

# Kosten voor de behandeling van de ziekte van Dupuytren

Een voorbeeld voor de evaluatie van nieuwe technologieën in de Belgische context

**Hoe kunnen gegevens van de verplichte ziekteverzekering worden gebruikt voor het bepalen van de (in)directe kosten van een aandoening? Kunnen deze gegevens worden aangewend in het kader van de analyse van de gezondheidszorg en van de besluitvorming? De studiedienst van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen meent alvast van wel. Het bepalen van de kosten van de ziekte van Dupuytren is een goede illustratie van die haalbaarheid maar eveneens van de ingewikkeldheid van een dergelijke werkwijze!**

Reeds in 2007 werd in een rapport van het KCE (KCE-rapport 78) aanbevolen 'dat de toegang tot en de terbeschikkingstelling van Belgische kostengegevens zou moeten verbeterd worden voor farmaco-economische analyses die bedoeld zijn om een goed Belgisch geneesmiddelenbeleid te ondersteunen'. Een belangrijke richtlijn uit dit rapport stelde dat in farmaco-economische evaluaties die worden ingediend voor de aanvraag tot terugbetaling van een farmaceutisch product, de referentie-analyse directe gezondheidszorgkosten mag bevatten enkel vanuit het perspectief van de Belgische betaler voor gezondheidszorgen in plaats van buitenlandse gegevens. Deze kosten omvatten zowel de betalingen uit het gezondheidsbudget van de overheid als de betalingen door de patiënt zelf. Gezondheidseffecten daarentegen, moeten worden gemeten bij patiënten, maar dienen gewaardeerd te worden vanuit een maatschappelijk perspectief. Aan de indieners van zulke farmaco-economische evaluaties, evenals aan het RIZIV werd met stelligheid aangeraden de voorgesteld richtlijnen systematisch te gebruiken. Om een terugbetaling voor een nieuw product te bekomen in België, moet een farmaceutische onderneming in het terugbetalingsdossier een HTA (Health Technology Assessment) voorstellen. Deze informatie is nuttig om te besluiten of een alternatieve behandeling al dan niet zal vergoed worden door de verplichte verzekering en om de voorwaarden voor de terugbetaling vast te leggen. Dit kan in de vorm van een gezondheidseconomisch kosten-effectiviteitsmodel, waarin men de nieuwe behandeling vergelijkt met de behandelingen die al bestonden voor de betreffende aandoening. De gegevens die de ziekenfondsen ter beschikking hebben, geven heel wat informatie over de kosten van de huidige behandeling. Om aan de aanbevelingen van het KCE te voldoen, exploreerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen vanaf 2010 de haalbaarheid om dergelijke gegevens te leveren en stap voor stap toe te zien op te statistische bewerkingen, hun draagwijdte en hun beperkingen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen leverden dus statistische data aan, uitgaande van een geanonymiseerde extractie van de facturatiegegevens voor geleverde gezondheidszorgen.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen waren echter geen betrokken partij bij het uitwerken van het kosten-effectiviteitsmodel dat ontwikkeld werd in het kader van het dossier voor de aanvraag tot terugbetaling. Dit model valt volledig onder de verantwoordelijkheid van de betreffende farmaceutische firma.

In het licht van deze aanbevelingen, **willen we in dit rapport illustreren hoe gegevens van de verplichte verzekering kunnen gebruikt worden voor het bepalen van de directe en indirecte kosten van de behandeling van een aandoening.** Als voorbeeld nemen we een frequente aandoening die heelkundig behandeld wordt: de ziekte van Dupuytren.

# 1. Context

## De ziekte van Dupuytren

Bij de ziekte van Dupuytren ontstaan er fibreuze knobbels in de handpalm. Deze kunnen uitbreiden en strengen of fibreuze koorden vormen die van de handpalm tot in de vingers reiken. Uiteindelijk kan retractie optreden met flexiestand van één of meerdere vingers. Over de oorzaak van de aandoening is tot op heden niets met zekerheid bekend.

## De huidige behandeling van de ziekte van Dupuytren

Momenteel is enkel heelkunde effectief gebleken voor wat de behandeling betreft van contracturen ten gevolge van de ziekte van Dupuytren. Er zijn verschillende – min of meer invasieve – operaties mogelijk:

- Naaldfasciotomie/Aponeurotomie
- Fasciectomie/Aponeurectomie
- Dermofasciectomie (inclusief huidtransplant)

Naaldaponeurotomie is de minst invasieve methode. Deze procedure is vooral aangewezen bij oudere patiënten bij wie uitgebreidere operaties tegenaangewezen zijn.

De heelkundige behandeling betekent echter niet dat de patiënt genezen is: ook na een operatie kan opnieuw een contractuur optreden. Gezien de hoge frequentie van mogelijke complicaties (zoals heroperatie, amputatie van een vinger, ...) na een eerste operatie, is het noodzakelijk patiënten na een eerste operatie op te volgen gedurende minstens 2 jaar.

## De nieuwe niet-chirurgische behandeling

Sinds kort is er een nieuw product<sup>1</sup> geregistreerd met als indicatie 'behandeling van de ziekte van Dupuytren bij volwassenen met een palpabele streng'. Voor de eerste keer kan de ziekte nu medicamenteus behandeld worden. Het is een mengsel van collagenasen van het clostridium histolyticum dat bij injectie in de fibrotische koord zorgt voor een hydrolyse van het collageen. Dit leidt tot een verbreken van de fibrotische koord, waardoor de vingerbeweeglijkheid herwonnen wordt.

## 2. Methodologie

Patiënten werden geïdentificeerd als lijdende aan de ziekte van Dupuytren op basis van een aantal specifieke RIZIV<sup>2</sup> prestatiecodes. De exacte diagnose van de betreffende aandoening, in dit geval de ziekte van Dupuytren, kan niet afgeleid worden uit de ziekenfondsgegevens. Door de codes te selecteren die gebruikt worden voor de interventies die kunnen plaatsvinden in het kader van de ziekte, wordt de diagnose van die ziekte echter zo dicht mogelijk benadert.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen extraheerden patiënten bij wie één van deze codes voorkwam in de periode tussen 1 januari 2006 en 30 juni 2009 en die continu lid waren van één van de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 1 januari 2005 en 30 juni 2010. De meeste zelfstandigen werden niet opgenomen in de analyse omdat vóór 2008 hun kleine risico's nog niet vergoed werden in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

### Valorisatie van de kosten

De kosten werden bekeken vanuit 3 perspectieven:

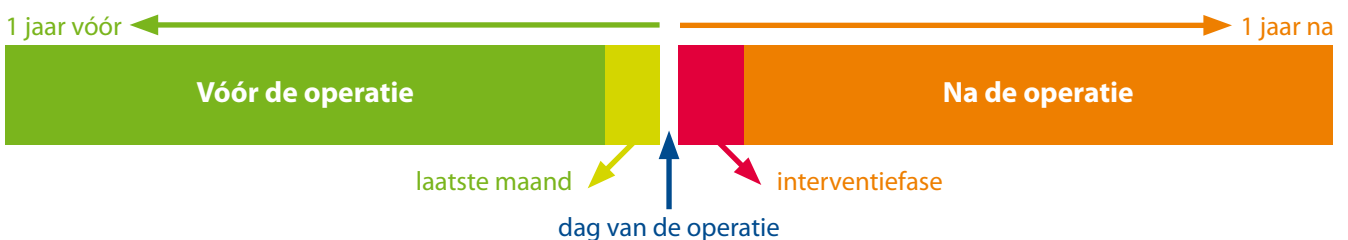
- **Het perspectief van de ziekteverzekering:** de kosten die door de ziekteverzekering worden terugbetaald.
- **Het perspectief van de patiënt:** de kosten die ten laste blijven van de patiënt. De som van de kosten vanuit het perspectief van de ziekteverzekering en vanuit het perspectief van de patiënt vormen de totale directe kosten.
- **Het perspectief van de maatschappij:** de indirecte kosten van een aandoening, te wijten aan de afwezigheid op het werk.

### Geëvalueerde periodes

Voor elke patiënt werden 3 tijdsintervallen geëvalueerd:

- **1 jaar vóór de operatie:** alle kosten die gemaakt werden in het jaar vóór de operatie. Deze kosten stijgen al tijdens de 2 weken die aan de operatie voorafgaan. Deze kosten betreffen waarschijnlijk onderzoeken en consultaties bij specialisten en huisartsen ter voorbereiding van de operatie. Ook met de medicamenteuze behandeling blijven voorbereidende consultaties en onderzoeken noodzakelijk om uit te maken of de patiënt in aanmerking komt voor medicamenteuze of chirurgische behandeling. Bovendien zou het ook erg moeilijk zijn uit te maken welke kosten te wijten zijn aan voorbereidende onderzoeken voor de ziekte van Dupuytren en welke niet. Daarom werden de kosten van de laatste maand niet gebruikt voor het bepalen van de kosten vóór de operatie, maar werden de kosten van de overblijvende 11 maanden vermenigvuldigd met een factor 12/11. Op basis van deze verkennende analyse werd eveneens besloten om de kosten tijdens het jaar vóór de operatie voor elke patiënt te gebruiken als controle voor de kosten tijdens het jaar na de behandeling.
- **De interventiefase:** de kosten van de hospitalisatie waarin de operatie plaatsvond (met een maximum van 7 dagen na de operatie) OF de kosten op de dag van de daghospitalisatie of van de ambulante behandeling.
- **1 jaar na de operatie:** alle kosten die gemaakt werden in het jaar na de operatie.

Figuur 1: schema van de geëvalueerde tijdsintervallen



## 3. Resultaten

- Heelkunde voor de ziekte van Dupuytren komt relatief frequent voor. Het totale aantal operaties bij de Belgische populatie bedroeg in 2009 ongeveer 3700<sup>3</sup>. Bij 1.430 patiënten (lid bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen) werd een operatie uitgevoerd tussen 1 januari 2006 en 30 juni 2009.
- De gemiddelde leeftijd was 63.4 jaar ( $\pm 11.8$  SEM<sup>4</sup>) en de meerderheid waren mannen (74,4%).
- Ongeveer 63% van de patiënten was niet-actief, wat te verwachten was gezien de relatief hoge leeftijd van de bestudeerde populatie. Bij de actieven waren er iets meer bedienden (N=295; 20.6%) dan arbeiders (N=208; 14.5%).

### Soort van operatie

- Fasciotomie/Aponeurectomie is de frequentst uitgevoerde procedure en maakt 85% uit van alle gevallen in het gegevensbestand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, terwijl aponeurotomie instaat voor ongeveer 10% en dermofasciectomy slechts voor 5% van de gevallen.
- De operatie werd vooral uitgevoerd in het daghospitaal (78.7%), of gedurende een klassieke hospitalisatie (17.3%). Een zeer klein aantal operaties werd ambulantly uitgevoerd (4%).
- De gemiddelde hospitalisatieduur voor patiënten die een operatie ondergingen voor de ziekte van Dupuytren tijdens een klassieke hospitalisatie bedroeg 2.2dagen<sup>5</sup>, met een mediaan van 2.0 en een 95e percentiel van 4.0 dagen.

### Herhaling van de operatie

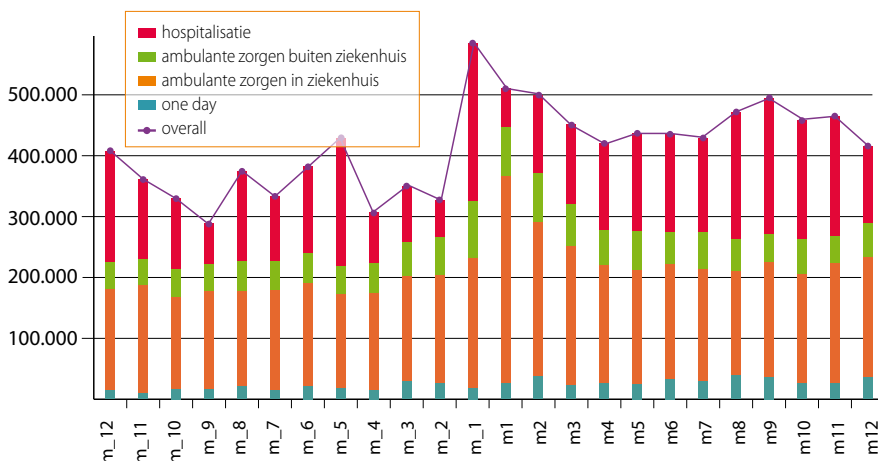
In het kader van een Kaplan-Meier survival analyse werd er tot 2 jaar na elke eerste operatie nagegaan of er geen herhaling van deze operatie plaatsvond. Dit was noodzakelijk voor een correcte berekening van de gegevens, aangezien niet alle patiënten van de studiepopulatie gedurende 2 jaren opgevolgd werden (de minimale duur van de opvolging was 1 jaar).

Eén jaar na de eerste operatie had in 91.7%<sup>6</sup> van de gevallen geen nieuwe operatie plaatsgevonden, dit percentage daalde tot 87.9%<sup>7</sup> na 2 jaar opvolging.

### De directe kosten

In de tekst wordt het gemiddelde en de SEM (Standard Error of the Mean) vermeld. In de tabellen wordt het 95% CI (Confidentie Interval) weergegeven.

**Figuur 2: Maandelijks totaal van directe kosten voor de 1.430 operaties (€)**



Figuur 2 geeft de totale directe kosten per maand weer voor de 1.430 patiënten bij wie een operatie voor de ziekte van Dupuytren werd uitgevoerd.

Deze kosten fluctueren sterk in het jaar voor de operatie, maar stijgen snel tijdens de maand vóór de operatie (tot ongeveer 600.000€ voor 1.430 patiënten).

De kosten nemen dan geleidelijk af tijdens de 4 maanden die volgen op de operatie, waarna er 8 à 10 maanden na de operatie opnieuw een kleine stijging volgt.

<sup>3</sup> gefactureerd operaties aan RIZIV gedurende 2009 (niet alleen de operaties gedaan gedurende 2009)

<sup>4</sup> standard error of the mean

<sup>5</sup> ( $\pm 2.9$  dagen, standaardafwijking)

<sup>6</sup> 95% Confidence Interval [90.0%; 93.2%]

<sup>7</sup> 95% Confidence Interval [85.8%; 89.7%]

### 1. Directe kosten tijdens de interventiefase

- De kosten van de interventiefase bedroegen gemiddeld 905€ ( $\pm 19\text{€ SEM}$ )<sup>8</sup> vanuit verzekeringsperspectief.
- De kosten vanuit het perspectief van de patiënt waren uiteraard veel lager 255€ ( $\pm 10\text{€ SEM}$ ), leidend tot een totale directe kost van 1.160€ ( $\pm 23\text{€ SEM}$ ). Leeftijd lijkt geen duidelijk effect te hebben op de kosten tijdens deze fase.
- Honorariakosten, inclusief de operatie, 559€ ( $\pm 7\text{€ SEM}$ ) maakten het belangrijkste deel (62%) uit van de kosten tijdens de interventiefase (vanuit verzekeringsperspectief), gevolgd door hotelkosten<sup>9</sup> 332€ ( $\pm 15\text{€ SEM}$  of 37%). De kosten voor geneesmiddelen waren zeer laag 14€ ( $\pm 1\text{€ SEM}$  of 1.5%).

### 2. Directe kosten tijdens het jaar voorafgaand aan de operatie

Vanuit verzekeringsperspectief bedroegen deze kosten gemiddeld 2.543€ ( $\pm 225\text{€ SEM}$ ). De totale directe kosten bedroegen gemiddeld 3.017€ ( $\pm 233\text{€ SEM}$ ).

Opmerking: dit zijn dus NIET de kosten van de ziekte zelf, maar de kosten voor alle terugbetaalde gezondheidszorgen, ongeacht de aandoening.

### 3. Directe kosten tijdens het jaar volgend op de operatie

Deze kosten bedroegen gemiddeld 3.184 $\pm$ 184€ vanuit verzekeringsperspectief en 3.798 $\pm$ 199€ voor de totale directe kosten. Ook hier had de leeftijd geen duidelijke invloed op de kosten. Opmerking: dit zijn dus NIET de kosten van de ziekte zelf, maar de kosten voor alle terugbetaalde gezondheidszorgen, ongeacht de aandoening.

### 4. Schatting van de directe kosten van de opvolging na heilkunde

Deze kosten bepaalden we door voor elke patiënt het verschil te berekenen tussen de kosten tijdens het jaar vóór de operatie en de kosten tijdens het jaar erna. Deze kosten zijn NIET de kosten van de ziekte maar de kosten die te wijten zijn aan die operatie en het herstel na de operatie. Tijdens de opvolging was er een toename van de kosten met 641 $\pm$ 249€ (verzekeringsperspectief). Bij deze kosten was de grootste toename te wijten aan kinesiotherapieverstrekkingen (118 $\pm$ 9€) en fysiotherapieverstrekkingen (48 $\pm$ 10€).

**Tabel 1: Overzicht van de directe kosten**

Gemiddelde [95% confidentie interval van het gemiddelde]			
	Ziekteverzekerings perspectief	Patiënt perspectief	Totaal perspectief
Kosten vóór de operatie (a)	2543 € [2162 ; 3039]	474 € [438 ; 512]	3017 € [2622; 3531]
Kosten tijdens de interventiefase	905 € [871 ; 945]	255 € [234 ; 274]	1160 € [1115 ; 1205]
Kosten na de operatie (b)	3184 € [2842 ; 3534]	613 € [567 ; 658]	3798 € [3415 ; 4175]
Kosten van de opvolging na de operatie (b-a)	641 € [152 ; 1130]	139 € [88 ; 191]	781 € [269 ; 1292]

Het 'totaal perspectief' is de som van het ziekteverzekeringsperspectief en het patiënt perspectief.

<sup>8</sup> Het gemiddelde en de SEM (Standard Error of the Mean)

<sup>9</sup> Kosten voor verblijf in ziekenhuis, verzorging en infrastructuur

# De indirecte kosten

Ongeveer 37% van de onderzochte populatie kon beroep doen op een ziekte-uitkering in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

## 1. Arbeidsonderbreking

Figuur 3 toont, per maand, het percentage van de actieve bevolking dat een uitkering ontving tijdens het jaar voorafgaand en volgend op de operatie. Bedienden moeten minstens 4 weken en arbeiders minstens 2 weken arbeidsongeschikt zijn vooraleer het ziekenfonds een uitkering betaalt. Patiënten bij wie de totale duur van hun ziekteverlof korter is dan deze perioden worden dus niet geregistreerd. Dit betekent dus dat het aantal patiënten dat met ziekteverlof is, onderschat wordt en dat de gemiddelde duur van dit ziekteverlof overschat wordt.

