

ANALYSE VAN DE  
PRESTATIES  
GEZONDHEIDSZORGEN VAN  
OUDEREN



Een uitgave van de **Onafhankelijke Ziekenfondsen**

Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel

T 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Redactie > Wies Kestens & Güngör Karakaya

Lay-out > Vera De Geest

**[www.mloz.be](http://www.mloz.be)**

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, mei 2019

(Ondernemingsnummer 411 766 483)



ANALYSE VAN DE PRESTATIES  
GEZONDHEIDSZORGEN VAN OUDEREN

# INHOUDSOPGAVE

01	Inleiding.....	5
02	Gegevens .....	6
	Gegevens over de bevolking .....	6
	Uitgaven van de ziekteverzekering.....	6
03	Methodologie .....	7
	De creatie van indicatoren voor chronische ziektes.....	7
	Econometrisch model .....	7
04	Resultaten .....	8
	Overzicht van de bevolking en gezondheidsuitgaven .....	8
	Karakteristieken van de studiebevolking .....	8
	Vergelijking evolutie tussen de Belgische bevolking en de leden van MLOZ.....	10
	Gezondheidsuitgaven van de leden van MLOZ.....	11
	Vergelijking van de evolutie tussen leden MLOZ en uitgaven VP .....	12
	Uitgavenposten van de Verplichte Verzekering .....	13
	Overzicht .....	13
	Uitgavenposten per leeftijdsgroep.....	15
	Bespreking van de uitgavenposten VP .....	16
	Bespreking van de uitgavenposten voor de verschillende karakteristieken .....	22
	Verklarende factoren van uitgaven VP bij ouderen .....	26
05	Conclusies .....	29
06	Aanbevelingen.....	30
07	Bijlagen .....	32
	Bijlage 1: chronisch zieken volgens leeftijdsgroep, MLOZ, 2017 .....	32
	Bijlage 2: structuur van de uitgaven per leeftijdsgroep, MLOZ, 2010 - 2017.....	32
	Bijlage 3: percentage van de leeftijdsgroep met een uitgave per post, MLOZ, 2010 - 2017 .....	32
	Bijlage 4: verhouding van de belangrijkste uitgavenposten bij klassieke opnames, MLOZ, 2017.....	33
	Bijlage 5: uitgavenposten per leeftijdsgroep en per karakteristiek, MLOZ, 2017.....	34
08	Referenties.....	35

Net als de meeste andere ontwikkelde landen vergrijst de Belgische bevolking, vooral door een afnemende geboortecijfer en een toename van de levensverwachting. In 2017 was 18,5 % van de Belgische bevolking 65 jaar en ouder en dit zal toenemen tot 24,1 % in 2040 volgens projecties van het Federaal Planbureau. De toename zal vooral sterk zijn bij de 80-plussers (+65 %) en de 65- tot 79-jarigen (+33 %). Daarentegen zullen we slechts een kleine toename zien van het aantal personen onder de 65 jaar (+2 %). In onze studie gebruiken we deze 3 leeftijdsgroepen.

De Studiecommissie voor de Vergrijzing (SCvV), belast met het berekenen van de vergrijzingskosten, voorspelt een stijging van de sociale uitgaven door de vergrijzing: in 2040 zal 28,7 % van het Bruto Binnenlands Product (BBP) hiervoor bestemd zijn, wat een toename is met 3,5 % vergeleken met 2017. Deze toename wordt grotendeels verklaard door de stijging van de overheidsuitgaven aan gezondheid, met exclusie van de uitgaven aan arbeidsongeschiktheid: er wordt een toename voorspeld van 8,0 % naar 10,3 % van het BBP tussen 2017 en 2040.

Gezien deze voorspellingen stellen wij ons de volgende twee onderzoeksvragen in deze studie. Die beantwoorden, zal ons een duidelijker beeld geven van de gezondheidsuitgaven van ouderen en zal ons, als verzekeringsinstelling, ook toelaten beter rekening te houden met de particuliere noden van ouderen. Dit zijn de onderzoeksvragen:

- wat zijn de demografische factoren die de gezondheidsuitgaven van ouderen verklaren?
- wat zijn de belangrijkste uitgavenposten van ouderen?

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden maken we vooral gebruik van beschrijvende analyses, aangevuld met een statistisch model. Dat stelt ons in staat om de specifieke impact van een bepaalde factor te kwantificeren. We vergelijken ook onze resultaten uit 2017 met die van 2010.

Op basis van onze resultaten trekken we enkele conclusies en doen we ook aanbevelingen naar het beleid en andere actoren binnen de gezondheidssector.

### Gegevens over de bevolking

De bevolkingsgegevens die gebruikt werden in het kader van deze studie, zijn de geanonimiseerde administratieve data over de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2010 en 2017. Het gaat om de bevolkingsgegevens, bepaald in de layout van het Intermutualistisch Agentschap; dit wil zeggen een reeks algemene inlichtingen over de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, zoals het geboortjaar, het geslacht, het gewest van de woonplaats, het recht op de verhoogde tegemoetkoming, het soort van gezin, etc.

De basispopulatie van onze studie wordt gevormd door de personen die zonder onderbreking aangesloten waren bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 01/01/2010 en 31/12/2010 of tussen 01/01/2017 en 31/12/2017, met inbegrip van de overleden personen. Werden uitgesloten: de verzekerden die gemuteerd zijn naar andere verzekeringsinstellingen of die pas in de loop van het jaar toegetreden zijn. Ook de leden met een internationaal verdrag en de leden in psychiatrische instellingen werden buiten beschouwing gelaten voor deze studie. In totaal bestond onze populatie uit 271.949 leden in 2010 en 313.559 leden in 2017. We verwijzen naar deze populatie als '65-plussers' of 'ouderen'.

### Uitgaven van de ziekteverzekering

Naast de demografische gegevens gebruiken we ook gegevens over de uitgaven (op basis van de facturering). Deze gegevens omvatten alle geneeskundige verstrekkingen, gerealiseerd tussen 01/01/2010 en 31/12/2010 en tussen 01/01/2017 en 31/12/2017 die terugbetaald werden door de ziekteverzekering.

In deze studie beperken we ons tot uitgaven voor gezondheidszorg die ten laste vallen van de verplichte verzekering (VP), namelijk de gerealiseerde en terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen. Het persoonlijk aandeel van de patiënt, namelijk het remgeld en eventuele supplementen, beschouwen we niet. Hoewel dit een aanzienlijk aandeel is van de totale uitgaven aan gezondheidszorg in België – volgens gegevens van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) 21,2 % in 2016<sup>1</sup> – wordt het buiten beschouwing gelaten omdat informatie omtrent eventuele supplementen vaak ontbreekt in onze gegevens. Hierdoor zijn onze cijfers rond het persoonlijk aandeel dus onvolledig.

De gebruikte gegevens over de uitgaven in deze studie zijn de administratieve factureringsgegevens en meer bepaald de gerealiseerde en terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen in 2010 en 2017. De uitgaven voor geneeskundige verzorging zijn natuurlijk nihil voor de leden zonder terugbetaalde verstrekking (1,9 % van de 65-plussers in 2017).

---

<sup>1</sup> OESO - Health Expenditure and Financing: <https://stats.oecd.org/>

### De creatie van indicatoren voor chronische ziektes

Uit een vorige studie (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2018) blijkt dat de chronische aandoeningen behoorlijk zwaar doorwegen op de uitgaven VP. Het is dus belangrijk om de leden met een chronische aandoening te identificeren. Die medische informatie is echter niet meteen als zodanig beschikbaar in onze data. De populatie met een chronische ziekte kan wel geïdentificeerd worden aan de hand van een aantal criteria: de consumptie van welbepaalde geneesmiddelen, nomenclatuurcodes gedefinieerd door het RIZIV of specifieke ziekenhuisopnames. Voor een uitgebreide beschrijving van de methodologie verwijzen we naar een vroegere studie (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2013).

### Econometrisch model

We gebruiken een multivariabel lineair model, gebaseerd op de ordinary least squares-methode (OLS), om de factoren te identificeren die mee de gezondheidsuitgaven van ouderen kunnen verklaren. De afhankelijke variabele, die uit te leggen is door het model, is de gemiddelde maandelijkse uitgave VP. We gebruiken maandelijkse gegevens om het feit te corrigeren dat sommige personen overlijden tijdens het jaar: hoe meer personen overlijden in het begin van het jaar, hoe foutter onze resultaten zouden zijn op jaarbasis. De keuze van de variabelen werd vooral bepaald door een voorgaande vergelijkbare analyse rond de gezondheidsuitgaven (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2013). Andere variabelen werden toegevoegd op basis van de descriptieve analyse van onze gegevens.

# 04

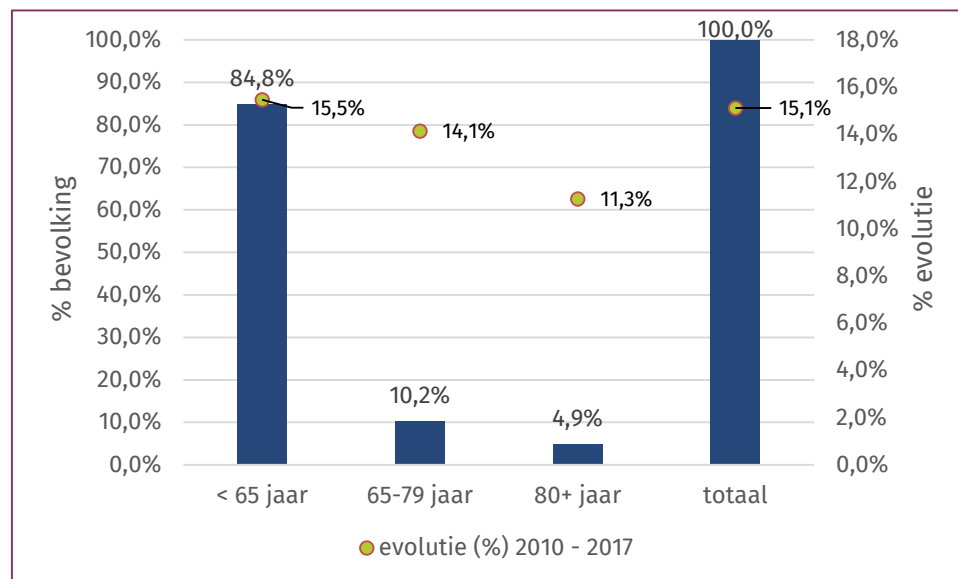
## RESULTATEN

We stellen onze resultaten voor in 4 delen. Ten eerste geven we een algemeen overzicht van de karakteristieken van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen en hun gezondheidsuitgaven. We maken daarbij de vergelijking met evoluties en projecties voor de Belgische bevolking. De beschouwde karakteristieken zijn het recht op de verhoogde tegemoetkoming, het overlijden, de woonsituatie en chronische ziektes. Vervolgens analyseren we de gezondheidsuitgaven aan de hand van de 5 belangrijkste uitgavenposten: verblijfskosten, forfaits voor de woonzorgcentra, geneesmiddelen, verpleegkundige verzorging en consultaties. We gebruiken deze uitgavenposten ook om de uitgaven van personen met bovenvermelde karakteristieken te duiden. Ten slotte analyseren we de factoren die een bepalende invloed hebben op de gezondheidsuitgaven van ouderen aan de hand van een statistisch model.

### Overzicht van de bevolking en gezondheidsuitgaven

#### Karakteristieken van de studiebevolking

Figuur 1 toont de structuur van de leden van MLOZ volgens de drie leeftijdsgroepen en de evolutie ervan tussen 2010 en 2017. We zien dat het aantal 65-plussers 15,1 % van het ledental van MLOZ vertegenwoordigt. Ook zien we dat de toename van het aantal leden het grootst is bij de groep personen onder de 65 jaar (+15,5% tussen 2010 en 2017).



Figuur 1: Structuur van de ledenpopulatie van MLOZ, 2017

Onderstaande tabel 1 geeft 4 belangrijke karakteristieken van de ouderen. Ten eerste stellen we vast dat ongeveer 7 ouderen van de 10 lijden aan een chronische ziekte, wat overeenkomt met een vorige studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2018).



Ongeveer 1 oudere op 5 heeft recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT)<sup>2</sup>, wat leidt tot hogere terugbetalingen van medische kosten vanuit de verplichte verzekering. Het aantal ouderen dat overlijdt en/of in een woonzorgcentrum verblijft is veel lager, respectievelijk minder dan 1 op 25 en minder dan 1 op 10. We stellen vast – zie bijlage 1 – dat de meest voorkomende chronische ziektes hypertensie (61,3 %), depressie (13,9 %) en diabetes (13,6 %) zijn. Een derde van de ouderen heeft minstens 2 chronische ziektes en één op tien zelfs minstens 3.

We stellen een procentuele afname vast van de mortaliteit en van het aantal ouderen met recht op de verhoogde tegemoetkoming tussen 2010 en 2017. We zien we een procentuele toename van het aantal ouderen in een rusthuis en het aantal ouderen met een chronische ziekte.

	2010 (aantal)	2017 (aantal)	2010 (%)	2017 (%)	Evolutie 2010 - 2017
Recht op verhoogde tegemoetkoming (VT)	64.621	67.872	23,3 %	21,6 %	5 %
Overlijden	12.419	13.189	4,5 %	4,2 %	6 %
Verblijf in woonzorgcentrum	22.561	26.203	8,1 %	8,4 %	16 %
Chronisch zieke	197.458	226.880	71,3 %	72,4 %	15 %

Tabel 1: Karakteristieken 65-plussers, MLOZ, 2010 & 2017

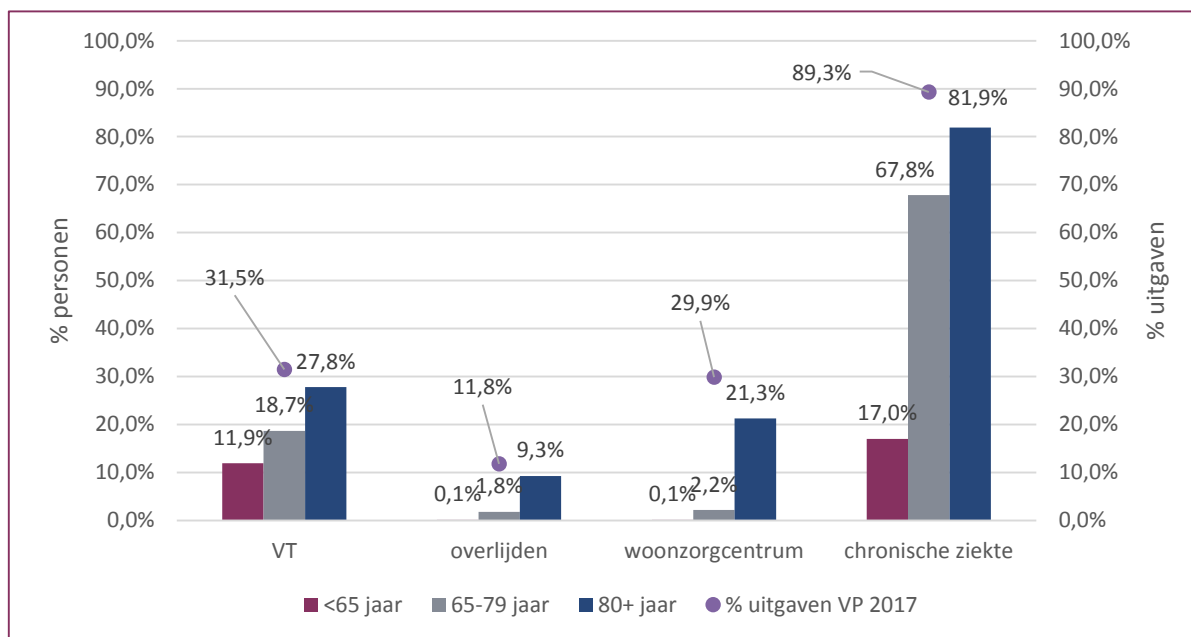
Een vijfde van de ouderen valt in geen enkele van deze categorieën, iets meer dan de helft behoort slechts tot een enkele categorie. Daarnaast zien we dat bijna 1 op 5 aan twee karakteristieken beantwoordt en 1 op 20 zelfs aan 3 of 4 karakteristieken.

Onderstaande figuur 2 toont de prevalentie van deze 4 karakteristieken in 2017 volgens de leeftijdsgroepen: we zien voor elk van de karakteristieken een stijging met de leeftijd. De toename met de leeftijd van het aantal personen VT kan verklaard worden door het feit dat meer en meer personen alleen zijn en dus lagere inkomsten hebben (de toekenning van het recht wordt deels gebaseerd op inkomensvoorwaarden), maar ook door een toename van de afhankelijkheid bij ouderen. Het percentage van de ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven stijgt exponentieel met de leeftijd: vanaf 80 jaar verblijft bijna 1 oudere op 5 in een woonzorgcentrum. Het aantal personen dat lijdt aan een chronische ziekte stijgt ook sterk met de leeftijd: bij 80-plussers heeft meer dan 8 op 10 minstens 1 chronische ziekte.

Het sterftecijfer stijgt ook sterk met de leeftijd. Volgens gegevens van het Agentschap Zorg en Gezondheid verschillen de doodsoorzaken per leeftijd en geslacht: bij 45- tot 74-jarige vrouwen zijn de meest voorkomende doodsoorzaken borstkanker en longkanker

<sup>2</sup> Het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend op basis van (i) sociale uitkeringen (leefloon, inkomensgarantie voor ouderen, ...), (ii) hoedanigheid (wees of niet-begeleide minderjarige vreemdeling) of (iii) inkomen. <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majoree-meilleur-remboursement-frais-medicaux.aspx>

en vanaf 75 jaar cerebrovasculaire aandoeningen<sup>3</sup>. Bij 50- tot 79-jarige mannen komt longkanker op de eerste plaats en vanaf 80 jaar ischemische hartziekten. Bij mensen ouder dan 84 jaar zijn hartproblemen de meest voorkomende doodsoorzaak.

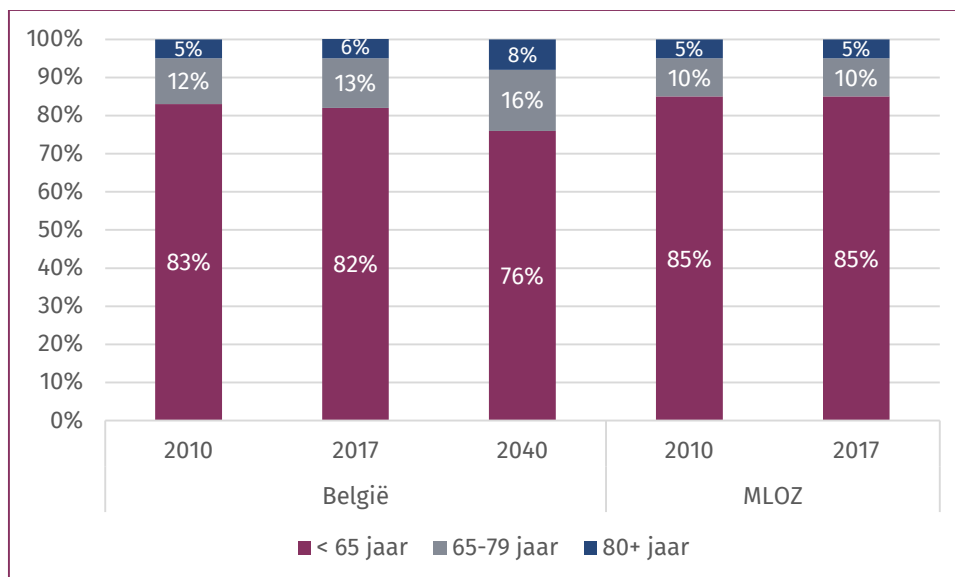


Figuur 2: Aandeel van personen en uitgaven VP volgens karakteristieken van de 65-plussers, MLOZ, 2017

### Vergelijking evolutie tussen de Belgische bevolking en de leden van MLOZ

Hoe verhoudt het ledental en de evolutie ervan zich tot de Belgische bevolking in het algemeen? Onderstaande figuur 3 toont de structuur van de Belgische bevolking en de leden van MLOZ volgens drie leeftijdsgroepen in 2010, 2017 en 2040 (projecties). Als we de bevolkingsstructuren van België en MLOZ vergelijken voor 2017, zien we dat de Onafhankelijke Ziekenfondsen proportioneel minder personen tussen 65 en 79 jaar hebben en meer personen van minder dan 65 jaar. Deze figuur toont trouwens duidelijk de (geprojecteerde) vergrijzing van de Belgische bevolking tussen 2010 en 2040.

<sup>3</sup> <https://www.zorg-en-gezondheid.be/voorstelling-van-de-sterftecijfers-voor-2014>



Figuur 3: Structuur van de Belgische bevolking en van MLOZ, 2010 - 2017 - 2040 (projecties)

Tabel 2 toont de toename van de Belgische bevolking en de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 2010 en 2017 en, voor de Belgische bevolking, ook de projecties voor 2017 tot 2040. Hieruit leren we dat de toename bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 2010 en 2017 groter was dan bij de Belgische bevolking, vooral dankzij de grotere toename van het aantal personen jonger dan 65 jaar. Voor de 80-plussers zien we dat de toename bij MLOZ lager is dan bij de Belgische bevolking. Deze verschillen waarschuwen ons voor een te snelle veralgemening van de conclusies uit deze studie.

		2010 - 2017 (België)	2010 - 2017 (MLOZ)	2017 - 2040 (België)
< 65 jaar	<b>Totaal</b>	3 %	15 %	2 %
	65-79 jaar	11 %	14 %	33 %
65+ jaar	80 + jaar	18 %	11 %	65 %
	<b>Totaal</b>	13 %	13 %	42 %
<b>Totaal</b>		4 %	15 %	10 %

Tabel 2: Evolutie van de bevolking, België en MLOZ, 2010 - 2017 - 2040 (projecties)

## Gezondheidsuitgaven van de leden van MLOZ

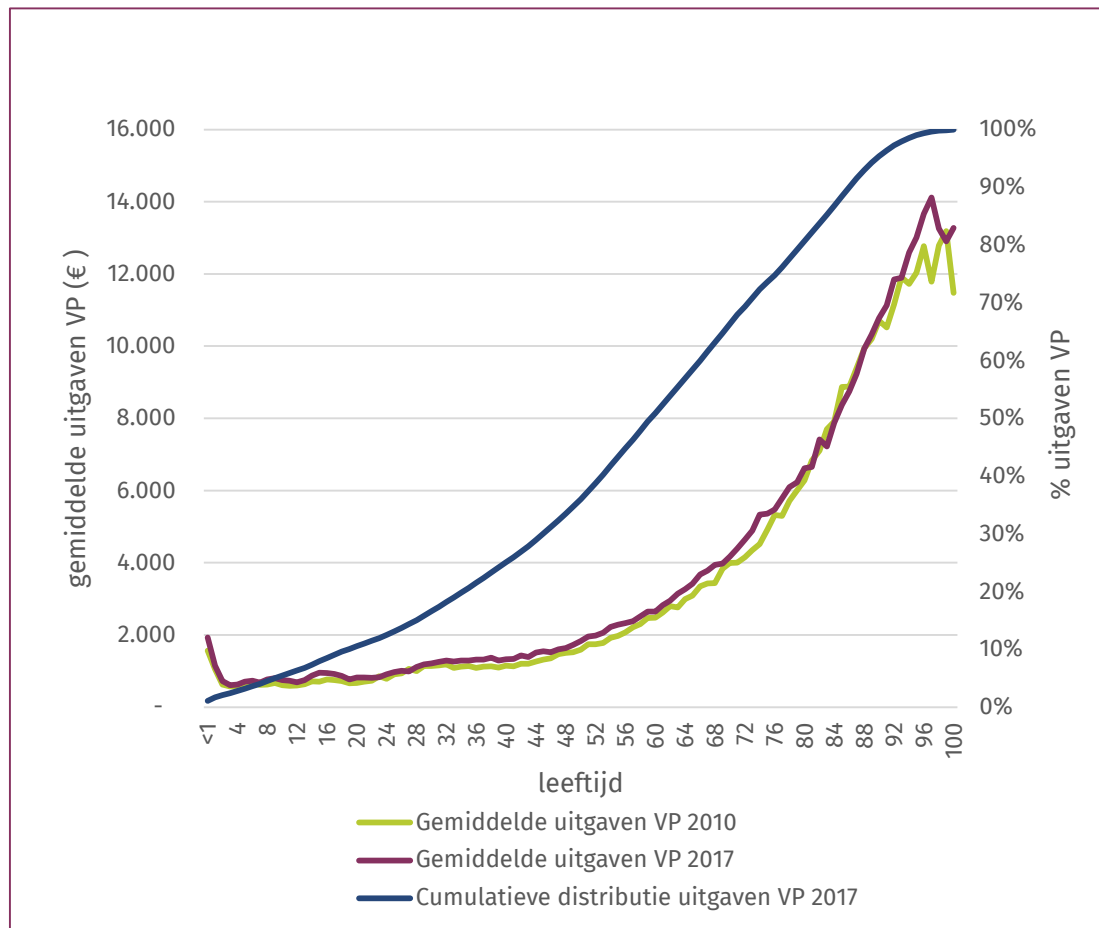
Onderstaande figuur 4 toont de gemiddelde gezondheidsuitgaven ten laste van de verplichte verzekering (VP) naargelang de leeftijd en de cumulatieve distributie van de uitgaven (secondaire as)<sup>4</sup>. We stellen vast dat de gemiddelde uitgaven toenemen met de leeftijd, wat zich ook voordoet in andere OESO-landen (OESO, 2016). We bemerken verschillende gemiddelde uitgaven voor de 3 leeftijdsgroepen: personen onder de 65 jaar (gemiddelde jaarlijks uitgaven VP van € 1.401 per persoon), 65- tot 79-jarigen (gemiddelde jaarlijks uitgaven VP van € 4.531 per persoon) en 80-plussers (gemiddelde jaarlijks uitgaven VP van € 8.820 per persoon).

<sup>4</sup> Om het lezen van de figuur te vergemakkelijken zijn de personen ouder dan 100 jaar hier in opgenomen.

De cumulatieve distributie van de uitgaven VP toont ons ook dat ouderen een disproportioneel groot aandeel van de uitgaven VP hebben: 65- tot 79-jarigen hebben 22,2 % van de uitgaven VP en 80-plussers 20,8 %, terwijl ze slechts respectievelijk 10,2 % en 4,9 % van het ledental van MLOZ vertegenwoordigen. Deze verhoudingen vinden we ook terug in andere ontwikkelde landen. In Nederland bijvoorbeeld hebben 65-plussers 40 % van de uitgaven en vertegenwoordigen ze 16 % van de bevolking (OESO, 2016).

Het gemiddelde verhult natuurlijk wel de extremen: 44 % van de ouderen heeft uitgaven VP die lager zijn dan € 1.401 en 10 % uitgaven VP hoger dan € 18.403. Een vorige studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2013) gaat dieper in op de concentratie van de gezondheidskosten.

In vergelijking met 2010 zien we voor bijna alle leeftijden gemiddelde uitgaven die licht hoger liggen in 2017. De totale uitgaven VP zijn gestegen van € 3,4 miljard in 2010 tot € 4,3 miljard in 2017.



Figuur 4: Gemiddelde en cumulatieve distributie van de uitgaven VP, MLOZ, 2010 & 2017

### Vergelijking van de evolutie tussen leden MLOZ en uitgaven VP

Wat stijgt nu sneller, de uitgaven of het aantal ouderen? Voor elk van de leeftijdsgroepen zien we dat de uitgaven sneller stijgen dan het aantal personen in die leeftijdsgroep. Ter vergelijking toont tabel 3 de evolutie, in percentages en in absolute waarden, van onze leden en hun uitgaven VP volgens de 3 leeftijdsgroepen. Een groot deel van de stijging

van de uitgaven voor ouderen kan verklaard worden door de toename van het aantal ouderen. Specifiek voor de 80-plussers stellen we ook een toename van de uitgaven vast die hoger is dan de toename van het aantal personen. Dit is belangrijk aangezien de projecties van het Federale Planbureau een sterke toename van het aantal 80-plussers voorspellen tegen 2040.

		Leden MLOZ		Uitgaven VP van leden MLOZ	
		Groei 2010 - 2017 (Absolute waarde)	Groei 2010 - 2017 (%)	Groei 2010 - 2017 (Absolute waarde)	Groei 2010 - 2017 (%)
< 65 jaar	<b>Totaal</b>	234.900	15,5 %	624.121.393	34,0 %
65+ jaar	65-79 jaar	26.228	14,10%	158.702.946	19,8 %
	80+ jaar	10.307	11,30%	124.393.080	16,1 %
	<b>Totaal</b>	36.535	13,2 %	283.096.026	18,0 %
<b>Totaal</b>		271.435	15,1 %	907.217.418	26,6 %

Tabel 3: Vergelijking van de evolutie van de leden MLOZ en uitgaven, 2010 - 2017, MLOZ

## Uitgavenposten van de Verplichte Verzekering

### Overzicht

Nu we de evolutie van de totale uitgaven VP hebben geschetst en weten dat ouderen gemiddeld veel hogere uitgaven VP hebben dan personen jonger dan 65, kunnen we ons toeleggen op het beantwoorden van de volgende vraag: wat zijn de belangrijkste uitgavenposten van ouderen?

We beperken onze analyse daarbij tot de 5 grootste uitgavenposten, die samen bijna 2/3 (66,1 %) van de totale uitgaven VP van ouderen vertegenwoordigen. De overige uitgavenposten worden gegroepeerd onder de noemer 'andere uitgaven' en omvatten onder meer de medische honoraria voor chirurgie, klinische biologie en medisch beeldmateriaal.

Tabel 4 geeft de 5 belangrijkste uitgavenposten weer. We geven telkens het percentage ouderen met een uitgave voor 1 van de 5 posten en het aandeel dat deze uitgavenpost vertegenwoordigt in de totale uitgaven. Daarnaast geven we ook de evolutie van het aantal personen en de uitgaven tussen 2010 en 2017.

Dit zijn de 5 belangrijkste uitgavenposten van ouderen:

- De verblijfskosten zijn een forfaitair bedrag in functie van de dienst van opname en het ziekenhuis dat de kosten dekt van het verblijf en de verzorging in het ziekenhuis, met uitzondering van de geneesmiddelen, de technische verstrekkingen en het honorarium van de artsen<sup>5</sup>.
- De forfaits voor de woonzorgcentra zijn een tussenkomst vanuit de ziekteverzekering voor hulp bij de dagelijkse activiteiten, (lichaams)verzorging,

<sup>5</sup> RIZIV: verpleegdagprijzen ziekenhuizen: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/verzorging-ziekenhuizen/Paginas/verpleegdagprijzen-ziekenhuizen.aspx>

verpleegkundige zorg,(re)activering, revalidatie en sociale (re)integratie voor bewoners van woonzorgcentra<sup>6</sup>. Het bedrag van het forfait is afhankelijk van de graad van zorgbehoefendheid van alle bewoners en de kenmerken van het zorgpersoneel dat in het rustoord is tewerkgesteld.

- De terugbetaalde geneesmiddelen.
- De verpleegkundige verzorging omvat de forfaitaire honoraria (forfaits A, B, C en palliatieve forfaiten) alsook technische verstrekkingen (toilet, wondzorg, ...) en het verpleegkundig consult<sup>7</sup>.
- De consultaties omvatten de honoraria voor consultaties bij huisartsen en specialisten.

	Personen		Uitgaven	
	% ouderen	Evolutie aantal ouderen 2010 - 2017	% van de totale uitgaven VP	Evolutie uitgaven 2010 - 2017
Verblijfskosten (hospitalisatie)	21,6 %	-6,1 %	21,3 %	-10,8 %
Forfaits woonzorgcentra	8,4 %	+16,1 %	17,7 %	+37,7 %
Geneesmiddelen	95,2 %	+13,5 %	15,2 %	+20,7 %
Verpleegkundige verzorging	19,3 %	+17,2 %	6,8 %	+43,7 %
Consultaties	95,4 %	+13,8 %	5,1 %	+23,9 %
Andere uitgaven	97,8 %	+14,0 %	33,9 %	+25,4 %

Tabel 4: Overzicht van de 5 belangrijkste uitgavenposten van ouderen, MLOZ, 2017

Ten eerste stellen we vast dat bijna alle ouderen uitgaven hebben aan geneesmiddelen en consultaties terwijl er slechts ongeveer 1 op 5 in het ziekenhuis belandt of verpleegkundige verzorging krijgt en minder dan 1 op 10 in een woonzorgcentrum verblijft. Toch zijn de uitgaven VP voor verblijfskosten en woonzorgcentra veel hoger.

Daarnaast valt op dat voor de forfaiten voor woonzorgcentra en de verpleegkundige verzorging het aantal personen met een uitgave sterker stijgt dan het aantal ouderen. Voor consultaties en geneesmiddelen zien we dat het aantal personen quasi gelijk stijgt als het aantal ouderen. Voor verblijfskosten zien we dan weer een afname van het aantal personen met een uitgave.

We zagen reeds dat de stijging van de uitgaven VP voor ouderen tussen 2010 en 2017 (+18,0 %) deels te verklaren is door een toename van het aantal ouderen (+13,2 %). Ook bij 4 uitgavenposten van de 5 zien we dat de toename van de uitgaven VP hoger is dan de toename van het aantal personen met een uitgave. Voor de verblijfskosten bemerken we een afname van de uitgaven VP en een afname van de personen met een uitgave tussen 2010 en 2017. De sterke toenames (+20,7 % tot +43,7 %) in de meeste groepen

<sup>6</sup> RIZIV: verzorging in RVT, ROB en CDV: <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/rustoord/Paginas/rob-rvt-cdv-verzorging.aspx>

<sup>7</sup> RIZIV: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele Zorgverleners/verpleegkundigen/verzorging/Paginas/default.aspx>

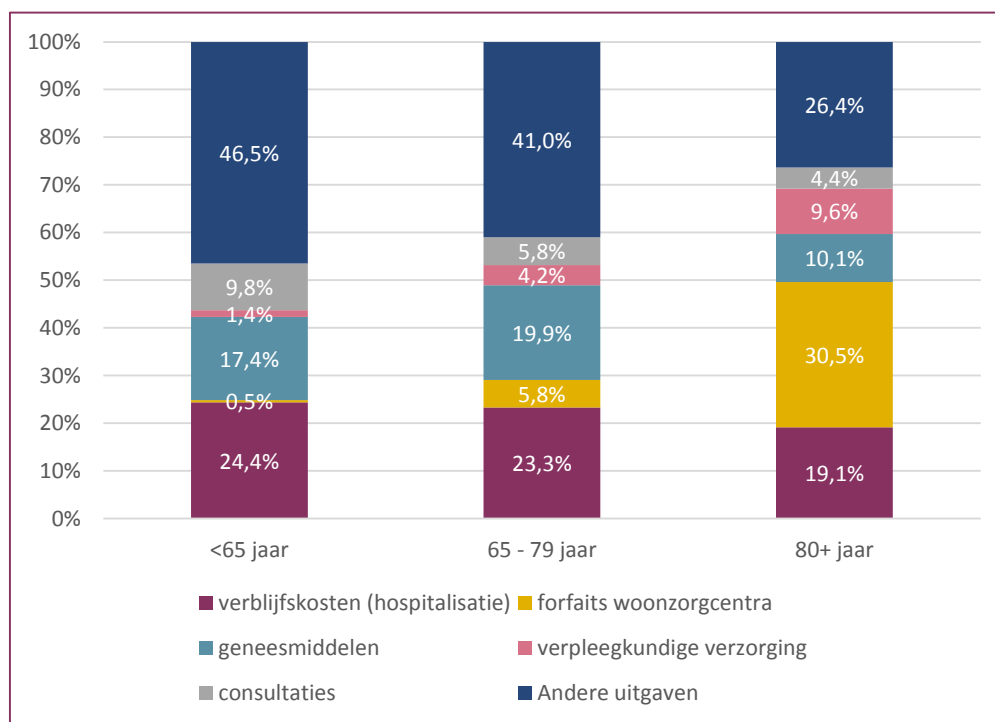
worden dus deels gecompenseerd door een afname van de uitgaven in de grootste groep: de verblijfskosten.

## Uitgavenposten per leeftijdsgroep

Zijn er opvallende verschillen tussen de leeftijdsgroepen wat betreft de uitgavenposten?

Figuur 5 toont de procentuele verdeling van de 5 belangrijkste uitgavenposten en de andere uitgaven voor de verschillende leeftijdsgroepen. We stellen ten eerste weinig verschillen vast wat betreft de belangrijkste uitgavenposten: de 3 belangrijkste uitgavenposten bij personen jonger dan 65 jaar staan ook bij ouderen in de top 5: verblijfskosten, geneesmiddelen en consultaties.

Wel valt op dat het relatieve belang van deze posten sterk verschilt met de leeftijd. Zo gaat bijvoorbeeld 40 % van de uitgaven VP van 80-plussers naar de forfaits voor woonzorgcentra en verpleegkundige verzorging terwijl dit bij 65- tot 79-jarigen (10 %) en personen jonger dan 65 jaar (2 %) veel lager ligt. De aandelen van geneesmiddelen en verblijfskosten zakken daarentegen met de leeftijd.



Figuur 5: Structuur van de uitgaven per leeftijdsgroep, MLOZ, 2017

Bijlage 2 geeft ook de structuur van de uitgaven per leeftijdsgroep voor 2010. We zien voor zowel de 65- tot 79-jarigen als de 80-plussers dat het belang van de verblijfskosten is gedaald ten opzichte van 2010. Voor 80-plussers zien we verder dat het belang van de verpleegkundige verzorging en de forfaits van de woonzorgcentra is toegenomen.

Bijlage 3 geeft de percentages van de leeftijdsgroepen die een uitgave hebben voor een van de uitgavenposten, zowel voor 2010 als 2017. Voor elke leeftijdsgroep zien we een daling in het percentage personen met een uitgave voor verblijfskosten tussen 2010 en

2017. Voor verpleegkundige verzorging en de forfaits van woonzorgcentra zien we een kleine stijging van het percentage 80-plussers met een uitgave.

## Bespreking van de uitgavenposten VP

In de volgende paragrafen gaan we dieper in op elk van de 5 belangrijkste uitgavenposten. Een analyse van deze posten zal ons later ook helpen de hoge uitgaven VP voor specifieke bevolkingsgroepen (chronisch zieken, overledenen, ...) beter te begrijpen.

### Verblijfskosten en hospitalisaties

De verblijfskosten vormen een integraal onderdeel van de hospitalisatiekosten bij hospitalisaties met minstens één overnachting, de zogenaamde klassieke hospitalisaties. Ongeveer 60 % van de totale uitgaven VP aan klassieke hospitalisaties bestaan uit verblijfskosten, zoals blijkt uit bijlage 4. In totaal vertegenwoordigen de uitgaven VP aan klassieke hospitalisaties meer dan een derde (35,0 %) van de totale uitgaven VP voor ouderen. Het is dus veruit de belangrijkste post van uitgaven. Ook voor personen onder de 65 jaar zijn klassieke hospitalisaties verantwoordelijk voor een groot deel van de uitgaven VP (37,7 %).

Tabel 5 bevat, voor 2010 en 2017, het aantal personen met een uitgave voor de verblijfskosten alsook de totale uitgaven aan verblijfskosten per leeftijdsgroep. Daarnaast wordt ook de evolutie van het aantal personen en de uitgaven tussen 2010 en 2017 weergegeven

		Personen		Uitgaven VP (€)		Evolutie personen 2010 - 2017	Evolutie uitgaven VP 2010 - 2017
		2010	2017	2010	2017		
< 65 jaar	<b>Totaal</b>	172.957	144.544	473.289.165	600.175.105	-16,4 %	26,8 %
	65-79 jaar	42.332	37.842	219.043.995	223.729.236	-10,6 %	2,1 %
65+ jaar	80+ jaar	29.835	29.606	224.623.839	171.814.724	-0,8 %	-23,5 %
	<b>Totaal</b>	72.167	67.448	443.667.834	395.543.960	-6,5 %	-10,8 %

Tabel 5: Overzicht van de uitgavenpost 'Verblijfskosten', MLOZ, 2010 - 2017

We stellen vast dat voor elk van de leeftijdsgroepen het aantal personen met uitgaven voor verblijfskosten afneemt. Dit kan verklaard worden door een toename van het aantal dagopnames, waarbij de persoon dus niet overnacht in het ziekenhuis. Tussen 2013 en 2017 steeg het aantal dagopnames met 16,7 % en de uitgaven aan dagopnames vormen 5,5 % van de uitgaven in 2017. Wel zien we bij 80-plussers een kleinere afname van het aantal personen.

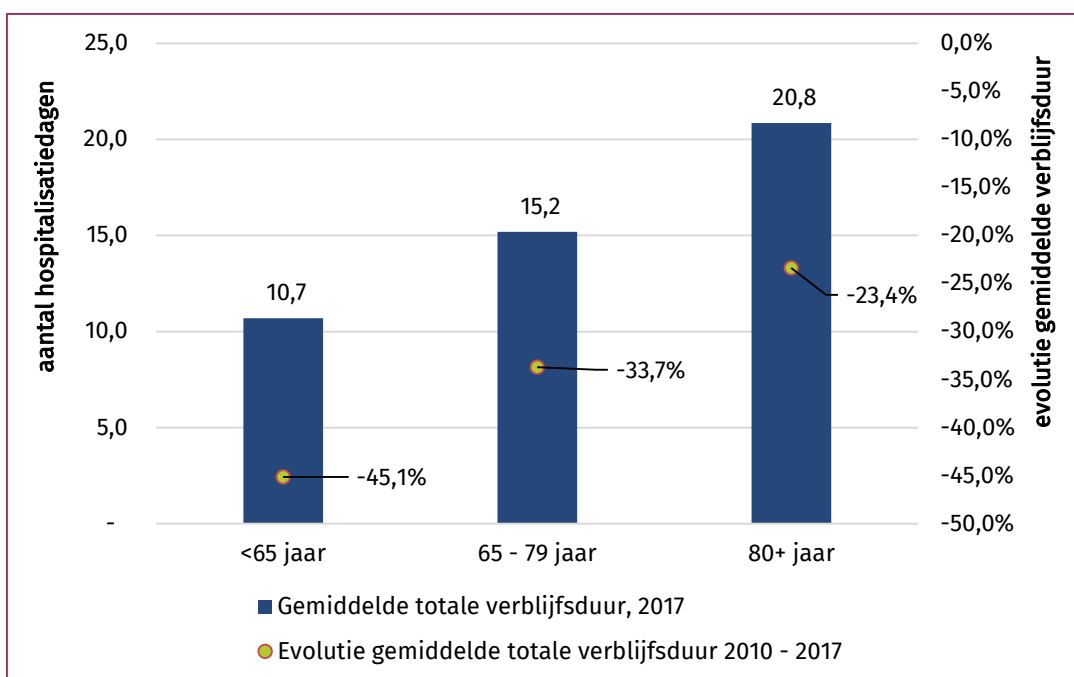
Wat verklaart deze geobserveerde daling? Een afname van het aantal personen, een daling van de totale verblijfsduur per individu en – specifiek voor de 80-plussers – een verschuiving van de diensten waarin ze verblijven tijdens een hospitalisatie:

- met betrekking tot de totale verblijfsduur in ziekenhuizen toont figuur 6 op de secundaire as dat de totale verblijfsduur is gedaald voor alle



leeftijdscategorieën, maar het meest voor min-65-jarigen (-45 %). De totale verblijfsduur voor 80-plussers is met 20,8 dagen bijna dubbel zo hoog als bij personen jonger dan 65 jaar;

- daarnaast zien we specifiek voor de 80-plussers een grote afname van de uitgaven VP aan verblijfskosten vergeleken met de andere leeftijdsgroepen en slechts een lichte daling van het aantal personen met een hospitalisatie. Een mogelijke verklaring kan gevonden worden in de toenemende hospitalisering van 80-plussers in geriatrie diensten: 32,7 % van de 80-plussers verbleef in 2017 in een geriatrie dienst vs. 22,8 % in 2010. Voor 65- tot 79-jarigen zien we deze evolutie niet.



Figuur 6: Gemiddelde totale verblijfsduur per individu met minstens één klassieke hospitalisatie

### Forfaits woonzorgcentra

De tabel 6 geeft het aantal personen weer dat (minstens deels) in een woonzorgcentrum verblijft in 2010 en 2017, de totale uitgaven aan forfaits voor deze jaren en de evoluties tussen 2010 en 2017. Ter herinnering: de uitgaven aan forfaits voor de woonzorgcentra beslaan 17,7 % van de totale uitgaven VP.

We stellen ten eerste vast dat vooral 80-plussers (21,3 %) in woonzorgcentra verblijven. Bij personen onder de 65 jaar verblijft slechts 0,1 % in deze centra en bij 65- tot 79-jarigen 2,2 %. Daarnaast zien we dat het aantal personen dat in een woonzorgcentrum verblijft vooral toeneemt bij 80-plussers. Voor personen jonger dan 65 jaar zien we zelfs een lichte daling tussen 2010 en 2017.

We zien ook dat de uitgaven tussen 2010 en 2017 sneller stijgen, voor elke leeftijdsgroep, dan het aantal personen in een woonzorgcentrum.

		Personen		Uitgaven VP (€)		Evolutie personen 2010 - 2017	Evolutie uitgaven 2010 - 2017
		2010	2017	2010	2017		
< 65 jaar	<b>Totaal</b>	978	970	10.759.601	11.786.149	-0,8%	9,5%
	65-79 jaar	4.307	4.557	44.217.195	55.183.525	5,8%	24,8%
65+ jaar	80+ jaar	18.254	21.646	194.581.795	273.698.358	18,6%	40,7%
	<b>Totaal</b>	22.561	26.203	238.798.990	328.881.883	16,1%	37,7%

Tabel 6: Overzicht van de uitgavenpost 'Forfaits woonzorgcentra', MLOZ, 2010 - 2017

### Geneesmiddelen

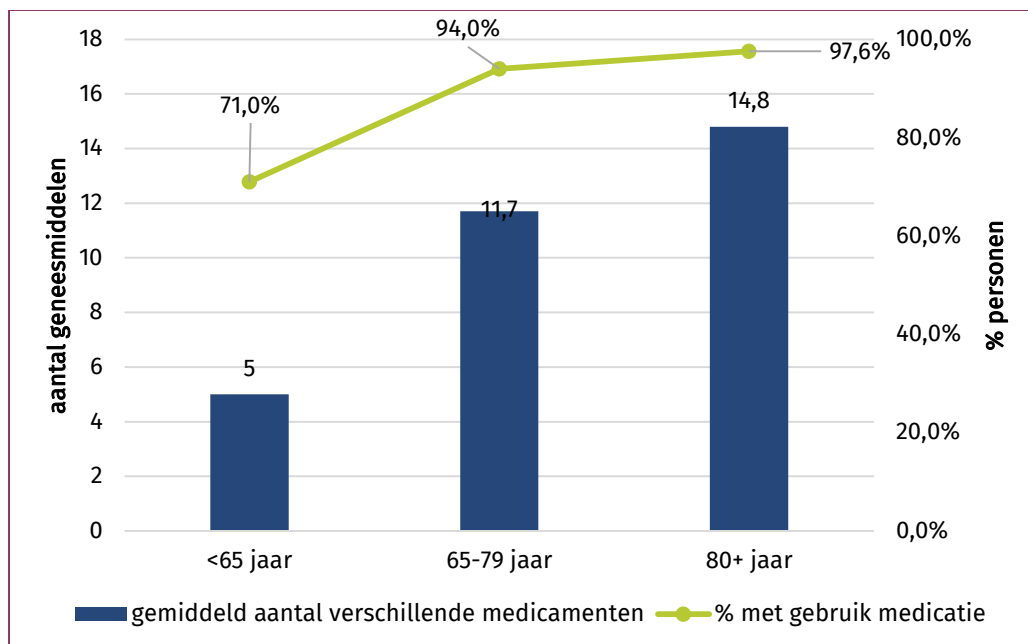
De kost van geneesmiddelen vertegenwoordigt 15,2 % van de totale VP uitgaven in 2017. Onderstaande tabel 7 bevat voor 2010 en 2017 het aantal personen per leeftijdsgroep met een uitgave voor geneesmiddelen en de totale uitgaven aan geneesmiddelen. Daarnaast wordt ook de evolutie van het aantal personen en van de uitgaven tussen 2010 en 2017 gepresenteerd.

		Personen		Uitgaven VP (€)		Evolutie personen 2010 - 2017	Evolutie uitgaven 2010 - 2017
		2010	2017	2010	2017		
< 65 jaar	<b>Totaal</b>	1.081.936	1.245.648	341.960.217	428.923.865	15,1%	25,4%
	65-79 jaar	174.430	198.985	153.659.843	190.963.190	14,1%	24,3%
65+ jaar	80+ jaar	88.421	99.402	79.557.202	90.611.487	12,4%	13,9%
	<b>Totaal</b>	262.851	298.387	233.217.045	281.574.677	13,5%	20,7%

Tabel 7: Overzicht van de uitgavenpost 'Geneesmiddelen', MLOZ, 2010 - 2017

De stijging van het aantal personen dat medicamenten gebruikt per leeftijdsgroep tussen 2010 en 2017, is evenredig aan de stijging van het aantal leden. De uitgaven stijgen sterk voor de <65-jarigen en de 65- tot 79-jarigen en slechts weinig voor 80-plussers, hoewel de stijging van het aantal personen dat geneesmiddelen gebruikt ongeveer gelijk is. Dit kan mogelijk verklaard worden door de invoering van de tarifiering per eenheid in woonzorgcentra in 2015: de gemiddelde uitgaven aan geneesmiddelen voor bewoners van woonzorgcentra dalen met 10,2 % van € 1.129 tot € 1.013 tussen 2010 en 2017.

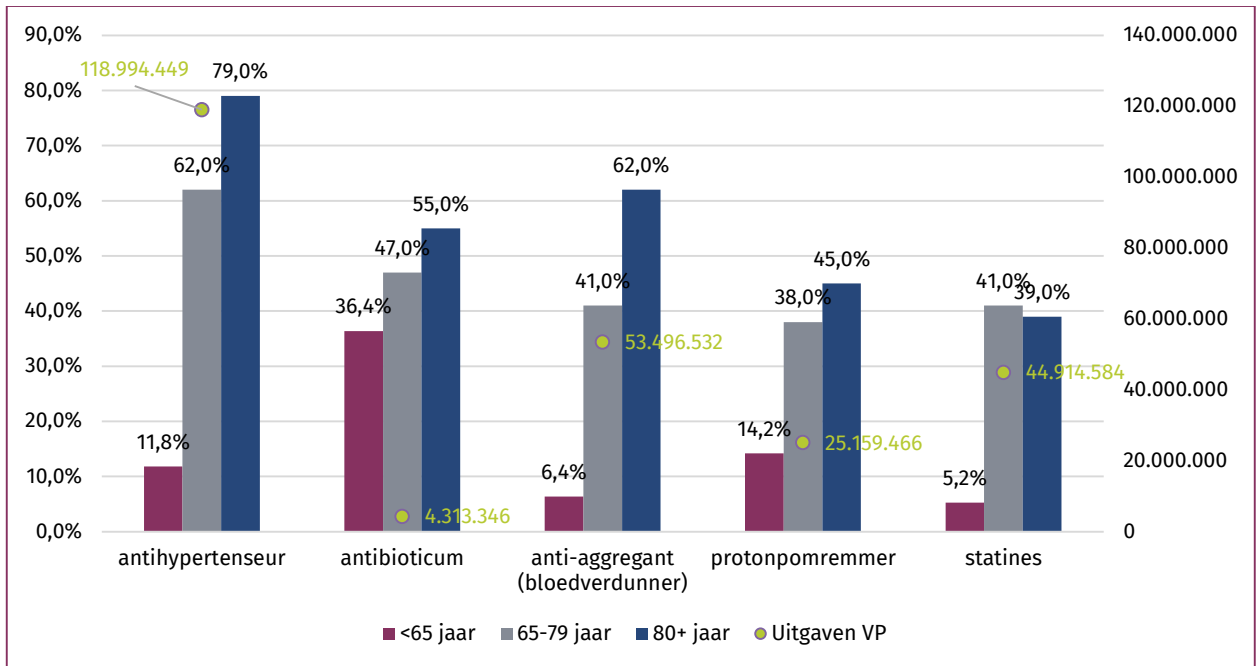
Figuur 7 toont het percentage ouderen dat geneesmiddelen gebruikt en het gemiddeld aantal verschillende medicamenten gebruikt per leeftijdsgroep voor 2017. Het percentage ouderen dat geneesmiddelen gebruikt, stijgt met de leeftijd: slechts 6,0 % van de 65- tot 79-jarigen en 2,4 % van de 80-plussers kreeg geen medicament voorgeschreven in 2017, vergeleken met 29,0 % van de personen jonger dan 65 jaar. Voor 2010, en ook in de wetenschappelijke literatuur (Christensen et al., 2019), vinden we vergelijkbare cijfers.



Figuur 7: Geneesmiddelengebruik per leeftijdsgroep, MLOZ, 2017

Figuur 8 toont voor de 5 meest gebruikte geneesmiddelengroepen het percentage ouderen, per leeftijdsgroep, dat dit geneesmiddel gebruikte en de totale VP uitgaven. We kijken hierbij niet specifiek naar chronisch gebruik. We stellen vast dat voor elk van deze geneesmiddelen, buiten statines, het percentage gebruikers stijgt met de leeftijd. De verschillen tussen ouderen en personen jonger dan 65 jaar zijn vaak zeer groot. 7 ouderen van de 10 kregen een geneesmiddel tegen hypertensie voorgeschreven in 2017 en 5 van de 10 een antibioticum en/of bloedverdunner. De 3 geneesmiddelen met de hoogste VP-uitgaven zijn antihypertensiva, bloedverduuners en statines.

Een vorige studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2014) ging dieper in op het gebruik van antihypertensiva en toonde aan dat ongeveer 1 op de 4 hypertensiepatiënten niet therapietrouw is. Voor statines zien we een gemiddeld gebruik vergeleken met andere studies over medicatiegebruik bij ouderen (Canadian Institute for Health Information, 2018; Christensen et al., 2019). In een recent rapport plaatst het Federale Kenniscentrum (Cordon et al., 2019) vraagtekens bij het hoge aantal voorgeschreven statines.



Figuur 8: Top 5 van geneesmiddelen met meeste gebruikers, MLOZ, 2017

### Verpleegkundige verzorging

De uitgaven aan verpleegkundige verzorging vertegenwoordigen 6,8 % van de totale uitgaven VP en bijna 1 oudere op 5 had hier een uitgave voor. Tabel 8 bevat, voor 2010 en 2017, het aantal personen per leeftijdsgroep met een uitgave voor verpleegkundige verzorging en de totale uitgaven hieraan. Daarnaast wordt ook de evolutie van het aantal personen en van de uitgaven tussen 2010 en 2017 gepresenteerd.

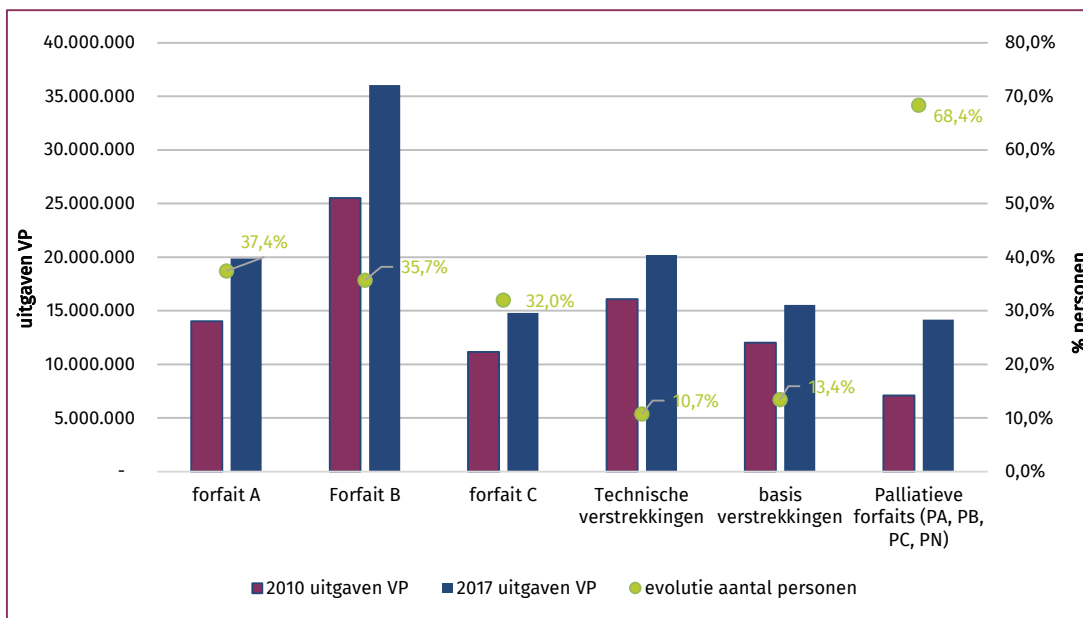
		Personen		Uitgaven VP (€)		Evolutie personen 2010 - 2017	Evolutie uitgaven 2010 - 2017
		2010	2017	2010	2017		
< 65 jaar	<b>Totaal</b>	50.609	64.044	23.156.898	34.065.106	26,5%	47,1%
	65+ jaar						
	65-79 jaar	26.136	29.440	30.755.421	40.150.925	12,6%	30,5%
	80+ jaar	25.593	31.174	56.886.723	85.774.448	21,8%	50,8%
	<b>Totaal</b>	51.729	60.614	87.642.144	125.925.373	17,2%	43,7%

Tabel 8: Overzicht van de uitgavenpost 'Verpleegkundige verzorging', MLOZ, 2010 - 2017

Ten eerste stellen we vast dat het gebruik sterk toeneemt met de leeftijd: van minder dan 1 op 20 bij personen onder de 65 jaar tot bijna 1 op 3 bij 80-plussers. Ten tweede stellen we voor de 80-plussers een disproportionele toename van het aantal personen met een uitgave vast vergeleken met de toename van het aantal 80-plussers. Ten slotte zien we ook, voor elke leeftijdsgroep, dat de stijging van de uitgaven hoger is dan de stijging van het aantal personen. Hiervoor zijn meerdere verklaringen mogelijk:

- stijging van de kosten van de forfaits: de gemiddelde terugbetaling VP voor forfaits A, B en C stijgt met 8 % tussen 2010 en 2017;
- frequenter gebruik van verpleegkundige verzorging: onderstaande figuur 9 toont de stijging van de uitgaven aan verpleegkundige verzorging voor de

verschillende forfaits, de technische verstrekkingen en de basisverstrekkingen alsook de evolutie van het aantal personen dat uitgaven VP heeft voor deze verstrekkingen<sup>8</sup>. We stellen voor elk forfait een sterke toename vast van het aantal personen dat er gebruik van maakt, en een sterke stijging van de uitgaven.



Figuur 9: Gebruik van de soorten verpleegkundige verzorging, MLOZ, 2010 - 2017

Verpleegkundige verzorging gaat vaak hand in hand met mantelzorg door familie of naasten; thuis blijven wonen kan vaak dankzij de ondersteuning door naasten. Cijfers over het percentage van de volwassen bevolking dat ook mantelzorger is, verschillen sterk: de gezondheidsenquête maakt gewag van 9 % van de 15-plussers in 2013 (Demarest, 2015); in Wallonië en Brussel is er sprake van 22 % van de bevolking (Ligue des Familles, 2017).

### Consultaties bij de huisarts of specialist

Tabel 9 geeft, voor 2010 en 2017, het aantal personen per leeftijdsgroep met een consultatie bij de arts en de totale uitgaven hieraan. Daarnaast wordt ook de evolutie van het aantal personen en de uitgaven tussen 2010 en 2017 gepresenteerd.

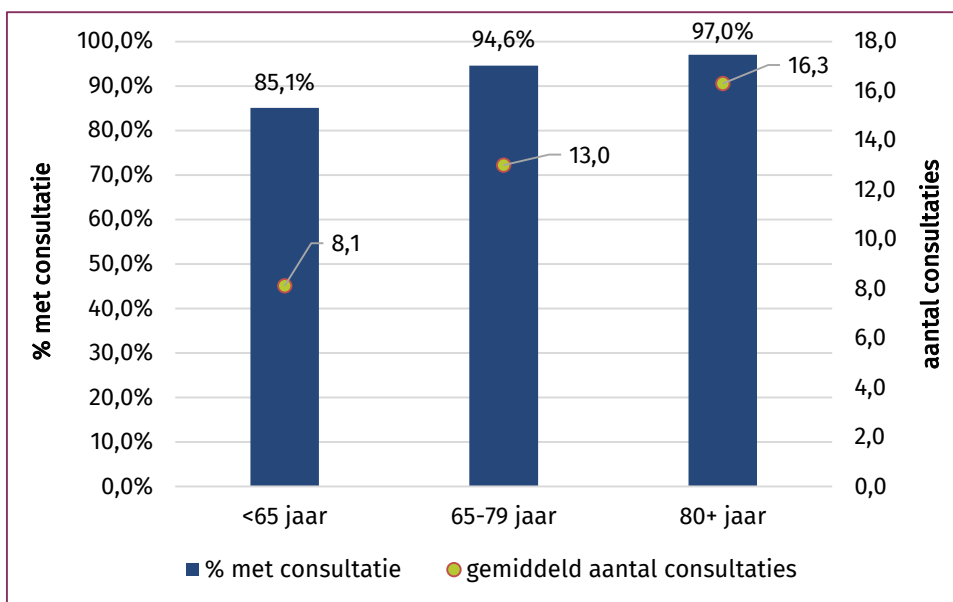
		Personen		Uitgaven VP (€)		Evolutie personen 2010 - 2017	Evolutie uitgaven 2010 - 2017
		2010	2017	2010	2017		
< 65 jaar	<b>totaal</b>	1.260.614	1.490.161	169.779.445	240.697.218	18,2%	41,8%
	65-79 jaar	174.838	200.243	44.435.557	56.098.179	14,5%	26,2%
65+ jaar	80+ jaar	87.935	98.784	32.622.567	39.413.273	12,3%	20,8%
	<b>totaal</b>	262.773	299.027	77.058.124	95.511.452	13,8%	23,9%

Tabel 9: Overzicht van de uitgavenpost 'Consultaties', MLOZ, 2010 - 2017

<sup>8</sup> Uitgaven voor andere verpleegkundige verstrekkingen beslaan slechts 4,2 % van de uitgaven.

We stellen vast dat het aantal personen met consultatie tussen 2010 en 2017 even sterk steeg als het aantal personen per leeftijdsgroep. Voor elke leeftijdsgroep, en dan vooral voor de <65-jarigen, stegen de uitgaven wel sterker dan het aantal personen. Tussen 2010 en 2017 steeg het gemiddelde aantal consultaties per persoon van 13,8 tot 14,1 en de gemiddelde VP uitgaven per consultatie namen toe met 6,8 % tot € 22,7.

Figuur 10 toont per leeftijdsgroep het percentage personen met minstens één consultatie en het gemiddelde aantal consultaties. We stellen vast dat met de leeftijd zowel het gemiddelde aantal consultaties stijgt als het percentage ouderen met een raadpleging.

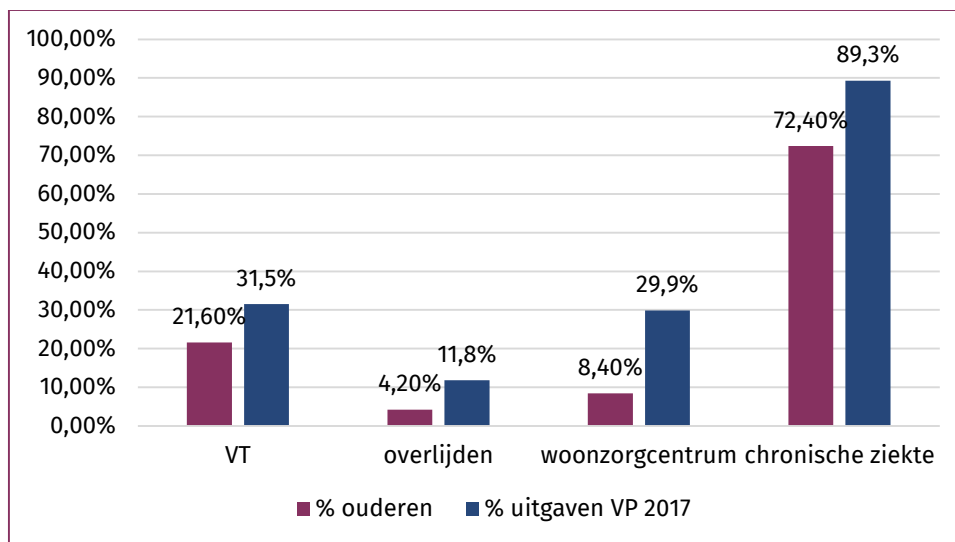


Figuur 10: Consultaties per leeftijdsgroep, 2017, MLOZ

### De uitgavenposten volgens de verschillende karakteristieken van ouderen

Nu we de uitgavenposten in detail hebben besproken, kunnen we het verband leggen tussen de karakteristieken van de bevolking en de uitgaven.

Figuur 11 toont dat voor elk van de 4 reeds besproken karakteristieken het aandeel van de uitgaven hoger is dan het aandeel van de bevolking. De volgende paragrafen gaan hier dieper op in. We gebruiken daarbij vooral cijfers rond hospitalisaties om de verschillen te duiden omdat, zoals we reeds bespraken, hospitalisaties meer dan één derde van de totale uitgaven VP beslaan. Daarnaast verwijzen we ook naar de andere belangrijke uitgavenposten: forfaits van de woonzorgcentra, consultaties, verpleegkundige verzorging en geneesmiddelengebruik.



Figuur 11: Aandeel van de bevolking en uitgaven VP voor 4 verschillende karakteristieken

### Verhoogde tegemoetkoming (VT)

Ouderen met VT hebben recht op hogere terugbetaling van hun gezondheidsuitgaven door de verplichte verzekering. Dit verklaart deels het grotere aandeel dat zij vertegenwoordigen. Tabel 10 geeft een overzicht van het percentage personen dat een uitgave had voor 1 van de 5 belangrijkste uitgavenposten naargelang het VT-statuut. De laatste kolom van de tabel geeft ook het percentage van de totale uitgaven voor een bepaalde post dat gedaan werd door ouderen met het VT-statuut. Ter herinnering: 21,6 % van de ouderen heeft het VT-statuut.

	% personen met een uitgave		% van de uitgaven door mensen met VT-statuut
	Geen VT	VT	
Verblijfskosten (hospitalisatie)	20,2 %	26,7 %	31,1 %
Forfaits woonzorgcentra	6,6 %	14,8 %	41,4 %
Geneesmiddelen	95,0 %	95,8 %	24,7 %
Verpleegkundige verzorging	17,3 %	26,7 %	45,9 %
Consultaties	95,3 %	95,8 %	31,7 %

Tabel 10: overzicht van de uitgavenposten naargelang VT-statuut, MLOZ, 2017

Uit tabel 10 halen we dat meer dan een kwart van de ouderen met het VT-statuut minstens 1 nacht in het ziekenhuis verbleef in 2017. We zien ook proportioneel meer mensen met verpleegkundige verzorging en forfaits voor woonzorgcentra bij ouderen met het VT-statuut. De uitgaven aan forfaits voor de woonzorgcentra en verpleegkundige verzorging liggen dan ook disproportioneel hoog bij mensen met het VT-statuut, zoals te zien in de laatste kolom van tabel 10.

Bijlage 5 splitst de bovenstaande tabel verder op naar leeftijdsgroep. Bij 65- tot 79-jarigen valt op dat meer dan de helft van de uitgaven voor verpleegkundige verzorging en de forfaits voor woonzorgcentra naar ouderen met het VT-statuut gaat.

## Levensende

Figuur 11 toont dat het aandeel van de totale uitgaven VP voor overleden personen veel hoger ligt dan het percentage overleden personen, ondanks het feit dat overleden personen slechts een deel van het jaar gezondheidsuitgaven hadden. Dit ligt in lijn met cijfers uit vergelijkbare ontwikkelde landen over medische kosten in het laatste levensjaar (Aldridge et al., 2015; French, et al., 2017 ). Er wordt in de literatuur vaak verwezen naar '*proximity to death*' als belangrijke predictor voor hoge medische kosten, eerder dan leeftijd (Howdon et al., 2018; Hazra et al., 2018, ).

Onderstaande tabel 11 geeft een overzicht van het percentage personen dat een uitgave had voor 1 van de 5 belangrijkste uitgavenposten naargelang het overlijden. Daarnaast geeft de tabel ook het percentage van de totale uitgaven voor een bepaalde post dat gedaan werd door ouderen die overleden in 2017.

We stellen een zeer disproportioneel aandeel van de uitgaven voor hospitalisaties vast bij overledenen, bijna 70 % van de overledenen verblijft dan ook nog minstens een nacht in het ziekenhuis. Hoge hospitalisatiekosten in het levensjaar worden ook geobserveerd in andere landen (French EB, et al., 2017 ). Ook wat betreft de forfaits van de woonzorgcentra en de verpleegkundige verzorging zien we een hoog aandeel van de uitgaven. Van de personen in een woonzorgcentrum overlijdt 22,1 % in 2017.

	% personen met een uitgave		% van de uitgaven door overledenen
	Niet overleden	Overleden	
Verblijfskosten (hospitalisatie)	19,6 %	68,3 %	19,3 %
Forfaits woonzorgcentra	6,8 %	43,9 %	11,9 %
Geneesmiddelen	95,1 %	97,6 %	7,4 %
Verpleegkundige verzorging	18,4 %	40,3 %	10,8 %
Consultaties	95,4 %	95,0 %	5,2 %

Tabel 11: Overzicht van de uitgavenposten naargelang het overlijden, MLOZ, 2017

Bijlage 5 splitst bovenstaande tabel verder op naar leeftijdsgroep. Het valt op dat 1 uitgave op 7 (15,8 %) aan verblijfskosten bij 65- tot 79-jarigen gedaan wordt door de 1,8 % van de 65- tot 79-jarigen die overlijden in 2017.

## Woonzorgcentra

In 2017 verblijft 8,4 % van de ouderen minstens een deel van het jaar in een woonzorgcentrum, maar hun aandeel van de uitgaven is bijna 30 %. Wat verklaart dit verschil?

- De forfaits die maandelijks betaald worden door de VP voor elke persoon in een woonzorgcentrum.
- Zorgafhankelijkheid van de bewoners van een woonzorgcentrum: uit een enquête van ING (2018) blijkt dat 78,3 % van de rusthuisbewoners nood heeft aan relatief veel ondersteuning en dat meer dan 1/3 aan dementie lijdt. Deze afhankelijkheid kan ook deels de hogere uitgaven VP verklaren.



- Hoge uitgaven voorafgaand aan de intrede in een woonzorgcentrum en vooral aan ziekenhuisopnames: voor ouderen die pas in 2017 naar een woonzorgcentrum verhuisden (n = 8.471), vinden we dat 74,7 % minstens 1 nacht in het ziekenhuis verbleef in de 2 weken voor zijn of haar intrede in het woonzorgcentrum<sup>9</sup> en dat 38,1 % intrad in het woonzorgcentrum op de dag dat het ziekenhuisverblijf eindigde.

Onderstaande tabel 12 geeft een overzicht van het percentage personen dat een uitgave had voor 1 van de 5 belangrijkste uitgavenposten naargelang hun woonsituatie. Daarnaast geeft de tabel ook het percentage van de totale uitgaven voor een bepaalde post dat gedaan werd door ouderen die in een woonzorgcentrum verbleven in 2017. De tabel toont duidelijk dat er proportioneel meer ouderen in een woonzorgcentrum uitgaven hadden voor elk van de 5 posten. Daaruit volgt dan ook dat het aandeel van de uitgaven voor hen telkens hoger ligt dan hun aandeel van de bevolking.

	% personen met een uitgave		% van de uitgaven door bewoners woonzorgcentra
	Thuis	Woonzorgcentrum	
Verblijfskosten (hospitalisatie)	19,4 %	46,1 %	22,9 %
Forfaits woonzorgcentra	0,0 %	100,0 %	100,0 %
Geneesmiddelen	94,8 %	99,5 %	9,4 %
Verpleegkundige verzorging	19,0 %	22,5 %	10,6 %
Consultaties	95,1 %	98,3 %	13,6 %

Tabel 12: Overzicht van de uitgavenposten naargelang de woonplaats, MLOZ, 2017

Daarnaast stellen we ook vast dat bijna de helft (46,1 %) van de ouderen die in een rusthuis verbleven, minstens 1 nacht in het ziekenhuis doorbracht tegenover slechts 19,4 % van de ouderen die thuis woonden. Deze grote verschillen kunnen deels verklaard worden door bovenvermeld verband tussen hospitalisaties en de intrede in een woonzorgcentrum.

In bijlage 5 wordt aan de bovenstaande tabel ook de dimensie leeftijd toegevoegd. Hierbij valt op dat 13,0 % van de uitgaven VP aan verblijfskosten worden gemaakt door de 2,2 % 65- tot 79-jarigen die in een woonzorgcentrum verblijven.

### Chronisch zieken

Onderstaande tabel 13 geeft een overzicht van het percentage personen dat een uitgave had voor 1 van de 5 belangrijkste uitgavenposten voor ouderen met een chronische ziekte en ouderen zonder chronische ziekte. Daarnaast geeft de tabel ook het percentage van de totale uitgaven voor een bepaalde post dat gedaan werd door ouderen met een chronische ziekte. Ter herinnering, 72,4% van de ouderen heeft minstens één chronische ziekte. De tabel toont duidelijk dat er proportioneel meer ouderen met een chronische ziekte uitgaven hadden voor elk van de 5 posten.

<sup>9</sup> Hierbij beschouwen we enkel de personen die na 15/01/2017 maar vóór 01/01/2018 intraden in een woonzorgcentrum.

	% personen met een uitgave		% van de uitgaven door chronisch zieken
	Geen chronisch zieke	Chronisch zieke	
Verblijfskosten (hospitalisatie)	11,2 %	25,6 %	91,6 %
Forfaits woonzorgcentra	4,3 %	9,9 %	88,8 %
Geneesmiddelen	82,5 %	100,0 %	92,3 %
Verpleegkundige verzorging	9,5 %	23,1 %	90,8 %
Consultaties	87,1 %	98,5 %	84,7 %

Tabel 13: Overzicht van de uitgavenposten naargelang chronische aandoening, MLOZ, 2017

Een vorige studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2018) duidde hospitalisaties al aan als belangrijke oorzaak voor de hogere gezondheidsuitgaven bij chronisch zieken, wat we bevestigen op basis van de bovenstaande tabel: bijna 92 % van de uitgaven aan verblijfskosten bij hospitalisaties wordt gemaakt door chronisch zieken. Daarnaast valt op dat ook de uitgaven aan geneesmiddelen disproportioneel hoog liggen bij chronisch zieken en dat bijna 9 uitgaven van de 10 voor de forfaits voor woonzorgcentra gedaan worden door mensen met een chronische ziekte. We zien dan ook dat 85,9 % van de bewoners van een woonzorgcentrum een chronische ziekte heeft.

Bijlage 5 breidt de bovenstaande tabel verder uit door de leeftijdsgroepen te integreren. Daarbij valt op dat 65- tot 79-jarigen met chronische ziektes een bijna even groot deel van de uitgaven voor hun rekening nemen (rond de 90 %) als de 80-plussers, ook al zijn er procentueel minder chronisch zieken bij de 65- tot 79-jarigen.

## Verklarende factoren van uitgaven VP bij ouderen

We bespraken enkele belangrijke karakteristieken van ouderen en stelden vast dat ze elkaar op meerdere punten overlappen. Daarom stellen we een econometrisch model op om de specifieke impact van bovenstaande karakteristieken op de gezondheidsuitgaven te schatten. Daarnaast worden nog enkele andere factoren toegevoegd, zoals blijkt uit het volgende model:

Het econometrisch model wordt als volgt geformuleerd:

$$\begin{aligned}
 Maand_{AO} = & \beta_1 \text{Leeftijd7175}_i + \dots + \beta_5 \text{Leeftijd90plus}_i + \beta_6 \text{Vrouw}_i + \beta_7 \text{Overlijden}_i \\
 & + \beta_8 \text{Woonzorgcentrum}_i + \beta_9 \text{VerhoogdeTegemoetkoming}_i + \beta_{10} \text{Depressie}_i \\
 & + \beta_{11} \text{Hypertensie}_i + \dots + \beta_{32} \text{Kanker}_i + \beta_{33} \text{Vlaanderen}_i + \beta_{34} \text{Wallonië}_i + \varepsilon_i
 \end{aligned}$$

waarbij:

- $\beta_1 \dots \beta_5$  coëfficiënten zijn geassocieerd met de binaire variabelen voor leeftijdsgroepen (1 als de persoon tot een specifieke leeftijdsgroep behoort, 0 indien niet)
- $\beta_6$  een coëfficiënt is geassocieerd met de binaire variabele Vrouw (1 als de persoon van het vrouwelijk geslacht is, 0 indien niet)

- $\beta_7$  een coëfficiënt is geassocieerd met de binaire variabele Overlijden (1 als de persoon overlijdt in 2017, 0 indien niet)
- $\beta_8$  een coëfficiënt is geassocieerd met de binaire variabele Woonzorgcentrum (1 als de persoon in 2017 in een woonzorgcentrum verblijft, 0 indien niet)
- $\beta_9$  een coëfficiënt is geassocieerd met de binaire variabele Verhoogde tegemoetkoming (1 als de persoon in 2017 recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming, 0 indien niet)
- $\beta_{10} \dots \beta_{32}$  coëfficiënten zijn geassocieerd met de binaire variabelen voor chronische ziektes (1 als de persoon aan een specifieke chronische ziekte lijdt, 0 indien niet)
- $\beta_{33}$  en  $\beta_{34}$  coëfficiënten zijn geassocieerd met de binaire variabelen voor de regio's (1 als de persoon in die regio woont, 0 indien niet)

Op basis van dit model en de reeds gepresenteerde demografische variabelen, voeren we een lineaire regressie uit. We presenteren en analyseren hieronder de belangrijkste resultaten van deze regressie en maken daarbij de vergelijking met resultaten uit een vergelijkbaar model toegepast op het gehele ledental van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2013). De resultaten van de regressie worden gepresenteerd in tabel 14.

Elke coëfficiënt vertegenwoordigt, voor zover alle andere elementen onveranderd blijven, de impact in euro's van de geassocieerde variabele van het model op de maandelijkse uitgaven VP. Een interpretatie heeft pas zin als de observatie significant is vanuit statistisch oogpunt (normaal gezien wordt de grens op 10 % gezet).

Wat zijn nu de factoren die de grootste impact hebben op de maandelijkse uitgaven VP? Uit de resultaten blijken dit duidelijk overlijden, verblijf in een rusthuis en lijden aan de chronische ziekte chronische nierinsufficiëntie, een zeldzame ziekte of geestelijke ziekte te zijn.

Volgens de geschatte coëfficiënten heeft een persoon die in 2017 overlijdt, maandelijks € 2.160 gekost aan de ziekteverzekering vergeleken met een niet-overleden persoon (onder de hypothese dat alle andere karakteristieken van de persoon onveranderd blijven). Dit bedrag is vergelijkbaar met eerdere resultaten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen berekend voor de gehele bevolking (2013). Dit betekent dus dat zowel voor de gehele bevolking als voor ouderen specifiek het levenseinde leidt tot grote maandelijkse uitgaven VP ten opzichte van vergelijkbare personen die niet sterven.

Een persoon die (deels) in een rusthuis verblijft, heeft € 1.078 meer uitgaven VP per maand dan een vergelijkbare persoon die niet in een rusthuis verblijft.

Het hebben van een chronische ziekte leidt altijd tot hogere uitgaven VP per maand. Voor de 3 meest voorkomende ziektes— namelijk hypertensie, depressie en diabetes— vinden we respectievelijk € 109, € 174 en € 50. Voor hypertensie is het gevonden resultaat bijna dubbel zo hoog als in 2010 (€ 54), voor depressie zeer gelijkaardig (€ 158). Er zijn ook chronische ziektes waarbij de maandelijkse uitgaven VP meer dan € 1.500 hoger liggen dan voor vergelijkbare personen zonder die ziekte, namelijk zeldzame ziektes, geestelijke gezondheid en chronische nierinsufficiëntie. Ook in 2010 leidden deze ziektes al tot grote maandelijkse VP-uitgaven.

Een ander resultaat is de positieve invloed van de leeftijd op de uitgaven VP. Al is deze coëfficiënt beperkt, wat erop duidt dat leeftijd slechts een klein deel van de uitgaven voor oudere personen verklaart. Ook zijn onze resultaten niet significant voor personen ouder dan 90 jaar. Dit resultaat zien we ook terugkomen in andere landen (OESO, 2016)

De coëfficiënt geassocieerd met het statuut VT toont ons dat het hebben van dit statuut tot hogere terugbetalingen per maand leidt, wat logisch is, vergeleken met een vergelijkbare persoon zonder het VT-statuut. In 2010 werden er gelijkaardige resultaten gevonden.

Verklarende variabelen	Geraamde coëfficiënten	Standard error <sup>CH</sup>	T-value
Verhoogde Tegemoetkoming	135	4,44	30,31
Woonzorgcentrum	1078	7,63	141,36
Overlijden	2160	9,52	226,92
Regio: Vlaanderen	40	4,00	9,98
Regio: Wallonië	50	3,95	12,72
Leeftijd: 71-75	77	4,82	15,95
Leeftijd: 76-80	100	5,34	18,81
Leeftijd: 81-85	101	5,73	17,71
Leeftijd: 86-90	102	6,76	15,08
Leeftijd: 90plus	3 <sup>NS</sup>	9,23	0,37
Vrouw	4 <sup>NS</sup>	3,49	1,21
Hypertensie	109	3,73	29,16
Cardiovasculaire aandoening	238	6,56	36,32
Ademhalingsziekte (COPD + astma)	342	6,13	55,79
mucovidose	492	121,53	4,05
diabetes	51	5,39	9,41
Exocriene pancreasaandoeningen	346	58,61	5,91
Psychose (<70 jaar)	248	24,77	10,01
Psychose (>70 jaar)	201	16,63	12,08
parkinson	305	14,22	21,43
epilepsie	452	10,86	41,57
HIV	826	63,42	13,03
Chronische Hepatitis B of C	826	146,57	5,64
Orgaan transplantatie	853	51,28	16,64
Alzheimer	35 <sup>**</sup>	17,33	1,99
Zeldzame Aandoening	2746	31,07	88,40
Depressie	174	5,45	31,88
Kanker	1355	10,87	124,70
Chronische nierinsufficiëntie	1706	18,34	93,03
Geestelijke gezondheid	2159	32,08	67,31
Sclerose	1027	114,95	8,93
Reumatische artritis of psoriasis, ziekte van Crohn, colitis	413	20,35	20,30

(CH): robuust

(NS): niet-significant aan de drempel van 10%; alle overige geraamde coëfficiënten zijn significant aan de drempel van 1%, buiten de ziekte van alzheimer

(\*\*): significant aan de drempel van 5%

**Tabel 14: resultaten van de lineaire regressie**

Tegen 2040 zal de Belgische bevolking sterk vergrijzen en vooral bij de 80-plussers zullen we een sterke toename waarnemen. Tussen 2010 en 2017 was de vergrijzing van de bevolking al merkbaar voor de Belgische bevolking maar niet voor de leden van MLOZ: de toename van het aantal personen jonger dan 65 jaar was ongeveer gelijk aan dat van de personen van 65 jaar en ouder.

Ouderen hebben disproportioneel hoge gezondheidsuitgaven. We stellen een sterke toename van de gemiddelde jaarlijkse uitgaven VP met de leeftijd vast, met een scherpere stijging vanaf 80 jaar.

De 5 grootste uitgavenposten van ouderen zijn verblijfskosten (hospitalisaties), forfaits woonzorgcentra, geneesmiddelen, verpleegkundige verzorging en consultaties. Op de eerste plaats vinden we de verblijfskosten tijdens hospitalisaties, die meer dan een vijfde van de totale VP-uitgaven voor ouderen uitmaken. We zien dan ook dat hogere uitgaven voor overledenen, chronisch zieken en bewoners van woonzorgcentra deels verklaard worden door hogere uitgaven aan verblijfskosten.

Bijna 1/4 van de uitgaven VP gaat naar zorgafhankelijke uitgaven, forfaits voor de woonzorgcentra en verpleegkundige verzorging. We bemerken een duidelijke toename van het aantal zorgafhankelijke ouderen met de leeftijd en meer dan de helft van de 80-plussers krijgt professionele zorg (thuis of in een woonzorgcentrum) tijdens het jaar.

1/5 van de uitgaven VP gaat naar geneesmiddelen en consultaties bij huisartsen of specialisten. Met betrekking tot geneesmiddelen stellen we vast dat het gebruik toeneemt met de leeftijd net als het aantal verschillende gebruikte medicamenten. 7 ouderen van de 10 kregen anti-hypertensiva voorgeschreven in 2017 en 5 van de 10 antibiotica en bloedverduuners. Bijna 4 ouderen van de 10 gebruiken statines.

Specifiek voor de 80-plussers, waarvoor de grootste toenames in aantallen geprojecteerd worden tegen 2040, zien we dat de forfaits voor woonzorgcentra veruit de belangrijkste uitgavenpost zijn. Daarnaast valt ook op dat verpleegkundige verzorging bijna 10 % van de totale uitgaven VP vertegenwoordigt en de uitgaven hiervoor sterk gestegen zijn sinds 2010.

Bijna 3/4 van de ouderen heeft een chronische ziekte. Hypertensie, depressie en diabetes zijn de meest voorkomende ziektes. Uit de statistische analyse blijkt dat dit tot hoge maandelijkse meerkosten kan leiden, afhankelijk van de ziekte. Vergeleken met ouderen zonder chronische aandoeningen hebben chronisch zieken vooral hoge uitgaven voor verblijfskosten en geneesmiddelen.

Ongeveer 1 ouderen van de 25 overleed in 2017, maar de overleden personen namen bijna 1/5 van de uitgaven VP voor hun rekening. Vooral voor verblijfskosten en forfaits van de woonzorgcentra hadden de overledenen hoge uitgaven. Uit het statistische model blijkt dat het overlijden leidt tot € 2.160 extra uitgaven VP per maand ten opzichte van een vergelijkbare persoon die nog blijft leven.

# 06

## AANBEVELINGEN

Uit een enquête van de Onafhankelijke Ziekenfondsen bij 1.000 Belgen (2017) blijkt dat 55-plussers in België vinden dat de overheid het meest moet investeren in **de strijd tegen kanker**, chronische ziektes (hart- en vaatziekten, diabetes, ... ) en obesitas. Het merendeel wil ook dat de **overheid evenveel belang hecht aan preventie als aan de behandeling van ziektes**. De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten in hun memorandum voor de verkiezingen dan ook om de middelen voor preventie te verhogen met 50 %.

Uit een enquête van de Koning Boudewijnstichting (2017) bij 2.000 niet-hulpbehoevende ouderen tussen 60 en 85 jaar blijkt dat ouderen woonvormen verkiezen waarbij men **zolang mogelijk zelfstandig kan blijven wonen**, liefst in eigen woning met overdag professionele hulp of hulp van elektronische hulpmiddelen. **Informeel zorg moet daarom gestimuleerd worden door het statuut van mantelzorgers te verstevigen en meer begeleiding te bieden:**

- periodes van loopbaanonderbreking gelijkstellen voor de berekening van het pensioen
- een rechtstreekse vergoeding voor mantelzorgers invoeren, of dit doen via de zorgverzekeringssystemen die de gewesten oprichten  
Dit zou in oktober 2019 moeten beginnen.
- specifiek verlof voor dergelijke ondersteuningstaken toestaan
- fiscale voordelen en/of een verlaging van de onroerende voorheffing invoeren voor mantelzorgers die samenwonen met een afhankelijke persoon
- administratieve en psychosociale begeleiding voor mantelzorgers ontwikkelen
- oplossingen ontwikkelen en financieren voor korte adempauzes en thuisopvang

De Onafhankelijke Ziekenfondsen bieden al een begeleiding op maat aan voor mantelzorgers, zoals tegemoetkomingen voor ondersteuningssessies, respijtzorg of herstelorden. Er moet werk gemaakt worden van de wetsbesluiten voor de erkenning van mantelzorgers én de specifieke rechten die eruit kunnen voortvloeien.

Andere innovaties kunnen er ook voor zorgen dat ouderen langer thuis blijven wonen: de **ontwikkeling en implementatie van eenvoudig te gebruiken en betaalbare communicatie- en telemonitoringoplossingen**. Uit de enquête van de Koning Boudewijnstichting bleek dat ouderen hier open voor staan als het hen zou toelaten langer zelfstandig thuis te blijven.

Ook (intergenerationele) co-housing kan ervoor zorgen dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Het moet dan ook fiscaal aantrekkelijker gemaakt worden:

- fiscale aftrek mogelijk maken voor natuurlijke personen die samenwonen met een naaste van meer dan 75 jaar oud

- in geval van cohousing in een ‘eengezinswoning’: komaf maken met de impact van het statuut van samenwonende op de inkomsten en sociale rechten van de bewoners

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor een opvolging van chronische patiënten door een **gecoördineerd eerstelijns**team, met respect voor de vrije keuze van de patiënt.

Ouderen gebruiken veel verschillende geneesmiddelen, vooral in woonzorgcentra. Huisartsen en huisapothekers moeten elkaar nog meer aanvullen om er zeker van te zijn dat de patiënt al het nodige advies krijgt voor zijn geneesmiddelenbehandeling en dat er voor patiënten die meerdere medicijnen nemen, een medicatieschema en een ‘medication review’ geformaliseerd worden. Multidisciplinaire samenwerking kan er ook mee voor zorgen dat er adequater wordt voorgeschreven voor patiënten in woonzorgcentra.

Om de uitgaven aan geneesmiddelen onder controle te houden hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen ook een reeks voorstellen uitgewerkt, terug te vinden in de 10 prioriteiten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2019).

Bijlage 1: chronisch zieken volgens leeftijdsgroep, MLOZ, 2017

	Prevalentie 2017 (< 65)	Prevalentie 2017 (65-79 jaar)	Prevalentie 2017 (80+ jaar)	Prevalentie 2017 (65+ jaar)
Hypertensie	8,6 %	56 %	71 %	61,3 %
Depressie	5,0 %	12 %	17 %	13,9 %
Diabetes	2,2 %	14 %	12 %	13,6 %
Ademhalingsziektes (astma, COPD)	3,2 %	9 %	11 %	9,7 %
Hart-en vaatziektes	0,3 %	6 %	14 %	8,7 %
Epilepsie	1,0 %	3 %	3 %	2,9 %
Kanker	0,4 %	3 %	3 %	2,9 %
Parkinson	0,1 %	1 %	3 %	1,7 %
Psychose (>70 jaar)	0,0 %	1 %	2 %	1,3 %
Alzheimer	0,0 %	1 %	2 %	1,1 %

Bijlage 2: structuur van de uitgaven per leeftijdsgroep, MLOZ, 2010 - 2017

	2017			2010		
	< 65 jaar	65-79 jaar	80+ jaar	< 65 jaar	65-79 jaar	80+ jaar
Verblijfskosten (hospitalisatie)	24,4 %	23,3 %	19,1 %	25,3 %	27,4 %	29,0 %
Forfaits woonzorgcentra	0,5 %	5,8 %	30,5 %	0,6 %	5,5 %	25,2 %
geneesmiddelen	17,4 %	19,9 %	10,1 %	18,5 %	19,2 %	10,3 %
Verpleegkundige verzorging	1,4 %	4,2 %	9,6 %	1,2 %	3,8 %	7,4 %
Consultaties	9,8 %	5,8 %	4,4 %	9,2 %	5,5 %	4,2 %
Andere uitgaven	46,5 %	41,0 %	26,4 %	45,2 %	38,5 %	24,0 %
Totaal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Bijlage 3: percentage van de leeftijdsgroep met een uitgave per post, MLOZ, 2010 - 2017

	2010			2017		
	< 65 jaar	65-79 jaar	80+ jaar	< 65 jaar	65-79 jaar	80+ jaar
Verblijfskosten (hospitalisatie)	11,4 %	22,8 %	32,6 %	8,2 %	17,9 %	29,3 %
Forfaits woonzorgcentra	0,1 %	2,3 %	19,9 %	0,1 %	2,2 %	21,3 %
geneesmiddelen	72,4 %	94,0 %	96,6 %	71,1 %	94,0 %	97,6 %
Verpleegkundige verzorging	3,3 %	14,1 %	28,0 %	3,7 %	13,9 %	30,6 %
Consultaties	84,2 %	94,2 %	96,1 %	85,1 %	94,6 %	97,0 %
Andere uitgaven	84,7 %	97,1 %	97,0 %	87,1 %	97,7 %	97,9 %



Bijlage 4: verhouding van de belangrijkste uitgavenposten bij klassieke opnames, MLOZ, 2017

	< 65 jaar	65-79 jaar	80+ jaar	65+ jaar
Verblijfskost	64,8 %	59,1 %	61,5 %	60,1 %
Honoraria voor chirurgie	7,4 %	8,7 %	5,2 %	7,2 %
Implantaten en verbruiksmateriaal	4,5 %	7,7 %	5,5 %	6,7 %
Honoraria voor klinische biologie	4,7 %	5,4 %	7,1 %	6,1 %
Honoraria voor speciale prestaties	3,9 %	5,4 %	5,5 %	5,5 %
Andere uitgaven	14,7 %	13,7 %	15,3 %	14,4 %

## Bijlage 5: uitgavenposten per leeftijdsgroep en per karakteristiek, MLOZ, 2017

### Woonzorgcentrum % personen met een uitgave

	Niet in woonzorgcentrum		Woonzorgcentrum		% van de uitgaven door mensen in woonzorgcentrum	
	65-79 jaar	80+ jaar	65-79 jaar	80+ jaar	65-79 jaar	80+ jaar
Verblijfskosten (hospitalisatie)	17,2 %	25,0 %	50,6 %	45,2 %	13,0 %	35,7 %
Forfaits woonzorgcentra	0,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Geneesmiddelen	93,8 %	97,2 %	99,5 %	99,4 %	3,7 %	21,3 %
Verpleegkundige verzorging	13,7 %	32,9 %	24,9 %	22,0 %	5,9 %	12,8 %
consultaties	94,5 %	96,7 %	98,5 %	98,3 %	4,4 %	26,7 %

### Overlijden % personen met een uitgave

	Niet overleden		Overleden		% van de uitgaven door mensen die overlijden	
	65-79 jaar	80+ jaar	65-79 jaar	80+ jaar	65-79 jaar	80+ jaar
Verblijfskosten (hospitalisatie)	16,9 %	25,6 %	76,7 %	65,0 %	15,8 %	23,9 %
Forfaits woonzorgcentra	1,9 %	17,9 %	17,6 %	54,3 %	7,6 %	12,8 %
Geneesmiddelen	93,9 %	97,6 %	96,7 %	98,0 %	6,2 %	9,9 %
Verpleegkundige verzorging	13,4 %	29,8 %	44,5 %	38,7 %	9,2 %	11,5 %
consultaties	94,6 %	97,2 %	93,4 %	95,6 %	2,5 %	9,1 %

### Chronisch zieke % personen met een uitgave

	Geen chronisch zieke		Chronisch zieke		% van de uitgaven door chronisch zieken	
	65-79 jaar	80+ jaar	65-79 jaar	80+ jaar	65-79 jaar	80+ jaar
Verblijfskosten (hospitalisatie)	9,0 %	19,3 %	22,2 %	31,5 %	91,5 %	91,7 %
Forfaits woonzorgcentra	0,7 %	17,4 %	2,8 %	22,1 %	91,0 %	88,3 %
Geneesmiddelen	81,3 %	87,0 %	100,0 %	100,0 %	91,7 %	93,6 %
Verpleegkundige verzorging	6,9 %	19,2 %	17,2 %	33,2 %	90,7 %	90,9 %
consultaties	86,5 %	89,2 %	98,4 %	98,8 %	81,4 %	89,4 %

### Verhoogde tegemoetkoming % personen met een uitgave

	geen VT		VT		% van de uitgaven door mensen met verhoogde tegemoetkoming	
	65-79 jaar	80+ jaar	65-79 jaar	80+ jaar	65-79 jaar	80+ jaar
Verblijfskosten (hospitalisatie)	16,8 %	28,2 %	22,8 %	32,0 %	30,4 %	32,0 %
Forfaits woonzorgcentra	1,4 %	18,7 %	5,4 %	28,0 %	52,5 %	39,2 %
Geneesmiddelen	93,9 %	97,5 %	94,3 %	97,9 %	22,8 %	28,5 %
Verpleegkundige verzorging	12,4 %	28,7 %	20,4 %	35,6 %	50,2 %	43,9 %
consultaties	94,5 %	96,9 %	94,7 %	97,3 %	28,0 %	37,0 %

Aldridge MD, Kelley AS (2015). The Myth Regarding the High Cost of End-of-Life Care. *Am J Public Health*;105(12):2411–2415. doi:10.2105/AJPH.2015.302889

Canadian Institute for Health Information (2016). *Drug Use Among Seniors in Canada*. Ottawa, ON: CIHI; 2018.

Christensen, L.D., Reilev, M., Juul-Larsen, H.G. et al. (2019). Use of prescription drugs in the older adult population—a nationwide pharmacoepidemiological study. *Eur J Clin Pharmacol* <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02669-2>

Cordon A, De Meester C, Gerkens S, Roberfroid D, De Laet C (2019). De rol van statines bij de primaire preventie van hart- en vaatincidenten – Synthese. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 306As. D/2019/10.273/05.

Demarest S. (2015). Informele hulp. In: Charafeddine R, Demarest S (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 4: Fysieke en sociale omgeving*. WIV-ISP, Brussel

French EB, et al (2017). End-Of-Life Medical Spending In Last Twelve Months Of Life Is Lower Than Previously Reported. *Health Affairs* 36: No. 7, Jul 2017.

Hazra, N. C., Rudisill, C., & Gulliford, M. C. (2018). Determinants of health care costs in the senior elderly: age, comorbidity, impairment, or proximity to death? *The European Journal of Health Economics*, 19(6), 831–842. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0926-2>

Howdon, D., & Rice, N. (2018). Health care expenditures, age, proximity to death and morbidity: Implications for an ageing population. *Journal of Health Economics*, 57, 60–74. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.11.001>

ING (2018) – Woonzorgcentra: Trends en Indicatoren

Koning Boudewijnstichting (2017) – Levenskeuzes van 60-plussers

Ligue des Familles (2017) – Baromètre des Parents

OESO (2016) – Focus on Health Spending: Expenditure by disease, age and gender

Onafhankelijke Ziekenfondsen (2013) – Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg

Onafhankelijke Ziekenfondsen (2014) - Analyse van de behandelingen met antihypertensiva

Onafhankelijke Ziekenfondsen (2015) – Onderzoeksstudie over het gebruik van geneesmiddelen in rusthuizen

Onafhankelijke Ziekenfondsen (2017) – Meer dan 7 op de 10 Belgen willen dat de overheid zich met hun gezondheid bemoeit: <https://www.mloz.be/nl/content/meer-dan-7-op-de-10-belgen-willen-dat-de-overheid-zich-met-hun-gezondheid-bemoeit-0>

Onafhankelijke Ziekenfondsen (2018) – Kosten chronische ziektes blijven stijgen

Onafhankelijke Ziekenfondsen (2019) – 10 prioriteiten voor de toekomst van de gezondheidszorg

Studiecommissie voor de Vergrijzing (2018) - Jaarlijks verslag



Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel  
T 02 778 92 11

# Onze studies op [www.mloz.be](http://www.mloz.be)

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juni 2018  
(Ondernemingsnummer 411 766 483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

