



Evaluatie van het echelonnerings- mechanisme

2022

Auteur: Xavier Rygaert



IMA • AIM
Intermutualistisch Agentschap



Colofon

Publicatiedatum:	9 november 2022
Redactie:	Erik Roelants
Opdrachtgever:	Médicomut
Aanbevolen referentie:	Rygaert, Xavier (2022), Evaluatie van het echelonneringsmechanisme, IMA Intermutualistisch Agentschap, Brussel.
Contactgegevens:	VZW IMA • Bolwerklaan 21 B7 • 1210 Brussel Tel. 02 891 72 11 • ima-aim@intermut.be • www.ima-aim.be KBO 0478.655.210 • RPR Brussel

Dit document is beschikbaar op de website www.ima-aim.be.

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Inhoudstafel

1. Inleiding	1
2. Methodologie	2
3. Resultaten	5
3.1. Globale statistieken	5
3.2. Gebruik door patiënten.....	7
3.3. Gebruik door huisartsen	9
4. Conclusie	12
Bijlage	14



1. Inleiding

De huisarts is het eerste aanspreekpunt van de patiënt. Vooraleer deze een specialist raadpleegt, gaat hij of zij best eerst langs bij de huisarts die de patiënt verder doorverwijst.

Om dit referentie-systeem te stimuleren, werd in 2007 het echelonneringsmechanisme ingevoerd. Hierbij betaalt de ziekteverzekering een groter gedeelte van het honorarium van de specialist terug als de patiënt een verwijsbrief kreeg van de huisarts. Sinds 1 januari 2021 wordt dit systeem ook toegepast binnen een derdebetalersregeling, waarbij de patiënt enkel het remgeld betaalt en het ziekenfonds de arts rechtstreeks vergoedt.

In het kader van de Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen (Medicomut) heeft het RIZIV aan het Intermutualistisch Agentschap (IMA) gevraagd om een evaluatierapport te maken over het echelonneringsmechanisme, zodat bij toekomstige discussies over dit principe duidelijke gegevens voorhanden zijn.

In dit rapport gaan we na hoe het systeem gebruikt wordt en of het zijn doel bereikt. Hiervoor maken we voor de jaren 2019 tot 2021 een analyse van het aantal gevallen, het budget, het profiel van de patiënten die gebruik maken van het mechanisme en eventuele geografische verschillen.

Een bijkomend objectief is om voor deze periode een schatting te maken van het aantal situaties waarbij het echelonneringsmechanisme potentieel gebruikt had kunnen worden.



2. Methodologie

We maken gebruik van de databank Gezondheidszorgen van het Intermutualistisch Agentschap (IMA). Deze databank bundelt de facturatiegegevens van de zeven Belgische ziekenfondsen. Ze bevat informatie over alle geneeskundige verstrekkingen die door de ziekenfondsen (gedeeltelijk) werden terugbetaald in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

Voor deze studie werd een selectie gemaakt van de data van 2019, het eerste semester van 2020, het tweede semester van 2020 en het eerste semester van 2021. Op het moment van de analyse waren de gegevens van 2021 nog niet volledig. Om die reden kozen we ervoor om de gegevens van 2020 op te splitsen om vergelijking met het eerste semester van 2021 mogelijk te maken.

Eerst hebben we de gegevens opgesplitst in functie van de specialisatie van de zorgverlener. Hierbij hebben we enkel de prestaties geselecteerd van de specialisaties waarbij echelonering mogelijk is. De raadplegingen waarbij het mechanisme effectief werd toegepast, identificeerden we aan de hand van het remgeld.

De echelonering is van toepassing voor de volgende specialisten:

- de gynaecoloog/verloskundige;
- de internist;
- de cardioloog;
- de oogarts;
- de geriater;

- de neuroloog;
- de neus-, keel- en oorarts;
- de maag-darmspecialist;
- de psychiater;
- de uroloog;
- de kinderarts;
- de reumatoloog;
- de stomatoloog;
- de neuropsychiater;
- de pneumoloog;
- de dermato-venereoloog;
- de endocrino-diabetoloog.

De patiënt heeft jaarlijks recht op één goedkopere raadpleging per specialisatie. Deze extra tegemoetkoming bedraagt standaard 5 euro. Voor personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, en die dus sowieso minder remgeld betalen, is dit 2 euro.

Om na te gaan of een raadpleging bij een specialist potentieel onder het echelonneringsmechanisme had kunnen vallen, bepalen we per specialisatie de wachttijd tussen het moment dat de afspraak gemaakt wordt en de afspraak zelf. Hiervoor kijken we naar de tijdsduur tussen de laatste raadpleging bij de huisarts en de raadpleging bij de specialist met verminderd remgeld. Het 95^{ste} percentiel (P95) van deze periode werd weerhouden als drempelwaarde.

Tabel 1: P95 van de tijdsduur tussen raadpleging bij huisarts en geëchelonnerde raadpleging bij specialist.

Specialisatie	Periode (dagen)
Geriatr	75
Gynaecoloog	126
Oogarts	122
Neus-, keel- en oorarts	85
Dermatoloog	112
Internist	102
Pneumoloog	96
Maag-darmspecialist	88
Kinderarts	123
Cardioloog	105

Specialisatie	Periode (dagen)
Neuropsychiater	91
Neuroloog	87
Psychiater	71
Reumatoloog	94
Stomatoloog	*
Uroloog	97
Endocrino-diabetoloog	106

* Geen raadpleging bij de specialist gevonden

Als de periode tussen de laatste raadpleging bij de huisarts en de raadpleging bij de specialist binnen de P95 valt en eerder in het jaar nog geen gebruik werd gemaakt van het echelonneringsmechanisme voor deze specialisatie, categoriseren we deze laatste als een consultatie waarbij potentieel het echelonneringsmechanisme kon worden toegepast. Prestaties voor patiënten van een medisch huis en patiënten zonder een GMD zijn uitgesloten.

Deze manier van werken heeft wel een aantal beperkingen waardoor we enkel een schatting kunnen maken van het aantal raadplegingen waar potentieel echelonnering toegepast had kunnen worden. En wellicht is deze schatting te hoog. Ten eerste is het voor raadplegingen met echelonnering onmogelijk om met zekerheid te bepalen welke huisarts de patiënt heeft doorverwezen. Deze onzekerheid neemt verder toe bij het bepalen van het aantal raadplegingen bij specialisten waar potentieel echelonnering had toegepast kunnen worden. De gehanteerde methode identificeert namelijk op systematische wijze de raadplegingen bij een specialist die binnen een bepaalde termijn na een contact met de huisarts plaatsvonden, maar het is niet mogelijk om de band tussen de twee te verifiëren. Anderzijds moeten we opmerken dat we raadplegingen bij een specialist die niet worden voorafgegaan door een raadpleging bij een huisarts, niet meetellen als een raadpleging waar potentieel echelonnering had kunnen worden toegepast.

We hebben statistieken opgesteld omtrent het aantal gevallen, de financiële winst voor de patiënten en het aantal patiënten en huisartsen waarbij er gebruik van gemaakt werd.



3. Resultaten

3.1. Globale statistieken

Het aantal raadplegingen waarbij het echelonneringsmechanisme van toepassing was en het aantal patiënten die genoten van het verlaagde remgeld, is zeer laag. Een relatief hoog percentage van de actieve huisartsen (40%) heeft daarentegen aan minstens één patiënt een verwijfsbrief bezorgd. Het lage aantal kan mogelijk dus niet toegeschreven worden aan de kennis van de huisartsen.

Tabel 2: globale statistieken van aantallen en bedragen (effectieve toepassing).

Periode	Prestaties (n)	Patiënten (n)	Huisartsen (n)	Financieel voordeel voor de patiënt (euro)
2019	32 716	25 046	4 811	156 323
1^{ste} semester 2020	11 887	9 875	3 081	56 876
2^{de} semester 2020	10 777	8 849	2 906	51 662
1^{ste} semester 2021	11 734	9 492	3 122	56 129
Totaal (2019-1^{ste} semester 2021)	67 114	42 536	6 557	320 990

De patiënten die in 2019 hebben geprofiteerd van het echelonneringsmechanisme, hadden gemiddeld 1,3 raadplegingen bij een specialist met verminderd remgeld. De

huisartsen die dat jaar minstens één verwijsbrief hadden bezorgd, hebben gemiddeld 6,8 keer geëchelonnerde raadplegingen mogelijk gemaakt. In totaal hebben de patiënten door echelonnering 156.000 euro minder remgeld betaald. Was het in 100% van de potentiële gevallen toegepast, zou dit 31 miljoen euro geweest zijn.

Bij de lancering van het mechanisme in 2007 was er hiervoor een budget voorzien van 8,1 miljoen euro. Rekening houdend met de inflatie van het budget voor de gezondheidszorg, komt dit voor 2019 uit op een budget van 11 miljoen euro. Er werd in 2019 dus slechts gebruik gemaakt van 1,4% van het oorspronkelijk voorziene budget. Als we kijken naar de vergoedingen, komt de impact van het echelonneringsmechanisme 13 jaar na de invoering niet overeen met de oorspronkelijke verwachtingen.

Tabel 3: globale statistieken van aantallen en bedragen (potentiële toepassing)

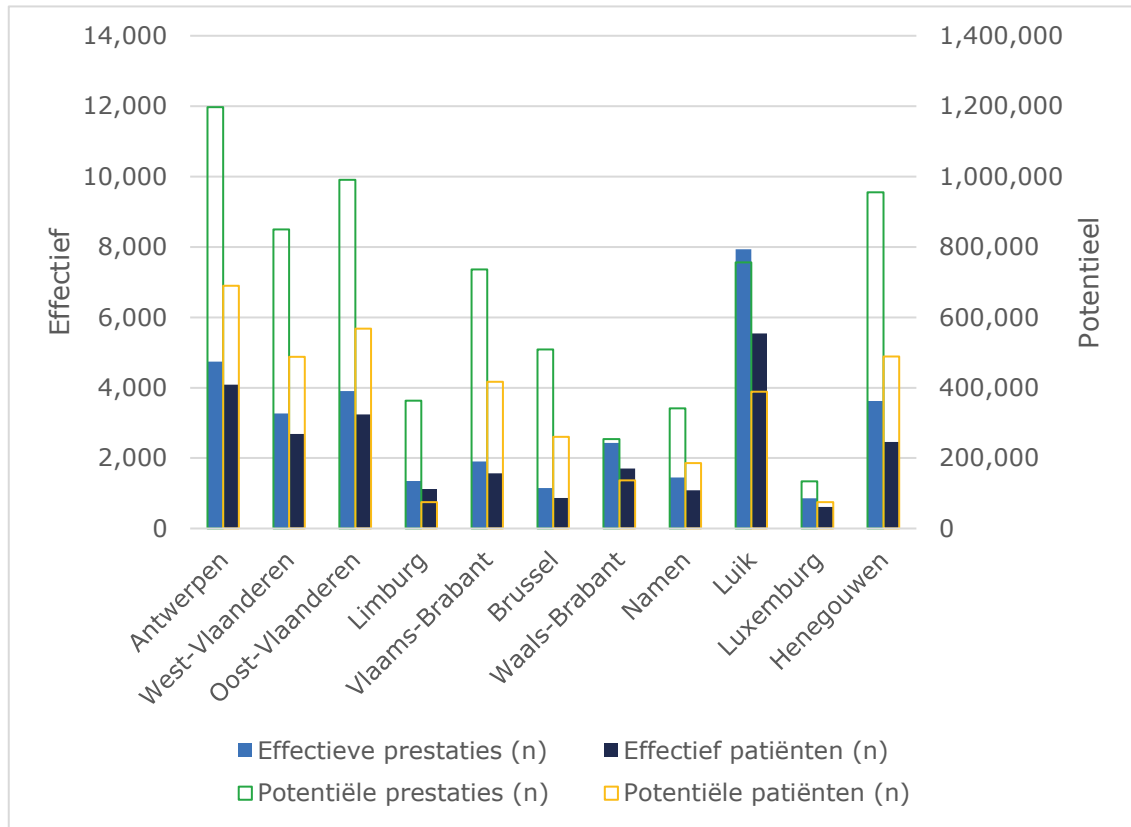
Periode	Prestaties (n)	Patiënten (n)	Huisartsen (n)	Financieel voordeel voor de patiënt (euro)
2019	7 386 299	4 072 107	13 174	31 061 879
1ste semester 2020	3 752 859	2 543 816	12 746	15 810 605
2de semester 2020	2 879 057	2 054 221	12 769	12 353 281
1ste semester 2021	4 435 835	2 764 650	12 922	19 099 879
Totaal (2019-1ste semester 2021)	18 454 050	5 579 755	14 429	78 325 644

Het aantal raadplegingen bij specialisten waarbij potentieel het echelonneringsmechanisme had toegepast kunnen worden, ligt ongeveer 200 keer hoger dan het effectieve aantal. Het aantal huisartsen die minstens één keer een verwijsbrief hadden gegeven, zou in dit geval echter maar drie keer hoger liggen.

Tabel 4 uit de bijlage geeft dezelfde cijfers weer als tabel 3, indien we rekening houden met een periode van maximaal 15 dagen tussen het bezoek aan de huisarts en de geëchelonnerde raadpleging.

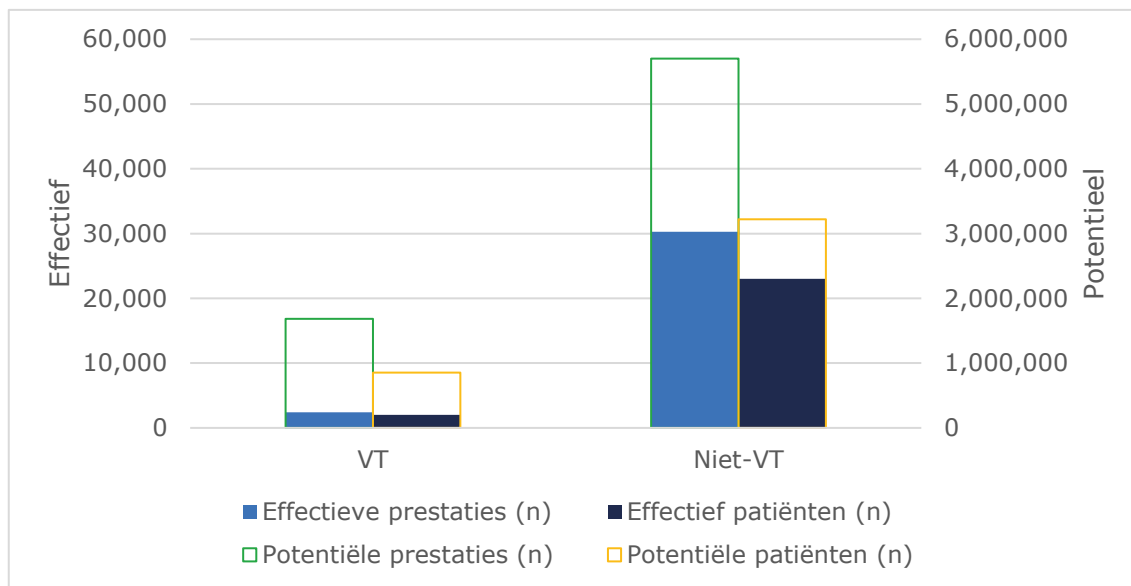
3.2. Gebruik door patiënten

Grafiek 1: gebruik door de patiënten per provincie (2019)



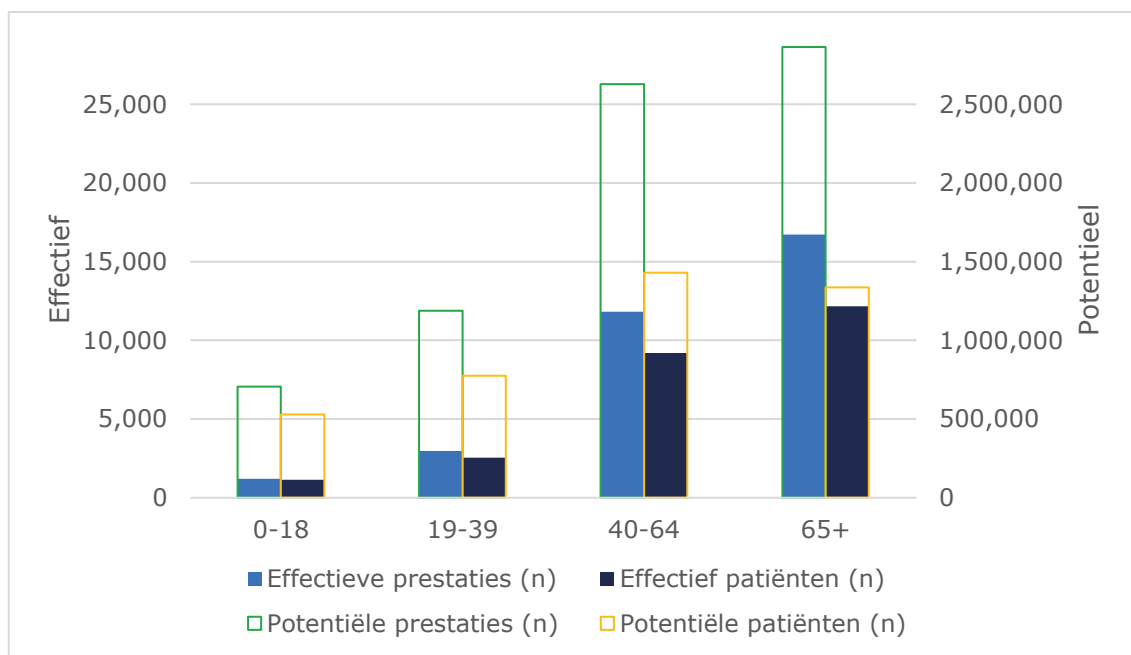
Er bestaan verschillen tussen de provincies, maar de toepassing van echelonnering ligt overal bijzonder laag.

Grafiek 2: gebruik door de patiënten naargelang het statuut Verhoogde Tegemoetkoming (2019)



In verhouding tot hun aandeel in de bevolking (19%) maken maar weinig personen met recht op een verhoogde tegemoetkoming gebruik van het mechanisme (8% van de geëchelonnerde prestaties). Een potentiële verklaring hier is de kleinere financiële impact die echelonnering heeft voor deze groep: een extra vergoeding van 2 euro, vergeleken met 5 euro voor personen die geen recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.

Grafiek 3: effectief gebruik door de patiënten per leeftijdscategorie (2019)



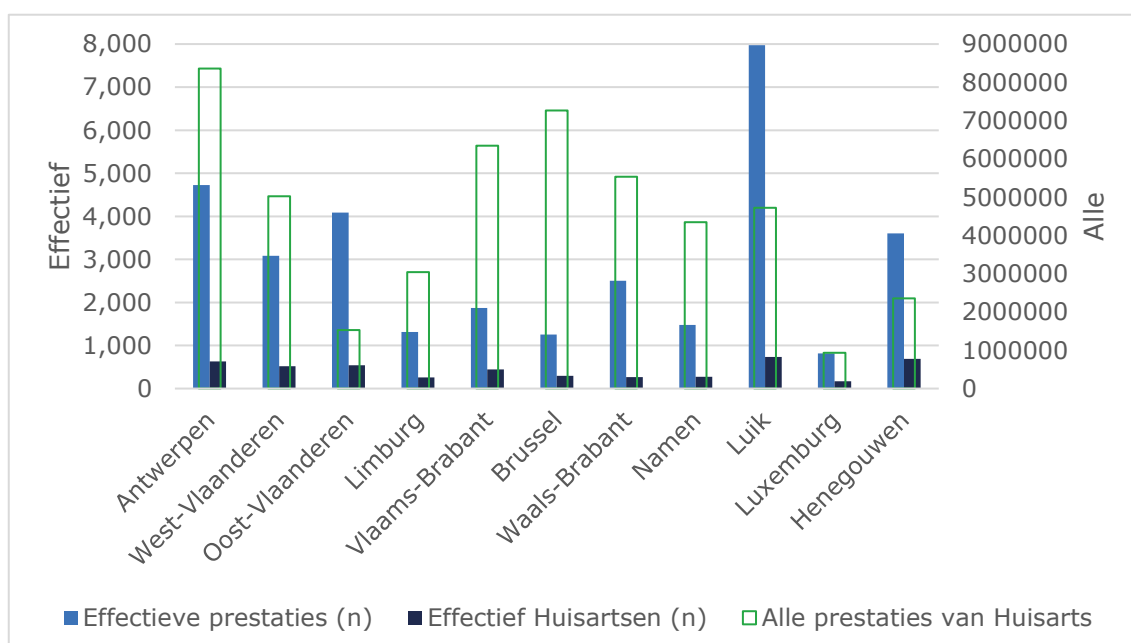
Leeftijd heeft een grote impact op het gebruik van echelonnering. Personen van 0 tot 18 jaar vertegenwoordigen 21% van de populatie, maar slechts 5% van het aantal geëchelonnerde raadplegingen. Patiënten ouder dan 65 vertegenwoordigen 20% van de bevolking, maar 49% van de geëchelonnerde raadplegingen.

Oudere patiënten gaan vaker naar een specialist en kunnen dus meer gebruik maken van het mechanisme. Vergelijken we echter met het aantal raadplegingen waar potentieel echelonnering kon toegepast worden, zien we dat bij patiënten van 0 tot 18 het reële percentage slechts 0,21% (1.139 op 529.939) bedraagt, tegenover 0,91% (12.165 op 1.337.019) bij 65-plussers. Jongeren maken dus veel minder gebruik van het mechanisme dan ouderen. Een hypothese die in overweging moet worden genomen, is dat er hier een verschil is wat betreft de specialisaties die meer door ouderen en meer door jongeren worden geraadpleegd. Al moet hierbij opgemerkt worden dat echelonnering begint bij de huisarts en niet bij de specialist. Nog een hypothese voor het beperkt gebruik in de groep 0-18 is dat bij een deel van de kinderen de pediater de rol van huisarts opneemt. Deze kan uiteraard niet echelonneren naar andere specialisten.

3.3. Gebruik door huisartsen

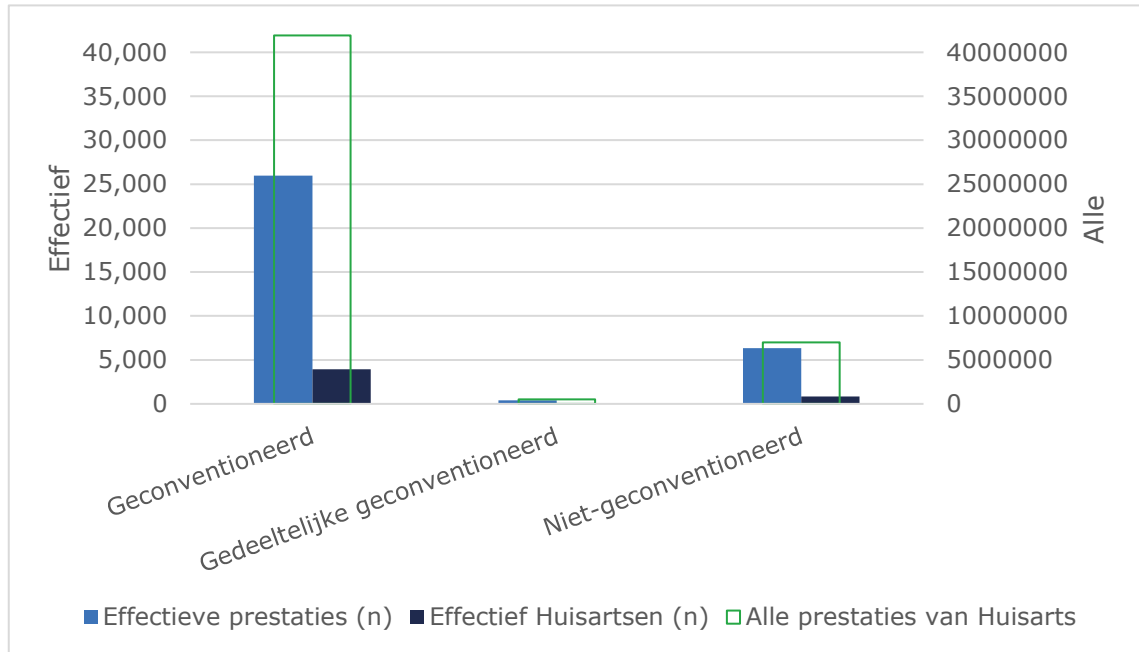
De volgende grafieken tonen telkens het aantal prestaties met toepassing van echelonnering door huisartsen, het aantal huisartsen die echelonnering gebruiken en het geschatte totaal aantal prestaties waarbij echelonnering potentieel had kunnen worden toegepast.

Grafiek 4: gebruik door de huisartsen per provincie (2019)



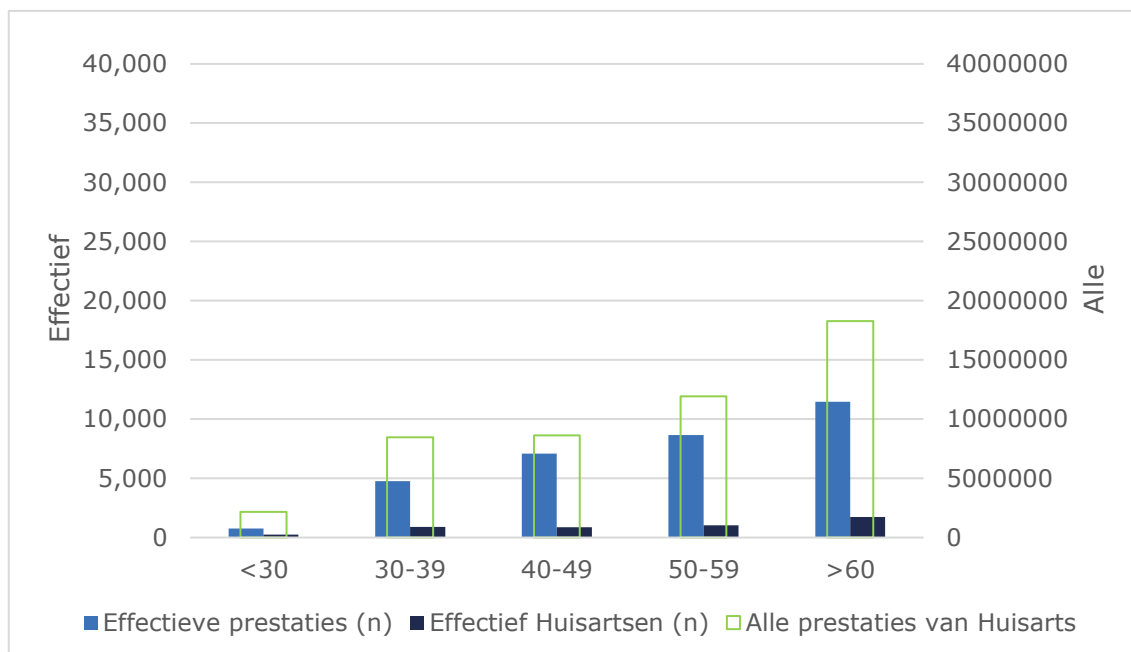
Er bestaan verschillen tussen de provincies, maar de toepassing van echelonnering ligt overal bijzonder laag.

Grafiek 5: gebruik door de huisartsen naargelang het conventioneringsstatuut (2019)



13% van de huisartsen is niet geconventioneerde, maar dit aandeel is met 17% iets hoger onder de huisartsen die een patiënt via het echelonneringsmechanisme hebben doorverwezen.

Grafiek 6: gebruik door de huisarts per leeftijdscategorie (2019)



Oudere huisartsen geven vaker een verwijsbrief dan jongere en het aantal patiënten per jaar stijgt ook met de leeftijd. Gemiddeld 3 per jaar voor de huisartsen onder de 30, 5 voor de categorie 30-39, 8 voor de 40-59 en 7 voor 60-plussers. Het lagere cijfer voor deze laatste leeftijdscategorie is te verklaren door het lager aantal prestaties op die leeftijd.



4. Conclusie

Het echelonneringsmechanisme wordt zelden gebruikt. Het wordt slechts toegepast bij 0,5% van het potentieel aantal raadplegingen en het gebruikt maar 1,4% van het oorspronkelijk begrootte budget.

Er zijn geen noemenswaardige regionale verschillen in het gebruik. Het wordt minder gebruikt door personen met recht op een verhoogde tegemoetkoming, wat mogelijk verklaard kan worden door het kleinere financiële voordeel voor deze categorie.

Het systeem is wel relatief bekend bij de huisartsen: 40% van de actieve huisartsen heeft in 2019 minstens één verwijsbrief bezorgd. Het wordt iets vaker toegepast door niet-geconventioneerde artsen, maar het verschil is niet groot. Huisartsen ouder dan 40 maken vaker gebruik van het mechanisme.

De studie werd wel geconfronteerd met een aantal beperkingen. Het is ten eerste onmogelijk om met zekerheid te bepalen welke huisarts de patiënt heeft doorverwezen. Deze onzekerheid stijgt verder met het bepalen van de raadplegingen bij specialisten waar echelonnering had toegepast kunnen worden.

Ten tweede kunnen we enkel een schatting maken van het aantal raadplegingen waar potentieel echelonnering toegepast had kunnen worden en het geschatte aantal is wellicht te hoog. De gehanteerde methode identificeert op systematische wijze de raadplegingen bij een specialist die binnen een bepaalde termijn na een contact met de huisarts plaatsvonden, maar het is niet mogelijk om de band tussen de twee te verifiëren.

Tot slot zijn de meeste verklaringen, die we hier naar voren hebben geschoven, slechts hypotheses. Om deze vragen met zekerheid te beantwoorden, is een meer gedetailleerde studie nodig, eventueel zelfs met enquête gericht op patiënten en huisartsen.

Bijlage

Tabel 4: globale statistieken van aantallen en bedragen met 15 dagen tijdsduur (potentiële toepassing)

Periode	Prestaties (n)	Patiënten (n)	Huisartsen (n)	Financieel voordeel voor de patiënt (euro)
2019	2.502.300	3.846.754	12.932	15.620.597
1ste semester 2020	1.226.488	1.624.829	12.288	6.582.109
2de semester 2020	1.164.407	1.512.612	12.462	6.234.720
1ste semester 2021	1.417.266	1.977.485	12.442	8.198.574
Totaal (2019 - 1ste semester 2021)	3.845.016	8.961.680	14.091	36.635.999

Tabel 5: Tijdsduur tussen raadpleging bij huisarts en geëchelonnerde raadpleging bij specialist.

Specialisatie	Tijdsduur (dagen)					
	Mean	5t h Pct l	25t h Pct l	50t h Pct l	75t h Pct l	95t h Pct l
Geriatr	23.7469880	2.0000000	7.0000000	15.0000000	31.0000000	75.0000000
Gynaecoloog	38.0123337	1.0000000	9.0000000	24.0000000	55.0000000	126.0000000
Oogarts	36.9579991	1.0000000	8.0000000	23.0000000	53.0000000	122.0000000
Neus-, keel- en oorarts	22.5130221	1.0000000	5.0000000	13.0000000	28.0000000	85.0000000
Dermatoloog	32.4025921	1.0000000	7.0000000	19.0000000	45.0000000	112.0000000
Internist	29.1917874	1.0000000	7.0000000	17.0000000	39.0000000	102.0000000
Pneumoloog	27.6299460	1.0000000	6.0000000	16.0000000	35.0000000	96.0000000
Maag-darmspecialist	25.1281310	1.0000000	6.0000000	14.0000000	32.0000000	88.0000000
Kinderarts	26.3345070	0	4.0000000	11.0000000	30.0000000	123.0000000
Cardioloog	30.1407319	1.0000000	7.0000000	18.0000000	40.0000000	105.0000000
Neuropsychiater	25.5333333	1.0000000	8.0000000	15.0000000	30.0000000	91.0000000
Neuroloog	25.6373626	1.0000000	6.0000000	15.0000000	34.0000000	87.0000000
Psychiater	19.0920245	0	4.0000000	10.0000000	23.0000000	71.0000000
Reumatoloog	25.6320528	1.0000000	6.0000000	14.0000000	32.0000000	94.0000000
Uroloog	26.8821068	1.0000000	7.0000000	16.0000000	34.0000000	97.0000000
Endocrino-diabetoloog	29.7958894	1.0000000	7.0000000	17.0000000	40.0000000	106.0000000