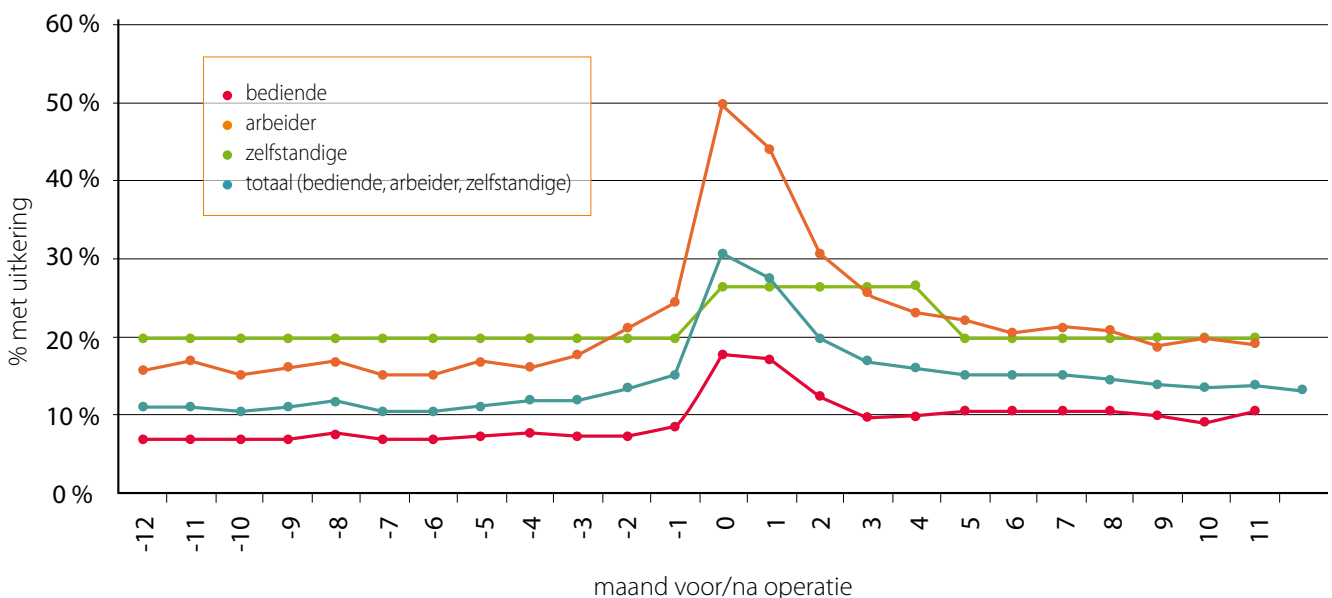
- Twaalf maanden voor de operatie ontvingen al ongeveer 11% van de actieve patiënten een ziekte-uitkering. Dit cijfer bleef stabiel tot ongeveer 3 maanden voor de operatie, wat er op wijst dat deze patiënten waarschijnlijk een ziekte-uitkering ontvingen om andere redenen dan de ziekte van Dupuytren.
- Tijdens de laatste 3 maanden voor de operatie steeg dit aantal geleidelijk met een plotse toename in de maand van de operatie. Op dat moment ontvingen ongeveer 30% van al de patiënten een ziekte-uitkering. Tijdens de volgende maanden daalde dit aantal weer snel om ongeveer 20% te

bereiken na 2 maanden en ongeveer 16% na 4 maanden. Na 1 jaar was het percentage patiënten met een uitkering opnieuw gestabiliseerd rond 13 à 14%.

- In figuur 3 worden deze cijfers weergegeven voor elk type van werknemer. Aangezien het tijdsverloop vóór de tussenkomst van de ziekteverzekering slechts 15 dagen bedraagt voor de arbeiders, bereikt het percentage van deze personen die een uitkering ontvangen een hogere piek dan de andere werkenden tijdens de maand van de operatie (50%). Uitgaande van deze gegevens, veronderstellen we dat 50% van de patiënten hun professionele activiteit voor minder dan 2 weken onderbroken heeft op het moment van de operatie.

De samenstelling van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen is qua statuut niet representatief voor de totale Belgische bevolking. Dit kan een invloed hebben op de indirecte kosten. Om dit te vermijden en met het oog op een extrapolatie van de indirecte kosten hebben we de nationale gemiddelde uitkeringen en gemiddelde bruto salarissen gebruikt.

**Figuur 3: Percentage van de actieve bevolking dat maandelijks een ziekte-uitkering ontvangt**



## 2. De indirecte kosten vanuit verschillende perspectieven

De indirecte kosten werden ook berekend vanuit verschillende perspectieven:

- Het perspectief van de ziekteverzekering: deze kosten werden berekend uitgaande van het gemiddelde bedrag dat de ziekteverzekering uitbetaalt per patiënt<sup>10</sup>.
- Het perspectief van de maatschappij: deze kosten werden berekend uitgaande van het gemiddelde bruto salaris voor de totale arbeidsongeschiktheid (de 2 of 4 weken die betaald worden door de werkgever inbegrepen)<sup>11</sup>.

## 3. Indirecte kosten tijdens het jaar voorafgaand aan de operatie

De indirecte kosten per patiënt (tabel 2) in het jaar voor de operatie bedroegen 598 (±70€ SEM) vanuit verzekeringsperspectief en 1.895 €<sup>12</sup> (±213€ SEM) vanuit het perspectief van de maatschappij.

## 4. Indirecte kosten tijdens het jaar volgend op de operatie

Tijdens het jaar na de operatie stegen deze kosten tot respectievelijk 795 euros (±78€ SEM) vanuit verzekeringsperspectief en 2.577 euros (±236€ SEM) vanuit het perspectief van de maatschappij.

## 5. Schatting van de indirecte kosten van de opvolging na heelkunde

- Ook voor de berekening van de indirecte kosten werden voor elke patiënt de kosten tijdens het jaar vóór de operatie gebruikt als controle voor de kosten tijdens het jaar erna. Wanneer we het maandelijkse percentage bekijken van de patiënten die een uitkering ontvangen, is het duidelijk dat dit kostenverschil kan toegeschreven worden aan de operatie en haar gevolgen.
- Dit resulteerde in een significante toename van de indirecte kosten voor de opvolging van de ziekte van Dupuytren van 197 euros (±39 euros SEM) vanuit verzekeringsperspectief en 682 euros (±119 euros SEM) vanuit het perspectief van de maatschappij.
- Aangezien de studiepopulatie vrij oud is, zijn de gemiddelde indirecte kosten relatief laag omdat inactieve personen geen indirecte kosten hebben. Bovendien worden de indirecte kosten vanuit het perspectief van de maatschappij ook nog onderschat, omdat de korte periodes van ziekteverlof waarbij er geen ziekte-uitkering uitbetaald wordt, niet geregistreerd worden in de gegevensbanken van de ziekenfondsen.

**Tabel 2: Overzicht van de indirecte kosten**

Gemiddelde [en 95% confidentie interval van het gemiddelde]		
	Ziekteverzekering perspectief	Maatschappij perspectief
Kosten vóór de operatie (a)	598 € [463 ; 746]	1 895 € [1486 ; 2340]
Kosten na de operatie (b)	795 € [647 ; 956]	2 577 € [2120 ; 3062]
Kosten van de opvolging na de operatie (b-a)	197 € [121 ; 273]	682 € [448 ; 916]

<sup>10</sup> De gemiddelde ziekteuitkeringen die betaald worden door het RIZIV kunnen teruggevonden worden op de website van het RIZIV (sectie 'Statistics', 'Allowances', '2009'; <http://www.riziv.be/information/nl/statistics/allowances/2009/pdf/statisticsallowances2009all.pdf>)

<sup>11</sup> Het gemiddelde bruto salaris werd geschat op 3.484,68€/maand voor mannen en 3.073,83€/maand voor vrouwen. Dit bruto salaris werd afgeleid uit (A) EuroStat en (B) het Federaal Plan Bureau van België (toegang tot website in januari 2011)

(A) Volgens EuroStat, was het gemiddelde bruto jaarlijkse salaris voor Belgische werkgevers/arbeiders 39.721€ voor mannen en 35.038€ voor vrouwen in 2007 (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00175&language=en>).

(B) Volgens het Federaal Plan Bureau groeiden de gemiddelde salarissen met 3,2%, 1% en 1% tijdens de jaren 2008, 2009 en 2010. (<http://www.plan.be/databases/PVar.php?VC=MODWAGE&DB=MOD&lang=nl&XT=1&ND=>)

<sup>12</sup> Het gemiddelde en de SEM (Standard Error of the Mean)

## 4. Bespreking

- Wanneer men de kosten van de populatie van patiënten vergelijkt vóór en na een bepaalde interventie, kan men hieruit de kosten van die interventie afleiden en deze gebruiken in het kader van een onderzoek naar kosteneffectiviteit.
- De gegevens die geregistreerd worden in het kader van de verplichte ziekteverzekering volstaan om de globale kosten te berekenen die het gevolg zijn van een heelkundige behandeling.
- De gegevens van de invaliditeitsverzekering laten toe om het effect van een dergelijke behandeling te meten voor de afwezigheden op het werk. Dit laatste kan echter enkel vanuit het standpunt van de overheid. De gegevens vanuit het perspectief van de maatschappij waarover we beschikken, leiden namelijk tot een onderschatting van de betreffende kosten omdat de kosten voor de werkgever (voordat de werknemer vergoed wordt ten laste van het budget van het RIZIV) niet in aanmerking worden genomen.
- De gegevensbank van de Onafhankelijke Ziekenfondsen bevat gegevens van ongeveer 20% van de Belgische bevolking. Toch kan ze niet beschouwd worden als totaal representatief voor de ganse Belgische populatie want
  - De leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn niet homogeen verdeeld over het Belgisch grondgebied. Zo wonen bijvoorbeeld 20.6% van de verzekerden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in Brussel, wat het dubbele is van het nationale aandeel. Aangezien Brussel een uitgebreid aanbod heeft van specialisten en universitaire ziekenhuizen, kan dit uiteraard een invloed hebben op de structuur van de kosten.
  - De samenstelling van de populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor wat betreft het (sociaal) statuut (werknemer/zelfstandige/ambtenaar, arbeider/bediende, ...) is niet representatief voor deze van de totale Belgische bevolking (bijvoorbeeld: de Onafhankelijke Ziekenfondsen tellen relatief meer zelfstandigen dan de andere ziekenfondsen)

## 5. Conclusie

Deze studie illustreert de haalbaarheid van dit soort analyses, maar wijst ook op de noodzaak van het gebruik van meer representatieve gegevens. Gezondheidseconomische studies op basis van exhaustieve Belgische data (Intermutualistisch Agentschap - IMA) kunnen hier een potentiële meerwaarde bieden. Deze kunnen namelijk informatie leveren in het kader van beleidsvoorbereidende activiteiten voor een efficiënt(er) beheer van de ziekteverzekering.

**Hilde Celis**  
**Agnès Leclercq**  
 Study

**Erik Spaepen**  
 SBD Analytics

# Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

Hoe kunnen de gegevens van de verplichte verzekering het best geëxploiteerd worden?

Ziekenfondsen beschikken over een schat aan gegevens over hun leden aan de hand van de facturatiegegevens van de zorgverstrekkers. Het gebruik van deze statistische gegevens in het kader van beleidsvoorbereidend werk is een taak die de studiediensten al jarenlang op zich nemen. Meer en meer wordt ook de vraag gesteld naar het gebruik van deze gegevens in het kader van onderzoek door andere stakeholders in het gezondheidszorgsysteem en/of door externe partners. Behoort het tot de nieuwe, toekomstige rol van de ziekenfondsen om deze weg in te slaan? De Onafhankelijke Ziekenfondsen menen van wel!

Tegelijkertijd leggen we de nadruk op volgende voorwaarden:

- Garanties voor een 'correct' gebruik van de gegevens, volgens wetenschappelijke criteria en analysetechnieken. Dergelijke studies kunnen informatie aanleveren die kan gebruikt worden in het kader van beleidsvoorbereidende activiteiten voor een efficiënter beheer van de ziekteverzekering, maar hun methodologische beperkingen moeten duidelijk benoemd en door alle betrokkenen aanvaard worden.
- Zo volledig mogelijke gegevens om de cijfers te kunnen extrapoleren.
- Exclusief gebruik voor de realisatie van de vooraf bepaalde doelstelling, mits absoluut respect voor de privacywetgeving.
- Beoordeling van de resultaten door experts en publicatie van deze resultaten.

**De studie over de ziekte van Dupuytren bewijst de haalbaarheid van het gebruik van ziekenfondsgegevens in het kader van een economische studie over innovatie in de gezondheidszorg**, maar toont ook aan dat de interpretatie van de resultaten complex is. De kennis van de wetgeving en haar evolutie en van de modaliteiten van de registratie van de therapeutische en diagnostische interventies is essentieel voor de analyse van dergelijke gegevens. Bij dit type van medisch-economische evaluaties, zijn de beperkingen en de grenzen van een studie op basis van de gegevens van slechts één ziekenfonds echter ook duidelijk, zeker als de bestudeerde aandoening niet frequent is. **De toekomst ligt bij de gemeenschappelijke exploitatie van gegevens via het IMA (Intermutualistisch Agentschap)**. En ook dat is een nieuwe uitdaging voor de ziekenfondsen.

**Regina De Paepe**  
Expertise

**Brochures en praktische  
info** om u te helpen

—  
[www.mloz.be](http://www.mloz.be)

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen groepeert:

