

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel

Dienst Geneeskundige Verzorging

VERZEKERINGSCOMITE

Nota CGV 2018/070

Brussel, 19 maart 2018

Nota Obs CZ-RA 2018/029

BETREFT : Rapport evaluatie derdebetalersregeling

INHOUD :

In bijlage zullen de leden een rapport terugvinden dat als doel heeft om de derdebetalersregeling te evalueren als financiële toegankelijkheidsmaatregel.

Deze evaluatie geeft vooreerst uitvoering aan een wettelijke opdracht voor het RIZIV, te weten de evaluatie van de verplichte sociale derdebetalersregeling dat als doel heeft om na te gaan in welke mate de verplichte sociale derdebetalersregeling werd nageleefd door de huisartsen.

Bovenop de evaluatie voorzien in de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994, heeft het RIZIV zich in haar bestuursovereenkomst 2016-2018 ertoe verbonden om de derdebetalersregeling te evalueren.

Deze "conventionele" evaluatie van de derdebetalersregeling is erop gericht na te gaan of de verplichte sociale derdebetalersregeling uitgebreid moet worden naar andere categorieën van rechthebbenden.

Daarnaast wordt de hervorming van de derdebetalersregeling, zoals doorgevoerd door het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, geëvalueerd.

BUDGETTAIRE WEERSLAG : Nihil

ADMINISTRATIEVE WEERSLAG : Nihil

PROCEDURE : Wettelijke basis: art. 53, §1, 17^{de} lid van de GVVU-wet

OPDRACHT VAN HET VERZEKERINGSCOMITE :

Het verzekeringscomité wordt verzocht kennis te nemen van het rapport in bijlage.

TREFWOORDEN : Derdebetalers

RAPPORT EVALUATIE
DERDEBETALERSREGELING

I. Inleiding	3
a) Evaluatie verplichte derdebetalen in wet	3
b) Evaluatie derdebetalen in BO	4
II. Hervorming derdebetalersregeling	4
a) Korte toelichting hervormde DB	4
b) Belangrijke elementen hervorming	5
1. Afschaffing voorafgaande formaliteiten	5
2. Verplichte derdebetalen heeft voorrang	6
3. Uitvoering verplichte sociale derdebetalen	6
4. Harmonisering betaaltermijnen	7
5. Harmonisatie verwijntresten	7
6. Modernisering derdebetalen door afstemming op egezondheid	8
7. Kader voor lezing eID	8
III. Derdebetalersregeling in cijfers	9
a) Aandeel derdebetalen per sector	9
b) Derdebetalen en statuut chronische aandoening.....	9
IV. Monitoring verplichte sociale derdebetalen	10
a) Cijfers IMA	10
1. Inleiding	10
2. Methodologie	10
3. Facturatie via de verplichte sociale derdebetalersregeling tijdens boekhoudperiode 2015T4-2017T2 .	11
4. Naleving verplichte sociale derdebetalersregeling door huisarts	11
5. Opdeling naar activiteitenprofiel van de arts	12
6. Provinciale verschillen in de toepassingsgraad	13
7. Kenmerken van huisartsen volgens toepassingsgraad verplichte sociale derdebetalersregeling	14
8. Kenmerken van huisartsen met minstens 1 VT-raadpleging per dag die nooit de verplichte sociale derdebetalersregeling toepassen.	15
b) Bespreking in medico-mut.....	17
c) Bespreking in Observatorium	17
d) Brieven aan huisartsen die verplichte sociale derdebetalersregeling onvoldoende toepassen	17
e) Toekomstige follow-up	18
V. Toekomstige evoluties	19
a) Verbod behouden?	19
b) Nieuwe verplichtingen?	20
VI. Conclusie	21

I. Inleiding

De derdebetalersregeling betreft de wijze van betaling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging waarbij de zorgverlener rechtstreeks wordt uitbetaald door het ziekenfonds van de rechthebbende.

Aangezien de rechthebbende de tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering niet dient voor te schieten, is het een belangrijke maatregel op het vlak van de financiële toegankelijkheid van de verplichte ziekteverzekering.

Het is tevens een vorm van administratieve vereenvoudiging voor de rechthebbende in de zin dat geen administratieve formaliteiten moeten worden vervuld om te kunnen genieten van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Tijdens de afgelopen jaren werden belangrijke wijzigingen aangebracht aan de derdebetalersregeling.

Dit rapport heeft als doel de derdebetalersregeling te evalueren als financiële toegankelijkheidsmaatregel.

a) Evaluatie verplichte derdebetaler in wet

Deze evaluatie geeft vooreerst uitvoering aan een wettelijke opdracht voor het RIZIV.

Op 1 oktober 2015 werd de verplichting ingevoerd voor de huisarts om de derdebetalersregeling toe te passen voor welbepaalde geneeskundige verstrekkingen die worden verleend aan rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming.

Betreffende deze ‘verplichte sociale derdebetalersregeling’ preciseert artikel 53, §1, zeventiende lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, het volgende:

“De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut analyseert, een jaar na de toepassing ervan, de elementen die door de verzekeringsinstellingen meegedeeld worden met betrekking tot de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in het veertiende lid. De Dienst preciseert de over te zenden gegevens alsook de nadere regels van hun overdracht.”

Ter uitvoering hiervan voert het Intermutualistisch Agentschap, in opdracht van het Nationaal Intermutualistisch College, een monitoring uit van de verplichte sociale derde betaler, in het kader van de toegankelijkheid van betaalbare gezondheidszorg voor elke patiënt.

Het resultaat van deze monitoring wordt meer in detail besproken onder punt IV.

Het doel van deze “wettelijke” evaluatie van de derdebetalersregeling is nagaan in welke mate de verplichte sociale derdebetalersregeling werd nageleefd door de huisartsen.

b) Evaluatie derdebetalers in BO

Bovenop de evaluatie voorzien in de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994, heeft het RIZIV zich in haar bestuursovereenkomst 2016-2018 ertoe verbonden om de derdebetalersregeling te evalueren.

De bestuursovereenkomst preciseert hierover het volgende: *“Artikel 53 van de ZIV-wet voorziet in een verplichting voor de huisarts om de derdebetalersregeling toe te passen voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen die hij verleent ten aanzien van rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. In de wet is in de mogelijkheid voorzien om deze verplichte sociale derdebetalersregeling uit te breiden naar andere categorieën van sociaal verzekerden. Hiertoe zal gebruik worden gemaakt van de evaluatie van de verplichte derdebetalersregeling door de huisarts ten aanzien van rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming waarin de reglementering na één jaar toepassing voorziet. De maatregel van de verplichte sociale derdebetalersregeling gaat in midden 2015.”*

Deze “conventionele” evaluatie van de derdebetalersregeling is erop gericht na te gaan of de verplichte sociale derdebetalersregeling uitgebreid moet worden naar andere categorieën van rechthebbenden.

Daarnaast zal de hervorming van de derdebetalersregeling, zoals doorgevoerd door het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, worden geëvalueerd.

II. Hervorming derdebetalersregeling

De derdebetalersregeling was geregeld door een koninklijk besluit van 10 oktober 1986 dat over de jaren heen verschillende keren werd gewijzigd en had ingeboet aan leesbaarheid. Bovendien was het besluit niet aangepast aan de evoluties op vlak van elektronische middelen om de derdebetalersregeling toe te passen.

a) Korte toelichting hervormde DB

Het voormelde koninklijk besluit werd vervangen door het koninklijk besluit van 18 september 2015 dat in werking is getreden op 1 oktober 2015.

Zoals voorheen, geldt nog steeds dat de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is in geval van ziekenhuisopname en in geval de rechthebbende vraagt dat de derdebetalersregeling door zijn huisarts wordt toegepast voor een globaal medisch dossier of een diabetespas.

Sinds de hervorming is de huisarts verplicht om de derdebetalersregeling toe te passen voor raadplegingen en tijdens raadplegingen verrichte technische verstrekkingen (= alle verstrekkingen die geen raadpleging of bezoek zijn) die worden verleend aan rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming.

Afgezien van deze situaties waarin de derdebetaler verplicht is, is de toepassing van de derdebetalersregeling steeds mogelijk, afgezien van een aantal prestaties waarvoor de derdebetalersregeling verboden is.

Voor artsen en tandartsen zijn de geneeskundige verstrekkingen waarvoor een principiële verbod op derdebetaler geldt, dezelfde gebleven.

Voor artsen betreft het de raadplegingen, bezoeken en adviezen.

Bij tandartsen gaat het over :

- raadplegingen (verstrekking met code 0401-301011) en bezoeken op aanvraag van een arts (verstrekking met code 0404-301033) wanneer de patiënt 18 jaar of ouder is;
- verstrekkingen die behoren tot de preventieve behandelingen uit art. 5 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen die worden uitgevoerd bij een patiënt van 18 jaar of ouder;
- radiografieverstrekkingen uit art. 5 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen uitgevoerd bij patiënten van 18 jaar of ouder die niet zijn opgenomen in een ziekenhuis;
- verstrekkingen die behoren tot de conserverende verzorging in art. 5 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen uitgevoerd bij patiënten van 18 jaar of ouder die niet zijn opgenomen in een ziekenhuis.

Bovenop het bestaande verbod voor artsen en tandartsen werd een principiële verbod ingevoerd voor logopedie in schoolverband.

Ook de bestaande uitzonderingssituaties waarin er kan worden afgeweken van het verbod, werden behouden. Er werden twee uitzonderingen toegevoegd, te rechthebbenden op het statuut chronische aandoening en palliatieve patiënten.

Daarentegen, kunnen de tandheilkundigen de occasionele individuele financiële noodsituatie niet meer inroepen om de derdebetalersregeling toe te passen voor de verstrekkingen waarvoor dit in principe verboden is.

b) Belangrijke elementen hervorming

De hervorming had tot doel de derdebetalersregeling te vereenvoudigen en te harmoniseren.

1. Afschaffing voorafgaande formaliteiten

Binnen de sectoren van de artsen en tandartsen was de zorgverlener verplicht om een overeenkomst af te sluiten met het Nationaal Intermutualistisch College om de derdebetalersregeling te kunnen toepassen voor technische verstrekkingen.

In de andere sectoren bestond dan weer een systeem waarbij de zorgverlener diende te opteren voor de derdebetalersregeling in het kader van zijn toetreding tot de nationale overeenkomst.

Door het koninklijk besluit van 18 september 2015 werden deze voorafgaande formaliteiten om de derdebetalersregeling te kunnen toepassen, afgeschaft.

De link tussen conventiestatuut en toepassing van de derdebetalersregeling werd doorknipt in bepaalde sectoren, met als gevolg dat ook niet-geconventioneerde zorgverleners in deze sectoren voortaan de mogelijkheid hebben om de derdebetalersregeling te kunnen toepassen.

2. Verplichte derdebetaler heeft voorrang

Onder het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 had de verboden derdebetalersregeling voorrang op de verplichte derdebetalersregeling.

Dit had o.a. tot gevolg dat de toepassing van de derdebetalersregeling voor eenzelfde ziekenhuisopname verplicht was voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen en verboden voor andere geneeskundige verstrekkingen.

Zo was de toepassing van de derdebetalersregeling verboden voor de raadpleging van een huisarts aan een gehospitaliseerde patiënt indien de patiënt niet beantwoordde aan een uitzonderingssituatie die toeliet om af te wijken van het verbod op derdebetaler. Voor de ziekenhuisopname op zich was de toepassing van de derdebetalersregeling dan weer verplicht.

Om een einde te maken aan deze niet wenselijke situatie, werd in het koninklijk besluit van 18 september 2015 bepaald dat de verplichte derdebetalersregeling voorrang heeft op de verboden derdebetalersregeling.

De omkering van de voorrangregels was een evidentie gelet op de invoering door het koninklijk besluit van 18 september 2015 van de absolute verplichte sociale derdebetalersregeling.

Bijkomend heeft het tot gevolg dat de toepassing van de derdebetalersregeling voortaan verplicht is voor alle geneeskundige verstrekkingen (ook de ambulante) die worden verleend aan een gehospitaliseerde patiënt.

Deze regel draagt bij tot een coherente en harmonieuze derdebetalersregeling.

3. Uitvoering verplichte sociale derdebetaler

Met het koninklijk besluit van 18 september 2015 werd de verplichte sociale derdebetalersregeling vorm gegeven door te bepalen op welke geneeskundige verstrekkingen ze toepassing vindt.

Het toepassingsgebied van de verplichte toepassing door de huisarts van derdebetaler t.a.v. rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming werd voorgesteld door de nationale commissie artsen-ziekenfondsen tijdens haar vergadering van 2 maart 2015.

Er werd voor gekozen om in het koninklijk besluit van 18 september 2015 te bepalen dat de verplichte sociale derdebetaler toepassing vindt op alle verstrekkingen van huisartsen uitgezonderd de geneeskundige verstrekkingen die op limitatieve wijze werden opgenomen in een bijlage bij het koninklijk besluit.

In de bijlage bij het koninklijk besluit van 18 september 2015 werd een uitzondering voorzien voor huisbezoeken en technische verstrekkingen verleend tijdens een huisbezoek.

Huisbezoeken werden uitgesloten van de verplichte sociale derdebetalersregeling wegens de vrees dat de MyCarenediensten niet steeds optimaal zouden werken buiten de praktijk van de huisarts.

4. Harmonisering betaaltermijnen

De betaaltermijnen in het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 waren niet langer aangepast aan de invoering van de elektronische facturatie in het kader van de derdebetalersregeling.

Met het oog op een harmonisering van de betaaltermijnen in het kader van de derdebetalersregeling werden maximumtermijn ingevoerd in de reglementering.

Aangezien een elektronische facturatie door de zorgverlener een snellere uitbetaling mogelijk maakt door het ziekenfonds, werd de betaaltermijn in dit geval vastgesteld op uiterlijk 14 dagen.

Gelet op het grote volume aan facturatie bij ziekenhuizen en laboratoria werd voor deze zorgverleners besloten dat de betaling door het ziekenfonds dient te geschieden binnen de twee maanden na het einde van de maand van facturatie.

Dezelfde betaaltermijn werd weerhouden voor zorgverleners die via CD-rom factureren enerzijds of die de derdebetalersregeling toepassen door papieren getuigschriften naar de ziekenfondsen te versturen.

Een uitzondering werd voorzien voor huisartsen die nog geen elektronische derdebetalers toepassen. Zij kunnen rekenen op een betaling binnen de 30 dagen zoals dit reeds was bepaald in het koninklijk besluit van 10 oktober 1986.

Een bevoegdheid werd behouden voor elke overeenkomsten- of akkoordencommissie om kortere betaaltermijnen vast te stellen.

5. Harmonisatie verwijlinteressen

Er werd een einde gemaakt aan de situatie waarbij elke sector in haar overeenkomst of akkoord een regeling uitwerkte van verwijlinteressen in geval van laattijdige betaling door het ziekenfonds.

In het koninklijk besluit van 18 september 2015 werd eenzelfde regel ingeschreven voor alle sectoren.

Er werd voorzien dat een zorgverlener zich ertoe kan beperken om aan het ziekenfonds te melden dat de betaling laattijdig is om aanspraak te maken op een verwijlinterest ten belope van de wettelijke intrestvoet in burgerlijke zaken op de datum waarop de betaaltermijn verstreek en dit vanaf de eerste dag na het verstrijken van de betaaltermijn.

6. Modernisering derdebetaler door afstemming op egezondheid

Bovenop de aanpassing van betaaltermijnen aan de invoering van de elektronische facturatie in het kader van de derdebetalersregeling werd de derdebetalersregeling ook op andere vlakken gewijzigd ingevolge de steeds toenemende digitalisering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Zo werd het principe bestendigd dat een zorgverlener slechts betaalverbintenis ontvangt op vlak van verzekeraar indien hij de verzekeraar van de patiënt online raadpleegt via MyCarenet en vervolgens ook elektronisch factureert aan het ziekenfonds overeenkomstig de verkregen verzekeraargegevens.

In de sectoren die bovendien beschikken over een elektronische tariefmodule, werd het gebruik van deze module eveneens vereist om te kunnen beschikken over een betaalverbintenis. In het koninklijk besluit van 18 september 2015 wordt van een huisarts vereist dat hij 1) de verzekeraar online raadpleegt, 2) het tarief gebruikt en 3) elektronisch factureert om een betaalverbintenis te krijgen. De betaalverbintenis die hij ontvangt heeft overeenkomstig artikel 53 van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994 louter betrekking op de verzekeraar van de patiënt en niet op de vergoedingsvoorwaarden (bv. nomenclatuur) van de verstrekking.

7. Kader voor lezing eID

Ter bestrijding van fraude was in artikel 53 van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994 de mogelijkheid geschapen om de toepassing van de derdebetalersregeling te laten afhangen van de verificatie van de identiteit van de patiënt.

Deze wetsbepaling werd uitgevoerd in het koninklijk besluit van 18 september 2015.

Ook hier werd rekening gehouden met het bestaan van elektronische facturatie in het kader van de derdebetalersregeling.

Er werd voorzien dat zorgverleners die derdebetaler toepassen op elektronische wijze de identiteit van hun patiënt moeten nagaan door de elektronische lezing van een geldig identiteitsdocument of van het identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ) met behulp van een kleefbriefje met barcode.

Om de technische modaliteiten voor de elektronische lezing uit te werken, te testen en in de software van de betrokken zorgverleners in productie te stellen, werd besloten dat de verplichting hiertoe per sector slechts zal ingaan op een datum zoals vastgesteld in een koninklijk besluit.

In geval van toepassing van derde betalende met papierdocumenten werd voorzien dat de verificatie gebeurt doordat de zorgverlener vraagt dat een identiteitsdocument aan hem wordt getoond.

III. Derdebetalersregeling in cijfers

a) Aandeel derdebetalers per sector

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aandeel toepassing van de derdebetalersregeling per sector.

Deze tabel is gebaseerd op de uitgavencijfers van de permanente steekproef 2014 en dus van 1/40 ste van de totale uitgaven.

Tabel 1 : EPS 2014 : Gezondheidszorgen : Aandeel derdebetalers per sector

Sector	Niet derdebetalers		Derdebetalers		Totaal		Aandeel niet-derdebetalers / totaal	
	Uitgaven	Gevallen	Uitgaven	Gevallen	Uitgaven	Gevallen	Uitgaven	Gevallen
1 Artsen : Technische verstrekkingen artsen	7.766.681	413.970	131.737.751	11.808.612	139.504.432	12.222.582	5,6%	3,4%
2 Artsen : Raadplegingen, bezoeken en adviezen	39.387.009	1.835.820	11.537.120	536.123	50.924.128	2.371.943	77,3%	77,4%
3 Honoraria van tandheelkundigen	17.915.649	671.323	3.314.706	96.862	21.230.356	768.185	84,4%	87,4%
4 Farmaceutische specialiteiten*	232.473	26.901	35.411.016	1.904.575	35.643.489	1.931.476	0,7%	1,4%
5 Andere Farmaceutische verstrekkingen*	531.461	120.486	3.274.181	120.807	3.805.641	241.293	14,0%	49,9%
6 Honoraria van verpleegkundigen	117.708	16.480	32.993.390	3.729.462	33.111.097	3.745.942	0,4%	0,4%
7 Kinesitherapeuten	14.121.592	830.971	2.840.243	172.365	16.961.836	1.003.336	83,3%	82,8%
8 Bandagisten en orthopedisten (R+F)	3.575.675	160.564	3.688.080	166.159	7.263.756	326.723	49,2%	49,1%
9 Implantaten	32.202	1.404	16.407.511	443.661	16.439.713	445.065	0,2%	0,3%
10 Opticiens	642.041	10.524	45.318	233	687.358	10.757	93,4%	97,8%
11 Audiciens	821.002	760	689.530	645	1.510.531	1.405	54,4%	54,1%
12 Vroedvrouwen	165.606	5.685	319.554	11.111	485.160	16.796	34,1%	33,8%
13 Verblijfssectoren : Verpleegdagprijs, Dagh, Dialyse, Militair	265.307	82.042	32.282.001	212.091	32.547.308	294.133	0,8%	27,9%
14 Geestelijke gezondheidszorg	659.104	20.878	3.671.646	29.959	4.330.750	50.837	15,2%	41,1%
15 Revalidatie (R + F)	2.589.493	264.928	12.294.064	1.036.671	14.883.557	1.301.599	17,4%	20,4%
16 Logopedie	1.771.457	96.950	469.206	24.891	2.240.664	121.841	79,1%	79,6%
17 Rest	11.201.169	220.836	4.388.649	280.813	15.589.818	501.649	71,8%	44,0%
Totaal	101.795.628	4.780.522	295.363.965	20.575.040	397.159.593	25.355.562	25,6%	18,9%

* exclusief uitgaven Farmanet

** exclusief begrotingstwaalfden

Uit de tabel komt tot uiting dat de belangrijkste sectoren een lage toepassingsgraad van derdebetalers hebben.

b) Derdebetalers en statuut chronische aandoening

Uit de kwantitatieve analyse van het statuut chronische aandoening is gebleken dat het statuut een positieve invloed heeft gehad op het toepassen van de derdebetalersregeling door de huisarts bij de rechthebbenden van het statuut (die geen verhoogde tegemoetkoming genieten).

Voor deze doelgroep wordt er veel meer derdebetalers toegepast door specialisten (45,32%) dan door huisartsen (18,95%).

Tandartsen passen dan weer heel weinig (14,82%) de derdebetalersregeling toe voor deze doelgroep. Ook was er, in tegenstelling tot de artsen, heel weinig evolutie tussen 2013 en 2015 bij de tandartsen (terwijl in 2014 de mogelijkheid werd ingevoerd om derdebetalers toe te passen voor bepaalde verstrekkingen op basis van het statuut chronische aandoening).

Uit de kwalitatieve evaluatie van het statuut chronische aandoening volgt dan weer dat 17,1% van de respondenten van de enquête nog nooit heeft gevraagd dat de derdebetalersregeling voor hem wordt toegepast.

27,3% weet niet dat de toepassing van de derdebetalersregeling kan worden gevraagd.

Uit de cijfers blijkt daarenboven dat hoger opgeleiden vaker (22,7%) aangeven niet naar de toepassing van de derdebetalersregeling te vragen.

IV. Monitoring verplichte sociale derdebetaler

a) Cijfers IMA

1. Inleiding

Zoals voormeld, heeft het IMA, in opdracht van het NIC, een monitoring uitgevoerd van de verplichte derde betaler, in het kader van de toegankelijkheid van betaalbare gezondheidszorg voor elke patiënt.

Deze monitoring had als voornaamste doelstellingen:

1. TOEGANKELIJKHEID - Monitoren bij welk aandeel van de verstrekkingen de verplichte derdebetalersregeling correct wordt toegepast, ten opzichte van het aandeel dat via klassieke terugbetaling per loket gebeurt.
2. TOEPASSINGSGRAAD - Monitoren in welke mate de verplichte derdebetalersregeling correct wordt toegepast door huisartsen.
3. DOELGROEP HUISARTSEN - De kenmerken beschrijven van de huisartsen volgens de toepassingsgraad van de verplichte derdebetalersregeling, met specifieke aandacht voor de kleine groep van huisartsen met een behoorlijk aantal VT-raadplegingen die desondanks nooit in de verplichte derde betaler factureren.

2. Methodologie

In het laatste rapport van het IMA werden de resultaten gepresenteerd over de *boekhoud*periode van het 4^e trimester van 2015 (2015T4) tot het 2^e trimester van 2017 (2017T2).

