



ETUDE

ANALYSE DES PRESTATIONS  
DE SOINS DE SANTÉ DES  
PERSONNES ÂGÉES



Une publication des **Mutualités Libres**

Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles

T. : 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Rédaction > Wies Kestens & Güngör Karakaya

Lay-out > Vera De Geest

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

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, mai 2019

(Numéro d'entreprise 411 766 483)



ANALYSE DES PRESTATIONS DE  
SOINS DE SANTÉ DES  
PERSONNES ÂGÉES

# TABLE DES MATIÈRES

01	Introduction.....	5
02	Données.....	6
	Données sur la population .....	6
	Dépenses de l'assurance maladie .....	6
03	Méthodologie .....	7
	Création d'indicateurs pour les maladies chroniques .....	7
	Modèle économétrique .....	7
04	Résultats.....	8
	Aperçu de la population et dépenses en soins de santé .....	8
	Caractéristiques de la population examinée par l'étude.....	8
	Comparaison entre l'évolution de la population belge et celle des membres des Mutualités Libres.....	10
	Dépenses en soins de santé des membres de MLOZ.....	11
	Comparaison de l'évolution des membres MLOZ et des dépenses de l'AO.....	12
	Postes de dépenses de l'assurance obligatoire.....	13
	Aperçu.....	13
	Postes de dépenses par groupe d'âge .....	15
	Explications des postes de dépenses de l'AO .....	16
	Principaux postes de dépenses selon quelques caractéristiques des personnes âgées .....	22
	Facteurs explicatifs des dépenses de l'AO chez les personnes âgées .....	26
05	Conclusions.....	29
06	Recommandations .....	30
07	Annexes.....	32
	Annexe 1: Maladies chroniques selon les tranches d'âge, MLOZ, 2017.....	32
	Annexe 2 : Structure des dépenses selon les tranches d'âge, MLOZ, 2010 et 2017 .....	32
	Annexe 3: Pourcentage de la population avec des dépenses pour les 5 postes de dépenses les plus importantes, MLOZ, 2010 et 2017 .....	32
	Annexe 4: Distribution des 5 postes les plus importantes pendant les hospitalisations classiques MLOZ, 2017.....	33
	Annexe 5: Postes de dépenses par tranche d'âge et selon les caractéristiques, MLOZ, 2017 .....	34
08	Références.....	35

# 01

## INTRODUCTION

Comme dans la plupart des autres pays développés, la population belge vieillit, principalement en raison d'un taux de natalité en baisse et d'une augmentation de l'espérance de vie. En 2017, 18,5 % de la population belge était âgée de 65 ans et plus et ce pourcentage passera à 24,1 % en 2040 selon les projections du Bureau fédéral du Plan. L'augmentation sera particulièrement notable chez les plus de 80 ans (+ 65 %) et les 65-79 ans (+ 33 %). De plus, nous ne verrons qu'une faible augmentation du nombre de personnes de moins de 65 ans (+ 2 %). Dans notre étude, nous utilisons ces 3 groupes d'âge.

Le Comité d'étude sur le vieillissement (CEV), chargé de calculer les coûts du vieillissement, prévoit une augmentation des dépenses sociales dues au vieillissement. En 2040, 28,7 % du produit intérieur brut (PIB) sera affecté à cette fin, ce qui représente une augmentation de 3,5 % par rapport à 2017. Cette augmentation s'explique en grande partie par la hausse des dépenses publiques de santé (sans tenir compte des dépenses d'incapacité de travail) : elles passeront de 8,0 % du PIB en 2017 à 10,3 % en 2040.

Compte tenu de ces prévisions, nous nous posons les deux questions suivantes dans cette étude. Elles nous permettront d'avoir une image plus claire des dépenses de santé des personnes âgées et de mieux prendre en compte, en tant qu'organisme assureur, les besoins spécifiques des ces dernières.

- Quels sont les facteurs démographiques qui expliquent les dépenses en soins de santé des personnes âgées ?
- Quels sont les principaux postes de dépenses des personnes âgées ?

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes principalement basés sur des analyses descriptives, complétées par un modèle statistique. Celui-ci nous permet de quantifier l'impact spécifique d'un facteur particulier. Nous comparons également nos résultats de 2017 à ceux de 2010.

Sur la base de nos constats, nous tirons plusieurs conclusions et formulons des recommandations à l'intention des décideurs politiques et des autres acteurs du secteur de la santé.

### Données sur la population

Les données de population utilisées dans le cadre de cette étude sont les données administratives anonymisées relatives aux membres des Mutualités Libres en 2010 et 2017. Il s'agit des données de population définies dans le lay-out de l'Agence Intermutualiste ; c'est-à-dire une série d'informations générales sur les membres des Mutualités Libres, telles que l'année de naissance, le sexe, la région du domicile, le droit à l'intervention majorée, le type de ménage, etc.

La population de base de notre étude se compose des personnes qui étaient affiliées de façon continue aux Mutualités Libres entre le 01/01/2010 et le 31/12/2010, ou entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017, personnes décédées comprises. Sont exclues les personnes assurées qui ont changé d'organisme assureur ou qui ne se sont affiliées qu'en cours d'année. Les membres ayant une convention internationale et les membres séjournant dans des établissements psychiatriques n'ont pas été pris en compte dans cette étude. Au total, notre population comptait 271.949 membres en 2010 et 313.559 membres en 2017. Nous appelons cette population « 65 ans et plus » ou « personnes âgées ».

### Dépenses de l'assurance maladie

Outre les données démographiques, nous utilisons aussi des données concernant les dépenses (sur base de la facturation). Elles incluent toutes les prestations médicales fournies entre le 01/01/2010 et le 31/12/2010 et entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017, et qui ont été remboursées par l'assurance maladie.

Dans cette étude, nous nous limitons aux dépenses en soins de santé prises en charge par l'assurance obligatoire (AO), à savoir les prestations médicales dispensées et remboursées. La quote-part personnelle du patient, à savoir le ticket modérateur et les suppléments éventuels, n'est pas prise en compte. Bien qu'il s'agisse d'une part importante des dépenses totales en soins de santé en Belgique - selon les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) 21,2 % en 2016<sup>1</sup> - elle n'est pas prise en considération car les informations sur les suppléments éventuels font souvent défaut dans nos données. Nos chiffres sur la quote-part personnelle sont donc incomplets.

Les données relatives aux dépenses, utilisées dans le cadre de cette étude, sont les données administratives de facturation et plus particulièrement les prestations médicales réalisées et remboursées en 2010 et 2017. Les dépenses en soins de santé sont, bien sûr, nulles pour les membres sans remboursement de prestations de soins (1,9 % des plus de 65 ans en 2017).

---

<sup>1</sup> OCDE – Health Expenditure and Financing: <https://stats.oecd.org/>

### Création d'indicateurs pour les maladies chroniques

Une étude antérieure (menée par les Mutualités Libres en 2018) a montré que les maladies chroniques pèsent lourdement sur les dépenses de l'AO. Il est donc important d'identifier les membres atteints d'une maladie chronique. Cependant, ces informations médicales ne sont pas immédiatement disponibles telles quelles dans nos données. La population atteinte d'une maladie chronique peut toutefois être identifiée sur la base d'un certain nombre de critères : la consommation de médicaments spécifiques, les codes de nomenclature définis par l'INAMI ou des hospitalisations spécifiques. Pour une description détaillée de la méthodologie utilisée, nous nous référons à une étude antérieure (Mutualités Libres, 2013).

### Modèle économétrique

Nous utilisons un modèle linéaire multivarié, basé sur la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO), pour identifier les facteurs qui contribuent à expliquer les dépenses en soins de santé des personnes âgées. La variable dépendante ou à expliquer par le modèle est la dépense mensuelle moyenne de soins de l'AO. Nous utilisons des données mensuelles pour corriger le fait que certaines personnes meurent au cours de l'année : plus il y a de décès au début de l'année, plus nos résultats seraient erronés sur une base annuelle. Le choix des variables a été principalement déterminé par une précédente analyse comparable des dépenses de santé (Mutualités Libres, 2013). D'autres variables ont été ajoutées dans la présente étude à partir de l'analyse descriptive de nos données.

# 04

## RESULTATS

Nos résultats sont présentés en quatre parties. Tout d'abord, nous donnons un aperçu général des caractéristiques des membres des Mutualités Libres et de leurs dépenses en soins de santé. Nous réalisons ensuite une comparaison avec les évolutions et les projections pour la population belge. Les caractéristiques prises en considération sont le droit à l'intervention majorée, le décès, le logement et les maladies chroniques. Nous analysons alors les dépenses de santé sur la base des 5 postes de dépenses les plus importants : frais de séjour, forfaits pour les centres de soins résidentiels, médicaments, soins infirmiers et consultations. Nous ventilons également ces postes de dépenses selon les caractéristiques de la population susmentionnées. Puis nous analysons, à l'aide d'un modèle statistique, les facteurs qui ont une influence significative sur les dépenses de santé des personnes âgées.

### Aperçu de la population et dépenses en soins de santé

#### Caractéristiques de la population examinée par l'étude

La figure 1 montre la structure des membres de MLOZ selon trois groupes d'âge et leur évolution entre 2010 et 2017. Nous constatons que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus représente 15,1 % des membres de MLOZ. Nous constatons également que l'augmentation du nombre de membres est la plus forte dans le groupe des personnes de moins de 65 ans (+15,5% entre 2010 et 2017).

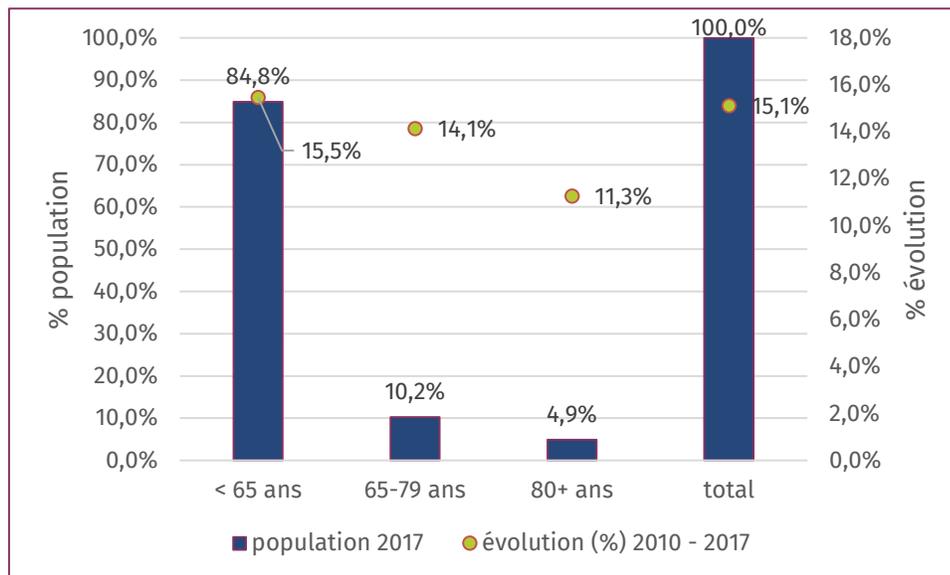


Figure 1 : Structure de la population de MLOZ, 2017

Le tableau 1 ci-dessous présente 4 caractéristiques importantes des personnes âgées. Tout d'abord, nous constatons qu'environ 7 personnes âgées sur 10 souffrent d'une maladie chronique, ce qui correspond à une étude antérieure des Mutualités Libres

(2018). Environ 1 personne âgée sur 5 a droit à l'intervention majorée (IM)<sup>2</sup>, ce qui entraîne des remboursements plus élevés des frais médicaux dans le cadre de l'assurance obligatoire. Le nombre de personnes âgées qui décèdent et/ou séjournent dans un centre de soins résidentiels est beaucoup plus faible, respectivement moins de 1 sur 25 et moins de 1 sur 10. Nous constatons - voir annexe 1 - que les maladies chroniques les plus courantes sont l'hypertension (61,3 %), la dépression (13,9 %) et le diabète (13,6 %). Un tiers des personnes âgées souffre au moins de 2 maladies chroniques et une sur dix en a au moins 3.

Nous constatons une diminution en pourcentage de la mortalité et du nombre de personnes âgées ayant droit à l'intervention majorée entre 2010 et 2017, ainsi qu'une augmentation en pourcentage du nombre de personnes âgées qui résident en centre de soins résidentiels et de celles atteintes d'une maladie chronique.

	2010 (nombre)	2017 (nombre)	2010 (%)	2017 (%)	Evolution 2010 - 2017
Droit à l'intervention majorée (IM)	64.621	67.872	23,3 %	21,6 %	5 %
Décès	12.419	13.189	4,5 %	4,2 %	6 %
Séjour en centre de soins résidentiels	22.561	26.203	8,1 %	8,4 %	16 %
Maladie chronique	197.458	226.880	71,3 %	72,4 %	15 %

Tableau 1 : Caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus, MLOZ, 2010 - 2017

Un cinquième des personnes âgées n'appartient à aucune de ces catégories, et un peu plus de la moitié d'entre elles n'appartient qu'à une seule catégorie. De plus, près de 1 sur 5 répond à deux caractéristiques et 1 sur 20 répond même à 3 ou 4 caractéristiques.

La figure 2 ci-dessous montre la prévalence de ces 4 caractéristiques en 2017 selon les groupes d'âge : nous observons une augmentation de la prévalence avec l'âge pour chacune des caractéristiques. L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'IM avec l'âge peut s'expliquer par le fait que de plus en plus de personnes sont seules et ont donc des revenus inférieurs (l'octroi du droit est en partie basé sur les conditions de revenu), mais aussi par une augmentation de la dépendance des personnes âgées. Le pourcentage de personnes âgées qui résident dans un centre de soins résidentiels augmente de façon exponentielle avec l'âge : à partir de 80 ans, près de 1 personne âgée sur 5 vit dans un centre de soins résidentiels. Le nombre de personnes souffrant d'une maladie chronique augmente également fortement avec l'âge : chez les plus de 80 ans, plus de 8 personnes sur 10 ont au moins une maladie chronique.

Le taux de mortalité progresse aussi fortement avec l'âge. Selon les données de l'Agence flamande pour les soins et la santé (Agentschap Zorg en Gezondheid), les causes de

<sup>2</sup> Le droit à l'intervention majorée est octroyé sur la base (i) des allocations sociales (revenu d'intégration, garantie de revenus aux personnes âgées...), (ii) de la qualité (orphelin ou mineur étranger non accompagné) ou sur la base du revenu. <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majoree-meilleur-remboursement-frais-medicaux.aspx>

décès varient selon l'âge et le sexe. Chez les femmes de 45 à 74 ans, les causes de décès les plus fréquentes sont le cancer du sein et le cancer du poumon, ainsi que les maladies vasculaires cérébrales à partir de 75 ans<sup>3</sup>. Le cancer du poumon vient en tête chez les hommes de 50 à 79 ans et les cardiopathies ischémiques dès l'âge de 80 ans. Les problèmes cardiaques sont la cause de décès la plus fréquente chez les personnes de plus de 84 ans.

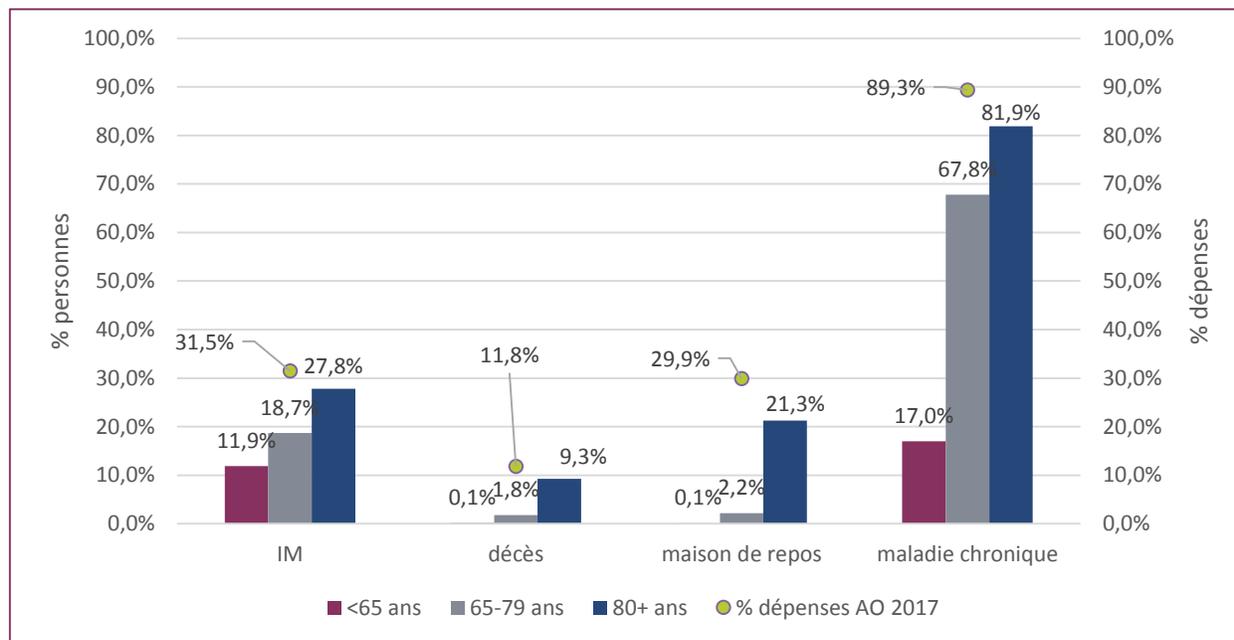


Figure 2: Part des personnes âgées et dépenses de l'AO selon leurs caractéristiques, MLOZ, 2017

### Comparaison entre l'évolution de la population belge et celle des membres des Mutualités Libres

Comment se comportent l'effectif de MLOZ et son évolution par rapport à la population belge en général ? La figure 3 ci-dessous montre la structure de la population belge et celle des membres des Mutualités Libres selon trois groupes d'âge en 2010, 2017 et 2040 (projection). Nous constatons que les évolutions entre 2010 et 2017 sont légèrement différentes et que la structure de l'effectif de MLOZ diffère également de celle de la population belge. Si nous comparons les structures démographiques de la Belgique et des Mutualités Libres pour l'année 2017, nous constatons que ces dernières comptent proportionnellement moins de personnes âgées de 65 à 79 ans et plus de personnes de moins de 65 ans. La figure montre clairement le vieillissement de la population belge entre 2010 et 2040.

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

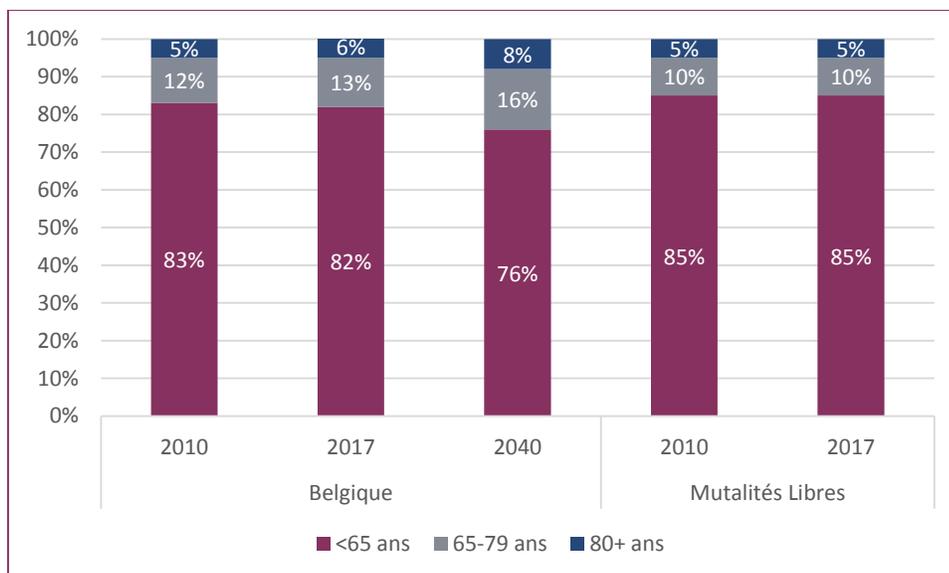


Figure 3: Structure de la population belge et de MLOZ, 2010 - 2017 - 2040 (projection)

Le tableau 2 montre l'augmentation de la population belge et des membres des Mutualités Libres entre 2010 et 2017 et, pour la population belge, les projections à l'horizon 2040. Entre 2010 et 2017, les Mutualités Libres ont connu une augmentation supérieure à celle de la population belge, principalement en raison de la hausse plus importante du nombre de personnes de moins de 65 ans. Pour les plus de 80 ans, l'augmentation enregistrée aux Mutualités Libres est inférieure à celle de la population belge. Ce constat nous met en garde contre une généralisation trop rapide des conclusions de cette étude.

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

Tableau 2: Evolution de la population, Belgique et MLOZ, 2010 - 2017 - 2040 (projection)

### Dépenses en soins de santé des membres de MLOZ

La figure 4 ci-dessous montre les dépenses moyennes en soins de santé à charge de l'assurance obligatoire (AO) en fonction de l'âge ainsi que la répartition cumulative des dépenses (axe secondaire)<sup>4</sup>. Nous observons que les dépenses moyennes augmentent avec l'âge, ce qui se produit également dans d'autres pays de l'OCDE (OCDE, 2016). Nous remarquons des dépenses moyennes différentes pour les 3 catégories d'âge : les personnes de moins de 65 ans (dépenses annuelles moyennes AO de 1.401 € par personne), les 65-79 ans (dépenses annuelles moyennes AO de 4.531 € par personne) et les plus de 80 ans (dépenses annuelles moyennes AO de 8.820 € par personne).

<sup>4</sup> Pour faciliter la lecture, les personnes de plus de 100 ans ne sont pas reprises.

La répartition cumulative des dépenses de l'AO nous montre également que les personnes âgées représentent une part significative et disproportionnée des dépenses de l'AO : les 65-79 ans représentent 22,2 % des dépenses de l'AO et les plus de 80 ans, 20,8 %, alors qu'ils ne représentent respectivement que 10,2 % et 4,9 % des membres de MLOZ. Ces proportions se retrouvent également dans d'autres pays développés. Aux Pays-Bas, par exemple, les plus de 65 ans représentent 40 % des dépenses et 16 % de la population (OCDE, 2016).

La moyenne cache bien sûr les extrêmes : 44 % des personnes âgées ont des dépenses annuelles inférieures à 1.401 € et 10 % ont des dépenses supérieures à 18.403 €. Une étude précédente réalisée par les Mutualités Libres (2013) a examiné de plus près la concentration des coûts des soins de santé.

Par rapport à 2010, pour presque tous les âges, les dépenses annuelles moyennes sont légèrement supérieures en 2017. Les dépenses totales passent de 3,4 milliards d'euros en 2010 à 4,3 milliards en 2017.

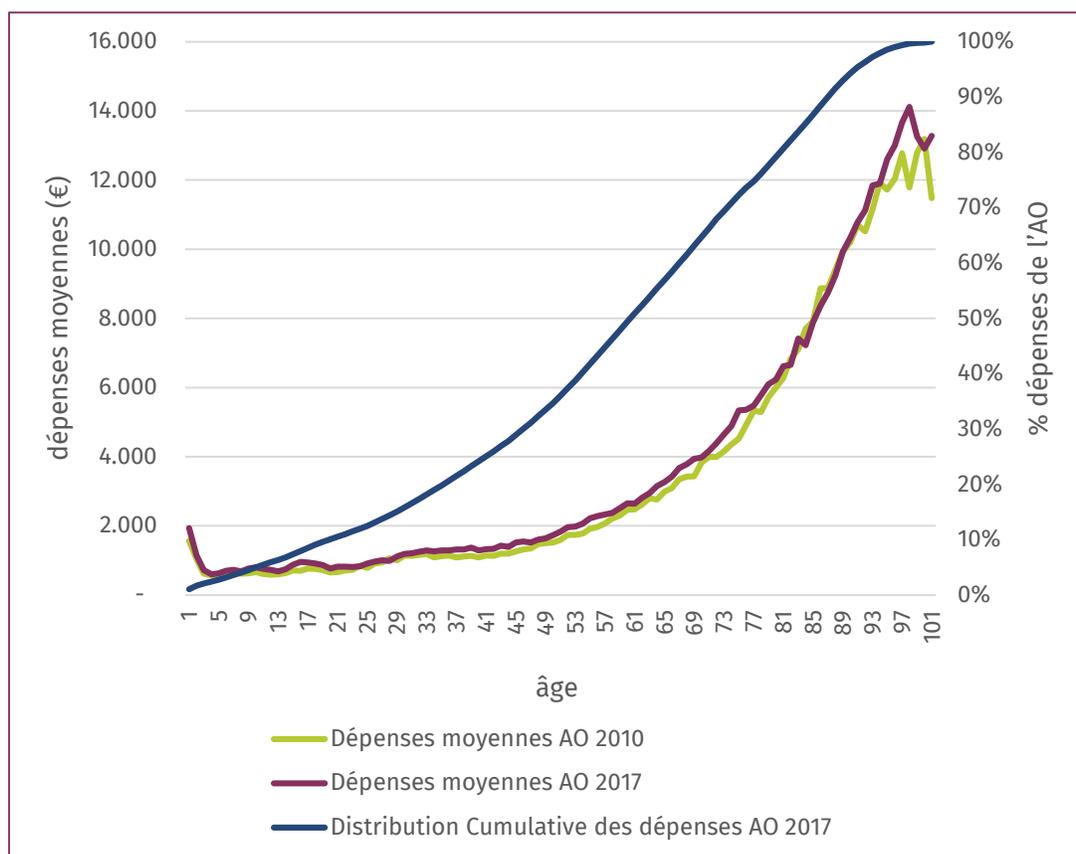


Figure 4 : Moyenne et répartition cumulative des dépenses annuelles de l'AO par âge, MLOZ, 2010-2017

### Comparaison de l'évolution des membres MLOZ et des dépenses de l'AO

Qu'est-ce qui augmente plus rapidement : les dépenses ou le nombre de membres ? Pour chacun des groupes d'âge, nous constatons que les dépenses augmentent plus vite que le nombre de personnes comprises dans le groupe d'âge. A titre de comparaison, le tableau 3 montre l'évolution, en pourcentage et en valeur absolue, de nos membres et

de leurs dépenses de l'AO selon les 3 groupes d'âge. Une grande partie de la hausse des dépenses consacrées aux personnes âgées peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de personnes âgées. Pour les plus de 80 ans en particulier, nous constatons une augmentation des dépenses plus élevée que l'augmentation du nombre de personnes. C'est important dans la mesure où les projections du Bureau fédéral du Plan prévoient une forte augmentation du nombre de personnes de plus de 80 ans d'ici 2040.

		Affiliés MLOZ		Dépenses de l'AO des affiliés MLOZ	
		Croissance 2010 - 2017 VA	Croissance 2010 - 2017 %	Croissance 2010 - 2017 (VA)	Croissance 2010 - 2017 (%)
< 65 ans	<b>Total</b>	234.900	15,5 %	624.121.393	34,0 %
	65-79 ans	26.228	14,10%	158.702.946	19,8 %
65+ ans	80+ ans	10.307	11,30%	124.393.080	16,1 %
	<b>Total</b>	36.535	13,2 %	283.096.026	18,0 %
<b>Total</b>		271.435	15,1 %	907.217.418	26,6 %

Tableau 3: Comparaison de l'évolution des affiliés MLOZ et des dépenses de l'AO, 2010 - 2017, MLOZ

## Postes de dépenses de l'assurance obligatoire

### Aperçu

Maintenant que nous avons esquissé l'évolution des dépenses totales de l'AO et que nous savons que les personnes âgées ont en moyenne des dépenses de l'AO beaucoup plus élevées que les personnes de moins de 65 ans, nous pouvons nous concentrer sur les réponses à la question suivante : quels sont les principaux postes de dépenses des personnes âgées ?

Nous limitons notre analyse aux 5 principaux postes de dépenses, qui représentent ensemble près des 2/3 (66,1 %) des dépenses totales de l'AO des personnes âgées. Les autres postes de dépenses sont regroupés sous la rubrique « autres dépenses » et comprennent, entre autres, les honoraires médicaux pour la chirurgie, la biologie clinique et l'imagerie médicale.

Le tableau 4 présente les 5 principaux postes de dépenses. Nous indiquons chaque fois le pourcentage de personnes âgées ayant une dépense pour l'un des 5 postes et la part que ce poste de dépenses représente dans les dépenses totales. En outre, nous montrons également l'évolution du nombre de personnes et des dépenses entre 2010 et 2017.

Les 5 principaux postes de dépenses de soins de santé des personnes âgées sont les suivants :

- Les frais de séjour : ils représentent un montant forfaitaire, selon le service d'admission et l'hôpital, qui couvre les frais de séjour et de soins à l'hôpital, à l'exception des médicaments, des prestations techniques et des honoraires des médecins<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> INAMI : prix de la journée d'entretien dans les hôpitaux <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/verzorging-ziekenhuizen/Paginas/verpleegdagprijzen-ziekenhuizen.aspx>

- Les forfaits pour les centres de soins résidentiels : ils correspondent à une intervention de l'assurance maladie pour l'assistance aux activités quotidiennes, les soins (corporels), les soins infirmiers, la (ré)activation, la revalidation et la (ré)intégration sociale des résidents des centres de soins résidentiels<sup>6</sup>. Le montant du forfait dépend du degré de dépendance de tous les résidents et des caractéristiques du personnel soignant employé dans la centre de soins résidentiels.
- Les médicaments remboursés.
- Les soins infirmiers qui comprennent les honoraires forfaitaires (forfaits A, B, C et forfaits palliatifs), ainsi que les prestations techniques (toilette, soins des plaies...) et la consultation infirmière<sup>7</sup>.
- Les consultations qui comprennent les honoraires pour les consultations chez les généralistes et spécialistes.

	Personnes		Dépenses	
	% personnes âgées	Evolution du nombre de personnes âgées 2010 - 2017	% des dépenses totales AO	Evolution des dépenses 2010 - 2017
Frais de séjour (hospitalisation)	21,6 %	-6,1 %	21,3 %	-10,8 %
Forfaits centres de soins résidentiels	8,4 %	+16,1 %	17,7 %	+37,7 %
Médicaments	95,2 %	+13,5 %	15,2 %	+20,7 %
Soins infirmiers	19,3 %	+17,2 %	6,8 %	+43,7 %
Consultations	95,4 %	+13,8 %	5,1 %	+23,9 %
Autres dépenses	97,8 %	+14,0 %	33,9 %	+25,4 %

Tableau 4 : Aperçu des 5 principaux postes de dépenses des personnes âgées, MLOZ, 2017

Tout d'abord, nous constatons que la quasi-totalité des personnes âgées ont des dépenses en médicaments et consultations, alors qu'environ une sur cinq seulement se retrouve à l'hôpital ou reçoit des soins infirmiers et moins d'une sur dix séjourne dans un centre de soins résidentiels. Toutefois, les dépenses de l'AO pour les frais de séjour et les centres de soins résidentiels sont beaucoup plus élevées.

De plus, il est frappant de constater que le nombre de personnes ayant réalisé une dépense augmente plus fortement que le nombre de personnes âgées avec des soins infirmiers et des forfaits pour les centres de soins résidentiels. En ce qui concerne les consultations et les médicaments, nous observons que le nombre de personnes concernées a augmenté de manière pratiquement similaire au nombre de personnes âgées. En ce qui concerne les frais de séjour, par contre, nous constatons une diminution du nombre de personnes ayant une dépense.

Nous avons déjà vu que la hausse des dépenses de l'AO pour les personnes âgées entre 2010 et 2017 (+ 18,0 %) s'explique en partie par une augmentation du nombre de

<sup>6</sup> INAMI : soins en MRPA, MRS et CSJ : <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/rustoord/Paginas/rob-rvt-cdv-verzorging.aspx>

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

personnes âgées (+13,2 %). Dans 4 des 5 postes de dépenses, nous constatons également que l'augmentation des dépenses de l'AO est supérieure à l'augmentation du nombre de personnes ayant une dépense. Pour les frais de séjour, nous enregistrons une diminution des dépenses de l'AO ainsi qu'une diminution du nombre de personnes ayant une dépense entre 2010 et 2017. Les fortes hausses dans la plupart des groupes (de + 20,7 % à + 43,7 %) sont donc partiellement compensées par une diminution des dépenses dans le poste le plus important : les frais de séjour.

### Postes de dépenses par groupe d'âge

Existe-t-il des différences significatives entre les groupes d'âge en termes de postes de dépenses ?

La figure 5 montre la répartition en pourcentage des cinq principaux postes de dépenses et des autres dépenses pour les différents groupes d'âge. Tout d'abord, nous constatons peu de différences en ce qui concerne les principaux postes de dépenses. Les 3 principaux postes de dépenses pour les personnes de moins de 65 ans figurent également dans le top 5 pour les personnes âgées : frais de séjour, médicaments et consultations.

Il convient toutefois de noter que l'importance relative de ces postes varie considérablement selon l'âge. Par exemple, 40 % des dépenses de l'AO des personnes de plus de 80 ans concernent des forfaits pour les centres de soins résidentiels et les soins infirmiers, alors que ce pourcentage est beaucoup plus faible chez les 65 - 79 ans (10 %) et les moins de 65 ans (2 %). Par contre, les parts des médicaments et des frais de séjour diminuent avec l'âge.

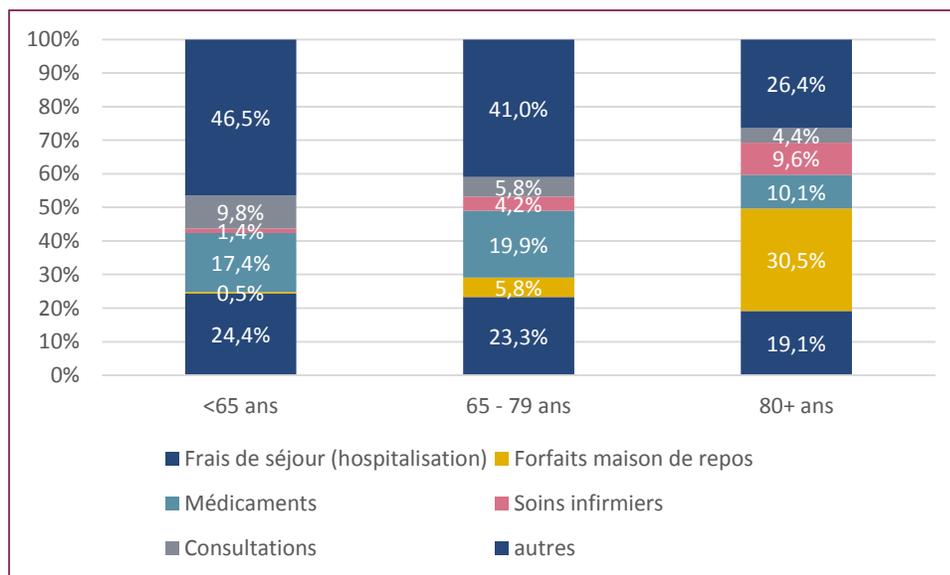


Figure 5 : Structure des dépenses par groupe d'âge, MLOZ, 2017

L'annexe 2 présente également la structure des dépenses par groupe d'âge pour l'année 2010. Tant pour les 65-79 ans que pour les 80 ans et plus, nous constatons que l'importance des frais de séjour a diminué par rapport à 2010. Pour les plus de 80 ans, l'importance des soins infirmiers et des forfaits pour les centres de soins résidentiels a augmenté.

L'annexe 3 indique les pourcentages des groupes d'âge qui ont des dépenses pour l'un des principaux postes de dépenses, tant pour 2010 que pour 2017. Pour chaque groupe d'âge, nous observons une diminution du pourcentage de personnes ayant des frais de séjour entre 2010 et 2017. En ce qui concerne les soins infirmiers et les forfaits des centres de soins résidentiels, nous constatons une légère augmentation du pourcentage de personnes de plus de 80 ans ayant une dépense.

## Explications des postes de dépenses de l'AO

Dans les paragraphes qui suivent, nous examinerons plus en détail chacun des cinq principaux postes de dépenses. Une analyse de ces postes nous aidera également à mieux comprendre par la suite les dépenses élevées imputées à des groupes de population spécifiques (malades chroniques, personnes décédées...).

### Frais de séjour et hospitalisations

Les frais de séjour font partie intégrante des frais d'hospitalisation pour les hospitalisations d'au moins une nuit, appelées hospitalisations classiques. Près de 60 % des dépenses totales de l'AO pour les hospitalisations classiques sont constituées de frais de séjour, comme le montre l'annexe 4. Au total, les dépenses de l'AO pour les hospitalisations classiques représentent plus du tiers (35,0 %) des dépenses totales de l'AO pour les personnes âgées. Il s'agit donc de loin le poste de dépenses le plus important. Pour les personnes de moins de 65 ans, les hospitalisations classiques entraînent également une grande partie des dépenses de l'AO (37,7 %).

Le tableau 5 indique, pour 2010 et 2017, le nombre de personnes ayant une dépense en frais de séjour, ainsi que le total des dépenses en frais de séjour par groupe d'âge. En outre, il montre également l'évolution du nombre de personnes et des dépenses entre 2010 et 2017.

		Personnes		Dépenses OA (€)		Evolution personnes 2010 - 2017	Evolution dépenses OA 2010 - 2017
		2010	2017	2010	2017		
< 65 ans	<b>Total</b>	172.957	144.544	473.289.165	600.175.105	-16,4 %	26,8 %
	65-79 ans	42.332	37.842	219.043.995	223.729.236	-10,6 %	2,1 %
65+ ans	80+ ans	29.835	29.606	224.623.839	171.814.724	-0,8 %	-23,5 %
	<b>Total</b>	72.167	67.448	443.667.834	395.543.960	-6,5 %	-10,8 %

Tableau 5 : Aperçu du poste de dépenses « Frais de séjour », MLOZ, 2010 - 2017

Nous constatons pour chacun des groupes d'âge que le nombre de personnes ayant des dépenses pour des frais de séjour est en baisse. Cela peut s'expliquer par une augmentation du nombre d'hospitalisations de jour, lors desquelles la personne ne passe pas la nuit à l'hôpital. Entre 2013 et 2017, le nombre d'hospitalisations de jour a augmenté de 16,7 % et les dépenses pour les hospitalisations de jour représentent 5,5 % des dépenses en 2017. Cependant, nous constatons une plus faible diminution du nombre de personnes pour le groupe d'âge des plus de 80 ans.

Qu'est-ce qui explique cette baisse observée ? Une diminution du nombre de personnes concernées, une diminution de la durée totale du séjour par individu et - en particulier

pour les plus de 80 ans - un changement dans les services dans lesquels ils séjournent pendant une hospitalisation :

- en ce qui concerne la durée totale du séjour à l'hôpital, l'axe secondaire de la figure 6 montre que la durée totale du séjour a diminué pour toutes les catégories d'âge, mais surtout pour les moins de 65 ans (- 45 %). Avec 20,8 jours, la durée totale du séjour des personnes de plus de 80 ans est presque deux fois plus longue que celle des personnes de moins de 65 ans ;
- pour les plus de 80 ans spécifiquement, nous constatons une forte diminution des dépenses de l'AO pour les frais de séjour par rapport aux autres groupes d'âge, alors que le nombre de personnes hospitalisées ne diminue que légèrement. Une explication possible est que les personnes de plus de 80 ans sont davantage admises dans les services gériatriques en 2017: 32,7 % des personnes âgées de plus de 80 ans ont séjourné dans un service de gériatrie en 2017 par rapport à 22,8 % en 2010. Pour les 65 à 79 ans, nous ne voyons pas cette évolution.

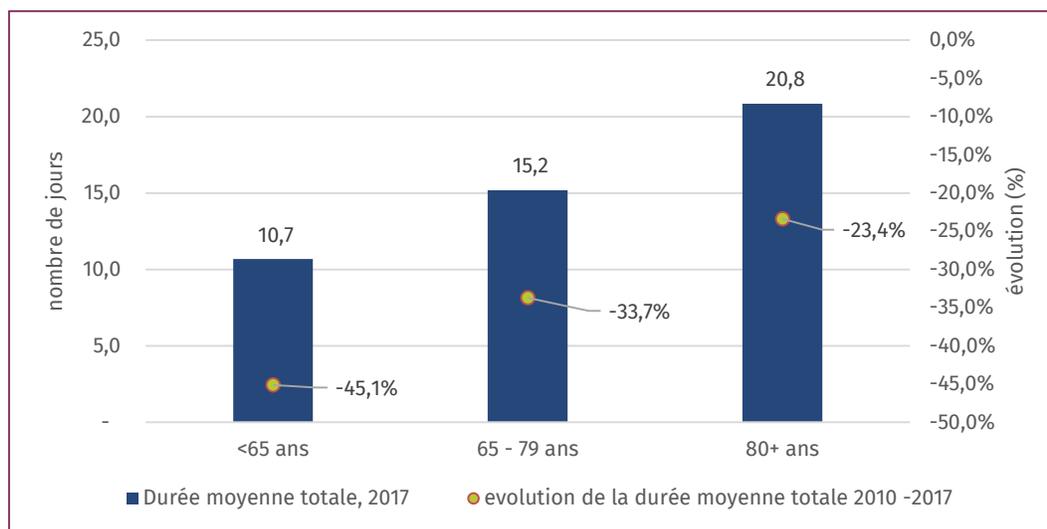


Figure 6 : Durée moyenne totale de séjour par an et par personne ayant au moins une hospitalisation classique

### Forfaits centres de soins résidentiels

Le tableau 6 montre le nombre de personnes qui ont séjourné (au moins partiellement) dans un centre de soins résidentiels en 2010 et 2017, ainsi que les dépenses totales en forfaits pour ces années, et les évolutions entre 2010 et 2017. Pour rappel, les dépenses imputées aux forfaits pour les centres de soins résidentiels représentent 17,7 % des dépenses totales de l'AO.

Tout d'abord, nous constatons que ce sont principalement les personnes âgées de plus de 80 ans (21,3 % des personnes de plus de 80 ans) qui séjournent dans les centres de soins résidentiels. Parmi les personnes âgées de moins de 65 ans, seulement 0,1 % séjournent dans ces centres et parmi les 65-79 ans ce taux est de 2,2 %. Par ailleurs, nous constatons que le nombre de personnes qui séjournent dans un centre de soins résidentiels augmente surtout dans la catégorie d'âge des plus de 80 ans. Pour les

personnes de moins de 65 ans, nous constatons même une légère diminution entre 2010 et 2017.

Nous observons également que les dépenses entre 2010 et 2017 augmentent plus rapidement, pour chaque groupe d'âge, que le nombre de personnes séjournant dans un centre de soins résidentiels.

		Personnes		Dépenses OA (€)		Evolution personnes 2010 - 2017	Evolution dépenses 2010 - 2017
		2010	2017	2010	2017		
<65 ans	<b>Total</b>	978	970	10.759.601	11.786.149	-0,8%	9,5%
	65-79 ans	4.307	4.557	44.217.195	55.183.525	5,8%	24,8%
65+ ans	80+ ans	18.254	21.646	194.581.795	273.698.358	18,6%	40,7%
	<b>Total</b>	22.561	26.203	238.798.990	328.881.883	16,1%	37,7%

Tableau 6 : Aperçu du poste de dépenses «Forfaits centres de soins résidentiels », MLOZ, 2010 & 2017

### Médicaments

Les dépenses en médicaments représentent 15,2 % des dépenses totales de l'AO en 2017. Le tableau 7 indique, pour 2010 et 2017, le nombre de personnes ayant une dépense en médicaments, ainsi que le total des dépenses en médicaments par groupe d'âge. En outre, il montre également l'évolution du nombre de personnes et des dépenses entre 2010 et 2017.

		Personnes		Dépenses OA (€)		Evolution Personnes 2010 - 2017	Evolution Dépenses 2010 - 2017
		2010	2017	2010	2017		
<65 ans	<b>Total</b>	1.081.936	1.245.648	341.960.217	428.923.865	15,1%	25,4%
	65-79 ans	174.430	198.985	153.659.843	190.963.190	14,1%	24,3%
65+ ans	80+ ans	88.421	99.402	79.557.202	90.611.487	12,4%	13,9%
	<b>Total</b>	262.851	298.387	233.217.045	281.574.677	13,5%	20,7%

Tableau 7: Aperçu du poste de dépenses « Médicaments », MLOZ, 2010 - 2017

Entre 2010 et 2017 et par groupe d'âge, l'augmentation du nombre de personnes qui prennent des médicaments est proportionnelle à l'augmentation du nombre de membres. Les dépenses augmentent fortement pour les moins de 65 ans et les 65-79 ans, tandis qu'elles augmentent plus faiblement pour les plus de 80 ans, bien que la hausse du nombre de personnes prenant des médicaments soit plus ou moins la même. Cela peut s'expliquer par l'introduction de la tarification à l'unité dans les centres de soins résidentiels en 2015. Les dépenses annuelles moyennes en médicaments pour les résidents diminuent de 10,2 %, passant de 1.129 € à 1.013 € entre 2010 et 2017.

La figure 7 montre le pourcentage de personnes âgées qui prennent des médicaments et le nombre moyen de médicaments différents utilisés par groupe d'âge pour 2017. Le pourcentage de personnes âgées qui prennent des médicaments augmente avec l'âge. Seuls 6,0 % des 65 à 79 ans et 2,4 % des 80 ans et plus ne se sont vu prescrire aucun médicament en 2017, contre 29,0 % des moins de 65 ans. Pour l'année 2010, ainsi que dans la littérature scientifique (Christensen et al., 2019), les chiffres sont comparables.

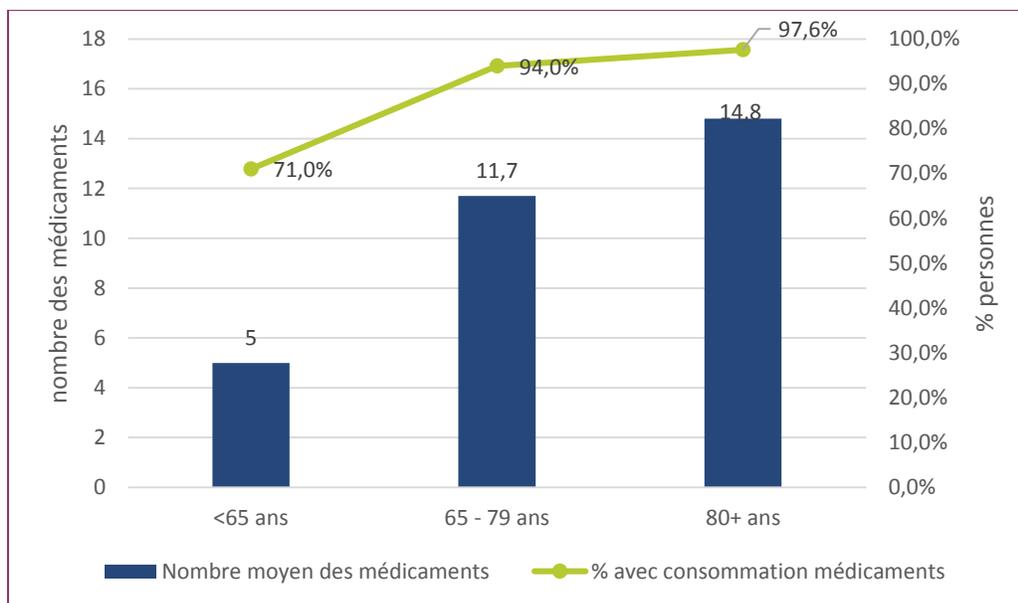


Figure 7 : Utilisation des médicaments par groupe d'âge, MLOZ, 2017

Pour les 5 groupes de médicaments les plus utilisés, la figure 8 montre la proportion d'utilisateurs ainsi que les dépenses totales de l'AO par groupe d'âge. Nous n'examinons pas spécifiquement l'utilisation chronique. Pour chacun de ces médicaments, à l'exception des statines, le pourcentage de consommateurs augmente avec l'âge. Les différences entre les personnes âgées et les personnes de moins de 65 ans sont souvent très importantes. Des antihypertenseurs ont été prescrits à 7 personnes âgées sur 10 en 2017 et des antibiotiques et/ou anticoagulants à 5 sur 10. Les 3 médicaments dont les dépenses de l'AO sont les plus élevées sont les antihypertenseurs, les anticoagulants et les statines.

Une étude précédente des Mutualités Libres (2014) a examiné de plus près l'utilisation des médicaments antihypertenseurs et a montré qu'environ 1 patient hypertendu sur 4 ne suit pas correctement son traitement. En ce qui concerne les statines, nous observons une utilisation moyenne comparable à celles relevée dans d'autres études sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées (Canadian Institute for Health Information, 2018; Christensen et al., 2019). Dans un rapport récent, le Centre fédéral d'expertise (Cordon et al., 2019) remet en question le nombre élevé de statines prescrites.

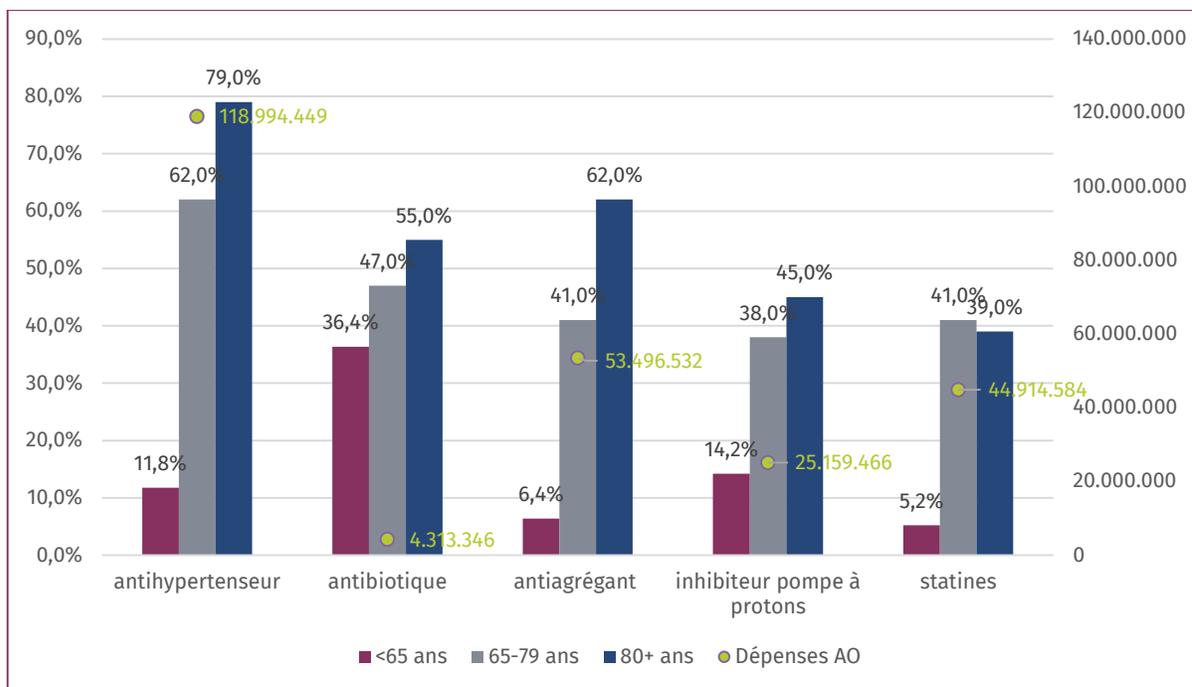


Figure 8 : Top 5 des médicaments qui comptent le plus d'utilisateurs, MLOZ, 2017

### Soins infirmiers

Les dépenses en soins infirmiers représentent 6,8 % des dépenses totales de l'AO et concernent près d'une personne âgée sur 5. Le tableau 8 indique, pour 2010 et 2017, le nombre de personnes ayant une dépense en soins infirmiers, ainsi que le total des dépenses par groupe d'âge. En outre, il présente également l'évolution du nombre de personnes et des dépenses entre 2010 et 2017.

		Personnes		Dépenses OA (€)		Evolution personnes 2010 - 2017	Evolution dépenses 2010 - 2017
		2010	2017	2010	2017		
< 65 ans	<b>Total</b>	50.609	64.044	23.156.898	34.065.106	26,5%	47,1%
	65-79 ans	26.136	29.440	30.755.421	40.150.925	12,6%	30,5%
65+ ans	80+ ans	25.593	31.174	56.886.723	85.774.448	21,8%	50,8%
	<b>Total</b>	51.729	60.614	87.642.144	125.925.373	17,2%	43,7%

Tableau 8: Aperçu du poste de dépenses « Soins infirmiers », MLOZ, 2010 - 2017

Tout d'abord, nous constatons que l'utilisation augmente fort avec l'âge : de moins de 1 personne sur 20 pour les moins de 65 ans à près de 1 sur 3 pour les plus de 80 ans. Ensuite, nous observons une augmentation disproportionnée du nombre de personnes ayant une dépense parmi les plus de 80 ans par rapport à l'augmentation du nombre de ces personnes. Enfin, pour chacun des groupes d'âge, nous relevons également que l'augmentation des dépenses est supérieure à l'augmentation du nombre de personnes. Plusieurs explications sont possibles :

- augmentation du coût des forfaits : le remboursement moyen de l'AO pour les forfaits A, B et C augmente de 8 % entre 2010 et 2017 ;
- recours plus fréquent aux soins infirmiers : la figure 9 ci-dessous montre l'augmentation des dépenses en soins infirmiers pour les différents forfaits, les prestations techniques et les prestations de base, ainsi que l'évolution du

nombre de personnes qui ont des dépenses de l'AO pour ces prestations<sup>8</sup>. Pour chacun des forfaits, nous constatons une forte augmentation du nombre de personnes qui les utilisent, ainsi qu'une forte augmentation des dépenses.

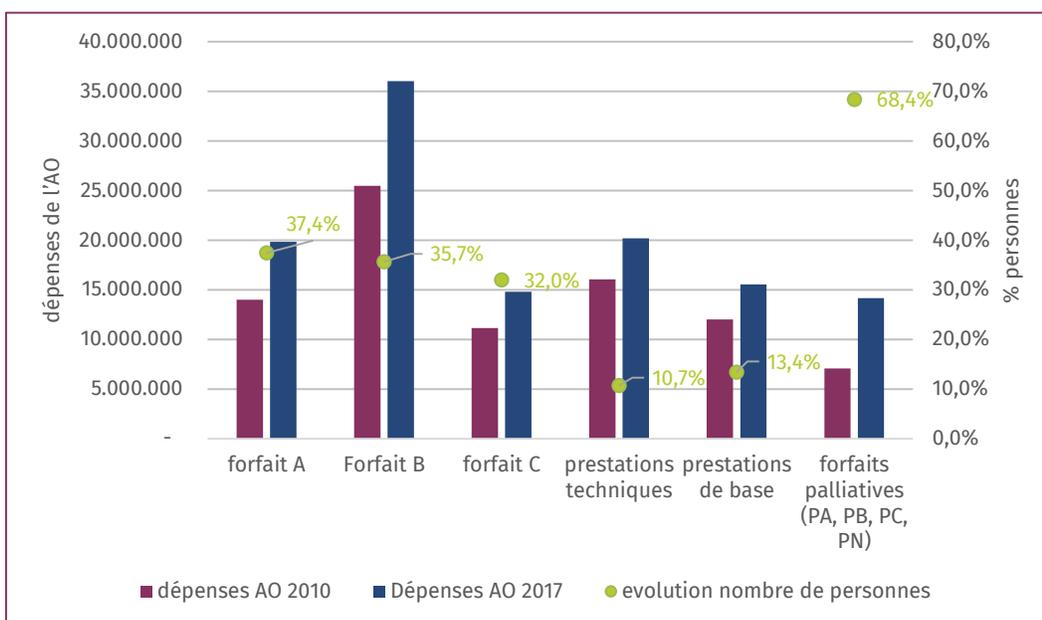


Figure 9 : Utilisation des types de soins infirmiers, MLOZ, 2010 - 2017

Les soins infirmiers vont souvent de pair avec les soins dispensés par les aidants proches ; rester à la maison est souvent possible grâce au soutien de ceux-ci. Les chiffres sur le pourcentage de la population des adultes qui sont aussi aidants proches varient considérablement. L'Enquête de Santé mentionne 9 % des plus de 15 ans en 2013 (Demarest, 2015). En Wallonie et à Bruxelles, cela concerne 22 % de la population (Ligue des Familles, 2017).

### Consultations chez le généraliste ou le spécialiste

Le tableau 9 indique, pour 2010 et 2017, le nombre de personnes ayant une consultation chez le médecin, ainsi que le total des dépenses par groupe d'âge. En outre, il présente également l'évolution du nombre de personnes et des dépenses entre 2010 et 2017.

		Personnes		Dépenses OA (€)		Evolution personnes 2010 - 2017	Evolution dépenses 2010 - 2017
		2010	2017	2010	2017		
< 65 ans	<b>total</b>	1.260.614	1.490.161	169.779.445	240.697.218	18,2%	41,8%
	65-79 ans	174.838	200.243	44.435.557	56.098.179	14,5%	26,2%
65+ ans	80+ ans	87.935	98.784	32.622.567	39.413.273	12,3%	20,8%
	<b>total</b>	262.773	299.027	77.058.124	95.511.452	13,8%	23,9%

Tableau 9: Aperçu du poste de dépenses « Consultations », MLOZ, 2010 - 2017

Nous constatons que le nombre de personnes ayant une consultation a augmenté autant entre 2010 et 2017 que le nombre de personnes par groupe d'âge. Pour chaque groupe

<sup>8</sup> Les dépenses pour les autres prestations de soins infirmiers ne représentent que 4,2 % des dépenses.

d'âge, et en particulier pour les moins de 65 ans, l'augmentation des dépenses a toutefois été beaucoup plus prononcée que l'augmentation du nombre de personnes. Entre 2010 et 2017, le nombre moyen de consultations par an et par personne est passé de 13,8 à 14,1 et les dépenses moyennes de l'AO par consultation ont augmenté de 6,8 % pour atteindre 22,7 €.

La figure 10 montre le pourcentage de personnes ayant au moins une consultation ainsi que le nombre moyen de consultations par groupe d'âge. Nous constatons qu'avec l'âge, le nombre moyen de consultations et le pourcentage de personnes âgées ayant une consultation augmentent.

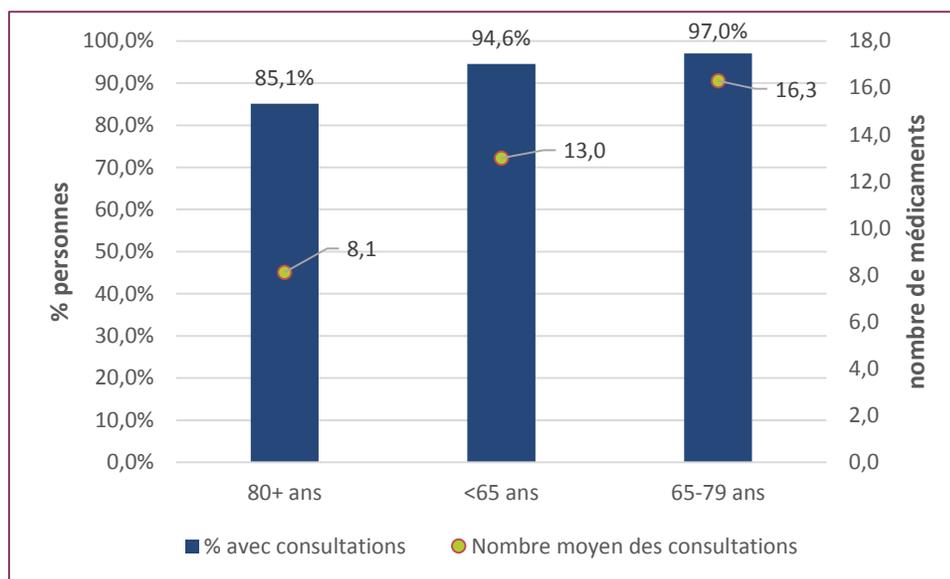


Figure 10 : Consultations par groupe d'âge, 2017, MLOZ

### Principaux postes de dépenses selon quelques caractéristiques des personnes âgées

Maintenant que nous avons analysé les principaux postes de dépenses, nous pouvons établir le lien entre les caractéristiques de la population et les dépenses.

La figure 11 montre que, pour chacune des quatre caractéristiques déjà discutées, la part des dépenses est supérieure à la part de la population. Les paragraphes suivants approfondissent le sujet. Nous utilisons principalement des chiffres en matière d'hospitalisation pour indiquer les différences car, comme indiqué précédemment, les hospitalisations représentent plus d'un tiers des dépenses totales de l'AO. De plus, nous faisons également référence aux autres postes de dépenses importants : forfaits des centres de soins résidentiels, consultations, soins infirmiers et consommation de médicaments.

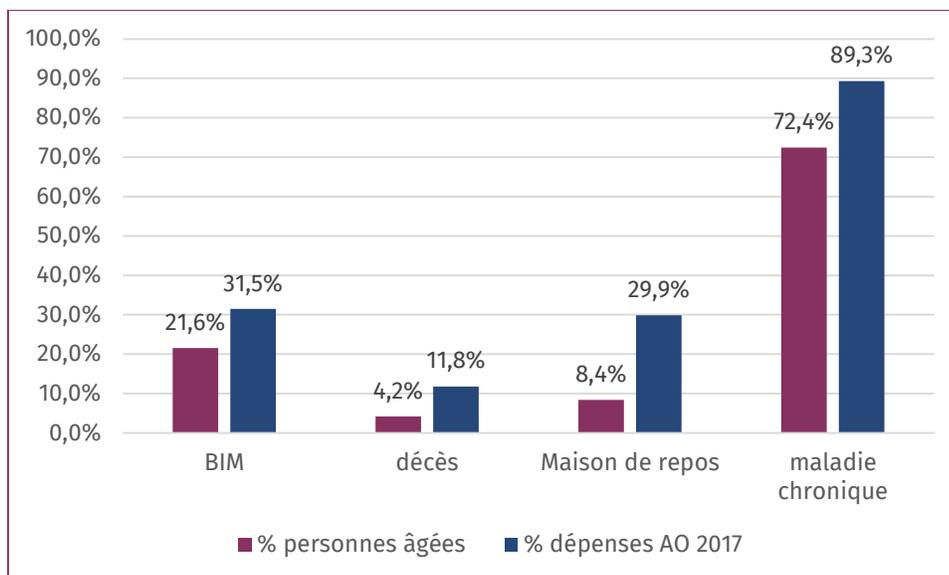


Figure 11 : Part de la population et dépenses de l'AO selon quelques caractéristiques

### Intervention majorée (IM)

Les personnes âgées avec IM ont droit à un remboursement plus élevé de leurs dépenses en soins de santé de la part de l'assurance obligatoire. Ceci explique en partie la part plus élevée qu'elles représentent. Le tableau 10 donne un aperçu du pourcentage de personnes avec une dépense pour l'un des cinq principaux postes de dépenses selon le statut IM. De plus, le tableau indique également le pourcentage des dépenses totales pour un poste particulier engendrées par des personnes âgées avec le statut IM. Pour rappel, 21,6 % des personnes âgées ont le statut IM.

	% personnes avec une dépense		% dépenses des personnes avec statut IM
	Non IM	IM	
Frais de séjour (hospitalisation)	20,2 %	26,7 %	31,1 %
Forfaits centres de soins résidentiels	6,6 %	14,8 %	41,4 %
Médicaments	95,0 %	95,8 %	24,7 %
Soins infirmiers	17,3 %	26,7 %	45,9 %
Consultations	95,3 %	95,8 %	31,7 %

Tableau 10: Aperçu des postes de dépenses selon le statut IM, MLOZ, 2017

Le tableau 10 montre que plus d'un quart des personnes âgées avec un statut IM ont séjourné au moins une nuit à l'hôpital en 2017. Nous voyons aussi proportionnellement plus de personnes recevant des soins infirmiers et des forfaits pour les centres de soins résidentiels chez les personnes âgées avec le statut IM. Ces dépenses sont donc disproportionnellement élevées chez les personnes avec le statut IM, comme le montre la dernière colonne du tableau 10.

L'annexe 5 divise le tableau ci-dessus par groupe d'âge. Parmi les 65-79 ans, nous constatons que plus de la moitié des dépenses en soins infirmiers et forfaits pour centres de soins résidentiels sont destinées aux personnes âgées avec le statut IM.

## Fin de vie

La figure 11 montre que la part des dépenses totales de l'AO pour les personnes décédées est beaucoup plus élevée que le pourcentage de personnes décédées, et ce malgré le fait que les personnes décédées avaient des dépenses en soins de santé pour une partie de l'année seulement. Cela correspond aux chiffres de pays développés comparables sur les coûts médicaux au cours de la dernière année de vie (Aldridge et al., 2015 ; French, et al., 2017). La notion de « *proximity to death* » est souvent mentionnée dans la littérature comme prédicteur majeur des coûts médicaux élevés plutôt que l'âge (Howdon et al., 2018 ; Hazra et al., 2018).

Le tableau 11 ci-dessous donne un aperçu du pourcentage de personnes avec une dépense pour les cinq principaux postes de dépenses selon qu'il y ait ou non décès dans le courant de l'année 2017. De plus, le tableau indique également le pourcentage des dépenses totales pour un poste particulier engendrées par des personnes âgées décédées en 2017. Pour rappel, 4,2% des personnes âgées décédaient en 2017.

Nous constatons une part très disproportionnée des frais d'hospitalisation chez les personnes décédées, près de 70 % d'entre-elles ont donc séjourné au moins une nuit à l'hôpital dans le courant de l'année de leur décès. Des coûts d'hospitalisation élevés au cours de l'année de décès sont également observés dans d'autres pays (French EB, et al., 2017). Nous observons également une part élevée des dépenses en matière de forfaits pour les centres de soins résidentiels et les soins infirmiers. 22,1 % des personnes séjournant dans un centre de soins résidentiels sont décédées en 2017.

	% Personnes avec une dépense		% dépenses des personnes décédées
	Pas décédée	Décédée	
Frais de séjour (hospitalisation)	19,6 %	68,3 %	19,3 %
Forfaits centres de soins résidentiels	6,8 %	43,9 %	11,9 %
Médicaments	95,1 %	97,6 %	7,4 %
Soins infirmiers	18,4 %	40,3 %	10,8 %
Consultations	95,4 %	95,0 %	5,2 %

Tableau 11 : Aperçu des postes de dépenses selon le décès, MLOZ, 2017

L'annexe 5 divise le tableau ci-dessus par groupe d'âge. Il est frappant de constater que 1 dépense sur 7 (15,8 %) pour frais de séjour des 65-79 ans est réalisée par 1,8 % des 65-79 ans décédés en 2017.

## Maisons de repos

En 2017, 8,4 % des personnes âgées ont séjourné dans un centre de soins résidentiels pendant au moins une partie de l'année, mais leur part des dépenses est de près de 30 %. Qu'est-ce qui explique cette différence ?

- Les forfaits qui sont versés mensuellement par l'AO pour chaque personne dans un centre de soins résidentiels.
- Dépendance des résidents d'un centre de soins résidentiels : une enquête d'ING (2018) montre que 78,3 % des résidents des maisons de repos ont besoin d'un soutien relativement important et que plus d'un tiers souffre de démence. Cette dépendance peut aussi expliquer en partie les dépenses de l'AO plus élevées.

- Dépenses élevées avant d'entrer dans un centre de soins résidentiels, surtout pour hospitalisation : pour les personnes âgées qui n'ont déménagé dans un centre de soins résidentiels qu'en 2017 (n = 8.471), nous constatons que 74,7 % ont séjourné au moins une nuit à l'hôpital au cours des deux semaines précédant leur entrée dans le centre de soins résidentiels<sup>9</sup> et que 38,1 % y sont entrés le jour où leur séjour à l'hôpital a pris fin.

Le tableau 12 ci-dessous donne un aperçu du pourcentage de personnes avec une dépense pour l'un des cinq principaux postes de dépenses selon leur domicile. De plus, le tableau indique également le pourcentage des dépenses totales pour un poste particulier engendrées par des personnes âgées qui ont séjourné dans un centre de soins résidentiels en 2017. Le tableau montre clairement que proportionnellement plus de personnes âgées séjournant dans un centre de soins résidentiels avaient des dépenses pour chacun des cinq postes. Il s'ensuit donc que la part des dépenses qui leur est consacrée est à chaque fois supérieure à leur part de la population.

	% Personnes avec une dépense		% dépenses des résidents en centre de soins résidentiels
	Résident à domicile	Résident en centre de soins résidentiels	
Frais de séjour (hospitalisation)	19,4 %	46,1 %	22,9 %
Forfaits centres de soins résidentiels	0,0 %	100,0 %	100,0 %
Médicaments	94,8 %	99,5 %	9,4 %
Soins infirmiers	19,0 %	22,5 %	10,6 %
Consultations	95,1 %	98,3 %	13,6 %

Tableau 12 : Aperçu des postes de dépenses selon le domicile, MLOZ, 2017

De plus, nous constatons également que près de la moitié (46,1 %) des personnes âgées qui séjournaient dans un centre de soins résidentiels ont passé au moins une nuit à l'hôpital contre seulement 19,4 % de celles qui vivaient chez elles. Ces écarts importants s'expliquent partiellement par le rapport mentionné précédemment entre les hospitalisations et l'entrée dans un centre de soins résidentiels.

A l'annexe 5, la dimension de l'âge est également ajoutée au tableau ci-dessus. Il faut noter que 13,0 % des dépenses de l'AO pour frais de séjour sont effectuées par 2,2 % de 65-79 ans séjournant dans un centre de soins résidentiels.

### Maladies chroniques

Le tableau 13 ci-dessous donne un aperçu du pourcentage de personnes avec une dépense pour l'un des cinq principaux postes de dépenses pour personnes âgées souffrant d'une maladie chronique et celles n'en souffrant pas. De plus, le tableau indique également le pourcentage des dépenses totales pour un poste particulier engendrées par des personnes âgées souffrant d'une maladie chronique. Pour rappel, 72,4% des personnes âgées souffraient d'au moins une pathologie chronique en 2017. Le tableau montre clairement que proportionnellement plus de personnes âgées avec une maladie chronique avaient des dépenses pour chacun des cinq postes.

<sup>9</sup> Nous ne considérons ici que les personnes qui sont entrées dans un centre de soins résidentiels après le 15/01/2017 mais avant le 01/01/2018.

	% Personnes avec une dépense		% dépenses des malades chroniques
	Sans maladie chronique	Avec maladie chronique	
Frais de séjour (hospitalisation)	11,2 %	25,6 %	91,6 %
Forfaits centres de soins résidentiels	4,3 %	9,9 %	88,8 %
Médicaments	82,5 %	100,0 %	92,3 %
Soins infirmiers	9,5 %	23,1 %	90,8 %
Consultations	87,1 %	98,5 %	84,7 %

Tableau 13 : Aperçu des postes de dépenses des personnes atteintes de maladie chronique, MLOZ, 2017

Une précédente étude des Mutualités Libres (2018) identifiait déjà les hospitalisations comme cause principale de l'augmentation des dépenses en soins de santé des malades chroniques, ce que nous confirmons sur la base du tableau ci-dessus : près de 92 % des dépenses pour frais de séjour lors d'hospitalisations sont engendrées par des malades chroniques. De plus, il est frappant de constater que les dépenses en médicaments sont également disproportionnellement élevées chez les malades chroniques et que près de 9 dépenses sur 10 pour des forfaits pour centres de soins résidentiels sont effectuées par des personnes atteintes d'une maladie chronique. Nous pouvons donc voir que 85,9 % des résidents d'un centre de soins résidentiels souffrent d'une maladie chronique.

L'annexe 5 élargit encore le tableau ci-dessus en intégrant les groupes d'âge. Il convient de noter que les 65-79 ans atteints de maladies chroniques représentent presque autant de dépenses (environ 90 %) que les plus de 80 ans, bien qu'il y ait moins de malades chroniques, en termes de pourcentages, parmi les 65-79 ans.

## Facteurs explicatifs des dépenses de l'AO chez les personnes âgées

Nous avons discuté de certaines caractéristiques importantes des personnes âgées et constaté beaucoup de chevauchements entre ces caractéristiques. C'est pourquoi, nous élaborons un modèle économétrique pour estimer l'impact spécifique des caractéristiques ci-dessus sur les dépenses en soins de santé. De plus, plusieurs autres facteurs sont encore ajoutés, comme le montre le modèle suivant :

Le modèle économétrique est formulé comme suit :

$$\begin{aligned}
 Mois_{AO} = & \beta_1 Age7175_i + \dots + \beta_5 Age90plus_i + \beta_6 Femme_i + \beta_7 Décédé_i \\
 & + \beta_8 Centre\ de\ soins\ résidentiels_i + \beta_9 Intervention\ majorée_i \\
 & + \beta_{10} Dépression_i + \beta_{11} Hypertension_i + \dots + \beta_{32} Cancer_i + \beta_{33} Flandre_i \\
 & + \beta_{34} Wallonie_i + \varepsilon_i
 \end{aligned}$$

Où :

- $\beta_1 \dots \beta_5$  : ces coefficients sont associés aux variables binaires des groupes d'âge (1 si la personne appartient à un groupe d'âge spécifique, sinon 0)
- $\beta_6$  : ce coefficient est associé à la variable binaire Femme (1 si la personne est du sexe féminin, sinon 0)

- $\beta_7$  : ce coefficient est associé à la variable binaire Décès (1 si la personne est décédée en 2017, sinon 0)
- $\beta_8$  : ce coefficient est associé à la variable binaire Centre de soins résidentiels (1 si la personne séjournait dans un centre de soins résidentiels en 2017, sinon 0)
- $\beta_9$  : ce coefficient est associé à la variable binaire Intervention majorée (1 si la personne a droit à l'intervention majorée en 2017, sinon 0)
- $\beta_{10} \dots \beta_{32}$  : ces coefficients sont associés aux variables binaires pour les maladies chroniques (1 si la personne souffre d'une maladie chronique spécifique, sinon 0)
- $\beta_{33}$  et  $\beta_{34}$  : ces coefficients sont associés aux variables binaires pour les régions (1 si la personne vit dans la région, sinon 0)

Sur la base de ce modèle et des variables démographiques déjà présentées, nous effectuons une régression linéaire. Nous présentons et analysons ci-dessous les principaux résultats de cette régression, en les comparant à ceux d'un modèle similaire appliqué à l'ensemble de l'effectif des Mutualités Libres (2013). Les résultats de la régression sont présentés dans le tableau 14.

Chaque coefficient représente, dans la mesure où tous les autres éléments restent inchangés, l'impact (en euros) de la variable associée du modèle sur les dépenses mensuelles de l'AO. Une interprétation n'a de sens que si l'observation est significative d'un point de vue statistique (normalement la limite est fixée à 10 %).

Quels sont les facteurs qui ont le plus d'impact sur les dépenses mensuelles de l'AO? Les résultats indiquent clairement qu'il s'agit du décès, du séjour en centre de soins résidentiels et du fait de souffrir de l'une des maladies chroniques suivantes : insuffisance rénale, maladie rare et maladie mentale.

Selon les coefficients estimés, une personne décédée en 2017 a coûté mensuellement 2.160 € de plus à l'assurance maladie par rapport à une personne non décédée (dans l'hypothèse où toutes les autres caractéristiques de la personne restent inchangées). Ce montant est comparable aux résultats précédents des Mutualités Libres calculés pour l'ensemble de la population (2013). Cela signifie donc que, tant pour l'ensemble de la population que pour les personnes âgées en particulier, la fin de vie entraîne des dépenses mensuelles de l'AO importantes par rapport à des personnes comparables qui ne décèdent pas.

Une personne qui séjourne (partiellement) dans un centre de soins résidentiels a 1.078 € de dépenses de l'AO de plus par mois qu'une personne comparable qui ne séjourne pas dans un centre de soins résidentiels.

Le fait de souffrir d'une maladie chronique entraîne toujours des dépenses mensuelles de l'AO plus élevées. Pour les trois maladies les plus courantes - à savoir l'hypertension, la dépression et le diabète - nous trouvons respectivement 109 €, 174 € et 50 €. Pour l'hypertension, le résultat trouvé est presque deux fois plus élevé qu'en 2010 (54 €) et il est très similaire pour la dépression (158 €). Il existe également des maladies chroniques pour lesquelles les dépenses mensuelles de l'AO sont supérieures de plus de 1.500 € par rapport à celles de personnes comparables n'en souffrant pas, à savoir les maladies rares, la santé mentale et l'insuffisance rénale. En 2010 également, ces maladies ont entraîné d'importantes dépenses mensuelles de l'AO.

Un autre résultat est l'influence positive de l'âge sur les dépenses de l'AO. Même si ce coefficient est limité, ce qui indique que l'âge n'explique qu'une petite partie des dépenses pour les personnes âgées. De plus, nos résultats ne sont pas significatifs pour les personnes de plus de 90 ans. Ce résultat revient également dans d'autres pays (OCDE, 2016).

Le coefficient associé au statut IM nous montre que ce statut entraîne des remboursements mensuels plus élevés, ce qui est logique par rapport à une personne comparable sans ce statut IM. Des résultats similaires ont été trouvés en 2010.

VARIABLES explicatives	Coefficients calculées	Standard error <sup>CH</sup>	T-value
Intervention majorée	135	4,44	30,31
Centre de soins résidentiels	1078	7,63	141,36
Décès	2160	9,52	226,92
Région : Flandre	40	4,00	9,98
Région : Wallonne	50	3,95	12,72
Âge : 71-75	77	4,82	15,95
Âge : 76-80	100	5,34	18,81
Âge : 81-85	101	5,73	17,71
Âge : 86-90	102	6,76	15,08
Âge : 90plus	3 <sup>NS</sup>	9,23	0,37
Femme	4 <sup>NS</sup>	3,49	1,21
Hypertension	109	3,73	29,16
Maladie Cardiovasculaire	238	6,56	36,32
Maladie respiratoire (BPCO + asthme)	342	6,13	55,79
Mucoviscidose	492	121,53	4,05
Diabète	51	5,39	9,41
Maladie pancréatique exocrine	346	58,61	5,91
Psychose (<70 ans)	248	24,77	10,01
Psychose (>70 ans)	201	16,63	12,08
Parkinson	305	14,22	21,43
Epilepsie	452	10,86	41,57
VIH	826	63,42	13,03
Hépatite chronique B ou C	826	146,57	5,64
Transplantation d'organe	853	51,28	16,64
Alzheimer	35 <sup>**</sup>	17,33	1,99
Maladie rare	2746	31,07	88,40
Dépression	174	5,45	31,88
Cancer	1355	10,87	124,70
Insuffisance rénale chronique	1706	18,34	93,03
Santé mentale	2159	32,08	67,31
Sclérose en plaque	1027	114,95	8,93
Arthrite rhumatoïde ou psoriasique, maladie de Crohn, colite ulcéreuse	413	20,35	20,30

(CH): robuste

(NS): non significatif au seuil de 10%; les autres coefficients calculés sont significatifs au seuil de 1%, sauf la maladie d'Alzheimer

(\*\*): significatif au seuil de 5%

Tableau 14: résultats de la régression, MLOZ, 2017

D'ici 2040, la population belge continuera à vieillir et nous observerons une forte augmentation chez les plus de 80 ans. Entre 2010 et 2017, le vieillissement de la population était déjà perceptible pour la population belge mais pas pour les membres de MLOZ : l'augmentation du nombre de personnes de moins de 65 ans était plus ou moins égale à celle des 65 ans et plus.

Les dépenses en soins de santé des personnes âgées sont disproportionnellement élevées. Nous constatons une forte augmentation des dépenses annuelles moyennes en soins de santé à charge de l'AO pour les personnes âgées, avec une augmentation plus marquée à partir de 80 ans.

Les cinq principaux postes de dépenses des personnes âgées sont les frais de séjour (hospitalisations), les forfaits centres de soins résidentiels, les médicaments, les soins infirmiers et les consultations. En première position, nous trouvons les frais de séjour pendant les hospitalisations, qui représentent plus d'un cinquième des dépenses totales de l'AO pour les personnes âgées. Nous observons donc que des dépenses plus élevées pour les personnes décédées, les malades chroniques et les résidents des centres de soins résidentiels s'expliquent en partie par des dépenses plus élevées en frais de séjour.

Près d'un quart des dépenses de l'AO est consacré aux dépenses liées à la dépendance, aux forfaits pour les centres de soins résidentiels et aux soins infirmiers. Nous constatons une nette augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de soins avec l'âge, et plus de la moitié des plus de 80 ans reçoivent des soins professionnels (dans un centre de soins résidentiels ou à domicile) pendant l'année.

Un cinquième des dépenses de l'AO est consacré aux médicaments et consultations chez des généralistes ou spécialistes. En ce qui concerne les médicaments, nous constatons que leur consommation augmente avec l'âge, tout comme le nombre de médicaments différents utilisés. Des antihypertenseurs ont été prescrits à 7 personnes âgées sur 10 en 2017 et des antibiotiques et anticoagulants à 5 personnes sur 10. Près de 4 personnes âgées sur 10 consomment des statines.

Plus particulièrement chez les plus de 80 ans, pour lesquels les plus fortes augmentations sont prévues d'ici 2040, nous observons que les forfaits pour les centres de soins résidentiels sont de loin le poste de dépense le plus important. De plus, nous constatons que les soins infirmiers représentent près de 10 % des dépenses totales de l'AO et que ces dépenses en soins infirmiers ont fortement augmenté depuis 2010.

Près des trois quarts des personnes âgées souffrent d'une maladie chronique. L'hypertension, la dépression et le diabète sont les maladies les plus courantes. L'analyse statistique montre que ceci peut entraîner des surcoûts mensuels élevés, selon la maladie. Par rapport aux personnes âgées ne souffrant d'aucune maladie chronique, les malades chroniques ont surtout des dépenses élevées pour les frais de séjour et les médicaments.

Environ 1 personne âgée sur 25 est décédée en 2017, mais les personnes décédées représentaient près d'un cinquième des dépenses totales de l'AO pour les personnes âgées. Les personnes décédées avaient des dépenses élevées, surtout pour les frais de séjour et forfaits pour centres de soins résidentiels. Le modèle statistique montre que le décès entraîne jusqu'à 2.160 € de dépenses de l'AO supplémentaires par mois par rapport à une personne comparable toujours en vie.

Une enquête menée auprès de 1.000 Belges par les Mutualités Libres (2017) montre que les plus de 55 ans en Belgique estiment que le gouvernement doit investir le plus dans **la lutte contre le cancer**, les maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète...) et l'obésité. La majorité d'entre eux souhaitent aussi que **les autorités accordent autant d'importance à la prévention qu'au traitement des maladies**. Dans leur mémorandum pour les élections, les Mutualités Libres plaident pour une norme de croissance de 2,2 % à partir de 2020 et pour une augmentation de 50 % des ressources consacrées à la prévention.

Une enquête de la Fondation Roi Baudouin (2017) auprès de 2.000 personnes non dépendantes âgées de 60 à 85 ans montre que les personnes âgées préfèrent des formes de logement leur permettant de **continuer à vivre de manière autonome le plus longtemps possible**, de préférence dans leur propre habitation avec une aide professionnelle pendant la journée ou à l'aide d'outils électroniques. **Les soins informels doivent donc être stimulés en renforçant le statut d'aidant proche et en offrant davantage de soutien :**

- assimiler les périodes d'interruption de carrière pour le calcul de la pension ;
- introduire un dédommagement direct pour les aidants proches, ou le faire via les systèmes d'assurance santé mis en place par les régions ;
- accorder un congé spécifique pour ces tâches de soutien ;
- introduire des avantages fiscaux et/ou une réduction du précompte immobilier pour les aidants proches qui cohabitent avec une personne dépendante ;
- développer le soutien administratif et psychosocial aux aidants proches ;
- élaborer et financer des solutions pour les courts répit et les gardes à domicile.

Les Mutualités Libres offrent déjà un accompagnement sur mesure aux aidants proches, notamment des interventions pour des séances de soutien, des soins de répit ou des centres de convalescence. Il faut travailler sur les décrets visant la reconnaissance des aidants proches et sur les droits spécifiques qui peuvent en découler.

D'autres innovations peuvent également permettre aux personnes âgées de continuer à vivre plus longtemps à domicile : le **développement et l'implémentation de solutions de communication et de télésurveillance faciles à utiliser et abordables**. L'enquête de la Fondation Roi Baudouin a montré que les personnes âgées sont ouvertes à cette possibilité si elle leur permet de rester plus longtemps à la maison de manière autonome.

Le cohousing (intergénérationnel) peut également leur permettre de continuer à vivre plus longtemps à la maison. Il faut donc rendre ce système plus attractif fiscalement :

- permettre des déductions fiscales pour les personnes physiques cohabitantes avec un proche âgé de plus de 75 ans ;

- en cas de cohousing dans une « maison unifamiliale » : supprimer l'impact du statut de cohabitant sur le revenu et les droits sociaux des résidents.

Les Mutualités Libres plaident en faveur d'un suivi des patients chroniques par une **équipe de première ligne coordonnée**, en respectant la liberté de choix du patient.

Les personnes âgées utilisent de nombreux médicaments différents, en particulier dans les centres de soins résidentiels. Les médecins généralistes et les pharmaciens de référence doivent se compléter encore davantage afin de s'assurer que le patient reçoive tous les conseils nécessaires à son traitement médicamenteux et qu'un schéma de médication et une « medication review » (un examen des médicaments) soient formalisés pour les patients qui prennent plusieurs médicaments. La collaboration multidisciplinaire peut également contribuer à assurer l'adéquation des prescriptions pour les patients dans les centres de soins résidentiels.

Afin de maîtriser les dépenses en médicaments, les Mutualités Libres ont également élaboré une série de propositions reprises dans les 10 priorités des Mutualités Libres (2019).

Annexe 1: Maladies chroniques selon les tranches d'âge, MLOZ, 2017

	Prévalence (< 65)	Prévalence (65-79 ans)	Prévalence (80+ ans)	Prévalence (65+ ans)
Hypertension	8,6 %	56 %	71 %	61,3 %
Dépression	5,0 %	12 %	17 %	13,9 %
Diabète	2,2 %	14 %	12 %	13,6 %
Maladie respiratoire (asthme, BPCO)	3,2 %	9 %	11 %	9,7 %
Maladie cardiovasculaire	0,3 %	6 %	14 %	8,7 %
Epilepsie	1,0 %	3 %	3 %	2,9 %
Cancer	0,4 %	3 %	3 %	2,9 %
Parkinson	0,1 %	1 %	3 %	1,7 %
Psychose (>70 ans)	0,0 %	1 %	2 %	1,3 %
Alzheimer	0,0 %	1 %	2 %	1,1 %

Annexe 2 : Structure des dépenses selon les tranches d'âge, MLOZ, 2010 et 2017

	2010			2017		
	< 65 ans	65-79 ans	80+ ans	< 65 ans	65-79 ans	80+ ans
Frais de séjour (hospitalisation)	25,3 %	27,4 %	29,0 %	24,4 %	23,3 %	19,1 %
Forfaits centres de soins résidentiels	0,6 %	5,5 %	25,2 %	0,5 %	5,8 %	30,5 %
Médicaments	18,5 %	19,2 %	10,3 %	17,4 %	19,9 %	10,1 %
Soins infirmiers	1,2 %	3,8 %	7,4 %	1,4 %	4,2 %	9,6 %
Consultations	9,2 %	5,5 %	4,2 %	9,8 %	5,8 %	4,4 %
Autres dépenses	45,2 %	38,5 %	24,0 %	46,5 %	41,0 %	26,4 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Annexe 3: Pourcentage de la population avec des dépenses pour les 5 postes de dépenses les plus importantes, MLOZ, 2010 et 2017

	2010			2017		
	< 65 ans	65-79 ans	80+ ans	< 65 ans	65-79 ans	80+ ans
Frais de séjour (hospitalisation)	11,4 %	22,8 %	32,6 %	8,2 %	17,9 %	29,3 %
Forfaits centres de soins résidentiels	0,1 %	2,3 %	19,9 %	0,1 %	2,2 %	21,3 %
Médicaments	72,4 %	94,0 %	96,6 %	71,1 %	94,0 %	97,6 %
Soins infirmiers	3,3 %	14,1 %	28,0 %	3,7 %	13,9 %	30,6 %
Consultations	84,2 %	94,2 %	96,1 %	85,1 %	94,6 %	97,0 %
Autres dépenses	84,7 %	97,1 %	97,0 %	87,1 %	97,7 %	97,9 %

Annexe 4: Distribution des 5 postes les plus importantes pendant les hospitalisations classiques MLOZ, 2017

	< 65 ans	65-79 ans	80+ ans	65+ ans
Frais de séjour (hospitalization)	64,8 %	59,1 %	61,5 %	60,1 %
Honoraires chirurgicaux	7,4 %	8,7 %	5,2 %	7,2 %
Implants & matériel d'utilisation	4,5 %	7,7 %	5,5 %	6,7 %
Honoraires biologie clinique	4,7 %	5,4 %	7,1 %	6,1 %
Honoraires prestations spéciales	3,9 %	5,4 %	5,5 %	5,5 %
Autres dépenses	14,7 %	13,7 %	15,3 %	14,4 %

Annexe 5: Postes de dépenses par tranche d'âge et selon les caractéristiques,  
MLOZ, 2017

**Centre de soins résidentiels : % Personnes avec une dépense**

	Résident à domicile		Résident en centre de soins résidentiels		% des dépenses de l'AO des personnes en centre de soins résidentiels	
	65-79 ans	80+ ans	65-79 ans	80+ ans	65-79 ans	80+ ans
Frais de séjour (hospitalisation)	17,2 %	25,0 %	50,6 %	45,2 %	13,0 %	35,7 %
Forfaits centres de soins résidentiels	0,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Médicaments	93,8 %	97,2 %	99,5 %	99,4 %	3,7 %	21,3 %
Soins infirmiers	13,7 %	32,9 %	24,9 %	22,0 %	5,9 %	12,8 %
Consultations	94,5 %	96,7 %	98,5 %	98,3 %	4,4 %	26,7 %

**Décès : % Personnes avec une dépense**

	Non décédée		Décédée		% des dépenses de l'AO des personnes décédées	
	65-79 ans	80+ ans	65-79 ans	80+ ans	65-79 ans	80+ ans
Frais de séjour (hospitalisation)	16,9 %	25,6 %	76,7 %	65,0 %	15,8 %	23,9 %
Forfaits centres de soins résidentiels	1,9 %	17,9 %	17,6 %	54,3 %	7,6 %	12,8 %
Médicaments	93,9 %	97,6 %	96,7 %	98,0 %	6,2 %	9,9 %
Soins infirmiers	13,4 %	29,8 %	44,5 %	38,7 %	9,2 %	11,5 %
Consultations	94,6 %	97,2 %	93,4 %	95,6 %	2,5 %	9,1 %

**Maladie chronique : % Personnes avec une dépense**

	Sans maladie chronique		Avec maladie chronique		% des dépenses de l'AO des personnes ayant une maladie chronique	
	65-79 ans	80+ ans	65-79 ans	80+ ans	65-79 ans	80+ ans
Frais de séjour (hospitalisation)	9,0 %	19,3 %	22,2 %	31,5 %	91,5 %	91,7 %
Forfaits centres de soins résidentiels	0,7 %	17,4 %	2,8 %	22,1 %	91,0 %	88,3 %
Médicaments	81,3 %	87,0 %	100,0 %	100,0 %	91,7 %	93,6 %
Soins infirmiers	6,9 %	19,2 %	17,2 %	33,2 %	90,7 %	90,9 %
Consultations	86,5 %	89,2 %	98,4 %	98,8 %	81,4 %	89,4 %

**Intervention majorée : % Personnes avec une dépense**

	Non IM		IM		% des dépenses de l'AO des personnes avec le statut IM	
	65-79 ans	80+ ans	65-79 ans	80+ ans	65-79 ans	80+ ans
Frais de séjour (hospitalisation)	16,8 %	28,2 %	22,8 %	32,0 %	30,4 %	32,0 %
Forfaits centres de soins résidentiels	1,4 %	18,7 %	5,4 %	28,0 %	52,5 %	39,2 %
Médicaments	93,9 %	97,5 %	94,3 %	97,9 %	22,8 %	28,5 %
Soins infirmiers	12,4 %	28,7 %	20,4 %	35,6 %	50,2 %	43,9 %
Consultations	94,5 %	96,9 %	94,7 %	97,3 %	28,0 %	37,0 %

- Aldridge MD, Kelley AS (2015). The Myth Regarding the High Cost of End-of-Life Care. *Am J Public Health*;105(12):2411–2415. doi:10.2105/AJPH.2015.302889
- Canadian Institute for Health Information (2016). *Drug Use Among Seniors in Canada*. Ottawa, ON: CIHI; 2018.
- Christensen, L.D., Reilev, M., Juul-Larsen, H.G. et al. (2019). Use of prescription drugs in the older adult population—a nationwide pharmacoepidemiological study. *Eur J Clin Pharmacol* <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02669-2>
- Commission d'étude du Vieillessement (2018) – Rapport annuel
- Cordon A, De Meester C, Gerkens S, Roberfroid D, De Laet C (2019). De rol van statines bij de primaire preventie van hart- en vaatincidenten – Synthèse. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 306As. D/2019/10.273/05.
- Demarest S. (2015). Informele hulp. In: Charafeddine R, Demarest S (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 4: Fysieke en sociale omgeving*. WIV-ISP, Brussel
- French EB, et al (2017). End-Of-Life Medical Spending In Last Twelve Months Of Life Is Lower Than Previously Reported. *Health Affairs* 36: No. 7, Jul 2017.
- Hazra, N. C., Rudisill, C., & Gulliford, M. C. (2018). Determinants of health care costs in the senior elderly: age, comorbidity, impairment, or proximity to death? *The European Journal of Health Economics*, 19(6), 831–842. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0926-2>
- Howdon, D., & Rice, N. (2018). Health care expenditures, age, proximity to death and morbidity: Implications for an ageing population. *Journal of Health Economics*, 57, 60–74. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.11.001>
- ING (2018) – Woonzorgcentra: Trends en Indicatoren
- Koning Boudewijnstichting (2017) – Levenskeuzes van 60-plussers
- Ligue des Familles (2017) – Baromètre des Parents
- Mutualités Libres (2013) – Concentration des dépenses en santé
- Mutualités Libres (2014) - Prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle et évolution
- Mutualités Libres (2015) – étude sur la consommation des médicaments en centre de soins résidentiels
- Mutualités Libres (2017) – Plus de 7 Belges sur 10 veulent que les autorités s'impliquent dans leur santé
- Mutualités Libres (2018) – Envol du coût des maladies chroniques
- Mutualités Libres (2019) – 10 priorités pour l'avenir des soins de santé
- OECD (2016) – Focus on Health Spending: Expenditure by disease, age and gender



Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles  
T 02 778 92 11

# Nos publications sur [www.mloz.be](http://www.mloz.be)

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, mai 2019  
(Numéro d'entreprise 411 766 483)

Les Mutualités Libres regroupent:

