot raadplegingen en huisbezoeken door huisartsen en tot raadplegingen door privaat werkende specialisten.

De vereenvoudiging is begrensd. **De analyse** vertrekt niet van een wit blad maar **gaat uit van vier basisprincipes** van het Belgische ziekteverzekeringssysteem. Met name stelt de studie:

- het systeem met remgelden niet in vraag;
- dat systemen zoals de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, die de kosten voor de patiënt bij elk contact met de arts beperken, behouden blijven;
- de nomenclatuur, de prestatiebetaling en in het algemeen de manier waarop artsen betaald worden niet in vraag;
- als uitgangspunt de regelgeving voor remgelden in december 2011.

Buiten het bereik van deze studie vallen indirecte vormen van kostendeling en de minderheid van per capita betaalde huisartsen.

2. EEN OPEENVOLGING VAN AD HOC MAATREGELEN SINDS 1963

2.1. De Wet op de Ziekteverzekering van 9 augustus 1963 vormt de basis van het huidige systeem

De fundamenten voor de huidige structuur van eigen bijdragen gaan terug tot de **Wet op de Ziekteverzekering van 9 augustus 1963**. Deze basiswet voerde diverse substantiële veranderingen door in de gezondheidszorg.

Drie wijzigingen zijn bijzonder relevant voor deze studie. In essentie gelden deze ook vandaag nog.

- **Ten eerste** voorzag de wet in de creatie van een lijst met terugbetaalbare diagnostische en therapeutische procedures. Dit is de “nomenclatuur”.
- **Ten tweede** werden **akkoordcommissies** in het leven geroepen. **Zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen** leggen hierbij honoraria en prijzen vast. Voor de artsen onderhandelt de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen van het RIZIV op nationaal niveau over deze honoraria. Ze gelden voor huisartsen, ziekenhuisspecialisten en specialisten met een privépraktijk. Individuele artsen kunnen kiezen of ze toetreden tot de overeenkomst. Wie dat doet, en dus geconventioneerd is, verbindt er zich toe de tariefovereenkomsten zoals ze vastgelegd zijn in de nomenclatuur toe te passen. Hierdoor hebben patiënten van deze artsen tariefzekerheid. Niet-geconventioneerde artsen kunnen hun honoraria vrij bepalen.
- **Ten derde** creëerde de wetgever in 1963 **een categorie verzekerden met een verhoogde verzekeringstegemoetkoming (VT)**. Deze geeft recht op een verhoogde terugbetaling van gezondheidskosten. In 1963 betaalde de ziekteverzekering de kosten van deze patiënten volledig terug terwijl in regel patiënten slechts recht hadden op 75% terugbetaling. Een kwetsbaar segment van de populatie werd zodoende vrijgesteld van eigen bijdragen. **Al in 1965** voorzag de wet op de ziekteverzekering **echter de mogelijkheid om ook voor de algemene bevolking de eigen bijdrage van de patiënt te beperken**.

Concreet bekent dit dat als de tarieven substantieel stijgen men kan overschakelen van een procentueel naar een vast remgeld. In 2010 werd van deze mogelijkheid voor het eerst gebruik gemaakt. Dat jaar voerde de ziekteverzekering een plafond in van 15,50 euro voor specialistische raadplegingen.

2.2. Budgettaire geïnspireerde hervormingen

Tot begin de jaren 1980 waren er nauwelijks maatregelen van toepassing om het gebruik van gezondheidszorg te beperken via de vraagzijde. Ten gevolge van de economische crisis en de toenemende kosten voor gezondheidszorg verminderde de generositeit van de ziekteverzekering. Twee op dezelfde dag in het Staatsblad gepubliceerde **Koninklijke besluiten (KBs van 23 maart 1982) breidden het procentuele remgeld uit tot de kwetsbare populatie:**

- Vooreerst werden ze financieel geresponsabiliseerd voor maximaal 10% van de honoraria voor raadplegingen en huisbezoeken van huisartsen en voor maximaal 15% van de honoraria voor specialistische raadplegingen.
- Daarnaast bestond voor de algemene bevolking al sinds 1965 de mogelijkheid om een vast remgeldbedrag per prestatie te heffen. Deze maatregel werd nu uitgebreid tot de kwetsbare groep.

Begin de jaren 1990 had een shift plaats van **circa 2% van het gezondheidszorgbudget naar de patiënten** door een verhoging van de remgelden:

- Artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet van 14 juli 1994) legde het remgeldpercentage voor de algemene bevolking vast op 25%, zoals voorzien in de wet van 1963, en voor de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming op 10% voor de raadplegingen en huisbezoeken van huisartsen en 15% voor de raadplegingen van specialisten, zoals vastgelegd in het KB van 23 maart 1982.

- Artikel 37bis daarentegen verhoogde de procentuele remgelden voor de algemene bevolking. Voor raadplegingen en huisbezoeken van huisartsen gold respectievelijk een procentueel remgeld van 30% en 35%. Voor specialistische raadplegingen gold 40%. Patiënten met een preferentiële terugbetaling vallen niet onder artikel 37bis.

Samenvattend kan men stellen dat de wetgeving voor beide bevolkingsgroepen voorziet in de mogelijkheid van een vast en van een procentueel remgeld. In de praktijk is de regel nochtans dat de algemene bevolking een procentueel remgeld betaalt en de rechthebbenden op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming (VT) een remgeld in de vorm van een vast bedrag.

Voor patiënten met recht op verhoogde verzekeringstegemoetkoming bepaalt artikel 37 van de GVU-wet van 14 juli 1994 de remgeldpercentages en het KB van 23 maart 1982 het vaste remgeldbedrag. In de praktijk geldt een vast remgeldbedrag.

Voor de algemene bevolking bepaalt artikel 37bis van de GVU-wet van 14 juli 1994 de remgeldpercentages en artikel 37 het maximale vaste remgeldbedrag. In de praktijk gelden eigen bijdragen in de vorm van remgeldpercentages.



2.3. Financiële prikkels sturen gedrag

De jongste tien jaar gebruikt het beleid remgelden steeds vaker om het medische consumptiegedrag te beïnvloeden:

- Zo werden in de periode 2000-2011 expliciet maatregelen genomen om huisbezoeken te ontmoedigen en het gebruik van het Globaal Medisch Dossier (GMD) te stimuleren. Patiënten met een GMD betalen een lager vast of procentueel remgeld als ze op raadpleging gaan bij de GMD-houdende huisarts.
- Patiënten hebben rechtstreeks toegang tot de medische specialist. De overheid wil hen evenwel stimuleren om eerst hun huisarts te raadplegen alvorens naar een specialist te gaan. Daarom voorziet de wet **sinds 2007 in een lagere eigen bijdrage** voor wie **na verwijzing door een huisarts naar de specialist** gaat. Een in draagwijdte beperkte maatregel want de vermindering geldt enkel voor de eerste specialistische raadpleging per kalenderjaar en per specialisme.
- **Sinds 1 december 2011** betaalt het RIZIV het bijkomende honorarium voor (urgente) huisartsenconsultaties buiten de uren volledig terug voor alle patiënten. Zo wil men het **onnodig gebruik van de spoeddienst in de ziekenhuizen verminderen**.
- Ook het **systeem van eigen bijdragen voor huisartsenconsultaties werd op 1 december 2001 vereenvoudigd**. De vele vaste en procentuele remgelden werden vervangen door vier onderscheiden vaste bedragen. Bedoeling was de **sociale derdebetalersregeling** te vergemakkelijken.

3. BELEIDSOPTIES OM DE HUIDIGE REMGELDSTRUCTUUR BIJ ARTS-PATIËNTENCONTACTEN TE VEREENVOUDIGEN

Er zijn verschillende mogelijkheden om de huidige remgeldstructuur voor de arts-patiëntencontacten te vereenvoudigen.

Extreem gesteld kan men bijvoorbeeld alle vaste en procentuele remgeldtarieven schrappen en slechts één vast remgeldbedrag overhouden. Dat zou voor alle partijen een drastische vereenvoudiging betekenen. Maar afhankelijk van de hoogte van dit eenvormig tarief kan de impact op het RIZIV-budget of op de eigen bijdrage van de patiënt - en dus op de financiële toegankelijkheid voor kwetsbare groepen - onrealistisch zijn. Voor alle hervormingsvoorstellen werd daarom de financiële impact voor het RIZIV en voor diverse subgroepen van de bevolking berekend.

Tabel 1 vat de huidige toestand (december 2011) samen: welke mogelijkheden zijn er qua vaste en procentuele remgelden voor raadplegingen en huisbezoeken door huisartsen en voor raadplegingen door specialisten?



Tabel 1: Factoren die de hoogte van de eigen bijdrage bepalen voor raadplegingen en huisbezoeken door huisartsen en voor raadplegingen door specialisten

	Raadplegingen door huisartsen	Huisbezoeken door huisartsen	Raadplegingen door specialisten
Statuut patiënt (met of zonder VT*)	Vast remgeldbedrag voor alle patiënten maar gedifferentieerd volgens VT	Procentueel remgeld voor de algemene bevolking en een vast remgeldbedrag voor patiënten met VT	Procentueel remgeld met een plafond voor de algemene bevolking en een vast remgeldbedrag voor patiënten met VT
Overdag/buiten de kantooruren**	RIZIV betaalt het bijkomende honorarium voor raadplegingen buiten kantooruren volledig terug	Tijdens kantooruren is eigen bijdrage berekend op één enkel honorarium, buiten de kantooruren op twee honoraria	Procentueel remgeld op bijkomend honorarium voor raadplegingen buiten kantooruren gedifferentieerd volgens VT. Voor de algemene bevolking geldt een plafond
Globaal Medisch Dossier	33% vermindering op het remgeld	Remgeld vermindert met 30% voor patiënt met VT, voor chronisch zieken en voor ouderen (75-plus) en kinderen (<10)	Vermindering van het remgeld na verwijzing door de huisarts voor de eerste specialistische consultatie per kalenderjaar en per specialisme
Verblijfplaats patiënt • Thuis • Instelling met gemeenschappelijke verblijven of residentiële ouderenzorg	-	Eigen bijdrage is berekend op één enkel honorarium voor huisbezoeken thuis en op twee honoraria voor huisbezoeken in een gemeenschappelijke residentie	-
Leeftijd patiënt	-	Remgeld is lager voor ouderen (75-plus) met een GMD tijdens kantooruren en voor kinderen jonger dan tien jaar	-
Chronisch ziek	-	Remgeld is lager voor chronisch zieken met een GMD tijdens kantooruren	-
Kwalificatie arts	-	Bepaalt zowel het bedrag als de vorm (procentueel of vast remgeldbedrag) van de eigen bijdrage	Voor patiënten met VT varieert het vaste remgeldbedrag met het specialisme. Voor de algemene bevolking varieert het procentuele remgeld met het specialisme
Aantal patiënten gedurende het huisbezoek of de consultatie	-	Bepaalt het bedrag, de vorm en de berekening (één versus twee tarieven) van het remgeld	-

*Verhoogde verzekeringstegemoetkoming

** Na 18u en tijdens weekend of feestdag



De **voorgestelde hervormingen** houden rekening met volgende **principes van vereenvoudiging**:

- een **gebruiksvriendelijke structuur** van eigen bijdragen. Indien de beleidsmakers een systeem van (sociale) derdebetaler wil aanmoedigen, dan zijn afgeronde bedragen gemakkelijker om mee te werken.
- een **coherente structuur** van eigen bijdragen. Een differentiatie in eigen bedragen volgens de kwalificatie van de huisarts kan moeilijk gerechtvaardigd worden aangezien patiënten vaak niet op de hoogte zijn van de kwalificatie van hun huisarts. Evenzo beschouwen we verschillen in eigen bijdragen op basis van de woonplaats van de patiënt (thuis of in een instelling met gemeenschappelijke verblijven) als ongerechtvaardigd. Patiënten hebben immers recht op dezelfde zorg waar ze ook wonen, alle andere factoren constant gehouden. Om dezelfde reden beschouwen we ook het verschil in remgeld volgens het aantal patiënten dat de huisarts per contact ziet, als incoherent.
- meer **transparantie**. Indien eigen bijdragen bedoeld zijn om patiënten te sturen naar bepaalde zorg, dan moeten de signalen transparant zijn. Bijgevolg mag de vorm van de eigen bijdrage (vast bedrag of percentage) niet afhankelijk zijn van patiëntenkenmerken. Beide vormen hebben hun voordelen, maar deze voordelen worden niet bepaald door patiëntenkenmerken zoals de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.
- bepaling van remgelden volgens principes **onafhankelijk van principes voor bepaling van de hoogte van de honoraria**. De factoren die de honoraria van huisartsen en specialisten bepalen en de keuzes die aan de grondslag liggen van de hoogte van het remgeld, zijn fundamenteel verschillend en wederzijds onafhankelijk.

Bovendien gaan de voorgestelde hervormingen ook uit van een aantal **principes die remgeldverschillen kunnen noodzaken**:

- het behoud van bepaalde keuzes inzake **toegankelijkheid/bilijkheid**. Aan de huidige maatregelen die het remgeld verminderen voor elk contact met de gezondheidszorg, zoals de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, werd niet getornd.
- het aanmoedigen van **waardevolle diensten**. Een efficiënt gebruik van gezondheidszorg is een voor de hand liggende beleidskeuze. Indien beleidsmakers ervan overtuigd zijn, zoals nu het geval is, dat een GMD een positieve impact kan hebben op gezondheidskosten en/of op de gezondheid van patiënten, kan een remgeldvermindering voor patiënten met een GMD gerechtvaardigd zijn. Voorwaarde is wel dat de patiënt zelf de beslissing neemt om een GMD te openen.

In de meeste simulaties blijven **de huidige wettelijke bepalingen van toepassing**. Bovendien hebben we geprobeerd om de **financiële impact beperkt** te houden, vooral voor kwetsbare groepen van patiënten.

Het is aan het beleid om te beoordelen of deze principes aanvaardbaar zijn.



3.1. Globale financiële impact van elke maatregel voor het RIZIV en de patiënten

Microsimulaties

De financiële impact van de hervormingsvoorstellen op de eigen bijdragen en op het RIZIV-budget werd berekend **met behulp van microsimulaties**. Alle analyses baseren zich op de Permanente Steekproef (EPS) van sociaal verzekerden, jaar 2009. Het gaat om gewogen resultaten zodat ze de financiële impact op nationaal niveau weerspiegelen.

In een eerste fase geeft een **basissimulatie de huidige situatie (2011)** weer. Dit is de referentie. De overige simulaties van de financiële impact van diverse maatregelen worden hieraan afgetoetst. Een berekening van de financiële impact van diverse maatregelen gebeurde ook voor subpopulaties aan de hand van kenmerken als leeftijd, geslacht, invaliditeit, al dan niet chronisch ziek, met of zonder GMD, werkloos of niet, al dan niet rechthebbend op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en in functie van de totale individuele uitgaven voor gezondheidszorg. Gegevens over prijselasticiteiten ontbreken echter. Het was dus onmogelijk om de manier waarop patiënten en verstrekkers zullen reageren op beleidsmaatregelen te verrekenen. **De resultaten geven de effecten op korte termijn weer.**

Financiële impact en terugbetalingen door de maximumfactuur

Tabel 2 geeft de uitgaven voor het RIZIV en voor de patiënten weer in de basissimulatie en simulaties van de impact van alle hervormingen met betrekking tot raadplegingen en huisbezoeken door huisartsen en met betrekking tot specialistische raadplegingen. In de basissimulatie werd geen rekening gehouden met terugbetalingen door de maximumfactuur (MAF). Voor de simulaties met de voorgestelde hervormingen, geven we de financiële impact met en zonder de MAF-terugbetalingen. Indien een patiënt een hogere eigen bijdrage moet betalen door een bepaalde beleidssimulatie, dan zal deze toename volledig ten laste zijn van het RIZIV indien die patiënt reeds in de data (jaar 2009) MAF-terugbetalingen ontving. Voor een patiënt zonder terugbetalingen door de MAF in 2009 wordt de financiële impact van een maatregel berekend zonder de MAF in rekening te brengen. Dit geldt ook voor een patiënt die het remgeldplafond

bereikt had in 2009 maar die door de hervorming minder eigen bedragen moet betalen. De achterliggende veronderstelling is dat een stijging of daling van de eigen bijdrage een patiënt niet boven of onder het remgeldplafond zal brengen.

De financiële impact voor de patiënten is dezelfde als voor het RIZIV maar dan met het tegengestelde teken.

3.1.1. Raadplegingen van huisartsen

- Duidelijk is dat de **remgeldvereenvoudiging in december 2011** geen overdreven meerkost betekende voor het RIZIV-budget: circa 1,9 miljoen euro (C1). Deze meerkost daalt tot 1,4 miljoen euro als we rekening houden met de minderuitgaven in de MAF.
- De vervanging van de huidige, niet-geïndexeerde, vaste remgelden door **procentuele remgelden** - respectievelijk **10% en 30%** voor patiënten met en zonder VT - is bijna budgetneutraal. Een opvallend resultaat uit de vergelijking van C2 en C3 is dat de financiële impact voor het RIZIV zeer verschillend is, maar de terugbetalingen door de MAF exact dezelfde zijn. De verklaring hiervoor is dat in beide simulaties patiënten zonder VT lagere remgelden betalen dan momenteel het geval is, terwijl patiënten met VT iets meer betalen. Een procentueel remgeld van 10% in C2 en C3 geeft een hoger bedrag dan de huidige vaste bedragen. In C5 en C6 kan de nulbetaling voor de MAF op een vergelijkbare wijze verklaard worden.

3.1.2. Huisbezoeken van huisartsen

- Bij het berekenen van de eigen bijdrage **geen rekening houden met de plaats waar de huisarts op huisbezoek gaat en met zijn kwalificatie** is eveneens een hervorming met een beperkte budgetverandering voor het RIZIV (V1). Daar staat tegenover dat de voorgaande simulatie combineren met een scenario met vaste remgeldbedragen voor alle patiënten - in een verhouding van 1 op 4 naargelang de VT zoals nu het geval is voor de raadplegingen van huisartsen - een extra RIZIV-budget van 7,9 miljoen euro vergt (V2). De terugbetalingen door de MAF zijn zeer beperkt (0,1 miljoen euro) aangezien voor het merendeel van de patiënten de huidige remgelden lager zijn dan onder V2.



- Indien alle patiënten **procentuele remgelden** zouden betalen (V3), zou de kost voor het RIZIV verminderen met 4,7 miljoen euro zonder en 3,0 miljoen euro met terugbetalingen door de MAF. Immers, 10% remgeld voor mensen met VT geeft een hoger bedrag dan de huidige vaste bedragen.
- De financiële impact van eenvormig toegepaste beschermingsmaatregelen voor kinderen, ouderen en chronisch zieken hangt af van de manier waarop deze worden doorgevoerd.

3.1.3. Raadplegingen van specialisten

- Het verschil in financiële impact tussen S1 en S2 is aanzienlijk, maar de MAF-terugbetalingen zijn exact dezelfde. Dit resultaat is vergelijkbaar met simulaties C2 en C3 voor raadplegingen van huisartsen.
- De actueel geldende procentuele en absolute remgelden vervangen door absolute bedragen zoals in S4-S7 wordt uitgetekend, heeft een substantiële financiële impact.
- Besluit het beleid ertoe **alle patiënten voor raadplegingen door huisartsen én voor raadplegingen door specialisten dezelfde vaste remgeldbedragen** op te leggen, dan vergt dit een extra budget van 76,2 miljoen euro (S4). S6 heeft de kleinste financiële impact, waarvan de helft bestaat uit terugbetalingen in het kader van de maximumfactuur.

3.2. Financiële impact van hervormingen op bepaalde groepen van patiënten

Sectie 3.1. geeft de globale financiële impact weer van diverse gesimuleerde beleidsmaatregelen. Die impact is echter niet noodzakelijk evenredig verdeeld over alle subgroepen van patiënten. In het wetenschappelijke rapport geven de grafieken 1-9 de financiële impact weer van de maatregelen op deze subgroepen, naargelang leeftijd en geslacht, gezondheidsstatus, met of zonder GMD en sociaaleconomische kenmerken. De omvang en de richting van de financiële impact hangen nauw samen met de wijze waarop het remgeld bepaald wordt. Het resultaat is ook zeer divers naargelang de subgroep van patiënten.



Tabel 2: Financiële impact voor het RIZIV en voor patiënten per beleidsvoorstel, als verschil met de basissimulatie

Simulatie	Patiënten	RIZIV zonder MAF*	RIZIV met MAF	MAF terugbetalingen
Raadplegingen huisarts				
Basissimulatie	€ 137 497 114	€ 605 274 730		
C1: Situatie voor december 2011		€ -1 859 891	€ -1 448 681	€ 411 210
C2: 10% met VT** - 25% zonder VT		€ 21 788 295	€ 22 156 577	€ 368 282
C3: 10% met VT - 30% zonder VT		€ 800 972	€ 1 169 254	€ 368 282
C4: 10% met VT - 40% zonder VT		€ -41 173 675	€ -36 384 139	€ 4 789 536
C5: € 1,5 met VT - € 3,75 zonder VT		€ 48 232 681	€ 48 232 681	€ 0
C6: € 1,5 met VT - € 4,5 zonder VT		€ 32 155 120	€ 32 155 120	€ 0
Huisbezoeken huisarts				
Basissimulatie	€ 101 897 437	€ 403 295 589		
V1: Huidig remgeld (geen verschil volgens kwalificatie huisarts and woonplaats)		€ -233 780	€ -165 396	€ 68 384
V2: Vast remgeldbedrag, ratio 1 met VT tot 4 zonder VT (geen verschil volgens kwalificatie huisarts and woonplaats)		€ 7 876 675	€ 8 021 208	€ 144 533
V3: 10% met VT - 35% zonder VT		€ -4 659 175	€ -2 960 187	€ 1 698 988
V4: Regeling van ouderen en chronisch zieken toegepast op kinderen		€ -1 738 873	€ -1 548 906	€ 189 968
V5: Regeling van kinderen toegepast op ouderen en chronisch zieken		€ 5 393 252	€ 6 043 615	€ 650 363
Raadplegingen specialist				
Basissimulatie	€ 209 313 946	€ 474 523 137		
S1: 15% met VT - 25% zonder VT		€ 64 912 414	€ 66 575 540	€ 1 663 126
S2: 15% met VT - 40% met limiet van € 15,5; zonder VT		€ -5 562 505	€ -3 899 379	€ 1 663 126
S3: 15% met VT - 40% zonder limiet; zonder VT		€ -8 400 866	€ -6 116 824	€ 2 283 941
S4: € 1,5 met VT - € 6 zonder VT		€ 76 189 945	€ 76 247 496	€ 57 551
S5: € 2 met VT - € 8 zonder VT		€ 33 077 272	€ 33 715 749	€ 638 477
S6: € 2,5 met VT - € 10 zonder VT		€ -9 500 894	€ -4 983 829	€ 4 517 064
S7: € 3 met VT - € 12 zonder VT		€ -52 346 313	€ -42 957 636	€ 9 388 677

*MAF: maximumfactuur; **VT: verhoogde verzekeringstegemoetkoming



4. DISCUSSIE EN BESLUIT

4.1. Een gecoördineerde aanpak ontbreekt

Opeenvolgende politieke keuzes liggen aan de basis van de huidige complexe remgeldstructuur met procentuele en absolute remgelden voor raadplegingen en huisbezoeken door huisartsen en voor raadplegingen door specialisten. Het gaat om budgettaire keuzes maar ook over het gebruik van remgelden om patiënten aan te zetten tot gedragsveranderingen en tot een meer wenselijk geachte medische consumptie. Ook tracht het beleid kwetsbare patiëntengroepen via de remgelden een financieel toegankelijke gezondheidszorg te garanderen.

Elk systeem moet moeilijke keuzes maken en compromissen sluiten. De finaliteit daarvan is het bereiken van maatschappelijke doelstellingen zoals efficiëntie, billijkheid en een goede zorgkwaliteit met beperkte middelen. Het logische maar impliciete **gevolg is dat de complexe structuur van remgelden de waarden weerspiegelt die het beleid hecht aan elk van deze doelstellingen. Wat ontbreekt is een gecoördineerde benadering op basis van duidelijke uitgangspunten.**

Remgelden **structureel vereenvoudigen is niet noodzakelijk neutraal**. Vraag is bijvoorbeeld of hierbij een maatschappelijke waarde zoals een financieel toegankelijke gezondheidszorg gerespecteerd wordt. Minder complexe procentuele en vaste remgeldstructuren kunnen bijvoorbeeld de toegankelijkheid voor bepaalde kwetsbare groepen in het gedrang brengen.

Te noteren valt bovendien dat een **algemeen beeld** - de mate waarin kosten gedeeld worden en de zorg toegankelijk is of blijft - **ontbreekt**. Om een globaal overzicht te hebben, dient men ook indirecte vormen van eigen bijdragen, vooral dan supplementen, bij de dienstverlening door huisartsen en specialisten mee te nemen. Momenteel ontbreken echter de nodige gegevens over het aanrekenen van supplementen door huisartsen en ambulante werkende specialisten.

4.2. Een andere mogelijke verklaring voor de complexiteit

Een andere mogelijke verklaring voor de complexe structuur is de manier waarop in België de tarieven voor huisartsen en specialisten tot stand komen. Over de hoogte daarvan onderhandelt de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. **Bij tariefverhogingen maken akkoorden echter slechts zelden gewag van de financiële implicaties voor de patiënt.** En het procentueel remgeld volgt automatisch op de tariefverhoging. Enkel in 2010 werd een niet-geïndexeerd plafond van 15,50 euro voor raadplegingen door specialisten ingevoerd.

4.3. Vaste versus procentuele remgelden

Zowel aan vaste als aan procentuele remgelden zijn voor- en nadelen verbonden. **De keuze van de remgeldvorm hangt af van de doelstellingen die het beleid nastreeft.**

Op 1 december 2011 vereenvoudigde de remgeldstructuur voor raadplegingen door huisartsen. Dat verhoogde de transparantie voor huisartsen en patiënten. De vier resterende vaste remgeldbedragen zijn niet gelinkt aan de index. Het bedrag dat huisartsen hun patiënten aanrekenen, is dus precies gekend en blijft gedurende een lange periode hetzelfde. Ook voor de patiënten is het duidelijk hoeveel ze betalen. Zeker in een systeem van (sociale) derdebetaler zijn afgeronde bedragen gemakkelijk.

Anderzijds hebben procentuele remgelden één belangrijk voordeel ten opzichte van vaste remgelden. Met name, en gegeven de wijze waarop de tarieven in België tot stand komen, wordt voor het RIZIV de budgettaire impact van een indexering van de honoraria gedeeltelijk tenietgedaan door de procentuele remgelden. Een gelijkaardig resultaat bekomen met vaste remgeldbedragen vergt regelmatige wetwijzigingen. Uiteraard kan men het bedrag ook jarenlang ongewijzigd laten en enkel om de zoveel jaar het vaste remgeldbedrag substantieel laten stijgen. Zo zou dezelfde budgettaire impact gerealiseerd kunnen worden als met procentuele remgelden.



In het voordeel van procentuele remgelden pleit ook het principe dat patiënten hierdoor meer bijdragen voor duurdere diensten. De keerzijde is dat de patiënten ook de negatieve neveneffecten van de tariefonderhandelingen ondergaan. Want hun argumenten komen niet aan bod of zijn totaal niet relevant in het onderhandelingsproces dat tot een verhoging van de huisartsen- en specialistentarieven leidt. Bovendien stijgt het aandeel van de patiënt via een systeem van procentuele remgelden automatisch en zonder onderscheid of de tarieven nu geïndexeerd dan wel verhoogd worden.

Een afweging van de voor- en de nadelen van procentuele versus vaste remgelden doet de balans doorslaan in de richting van een systeem met vaste bedragen. In een derdebetalerssysteem is dat gemakkelijker hanteerbaar. En het laat beleidsmakers ook toe expliciete besluiten te nemen: moet het aandeel van de patiënt de tariefverhoging volgen of niet? Uiteraard spelen ook de praktische haalbaarheid en de aanvaardbaarheid door huisartsen en specialisten van een systeem met vaste en/of procentuele remgelden een rol in een proces van vereenvoudiging.

Historisch gesproken zijn procentuele remgelden vooral van toepassing op de algemene bevolking en vaste remgeldbedragen vooral op kwetsbare bevolkingssegmenten. Een systeem met procentuele remgelden veroorzaakt een automatische stijging van het bedrag dat patiënten uit eigen zak moeten betalen. Hierdoor is de kloof tussen de twee groepen in de loop der jaren gegroeid. Doordat meer aandacht ging naar de zwakste groepen in de samenleving nam ook de selectiviteit in het ziekteverzekeringsstelsel toe. Of dit een expliciete beleidskeuze was, is niet duidelijk.

4.4. Transparantie

We overdrijven niet als we stellen dat we op een keerpunt staan. **De tarievenstructuur en de daarmee gepaarde manier om kosten te delen, is zodanig complex geworden dat stappen in de richting van meer transparantie en coherentie in het systeem aangewezen zijn.**

Expliciete principes vastleggen die de hoogte van de eigen bijdragen omschrijven, kan een nuttige eerste stap zijn. Fundamentele vragen zijn in elk geval aan de orde indien men wil komen tot een transparant systeem. Welke criteria bepalen de hoogte van de eigen bijdragen? Moet dit variëren naargelang de waarde van het product of de dienst? Zijn variaties gerechtvaardigd in functie van aantal opleidingsjaren van de arts of naargelang het belang dat de samenleving hecht aan het specialisme?

De complexiteit en diversiteit in de vaste en procentuele remgeldstructuur terugschroeven is één manier om de transparantie te verhogen, wat al een doel op zichzelf kan zijn. In dit rapport wordt dit in een aantal concrete situaties uitgewerkt, met een simulatie van de financiële impact op de ziekteverzekering en op de patiënt.

Vaste en procentuele remgeldtarieven worden echter steeds vaker gebruikt om het medische consumptiegedrag te beïnvloeden. Als het de bedoeling is om via remgelden patiënten te sturen in de richting van bepaalde zorgverlening dan moet men ook hierin transparant zijn. Een mogelijk principe daarbij is de introductie van een “value-based Insurance” hoewel dit niet noodzakelijk tot een vereenvoudiging leidt. Dit model concentreert zich op wat vanuit maatschappelijk oogpunt de meest waardevolle behandeling is. Uiteraard overlappen beide benaderingen elkaar op een aantal punten.



Maar momenteel primeren andere overwegingen dan de maatschappelijke waarde bij de bepaling van de honorarium-tarieven. Bijvoorbeeld houdt men bij tariefonderhandelingen rekening met het relatieve aandeel aan technische prestaties dat specialisten kunnen aanrekenen vergeleken met de intellectuele prestaties. Dat heeft niets met de waarde op zich te maken hoewel de gevolgen van tariefverschillen tussen specialisten niet min zijn wanneer het gaat over procentuele remgelden. Voor de patiënt is zorg verstrekt door een pediater bijvoorbeeld duurder dan cardiologische zorg, terwijl beide vormen van zorg even waardevol kunnen zijn. Ten gronde stelt zich de vraag waarom een patiënt meer uit eigen zak betaalt louter omdat zijn ziekte de tussenkomst vereist van een specialist waarvoor de nomenclatuur een hoog tarief voorziet? In een volgend KCE rapport zal dieper ingegaan worden op de mogelijkheden en limieten van “value-based Insurance” binnen onze ziekteverzekering.



■ AANBEVELINGEN^a

Ter attentie van de Minister na advies van het Verzekeringscomité

- Vooraleer een ingrijpende hervorming ingevoerd wordt om de structuur van remgelden te vereenvoudigen:
 - moeten de principes die aan de grondslag liggen van deze vereenvoudiging en de doelstellingen die men wil bereiken of bewaren, worden bepaald;
 - moet men in de politieke overwegingen ook de aanwezigheid van de supplementen meenemen, die immers de rol van de remgelden volledig kunnen overschaduwen;
 - moet men de reflectie over de implicaties van een vereenvoudiging van remgelden uitbreiden naar de maximumfactuur en de regeling met derdebetaler;
 - moet een formele evaluatie gemaakt worden van de aanvaardbaarheid voor de betrokken beroepsgroep en van de praktische haalbaarheid, ondermeer op het vlak van de administratieve eenvoud.
- Aangezien de principes die aan de grondslag liggen van de structuur van remgelden gescheiden zijn van de logica achter de bepaling van de hoogte van de honoraria, zijn vaste, afgeronde bedragen (eerder dan procentuele remgelden) te verkiezen. Dit zou het systeem transparanter, coherenter en gebruiksvriendelijker maken.
- Zonder de structuur ingrijpend te veranderen, kunnen twee voor de hand liggende concrete vereenvoudigingen voor de remgelden aanbevolen worden:
 - remgeldverschillen die gebaseerd zijn op volgende kenmerken zouden moeten worden afgeschaft:
 - kwalificatie van de huisarts (erkend of met verworven rechten);
 - woonplaats van de patiënt (thuis, instelling met gemeenschappelijke verblijven);
 - aantal patiënten per huisbezoek.
 - dezelfde remgeldstructuur (vast bedrag of percentage) zou moeten gelden voor patiënten met en zonder verhoogde tegemoetkoming.

Ter attentie van de Algemene Raad van het RIZIV

- Wanneer een hervorming wordt voorgesteld, zou het dossier systematisch niet alleen de budgettaire impact voor de ziekteverzekering moeten vermelden, maar ook de financiële en andere gevolgen voor de patiënt.

^a Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen aan de overheid.



COLOFON

Titel:	Vereenvoudiging van de remgelden: toepassing op de raadplegingen en huisbezoeken van artsen - Synthese
Auteurs:	Maria-Isabel Farfan-Portet (KCE), Carl Devos (KCE), Stephan Devriese (KCE), Irina Cleemput (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)
Reviewers:	Frank Hulstaert (KCE), Mattias Neyt (KCE)
Externe experten:	Hervé Avalosse (ANMC), Benjamin Carette (INAMI – RIZIV), Regina De Paepe (MLOZ)
Externe validatoren:	Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV), Erik Schokkaert (KU Leuven), Carl Vanwelde (UCL)
Stakeholders:	Vanessa Andries (RIZIV – INAMI), Alain Bourda (UNMS), Benjamin Carette (INAMI – RIZIV), Joeri Guillaume (IMA – AIM), Reinier Hueting (ASGB), Luc Hutsebaut (LCM), Bernard Lange (Cabinet Onkelinx), Lucio Scanu (LUSS), Ilse Vermeiren (HZIV)
Belangenconflict:	Geen gemeld
Layout:	Ine Verhulst

Disclaimer:

- **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:	19 maart 2012 (2 nd print ; 1st print : 14 juni 2012)
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Financing, Personal; Financing, Government; Ambulatory Care; Health Care Reform; Health Services Accessibility
NLM classificatie:	W74
Taal:	Nederlands



Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2012/10273/39
Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Farfan-Portet M-I, Devos C, Devriese S, Cleemput I, Van de Voorde C. Vereenvoudiging van de remgelden: toepassing op de raadplegingen en huisbezoeken van artsen - Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Report 180As. D/2012/10.273/39

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.