



STUDIE

DE CONCENTRATIE VAN DE GEZONDHEIDSUITGAVEN IN 2010 EN 2018

[Keywords]



Een uitgave van de **Onafhankelijke Ziekenfondsen**

Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel

T 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Redactie > Wies Kestens, Güngör Karakaya, Luk Bruyneel, Murielle Lona, Agnès Leclercq

www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juni 2021
(Ondernemingsnummer 411 766 483)

**DE CONCENTRATIE VAN DE GEZONDHEIDSUITGAVEN IN
2010 EN 2018**

INHOUD

01	Inleiding	4
	Onderzoeksvragen	5
02	Methodologie	6
	Studiedesign	6
	Studiepopulatie	6
	Studievariabelen	7
	Statistische analyse	10
	Studiebeperkingen	11
03	Resultaten	12
	Evolutie van de concentratie van de uitgaven ten laste van de verplichte verzekering tussen 2010 en 2018	12
	De verklarende factoren voor de evolutie van de concentratie van gezondheidsuitgaven	13
	De eigen uitgaven van de ‘grote gebruikers’, ‘grootste gebruikers’ en de volledige populatie in 2018	19
04	Conclusie	24
	Evolutie van de concentratie van de gezondheidsuitgaven tussen 2010 en 2018	24
	Onderliggende factoren van de concentratie van de gezondheidsuitgaven in 2018	24
	Eigen uitgaven in 2018	25
05	Discussie	26
	Vermijdbare uitgaven?	26
	Heterogeniteit van de ‘grote’ en ‘grootste gebruikers’	26
	Eigen uitgaven en MAF-systeem	26
	Verder onderzoek	27
06	Aanbevelingen	28
07	Referenties	30
08	Bijlagen	32

INLEIDING

In België wordt ongeveer 10% van het bruto binnenlands product (BBP) aan gezondheidszorg besteed in 2019, wat licht hoger is dan het EU-gemiddelde (9.8%) maar lager dan buurlanden Frankrijk (11.3%) en Duitsland (11.3%) [1]. De Studiecommissie voor de Vergrijzing berekent dat het aandeel van gezondheidszorg in de publieke uitgaven zal toenemen van 7.9% van het BBP (2019) tot 10.0% van het BBP in 2040, onder meer omwille van de vergrijzing, al zorgt de huidige coronacrisis wel voor onzekerheid over deze vooruitzichten [2]. De gezondheidszorg vormt dus één van de belangrijkste pijlers van de sociale zekerheid in België en haar belang binnen de overheidsuitgaven zal toenemen in de komende jaren. Het is dan ook van belang om deze uitgaven regelmatig te analyseren, zeker aangezien België betrekkelijk veel aan gezondheidszorg per inwoner spendeert ten opzichte van het gemiddelde van de andere EU-landen in 2019: €3,679 vergeleken met €2,572 [1].

In 2013 analyseerden we een eerste keer de concentratie van gezondheidsuitgaven bij de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2010 [3]. We stelden toen een zeer sterke concentratie van de uitgaven bij een klein deel van de leden vast. Tussen 2010 en 2018 zijn de totale uitgaven aan gezondheidszorg ten laste van de verplichte verzekering bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen toegenomen van €3.6 miljard tot €4.6 miljard. Gelijktijdig zien we ook een toename van de prevalentie van chronisch zieken, die verantwoordelijk zijn voor een groot deel van de gezondheidsuitgaven [4]. In dit onderzoek analyseren we dan ook de evolutie van de concentratie van gezondheidsuitgaven tussen 2010 en 2018 bij leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Uit onderzoek blijkt dat er tot de personen met de 1%-5%-10% hoogste gezondheidsuitgaven relatief meer ouderen, personen die overlijden, personen met één of meerdere chronische ziektes, vrouwen, etnische minderheden en personen met een lagere socio-economische status behoren [5]–[8]. Op basis van de administratieve gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen onderzoeken we dan ook het socio-demografische profiel van onze populatie en de 1%, 5% en 10% personen met de hoogste gezondheidsuitgaven in 2010 en 2018.

Uitgaven binnen het kader van een hospitalisatie vormen een groot deel van de uitgaven bij personen met hoge gezondheidsuitgaven, net als uitgaven aan geneesmiddelen en ambulante verzorging [9]–[11]. We onderzoeken de verdeling van de belangrijkste uitgavenposten, namelijk hospitalisaties, uitgaven aan geneesmiddelen, uitgaven voor de verblijven in woonzorgcentra en honoraria van artsen, in 2010 en 2018.

De gezondheidsenquête van 2018 toont dat 9.1% van de huishoudens zorg moet uitstellen omwille van financiële belemmeringen [12]. Ook zijn 24% van de gezondheidsuitgaven in België ten laste van de patiënt of facultatieve verzekeringen [1]. Hoge gezondheidsuitgaven (ten laste van de verplichte verzekering) gaan gepaard met hoge eigen uitgaven [10]. We onderzoeken dan ook de eigen uitgaven, namelijk het remgeld en supplementen, die ten laste blijven van de patiënt zelf, en specifiek voor de personen met de hoogste gezondheidsuitgaven.

Onderzoeksvragen

We formuleren onze onderzoeksvragen als volgt:

- Hoe is de concentratie van gezondheidsuitgaven ten laste van de verplichte verzekering bij leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen geëvolueerd tussen 2010 en 2018?
- Welke elementen helpen de (eventuele) evolutie in de concentratie van gezondheidsuitgaven tussen 2010 en 2018 te verklaren?
- Hoe hoog zijn de uitgaven (remgeld en supplementen) die de patiënt zelf moet dragen voor zijn geneeskundige verzorging in 2018?

METHODOLOGIE

Studiedesign

Een retrospectieve longitudinale studie wordt uitgevoerd.

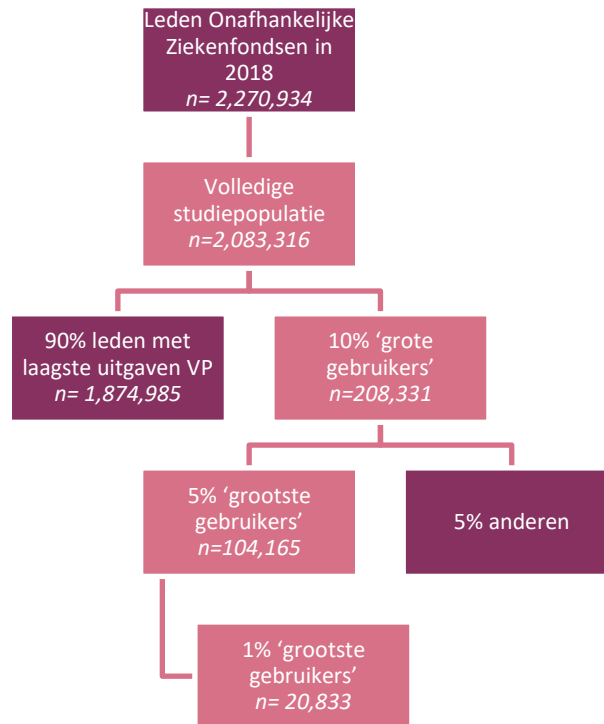
Studiepopulatie

De gegevens die gebruikt worden in het kader van deze studie, zijn de administratieve data met betrekking tot de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2010 en 2018. Het gaat hierbij om de bevolkingsgegevens, dit wil zeggen een reeks algemene inlichtingen zoals het geboortjaar, het geslacht, het recht of niet op de verschillende forfaitaire bedragen, enz.

De populatie van onze studie wordt gevormd door de personen die zonder onderbreking aangesloten waren bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 1 januari 2010 - 31 december 2010 en/of tussen 1 januari 2018 - 31 december 2018, met inbegrip van de overleden personen en van de baby's die geboren zijn in de loop van het jaar. Worden dus 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 of die in het buitenland resideren, worden buiten beschouwing gelaten. **In totaal bestaat de studiepopulatie uit 2,083,316 leden in 2018 en 1,962,526 leden in 2010 [3].** Tussen 2010 en 2018 is het aantal leden van De Onafhankelijke Ziekenfondsen (dat voldoet aan onze criteria voor inclusie in het onderzoek) dus toegenomen met 6.2%.

Wij hebben drie groepen van zorggebruikers samengesteld op basis van het niveau van hun uitgaven geneeskundige verzorging die terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering: de 1% 'grootste gebruikers', de 5% 'grootste gebruikers' en de 10% 'grote gebruikers' behoren tot groepen die respectievelijk het 1%, 5% en 10% meest geneeskundige verzorging consumeren in 2018. Onze studiepopulatie ziet er dan ook als volgt uit:

Figuur 1: Studiepopulatie



Voor de populatie van 2010 wordt gebruikgemaakt van de voorgaande analyse rond de concentratie van gezondheidsuitgaven [3] en we verwijzen dan ook naar die studie voor verdere informatie over de studiepopulatie in 2010.

In Bijlage 1 vergelijken we de studiepopulatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2018 met de Belgische bevolking voor een aantal karakteristieken: leeftijdsgroep, geslacht, VT-statuuut en woonplaats (regio). In vergelijking met de Belgische bevolking stellen we vast dat de populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen procentueel minder mensen met het Verhoogde Tegemoetkoming-statuuut telt en oververtegenwoordigd is in Brussel.

Studievariabelen

De uitgaven

De administratieve gegevens bevatten gegevens over de uitgaven aan geneeskundige verzorging. Voor dit onderzoek gebruiken we alle geneeskundige verstrekkingen gerealiseerd tussen 1 januari 2018 en 31 december 2018 die terugbetaald werden door de ziekteverzekering. De administratieve gegevens werden aangevuld of gecorrigeerd, wanneer nodig, zoals bijvoorbeeld voor de verpleegdagprijs aan 100%. Dit wordt verder gedetailleerd in vorig onderzoek [3], [4].

Naast de uitgaven ten laste van de verplichte verzekering, vanaf nu aangeduid als uitgaven VP, betaalt het lid eventueel uit eigen zak ook remgeld en supplementen voor de geneeskundige verzorging. De informatie over supplementen is enkel volledig voor prestaties die binnen het kader van een hospitalisatie vallen, en dus niet voor supplementen bij ambulante prestaties, zoals bijvoorbeeld raadplegingen bij de tandarts of de huisarts. Ook voor prestaties die niet terugbetaald worden binnen de verplichte verzekering ontbreekt informatie.

In onze analyses groeperen we de uitgaven VP volgens de belangrijkste uitgavenposten:

- Uitgaven binnen het kader van een hospitalisatie met minstens één overnachting. Hiertoe behoren dus ook de uitgaven aan geneesmiddelen en honoraria van artsen als die gerealiseerd worden binnen het kader van een hospitalisatie;
- Uitgaven aan afgeleverde geneesmiddelen in de publieke officina of ambulant in de ziekenhuisapotheken;
- Uitgaven aan honoraria van artsen in ambulante setting: voor klinische biologie, medische beeldvorming, raadplegingen, bezoeken en adviezen, speciale verstrekkingen, heelkunde, gynaecologie en toezicht;
- Forfaits woonzorgcentrum: de ziekteverzekering zorgt voor een tussenkomst in een deel van de kosten van verzorging van de bewoners in rustoorden (ROB, RVT, CDV). Voor elk rustoord berekent het RIZIV een specifiek forfait. Het ziekenfonds van de bewoners betaalt de forfaits aan het rustoord. Het bedrag van het forfait is afhankelijk van de graad van zorgbehoefte van alle bewoners en de kenmerken van het zorgpersoneel dat in het rustoord is tewerkgesteld¹.

Ook de supplementen en het remgeld groeperen we volgens de belangrijkste uitgavenposten:

- Uitgaven binnen het kader van een hospitalisatie met minstens één overnachting;
- Uitgaven aan afgeleverde geneesmiddelen in de publieke officina of ambulant in de ziekenhuisapotheken;
- Uitgaven aan honoraria van artsen in ambulante setting: voor klinische biologie, medische beeldvorming, raadplegingen, bezoeken en adviezen, speciale verstrekkingen, heelkunde, gynaecologie en toezicht;
- Huisvestingskosten: de supplementen die door het lid worden betaald voor een verblijf in een woonzorgcentrum.

Ten slotte beschouwen we ook de uitgaven VP die bestemd zijn voor de terugbetalingen van remgeld aan het lid binnen het kader van de maximumfactuur (MAF²). Vanaf een bepaalde limiet aan uitgaven aan remgeld, vastgesteld in functie van de hoedanigheid van het gezin (onder andere gebaseerd op het gezinsinkomen), is al het overige remgeld in dat kalenderjaar volledig ten laste van de verplichte verzekering. Dit systeem, de maximumfactuur genaamd, beschermt de gezinnen tegen al te hoge gezondheidsuitgaven:

- We identificeren personen met een terugbetaling MAF op basis van de volgende nomenclatuurcodes: 781616, 781631, 781653, 781675, 781690, 781712, 781734, 781756, 781771, 781793, 781815, 781874, 781896, 781911, 781933, 781955;

¹ RIZIV - Verzorging in ROB, RVT en CDV

² RIZIV – De maximumfactuur (MAF) houdt medische kosten binnen de perken.

Variabelen om de evolutie van de uitgaven te verklaren

We gebruiken een aantal karakteristieken om onze populatie te bestuderen, waarbij we ons baseren op de methodologische keuzes van het vorig onderzoek [3]:

- De leeftijd van het individu op 31 december van het betrokken jaar;
- Het geslacht van het individu op 31 december van het betrokken jaar;
- Het recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT) van het individu op 31 december van het betrokken jaar;
 - Personen met VT zijn kwetsbare personen die meer van hun uitgaven voor gezondheidszorg en geneesmiddelen krijgen terugbetaald. Dit recht wordt toegekend op basis van een inkomen, sociaal statuut of bepaalde tegemoetkomingen³. Dit statuut kan gebruikt worden als indicator (een benadering) voor de socio-economische situatie van de verzekerde. We onderscheiden verzekerden met recht op verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering (VT) of zonder dit recht (geen VT).
- Het overlijden van het individu tijdens het betrokken jaar;
 - De datum van het overlijden wordt gebruikt om het aantal maanden waarin een persoon uitgaven kon hebben gemaakt, in te schatten.
 - Om de uitgaven, zowel ten laste van de ziekteverzekering als de eigen uitgaven, van overledenen beter te begrijpen wordt voor Bijlage 3 en Bijlage 4 het laatste levensjaar van de overleden personen bestudeerd, dat dus hoogstwaarschijnlijk meerdere kalenderjaren beslaat (2017 en 2018). In 2018 overleden 15,536 personen, waarvan 15,401 tijdens hun laatste 12 levensmaanden niet in het buitenland woonden of veranderden van ziekenfonds. Voor deze groep hebben we dus volledige gegevens over hun laatste levensjaar en we beschouwen voor Bijlage 3 en Bijlage 4 dan ook enkel deze personen.
- Het verblijf van het individu in een woonzorgcentrum tijdens 2018;
 - Elke persoon die minstens één nacht doorbrengt in een woonzorgcentrum en waarvoor een uitgave hiervoor geregistreerd werd.
- Het hebben van minstens één periode van arbeidsongeschiktheid in 2018;
 - Elke persoon die minstens één periode van arbeidsongeschiktheid doormaakt in 2018 wordt hierbij beschouwd. We maken geen onderscheid tussen periodes in primaire arbeidsongeschiktheid en periodes in invaliditeit (secundaire arbeidsongeschiktheid);
 - Voor deze indicator wordt enkel de actieve bevolking (19-64 jaar) beschouwd.

³ RIZIV - Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx>

- Het inkomen van de wijk (statistische sector) waar het individu woont (niet in vorig onderzoek);
 - Statbel geeft jaarlijks het gemiddelde en mediane fiscale inkomen per statistische sector, evenals het totaal aantal gezinnen dat er verblijft⁴. Gebaseerd op het mediane inkomen per statistische sector hebben we de populatie onderverdeeld in 3 inkomensgroepen. We gebruiken het mediane inkomen per statistische sector omdat het niet beïnvloed wordt door sterk afwijkende waarden (outliers). Voor 90,118 individuen was het niet mogelijk deze inkomensgroep te bepalen omdat de relevante info ontbreekt in de gegevens van Statbel of in de gegevens van de ziekenfondsen.
 - Armste 20%: het individu woont in een van de wijken (statistische sectoren) waar de 20% gezinnen met het laagste inkomen wonen
 - Rijkste 20%: het individu woont in een van de wijken (statistische sectoren) waar de 20% gezinnen met het hoogste inkomen wonen
 - Midden 60%: het individu woont in een van de wijken (statistische sectoren) waar de 60% gezinnen wonen waarvan het inkomen niet tot de 20% laagste of 20% hoogste inkomens behoort.
- 23 chronische ziektes;
 - We beschikken niet over de medische diagnose van de aandoeningen waaraan de personen lijden. We hebben evenwel diagnoseproxies kunnen definiëren (23 in totaal, waarbij we kanker ook als een chronische ziekte beschouwen) die enerzijds gebaseerd zijn op een criterium voor het gebruik van specifieke geneesmiddelen gedurende bepaalde tijd (minimaal 90 behandelingsdagen per jaar, of 120 dagen voor depressie en andere stemmingsstoornissen), en anderzijds op de facturatie van bepaalde nomenclatuurcodes van het RIZIV of specifieke ziekenhuisopnames (voor 4 chronische ziektes: nierinsufficiëntie, geestelijke gezondheid, kanker en orgaantransplantatie). Deze methodologie wordt uitvoerig beschreven in vorig onderzoek [3], [4].

Statistische analyse

De evolutie van de concentratie van de gezondheidsuitgaven onderzoeken we door de cumulatie van uitgaven VP in 2010 en 2018 visueel en beschrijvend te vergelijken.

De studievariabelen worden gebruikt om de (eventuele) veranderingen in de concentratie van gezondheidsuitgaven tussen 2010 en 2018 te verklaren. Ten eerste vergelijken we de belangrijkste uitgavenposten in 2010 en 2018 om vast te stellen voor welke post de grootste stijging plaatsvond. Vervolgens voeren we een beschrijvende analyse uit op het profiel van de populaties in 2010 en 2018 waarbij we onze bevindingen

⁴ STATBEL – Fiscale inkomens 2018 : <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens#news>

voor 2018 vergelijken met de resultaten uit vorig onderzoek. Voor elk van de bestudeerde karakteristieken geven we een korte beschrijving.

Daarnaast stellen we, naar analogie met het onderzoek uit 2013, een meervoudig lineair model op dat zich baseert op de methode van de kleinste-kwadratenmethode (KKM) voor de analyse van de relatie tussen de maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging en het profiel van de populatie (Bijlage 6). 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 en houden we voor overledenen personen enkel rekening met de maanden waarin ze nog in leven zijn. 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 is⁵.

Onze derde onderzoeksvraag beantwoorden we in 3 stappen. Eerst analyseren we de verdeling van de eigen uitgaven, bestaande uit remgeld en supplementen, en de terugbetalingen MAF. Vervolgens bestuderen we de verdeling van het remgeld en de supplementen over de verschillende uitgavenposten. Ten slotte analyseren we de eigen uitgaven met behulp de studievariabelen.

Studiebependingen

Als het lid geen terugbetaling vraagt voor de geneeskundige verzorging, in zoverre dat de terugbetaling niet automatisch verloopt of het systeem van derdebetalen niet wordt toegepast, ontbreken deze verstrekkingen uit onze gegevens. Wij hebben ook geen informatie over geneeskundige verzorging waarvoor er geen terugbetaling bestaat binnen de uitgaven VP.

Zoals al vermeld ontbreekt een deel van de informatie over de betaalde supplementen bij ambulante verstrekkingen (buiten het ziekenhuis) in de gegevens. De weergegeven resultaten voor supplementen zijn dan ook een onderschatting van de werkelijkheid.

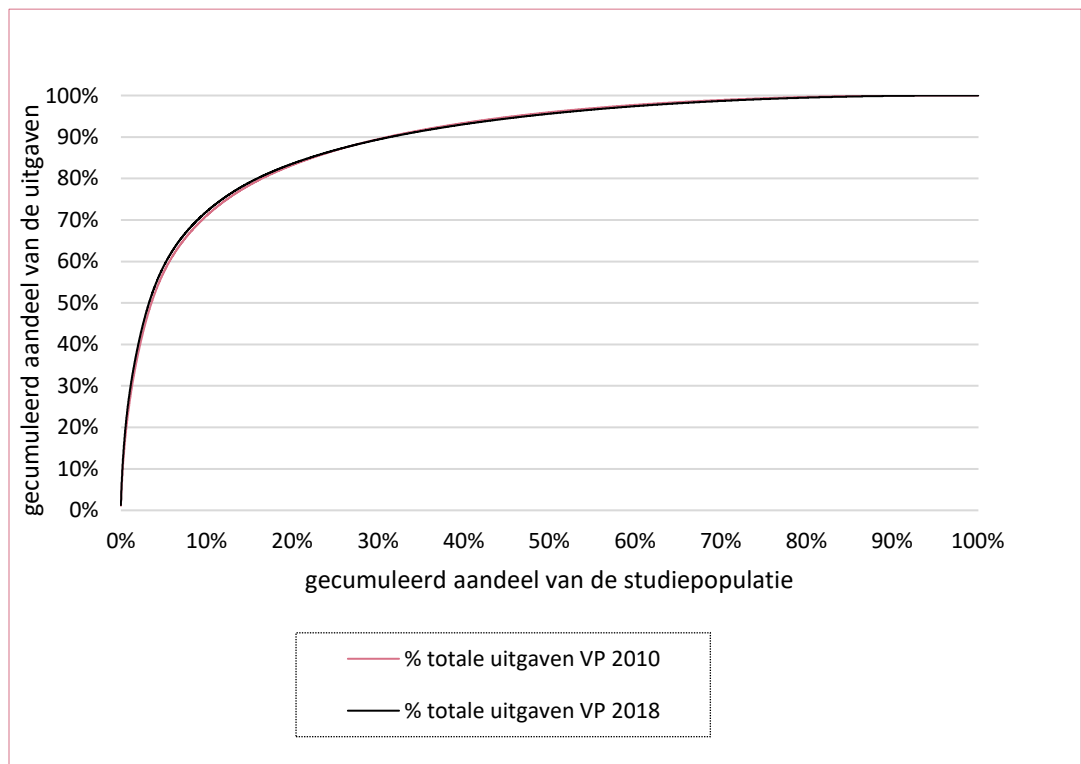
Wat betreft de hospitalisaties, die een belangrijk deel van de uitgaven aan geneeskundige verzorging vertegenwoordigen zowel voor de patiënt als voor de verplichte verzekering, hebben wij geen informatie over de reden of oorzaak van de hospitalisatie.

⁵ We hanteren $p < 0.05$ als grens van statistische significantie. Een p-waarde geeft weer hoe waarschijnlijk het is dat de associatie die men observeert, geobserveerd zou worden onder de nulhypothese. De nulhypothese veronderstelt dat er geen statistisch significante associatie is, in dit geval tussen duur van de raadpleging en onze verschillende verklarende variabelen. Hoe kleiner de p-waarde, hoe onwaarschijnlijker het dus is dat dergelijke statistisch significante associatie niet aanwezig zou zijn. In het geval van $p = 0,05$ laten we een 5% kans toe dat de gevonden associaties onterecht significant zijn. Dit is de standaard in (biomedisch) onderzoek.

Evolutie van de concentratie van de uitgaven ten laste van de verplichte verzekering tussen 2010 en 2018

Figuur 2 geeft de cumulatie van de uitgaven VP in 2010 en 2018 weer. Als ieder lid evenveel gezondheidsuitgaven voor de verplichte verzekering zou hebben, dan zou de cumulatie diagonaal zijn. We zien echter dat zowel in 2010 als in 2018 de gezondheidsuitgaven ongelijk verdeeld zijn: een klein deel van de studiepopulatie is verantwoordelijk voor een groot deel van de uitgaven VP. De concentratie van gezondheidsuitgaven is tussen 2010 en 2018 nauwelijks gewijzigd: de twee curves overlappen bijna volledig.

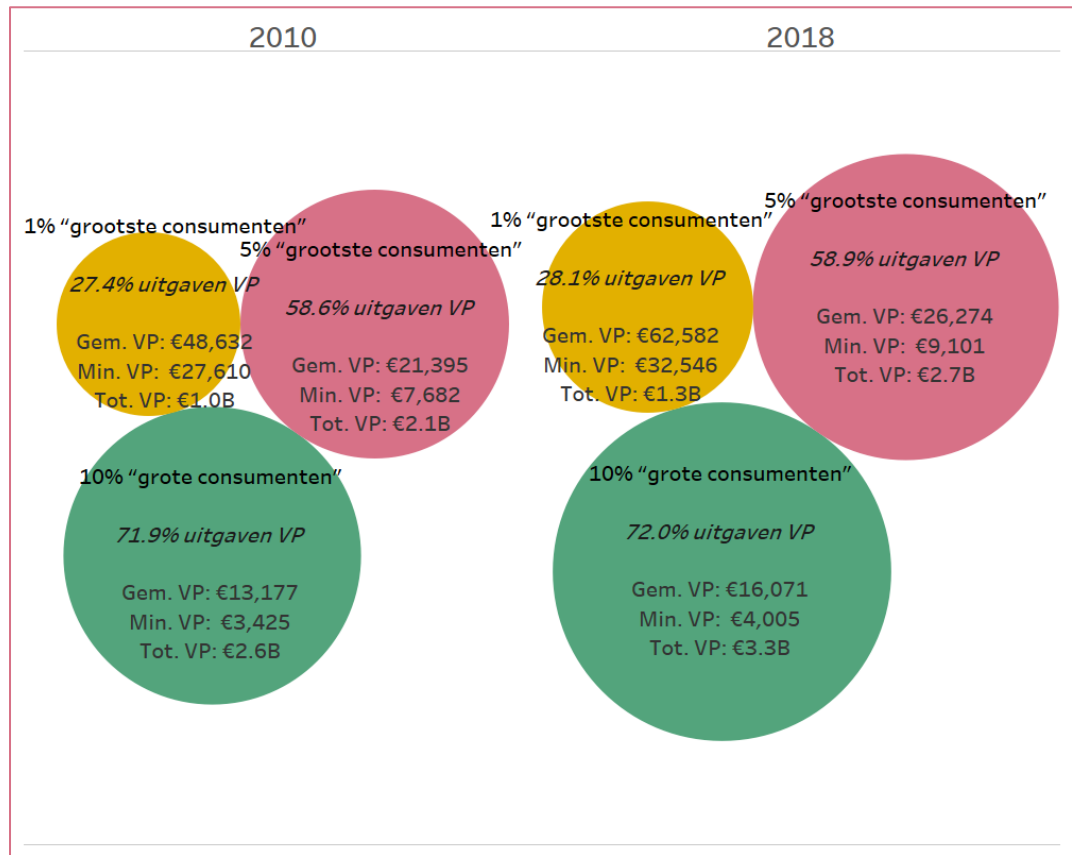
Figuur 2: Concentratie van gezondheidsuitgaven in 2010 en 2018, Onafhankelijke Ziekenfondsen



Figuur 3 vergelijkt de uitgaven VP voor de 1%, 5%, 10% personen met de hoogste uitgaven in 2010 en 2018, en bevestigt de bevindingen uit Figuur 2: de 10% 'grote gebruikers' en 1% en 5% 'grootste gebruikers' zijn verantwoordelijk voor een groot deel van de uitgaven VP.

De stijging tussen 2010 en 2018 van de gemiddelde uitgaven VP bij de 1% 'grootste gebruikers' (+29%) is groter dan de stijging van de gemiddelde gezondheidsuitgaven voor de volledige populatie (1,850 euro tot 2,230 euro, + 21%). We zien dan ook een lichte toename van de concentratie van gezondheidsuitgaven bij de 1% 'grootste gebruikers': van 27.4% naar 28.1% van de totale uitgaven VP.

Figuur 3: De 3 groepen 'grote gebruikers' en 'grootste gebruikers' met het aandeel van de uitgaven VP en totale uitgaven VP (in miljarden) in 2010 & 2018; Onafhankelijke Ziekenfondsen



Uit Figuur 2 blijkt ook dat een groot deel van de bevolking slechts zeer lage uitgaven VP heeft: 50% van de bevolking vertegenwoordigt minder dan 5% van de totale uitgaven VP. In 2010 had 8.8% van de bevolking geen enkele terugbetaling voor geneeskundige verzorging [3] maar in 2018 was dit nog slechts 5,7%. Een recent onderzoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen bestudeert deze groep niet-gebruikers: *de persoon bij wie de kans het hoogst is dat hij waarschijnlijk geen gebruik zal maken van gezondheidszorg, zou van het mannelijke geslacht zijn, jong, alleenstaand, zelfstandige, wonend in Brussel en met een laag inkomen* [13].

De verklarende factoren voor de evolutie van de concentratie van gezondheidsuitgaven

We zagen al dat de concentratie van de gezondheidsuitgaven stabiel blijft behalve voor de 1% 'grootste gebruikers', waar we een verdere concentratie konden observeren. In dit onderdeel zoeken we verklaringen hiervoor. Daarbij kijken we eerst naar de evolutie van de belangrijkste uitgavenposten tussen 2010 en 2018 alvorens de evolutie van het profiel van de populatie te beschouwen.

Evolutie van de belangrijkste uitgavenposten tussen 2010 en 2018

Figuur 4 toont dat zowel in 2010 als in 2018 de uitgaven aan hospitalisaties, geneesmiddelen en honoraria van artsen de belangrijkste uitgavenposten binnen de verplichte verzekering zijn, wat coherent is met bevindingen uit andere landen [6], [8].

De grootste stijging in de uitgaven zien we bij de forfaits voor de woonzorgcentra (+31%) alhoewel het percentage van de bevolking dat in een woonzorgcentrum verblijft, stabiel

blijft (0.1%, Tabel 2). Dit lijkt in lijn te liggen met de groei van uitgaven aan langdurige zorg in andere landen van de Europese Unie [1].

Tussen 2010 en 2018 is het belang van hospitalisaties (met overnachting) binnen de totale uitgaven VP licht gedaald: de gemiddelde verblijfsduur per hospitalisatie daalt licht, al blijft het gemiddeld aantal hospitalisaties stabiel (Figuur 4, Tabel 1). De gemiddelde uitgaven aan hospitalisaties zijn dus minder snel gestegen dan de gemiddelde totale uitgaven. Er vindt de laatste jaren dan ook een omschakeling van hospitalisaties met overnachting naar dag-hospitalisaties plaats [14]. Tabel 1 toont dat het gemiddelde aantal hospitalisaties en de gemiddelde verblijfsduur bij een hospitalisatie veel hoger liggen bij de groepen 'grote gebruikers' dan bij de volledige studiepopulatie en dat er zich sinds 2010 geen grote veranderingen voordoen. Ook in andere landen vormen uitgaven binnen het kader van een hospitalisatie vaak de belangrijkste uitgavenpost bij de 'grootste gebruikers' [6].

De verdere concentratie van de gezondheidsuitgaven bij de 1% en 5% 'grootste gebruikers' wordt voornamelijk verklaard door een sterke stijging van de gemiddelde uitgaven aan geneesmiddelen tussen 2010 en 2018, respectievelijk +101% en +57%. Uit onze gegevens blijkt dat 44.2% van de uitgaven VP aan geneesmiddelen bij de 1% 'grootste gebruikers' in 2018 gaat naar antitumorale geneesmiddelen (ATC-code L01X: overige cytostatica) die gebruikt worden ter behandeling van kanker⁶. Bijna 1 op de 5 (19%) van de 1% 'grootste gebruikers' gebruikt deze geneesmiddelen in 2018 (gemiddelde uitgaven VP: €28,497). In 2010 gebruikte 14% van de 1% 'grootste gebruikers' deze geneesmiddelen maar lagen de gemiddelde uitgaven VP aan deze geneesmiddelen bijna 3 keer zo laag (€10,867). In wat volgt, zullen we zien dat de prevalentie van personen met kanker sterk is toegenomen bij de 'grootste gebruikers' sinds 2010 (Figuur 5). De uitgaven aan antitumorale geneesmiddelen zijn sterk toegenomen tussen 2010 en 2018. Deze evolutie is ook waar te nemen op nationaal niveau en wordt onder meer verklaard door de sterke toename van het grote aantal dure nieuwe innovatieve geneesmiddelen in deze groep [15].

⁶ Aangezien er voor veel van deze geneesmiddelen onder L01X een contract werd afgesloten waarin er vertrouwelijke compensaties werden afgesproken met de farmaceutische bedrijven, liggen de werkelijke uitgaven VP lager [15]

Figuur 4: Belangrijkste uitgavenposten binnen de uitgaven VP waarbij de gemiddelde uitgaven VP (in €) en het aandeel in de uitgaven VP (in%) worden weergegeven, 2010 en 2018



Tabel 1: Overzicht van gemiddeld aantal hospitalisaties en gemiddelde verblijfsduur tijdens een hospitalisatie, 2018

	Gemiddeld aantal hospitalisaties		Gemiddelde verblijfsduur (dagen)	
	2010	2018	2010	2018
1% 'grootste gebruikers'	2.6	2.5	26.6	27.4
5% 'grootste gebruikers'	1.4	1.4	15.9	15.9
10% 'grote gebruikers'	1.1	1.1	11.8	11.4
Volledige populatie	0.1	0.1	9.6	9.1

Evolutie van het profiel van de populatie tussen 2010 en 2018

De voornaamste sociale en economische kenmerken van de deelpopulaties in 2010 en 2018 worden weergegeven in Tabel 2. Bij de 'grote gebruikers' en 'grootste gebruikers' vinden we, vergeleken met de volledige studiepopulatie, relatief meer personen van de volgende categorieën:

- ouderen
- personen met het VT-statuum
- overledenen
- personen die in een woonzorgcentrum verblijven
- personen met periodes van arbeidsongeschiktheid
- personen met één of meer chronische ziektes

Voor personen die in de armste buurten wonen, is het verschil niet significant.

Tabel 2 toont dat het profiel van de volledige populatie niet sterk verandert tussen 2010 en 2018: er is enkel een duidelijke stijging in het aandeel personen met een of meerdere chronische ziektes en personen een periode van arbeidsongeschiktheid. Bij de 1% en 5% 'grootste gebruikers' is er een duidelijke stijging van het aandeel < 65-jarigen en van het aandeel personen met een of meerdere chronische ziektes en een daling van het aandeel vrouwen, van het aandeel overledenen en van het aandeel personen dat in een woonzorgcentrum verblijft. De stijging in het aandeel personen met meerdere chronische ziektes bij de 1% 'grootste gebruikers' is sterker dan bij de volledige populatie.

Hieronder wordt kort elke categorie besproken. De resultaten van het meervoudige lineaire model (Bijlage 6) ondersteunen de bevindingen. Waar nodig wordt er dieper ingegaan op de soorten uitgaven VP (voornamelijk uitgaven aan hospitalisaties).

Tabel 2: Profiel van de 'grote gebruikers', 'grootste gebruikers' en de volledige populatie (2010 & 2018) en aandeel van de uitgaven VP (2010 & 2018), Onafhankelijke Ziekenfondsen

	1% 'grootste gebruikers'		5% 'grootste gebruikers'		10% 'grote gebruikers'		volledige populatie		Aandeel binnen uitgaven VP (volledige populatie)		
	2010	2018	2010	2018	2010	2018	2010	2018	2010	2018	
Geslacht	Man	47%	50%	53%	44%	58%	42%	50%	49%	44%	49%
	Vrouw	53%	50%	47%	56%	42%	58%	50%	51%	56%	51%
Leeftijd	<1-18 jaar	5%	7%	5%	5%	6%	6%	24%	24%	9%	4%
	19-64 jaar	37%	42%	36%	38%	47%	47%	61%	61%	46%	46%
	65+ jaar	58%	52%	59%	57%	47%	47%	15%	15%	45%	48%
Verhoogde Tegemoetkoming	Ja	41%	40%	34%	33%	28%	28%	12%	13%	29%	30%
	Nee	59%	60%	66%	67%	72%	72%	88%	87%	71%	70%
Inkomens	Armste 20%		29%		26%		25%		21%		20%
	Midden 60%		51%		53%		53%		53%		51%
	Rijkste 20%		15%		15%		17%		21%		16%
	onbekend		5%		5%		5%		4%		5%
Overlijden	In jaar*	15%	12%	10%	9%	6%	6%	1%	1%	7%	6%
	In jaar+1**	14%	12%	9%	9%	5%	5%	1%	1%	7%	7%
Woonzorgcentrum		21%	16%	22%	23%	12%	13%	1%	1%	13%	16%
Arbeidsongeschiktheid***	Ja	44%	53%	38%	45%	32%	39%	8%	11%	23%	26%
	Nee	56%	47%	62%	54%	68%	61%	92%	89%	77%	72%
Chronische ziekte (CZ)	Geen CZ	12%	9%	19%	16%	32%	29%	76%	74%	33%	26%
	CZ	88%	91%	81%	84%	68%	71%	24%	26%	67%	74%
Aantal chronische ziektes (CZ)	Geen CZ	12%	9%	19%	16%	32%	29%	76%	74%	33%	26%
	1 CZ	29%	23%	32%	31%	29%	30%	15%	16%	29%	23%
	2 CZ	28%	29%	27%	28%	23%	24%	6%	6%	22%	29%
	3 CZ	19%	22%	15%	16%	11%	12%	2%	2%	12%	13%
	4 CZ	8%	12%	5%	6%	4%	4%	0%	1%	4%	7%
	5+ CZ	3%	6%	2%	2%	1%	1%	0%	0%	1%	2%

*: in 2010 of 2018
 **: in 2011 of 2019
 ***: enkel de actieve bevolking (19-64 jaar) wordt hier beschouwd

Leeftijd en geslacht

Bij de volledige studiepopulatie zien we dat vrouwen en mannen een proportioneel aandeel in de uitgaven VP hebben en dat ouderen (65-plussers) een disproportioneel aandeel van de uitgaven VP hebben. Wel zien we bij de 'grote gebruikers' relatief veel 65-plussers en vrouwen, wat uitgelegd kan worden door bevallingen en een hogere levensverwachting. Het lineair model (Bijlage 6) bevestigt deze bevindingen: de maandelijkse uitgaven VP zijn het hoogst voor pasgeborenen, 65-90-jarigen en vrouwen tussen 25 en 34 jaar in 2018. Na het eerste levensjaar stijgen de maandelijkse uitgaven VP consistent met de leeftijd.

Sinds 2010 blijft de verhouding tussen de leeftijdscategorieën bij de gehele bevolking en de 'grote gebruikers' grotendeels gelijk; enkel voor de 1% en 5% 'grootste gebruikers' zien we dat het aandeel 65-plussers afneemt en het aandeel <1 – 18-jarigen toeneemt. Veel kinderen (<1-18 jaar) die tot de 1% 'grootste gebruikers' behoren hebben een

chronische ziekte (Bijlage 2), voornamelijk geestesziekte (35.4%), psychose (11.5%) en/of depressie (9.8%).

Verhoogde Tegemoetkoming (VT)

Personen met het VT-statuuut krijgen een groter deel van hun gezondheidsuitgaven terugbetaald en dit recht kan worden toegekend op basis van een fysieke handicap of afhankelijkheid (bij ouderen). Deze personen vertegenwoordigen dan ook een disproportioneel groot deel van de uitgaven VP. Er is geen evolutie merkbaar tussen 2010 en 2018.

Inkomensgroepen

Uit Tabel 2 blijkt dat bij de 'grote gebruikers' en 'grootste gebruikers' er relatief meer personen uit de armste wijken (statistische sectoren) zijn dan bij de volledige populatie en dat deze personen dan ook een disproportioneel groot aandeel in de totale uitgaven VP hebben. Deze verschillen zijn wel niet significant. Personen met een lager inkomen hebben een slechtere gezondheid en een lager zorggebruik (met uitzondering voor spoedeisende zorg) bij eenzelfde zorgnood dan personen met een hoger inkomen [16], [17].

We kunnen deze resultaten niet vergelijken met 2010.

Woonzorgcentrum

Personen in een woonzorgcentrum vertegenwoordigen een disproportioneel groot aandeel binnen de uitgaven VP (Tabel 2), vooral door hoge uitgaven aan de forfaits van de woonzorgcentra (Figuur 4).

Een gedeeltelijke verklaring voor de daling van het aandeel bij de 1% 'grootste gebruikers' is dat er meer <65-jarigen tot deze groep behoren dan in 2010, wat de vastgestelde daling van de gemiddelde uitgaven VP aan forfaits van woonzorgcentra bij de 1% 'grootste gebruikers' tussen 2010 en 2018 helpt te verklaren (Figuur 4).

Overlijden

Het sterftecijfer is veel hoger bij de 'grote gebruikers' en 'grootste gebruikers' en overledenen vertegenwoordigen een disproportioneel groot deel van de uitgaven VP (Tabel 2). De resultaten van de regressie (Bijlage 6) bevestigen deze vaststellingen: de maandelijkse uitgaven VP voor een persoon die komt te overlijden in 2018, zijn veel hoger dan voor een persoon die niet overlijdt.

De meerderheid van de overledenen behoort dan ook tot de groepen 'grote gebruikers' en/of 'grootste gebruikers', is 80 jaar of ouder en lijdt aan een chronische ziekte (Bijlage 3). De hoge uitgaven VP van de overledenen in de laatste levensmaanden worden vooral veroorzaakt door uitgaven binnen het kader van een hospitalisatie; de meerderheid van de overledenen wordt dan ook opgenomen in het ziekenhuis tijdens de laatste levensmaanden (Bijlage 4). Ook in andere landen ligt het sterftecijfer bij de 'grootste gebruikers' zeer hoog vergeleken met de volledige populatie [6], [8], [18].

Tussen 2010 en 2018 zien we een afname van het aandeel van de 'grootste gebruikers' dat overlijdt, waarschijnlijk deels verklaard door het feit dat er meer <65-jarigen bij de 'grootste gebruikers' zitten in 2018.

Arbeidsongeschiktheid

Ongeveer 10% van de actieve bevolking werd geconfronteerd met periodes van arbeidsongeschiktheid in 2018. Bij de 'grootste gebruikers' stijgt dit tot 40-50%. In een recente studie toonden we reeds aan dat personen tijdens de periodes van primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit hoge uitgaven VP hebben, vooral door hoge uitgaven aan hospitalisaties [19].

Vergeleken met 2010 zien we een sterke stijging van het aantal personen met periodes van arbeidsongeschiktheid in 2018. Dit is coherent met de evolutie binnen België [20].

Chronische ziektes

Ongeveer een kwart van de ledenpopulatie heeft last van een chronische aandoening terwijl dit oploopt tot 70-90% bij de 'grote gebruikers' en 'grootste gebruikers' (Tabel 2). De 26% personen met een chronische ziekte zijn verantwoordelijk voor een disproportioneel groot deel van de uitgaven VP (74%). Een groot deel van de 'grote gebruikers' en 'grootste gebruikers' lijdt dan ook aan één of meerdere chronische ziektes.

Een gedeeltelijke verklaring voor de hoge uitgaven VP van chronisch zieken wordt gegeven in vorig onderzoek: ze hebben 3-4 keer meer kans in het ziekenhuis te belanden dan personen zonder chronische aandoening en verblijven er dan ook gemiddeld 3 keer zo lang [4]. Daarnaast heeft ook het (chronisch) gebruik van geneesmiddelen een impact op de uitgaven.

Vergeleken met 2010 stijgt het aandeel personen met één of meerdere chronische ziektes bij de 'grote gebruikers', 'grootste gebruikers' en de volledige populatie. Figuur 4 toont de prevalentie en evolutie voor de geïdentificeerde chronische ziektes. Uit deze figuur en de resultaten van de regressieanalyses (Bijlage 6) leren we dat:

Voor de volledige studiepopulatie:

- Elk van de chronische ziektes, behalve Hepatitis B/C (niet significant), leidt tot significant hogere maandelijkse uitgaven VP.
- Hypertensie, depressie en diabetes (met of zonder insuline) zijn de meest voorkomende chronische ziektes in 2010 en 2018. De maandelijkse uitgaven VP voor deze 3 chronische ziektes blijven beperkt in vergelijking met sommige andere chronische ziektes.
- Voor elk van de meest voorkomende aandoeningen, buiten hartziekte, is er een stijging van de prevalentie tussen 2010 en 2018. In vorig onderzoek gaan we dieper in op deze evoluties [4].

Voor de 10% 'grote gebruikers':

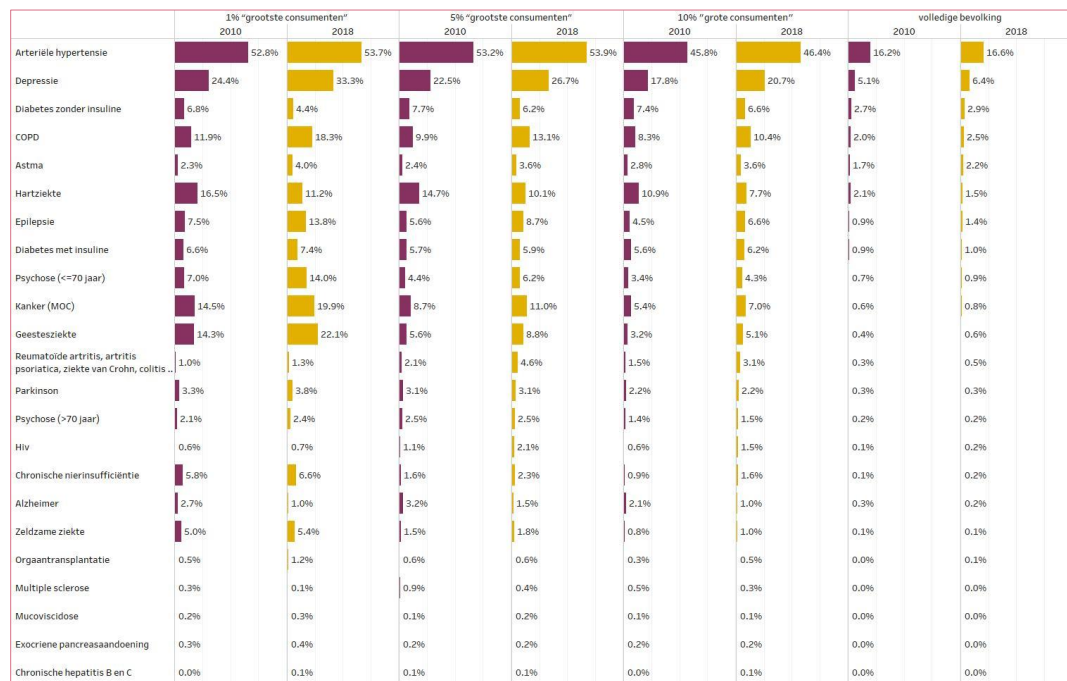
- De helft van de 10% 'grote gebruikers' lijdt aan hypertensie in 2018, 1 op de 5 aan depressie, ongeveer 1 op de 8 aan diabetes (met of zonder insuline) en 1 op de 10 aan COPD (rokerslong). De meeste personen die aan hypertensie lijden in de groepen 'grote gebruikers' en 'grootste gebruikers' lijden ook aan andere chronische ziektes [3].

- Er is een sterke toename in de prevalentie van depressie (+16.3%) en COPD (+25.3%) tussen 2010 en 2018 en een lichte daling in de prevalentie van diabetes tussen 2010 en 2018.

Voor de 1% en 5% 'grootste gebruikers':

- Naast de bovenvermelde aandoeningen komen ook geestesziekte, kanker en psychose onder 70 jaar frequent voor bij de 'grootste gebruikers'. Ook in Nederland wordt een groot deel van de 1% 'grootste gebruikers' geconfronteerd met geestelijke gezondheidsproblemen, cardiovasculaire aandoeningen, COPD, diabetes en depressie [8].
- Tussen 2010 en 2018 is er een sterke stijging van het aantal personen met depressie, rokerslong, kanker en geestesziekte bij de 1% (en 5%) 'grootste gebruikers'
- De maandelijkse uitgaven VP zijn het hoogst, als alle andere factoren constant blijven, voor personen met een zeldzame ziekte (€4,043 maandelijkse uitgaven VP), een geestesziekte (€2,606), chronische nierinsufficiëntie (€1,731) of kanker (€1,560). Deze aandoeningen komen duidelijk meer voor bij de 'grootste gebruikers' dan bij de volledige studiepopulatie.

Figuur 5: Prevalentie van chronische ziektes in 2010 en 2018



De eigen uitgaven van de 'grote gebruikers', 'grootste gebruikers' en de volledige populatie in 2018

Nadat we in het voorgaande onderdeel zagen dat bepaalde profielen (chronische ziektes, overlijden, verblijf in woonzorgcentrum) tot zeer hoge uitgaven VP leiden, onderzoeken we hier het verband tussen de uitgaven VP en de eigen uitgaven die nog ten laste zijn van het lid zelf. We behandelen hier dan ook de derde onderzoeksvraag, namelijk 'Hoe hoog zijn de uitgaven (remgeld en supplementen) die de patiënt zelf moet dragen voor zijn geneeskundige verzorging in 2018?'

We bespreken eerst de eigen uitgaven volgens de groepen ‘grote gebruikers’, ‘grootste gebruikers’ en de volledige populatie, waarbij we ook de uitgavenposten van het remgeld en de supplementen vergelijken, en vervolgens de eigen uitgaven volgens het profiel van de populatie.

Overzicht van de eigen uitgaven

Figuur 6 geeft voor de ‘grootste gebruikers’, ‘grote gebruikers’ en de volledige bevolking informatie over de verdeling van het remgeld, de supplementen⁷ en de terugbetalingen binnen de maximumfactuur (MAF). Figuur 7 toont de belangrijkste uitgavenposten voor het remgeld en de supplementen. De verhouding tussen de uitgavenposten van het remgeld komt sterk overeen met die van de uitgaven VP bij de ‘grote gebruikers’ en ‘grootste gebruikers’.

We stellen vast dat hoge uitgaven VP vaak samengaan met hoge eigen uitgaven: de ‘grote gebruikers’ of ‘grootste gebruikers’ hebben gemiddeld veel hogere eigen uitgaven (remgeld en supplement) dan de volledige populatie (Figuur 6). We zien bijvoorbeeld dat de helft van de 10% ‘grote gebruikers’ minstens €538 aan remgeld betaalt, terwijl binnen de volledige populatie slechts 1 op de 4 minstens €204 aan remgeld betaalt.

Uit Figuur 7 blijkt dat een groot deel van de eigen uitgaven bij de ‘grote gebruikers’ en ‘grootste gebruikers’ naar uitgaven binnen het kader van een hospitalisatie gaan⁸. De supplementen tijdens een hospitalisatie bestaan vooral uit kamersupplementen en erelonen, die enkel aangerekend mogen worden in éénpersoonkamers [21]. Naast supplementen binnen het kader van een hospitalisatie gaat een belangrijk deel van de supplementen naar huisvestingskosten voor personen in een woonzorgcentrum (8% - 21%)⁹.

De uitgaven aan supplementen zijn zeer ongelijk verdeeld: de helft van de volledige populatie heeft geen uitgaven aan supplementen (tijdens een hospitalisatie) terwijl 1 op de 4 van de 10% ‘grote gebruikers’ minstens €919 betaalt. Deze ongelijke verdeling valt ook af te leiden aan de grote verschillen tussen de gemiddelde en mediaan uitgaven aan supplementen.

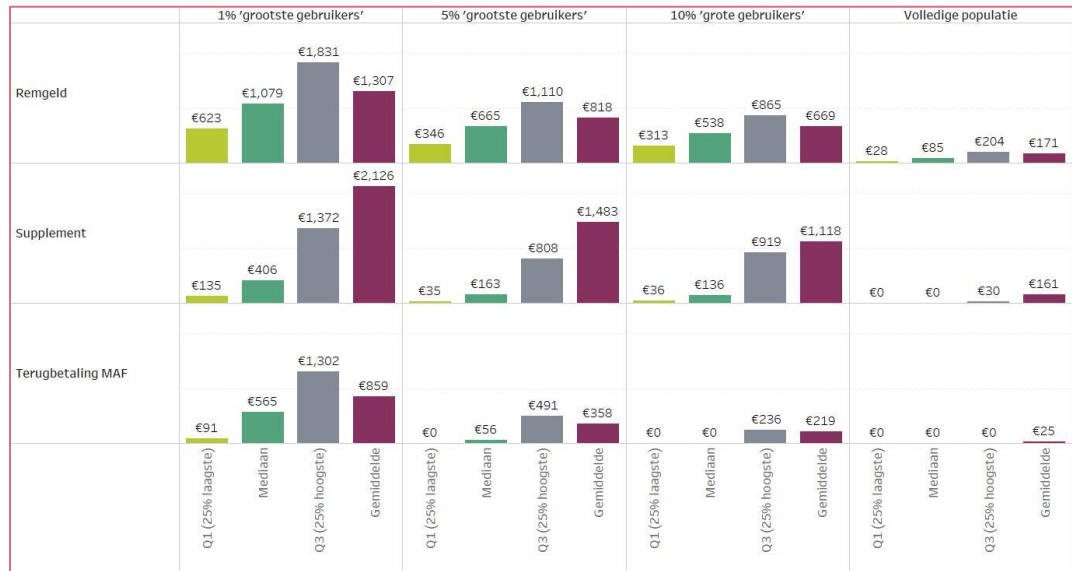
De terugbetalingen MAF doen zich vooral voor bij de 1% en 5% ‘grootste gebruikers’ (Figuur 6). De terugbetalingen MAF vormen vooral bij de 1% ‘grootste gebruikers’ een belangrijke bescherming tegen hoge eigen gezondheidsuitgaven: zonder dit systeem zou het gemiddelde remgeld van de ‘grootste gebruikers’ sterk hoger liggen. Uit onze gegevens blijkt dat een groot deel van de ‘grote gebruikers’ het plafond bereikt van uitgaven aan remgeld om binnen het kader van het systeem van de maximumfactuur te vallen: 9% binnen de volledige populatie tot 42% bij de 10% ‘grote gebruikers’ en 80% bij de 1% ‘grootste gebruikers’.

⁷ Ter herinnering, de informatie over supplementen is enkel volledig voor prestaties die binnen het kader van een hospitalisatie vallen en niet voor ambulante verstrekkingen, zoals bijvoorbeeld consultaties bij de tandarts. De weergegeven resultaten voor supplementen zijn dus een onderschatting van de werkelijkheid.

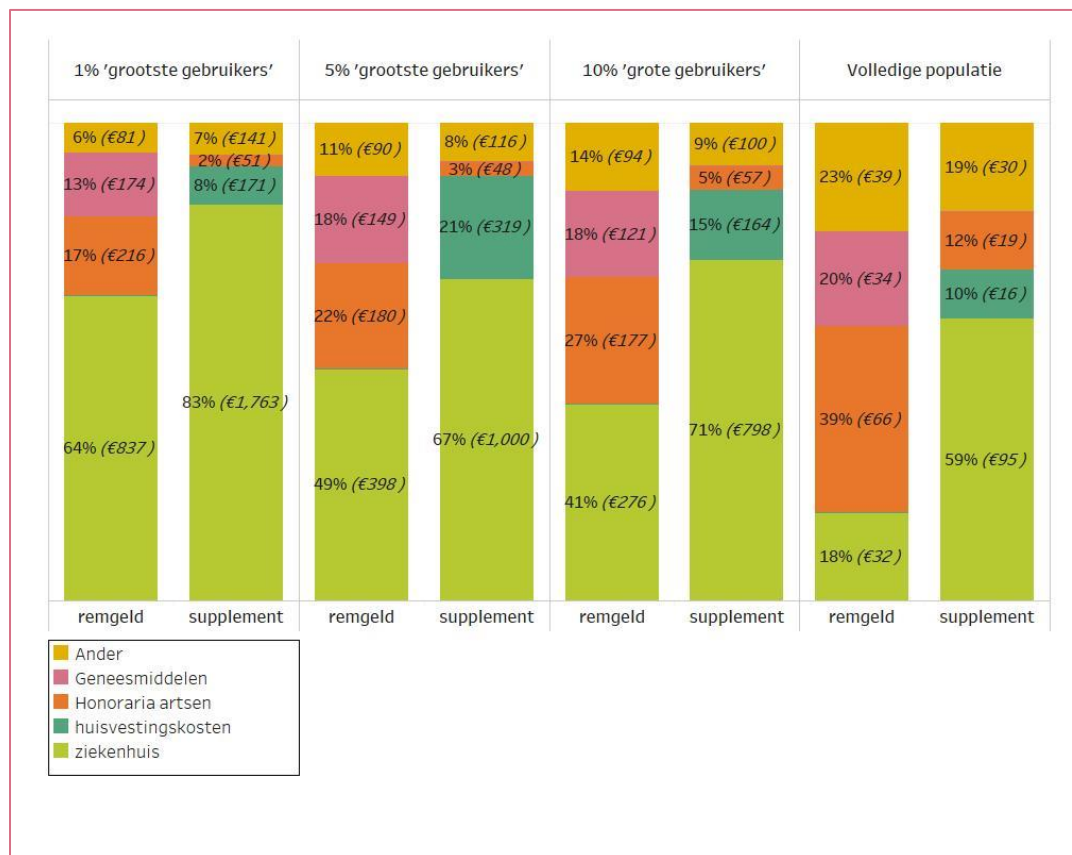
⁸ Ter herinnering, de informatie over supplementen is enkel volledig voor prestaties die binnen het kader van een hospitalisatie vallen.

⁹ De huisvestingskosten in woonzorgcentra beslaan niet enkel medische kosten maar bijvoorbeeld ook kosten voor de kapper, een abonnement op kabeldistributie, telefoonkosten, reiniging van persoonlijke kleding en kamerbediening (buiten medische redenen).

Figuur 6: Verdeling van het remgeld, supplementen en de terugbetaling MAF



Figuur 7: Verdeling van de gemiddelde uitgaven aan remgeld en supplementen in 2018, met de gemiddelde uitgaven VP (in €) en het aandeel in de uitgaven VP (in%)



Eigen uitgaven volgens het profiel van de populatie

Figuur 8 geeft het gemiddelde remgeld, de gemiddelde supplementen en de gemiddelde terugbetaling MAF volgens het profiel van de populatie. De som van alle bedragen toont dus wat een persoon gemiddeld uit eigen zak zou moeten betalen als het MAF-systeem niet bestond. Eveneens geeft Figuur 8 het aandeel van de bevolking dat een terugbetaling MAF heeft gehad in 2018. Hieruit leren we dat:

- **Overledenen, 65-plussers, chronisch zieken, personen met periodes van arbeidsongeschiktheid en/of personen die minstens één nacht in een woonzorgcentrum verblijven, gemiddeld het meest uit eigen zak voor hun gezondheidszorg betalen.**
 - Dit is consistent met het hoger aandeel van de uitgaven VP voor deze groepen (Tabel 2)
 - Binnen deze groepen heeft een relatief groot deel van de personen terugbetalingen MAF.
- **De gemiddelde eigen uitgaven van personen met een chronische aandoening liggen 3 keer hoger dan bij personen zonder chronische aandoening.** We zagen al dat chronisch zieken 3 tot 4 keer zo vaak in het ziekenhuis belanden dan personen zonder chronische aandoening, wat deels de hoge supplementen kan verklaren.
 - Personen die lijden aan kanker (€2,686), een zeldzame ziekte (€2,272 euro) of een exocriene pancreasaandoening (€1,742), hebben gemiddeld de hoogste eigen uitgaven in 2018 (Bijlage 5).
- **De hoge gemiddelde eigen uitgaven bij personen die overlijden, worden grotendeels verklaard doordat ze vaak in het ziekenhuis verblijven in de maanden voor het overlijden.**
 - Uit onze gegevens blijkt dat minder dan 1 op de 7 (13.1%) overledenen gebruik heeft gemaakt van het forfait voor palliatieve thuispatiënten dat bepaalde geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en medische hulpmiddelen (zoals speciale matrassen en bedden), dekt¹⁰.
- **Personen met het VT-statuuut betalen gemiddeld minder uit eigen zak dan personen zonder dit statuut, wat logisch is gezien zij een grotere terugbetaling van hun geneeskundige verzorging genieten en dus een lager remgeld betalen.**

¹⁰ RIZIV – Palliatief Forfait en “Palliatief Statuuut”: inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/palliatief/Paginas/palliatieve-zorg.aspx

Figuur 8: Gemiddeld remgeld, supplementen, terugbetalingen MAF en aandeel met een terugbetaling MAF volgens profiel van de studiepopulatie, 2018



CONCLUSIE

Deze studie trachtte de evolutie van de concentratie van de gezondheidsuitgaven tussen 2010 en 2018 te schetsen en de onderliggende factoren in kaart te brengen die deze evolutie helpen verklaren, alsook het aandeel van de eigen uitgaven binnen de totale gezondheidsuitgaven.

Evolutie van de concentratie van de gezondheidsuitgaven tussen 2010 en 2018

De concentratie van gezondheidsuitgaven van de volledige populatie is nauwelijks veranderd tussen 2010 en 2018. Het profiel van de populaties in 2010 en 2018 is dan ook zeer vergelijkbaar: er is enkel een stijging van het aandeel personen met een chronische ziekte merkbaar maar hypertensie en depressie blijven zowel in 2010 als 2018 de meest voorkomende aandoeningen.

Bij de 1% 'grootste gebruikers' doet er zich wel een lichte verdere concentratie van de uitgaven voor. Vergeleken met 2010 is er bij de 'grootste gebruikers' een daling van het aantal personen dat overlijdt en een stijging van het aantal personen met één of meerdere chronische ziektes. Ook is er een verschuiving naar jongere leeftijdsgroepen bij de 1% 'grootste gebruikers'.

Net als in 2010 zijn de uitgaven aan hospitalisaties de belangrijkste uitgavenpost bij de 'grootste gebruikers', al daalt het belang ervan. De verdere concentratie van de uitgaven bij de 'grootste gebruikers' wordt dan vooral verklaard door een sterke stijging van de gemiddelde uitgaven VP aan geneesmiddelen tussen 2010 en 2018, wat voornamelijk te wijten is aan een sterke stijging van de uitgaven aan antitumorale geneesmiddelen.

Onderliggende factoren van de concentratie van de gezondheidsuitgaven in 2018

Er is een zeer sterke concentratie van gezondheidsuitgaven in 2018: de 5% 'grootste gebruikers' zijn verantwoordelijk voor meer dan de helft van de totale gezondheidsuitgaven binnen de verplichte verzekering terwijl de 50% leden met de laagste uitgaven verantwoordelijk zijn voor minder dan 5%.

In vergelijking met de volledige bevolking vinden we bij de 1% en 5% 'grootste gebruikers' relatief:

- **Meer oudere personen:** ongeveer 6 van de 10 zijn 65 jaar of ouder. De maandelijkse uitgaven VP stijgen met de leeftijd na een eerste piek bij jonge kinderen.
- **Meer personen die overlijden:** ongeveer 1 van de 10 'grootste gebruikers' overlijden in 2018. De maandelijkse uitgaven VP zijn zeer hoog voor personen die overlijden, wat grotendeels verklaard wordt door de hoge uitgaven aan hospitalisaties in de laatste levensmaanden.
- **Meer personen die minstens een gedeelte van het jaar in een woonzorgcentrum verblijven:** ongeveer 1 op de 5 'grootste gebruikers' verblijven in een

woonzorgcentrum. Het verblijf in een woonzorgcentrum leidt tot zeer hoge maandelijkse uitgaven VP

- Meer personen die woonachtig zijn in de armste buurten van België en minder personen die woonachtig zijn in de rijkste buurten van België
- Meer personen met minstens één periode van arbeidsongeschiktheid
- **Meer personen met een chronische ziekte:** meer dan 8 van de 10 hebben een chronische ziekte. Bij de 1% 'grootste gebruikers', waarvan de helft hypertensie heeft en een op de drie aan depressie lijdt, zien we daarnaast dat bijna 1 op de 5 ook geconfronteerd wordt met een geestesziekte, kanker en/of COPD (rokerslong). Een groot deel van de uitgaven (41%) bij chronische ziektes vindt plaats binnen het kader van een hospitalisatie. Vooral de hoge prevalentie van kanker, COPD (rokerslong) en geestesziektes bij de 'grootste gebruikers' valt op, wat allen ziektes zijn die tot hoge maandelijkse uitgaven VP leiden.
- **Meer personen met het recht op de verhoogde tegemoetkoming:** 1 op de 3 heeft het recht op de verhoogde tegemoetkoming. De maandelijkse uitgaven VP zijn hoger voor personen met het VT-statuuut.
- **Meer ziekenhuisverblijven:** uitgaven binnen het kader van een hospitalisatie bepalen de helft van de uitgaven VP bij de 'grootste gebruikers'.

Eigen uitgaven in 2018

Hoge gezondheidsuitgaven ten laste van de verplichte verzekering gaan vaak gepaard met hogere eigen uitgaven: **de gemiddelde eigen uitgaven van de 'grote gebruikers' en 'grootste gebruikers' liggen sterk hoger dan die van de volledige studiebevolking.**

Bijna 60% van de eigen uitgaven bij 'grote gebruikers' en 'grootste gebruikers' gaat naar remgeld of supplementen in het kader van een hospitalisatie. Doordat informatie over de supplementen in ambulante setting vaak ontbreekt, zijn de resultaten hier wel eerder indicatief. De eigen uitgaven, in overeenstemming met hogere uitgaven ten laste van de verplichte verzekering, zijn vooral hoog voor:

- **Personen die overlijden**, waarbij vooral hoge supplementen worden genoteerd tijdens hospitalisaties
- **Personen die in minstens één nacht in een woonzorgcentrum verblijven**, waarbij vooral hoge supplementen worden aangerekend voor huisvestingskosten in het woonzorgcentrum
- **Personen met een chronische ziekte** hebben gemiddeld 3 keer hogere uitgaven dan personen zonder chronische ziekte, waarbij vooral kanker, een zeldzame ziekte of een exocriene pancreasaandoening tot hoge eigen uitgaven leiden. Een groot deel van de eigen uitgaven van chronisch zieken vindt plaats tijdens ziekenhuisverblijven.

Vermijdbare uitgaven?

Studies tonen aan dat ongeveer 10-13% van de gezondheidsuitgaven bij de ‘grootste gebruikers’ vermijdbaar zijn [6], [22] en dat vermijdbare gezondheidsuitgaven dan ook vooral te vinden zijn bij de ‘grootste gebruikers’. Vooral bij zwaar zieke en/of zwaar afhankelijke patiënten en bij patiënten met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen zouden er vermijdbare uitgaven zijn [22]. Vergeleken met andere Europese landen telt België ook nog relatief veel vermijdbare opnames voor astma en COPD [17].

Het Federaal kenniscentrum evalueert jaarlijks de performantie van het Belgische gezondheidssysteem en ook de OESO analyseert jaarlijks het Belgische gezondheidssysteem [17]. Daarbij worden een aantal zaken aangehaald waarop de overheid kan inzetten om de efficiëntie van de gezondheidszorg te verbeteren, wel niet specifiek gericht op ‘grote gebruikers’:

- Het volume van biosimilaire en generieke geneesmiddelen is laag vergeleken met andere Europese landen [17], [23];
- Teveel 41-49-jarige vrouwen laten zich screenen voor borstkanker, terwijl screening pas vanaf 50 jaar wordt aanbevolen [23];
- Voor niet-specifieke rugpijn wordt te vaak gebruik gemaakt van beeldvorming (röntgen, CT-scan) [23];

Heterogeniteit van de ‘grote’ en ‘grootste gebruikers’

Alhoewel er bij de ‘grootste gebruikers’ duidelijk meer ouderen, overledenen, personen die in een woonzorgcentrum verblijven terugvinden, stellen we ook vast de ‘grootste gebruikers’ een heterogene groep is: de grote meerderheid ervan sterft niet in 2018-2019, verblijft niet in een woonzorgcentrum en bijna de helft is jonger dan 65 jaar. Dit maakt het natuurlijk onmogelijk om uniform beleid voor deze volledige groep voor te stellen. Een mogelijk oplossing zou zijn om de patiënten op te delen in homogener segmenten [7], [9].

Eigen uitgaven en MAF-systeem

In België geeft 15.1% van de huishoudens aan dat uitgaven voor gezondheidszorg moeilijk te dragen zijn en 9.1% van de huishoudens heeft dan ook gezondheidszorg moeten uitstellen [12]. Ons onderzoek toont aan dat hoge gezondheidsuitgaven ten laste van de verplichte verzekering vaak gepaard gaan met hoge eigen uitgaven. Het MAF-systeem beschermt een groot deel van de ‘grote gebruikers’ tegen te hoge uitgaven aan remgeld maar niet tegen hoge uitgaven aan supplementen. Het Federaal Kenniscentrum (KCE) stelt dan ook dat *‘de MAF dan wel een effectief instrument is om het aandeel remgeld in het gezinsinkomen te beperken, maar dat supplementen de impact van dit beschermend effect tegenwerken’*[16].

Verder onderzoek

We vergeleken de concentratie van gezondheidsuitgaven in 2010 met die in 2018. In een volgend onderzoek kunnen we dieper ingaan op de persistentie van hoge gezondheidsuitgaven [9].

Daarnaast zagen we dat overleden personen zeer hoge gezondheidsuitgaven VP hebben in de laatste maanden van hun leven en dat dit vooral te verklaren valt door de hoge uitgaven aan hospitalisaties. Een verdere analyse specifiek rond de gezondheidsuitgaven bij *end of life* care lijkt dan ook aangewezen.

AANBEVELINGEN

- Wat betreft de monitoring van de concentratie van gezondheidsuitgaven
 - Als co-beheerder van het gezondheidssysteem is het de verantwoordelijkheid van de Onafhankelijke Ziekenfondsen om de evolutie van de uitgaven aan gezondheidszorg regelmatig op te volgen, zeker gezien het belang van deze uitgaven binnen de totale uitgaven van de overheid en gezien de vooruitzichten over de toename van kosten door de vergrijzing en chronische aandoeningen. Deze monitoring helpt ons het gezondheidssysteem te verbeteren en de toegankelijkheid voor allen te garanderen.
 - Deze studie toont aan personen hoge eigen gezondheidsuitgaven kunnen hebben. Om de eigen uitgaven van de bevolking, en in het bijzonder van specifieke doelgroepen, beter te verstaan zou de informatie over de supplementen in ambulante setting geregistreerd moeten worden net als de uitgaven aan niet-terugbetaalde verstrekkingen. Dit zal ons helpen in te zetten op de domeinen en doelgroepen waar de dekking van gezondheidszorgen nog verbeterd kan worden.
 - Transparante prijsinformatie en informatie over zorgaanbod-en kwaliteit moet beschikbaar en begrijpelijk zijn voor patiënten bij ziekenhuisopnames en voor ambulante verstrekkingen.
- Wat betreft het beheersen van de stijgende uitgaven
 - De sterke toename in de kosten voor antitumorale geneesmiddelen tussen 2010 en 2018 toont ons het belang van het beheersen van de uitgaven wat betreft geneesmiddelen, en dit zonder de toegankelijkheid voor de patiënt in gedrang te brengen. Elementen die kunnen bijdragen om de groei van de uitgaven onder controle te houden zijn onder meer het uitvoeren van een horizon scanning en het toewijzen van een maximaal budget voor bepaalde groepen van geneesmiddelen of pathologieën. Er moet ook meer aandacht gegeven worden aan transparantie rond de prijsstructuur van geneesmiddelen en rond het aandeel van publieke middelen in het onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen
 - Patiënten met ernstige en/of zeldzame chronische ziektes waarvan de gemiddelde jaarlijkse uitgaven binnen de verplichte verzekering relatief hoog liggen, moeten nauwer opgevolgd worden. Voor deze groep van patiënten dringen de Onafhankelijke Ziekenfondsen aan op het gebruik van referentiecentra.
 - Sinds 2010 is de prevalentie van chronisch zieken gestegen en we verwachten een verdere toename naar de toekomst toe. Deze studie toont aan dat chronisch zieken vaak kampen met hoge eigen uitgaven voor gezondheidszorg. Om deze tendens een halt toe te roepen moeten we investeren in preventie en de leefomstandigheden verbeteren (onderwijs, voeding, lichaamsbeweging promoten, gezonde woon- en werkomstandigheden, ...), naar aanleiding van de volgende vaststellingen:
 - het budget voor preventie bedraagt slechts 2,2 % van de totale uitgaven voor gezondheid, terwijl het Europese gemiddelde 3 % is.
 - bepaalde chronische aandoeningen zoals hoge bloeddruk, hartziektes, diabetes of depressie zijn het gevolg van verkeerde voeding, gebrek aan beweging, stress, roken en overmatig alcoholgebruik.
- Wat betreft de toegankelijkheid van de zorg

- Het verbod op de derdebetalersregeling moet opgeheven worden voor financieel zwakkere groepen. De patiënt moet afdoende geïnformeerd worden over zijn/haar rechten hieromtrent.
- De opening van het recht op sociale vangnetten moet vereenvoudigd en geharmoniseerd worden.
- Er moet nog meer ingezet worden op elektronische attestering van gezondheidszorgen

REFERENTIES

- [1] OECD, *Health at a Glance: Europe 2020*. 2020.
- [2] S. voor de Vergrijzing, “Jaarlijks rapport,” 2020.
- [3] G. Karakaya, V. Vanrillaer, and R. Van Tielen, “Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg Een analyse van de terugbetalingen,” *Onafhankelijke Ziekenfonds*, 2013.
- [4] G. Karakaya, M. Lona, and L. Bruyneel, “Studie over de chronische aandoeningen in België,” *Onafhankelijke Ziekenfonds*, 2020.
- [5] M. A. C. Tanke *et al.*, “A challenge to all. A primer on inter-country differences of high-need, high-cost patients,” *PLoS One*, vol. 14, no. 6, pp. 1–11, 2019.
- [6] J. J. G. Wammes, P. J. Van Der Wees, M. A. C. Tanke, G. P. Westert, and P. P. T. Jeurissen, “Systematic review of high-cost patients’ characteristics and healthcare utilisation,” *BMJ Open*, vol. 8, no. 9, 2018.
- [7] K. E. Joynt, J. F. Figueroa, N. Beaulieu, R. C. Wild, E. J. Orav, and A. K. Jha, “Segmenting high-cost Medicare patients into potentially actionable cohorts,” *Healthcare*, vol. 5, no. 1–2, pp. 62–67, 2017.
- [8] J. J. G. Wammes, M. Tanke, W. Jonkers, G. P. Westert, P. Van Der Wees, and P. P. T. Jeurissen, “Characteristics and healthcare utilisation patterns of high-cost beneficiaries in the Netherlands: A cross-sectional claims database study,” *BMJ Open*, vol. 7, no. 11, pp. 1–11, 2017.
- [9] W. P. Wodchis, P. C. Austin, and D. a H. Mbchb, “High users of health care - longitudinal cost study,” *Cmaj*, vol. 188, no. 3, pp. 182–188, 2016.
- [10] S. L. Hayes *et al.*, “High-Need, High-Cost Patients: Who Are They and How Do They Use Health Care? A Population-Based Comparison of Demographics, Health Care Use, and Expenditures,” *Issue Brief (Commonw. Fund)*, vol. 26, no. August, pp. 1–14, 2016.
- [11] S. H. Zuvekas and J. W. Cohen, “Prescription drugs and the changing concentration of health care expenditures,” *Health Aff.*, vol. 26, no. 1, pp. 249–257, 2007.
- [12] S. Demarest, R. Charafeddine, S. Drieskens, and F. Berete, “Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen,” *Brussel, België: Sciensano*, p. 36, 2018.
- [13] G. Karakaya, “De niet-gebruikers van gezondheidszorg,” *Onafhankelijke Ziekenfonds*, pp. 1–15, 2019.
- [14] GezondBelgië, “Evolutie van het aantal verblijven/contacten.” [Online]. Available: <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/zorgactiviteit-binnen-de-algemene-ziekenhuizen/ziekenhuisverblijf/evolutie-van-het-aantal-verblijven-contacten>. [Accessed: 23-Feb-2021].
- [15] RIZIV-INAMI, “Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses,” vol. 2015, no. gegevens 2019, p. 200, 2015.
- [16] V. de V. C. Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, “De performantie van het belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid,” 2020.

- [17] OECD, "State of Health in the EU: Belgium Country Health Profile 2019," 2019.
- [18] M. D. Aldridge and A. S. Kelley, "The myth regarding the high cost of end-of-life care," *Am. J. Public Health*, vol. 105, no. 12, pp. 2411–2415, 2015.
- [19] G. Karakaya, "Het begin van de invaliditeit," *Onafhankelijke Ziekenfonds*, 2019.
- [20] RIZIV-INAMI, "Statistieken over de invaliditeit van werknemers en werklozen in 2017." [Online]. Available: <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2017/Paginas/statistieken-invaliditeit.aspx>.
- [21] A. F. De Wolf, K. Ackaert, T. Di Zinno, M. Dolphens, and M. Lona, "Ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt : een stand van zaken," 2020.
- [22] D. Khullar, Y. Zhang, and R. Kaushal, "Potentially Preventable Spending Among High-Cost Medicare Patients: Implications for Healthcare Delivery," *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 35, no. 10, pp. 2845–2852, 2020.
- [23] C. Devos *et al.*, *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2019*, KCE Report. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2019.

Bijlage 1: Vergelijking populatie België en ledenpopulatie Onafhankelijke Ziekenfondsen

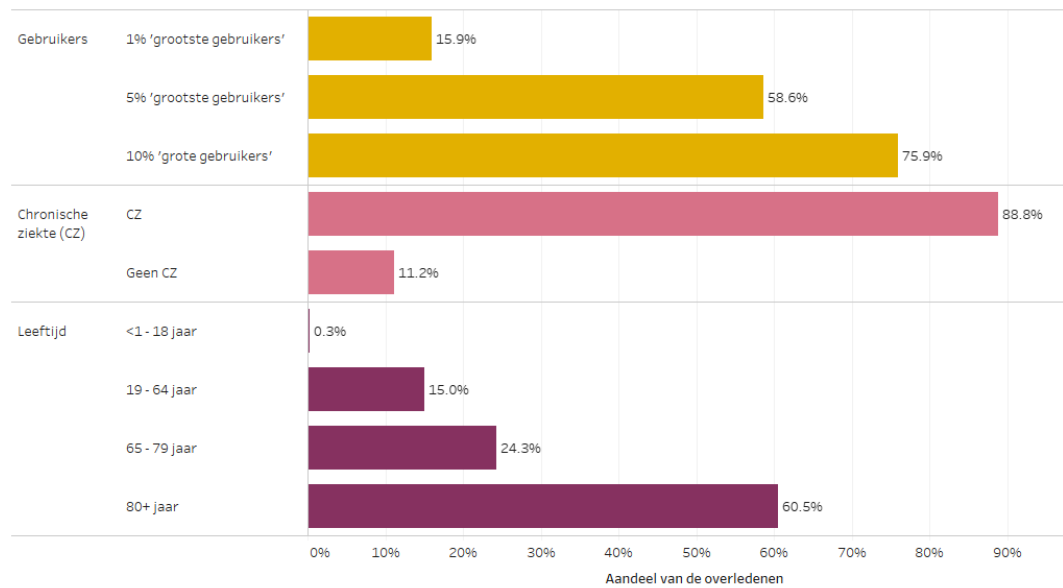
		<1 – 18 jaar	19-64 jaar	> 65 jaar	totaal
Onafhankelijke Ziekenfondsen	V	49%	50%	56%	51%
	M	51%	50%	44%	49%
België	V	49%	50%	55%	51%
	M	51%	50%	45%	49%
Onafhankelijke Ziekenfondsen	geen VT	86%	89%	79%	87%
	VT	14%	11%	21%	13%
België	geen VT	79%	85%	75%	81%
	VT	21%	15%	25%	19%
Onafhankelijke Ziekenfondsen	Brussel	20%	20%	19%	20%
	Vlaanderen	45%	44%	39%	43%
	Wallonië	34%	36%	42%	37%
België	Brussel	11%	11%	7%	10%
	Vlaanderen	56%	58%	61%	58%
	Wallonië	32%	31%	31%	32%

Bijlage 2: Profiel van kinderen (<1-18 jaar)

categorie	1% 'grootste gebruikers'	Volledige bevolking
chronische ziekte	59.8%	3.7%
Geestesziekte (die zodanig ernstig is dat een ziekenhuisopname vereist is)	35.4%	0.2%
Psychose (<=70 jaar)	11.5%	0.2%
Depressie	9.8%	0.2%
Astma	8.7%	2.3%
Epilepsie	6.8%	0.2%
Kanker (MOC)	4.3%	<0.1%
Zeldzame ziekte	3.9%	<0.1%
COPD*	3.6%	0.5%
Arteriële hypertensie	2.7%	0.1%
Mucoviscidose	1.1%	<0.1%
Diabetes met insuline	1.0%	0.1%
Chronische nierinsufficiëntie	1.0%	<0.1%
Orgaantransplantatie	0.7%	<0.1%
Diabetes zonder insuline	0.4%	<0.1%
Reumatoïde artritis, artritis psoriatica, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa	0.4%	<0.1%
Parkinson	0.1%	<0.1%
Hartziekte	0.1%	<0.1%
Exocriene pancreasaandoening	0.1%	<0.1%
overlijden	1.5%	<0.1%

* de geneesmiddelen die voor COPD genomen worden, komen deels overeen met de geneesmiddelen voor astma, wat kan verklaren dat er bij jonge kinderen ook al COPD (rokerslong) wordt vastgesteld

Bijlage 3: Profiel van de overleden personen die in de laatste 12 levensmaanden lid waren van de Onafhankelijke Ziekenfondsen en niet in het buitenland resideerden.



Bijlage 4: Aandeel van de personen met een hospitalisatie en uitgaven VP binnen/buiten het kader van een hospitalisatie tijdens de laatste levensmaanden, 2017-2018, Onafhankelijke Ziekenfondsen



Bijlage 5: Gemiddelde eigen uitgaven bij chronisch zieken

	Gemiddelde remgeld (€)	Gemiddelde Supplement (€)	Gemiddelde eigen aandeel (€)
Arteriële hypertensie	373	387	760
Depressie	426	443	869
Diabetes zonder insuline	328	241	569
COPD	528	525	1,053
Astma	304	203	507
Hartziekte	588	771	1,359
Epilepsie	516	571	1,087
Diabetes met insuline	453	435	888
Psychose (<=70 jaar)	474	308	783
Kanker (MOC)	883	1,803	2,686
Geestesziekte	831	614	1,445
Reumatoïde artritis, artritis psoriatica, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa	488	319	807
Parkinson	676	905	1,581
Chronische nierinsufficiëntie	672	695	1,368
Psychose (>70 jaar)	595	1,379	1,974
HIV	257	173	430
Alzheimer	517	840	1,357
Zeldzame ziekte	902	1,370	2,272
Orgaantransplantatie	720	783	1,503
Multiple sclerose	496	335	831
Exocriene pancreasaandoening	785	957	1,742
Mucoviscidose	742	460	1,202
Chronische hepatitis B en C	320	320	641

Bijlage 6: De resultaten van de lineaire regressie (endogene variabele: terugbetaalde maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging in 2018, in €)

Variabele	Geraamde Coëfficiënten	Consistent met de heteroskedasticiteit			Gestandaardiseerde geraamde coëfficiënten
		Standard error	t Value	Pr > t	
Verhoogde Tegemoetkoming	110	1.96457	56.22	<0.0001	0.05
Overlijden in 2018	2793	35.06147	79.66	<0.0001	0.29
Man – 0-1 jaar	172	6.58042	26.16	<0.0001	0.02
Man – 1-4 jaar	52	2.02006	25.63	<0.0001	0.01
Man – 5-9 jaar	49	1.48739	32.91	<0.0001	0.01
Man – 10-14 jaar	42	1.53597	27.41	<0.0001	0.01
Man – 15-19 jaar	36	1.57446	22.97	<0.0001	0.01
Man – 20-24 jaar	25	1.59765	15.90	<0.0001	0.01
Man – 25-29 jaar	29	1.59857	17.89	<0.0001	0.01
Man – 30-34 jaar	31	1.52848	19.98	<0.0001	0.01
Man – 35-39 jaar	35	1.92677	18.12	<0.0001	0.01
Man – 40-44 jaar	36	1.58940	22.82	<0.0001	0.01
Man – 45-49 jaar	49	2.13998	22.80	<0.0001	0.01
Man – 50-54 jaar	53	2.25269	23.57	<0.0001	0.01
Man – 55-59 jaar	64	2.77693	22.88	<0.0001	0.01
Man – 60-64 jaar	88	3.69337	23.84	<0.0001	0.02
Man – 65-69 jaar	132	5.29524	25.01	<0.0001	0.02
Man – 70-74 jaar	152	6.09137	24.94	<0.0001	0.02
Man – 75-79 jaar	209	9.08663	23.01	<0.0001	0.03
Man – 80-84 jaar	223	10.46363	21.34	<0.0001	0.03
Man – 85-89 jaar	279	13.02008	21.42	<0.0001	0.03
Man – 90-94 jaar	328	21.84702	15.02	<0.0001	0.02
Vrouw – 0-1 jaar	141	6.38020	22.13	<0.0001	0.01
Vrouw – 1-4 jaar	42	1.80656	23.30	<0.0001	0.01
Vrouw – 5-9 jaar	34	1.05750	32.35	<0.0001	0.01
Vrouw – 10-14 jaar	38	1.10116	34.84	<0.0001	0.01
Vrouw – 15-19 jaar	44	1.41832	31.13	<0.0001	0.01
Vrouw – 20-24 jaar	38	1.27723	30.14	<0.0001	0.01
Vrouw – 25-29 jaar	71	1.33114	53.02	<0.0001	0.02
Vrouw – 30-34 jaar	91	1.36557	66.45	<0.0001	0.02
Vrouw – 35-39 jaar	71	1.49613	47.70	<0.0001	0.02
Vrouw – 40-44 jaar	61	1.75597	34.66	<0.0001	0.01
Vrouw – 45-49 jaar	55	1.74411	31.65	<0.0001	0.01
Vrouw – 50-54 jaar	51	2.04329	25.05	<0.0001	0.01
Vrouw – 55-59 jaar	58	2.46442	23.65	<0.0001	0.01
Vrouw – 60-64 jaar	68	3.02946	22.61	<0.0001	0.01
Vrouw – 65-69 jaar	96	4.05199	23.76	<0.0001	0.02
Vrouw – 70-74 jaar	128	4.84754	26.49	<0.0001	0.02
Vrouw – 75-79 jaar	187	6.64242	28.23	<0.0001	0.03
Vrouw – 80-84 jaar	271	7.25497	37.41	<0.0001	0.04
Vrouw – 85-89 jaar	412	8.54970	48.16	<0.0001	0.05
Vrouw – 90-94 jaar	555	13.58008	40.85	<0.0001	0.05
Vrouw 95+ jaar	541	23.87518	22.66	<0.0001	0.03
Hartziekte	283	9.00248	31.45	<0.0001	0.04
Arteriële hypertensie	78	2.20582	35.47	<0.0001	0.04
Alzheimer	227	19.41451	11.68	<0.0001	0.01
Reumatoïde artritis, artritis psoriatica, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa	529	8.35039	63.34	<0.0001	0.05
astma	54	3.72974	14.55	<0.0001	0.01

COPD	318	6.82239	46.66	<0.0001	0.06
Diabetes (met of zonder insuline)	71	3.69579	19.26	<0.0001	0.02
Epilepsie	444	10.36270	42.81	<0.0001	0.06
Hepatitis B of C	61	142.81005	0.43	0.6704 ^{NS}	0.00
Mucoviscidose	1459	180.39117	8.09	<0.0001	0.02
Exocriene pancreasaandoening	384	58.89442	6.52	<0.0001	0.01
Parkinson	505	19.34321	26.12	<0.0001	0.03
Psychose (>70 jaar)	677	25.48277	26.57	<0.0001	0.04
Psychose (<=70 jaar)	337	13.33618	25.29	<0.0001	0.04
Multiple sclerose	870	37.97857	22.92	<0.0001	0.02
Orgaantransplantatie	1142	77.23668	14.78	<0.0001	0.03
HIV	848	21.84492	38.82	<0.0001	0.04
Kanker (MOC)	1560	20.89268	74.67	<0.0001	0.17
Depressie	144	3.20116	44.83	<0.0001	0.04
Chronische nierinsufficiëntie	1731	45.82608	37.76	<0.0001	0.10
Zeldzame ziekte	4043	129.98683	31.10	<0.0001	0.15
Geestesziekte	2606	29.12845	89.45	<0.0001	0.23
Aantal gebruikte observaties	2,083,316				
Aangepaste R ²	0.3956				

NS: niet significant



Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel

T 02 778 92 11

Onze publicaties op www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, januari 2021

(Ondernemingsnummer 411 766 483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

