

Concentratie van de **uitgaven** voor de gezondheidszorg

Een analyse van de terugbetalingen
door de ziekteverzekering



Verantwoordelijke Uitgever	Xavier Brenez
Coördinatie	Pascale Janssens (pascale.janssens@mloz.be)
Lay-out	Philippe Dieu



Inhoudstafel

01	Inleiding	4
02	Data en methodologie	6
	Data	6
	A. Gegevens over de bevolking	6
	B. Gegevens over de uitgaven	7
	Methodologie	8
	A. Aanmaken van de populaties van zorgconsumenten	8
	B. De creatie van indicatoren voor chronische ziektes	8
03	Resultaten	11
	Concentratie van de terugbetaalde uitgaven	11
	Profiel van de (deel)populaties	12
	Kenmerken van de chronische aandoeningen	17
	A. Prevalentie van de gekozen chronische aandoeningen	17
	B. De uitgaven voor chronisch zieken	20
	C. Vergelijking van de prevalentie van de chronische aandoeningen en hun aandeel in de uitgaven	22
	D. Gemiddelde uitgaven	24
	E. Kenmerken van de chronisch zieken	26
	F. Econometrische analyse	35
	G. De combinaties van chronische aandoeningen	40
04	Synthese van de resultaten	44
05	Conclusie	50
06	Bibliografie	53
07	Bijlagen	55

01 Inleiding

In de huidige (zeer) moeilijke budgettaire context hebben de verschillende actoren die betrokken zijn bij het beheer van het stelsel van de gezondheidszorg als hoofdbekommernis de duurzame beheersing van de evolutie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging én tegelijk de verbetering van de optimale toekenning van de middelen voor de tenlasteneming van de verzekerden.

Als verzekeringsinstelling is het onze plicht om een optimale toegankelijkheid van een kwaliteitsvolle gezondheidszorg te garanderen voor onze leden. We willen ook creatieve en innoverende initiatieven voorstellen in het kader van de gezondheidspromotie.

De analyse van de medische consumptie en haar componenten is van fundamenteel belang om dit te bereiken. De studie van de concentratie van de medische uitgaven en van de samenstelling van het zorgpakket, rekening houdend met het niveau van de uitgaven, alsook de analyse van het sociaal-economische en pathologische profiel van de grote zorgconsumenten, dragen in belangrijke mate bij tot het verwerven van een inzicht in de vraag naar verzorging.

Deze studie past in dit kader. Haar initiële doel is tweeledig: enerzijds een cartografie maken van de populatie van de leden MLOZ, rekening houdend met een geheel aan chronische aandoeningen en anderzijds, op basis van de verkregen resultaten, actiemiddelen of hefboomen voorstellen die kunnen bijdragen tot het debat over dit onderwerp. Dit tweede luik zal nog het voorwerp uitmaken van volgende studies.

De nationale en internationale literatuur over de gezondheidszorg toont aan dat de chronische aandoeningen zwaarder doorwegen op de uitgaven voor geneeskundige verzorging en dat zij dus een gedeeltelijke verklaring bieden voor de concentratie van die uitgaven.

De eerste fase van de studie bestond uit de identificatie van onze leden met een chronische aandoening.

Die informatie is evenwel niet direct beschikbaar als zodanig, want onze data zijn vooral van administratieve aard. De informatie werd beschreven op basis van een twintigtal chronische aandoeningen die we gehaald hebben uit het rapport van de expertisegroep "morbiditeit" van het RIZIV (gebaseerd op de voorgeschreven geneesmiddelen), rapport dat gebruikt werd in het kader van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen voor geneeskundige verzorging. De lijst van de aandoeningen werd nog aangevuld met enkele chronische aandoeningen, aan de hand van onze factureringsgegevens.

Om een verklaring te vinden voor de concentratie van de uitgaven, werden onze leden in kaart gebracht in functie van de omschreven grote chronische aandoeningen.

De meerderheid van de studies over de uitgaven geneeskundige verzorging, per chronische aandoening (waaronder onze studie), bestudeert de uitgaven van individuen met ten minste die aandoening of chronische ziekte. Zij bestuderen dus niet louter de uitgaven die gepaard gaan met de aandoening. Het gaat dus niet om een studie die de kostprijs bekijkt van een welbepaalde pathologie (geen studie van het type cost of illness).

Om de reflectie over een beter inzicht in de verdeling van de uitgaven voor geneeskundige verzorging te bevorderen, worden niet alleen de data en de gebruikte methodologie voorgesteld, maar werden in de studie ook meerdere luiken opgenomen over de verkregen resultaten:

- een analyse van de concentratie van de terugbetaalde uitgaven voor geneeskundige verzorging, voor verstrekkingen, toegediend in 2010;
- een analyse van het profiel van de totale populatie en van de deelpopulaties van grote consumenten (1%, 5% en 10% van de grootste consumenten van geneeskundige verzorging): hun sociale en economische kenmerken (geslacht, regio, statuut van rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV) of niet, werkloosheid, soort van beroep, gerechtigde/persoon ten laste (PTL), gezinstoestand, afhankelijkheid, rust-en verzorgingstehuizen (RVT)/rustoorden voor bejaarden (ROB) met of zonder hospitalisatieverzekering, overlijdenspercentage);
- een analyse van de prevalentie van de chronische aandoeningen en het relatieve gewicht van de uitgaven die gepaard gaan met chronische ziektes;
- een analyse van de gemiddelde uitgaven van verzekerden die lijden aan een chronische aandoening;
- een analyse van enkele kenmerken van chronische ziektes (overlijden, kanker) en van de samenstelling van het zorgpakket naargelang het uitgavenniveau (klassieke ziekenhuisopname, verblijfsduur, raadpleging huisarts/specialist);
- een analyse via multi-gevarieerde lineaire regressie, om de aandacht te vestigen op de voornaamste verklarende factoren van de terugbetaalde uitgaven voor geneeskundige verzorging;
- een analyse van de combinaties van chronische aandoeningen (evolutie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging naargelang het aantal chronische ziektes; per combinatie van aandoeningen: prevalentie en uitgaven, gemiddelde leeftijd van de leden, aandeel van de uitgaven in het ziekenhuis);
- een samenvatting van de resultaten;
- een conclusie.

Güngör Karakaya
Vanessa Vanrillaer
Rudy Van Tielen

Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

02

Data en methodologie

Data

De gegevens die gebruikt werden in het kader van deze studie, zijn de administratieve data met betrekking tot de leden MLOZ in 2010. Het gaat enerzijds om de bevolkingsgegevens, bepaald in de lay-out IMA (Intermutualistisch Agentschap), dit wil zeggen een reeks algemene inlichtingen over de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, zoals het Rijksregisternummer, het geboortjaar, het geslacht, het gewest/de provincie/het arrondissement van de woonplaats, de sociale en professionele status, het recht of niet op de verschillende forfaitaire bedragen, het soort van gezin, etc. Anderzijds, gaat het om de gegevens over de uitgaven (de facturering). Deze gegevens omvatten alle geneeskundige verstrekkingen, gerealiseerd tussen 1/1/2010 en 31/12/2010, die terugbetaald werden door de ziekteverzekering ¹.

A. Gegevens over de bevolking

De basispopulatie van onze studie wordt gevormd door de personen die zonder onderbreking aangesloten waren bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 1/1/2010 en 31/12/2010 (d.w.z. 365 dagen in 2010), met inbegrip van de overleden personen en van de baby's die geboren zijn in de loop van het jaar. Werden uitgesloten: de verzekerden die gemuteerd zijn naar andere verzekeringsinstellingen of die pas in de loop van het jaar toegetreden zijn (met uitzondering van de pasgeborenen). Ook de leden met een internationaal verdrag werden buiten beschouwing gelaten. In totaal bestond onze **populatie dus uit 1.962.526 leden. 172.143 daarvan heeft geen enkele verstrekking terugbetaald gekregen van de ziekteverzekering in 2010 (8,8%).**

Dit levert het volgende schema op:



¹ Extract van de terugbetalingsgegevens MLOZ in februari 2012.

Dankzij de lay-out IMA betreffende de bevolkingsgegevens, hebben wij een extract kunnen maken van het merendeel van de kenmerken van onze leden, die nuttig zijn voor het in kaart brengen van onze populatie. Het Rijksregisternummer dient als basisgegevens voor de recuperatie van de verstrekkingen van elk lid en voor de desbetreffende uitgaven, die terugbetaald worden door de ziekteverzekering. Om volledig te zijn, hebben we ook een analyse gemaakt van de verzekerden, waarvoor de ziekteverzekering geen verstrekkingen terugbetaald heeft. Alle administratieve gegevens werden aangevuld of gecorrigeerd, wanneer nodig (voorbeelden: verpleegdagprijs van 100%, codes CNK van de geneesmiddelen, sociaal statuut van het lid, ...).

Omdat de lay-out IMA vaak te gedetailleerd is, hebben we bepaalde gegevens anders gegroepeerd (zie hieronder de analyse van de bevolkingsgegevens), om het beheer van de data en de variabelen te vergemakkelijken.

B. Gegevens over de uitgaven

De gebruikte gegevens over de uitgaven in deze studie, zijn de administratieve facturingsgegevens en het gaat hier om de gerealiseerde en terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen in 2010. Ons onderzoek was toegespitst op het aandeel ten laste van de ziekteverzekering. De uitgaven voor geneeskundige verzorging zijn natuurlijk nihil voor de leden zonder terugbetaalde verstrekking in 2010.

Aangezien de gegevens over de populatie en die over de uitgaven of de facturering die ons geleverd worden, niet perfect zijn, leek het ons raadzaam om enkele correcties aan te brengen:

- De kostprijs in het ziekenhuis en meer bepaald het bedrag, per opname en het bedrag, per dag, zoals vermeld op de factuur van de patiënt, zijn onvolledig. Sinds 2002 bestaat de betaling door de ziekenfondsen van de verblijfkosten en de kostprijs van de verzorging in het ziekenhuis immers uit een vast gedeelte (ongeveer 80% van het BFM), betaald per maandelijkse schijf (budgettaire twaalfden) en uit een variabel gedeelte, dat gestort wordt op basis van de facturen, opgemaakt door de ziekenhuizen. De bedragen die vermeld staan op die facturen, moeten dus gecorrigeerd worden zodat ze de financiële realiteit van een ziekenhuisverblijf weerspiegelen zoals het hoort.
- Wij maken hiervoor gebruik van de verpleegdagprijs die het RIZIV ons bezorgt voor elk ziekenhuis, en per halfjaar. Die verpleegdagprijs vermenigvuldigen we met de verblijfsduur die gefactureerd wordt door het ziekenhuis, om de reële openbare uitgave te krijgen = 100% van de kostprijs van een ziekenhuisverblijf.
- Na de berekening, stijgt de totale uitgave voor de geneeskundige verzorging ten laste van de Onafhankelijke Ziekenfondsen van 2,7 miljard naar € 3,6 miljard in 2010.
- De gegevens in verband met de geneesmiddelen zijn eveneens onvolledig. Voor bepaalde codes CNK (Code National(e) Kode = het unieke identificatienummer voor elke verpakking van een geneesmiddel in België) hebben wij geen codes ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), DDD (Defined Daily Dose) en DPP (Doses Per Package) in de databases die wij gebruiken. Wij hebben die informatie aangevuld (of zelfs gecorrigeerd) aan de hand van data, afkomstig van het RIZIV, van het BCFI (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) en van de WGO.
- Die oefening is, zoals we verder nog zullen zien, van fundamenteel belang, aangezien de gegevens in verband met de geneesmiddelen zullen dienen als basis voor de opbouw van onze indicatoren van chronische ziektes (proxy's).

Methodologie

A. Aanmaken van de populaties van zorgconsumenten

Wij hebben vier groepen van zorgconsumenten samengesteld op basis van het niveau van hun uitgaven geneeskundige verzorging, terugbetaald door de ZIV: 1%, 5%, 10% en 20% van de consumenten die de meeste geneeskundige verzorging consumeren;

Wij hebben de populatie hiertoe gerangschikt, per dalende uitgave ZIV (in ons geval: 1%, 5%, 10% en 20%) en we hebben elke schijf van de aldus gerangschikte populatie, geassocieerd met haar aandeel in de uitgaven ZIV. Zo kregen we niet alleen een idee van het aandeel van de uitgaven ZIV van de 4 groepen van consumenten die we beschouwen als "grote consumenten", maar ook van het te bereiken bedrag van de uitgaven ZIV (of de drempelwaarde), om deel te kunnen uitmaken van die groepen (zie onderstaande tabel).

AANDEEL VAN DE TERUGBETAALDE UITGAVEN VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN DREMPELWAARDE PER GROEP VAN GROTE CONSUMENTEN		
Leden (grote consumenten)	Terugbetaalde uitgaven voor geneeskundige verzorging	Drempelwaarde (in euro)
20%	83,8%	1.484
10%	71,9%	3.425
5%	58,6%	7.682
1%	27,4%	27.610

Gezien de lage drempelwaarde voor de 20% (1.484 euro), is het zo dat bijna iedereen die gehospitaliseerd moet worden omwille van een heelkundige ingreep, deel uitmaakt van de deelpopulatie van de 20% die de meeste geneeskundige verzorging consumeert. Maken bijvoorbeeld deel uit van die groep: vrouwen die net een bevalling gehad hebben, patiënten die geopereerd zijn omwille van hernia, mensen bij wie de galblaas verwijderd werd, etc. In het vervolg van de studie, focussen wij dus op de andere 3 deelpopulaties van grote consumenten (1%, 5% en 10%).

B. De creatie van indicatoren voor chronische ziektes

Uit de literatuur over de geneeskundige verzorging blijkt dat de chronische aandoeningen behoorlijk zwaar doorwegen op de uitgaven geneeskundige verzorging en dat ze dus wel degelijk een gedeeltelijke verklaring kunnen bieden voor de concentratie van die uitgaven². Het is, volgens ons, dus van primordiaal belang om onze leden die een chronische aandoening hebben, te identificeren.

Die medische informatie is echter niet meteen als zodanig beschikbaar in onze data. Om dit te kunnen doen, hebben wij ons gebaseerd op het rapport van de expertisegroep morbiditeit (bestaande uit medische en farmaco-therapeutische experts) van het RIZIV, rapport dat gebruikt wordt in het kader van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen (versie van 26 april 2004)³.

Dit rapport baseert zich op de informatie betreffende de geneesmiddelen die ambulant voorgeschreven worden (en terugbetaald worden door de ZIV), met het oog op het leggen van verbanden tussen bepaalde chronische ziektes (in totaal 21) en een of meer geneesmiddelen of groepen van geneesmiddelen (zie in bijlage, de tabel A.1). De basisgedachte van dit rapport is dat een verlengd gebruik van bepaalde geneesmiddelen het begrip chronische aandoening kan valideren.

² Zie meer bepaald WHO (2002) en Bodenheimer (2005).

³ Het RIZIV gebruikt dit rapport nog steeds voor de berekening van de normatieve uitgaven.

In het RIZIV-rapport, is het uitgangspunt dat een gebruik van meer dan 180 DDD, per jaar, dienst kan doen als definitie voor een chronisch gebruik (of een consumptie van het (de) geneesmiddel (en) gedurende meer dan 180 dagen in het jaar, op basis van de gedefinieerde dosissen per dag). Uit de sensibeleanalyse, gemaakt door de universitaire ploegen (ULB en KULeuven) die belast zijn met de wetenschappelijke begeleiding van de opmaak van dit rapport, is niettemin gebleken dat een beperking van de limiet tot 90 DDD, per jaar, de resultaten niet significant beïnvloedt.

In onze studie hebben wij ons dus gebaseerd op een gebruik van meer dan 90 DDD, per jaar, voor de bepaling van het chronische gebruik (behalve voor de antidepressiva en de zeldzame ziektes, zie verder). Wat diabetes betreft, hebben we ons overigens in onze studie beperkt tot de twee gedetailleerde aandoeningen, namelijk diabetes met insuline en diabetes zonder insuline. Om redenen van duidelijkheid, hebben wij bij de cardiovasculaire aandoeningen (CV) overigens ook een onderscheid gemaakt tussen de aandoeningen CV die louter en alleen ontdekt worden aan de hand van de bloeddrukverlagers (gekozen codes ATC : C02, C03, C07, C08 en C09) en de overige CV-aandoeningen (C01).

De lijst van de chronische ziektes, vermeld in het RIZIV-rapport, is beperkt. We hebben die lijst dus aangevuld met de depressie (op basis van de consumptie van antidepressiva⁴), de chronische nierinsufficiëntie (op basis van nomenclatuurcodes), de geestelijke gezondheid (op basis van een specifieke ziekenhuisopname) en de zeldzame ziektes (op basis van de weesgeneesmiddelen en de middelen tegen hemofilie). Tabel 2 geeft een samenvatting van de manier waarop die vier chronische aandoeningen bepaald werden.

DEFINITIE VAN VIER CHRONISCHE AANDOENINGEN TER AANVULLING VAN DE LIJST VAN DE AANDOENINGEN UIT HET RIZIV-RAPPORT

Aandoeningen	Soort van document/ gebruikte code	Definitie
Depressie	Codes ATC	Antidepressiva (N06A) ten minste 120 DDD per jaar
Zeldzame ziekten	Codes ATC (naam geneesmiddel)	Weesgeneesmiddelen: L01XE10 (Afinitor), L01BB07 (Atriance), B02BD09 (Benefix), L01AB01 (Busilvex), L01XD04 (Gliolan), N03AX17 (Diacomit), A16AA06 (Cystadane), H01AC03 (Increlex), A16AX07 (Kuvan), L01XX23 (Lysodren), L03AX16 (Mozobil), A16AB09 (Elaprase), A16AB08 (Naglazyme), L01BB06 (Evoltra), L01XE05 (Nexavar), B02BX04 (Nplate), V03AC03 (Exjade), B01AC09 (Flolan), C01EB19 (Firazyr), B02BX05 (Revolade), B01AC11 (Ventavis), L04AX04 (Revimid), L01BC07 (Vidaza), V03AF02 (Savene), C02KX02 (Volibris), L04AA25 (Soliris), N07XX04 (Xyrem), L01XE06 (Spry-cel), L01CX01 (Yondelis), L01XE04 (Sutent), L01XE08 (Tasigna), C02KX03 (Thelin), L01XE09 (Torisel), A16AA05 (Carbaglu), A16AX04 (Orfadin), A16AX06 (Zavesca), A16AB07 (Myozyme), G04BE03 (Revatio), L01XX27 (Trisenox), N04BA02 (Duodopa), L01XE01 (Glivec), H01AX01 (Somavert), A16AB05 (Aldurazyme), A16AB04 (Fabrazyme), A16AB03 (Replagal), C02KX01 (Tracleer), L01XX35 (Xagrid)
		Middelen tegen hemofilie: B02BD
Chronische nierinsufficiëntie	Nomenclatuurcodes	Codes die gepaard gaan met de verstrekking voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie: 107096, 107111, 107133, 107155, 754294, 757492, 757433, 761526, 761515, 761456, 761493, 761272, 761283, 761471, 761530, 761552, 761574, 761655, 761670, 470400, 470422, 470374, 470385, 470433, 470444, 470470, 470481, 474714, 474725, 787511, 787522, 318010, 318021
Geestesziekten	Groep/details van de referentietabel RIZIV	Verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, een PVT (psychiatrisch verzorgingstehuis) of een beschutte woonvorm: groepen 26 (details 767), 35,36 en 37

4

De geneesmiddelen die gekozen werden ter identificatie van de pathologie depressie, worden ook gebruikt om andere stemmingsstoornissen te verzorgen.

TABEL 2

Na het aanbrengen van die (lichte) wijzigingen aan de lijst van de chronische ziektes, bepaald in het RIZIV-rapport, en na de toevoeging van vier groepen van chronische ziektes, beschikken wij over 23 chronische aandoeningen in onze studie (tabel 3).

GEOKOZEN CHRONISCHE ZIEKTES VOOR ONZE STUDIE	
1	Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie
2	Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes
3	Chronische obstructieve longziekten (COPD)
4	Astma
5	Mucoviscidose
6	Diabetes met insuline
7	Diabetes zonder insuline
8	Exocriene pancreasaandoeningen
9	Psoriasis
10	Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa
11	Psychose (<=70 jaar)
12	Psychose (>70 jaar)
13	Ziekte van Parkinson
14	Epilepsie
15	HIV
16	Chronische hepatitis B en C
17	Multiple sclerose
18	Orgaantransplantatie
19	Ziekte van Alzheimer
20	Depressie (en andere stemmingsstoornissen)
21	Zeldzame ziekten
22	Chronische nierinsufficiëntie
23	Geestelijke gezondheid

Een persoon zal dus beschouwd worden als chronisch ziek, indien hij of zij lijdt aan ten minste 1 van de 23 chronische ziektes, die wij gekozen hebben als uitgangspunt voor onze studie⁵. Kanker hebben we buiten beschouwing gelaten, aangezien er geen consensus blijkt te bestaan in de literatuur over de vraag of kanker al dan niet mag (moet) worden beschouwd als een chronische ziekte.

⁵ Er zijn nog andere chronische aandoeningen denkbaar, maar wij denken dat we met het scala van gekozen chronische ziektes, het overgrote deel van de bestaande chronische aandoeningen bestudeerd hebben.

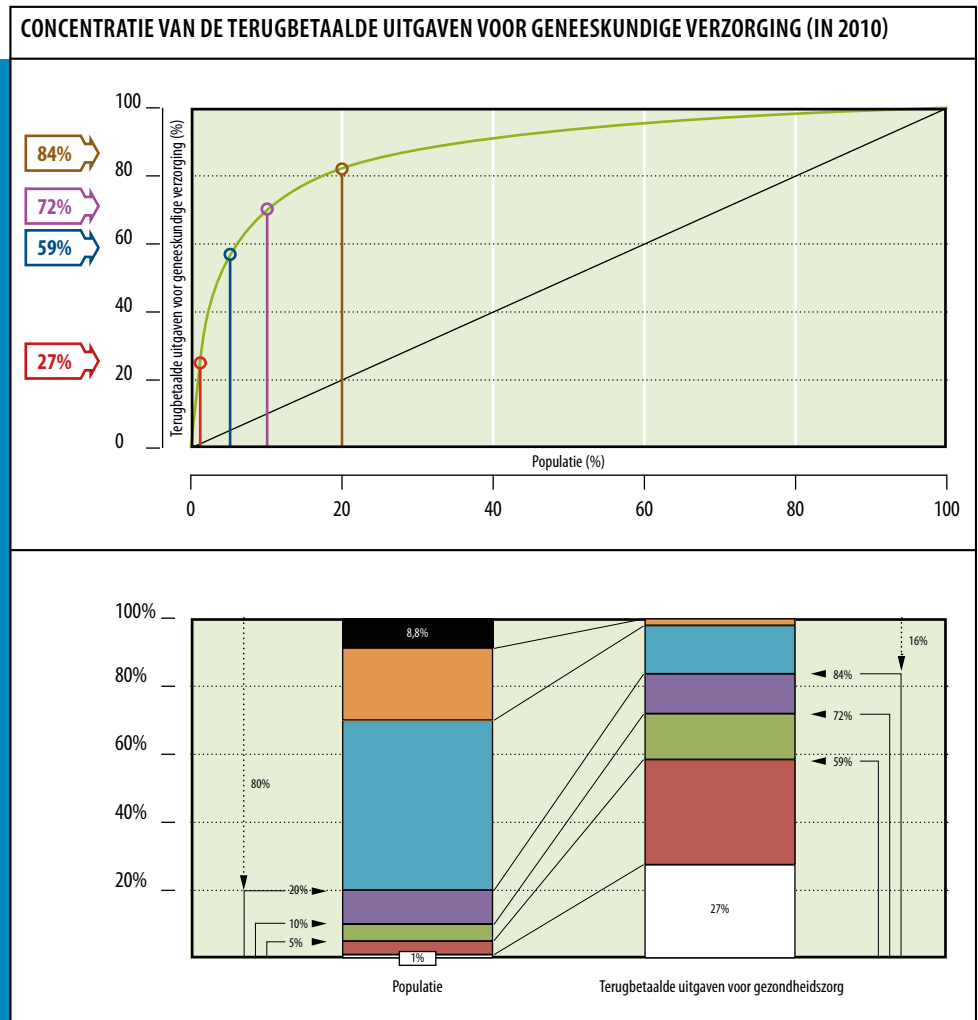
Wij hebben, op basis van onze gegevens, niettemin een indicator aangemaakt voor kanker op basis van het MOC (Multidisciplinair Oncologisch Consult), dat door de coördinerende arts geattesteerd wordt, overeenkomstig welbepaalde toepassingsregels, voor alle personen met kanker. Die indicator moet echter met een korrel zout genomen worden, want het is niet zo dat aan personen waarvoor een MOC geattesteerd werd, het jaar daarvoor of in vorige jaren, automatisch een nieuw MOC toegekend wordt voor het bestudeerde jaar, in ons geval 2010.

03 Resultaten

Concentratie van de terugbetaalde uitgaven

Uit de twee onderstaande grafieken die dezelfde informatie bevatten, blijkt dat een gering aantal individuen verantwoordelijk is voor een groot deel van de terugbetaalde uitgaven voor geneeskundige verzorging. Doorheen deze studie zullen wij het begrip grote consumenten gebruiken, om te verwijzen naar die individuen.

Om een verklaring te kunnen bieden voor die concentratie van uitgaven, is het van fundamenteel belang om die grote consumenten te identificeren, met het oog op de bepaling van hun voornaamste kenmerken en de aandoeningen waaraan zij lijden.



FIGUUR 1



De 1% consumenten die de meeste geneeskundige verzorging consumeren, vertegenwoordigen op hun eentje meer dan 27% van de uitgaven, terugbetaald voor geneeskundige verzorging. De 5%, 10% en 20% grote consumenten cumuleren op hun beurt respectievelijk 59%, 72% en 84% van de bedragen, terugbetaald door de ZIV. Aan 8,8% van de bevolking betaalt de ZIV overigens helemaal geen verzorging terug.



⁶ We hebben dit vooral geobserveerd in de deelpopulatie van de 10%.

De diagonaal die de linkse grafiek verdeelt in twee gelijke delen, veronderstelt een perfecte gelijkheid van de twee delen die samen de consumptie voorstellen van de geneeskundige verzorging, terugbetaald in 2010. Met andere woorden, dit betekent dat elk lid van de Onafhankelijke Ziekenfondsen van de ZIV hetzelfde bedrag terugkrijgt voor zijn geneeskundige verzorging in 2010. Op de grafiek rechts, is er sprake van een perfecte gelijkheid, als de rechten die de balken verbinden tegelijkertijd parallel zijn met de horizontale as.

Welnu, uit de werkelijkheid, weergegeven door de curve (de grafiek links) of door de rechten die de balken met elkaar verbinden (de grafiek rechts), blijkt dat daar weinig van aan is. De 1% consumenten die de meeste geneeskundige verzorging consumeren, vertegenwoordigen immers op hun eentje meer dan 27% van de uitgaven, terugbetaald voor geneeskundige verzorging. De 5%, 10% en 20% "grote consumenten" cumuleren op hun beurt respectievelijk 59%, 72% en 84% van de bedragen, terugbetaald door de ZIV. Aan 8,8% van de bevolking betaalt de ZIV overigens helemaal geen verzorging terug.

Profiel van de (deel)populaties

Het is de bedoeling van de gepresenteerde statistische data om een overzicht te geven van de kenmerken van de populatie MLOZ en van de deelpopulaties van grote consumenten.

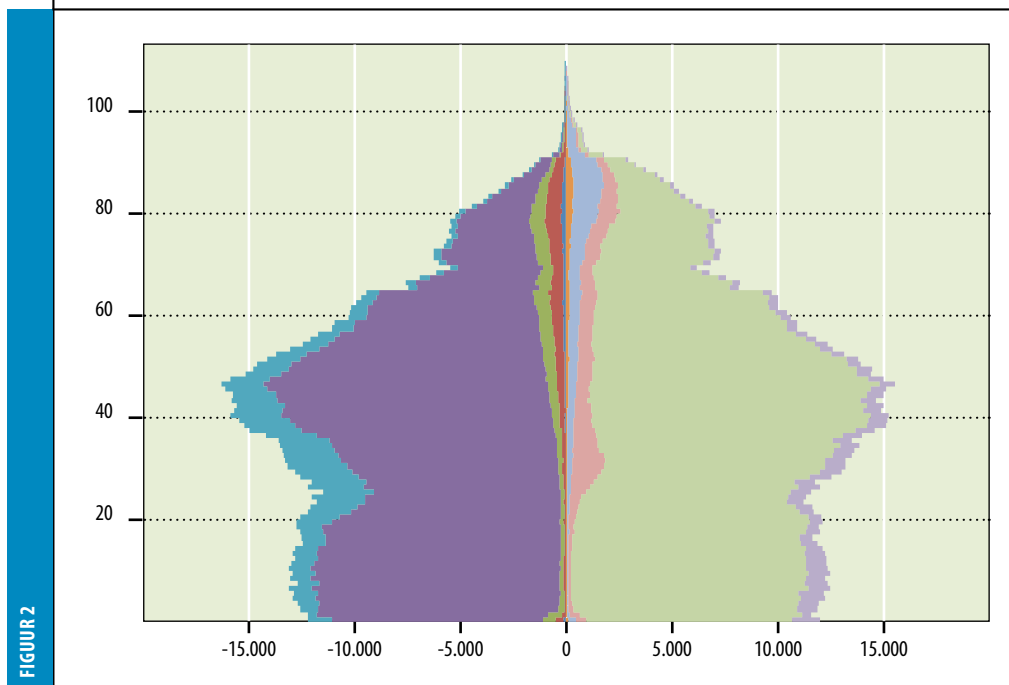
De leeftijdspiramide presenteert de verdeling van de leeftijdsgroepen per geslacht, van de totale populatie MLOZ en van de deelpopulaties van consumenten.

We beginnen met een algemene vaststelling: de leden MLOZ zijn iets jonger dan de Belgische bevolking (zie tabel A.2 in bijlage). Het aandeel van de individuen, jonger dan 45 jaar, mannen én vrouwen, is verhoudingsgewijs groter in onze populatie. Na 45 jaar stellen we de omgekeerde situatie vast. Vanaf 80 jaar, is de verdeling identiek tussen die twee populaties.

Voor de deelpopulaties van grote consumenten, blijkt uit figuur 2 dat het aandeel van de vrouwen groter is dan dit van de mannen tussen 25 en 35 jaar (vooral bij de 10% grote consumenten). Er zijn ook meer vrouwen, ouder dan 80 jaar (dit geldt zeker voor de 5% en 10% grote consumenten). Wij hebben a priori als hypothese bepaald dat dit te verklaren is door het moederschap van vrouwen⁶ en door het feit dat hun levensverwachting hoger is dan die van mannen. De hypothese van het moederschap tussen 25 en 35 jaar werd overigens bevestigd, zoals blijkt uit figuur 3.

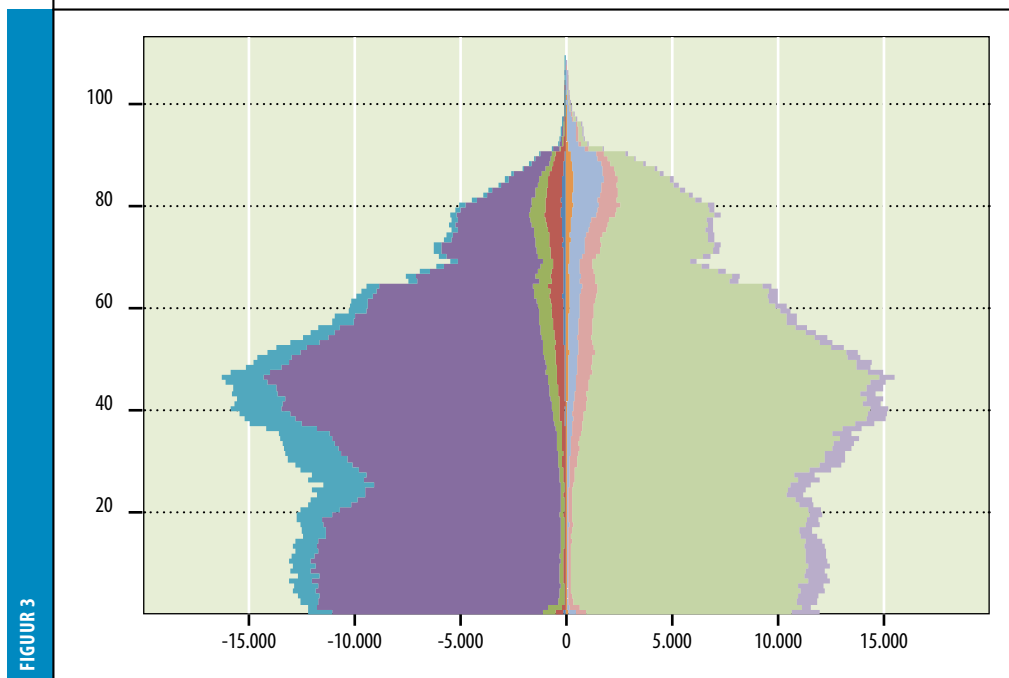
Ongeacht het geslacht, worden de deelpopulaties van grote consumenten gekenmerkt door een groter aandeel van bejaarde individuen, maar ook door een groter aandeel van de zeer jonge kinderen (0-2 jaar), in vergelijking met de totale populatie.

LEEFTIJDSPIRAMIDES NAARGELANG DE DEELPOPULATIES



FIGUUR 2

LEEFTIJDSPIRAMIDES NAARGELANG DE DEELPOPULATIES, ZONDER DE VROUWEN DIE EEN BEVALLING GEHAD HEBBEN



FIGUUR 3

- Mannen 1
- Mannen 5
- Mannen 10
- Mannen Andere verbruikers
- Mannen Niet verbruikers
- Vrouwen 1
- Vrouwen 5
- Vrouwen 10
- Vrouwen Andere verbruikers
- Vrouwen Niet verbruikers

Uit figuur 3 blijkt dat de aanwezige piek bij de vrouwen in de deelpopulatie van de 10% wel degelijk te wijten is aan de bevallingen. Als we de vrouwen met een bevalling in 2010 uitsluiten, dan stellen we immers vast dat de piek tussen 25 en 35 jaar verdwijnt.

De voornaamste sociale en economische kenmerken van de deelpopulaties worden weer-gegeven in tabel 4.

SOCIALE EN ECONOMISCHE KENMERKEN VAN DE TOTALE BEVOLKING EN DE DEELPOPULATIES.

		1%		5%		10%		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Geslacht	Mannen	9 249	47,1%	41 867	42,7%	79 323	40,4%	973 301	49,6%
	Vrouwen	10 377	52,9%	56 261	57,3%	116 929	59,6%	989 225	50,4%
Gewest	Buiten België	47	0,2%	260	0,3%	609	0,3%	47 184	2,4%
	Brussel	4 879	24,9%	21 288	21,7%	41 647	21,2%	390 906	19,9%
	Vlaanderen	7 128	36,3%	35 879	36,6%	73 109	37,3%	789 790	40,2%
	Wallonië	7 572	38,6%	40 701	41,5%	80 887	41,2%	734 646	37,4%
RVV	RVV	8 014	40,8%	33 089	33,7%	54 428	27,7%	230 748	11,8%
	Niet RVV	11 612	59,2%	65 039	66,3%	141 824	72,3%	1 731 778	88,2%
Werkloosheid	Tijdelijke of volledige wer- kloosheid	708	3,6%	4 412	4,5%	12 070	6,2%	159 173	8,1%
	Niet werkloos	5 568	28,4%	25 680	26,2%	63 547	32,4%	713 353	36,3%
	Niet betrokken door werkloosheid	13 350	68,0%	68 036	69,3%	120 635	61,5%	1 090 000	55,5%
Soort van beroep	Anderen	14 396	73,4%	70 967	72,3%	123 604	63,0%	1 015 843	51,8%
	Bediende	2 014	10,3%	10 740	10,9%	31 172	15,9%	402 589	20,5%
	Ambtenaar	344	1,8%	2 091	2,1%	5 909	3,0%	87 523	4,5%
	Zelfstandige	685	3,5%	3 819	3,9%	9 753	5,0%	167 588	8,5%
	Arbeider	2 187	11,1%	10 511	10,7%	25 814	13,2%	288 983	14,7%
Titularis of persoon ten laste	Andere persoon ten last_enz.	2 488	12,7%	12 874	13,1%	30 570	15,6%	676 391	34,5%
	Titularis	17 138	87,3%	85 254	86,9%	165 682	84,4%	1 286 135	65,5%
Burgerlijke stand	Anderen	24	0,1%	93	0,1%	234	0,1%	6 021	0,3%
	Ongehuwd	4 284	21,8%	18 496	18,8%	43 159	22,0%	921 525	47,0%
	Gehuwd	7 515	38,3%	40 074	40,8%	89 865	45,8%	758 702	38,7%
	Weduwnaar/weduwe	5 039	25,7%	27 659	28,2%	40 416	20,6%	110 199	5,6%
	Echtgescheiden/ gescheiden	2 764	14,1%	11 806	12,0%	22 578	11,5%	166 079	8,5%
Algemene regeling/ zelfstandige regeling	Onbekend	5	0,0%	19 287	16,4%	30	0,0%	19 262	1,0%
	Algemene regeling	17 792	90,7%	88 144	75,1%	174 765	89,1%	1 640 664	83,6%
	Zelfstandige regeling	1 829	9,3%	9 954	8,5%	21 424	10,9%	302 570	15,4%
Afhankelijkheidsgraad	Niet afhankelijk	11 237	57,3%	60 491	61,6%	150 657	76,8%	1 910 868	97,4%
	Afhankelijk	8 389	42,7%	37 637	38,4%	45 595	23,2%	51 658	2,6%
RVT/ROB	Nee	15 528	79,1%	76 498	78,0%	173 027	88,2%	1 938 312	98,8%
	Ja	4 098	20,9%	21 630	22,0%	23 225	11,8%	24 214	1,2%
Hospitalisatieverze- kering	Nee	13 204	67,3%	64 250	65,5%	126 483	64,4%	1 345 005	68,5%
	Ja	6 422	32,7%	33 878	34,5%	69 769	35,6%	617 521	31,5%
% overledenen in 2010	Nee	16 739	85,3%	88 742	90,4%	184 696	94,1%	1 947 328	99,2%
	Ja	2 887	14,7%	9 386	9,6%	11 556	5,9%	15 198	0,8%

Deze enkele statistieken uit tabel 4 geven ons een beter idee van de sociale en economische kenmerken van onze bevolking en vooral van de deelpopulaties van grote consumenten. Als we hefboomen en/of actiepunten willen vinden, dan is het evenwel nodig om dit verder te bestuderen en dan moeten we de aandoeningen identificeren, waaraan die grote consumenten lijden.

Variabelen

HET GESLACHT

De variabele van het "geslacht" bevestigt de vaststellingen die we gedaan hadden op basis van de leeftijdspiramides. We treffen verhoudingsgewijs meer vrouwen aan in de bestudeerde deelpopulaties, maar die sterke aanwezigheid vermindert geleidelijk, wanneer we ons verplaatsen naar de grootste consumenten van geneeskundige verzorging.

DE REGIO

Het ledental MLOZ is verschillend verdeeld, naargelang de regio en er is een opvallend verschil in vergelijking met de verdeling van de Belgische bevolking, want 20% van onze leden woont in Brussel (versus 10% op het nationale niveau), 40% is woonachtig in Vlaanderen (versus 60% op het nationale niveau) en 37% woont in Wallonië (versus 30% op het nationale niveau). Die verdeling evolueert doorheen de deelpopulaties van consumenten. Het aandeel van de Brusselaars en Walen stijgt lichtjes, terwijl de Vlamingen minder vertegenwoordigd zijn in de deelpopulaties van grote consumenten.

DE RECHTHEBBENDE OP DE VERHOOGDE VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING (RVV)

De rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming zijn zwak vertegenwoordigd in de totale populatie van MLOZ (slechts 11,8% in vergelijking met 15,9% voor de nationale bevolking (RIZIV)). Dit aandeel kent een forse stijging bij de deelpopulaties van grote consumenten. De RVV's vertegenwoordigen 27,7% van de individuen bij de deelpopulatie van 10% en hun aandeel loopt op tot 40,8% bij de deelpopulatie van 1%. Aangezien deze individuen, per definitie, een hogere financiële tegemoetkoming ontvangen, is het niet verbazend dat ze beter vertegenwoordigd zijn bij de deelpopulaties van grote consumenten, in vergelijking met de totale populatie MLOZ.

DE WERKLOOSHEID

De variabele van de werkloosheid werd aangeemaakt op basis van 3 variabelen die het resultaat zijn van de lay-out van de populatie, bepaald door

het IMA, en van een leeftijdsvariabele, om rekening te houden met alle bijzonderheden van dit statuut. Een (volledig of gedeeltelijk) werkloze en een persoon die niet-werkloos is, hebben het volgende gemeen: ze bezitten het statuut van gerechtigde⁷, hun leeftijd varieert tussen 18 en 65 jaar en ze maken deel uit van de algemene regeling.

Personen die niet beantwoorden aan een van deze voorwaarden, worden ook niet beoogd door de werkloosheid (het gaat hier om de gepensioneerden, de personen ten laste en de personen die zelfstandig zijn in hoofdactiviteit).

De personen die niet beoogd worden door de werkloosheid (personen ten laste, gepensioneerden en zelfstandigen), vertegenwoordigen het grootste deel van de totale bevolking met 55,5%; de niet-werklozen uit de actieve bevolking vertegenwoordigen 36,3% en 8,1% van onze populatie is volledig of gedeeltelijk werkloos.

Wij stellen vast dat het aandeel van de individuen die niet beoogd worden door de werkloosheid, toeneemt bij de deelpopulaties van grote consumenten (68% van de deelpopulatie van 1%). Dit is vooral te verklaren door de leeftijdsvoorwaarde (veel 65-plussers bij de grote consumenten).

HET SOORT BEROEP

Dankzij deze variabele, is het mogelijk om de samenstelling van de deelpopulaties van grote consumenten en van de totale bevolking MLOZ te vergelijken, naargelang de soort van beroep. De groep anderen houdt rekening met een heterocliet geheel van statuten, waaronder de personen ten laste, de gepensioneerden, de studenten in de derde cyclus, de helpende echtgenoot van een zelfstandige, de gehandicapten,...

Het aandeel van de groep anderen stijgt bij de deelpopulaties van de grote consumenten. Deze groep vertegenwoordigt 51,8% van de totale bevolking, in vergelijking met 73,4% van de individuen bij de deelpopulatie van 1%. Bij de andere beroepen (ambtenaren, zelfstandigen, arbeiders en bedienden), stellen we de omgekeerde trend vast. Hun aandeel daalt met bijna de helft als we de totale populatie MLOZ vergelijken met de deelpopulatie van 1%, behalve bij de arbeiders, waar het aandeel lichter daalt.

⁷

Een persoon ten laste kan, per definitie, niet werkloos zijn.

DE GERECHTIGDEN/DE PERSONEN TEN LASTE (PTL)

Het percentage van de gerechtigden stijgt, naarmate we de grootste consumenten naderen. Zij vertegenwoordigen 65,5% van de individuen van de totale bevolking, in vergelijking met 87,3% binnen de deelpopulatie van 1%. Het aandeel van de PTL's daalt dus aanzienlijk wanneer we ons verplaatsen naar de grote consumenten van geneeskundige verzorging. Dit zou te verklaren kunnen zijn door het feit dat de PTL's gemiddeld jonger zijn dan de gerechtigden.

DE BURGERLIJKE STAND

De alleenstaanden vertegenwoordigen bijna de helft van de populatie MLOZ (47%). Toch bedraagt hun aandeel slechts 21,8% van de deelpopulatie van 1%. Bij de alleenstaanden treffen we dus relatief minder hoge uitgaven geneeskundige verzorging aan. Dit is vooral te verklaren door de leeftijd van de individuen. Een van de voorwaarden om in België in het huwelijk te treden is immers dat men de leeftijd van 18 jaar bereikt moet hebben. Het aandeel van de weduwnaars (weduwen) vervierdubbelt vanaf de deelpopulatie van 10%. Die vaststelling is niet zo verbazend, want stemt overeen met de hogere leeftijd van de individuen die deel uitmaken van de deelpopulaties van grote consumenten. Het aandeel van de gehuwde individuen schommelt niet op significante wijze, wanneer we ons verplaatsen naar de deelpopulatie van grote consumenten.

HET STELSEL

De individuen van de algemene regeling (AR) vertegenwoordigen 83,6% van de totale bevolking; dat percentage bedraagt 15,4% bij de regeling van de zelfstandigen (RZ). Bij de deelpopulaties van de grote consumenten, stijgt het aandeel van de individuen uit de AR lichtjes, om op te lopen tot 90% bij de deelpopulatie van 1%. De RZ is minder vertegenwoordigd bij de deelpopulaties van grote consumenten.

HET AFHANKELIJKHEIDSPERCENTAGE

De afhankelijkheid werd beoordeeld op basis van specifieke criteria zoals: de attestering van een afhankelijkheidsforfait of van toiletzorg thuis, of nog een uitgave voor welbepaalde posten (mul-

tipl sclerose in een vergevorderd stadium (MS), amyotrofische laterale sclerose (ALS)/Huntington (art. 10bis), rusthuizen (RVT), dagverzorgingscentra (DVC), rolstoelen, functionele revalidatie (ergotherapie) en multidisciplinair overleg.

Het afhankelijkheidspercentage neemt fors toe, naargelang de concentratie van de deelpopulaties van grote consumenten. De afhankelijke individuen vertegenwoordigen slechts 2,6% van de totale bevolking, terwijl ze 23,2% vertegenwoordigen van de deelpopulatie van de 10% en 42,7% van de deelpopulatie van 1%.

DE AANWEZIGHEID IN EEN RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS OF IN EEN RUSTOORD VOOR BEJAARDEN

Het is niet echt verrassend dat het percentage van de individuen die in RVT/ROB's verblijven eind 2010, in stijgende lijn gaat binnen de deelpopulaties van grote consumenten. Wij tellen 1,2% individuen in RVT/ROB's binnen de populatie MLOZ. Dit percentage loopt op tot meer dan 20% bij de deelpopulaties van 1 en 5%.

HOSPITALISATIEVERZEKERING

De variabele hospitalisatieverzekering slaat op de hospitalisatieverzekeringen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Hospitalia). Het aandeel van de leden, aangesloten bij een van onze hospitalisatieverzekeringsproducten, blijkt relatief stabiel te blijven bij zowel de populatie MLOZ als bij de deelpopulaties van grote consumenten.

HET PERCENTAGE VAN DE OVERLEDENEN IN 2010

Het aandeel van de overledenen stijgt bij de deelpopulaties van grote consumenten. Het percentage van de overleden personen in 2010 bedraagt 0,8% bij de populatie MLOZ, maar gaat crescendo vanaf de deelpopulatie van 10% (5,9%), om op te lopen tot 14,7% overleden personen in de deelpopulatie van 1%. Een verklaring zou kunnen zijn dat de uitgaven voor geneeskundige verzorging de pan uitswingen bij personen die het einde van hun leven bereiken. Dit feit wordt overigens ten overvloede bevestigd door de literatuur⁸.

⁸ Luce and Rubenfeld (2002) en Lubitz and Riley (1993).

Kenmerken van de chronische aandoeningen

Na de bepaling van de kenmerken van de totale bevolking en van de deelpopulaties van grote consumenten vanuit een sociale en economische invalshoek, is het van primordiaal belang om de onderliggende morbiditeit van die populaties te kunnen identificeren.

Met onze data en de gebruikte methodologie, kunnen we de 23 aandoeningen opsporen die het vaakst voorkomen (zie afdeling 02). Hun prevalentie en de uitgaven die gepaard gaan met de individuen die lijden aan deze aandoeningen, staan uitvoerig beschreven in de tabellen van dit rapport. Er werd ook een beschrijvende analyse gemaakt, per chronische pathologie.

Het is belangrijk om te vermelden dat de uitgaven, berekend per chronische aandoening, de uitgaven weergeven van individuen die op zijn minst aan de pathologie lijden. Het gaat dus niet louter en alleen om de uitgaven die gepaard gaan met de pathologie. Met andere woorden, de uitgaven van een individu met hypertensie zullen zowel de uitgaven omvatten die gepaard gaan met de behandeling van die hypertensie, als alle andere uitgaven voor geneeskundige verzorging van het individu (bijvoorbeeld: de uitgaven voor de verwijdering van de appendix, van een raadpleging van huisartsen, van andere geneesmiddelen dan die ter bestrijding van de hoge bloeddruk, ...).

Het gaat dus niet om een studie over de kostprijs van een welbepaalde pathologie (geen studie van een cost of illness).

A. Prevalentie van de gekozen chronische aandoeningen

De prevalentie van de chronische aandoeningen wordt weergegeven aan de hand van de deelgroepen van consumenten. Die prevalentie stemt per definitie overeen met het aantal door een bepaalde ziekte (N) getroffen personen, op een bepaald ogenblik, binnen een bepaalde populatie. Op basis van de hogerbeschreven methodologie, kunnen aan 1 individu meerdere chronische aandoeningen worden toegeschreven. Het is dus mogelijk dat het individu meegerekend wordt voor de prevalentie van elke aandoening.

Een lid wordt als chronisch ziek beschouwd, wanneer hij lijdt aan ten minste 1 van de chronische aandoeningen uit tabel 5.

AANTAL EN AANDEEL VAN DE PERSONEN, GETROFFEN DOOR EEN CHRONISCHE ZIEKTE BINNEN ELKE DEELPOPULATIE EN BINNEN DE TOTALE BEVOLKING								
	1%		5%		10%		Totale populatie	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Depressie	4 798	24,4%	22 044	22,5%	35 027	17,8%	99 984	5,1%
Cardiovasc. aandoeningen: hartziekten	3 244	16,5%	14 430	14,7%	21 484	10,9%	40 352	2,1%
COPD	2 331	11,9%	9 748	9,9%	16 288	8,3%	39 760	2,0%
Astma	453	2,3%	2 337	2,4%	5 406	2,8%	33 170	1,7%
Mucoviscidose	37	0,2%	142	0,1%	165	0,1%	191	0,0%
Diabetes met insuline	1 293	6,6%	5 550	5,7%	10 900	5,6%	17 103	0,9%
Diabetes zonder insuline	1 344	6,8%	7 537	7,7%	14 446	7,4%	53 129	2,7%
Exocriene pancreasaandoeningen	52	0,3%	187	0,2%	298	0,2%	492	0,0%
Psoriasis	1	0,0%	10	0,0%	18	0,0%	50	0,0%
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	196	1,0%	2 037	2,1%	2 933	1,5%	6 549	0,3%
Psychose (<=70 jaar)	1 378	7,0%	4 330	4,4%	6 769	3,4%	13 368	0,7%
Psychose (>70 jaar)	403	2,1%	2 419	2,5%	2 785	1,4%	3 533	0,2%
Parkinson	653	3,3%	3 079	3,1%	4 296	2,2%	6 049	0,3%
Epilepsie	1 477	7,5%	5 473	5,6%	8 789	4,5%	18 045	0,9%
HIV	113	0,6%	1 097	1,1%	1 265	0,6%	1 300	0,1%
Chronische hepatitis B en C	8	0,0%	65	0,1%	87	0,0%	88	0,0%
Multiple sclerose	55	0,3%	884	0,9%	967	0,5%	973	0,0%
Orgaantransplantatie	104	0,5%	562	0,6%	680	0,3%	681	0,0%
Alzheimer	522	2,7%	3 121	3,2%	4 102	2,1%	5 719	0,3%
Chronische nierinsufficiëntie	1 132	5,8%	1 546	1,6%	1 840	0,9%	2 233	0,1%
Geestelijke gezondheid	2 810	14,3%	5 460	5,6%	6 251	3,2%	6 990	0,4%
Zeldzame ziekten	979	5,0%	1 504	1,5%	1 604	0,8%	1 640	0,1%
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	10 361	52,8%	52 179	53,2%	89 828	45,8%	318 485	16,2%
Totaal: chronisch zieken	16 159	82,3%	74 831	76,3%	127 708	65,1%	457 930	23,3%
Totaal: populatie	19 626	100,0%	98 128	100,0%	196 252	100,0%	1 962 526	100,0%

NOOT: De lijn met het "Totaal: chronisch zieken" bevat het aantal afzonderlijke chronisch zieken (1 keer meegerekend wanneer meerdere aandoeningen beoogd worden). Het gaat hier dus niet om de som van de individuele waarden van elke chronische aandoening.

De bestudeerde populatie (1.962.526 personen) bestaat uit 23,3% chronisch zieken (dit wil zeggen patiënten met ten minste één chronische ziekte), **= 457.930 personen** (tabel 5). Het aandeel van de chronisch zieken neemt toe doorheen de deelgroepen van grote consumenten. Bij de 10% individuen die de meeste geneeskundige verzorging consumeren, treffen wij 65% chronisch zieken aan (= 127.708 personen). Die prevalentie gaat in stijgende lijn, om 82% chronisch zieken (= 16.159 personen) te bereiken bij de deelpopulatie van de 1% grote consumenten (= 19.626 personen).

Het bekomen aandeel van de chronisch zieken (23,3%) is iets lager dan de percentages die we terugvinden in de literatuur en dan het percentage, berekend op basis van de gezondheidsenquête via interviews van 2008⁹. De aandoeningen waarmee rekening werd gehouden voor de bepaling van het "chronische karakter", zijn verschillend van (en vaak talrijker dan) deze die wij gekozen hebben voor onze studie.

De meest courante chronische aandoeningen zijn: de cardiovasculaire aandoeningen van het type hypertensie en hartziekte (na een eerste bewezen incident), depressies (en andere stemmingsstoornissen), diabetes zonder insuline, COPD en astma. De literatuur bevestigt het belang en het prevalentieniveau van die aandoeningen¹⁰. Bij wijze van voorbeeld: de gezondheidsenquête maakt melding van gelijkaardige prevalentieniveaus voor astma (4,2%), voor depressie (4,9%), epilepsie (0,7%), diabetes (3,4%) en hypertensie (12,7%).

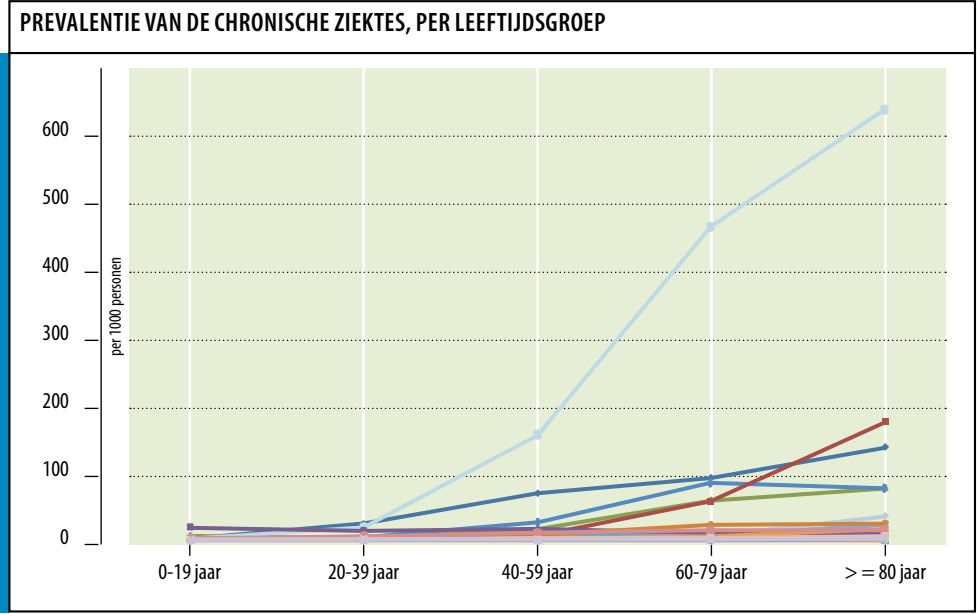
De oververtegenwoordiging van de chronische ziektes in de deelgroepen van grote consumenten geldt overigens voor alle chronische aandoeningen. Geestelijke gezondheid, psychoses, epilepsie en insulineafhankelijke diabetes zijn evenwel aandoeningen met een duidelijk hogere prevalentie in de deelgroepen van de grootste consumenten, in vergelijking met de overige chronische ziektes. De zeldzame ziektes en de chronische nierinsufficiëntie zijn alleen opvallend aanwezig in de populatie van de 1% grootste zorgconsumenten.

Behalve het uitgavniveau van de individuen, is er nog een factor die bepalend is voor de prevalentie van de chronische ziektes, namelijk de leeftijd. Figuur 4 toont duidelijk aan dat de prevalentie de hoogte ingaat, naargelang de individuen ouder worden.

Een algemene vaststelling is dat de prevalentie stijgt, naarmate de individuen ouder worden. Het hoge prevalentieniveau van de cardiovasculaire aandoeningen van het type hypertensie en de gestadige verhoging daarvan, naarmate de leeftijd toeneemt, zijn duidelijk te zien op de grafiek. De trend is echter identiek voor alle andere aandoeningen. Deze observatie is ook terug te vinden in de gezondheidsenquête 2008.

9
Cohen, 2006 (USA : 30%) ;
Ministère de la santé - République Française, 2007 (FR : 20%) ; Van der Heyden, 2010 (BE : 27%).

10
Busse et al. (2010) et Ministère de la santé - République Française (2007).



FIGUUR 4

B. De uitgaven voor chronisch zieken

De uitgaven voor geneeskundige verzorging van de deelgroepen van consumenten en chronische patiënten staan vermeld op tabel 6 (in absolute waarde en in%).

Ter herinnering, de uitgaven die toegeschreven werden aan de chronische aandoeningen, hebben niet enkel betrekking op de verzorging van die aandoeningen, maar omvatten alle uitgaven van de individuen, getroffen door die pathologie. Uit deze tabel mogen we dus niet afleiden dat bepaalde kosten louter en alleen te wijten zouden zijn aan een welbepaalde aandoening.

UITGAVEN VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN DE DEELGROEPEN VAN CONSUMENTEN (EN DE VOLLEDIGE BEVOLKING) EN VAN DE CHRONISCH ZIEKEN								
	Uitgaven voor GV van 1%		Uitgaven voor GV van 5%		Uitgaven voor GV van 10%		Uitgaven voor GV van totale populatie	
	euro (miljoen)	%	euro (miljoen)	%	euro (miljoen)	%	euro (miljoen)	%
Depressie	218,2	22,9%	487,5	23,2%	553,3	21,4%	639,5	17,7%
Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	148,3	15,5%	321,6	15,3%	358,3	13,9%	389,3	10,8%
COPD	107,5	11,3%	219,6	10,5%	253,0	9,8%	288,0	8,0%
Astma	21,7	2,3%	48,1	2,3%	63,2	2,4%	92,8	2,6%
Mucoviscidose	2,1	0,2%	3,8	0,2%	3,9	0,2%	4,0	0,1%
Diabetes met insuline	66,7	7,0%	129,0	6,1%	156,0	6,0%	170,3	4,7%
Diabetes zonder insuline	60,6	6,3%	150,9	7,2%	185,6	7,2%	237,7	6,6%
Exocriene pancreasaandoeningen	2,6	0,3%	4,7	0,2%	5,3	0,2%	5,7	0,2%
Psoriasis	0,1	0,0%	0,3	0,0%	0,3	0,0%	0,4	0,0%
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	9,4	1,0%	36,4	1,7%	41,2	1,6%	46,4	1,3%
Psychose (<=70 jaar)	66,0	6,9%	112,3	5,3%	124,7	4,8%	135,9	3,8%
Psychose (>70 jaar)	16,5	1,7%	51,7	2,5%	53,6	2,1%	54,9	1,5%
Parkinson	28,2	3,0%	67,9	3,2%	74,2	2,9%	77,5	2,1%
Epilepsie	70,0	7,3%	132,1	6,3%	149,2	5,8%	163,1	4,5%
HIV	6,2	0,7%	19,2	0,9%	20,2	0,8%	20,3	0,6%
Chronische hepatitis B en C	0,3	0,0%	1,2	0,1%	1,3	0,1%	1,3	0,0%
Multiple sclerose	2,3	0,2%	13,2	0,6%	13,7	0,5%	13,8	0,4%
Orgaantransplantatie	6,4	0,7%	12,7	0,6%	13,4	0,5%	13,4	0,4%
Alzheimer	21,2	2,2%	65,0	3,1%	70,1	2,7%	73,4	2,0%
Chronische nierinsufficiëntie	81,6	8,5%	87,9	4,2%	89,5	3,5%	90,3	2,5%
Geestelijke gezondheid	150,9	15,8%	194,4	9,3%	198,8	7,7%	200,2	5,5%
Zeldzame ziekten	69,6	7,3%	78,9	3,8%	79,5	3,1%	79,5	2,2%
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	484,7	50,8%	1 108,0	52,8%	1 299,5	50,3%	1 572,7	43,5%
Totaal: chronisch zieken	789,2	82,7%	1 664,4	79,3%	1 932,6	74,7%	2 324,4	64,3%
Totaal: populatie	954,4	100,0%	2 099,5	100,0%	2 585,9	100,0%	3 616,4	100,0%

NOOT : De lijn 'Totaal : chronische ziektes' verwijst naar de chronische ziektes (die 1 keer meegeteld worden, wanneer meerdere aandoeningen erop betrekking hebben) en ze mag dus niet beschouwd worden als de som van de individuele uitgaven voor elke chronische aandoening.



De chronisch zieken liggen aan de basis van 64,3% van alle uitgaven voor geneeskundige verzorging die terugbetaald worden door de Onafhankelijke Ziekenfondsen (dit is 2.324 miljoen euro op een totale uitgave van 3.616 miljoen euro).



De chronisch zieken liggen aan de basis van 64,3% van alle uitgaven voor geneeskundige verzorging die terugbetaald worden door de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2.324 miljoen euro op een totale uitgave van 3.616 miljoen euro). Het aandeel van de uitgaven van chronisch zieken stijgt in functie van de deelgroepen van grote consumenten.

De personen die lijden aan een van de meest courante chronische aandoeningen, zijn tegelijk ook de personen die het meest kosten aan de ZIV. Op het niveau van de totale bevolking, bedraagt het percentage van de uitgaven waartoe deze aandoeningen aanleiding geven: 43,5% wat cardiovasculaire aandoeningen van het type hypertensie betreft, 17,7% voor de depressie, 6,6% voor diabetes zonder insuline, 10,8% voor de cardiovasculaire aandoeningen van het type hartziekte, 8% voor CPOD en 2,6% voor astma.

Bepaalde aandoeningen met een lage prevalentie zoals de geestelijke gezondheid, epilepsie, nierinsufficiëntie, zeldzame aandoeningen, gaan niettemin gepaard met hoge uitgaven. Deze aandoeningen zijn de aandoeningen waarvoor het aandeel van de uitgaven het meest stijgt, wanneer men zich verplaatst naar de deelgroepen die de meeste geneeskundige verzorging consumeren. Hun aandeel in de uitgaven voor geneeskundige verzorging verdriedubbelt immers als we de bevolking in haar geheel vergelijken met de deelpopulatie van 1%. Zo bedragen de uitgaven van individuen met een geestelijk gezondheidsprobleem bijvoorbeeld 5,5% van de uitgaven van de totale bevolking en bijna 16% van de uitgaven van de deelpopulatie van 1%.

De aandoeningen die een groot deel vertegenwoordigen van de uitgaven van de grootste consumenten, dit wil zeggen van de deelpopulatie van 1%, zijn: depressie, de cardiovasculaire aandoeningen van het type hartziekte, COPD, diabetes met of zonder insuline, psychose (<= 70 jaar), epilepsie, chronische nierinsufficiëntie, geestelijke gezondheid, zeldzame ziektes en de cardiovasculaire aandoeningen van het type hypertensie.

C. Vergelijking van de prevalentie van de chronische aandoeningen en hun aandeel in de uitgaven

Dankzij tabel 7 kunnen wij de prevalentie van een aandoening vergelijken met het aandeel van de uitgaven, veroorzaakt door leden die lijden aan de desbetreffende aandoening. Als het aandeel van de uitgaven hoger is dan de prevalentie van de pathologie, dan kunnen we daaruit afleiden dat de persoon die lijdt aan de pathologie, uitgaven veroorzaakt die verhoudingsgewijs hoger zijn dan hun relatieve gewicht binnen de bestudeerde (deel)populatie.

DE VERHOUDING TUSSEN HET AANTAL PERSONEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE EN HUN AANDEEL IN DE UITGAVEN VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING BINNEN ELKE DEELPOPULATIE EN DE TOTALE BEVOLKING

	1%		5%		10%		Totale populatie	
	Uitgaven	N	Uitgaven	N	Uitgaven	N	Uitgaven	N
Depressie	22,9%	24,4%	23,2%	22,5%	21,4%	17,8%	17,7%	5,1%
Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	15,5%	16,5%	15,3%	14,7%	13,9%	10,9%	10,8%	2,1%
COPD	11,3%	11,9%	10,5%	9,9%	9,8%	8,3%	8,0%	2,0%
Astma	2,3%	2,3%	2,3%	2,4%	2,4%	2,8%	2,6%	1,7%
Mucoviscidose	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
Diabetes met insuline	7,0%	6,6%	6,1%	5,7%	6,0%	5,6%	4,7%	0,9%
Diabetes zonder insuline	6,3%	6,8%	7,2%	7,7%	7,2%	7,4%	6,6%	2,7%
Exocriene pancreasaandoeningen	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%
Psoriasis	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	1,0%	1,0%	1,7%	2,1%	1,6%	1,5%	1,3%	0,3%
Psychose (<=70 jaar)	6,9%	7,0%	5,3%	4,4%	4,8%	3,4%	3,8%	0,7%
Psychose (>70 jaar)	1,7%	2,1%	2,5%	2,5%	2,1%	1,4%	1,5%	0,2%
Parkinson	3,0%	3,3%	3,2%	3,1%	2,9%	2,2%	2,1%	0,3%
Epilepsie	7,3%	7,5%	6,3%	5,6%	5,8%	4,5%	4,5%	0,9%
HIV	0,7%	0,6%	0,9%	1,1%	0,8%	0,6%	0,6%	0,1%
Chronische hepatitis B en C	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Multiple sclerose	0,2%	0,3%	0,6%	0,9%	0,5%	0,5%	0,4%	0,0%
Orgaantransplantatie	0,7%	0,5%	0,6%	0,6%	0,5%	0,3%	0,4%	0,0%
Alzheimer	2,2%	2,7%	3,1%	3,2%	2,7%	2,1%	2,0%	0,3%
Chronische nierinsufficiëntie	8,5%	5,8%	4,2%	1,6%	3,5%	0,9%	2,5%	0,1%
Geestelijke gezondheid	15,8%	14,3%	9,3%	5,6%	7,7%	3,2%	5,5%	0,4%
Zeldzame ziekten	7,3%	5,0%	3,8%	1,5%	3,1%	0,8%	2,2%	0,1%
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	50,8%	52,8%	52,8%	53,2%	50,3%	45,8%	43,5%	16,2%
Totaal: chronisch zieken	82,7%	82,3%	79,3%	76,3%	74,7%	65,1%	64,3%	23,3%

De 23,3% chronisch zieken van onze populatie vertegenwoordigen 64,3% van onze totale uitgaven voor geneeskundige verzorging in 2010. Die verhouding tussen de prevalentie en de uitgaven van chronisch zieken was al vastgesteld in andere studies¹¹. **Deze vaststelling toont aan dat de chronische ziekte zwaar doorweegt op de uitgaven voor geneeskundige verzorging. Zij verklaart dus zeker een groot deel van de concentratie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging.**

11 WHO (2002), Cohen (2006), Ministère de la santé - République Française (2007) et Van der Heyden (2010).





De duurste aandoeningen binnen de totale bevolking zijn: hartziektes, depressie, hypertensie, COPD, diabetes, reumatoïde artritis en psoriasis-artritis, de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa, psychoses, Parkinson, epilepsie, Alzheimer, chronische nierinsufficiëntie, geestelijke gezondheid en zeldzame ziektes.



In de totale bevolking observeren wij een groot aantal aandoeningen, waarvoor het aandeel van de uitgaven hoger is dan hun prevalentie. De duurste aandoeningen binnen de totale bevolking zijn: hartziektes, depressie, hypertensie, COPD, diabetes, reumatoïde artritis en psoriasis-artritis, de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa, psychoses, Parkinson, epilepsie, Alzheimer, chronische nierinsufficiëntie, geestelijke gezondheid en zeldzame ziektes. De literatuur leert ons dat de meeste van die chronische aandoeningen wel degelijk behoren tot de ziektes die het duurst uitvallen voor de maatschappij¹².

Dat overzicht van het aandeel van de uitgaven wordt kleiner in de deelpopulaties van grote consumenten, behalve wat de nierinsufficiëntie, de geestelijke gezondheid en de zeldzame ziektes betreft. In de deelpopulatie van 1% vertegenwoordigen de chronisch zieken 82,3% van de individuen en consumeren zij 82,7% van de uitgaven van die deelpopulatie. Individuen met een chronische aandoening geven niet meer uit dan individuen zonder chronische aandoening in deze deelpopulatie.

Hoewel de chronisch zieken meer dan 80% vertegenwoordigen van die deelpopulatie, verschillen hun relatieve uitgaven absoluut niet van de relatieve uitgaven, vastgesteld voor de grote consumenten (1%) zonder een chronische aandoening. Het concentratie-effect van de uitgaven tussen chronisch zieken en niet-chronisch zieken verdwijnt dus, wanneer die individuen behoren tot de grote zorgconsumenten.

¹²

Stanton and Rutherford (2005).

Gemiddelde uitgaven

Tabel 8 geeft de gemiddelde uitgaven weer van individuen die lijden aan een chronische aandoening. Twee andere kolommen geven het aandeel weer van de individuen met enkel de desbetreffende chronische aandoening en hun gemiddelde uitgaven (één flag – FU). Zo kunnen we ons een beter beeld vormen van de uitgaven met betrekking tot een welbepaalde chronische aandoening.

Op te merken valt niettemin dat ook rekening gehouden werd met andere geneeskundige verstrekkingen dan deze die gepaard gaan met de chronische aandoening voor de berekening van de gemiddelde uitgaven voor geneeskundige verzorging in de loop van het bestudeerde jaar (bijvoorbeeld: ziekenhuisopname naar aanleiding van een ongeval, raadplegingen bij de huisarts, de tandarts, de specialist, etc.).

GEMIDDELDE UITGAVEN VAN INDIVIDUEN DIE LIJDEN AAN EEN CHRONISCHE AANDOENING

	1%			5%			10%			Totale populatie		
	% N (één flag)	Gemid. uitgaven	Gemid. uitgaven (FU)	% N (één flag)	Gemid. uitgaven	Gemid. uitgaven (FU)	% N (één flag)	Gemid. uitgaven	Gemid. uitgaven (FU)	% N (één flag)	Gemid. uitgaven	Gemid. uitgaven (FU)
Depressie	12%	45 487	43 658	15%	22 115	19 629	19%	15 798	12 134	42%	6 396	2 872
Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	4%	45 715	45 969	6%	22 287	20 535	6%	16 678	14 536	10%	9 648	5 643
COPD	9%	46 118	44 175	11%	22 528	19 588	14%	15 533	12 086	28%	7 243	3 415
Astma	14%	47 903	47 753	18%	20 582	17 916	29%	11 691	8 305	67%	2 798	1 417
Mucoviscidose	19%	56 062	48 116	40%	26 699	19 617	39%	23 665	17 269	38%	20 700	15 341
Diabetes met insuline	5%	51 601	49 064	9%	23 234	17 873	16%	14 311	8 721	24%	9 959	4 891
Diabetes zonder insuline	6%	45 081	45 816	7%	20 021	18 332	9%	12 845	10 409	20%	4 474	2 140
Exocriene pancreasaandoeningen	19%	50 895	38 523	16%	25 170	23 768	15%	17 722	16 926	22%	11 488	8 204
Psoriasis	0%	111 551	0	10%	26 846	19 537	6%	17 154	19 537	34%	7 176	2 286
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	23%	48 078	48 052	49%	17 889	15 755	48%	14 030	12 712	56%	7 085	5 615
Psychose (<=70 jaar)	6%	47 886	47 174	10%	25 927	21 321	13%	18 427	13 061	24%	10 168	4 598
Psychose (>70 jaar)	9%	41 014	37 935	10%	21 366	20 048	10%	19 250	18 014	11%	15 544	12 939
Parkinson	13%	43 239	41 942	14%	22 057	20 869	17%	17 272	14 471	20%	12 812	9 103
Epilepsie	15%	47 374	46 618	18%	24 144	21 676	22%	16 981	13 842	38%	9 039	4 690
HIV	37%	55 261	44 058	66%	17 531	14 595	68%	15 990	13 280	68%	15 616	12 925
Chronische hepatitis B en C	63%	40 347	36 027	45%	18 076	17 443	52%	14 864	13 137	51%	14 731	13 137
Multiple sclerose	20%	42 460	34 990	55%	14 968	12 968	57%	14 212	12 178	57%	14 140	12 073
Orgaantransplantatie	6%	61 859	55 975	11%	22 515	16 555	14%	19 659	13 343	14%	19 635	13 343
Alzheimer	7%	40 618	41 722	10%	20 827	19 133	11%	17 094	14 716	16%	12 840	8 459
Chronische nierinsufficiëntie	14%	72 087	70 311	14%	56 883	56 887	13%	48 627	50 761	13%	40 429	44 263
Geestelijke gezondheid	47%	53 693	59 279	38%	35 610	43 003	39%	31 808	37 702	42%	28 643	31 379
Zeldzame ziekten	31%	71 093	84 864	30%	52 460	62 409	30%	49 564	58 090	31%	48 476	55 145
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	23%	46 781	44 459	31%	21 235	18 748	35%	14 467	12 105	58%	4 938	2 895
Totaal: chronisch zieken		48 839			22 242			15 133			5 076	
Totaal: zonder chronische aandoening		47 665			18 675			9 532			859	
Totaal: populatie		48 632			21 395			13 177			1 843	

TABEL 8



Als we de chronische nierinsufficiëntie, de geestelijke gezondheid en de zeldzame ziektes als één pathologie bekijken, vertegenwoordigen deze een gemiddelde uitgave die hoger is dan €20.000, terwijl de gemiddelde uitgave voor een chronisch zieke €5067 bedraagt. De individuen met een van die drie chronische aandoeningen, zijn ook de individuen die het meest kosten aan geneeskundige verzorging binnen de deelpopulaties van grote consumenten.



Binnen de totale bevolking, is het aandeel van de individuen met slechts één chronische aandoening hoger dan dat van de deelpopulaties van grote consumenten, met uitzondering van de gevallen van chronische hepatitis B en C, van chronische nierinsufficiëntie, van geestelijke gezondheid en van zeldzame ziektes, waarbij het unieke identificatiegedeelte relatief stabiel blijft doorheen de deelpopulaties. De individuen die deel uitmaken van de totale bevolking en die alleen lijden aan een depressie, vertegenwoordigen 42% van de individuen, maar slechts 12% van de deelpopulatie van de 1%. Het ziet er dus naar uit dat hoe hoger het consumptieniveau is, hoe groter de frequentie van de patiënten met meerdere aandoeningen.

Algemeen kunnen we stellen dat de gemiddelde uitgaven van patiënten die lijden aan een enkele pathologie (FU) lager zijn dan die van individuen, getroffen door meerdere aandoeningen. Een voorbeeld: **een persoon die lijdt aan een depressie (of een andere stemmingsstoornis) bovenop andere aandoeningen, kost gemiddeld €6.396, maar dat zal slechts €2.872 zijn, als de betrokkene alleen aan een depressie lijdt.**

Deze regel stemt overeen met de literatuur, die stelt dat het aantal chronische aandoeningen van de patiënt een factor is die bijdraagt tot de verhoging van de uitgaven voor de chronische patiënt¹³.

Individen met alleen geestelijke gezondheidsproblemen of een zeldzame ziekte, hebben hogere uitgaven dan mensen met meerdere ziektes. Die verschillen zijn echter niet-representatief. Voor deze aandoeningen is het immers zo dat bepaalde individuen uitschieters vertonen qua uitgaven, die een invloed hebben op het gemiddelde.

We stellen vast dat bepaalde gemiddelde uitgaven hoog kunnen zijn. Als we de chronische nierinsufficiëntie, de geestelijke gezondheid en de zeldzame ziektes als één pathologie bekijken, vertegenwoordigen deze een gemiddelde uitgave die hoger is dan €20.000, terwijl de gemiddelde uitgave voor een chronisch zieke €5067 bedraagt. De individuen met een van die drie chronische aandoeningen, zijn ook de individuen die het meest kosten aan geneeskundige verzorging binnen de deelpopulaties van grote consumenten.

Uit tabel 8 blijkt dat het verschil in gemiddelde uitgaven tussen een chronische patiënt en een lid zonder chronische aandoening afneemt, naargelang de concentratie van de consumenten. Binnen de deelpopulatie van 1%, kosten de chronisch zieken immers €48.839 aan de ziekteverzekering, terwijl dat €47.665 is bij de niet-chronisch zieken.

13

Zie Holly (2009) en Stanton and Rutherford (2005).

E. Kenmerken van de chronisch zieken

DE OVERLEDEN PERSONEN

Uit tabel 9 blijkt dat bijna 1,6% van de bestudeerde totale populatie overleden is tussen 1 januari 2010 en 30 juni 2012 (tijdens deze periode, telden we dus ongeveer 31.000 overlijdens). Op het einde van hun leven, gaven deze overleden leden dus 15,7% uit voor hun geneeskundige verzorging (dit is ongeveer € 570 miljoen ¹⁴).

Wij stellen tevens vast dat bij de 23,3% chronisch zieken van onze populatie, 4,8% overleed tijdens diezelfde periode. Het aandeel van de overleden personen is dus 3 keer hoger bij de chronisch zieken, als we vergelijken met de totale bevolking. Die vaststelling is redelijk, aangezien de chronisch zieken gemiddeld ouder zijn en in een slechtere gezondheid verkeren.

De uitgaven van de chronisch zieken op het einde van hun leven vertegenwoordigden 19,4% van de totale uitgaven van de chronisch zieken voor geneeskundige verzorging in 2010.

Het belangrijke aandeel van de uitgaven, toegerekend aan overleden personen (of zij nu chronisch ziek zijn of niet) lijkt een bevestiging te zijn van de literatuur die stelt dat individuen op het einde van hun leven meer uitgaven voor geneeskundige verzorging hebben ¹⁵.

HET AANTAL OVERLEDEN PERSONEN (TUSSEN 01/01/2010 EN 30/06/2012) EN HUN AANDEEL IN DE TERUGBETAALDE UITGAVEN VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING.									
TABEL 9		1%		5%		10%		Totale populatie	
		N (%)	Uitgaven (%)	N (%)	Uitgaven (%)	N (%)	Uitgaven (%)	N (%)	Uitgaven (%)
	Totaal: chronisch zieken	31,5%	30,9%	21,7%	25,8%	15,1%	23,1%	4,8%	19,4%
Totaal: populatie	32,0%	31,5%	21,0%	25,6%	12,8%	21,7%	1,6%	15,7%	

Het grote aandeel van de uitgaven van de overledenen (in vergelijking met dat van de niet-overledenen) neemt af, naarmate we dichterbij de grootste consumenten komen. In de deelgroep van de 5%, treffen we 21% overledenen aan en zij hebben aanleiding gegeven tot 25,6% van de totale uitgaven van die groep. In de deelgroep van 1%, zien we geen verschil meer: bijna 32% van de populatie is overleden en de uitgaven van die groep vertegenwoordigen 31,5% van de totale uitgaven. We kunnen dus niet stellen dat in de deelpopulatie van de grote consumenten (de 1%), de overledenen of de personen die het einde van hun leven bereikt hebben (of ze nu chronisch ziek zijn of niet), gemiddeld meer uitgeven dan de anderen.

¹⁴

Zie: als bijlage tabel A.4.

¹⁵

Lubitz and Riley (1993).

Tabel 10 geeft het overlijdenspercentage weer tussen 1 januari 2010 en het einde van het eerste halfjaar van 2012 bij de leden, getroffen door een van de bestudeerde chronische aandoeningen. Ongeacht de gekozen (deel)groep, is het zo dat leden die behandeld worden omwille van kanker of hartziekten en leden die lijden aan COPD, een exocriene pancreasaandoening, een psychose (>70 jaar), Parkinson, Alzheimer, chronische nierinsufficiëntie of een zeldzame ziekte een hoger overlijdenspercentage vertonen dan het gemiddelde van hun (deel)groep.

OVERLIJDENSPERCENTAGE TUSSEN 01/01/2010 EN 30/06/2012, PER CHRONISCHE AANDOENING								
	1%		5%		10%		Totale populatie	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Depressie	4 798	26,1%	22 044	19,1%	35 027	13,6%	99 984	5,2%
Cardiovasc. aandoeningen: hartziekten	3 244	44,1%	14 430	31,5%	21 484	25,1%	40 352	15,1%
COPD	2 331	46,0%	9 748	30,8%	16 288	21,8%	39 760	10,1%
Astma	453	23,4%	2 337	11,7%	5 406	6,2%	33 170	1,2%
Mucoviscidose	37	18,9%	142	8,5%	165	7,9%	191	6,8%
Diabetes met insuline	1 293	35,6%	5 550	21,0%	10 900	12,4%	17 103	8,6%
Diabetes zonder insuline	1 344	34,6%	7 537	20,6%	14 446	13,3%	53 129	4,3%
Exocriene pancreasaandoeningen	52	44,2%	187	28,3%	298	19,1%	492	12,4%
Psoriasis	1	0,0%	10	40,0%	18	22,2%	50	8,0%
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	196	26,0%	2 037	5,8%	2 933	4,8%	6 549	2,5%
Psychose (<=70 jaar)	1 378	7,8%	4 330	6,4%	6 769	4,9%	13 368	2,9%
Psychose (>70 jaar)	403	35,0%	2 419	32,2%	2 785	29,9%	3 533	24,3%
Parkinson	653	35,8%	3 079	31,6%	4 296	25,3%	6 049	18,8%
Epilepsie	1 477	28,7%	5 473	18,2%	8 789	12,5%	18 045	6,5%
HIV	113	17,7%	1 097	2,9%	1 265	2,6%	1 300	2,5%
Chronische hepatitis B en C	8	37,5%	65	7,7%	87	5,7%	88	5,7%
Multiple sclerose	55	1,8%	884	0,6%	967	0,5%	973	0,5%
Orgaantransplantatie	104	12,5%	562	5,5%	680	5,1%	681	5,1%
Alzheimer	522	42,9%	3 121	32,4%	4 102	28,5%	5 719	22,5%
Chronische nierinsufficiëntie	1 132	34,1%	1 546	32,8%	1 840	29,1%	2 233	24,7%
Geestelijke gezondheid	2 810	6,7%	5 460	6,1%	6 251	5,6%	6 990	5,1%
Zeldzame ziekten	979	36,8%	1 504	37,1%	1 604	36,8%	1 640	36,4%
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	10 361	37,4%	52 179	24,1%	89 828	16,8%	318 485	5,5%
Kanker (MOC)	2 840	53,6%	8 567	35,3%	10 694	30,4%	12 721	25,9%
Totaal: chronisch zieken	16 159	31,5%	74 831	21,7%	127 708	15,1%	457 930	4,8%
Totaal: zonder chronische aandoening	3 467	34,4%	23 297	19,0%	68 544	8,4%	1 504 596	0,6%
Totaal: populatie	19 626	32,0%	98 128	21,0%	196 252	12,8%	1 962 526	1,6%

NOOT : N = aantal personen, beoogd door de aandoening; % = aandeel van de overlijdens bij de personen met de desbetreffende aandoening.

DE KANKERPERCENTAGES

De plaats van kanker bij de chronische aandoeningen roept vragen op. Bij gebrek aan een consensus in de literatuur en bij onze interne deskundigen (artsen), hebben wij evenwel beslist om kanker in deze studie niet als een chronische aandoening te beschouwen. Bepaalde vormen van kanker kunnen immers wel degelijk genezen worden of kennen een vrij lange remissieperiode. We kunnen niettemin een raming maken van het percentage van de kankerpatiënten onder de chronisch zieken. Omdat wij niet beschikken over een medische diagnose, hebben we gebruik gemaakt van een specifiek administratief gegeven, dat dienst gedaan heeft als proxy, namelijk de aanwezigheid van een multidisciplinair oncologisch consult (MOC), geattesteerd door de coördinerende arts. Deze werkwijze stuit echter op limieten, want het is niet zo dat personen met een geattesteerd MOC in het vorige jaar/de vorige jaren, automatisch een nieuw MOC toegekend krijgen voor het bestudeerde jaar, in dit geval 2010. Het is daarenboven ook niet zo dat alle kankerpatiënten noodzakelijkerwijze een MOC hebben. Die limieten maken dat we geneigd zijn om te denken dat de gepresenteerde kankerpercentages eigenlijk een onderschatting zijn.

HET AANDEEL VAN DE KANKERPATIËNTEN, PER CHRONISCHE AANDOENING EN (DEEL)POPULATIE

	1%		5%		10%		Totale populatie	
	N	%MOC	N	%MOC	N	%MOC	N	%MOC
Depressie	4 798	9,1%	22 044	4,8%	35 027	3,6%	99 984	1,4%
Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	3 244	9,3%	14 430	5,2%	21 484	4,1%	40 352	2,4%
COPD	2 331	13,8%	9 748	8,6%	16 288	6,0%	39 760	2,7%
Astma	453	9,9%	2 337	5,4%	5 406	2,7%	33 170	0,5%
Mucoviscidose	37	8,1%	142	4,2%	165	4,2%	191	3,7%
Diabetes met insuline	1 293	9,6%	5 550	4,8%	10 900	2,8%	17 103	1,8%
Diabetes zonder insuline	1 344	13,5%	7 537	7,8%	14 446	5,0%	53 129	1,5%
Exocriene pancreasaandoeningen	52	26,9%	187	16,0%	298	10,4%	492	6,3%
Psoriasis	1	0,0%	10	10,0%	18	5,6%	50	4,0%
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	196	10,7%	2 037	2,4%	2 933	1,9%	6 549	0,9%
Psychose (<=70 jaar)	1 378	2,6%	4 330	1,7%	6 769	1,3%	13 368	0,7%
Psychose (>70 jaar)	403	4,5%	2 419	1,7%	2 785	1,7%	3 533	1,4%
Parkinson	653	4,1%	3 079	3,0%	4 296	2,4%	6 049	1,8%
Epilepsie	1 477	13,1%	5 473	7,0%	8 789	4,7%	18 045	2,4%
HIV	113	10,6%	1 097	1,5%	1 265	1,4%	1 300	1,4%
Chronische hepatitis B en C	8	37,5%	65	9,2%	87	6,9%	88	6,8%
Multiple sclerose	55	3,6%	884	0,7%	967	0,6%	973	0,6%
Orgaantransplantatie	104	7,7%	562	3,4%	680	2,8%	681	2,8%
Alzheimer	522	3,8%	3 121	1,8%	4 102	1,9%	5 719	1,4%
Chronische nierinsufficiëntie	1 132	4,4%	1 546	4,7%	1 840	4,4%	2 233	3,8%
Geestelijke gezondheid	2 810	1,7%	5 460	1,2%	6 251	1,1%	6 990	1,0%
Zeldzame ziekten	979	22,1%	1 504	19,3%	1 604	18,3%	1 640	18,0%
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	10 361	13,3%	52 179	7,8%	89 828	5,6%	318 485	1,8%
Totaal: chronisch zieken	16 159	12,1%	74 831	7,3%	127 708	5,2%	457 930	1,6%
Totaal: populatie	19 626	14,5%	98 128	8,7%	196 252	5,4%	1 962 526	0,6%

Bij de totale populatie, geïllustreerd op tabel 11, hebben wij een percentage geobserveerd van 0,6% individuen die getroffen zijn door kanker. Bij de chronisch zieken, loopt dat percentage op tot 1,6%.





De verhouding van leden met een behandelde vorm van kanker is 25 keer hoger in de groep van de 1% dan bij de totale populatie (14% vs. 0,6%).



Wij treffen drie keer meer kankers aan bij de chronisch zieken, als we de vergelijking maken met de globale populatie.

De prevalentie van kanker stijgt met de concentratie-gradiënt van de deelpopulaties van grote consumenten, dit ongeacht de geobserveerde aandoening.

In de deelpopulatie van de 1%, bedraagt de prevalentie van kanker immers 14,5% (bij de chronisch zieken is dat 12,1%). In tegenstelling tot wat vastgesteld werd bij de totale bevolking, is het bij de deelpopulaties van grote consumenten zo dat het risico dat men bovendien ook kankerpatiënt zal zijn, niet toeneemt bij de chronisch zieken.

De kankerpercentages zijn het hoogst bij exocriene pancreasaandoeningen, bij chronische hepatitis B of C en bij de zeldzame ziektes. In de deelpopulatie van 1%, is het zo dat 26,9% van de individuen, getroffen door exocriene pancreasaandoeningen, tevens een vorm van kanker hebben. Dit percentage loopt op tot 37,5% kankerpatiënten bij de personen die lijden aan hepatitis B of C en bedraagt 22,1% bij de individuen met een zeldzame ziekte. Met uitzondering van de zeldzame ziektes, moeten die laatste percentages met een korreltje zout genomen worden, aangezien het aantal betrokken individuen relatief klein is.

We merken op dat de verhouding van leden met een behandelde vorm van kanker, 25 keer hoger is in de groep van de 1% dan bij de totale populatie (14% vs. 0,6%).

DE KLASSIEKE HOSPITALISATIES ¹⁶ EN DE RAADPLEGINGEN BIJ DE HUISARTS/SPECIALIST

De uitgaven met betrekking tot klassieke hospitalisaties ¹⁷ zijn een belangrijke uitgavenpost voor de begroting geneeskundige verzorging. Het is dus interessant om die uitgaven van dichterbij te analyseren.

Tabel 12 geeft de totale aantallen weer van de individuen en de opnames in het ziekenhuis, samen met het gemiddelde aantal ziekenhuisopnames, per individu voor elke chronische aandoening en per deelpopulatie.

HET (TOTALE EN GEMIDDELDE) AANTAL INDIVIDUEN EN ZIEKENHUISOPNAMEN, PER CHRONISCHE AANDOENING EN (DEEL)POPULATIE

	1%		5%			10%			Totale populatie			
	N	ZH opnames	N	ZH opnames		N	ZH opnames		N	ZH opnames		
		N	Gemid.	N	Gemid.	N	N	Gemid.	N	N	Gemid.	
Depressie	4 798	12 973	2,7	22 044	30 410	1,4	35 027	37 829	1,1	99 984	40 771	0,4
Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	3 244	9 015	2,8	14 430	22 204	1,5	21 484	25 930	1,2	40 352	26 730	0,7
COPD	2 331	6 986	3,0	9 748	16 400	1,7	16 288	19 834	1,2	39 760	20 944	0,5
Astma	453	1 301	2,9	2 337	3 874	1,7	5 406	6 159	1,1	33 170	7 601	0,2
Mucoviscidose	37	84	2,3	142	148	1,0	165	151	0,9	191	151	0,8
Diabetes met insuline	1 293	3 817	3,0	5 550	8 508	1,5	10 900	10 068	0,9	17 103	10 187	0,6
Diabetes zonder insuline	1 344	3 580	2,7	7 537	10 896	1,4	14 446	14 789	1,0	53 129	15 910	0,3
Exocriene pancreasaandoeningen	52	157	3,0	187	326	1,7	298	358	1,2	492	366	0,7
Psoriasis	1	2	2,0	10	9	0,9	18	10	0,6	50	12	0,2
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	196	562	2,9	2 037	1 527	0,7	2 933	1 966	0,7	6 549	2 092	0,3
Psychose (<=70 jaar)	1 378	4 063	2,9	4 330	7 780	1,8	6 769	8 844	1,3	13 368	9 126	0,7
Psychose (>70 jaar)	403	835	2,1	2 419	1 794	0,7	2 785	1 911	0,7	3 533	1 921	0,5
Parkinson	653	1 461	2,2	3 079	3 137	1,0	4 296	3 409	0,8	6 049	3 450	0,6
Epilepsie	1 477	4 057	2,7	5 473	8 357	1,5	8 789	9 877	1,1	18 045	10 358	0,6
HIV	113	222	2,0	1 097	410	0,4	1 265	422	0,3	1 300	422	0,3
Chronische hepatitis B en C	8	21	2,6	65	45	0,7	87	48	0,6	88	48	0,5
Multiple sclerose	55	109	2,0	884	267	0,3	967	278	0,3	973	278	0,3
Orgaantransplantatie	104	316	3,0	562	664	1,2	680	672	1,0	681	672	1,0
Alzheimer	522	1 155	2,2	3 121	2 784	0,9	4 102	3 077	0,8	5 719	3 124	0,5
Chronische nierinsufficiëntie	1 132	2 409	2,1	1 546	2 958	1,9	1 840	3 064	1,7	2 233	3 077	1,4
Geestelijke gezondheid	2 810	7 789	2,8	5 460	12 949	2,4	6 251	14 036	2,2	6 990	14 548	2,1
Zeldzame ziekten	979	1 987	2,0	1 504	2 655	1,8	1 604	2 740	1,7	1 640	2 755	1,7
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	10 361	27 521	2,7	52 179	74 575	1,4	89 828	96 001	1,1	318 485	103 767	0,3
Kanker (MOC)	2 840	9 551	3,4	8 567	18 579	2,2	10 694	20 131	1,9	12 721	20 307	1,6
Totaal: chronisch zieken	16 159	41 757	2,6	74 831	106 450	1,4	127 708	138 071	1,1	457 930	151 196	0,3
Totaal: populatie	19 626	50 893	2,6	98 128	140 141	1,4	196 252	216 130	1,1	1 962 526	279 396	0,1

TABEL 12

¹⁶ De klassieke ziekenhuisopnames omvatten de hospitalisaties in algemene ziekenhuizen en psychiatrische instellingen.

¹⁷ De daghospitalisaties hebben wij niet meegerekend, omdat we die als ambulans beschouwen.



De ziekenhuisverblijven geven aanleiding tot zeer hoge uitgaven voor geneeskundige verzorging voor de gemeenschap en het lijkt evident dat het aantal hospitalisaties relatief hoger zal zijn bij de deelpopulaties van grote consumenten.



Het is niet echt verbazend om vast te stellen dat het gemiddelde aantal hospitalisaties toeneemt, naarmate de concentratiegraad van de uitgaven stijgt. De ziekenhuisverblijven geven aanleiding tot zeer hoge uitgaven voor geneeskundige verzorging voor de gemeenschap en het lijkt evident dat het aantal hospitalisaties relatief hoger zal zijn bij de deelpopulaties van grote consumenten. Bij de totale populatie, bedraagt het gemiddelde aantal hospitalisaties 0,1¹⁸ terwijl het oploopt tot 2,6 bij de deelpopulatie van 1%. Bij die deelpopulatie van 1%, werden de individuen meer dan 2 keer gehospitaliseerd in 2010, ongeacht hun chronische aandoening.

We stellen vast dat het gemiddelde aantal hospitalisaties hoger is bij de chronisch zieken binnen de totale populatie. Zij worden immers gemiddeld drie keer vaker gehospitaliseerd dan niet-chronische patiënten. Dit relatieve verschil verdwijnt, als we gaan kijken naar de deelpopulaties van grote consumenten. Bij de deelgroepen van 1%, 5% en 10%, is het gemiddelde aantal hospitalisaties van chronisch zieken identiek aan dat van de niet-chronisch zieken.

Individueen, getroffen door een chronische nierinsufficiëntie, geestelijke gezondheidsproblemen, kanker of individuen die een orgaantransplantatie ondergaan, worden vaker gehospitaliseerd dan het gemiddelde van de totale bevolking. Die resultaten zijn niet echt verrassend, want dergelijke aandoeningen vereisen natuurlijk een behandeling in het ziekenhuis. De relatieve verschillen tussen chronische aandoeningen lijken kleiner te worden, als we gaan kijken naar de deelpopulaties van grote consumenten.

De stijging van het gemiddelde aantal ziekenhuisopnames bij de verschillende deelpopulaties is hoger voor bepaalde aandoeningen zoals COPD, astma, diabetes (met of zonder insuline), aandoeningen van de pancreas, psychoses (<=70 jaar), orgaantransplantaties en kanker.

18

Een aantal hospitalisaties, lager dan 1, duidt noodzakelijkerwijze aan dat een deel van de populatie niet beoogd wordt door de hospitalisatie.

Het aantal hospitalisaties volstaat echter niet als gegeven. Het is van essentieel belang om te gaan kijken naar de duur van de hospitalisaties. Tabel 13 geeft het aantal opnames weer, samen met het gemiddelde en totale aantal hospitalisatiedagen voor elke aandoening.

HET AANTAL OPNAMEN EN HET (TOTALE EN GEMIDDELDE AANTAL) HOSPITALISATIEDAGEN, PER CHRONISCHE AANDOENING EN (DEEL)POPULATIE

	1%			5%			10%			Totale populatie		
	Hospitalisation			Hospitalisation			Hospitalisation			Hospitalisation		
	N	Dag	Gemid.	N	Dag	Gemid.	N	Dag	Gemid.	N	Dag	Gemid.
Depressie	12 973	336 065	25,9	30 410	539 968	17,8	37 829	570 328	15,1	40 771	575 596	14,1
Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	9 015	183 281	20,3	22 204	300 721	13,5	25 930	314 215	12,1	26 730	315 553	11,8
COPD	6 986	131 132	18,8	16 400	214 226	13,1	19 834	227 199	11,5	20 944	229 333	10,9
Astma	1 301	28 655	22,0	3 874	49 013	12,7	6 159	56 832	9,2	7 601	59 628	7,8
Mucoviscidose	84	1 141	13,6	148	1 571	10,6	151	1 585	10,5	151	1 585	10,5
Diabetes met insuline	3 817	68 497	17,9	8 508	106 391	12,5	10 068	111 681	11,1	10 187	111 921	11,0
Diabetes zonder insuline	3 580	78 775	22,0	10 896	142 532	13,1	14 789	156 624	10,6	15 910	158 484	10,0
Exocriene pancreasaandoeningen	157	2 791	17,8	326	4 249	13,0	358	4 336	12,1	366	4 349	11,9
Psoriasis	2	3	1,5	9	93	10,3	10	96	9,6	12	98	8,2
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	562	10 329	18,4	1 527	17 197	11,3	1 966	18 820	9,6	2 092	19 044	9,1
Psychose (<=70 jaar)	4 063	152 361	37,5	7 780	217 289	27,9	8 844	224 499	25,4	9 126	225 358	24,7
Psychose (>70 jaar)	835	24 686	29,6	1 794	37 174	20,7	1 911	37 726	19,7	1 921	37 747	19,6
Parkinson	1 461	37 459	25,6	3 137	56 858	18,1	3 409	58 066	17,0	3 450	58 202	16,9
Epilepsie	4 057	95 882	23,6	8 357	138 945	16,6	9 877	144 933	14,7	10 358	145 749	14,1
HIV	222	3 733	16,8	410	4 670	11,4	422	4 691	11,1	422	4 691	11,1
Chronische hepatitis B en C	21	187	8,9	45	341	7,6	48	346	7,2	48	346	7,2
Multiple sclerose	109	2 195	20,1	267	2 973	11,1	278	3 006	10,8	278	3 006	10,8
Orgaantransplantatie	316	4 171	13,2	664	5 586	8,4	672	5 599	8,3	672	5 599	8,3
Alzheimer	1 155	30 174	26,1	2 784	49 988	18,0	3 077	51 289	16,7	3 124	51 372	16,4
Chronische nierinsufficiëntie	2 409	33 628	14,0	2 958	38 017	12,9	3 064	38 373	12,5	3 077	38 394	12,5
Geestelijke gezondheid	7 789	456 151	58,6	12 949	582 135	45,0	14 036	596 623	42,5	14 548	599 330	41,2
Zeldzame ziekten	1 987	37 459	18,9	2 655	43 963	16,6	2 740	44 285	16,2	2 755	44 302	16,1
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	27 521	599 106	21,8	74 575	1 036 425	13,9	96 001	1 116 526	11,6	103 767	1 130 163	10,9
Kanker (MOC)	9 551	124 323	13,0	18 579	185 800	10,0	20 131	191 264	9,5	20 307	191 593	9,4
Totaal: chronisch zieken	41 757	1 162 499	27,8	106 450	1 825 362	17,1	138 071	1 951 568	14,1	151 196	1 976 463	13,1
Totaal: populatie	50 893	1 356 133	26,6	140 141	2 234 252	15,9	216 130	2 546 404	11,8	279 396	2 679 962	9,6

TABEL 13

We stellen bij de deelpopulaties van consumenten, ongeacht hun aandoening, een stijging vast van het gemiddelde aantal ziekenhuisverblijven. De gemiddelde verblijfsduur neemt eveneens toe. Hoe hoger de concentratiegraad, hoe langer de verblijfsduur.

Er zijn grote verschillen qua verblijfsduur tussen de aandoeningen, ongeacht de deelpopulatie van de consumenten.

Bij de totale populatie, treffen we 6 aandoeningen aan, die aanleiding geven tot een gemiddelde verblijfsduur die langer is dan 15 dagen; het gaat hier om de psychoses (<= 70 jaar en > 70 jaar), Parkinson, Alzheimer, de geestelijke gezondheid en de zeldzame ziektes.



Het is duidelijk dat patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen vaak gehospitaliseerd worden gedurende een relatief lange periode: gemiddeld meer dan 2 ziekenhuisverblijven met een gemiddelde verblijfsduur van 41,2 dagen. Bij de deelpopulatie van de 1%, loopt de verblijfsduur op tot 58,6 dagen bij die individuen.

AANDEEL VAN DE UITGAVEN BIJ EEN KLASSIEKE ZIEKENHUISOPNAME

Tabel 14 geeft het aandeel weer van de uitgaven tijdens een klassieke ziekenhuisopname (dit wil zeggen met ten minste 1 overnachting) voor elke chronische aandoening en rekening houdend met alle deelpopulaties.

AANDEEL VAN DE UITGAVEN IN HET ZIEKENHUIS, PER CHRONISCHE AANDOENING EN (DEEL)POPULATIE				
	Uitgaven voor GV van 1%	Uitgaven voor GV van 5%	Uitgaven voor GV van 10%	Uitgaven voor GV van totale populatie
	%ZH	%ZH	%ZH	%ZH
Depressie	68%	50%	47%	41%
Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	67%	54%	51%	47%
COPD	66%	55%	51%	45%
Astma	67%	55%	50%	36%
Mucoviscidose	50%	37%	36%	35%
Diabetes met insuline	58%	48%	42%	38%
Diabetes zonder insuline	68%	54%	49%	39%
Exocriene pancreasaandoeningen	63%	54%	50%	47%
Psoriasis	4%	16%	15%	14%
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	63%	28%	27%	25%
Psychose (<=70 jaar)	80%	67%	62%	57%
Psychose (>70 jaar)	59%	29%	29%	28%
Parkinson	60%	38%	36%	34%
Epilepsie	64%	50%	47%	43%
HIV	38%	16%	15%	15%
Chronische hepatitis B en C	38%	19%	18%	18%
Multiple sclerose	44%	11%	11%	11%
Orgaantransplantatie	62%	41%	38%	38%
Alzheimer	63%	35%	33%	32%
Chronische nierinsufficiëntie	31%	32%	32%	31%
Geestelijke gezondheid	86%	84%	83%	83%
Zeldzame ziekten	39%	41%	41%	41%
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	65%	53%	49%	41%
Totaal: chronisch zieken	66%	53%	50%	41%
Totaal: populatie	68%	55%	53%	40%

Binnen de totale populatie vertegenwoordigen de uitgaven in het ziekenhuis van de chronisch zieken 41% van hun totale uitgaven voor geneeskundige verzorging (tabel 14).

Die samenstelling van de uitgaven (ziekenhuis/ambulant) is vergelijkbaar met de samenstelling bij de leden zonder een chronische ziekte, dit ongeacht de bestudeerde (deel)populatie. Er is daarentegen wel een verschil naargelang de chronische aandoening. Meestal zijn de

schommelingen relatief gering, behalve bij enkele chronische aandoeningen. **Bij de leden met een geestelijk gezondheidsprobleem en de mensen met een psychose, die jonger zijn dan 70 jaar, zijn meer dan de helft van hun uitgaven voor geneeskundige verzorging, uitgaven in het kader van een klassieke ziekenhuisopname (respectievelijk 83% en 57%).** Bij de leden met psoriasis of HIV, hepatitis B of C of multiple sclerose, bedraagt het aandeel van de ziekenhuisuitgaven minder dan 20%.

Een andere belangrijke vaststelling is dat het aandeel van de ziekenhuisuitgaven op significante wijze stijgt, wanneer we gaan kijken naar de deelpopulaties van grote consumenten. Die redenering gaat niet alleen op voor zowel de chronische, als de niet-chronische patiënten, maar ook voor bijna alle chronische aandoeningen. **Bij de deelpopulatie die we mogen bestempelen als de grootste consumenten van geneeskundige verzorging (de 1%), blijken twee derde van de uitgaven voor geneeskundige verzorging, uitgaven te zijn in het ziekenhuis. Die observatie geldt zowel voor de chronisch zieken, als voor de niet-chronisch zieken. We kunnen dus concluderen dat, als we op zoek gaan naar een verklaring voor de concentratie van de geneeskundige verzorging, de uitgaven in het kader van een ziekenhuisverblijf ter zake een belangrijke rol spelen.**

In tabel 15 treffen we niet alleen de hospitalisaties aan, maar ook het interessante gegeven van de frequentie van de raadplegingen naargelang de vraag of de patiënt al dan niet lijdt aan een chronische aandoening. Het aantal en de duur van de hospitalisaties, per (chronische/niet-chronische) patiënt wordt samengevat in deze tabel, samen met het aantal raadplegingen bij huisarts en specialist. Dankzij deze tabel kunnen we een vergelijking maken van de consumptieverschillen qua geneeskundige verzorging tussen chronische en niet-chronische patiënten binnen eenzelfde populatie.

GEMIDDELD AANTAL RAADPLEGINGEN, HOSPITALISATIES EN HOSPITALISATIEDAGEN, PER SOORT VAN PATIËNT EN (DEEL)POPULATIE									
	1%		5%		10%		Totale populatie		
	Chronische	Niet chronische	Chronische	Niet chronische	Chronische	Niet chronische	Chronische	Niet chronische	
Huisarts raadplegen	7,8	4,0	7,8	4,2	8,0	4,2	6,0	2,1	
Specialist raadplegen	6,4	7,7	6,2	6,9	6,7	7,4	3,9	1,9	
Hospitalisatiedagen (klassieke)	27,8	21,2	17,1	12,1	14,1	7,6	13,1	5,5	
Hospitalisaties	2,6	2,6	1,4	1,5	1,1	1,1	0,3	0,1	

Wij hebben al onderstreept dat het gemiddelde aantal en de gemiddelde duur van de hospitalisaties toeneemt rekening houdend met de concentratiegraad van de deelpopulaties, dit ongeacht het soort van patiënt (chronische of niet-chronische aandoening). Uit onze cijfers kunnen we echter niet afleiden dat de chronische patiënten duidelijk vaker gehospitaliseerd zouden worden dan de niet-chronische patiënten binnen de deelpopulaties van grote consumenten. **De gemiddelde verblijfsduur van chronisch zieken is daarentegen duidelijk hoger dan die bij niet-chronische patiënten, ongeacht de geobserveerde deelpopulatie.**

Bij de totale populatie valt op dat chronisch zieken twee à drie keer vaker een huisarts of een specialist raadplegen dan de niet-chronische patiënten. Deze laatsten gaan immers gemiddeld twee keer naar een huisarts en een specialist, terwijl de chronisch zieken gemiddeld 6 keer naar hun huisarts stappen en 4 keer naar een specialist. Bij de deelpopulaties van grote consumenten, merken we daarentegen dat de chronisch zieken (2 keer vaker) naar hun huisarts stappen dan personen zonder een chronische aandoening. We kunnen niet hetzelfde zeggen van de raadplegingen bij de specialist, want daar stellen we een omgekeerde trend vast, hoewel de verschillen weinig - of zelfs in het geheel niet- significant zijn.

F. Econometrische analyse

In deze afdeling maken wij gebruik van een multi-gevarieerd lineair model, gebaseerd op de methode van de kleinste-kwadratenmethode (KKM) voor de analyse van de relatie tussen de maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging, terugbetaald voor de populatie MLOZ (Dm_ssr) en de chronische aandoeningen. We controleren daarbij een reeks variabelen zoals het geslacht, de leeftijd, het gewest (Brussel), het RVV-statuut, de status van weduwnaar/weduwe, het overlijden, het aandeel van de uitgaven tijdens een (klassieke) ziekenhuisopname) en kanker. Het model ziet er als volgt uit:

$$Dm_ssr_i = \beta_1 h0_1_i + \beta_2 h1_5_i + \beta_3 h5_10_i + \dots + \beta_{20} h90_00_i + \beta_{21} f0_1_i + \beta_{22} f1_5_i + \beta_{23} f5_10_i + \dots + \beta_{41} h95_00_i + \beta_{42} brux_i + \beta_{43} bim_i + \beta_{44} veuf_i + \beta_{45} décès_i + \beta_{46} hospit_i + \beta_{47} cancer_i + \beta_{48} depress_i + \beta_{49} malcardiaque_i + \beta_{50} bpco_i + \dots + \beta_{70} hypertension_i + \epsilon_i$$

waarbij:

- $\beta_1 \dots \beta_{20}$ de coëfficiënten zijn die gepaard gaan met mannen, per leeftijdsgroep van vijf jaar (tot de leeftijdsgroep, ouder dan 90 jaar);
- $\beta_{21} \dots \beta_{41}$ de coëfficiënten zijn voor de vrouwen, per leeftijdsgroep van vijf jaar (tot de leeftijdsgroep, ouder dan 95 jaar);
- β_{42} gepaard gaat met de binaire variabele Brussels Hoofdstedelijk gewest (1 indien woonplaats in Brussel, zonet 0);
- β_{43} gepaard gaat met de binaire variabele RVV-statuut (1 indien RVV, zonet 0);
- β_{44} gepaard gaat met de binaire variabele status weduwnaar/weduwe (1 indien weduwnaar/weduwe, zonet 0);
- β_{45} gepaard gaat met de binaire variabele overlijden (1 bij een overlijden in 2010, zonet 0);
- β_{47} gepaard gaat met het aandeel van de uitgaven tijdens een klassieke ziekenhuisopname;
- $\beta_{48} \dots \beta_{70}$ de coëfficiënten zijn, die gepaard gaan met de bestudeerde chronische aandoeningen.

Leden die geboren worden of overlijden in de loop van het jaar, hebben uitgaven voor geneeskundige verzorging gehad tijdens een periode die korter is dan 12 maanden. Als we met jaargegevens werken, dan is de vertekening des te groter naarmate het aandeel van de personen die overlijden in het begin van het jaar (of die geboren worden op het einde van het jaar), groter is. Om een vertekening van onze resultaten te vermijden, worden de terugbetaalde uitgaven voor geneeskundige verzorging dus maandelijks gemeten.

Elke coëfficiënt vertegenwoordigt, voor zover alles elders gelijk blijft, de impact (in euro) op de terugbetaalde maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging van de desbetreffende variabele in het model. Een interpretatie heeft enkel zin als de observatie statistisch significant is (gewoonlijk gaat men er vanuit dat de drempel van 10% de maximale drempel is).

De resultaten op basis van de raming van het lineaire model, werden opgenomen in tabel 16.

Alle geraamde coëfficiënten zijn statistisch significant aan de drempel van 1%, behalve die voor psoriasis die (zelfs aan 10%) nog niet significant is. Met andere woorden, alle variabelen uit het model (behalve psoriasis) hebben een significante invloed op de uitgaven voor geneeskundige verzorging, terugbetaald in 2010. Welke zijn dan de factoren die de grootste invloed hebben op de terugbetaalde maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging?

Het overlijden in de loop van het jaar, het feit dat men kanker krijgt of een chronische nierinsufficiëntie, een zeldzame ziekte of een geestelijk gezondheidsprobleem.

Volgens de geraamde coëfficiënten, heeft een persoon die overlijdt in 2010 € 2.236 meer gekost aan de ziekteverzekering dan een niet-overleden persoon (in de hypothese dat er verder niets anders veranderd is). Dit bedrag loopt respectievelijk op tot € 3.557, € 3.008, € 2.042 en € 1.151, voor personen met een zeldzame ziekte, een chronische nierinsufficiëntie, een geestelijk gezondheidsprobleem of kanker.

Deze resultaten bevestigen onze vorige conclusies die het resultaat waren van de beschrijvende analyse van onze data.

Op te merken valt dat er nog andere variabelen zijn die een niet te verwaarlozen invloed hebben op de terugbetaalde maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging zoals daar zijn: mucoviscidose (€ 1.322), HIV (€ 1.056) en orgaantransplantatie (€ 1.046). Als we de geraamde coëfficiënten standaardiseren, dan blijkt echter dat de incidentie van deze variabelen geringer is.

Een interessante vaststelling is dat, als er verder niets verandert, leden die lijden aan hypertensie, slechts € 54 per maand kosten aan de ziekteverzekering, in vergelijking met leden zonder hypertensie. Dat resultaat is niet zo verbazend, aangezien leden met hypertensie gemiddeld minder kosten dan leden met andere chronische aandoeningen (zie hierboven de analyse van de gemiddelde uitgaven).

Een ander resultaat dat overeenstemt met de bestaande literatuur, is de groeiende invloed van de leeftijd op de uitgaven voor geneeskundige verzorging, ongeacht het geslacht. De geraamde coëfficiënten stijgen immers naarmate de leeftijd stijgt, behalve voor de leeftijdsgroepen van 10-25 jaar bij de mannen en van 35-40 jaar bij de vrouwen. De invloed van de eerste leeftijdsgroep (van 0-1 jaar) op de uitgaven voor geneeskundige verzorging is bijna identiek aan die van de leden in de leeftijdsgroep van 60-65 jaar (ongeacht het geslacht). Met andere woorden, als alles voor het overige gelijk blijft, dan kosten leden van 0-1 jaar niet meer of minder aan de ziekteverzekering dan de leden van 60-65 jaar.

Als wij mannen en vrouwen met identieke kenmerken met elkaar vergelijken, dan stellen we vast dat voor de leeftijdsgroep van de vrouwen tussen 20 en 35 jaar de uitgaven voor geneeskundige verzorging twee à drie keer hoger zijn dan die voor mannen in dezelfde leeftijdsgroep. Dat is zeker te wijten aan het feit dat dit de leeftijd is waarop vrouwen kinderen krijgen. Bij de overige leeftijdsgroepen, zijn de verschillen qua impact minder opvallend.



Het RVV-statuut geeft aanleiding tot een verhoging van de terugbetaalde maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging met € 106, in vergelijking met personen die dezelfde kenmerken hebben, maar niet beschikken over dit statuut.



19

Er bestaat heel veel literatuur over de hypothese van de geïnduceerde vraag. Uit recente internationale studies blijkt niettemin dat de impact ervan beperkt is.

20

De afhankelijkheid wordt gemeten aan de hand van de administratieve criteria die gebruikt worden in het kader van de toekenning van het recht op de sociale franchise en op het forfait voor de chronische ziektes. Een persoon wordt als afhankelijk beschouwd, als hij of zij beantwoordt aan ten minste één van de criteria die gepaard gaan met de sociale franchise of het forfait voor chronische ziektes.

Uit de lineaire regressie blijkt ook dat de leden die gedomicilieerd zijn in het Brussels gewest (wanneer alles voor het overige gelijk blijft), 9€ meer kosten aan de ziekteverzekering dan leden die niet gedomicilieerd zijn in het Brussels gewest. Als verklarende factoren, kunnen we het concept citeren van de “geïnduceerde vraag” - opvallender in Brussel om redenen van de grote dichtheid qua medische centra en ziekenhuizen - dit wil zeggen de invloed van het aanbod (zorgproducent) op de vraag (patiënt)¹⁹, alsook de gewoonlijk hogere verpleegdagprijs en de hogere prijs van de ziekenhuisverzorging in Brussel, in vergelijking met de andere gewesten (we gaan er daarbij van uit dat leden die gedomicilieerd zijn in het Brussels gewest, zich vooral laten opnemen in een ziekenhuis in hun eigen gewest). Ter herinnering, het gemiddelde van de terugbetaalde maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging loopt op tot € 180 in Brussel, terwijl dat bedrag € 178 is bij de Waalse leden en € 155 bij de Vlaamse leden. Die verschillen zijn echter weinig zinvol, aangezien elk individu het recht en de mogelijkheid heeft om zich te laten verzorgen waar het zelf wil.

De regressiecoëfficiënt, verbonden met het RVV-statuut, leert ons dat het bezit van dit statuut aanleiding geeft tot een verhoging van de terugbetaalde maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging met € 106, in vergelijking met personen die dezelfde kenmerken hebben, maar niet beschikken over dit statuut. Het RVV-statuut geeft immers recht op een hogere terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen. Zonder een bijkomende analyse, valt het echter moeilijk uit te maken of de leden RVV een ander medisch consumptiegedrag vertonen dan de gewone leden.

Als alle andere hypothesen gelijk blijven, dan is het feit dat men weduwnaar/weduwe is synoniem voor een hogere terugbetaling door de ziekteverzekering (stijging met € 48). Dit bedrag houdt dus alleen rekening met het specifieke effect van het weduwschap/weduwnaarschap, bij de controle van alle andere variabelen van het model. Enkele bijzondere kenmerken van de weduwnaars/weduwinnen zijn: hun leeftijd – deze is gemiddeld twee keer hoger dan die van het geheel van de leden (76 jaar versus 38 jaar) – en hun aandeel RVV – gemiddeld meer dan twee keer hoger dan die van het totaal van de leden (28% versus 11%). De impact van het feit dat men weduwnaar/weduwe is op de uitgaven voor geneeskundige verzorging, wordt niet beïnvloed door de bijzondere kenmerken van de weduwnaars/weduwinnen die wij gecontroleerd hebben in ons model.

Het effect van het wedu(waar)schap kan o.a. te verklaren zijn door het grotere aandeel van de personen die verblijven in RVT/ROB (14% versus 1%) en door het hogere aandeel van de zorgafhankelijke personen²⁰ bij de weduwnaars/weduwinnen dan bij het geheel van de leden (1,2% versus 3%).

Een laatste parameter van het regressiemodel heeft betrekking op de impact van het aandeel van de uitgaven tijdens een klassieke ziekenhuisopname op de terugbetaalde maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging. Als alle andere factoren gelijk blijven, dan krijgen we als resultaat een verhoging van de terugbetaalde maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging met € 22, door de stijging met 1 procentpunt van het aandeel van de uitgaven tijdens een klassieke ziekenhuisopname. Dit resultaat bevestigt onze vorige conclusies uit de beschrijvende analyse van onze data, namelijk de gestadige stijging van het aandeel van de uitgaven tijdens een klassieke ziekenhuisopname, wanneer we gaan kijken naar de grote zorgconsumenten.

DE RESULTATEN VAN DE LINEAIRE REGRESSIE (ENDOGENE VARIABELE: TERUGBETAALDE MAANDELIJKE UITGAVEN VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING IN 2010, IN €)

Verklarende variabelen		Geraamde coëfficiënten	Standard error ^(d)	t-value	Gestandaard. geraamde coëfficiënten
Geslacht/leeftijd	Man van 0-1 jaar	87,08	3,22	27,07	0,01
	Man van 1-5 jaar	29,00	2,23	13,03	0,01
	Man van 5-10 jaar	36,15	1,97	18,31	0,01
	Man van 10-15 jaar	28,26	1,99	14,21	0,01
	Man van 15-20 jaar	23,83	2,00	11,91	0,01
	Man van 20-25 jaar	21,53	2,06	10,45	0,01
	Man van 25-30 jaar	26,21	2,01	13,02	0,01
	Man van 30-35 jaar	29,13	1,95	14,96	0,01
	Man van 35-40 jaar	31,77	1,83	17,35	0,01
	Man van 40-45 jaar	37,22	1,79	20,74	0,01
	Man van 45-50 jaar	47,88	1,83	26,23	0,01
	Man van 50-55 jaar	55,84	1,99	28,1	0,02
	Man van 55-60 jaar	71,46	2,20	32,49	0,02
	Man van 60-65 jaar	93,24	2,39	39	0,02
	Man van 65-70 jaar	125,92	2,88	43,7	0,02
	Man van 70-75 jaar	145,07	3,03	47,9	0,03
	Man van 75-80 jaar	178,20	3,20	55,69	0,03
	Man van 80-85 jaar	242,61	3,88	62,48	0,04
	Man van 85-90 jaar	298,06	5,37	55,49	0,03
	Man van > 90 jaar	327,03	10,51	31,1	0,02
	Vrouwen van 0-1 jaar	75,25	3,27	23	0,01
	Vrouwen van 1-5 jaar	23,32	2,29	10,18	0,01
	Vrouwen van 5-10 jaar	27,12	2,02	13,41	0,01
	Vrouwen van 10-15 jaar	32,98	2,04	16,17	0,01
	Vrouwen van 15-20 jaar	34,58	2,06	16,79	0,01
	Vrouwen van 20-25 jaar	43,19	2,10	20,54	0,01
	Vrouwen van 25-30 jaar	74,38	2,02	36,8	0,02
	Vrouwen van 30-35 jaar	77,89	1,94	40,14	0,02
	Vrouwen van 35-40 jaar	59,26	1,86	31,95	0,02
	Vrouwen van 40-45 jaar	51,09	1,85	27,6	0,02
	Vrouwen van 45-50 jaar	54,25	1,88	28,91	0,02
	Vrouwen van 50-55 jaar	57,28	2,02	28,29	0,02
	Vrouwen van 55-60 jaar	66,21	2,21	29,99	0,02
	Vrouwen van 60-65 jaar	77,21	2,37	32,56	0,02
	Vrouwen van 65-70 jaar	103,32	2,77	37,31	0,02
	Vrouwen van 70-75 jaar	129,58	2,83	45,75	0,03
	Vrouwen van 75-80 jaar	199,64	2,95	67,67	0,04
	Vrouwen van 80-85 jaar	301,62	3,36	89,74	0,06
	Vrouwen van 85-90 jaar	413,62	4,10	101	0,06
	Vrouwen van 90-95 jaar	479,31	7,23	66,27	0,04
	Vrouwen van > 95 jaar	399,09	10,97	36,39	0,02

TABEL 16

Verklarende variabelen		Geraamde coëfficiënten	Standard error ^(ch)	t-value	Gestandaard. geraamde coëfficiënten
Brussels gewest		9,21	0,90	10,21	0,01
RVV-statuut		106,04	1,15	92,53	0,06
Weduwnaar/weduwe		48,90	1,95	25,04	0,02
Overleden in 2010		2.236,03	4,25	526,02	0,30
% Uitgaven tijdens een klassieke ziekenhuisopname		22,88	0,28	81,75	0,05
Kanker (aanwezigheid van een MOC)		1.151,11	4,50	255,64	0,14
Chronische aandoening op basis van de voorgeschreven geneesmiddelen	Depressie	158,46	1,71	92,5	0,06
	Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	214,33	2,70	79,51	0,05
	COPD	181,12	2,63	68,78	0,04
	Astma	47,93	2,81	17,05	0,01
	Mucoviscidose	1.322,15	36,23	36,5	0,02
	Diabetes met insuline	360,54	3,91	92,25	0,05
	Diabetes zonder insuline	20,52	2,30	8,93	0,01
	Exocriene pancreasaandoeningen	309,67	22,60	13,71	0,01
	Psoriasis	101,08 ^(ns)	70,76	1,43	0,00
	Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	369,85	6,20	59,66	0,03
	Psychose (<=70 jaar)	185,22	4,56	40,62	0,02
	Psychose (>70 jaar)	481,78	8,55	56,36	0,03
	Parkinson	388,26	6,53	59,49	0,03
	Epilepsie	302,01	3,80	79,5	0,04
	HIV	1.056,39	13,89	76,04	0,04
	Chronische hepatitis B en C	828,90	53,35	15,54	0,01
	Multiple sclerose	985,63	16,05	61,4	0,03
	Orgaantransplantatie	1.046,25	19,21	54,46	0,03
	Alzheimer	366,07	6,76	54,16	0,03
	Chronische nierinsufficiëntie	3.008,28	10,65	282,39	0,16
Geestelijke gezondheid	2.042,86	6,16	331,81	0,19	
Zeldzame ziekten	3.557,58	12,42	286,36	0,16	
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	54,31	1,23	44,11	0,03	
Aantal observaties		1.962.526			
Aangepast R-kwadraat		0,4035			

NOOT : (ns) = niet-significant aan de drempel van 10%; alle overige geraamde coëfficiënten zijn significant aan de drempel van 1%;
(ch) = consistent in geval van heteroscedasticiteit

G. De combinaties van chronische aandoeningen

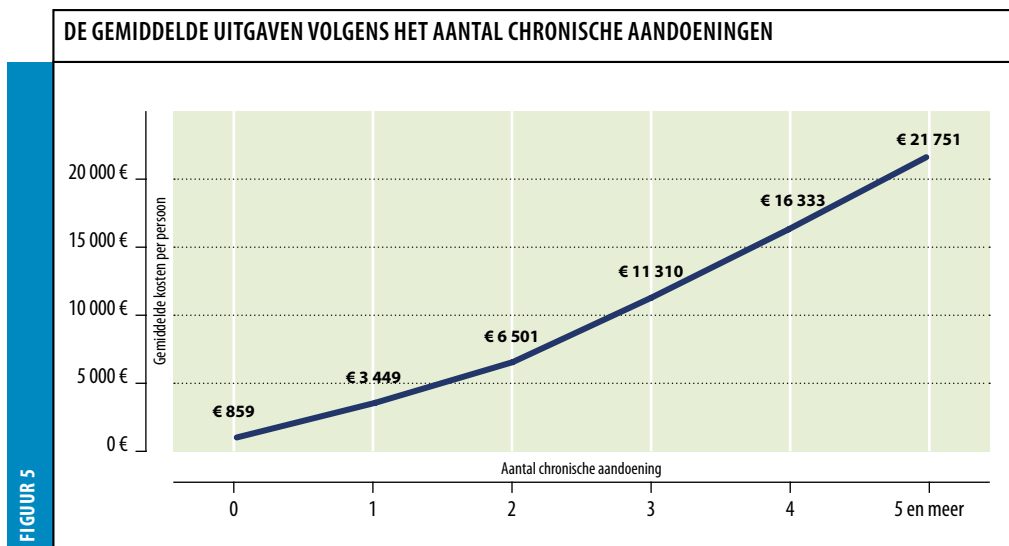
De volgende stap van de studie was de bepaling van de combinatie van chronische aandoeningen, waaraan de leden MLOZ lijden. Elk individu wordt aldus gekenmerkt door één combinatie van chronische ziektes. Een van de combinaties zal het ontbreken zijn van de door ons bepaalde chronische aandoeningen.

Met de beschikbare data zijn we erin geslaagd om de meest voorkomende combinaties van chronische aandoeningen te identificeren, samen met de uitgaven die gepaard gaan met de patiënten waarop die combinaties van toepassing zijn.

Op te merken valt dat het aantal effectieve combinaties binnen de bestudeerde populatie zeer hoog is. De analyse van alle combinaties (meer dan 1000) bleek weinig relevant te zijn. We hebben dan ook geopteerd voor een studie van de meest voorkomende combinaties op basis van een van de volgende twee criteria: combinaties die op zijn minst aanleiding geven tot 1% van de uitgaven en combinaties die ten minste 1% aanbelangen van de leden in elke deelpopulatie.

UITGAVEN IN FUNCTIE VAN HET AANTAL CHRONISCHE AANDOENINGEN

De literatuur over de impact van de chronische ziektes toont ondubbelzinnig aan dat er een positieve correlatie bestaat tussen het aantal chronische ziektes en de uitgaven voor geneeskundige verzorging van die chronische patiënt²¹. Met andere woorden, **hoe hoger het aantal ziektes, hoe meer uitgaven voor geneeskundige verzorging**. De evolutie van de gemiddelde kostprijs per patiënt naargelang het aantal aandoeningen, is terug te vinden op figuur 5 en bevestigt die relatie.



²¹ Zie o.a. Holly (2009) en Stanton and Rutherford (2005).





De personen zonder chronische aandoening kosten gemiddeld € 859. patiënten met één chronische ziekte komen aan een gemiddelde kostprijs van € 3.449, bij 2 pathologieën gaat het om € 6.501 en bij patiënten met 5 chronische ziektes loopt het bedrag op tot € 21.751.



Als we het geheel van onze leden bekijken, dan stellen we vast dat de personen zonder chronische aandoening²² gemiddeld € 859 kosten. Dit bedrag omvat hoofdzakelijk uitgaven voor geneeskundige verzorging, toegediend in het kader van acute ziektes (tandarts, raadpleging en huisartsen, specialisten, etc.).

De uitgaven stijgen snel en voortdurend, samen met het aantal aandoeningen waaraan de patiënt lijdt. Personen met twee chronische aandoeningen, komen aan een gemiddelde kostprijs van 6.501€, dit is 7 keer meer dan personen zonder een chronische aandoening. Leden die lijden aan 5 aandoeningen of zelfs meer, kosten gemiddeld 21.751€, dit is 25 keer meer dan een lid zonder enige aandoening en 6 keer meer dan een lid met één aandoening. De studie van Stanton en Rutherford (2005) kwam tot vergelijkbare resultaten, want toonde aan dat Amerikaanse patiënten met meerdere chronische ziektes 7 keer meer kosten dan patiënten met één chronische aandoening.

Ter herinnering, die gemiddelde kosten omvatten niet alleen de uitgaven voor geneeskundige verzorging die gepaard gaan met de chronische aandoeningen, maar alle uitgaven van de individuen met die geïdentificeerde chronische aandoeningen.

²²

We hebben ook rekening gehouden met de individuen zonder terugbetaalde uitgaven voor geneeskundige verzorging.

PREVALENTIE EN AANDEEL VAN DE UITGAVEN VOOR DE GEKOZEN COMBINATIES

Tabel 17 geeft de gekozen combinaties van aandoeningen weer, samen met hun gewicht in termen van uitgaven en de desbetreffende leden, per deelgroep van consumenten.

AANDEEL VAN DE UITGAVEN EN VAN DE PERSONEN MET DE COMBINATIES VAN AANDOENINGEN DIE HET VAAKST VOORKOMEN								
Co_morbiditeiten	1%		5%		10%		Totale populatie	
	Uitgaven (%)	N (%)	Uitgaven (%)	N (%)	Uitgaven (%)	N (%)	Uitgaven (%)	N (%)
Zonder chronisch ziekten	17,30%	17,65%	20,71%	23,73%	25,25%	34,92%	35,72%	67,86%
C. A: hypertensie	11,27%	12,33%	14,45%	16,49%	14,70%	16,01%	14,81%	9,43%
Geestelijke gezondheid	8,12%	6,66%	4,27%	2,13%	3,54%	1,24%	2,56%	0,15%
C.A: hartziektes + C. A: hypertensie	3,93%	4,54%	4,66%	5,01%	4,39%	4,05%	3,59%	0,93%
Depressie + C. A: hypertensie	3,34%	3,75%	4,26%	4,61%	4,04%	3,83%	3,53%	1,21%
Zeldzame ziekten	2,67%	1,53%	1,33%	0,46%	1,09%	0,25%	0,78%	0,03%
Depressie	2,56%	2,85%	3,08%	3,36%	3,16%	3,43%	3,30%	2,12%
Chronische nierinsufficiëntie. + C. A: hypertensie	2,11%	1,59%	1,03%	0,42%	0,86%	0,26%	0,63%	0,04%
COPD + C. A: hypertensie	2,00%	2,24%	2,00%	2,05%	1,95%	1,86%	1,66%	0,50%
Diabete zonder insuline + C. A: hypertensie	1,66%	1,90%	2,12%	2,51%	2,30%	2,79%	2,40%	1,32%
Zeldzame ziekten + C. A: hypertensie	1,37%	1,11%	0,73%	0,35%	0,60%	0,19%	0,43%	0,02%
Psychose (<=70 jaar) + Geestelijke gezondheid	1,34%	1,25%	0,83%	0,54%	0,69%	0,31%	0,50%	0,03%
Depressie + C.A: hartziektes + C. A: hypertensie	1,29%	1,54%	1,40%	1,37%	1,24%	0,93%	0,94%	0,14%
Chronische nierinsufficiëntie	1,20%	0,83%	0,59%	0,22%	0,48%	0,12%	0,35%	0,01%
C.A: hartziektes + C. A: hypertensie + COPD	1,13%	1,31%	1,10%	1,09%	0,99%	0,79%	0,76%	0,12%
Diabete met insuline + C. A: hypertensie	1,12%	1,24%	1,42%	1,64%	1,59%	1,98%	1,32%	0,34%
Depressie + Geestelijke gezondheid	1,09%	1,14%	0,79%	0,62%	0,67%	0,37%	0,48%	0,04%
Depressie + Psychose (<=70 jaar) + Geestelijke gezondheid	1,05%	1,10%	0,71%	0,50%	0,59%	0,29%	0,42%	0,03%
Epilepsie	1,04%	1,09%	1,03%	1,01%	1,01%	0,96%	0,89%	0,35%
COPD	0,93%	1,03%	1,04%	1,14%	1,07%	1,17%	1,05%	0,57%
Total	66,52%	66,67%	67,56%	69,27%	70,22%	75,75%	76,10%	85,24%

De gekozen combinaties van aandoeningen maken het mogelijk om 85,2% van de individuen en 76,1% van de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging van de populatie MLOZ te identificeren. Die percentages dalen naarmate we dichterbij de grootste consumenten komen. We stellen vast dat die daling hoofdzakelijk te wijten is aan de combinatie zonder chronische aandoening. De overige combinaties worden overigens gekenmerkt door de representatieve heterogeniteit van de deelpopulaties.

Als we de gekozen combinaties van aandoeningen van dichterbij bekijken, dan stellen we vast dat zij enkel bestaan uit de geïdentificeerde aandoeningen met een hoge prevalentie en/of een hoog aandeel aan uitgaven. Geen verrassend resultaat dus.

Binnen de totale populatie worden de gekozen combinaties gekenmerkt door een aandeel aan uitgaven dat hoger is dan het aandeel van de betrokken individuen, behalve voor de combinatie 'zonder chronische aandoening'.

Hieruit blijkt dat de leden met die combinaties van chronische aandoeningen, kosten hebben die hoger oplopen dan de gemiddelde kostprijs. Hoe dichter we bij de deelpopulatie van grote consumenten komen, hoe kleiner de verschillen. De combinatie 'diabetes met insuline + hypertensie' bijvoorbeeld vertegenwoordigde 1,32% van de uitgaven en 0,34% van de individuen binnen de totale bevolking, terwijl die combinatie 1,12% vertegenwoordigde van de uitgaven en 1,24% van de individuen binnen de deelgroep van de 1%.

De combinatie met de geïdentificeerde individuen zonder chronische aandoening werd bewaard, aangezien die individuen specifieke kenmerken vertonen bij de grote consumenten. Zij vertegenwoordigen 67,8% van de totale populatie en 35,7% van de uitgaven van die totale populatie. Uit die percentages blijkt dat hun uitgaven gering zijn in vergelijking met die van de chronisch zieken. Als we daarentegen gaan kijken naar de deelpopulaties van grote consumenten, dan dalen de verschillen aanzienlijk. Met andere woorden, de niet-chronisch zieken uit deze deelpopulaties geven gemiddeld bijna evenveel uit als de chronisch zieken.

Bepaalde combinaties bestaan slechts uit één aandoening zoals hypertensie, geestelijke gezondheidsproblemen, zeldzame ziektes, depressie, epilepsie of COPD.

Hypertensie is de aandoening die het vaakst gepaard gaat met andere aandoeningen zoals cardiovasculaire aandoeningen van het type hartziekten, depressie, nierinsufficiëntie, diabetes met/zonder insuline en zeldzame ziektes.

Geestelijke gezondheidsproblemen zijn soms onderling met elkaar verbonden, want we treffen combinaties aan zoals depressie en geestelijke gezondheid of geestelijke gezondheid en psychose (<= 70 jaar) of depressie en psychose (<= 70 jaar) en geestelijke gezondheid, maar we stellen ook vast dat bepaalde geestelijke aandoeningen zoals depressie en geestelijke gezondheid ook apart voorkomen.

Tabel 17 bevestigt de analyses van prevalentie van de niet apart bekeken aandoeningen. Hypertensie en geestelijke gezondheidsstoornissen in de ruime zin van het woord (geestelijke gezondheid, depressie, psychose,...) zijn de opvallendste aandoeningen.

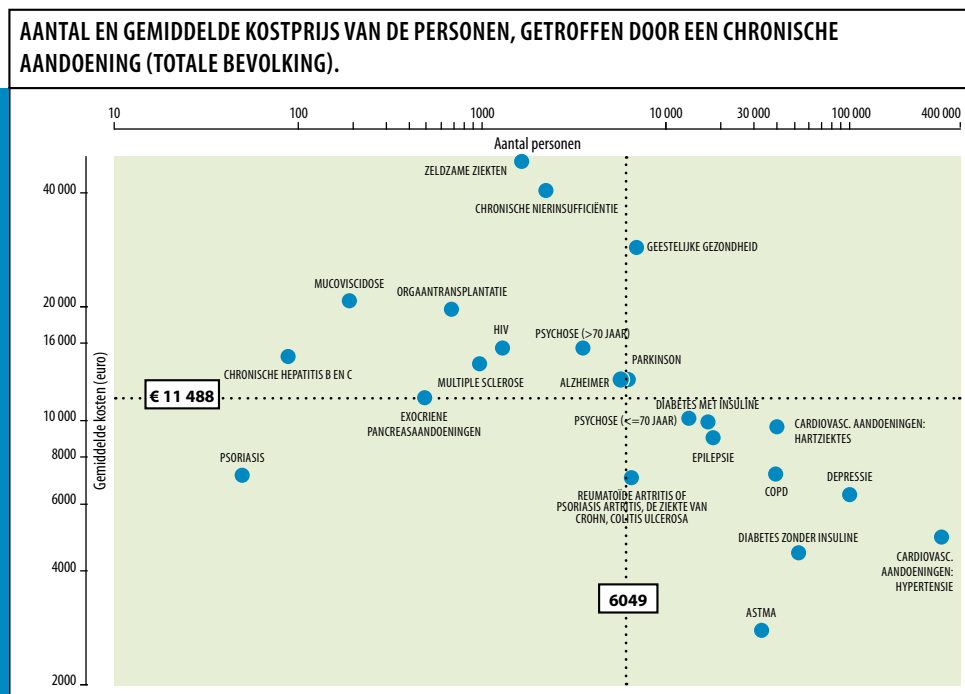
Alle statistieken over aandoeningen zouden toegepast kunnen worden op de combinaties. In het kader van deze studie van de grote consumenten, leek het ons in dit stadium niet opportuun om alle analyses uit te breiden tot de gekozen combinaties van aandoeningen, in het vooruitzicht van de identificatie van mogelijke hefboomen. In bijlage (zie de Figuren A.1 en A.2), presenteren we enkele analyses zoals de gemiddelde leeftijd en het percentage van de uitgaven in het ziekenhuis.

04 Synthese van de resultaten

Al deze analyses hebben een schat aan informatie opgeleverd over de structuur van onze bevolking in termen van aandoeningen in functie van de verschillende deelpopulaties. We hebben de uitgaven kunnen berekenen die gepaard gaan met die aandoeningen of eerder met de personen die lijden aan die aandoeningen, en we hebben de voornaamste kenmerken van die personen kunnen identificeren.

De Figuren 6 à 9 geven ons een beknopt beeld van het aantal personen dat getroffen is door een chronische aandoening en van hun gemiddelde uitgaven voor geneeskundige verzorging ten laste van de ZIV, dit voor elke deelpopulatie van consumenten. De kwadranten zijn afgebakend door de mediaanwaarden van de gemiddelde kosten die gepaard gaan met de bestudeerde chronische ziektes en door de mediaanwaarden van het aantal personen, getroffen door die aandoeningen.

De aandoeningen waarop we onze acties op het eerste gezicht het best kunnen richten, zijn die aandoeningen waaraan een groot aantal leden lijdt en waarvan de gemiddelde kostprijs hoog is (dit wil zeggen de aandoeningen die zich in de bovenste kwadrant rechts bevinden). De assen van de grafieken die volgen, werden op logaritmische basis opgemaakt, om de leesbaarheid en de interpretatie van de spreiding van de punten te vergemakkelijken.



FIGUUR 6



TOTALE BEVOLKING

Een aandoening wordt als duur beschouwd, wanneer ze uitstijgt boven de mediaanwaarde van 11.488€ (figuur 6). **De duurste ziektes zijn duidelijk zichtbaar: het gaat om de zeldzame ziektes, de nierinsufficiëntie en de geestelijke gezondheid.** De aandoeningen met een sterke representativiteit (in aantal personen) zijn allemaal aandoeningen die zich rechts van de mediaan- waarde van 6.049 situeren. **De top 3 van de aandoeningen bestaat uit hypertensie, depressie en diabetes zonder insuline, als we de prevalentie als uitgangspunt nemen.**

Uit de positie van de ene aandoening ten aanzien van de andere, kunnen geen aanbevelingen of hefbomen worden afgeleid, die onmiddellijk bruikbaar of inzetbaar zijn in termen van volksgezondheid. Om dit te kunnen doen, moet men voor elke aandoening apart nagaan hoe deze momenteel aangepakt wordt (medische verzorging, de geneesmiddelen die toegediend worden, behandeling in het ziekenhuis,...). **Men moet ook nagaan in hoeverre er efficiëntere methodes bestaan om de ziekte aan te pakken, die geen afbreuk doen aan de kwaliteit van de zorg, dan wel of het nodig is om meer te investeren in preventie (gezondheidseducatie, aansporen tot de beoefening van een sport,...) en in coaching.**

Een bepaald aantal chronische aandoeningen (vooral - maar niet uitsluitend - de aandoeningen die terug te vinden zijn in de kwadrant onderaan rechts) kunnen geïdentificeerd worden als aandoeningen die het gevolg zijn van een bepaalde levensstijl (zittend leven, slechte eetgewoonten, stress, roken, te veel alcohol,...). Om dergelijke aandoeningen te voorkomen, is het nodig om het medische aspect te overstijgen (door het promoten van de beoefening van een sport, door gezondheidseducatie).

Wij hebben drie aandoeningen grondig geanalyseerd, omdat we specifieke denksporen wilden aankaarten en aanbevelingen wilden formuleren, die bruikbaar kunnen zijn voor de politieke beslissers.

1. Depressie bij jongeren

We raden aan om depressie bij jongeren te laten behandelen door zorgverleners die de nodige expertise en ervaring hebben. De terugbetaling van de psychotherapiesessies door een psychotherapeut (zonder een diploma van psychiater) zou toegekend moeten worden op basis van de volgende criteria:

- vastlegging van de soorten psychotherapie die terugbetaald mogen worden op basis van de EBMcriteria (en de mening van experts);
- voorschrijven en opvolging van de psychotherapie door een zorgverlener met de nodige expertise en ervaring in het veld.

2. Chronische nierinsufficiëntie

We raden aan om de thuisdialyse, die in België nog maar weinig ingeburgerd is, aan te moedigen. We onderstrepen hierbij het belang van objectieve en volledige informatie voor de patiënt vóór de dialyse en diens betrokkenheid bij de keuze van de dialysemethode. We bevelen ook aan om:

- de terugbetaling van de verschillende dialysemethodes te herzien om een duurzame, transparante en kostenefficiënte financiering te verzekeren (door rekening te houden met de impact op de ziekenhuisfinanciering);
- doelstellingen vast te leggen (resultaten die bereikt moeten worden) met concrete cijfers en data voor de verschillende dialysemethodes;
- 'evidence-based medicine'-richtlijnen te ontwikkelen voor een geïntegreerde tenlasteneming van de nierinsufficiëntie en de zorgtrajecten 'nierinsufficiëntie' aanpassen door de informatie vóór de dialyse en regelmatige evaluatie van de gevolgen ervan op de praktijk erin op te nemen.

3. De ziekte van Alzheimer

We pleiten voor:

- de ontwikkeling en financiering van initiatieven ten gunste van de mantelzorgers: vooral respijtzorg en psycho-educatie, met het oog op een vlottere thuisverzorging;
- de bevordering van een vroegtijdige diagnose en de bewustmaking van de eerste lijn over deze problematiek;
- het tot stand brengen van een gespecialiseerde en multidisciplinaire omkadering (zowel psychologisch, medisch als sociaal) voor de zieke en zijn mantelzorgers, zodra de diagnose gesteld is;
- de ontwikkeling van betaalbare instellingen, die speciaal bedoeld zijn voor de optimale tenlasteneming van Alzheimerpatiënten;
- de invoering van een nationaal (of anders gewestelijk) epidemiologisch register van de patiënten, zodat het aanbod aan specifieke verzorging gepland en verfijnd kan worden.

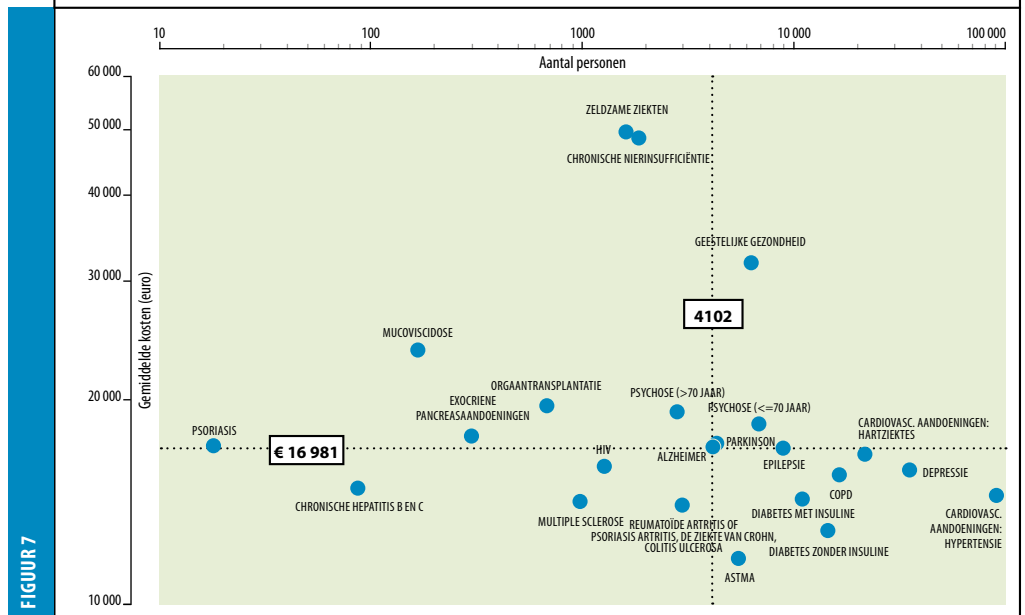
Bepaalde aandoeningen worden nog bestudeerd: hypertensie, geestelijke gezondheidsproblemen, depressie bij volwassenen, cardiovasculaire aandoeningen en diabetes. Andere aandoeningen zullen op een later tijdstip uitvoeriger bestudeerd worden.

POPULATIE VAN 10%

Als we dezelfde soort van grafiek opmaken voor de deelpopulaties, dan stellen we (zonder verrassing) vast dat de mediaanwaarden die de kwadranten afbakenen, onderling sterk verschillen. Opdat de aandoening als duur zou worden beschouwd binnen de deelpopulatie van de 10%, moet ze een gemiddelde kostprijs hebben die hoger is dan € 16.981 (figuur 7).

We stellen vast dat de duurste aandoeningen identiek blijven in vergelijking met die van de totale populatie. Wij stellen tevens vast dat er weinig verschil is in aantal betrokken personen, als we vergelijken met de totale bevolking. Alleen de cardiovasculaire aandoeningen van het type hartziekten hebben een hogere prevalentie dan de diabetes zonder insuline binnen deze deelpopulatie.

AANTAL EN GEMIDDELTE KOSTPRIJS VAN DE PERSONEN, GETROFFEN DOOR EEN CHRONISCHE AANDOENING (DEELPOPULATIE VAN 10% DIE HET MEEST CONSUMEERT).

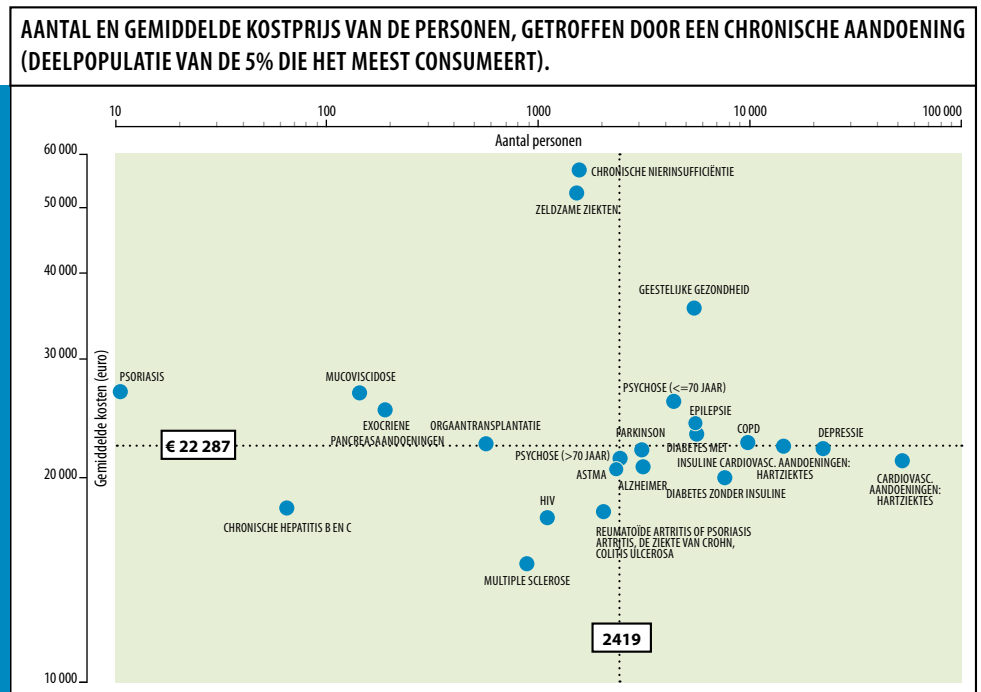


FIGUUR 7

POPULATIE VAN 5%

In vergelijking met de Figuren 7 en 8, stellen we vast dat de populatie van 10% en die van 5% goed op elkaar lijken. We treffen bijna dezelfde aandoeningen aan in de verschillende kwadranten (met een licht verschil).

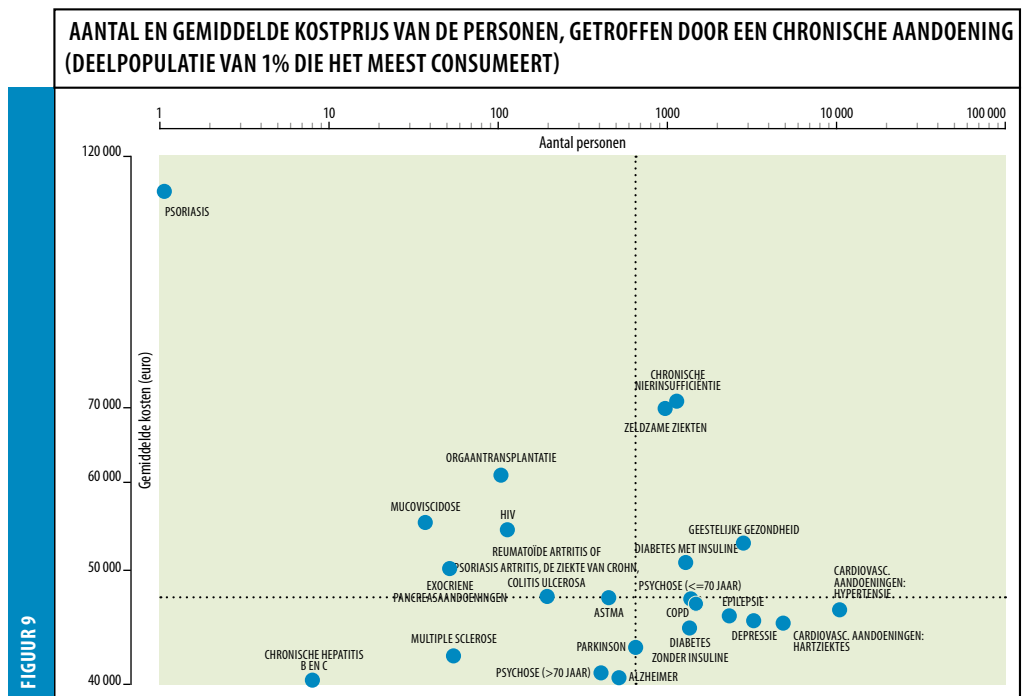
De enige grote wijzigingen zijn de waarden ter afbakening van de 4 kwadranten (de gemiddelde kostprijs bedraagt € 22.287 en het aantal personen is 2.419).



FIGUUR 8

POPULATIE VAN 1%

De deelpopulatie van 1% onderscheidt zich van de vorige deelgroepen. De aandoeningen ‘orgaantransplantatie’, ‘mucoviscidose’ en ‘hiv’ zijn duurder dan de aandoening ‘geestelijke gezondheidsproblemen’. Het gaat hier echter om veel minder personen dan die met geestelijke gezondheidsproblemen. Het aantal personen met nierinsufficiëntie en zeldzame ziektes bevindt zich rechts van de mediaan ter afbakening van de kwadranten. We kunnen dus concluderen dat die 2 dure aandoeningen vaker voorkomen in de deelpopulatie van de grootste consumenten van geneeskundige verzorging.



FIGUUR 9

05 Conclusie

Achter een gemiddelde uitgave van € 1800 per lid MLOZ in 2010 gaat een grote verscheidenheid schuil, wat het beroep op geneeskundige verzorging betreft en we stellen een grote concentratie vast van de uitgaven die gepaard gaan met de terugbetaling van die verzorging. Er zijn verschillen naargelang het soort verzorging, hoewel de gezondheidstoestand niet altijd een houvast biedt als mogelijke verklaring voor die verschillen.



20% van de leden MLOZ ligt aan de basis van bijna 84% van alle geneeskundige uitgaven (bij de 5% grootste consumenten, is dat 59%).



Bij de leden MLOZ heeft 8,8% geen enkele terugbetaling ontvangen voor geneeskundige verzorging in 2010.

20% van de leden MLOZ ligt aan de basis van bijna 84% van alle geneeskundige uitgaven (bij de 5% grootste consumenten, is dat 59%).

De structuur van de uitgaven van een lid, naargelang het soort verzorging, verschilt in functie van zijn globaal niveau van medische consumptie, ongeacht de onderliggende aandoeningen. Wanneer we van de kleine naar de grote consumenten overstappen, dan stellen we aldus vast dat de factuur die gepaard gaat met hospitalisaties, sneller stijgt dan die van de ambulante verzorging.

Uit de literatuur blijkt dat de chronische aandoeningen op significante wijze doorwegen op de uitgaven voor geneeskundige verzorging. Wij menen dus dat het van primordiaal belang is dat we onze leden met een chronische aandoening identificeren, zodat we hun bijdrage tot de concentratie van de medische consumptie kunnen verifiëren.

De 457.930 chronisch zieken binnen onze bevolking (23,3%) genieten een terugbetaling voor geneeskundige verzorging, die opliep tot € 2,32 miljard in 2010 (64,3% van de totale terugbetaling door de Onafhankelijke Ziekenfondsen).

Meer dan 1/3 van die chronisch zieken (34%) lijdt aan meer dan één chronische aandoening, zoals bepaald in onze studie, en geeft aanleiding tot 56% van alle uitgaven voor geneeskundige verzorging, terugbetaald aan chronisch zieken. **De chronisch zieken met meerdere chronische aandoeningen kosten ongeveer 2,5 keer meer dan chronisch zieken met één chronische aandoening.** Met andere woorden, de chronisch zieken die meerdere chronische aandoeningen cumuleren, spelen een belangrijke rol bij de verklaring van de concentratie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging

Het aandeel van de chronisch zieken neemt toe, naarmate de intensiteit van de consumptie van geneeskundige verzorging stijgt (dit wil zeggen wanneer we ons verplaatsen naar de deelpopulatie van de 1% grote consumenten). Een opvallende vaststelling is evenwel dat het verschil in gemiddelde uitgaven tussen een chronische patiënt en een lid zonder chronische aandoening evolueert in dalende lijn, naargelang de concentratie van de consumenten.

Het financiële gewicht staat positief gecorreleerd met de prevalentie van de chronische aandoeningen. Bij de geïdentificeerde chronische aandoeningen treffen we vijf uitschieters aan: hypertensie, depressie en andere stemmingsstoornissen, diabetes met en zonder insuline en de voornaamste twee chronische pulmonaire aandoeningen

(astma en COPD). Bij de grote consumenten treffen we bovenop die 5 aandoeningen nog de volgende ziektes aan: hartziekten, geestelijke gezondheidsproblemen, epilepsie, psychose, nierinsufficiëntie (via de chronische dialyse) en de zeldzame ziektes.

Binnen de totale populatie van de studie is 1,6% van de leden overleden tussen 1 januari 2010 en 30 juni 2012. Het aandeel van de chronisch zieken bij de overleden personen is 8 keer hoger dan bij de leden zonder een chronische aandoening. De waarschijnlijkheid van een overlijden neemt zowel bij chronische patiënten als bij een niet-chronische patiënten toe naarmate de intensiteit van de consumptie van geneeskundige verzorging toeneemt, om te convergeren in 32% op het niveau van de deelpopulatie van de grootste consumenten van geneeskundige verzorging (de 1%).

De leden met een zeldzame ziekte, die lijden aan chronische nierinsufficiëntie of een psychische aandoening, kosten per jaar gemiddeld meer dan € 20.000. De overige bestudeerde chronische aandoeningen geven aanleiding tot zeer variabele gemiddelde uitgaven, die schommelen tussen € 3.000 (bijvoorbeeld voor astma) en € 20.000 (bij mucoviscidose of patiënten die een transplantatie ondergaan hebben). Bij de grote consumenten zien we systematisch een verdubbeling tot zelfs verdriedubbeling van deze bedragen, als zij lijden aan ten minste 1 van die chronische aandoeningen. Het verschil in gemiddelde uitgaven tussen een chronische patiënt en een lid zonder chronische aandoening blijkt in dalende lijn te gaan, naargelang de consumptiegraad.

De uitgaven in het ziekenhuis van de leden MLOZ vertegenwoordigen 40% van al hun uitgaven voor geneeskundige verzorging. Dit percentage is vergelijkbaar voor de chronisch zieken en de niet-chronische patiënten, maar we stellen schommelingen vast van de uitgaven, veroorzaakt door de (klassieke) ziekenhuisopnames, naargelang het lid al dan niet lijdt aan deze of gene chronische aandoening.

Ongeacht de chronische aandoening, is het zo dat het aandeel van de uitgaven betreffende hospitalisaties toeneemt, naarmate het concentratieniveau van de deelpopulaties van consumenten stijgt. Deze vaststelling kan zelfs uitgebreid worden tot de patiënten die niet lijden aan 1 van de bestudeerde chronische ziekten.

Het aantal hospitalisaties stijgt fors naarmate de intensiteit van de consumptie van geneeskundige verzorging toeneemt, en de verschillen tussen chronisch zieken en niet-chronische patiënten vertonen de neiging om te verdwijnen naarmate die intensiteit toeneemt.

De gemiddelde duur van het verblijf in het ziekenhuis naargelang de chronische ziekte is van een grote verscheidenheid, zowel bij de totale bevolking als bij de deelpopulaties van grote consumenten. Die gemiddelde verblijfsduur neemt daarenboven systematisch toe voor eenzelfde aandoening binnen elke deelpopulatie.

Wat de medische raadplegingen betreft, is het zo dat een patiënt zonder chronische ziekte gemiddeld 2 keer per jaar een bezoek brengt aan een huisarts en een specialist, terwijl een chronische patiënt 2 à 3 keer vaker naar een huisarts en specialist stapt. Als de patiënt deel uitmaakt van de grote consumenten van de geneeskundige verzorging, dan zijn de geregistreerde verschillen tussen chronisch zieken en niet-chronische patiënten niet meer zo groot, wat de raadplegingen bij een specialist betreft.



Wij hebben drie aandoeningen grondig geanalyseerd, omdat we specifieke denksporen wilden aankaarten en aanbevelingen wilden formuleren, die bruikbaar kunnen zijn voor de politieke beslissers. Het gaat om de chronische nierinsufficiëntie, depressie bij adolescenten en de ziekte van Alzheimer.



De patiënten die beschikken over een van onze hospitalisatieverzekeringsproducten, zijn op uniforme wijze vertegenwoordigd in de globale bevolking en binnen de deelpopulaties van consumenten (30 à 35% van de leden), of ze nu lijden aan een chronische aandoening of niet. Er wordt dus duidelijk niet aan risico-selectie gedaan.

Wij hebben vervolgens ook een analyse gemaakt van de combinaties van chronische aandoeningen, waaraan de leden vooral lijden. Door gebruik te maken van een filter met twee eenvoudige criteria, hebben we een extract gemaakt van 20 combinaties van chronische aandoeningen (waaronder de combinatie 'Geen chronische aandoening') – op een totaal van meer dan 1000 combinaties – dit wil zeggen 85,2% van de leden en 76,1% van de totale terugbetalingen, uitgevoerd door MLOZ in 2010.

De patiënten zonder chronische aandoening vormen de grootste groep binnen de totale populatie MLOZ. De tweede groep bestaat uit individuen die enkel lijden aan hypertensie zonder een andere chronische aandoening. Vanaf de derde groep, dalen de percentages drastisch.

Ongeacht de bestudeerde populatie of deelpopulatie, stellen we vast dat de 10 chronische aandoeningen die het meest voorkomen (afgezien van de geestelijke gezondheidsproblemen en de chronische nierinsufficiëntie), terug te vinden zijn in de belangrijkste combinaties.

Er bestaan nu al tal van middelen om de courante chronische aandoeningen te behandelen. Deze moeten voortgezet en versterkt worden en ze moeten beoordeeld worden via relevante metingen, om na te gaan of de ingevoerde zorgprocessen doeltreffend zijn.

Wij hebben drie aandoeningen grondig geanalyseerd, omdat we specifieke denksporen wilden aankaarten en aanbevelingen wilden formuleren, die bruikbaar kunnen zijn voor de politieke beslissers. Het gaat om chronische nierinsufficiëntie, depressie bij adolescenten en de ziekte van Alzheimer.

Bepaalde aandoeningen worden nog bestudeerd: hypertensie, geestelijke gezondheidsproblemen, depressie bij volwassenen, cardiovasculaire aandoeningen en diabetes. Andere aandoeningen zullen op een later tijdstip uitvoeriger bestudeerd worden.

Deze studie kan beschouwd worden als de aanzet voor meer gerichte studies over bepaalde chronische aandoeningen, eventueel gebaseerd op longitudinale data, in plaats van op transversale gegevens. Er moet een verfijning komen van de chronische aandoeningen, rekening houdend met andere 'bruikbare' administratieve kenmerken zoals daar zijn: de verschillende overeenkomsten, hoofdstuk IV van de geneesmiddelen en andere elementen.

06 Bibliografie

- Allin S., C. Masseria and E. Mossialos (2006), "Inequality in health care use among older people in the United Kingdom: an analysis of panel data", Working Paper N°1/2006, The London School of Economics and Political Science.
- Auray JP, A. Béresniak, JP. Claveranne and G. Duru (1996), Dictionnaire commenté d'économie de la santé, Paris : Masson, Coll. Abrégés, 289 pages.
- Avalosse H., O. Gillis, K. Cornelis and R. Mertens (2008), "«Sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied: Observaties met behulp van ziekenfondsgegevens», MC-Infos 233, september 2008.
- Barer M., T. Getzen and G. Stoddart (1998), Health, Health care and health economics: Perspectives on distribution, Wiley edition, Chichester, 551 pages.
- Bodenheimer T. (2005), "High and rising health care costs", Annals of Internal Medicine, Vol.142(10), 847-854.
- Busse R., Blümel M., Scheller-Kreinsen D. and Zentner A. (2010), "Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges", Observatory studies series, N°20, WHO, 112 pages.
- Chateau-Degat M-L. and P. Poirier (2007), "Insulin resistance, obesity and hypertension: is the link waist circumference? ", Therapy, Vol.4(5), 575-583.
- Closon MC. And J. Perelman (2003), "L'impact des facteurs sociaux sur les dépenses de santé : comment éviter que la recherche de l'efficacité ne se fasse au détriment de l'équité et de l'accessibilité aux soins ? ", Reflets et Perspectives, XLII, 2003/1 : 47-58.
- Cohen S. and W. Yu (2012), "The concentration and persistence in the level of health expenditures over time: Estimates for U.S. Population, 2008-2009", Medical Expenditure Panel Survey, Statistical brief N°354, January 2012. www.ahrq.gov.
- Com-Ruelle L. and S. Dumesnil (1999), Concentration des dépenses et grands consommateurs de soins médicaux France 1995, Biblio n°1269, juin 1999, 175 pages.
- Dormont B. (2009), Les dépenses de santé : Une augmentation salutaire ?, CEPREMAP, Editions rue d'Ulm (ENS) 78 pages.
- Drummond M. and A. McGuire (2001), Economic evaluation in health care –merging theory with practice, Oxford University Press –OHE, 2001, 286 pages.
- Drummond M., B. O'Brien, G. Stoddart and G. Torrance (1997), Methods for the economic evaluation of health care programmes, second edition, Oxford Medical Publications, 305 pages.
- Duru G. (1994), Analyses et évaluations en économie de la santé, Editions Hermès, 1994, 404 pages.
- EU Health Policy Forum (2012), "Answer to DG SANCO consultation on chronic diseases", 13 January, 2012, 31 pages.
- Gaitatzis A., K. Carroll, A. Majeed and JW. Sander (2004), "The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population", Epilepsia, Vol.45(12), 1613–1622.
- Getzen T. (1997), Health economics : Fundamentals and flow of funds, Wiley edition, 467 pages.
- Gillet P. (1997), La production médicale: Les disparités dans l'utilisation des soins médicaux: vers une responsabilisation de l'offre, ULg-UNMS, 283 pages.
- Henderson J. (1999), Health economics and Policy, South-Western College Publishing, 578 pages.
- Hernandez-Quevedo C., C. Masseria and E. Mossialos (2010), "Analysing the socioeconomic determinants of health in Europe : new evidence from EU-SILC", Eurostat Methodologies and working papers, 37 pages.
- Hogan, C., J. Lunney, J. Gabel and J. Lynn (2001), "Medicare beneficiaries costs of care in the last year of life", Health Affairs, Vol.20, 188-195.
- Holly A. (2009), "Age et dépenses de santé", Institut d'économie et management de la santé (IEMS), Université de Lausanne, Lyon, 13 novembre 2009.
- IMA (2011), Data Populatie LAY-OUT versie 3.0, Oktober 2011.
- Johnson RJ., MS. Segal, T. Srinivas, A. Ejaz, W. Mu, C. Roncal, LG. Sánchez-Lozada, M. Gersch, B. Rodriguez-Iturbe, D-H. Kang and JH. Acosta (2005), "Essential hypertension, progressive renal disease, and uric acid: a pathogenetic link?", Journal of the American Society of Nephrology, Vol.16(7), 1909-1919.
- Jones A. and O. O'Donnell (2002), Econometric analysis of health data, Wiley edition, 233 pages.
- Kakwani N., A. Wagstaff and E. Van Doorslaer

- (1997), "Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference", *Journal of Econometrics*, Vol.77, 87-103.
- KCE (2012), "Position paper organisatie van zorg voor chronisch zieken in België", KCE report 190A D/2012/10.273/80, Health services research, Bruxelles: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- King D. and E. Mossialos (2005), "The determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England", 1997-2000, *Health Services Research*, Vol.40(1), 195-212.
- Koolman X. and E. Van Doorslaer (2003), "On the interpretation of the concentration index of inequality", ECuity II Project, working paper N°4 august 2003, Erasmus University, The Netherlands.
- Léonard C. (2003), "Analyse de l'évolution récente des dépenses de santé et perspectives. L'exigence d'une plus grande solidarité", *Reflets et Perspectives*, XLII, 2003/1 : 17-3.
- Lubitz J., L. Cai, E. Kramarow and H. Lentzner (2003), "Health, Life Expectancy, and Health Care Spending among the Elderly", *The New England Journal of Medicine*, Vol.349, 1048-55.
- Lubitz, J. and G. Riley (1993) : "Trends in medicare payments in the last year of life", *The New England Journal of Medicine*, Vol.328(15), 1092-1096.
- Lubitz J. and R. Prihoda (1984), "The use and costs of Medicare services in the last two years of life", *Health Care Financing Review*, Vol.5, 117-131.
- Luce J. and G. Rubinfeld (2002), "Can health care costs be reduced by limiting intensive care at the end of life?", *American Journal of Respiratory and critical care medicine*, Vol.165(6), 750-754.
- Ministère de la santé - République Française (2007), Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, avril 2007, 32 pages.
- Mormiche P. (1993), "Les disparités de recours aux soins en 1991", *Economie et statistique*, N°265, 45-52.
- Mossialos E. (2006), "Choice of public or private health insurance: learning experience of Germany and the Netherlands", *Journal of European Social Policy*, Vol.16(4), 315-327.
- Moto L. (1995), *Santé et multidisciplinarité, choix et décisions*, Editions Hermes science publications/lavoisier, coll. interdisciplinarité et nouveaux outils.
- O'Connell J. (1996), "The relationship between health expenditure and the age structure of the population in OECD countries", *Health Economics*, Vol.5, 573-578.
- Scuteri A. (2008), "Depression and cardiovascular risk: does blood pressure play a role?", *Journal of Hypertension*, Vol.26(9), 1738-1739.
- Stanton M. and M. Rutherford (2005), "The high concentration of U.S. health care expenditures", Rockville (MD): Agency for healthcare Research and Quality. Research in Action Issue 19.
- Van der Heyden J. (2010), *Enquête de santé par interview, Belgique 2008 : Affections chroniques*, 352 pages.
- Waeber B. and F. Stiefel (2010), "Impact of depression on drug intake in hypertensive patients", *Journal of Hypertension*, Vol.28(9), 1804-1805.
- Wagstaff A. (2002), "Pauvreté et inégalité dans le secteur de la santé", *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles N° 7*, 100-108.
- Wagstaff A., P. Paci and E. Van Doorslaer (1991), "On the measurement of inequalities in health", *Social Science and Medicine*, Vol.33(5), 545-557.
- Wagstaff A. and E. Van Doorslaer (2000), *Equity in Health care finance and delivery*, in North Holland Handbook of health economics, Culyer A. and Newhouse JP (eds), Chap.34.
- WHO Health Commission on the social determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Final report on the commission on the social determinants of health, World Health Organisation, Geneva.
- WHO (2002), *Innovative care for chronic conditions*, Global report, 99 pages.
- WorldBank (2005), *The concentration index*, <http://siteresources.worldbank.org/EXTEDSTATS/Resources/3232763-1171296378756/concentration.pdf>.
- Zweifel P., S. Felder and M. Meiers (1999), "Ageing of the population and health care expenditure: a red herring?", *Health Economics*, Vol.8, 485-496.

07 Bijlagen

CHRONISCHE AANDOENINGEN OP BASIS VAN HET VOORSCHRIJFGEDRAG QUA GENEESMIDDELEN (90 DDD'S PER JAAR)

Aandoeningen	Insluiting ATC		Uitsluiting ATC	Extra filters
	OF booleaanse	EN booleaanse		
Cardiovasc. aandoeningen (algemeen)	C01	digitalis, anti-aritmica, anti-anginosa		
	C02	centraal werkende antihypertensiva en vasodilatoren		
	C03	diuretica		
	C07	β-blokkers en combinaties		
	C08	calciumantagonisten		
	C09	ACE-remmers, enkelvoudig, A2RA en combinaties		
Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	C01	digitalis, anti-aritmica, anti-anginosa		
COPD	R03A	β2-mimetica (+corticosteroiden)		> 50 jaar
	R03BA	inhalatiecorticosteroiden		
	R03BB	anticholinergica		
	R03DA04	theofylline		
Astma	R03A	β2-mimetica (+corticosteroiden)		<= 50 jaar
	R03BA	inhalatiecorticosteroiden		
	R03DC01, R03DC03	leukotriënenreceptorantagonisten		
Mucoviscidose	R05CB13	dornase alfa		
	A09AA02	pancreatine (cat. A)		
Diabetes mellitus	A10A	insuline		
	A10B	orale antidiabetica		
Diabetes met cardiovasc. aandoeningen	A10A	insuline	Cardiovasc. aandoeningen ATC-codes	
	A10B	orale antidiabetica		
Diabetes met insuline	A10A	insuline		
Diabetes zonder insuline	A10B	orale antidiabetica		
Exocriene pancreasaandoeningen	A09AA02	pancreatine (cat. B)		
Psoriasis	D05AX02	vitamine D-analogen		
	L04AA01	ciclosporine		
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	L04AA12	infliximab		
	L04AA11	etanercept		
	L04AA13	leflunomide		
	A07EC01	sulfasalazine		
	A07EC02	mesalazine		
Psychose (<=70 jaar)	N05A	antipsychotica	N05AL : benzamides	<= 70 jaar
Psychose (>70 jaar)	N05A	antipsychotica	N05AL : benzamides	> 70 jaar
Parkinson	N04	antiparkinsonmiddelen	N04AA : anticholinergica	

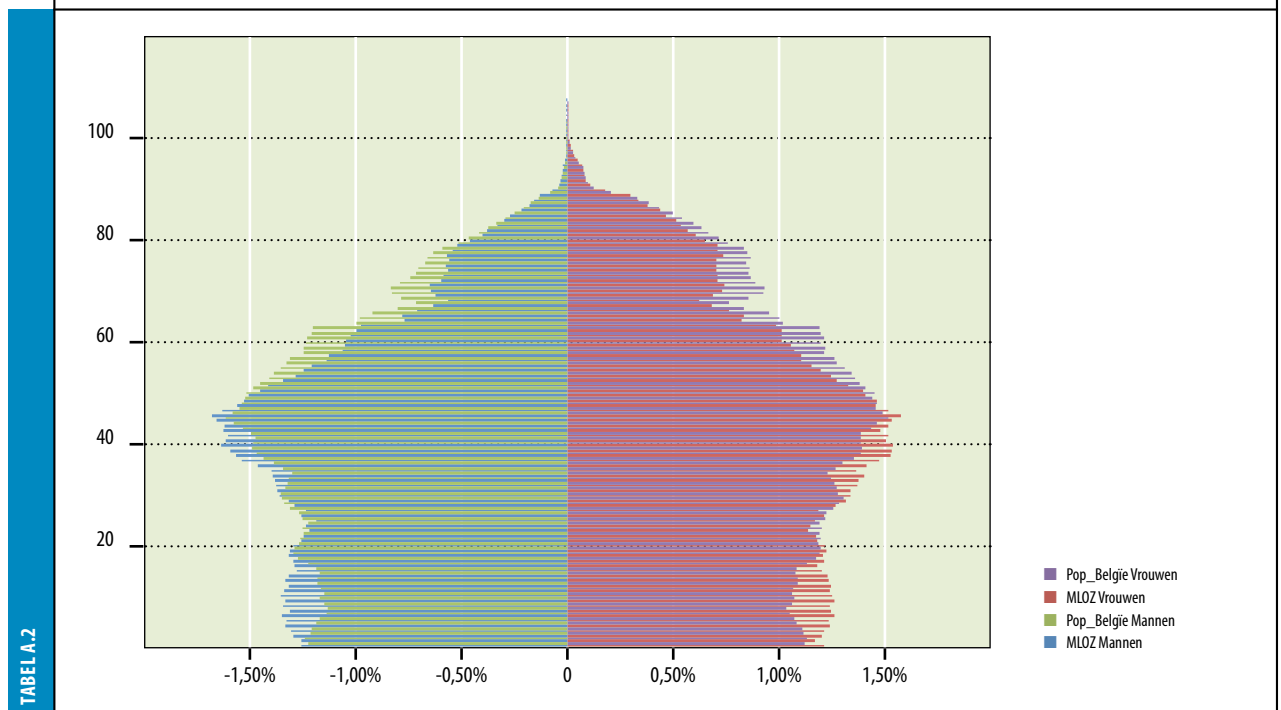
TABEL A.1

TABEL A.1

Epilepsie	N03	anti-epileptica		N03AF01 : carbamazepine	
HIV	J05AE	protease-inhibitoren			
	J05AF	nucleoside reverse-transcriptaseremmers			
	J05AG	niet-nucleoside reverse-transcriptaseremmers			
Chronische hepatitis B en C	L03AB04	interferon alfa-2a			
	L03AB05	interferon alfa-2b			
	L03AB09	interferon alfacon-1			
	L03AB10	peginterferon alfa-2b			
Multiple sclerose	L03AB07	interferon bèta-1a			
	L03AB08	interferon bèta-1b			
	L03AX13	glatirameer			
Orgaantransplantatie	L04AA01	ciclosporine			
	L04AA02	tacrolimus			
	L04AA06	mycofenolaat mofetil			
	L04AA10	sirolimus			
Alzheimer	N06DX01	memantine			
	N06DA	cholinesterase-inhibitoren			

BRON : Rapport van de expertisegroep morbiditeit (versie van 26 april 2004)

VERGELIJKING LEEFTIJDPIRAMIDES VAN DE POPULATIE MLOZ MET DIE VAN DE BEVOLKING VAN BELGIË



AANTAL OVERLEDEN PERSONEN, PER PATHOLOGIE (IN ABSOLUTE EN IN RELATIEVE WAARDE)

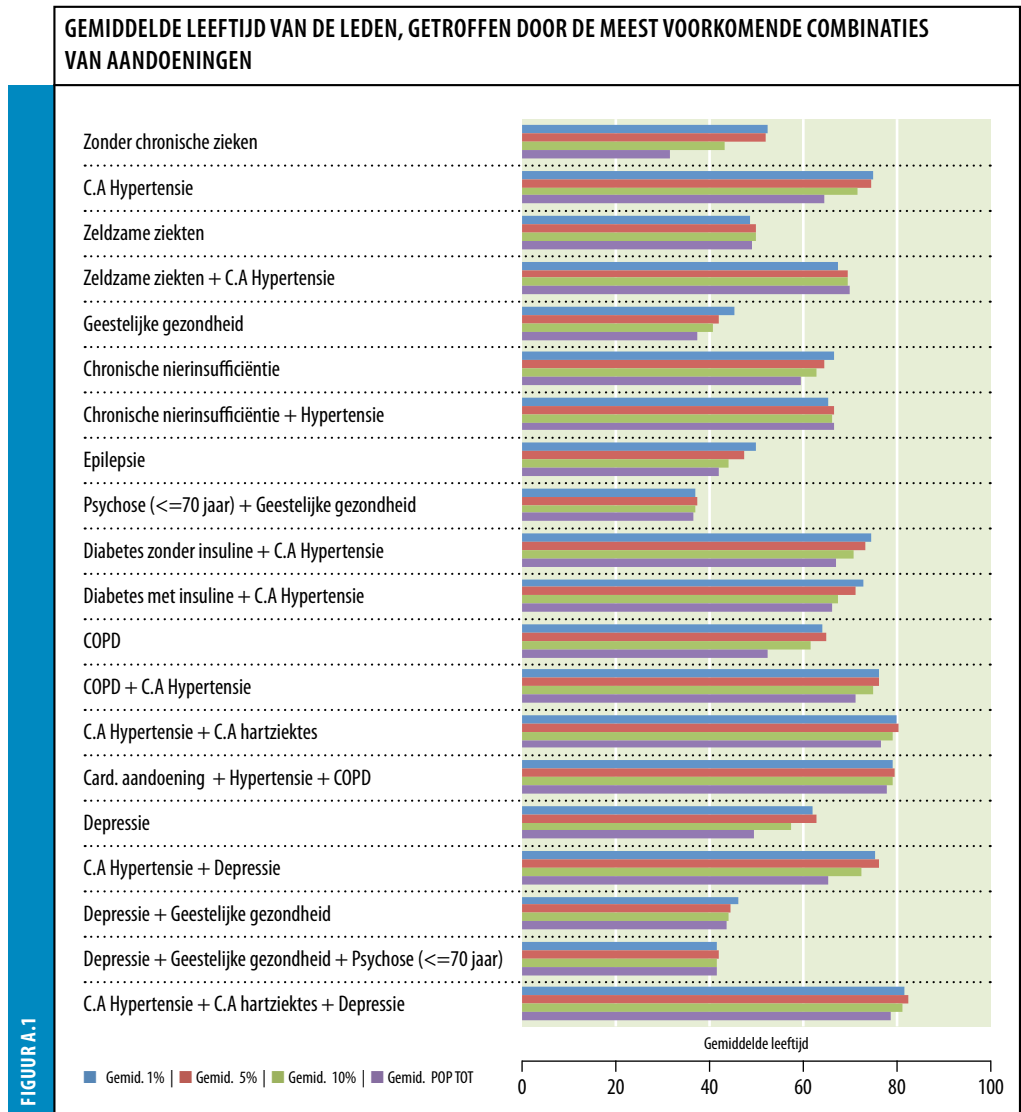
	1%		5%		10%		Totale populatie	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Depressie	1.254	20,0%	4.218	20,4%	4.759	19,0%	5.171	16,9%
Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	1.432	22,8%	4.542	22,0%	5.395	21,5%	6.099	19,9%
COPD	1.073	17,1%	3.007	14,6%	3.553	14,2%	4.021	13,1%
Astma	106	1,7%	274	1,3%	335	1,3%	411	1,3%
Mucoviscidose	7	0,1%	12	0,1%	13	0,1%	13	0,0%
Diabetes met insuline	460	7,3%	1.164	5,6%	1.355	5,4%	1.470	4,8%
Diabetes zonder insuline	465	7,4%	1.553	7,5%	1.923	7,7%	2.304	7,5%
Exocriene pancreasaandoeningen	23	0,4%	53	0,3%	57	0,2%	61	0,2%
Psoriasis	0	0,0%	4	0,0%	4	0,0%	4	0,0%
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	51	0,8%	119	0,6%	142	0,6%	165	0,5%
Psychose (<=70 jaar)	108	1,7%	275	1,3%	330	1,3%	388	1,3%
Psychose (>70 jaar)	141	2,2%	778	3,8%	832	3,3%	857	2,8%
Parkinson	234	3,7%	972	4,7%	1.088	4,3%	1.140	3,7%
Epilepsie	424	6,7%	998	4,8%	1.103	4,4%	1.177	3,8%
HIV	20	0,3%	32	0,2%	33	0,1%	33	0,1%
Chronische hepatitis B en C	3	0,0%	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%
Multiple sclerose	1	0,0%	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%
Orgaantransplantatie	13	0,2%	31	0,2%	35	0,1%	35	0,1%
Alzheimer	224	3,6%	1.012	4,9%	1.170	4,7%	1.287	4,2%
Chronische nierinsufficiëntie	386	6,1%	507	2,5%	535	2,1%	551	1,8%
Geestelijke gezondheid	187	3,0%	332	1,6%	349	1,4%	359	1,2%
Zeldzame ziekten	360	5,7%	558	2,7%	590	2,4%	597	1,9%
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	3.878	61,7%	12.555	60,8%	15.074	60,2%	17.407	56,8%
Kanker (MOC)	1.523	24,2%	3.027	14,7%	3.252	13,0%	3.298	10,8%
Totaal: chronisch zieken	5.092	81,0%	16.218	78,5%	19.300	77,1%	22.197	72,4%
Totaal: populatie	6.283	100,0%	20.651	100,0%	25.045	100,0%	30.649	100,0%

TABEL A.3

UITGAVEN VAN OVERLEDEN PERSONEN, PER AANDOENING (IN € EN IN%)

	1%			5%			10%			Totale populatie		
	In mil-joenen	%	Gemid-delde	In mil-joenen	%	Gemid-delde	In mil-joenen	%	Gemid-delde	In mil-joenen	%	Gemid-delde
Depressie	58,2	19,4%	46.436	109,0	20,3%	25.845	111,9	20,0%	23.523	112,9	19,8%	21.830
Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	66,5	22,2%	46.459	118,2	22,0%	26.033	122,9	21,9%	22.778	124,4	21,9%	20.400
COPD	49,4	16,5%	46.053	82,0	15,3%	27.262	84,9	15,2%	23.903	86,0	15,1%	21.380
Astma	5,2	1,7%	49.456	8,0	1,5%	29.156	8,3	1,5%	24.861	8,5	1,5%	20.640
Mucoviscidose	0,8	0,3%	111.321	0,9	0,2%	73.505	0,9	0,2%	68.418	0,9	0,2%	68.418
Diabetes met insuline	23,9	8,0%	52.015	36,0	6,7%	30.953	37,1	6,6%	27.357	37,3	6,6%	25.398
Diabetes zonder insuline	21,8	7,3%	46.859	39,9	7,4%	25.707	41,9	7,5%	21.775	42,7	7,5%	18.514
Exocriene pancreasaandoeningen	1,1	0,4%	47.854	1,6	0,3%	29.893	1,6	0,3%	28.196	1,6	0,3%	26.544
Psoriasis				0,1	0,0%	17.510	0,1	0,0%	17.510	0,1	0,0%	17.510
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	2,7	0,9%	53.666	3,9	0,7%	32.508	4,0	0,7%	28.135	4,0	0,7%	24.487
Psychose (<=70 jaar)	5,1	1,7%	47.330	8,0	1,5%	28.987	8,3	1,5%	25.030	8,4	1,5%	21.628
Psychose (>70 jaar)	5,9	2,0%	41.889	17,3	3,2%	22.209	17,6	3,1%	21.124	17,6	3,1%	20.581
Parkinson	10,1	3,4%	43.269	22,8	4,3%	23.504	23,5	4,2%	21.591	23,6	4,1%	20.720
Epilepsie	20,4	6,8%	48.148	30,3	5,7%	30.407	30,9	5,5%	28.018	31,1	5,5%	26.399
HIV	1,7	0,6%	82.851	1,9	0,3%	57.886	1,9	0,3%	56.306	1,9	0,3%	56.306
Chronische hepatitis B en C	0,1	0,0%	38.894	0,2	0,0%	30.114	0,2	0,0%	30.114	0,2	0,0%	30.114
Multiple sclerose	0,1	0,0%	54.278	0,1	0,0%	19.387	0,1	0,0%	19.387	0,1	0,0%	19.387
Orgaantransplantatie	0,9	0,3%	69.116	1,2	0,2%	37.375	1,2	0,2%	33.910	1,2	0,2%	33.910
Alzheimer	9,5	3,2%	42.340	22,9	4,3%	22.629	23,8	4,2%	20.311	24,0	4,2%	18.679
Chronische nierinsufficiëntie	29,3	9,8%	75.822	31,4	5,8%	61.877	31,5	5,6%	58.921	31,6	5,5%	57.291
Geestelijke gezondheid	10,0	3,3%	53.233	12,5	2,3%	37.756	12,6	2,3%	36.199	12,7	2,2%	35.254
Zeldzame ziekten	23,1	7,7%	64.028	26,7	5,0%	47.824	26,9	4,8%	45.543	26,9	4,7%	45.040
Cardiovasc. aandoeningen: hypertensie	182,6	60,8%	47.088	326,7	60,9%	26.020	340,3	60,7%	22.573	345,1	60,6%	19.826
Kanker (MOC)	75,6	25,2%	49.621	102,0	19,0%	33.685	103,2	18,4%	31.749	103,4	18,2%	31.340
Totaal: chronisch zieken	244,1	81,3%	47.937	429,2	80,0%	26.465	445,9	79,5%	23.101	451,9	79,4%	20.357
Totaal: populatie	300,1	100,0%	47.769	536,7	100,0%	25.990	560,5	100,0%	22.379	569,3	100,0%	18.576

TABEL A.4

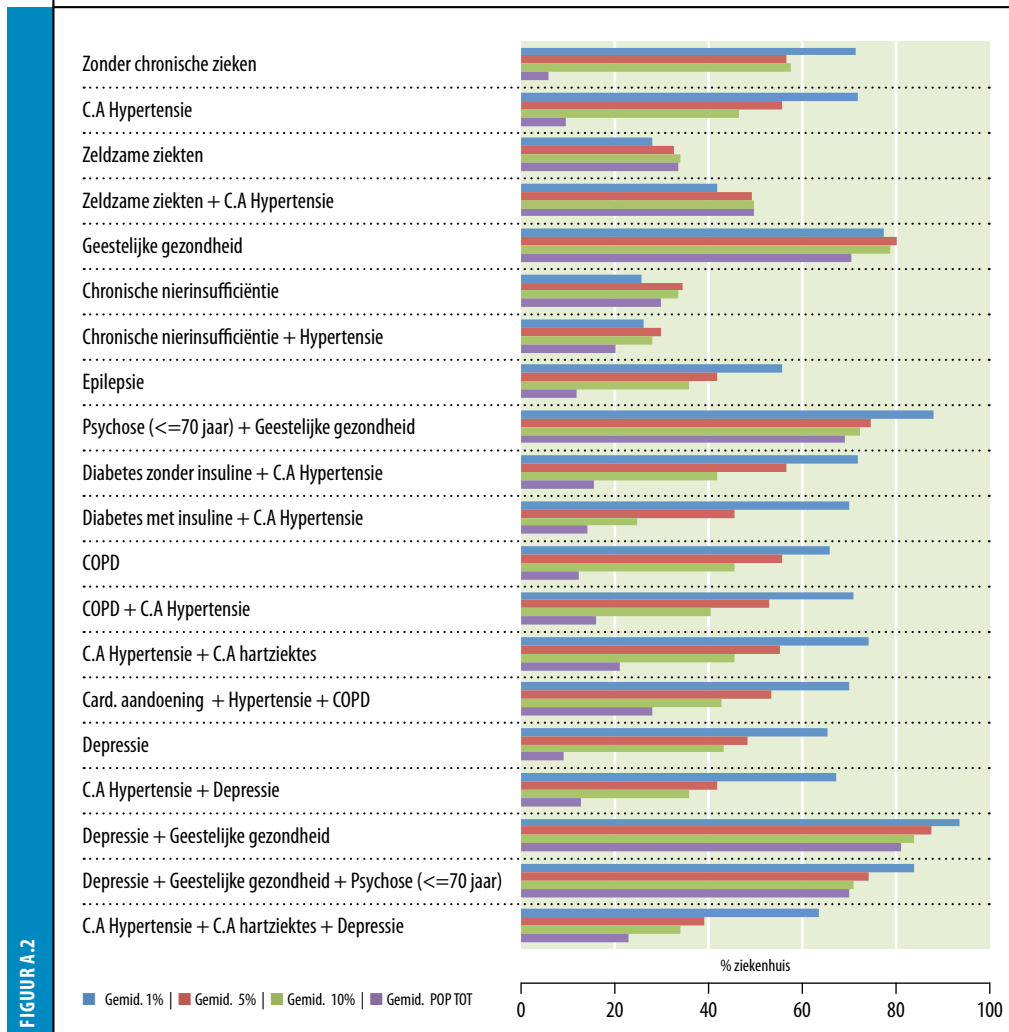


FIGUUR A.1

De gemiddelde leeftijd is het laagst (< 50 jaar) voor de combinaties met geestelijke gezondheid, de combinaties met psychose (<= 70 jaar), de combinatie 'epilepsie', de combinatie 'zeldzame ziektes' en de combinatie 'zonder chronische aandoening'. Individuen met als enig identificatieteken de aanduiding 'geestelijke gezondheid' hebben een gemiddelde leeftijd van 38 jaar, terwijl de gemiddelde leeftijd van de individuen die louter en alleen geïdentificeerd worden via de aanduiding 'hypertensie', 62 jaar is binnen de volledige populatie. Deze cijfers zijn dus relatief belangrijk.

Uit figuur A.1 blijkt dat de gemiddelde leeftijd hoger is bij de deelpopulaties van grote consumenten. Die observatie geldt voor bijna alle combinaties van de gekozen aandoeningen, behalve voor de combinaties die zeldzame ziekten omvatten, voor de combinaties met de geestelijke gezondheid en voor de combinatie 'chronische nierinsufficiëntie + hypertensie', waarbij de gemiddelde leeftijd relatief stabiel is binnen de deelpopulaties van consumenten van geneeskundige verzorging.

AANDEEL VAN DE UITGAVEN IN HET ZIEKENHUIS VOOR DE MEEST VOORKOMENDE COMBINATIES VAN AANDOENINGEN.



FIGUUR A.2

Bij de grote consumenten is het aandeel van de uitgaven in het ziekenhuis hoger voor het merendeel van de combinaties van aandoeningen, behalve voor de combinaties met zeldzame ziektes of voor de chronische nierinsufficiëntie, een aandoening die hoofdzakelijk ambuland behandeld wordt.

De individuen die geïdentificeerd worden door een combinatie met hypertensie (met uitzondering van de chronische nierinsufficiëntie), COPD of depressie (de geestelijke gezondheid buiten beschouwing gelaten), worden geconfronteerd met hogere uitgaven in het ziekenhuis naarmate zij deel uitmaken van de deelpopulaties van grote consumenten. Binnen de totale bevolking vertegenwoordigen de uitgaven in het ziekenhuis van de combinatie met alleen hypertensie minder dan 10%, terwijl dit percentage oploopt tot meer dan 45% en meer dan 70%, respectievelijk in de deelgroepen van 10% en 1%.



Onafhankelijke Ziekenfondsen

St.-Huibrechtsstraat 19
B-1150 Brussel
T 02 778 92 11 — F 02 778 94 04

.....
(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen
Brussel — December 2013
Ondernemingsnummer : 411 766 483
.....

Onze studies
op **www.mloz.be**

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen groepeert:

