

De impact van de proactieve flux en de verhoogde tegemoetkoming op gezondheidszorguitgaven

Raf Van Gestel (Erasmus Universiteit Rotterdam, Universiteit Antwerpen), Tim Goedemé (University of Oxford, Universiteit Antwerpen), Diana De Graeve (Universiteit Antwerpen) en Hervé Avalosse (Studiedienst CM)

Samenvatting

In 2015 ging een grootschalige nationale informatiecampaagne van start, de proactieve flux, om de opname van de Verhoogde Tegemoetkoming (VT) te verbeteren voor gezinnen met een laag inkomen. De proactieve flux is een proces waarbij CM haar leden op een proactieve manier contacteerde en hen uitnodigde om een aanvraag voor toekenning van de verhoogde tegemoetkoming in te dienen. In samenwerking met de Universiteit Antwerpen heeft CM een veldexperiment opgezet om te bekijken welk effect deze inspanningen hadden. In een eerdere bijdrage in CM-Informatie (CM-Informatie 270, p.19-25) rapporteerden we dat deze campagne een sterke stijging in opname van de VT veroorzaakte bij de leden van CM die tijdens deze actie werden gecontacteerd. In dit artikel gaan we de impact na van de proactieve flux en de Verhoogde Tegemoetkoming op de uitgaven aan zorg. Na zorgvuldige analyses vinden we dat gezondheidszorguitgaven enkel stijgen voor huisartsbezoeken.

Sleutelwoorden: Verhoogde Tegemoetkoming, veldexperiment, proactieve flux, toegankelijke gezondheidszorg, gezondheidszorguitgaven

1. Inleiding

De Verhoogde Tegemoetkoming (VT) is een specifieke regeling die ervoor zorgt dat gezondheidszorgen toegankelijker worden voor gezinnen¹ met een laag inkomen. Gezinnen die gebruik maken van de regeling betalen een kleiner aandeel remgeld voor een breed scala aan gezondheidszorgen en hebben daarnaast ook recht op andere niet-gezondheidsgebonden voordelen.² Bijvoorbeeld, voor een bezoek aan een geconventioneerde huisarts bedraagt het remgeld slechts 1 euro in plaats van 4 euro (met globaal medisch dossier). Onder de niet-gezondheidsgebonden voordelen behoren onder andere een voordelig tarief voor openbaar vervoer, een lagere bijdrage voor de Vlaamse Sociale Bescherming en onder bepaalde voorwaarden recht op een sociaal telefoontarief en een verwarmingstoelage. Naast de Verhoogde Tegemoetkoming dragen ook de maximumfactuur³, de regeling betalende derde⁴, en het statuut chronische aandoening bij tot een meer

toegankelijke gezondheidszorg. Een belangrijk bijkomend voordeel van de VT is dat de regeling betalende derde automatisch wordt toegepast bij een huisartsbezoek. Dit betekent dat enkel het remgeld ter plaatse wordt aangerekend en dat de rest van het honorarium (in totaal ongeveer 25,5 euro voor een geaccrediteerde huisarts in 2018) meteen afgerekend wordt tussen de huisarts en het ziekenfonds van aansluiting. Voor rechthebbenden op de Verhoogde Tegemoetkoming is ook een lager plafondbedrag voor de maximumfactuur van toepassing. Vanaf het moment dat dit plafondbedrag bereikt is, worden remgelden automatisch en volledig terugbetaald.

De Verhoogde Tegemoetkoming wordt toegekend aan gezinnen met een laag gezinsinkomen, individuen die een specifieke uitkering ontvangen, wezen en niet-begeleide minderjarige vreemdelingen. De Verhoogde Tegemoetkoming wordt

1 In het kader van de verplichte ziekteverzekering kan een gezin uit één of meerdere personen bestaan.

2 Zie <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/specifieke-regelingen/verhoogde-tegemoetkoming/veelgestelde-vragen-voordelen> voor een overzicht van de gezondheidszorgen met lagere remgelden.

3 [https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/maximumfactuur-\(maf\)-houdt-medische-kosten-binnen-perken.aspx#.XU0MOExuLIU](https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/maximumfactuur-(maf)-houdt-medische-kosten-binnen-perken.aspx#.XU0MOExuLIU) voor meer informatie.

4 Zie <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/derdebetalersregeling.aspx#.XUlj50xuljY> voor meer informatie.

automatisch toegekend behalve voor een laag gezinsinkomen. Omdat een inkomensonderzoek op eigen initiatief nodig is voor toekenning op basis van inkomen, werd enkele jaren geleden geschat dat veel rechthebbenden de Verhoogde Tegemoetkoming niet opnamen. Dit heeft dan geleid tot de totstandkoming van de proactieve flux waarbij alle ziekenfondsen hun leden met een laag belastbaar inkomen proactief contacteerden met de suggestie om de Verhoogde Tegemoetkoming aan te vragen. In de december editie van CM-Informatie in 2017⁵ rapporteerden we dat het contacteren van ongeveer 128.000 Belgische gezinnen heeft geleid tot een sterke stijging in opname van de Verhoogde Tegemoetkoming⁶. De resultaten van de experimentele studie hebben uitgewezen dat de opname van de VT steeg van ongeveer 5% tot 20% na proactieve contactname. De sterke stijging van opname van de VT wordt bevestigd door de nationale evaluatie uitgevoerd door het RIZIV (2018).

In dit artikel lichten we toe hoe de proactieve flux, en de Verhoogde Tegemoetkoming, de gezondheidszorguitgaven hebben beïnvloed. De lagere remgelden die gepaard gaan met de Verhoogde Tegemoetkoming, en dus de lagere prijs voor gezondheidszorg voor de gebruiker, hebben potentieel een dubbel effect voor rechthebbende gezinnen. Enerzijds wordt zorg toegankelijker; men betaalt zelf minder voor zorgen en voor een bezoek aan de huisarts moet enkel het (verlaagde) remgeld worden betaald, wat mogelijk leidt tot minder uitstelgedrag of meer consumptie. Anderzijds zorgt de lagere prijs voor, wellicht, lagere totale gezinsuitgaven aan zorg. Zodoende heeft de Verhoogde Tegemoetkoming ook een voordelig effect op het gezinsbudget.

De lagere financieringslast voor gezinnen leidt op zijn beurt tot een hogere overheidslast in gezondheidsuitgaven. Uiteraard draagt de overheid door het verlaagde remgeld een groter deel van de kostprijs van gezondheidszorgprestaties, maar de vraag blijft hoezeer gezinnen hun gezondheidszorggebruik veranderen naar aanleiding van de Verhoogde Tegemoetkoming. Deze bijdrage bespreekt daarom de verandering in zowel gezinsuitgaven als overheidsuitgaven aan zorg naar aanleiding van de proactieve flux. Naast de relevantie voor nationaal gezondheidsbeleid is dit onderzoek ook interessant in internationaal perspectief. Er is nog steeds onvoldoende betrouwbare informatie over het effect van de prijs van de gezondheidszorg op het gebruik van zorg.⁷ Men kan immers het effect van de prijs niet zomaar afleiden door te kijken naar verschillen in gebruik van zorg door individuen die een lage prijs betalen, bijvoorbeeld personen die recht hebben op de

Verhoogde Tegemoetkoming, en andere individuen. Wie recht heeft op de Verhoogde Tegemoetkoming is immers gemiddeld genomen ook minder gezond, wat eveneens zorggebruik beïnvloedt. Net daarom is het opzetten van een experimentele studie belangrijk.

2. Opzet van de studie: een experimenteel design⁸

Alle 19 regionale ziekenfondsen van CM maakten deel uit van de proactieve flux, en 10 ziekenfondsen besloten om te participeren in deze experimentele studie. Naar alle gezinnen deel uitmakend van de proactieve flux in deze 10 ziekenfondsen werd dezelfde brief verstuurd die werd vergezeld van een flyer. Terwijl de brief formele informatie bevatte over het mogelijke recht op Verhoogde Tegemoetkoming verduidelijkte de flyer de voordelen en aanvraagprocedure voor de VT. Daarbij werden in een aantal ziekenfondsen ook telefonische contacten uitgevoerd en werd een e-mail verstuurd naar alle personen met een gekend e-mailadres (ongeveer 17% van alle leden).

Alle gezinnen werden op toevallige basis ingedeeld in zes groepen die werden gecontacteerd over een periode van anderhalf jaar. Tabel 1 toont dat de eerste groep werd gecontacteerd in november 2015 en de zesde, en laatste, groep in mei 2017. In totaal werden door de ziekenfondsen die deelnamen aan de experimentele studie meer dan 55.000 gezinnen gecontacteerd.

In deze studie leggen we de nadruk op groepen 1 en 6, omdat die zo ver mogelijk gespreid zijn in de tijd. Omdat het gebruik van gezondheidszorg (dat wordt beïnvloed door de VT) niet meteen volgt na de toekenning van de Verhoogde Tegemoetkoming is een opvolgperiode van minstens één jaar wenselijk. Omdat deze voorwaarde niet voldaan is voor alle groepen, gebruiken we niet alle groepen voor de vergelijking. Omdat de toewijzing van gezinnen aan een groep op toevallige basis (at random) gebeurde, kunnen we redelijkerwijze verwachten dat groepen 1 en 6 op een aantal achtergrondkenmerken gelijk zijn aan elkaar. Dit wordt getoond in Figuur 1. Na november 2015 en voor april 2016 is het enige verschil tussen de groepen dat groep 1 de brief en flyer al heeft ontvangen. Na mei 2017 is iedereen gecontacteerd en is er opnieuw geen verschil tussen de groepen, met uitzondering van de verschillen die ontstaan zijn door de verschillende timing van de contactnames.

5 Tim Goedemé, Raf Van Gestel, Julie Janssens en Eva Lefevere (Universiteit Antwerpen) Rik Lemkens, Tom De Spiegeleer, De proactieve flux: Een succesvolle manier om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren.

6 In het kader van de proactieve flux kreeg CM in 2015 een lijst van meer dan 200.000 gezinnen die in 2013 een bruto belastbaar inkomen onder de VT-grens hadden. Na uitsluiting van wie vermoedelijk ondertussen een hoger inkomen had, werden ongeveer 128.000 gezinnen aangeschreven. In de experimentele studie waren ongeveer 55.000 gezinnen betrokken.

7 Een van de weinige artikels die een grondige bespreking hierover geeft is Finkelstein et al. (2012).

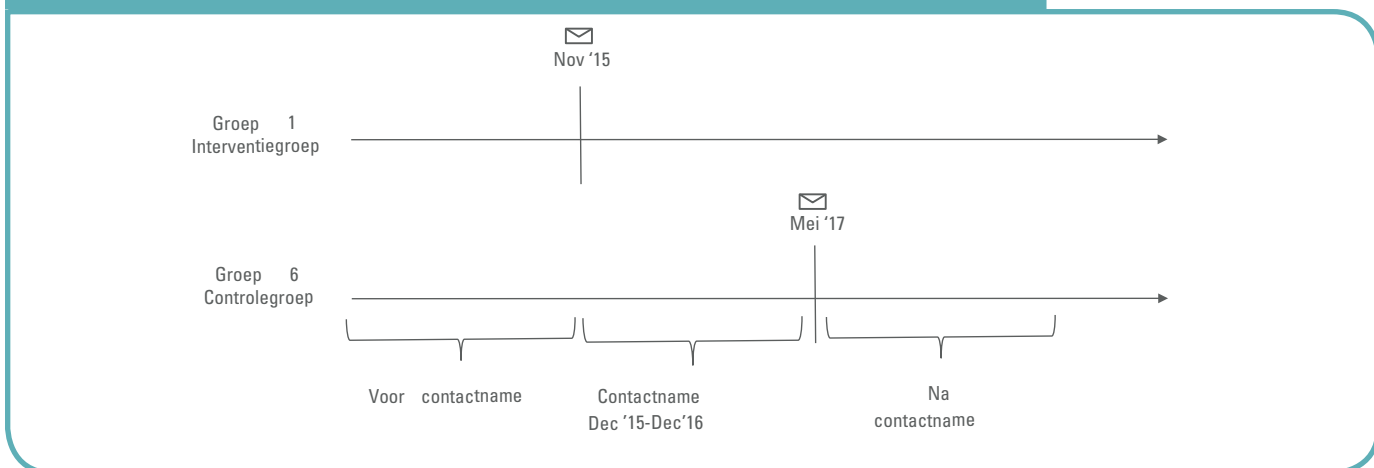
8 Voor een iets uitgebreidere uiteenzetting kan ook het artikel in CM-Informatie van December 2017 geraadpleegd worden (Goedemé et al., CM-Informatie 270, p.19-25).

Tabel 1: Gezinnen en individuen in de proactieve flux

Groep en datum contactname	Aantal gezinnen	Percentage	Aantal individuen	Percentage
1 – Nov. '15	4.986	9,00	8.365	9,06
2 – Apr. '16	10.016	18,08	16.664	18,05
3 – Mei '16	14.926	26,94	24.731	26,79
4 – Nov. '16	5.307	9,58	8.874	9,61
5 – Maart '17	12.569	22,68	20.944	22,69
6 – Mei '17	7.603	13,72	12.734	13,79
Totaal	55.407	100,00	92.312	100,00

Noot: Deze tabel werd overgenomen uit Van Gestel et al. (2017) en Goedemé et al. (2017)

Figuur 1: Grafische voorstelling studieopzet



Tabel 2 bevestigt dat de toewijzing van individuen aan groepen op toevallige wijze gebeurde. Geen van de waarden van de beschikbare controlevariabelen verschilt significant tussen groep 6 en groep 1. Er is nochtans één uitzondering (niet in de

tabel): groep 1 heeft (bij toeval) statistisch significant ($p = 0,008$) lagere gezondheidszorguitgaven in het jaar voorafgaand aan de interventie. Daarom controleren we steeds voor het startniveau van gezondheidsuitgaven bij verdere analyses.

Tabel 2: Gelijkheid tussen groep 6 en groep 1

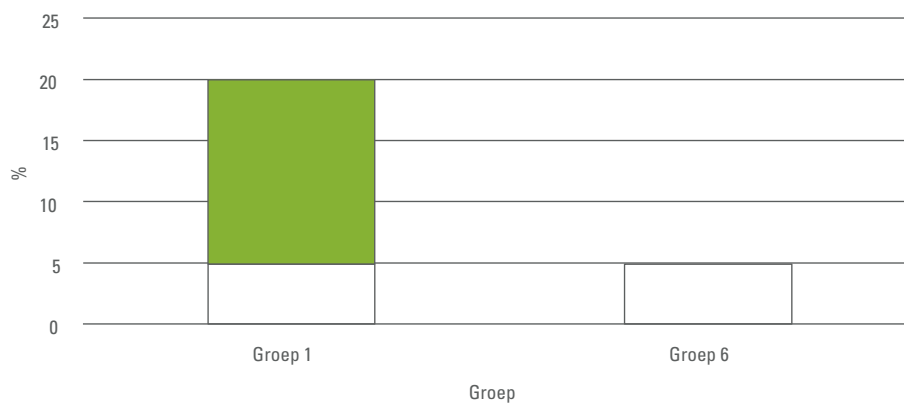
Variabele	groep 6	groep1-groep 6	P-waarde
Geboortjaar	1.959,27	-0,02	0,96
Man	0,58	-0,01	0,27
Overschrijding plafond maximumfactuur	0,18	-0,01	0,30
Taal communicatie CM Duits	0,01	0,00	0,26
Taal communicatie CM Frans	0,13	0,00	0,79
Buitenland	0,14	0,00	0,71
Aantal gezinsleden	1,67	0,01	0,75
Dagen werkloosheid	29,12	0,03	0,99
Dagen ziekte	4,55	0,05	0,93
Dagen invaliditeit	8,72	1,21	0,22

Voor binaire variabelen werd gelijkheid van proporties getest terwijl voor de continue variabelen een t-test voor het gemiddelde werd gebruikt.

Figuur 2 geeft het effect weer van de proactieve flux op de opname van de Verhoogde Tegemoetkoming. In groep 1 is na de contactname in november 2015, de opname van Verhoogde Tegemoetkoming ongeveer 20% terwijl ze slechts 5% is in de controlegroep 6 die nog niet gecontacteerd werd (Goedemé et al, 2017). Dit betekent dat, als we het gemiddelde gezondheidszorggebruik vergelijken tussen gezinnen in groepen 1 en 6, dit verschil kan verklaard worden door de groep

van individuen en gezinnen in het grijs gearceerde gebied in Figuur 2. Dit zijn de individuen die de Verhoogde Tegemoetkoming opnemen naar aanleiding van de proactieve flux, en dat zijn m.a.w. de gezinnen die de VT zonder de brief niet zouden opnemen. Met behulp van statistische technieken kunnen we zo bepalen hoe de opname van gezondheidszorgen voor de gearceerde groep verandert door de opname van de VT (en niet door andere factoren).

Figuur 2: Opname van de Verhoogde Tegemoetkoming (in %) per contactname



3. Is er een effect op de totale uitgaven?

We onderzochten het effect van toekenning van de VT op verschillende categorieën van zorguitgaven voor 12 maanden na de proactieve flux. Het is belangrijk om te benadrukken dat het effect van de VT op uitgaven het effect is voor gezinnen die VT kregen naar aanleiding van de proactieve flux. Dit is zeker een specifieke populatie. In vergelijking met de gezinnen die ondanks de contactname het recht op VT niet opnamen gaat het om iets kleinere gezinnen met hogere gezondheidsuitgaven, minder ziekte- en invaliditeitsdagen en waarvan het hoofd van het huishouden iets minder vaak een man was (Goedemé et al., CM-Informatie 270, p. 23). We kunnen de bevindingen dan ook niet extrapoleren naar de volledige Belgische bevolking, naar de volledige groep van de gecontacteerden, of naar wie reeds recht had op de VT. Desalniettemin helpt het om een inzicht te krijgen in welk effect de opname van de VT heeft op gezondheidsuitgaven voor mensen die zonder contactname de VT niet zouden opnemen.

In Figuren 3A en 3B wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde extra uitgaven over 12 maanden per gezin dat de

VT opnam door de proactieve flux. De gearceerde balken geven de grootte van het effect weer terwijl de lijnen een overzicht geven van de onzekerheid of betrouwbaarheid van dit effect. De resultaten zijn een samenvatting van multivariate analyses, en controleren voor relevante achtergrondkarakteristieken. We bekijken telkens de som van de uitgaven betaald door gezinnen (remgelden en eventuele geregistreerde supplementen) en de uitgaven van de ziekteverzekering (terugbetalingen)⁹.

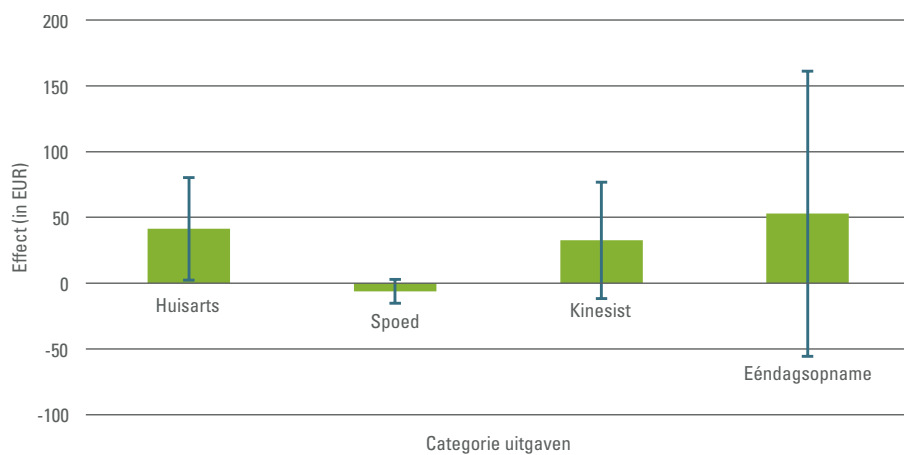
Voor verstrekkingen van de huisarts, de kinesist, ééndags-opnames en klassieke ziekenhuisopnames is het effect op de uitgaven positief; voor verstrekkingen op de spoed en bij de tandarts is het effect op de uitgaven negatief. Alle effecten konden echter slechts onnauwkeurig gemeten worden. Alleen voor de uitgaven voor huisartsen, die stijgen met 41 euro, is het effect statistisch significant verschillend van 0 omdat het effect 0 niet behoort tot het betrouwbaarheidsinterval.

⁹ Dit is m.a.w. het totale honorarium of de totale onkosten.

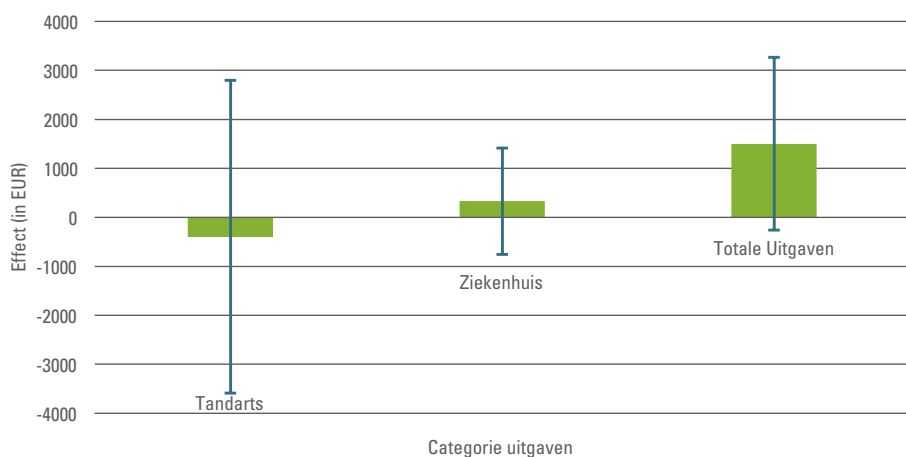
Het gemiddeld effect op de totale uitgaven, dit zijn alle gezondheidszorguitgaven voor verzekerden en verzekeraars samen, is op het eerste zicht sterk positief. Gemiddeld verhogen de uitgaven van een gezin met 1.500 euro. Dit effect is echter zeer onnauwkeurig gemeten omdat er een grote variatie is tussen gezinnen waardoor we niet met zekerheid kunnen zeggen dat er een positief effect is. Zo zijn er heel veel gezinnen met erg lage uitgaven, en worden de gemiddelde gezondheidsuitgaven in elke groep sterk beïnvloed door een aantal gezinnen met relatief hoge uitgaven (bijvoorbeeld door

een langere ziekenhuisopname). Om meer duidelijkheid te krijgen, en om verder na te gaan of er een mogelijk positief effect is, hebben we ook gebruik gemaakt van de groepen 2 en 5 in de proactieve flux (zie Tabel 1). Voor deze groepen was het gemiddelde effect op de totale uitgaven minder uitgesproken en varieerde het effect tussen -382 euro en 889 euro. Dit benadrukt opnieuw dat er sterke variatie is in dit effect en dat er geen duidelijk verschil is van 0. De resultaten staan in tabel 3. De bevindingen voor uitgaven bij de huisarts doorstaan deze robuustheidsanalyse wel, en blijven positief.

Figuur 3A: Effect van de Verhoogde Tegemoetkoming (EUR) op zorguitgaven (met 95% betrouwbaarheidsinterval)



Figuur 3B: Effect van de Verhoogde Tegemoetkoming (EUR) op zorguitgaven



Tabel 3: Effect van de Verhoogde Tegemoetkoming (EUR) op zorguitgaven: robuustheidsanalyse

Vergelijking	Verskil in totale uitgaven per huishouden in 12 maanden	P-waarde
golf 1 – golf 6	1.502	<0,10
golf 1 – golf 5	-380	niet significant
golf 2 – golf 6	889	niet significant
golf 2 – golf 5	328	niet significant

In verdere analyses is nog gekeken naar de impact van de opname van de Verhoogde Tegemoetkoming door de proactieve flux op de kans dat er zorgconsumptie is. Ook hier konden geen significante effecten gevonden worden. Over een periode van 12 maanden is er enkel een iets grotere kans dat men naar de tandarts gaat.

4. Is er een verschil voor gezinsuitgaven?

In tabel 4 zien we de onderverdeling van gezondheidszorg-uitgaven naargelang wie de zorg betaalt en het type betaling. Deze cijfers betreffen alle gezinnen in groepen 1 en 6 van de proactieve flux. De gemiddelde totale uitgaven aan gezondheidszorg per gezin lopen jaarlijks op tot bijna 4.000 euro. Van deze uitgaven wordt de grote meerderheid, 88%, betaald door het ziekenfonds. De gemiddelde gezinsuitgaven op jaarbasis in onze steekproef bedragen in totaal 446 euro¹⁰, ongeveer de helft daarvan zijn supplementen en de andere helft zijn de remgelden. We berekenden dat door de Verhoogde Tegemoetkoming en rekening houdend met de MAF, de gemiddelde betaalde remgelden per gezin daalden met 36 euro. Dit bedrag is eerder klein, en ook statistisch niet verschillend van 0. Hierdoor kunnen we concluderen dat de Verhoogde Tegemoetkoming, gemiddeld genomen, geen grote impact uitoefent op de besteding van gezinnen aan gezondheidszorg. Dit is een belangrijke bevinding, al moet erbij worden benadrukt dat voor individuele gezinnen met hoge gezondheidsuitgaven, de verlaagde drempel van de MAF wel een belangrijk verschil kan maken. Wanneer we geen rekening houden met de maximumfactuur dalen de remgelden met 155 en het verschil is significant ($p < 0,10$).

Tabel 4: Uitgaven per betaler en type

Wie betaalt?	Uitgaven over 12 maanden	Percentage
Ziekenfonds	3.528,56	88,77%
Gezin - supplementen	202,06	5,08%
Gezin - remgeld	244,31	6,15%
Totaal	3.974,93	100%

5. Conclusie

In deze studie vonden we geen duidelijk en éénzijdig verband tussen de Verhoogde Tegemoetkoming en gezondheidszorg-uitgaven. Deze bevinding is enigszins in tegenspraak met wat we verwachtten. Wie minder moet betalen voor zorg, zal sneller geneigd zijn om daar gebruik van te maken. Dat is ook de bevinding van de experimentele studies die in de Verenigde Staten uitgevoerd werden. Een mogelijke reden voor onze bevinding is dat, voor de bestudeerde groep, de basisbescherming al hoog is. Bovendien toont buitenlands onderzoek dat de consumptie ook slechts in beperkte mate reageert op een wijziging in de prijs; een daling van de prijs met 10% leidt slechts tot een stijging van de consumptie met 2 tot 4%. Daarnaast is het effect onnauwkeurig geschat. Hoewel de steekproef voor de studie bestond uit meer dan 10.000 gezinnen kan het toch zijn dat deze steekproefgrootte niet genoeg is om het effect betrouwbaar te meten.

Wanneer we de maximumfactuur mee in rekening houden, vinden we verder ook dat gezinsuitgaven slechts minimaal dalen na toekenning van de verhoogde tegemoetkoming.

Hieruit mag nochtans niet te snel geconcludeerd worden dat het niet nodig is om de proactieve flux te herhalen. Zo is wel een duidelijk effect te vinden bij de uitgaven aan huisartsen. De lagere remgelden in combinatie met de sociale derdebetaler leiden tot een betere toegankelijkheid van huisartszorg. Daarnaast zorgt de proactieve flux voor een hogere take-up zodat niet enkel de beter geïnformeerde burgers hun rechten laten gelden. Dit is zeker van belang voor de Verhoogde Tegemoetkoming omdat ook aanvullende rechten gekoppeld zijn aan het recht op Verhoogde Tegemoetkoming.

¹⁰ De uitgaven voor supplementen worden minder accuraat bijgehouden door het ziekenfonds, waardoor deze in realiteit hoger kunnen zijn.

De grote onzekerheid rond de statistische schattingen gebieden voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten. Daarnaast betekent dit dat het allicht interessant is om in de toekomst een soortgelijke evaluatie te doen op grotere schaal. Dit kan dan extra bewijs leveren voor de huidige bevindingen, en/of de statistische betrouwbaarheid verhogen.

Bedanking

We bedanken iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan deze studie, waaronder voornamelijk de medewerkers van de ziekenfondsen en de Landsbond. We bedanken met name Tom Despiegeleer, Werner Cremer, Rik Lemkens en Bram Peters.

Deze studie werd deels gefinancierd door Federaal Wetenschapsbeleid (Belspo, het TAKE project – Contract BR/154/A4/TAKE) en de Nationale Bank van België (UA/ADOC/LVP/15-065). Alle meningen in dit artikel zijn deze van de auteurs en komen niet noodzakelijk overeen met deze van de organisatie waarvoor ze werken of de financiers van de studie.

Een meer gedetailleerde bespreking van deze studie is terug te vinden in volgende paper (op aanvraag beschikbaar vangestel@ese.eur.nl): Van Gestel, R., Goedemé, T., De Graeve, D., Avalosse, H., Peters, B. (2019) *Subsidized Health Insurance and Healthcare Utilization: new evidence from a large-scale field experiment*, Mimeo.

Referenties

Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J.P., Allen, H., Baicker, K., The Oregon Health Study Group. 2012. The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the first year. *The Quarterly Journal of Economics* 127(3):1057-1106.

Goedemé et al., De proactieve flux: Een succesvolle manier om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren. In: CM-Informatie 270, december 2017, p.19-25.

Riziv. 2018. Evaluatie proactieve flux V.T.: Integrale evaluatie van het mechanisme van de proactieve opsporing van potentiële rechthebbenden op de Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming in 2015 als maatregel tegen de non take-up van rechten binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Van Gestel, R., Goedemé, T., Janssens, J., Lefevere, E., Lemkens, R. 2017. A Reminder to Pay Less for Healthcare: take-up of Increased Reimbursement in a large-scale randomized field experiment. Mimeo.