O & O - Studiedienst
met medewerking juridische dienst

Didier Willaert & Evelyne Hens
Maart 2019

Barometer ambulante supplementen 2016-2017

Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
Sint-Jansstraat 32-38, 1000 Brussel

www.socmut.be

Socialistische Mutualiteiten

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting.....3

Studie
1. Context.....12
2. Data en methoden.....12
3. Aantal getuigschriften naar type verstrekker en conventiestatus.....13
4. Wettelijke achtergrond.....14
   4.1. Geconventioneerde, niet-geconventioneerde en partieel geconventioneerde zorgverstrekkers.....14
   4.2. Welke informatie moet aan de patiënt verschaft worden over zijn factuur?.....18
   4.3. Wat zijn de mogelijke sancties voor geconventioneerde zorgverstrekkers die de tarieven niet respecteren?.....21
5. Aanrekening van supplementen in de databank.....22
   5.1. Aantal getuigschriften met informatie over aanrekening van supplementen.....22
   5.2. Percentage getuigschriften waarbij een supplement werd aangerekend.....23
   5.3. Globale cijfers aangerekende supplementen.....25
   5.4. Verdeling van de bedragen van de aangerekende supplementen.....26
   5.5. Aanrekening supplementen van minstens 10% bovenop het honorarium: evolutie in de tijd.....31
   5.6. Aanrekening supplementen van minstens 10% bovenop het honorarium: regionale verschillen (federatie van de patiënt).....36
6. Analyse per verstrekker.....39
   6.1. Inleiding.....39
   6.2. Verstrekker rekent in meer dan de helft en in meer dan 90% van de gevallen een supplement van minstens 10% bovenop het honorarium aan.....39
   6.3. Verstrekker rekent nooit supplementen van minstens 10% aan.....40
7. Wat betalen patiënten gemiddeld uit eigen zak in de ambulante zorg?.....40
8. Aanbevelingen.....44
9. Tips voor de patiënt.....46

SAMENVATTING

De Socialistische Mutualiteiten analyseerden de ereloonsupplementen die huisartsen, arts-specialisten, tandartsen en kinesitherapeuten aanrekenen voor zogenaamde ambulante verstrekkingen, zoals raadplegingen of andere verstrekkingen in hun spreekkamer. Het is de eerste keer dat hiermee een kwantitatief beeld geschetst wordt van wat zorgverstrekkers aanrekenen aan hun patiënten buiten het ziekenhuismilieu.

Het ziekenfonds onderzocht daartoe de bijna 30 miljoen papieren getuigschriften voor verstrekte hulp van zijn leden (met uitzondering van leden van de federatie Brabant) voor raadplegingen in 2016 en 2017. De stroom e-attest — die pas sinds 2018 van start is gegaan — is nog niet opgenomen in de analyse. Hetzelfde geldt voor de getuigschriften derdebetalersregeling[1].

ONDERZOEKSVRAGEN

Met deze eerste analyse van ambulante supplementen — die het ziekenfonds stelselmatig wil verdiepen en verfijnen — beoogden we een antwoord te vinden op de volgende vragen:

- Op hoeveel getuigschriften voor verstrekte hulp die bij het ziekenfonds worden ingediend, staat informatie over de al dan niet aangerekende supplementen? In tegenstelling tot de supplementen bij een ziekenhuisopname, waar het ziekenfonds steevast deze informatie krijgt, is dat niet altijd het geval bij ambulante verstrekkingen.
- Wat zijn de verschillen tussen geconventioneerde, niet-geconventioneerde en partieel geconventioneerde zorgverstrekkers?
- Wat is het globaal bedrag van de aangerekende supplementen, en hoe is de verdeling hiervan over zorgverstrekkers?
- Wat is het gemiddeld aangerekend supplement, en wat moet een patiënt gemiddeld uit eigen zak betalen, inclusief remgeld? Hoe verhoudt dit zich tot het terugbetaald bedrag?
- Hoe ziet het beeld eruit als we rekening houden met afrondingen, en uitzuiveren voor supplementen van minder van 10 procent bovenop het honorarium?
- Is er een evolutie tussen 2016 en 2017?
- Is er een groot verschil tussen zorgverstrekkers? Wie rekent nooit supplementen aan, en wie rekent nagenoeg altijd supplementen aan?

BEPERKINGEN

De studie gebeurde op basis van ruim 30 miljoen getuigschriften en geeft dus een zeer goed beeld van het supplementenbeleid. Toch moet rekening gehouden worden met de volgende beperkingen:

- We bekijken de supplementen per getuigschrift. Zorgverstrekkers zetten soms of zelfs vaak verschillende verstrekkingen (nomenclatuurcodes) op een getuigschrift (bij kinesitherapeuten kunnen er bovendien maar één enkele sessie tot wel tien of meer sessies op het getuigschrift staan). Het gevraagde supplement wordt evenwel niet bekeken per verstrekking maar per getuigschrift. In de studie hebben we wel een analyse gemaakt van getuigschriften waarop maar één nomenclatuurcode staat en het supplement ter zake bekeken.
- We hebben niet voor alle getuigschriften informatie over de gevraagde supplementen. Bij zo'n 20 procent is dat niet het geval. Dat betekent dus dat de resultaten een onderschatting zijn uitgaande van de veronderstelling dat het vaak zorgverstrekkers zijn die hoge supplementen aanrekenen die dit bedrag niet vermelden.
- Geconventioneerde zorgverstrekkers mogen in principe geen ereloonsupplementen aanrekenen. Ze kunnen dit enkel doen bij bijzondere eisen van de patiënt, zoals verstrekkingen buiten de spreekuren,

[1] In 2017 kregen we 7,2 miljoen getuigschriften derdebetalersregeling (elektronische (e-fac) en papieren) binnen.

raadplegingen in de late avond of in het weekeinde buiten de wachtdienst. De informatie hiervan kunnen we niet uitzuiveren. Wel lijkt het realistisch ervan uit te gaan dat een geconventioneerde verstrekker in zijn praktijk niet (quasi) uitsluitend geconfronteerd wordt met bijzondere eisen.

- De getuigschriften die de leden van ons ziekenfonds Brabant aan hun loket hebben ingediend, zijn niet opgenomen in de analyse. Het is de bedoeling dit bij een volgende analyse te doen.
- Er moet opgelet worden met de interpretatie van de evolutiecijfers van de absolute bedragen, gezien die niet enkel beïnvloed worden door de hoogte van de gevraagde supplementen, maar eveneens door een toename van het aantal getuigschriften met informatie over de aangerekende supplementen.

VOORNAAMSTE RESULTATEN

Wat zijn de opmerkelijkste bevindingen uit onze studie?

- In 2017 vinden we op 8 op de 10 aan de loketten ingediende getuigschriften informatie over de aangerekende supplementen (totaalbedrag betaald door de patiënt is gekend). Dat is een toename t.o.v. 2016 (75%). De arts-specialisten scoren hier het best met informatie op bijna 85 procent van de getuigschriften, gevolgd door de huisartsen (82%), de tandartsen (73%) en de kinesitherapeuten (65%).
- Het vragen van supplementen is sterk ingeburgerd in de ambulante setting (tabel S1). Bij een verdere analyse kunnen we wel stellen dat het in een aanzienlijk deel van de gevallen om 'afrondingen' gaat (minder dan 10 procent van het ereloon) (tabel S2). Globaal wordt in 2017 bij 36% van de getuigschriften een supplement aangerekend. Indien we ons beperken tot enkel getuigschriften met een supplement van minstens 10% bovenop het wettelijk honorarium, dan daalt dat percentage tot 23.

Tabel S1: Aandeel getuigschriften (enkel type A) waar een ereloonsupplement werd aangerekend, naar type verstrekker, conventiestatus en prestatiejaar

Type verstrekker	Jaar	Volledig geconventioneerd	Gedeeltelijk geconventioneerd	Niet geconventioneerd	Totaal
Huisarts	2016	94,3%	92,1%	97,0%	94,6%
	2017	16,1%	17,5%	68,6%	26,9%
Specialist	2016	22,6%	36,5%	81,0%	53,1%
	2017	22,4%	36,6%	80,9%	53,5%
Tandarts	2016	48,1%	61,0%	82,2%	73,2%
	2017	33,0%	34,0%	84,1%	61,8%
Kinesitherapeut	2016	17,0%	-	87,9%	19,5%
	2017	35,4%	-	89,9%	38,4%

Tabel S2: Aandeel getuigschriften (enkel type A) waar een supplement van minstens 10% bovenop het ereloon werd aangerekend, naar type verstrekker, conventiestatus en prestatiejaar

Type verstrekker	Jaar	Volledig geconventioneerd	Gedeeltelijk geconventioneerd	Niet geconventioneerd	Totaal
Huisarts	2016	3,1%	4,9%	45,0%	11,2%
	2017	4,2%	6,3%	46,6%	13,0%
Specialist	2016	6,8%	26,0%	68,8%	39,7%
	2017	8,5%	29,0%	70,2%	42,1%
Tandarts	2016	9,5%	12,7%	37,9%	29,9%
	2017	11,2%	13,2%	49,7%	33,1%
Kinesitherapeut	2016	8,1%	-	80,3%	10,7%
	2017	20,8%	-	83,3%	24,4%

- Op basis van de ons gekende en geanalyseerde informatie (enkel getuigschriften ingevoerd via de loketten) betaalden onze leden in 2016 voor 46 miljoen euro aan supplementen voor ambulante verstrekkingen. In 2017 gaat het om 56 miljoen euro. Deze stijging is deels te wijten aan een toename van de aangerekende supplementen, maar deels ook aan een toename van het aantal getuigschriften

met informatie over de aanrekening van supplementen. Indien we de bedragen extrapoleren naar het nationaal niveau (daarbij rekening houdend met het aandeel getuigschriften zonder info over de aanrekening van supplementen, het ontbreken van getuigschriften van de federatie van Socialistische Mutualiteiten Brabant, en het marktaandeel van de Socialistische Mutualiteiten in België) komen we op een totaalbedrag van ongeveer 543 miljoen euro (253 miljoen in 2016 en 290 miljoen in 2017). We beklemtonen hierbij dat deze cijfers met de nodige voorzichtigheid behandeld moeten worden, gezien de beperkingen van de extrapolatie. Ter vergelijking: uit de laatste IMA-analyse ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname blijkt dat de patiënten in 2017 voor 563 miljoen ereloonsupplementen betaalden bij een ziekenhuisopname.

- Arts-specialisten en tandartsen zijn goed voor meer dan 80% van het totale bedrag betaald aan supplementen (tabel S3). Bijna vier vijfde van de supplementen wordt aangerekend door niet-geconventioneerde verstrekkers, waarvan veruit het grootste deel bij niet-geconventioneerde specialisten en tandartsen.

Tabel S3: Verdeling van de bedragen (in miljoen euro) van de aangerekende supplementen naar type verstrekker en conventiestatus, prestatiejaren 2016 en 2017

Conventiestatus	Huisarts	Specialist	Tandarts	Kinesitherapeut	Totaal
Volledig geconventioneerd	€ 3,13 mio (3,1%)	€ 3,15 mio (3,1%)	€ 3,15 mio (3,1%)	€ 6,17 mio (6,1%)	€ 15,6 mio (15,4%)
Gedeeltelijk geconventioneerd	€ 0,47 mio (0,5%)	€ 3,99 mio (3,9%)	€ 2,29 mio (2,3%)	-	€ 6,7 mio (6,7%)
Niet geconventioneerd	€ 7,26 mio (7,2%)	€ 37,4 mio (37,0%)	€ 32,7 mio (32,3%)	€ 1,40 mio (1,4%)	€ 78,7 mio (77,9%)
Totaal	€ 10,9 mio (10,7%)	€ 44,5 mio (44,1%)	€ 38,1 mio (37,7%)	€ 7,67 mio (7,5%)	€ 101,1 mio (100%)

- Als een supplement wordt aangerekend, gaat het gemiddeld over volgende bedragen (cijfers voor 2017) (tabel S4):
    - Niet-geconventioneerde huisarts: 6,0 euro, met uitspringers (P90[2]) tot 11 euro. Gedeeltelijk geconventioneerden: 4,0 euro met uitspringers tot 9 euro. Geconventioneerden: 0,5 euro.
    - Niet-geconventioneerde specialist: 13,8 euro, met uitspringers tot 25 euro. Gedeeltelijk geconventioneerden: 11,8 euro met uitspringers tot 25 euro. Geconventioneerden: 6,1 euro.
    - Niet-geconventioneerde tandarts: 28,8 euro, met uitspringers tot meer dan 50 euro. Gedeeltelijk geconventioneerden: 20,3 euro met uitspringers tot 35 euro. Geconventioneerden: 17,7 euro. Merk op dat hier gemiddeld zo'n 2,5 prestaties per getuigschrift worden aangerekend.
    - Niet-geconventioneerde kinesitherapeut: 29,6 euro, met uitspringers tot 70 euro. Geconventioneerden: 20,7 euro. Merk op: wel bijna 5 prestaties per getuigschrift bij niet-geconventioneerde kinesisten en bijna 8 prestaties per getuigschrift bij geconventioneerde kinesisten.
    - Vergeleken met 2016 gaat het bijna altijd om een toename van de gevraagde supplementen. Enkel bij de kinesitherapeuten — waar in 2017 na zeer veel spanningen rond de tariefonderhandelingen uiteindelijk een individuele overeenkomst aan de kinesitherapeuten werd voorgelegd — zien we een daling.
      Een aantal voorbeelden
        - Een niet-geconventioneerde huisarts rekende in 2017 een gemiddeld supplement van 6,0 euro per getuigschrift aan, een stijging met de helft t.o.v. 2016. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat in 2016 bij ongeveer 97% van de getuigschriften een supplement werd betaald, terwijl dat in 2017 maar bij twee derde van de getuigschriften was. Een deel van de aangerekende supplementen in 2016 waren dan ook afrondingen (in 25% van de gevallen bedroeg het supplement minder dan 0,52 euro).
        - Een niet-geconventioneerde specialist rekende in 2017 een gemiddeld supplement van 13,8 euro aan, een stijging met 5 procent t.o.v. 2016.

[2] Het bedrag overeenkomend met P90 (90ste percentiel) geeft aan dat bij 90% van de getuigschriften (na rangschikking van de bedragen van laag naar hoog) een supplement werd aangerekend dat lager ligt dan dit bedrag (10% ligt hoger).

- Een niet-geconventioneerde tandarts rekende in 2017 een gemiddeld supplement van 28,8 euro aan, een stijging met 27 procent t.o.v. 2016.
- Een niet-geconventioneerde kinesitherapeut rekende in 2017 een gemiddeld supplement van 29,6 euro per getuigschrift aan, een daling met zo'n 21 procent t.o.v. 2016.
- Een geconventioneerde kinesitherapeut rekende in 2017 een gemiddeld supplement van 20,7 euro per getuigschrift aan, een daling met 30 procent t.o.v. 2016.

Tabel S4: Verdeling van de bedragen van de aangerekende supplementen (gemiddelde, 25ste percentiel, mediaan, 75ste percentiel en 90ste percentiel) en gemiddeld aantal nomenclatuurcodes per getuigschrift, naar type verstrekker, conventiestatus en prestatiejaar

a) Huisartsen

Conventiestatus	Jaar	Gem. aantal codes per getuigschrift	Gemiddeld bedrag supplement	P25 suppl.	P50 suppl.	P75 suppl.	P90 suppl.
Volledig	2016	1,08	€ 0,5	€ 0,02	€ 0,08	€ 0,52	€ 0,52
	2017	1,23	€ 2,8	€ 0,35	€ 0,93	€ 2,93	€ 4,91
Gedeeltelijk	2016	1,11	€ 0,7	€ 0,02	€ 0,12	€ 0,52	€ 0,52
	2017	1,31	€ 4,0	€ 0,35	€ 1,00	€ 4,00	€ 8,91
Niet geconv.	2016	1,11	€ 4,1	€ 0,52	€ 2,52	€ 4,08	€ 8,24
	2017	1,12	€ 6,0	€ 2,50	€ 3,50	€ 5,00	€ 11,00

b) Arts-specialisten

Conventiestatus	Jaar	Gem. aantal codes per getuigschrift	Gemiddeld bedrag supplement	P25 suppl.	P50 suppl.	P75 suppl.	P90 suppl.
Volledig	2016	1,35	€ 4,8	€ 0,25	€ 0,52	€ 5,52	€ 14,42
	2017	1,39	€ 6,1	€ 0,20	€ 0,92	€ 9,25	€ 17,33
Gedeeltelijk	2016	1,47	€ 10,6	€ 3,00	€ 8,90	€ 15,52	€ 23,90
	2017	1,51	€ 11,8	€ 5,00	€ 10,00	€ 15,00	€ 25,00
Niet geconv.	2016	1,78	€ 13,1	€ 5,90	€ 10,52	€ 15,82	€ 25,52
	2017	1,79	€ 13,8	€ 6,00	€ 10,26	€ 17,10	€ 25,00

c) Tandartsen

Conventiestatus	Jaar	Gem. aantal codes per getuigschrift	Gemiddeld bedrag supplement	P25 suppl.	P50 suppl.	P75 suppl.	P90 suppl.
Volledig	2016	2,40	€ 9,9	€ 0,16	€ 0,40	€ 2,62	€ 26,06
	2017	2,49	€ 17,7	€ 0,50	€ 1,62	€ 13,88	€ 28,16
Gedeeltelijk	2016	2,61	€ 12,6	€ 0,20	€ 0,62	€ 3,62	€ 23,88
	2017	2,61	€ 20,3	€ 0,50	€ 3,00	€ 14,00	€ 34,50
Niet geconv.	2016	2,58	€ 22,7	€ 0,62	€ 4,17	€ 14,79	€ 40,76
	2017	2,57	€ 28,8	€ 2,62	€ 8,00	€ 20,50	€ 53,40

d) Kinesitherapeuten

Conventiestatus	Jaar	Gem. aantal codes per getuigschrift	Gemiddeld bedrag supplement	P25 suppl.	P50 suppl.	P75 suppl.	P90 suppl.
Volledig	2016	7,71	€ 29,4	€ 1,20	€ 9,18	€ 34,29	€ 91,44
	2017	7,75	€ 20,6	€ 3,40	€ 9,09	€ 23,66	€ 46,58
Niet geconv.	2016	4,32	€ 37,7	€ 10,96	€ 19,25	€ 42,66	€ 88,70
	2017	4,47	€ 29,6	€ 7,74	€ 16,44	€ 30,96	€ 69,66

- Als we kijken naar getuigschriften waarop maar één verstrekking wordt aangerekend, krijgen we een zuiverder beeld van de aanrekening van supplementen. We selecteerden daarbij per verstrekker de top 3 van de meest aangerekende verstrekkingen.
    - Voor een raadpleging bij een niet-geconventioneerde geaccrediteerde huisarts wordt een gemiddeld supplement van 5,7 euro aangerekend in 2017 (toename van 64% t.o.v. gemiddeld bedrag in 2016). Het wettelijk ereloon voor deze raadpleging bedroeg 25,00 euro in 2017. Voor een huisbezoek gaat het om een supplement van 3,29 euro (+55% t.o.v. 2016) bovenop een wettelijk ereloon van 37,07 euro.
    - Bij de arts-specialisten springen volgende verstrekkingen eruit (bedragen 2017):
        - Raadpleging bij een geaccrediteerde en niet-geconventioneerde 'andere' specialist zoals oogarts, gynaecoloog of orthopedist: een gemiddeld supplement van 14,47 euro (+8% t.o.v. 2016) op een ereloon van 25 euro. Is dezelfde arts niet geaccrediteerd dan gaat het om een gemiddeld supplement van 22,48 euro (+3% t.o.v. 2016) op een ereloon van 20,75 euro[3].
        - Raadpleging bij een geaccrediteerde niet-geconventioneerde dermatoloog: een gemiddeld supplement van 9,39 euro (+7% t.o.v. 2016) op een ereloon van 32,05 euro.
    - Voor een raadpleging bij een niet-geconventioneerde tandarts wordt een gemiddeld supplement van 8,81 euro (+30% t.o.v. 2016) aangerekend op een ereloon van 21,60 euro. Opvallend hier zijn de hoge gemiddelde supplementen die aangerekend worden door niet-geconventioneerde orthodontisten: ongeveer 36 euro (-2% t.o.v. 2016) als bijkomend forfait per behandelingszitting op een ereloon van 24,02 euro en meer dan 400 euro (+9% t.o.v. 2016) als bijkomend forfait voor apparatuur op een ereloon van 181,94 euro.
    - Voor een individuele zitting met een behandelingsduur van 30 minuten rekent een niet-geconventioneerde kinesitherapeut een supplement van gemiddeld 7,8 euro aan (-21% t.o.v. 2016. Dit bovenop een wettelijk honorarium van 22,26 euro.

- Wat betalen leden met een algemene voorkeurregeling zonder verhoogde tegemoetkoming gemiddeld uit eigen zak (remgeld plus eventueel supplement) bij een ambulante raadpleging (cijfers 2017) (tabel S5)?
    - Voor een raadpleging bij een geconventioneerde huisarts betalen onze leden gemiddeld 5,5 euro aan supplementen en remgeld. Gaan ze bij een niet-geconventioneerde huisarts dan loopt dit bedrag op tot 8,8 euro, of zo'n 60 procent meer.
    - Voor een raadpleging bij een geconventioneerde specialist betalen onze leden gemiddeld 12,9 euro. Gaan ze bij een niet-geconventioneerde specialist dan loopt dit bedrag op tot 22,5 euro, of bijna 75 procent meer.
    - Voor een bezoek bij een geconventioneerde tandarts betalen onze leden gemiddeld 18,3 euro uit eigen zak. Gaan ze bij een niet-geconventioneerde tandarts dan loopt dit bedrag op tot 36,2 euro, of ruim het dubbel. Dat is voor een deel te wijten aan de orthodontische behandelingen bij (vooral niet-geconventioneerde) tandarts-specialisten in de orthodontie.
    - Voor een getuigschrift van een geconventioneerde kinesitherapeut betalen onze leden gemiddeld 39,1 euro uit eigen zak. De kinesitherapeut zet wel gemiddeld bijna 8 verstrekkingen op het getuigschrift. Het is een gangbare praktijk bij de kinesitherapeut om pas na een aantal sessies een getuigschrift op te maken. Gaan ze bij een niet-geconventioneerde kinesitherapeut dan loopt dit bedrag op tot 58,6 euro, of ruim de helft meer, maar wel voor gemiddeld iets minder dan 5 prestaties.

- Leden met verhoogde tegemoetkoming betalen minder uit eigen zak omdat ze minder remgeld betalen. De gemiddelde bedragen van de supplementen liggen echter op hetzelfde niveau of zelfs iets hoger dan bij leden zonder verhoogde tegemoetkoming. Dit is een jammerlijke vaststelling. Het wijst erop dat veel zorgverstrekkers bij het aanrekenen van supplementen geen rekening houden met het statuut van de patiënt dat toch een indicatie geeft van zijn financiële draagkracht.

- Als we de totale patiëntenfactuur per getuigschrift afzetten tegenover het door de ziekteverzekering terugbetaald bedrag stellen we het volgende vast:

[3] Op basis van deze verschillen tussen geaccrediteerden en niet geaccrediteerden, lijkt het erop dat de niet geaccrediteerden hun afwezigheid in de accrediteringssessies — en de eraan verbonden financiële voordelen — compenseren door een hoger supplement aan te rekenen aan hun patiënten.

- Bij geconventioneerde verstrekkers betaalt de patiënt gemiddeld een vijfde (bij huisartsen), een kwart (bij tandartsen en kinesitherapeuten) en een derde (bij arts-specialisten) van het totaal te betalen bedrag uit eigen zak.
- Bij niet-geconventioneerde verstrekkers loopt dat op tot respectievelijk 29%, 36%, 45% en 47% bij huisartsen, tandartsen, specialisten en kinesitherapeuten.
- Bij gedeeltelijk geconventioneerde verstrekkers liggen de percentages op hetzelfde niveau als bij de geconventioneerden (huisartsen en tandartsen), of sluiten eerder aan bij de niet-geconventioneerden (arts-specialisten).

*Tabel S5: Gemiddelde bedragen van de aangerekende remgelden en supplementen per getuigschrift, en gemiddeld aantal nomenclatuurcodes per getuigschrift, naar type verstrekker, conventiestatus en prestatiejaar, bij leden **met een algemene voorkeurregeling** (zonder verhoogde tegemoetkoming)*

Type verstrekker	Conventiestatus	Jaar	Remgeld (gemiddeld)	Supplement (gemiddeld)	Totaal (remgeld + suppl.)	Gem. aantal codes per getuigschrift
Huisarts	Volledig	2016	€ 5,21	€ 0,40	€ 5,61	1,14
		2017	€ 5,12	€ 0,34	€ 5,47	1,13
	Gedeeltelijk	2016	€ 4,94	€ 0,59	€ 5,53	1,19
		2017	€ 4,93	€ 0,58	€ 5,51	1,18
	Niet geconv.	2016	€ 5,22	€ 3,77	€ 8,99	1,12
		2017	€ 5,13	€ 3,69	€ 8,82	1,11
Specialist	Volledig	2016	€ 11,67	€ 0,91	€ 12,58	1,15
		2017	€ 11,70	€ 1,16	€ 12,86	1,15
	Gedeeltelijk	2016	€ 11,67	€ 3,40	€ 15,07	1,20
		2017	€ 11,67	€ 3,75	€ 15,42	1,21
	Niet geconv.	2016	€ 11,97	€ 10,03	€ 21,99	1,63
		2017	€ 12,00	€ 10,50	€ 22,50	1,63
Tandarts	Volledig	2016	€ 12,62	€ 3,36	€ 15,98	2,29
		2017	€ 13,73	€ 4,54	€ 18,26	2,33
	Gedeeltelijk	2016	€ 13,34	€ 5,71	€ 19,05	2,47
		2017	€ 13,76	€ 5,75	€ 19,51	2,46
	Niet geconv.	2016	€ 13,08	€ 16,19	€ 29,27	2,52
		2017	€ 13,94	€ 22,26	€ 36,19	2,55
Kinesist	Volledig	2016	€ 33,18	€ 4,40	€ 37,59	7,24
		2017	€ 32,45	€ 6,61	€ 39,06	7,76
	Niet geconv.	2016	€ 38,03	€ 32,60	€ 70,63	4,59
		2017	€ 31,84	€ 26,74	€ 58,58	4,62

- Er zijn opmerkelijke regionale verschillen in het supplementenbeleid van de zorgverstrekkers. Op Vlaams niveau springt Antwerpen eruit als duurste provincie, gevolgd door West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en dan Limburg. Waals-Brabant blijkt globaal de duurste provincie.
- Er zijn ook verschillen in het supplementenbeleid van de zorgverstrekkers. Het aandeel geconventioneerde artsen dat in meer dan de helft van de gevallen een supplement van minstens 10 procent bovenop het honorarium aanrekent, ligt globaal genomen zeer laag (tussen 1,3 en 2,3 procent). Enkel bij de kinesitherapeuten kunnen we spreken van een probleem. Daar vragen 7,2 procent van de geconventioneerde zorgverstrekkers of 509 kinesitherapeuten in de selectie in meer dan de helft van de gevallen een supplement van minstens 10 procent. Indien we nog iets meer toespitsen op de *outliers* die nagenoeg altijd (in meer dan 90 procent van de gevallen) supplementen van meer dan 10 procent aanrekenen dan spreken we van 62 geconventioneerde kinesitherapeuten. Bij de huisartsen gaat het om 31 personen, bij de specialisten om 54 personen en bij de tandartsen om slechts 4 personen. We zullen als Socialistisch Mutualiteit deze zorgverstrekkers wijzen op hun onwettige praktijk.

- Niet alle niet-geconventioneerde verstrekkers rekenen steevast supplementen aan. Ook merken we uit onze cijfers dat er een heel klein aandeel niet-geconventioneerde zorgverstrekkers is dat nooit supplementen aanrekent bij onze leden, bij de specialisten gaat het om 5,9 procent.
- Het aandeel getuigschriften van niet-geconventioneerde zorgverstrekkers ligt hoger dan hun aandeel t.o.v. het aantal verstrekkers. Dit kan erop wijzen dat 'actievere' zorgverstrekkers vaker beslissen de tarieven niet te respecteren dan 'minder actieve' zorgverstrekkers. Het sociaal statuut dat zorgverstrekkers krijgen als ze de tarieven respecteren, is minder interessant voor actievere zorgverstrekkers.
    - Huisartsen: het aandeel van de niet-geconventioneerde huisartsen in het aantal getuigschriften (21,2%) ligt dubbel zo hoog als hun aandeel in het totaal aantal huisartsen (10,6%).
    - Specialisten: het aandeel van de niet-geconventioneerde verstrekkers in het aantal getuigschriften (47,8%) ligt bijna driemaal zo hoog als hun aandeel in het totaal aantal specialisten (16,7%).

AANBEVELINGEN

De Socialistische Mutualiteiten doen de volgende aanbevelingen om de supplementenproblematiek in te dijken en de toegankelijkheid voor de patiënt te verbeteren:

1) Respecteer de wetgeving

De Socialistische Mutualiteiten klagen aan dat een klein aantal geconventioneerde zorgverstrekkers — in het bijzonder bij de kinesitherapeuten — de wet niet respecteert, en op een systematische wijze supplementen van meer dan 10 procent bovenop het honorarium aanrekenen. Het ziekenfonds zal stappen ondernemen om deze zorgverstrekkers op hun plichten te wijzen. Ze zal in een eerste instantie de hardleerse zorgverstrekkers aanschrijven, en monitoren. Ook een intermutualistisch overleg in dat verband, met het oog op een bevestiging van deze cijfers en een gezamenlijke actie naar die verstrekkers toe, lijkt aangewezen. Indien ze hun gedrag niet bijstellen, zal het ziekenfonds een dossier overmaken aan de bevoegde diensten bij het RIZIV met de vraag op te treden.

2) Verhoog de transparantie over het supplementenbeleid

Het is voor de patiënt niet altijd makkelijk om te weten of zijn zorgverstrekker al dan niet de tarieven respecteert. We pleiten daarom voor een verplichting voor zorgverstrekkers om hun conventiegraad maar ook de gehanteerde tarieven duidelijk zichtbaar te afficheren buiten aan hun praktijk en online. En dit op een concrete manier, waarbij duidelijk vermeld wordt wat het officieel ereloon is, wat het remgeld is en wat het bijkomend supplement is dat de zorgverstrekker vraagt.

Ook stellen we voor dat zorgverstrekkers verplicht worden hun conventiestatus te vermelden op de bewijsstukken en de getuigschriften.

Ten derde gaat het ziekenfonds voor de afschaffing van de partiële conventie[4], een systeem dat voor patiënten onbegrijpelijk is.

Ten vierde is het te overwegen om pseudocodes te creëren voor de bijzondere eisen, zodat een betere opvolging mogelijk wordt. Vandaag kunnen we niet nagaan in hoeverre aangerekende supplementen door geconventioneerde zorgverstrekkers (wettelijk) aangerekend worden omwille van bijzondere eisen van de patiënt, dan wel onwettige supplementen zijn.

Tenslotte pleit het ziekenfonds ervoor dat zorgverstrekkers de gevraagde supplementen verplicht doorgeven aan het ziekenfonds. Vandaag merken we nog dat we hierover niet altijd (bij ongeveer een op de vijf getuigschriften) informatie hebben. Ook bij de elektronische facturatiestromen, zoals e-fac en e-attest, moet deze informatie overgemaakt worden, zodat het mogelijk blijft het supplementenbeleid beleidsmatig op te volgen, en de patiëntenfactuur in kaart te brengen. We vragen dat hier dezelfde regelgeving uitgewerkt wordt als deze die momenteel van toepassing is in de ziekenhuissector, met name dat de overgedragen

[4] Tijdens de besprekingen voor het nieuw akkoord met de tandartsen, werd dit voorstel van afschaffing van partiële conventionering gedragen door zowel de vertegenwoordigers van tandartsen als van ziekenfondsen.

(elektronische) factuur aan het ziekenfonds een identieke kopie vormt van de detailfactuur die de verstrekker nu reeds dient te overhandigen aan de patiënt.

3) Investeer in de ziekteverzekering en bouw de supplementen af

De Socialistische Mutualiteiten zijn principieel voorstander van een zorg zonder supplementen. De zorgverleners hebben recht op een billijk ereloon gefinancierd vanuit de ziekteverzekering. De nodige middelen moeten hiervoor worden voorzien. Uit onze studie is duidelijk dat de opeenvolgende besparingen en de ontoereikende investeren in de ziekteverzekering geleid hebben tot hogere supplementen.

Het ziekenfonds roept nogmaals op om dringend over te gaan tot een herijking van de tarieven, gekoppeld aan een nieuw gemengd financieringssysteem voor zorgverstrekkers.

In afwachting hiervan denkt het ziekenfonds aan volgende maatregelen:

- Zorgverstrekkers stimuleren om aan te sluiten tot de conventie:
    - Sociaal statuut aantrekkelijker maken door het bedrag op te trekken.
    - Het koppelen van het accrediteringsforfait en het toekennen van de geïntegreerde praktijkpremie aan de conventie.
    - Prioriteit geven aan geconventioneerde zorgverstrekkers bij toekennen van budgetten.
    - Het toekennen van bijkomende budgetten koppelen aan de afbouw van supplementen.
    - Het sociaal statuut koppelen aan de duurtijd van conventie, waarbij de premie stijgt naarmate je langer trouw blijft aan het conventiestatuut. Dit zorgt er ook voor dat zorgverstrekkers ontmoedigd worden zich eenmalig te deconventioneren.
    - Opleggen van een conventieverplichting voor het uitbouwen van samenwerkingsverbanden.
- Zorgverstrekkers ontmoedigen om te deconventioneren door:
    - De terugbetalingstarieven te verminderen bij deconventie.
    - Conventioneringsgraad per discipline en zorgzone (voor eerstelijnsactoren op niveau eerstelijnszone, voor tweedelijnsactoren op niveau regionale zorgzone) vastleggen in plaats van per globale zorgverstrekkersgroep met een minimum aan 60 procent.
    - Strengere conventioneringseisen per zorgzone waarbij uitgegaan moet worden van het recht van elke patiënt om binnen redelijke tijd aan conventietarieven verzorgd te worden.
- Verbieden van ereloonsupplementen in de ambulante sector wanneer de patiënt op doorverwijzing van de huisarts komt. Dit kan gekoppeld worden aan een hoger ereloon in deze gevallen.

4) Betere bescherming van kwetsbare patiënten tegen een oplopende factuur

De Socialistische Mutualiteiten zijn voorstander van een extra trap in de maximumfactuur (MAF) voor de meest kwetsbare groepen.
De MAF is een beschermingsmaatregel die tot doel heeft de eigen kosten (remgeld) in de gezondheidszorg te beperken. Als de kosten van een gezin in de loop van een jaar een bepaalde grens bereiken dan betaalt het ziekenfonds de kosten, die vanaf dat punt gemaakt worden, volledig terug. Het maximale remgeld dat een gezin gedurende één jaar zal betalen ligt dus vast.

Het laagste plafond waarboven de kosten worden terugbetaald, bedraagt vandaag 468 euro. Voor kwetsbare gezinnen is dit al een hoog bedrag. Het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) wees er in een rapport uit 2008[5] al op dat de inkomens-MAF voor de laagste inkomens minder bescherming biedt dan voor de andere inkomenscategorieën.

We stellen dus voor een extra MAF-trap van 250 euro in te voeren voor gezinnen met een netto belastbaar inkomen lager dan 10.000 euro.

Hiernaast moeten de inkomensgrenzen voor de MAF aan de reële welvaartsevolutie worden gekoppeld en moeten verblijven in psychiatrische instellingen beter opgenomen worden in de MAF.

[5] Schokkaert, E. *et al*. (2008), Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg, KCE report 80a

Ook moet de derdebetalersregeling — waarbij de patiënten enkel het remgeld moeten betalen en niet het volledige ereloon moeten voorschieten — veralgemeend worden (samen met striktere en snellere controle- en sanctieprocedures bij misbruik). Ze moet op termijn de regel worden voor alle patiënten en bij alle zorgverleners. In een eerste fase moet de volgende regering werk maken van de eerdere belofte om de derdebetalersregeling te verplichten voor mensen met het statuut "chronische aandoening" bij huisartsen.

5) Verder onderzoek naar het supplementenbeleid in de ambulante sector

Het voorliggend onderzoek is een eerste stap in het in kaart brengen van het supplementenbeleid in de ambulante sector. Dit onderzoek verdient evenwel verdere verfijning en verdieping. De Socialistische Mutualiteiten zullen zich hier blijvend voor inzetten.

TIPS VOOR DE PATIENT

De Socialistische Mutualiteiten roepen hun leden op zich goed te informeren over het supplementenbeleid van de zorgverstrekkers:

- Op onze website kan u nagaan welke zorgverstrekkers de tarieven respecteren en welke niet.
- Indien u opteert om naar een niet-geconventioneerde zorgverstrekker te gaan, informeer u op voorhand over de gevraagde supplementen. Ga na of uw zorgverstrekker het totaalbedrag dat hij aanrekent op het getuigschrift zet, en dat dit overeenkomt met het werkelijk door u betaalde bedrag. Vraag bij twijfel advies aan uw ziekenfonds.
- Als uw geconventioneerde zorgverlener supplementen aanrekent zonder dat u (wettelijke bepaalde) bijzondere eisen hebt gesteld, weiger dit dan te betalen of ga hiermee naar uw ziekenfonds.
- Neem een Globaal Medisch Dossier (GMD) bij uw huisarts. Hierdoor krijgt u recht op een betere terugbetaling bij uw huisarts.
- Bekijk of u bijkomend verzekerd bent voor supplementen en wat de voorwaarden zijn van uw polis. Hou de nodige bewijsstukken goed bij, en dien de gemaakte kosten in.
    - De meeste hospitalisatieverzekeringen voorzien een dekking voor kosten gemaakt voor en na een ziekenhuisopname.
    - Er bestaan ook verzekeringen tegen ambulante supplementen, sommigen toegespitst op tandzorg maar andere ruimer.

STUDIE

1. CONTEXT

Zorgverstrekkers en ziekenfondsen onderhandelen (meestal) tweejaarlijks een tariefakkoord. In dat akkoord of overeenkomst worden de erelonen bepaald die ze mogen aanrekenen. Zorgverleners zijn evenwel niet verplicht om toe te treden tot het akkoord. Doen ze dit niet, dan mogen ze vrij hun tarieven bepalen. We spreken dan van niet-geconventioneerde zorgverleners. Dat wil zeggen dat zij meer mogen aanrekenen dan de wettelijke tarieven. Het verschil tussen wat ze aanrekenen en de wettelijke tarieven moet de patiënt, naast het officiële remgeld, uit eigen zak betalen. Dit wordt het supplement genoemd. Artsen en tandartsen kunnen ook kiezen om de tarieven soms wel en soms niet te respecteren. Ze zijn dan partieel geconventioneerd.

Er zijn vandaag zeer weinig gegevens voorhanden over de hoogte van de supplementen die niet-geconventioneerde zorgverstrekkers aanrekenen in de ambulante setting. Met deze studie willen de Socialistische Mutualiteiten voor het eerst een zicht hierop geven. Wat betalen onze leden als ze op raadpleging gaan bij huisartsen, arts-specialisten, tandartsen en kinesitherapeuten?

Het ziekenfonds onderzocht daartoe de bijna 30 miljoen papieren getuigschriften voor verstrekte hulp in 2016 en 2017 die zijn leden (met uitzondering van leden van de federatie Brabant) bezorgden aan hun ziekenfonds.

Het ziekenfonds bekeek de globaal aangerekende supplementen en de verdeling ervan over geconventioneerde, niet-geconventioneerde en partieel geconventioneerde zorgverstrekkers. Het bekeek vervolgens meer in detail de getuigschriften waarbij een supplement van 10 procent of meer van het honorarium werd aangerekend. Dit om eventuele afrondingen van zorgverstrekkers uit te zuiveren.

Het is de bedoeling om de analyse verder te verfijnen, en de jaarlijkse evolutie in het oog te houden. Met de resultaten willen de Socialistische Mutualiteiten enerzijds het beleid in de goede richting sturen en anderzijds optreden bij ongeoorloofde praktijken van zorgverstrekkers.

Met deze barometer ambulante supplementen vervolledigen de Socialistische Mutualiteiten het beeld op wat patiënten in België uit eigen zak moeten betalen. De Socialistische Mutualiteiten analyseren zo al jaarlijks wat het persoonlijk aandeel van zijn leden bedraagt bij een ziekenhuisopname. Deze ziekenhuisbarometer geeft een goed overzicht van de stijgende ereloonsupplementen in eenpersoonskamers en de verdeling ervan over de verschillende ziekenhuizen. De analyse gebeurt op basis van ruim 500.000 opnames. Voorts geven de Socialistische Mutualiteiten om de twee jaar een rusthuisbarometer uit, waarbij nagegaan wordt wat rusthuisbewoners zelf moeten betalen (dagprijs en supplementen), en wat de evolutie ter zake is.

2. DATA EN METHODEN

Deze barometer onderzoekt de recente evolutie van de aanrekening van supplementen in de ambulante zorg bij huisartsen, arts-specialisten, tandartsen en kinesitherapeuten bij leden van de Socialistische Mutualiteiten.

De gebruikte databank bevat de gegevens van de getuigschriften ingediend bij de loketten van de Socialistische Mutualiteiten (prestatiejaren 2016 en 2017). De getuigschriften ingediend door leden van de federatie Brabant zijn hier niet inbegrepen. Merk ook op dat getuigschriften van prestatiejaar 2016 of 2017 die in het eerste semester van 2018 nog niet zijn ingediend bij het ziekenfonds in deze analyse ontbreken. Dat kan dus leiden tot een lichte onderschatting van het aantal getuigschriften en van de bedragen van de eventuele supplementen die worden aangerekend (vooral voor prestatiejaar 2017).

Het is belangrijk om te vermelden dat we de bedragen op de getuigschriften analyseren. Op een getuigschrift kunnen verschillende nomenclatuurcodes (prestaties/verstrekkingen) staan. We bekijken in deze studie het supplement ten opzichte van het totaal aangerekende honorarium, dus niet ten opzichte van de afzonderlijke nomenclatuurcodes. Hierbij aansluitend, en omdat we in de verdere analyses telkens een opsplitsing maken

naar type verstrekker en conventiestatus van die verstrekker, worden getuigschriften waar twee of meer verschillende verstrekkers op vermeld staan, niet weerhouden (het betreft ongeveer 0,6% van het totaal aantal getuigschriften in de databank).

Ten tweede merken we op dat de gegevens betreffende de aanrekening van supplementen niet beschikbaar zijn voor leden van de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant (FSMB). Vermits het aandeel van deze leden bijna 20 procent van het totale ledenbestand bedraagt[6], is het totaal bedrag aan aangerekende supplementen ingediend bij de loketten van het ziekenfonds dus een onderschatting.

Hierbij aansluitend geven we mee dat de bedragen vermeld op de papieren getuigschriften manueel worden ingebracht door loketbedienden. Een menselijke typefout kan altijd gebeuren. Daarom hebben we ervoor gekozen om in deze analyse de meest onrealistische bedragen van supplementen te verwijderen (het betaalde supplement bedraagt 10 keer of meer het bedrag van het wettelijk honorarium op het getuigschrift). Dit betreft ongeveer 8.500 getuigschriften (op een totaal van 29 miljoen getuigschriften ingevoerd via de loketten).

Omdat de gedeeltelijke geconventioneerden een vrij grote groep uitmaken (vooral bij specialisten en tandartsen, zie tabel 1), wordt beslist om deze als een aparte groep op te nemen i.p.v. ze samen te voegen met de volledig geconventioneerden. Bij kinesitherapeuten worden geen gedeeltelijk geconventioneerden onderscheiden.

Voorts merken we op dat de zorgverstrekkers niet altijd het totaal betaalde bedrag op het getuigschrift vermelden of dat het strookje met dit bedrag door de patiënt is afgescheurd. In deze gevallen konden we dus niet nagaan of er supplementen werden aangerekend.

3. AANTAL GETUIGSCHRIFTEN NAAR TYPE VERSTREKKER EN CONVENTIESTATUS

Het totaal aantal papieren getuigschriften ingevoerd via de loketten bedraagt 14,9 miljoen in 2016 en iets meer dan 14,1 miljoen in 2017 (zonder leden van de federatie Brabant).

Tabel 1 toont de opsplitsing van de papieren getuigschriften naar type verstrekker (enkel huisartsen, arts-specialisten, tandartsen en kinesitherapeuten worden weerhouden) en conventiestatus voor prestatiejaren 2016 en 2017. De percentages in de tabel geven per type verstrekker de verdeling van de getuigschriften naar conventiestatus. Bijvoorbeeld bij de tandartsen is 62 procent van alle getuigschriften afkomstig van de niet-geconventioneerde tandartsen. Het aantal getuigschriften van een verstrekker met een onbekende conventiestatus is zeer beperkt; enkel bij tandartsen ligt die iets hoger (1%).

Tabel 1: Aantal getuigschriften (rij-percentages), naar type verstrekker en conventiestatus, prestatiejaren 2016 en 2017 (ingevoerd via loket, zonder leden van de federatie Brabant)

Type verstrekker	Volledig geconventioneerd	Gedeeltelijk geconventioneerd	Niet geconventioneerd	Conventiestatus onbekend	Totaal
Huisarts	9.764.364 (71,3%)	993.426 (7,3%)	2.901.557 (21,2%)	31.398 (0,2%)	13.690.745 (100%)
Specialist	3.485.063 (37,6%)	1.355.631 (14,6%)	4.439.400 (47,8%)	239 (0,0%)	9.280.333 (100%)
Tandarts	1.076.345 (25,4%)	514.799 (12,2%)	2.581.405 (61,9%)	62.720 (1,5%)	4.235.269 (100%)
Kinesist	1.814.316 (96,2%)	-	68.482 (3,6%)	2.282 (0,1%)	1.885.080 (100%)
Totaal	16.140.088 (55%)	2.863.856 (9,8%)	9.990.844 (34,3%)	96.639 (0,3%)	29.091.427 (100%)

Bij huisartsen bedraagt het aandeel getuigschriften derdebetalersregeling (DBR)[7] 40 à 45% van het totaal aantal getuigschriften (zie tabel 2 voor de verdeling van de getuigschriften DBR in 2017 bij alle leden van de

[6] Het aandeel van de leden van de federatie Brabant bedraagt 19,3 percent van alle leden van de Socialistische Mutualiteiten (toestand op 31/12/2016). [Bron: website RIZIV]
[7] Personen met verhoogde tegemoetkoming betalen enkel het remgeld aan de verstrekker.

Socialistische Mutualiteiten naar type verstrekker en conventiestatus van de verstrekker). Bij arts-specialisten zijn er maar een zeer beperkt aantal getuigschriften DBR (tabel 2) en bij tandartsen en kinesitherapeuten zijn deze getuigschriften niet van toepassing. Zie hieronder (4.2) voor de wettelijke regeling van de toepassing van de derdebetalersregeling. De getuigschriften DBR werden in deze analyse verder niet weerhouden omdat informatie over de aanrekening van supplementen vaak ontbreekt (bij minder dan 1% van deze getuigschriften was er sprake van een aanrekening van een supplement).

Tabel 2: Aantal getuigschriften (rij-percentages) naar type verstrekker en conventiestatus, prestatiejaar 2017 (derdebetalersregeling, alle leden van de Socialistische Mutualiteiten)

Type verstrekker	Volledig geconventioneerd	Gedeeltelijk geconventioneerd	Niet geconventioneerd	Conventiestatus onbekend
Huisarts	5.509.465 (77,3%)	541.685 (7,6%)	1.083.387 (15,2%)	15.539 (0,2%)
Specialist	2.950 (15,4%)	7.140 (37,4%)	8.847 (46,3%)	175 (0,9%)

4. WETTELIJKE ACHTERGROND

4.1 Geconventioneerde, niet-geconventioneerde en partieel geconventioneerde zorgverstrekkers

Zorgverstrekkers en ziekenfondsen onderhandelen (meestal) tweejaarlijks een tariefakkoord. In dat akkoord of overeenkomst worden de erelonen bepaald die ze mogen aanrekenen. Ook wordt bepaald welk deel van dit ereloon de patiënt uit eigen zak moet betalen (remgeld) en wat terugbetaald wordt door het ziekenfonds.

Zorgverleners zijn evenwel niet verplicht om toe te treden tot het akkoord met de ziekenfondsen. Zij mogen individueel beslissen of ze dat al dan niet doen (om van een akkoord te spreken moet wel minstens 60 procent van de zorgverstrekkers toetreden). Zorgverstrekkers die beslissen niet toe te treden en dus het tariefakkoord niet te aanvaarden, mogen zelf hun honorarium bepalen. Dat wil zeggen dat zij meer mogen aanrekenen dat de wettelijke tarieven. Het verschil tussen wat ze aanrekenen en de wettelijke tarieven moet de patiënt uit eigen zak betalen. Dit wordt het ereloonsupplement genoemd.

Zorgverleners die niet toetreden tot het akkoord noemen we **niet-geconventioneerde zorgverleners**. De artsen, tandartsen, en kinesitherapeuten die deze akkoorden wel aanvaarden noemen we **geconventioneerde zorgverleners**. Dit houdt in dat zij zich aan de vooraf bepaalde tarieven houden. Artsen en tandartsen kunnen ook kiezen om de tarieven soms wel en soms niet te respecteren. Ze zijn dan **partieel of gedeeltelijk geconventioneerd.** Je kan op onze website opzoeken of je zorgverlener al dan niet geconventioneerd is.

Zorgverleners moeten hun patiënten informeren over hun keuze en moeten deze informatie zichtbaar in hun wachtkamer aanbrengen. Partieel geconventioneerde zorgverleners moeten ook duidelijk stellen op welke uren, dagen en/of plaatsen ze al dan niet aan officiële tarieven werken.

De periodes en gevallen waarin partieel geconventioneerde artsen mogen afwijken van de wettelijke tarieven zijn duidelijk bepaald[8].
Partieel geconventioneerde huisartsen mogen maximum driemaal per week een blok van maximum vier aaneengesloten uren vrije tarieven vragen. Bovendien moeten ze minstens drie vierde van hun praktijktijd werken aan de wettelijke tarieven.
Partieel geconventioneerde artsen-specialisten mogen maximum viermaal per week een blok van maximum vier aaneengesloten uren vrije tarieven vragen. Bovendien moet minstens de helft van de verstrekkingen aan de ambulante patiënten worden verricht aan wettelijke tarieven. Tenslotte moet de specialist ook op elk van de mogelijke plaatsen van zijn praktijkoefening gedurende een bepaalde periode aan conventietarieven werken. Een arts kan zo niet tijdens de raadplegingen in het ziekenhuis de wettelijke tarieven vragen, maar in zijn privépraktijk nooit.

[8] http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord_artsen_ziekenfondsen_2018_2019.pdf

Partieel geconventioneerde tandartsen moeten minstens 32 uur gespreid over minstens 4 dagen de wettelijke tarieven respecteren. Of minstens drie vierde van de totale activiteit werken aan de wettelijke tarieven.

Geconventioneerde zorgverstrekkers mogen in welbepaalde gevallen afwijken van de wettelijke tarieven, met name wanneer de patiënt **bijzondere eisen** stelt.
Deze bijzondere eisen zijn in het akkoord artsen-ziekenfondsen duidelijk omschreven[9]:

Voor **huisartsen**:

- niet-dringende bezoeken van de huisarts, afgelegd op verzoek van de zieke buiten de uren of het tijdschema van de normale ronde van de arts;
- de oproepen van zieken die voor de arts een ongewoon belangrijke verplaatsing meebrengen;
- de oproepen 's nachts, tijdens een weekend of op een feestdag wanneer de arts geen wachtdienst heeft en wanneer is uitgemaakt dat de ter plaatse georganiseerde wachtdienst toereikend is, en
- de raadplegingen die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur, op een zaterdag of een zondag of op feestdagen. Die raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de huisarts om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt op afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen.

Voor **specialisten** zijn de bijzondere eisen voor ambulante patiënten als volgt omschreven:

- de oproepen thuis, behalve wanneer het gaat om raadplegingen die zijn aangevraagd door de behandelend arts;
- de raadplegingen voor de ambulante patiënten die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur, of op zaterdag, zondag of feestdagen;

Die raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de arts-specialist om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt op afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen.

Voor de **tandartsen**[10] worden de bijzondere eisen ruim omschreven. Het gaat om bijzondere eisen die de rechthebbende stelt zoals de plaats of het tijdstip van de behandeling, zonder dat hiervoor een absolute tandheelkundige of medische noodzaak bestaat.

Ook voor de geconventioneerde **kinesitherapeuten**[11] zijn de bijzondere eisen duidelijk omschreven:

- als, op verzoek van de rechthebbende, de verstrekking moet worden verricht voor 8 uur of na 19 uur;
- als, op verzoek van de rechthebbende, de behandeling tijdens het weekeinde of op een wettelijke feestdag wordt verricht, behalve op uitdrukkelijk voorschrift van de geneesheer, waarin staat dat de behandeling moet worden uitgevoerd op een van de hierboven vermelde dagen.

Voor het begin van de behandeling moet de verstrekker in deze gevallen aan de rechthebbende het bedrag van de honoraria meedelen. In geval van geschil moet het bewijs dat de informatie is verstrekt door de verstrekker worden geleverd.
Als de kinesitherapeut raadplegingen in zijn spreekkamer vaststelt of op eigen initiatief bij de rechthebbende thuis verzorging verleent, hetzij na 19 uur en voor 8 uur, hetzij tijdens het weekeinde, hetzij op een wettelijke feestdag, mogen de honoraria voor die verstrekkingen evenwel niet worden verhoogd. Het weekeinde begint vrijdag om 19.00 uur en eindigt maandag om 8.00 uur.

Geconventioneerde zorgverstrekkers mogen buiten de bijzondere eisen geen extra bedragen aanrekenen aan hun patiënten. De wet is hierover duidelijk. Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 - Art. 35 § 4. *Behoudens een andersluidende bepaling in of krachtens deze wet dekken de honoraria alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de uitvoering van de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen.*

Niet-geconventioneerde zorgverleners mogen hun tarief vrij bepalen en supplementen aanrekenen aan de patiënt. Er zijn hier wettelijk geen plafonds of andere beperkingen opgelegd.

---

[9] http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord_artsen_ziekenfondsen_2018_2019.pdf
[10] http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/tandartsen/verzorging/Paginas/toetreding-nationaal-akkoord-tandartsen-ziekenfondsen.aspx#Het_akkoord_tandartsen-ziekenfondsen_2017-2018
[11] http://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/Paginas/overeenkomst-kine-2017.aspx

De code van medische plichtenleer bevat niettemin 2 bepalingen die voorzien dat de arts “gematigd en bescheiden” moet zijn:
Art. 71 (19/01/1991)
De arts moet gematigd en bescheiden zijn bij het vaststellen van het ereloon betreffende zijn prestaties. Binnen deze perken mag hij rekening houden met de belangrijkheid van de geleverde prestaties, de economische toestand van de patiënt, zijn eigen faam en de eventuele bijzondere omstandigheden. Hij weigert niet aan de zieke of diens vertegenwoordigers uitleg te verstrekken omtrent het bedrag van het ereloon betreffende zijn prestaties.
Art. 78 (19/01/1991)
Het vragen van honoraria die merkelijk te hoog liggen duidt op een gebrek aan eerlijkheid en bescheidenheid en kan, onverminderd de bevoegdheid van de provinciale raden om uitspraak te doen over ereloonbetwistingen, aanleiding geven tot tuchtmaatregelen.

Zorgverleners die opteren om de wettelijke tarieven te respecteren worden beloond. Zij krijgen een zogenaamd sociaal statuut dat dient voor hun pensioenopbouw. De jaarbedragen worden weergegeven in tabel 3.

Tabel 3: Jaarbedragen sociaal statuut per type verstrekker

Sociaal statuut		Geconventioneerd	Partieel geconventioneerd	Niet geconventioneerd
Artsen	2018	4.870,71 euro	2.297,63 euro	0 euro
Tandartsen	2018	2.348,55 euro	2.348,55 euro	0 euro
Kinesitherapeuten	2016	1.433,33 euro (minstens 1.500 verstrekkingen of 36.000 M-waarden)	-	0 euro
		1.894,05 euro (minstens 2.300 verstrekkingen of 55.200 M-waarden)		
		2.533,93 euro (minstens 3.000 verstrekkingen of 72.000 M-waarden)		
		0 euro (minder dan 1.500 verstrekkingen of 36.000 M-waarden; meer dan 6.500 verstrekkingen of 156.000 M-waarden)		

Merk nog op dat de terugbetaling bij niet-geconventioneerde kinesitherapeuten verminderd wordt met 25 procent voor gewone rechthebbenden. Dat betekent dat deze patiënten meer remgeld moeten betalen. Rekening houdend met het relatieve overaanbod van kinesitherapeuten geeft dit financieel ‘concurrentieel nadeel’ vaak aanleiding tot ‘gedwongen’ conventionering bij de kinesitherapeuten.

Het leeuwendeel van de zorgverstrekkers treedt toe tot de tariefakkoorden (tabel 4). De partieel geconventioneerde zorgverstrekkers zijn in deze cijfers opgenomen bij de geconventioneerde zorgverstrekkers.

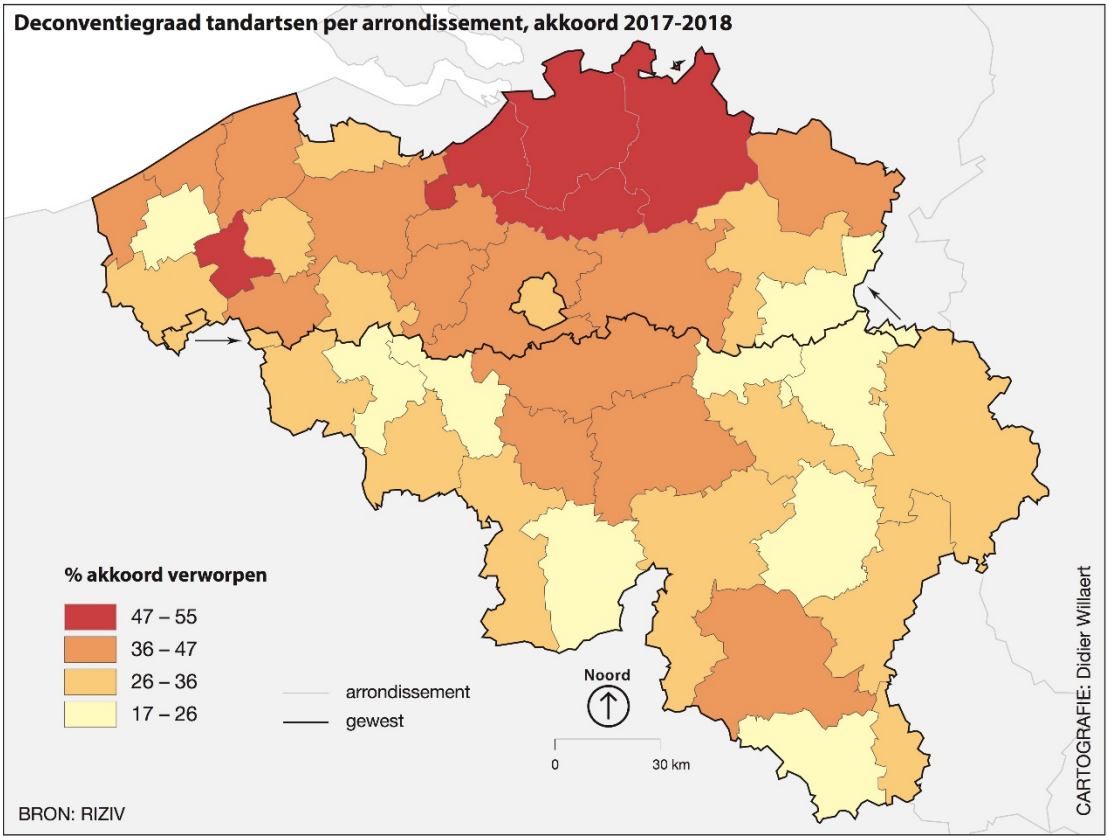
Tabel 4: Conventiegraad naar type verstrekker

	Huisartsen (akkoord 2017)	Specialisten (akkoord 2017)	Tandartsen (akkoord 2017-2018)	Kinesitherapeuten (overeenkomst 2017)
Geconventioneerd	89,4%	83,3%	61,4%	84%
Niet geconventioneerd	10,6%	16,7%	38,6%	16%

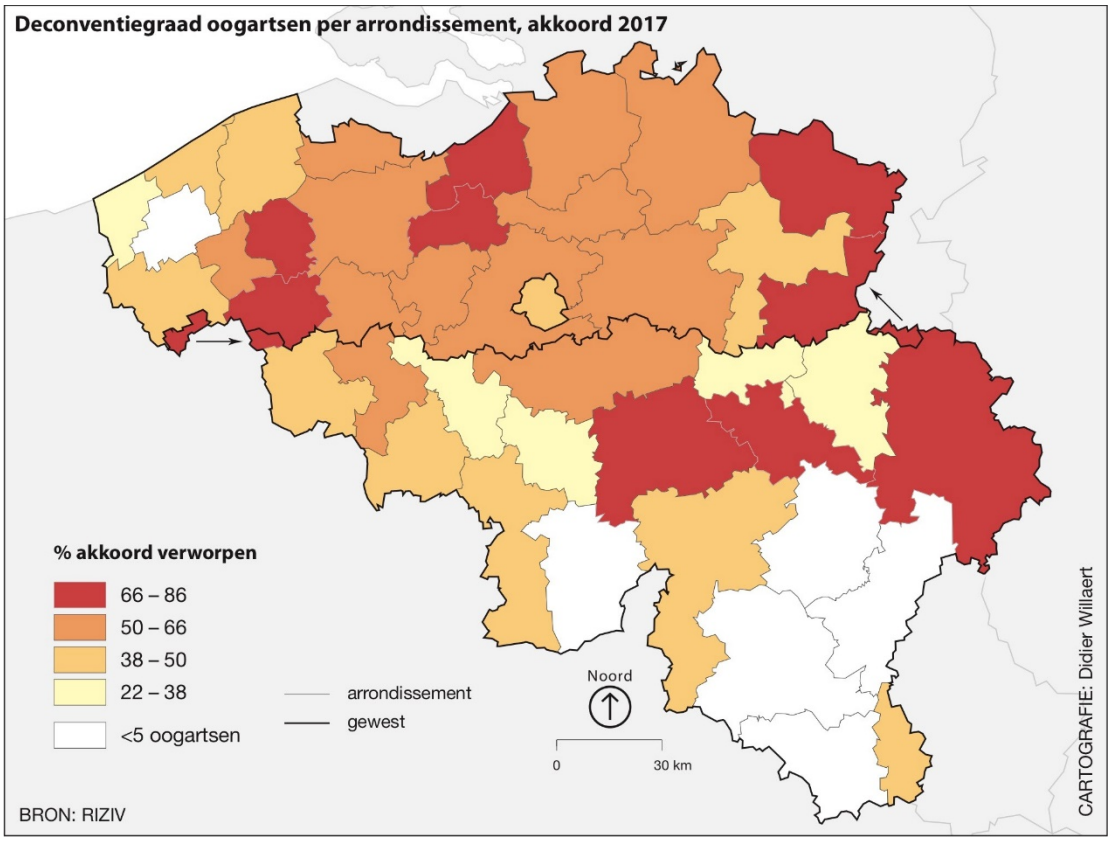
Achter deze globale cijfers schuilen evenwel grote verschillen. Zo zijn er voor een aantal specialistendisciplines (oogartsen, plastisch chirurgen, gynaecologen, dermatologen) hoge *deconventiecijfers*. Ook de regionale verschillen kunnen beduidend zijn (zie kaarten 1 en 2 voor respectievelijk de deconventiegraad van de tandartsen en de oogartsen op het niveau van de arrondissementen).

Ook zien we een onrustwekkende toename van het aantal niet-geconventioneerden. In 2015 onderschreven nog ruim 91 procent van de kinesitherapeuten de overeenkomst. In 2017 was dit gedaald tot 84 procent. Ook bij de tandartsen zien we een stijgende deconventionering (figuur 1).

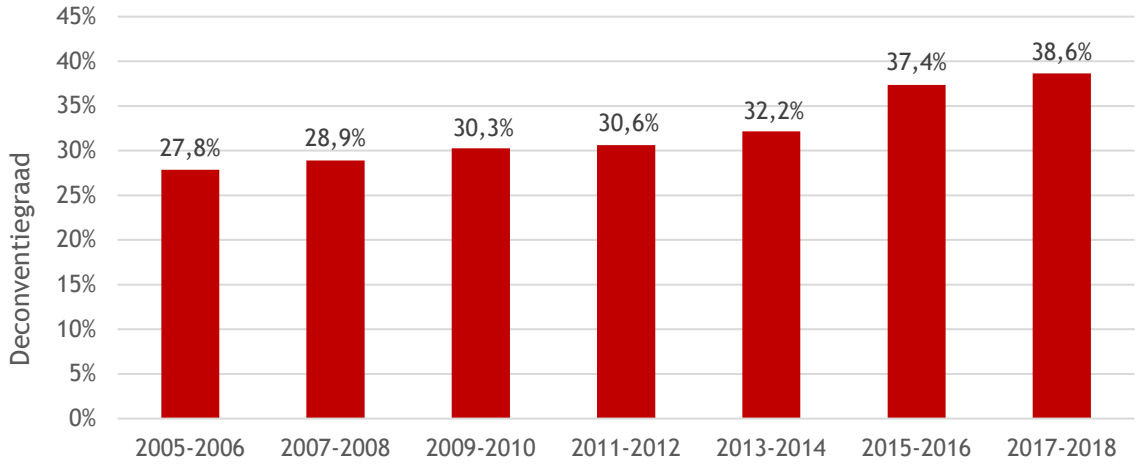
Kaart 1: Deconventiegraad bij tandartsen



Kaart 2: Deconventiegraad bij oogartsen



Figuur 1: Evolutie van de deconventiegraad bij tandartsen (2005/06 - 2017/19)



4.2 Welke informatie moet aan de patiënt verschaft worden over zijn factuur?

De zorgverstrekkers zijn verplicht de patiënt te informeren over het betaalde bedrag. Ze moeten dit vermelden op het deel ontvangstbewijs van het getuigschrift voor verstrekte hulp. Dat luikje kan evenwel door de patiënt afgescheurd worden, en komt dus niet automatisch in de gegevens van het ziekenfonds terecht. Onder punt 5.1 leggen we uit hoe we daar in deze studie mee zijn omgesprongen.

Als de zorgverstrekker niet-terugbetaalde verstrekkingen factureert, is hij verplicht een bewijsstuk van de betaalde bedragen te bezorgen aan de patiënt. Dat is ook het geval bij de toepassing van de elektronische derdebetalersregeling, of in het geval van e-attest.

In tabel 5 wordt ingezoomd op de specifieke verplichtingen.

Tabel 5: Verplichtingen van zorgverstrekkers om patiënten te informeren over het betaalde bedrag

	Algemeen	Verplicht	Artsen	Tandartsen	Kine
Verplichtingen op basis van de transparantiewet	Vermelding bedrag dat patiënt betaalde. Uniek model "getuigschrift voor verstrekte hulp" (GVH) omwille van transparantie, alle GVH's bevatten een deel 'ontvangstbewijs'. Dit geldt nu nog steeds.	Ja			
Getuigschrift	Als de verstrekking(en) in aanmerking kom(t)(en) voor een tegemoetkoming van de ziekteverzekering dan is de verstrekker verplicht om een GVH te bezorgen aan de patiënt (luik RIZIV EN fiscaal luik (ontvangstbewijs)), of aan het ziekenfonds van de patiënt in geval van toepassing van de derdebetalersregeling (enkel luik RIZIV). Het ontvangstbewijs wordt aan de patiënt bezorgd.	Ja			
Ontvangstbewijs: wat moet er op staan en wanneer?	Het ontvangstbewijs is bestemd voor de patiënt. Het ontvangen bedrag wordt vermeld op het ontvangstbewijs. Ontvangen bedrag: totaalbedrag dat door de patiënt is betaald (ZIV-terugbetaling + persoonlijk aandeel + supplementen). Kan het deel « ontvangstbewijs » van het GVH worden losgemaakt? Door de patiënt: ja.	Ja	Bij raadpleging of bezoeken en bij opening en verlenging van het Globaal Medisch Dossier (GMD). Moet afgeleverd worden door ALLE zorgverleners.	WAT: bij raadpleging of bezoeken met het totaalbedrag van de persoonlijke aandelen. WANNEER: op het ogenblik van de verstrekking of, indien het getuigschrift betrekking	Bij raadpleging of bezoeken moet een ontvangstbewijs afgeleverd worden door ALLE zorgverleners.

	Door de zorgverlener: neen, behalve in geval van toepassing van derdebetalersregeling.			heeft op verschillende verstrekkingen, ten laatste op het ogenblik dat het GVH wordt opgesteld voor het ziekenfonds: een kwijting of ereloonnota. Moet afgeleverd worden door ALLE zorgverleners	
Bewijsstuk: papier of elektronisch	Vanaf 1 juli 2015 moet de zorgverstrekker een bewijsstuk uitreiken als hij tegelijkertijd vergoedbare verstrekkingen en niet-vergoedbare verstrekkingen (waarin de ziekteverzekering niet tegemoetkomt) aanrekent. Bijgevolg voorziet de reglementering geneeskundige verzorging niet in de verplichting om een bewijsstuk uit te reiken in geval de zorgverstrekker louter en alleen niet-vergoedbare verstrekkingen verleent. Als verstrekkingen elektronisch in de derdebetalersregeling gefactureerd worden, omdat de patiënt in dat geval geen papieren GVH ontvangt.	Ja		Bij betaling van een voorschot elektronische facturatie en bij een combinatie van niet-terugbetaalbare verstrekkingen en terugbetaalbare verstrekkingen geldt bovendien de verplichting om een bewijsstuk af te leveren. Eén document kan zowel de vereiste vermeldingen van het bewijsstuk en de kwijting omvatten.	Als zorgverlener hulpmiddelen aflevert, kan patiënt bewijsstuk vragen met het aankoopbedrag.

	Wat met papieren derdebetaler? De patiënt ontvangt het afgescheurde ontvangstbewijs van het GVH.			De zorgverlener moet dubbel bewaren.	
					Andere categorieën van zorgverleners (verpleegkundigen, vroedvrouwen, logopedisten, kinesitherapeuten, bandagisten, orthopedisten, enz.) moeten niet meer uitdrukkelijk opteren voor de derdebetalersregeling om deze te kunnen toepassen. Dit wordt geregeld via Koninklijk Besluit.

4.3 Wat zijn de mogelijke sancties voor geconventioneerde zorgverstrekkers die de tarieven niet respecteren?

Geconventioneerde zorgverstrekkers die de tarieven niet respecteren, overtreden (behalve in geval van bijzondere eisen van de patiënt) de wet. Zij riskeren een sanctie van driemaal het bedrag van de overschrijding met een minimum van 125 euro.

Artikel 168, lid 4 ZIV-wet: Dezelfde administratieve geldboete wordt opgelegd aan de zorgverlener die is toegetreden tot het akkoord of de overeenkomst en die de daarin bepaalde honoraria en prijzen niet naleeft.
In lid 5 wordt deze boete bepaald: Het bedrag van de administratieve geldboete is gelijk aan driemaal het bedrag van de overschrijding met een minimum van 125 EUR.
Het KB van 17/09/2005 stelt dat de geneesheren-inspecteurs van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle en de sociaal inspecteurs van de Dienst voor Administratieve Controle, hetzij op eigen initiatief, hetzij op grond van informatie verstrekt door de verzekeringsinstelling, hetzij op grond van een klacht, deze overtredingen vaststellen.
Zij kunnen proces-verbaal opstellen of een waarschuwing geven of aan de overtreder een termijn opleggen waarbinnen hij zich in regel moet stellen.
Een afschrift van het proces-verbaal dat de overtreding vaststelt, wordt binnen veertien dagen bij een ter post aangetekende brief aan de overtreder gezonden. Met dezelfde kennisgeving wordt de overtreder verzocht binnen vijftien dagen zijn verweermiddelen schriftelijk te laten gelden bij de leidend ambtenaar van de Dienst voor Administratieve Controle.
Een exemplaar van het proces-verbaal waarbij de overtreding is vastgesteld wordt eveneens bezorgd aan de leidend ambtenaar van de Dienst voor Administratieve Controle.
De leidend ambtenaar legt de administratieve geldboete op en de beslissing wordt bij een ter post aangetekend schrijven aan de overtreder medegedeeld, samen met een verzoek tot betaling van de geldboete binnen drie maanden vanaf de datum van kennisgeving van de beslissing.

5. AANREKENING VAN SUPPLEMENTEN IN DE DATABANK

5.1. Aantal getuigschriften met informatie over aanrekening van supplementen

Bij de getuigschriften die via de loketten worden ingevoerd, kunnen vier typen verstrekkingen worden onderscheiden:

a) Verstrekkingen waarvoor het wettelijk persoonlijk aandeel (remgeld) volledig werd betaald en waar het totaal aangerekende bedrag gekend is.
b) Verstrekkingen waarvoor het wettelijk persoonlijk aandeel niet volledig werd betaald. In deze gevallen heeft de patiënt minder betaald dan het wettelijk honorarium. In dit geval vermeldt de verstrekker "nee" in het vak "KB 15.07.2002" op het getuigschrift, evenals het bedrag van het opgeëiste honorarium. Vaak zijn dat afrondingen naar beneden.
c) Verstrekkingen waarvoor het wettelijk persoonlijk aandeel volledig werd betaald, maar waar het totaal aangerekende bedrag niet is gekend (bijvoorbeeld omdat het ontvangstbewijs van het getuigschrift door de patiënt is afgescheurd).
d) Onvolledige getuigschriften (bijvoorbeeld geen introductie ja/nee bij het vak "KB 15.07.2002") en regularisaties.

De afzonderlijke verstrekkingen in de databank werden geaggregeerd per getuigschrift, en we verkrijgen aldus getuigschriften van type A, B, C en D. In een beperkt aantal gevallen (minder dan 2%) komen verstrekkingen van verschillende types voor op één getuigschrift (in 99% van de gevallen betreft het een combinatie van types *a* en *b*). In dat geval werd ervoor gekozen om de hoogste letter te weerhouden (dus indien zowel verstrekkingen van typen *a* en *b* aanwezig zijn, wordt het een getuigschrift van type B).

Enkel bij getuigschriften van type A en B kan nagegaan worden of er eventueel een supplement[12] is aangerekend (omdat hier een totaalbedrag is gekend). Bij getuigschriften van type B wordt er zeer zelden (minder dan 0,2% van de getuigschriften) een supplement aangerekend.

Het aantal getuigschriften per type (A, B, C en D), soort verstrekker (huisarts, specialist, tandarts en kinesitherapeut) en prestatiejaar (2016 of 2017) wordt weergegeven in tabel 6. Het aandeel getuigschriften van type A schommelt sterk naargelang het type verstrekker (hoogste aandeel bij specialisten; laagste aandeel bij kinesitherapeuten) en prestatiejaar (aanzienlijk hoger percentage in 2017 dan in 2016 bij tandartsen, kinesitherapeuten en, in mindere mate, specialisten). Verder opgesplitst naar conventiestatus van de zorgverstrekker zijn er eveneens (beperkte) variaties wat betreft het aandeel getuigschriften van type A (niet weergegeven op tabel 6). Bij specialisten en tandartsen ligt dit aandeel iets hoger bij niet-geconventioneerden dan bij geconventioneerden[13]; bij de huisartsen is dat omgekeerd.

Getuigschriften van type B komen vooral voor bij huisartsen (meer dan 15% in 2017), en veel minder (rond de 6%) bij specialisten en kinesitherapeuten. Het aandeel getuigschriften van type C loopt op tot meer dan 40% bij kinesisten in 2016, maar ligt wel bij elke zorgverstrekker significant lager in 2017 t.o.v. 2016. Het globaal aandeel getuigschriften met info over de aanrekening van supplementen (typen A en B) bedraag 75 procent (prestatiejaar 2016) en 80 procent (prestatiejaar 2017).

Tabel 7 geeft aansluitend het aantal getuigschriften van type A en B voor elke combinatie van verstrekker, conventiestatus en prestatiejaar. Merk daarbij op dat tussen 2016 en 2017 heel wat tandartsen van conventiestatus veranderden (vooral van niet geconventioneerd naar partieel geconventioneerd) (zie verder).

---

[12] Een supplement is het verschil tussen het wettelijk tarief van de verstrekking (bedrag betaald door de ziekteverzekering + remgeld voor de patiënt) en het totaalbedrag betaald door de patiënt. In de databank zijn een klein aantal niet-terugbetaalbare verstrekkingen (aangerekend met een nomenclatuurcode) aanwezig; deze worden niet beschouwd als een supplement. Het grootste deel van die verstrekkingen betreft de permanentietoeslag bij een bezoek aan een huisarts tussen 18 en 21 uur. Deze wordt niet terugbetaald als de patiënt geen Globaal Medisch Dossier (GMD) heeft bij die huisarts. Niet-terugbetaalde verstrekkingen die aangerekend worden zonder nomenclatuurcode zitten niet in onze databank. In sommige gevallen is het dus mogelijk dat die als supplementen werden beschouwd.

[13] Dit geldt eveneens bij kinesitherapeuten. Niet-geconventioneerde kinesitherapeuten zijn wel een zeer kleine groep (minder dan 5% van de getuigschriften, zie tabel 1).

Tabel 6: Aantal getuigschriften (rij-percentages) naar type verstrekker en type getuigschrift, prestatiejaren 2016 en 2017

Type verstrekker	Jaar	Type A	Type B	Type C	Type D
Huisarts	2016	4.800.431 (67,0%)	804.339 (11,2%)	1.543.153 (21,5%)	22.006 (0,3%)
	2017	4.356.386 (66,8%)	1.018.142 (15,6%)	1.127.719 (17,3%)	18.569 (0,3%)
Specialist	2016	3.386.863 (71,8%)	281.743 (6,0%)	1.042.348 (22,1%)	9.285 (0,2%)
	2017	3.575.104 (78,4%)	290.550 (6,4%)	688.058 (15,1%)	6.334 (0,1%)
Tandarts	2016	1.121.842 (52,5%)	220.569 (10,3%)	787.673 (36,9%)	4.819 (0,2%)
	2017	1.346.082 (64,1%)	178.875 (8,5%)	565.127 (26,9%)	10.282 (0,5%)
Kinesist	2016	456.742 (49,7%)	53.558 (5,8%)	407.198 (44,3%)	942 (0,1%)
	2017	575.200 (59,5%)	52.746 (5,5%)	337.562 (34,9%)	1.784 (0,2%)
Totaal	2016	9.765.878 (65,4%)	1.360.209 (9,1%)	3.780.372 (25,3%)	37.052 (0,2%)
	2017	9.852.772 (69,6%)	1.540.313 (10,9%)	2.718.466 (19,2%)	36.969 (0,3%)

Tabel 7: Verdeling van het aantal getuigschriften (+rij-percentages) met info over aanrekening van supplementen (typen A en B) naar conventiestatus, per type verstrekker en prestatiejaar

Type verstrekker	Jaar	Volledig geconventioneerd	Gedeeltelijk geconventioneerd	Niet geconventioneerd
Huisarts	2016	4.186.312 (74,9%)	420.342 (7,5%)	981.233 (17,6%)
	2017	3.986.632 (74,3%)	383.552 (7,1%)	995.179 (18,4%)
Specialist	2016	1.428.659 (38,9%)	506.890 (13,8%)	1.732.889 (47,2%)
	2017	1.459.269 (37,7%)	547.705 (14,2%)	1.858.680 (48,1%)
Tandarts	2016	334.181 (25,3%)	91.364 (6,9%)	895.895 (67,3%)
	2017	417.144 (27,7%)	281.373 (18,7%)	807.354 (53,6%)
Kinesitherapeut	2016	492.065 (96,5%)	-	17.834 (3,5%)
	2017	593.091 (94,6%)	-	33.849 (5,4%)

5.2. Percentage getuigschriften waarbij een supplement werd aangerekend

Tabel 8 geeft het aandeel van de getuigschriften van type A[14] waarbij een supplement werd aangerekend[15] en dit naar type verstrekker, conventiestatus[16] van de verstrekker en prestatiejaar. Er is een duidelijk verband met de conventiestatus van de verstrekker: bij volledig geconventioneerde verstrekkers is dit aandeel het laagst, terwijl dit bij de niet-geconventioneerden het hoogst is.

Behalve bij de arts-specialisten schommelt het aandeel van de getuigschriften waarbij een supplement werd betaald sterk naar prestatiejaar.
Bijvoorbeeld bij de volledig geconventioneerde huisartsen bedroeg dit aandeel 94% in 2016 tegenover maar 16% in 2017. Het hoge percentage in 2016 heeft voor een groot deel te maken met het bedrag van het tarief voor een raadpleging bij een huisarts. Dat was in 2016 exact 24,48 euro. Veel huisartsen rondden dit bedrag echter af naar 24,50 of 25 euro. In 2017 was het bedrag voor het honorarium gestegen naar 25,00 euro, met veel minder afrondingen tot gevolg.
Bij de (volledig en gedeeltelijk) geconventioneerde tandarts merken we een daling van het aandeel getuigschriften met een aanrekening van een ereloonsupplement (van 48 tot 61% in 2016 naar ongeveer een derde in 2017).

[14] Gezien er bij getuigschriften van type B bijna nooit supplementen worden aangerekend (maar bij 0,2% van de getuigschriften, cf. supra) worden deze in tabellen 8, 9, 12 en 13 buiten beschouwing gelaten.
[15] Onafhankelijk van het bedrag van dat supplement. Het kan zowel gaan over een afronding van 1 eurocent tot het aanrekenen van tientallen euro's.
[16] Verstrekkers met een onbekende conventiestatus werden niet weerhouden.

Bij de geconventioneerde kinesitherapeuten is er een verdubbeling van de percentages. Dit laatste heeft te maken met de moeilijkheden bij het tot stand komen van een nieuw tariefakkoord tussen kinesitherapeuten en ziekenfondsen begin 2017 (zie verder).

Tabel 8: Aandeel getuigschriften (enkel type A) waar een ereloonsupplement werd aangerekend, naar type verstrekker, conventiestatus en prestatiejaar

Type verstrekker	Jaar	Volledig geconventioneerd	Gedeeltelijk geconventioneerd	Niet geconventioneerd	Totaal
Huisarts	2016	94,3%	92,1%	97,0%	94,6%
	2017	16,1%	17,5%	68,6%	26,9%
Specialist	2016	22,6%	36,5%	81,0%	53,1%
	2017	22,4%	36,6%	80,9%	53,5%
Tandarts	2016	48,1%	61,0%	82,2%	73,2%
	2017	33,0%	34,0%	84,1%	61,8%
Kinesitherapeut	2016	17,0%	-	87,9%	19,5%
	2017	35,4%	-	89,9%	38,4%

Geconventioneerde zorgverstrekkers mogen in principe geen supplementen aanrekenen. Uit tabel 8 en ook uit de volgende analyses, blijkt dat ze dit in veel gevallen toch doen. We kunnen niet zomaar concluderen dat dit altijd om onwettig of onverklaarbare aangerekende supplementen gaat.
Er kunnen ook andere verklaringen zijn:

- Als de patiënt bijzondere eisen stelt (zie supra) mag een geconventioneerde zorgverstrekker supplementen aanrekenen.
- Geconventioneerde zorgverstrekkers opteren vaak om hun ereloon uit gemakkelijkheids-overwegingen af te ronden. In verdere analyses hebben we dit proberen uit te zuiveren door enkel te kijken naar de aanrekening van supplementen van minstens 10% bovenop het honorarium[17]. Het aandeel getuigschriften van type A waar een supplement werd aangerekend daalt dan aanzienlijk (tabel 9). Voor elke verstrekker en conventiestatus zien we een (kleine) toename van de percentages in 2017 t.o.v. 2016 voor wat betreft de aanrekening van supplementen van minstens 10 procent. Bij niet-geconventioneerde tandartsen, maar vooral bij geconventioneerde kinesitherapeuten is die toename substantieel.

Tabel 9: Aandeel getuigschriften (enkel type A) waar een supplement van minstens 10% bovenop het ereloon werd aangerekend, naar type verstrekker, conventiestatus en prestatiejaar

Type verstrekker	Jaar	Volledig geconventioneerd	Gedeeltelijk geconventioneerd	Niet geconventioneerd	Totaal
Huisarts	2016	3,1%	4,9%	45,0%	11,2%
	2017	4,2%	6,3%	46,6%	13,0%
Specialist	2016	6,8%	26,0%	68,8%	39,7%
	2017	8,5%	29,0%	70,2%	42,1%
Tandarts	2016	9,5%	12,7%	37,9%	29,9%
	2017	11,2%	13,2%	49,7%	33,1%
Kinesitherapeut	2016	8,1%	-	80,3%	10,7%
	2017	20,8%	-	83,3%	24,4%

[17] De grens van 10% is arbitrair bepaald. Het ligt aan de bovengrens van wat we als een afronding kunnen beschouwen. Bijvoorbeeld 10% bovenop het honorarium voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts in 2016 (24,48 euro) bedraagt 26,93 euro (+2,45 euro), en ligt dus duidelijk boven het bedrag dat overeenkomt met een afronding naar 24,50 of 25,00 euro.

5.3. Globale cijfers aangerekende supplementen

In 2016 en 2017 betaalden de leden van de Socialistische Mutualiteiten in de selectie 101 miljoen euro[18] aan ereloonsupplementen voor raadplegingen bij artsen, tandartsen en kinesitherapeuten (enkel getuigschriften ingediend bij de loketten). Dit is een onderschatting omdat bij 22,6% van alle getuigschriften een totaalbedrag ontbreekt (typen C en D in tabel 6) waardoor niet kon worden nagegaan of er al dan niet een supplement werd aangerekend. Ook merken we nogmaals op dat onze leden van de federatie Brabant niet zijn opgenomen bij de cijfers (loketten), en dat enkel getuigschriften zijn geanalyseerd die binnengebracht zijn bij het ziekenfonds in het eerste semester van 2018.

Indien we de bedragen extrapoleren naar het nationaal niveau (daarbij rekening houdend met het aandeel getuigschriften zonder info over de aanrekening van supplementen, het ontbreken van getuigschriften van de federatie van Socialistische Mutualiteiten Brabant, en het marktaandeel van de Socialistische Mutualiteiten in België) komen we op een totaalbedrag van ongeveer 543 miljoen euro (253 miljoen in 2016 en 290 miljoen in 2017). We beklemtonen hierbij dat deze cijfers met de nodige voorzichtigheid behandeld moeten worden, gezien de beperkingen van de extrapolatie.

Arts-specialisten en tandartsen zijn goed voor meer dan 80% van het totale bedrag betaald aan supplementen (tabel 10). Bijna vier vijfde van de supplementen wordt aangerekend door niet-geconventioneerde verstrekkers, waarvan veruit het grootste deel bij niet-geconventioneerde specialisten en tandartsen.

Tabel 10: Verdeling van de bedragen (in miljoen euro) van de aangerekende supplementen naar type verstrekker en conventiestatus, prestatiejaren 2016 en 2017

Conventiestatus	Huisarts	Specialist	Tandarts	Kinesitherapeut	Totaal
Volledig geconventioneerd	€ 3,13 mio (3,1%)	€ 3,15 mio (3,1%)	€ 3,15 mio (3,1%)	€ 6,17 mio (6,1%)	€ 15,6 mio (15,4%)
Gedeeltelijk geconventioneerd	€ 0,47 mio (0,5%)	€ 3,99 mio (3,9%)	€ 2,29 mio (2,3%)	-	€ 6,7 mio (6,7%)
Niet geconventioneerd	€ 7,26 mio (7,2%)	€ 37,4 mio (37,0%)	€ 32,7 mio (32,3%)	€ 1,40 mio (1,4%)	€ 78,7 mio (77,9%)
Totaal	€ 10,9 mio (10,7%)	€ 44,5 mio (44,1%)	€ 38,1 mio (37,7%)	€ 7,67 mio (7,5%)	€ 101,1 mio (100%)

Houden we enkel rekening met de aanrekening van supplementen van minstens 10% bovenop het honorarium, dan daalt het totaalbedrag met afgerond 6 miljoen euro (-6%) tot ongeveer 95 miljoen euro (tabel 11). De totale impact van de afronding van de honoraria is dus beperkt. Die impact is wel belangrijk bij de volledig geconventioneerde huisarts (bedragen dalen met een derde), die vaak afrondt.

Tabel 11: Verdeling van de bedragen (in miljoen euro) van de supplementen van minstens 10% bovenop het honorarium, naar type verstrekker en conventiestatus, prestatiejaren 2016 en 2017

Conventiestatus	Huisarts	Specialist	Tandarts	Kinesitherapeut	Totaal
Volledig geconventioneerd	€ 2,14 mio (2,2%)	€ 2,87 mio (3,0%)	€ 2,95 mio (3,1%)	€ 5,54 mio (5,8%)	€ 13,5 mio (14,2%)
Gedeeltelijk geconventioneerd	€ 0,37 mio (0,4%)	€ 3,85 mio (4,0%)	€ 2,14 mio (2,3%)	-	€ 6,4 mio (6,7%)
Niet geconventioneerd	€ 6,55 mio (6,9%)	€ 36,2 mio (38,0%)	€ 31,2 mio (32,8%)	€ 1,37 mio (1,4%)	€ 75,4 mio (79,1%)
Totaal	€ 9,04 mio (9,5%)	€ 42,9 mio (45,1%)	€ 36,3 mio (38,1%)	€ 6,92 mio (7,3%)	€ 95,2 mio (100%)

[18] Respectievelijk 46 en 56 miljoen euro in 2016 en 2017. Deze bedragen kunnen evenwel niet zomaar met elkaar worden vergeleken vermits het aantal getuigschriften met info over supplementen in 2017 duidelijk hoger ligt dan in 2016 (cf. tabel 6). Bedragen aangerekend door verstrekkers met een onbekende conventiestatus zijn hierbij inbegrepen.

5.4. Verdeling van de bedragen van de aangerekende supplementen

Indien er een supplement wordt aangerekend, wat betalen patiënten dan gemiddeld per getuigschrift en wat is de verdeling van de bedragen?
Die gemiddelde bedragen lopen sterk uiteen naargelang de verstrekker, de conventiestatus van de verstrekker en het prestatiejaar (tabel 12). De spreiding van de bedragen is eveneens ongelijk verdeeld: bij een groot deel van de getuigschriften worden lage bedragen aangerekend, terwijl de bedragen bij veel minder getuigschriften sterk oplopen (cf. de bedragen overeenkomend met de mediaan (P50), de bovengrenzen van het eerste en derde kwartiel (P25 en P75) en het 90ste percentiel (P90) in tabel 12).

Bij de volledig geconventioneerde **huisartsen** (tabel 12a) neemt het gemiddeld bedrag dat werd aangerekend als supplement toe van 0,5 euro in 2016 naar 2,8 euro in 2017. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat in 2016 bij ongeveer 95% van de getuigschriften een supplement werd betaald, terwijl dat in 2017 maar bij een 16% van de getuigschriften was (tabel 8). Een zeer groot deel van de aangerekende supplementen in 2016 waren dan ook kleine afrondingen (in 90% van de getuigschriften bedroeg het supplement minder dan 0,52 euro). Een tweede kanttekening bij de toename van het aangerekende supplement tussen 2016 en 2017 is het feit dat er in 2017 gemiddeld iets meer verstrekkingen op de getuigschriften stonden. Hetzelfde patroon is zichtbaar bij de gedeeltelijk geconventioneerde huisarts. Bij de niet-geconventioneerde huisarts ligt het gemiddeld bedrag dat als supplement werd aangerekend duidelijk hoger: 4,1 euro in 2016 en 6,0 euro in 2017 (de mediaan bedraagt respectievelijk 2,5 en 3,5 euro).

Bij de **arts-specialisten** is een vergelijking tussen 2016 en 2017 gemakkelijker te maken, vermits zowel het aandeel van de getuigschriften waarbij een supplement betaald werd (tabel 8) als het gemiddeld aantal verstrekkingen per getuigschrift ongeveer even groot zijn (tabel 12b). Net als bij de huisartsen zien we een duidelijke gradiënt van de gemiddelde bedragen van de supplementen naar conventiestatus (bijvoorbeeld in 2017: 6,1 euro, 11,8 euro en 13,8 euro bij respectievelijk volledig geconventioneerde, gedeeltelijk geconventioneerde en niet-geconventioneerde specialisten) en een toename van de gemiddelde bedragen tussen 2016 en 2017. Een andere vaststelling is dat de verdeling van de aangerekende bedragen bij volledig geconventioneerde specialisten meer wordt beïnvloed door de 25% (P75) of 10% (P90) getuigschriften met de hoogste aanrekening van supplementen (mediaan bedraagt 0,5-1,0 euro, terwijl de bovengrens van het derde kwartiel met 5,5-9,3 euro veel hoger ligt).

Ook bij **tandartsen** is er een groot verschil tussen (volledig en gedeeltelijk) geconventioneerden en niet-geconventioneerden (tabel 12c). Zo bedroeg het gemiddelde aangerekende supplement in 2016 bij de volledig en gedeeltelijk geconventioneerde tandarts respectievelijk 9,9 en 12,6 euro, terwijl dat bij de niet-geconventioneerde tandarts 22,7 euro was. Die bedragen stijgen fors in 2017 (tot respectievelijk 17,7 euro, 20,3 euro en 28,8 euro). We moeten hier wel opmerken dat deze gemiddelde bedragen erg beïnvloed worden door een beperkt aantal zeer hoge bedragen: de waarden van de mediaan en zelfs het 75ste percentiel liggen steeds duidelijk onder het gemiddelde bedrag, terwijl de bedragen overeenkomend met het 90ste percentiel heel wat hoger liggen. Hierbij aansluitend lopen de gemiddelde waarden sterk uiteen naargelang het type tandarts: orthodontisten (die bovendien in het merendeel van de gevallen niet geconventioneerd zijn) rekenen bijvoorbeeld veel meer supplementen aan dan algemene tandartsen (zie verder).

Kinesitherapeuten zijn de enige verstrekkers waar het gemiddeld bedrag van de supplementen lager ligt in 2017 dan in 2016 (tabel 12d). Zoals voorheen reeds aangehaald, hebben de moeilijkheden bij het tot stand komen van een nieuw tariefakkoord tussen kinesitherapeuten en ziekenfondsen in de eerste maanden van 2017 geleid tot de aanrekening van supplementen op veel meer getuigschriften (cf. tabel 8). In een groot deel van de gevallen was dat maar voor een beperkt bedrag, met een afname van de gemiddelde bedragen tot gevolg. Op de getuigschriften afgeleverd door kinesisten staan vaak verschillende sessies (op verschillende dagen) vermeld. Bij een vergelijking tussen de geconventioneerden en de niet-geconventioneerden moet daarmee rekening worden gehouden (cf. het duidelijk lager gemiddeld aantal nomenclatuurcodes per getuigschrift bij de niet-geconventioneerde kinesitherapeut).

Tabel 12: Verdeling van de bedragen van de aangerekende supplementen (gemiddelde, 25ste percentiel, mediaan, 75ste percentiel en 90ste percentiel) en gemiddeld aantal nomenclatuurcodes per getuigschrift, naar type verstrekker, conventiestatus en prestatiejaar

a) Huisartsen

Conventiestatus	Jaar	Gem. aantal codes per getuigschrift	Gemiddeld bedrag supplement	P25 suppl.	P50 suppl.	P75 suppl.	P90 suppl.
Volledig	2016	1,08	€ 0,5	€ 0,02	€ 0,08	€ 0,52	€ 0,52
	2017	1,23	€ 2,8	€ 0,35	€ 0,93	€ 2,93	€ 4,91
Gedeeltelijk	2016	1,11	€ 0,7	€ 0,02	€ 0,12	€ 0,52	€ 0,52
	2017	1,31	€ 4,0	€ 0,35	€ 1,00	€ 4,00	€ 8,91
Niet geconv.	2016	1,11	€ 4,1	€ 0,52	€ 2,52	€ 4,08	€ 8,24
	2017	1,12	€ 6,0	€ 2,50	€ 3,50	€ 5,00	€ 11,00

b) Arts-specialisten

Conventiestatus	Jaar	Gem. aantal codes per getuigschrift	Gemiddeld bedrag supplement	P25 suppl.	P50 suppl.	P75 suppl.	P90 suppl.
Volledig	2016	1,35	€ 4,8	€ 0,25	€ 0,52	€ 5,52	€ 14,42
	2017	1,39	€ 6,1	€ 0,20	€ 0,92	€ 9,25	€ 17,33
Gedeeltelijk	2016	1,47	€ 10,6	€ 3,00	€ 8,90	€ 15,52	€ 23,90
	2017	1,51	€ 11,8	€ 5,00	€ 10,00	€ 15,00	€ 25,00
Niet geconv.	2016	1,78	€ 13,1	€ 5,90	€ 10,52	€ 15,82	€ 25,52
	2017	1,79	€ 13,8	€ 6,00	€ 10,26	€ 17,10	€ 25,00

c) Tandartsen

Conventiestatus	Jaar	Gem. aantal codes per getuigschrift	Gemiddeld bedrag supplement	P25 suppl.	P50 suppl.	P75 suppl.	P90 suppl.
Volledig	2016	2,40	€ 9,9	€ 0,16	€ 0,40	€ 2,62	€ 26,06
	2017	2,49	€ 17,7	€ 0,50	€ 1,62	€ 13,88	€ 28,16
Gedeeltelijk	2016	2,61	€ 12,6	€ 0,20	€ 0,62	€ 3,62	€ 23,88
	2017	2,61	€ 20,3	€ 0,50	€ 3,00	€ 14,00	€ 34,50
Niet geconv.	2016	2,58	€ 22,7	€ 0,62	€ 4,17	€ 14,79	€ 40,76
	2017	2,57	€ 28,8	€ 2,62	€ 8,00	€ 20,50	€ 53,40

d) Kinesitherapeuten

Conventiestatus	Jaar	Gem. aantal codes per getuigschrift	Gemiddeld bedrag supplement	P25 suppl.	P50 suppl.	P75 suppl.	P90 suppl.
Volledig	2016	7,71	€ 29,4	€ 1,20	€ 9,18	€ 34,29	€ 91,44
	2017	7,75	€ 20,6	€ 3,40	€ 9,09	€ 23,66	€ 46,58
Niet geconv.	2016	4,32	€ 37,7	€ 10,96	€ 19,25	€ 42,66	€ 88,70
	2017	4,47	€ 29,6	€ 7,74	€ 16,44	€ 30,96	€ 69,66

GETUIGSCHRIFTEN MET EEN NOMENCLATUURCODE

Om de evolutie van de aanrekening van supplementen tussen 2016 en 2017 zo goed mogelijk te kunnen vergelijken, werden in tabel 13 enkel getuigschriften geselecteerd met maar één nomenclatuurcode. Vervolgens werd het gemiddeld bedrag en het mediaanbedrag berekend voor de 3 nomenclatuurcodes met de hoogste aanrekening van supplementen (bij de getuigschriften met maar één nomenclatuurcode) in 2016 en 2017 bij elk type verstrekker. Om een idee te krijgen van het volume, wordt in de tabel eveneens het aantal getuigschriften meegegeven. Bij de kinesitherapeuten zijn de bedragen per sessie, zodat ze vergelijkbaar zijn naar conventiestatus en prestatiejaar.

De drie nomenclatuurcodes met het hoogste totaalbedrag wat betreft de aanrekening van supplementen bij **huisartsen** zijn 101076, 101032 (respectievelijk raadplegingen in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts en door een huisarts) en 103132 (bezoek door de huisarts). Uit de gemiddelde bedragen en de mediaanbedragen in tabel 13a kunnen we dezelfde algemene conclusies trekken als bij tabel 12a: (1) bij een volledig geconventioneerde huisarts betaalt de patiënt een beduidend lager supplement als bij de partieel of niet-geconventioneerde huisarts, en (2) de bedragen liggen steeds iets hoger in 2017 dan in 2016. In dat opzicht moet opnieuw worden opgemerkt dat veel supplementen bij geconventioneerde huisartsen in 2016 kleine afrondingsbedragen zijn. In 2017 ligt het gemiddelde supplement voor raadplegingen in de spreekkamer hoger bij gedeeltelijk geconventioneerde huisartsen dan bij niet-geconventioneerde huisartsen; dit betreft wel een beperkt aantal getuigschriften. We stellen vast dat er bij een kleine 100.000 'zuivere' (vermits enkel en alleen die code op het getuigschrift staat) raadplegingen bij geconventioneerde huisartsen (codes 101076 en 101032 samen) in 2017, minstens 2 euro aan supplementen geattesteerd werden (cf. mediaanbedrag). Zijn dit allemaal patiënten met bijzondere eisen?

Bij **arts-specialisten** komt de top 3 van de aangerekende supplementen overeen met nomenclatuurcodes 102535[19], 102012[20] en 102756[21] (raadplegingen in de spreekkamer bij specifieke arts-specialisten). Het zijn vooral niet-geconventioneerde arts-specialisten die supplementen aanrekenen bij deze verstrekkingen (tabel 13b). Gezien het beperkt aantal getuigschriften bij geconventioneerde arts-specialisten, kunnen we ervan uitgaan dat de aanrekening van supplementen hier (met uitzondering van codes 102535 en 102756 in prestatiejaar 2016) in een veel groter deel van de gevallen gerelateerd kan worden aan de bijzondere eisen die de patiënt stelt. De gemiddelde bedragen lopen op tot meer dan 20 euro per raadpleging. Over het algemeen geldt ook hier dat de bedragen licht toenemen tussen 2016 en 2017.

Tabel 13: Gemiddelde bedragen, mediaanbedragen van de aangerekende supplementen en aantal getuigschriften (enkel top 3 nomenclatuurcodes met de hoogste aanrekening van supplementen bij getuigschriften met één nomenclatuurcode), naar type verstrekker, conventiestatus en prestatiejaar

a) Huisarts

Nomenclatuurcode	Conventiestatus	Jaar	Gemiddeld bedrag supplement*	Mediaan-bedrag supplement	Aantal getuigschriften
101076	Volledig geconv.	2016	€ 0,36	€ 0,02	2.264.564
		2017	€ 4,29	€ 2,00	104.388
	Gedeeltelijk geconv.	2016	€ 0,57	€ 0,02	222.831
		2017	€ 6,13	€ 4,00	14.996
	Niet geconv.	2016	€ 3,48	€ 2,52	533.346
		2017	€ 5,70	€ 4,00	335.483
101032	Volledig geconv.	2016	€ 2,08	€ 0,08	127.283
		2017	€ 5,18	€ 2,91	85.228
	Gedeeltelijk geconv.	2016	€ 8,45	€ 3,58	3.410
		2017	€ 18,62	€ 12,91	3.145
	Niet geconv.	2016	€ 12,46	€ 7,08	72.836
		2017	€ 13,24	€ 7,91	64.406
103132	Volledig geconv.	2016	€ 0,44	€ 0,24	551.157
		2017	€ 1,68	€ 0,93	97.351
	Gedeeltelijk geconv.	2016	€ 0,43	€ 0,24	52.916
		2017	€ 1,73	€ 0,93	10.161
	Niet geconv.	2016	€ 2,12	€ 1,24	132.687
		2017	€ 3,29	€ 2,93	91.577

[19] Raadpleging in de spreekkamer door een ander geaccrediteerde geneesheer-specialist dan die, vermeld onder de nummers 101290, 102292, 102336, 102373, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102756, 102874, 102911 en 103471

[20] Raadpleging in de spreekkamer door een ander geneesheer-specialist dan die, vermeld onder de nummers 101275, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130,102152, 102174, 102196, 102211, 102255, 102270, 102314, 102351, 102734,102896 en 103456

[21] Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de dermato-venereologie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag

b) Arts-specialisten

Nomenclatuurcode	Conventiestatus	Jaar	Gemiddeld bedrag supplement*	Mediaan-bedrag supplement	Aantal getuigschriften
102535	Volledig geconv.	2016	€ 5,53	€ 0,52	60.336
		2017	€ 12,26	€ 10,00	33.521
	Gedeeltelijk geconv.	2016	€ 12,09	€ 10,52	77.798
		2017	€ 13,94	€ 12,00	69.352
	Niet geconv.	2016	€ 13,40	€ 10,52	391.222
		2017	€ 14,47	€ 12,00	380.593
102012	Volledig geconv.	2016	€ 11,98	€ 9,42	14.502
		2017	€ 13,67	€ 9,25	13.544
	Gedeeltelijk geconv.	2016	€ 16,78	€ 12,42	7.729
		2017	€ 16,49	€ 14,25	9.358
	Niet geconv.	2016	€ 21,80	€ 19,42	93.788
		2017	€ 22,48	€ 19,25	93.156
102756	Volledig geconv.	2016	€ 2,24	€ 0,08	5.388
		2017	€ 7,71	€ 3,95	3.045
	Gedeeltelijk geconv.	2016	€ 9,48	€ 8,58	8.022
		2017	€ 11,11	€ 7,95	8.821
	Niet geconv.	2016	€ 8,78	€ 8,58	120.115
		2017	€ 9,39	€ 7,95	125.463

c) Tandartsen

Nomenclatuurcode	Conventiestatus	Jaar	Gemiddeld bedrag supplement*	Mediaan-bedrag supplement	Aantal getuigschriften
305616	Volledig geconv.	2016	*€ 33,99*	*€ 15,98*	*484*
		2017	*€ 40,66*	*€ 18,00*	*1.221*
	Gedeeltelijk geconv.	2016	*€ 23,41*	*€ 20,98*	*173*
		2017	*€ 65,73*	*€ 106,00*	*1.437*
	Niet geconv.	2016	€ 36,82	€ 15,98	12.962
		2017	€ 36,02	€ 20,98	19.910
301011	Volledig geconv.	2016	€ 3,59	€ 0,40	9.558
		2017	€ 3,72	€ 0,50	13.126
	Gedeeltelijk geconv.	2016	€ 4,59	€ 0,40	2.989
		2017	€ 4,95	€ 0,50	9.444
	Niet geconv.	2016	€ 6,77	€ 3,40	41.984
		2017	€ 8,81	€ 3,50	42.662
305675	Volledig geconv.	2016	*€ 353,60*	*€ 318,06*	*20*
		2017	*€ 468,08*	*€ 568,06*	*83*
	Gedeeltelijk geconv.	2016	*€ 334,99*	*€ 328,06*	*36*
		2017	*€ 314,89*	*€ 228,50*	*91*
	Niet geconv.	2016	€ 423,10	€ 413,06	647
		2017	€ 461,11	€ 458,50	772

d) Kinesitherapeuten (bedragen zijn per sessie)

Nomenclatuurcode	Conventiestatus	Jaar	Gemiddeld bedrag supplement*	Mediaan-bedrag supplement	Aantal getuigschriften
560011	Volledig geconv.	2016	€ 2,17	€ 0,50	26.017
		2017	€ 2,57	€ 1,54	78.692
	Niet geconv.	2016	€ 9,90	€ 5,12	9.576
		2017	€ 7,82	€ 4,49	18.306
560055	Volledig geconv.	2016	€ 9,28	€ 6,44	7.892
		2017	€ 9,32	€ 6,44	7.438
	Niet geconv.	2016	€ 18,43	€ 10,68	273
		2017	€ 18,23	€ 11,12	477
563010	Volledig geconv.	2016	€ 1,77	€ 0,45	6.170
		2017	€ 2,11	€ 1,35	19.049
	Niet geconv.	2016	€ 6,52	€ 4,03	906
		2017	€ 4,19	€ 2,02	3.015

Bij **tandartsen** worden supplementen veruit het meest aangerekend bij niet-geconventioneerden (tabellen 10 en 11), en dan vooral bij tandarts-specialisten in de orthodontie. Dit wordt weerspiegeld in tabel 13c: de verstrekkingen op plaats 1 en 3 wat betreft het totaalbedrag aan aangerekende supplementen (respectievelijk codes 305616[22] en 305675[23]) hebben betrekking op orthodontische behandelingen. Op plaats 2 komt een raadpleging in de spreekkamer van een algemeen tandarts, tandarts-specialist in de stomatologie of een arts-tandarts (nomenclatuurcode 301011[24]). Het bedrag dat als supplement wordt aangerekend bij orthodontische behandelingen is aanzienlijk: ongeveer 36 euro als bijkomend forfait per behandelingszitting en meer dan 400 euro als bijkomend forfait voor apparatuur (gemiddelde bedragen bij niet-geconventioneerde verstrekkers). Gezien de aantallen getuigschriften bij deze orthodontische behandelingen zeer laag zijn bij (gedeeltelijk) geconventioneerden, worden de bedragen die daarmee overeenkomen in tabel 13c enkel ter informatie meegegeven (ze zijn schuingedrukt in de tabel).

In tabel 13d worden de gemiddelde bedragen per sessie overeenkomend met de top 3 van de verstrekkingen weergegeven die **kinesitherapeuten** als supplement aanrekenen bij getuigschriften met één nomenclatuurcode. Het betreft steeds specifieke individuele kinesitherapiezittingen (codes 560011[25], 560055[26] en 563010[27]). Het gemiddelde bedrag en mediaanbedrag van de supplementen ligt duidelijk hoger bij niet-geconventioneerde kinesitherapeuten dan bij geconventioneerde kinesitherapeuten. Ten opzichte van prestatiejaar 2016 liggen de bedragen in 2017 iets hoger bij geconventioneerde kinesisten, maar iets lager bij niet-geconventioneerde kinesisten. Bij deze tabel valt op dat het aantal getuigschriften bij codes 560011 en 563010 significant hoger ligt in 2017. Het aantal getuigschriften ligt soms wel heel laag.

[22] Forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting; maximum 2 per kalendermaand en maximum 6 per 6 kalendermaanden, ongeacht het aantal zittingen

[23] Bijkomend forfait voor apparatuur en per regelmatige orthodontische behandeling, na 6 forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting en ten vroegste tijdens de 6e kalendermaand van behandeling

[24] Raadpleging in de spreekkamer van een tandheelkundige houder van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts, een geneesheer-specialist in de stomatologie of een geneesheer-tandarts, vanaf de 18e verjaardag

[25] Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft

[26] Als de zitting 560011 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft

[27] Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft

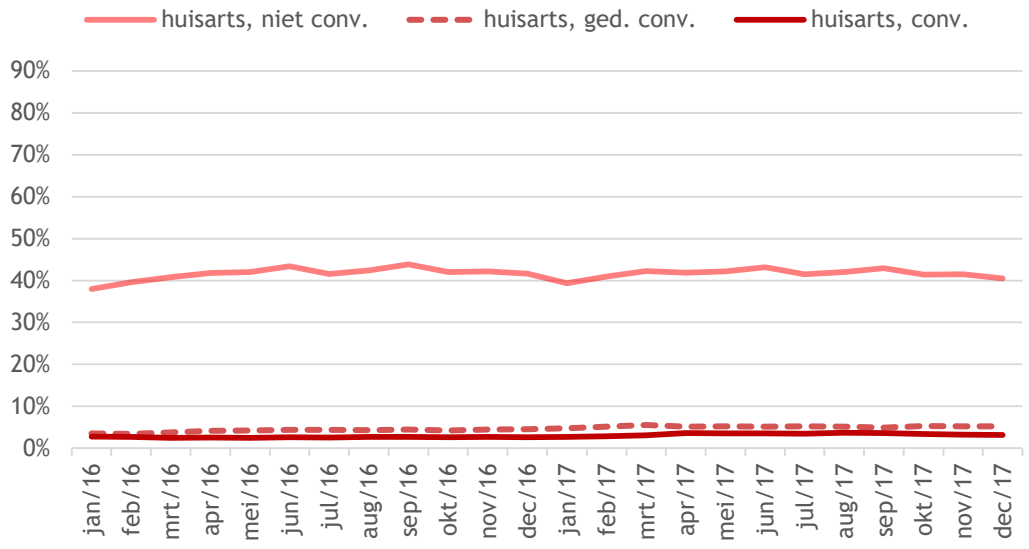
5.5. Aanrekening supplementen van minstens 10% bovenop het honorarium: evolutie in de tijd

Figuren 2 tot en met 10 geven meer detail over de evolutie in de loop van de tijd (percentages per maand in de periode januari 2016 tot en met december 2017) voor wat betreft de aanrekening van supplementen van minstens 10% bovenop de officiële tarieven van het RIZIV (om afrondingen uit te zuiveren, cf. supra). De noemer komt telkens overeen met het aantal getuigschriften met info over de aanrekening van supplementen (getuigschriften van type A en B in tabel 7; getuigschriften van type C en D worden hier dus buiten beschouwing gehouden).

HUISARTSEN

Bij huisartsen zijn de percentages waarbij een supplement van minstens 10% werd aangerekend redelijk stabiel in de loop van de tijd (figuur 2). Bij de volledig geconventioneerde huisartsen nemen die percentages iets toe (van 2,5% in maart 2016 naar 3,7% in augustus 2017). Hetzelfde geldt bij de gedeeltelijk geconventioneerde huisarts (stijging van 3,4% in februari 2016 naar 5,3% in oktober 2017). Bij de niet-geconventioneerde huisartsen wordt een supplement van minstens 10% veel meer aangerekend (bij ongeveer vier op de tien getuigschriften).

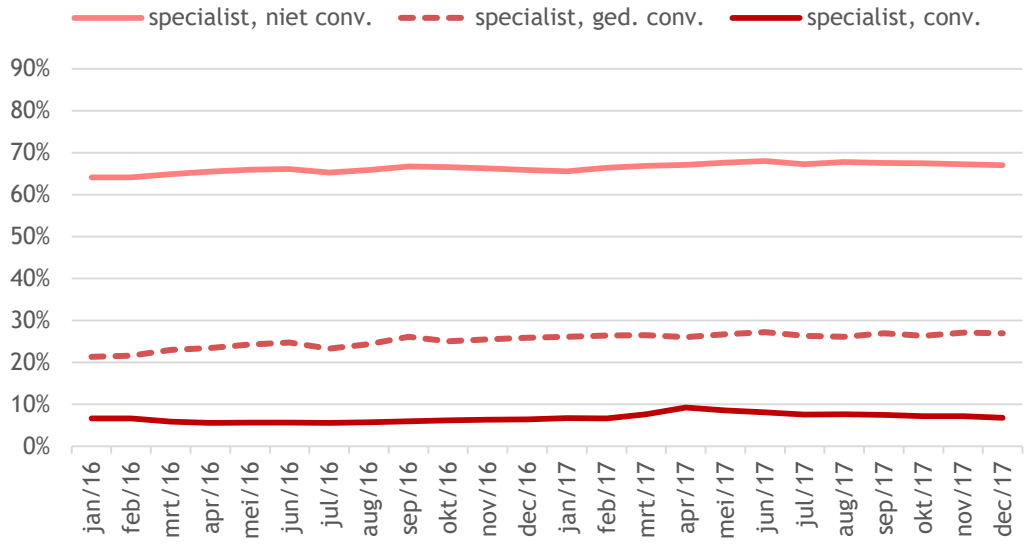
Figuur 2: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij huisartsen, naar conventiestatus en maand voor prestatiejaren 2016 en 2017



ARTS-SPECIALISTEN

Het aandeel van de gevallen waarbij arts-specialisten een supplement van minstens 10% aanrekenen, ligt hoger dan bij de huisartsen (figuur 3). Bij de geconventioneerde specialist schommelen de percentages tussen 5,5% (april-juli 2016) en 9,1% (piek in april 2017). Bij de gedeeltelijke geconventioneerden lopen de percentages op van 21% begin 2016 naar iets meer dan 26% eind 2017. Bij de niet-geconventioneerde arts-specialist betaalt de patiënt in twee op de drie gevallen een supplement van minstens 10% bovenop het honorarium. Ook hier is een beperkte toename (van 64 naar 67-68%) in de loop van 2016 en 2017 zichtbaar.

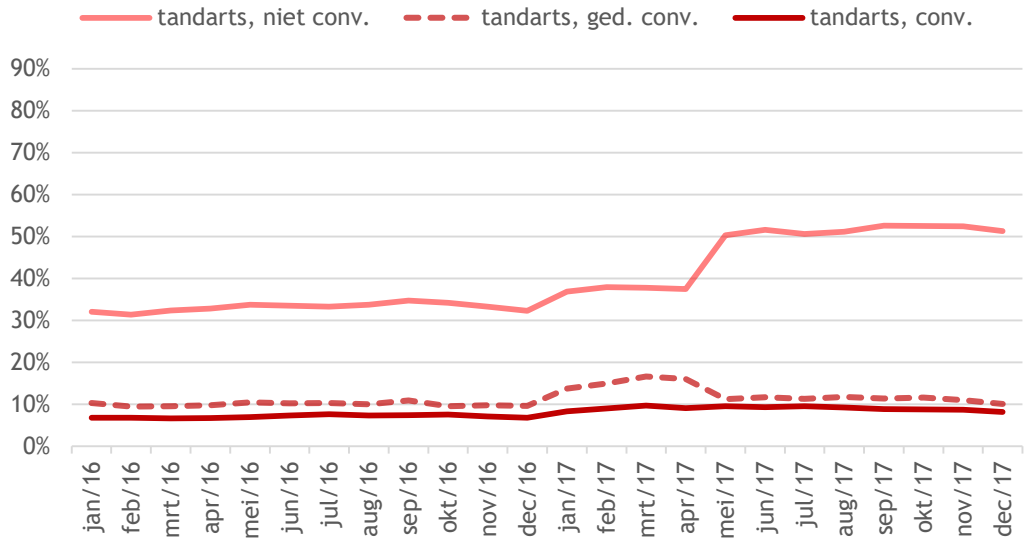
Figuur 3: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij arts-specialisten, naar conventiestatus en maand voor prestatiejaren 2016 en 2017



TANDARTSEN (+ ONDERVERDELING NAAR TYPE TANDARTS)

Bij de tandartsen zien we dat het aandeel aangerekende supplementen van 10% of meer bovenop het honorarium bij de niet-geconventioneerden duidelijk hoger ligt in 2017 (50% of meer) dan in 2016 (31-34%). Dat is vooral het geval vanaf de maand mei, na het afsluiten van het nieuwe akkoord tussen tandartsen en ziekenfondsen (figuur 4). De beperkte toename van de percentages bij de gedeeltelijk geconventioneerde tandarts begin 2017 naar 17% was tijdelijk: vanaf mei dalen deze terug naar het niveau van 2016 (iets boven de 11%). Bij de geconventioneerde tandarts wordt in ongeveer één op de tien gevallen een supplement van minstens 10% aangerekend.

Figuur 4: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij tandartsen, naar conventiestatus en maand voor prestatiejaren 2016 en 2017

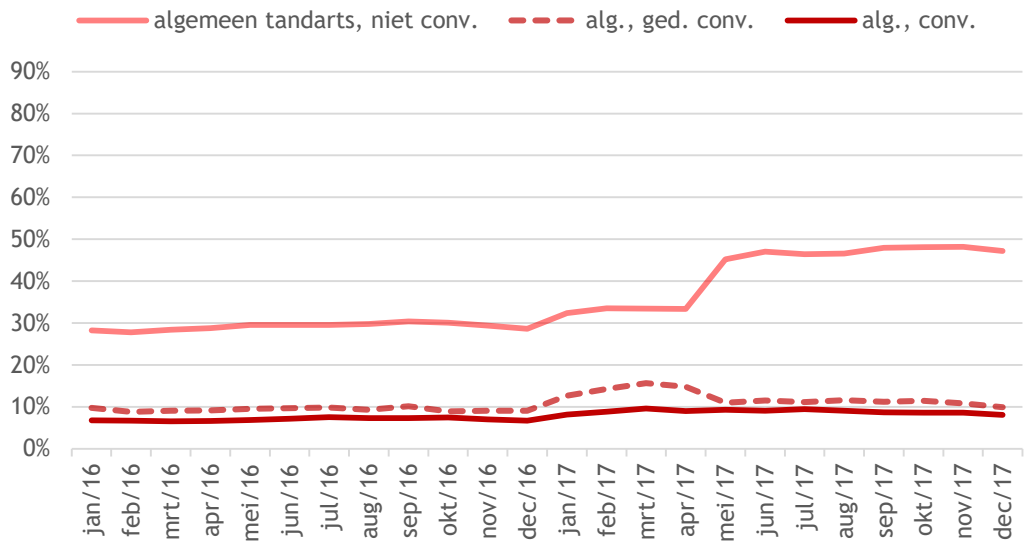


Hieronder (figuren 5 tot en met 9) worden de percentages bij tandartsen verder opgesplitst naar type tandarts: (1) algemeen tandarts, (2) arts-tandarts, (3) arts-stomatoloog, (4) tandarts-specialist in de parodontologie en (5) tandarts-specialist in de orthodontie. Om volatiliteit door lage aantallen zo veel mogelijk te vermijden, worden de getuigschriften van de gedeeltelijke en de volledig geconventioneerde tandartsen (met uitzondering van de algemene tandartsen) samengevoegd.

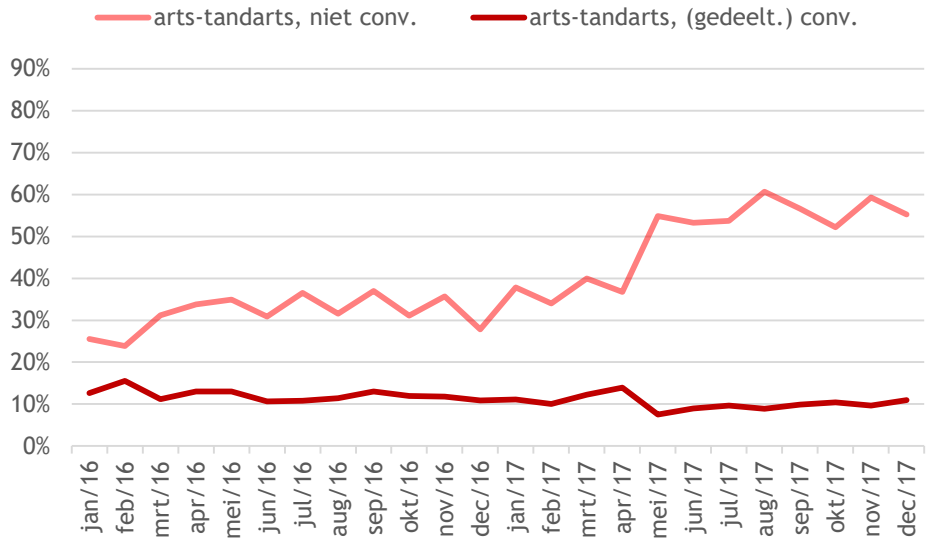
De aanrekening van supplementen van minstens 10% ligt het laagst bij de algemene tandartsen, arts-tandartsen en arts-stomatologen (figuren 9 tot 11). Bij de (gedeeltelijk) geconventioneerden schommelt dat aandeel rond de 10%, terwijl het bij de niet-geconventioneerden significant hoger is (30 à 60%). Bij de niet-geconventioneerde algemene tandartsen en arts-tandartsen is er een duidelijke stijging wat de aanrekening van supplementen van minstens 10% betreft. Het gaat hier wel over een relatief beperkt aantal getuigschriften.

Bij niet-geconventioneerde tandarts-specialisten in de parodontologie en de orthodontie ligt het aandeel supplementen van minstens 10% gevoelig hoger (70 à 80%) en stijgt bovendien in de loop van de tijd (figuren 12 en 13). Vermits de grote meerderheid van de getuigschriften van de tandarts-specialisten (vooral orthodontisten) deze van niet-geconventioneerden betreft, moeten de percentages bij de geconventioneerde tandarts-specialist eerder als indicatief worden beschouwd; bij geconventioneerde orthodontisten gaat het bijvoorbeeld maar over 2.300 getuigschriften met info over de aanrekening van supplementen in de periode 2016-2017 (tegenover meer dan 177.000 getuigschriften bij niet-geconventioneerde orthodontisten).

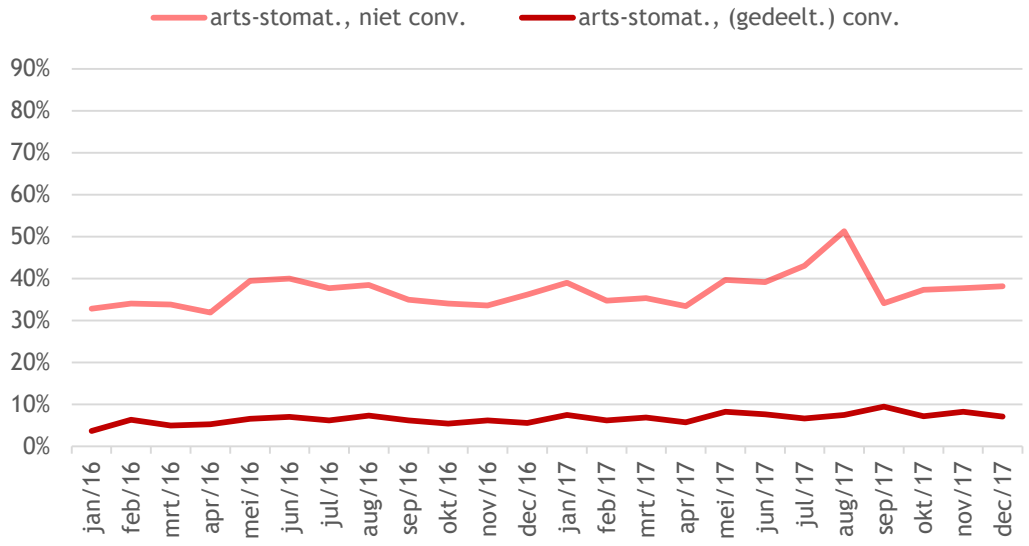
Figuur 5: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij algemene tandartsen, naar conventiestatus en maand voor prestatiejaren 2016 en



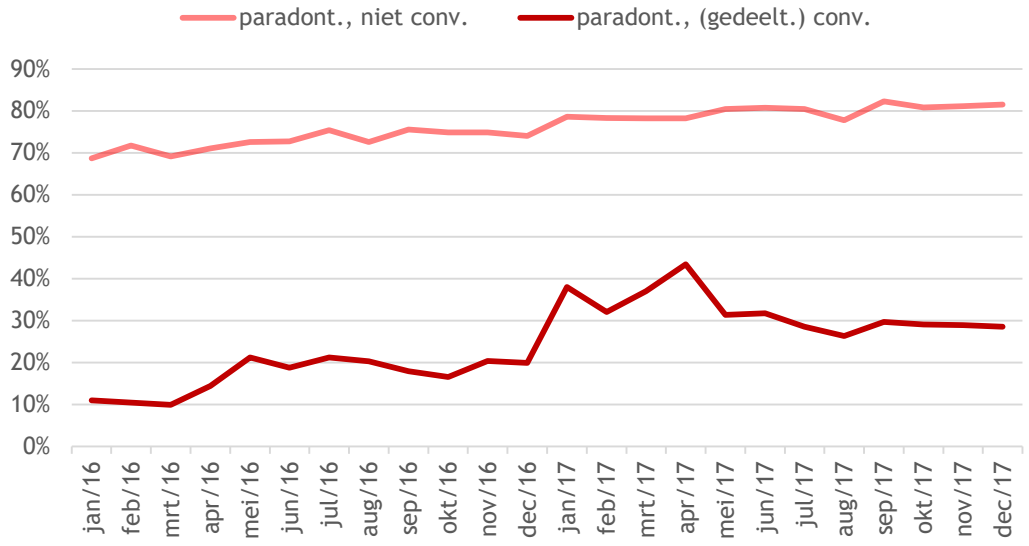
Figuur 6: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij arts-tandartsen, naar conventiestatus en maand voor prestatiejaren 2016 en 2017



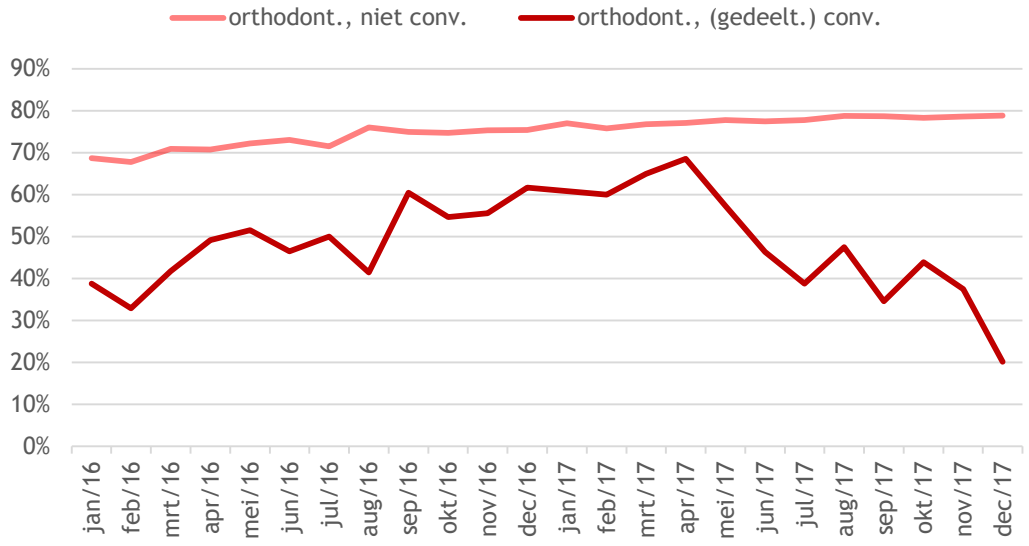
Figuur 7: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij arts-stomatologen, naar conventiestatus en maand voor prestatiejaren 2016 en 2017



Figuur 8: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij tandarts-specialisten in de parodontologie, naar conventiestatus en maand voor prestatiejaren 2016 en 2017



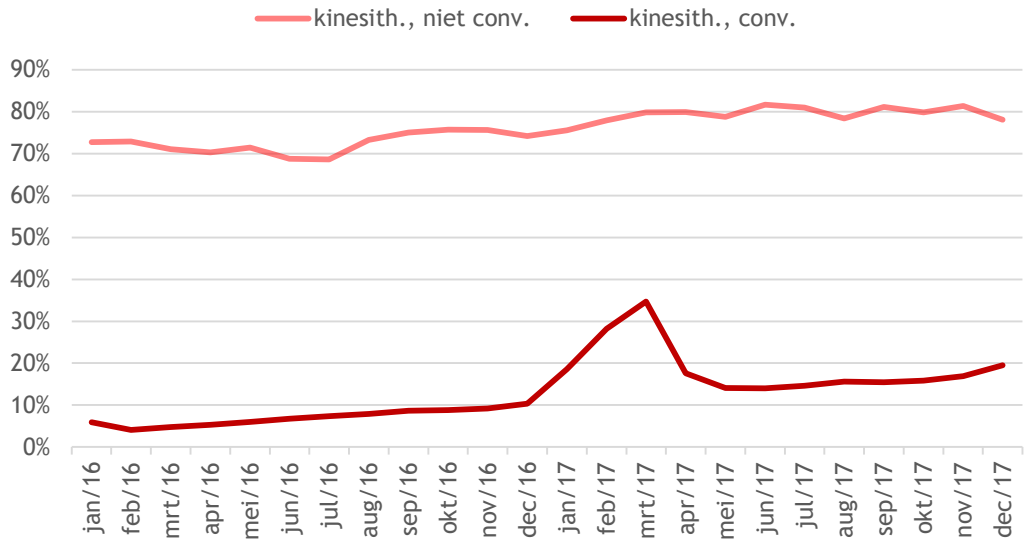
Figuur 9: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij tandarts-specialisten in de orthodontie, naar conventiestatus en maand voor prestatiejaren 2016 en 2017



KINESITHERAPEUTEN

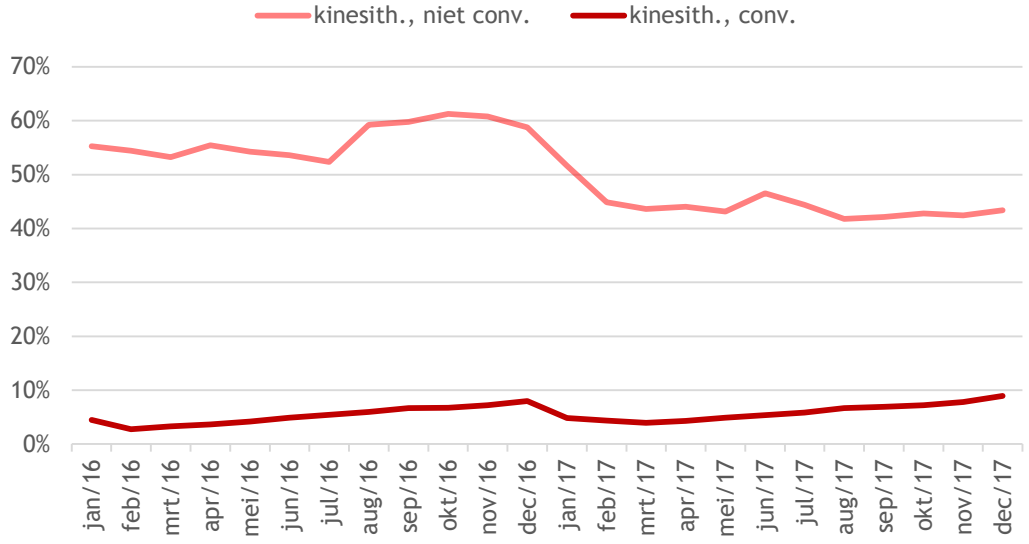
Bij de geconventioneerde kinesitherapeuten is een opvallende trend over de langere termijn zichtbaar: de gevallen waarbij een supplement van minstens 10% wordt aangerekend stijgt in de loop van 2016 van 4 naar 10 procent, waarna er een piek wordt bereikt in maart 2017 (35%), en er vervolgens terug een daling is, een stabilisatie rond de 15 procent en vervolgens opnieuw een toename tot bijna 20 procent (figuur 10). De forse stijging tijdens de eerste maanden van 2017 heeft te maken met de moeilijke onderhandelingen over het nieuwe akkoord tussen kinesisten, ziekenfondsen en het RIZIV. Maar zelfs na het afsluiten van het akkoord (april 2017) blijft de aanrekening van supplementen van 10% of meer op een veel hoger niveau dan in 2016. Een eerste analyse op basis van (voorlopige) gegevens voor 2018, toont een afname van de percentages tot op het niveau van begin 2016 (iets boven de 5%). Het lijkt er dus op dat het nieuwe akkoord ziekenfondsen-kinesitherapeuten van 2018-2019 ertoe heeft geleid dat veel minder geconventioneerde kinesitherapeuten dan in 2017 een supplement van minstens 10% aanrekenen. De niet-geconventioneerde kinesitherapeuten rekenen veel meer supplementen aan van minstens 10%: de percentages lopen op tot 80% tijdens de tweede helft van 2017. Dit betreft wel een zeer kleine groep (zie tabel 7).

Figuur 10: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij kinesisten, naar conventiestatus en maand voor prestatiejaren 2016 en 2017



Op figuur 11 wordt duidelijk dat de uitgesproken piek bij geconventioneerde kinesitherapeuten verdwijnt als enkel supplementen van minstens 20% bovenop het honorarium worden weerhouden. De significante stijging van de aanrekening van supplementen in het voorjaar van 2017 betreft dus uitsluitend bedragen tussen de 10 en 20% bovenop het honorarium. Merk ook op dat de aanrekening van supplementen van minstens 20% bij de kleine groep van niet-geconventioneerde kinesitherapeuten daalt in de loop van de tijd.

Figuur 11: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 20% worden aangerekend bij kinesisten, naar conventiestatus en maand voor prestatiejaren 2016 en 2017



5.6. Aanrekening supplementen van minstens 10% bovenop het honorarium: regionale verschillen (federatie van de patiënt)

Aansluitend bij de evolutie van de aanrekening van supplementen van minstens 10% in de tijd (figuren per maand), worden hier globale cijfers (prestatiejaren 2016 en 2017 samen) gepresenteerd, maar opgesplitst naar federatie van de patiënt (tabellen 14 tot 17). De federaties binnen de Socialistische Mutualiteiten komen grotendeels overeen met het provinciaal niveau; enkel de provincie Henegouwen heeft twee federaties ("Mons – Wallonie picarde" en "Centre, Charleroi et Soignies"). Getuigschriften van leden van de Federatie van Socialistische Mutualiteiten Brabant (provincie Vlaams-Brabant en het Brussels gewest) ontbreken in de databank.

HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

Bij de **huisartsen** ligt de aanrekening van supplementen van minstens 10% het hoogst in de federatie Waals-Brabant (tabel 14). Bovengemiddelde percentages zijn er ook in de federatie De Voorzorg Antwerpen (enkel niet-geconventioneerden), in de provincies Luxemburg en Namen (enkel gedeeltelijk geconventioneerden), en in de federatie Centre, Charleroi et Soignies (enkel geconventioneerden). Daarentegen worden supplementen van minstens 10% bovenop het honorarium opvallend minder aangerekend bij De Voorzorg Limburg (alle conventiestatussen) en in de provincie Namen (enkel niet-geconventioneerden).

De aanrekening van supplementen van 10% en meer gebeurt bij **arts-specialisten** het vaakst in de federaties Waals-Brabant (alle conventiestatussen), Luxemburg (alle conventiestatussen) en De Voorzorg Antwerpen (gedeeltelijk geconventioneerden en niet-geconventioneerden) (tabel 15). De laagste percentages zijn voor leden van de federaties Namen (alle conventiestatussen), Centre, Charleroi et Soignies (enkel geconventioneerden), Mons – Wallonie picarde (enkel niet-geconventioneerden) en De Voorzorg Limburg (enkel niet-geconventioneerden).

Tabel 14: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij huisartsen, naar conventiestatus en federatie van de patiënt tijdens de jaren 2016 en 2017

Federatie	Volledig geconventioneerd	Gedeeltelijk geconventioneerd	Niet geconventioneerd
De Voorzorg Antwerpen	3,5%	3,5%	59,5%
Bond Moyson West-Vlaanderen	2,3%	3,5%	33,9%
Bond Moyson Oost-Vlaanderen	3,2%	5,8%	34,4%
De Voorzorg Limburg	0,7%	3,6%	23,9%
Brabant wallon	7,0%	12,7%	61,3%
Mons - Wallonie picarde	3,2%	6,8%	43,9%
Centre, Charleroi et Soignies	5,5%	5,7%	37,0%
Liège	3,6%	5,1%	30,6%
Province de Luxembourg	3,8%	8,5%	44,0%
Province de Namur	2,9%	9,8%	21,1%
TOTAAL	3,1%	4,7%	41,9%

Tabel 15: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij arts-specialisten, naar conventiestatus en federatie van de patiënt tijdens de jaren 2016 en 2017

Federatie	Volledig geconventioneerd	Gedeeltelijk geconventioneerd	Niet geconventioneerd
De Voorzorg Antwerpen	7,7%	32,2%	73,1%
Bond Moyson West-Vlaanderen	6,8%	28,3%	66,3%
Bond Moyson Oost-Vlaanderen	7,8%	29,8%	71,1%
De Voorzorg Limburg	10,7%	26,7%	58,8%
Brabant wallon	15,5%	34,6%	76,3%
Mons - Wallonie picarde	6,4%	24,9%	58,6%
Centre, Charleroi et Soignies	5,5%	21,9%	69,2%
Liège	6,2%	25,7%	61,0%
Province de Luxembourg	8,9%	28,7%	80,5%
Province de Namur	6,4%	21,4%	57,8%
TOTAAL	7,3%	26,0%	67,2%

TANDARTSEN EN KINESITHERAPEUTEN

Net als bij de specialisten, rekenen **tandartsen** het meest supplementen van minstens 10% aan in de federaties De Voorzorg Antwerpen, Waals-Brabant en Luxemburg (tabel 16). Dit sluit aan bij de hoge deconventiegraden van tandartsen in de provincie Antwerpen en een aantal Waalse arrondissementen waaronder Nijvel (Waals-Brabant) (kaart 1). Supplementen van 10% of meer worden het minst aangerekend aan leden van de federatie De Voorzorg Limburg (alle conventiestatussen), Bond Moyson West-Vlaanderen (alle conventiestatussen) en Luik (enkel volledig geconventioneerde en niet-geconventioneerde tandartsen).

Bij de geconventioneerde **kinesitherapeuten** is er een duidelijk verschil tussen de noordelijke en zuidelijke helft van het land: in de Vlaamse provincies en Waals-Brabant liggen de percentages boven het globaal gemiddelde, terwijl ze in de Waalse provincies (Waals-Brabant uitgezonderd) significant lager liggen dan het gemiddelde (tabel 17). Zo betaalt iets meer dan een vijfde van de leden van de federatie De Voorzorg Antwerpen een supplement van minstens 10% bij een bezoek aan hun (geconventioneerde) kinesist. Gezien de niet-geconventioneerde kinesitherapeuten zo'n kleine groep vormen (tabel 7), zijn de ruimtelijke patronen hier veel minder duidelijk.

Tabel 16: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij tandartsen, naar conventiestatus en federatie van de patiënt tijdens de jaren 2016 en 2017

Federatie	Volledig geconventioneerd	Gedeeltelijk geconventioneerd	Niet geconventioneerd
De Voorzorg Antwerpen	14,0%	14,8%	52,4%
Bond Moyson West-Vlaanderen	7,5%	7,8%	30,7%
Bond Moyson Oost-Vlaanderen	7,6%	10,5%	37,0%
De Voorzorg Limburg	6,1%	7,5%	26,3%
Brabant wallon	13,9%	25,0%	58,2%
Mons - Wallonie picarde	9,9%	12,0%	46,7%
Centre, Charleroi et Soignies	9,2%	17,7%	42,9%
Liège	5,9%	12,4%	33,9%
Province de Luxembourg	8,7%	17,7%	51,8%
Province de Namur	8,6%	13,6%	47,5%
TOTAAL	8,5%	11,5%	41,7%

Tabel 17: Aandeel van de getuigschriften waarbij supplementen van minstens 10% worden aangerekend bij kinesitherapeuten, naar conventiestatus en federatie van de patiënt tijdens de jaren 2016 en 2017

Federatie	Geconventioneerd	Niet geconventioneerd
De Voorzorg Antwerpen	21,7%	74,6%
Bond Moyson West-Vlaanderen	15,0%	66,9%
Bond Moyson Oost-Vlaanderen	14,5%	70,6%
De Voorzorg Limburg	13,3%	68,5%
Brabant wallon	15,8%	77,3%
Mons - Wallonie picarde	6,5%	62,1%
Centre, Charleroi et Soignies	6,2%	54,8%
Liège	6,2%	81,5%
Province de Luxembourg	8,2%	80,9%
Province de Namur	8,0%	81,8%
TOTAAL	12,4%	72,6%

6. ANALYSE PER VERSTREKKER

6.1. Inleiding

In de vorige tabellen en figuren waren de cijfers gebaseerd op het aantal getuigschriften van patiënten bij elk type verstrekker. Hier worden deze cijfers geaggregeerd op het niveau van de (tand)arts/kinesitherapeut.

Tabel 18 toont het aantal vertrekkers in de databank met een gekende conventiestatus in de periode januari 2016 tot december 2017 (eerste kolom). De tweede kolom geeft het aantal van deze verstrekkers die in de periode 2016-2017 van conventiestatus zijn veranderd (hiervoor worden enkel de eerste en de laatste gekende conventiestatus in die periode met elkaar vergeleken). Merk op dat ongeveer 1 op de 4 tandartsen van conventiestatus zijn veranderd (waarvan ongeveer 60 procent van niet geconventioneerd naar gedeeltelijk geconventioneerd). Bij de (huis)artsen en vooral de kinesisten is de invloed van de veranderingen van conventiestatus beperkt. De volgende kolom toont het aantal verstrekkers met minder dan 50 getuigschriften met info over supplementen (dus van type A en B, zie tabel 6) tijdens de tweejaarlijkse

periode; dit is dus gemiddeld minder dan 2 getuigschriften per maand. Omdat dit enkel getuigschriften betreft van leden van de Socialistische Mutualiteiten (en het aandeel van de leden van de Socialistische Mutualiteiten op nationaal niveau iets lager ligt dan 30%), geven de volgende tabellen dus geen volledig beeld van het supplementenbeleid dat individuele verstrekkers toepassen. Ondanks deze beperking, geven de tabellen toch een indicatie van dat supplementenbeleid.

In de verdere analyse worden enkel de verstrekkers weerhouden die (1) niet veranderd zijn van conventiestatus, en die (2) minstens 50 getuigschriften hebben in de databank (kolom 4).

Tabel 18: Aantal verstrekkers in de databank, aantal met een verandering van conventiestatus, en met minder dan 50 getuigschriften met info over de aanrekening van supplementen in de loop van de periode januari 2016 tot december 2017

Type verstrekker	Aantal in databank	Veranderd van conventiestatus	Minder dan 50 getuigschr.	Aantal in analyse
Huisarts	13.134	498	3.398	9.372
Specialist	19.920	1.376	7.235	11.622
Tandarts	8.611	2.206	2.503	4.319
Kinesist	18.679	204	11.287	7.266

We bekijken vervolgens het percentage verstrekkers naar type en conventiestatus dat (a) in meer dan de helft van de gevallen, (b) in meer dan 90 procent van de gevallen en (c) nooit een supplement van minstens 10% bovenop het honorarium aanrekent.

6.2. Verstrekker rekent in meer dan de helft en in meer dan 90% van de gevallen een supplement van minstens 10% bovenop het honorarium aan

Het aandeel verstrekkers dat bij meer dan de helft van de getuigschriften een supplement van minstens 10% heeft aangerekend, verschilt sterk naargelang het type verstrekker en de conventiestatus van die verstrekker (tabel 19). Het aandeel loopt op tot twee derde en vier vijfde bij respectievelijk de niet-geconventioneerde specialist en kinesist (bij deze laatste gaat het wel maar om een 200-tal verstrekkers), terwijl dat bij de volledig en partieel geconventioneerde huisartsen, specialisten en tandartsen 3% of minder bedraagt (bij de gedeeltelijk geconventioneerde arts-specialist is dat ongeveer 17%). De geconventioneerde kinesisten hebben een afwijkend profiel: iets meer dan 7 procent rekent toch in meer dan de helft van de gevallen een supplement van minstens 10% aan. Wederom kan dit worden gekoppeld aan de moeilijkheden bij het afsluiten van het akkoord ziekenfondsen-kinesitherapeuten in het voorjaar van 2017.

Tabel 19: Aantal en aandeel verstrekkers die in de periode 2016-2017 bij meer dan de helft van de getuigschriften een supplement van minstens 10% hebben aangerekend, naar conventiestatus

Type verstrekker	Volledig geconv.	Gedeeltelijk geconv.	Niet geconv.
Huisarts	101 (1,5%)	16 (2,3%)	874 (49,8%)
Specialist	146 (2,3%)	209 (17,1%)	2.745 (68,0%)
Tandarts	16 (1,3%)	8 (3,5%)	1.527 (53,6%)
Kinesitherapeut	509 (7,2%)	-	172 (82,7%)

Aansluitend geven we in tabel 20 het aantal verstrekkers die bij meer dan negen op de tien van de getuigschriften een supplement van minstens 10% hebben aangerekend in de periode 2016-2017. De aantallen worden zeer klein, zeker bij de (gedeeltelijk) geconventioneerde verstrekkers. Ondanks het feit dat dit enkel getuigschriften van leden van de Socialistische Mutualiteiten betreft, kan deze tabel een startpunt zijn om verstrekkers te identificeren die systematisch supplementen aanrekenen wanneer ze dat wettelijk niet mogen.

Tabel 20: Aantal en aandeel verstrekkers die in de periode 2016-2017 bij meer dan 90 procent van de getuigschriften een supplement van minstens 10% hebben aangerekend, naar conventiestatus

Type verstrekker	Volledig geconv.	Gedeeltelijk geconv.	Niet geconv.
Huisarts	31 (0,4%)	2 (0,3%)	344 (19,6%)
Specialist	54 (0,8%)	32 (2,6%)	1.217 (30,1%)
Tandarts	4 (0,3%)	1 (0,4%)	379 (13,3%)
Kinesitherapeut	62 (0,9%)	-	110 (53,6%)

6.3. Verstrekker rekent nooit supplementen van minstens 10% aan

In tegenstelling tot de vorige twee tabellen, toont tabel 21 het aantal en aandeel verstrekkers die in de periode 2016-2017 nooit een supplement van minstens 10% bovenop het honorarium hebben aangerekend. Bij de geconventioneerde huisartsen ligt dat aandeel onder de 10 procent. Ze mogen echter, als de patiënt bijzondere eisen stelt (zie 4.1), een ereloonsupplement aanrekenen. Bij geconventioneerde kinesitherapeuten is dat aandeel ongeveer hetzelfde. De laagste percentages vinden we (uiteraard) bij niet-geconventioneerde verstrekkers, maar ook bij geconventioneerde tandartsen. Anderzijds rekent bijna de helft van de volledig geconventioneerde arts-specialisten nooit een supplement van minstens 10% bovenop het honorarium aan; bij gedeeltelijk geconventioneerde arts-specialisten is dat een kwart.

Tabel 21: Aantal en aandeel verstrekkers die in de periode 2016-2017 nooit een supplement van minstens 10% hebben aangerekend, naar conventiestatus

Type verstrekker	Volledig geconv.	Gedeeltelijk geconv.	Niet geconv.
Huisarts	526 (7,6%)	50 (7,3%)	45 (2,6%)
Specialist	3.332 (52,4%)	308 (25,2%)	238 (5,9%)
Tandarts	19 (1,5%)	5 (2,2%)	7 (0,2%)
Kinesist	511 (7,2%)	-	5 (2,4%)

7. WAT BETALEN PATIENTEN GEMIDDELD UIT EIGEN ZAK IN DE AMBULANTE ZORG?

Wat is het gemiddeld persoonlijk aandeel van de leden van de Socialistische Mutualiteiten bij een bezoek aan de huisarts, specialist, tandarts en kinesitherapeut? Om dat te weten moet naast het eventuele supplement ook het wettelijk persoonlijk aandeel (remgeld) in rekening worden genomen. Tabellen 22 en 23 tonen deze gemiddelde bedragen per getuigschrift naar type verstrekker, conventiestatus van de verstrekker en prestatiejaar. Gezien het remgeld sterk verschilt naargelang de patiënt al dan niet recht heeft op verhoogde tegemoetkoming[28], wordt een opdeling gemaakt naar patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming (tabel 22) en patiënten met verhoogde tegemoetkoming (tabel 23). Hierbij werden enkel de getuigschriften geselecteerd met info over de aanrekening van supplementen (getuigschriften van type A en B in tabel 6). Doordat ook getuigschriften van type B in de analyse zitten (waar bijna nooit een supplement wordt aangerekend), liggen de gemiddelde bedragen van de supplementen lager dan in tabel 12.

[28] Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, kunnen genieten van een hogere terugbetaling voor gezondheidszorg dan diegenen zonder verhoogde tegemoetkoming. Er zijn drie mogelijke voorwaarden om verhoogde tegemoetkoming te krijgen: (1) een specifieke uitkering ontvangen (bijvoorbeeld een leefloon), (2) als wees of niet-begeleide minderjarige vreemdeling zijn ingeschreven in het ziekenfonds, en (3) een inkomen hebben dat lager ligt dan een grensbedrag.

*Tabel 22: Gemiddelde bedragen van de aangerekende remgelden en supplementen per getuigschrift, en gemiddeld aantal nomenclatuurcodes per getuigschrift, naar type verstrekker, conventiestatus en prestatiejaar, bij leden **met een algemene voorkeurregeling** (zonder verhoogde tegemoetkoming)*

Type verstrekker	Conventiestatus	Jaar	Remgeld (gemiddeld)	Supplement (gemiddeld)	Totaal (remgeld + suppl.)	Gem. aantal codes per getuigschrift
Huisarts	Volledig	2016	€ 5,21	€ 0,40	€ 5,61	1,14
		2017	€ 5,12	€ 0,34	€ 5,47	1,13
	Gedeeltelijk	2016	€ 4,94	€ 0,59	€ 5,53	1,19
		2017	€ 4,93	€ 0,58	€ 5,51	1,18
	Niet geconv.	2016	€ 5,22	€ 3,77	€ 8,99	1,12
		2017	€ 5,13	€ 3,69	€ 8,82	1,11
Specialist	Volledig	2016	€ 11,67	€ 0,91	€ 12,58	1,15
		2017	€ 11,70	€ 1,16	€ 12,86	1,15
	Gedeeltelijk	2016	€ 11,67	€ 3,40	€ 15,07	1,20
		2017	€ 11,67	€ 3,75	€ 15,42	1,21
	Niet geconv.	2016	€ 11,97	€ 10,03	€ 21,99	1,63
		2017	€ 12,00	€ 10,50	€ 22,50	1,63
Tandarts	Volledig	2016	€ 12,62	€ 3,36	€ 15,98	2,29
		2017	€ 13,73	€ 4,54	€ 18,26	2,33
	Gedeeltelijk	2016	€ 13,34	€ 5,71	€ 19,05	2,47
		2017	€ 13,76	€ 5,75	€ 19,51	2,46
	Niet geconv.	2016	€ 13,08	€ 16,19	€ 29,27	2,52
		2017	€ 13,94	€ 22,26	€ 36,19	2,55
Kinesist	Volledig	2016	€ 33,18	€ 4,40	€ 37,59	7,24
		2017	€ 32,45	€ 6,61	€ 39,06	7,76
	Niet geconv.	2016	€ 38,03	€ 32,60	€ 70,63	4,59
		2017	€ 31,84	€ 26,74	€ 58,58	4,62

Bij een bezoek aan de **huisarts** betaalt de patiënt met een algemene voorkeurregeling gemiddeld tussen de 5,5 en 9 euro uit eigen zak (tabel 22). Voor sommige patiënten komt daar nog een extra bedrag (respectievelijk 4,06 en 4,00 euro in 2016 en 2017) bij: als de patiënt 's avonds tussen 18 en 21 uur een huisarts bezoekt waarbij hij of zij geen Globaal Medisch Dossier (GMD) heeft, dan wordt deze "permanentietoeslag" niet terugbetaald (deze toeslag wordt in de databank niet beschouwd als een ereloonsupplement). Dit geldt bij ongeveer 1 op de 7 huisartsbezoeken tussen 18 en 21 uur. Het remgeld is afhankelijk van (a) de voorkeurregeling van de patiënt (ligt lager bij personen met verhoogde tegemoetkoming, zie tabel 23[29]) en (b) of de patiënt een GMD heeft bij de huisarts (ligt lager bij personen die een GMD hebben bij de huisarts). Het gemiddelde ereloonsupplement dat wordt betaald bij een bezoek aan de geconventioneerde huisarts beperkt zich tot een halve euro, maar loopt op naar 3 à 4 euro bij de niet-geconventioneerde huisarts. Merk op dat het gemiddelde bedrag dat als supplement wordt betaald weinig verschilt naargelang de patiënt al dan niet verhoogde tegemoetkoming heeft, en dat het bedrag dat gemiddeld als supplement wordt betaald iets lager ligt in 2017 dan in 2016.

Bij een raadpleging bij een **arts-specialist** bedraagt het persoonlijk aandeel van de patiënt zonder verhoogde tegemoetkoming gemiddeld tussen de 13 (volledig geconventioneerde specialist) en de 22 euro (niet-geconventioneerde specialist). Het bedrag van het remgeld ligt rond de 12 euro. Net zoals bij huisartsen geldt ook hier dat het remgeld voor een consultatie lager ligt bij patiënten met verhoogde tegemoetkoming (3 euro i.p.v. 12 euro). In vergelijking met een bezoek aan een huisarts worden er gemiddeld iets meer verstrekkingen per getuigschrift gefactureerd (cf. laatste kolom in tabellen 22 en 23). Het bedrag van het

[29] De bedragen in tabel 23 bij huisartsen zijn louter indicatief, omdat bij personen met verhoogde tegemoetkoming alle verstrekkingen door een huisarts, uitgezonderd de huisbezoeken, in principe via de derdebetalersregeling worden geattesteerd.

supplement loopt op tot iets meer dan 10 euro bij niet-geconventioneerde specialisten, en ligt daarmee bij patiënten zonder voorkeurregeling dus bijna even hoog dan het bedrag van het remgeld. Het gemiddelde persoonlijk aandeel in 2017 ligt tussen de 30 en 50 cent hoger dan in 2016.

Bij een bezoek aan de **tandarts** betaalt de patiënt zonder voorkeurregeling gemiddeld tussen de 16 en 20 euro (volledig en gedeeltelijk geconventioneerde tandarts) en 29 à 36 euro (niet-geconventioneerde tandarts) uit eigen zak. In vergelijking met een raadpleging bij een huisarts en een specialist valt vooral de toename van het bedrag van het supplement tussen 2016 en 2017 op, en dan vooral bij niet-geconventioneerde tandartsen (toename van 16 naar 22 euro). Ook de bedragen van het remgeld stijgen met gemiddeld 0,5 tot 1 euro. Patiënten met verhoogde tegemoetkoming betalen veel minder remgeld, maar door het aanrekenen van supplementen loopt het gemiddeld persoonlijk aandeel op tot 8,50 euro bij geconventioneerde tandartsen en bijna 25 euro bij niet-geconventioneerde tandartsen (prestatiejaar 2017). Net zoals bij arts-specialisten betalen personen met verhoogde tegemoetkoming bij een bezoek aan de tandarts een iets hoger gemiddeld supplement dan personen zonder verhoogde tegemoetkoming.

Raadplegingen bij de **kinesitherapeut** kosten de patiënt zonder verhoogde tegemoetkoming gemiddeld zo'n 38 euro (geconventioneerde kinesist), en 60 tot 70 euro (niet-geconventioneerde kinesist) uit eigen zak. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat een aantal sessies vaak samen worden gefactureerd op één getuigschrift (cf. gemiddeld aantal nomenclatuurcodes in de tabel). En soms wordt er bijkomend — per sessie — een toeslag aangerekend (bijvoorbeeld bij de verstrekkingen bij de patiënt thuis), waardoor het aantal verstrekkingen op het getuigschrift hoger ligt. Bij vergelijkingen tussen 2016 en 2017, tussen conventiestatus, en tussen patiënten met en zonder verhoogde tegemoetkoming moet hiermee worden rekening gehouden. Los daarvan ligt het gemiddeld persoonlijk aandeel bij patiënten met verhoogde tegemoetkoming duidelijk lager dan bij patiënten met een algemene voorkeurregeling.

*Tabel 23: Gemiddelde bedragen van de aangerekende remgelden en supplementen per getuigschrift, en gemiddeld aantal nomenclatuurcodes per getuigschrift, naar type verstrekker, conventiestatus en prestatiejaar, bij leden **met verhoogde tegemoetkoming***

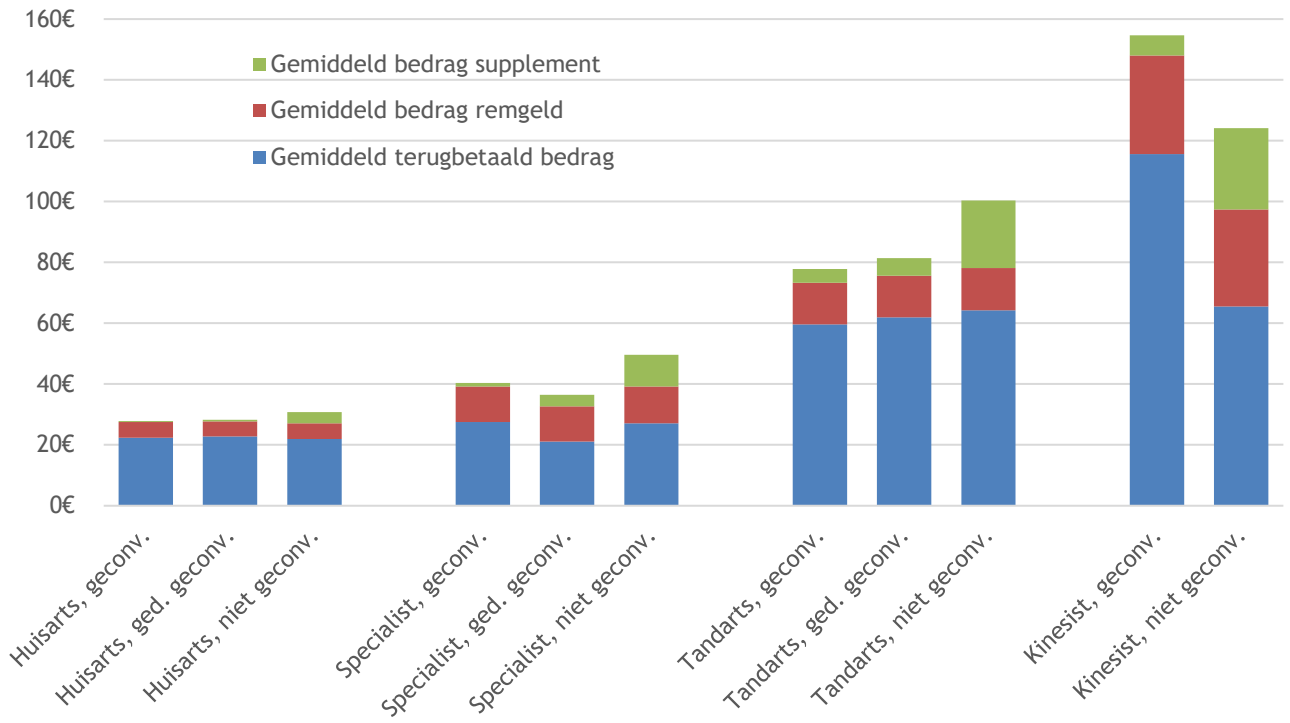
Type verstrekker	Conventiestatus	Jaar	Remgeld (gemiddeld)	Supplement (gemiddeld)	Totaal (remgeld + suppl.)	Gem. aantal codes per getuigschrift
Huisarts	Volledig	2016	€ 1,86	€ 0,47	€ 2,34	1,07
		2017	€ 1,85	€ 0,47	€ 2,32	1,06
	Gedeeltelijk	2016	€ 1,79	€ 0,57	€ 2,36	1,09
		2017	€ 1,80	€ 0,57	€ 2,37	1,09
	Niet geconv.	2016	€ 1,79	€ 3,18	€ 4,98	1,07
		2017	€ 1,79	€ 3,40	€ 5,19	1,06
Specialist	Volledig	2016	€ 3,86	€ 1,46	€ 5,31	1,34
		2017	€ 3,84	€ 1,93	€ 5,77	1,34
	Gedeeltelijk	2016	€ 3,71	€ 6,06	€ 9,77	1,45
		2017	€ 3,65	€ 6,64	€ 10,30	1,46
	Niet geconv.	2016	€ 3,27	€ 11,03	€ 14,30	1,83
		2017	€ 3,24	€ 11,61	€ 14,85	1,84
Tandarts	Volledig	2016	€ 1,84	€ 5,13	€ 6,97	2,21
		2017	€ 1,87	€ 6,62	€ 8,49	2,27
	Gedeeltelijk	2016	€ 1,87	€ 8,85	€ 10,72	2,39
		2017	€ 1,71	€ 9,82	€ 11,54	2,38
	Niet geconv.	2016	€ 1,55	€ 18,17	€ 19,72	2,43
		2017	€ 1,40	€ 23,52	€ 24,91	2,46
Kinesist	Volledig	2016	€ 13,71	€ 5,08	€ 18,79	8,93
		2017	€ 13,36	€ 6,30	€ 19,66	10,40
	Niet geconv.	2016	€ 8,35	€ 19,82	€ 28,17	6,64
		2017	€ 9,27	€ 16,99	€ 26,27	6,45

Bij het vergelijken van tabellen 22 en 23 moet rekening worden gehouden met het feit dat het aandeel personen met verhoogde tegemoetkoming stijgt met de leeftijd, waardoor de aard van de verstrekkingen verschillend kan zijn.

Op figuur 12 wordt naast het remgeld en het supplement ook het gemiddeld bedrag dat wordt terugbetaald door de ziekteverzekering per getuigschrift weergegeven, en dat per type verstrekker en conventiestatus van de verstrekker. Op die manier hebben we een duidelijk zicht op alle componenten van het totaal te betalen bedrag per getuigschrift[30]. Aansluitend geeft figuur 13 de verdeling van die gemiddelde bedragen.

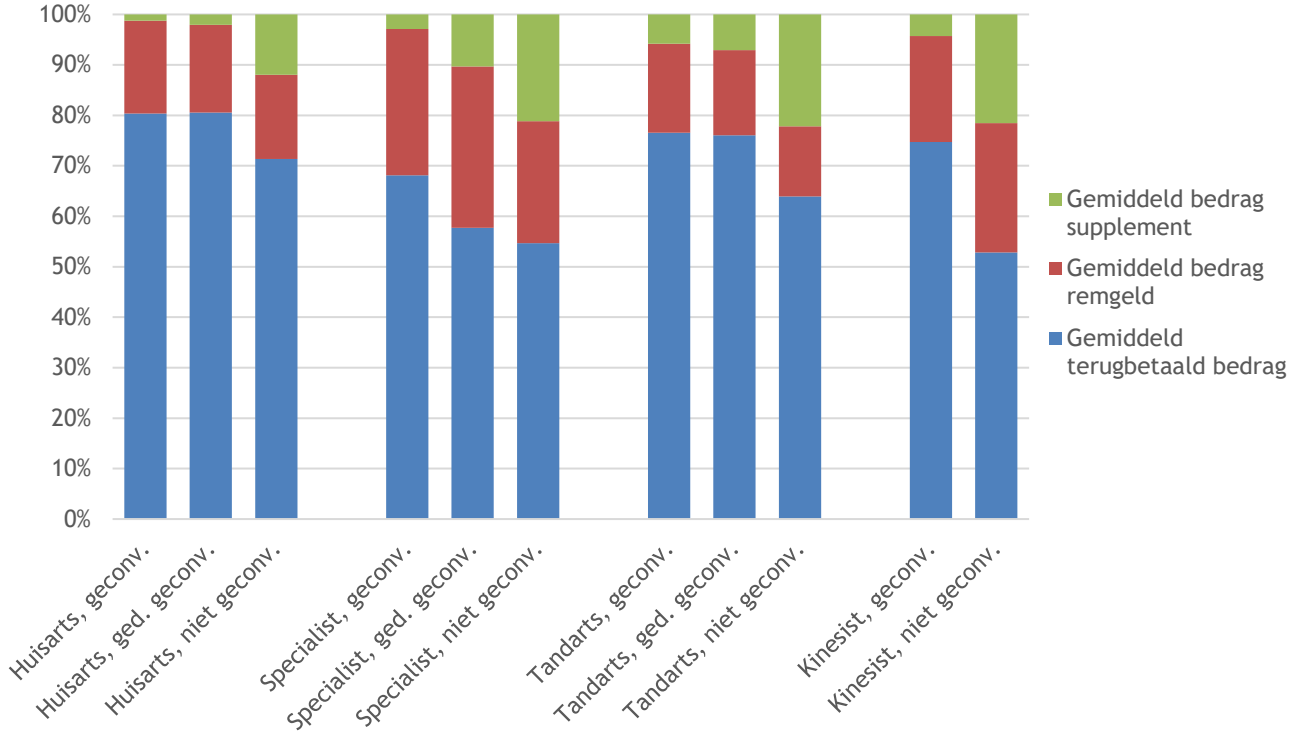
Bij geconventioneerde verstrekkers betaalt de patiënt gemiddeld een vijfde (bij huisartsen), een kwart (bij tandartsen en kinesitherapeuten) en een derde (bij arts-specialisten) van de factuur uit eigen zak (rode en groene balken samen in figuur 13). Bij niet-geconventioneerde verstrekkers loopt dat op tot respectievelijk 29%, 36%, 45% en 47% bij huisartsen, tandartsen, specialisten en kinesitherapeuten, veroorzaakt door de hogere ereloonsupplementen. Bij gedeeltelijk geconventioneerde verstrekkers liggen de percentages op hetzelfde niveau als bij de geconventioneerden (huisartsen en tandartsen), of sluiten eerder aan bij de niet-geconventioneerden (arts-specialisten).

Figuur 12: Gemiddeld terugbetaald bedrag, remgeld en supplement per getuigschrift bij leden met een algemene voorkeurregeling, naar type verstrekker en conventiestatus (prestatiejaar 2017)



[30] In deze figuren worden de niet-terugbetaalbare verstrekkingen niet afzonderlijk opgenomen. De impact op het totale (gemiddelde) bedrag per getuigschrift is immers zeer miniem (steeds minder dan 20 eurocent).

Figuur 13: Verdeling van de gemiddelde bedragen (terugbetaald, remgeld en supplement) per getuigschrift *bij leden met een algemene voorkeurregeling, naar type verstrekker en conventiestatus (prestatiejaar 2017)*



8. AANBEVELINGEN

De studie toont aan dat ook in de ambulante setting patiënten vaak supplementen uit eigen zak moeten betalen, en dat de bedragen van deze supplementen toenemen. Als we ook rekening houden met de remgelden die de patiënten moeten betalen, kunnen we stilaan vragen beginnen stellen bij de toegankelijkheid van de zorg in de ambulante setting. Voor de remgelden bestaan er beschermingsmechanismen in de vorm van een betere terugbetaling voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming of voor patiënten die een Globaal Medisch Dossier bij hun huisarts hebben. Ook zorgt de maximumfactuur ervoor dat de patiënt, afhankelijk van zijn inkomen en zijn gezinssituatie, nooit meer dan een bepaald bedrag aan remgelden over een heel jaar uit eigen zak moet betalen.

Voor de supplementen zijn die beschermingsmechanismen er niet. De patiënt kan wel kiezen (in de mate dat die keuzevrijheid nog gegarandeerd is voor elk type verstrekker in zijn regio) om te gaan naar een geconventioneerde verstrekker die in principe geen supplementen mag vragen. Onze analyse toont evenwel aan dat dit soms met de voeten wordt getreden. Gaat de patiënt naar een niet-geconventioneerde zorgverstrekker dan is hij niet beschermd tegen supplementen.

De Socialistische Mutualiteiten doen de volgende aanbevelingen om de supplementenproblematiek in te dijken en de toegankelijkheid voor de patiënt te verbeteren:

1) **Respecteer de wetgeving**

De Socialistische Mutualiteiten klagen aan dat een klein aantal geconventioneerde zorgverstrekkers — in het bijzonder bij de kinesitherapeuten — de wet niet respecteert, en op een systematische wijze supplementen van meer dan 10 procent bovenop het honorarium aanrekenen. Het ziekenfonds zal stappen ondernemen om deze zorgverstrekkers op hun plichten te wijzen. Ze zal in een eerste instantie de hardleerse zorgverstrekkers aanschrijven, en monitoren. Ook een intermutualistisch overleg in dat verband, met het oog op een bevestiging van deze cijfers en een gezamenlijke actie naar die verstrekkers toe, lijkt aangewezen. Indien

ze hun gedrag niet bijstellen, zal het ziekenfonds een dossier overmaken aan de bevoegde diensten bij het RIZIV met de vraag op te treden.

2) Verhoog de transparantie over het supplementenbeleid

Het is voor de patiënt niet altijd makkelijk om te weten of zijn zorgverstrekker al dan niet de tarieven respecteert. We pleiten daarom voor een verplichting voor zorgverstrekkers om hun conventiegraad maar ook de gehanteerde tarieven duidelijk zichtbaar te afficheren buiten aan hun praktijk en online. En dit op een concrete manier, waarbij duidelijk vermeld wordt wat het officieel ereloon is, wat het remgeld is en wat het bijkomend supplement is dat de zorgverstrekker vraagt.

Ook stellen we voor dat zorgverstrekkers verplicht worden hun conventiestatus te vermelden op de bewijsstukken en de getuigschriften.

Ten derde gaat het ziekenfonds voor de afschaffing van de partiële conventie[31], een systeem dat voor patiënten onbegrijpelijk is.

Ten vierde is het te overwegen om pseudocodes te creëren voor de bijzondere eisen, zodat een betere opvolging mogelijk wordt. Vandaag kunnen we niet nagaan in hoeverre aangerekende supplementen door geconventioneerde zorgverstrekkers (wettelijk) aangerekend worden omwille van bijzondere eisen van de patiënt, dan wel onwettige supplementen zijn.

Tenslotte pleit het ziekenfonds ervoor dat zorgverstrekkers de gevraagde supplementen verplicht doorgeven aan het ziekenfonds. Vandaag merken we nog dat we hierover niet altijd (bij ongeveer een op de vijf getuigschriften) informatie hebben. Ook bij de elektronische facturatiestromen, zoals e-fac en e-attest, moet deze informatie overgemaakt worden, zodat het mogelijk blijft het supplementenbeleid beleidsmatig op te volgen, en de patiëntenfactuur in kaart te brengen. We vragen dat hier dezelfde regelgeving uitgewerkt wordt als deze die momenteel van toepassing is in de ziekenhuissector, met name dat de overgedragen (elektronische) factuur aan het ziekenfonds een identieke kopie vormt van de detailfactuur die de verstrekker nu reeds dient te overhandigen aan de patiënt.

3) Investeer in de ziekteverzekering en bouw de supplementen af

De Socialistische Mutualiteiten zijn principieel voorstander van een zorg zonder supplementen. De zorgverleners hebben recht op een billijk ereloon gefinancierd vanuit de ziekteverzekering. De nodige middelen moeten hiervoor worden voorzien. Uit onze studie is duidelijk dat de opeenvolgende besparingen en de ontoereikende investeren in de ziekteverzekering geleid hebben tot hogere supplementen.

Het ziekenfonds roept nogmaals op om dringend over te gaan tot een herijking van de tarieven, gekoppeld aan een nieuw gemengd financieringssysteem voor zorgverstrekkers.

In afwachting hiervan denkt het ziekenfonds aan volgende maatregelen:

- Zorgverstrekkers stimuleren om aan te sluiten tot de conventie:
    - Sociaal statuut aantrekkelijker maken door het bedrag op te trekken.
    - Het koppelen van het accrediteringsforfait en het toekennen van de geïntegreerde praktijkpremie aan de conventie.
    - Prioriteit geven aan geconventioneerde zorgverstrekkers bij toekennen van budgetten.
    - Het toekennen van bijkomende budgetten koppelen aan de afbouw van supplementen.
    - Het sociaal statuut koppelen aan de duurtijd van conventie, waarbij de premie stijgt naarmate je langer trouw blijft aan het conventiestatuut. Dit zorgt er ook voor dat zorgverstrekkers ontmoedigd worden zich eenmalig te deconventioneren.
    - Opleggen van een conventieverplichting voor het uitbouwen van samenwerkingsverbanden.
- Zorgverstrekkers ontmoedigen om te deconventioneren door:
    - De terugbetalingstarieven te verminderen bij deconventie.

[31] Tijdens de besprekingen voor het nieuw akkoord met de tandartsen, werd dit voorstel van afschaffing van partiële conventionering gedragen door zowel de vertegenwoordigers van tandartsen als van ziekenfondsen.

    - Conventioneringsgraad per discipline en zorgzone (voor eerstelijnsactoren op niveau eerstelijnszone, voor tweedelijnsactoren op niveau regionale zorgzone) vastleggen in plaats van per globale zorgverstrekkersgroep met een minimum aan 60 procent.
    - Strengere conventioneringseisen per zorgzone waarbij uitgegaan moet worden van het recht van elke patiënt om binnen redelijke tijd aan conventietarieven verzorgd te worden.
- Verbieden van ereloonsupplementen in de ambulante sector wanneer de patiënt op doorverwijzing van de huisarts komt. Dit kan gekoppeld worden aan een hoger ereloon in deze gevallen.

4) Betere bescherming van kwetsbare patiënten tegen een oplopende factuur

De Socialistische Mutualiteiten zijn voorstander van een extra trap in de maximumfactuur (MAF) voor de meest kwetsbare groepen.
De MAF is een beschermingsmaatregel die tot doel heeft de eigen kosten (remgeld) in de gezondheidszorg te beperken. Als de kosten van een gezin in de loop van een jaar een bepaalde grens bereiken dan betaalt het ziekenfonds de kosten, die vanaf dat punt gemaakt worden, volledig terug. Het maximale remgeld dat een gezin gedurende één jaar zal betalen ligt dus vast.

Het laagste plafond waarboven de kosten worden terugbetaald, bedraagt vandaag 468 euro. Voor kwetsbare gezinnen is dit al een hoog bedrag. Het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) wees er in een rapport uit 2008[32] al op dat de inkomens-MAF voor de laagste inkomens minder bescherming biedt dan voor de andere inkomenscategorieën.

We stellen dus voor een extra MAF-trap van 250 euro in te voeren voor gezinnen met een netto belastbaar inkomen lager dan 10.000 euro.

Hiernaast moeten de inkomensgrenzen voor de MAF aan de reële welvaartsevolutie worden gekoppeld en moeten verblijven in psychiatrische instellingen beter opgenomen worden in de MAF.

Ook moet de derdebetalersregeling — waarbij de patiënten enkel het remgeld moeten betalen en niet het volledige ereloon moeten voorschieten — veralgemeend worden (samen met striktere en snellere controle- en sanctieprocedures bij misbruik). Ze moet op termijn de regel worden voor alle patiënten en bij alle zorgverleners. In een eerste fase moet de volgende regering werk maken van de eerdere belofte om de derdebetalersregeling te verplichten voor mensen met het statuut “chronische aandoening" bij huisartsen.

5) Verder onderzoek naar het supplementenbeleid in de ambulante sector

Het voorliggend onderzoek is een eerste stap in het in kaart brengen van het supplementenbeleid in de ambulante sector. Dit onderzoek verdient evenwel verdere verfijning en verdieping. De Socialistische Mutualiteiten zullen zich hier blijvend voor inzetten.

9. TIPS VOOR DE PATIËNT

De Socialistische Mutualiteiten roepen hun leden op zich goed te informeren over het supplementenbeleid van de zorgverstrekkers:

- Op onze website kan u nagaan welke zorgverstrekkers de tarieven respecteren en welke niet.
- Indien u opteert om naar een niet-geconventioneerde zorgverstrekker te gaan, informeer u op voorhand over de gevraagde supplementen. Ga na of uw zorgverstrekker het totaalbedrag dat hij aanrekent op het getuigschrift zet, en dat dit overeenkomt met het werkelijk door u betaalde bedrag. Vraag bij twijfel advies aan uw ziekenfonds.

[32] Schokkaert, E. *et al*. (2008), Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg, KCE report 80a

- Als uw geconventioneerde zorgverlener supplementen aanrekent zonder dat u (wettelijke bepaalde) bijzondere eisen hebt gesteld, weiger dit dan te betalen of ga hiermee naar uw ziekenfonds.
- Neem een Globaal Medisch Dossier (GMD) bij uw huisarts. Hierdoor krijgt u recht op een betere terugbetaling bij uw huisarts.
- Bekijk of u bijkomend verzekerd bent voor supplementen en wat de voorwaarden zijn van uw polis. Hou de nodige bewijsstukken goed bij, en dien de gemaakte kosten in.
    - De meeste hospitalisatieverzekeringen voorzien een dekking voor kosten gemaakt voor en na een ziekenhuisopname.
    - Er bestaan ook verzekeringen tegen ambulante supplementen, sommigen toegespitst op tandzorg maar andere ruimer.