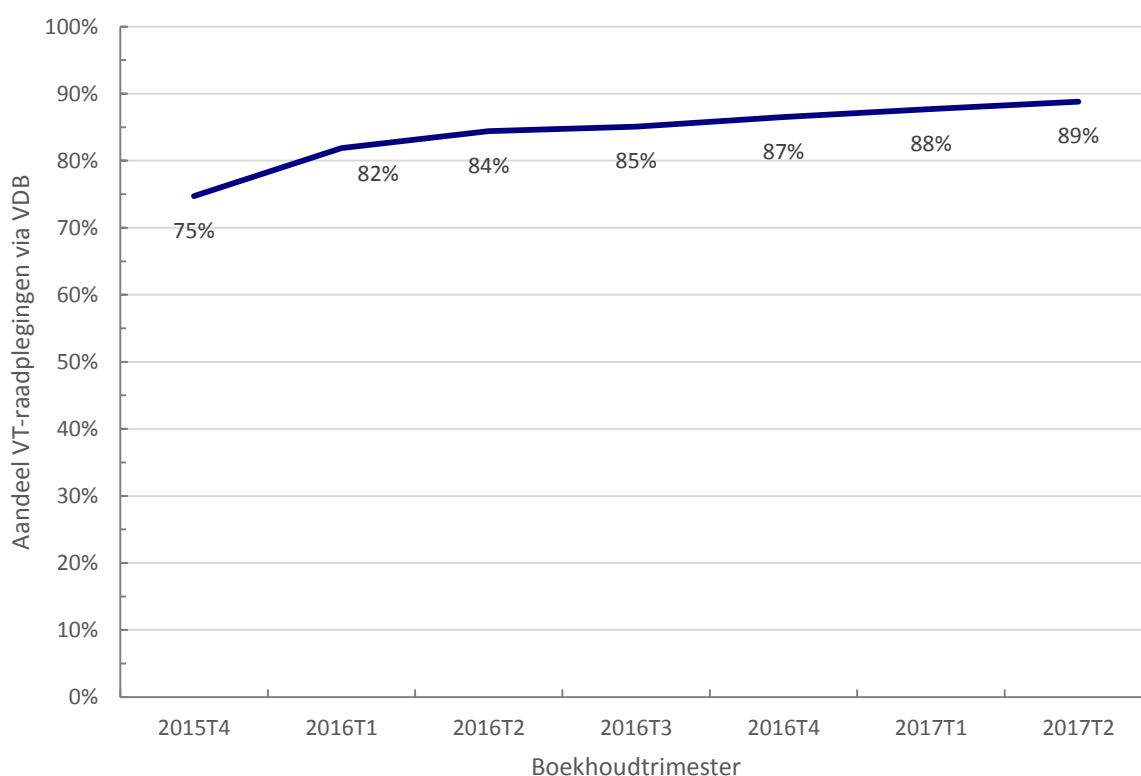
Om de toepassing van de verplichte derdebetalersregeling zo zuiver mogelijk vast te stellen, zijn alleen de verstrekkingen *gepresteerd* vanaf de ingangsdatum van de maatregel, 1 oktober 2015, opgenomen in de analyses. Het eerste *boekhoud*trimester 2015T4 omvat dus slechts één *prestatie*trimester, het laatste *boekhoud*trimester 2017T2 omvat zeven *prestatie*trimesters.

De monitoring werd toegespitst op raadplegingen bij patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming.

3. Facturatie via de verplichte sociale derdebetalersregeling tijdens boekhoudperiode 2015T4-2017T2

Het gedeelte van raadplegingen bij VT-patiënten dat via derde betaler wordt gefactureerd, heeft een belangrijke toename gekend sinds de invoering van de verplichte sociale derdebetalersregeling. In het eerste boekhoudtrimester na de invoering van de verplichte toepassing wordt driekwart van de VT-raadplegingen in derde betaler gefactureerd. Anderhalf jaar later, in het tweede kwartaal van 2017, is dit opgelopen tot bijna 9 op 10 van de VT-raadplegingen (zie Figuur hieronder).

Figuur 2.1. Evolutie van het aandeel raadplegingen bij voorkeurgerechtigden gefactureerd via verplichte derde betaler, 2015T4-2017T2



4. Naleving verplichte sociale derdebetalersregeling door huisarts

Een jaar en driekwart na de invoering van de verplichte sociale derdebetalersregeling wordt in 88,8% van de gevallen de maatregel toegepast door een huisarts.

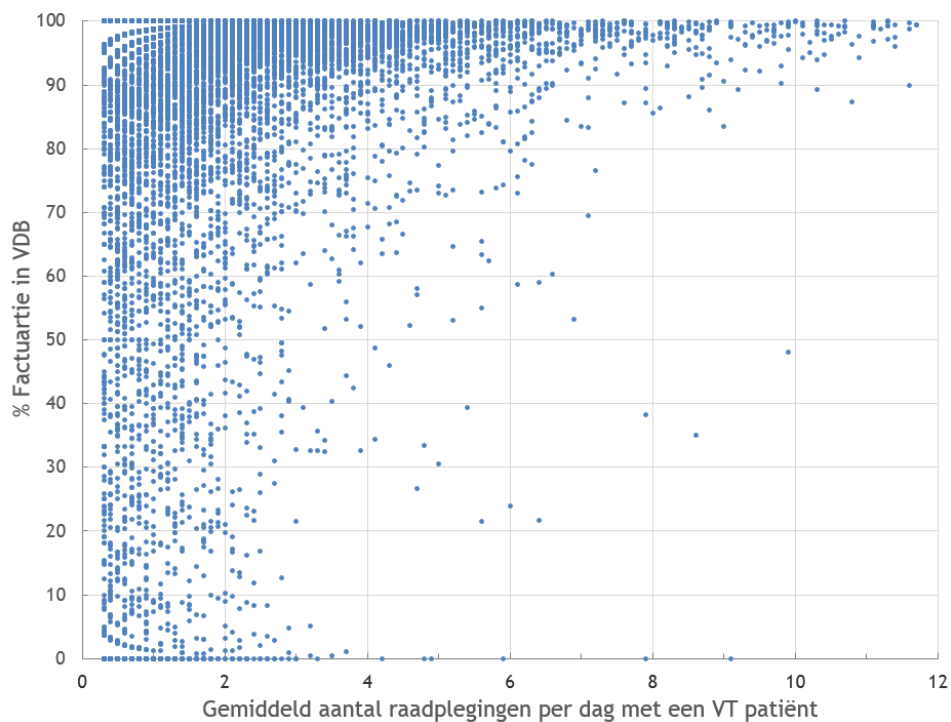
De gemiddelde toepassingsgraad bij huisartsen – i.e. het aandeel van hun VT-verstrekkingen waarvoor ze de verplichte derde betaler correct toepassen - ligt een stuk lager, namelijk op 64,4%. Dit verschil is te verklaren doordat een aanzienlijk deel huisartsen met weinig VT-verstrekkingen deze maatregel relatief minder goed toepassen.

5. Opdeling naar activiteitenprofiel van de arts

Wanneer we het aantal raadplegingen met VT-patiënten in de loop van het 2017T2 delen door het aantal werkdagen in een trimester dan bekomen we een gemiddeld aantal VT-raadplegingen per arts per dag¹. Uit onderstaande figuur blijkt dat er een duidelijk verband bestaat tussen de **graad van toepassing van de verplichte derde betaler** door de huisarts en het gemiddeld **aantal raadplegingen met VT-patiënten**. De figuur werd beperkt tot de huisartsen met **minimum 20 VT-raadplegingen** tijdens boekhoudtrimester 2017T2.

Huisartsen met minder dan **1 VT-raadpleging per dag** (dus minstens 20 en minder dan 79 VT-raadplegingen voor 2017T2, 2 809 huisartsen) hebben de laagste toepassingsgraad VDB, namelijk 63,3%. Ter vergelijking heeft de groep huisartsen met minstens 1 VT-patiënt per dag (7 211 huisartsen) een toepassingsgraad van 87,9%.

Figuur 3.1.1. Scatterplot van het aandeel facturatie in VDB in functie van het gemiddeld aantal VT-raadplegingen per dag per huisarts, voor huisartsen met minimaal 20 VT-raadplegingen in 2017T2



Artsen met zelfs minder dan 20 VT-raadplegingen per trimester hebben een nog lagere toepassingsgraad van gemiddeld 17,2% (3 526 huisartsen) ten opzichte van gemiddeld 81% voor alle huisartsen met meer dan 20 VT raadplegingen per trimester (10 020 huisartsen).

¹ 79 werkdagen per trimester worden toegekend.

6. Provinciale verschillen in de toepassingsgraad

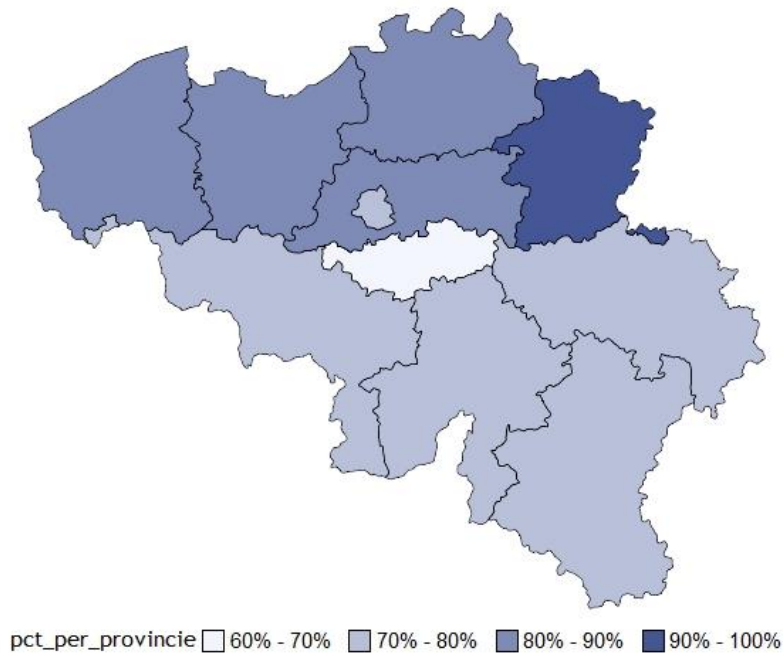
De hoogste toepassingsgraad vindt men in de Vlaamse provincies; hier hebben de huisartsen een gemiddelde toepassingsgraad van de verplichte derde betaler van meer dan 80%. In Limburg bedraagt de gemiddelde toepassingsgraad zelfs 90,6%.

De laagste toepassingsgraad bevindt zich in de provincie Waals-Brabant (64,4%) gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (71%), de provincies Henegouwen (74,5%), Luxemburg (74,8%) en Luik (75,7%).

De geografische verschillen in toepassingsgraad zijn (deels) te verklaren door de eerder geïllustreerde nauwe samenhang tussen de toepassing van de derde betaler en de frequentie waarmee een arts zijn VT-patiënten ziet.

Zo ligt het percentage van de huisartsen die minder dan 1 VT-patiënt per dag zien in Waals-Brabant het hoogst (52,1%), gevolgd door de huisartsen in Vlaams-Brabant en Brussel (42,6% en 41% respectievelijk). In de provincies Limburg en West-Vlaanderen liggen deze percentages het laagst (11,9% en 17,2% respectievelijk).

Figuur 3.1.2. Gemiddeld aandeel raadplegingen per huisarts bij VT-patiënten gefactureerd via VDB per provincie, voor huisartsen met minimaal 20 VT-raadplegingen in 2017T2



7. Kenmerken van huisartsen volgens toepassingsgraad verplichte sociale derdebetalersregeling

Binnen de doelgroep van huisartsen met minstens 20 VT-raadplegingen gefactureerd gedurende het tweede trimester van 2017 worden de kenmerken vergeleken van de artsen die de maatregel goed toepassen (i.e. toepassingsgraad >80%; 7 561 artsen of 75,5% van de doelgroep), voldoende toepassen (i.e. toepassingsgraad 60%-80%; 868 artsen of 8,7%) en onvoldoende toepassen (i.e. toepassingsgraad <60%; 1 591 artsen of 15,9%).

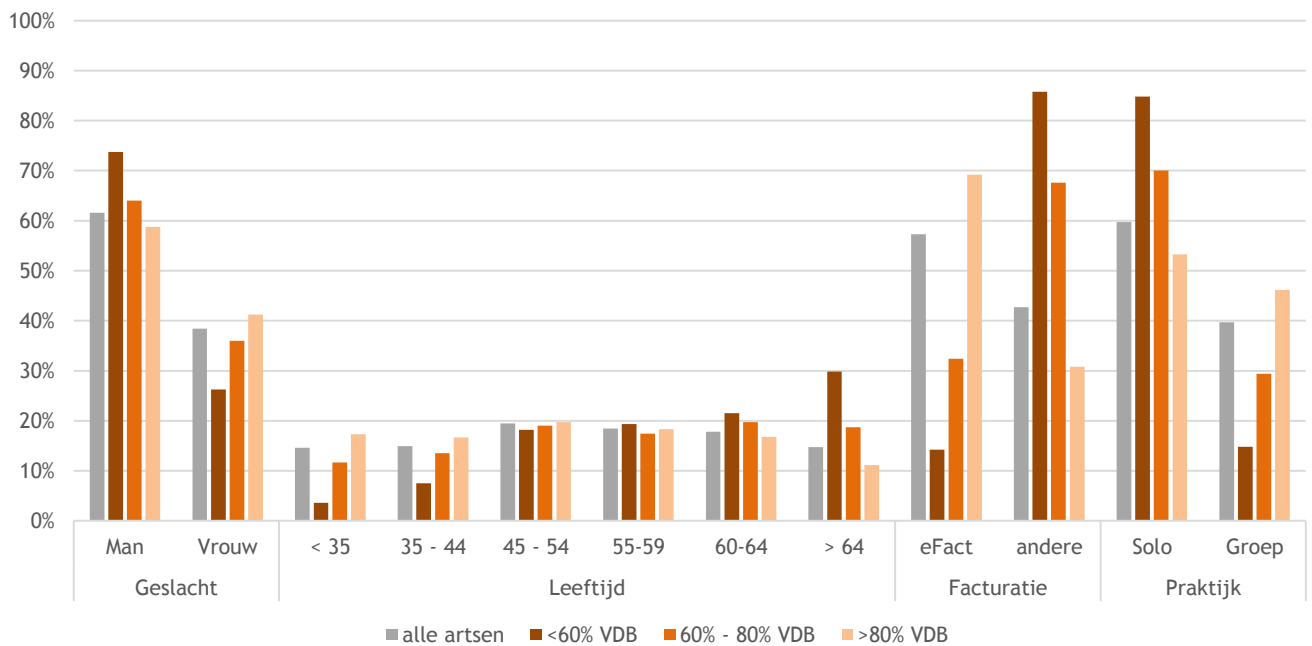
Vooraf het **praktijktype** lijkt sterk te correleren met de toepassingsgraad. De goede toepassers bestaan slechts voor 53% uit artsen actief in een solopraktijk, terwijl globaal 60% van de artsen actief zijn in een solopraktijk. Onder de artsen met een onvoldoende toepassingsgraad is maar liefst 85% solist.

Verder valt op dat de artsengroep die de maatregel onvoldoende toepast in vergelijking tot de goede toepassers verhoudingsgewijs uit meer **mannen** (74% tegenover 59%) bestaat.

Uit de **leeftijdsverdeling** van de verschillende huisartsgroepen blijkt dat men *niet* kan verwachten dat de groep die de VDB onvoldoende toepast na verloop van tijd automatisch zal verdwijnen ten gevolge van pensionering. De voldoende en de goede toepassers zijn over het algemeen weliswaar jonger dan de onvoldoende toepassers, maar ook deze laatste bestaan voor 11% uit huisartsen jonger dan 45 (en voor 4% uit huisartsen jonger dan 35).

Voorts lijkt het gebruik van de **elektronische facturatie** door een huisarts te correleren met diens geneigdheid om de verplichte derde betaler toe te passen. Van de huisartsen die de VDB onvoldoende toepast werkt 86% niet met eFact, terwijl de meerderheid van de huisartsen die de VDB wel goed toepassen gebruik maken van eFact (69%).

Figuur 3.2.1. Geslachts- en leeftijdsverdeling, facturatiwijze en praktijktype van huisartsen met minimaal 20 VT-raadplegingen in 2017T2, uitgesplitst naar toepassingsgraad van de VDB bij VT-raadplegingen



De figuur beschrijft de huisartsen met minimum 20 VT-raadplegingen/trimester (grijze balken), onderverdeeld naargelang de toepassingsgraad van de verplichte derde betaler:

- a. onvoldoende toepassing, i.e. bij minder dan 60% van zijn VT-raadplegingen (donkerrode balken)
- b. voldoende toepassing, i.e. bij 60% tot 80% van zijn VT-raadplegingen (rode balken)
- c. goede toepassing, i.e. bij meer dan 80% van zijn VT-raadplegingen (lichtrode balken)

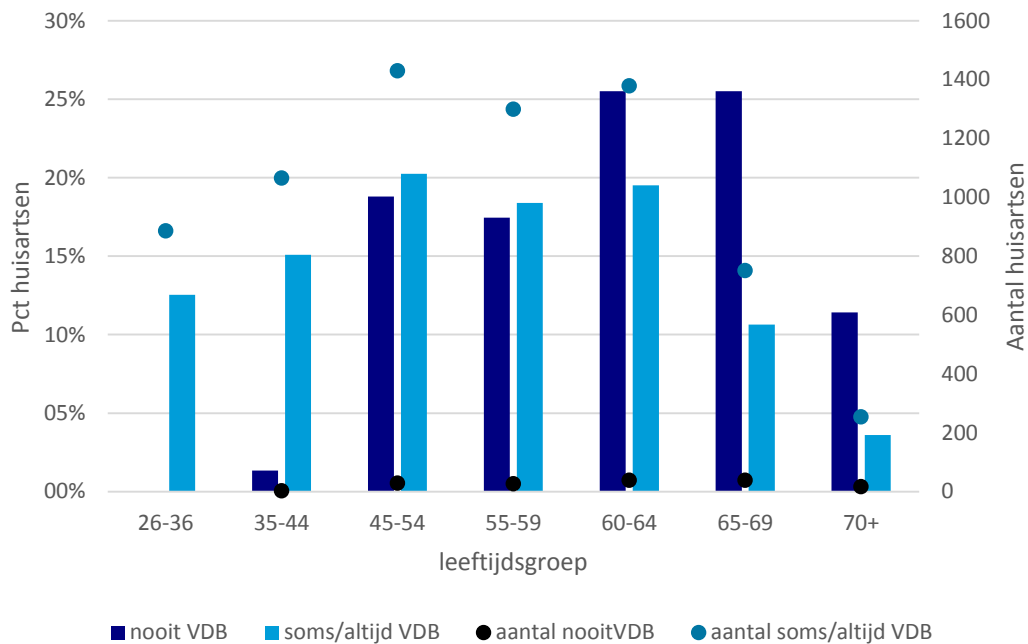
8. Kenmerken van huisartsen met minstens 1 VT-raadpleging per dag die nooit de verplichte sociale derdebetalersregeling toepassen.

De groep huisartsen die in boekhoudkwartaal 2017T2 gemiddeld minstens 1 raadpleging per dag factureert voor een VT-patiënt (dus minimaal 79 VT-raadplegingen voor dit trimester) en voor geen enkele van deze raadplegingen de VDB toepast, beperkt zich tot 149 huisartsen. In de onderstaande grafiek worden deze nooit-toepassers vergeleken met de andere huisartsen met minimaal 1 raadpleging per dag in 2017T2.

Het totaal aantal huisartsen met gemiddeld minstens 1 raadpleging per dag met een VT-patiënt bedraagt 7 211. De 149 huisartsen die nooit in VDB factureren vertegenwoordigen hiervan dus 2,1%.

Uit de leeftijdsverdeling blijkt dat deze 149 huisartsen gemiddeld genomen ouder zijn dan diegenen die wel de VDB toepassen. 62% van de nooit-toepassers is ouder dan 60 tegenover 34% van de soms/altijd-toepassers. Slechts twee nooit-toepassers zijn jonger dan 45 jaar.

Figuur 3.3.1. Leeftijdsverdeling van huisartsen met 1 of meer VT-raadplegingen per dag, uitgesplitst naar de huisartsen die nooit en die soms/altijd factureren in derde betaler, in 2017T2.



De balkreeks geeft het percentage artsen per leeftijdsgroep en VDB-type weer op de linkeras.
De puntreeks geeft het aantal artsen per leeftijdsgroep en VDB-type weer op de rechteras.

Wat betreft het geslacht zijn slechts 16,8% van de nooit-toepassers vrouwelijke artsen, en dus zijn wel 83,2% van de nooit-toepassers mannelijke artsen. Ter vergelijking bestaat de subgroep huisartsen die soms/altijd VDB toepassen maar voor 63,9% uit mannen.

Verder blijkt dat deze groep hoofdzakelijk uit artsen bestaat die in een solo-praktijk werken. Van de nooit-toepassers werkt 93,3% in een solo-praktijk en dus slechts 6,7% in een groepspraktijk, tegenover 43,6% van de soms/altijd VDB-toepassers die in een groepspraktijk actief zijn.

Daarnaast blijkt dat 4 op 10 van deze huisartsen niet geaccrediteerd is, tegenover minder dan 1 op 10 in de groep van huisartsen die wel VDB toepassen.

Ten slotte zijn de nooit-toepassers in de regio's Henegouwen, Luik en Brussel iets meer vertegenwoordigd.

b) Bespreking in medico-mut

Het resultaat van de monitoring van de verplichte sociale derdebetalersregeling werd besproken door de nationale commissie artsen-ziekenfondsen tijdens haar vergadering van 26 juni 2017.

De nationale commissie stelde de positieve effecten van de verplichte sociale derdebetalersregeling vast.

Ze riep de verzekeringsinstellingen op om hun leden beter te informeren over deze maatregel.

Verder vroeg de nationale commissie een gerichte communicatiecampagne naar de huisartsen die de maatregel nooit of onvoldoende toepassen.

c) Bespreking in Observatorium

De cijfers van het IMA werden eveneens voorgesteld en besproken door het Observatorium voor de chronische ziekten tijdens haar vergaderingen van 20 juni, 14 september en 23 november 2017.

Het Observatorium stelde vast dat alles samen beschouwd toch een relatief grote groep na de invoering van de verplichting van de derdebetalersregeling nog (een deel van) zijn raadplegingen niet via derde betaler heeft kunnen laten factureren door de niet-toepassing of onvolledige invoering van deze maatregel door de huisarts. Voor boekhoudtrimester 2016 T3 gaat het om 159.734 patiënten.

De leden benadrukten het belang om een intentieonderzoek uit te voeren om te achterhalen waarom bepaalde huisartsen systematisch weigeren om de verplichting na te leven.

Daarnaast werd aangegeven dat de ziekenfondsen de patiënt beter moeten inlichten in geval een getuigschrift voor verstrekte hulp wordt uitbetaald die eigenlijk verplicht in derdebetalersregeling had moeten worden afgerekend.

Tenslotte vroeg het Observatorium gerichte acties naar de huisartsen die de verplichte sociale derdebetalersregeling nooit of onvoldoende toepassen.

d) Brieven aan huisartsen die verplichte sociale derdebetalersregeling onvoldoende toepassen

Op 29 juni 2017 verstuurde Minister van sociale zaken Maggie De Block een persbericht naar aanleiding van de eerste resultaten van de monitoring door het IMA.

Daarin werd aangegeven dat brieven zullen worden verstuurd naar de huisartsen die de maatregel nooit of onvoldoende toepassen.

Het RIZIV maakte een waarschuwing op voor de 149 huisartsen die de derdebetalersregeling nooit hebben toegepast. In deze brief worden ze gewaarschuwd dat ze zich blootstellen aan sancties in geval ze blijven weigeren om de derdebetalersregeling toe te passen.

Deze brieven werden verstuurd door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV op 8 februari 2018.

Voor de 991 huisartsen met een substantiële activiteitsgraad (minstens 200 prestaties, of +/- 2,5 per dag) die in boekhoudtrimester 2017T2 onvoldoende de verplichte derde betaler toepasten (in minder dan 60% van de VT-raadplegingen), terwijl ze regelmatig prestaties hadden bij een patiënt met verhoogde tegemoetkoming (minstens 20 VT-prestaties, of +/- om de vier dagen), werd een ander soort brief opgemaakt door het RIZIV.

Er kan immers worden vermoed dat de verplichte sociale derdebetaler in bepaalde gevallen niet wordt toegepast omdat de huisarts niet weet dat de patiënt de verhoogde tegemoetkoming geniet.

Eén op de acht van de betrokken patiënten verkreeg recent het statuut van voorkeursgerechtigde, wat een mogelijke verklaring is waarom de facturatie niet steeds of onmiddellijk in derde betaler gebeurt.

Dat er een indicatie is om te vermoeden dat de intensiteit van de zorgrelatie tussen huisarts en patiënt een sterke invloed heeft op de toepassingsgraad van de verplichte derde betaler, blijkt ook uit het feit dat huisartsen voor patiënten met een GMD vaker de verplichte derde betaler toepassen enerzijds en dat er een duidelijk verband lijkt te bestaan tussen de graad van toepassing van de verplichte derde betaler door de huisarts enerzijds en het gemiddeld aantal raadplegingen met VT-patiënten anderzijds.

Voorts lijkt het gebruik van de elektronische facturatie door een huisarts te correleren met diens geneigdheid om de verplichte derde betaler toe te passen. Van de huisartsen die de VDB onvoldoende toepast werkt 93% niet met eFact, terwijl de huisartsen die de VDB wel goed toepassen voor bijna de helft (47%) gebruik maken van eFact. Het lager gebruik van online diensten door huisartsen die de verplichting niet of te weinig toepassen is belangrijk aangezien het door de online consultatie van de verzekeraar is dat een huisarts te weten kan komen dat een patiënt de verhoogde tegemoetkoming geniet.

De brief ten aanzien van de huisartsen die de verplichte sociale derdebetalersregeling niet altijd toepassen werd dus toegespitst op de mededeling dat zij gebruik kunnen maken van de online consultatie van de verzekeraar om de verplichting steeds correct toe te passen.

Deze laatste brieven werden verstuurd door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV op 8 februari 2018.

e) Toekomstige follow-up

Het IMA zal de toepassing van de verplichte sociale derdebetalersregeling blijven monitoren.

Ze zal daarbij ook nagaan of de brieven die werden verstuurd tot gevolg hebben gehad dat de betrokken huisartsen de verplichting beter hebben nageleefd.

V. *Toekomstige evoluties*

a) *Verbod behouden?*

Actueel bestaat nog steeds een verbod op derdebetaler voor een aantal welbepaalde prestaties bij artsen en tandartsen, en voor logopedie in schoolverband. Met een lijst uitzonderingssituaties waarin de arts, tandarts of logopedist van dit verbod kan afwijken.

Deze lijst uitzonderingssituaties wordt steeds langer met als gevolg dat de reglementering inzake derdebetaler complex wordt.

Zorgverleners stellen dan ook voor om de regeling te vereenvoudigen en facultatief te maken.

Zo pleiten de ziekenhuizen ervoor om het verbod op te heffen minstens voor alle ambulante prestaties die aangerekend worden via de centrale ziekenhuisfacturatie.

Tijdens het verzekeringscomité van 3 juli 2017 werd dan weer gesuggereerd om het verbod op te heffen voor de artsen en, onder bepaalde voorwaarden, voor de tandartsen.

Men kan zich bovendien de vraag stellen of er actueel nog reden bestaat voor het behoud van het verbod. Dit verbod werd in eerste instantie behouden uit vrees voor een toename van mogelijke gevallen van fraude. Nu de lancering van de verplichte lezing eID een feit is voor de verpleegkundigen sedert 1 oktober jl. maar tevens navolgend zal worden gelanceerd in alle sectoren die reeds elektronische facturatie kennen, dient de vraag gesteld of dit risico in de nabije toekomst nog reëel voorkomt.

Los van het gegeven dat een daadwerkelijke toepassing van derde betaler voor verzekerden steeds een betere toegang garandeert tot geneeskundige verzorging dan de modaliteit voorzien in geval van e attest, dient vastgesteld dat een aantal actuele voordelen voor verzekerden door veralgemening van die laatste toepassing teniet dreigen te worden gedaan.

Immers, in de huidige papieren facturatie kan pragmatisch worden omgesprongen in een aantal situaties waar het aangewezen voorkomt om de verzekeringstegemoetkoming niet uit te betalen aan de gerechtigde, maar bijvoorbeeld rechtstreeks aan zijn of haar persoon ten laste, of nog aan de ouder bij wie een kind niet is ingeschreven als persoon ten laste.

Actueel wordt aan de loketten van de ziekenfondsen pragmatisch omgesprongen met de vraag van diegenen die getuigschriften binnenbrengen om bijvoorbeeld een storting te voorzien op een ander rekening nummer dan dat van de gerechtigde. Dat kan het geval zijn voor meerderjarige personen ten laste die getuigschriften binnenbrengen of betreft tevens een gangbare praktijk voor gescheiden ouders waar immers slechts één van beide ouders formeel als gerechtigde kan optreden.

In het geval van kinderen van gescheiden ouders is onder meer ook vanuit de kinderrechten commissariaten steeds gewezen op het belang van soepele administratieve modaliteiten opdat beide ouders terugbetaling zouden kunnen bekomen van de door hen gemaakte ziektekosten.

Het RIZIV kreeg hier recent nog briefwisseling over.

De investeringen in de bestaande pragmatische praktijk inzake terugbetaling dreigt teniet te worden gedaan wanneer eAttest zou worden veralgemeend, aangezien het systeem dergelijke souplesse niet meer zou toelaten en de de facto mogelijkheid om een getuigschrift te bezitten en binnen te brengen bij een ziekenfonds zou verdwijnen.

Ook om die redenen lijkt het opportuun het verbod op toepassing derde betaler op te heffen, minstens voor minderjarigen, wanneer een verdere uitrol van eAttest wordt vooropgesteld.

Het bestaande verbod met zijn steeds langer wordende lijst uitzonderingssituaties leidt, bovenop een reglementaire complexiteit voor zorgverlener, patiënt en ziekenfonds, bovendien tot een hoge technische complexiteit.

Actueel is de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht als een huisarts een raadpleging verleent aan een rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming.

Om deze verplichting correct na te leven, dient de huisarts voor elke patiënt de verzekeraar te raadplegen via MyCarenet.

Nochtans bevat de reglementering nergens een verplichting voor huisartsen om deze elektronische dienst te gebruiken.

Het is tevens door gebruik van deze elektronische dienst dat een arts, tandarts en logopedist kan achterhalen dat een uitzonderingssituatie op het verbod voorligt.

Niet enkel huisartsen zijn derhalve gehouden tot consultatie van de verzekeraar van hun patiënt; dit geldt voor alle huisartsen, geneesheerarts-specialisten, tandartsen en logopedisten.

Elke keer dat een uitzonderingssituatie wordt toegevoegd of gewijzigd, dienen de nodige aanpassingen te worden aangebracht aan de consultatie van de verzekeraar via MyCarenet.

b) Nieuwe verplichtingen?

Het Observatorium voor de chronische ziekten meent dat de derdebetalersregeling te weinig wordt toegepast voor rechthebbenden op het statuut chronische aandoening. In veel gevallen moet de patiënt bovendien moeite doen om de zorgverlener ertoe te bewegen de derdebetalersregeling toe te passen.

Om hieraan te verhelpen, wordt voorgesteld om de zorgverlener beter te informeren over de derdebetalersregeling en om een automatisering te voorzien.

De patiëntenorganisaties benadrukken het belang van een geautomatiseerd en elektronisch systeem om de administratieve werklast van zorgverleners zo laag mogelijk te houden en zo meer toepassing van derdebetalersregeling te bewerkstelligen.

Zo werpt het Observatorium het idee op om te werken met automatische pop-up vensters die aangeven wanneer een patiënt in aanmerking komt respectievelijk recht heeft op toepassing van de derdebetalersregeling.

Door de leden werd voorgesteld om de derdebetalersregeling te veralgemenen zodat het voor iedereen kan worden toegepast.

Daarnaast pleit zij voor een uitbreiding van de verplichting voor de huisarts om de derdebetalersregeling toe te passen naar rechthebbenden op het statuut chronische aandoening en/of minderjarige patiënten.

VI. Conclusie

De derdebetalersregeling werd door het koninklijk besluit van 18 september 2015 hervormd tot een harmonieuze regeling die door elke zorgverlener, ongeacht zijn conventiestatuut, zonder voorafgaande formaliteiten, kan worden toegepast.

Uit de cijfers van de monitoring door het IMA blijkt dat de verplichte derdebetalersregeling een jaar en driekwart na de invoering ervan goed ingeburgerd is geraakt.

Daar waar in 2015T4 - het eerste boekhoudtrimester na de invoering van de verplichte toepassing - nog maar driekwart van de VT-raadplegingen in derde betaler werden gefactureerd, is dat ondertussen geëvolueerd tot bijna 9 op 10 VT-raadplegingen in 2017T2.

Daarenboven is een duidelijk effect merkbaar op de toegankelijkheid van raadplegingen bij de huisarts. Het aantal contacten met voorkeurgerechtigden in 2016 stijgt immers met 6,4% in 2016 terwijl ze status quo blijft bij niet-voorkeurgerechtigden. In 2015 daarentegen was er geen belangrijk verschil merkbaar tussen beide statuten in de evolutie van het aantal contacten.

Ondanks de inhaalbeweging van sommige provincies blijft een verschil in toepassingsgraad tussen de provincies bestaan. Alhoewel dit volgens het IMA deels verklaard wordt door de onevenwichtige spreiding van VT-patiënten en de nationale commissie artsen-ziekenfondsen opmerkte dat een vertekend beeld kan bestaan doordat medische huizen niet werden meegeteld, is er toch nog ruimte voor verbetering in een aantal van de provincies met een relatief lagere toepassingsgraad.

Ingevolge de lancering van de verificatie van de identiteit als voorwaarde om de derdebetalersregeling toe te passen, stelt zich de vraag of er nog redenen zijn om deze regeling voor bepaalde prestaties te verbieden.

Zowel de zorgverleners als de patiëntenorganisaties pleiten voor een opheffing van het bestaande verbod.

Volgens de patiëntenorganisaties dient de derdebetalersregeling daarenboven te worden verplicht bij de huisarts voor rechthebbenden op het statuut chronische aandoening, wil men de toegankelijkheid van de verplichte ziekteverzekering waarborgen voor deze groep patiënten met hoge uitgaven inzake gezondheidszorg.

Hetzelfde geldt voor minderjarigen teneinde te vermijden dat kinderen afhankelijk zijn van de financiële draagkracht van hun ouders om te kunnen genieten van eerstelijnsgezondheidszorg.

Bijlage: tabellen met cijfers gepresenteerd in figuren punt IV

Onderstaande tabellen bevatten de cijfers die gepresenteerd worden in de figuren in dit rapport. De cijfers met een grijze arcering werden niet in een figuur opgenomen.

Tabel bij Figuur 2.1. Evolutie van het aandeel raadplegingen bij voorkeurgerechtigden gefactureerd via verplichte derde betaler, 2015T4-2017T2

Boekhoudtrimester	Raadplegingen met VT-patiënten	
	Totaal aantal	Aandeel VDB
2015T4	1 156 984	74,7%
2016T1	1 734 245	81,9%
2016T2	1 823 726	84,4%
2016T3	1 637 229	85,1%
2016T4	2 066 796	86,5%
2017T1	1 950 625	87,7%
2017T2	1 856 113	88,8%

Tabel bij Figuur 3.1.1. Scatterplot van het aandeel facturatie in VDB in functie van het gemiddeld aantal VT-raadplegingen per dag per huisarts, voor huisartsen met minimaal 20 VT-raadplegingen in 2017T2

Gemiddeld aantal raadplegingen met patiënten VT per dag	Gemiddelde facturatie in VDB	Aantal huisartsen
A. Minstens 20 VT-raadplegingen per trimester	81,0%	10 020
minder dan 1/dag (=>20 en <79 per trimester)	63,3%	2 809
1/dag of meer	87,9%	7 211
1/dag of meer, minder dan 2/dag	83,3%	3 206
2/dag of meer, minder dan 3/dag	88,7%	1 737
3/dag of meer, minder dan 4/dag	93,0%	937
4/dag of meer, minder dan 5/dag	93,6%	501
5/dag of meer, minder dan 6/dag	93,4%	274
6/dag of meer, minder dan 7/dag	93,6%	161
7/dag of meer, minder dan 8/dag	94,8%	94
8/dag of meer, minder dan 9/dag	96,4%	70
9/dag of meer, minder dan 10/dag	93,9%	47
10/dag of meer, minder dan 11/dag	97,3%	32
11/dag of meer	95,8%	152
B. Minder dan 20 VT-raadplegingen per trimester* (en dus eveneens minder dan 1 VT-raadpleging per dag)	17,2%	3 526
TOTAAL	64,4%	13 546

* Een belangrijk aandeel van de huisartsen die minder dan 20 raadplegingen met een VT-patiënt doen, is een beginnende huisarts (32% is jonger dan 35 jaar).

Tabel bij Figuur 3.1.2. Gemiddeld aandeel raadplegingen per huisarts bij VT-patiënten gefactureerd via VDB per provincie, voor huisartsen met minimaal 20 VT-raadplegingen in 2017T2

Provincie	Gemiddeld aandeel facturatie in VDB	Aantal huisartsen	Aandeel huisartsen met minder dan 1 raadpleging VT per dag
Antwerpen	85,4%	1 553	21,8%
Limburg	90,6%	814	11,9%
Oost-Vlaanderen	87,3%	1 321	25,6%
Vlaams-Brabant	80,0%	1 085	42,6%
West-Vlaanderen	88,8%	1 096	17,2%
Brussel	71,0%	883	41,0%
Henegouwen	74,5%	1 113	26,1%
Luik	75,7%	1 015	27,4%
Luxemburg	74,8%	246	32,9%
Namen	77,8%	519	34,3%
Waals-Brabant	64,4%	374	52,1%

Tabel bij Figuur 3.2.1. Geslachts- en leeftijdsverdeling, facturatiwijze en praktijktype van huisartsen met minimaal 20 VT-raadplegingen in 2017T2, uitgesplitst naar toepassingsgraad van de VDB bij VT-raadplegingen

		Ref: alle artsen N=10 020	Naar toepassingsgraad					
			0%-20% VDB N=920	20%-40% VDB N=281	40%-60% VDB N=390	< 60% VDB N=1 591	60%-80% VDB N=868	> 80% VDB N=7 561
Geslacht	Man	62%	76%	77%	65%	74%	64%	59%
	Vrouw	38%	24%	23%	35%	26%	36%	41%
Leeftijd	< 35	15%	1%	4%	9%	4%	12%	17%
	35 - 44	15%	6%	9%	11%	7%	13%	17%
	45 - 54	19%	18%	18%	19%	18%	19%	20%
	55-59	18%	19%	21%	19%	19%	17%	18%
	60-64	18%	22%	22%	19%	21%	20%	17%
	> 64	15%	34%	26%	23%	30%	19%	11%
Type facturatie	EFact	57%	7%	18%	28%	14%	32%	69%
	Andere	43%	93%	82%	72%	86%	68%	31%
Type praktijk	Solo	60%	89%	83%	77%	85%	70%	53%
	Groep	40%	11%	18%	22%	15%	29%	46%

Tabel bij Figuur 3.3.1. Leeftijdsverdeling van huisartsen met 1 of meer VT-raadplegingen per dag, uitgesplitst naar de huisartsen die nooit en die soms/altijd factureren in derde betaler, in 2017T2.

		nooit VDB	soms / altijd VDB	nooit VDB	soms / altijd VDB
Geslacht	man	83,2%	63,9%	124	4515
	vrouw	16,8%	36,1%	25	2547
Leeftijdsgroep	26<35	NVT	12,5%	0	886
	35-44	1,3%	15,1%	2	1065
	45-54	18,8%	20,2%	28	1429
	55-59	17,4%	18,4%	26	1299
	60-64	25,5%	19,5%	38	1378
	65-69	25,5%	10,6%	38	751
	70+	11,4%	3,6%	17	254
Praktijktype	solo	93,3%	56,4%	139	3953
	groep	6,7%	43,6%	10	3051
Kwalificatiecode	1	6,0%	0,1%	9	9
	2	NVT	0,0%	0	1
	3	25,5%	16,1%	38	1147
	4	65,8%	83,4%	98	5874
	5	NVT	0,1%	0	8
	6	NVT	0,1%	0	9
	9	2,6%	0,0%	4	3
Accreditatie	geaccrediteerd	56,1%	92,5%	83	6 515
	niet geaccrediteerd	43,9%	7,5%	65	528
Provincie	Antwerpen	13,4%	16,9%	20	1194
	Limburg	3,4%	10,1%	5	712
	Oost-Vlaanderen	6,7%	13,8%	10	973
	Vlaams-Brabant	10,1%	8,6%	15	608
	West-Vlaanderen	11,4%	12,6%	17	891
	Brussel	14,1%	7,1%	21	500
	Henegouwen	17,4%	11,3%	26	797
	Luik	13,4%	10,2%	20	717
	Luxemburg	1,3%	2,3%	2	163
	Namen	4,7%	4,7%	7	334
Waals-Brabant	4,0%	2,4%	6	173	