

# Concentration des dépenses de soins de santé en 2023 et son évolution depuis 2014

Une analyse des membres des Mutualités Libres

Une publication des Mutualités Libres  
Route de Lennik 788 A - 1070 Bruxelles  
T 02 778 92 11  
commu@mloz.be

—

Rédaction > KESTENS Wies, KARAKAYA Güngör

[www.mloz.be](http://www.mloz.be)  
(©) Mutualités Libres / Bruxelles, mars 2025  
(numéro d'entreprise 411.766.483)

# Concentration des dépenses de soins de santé en 2023 et son évolution depuis 2014

## Une analyse des membres des Mutualités Libres entre 2014 et 2023

01	Introduction .....	3
	Questions de recherche .....	4
02	Méthodologie .....	5
	Conception de l'étude .....	5
	Population de l'étude .....	5
	Variables de l'étude .....	6
	Variables pour expliquer l'évolution des dépenses .....	6
	Analyses .....	8
	Limites de l'étude .....	8
03	Résultats.....	9
	Evolution de la concentration des dépenses de soins de santé à charge de l'assurance obligatoire entre 2014 et 2023 .....	9
	Profil des membres ayant les dépenses de soins de santé les plus élevées en 2023 ..	10
	Résultats du modèle statistique .....	17
04	Conclusion .....	20
	Évolution de la concentration des dépenses de santé entre 2014 et 2023 .....	20
	Profil du Top 1% .....	21
	Les dépenses liées aux maladies chroniques potentiellement évitables .....	22
05	Recommandations.....	22
06	Références .....	24

# 01 Introduction

En Belgique, les autorités et les habitants ont consacré ensemble en 2022 près de 10,9 % du produit intérieur brut (PIB) aux soins de santé, ce qui est supérieur à la moyenne de l'OCDE (9,2 %) et aux Pays-Bas (10,2 %), mais inférieur à la France (12,1 %) et à l'Allemagne (12,7 %) [1]. Il s'agit aussi d'une augmentation par rapport aux 10 % du PIB dépensés en 2019 [2]. Les soins de santé constituent ainsi l'un des principaux piliers de la sécurité sociale en Belgique et leur importance au sein des dépenses publiques réalisées par les autorités va continuer d'augmenter dans les années à venir. Le Comité d'étude sur le vieillissement a estimé que les dépenses publiques consacrées aux soins de santé passeront de 8,1 % du PIB en 2023 à 10,4 % du PIB en 2050 [3]. Il est dès lors opportun d'analyser régulièrement ces dépenses.

Dans une étude précédente, nous avons déjà observé une très forte concentration des dépenses de soins de santé à charge de l'assurance obligatoire parmi une petite partie des membres des Mutualités Libres: 1 % des membres concentraient 28,1 % des dépenses en 2018 tandis que 10 % des membres concentraient 72 % des dépenses [4]. Cette situation est comparable à celle d'autres pays. En 2019, aux États-Unis, 10 % de la population concentraient 65,0 % des dépenses de santé et 1 % représentait 20,7 % de celles-ci [5]. Aux Pays-Bas, 1 % des habitants étaient responsables de 23 % des dépenses en 2013 [6]. Cette concentration des dépenses de santé n'est pas non plus un nouveau phénomène : en 1970, 1 % de la population résidant aux États-Unis représentait déjà 26 % des dépenses de santé et 10 % de la population représentait 66 % des dépenses [7].

Pour comprendre la concentration des dépenses de santé, nous devons analyser le profil du Top 1 % et du Top 10 % des plus grands utilisateurs de soins. Les recherches montrent que, parmi les 1 à 10 % de personnes ayant les dépenses de santé les plus élevées, on trouve relativement plus de personnes âgées, de personnes décédées, de personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques, de femmes, de minorités ethniques, de personnes handicapées et de personnes ayant un statut socio-économique inférieur [8], [9], [10], [11], [12], [13]. Notre étude précédente confirmait déjà certains de ces constats. Nous constatons qu'au sein du Top 1 %, la moitié est âgée de plus de 65 ans (contre 15 % dans l'ensemble de la population), environ 1 personne sur 10 est décédée durant l'année (contre moins qu'1 sur 100 au sein de la population totale), et 4 sur 10 ont droit à l'intervention majorée (contre 13 % au sein de la population totale) [4]. Les maladies chroniques sont aussi très répandues: 71 % du Top 10 % et 91 % du Top 1 % souffrent d'au moins une maladie chronique en 2018, et la majorité d'entre eux en ont au moins deux. Les maladies chroniques entraînent donc un coût élevé pour l'assurance maladie. En plus des dépenses directes au sein du secteur des soins de santé, il ne faut pas non plus oublier les coûts indirects non repris dans ces chiffres et liés aux absences au travail pour cause de maladie (incapacité de travail), à la réduction de la productivité (au travail ou à la maison) et à la perte de productivité globale due à un décès prématuré [14].

En 2018, 1 membre des Mutualités Libres sur 4 était confronté à une ou plusieurs maladies chroniques, ce qui représente une augmentation de 5,5 points de pourcentage par rapport à 2010 [15]. Une augmentation significative, qui confirme surtout la poursuite d'une tendance déjà ancienne. Cette augmentation est due non seulement à l'allongement de l'espérance de vie et au vieillissement [16], mais entre

autres aussi à un mode de vie malsain : de nombreux facteurs directs et facteurs de risque de maladies chroniques sont liés à des facteurs de mode de vie [17]. Cependant, les Belges n'obtiennent toujours pas de résultats suffisants pour les quatre principaux paramètres d'un mode de vie sain : à savoir la consommation d'alcool et de tabac, l'alimentation saine et l'exercice physique. Ainsi, 15,4 % fument quotidiennement. Les Belges consomment par ailleurs plus d'alcool que la moyenne des autres pays de l'OCDE et s'adonnent plus souvent au *binge drinking*. Ils sont seulement 29 % à atteindre les 150 minutes recommandées d'activité physique intense par semaine et seulement 15 % des adultes à consommer 5 portions ou plus de fruits ou de légumes par jour [1]. Une mauvaise qualité de l'air constitue également un facteur important de maladies et de décès prématurés, car elle peut notamment provoquer des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires et le cancer du poumon. Bien que la qualité de l'air s'améliore, la Belgique reste mal classée au niveau international [19]. La prévention est donc extrêmement importante pour prévenir les maladies chroniques et, par conséquent, maîtriser les dépenses de soins de santé.

## Questions de recherche

Dans cette étude, nous formulons nos questions de recherche comme suit :

- Comment la concentration des dépenses de santé à charge de l'assurance obligatoire parmi les membres des Mutualités Libres a-t-elle évolué entre 2014 et 2023 ?
- Quel est le profil des personnes avec les dépenses de santé les plus élevées en 2023 et comment ce profil a-t-il évolué depuis 2014 ?

## 02 Méthodologie

### Conception de l'étude

Nous avons réalisé une étude longitudinale rétrospective sur la période allant de 2014 à 2023.

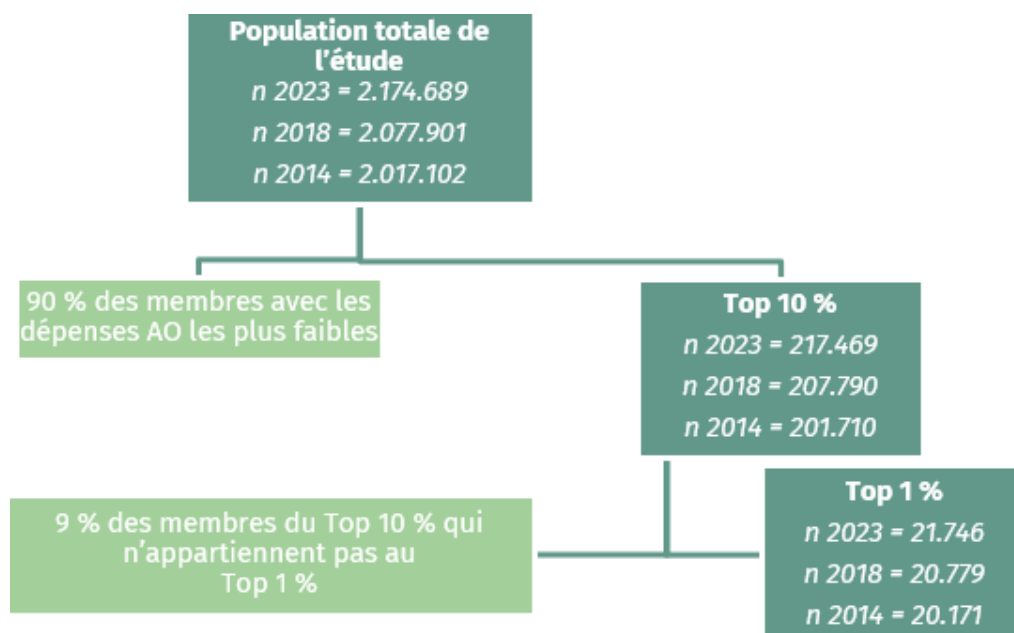
### Population de l'étude

Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont les données administratives relatives aux membres des Mutualités Libres pour les années 2014, 2018 et 2023. Il s'agit ici des données de population, c'est-à-dire d'une série de données générales telles que l'année de naissance, le sexe, le droit ou non aux différents montants forfaitaires, etc.

La population de notre étude se compose des personnes qui étaient affiliées de façon continue aux Mutualités Libres entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre des années 2014, 2018 et 2023. Nous incluons aussi les personnes décédées et celles nées en cours d'année. Sont donc exclus : Les assurés qui ont changé d'organisme assureur ou qui ne se sont affiliés qu'en cours d'année (à l'exception des nouveau-nés). Les membres qui ont une convention internationale ou qui résident à l'étranger sont également exclus. **Au total, la population étudiée compte 2.174.689 membres en 2023, 2.077.901 en 2018 et 2.017.102 en 2014.**

Nous avons constitué trois groupes d'utilisateurs de soins de santé en fonction du niveau de leurs dépenses en matière de soins de santé remboursés par l'assurance maladie obligatoire : le Top 1 %, c'est-à-dire le 1 % d'individus qui ont les dépenses de santé les plus élevées, le Top 10 %, c'est-à-dire les 10 % d'individus qui ont les dépenses de santé les plus élevées, et l'ensemble de la population, qui comprend donc à la fois le Top 1 %, le Top 10 % et tous les autres membres. La population de notre étude est donc la suivante :

Figure 1 : Population de l'étude



## Variables de l'étude

### Les dépenses

Les données administratives contiennent des données sur les dépenses de soins de santé. Dans cette étude, nous utilisons toutes les prestations médicales réalisées entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre des années 2014, 2018 et 2023 qui ont été remboursées par l'assurance maladie. Les données administratives ont été complétées ou corrigées, le cas échéant, comme pour le prix de la journée d'entretien à 100 % pour les hospitalisations. Ce point est détaillé dans l'étude précédente [23].

Nous avons exclu ici les forfaits utilisés dans les centres de soins résidentiels. En raison de la régionalisation (transfert de la compétence « soins aux personnes âgées en maison de repos » du fédéral vers les entités fédérées), ces données ne sont plus disponibles pour la Flandre. Nous avons donc exclu les données à cet égard pour la Flandre, la Wallonie et Bruxelles de nos données totales, tant pour les années 2014, 2018 que 2023.

### Variables pour expliquer l'évolution des dépenses

Nous utilisons un certain nombre de caractéristiques pour étudier notre population, basées sur les choix méthodologiques de l'étude précédente [23]:

- L'âge de l'individu au 31 décembre de l'année en question
- Le sexe de l'individu au 31 décembre de l'année en question
- Le droit à l'intervention majorée (BIM) de l'individu au 31 décembre de l'année en question
  - Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) reçoivent des remboursements plus élevés pour leurs dépenses de soins de santé et médicaments. Ce droit leur est octroyé sur la base d'un revenu, d'un statut social ou de certaines interventions<sup>1</sup>. Ce statut peut être utilisé comme indicateur de la situation socio-économique de l'assuré. Nous distinguons les assurés qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance maladie (BIM) de ceux qui n'y ont pas droit
- Le décès de l'individu pendant l'année en question
- Avoir au moins une période d'incapacité de travail
  - Toute personne qui traverse au moins une période d'incapacité de travail est prise en compte pour cette étude. Nous ne faisons pas de distinction entre les périodes d'incapacité de travail primaire (moins de 12 mois d'incapacité de travail) et les périodes d'invalidité (plus de 12 mois d'incapacité de travail).
  - Nos données ne nous permettent d'identifier que les personnes ayant une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident allant au-delà de la période de salaire garanti (à savoir 30 jours pour les employés et 14 jours pour les ouvriers). Nos données ne nous permettent pas d'identifier les périodes d'incapacité de travail des fonctionnaires.
- Maladies chroniques
  - Nos données ne contiennent pas les diagnostics médicaux permettant d'identifier les affections des assurés. Toutefois, nous avons défini des

<sup>1</sup> INAMI - Intervention majorée : meilleur remboursement de frais médicaux  
<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/intervention-majoree>

proxys de diagnostics (parmi lesquels nous considérons également le cancer comme une maladie chronique) basés, d'une part, sur un critère d'utilisation de médicaments spécifiques pendant un certain temps (minimum 90 jours de traitement par an, ou 120 jours pour une dépression et d'autres troubles de l'humeur) et, d'autre part, sur la facturation de certaines prestations de soins identifiées à partir des codes de nomenclature de l'INAMI ou des hospitalisations spécifiques (pour l'insuffisance rénale, les problèmes de santé mentale nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, le cancer et la transplantation d'organes). Cette méthodologie est décrite en détail dans l'étude précédente [23].

- Les maladies chroniques identifiées sont les suivantes :
  - Hypertension
  - Dépression
  - Psychose
  - Maladie respiratoire, à savoir l'asthme et la BPCO
  - Admission psy., à savoir un problème de santé mentale nécessitant une hospitalisation dans un service psychiatrique d'un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique
  - Insuffisance rénale
  - Cancer: identifié sur la base des consultations oncologiques multidisciplinaires durant l'année en cours ou l'année précédente
  - Maladie rare
  - Diabète
  - Maladie cardiaque
  - Mucoviscidose
  - Insuffisance pancréatique exocrine
  - Psoriasis
  - Arthrite rhumatoïde ou psoriasique, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique
  - Parkinson
  - Epilepsie
  - VIH
  - Hépatite B et C chronique
  - Sclérose en plaques
  - Transplantation d'organes
  - Alzheimer
- Soins à domicile
  - Si la personne a droit à des soins infirmiers, au forfait B ou C. Ces forfaits indiquent une forte dépendance.
  - Si la personne a droit à une revalidation - kinésithérapie de longue durée ou intensive

## Analyses

Nous examinons l'évolution de la concentration des dépenses de santé en comparant, de manière visuelle et descriptive, le cumul des dépenses d'assurance obligatoire (AO) en 2014, 2018 et 2023.

Les variables de l'étude sont utilisées pour expliquer les changements (éventuels) dans la concentration des dépenses de santé entre 2014 et 2023. Tout d'abord, nous effectuons une analyse descriptive du profil de la population en 2023 en comparant nos résultats avec ceux de 2014. On prête une attention spécifique aux maladies chroniques et leur prévalence dans le Top 1% et Top 10%.

Enfin, par analogie avec les études précédentes, nous établissons un modèle linéaire multiple basé sur la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO) pour analyser la relation entre les dépenses mensuelles pour les soins de santé en 2023 et le profil de la population. Les membres qui sont nés ou décédés au cours de l'année ont eu des dépenses de soins de santé pendant une période inférieure à 12 mois. Pour autant que tous les autres éléments restent inchangés, chaque coefficient représente l'impact (en euros) de la variable pertinente du modèle sur les dépenses mensuelles remboursées pour les soins de santé. Une interprétation n'a de sens que si l'observation est statistiquement significative<sup>2</sup>.

## Limites de l'étude

Si le membre ne demande pas de remboursement pour les soins de santé, pour autant que le remboursement ne soit pas automatique ou que le système de tiers-payant ne soit pas appliqué, ces prestations ne figurent pas dans nos données. Nous n'avons pas non plus d'informations sur les soins de santé pour lesquels il n'y a pas de remboursement en AO.

---

<sup>2</sup> Nos résultats sont statistiquement significatifs si la valeur p (ou p-value) est inférieure à 5%. La valeur p indique la probabilité que l'association que l'on observe la soit sous l'hypothèse nulle. L'hypothèse nulle suppose qu'il n'y a pas d'association statistiquement significative, dans ce cas entre les dépenses remboursées pour des soins de santé et nos différentes variables explicatives. Plus la valeur p est faible, plus il est improbable qu'une telle association statistiquement significative ne soit pas présente. Dans le cas de  $p = 0,05$ , nous admettons une probabilité de 5 % que les associations trouvées soient faussement significatives. C'est la norme utilisée dans la recherche (biomédicale).



## 03 Résultats

### Evolution de la concentration des dépenses de soins de santé à charge de l'assurance obligatoire entre 2014 et 2023

Les dépenses de soins de santé des membres de Mutualités Libres augmentent de 54% entre 2014 et 2023, alors que l'augmentation du nombre de membres n'est que de 9% (Tableau 1). À titre de référence, l'indice santé a augmenté de 31,6% entre 2014 et 2023 [21]. En 2023, les dépenses sont de 5,73 milliards euros, soit 2 609 euros par membre en moyenne. Cette moyenne cache des disparités très importantes et une concentration des dépenses énorme, comme on peut le constater sur la figure 2.

Tableau 1: Evolution des dépenses de soins de santé et du nombre des membres des Mutualités Libres entre 2014 et 2023, source : Mutualités Libres

Année	Dépenses de soins de santé à charge de l'assurance obligatoire (AO)			Nombre de membres
	Dépenses totales	Evolution des dépenses totales par rapport à 2014	Dépenses moyennes (en euros)	Evolution du nombre de membres par rapport à 2014
<b>2014</b>	3,71 milliards d'euros	/	1,842 €	
<b>2018</b>	4,21 milliards d'euros	+ 13%	2,025 €	+ 3%
<b>2023</b>	5,73 milliards d'euros	+ 54%	2,609 €	+ 9%

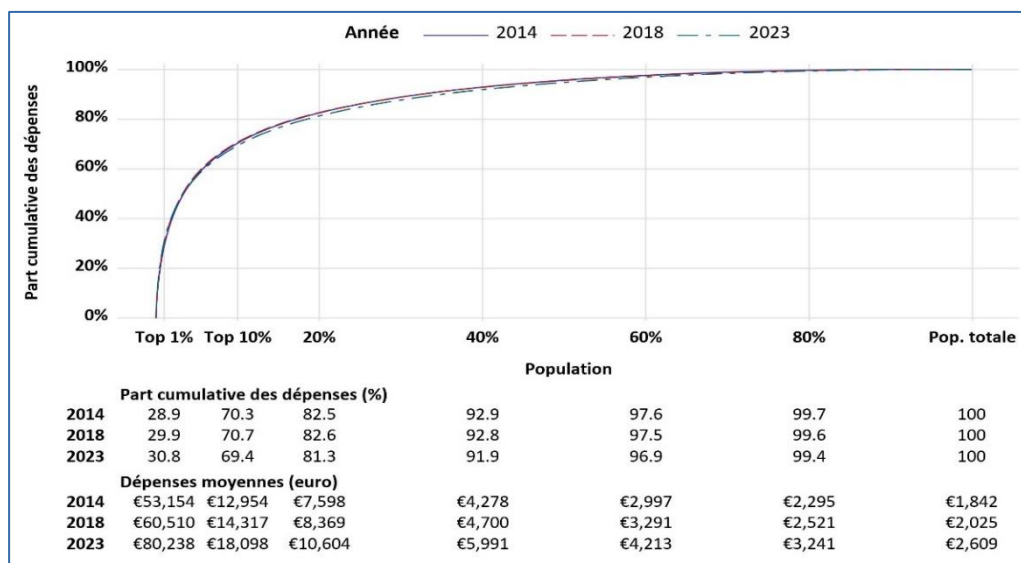
La Figure 2 présente la distribution des dépenses de soins de santé parmi la population en 2014, 2018 et 2023. Nous constatons qu'en 2014, 2018 et 2023, les dépenses de santé sont inégalement réparties : une petite partie de la population de l'étude est responsable d'une grande partie des dépenses AO. Nous constatons par exemple que 1 % de la population (Top 1 %) est responsable d'environ 30 % des dépenses pour chacune des années étudiées et 10 % (Top 10 %) d'environ 70 %.

La concentration des dépenses de santé a légèrement diminué entre 2014 et 2023 : la part des dépenses des 10, 20 ou 40 % des personnes ayant les dépenses les plus élevées diminue entre 2014 et 2023. Toutefois, la concentration des dépenses de santé au sein du Top 1 % se poursuit, passant de 28,9 % des dépenses en 2014 à 30,8 % des dépenses en 2023.

Les dépenses moyennes en 2023 sont de 2.609 €, soit une augmentation de 41,6 % depuis 2014 et de 28,8 % depuis 2018. Les dépenses moyennes au sein du Top 1 % ont augmenté de 50,9 % entre 2014 et 2023 et de 32,6 % depuis 2018.

La Figure 2 montre également qu'une grande partie de la population n'a que très peu de dépenses de soins de santé en assurance obligatoire pour 2023 : 60 % de la population représente seulement 8,1 % (100 %-91,9 %) des dépenses totales en AO tandis que 20 % de la population représente seulement 0,6 % (100 %-99,4 %). En 2014, 7,0% des membres sont des non-utilisateurs de soins. En 2018, ce chiffre n'était plus que de 5,4 % [4] et de 5,0 % en 2023.

Figure 2 : Concentration des dépenses de soins de santé en 2014, 2018 et 2023, source : Mutualités Libres



## Profil des membres ayant les dépenses de soins de santé les plus élevées en 2023

### Caractéristiques des membres avec les dépenses les plus élevées

La Figure 3 compare certaines caractéristiques du Top 1 % et du Top 10 % à celles de l'ensemble de la population. Par ailleurs, la part des dépenses de soins de santé de la population générale en assurance obligatoire est également indiquée pour chacune de ces caractéristiques.

#### Sexe

En 2023, la population générale contient légèrement plus de femmes que d'hommes (respectivement 50,8% et 49,2%), ce qui se traduit par une part des dépenses de soins de santé plus élevée chez les femmes (respectivement 52,8% et 47,2%). Parmi le Top 1 % on retrouve légèrement plus d'hommes que de femmes (respectivement 51% et 49%), alors qu'au sein du Top 10 %, la proportion de femmes est significativement plus élevée que celle des hommes (respectivement 56,1% et 43,9%). Depuis 2014, la proportion d'hommes dans le Top 10 % a toutefois augmenté (+4.8 %).

#### Age

Parmi le Top 1 % et le Top 10 %, on retrouve proportionnellement plus de personnes âgées que dans l'ensemble de la population. Respectivement 49,5 % (environ 1 personne sur 2) et 43,1 % parmi le Top 1 % et du Top 10 % en 2023 sont des personnes de 65 ans et plus. Ce groupe des plus de 65 ans représente 39 % des dépenses de santé alors qu'il ne constitue que 16% de la population totale.

Depuis 2014, la proportion des 65-79 ans dans l'ensemble de la population a augmenté de 15 %, et à un rythme similaire dans le Top 1 % et le Top 10 %. En revanche, la proportion des personnes de 80 ans et plus a diminué de 10 % dans l'ensemble de la population, et encore plus fortement dans le Top 1 %. Malgré ces évolutions à la baisse, nous constatons que les personnes de 80 ans et plus restent surreprésentées parmi les grands utilisateurs de soins remboursés par l'assurance obligatoire, en comparaison avec l'ensemble de la population.

## Région

Les personnes résidant en Wallonie sont surreprésentées parmi les grands utilisateurs de soins, tandis que celles vivant en Flandre sont sous-représentées par rapport à l'ensemble de la population des membres des Mutualités Libres.

## Décès

En 2023, plus nous nous déplaçons vers les grands utilisateurs de soins, plus le nombre de décès est élevé : de 7 décès pour 1.000 assurés de l'ensemble de la population, à 42 décès/1.000 pour le Top 10 % et 109/1.000 (c'est-à-dire plus d'un sur 10) pour le Top 1 %.

Bien que les personnes décédées ne représentent que 0.7 % de la population totale, elles représentent 5.1 % des dépenses totales de soins de santé à charge de l'assurance obligatoire. Ces chiffres indiquent donc que le décès est lié à des dépenses de soins de santé élevées.

Entre 2014 et 2023, la part des personnes du Top 1 % et du Top 10 % qui décèdent a diminué de plus de 10% en termes relatifs.

## Bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM)

Parmi les personnes ayant les dépenses les plus élevées, on trouve proportionnellement plus d'individus bénéficiant du statut BIM que dans l'ensemble de la population. La part des BIM est 2 à 3 fois plus élevée dans le Top 10% et le Top 1 % respectivement que dans l'ensemble de la population.

Ces bénéficiaires du statut BIM représentent 25,3 % des dépenses alors qu'ils ne constituent que 12,8 % de la population totale. Par définition, une part plus importante des dépenses de soins de santé des bénéficiaires de l'intervention majorée est remboursée par l'assurance obligatoire, ce qui explique en partie cette observation.

Entre 2014 et 2023, la proportion des BIM au sein du Top 1 % et du Top 10 % a diminué.

## Soins à domicile

Parmi les personnes ayant les dépenses les plus élevées, 9.8 % (Top 10 %) - 15,2 % (Top 1 %) ont reçu des soins à domicile, contre 1,3 % pour l'ensemble de la population. Bien que seulement 1,3 % des personnes aient reçu des soins à domicile, ces dernières représentent 9,9 % des dépenses totales. Ces chiffres suggèrent donc que le fait de bénéficier de soins à domicile est lié à des dépenses de soins de santé élevées.

Depuis 2014, la proportion de personnes bénéficiant de soins à domicile parmi le Top 10 % et dans l'ensemble de la population a fortement augmenté, mais a légèrement diminué au niveau du Top 1 %.

## Incapacité de travail

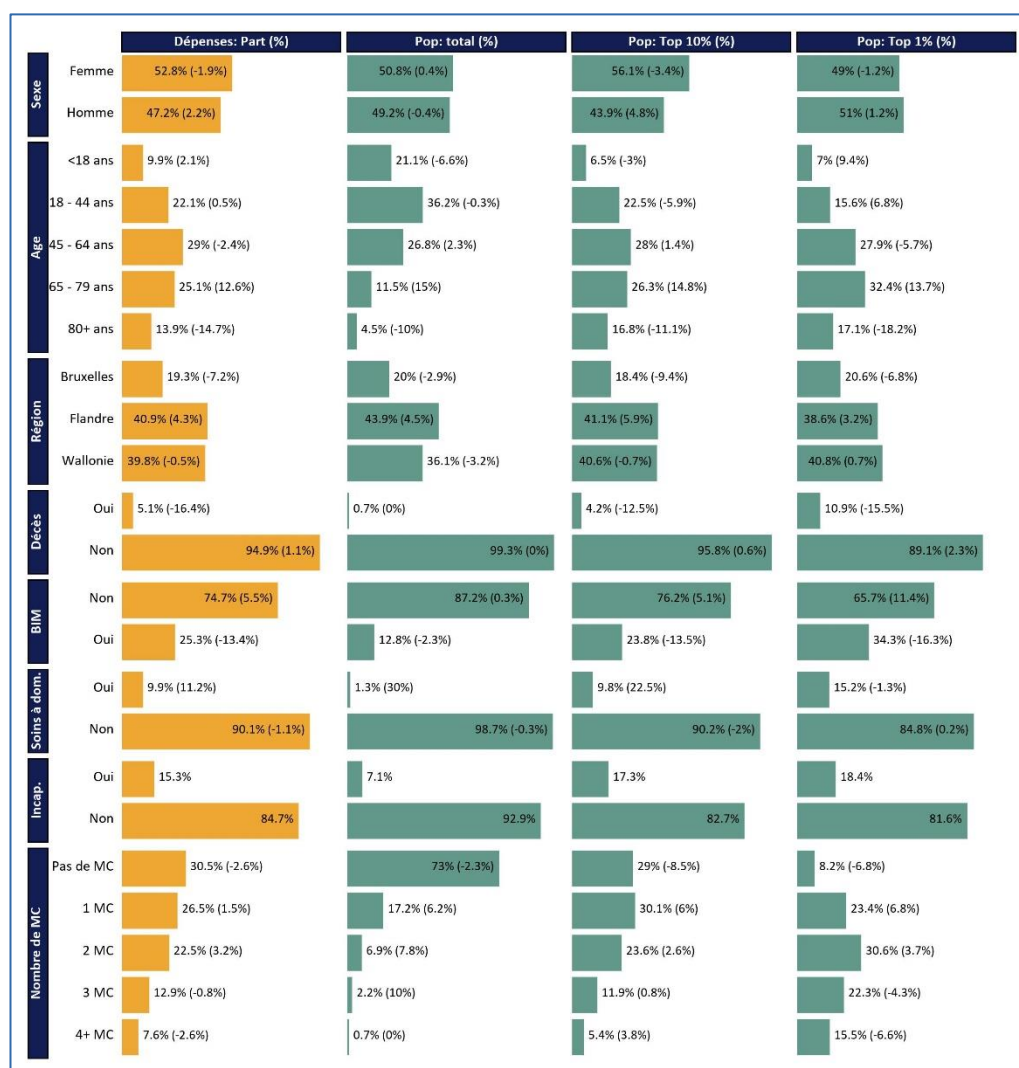
Parmi les personnes dont les dépenses sont les plus élevées, 17,3 % (Top 10 %) – 18,4 % (Top 1 %) sont confrontées à une incapacité de travail en raison d'une maladie ou d'un accident de travail. Pour rappel, les Tops 10 % et 1 % ne comptent que respectivement 50,7 % et 44,1 % de personnes dans la tranche d'âge active des 18-64

ans. Autrement, environ 1 personne sur 3 parmi la population active des grands utilisateurs de soins est en incapacité de travail.

### Maladie chronique

La grande majorité des personnes dont les dépenses sont les plus élevées souffrent d'au moins une maladie chronique, de 7 personnes sur 10 au sein du Top 10 % à 9 personnes sur 10 au sein du Top 1 %. Dans l'ensemble de la population, environ 1 personne sur 4 (27%) souffre d'une maladie chronique.

Figure 3 : Part des dépenses totales de l'assurance obligatoire et caractéristiques démographiques de l'ensemble de la population et des 1 % et 10 % d'individus qui ont les dépenses les plus élevées de soins de santé, source : Mutualités Libres



### Prévalence des affections chroniques les plus courantes et part des dépenses de soins de santé des malades chroniques

La Figure 4 présente les maladies chroniques les plus courantes chez les personnes dont les dépenses de soins de santé sont les plus élevées.

Nous constatons que plus de la moitié du Top 1 % souffre d'**hypertension** - maladie chronique qui est souvent accompagnée d'une autre pathologie chroniques -, tandis que ce taux est de 16,9 % au niveau de l'ensemble de la population.

Environ 3 personnes sur 10 parmi le Top 1 % souffrent de **dépression**, alors que seulement 6,9 % de l'ensemble de la population est atteinte de cette pathologie. Les personnes souffrant de dépression génèrent 21 % des dépenses totales de soins de santé.

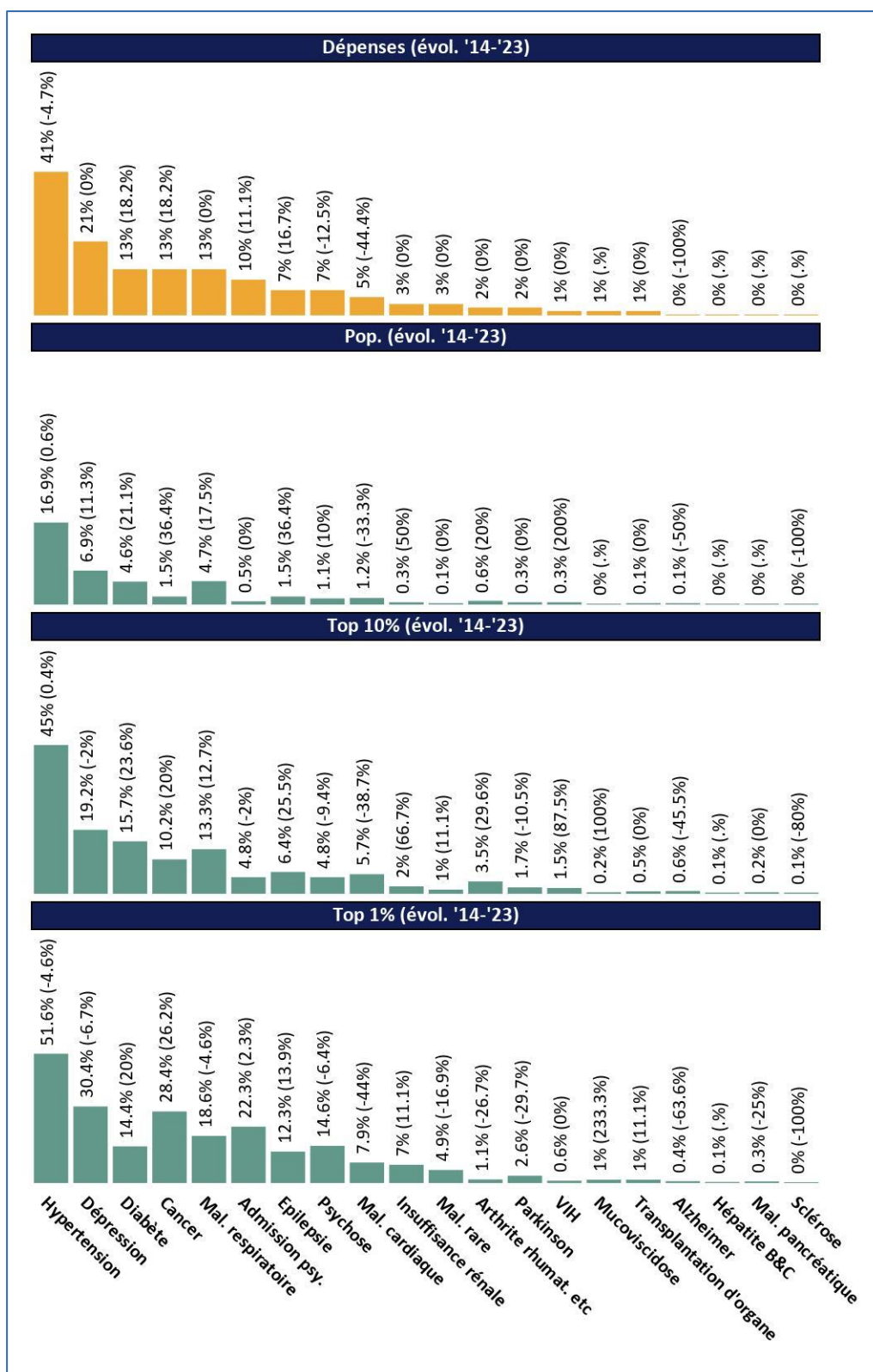
Plus d'1 personne sur quatre parmi le Top 1 % est confrontée à un **cancer** en 2022 ou 2023, contre 1,5 % dans l'ensemble de la population. Les personnes atteintes d'un cancer génèrent 13 % des dépenses totales de soins de santé. Par rapport à 2014, la proportion de personnes souffrant d'un cancer dans le Top 1 %, le Top 10 % et la population générale est plus élevée en 2023.

Parmi le Top 1 %, 22,3 % a eu un problème de santé mentale nécessitant une hospitalisation dans un service psychiatrique d'un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique, contre 0,5 % dans la population générale.

Près d'1 personne sur 5 parmi le Top 1 % souffre d'une **maladie respiratoire** (asthme ou BPCO), contre 4,7 % au sein de l'ensemble de la population.

La majorité des personnes faisant partie du Top 10 % et du Top 1 % souffrent de plusieurs maladies chroniques, contre moins d'1 personne sur 10 dans l'ensemble de la population.

Figure 4 : Affections chroniques les plus courantes chez les personnes ayant les dépenses de santé les plus élevées en 2023 et part des dépenses totales en 2023, avec l'évolution entre 2014 et 2023,



source : Mutualités Libres

### Dépenses moyennes des malades chroniques

Les figures 5 à 7 présentent le nombre de personnes atteintes d'une pathologie chronique et leur dépense moyenne en soins de santé à charge de l'assurance obligatoire, et ce pour chaque sous-population de consommateurs (population

totale, Top 10% et Top 1%). Les quadrants sont délimités par la valeur médiane des coûts moyens des malades chroniques atteints d'une des pathologies étudiées et la valeur médiane du nombre de personnes atteintes par ces pathologies (voir les droites en couleur rouge sur les figures 5 à 7).

Les pathologies qui semblent à première vue les plus intéressantes en termes d'actions à mener sont celles qui concernent un grand nombre d'affiliés et qui ont un coût moyen important (c'est-à-dire celles qui se situent au quadrant supérieur de droite).

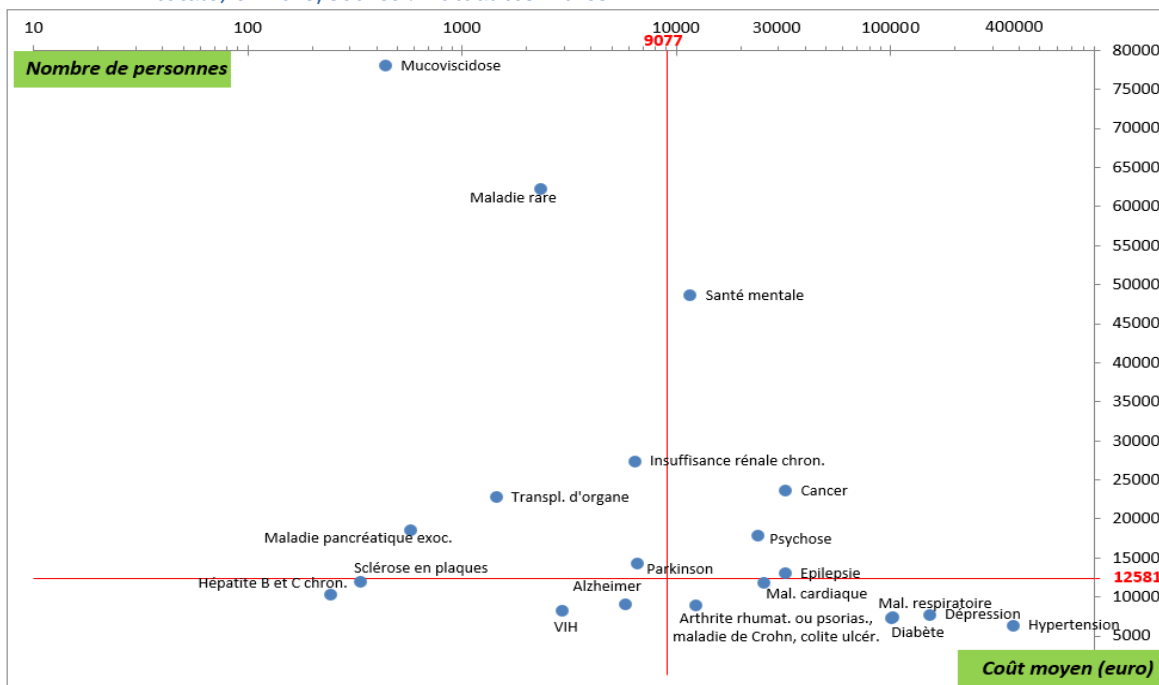
Les axes des graphiques qui suivent sont en base logarithmique pour faciliter la visibilité et la compréhension de la dispersion des points.

### Population totale

Une pathologie est qualifiée d'onéreuse, lorsqu'elle se situe au-dessus de la valeur médiane de 12.581 euros (figure 5). Les maladies les plus chères sont clairement visibles : il s'agit de la mucoviscidose, des maladies rares, de l'insuffisance rénale et des problèmes de santé mentale nécessitant une hospitalisation en psychiatrie. Le coût moyen à charge de l'assurance obligatoire des personnes atteintes de ces affections chroniques est supérieur à 45.000 euros en 2023.

Les pathologies avec une forte représentativité (en nombre de personnes) sont toutes celles situées à droite de la valeur médiane de 9.077. Le top 3 des pathologies est l'hypertension, la dépression et le diabète du point de vue de la prévalence.

Figure 5 : Nombre et coût moyen des personnes atteintes d'une pathologie chronique (population totale) en 2023, source : Mutualités Libres

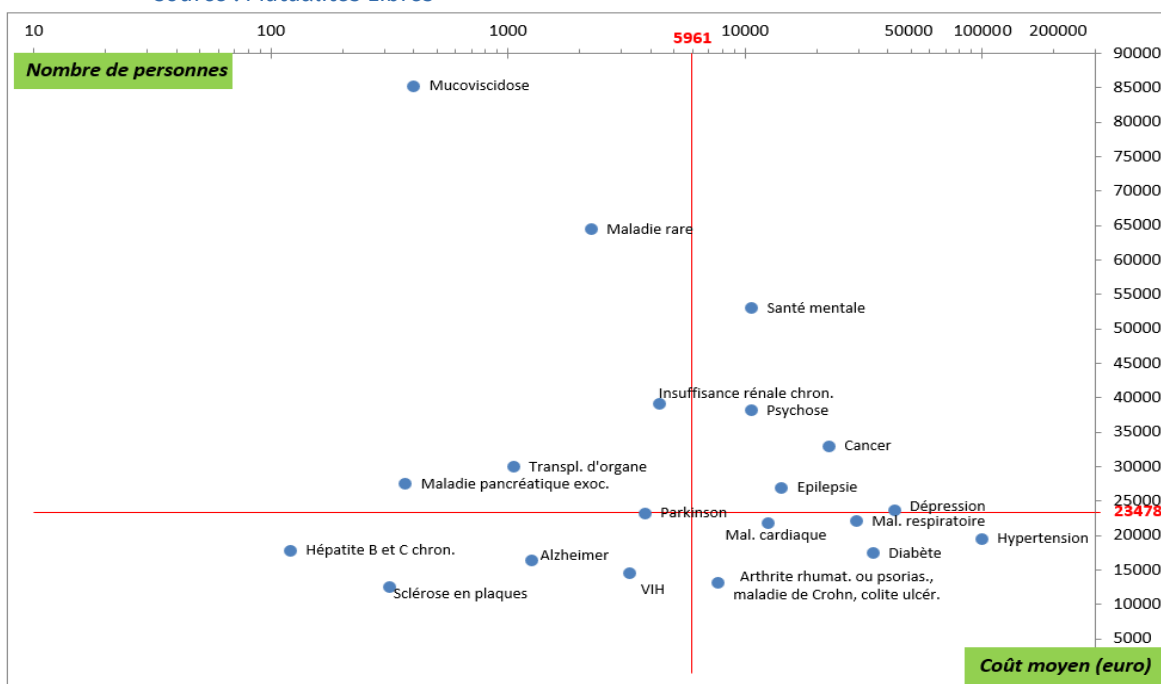


### Population des Top 10%

En réalisant le même type de graphique sur les sous-populations, nous observons sans surprise que les valeurs médianes délimitant les quadrants varient fortement. A présent pour qu'une pathologie soit considérée comme chère dans la sous-population des 10%, elle doit avoir un coût moyen supérieur à 23.478 euros (figure 6).

Nous remarquons que les pathologies les plus chères restent identiques à celles de la population totale. Nous constatons également peu de différence en nombre de personnes concernées avec la population totale pour ces affections chroniques.

Figure 6 : Nombre et coût moyen des personnes atteintes d'une pathologie chronique (Top 10%) en 2023, source : Mutualités Libres



### Population des Top 1%

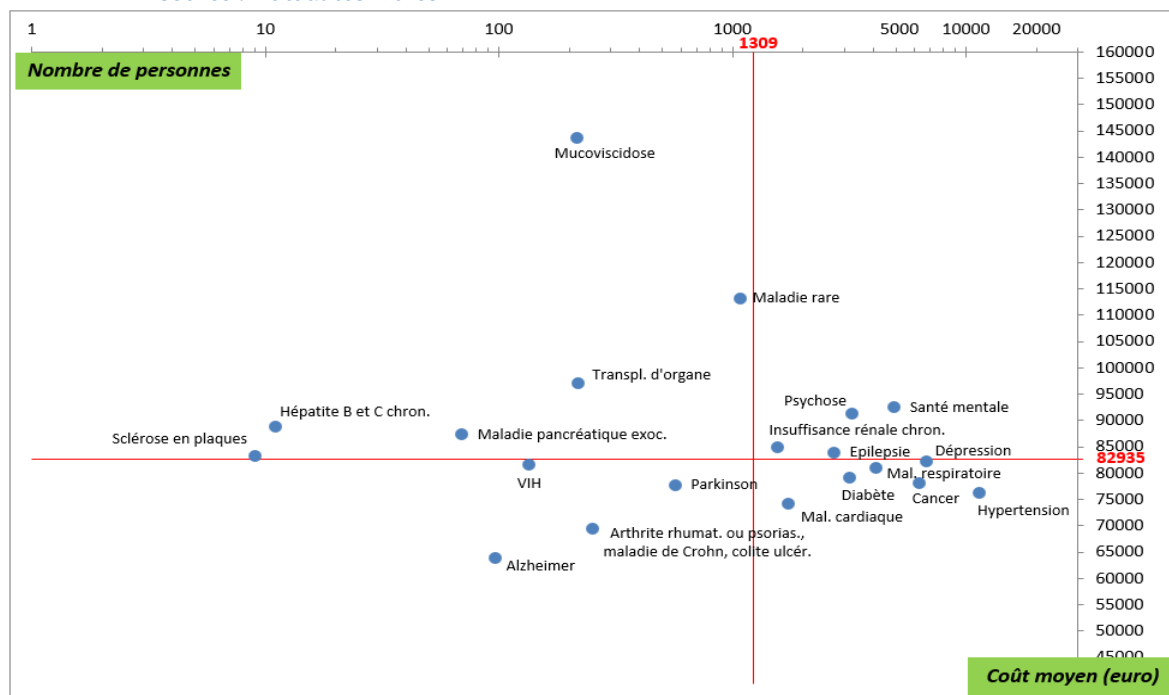
La sous-population des 1% est plus spécifique que les précédentes. La pathologie « transplantation d'organes » est plus chère que la pathologie « admission psy. » et plusieurs autres affections chroniques se rapprochent considérablement de l'affection « admission psy. » (telles que la psychose, l'hépatite B et C chronique, l'insuffisance rénale chronique).

Néanmoins, les personnes transplantées sont significativement moins nombreuses que celles atteintes de problèmes en santé mentale nécessitant une hospitalisation en psychiatrie. Parmi les plus grands utilisateurs de soins du Top 1%, nous retrouvons les troubles psychosociaux (santé mentale, dépression, psychose), l'insuffisance rénale chronique et l'épilepsie (ces affections chroniques se situent à droite et en haut des médianes délimitant les quadrants).

Nous pouvons conclure que ce groupe de pathologies chères sont fréquemment présentes dans la sous population des plus grands consommateurs de soins de santé.



Figure 7 : Nombre et coût moyen des personnes atteintes d'une pathologie chronique (Top 1%) en 2023, source : Mutualités Libres



## Résultats du modèle statistique

Dans cette section, nous utilisons un modèle linéaire multivarié basé sur la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO) afin d'analyser la relation entre les dépenses mensuelles<sup>3</sup> de soins de santé remboursées par l'assurance obligatoire ( $Dm_{ss}$ ) et les affections chroniques en contrôlant pour une série de variables telles que le sexe, l'âge, la région de domicile, le statut BIM, le statut isolé (sans conjoint/cohabitant et sans enfant), la survenue du décès dans l'année, le fait de séjourner à l'hôpital (avec au moins une nuitée). Le modèle a la forme suivante :

$$Dm_{ss}_i = \beta_1 h0_{-1}_i + \beta_2 h1_{-5}_i + \beta_3 h5_{-10}_i + \dots + \beta_{20} h90_{-00}_i + \beta_{21} f0_{-1}_i + \beta_{22} f1_{-5}_i + \beta_{23} f5_{-10}_i + \dots + \beta_{41} f95_{-00}_i + \beta_{42} fland_i + \beta_{43} wall_i + \beta_{44} bim_i + \beta_{45} isol_i + \beta_{46} décès_i + \beta_{47} hospit_i + \beta_{48} cancer_i + \beta_{49} depress_i + \beta_{50} malcardiaque_i + \beta_{51} malrespi_i + \dots + \beta_{67} hypertension_i + \varepsilon_i$$

où :

- $\beta_1 \dots \beta_{20}$  sont les coefficients associés aux hommes par classe d'âge de 5 ans (jusqu'à la classe des plus de 90 ans) ;
- $\beta_{21} \dots \beta_{41}$  sont les coefficients associés aux femmes par classe d'âge de 5 ans (jusqu'à la classe des plus de 95 ans) ;
- $\beta_{42}$  est associé à la variable binaire région de domicile en Flandre (1 si domicile en Flandre, sinon 0) et  $\beta_{43}$  est associé à la variable binaire région de domicile en Wallonie (1 si domicile en Wallonie, sinon 0) ;

<sup>3</sup> Les affiliés qui décèdent ou naissent en cours d'année ont des dépenses de soins de santé sur une période inférieure à 12 mois. En travaillant avec des données annuelles, le biais est d'autant plus grand que la part des personnes décédées en début d'année ou nées en fin d'année est grande. Par conséquent, pour éviter que nos résultats soient biaisés, les dépenses de soins de santé remboursées sont mesurées mensuellement.

- $\beta_{44}$  est associé à la variable binaire statut BIM (1 si BIM, sinon 0) ;
- $\beta_{45}$  est associé à la variable binaire statut isolé (1 si isolé, sinon 0) ;
- $\beta_{46}$  est associé à la variable binaire décès (1 si décédé dans l'année en 2023, sinon 0) ;
- $\beta_{47}$  est associé à la variable binaire hospitalisation avec nuitée (1 si hospitalisé, sinon 0) ;
- $\beta_{48}$  ...  $\beta_{67}$  sont les coefficients associés aux affections chroniques étudiées.

Chaque coefficient représente, toutes choses étant égales par ailleurs, l'impact (en euro) sur les dépenses mensuelles de soins de santé remboursées de la variable qui lui est associée dans le modèle. Leur interprétation n'a du sens que s'il est statistiquement significatif.

Les résultats obtenus à partir de l'estimation du modèle linéaire sont repris dans le tableau 3.

Tous les coefficients estimés sont statistiquement significatifs au seuil de 1%, à l'exception de la maladie d'Alzheimer et de l'hépatite B et C qui ne sont pas significatives (même à 10%). Autrement dit, toutes les variables du modèle (sauf ces 2 affections chroniques) ont un impact significatif sur les dépenses de soins de santé remboursées en 2023. La survenue du décès en cours d'année, le fait d'être hospitalisé avec au moins une nuitée, d'être atteint d'une mucoviscidose, d'un cancer, d'une insuffisance rénale chronique, d'une maladie rare ou d'un problème de santé mentale nécessitant une hospitalisation en psychiatrie constituent les facteurs qui ont la plus forte incidence sur les dépenses mensuelles de soins de santé remboursées.

Sur base des coefficients estimés, toutes choses étant égales par ailleurs, une personne décédée en 2023 a coûté 2.405 euros de plus par mois à l'assurance maladie qu'une personne non décédée. Ce montant s'élève à 2.553 euros, 4.877 euros, 3.401 euros, 2.848 euros, 1.093 euros et 773 euros respectivement pour les personnes hospitalisées (avec au moins une nuitée), les personnes atteintes d'une mucoviscidose, d'une maladie rare, de problème de santé mentale nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, d'une insuffisance rénale chronique et d'un cancer.

Ces résultats corroborent nos précédentes conclusions obtenues de l'analyse descriptive de nos données.

Notons que d'autres variables ont une influence non négligeable sur les dépenses mensuelles de soins remboursées, telles que la transplantation d'organe (747 euros), la sclérose en plaques (710 euros) et le VIH (511 euros). Toutefois, après standardisation des coefficients estimés, il s'avère que l'effet de ces variables est moindre.

Il est intéressant de constater que, toutes choses étant égales par ailleurs, les affiliés atteints d'hypertension coûtent seulement 96 euros de plus par mois à l'assurance maladie comparés à un affilié non atteint. Ce résultat n'est pas surprenant puisque les affiliés hypertendus coûtent en moyenne moins à l'assurance maladie que les affiliés atteints d'autres pathologies chroniques (voir plus haut l'analyse des dépenses moyennes).

Un autre résultat en lien avec la littérature et notre analyse descriptive est l'incidence croissante de l'âge sur les dépenses de soins de santé, et ce peu importe le sexe. En effet, les coefficients estimés ont tendance à augmenter avec l'âge (surtout à partir de 45 ans), avec des niveaux relativement élevés pour les tranches d'âge extrême (0-1 ans et plus de 70 ans).

Si l'on compare les hommes aux femmes, à caractéristiques identiques, nous remarquons que les femmes âgées de 20 à 39 ans entraînent un accroissement des dépenses de soins de santé qui représente environ 2 fois celui des hommes de cette tranche d'âge. Cela s'explique certainement par l'âge de procréation des femmes. Pour les autres tranches d'âge, les écarts relatifs des impacts sont moins marqués.

Toutes choses étant égales par ailleurs, la régression linéaire indique également que le lieu de domicile (région) des affiliés influence relativement peu (moins de 8 euros) leurs dépenses mensuelles de soins de santé remboursées par l'assurance maladie.

Le coefficient de la régression associé au statut BIM nous informe que posséder ce statut entraîne une hausse des dépenses mensuelles de soins de santé remboursées de 88 euros par rapport à une personne ayant les mêmes caractéristiques mais pas ce statut. En effet, par définition, le statut BIM donne droit à un remboursement plus élevé des prestations de santé. Sans analyse complémentaire, il est difficile de dire si les affiliés BIM ont un comportement de consommation médicale différent comparés aux affiliés ordinaires.

Toutes choses étant égales par ailleurs, le fait d'être isolé (sans conjoint/cohabitant et sans enfant) est synonyme d'accroissement de 10 euros de la prise en charge mensuelle par l'assurance maladie.

Tableau 3 : Résultats de la régression linéaire (variable dépendante : dépenses mensuelles de soins de santé remboursées en 2023, en euros)

Variables explicatives	Coefficients estimés	Standard error
Homme de 0-1 an	587,62	7,58
Homme de 1-5 ans	71,22	3,74
Homme de 5-10 ans	69,89	3,30
Homme de 10-15 ans	57,60	3,19
Homme de 15-20 ans	52,90	3,15
Homme de 20-25 ans	33,85	3,20
Homme de 25-30 ans	40,19	3,15
Homme de 30-35 ans	42,60	3,06
Homme de 35-40 ans	45,80	3,10
Homme de 40-45 ans	54,75	3,09
Homme de 45-50 ans	56,97	3,13
Homme de 50-55 ans	71,29	3,09
Homme de 55-60 ans	73,25	3,16
Homme de 60-65 ans	94,42	3,37
Homme de 65-70 ans	136,03	3,80
Homme de 70-75 ans	168,48	4,32
Homme de 75-80 ans	186,31	4,90
Homme de 80-85 ans	207,38	6,22
Homme de 85-90 ans	208,89	7,38
Homme de > 90 ans	136,98	10,33
Femme de 0-1 an	551,53	7,73
Femme de 1-5 ans	57,78	3,83
Femme de 5-10 ans	56,82	3,36
Femme de 10-15 ans	60,20	3,24

Femme de 15-20 ans	66,86	3,23
Femme de 20-25 ans	55,79	3,24
Femme de 25-30 ans	82,45	3,09
Femme de 30-35 ans	115,97	2,99
Femme de 35-40 ans	94,09	3,02
Femme de 40-45 ans	75,99	3,03
Femme de 45-50 ans	64,92	3,07
Femme de 50-55 ans	70,59	3,07
Femme de 55-60 ans	77,60	3,17
Femme de 60-65 ans	86,67	3,35
Femme de 65-70 ans	99,55	3,73
Femme de 70-75 ans	128,33	4,13
Femme de 75-80 ans	150,33	4,54
Femme de 80-85 ans	174,84	5,46
Femme de 85-90 ans	192,25	5,94
Femme de 90-95 ans	125,27	7,43
Femme de > 95 ans	-109,01	11,81
Région flamande	-7,77	1,46
Région wallonne	3,76	1,49
Statut BIM	88,86	1,65
Isolé (sans conjoint/cohabitant et sans enfant)	10,28	1,66
Décédé en 2023	2.405,95	6,70
Hospitalisation avec nuitée	2.553,50	4,97
Dépression	74,60	2,22
Affection cardiovasculaire. : mal. cardiaque	294,90	5,13
Maladies respiratoires	183,09	2,55
Mucoviscidose	4.877,31	37,75
Diabète	104,49	2,70
Maladie pancréatique exocrine.	419,46	32,88
Arthrite rhumat. ou psoriasis, maladie de Crohn, colite ulcér.	421,33	7,14
Psychose	253,03	5,46
Parkinson	392,04	9,82
Epilepsie	292,82	4,53
VIH	511,20	10,60
Hépatite B et C chronique	-124,76 <sup>(ns)</sup>	51,67
Sclérose en plaques	710,22	43,01
Transplantation. d'organe	747,04	20,87
Alzheimer	24,33 <sup>(ns)</sup>	14,67
Insuffisance rénale chronique	1.093,50	10,07
Cancer	773,72	4,76
Admission psy.	2.848,10	7,79
Maladie rare	3.401,01	16,60
Affection cardiovasculaire : hypertension	96,70	1,80
Nombre d'observations	2.198.168	
R-carré ajusté	0,3912	
<b>Note :</b> (ns) = non significatif au seuil de 10%; tous les autres coefficients estimés sont significatifs au seuil de 1%.		

## 04 Conclusion

### Évolution de la concentration des dépenses de santé entre 2014 et 2023

**La concentration des dépenses de santé pour l'ensemble de la population a peu évolué entre 2014 et 2023 :** il subsiste toujours une forte concentration des dépenses de santé. Le Top 1% est responsable d'environ 30% des dépenses totales de santé de l'assurance obligatoire en 2023, tandis que les 60% des membres ayant les dépenses

les plus faibles le sont pour 8,1%. Cette forte concentration des dépenses de santé était déjà observée en 2014 et 2018. **On constate toutefois une concentration accrue des dépenses au sein du Top 1%** : leur part dans les dépenses totales augmente de 28,9% à 30,8% entre 2014 et 2023. Les dépenses moyennes ont également augmenté plus fortement au sein du Top 1% (+50,9%) que pour l'ensemble de la population (+41,6%).

**Le profil du Top 1% a aussi évolué depuis 2014.** On constate une diminution du nombre de personnes décédées, une baisse de la part des personnes âgées de 80 ans et plus et une augmentation du nombre de personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques. On observe également que l'âge moyen du Top 1% a diminué.

## Profil du Top 1%

Par rapport à l'ensemble de la population, on retrouve dans le Top 1% relativement :

- **Plus de personnes âgées** : environ la moitié du Top 1% a 65 ans et plus, contre environ **1 personne sur 6** dans la population totale.
- **Plus de personnes décédées** : environ 1 personne sur 10 du Top 1% est décédée en 2023, contre moins de 1% dans la population totale.
- **Plus de personnes ayant connu au moins une période d'incapacité de travail.**
- **Plus de personnes atteintes d'une maladie chronique** : plus de 9 personnes sur 10 sont atteintes d'une maladie chronique. La moitié souffre d'hypertension et 1 personne sur 3 est atteinte de dépression. De plus, près de 1 personne sur 5 est également confronté à une hospitalisation en psychiatrie à cause d'un problème de santé mentale nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, un cancer et/ou une maladie respiratoire.
- **Plus de personnes atteintes de comorbidités (association de plusieurs maladies chroniques)** : les personnes du Top 1% souffrent plus souvent de plusieurs maladies chroniques, et ces personnes représentent une part disproportionnée des dépenses :
  - Les personnes atteintes de 2 maladies chroniques représentent 6,9% de la population totale mais bénéficient de 22,5% des dépenses totales de santé 2.2à charge de l'assurance obligatoire (soit 3 fois plus).
  - Les personnes atteintes de 3 maladies chroniques représentent 2,2% de la population totale mais bénéficient de 12,9% des dépenses (soit 6 fois plus).
  - Les personnes atteintes d'au moins 4 maladies chroniques représentent 0,7% de la population totale mais bénéficient de 7,6% des dépenses (soit 10 fois plus).
- **Plus de personnes ayant droit à l'intervention majorée** : plus de 1 personne sur 3 y ont droit, contre seulement 1 personne sur 8 dans l'ensemble de la population.
- **Plus de personnes recevant des soins à domicile** : environ 1 personne sur 6 reçoit des soins à domicile dans le Top 1%, contre seulement 1,3% dans l'ensemble de la population.

## Les dépenses liées aux maladies chroniques potentiellement évitables

Bien que « seulement » 27% des membres soient atteints d'une maladie chronique, ces personnes représentent 69,5% des dépenses de santé à charge de l'assurance maladie obligatoire :

- Les 16,9% des membres souffrant d'hypertension représentent 41% des dépenses.
- Les 6,9% des membres souffrant de dépression représentent 21% des dépenses.
- Les 4,7% des membres souffrant de maladies respiratoires représentent 13% des dépenses.
- Les 4,6% des membres souffrant de diabète représentent 13% des dépenses.
- Les 1,5% des membres atteints de cancer représentent 13% des dépenses.
- Enfin, les 0,5% des membres qui sont hospitalisés en psychiatrie à cause d'un problème de santé mentale représentent 10% des dépenses.

La grande majorité des personnes ayant les dépenses les plus élevées souffre d'au moins une maladie chronique, et la majorité d'entre elles en ont plusieurs. Les résultats de la régression statistique montrent qu'un individu atteint de :

- Hypertension coûte en moyenne 96,7 € de plus par mois à l'assurance maladie qu'un individu sans hypertension présentant les mêmes caractéristiques (même âge, sexe, région de domicile, bénéficiaire ou pas du statut BIM, etc.). L'hypertension à elle seule ne représente pas un coût élevé pour l'assurance maladie comparée à d'autres maladies chroniques. Ce sont surtout les comorbidités fréquentes associées à l'hypertension qui entraînent des dépenses importantes.
- Dépression coûte 74,6 € de plus par mois.
- Maladie respiratoire coûte 183,1 € de plus par mois.
- Diabète coûte 104,5 € de plus par mois.
- Cancer coûte 773,7 € de plus par mois.
- Un problème de santé mentale nécessitant une hospitalisation en psychiatrie coûte 2848,1 € de plus par mois.

## 05 Recommandations

---

- Depuis 2014, la prévalence des malades chroniques ne cesse d'augmenter et nous nous attendons à une poursuite de cette hausse à l'avenir. Afin d'enrayer cette tendance, il est indispensable d'investir davantage dans la prévention et d'améliorer les conditions de vie des citoyens (éducation, alimentation, promotion de l'activité physique, conditions de vie et de travail saines...) suite aux constats suivants :
  - La Belgique dépense seulement 0,34 % du PIB total pour des soins de santé préventifs selon la Commission européenne, ce qui est largement inférieur à la moyenne de l'UE, qui est de 0,65 % [22]. En 2021, la Belgique a consacré 3 %

de son budget total de soins de santé à la prévention, alors qu'au niveau européen ce taux est de 6,1%. Nous constatons que les dépenses sont principalement allouées à l'éducation et moins à d'autres stratégies de prévention efficaces telles que les interventions sur le mode de vie et l'environnement ou les programmes de coaching et de trajets d'accompagnement.

- Certaines maladies chroniques telles que l'hypertension, les maladies cardiaques, le diabète ou la dépression peuvent résulter d'une mauvaise alimentation, du manque d'exercice, du stress, du tabagisme ou d'une consommation excessive d'alcool, à côté de facteurs génétiques et environnementaux, tels que la qualité de l'air.
- Une gestion proactive des maladies chroniques par une politique basée sur des objectifs de (soins de) santé avec une approche globale et intégrée. Nous proposons les actions suivantes :
  - Stimuler et encourager l'innovation technologique, pour autant qu'elle soit evidence-based, notamment dans le secteur du dépistage précoce (tests de détection précoce) des maladies chroniques.
  - Organiser un enregistrement et un partage de données entre prestataires pour améliorer la prise en charge de la personne atteinte d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) et les prises de décisions.
  - Soutenir les interventions qui visent à identifier le patient chronique dans un stade précoce de sa maladie. Des travaux scientifiques ont mis en évidence le fait que des personnes soumises à un trouble de santé signalent ce problème à d'autres prestataires que le médecin (par exemple, le pharmacien), ce qui peut retarder une prise en charge efficace de la maladie.
  - Voir dans quelle mesure il existe des trajets de soins plus efficaces, sans porter atteinte à la qualité des soins. Nous savons qu'il existe une marge de progression dans le domaine des alternatives aux soins institutionnalisés comme par exemple la dialyse à domicile qui est tout aussi efficace que celle réalisée en institution et moins chère.
  - renforcer la littératie en santé chez les personnes atteintes de maladies chroniques : aider le patient et/ou son entourage à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux la maladie chronique qui le touche (éducation thérapeutique), informer le patient de façon accessible des opportunités liées aux avancées médicales, technologiques, digitales pour renforcer son empowerment (pouvoir d'agir), encourager les professionnels de santé à utiliser des techniques de communication facilitant le dialogue (ex. encourager à poser des questions, demander de reformuler ce qu'ils ont compris, etc).
  - Promouvoir une organisation des soins de qualité en favorisant le suivi des patients chroniques avec des affections courantes ou des symptômes modérés, par une équipe coordonnée de première ligne, tout en respectant le libre choix du patient.
- Étant donné les dépenses de santé plus élevées chez les personnes en incapacité de travail, il est essentiel d'investir dans un travail viable, la prévention et le soutien des personnes en incapacité de travail. Cela doit être une priorité. Il est donc crucial de mettre en place une politique favorisant la collaboration entre les différents acteurs. Étant donné que l'incapacité de travail résulte d'une combinaison complexe de divers facteurs, cette problématique doit également être prise en compte lors de l'élaboration d'une politique de soins intégrée.

## 06 Références

---

- [1] OECD, *Health at a Glance*. in *Health at a Glance*. OECD, 2023. doi: 10.1787/7a7afb35-en.
- [2] OECD, *Health at a Glance: Europe 2020*. 2020. doi: 10.1787/9789264055896-ko.
- [3] Studiecommissie voor de vergrijzing, “Jaarlijks verslag,” 2024.
- [4] W. Kestens, G. Karakaya, L. Bruyneel, M. Lona, and A. Leclercq, “De concentratie van de gezondheidsuitgaven in 2010 en 2018,” Brussels, Jun. 2019.
- [5] E. M. Mitchell, “Concentration of Healthcare Expenditures and Selected Characteristics of Persons With High Expenses, U.S. Civilian Noninstitutionalized Population, 2020,” 2020. [Online]. Available: [https://meps.ahrq.gov/about\\_meps/Price\\_Index.shtml](https://meps.ahrq.gov/about_meps/Price_Index.shtml)
- [6] 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, doi: 10.1136/bmjopen-2017-017775.
- [7] M. L. Berk and A. C. Monheit, “The concentration of health expenditures: An update,” *Health Aff*, vol. 11, no. 4, pp. 145–149, 1992, doi: 10.1377/hlthaff.11.4.145.
- [8] 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, doi: 10.1371/journal.pone.0217353.
- [9] 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, doi: 10.1136/bmjopen-2018-023113.
- [10] 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, doi: 10.1016/j.hjdsi.2016.11.002.
- [11] 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, doi: 10.1136/bmjopen-2017-017775.
- [12] J. Wick *et al.*, “Identifying subgroups of adult high-cost health care users: a retrospective analysis,” *CMAJ Open*, vol. 10, no. 2, pp. E390–E399, Apr. 2022, doi: 10.9778/cmajo.20210265.
- [13] N. D. Berkman, E. Chang, J. Seibert, and R. Ali, “Characteristics of High-Need, High-Cost Patients,” *Ann Intern Med*, vol. 175, no. 12, pp. 1728–1741, Nov. 2022, doi: 10.7326/M21-4562.
- [14] W. Yang *et al.*, “Economic costs of diabetes in the U.S. in 2017,” *Diabetes Care*, vol. 41, no. 5, pp. 917–928, May 2018, doi: 10.2337/dci18-0007.



- [15] G. Karakaya, M. Lona, and L. Bruyneel, "Studie over de chronische aandoeningen in België," Brussel, België, 2020.
- [16] Sciensano, "Niet-Overdraagbare Aandoeningen: Algemeen overzicht," Health Status Report. Accessed: Sep. 05, 2024. [Online]. Available: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/algemeen-overzicht>
- [17] Sciensano, "Chronische ziekte." Accessed: Sep. 05, 2024. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/chronische-ziekte#wat-zijn-de-oorzaken-van-chronische-ziekten->
- [18] S. Drieskes *et al.*, "Gezondheidsenquête 2018: Levensstijl. Samenvatting van de resultaten," Brussel, België, 2018. Accessed: Sep. 26, 2024. [Online]. Available: [www.gezondheidsenquête.be](http://www.gezondheidsenquête.be)
- [19] Sciensano, "Determinanten van Gezondheid: Luchtkwaliteit," Mar. 25, 2024, Brussel. Accessed: Sep. 05, 2024. [Online]. Available: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/luchtkwaliteit>
- [20] G. Karakaya, V. Vanrillaer, and R. Van Tielen, "Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg Een analyse van de terugbetalingen," *Onafhankelijke Ziekenfondsen*, 2013.
- [21] Statbel, "Index van de consumptieprijzen, volgens basisjaar, COICOP nomenclatuur, per jaar en maand." Accessed: Sep. 05, 2024. [Online]. Available: <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=ea07572b-7fc4-40f7-af62-d20b70941e86>
- [22] Eurostat, "Preventive health care expenditure statistics: current expenditure on preventive healthcare relative to GDP, 2021." Accessed: Sep. 27, 2024. [Online]. Available: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive\\_health\\_care\\_expenditure\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics)



Route de Lennik 788 A - 1070 Bruxelles  
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

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

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, mars 2025  
(numéro d'entreprise 411.766.483)

Les Mutualités Libres regroupent :

