

# De concentratie van de gezondheidsuitgaven in 2023, en de evolutie ervan sinds 2014

Een analyse bij de leden van de Onafhankelijke  
Ziekenfondsen

Een publicatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen  
Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel  
T 02 778 92 11  
commu@mloz.be

—

Redactie > KESTENS Wies, KARAKAYA Güngör

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

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, maart 2025  
(ondernemingsnummer 411.766.483)

# De concentratie van de gezondheidsuitgaven in 2023, en de evolutie ervan sinds 2014

Analyse van de administratieve  
terugbetalingsgegevens van de vaakst afgeleverde  
geneesmiddelen en hun evolutie tussen 2013 en 2022

01	Inleiding.....	3
	Onderzoeksvragen .....	4
02	Methodologie .....	5
	Studiedesign .....	5
	Studiepopulatie .....	5
	Studievariabelen .....	6
	Analyses.....	8
	Studiebeperkingen.....	9
03	Resultaten.....	9
	Evolutie van de concentratie van de uitgaven ten laste van de verplichte verzekering tussen 2010 en 2023.....	9
	Het profiel van de leden met de hoogste gezondheidszorguitgaven in 2023 .....	10
	Resultaten van het statistisch model .....	17
04	Conclusie.....	20
	Evolutie van de concentratie van de gezondheidsuitgaven ten laste van de verplichte verzekering tussen 2014 en 2023 .....	20
	Profiel van de Top 1% .....	21
	De uitgaven aan potentieel vermijdbare chronische ziektes .....	21
05	Aanbevelingen .....	22
06	Referenties .....	24

# 01 Inleiding

---

In België besteden de overheden en de inwoners samen ongeveer 10.9% van het bruto binnenlands product (BBP) aan gezondheidszorg in 2022, wat hoger is dan het OECD-gemiddelde (9.2%) en Nederland (10.2%) maar lager dan Frankrijk (12.1%) en Duitsland (12.7%) [1]. Het is ook een stijging ten opzichte van de 10% van het BBP in 2019 [2]. De Studiecommissie voor de Vergrijzing berekent dat de publieke uitgaven, de uitgaven van de overheden dus, aan gezondheidszorg zullen toenemen van 8.1% van het BBP in 2023 tot 10.4% van het BBP in 2050 [3]. Het is dan ook van belang om deze uitgaven regelmatig te analyseren.

In vorig onderzoek stelden we reeds een zeer sterke concentratie van de gezondheidsuitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering bij een klein deel van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen vast: bij 1% van de leden concentreerde zich 28.1% van de uitgaven in 2018 en bij 10% van de leden concentreerde zich 72% van de uitgaven in 2018 [4]. Dit is vergelijkbaar met andere landen: In 2019 was in de Verenigde Staten 10% van de bevolking verantwoordelijk voor 65.0% van de gezondheidsuitgaven en 1% voor 20.7% [5]. In Nederland was in 2013 1% verantwoordelijk voor 23% van de uitgaven [6]. Deze concentratie aan gezondheidsuitgaven is ook geen nieuw gegeven: in 1970 was de 1% van de inwoners van de Verenigde Staten al verantwoordelijk voor 26% van de gezondheidsuitgaven en de 10% voor 66% [7].

Om de concentratie van de gezondheidsuitgaven te begrijpen dienen we het profiel van de Top 1% en Top 10% grootste gebruikers te analyseren. Uit onderzoek blijkt dat tot de personen met de 1%-10% hoogste gezondheidsuitgaven relatief meer ouderen, personen die overlijden, personen met één of meer chronische ziektes, vrouwen, etnische minderheden, personen met een handicap en personen met een lagere socio-economische status behoren [8], [9], [10], [11], [12], [13]. Onze vorige studie bevestigde reeds enkele van deze vaststellingen: binnen de Top 1% is de helft 65-plusser (vs. 15% bij de volledige populatie), overlijdt ongeveer 1 op de 10 (vs. 1% bij volledige populatie), en heeft 4 op 10 recht op de verhoogde tegemoetkoming (vs. 13% bij volledige populatie) [4]. Ook zijn chronische ziektes zeer prevalent: 71% van de Top 10% en 91% van de Top 1% heeft minstens één chronische ziekte in 2018 en de meerderheid heeft er minstens twee. Chronische ziektes brengen dus een hoge kost voor de ziekteverzekering met zich mee. Naast directe uitgaven binnen de gezondheidszorg zijn er ook indirecte kosten door verhoogde afwezigheid door ziekte op het werk (arbeidsongeschiktheid), verminderde productiviteit (op het werk of thuis), en verloren productiviteit door vroegtijdige sterfte [14], die niet geïnccludeerd worden in deze cijfers.

In 2018 werd 1 op de 4 leden geconfronteerd worden met één of meerdere chronische ziekten, een stijging van 5.5 procentpunt ten opzichte van 2010 [15]. Een belangrijke stijging, die voornamelijk een reeds langlopende trend verder bevestigt. Deze stijging wordt niet enkel veroorzaakt door een toegenomen levensverwachting en vergrijzing [16], maar onder andere ook door een ongezonde levensstijl: veel directe oorzaken en risicofactoren voor chronische ziektes zijn gebonden aan levensstijlfactoren [17]. Belgen scoren echter nog steeds onvoldoende op de vier belangrijkste parameters van een gezonde leefstijl: consumptie van alcohol, tabak, gezonde voeding en voldoende beweging. Zo rookt 15.4% dagelijks, consumeren Belgen meer alcohol dan het gemiddelde van de andere OECD landen en doen ze vaker aan *bingedinking*,

haalt slechts 29% de aanbevolen 150 minuten intensieve fysieke activiteit per week en eet slechts 15% van de volwassenen dagelijks 5 of meer porties groenten of fruit [1]. Ook een slechte luchtkwaliteit draagt in belangrijke mate bij tot ziekte en vroegtijdige sterfte, omdat het o.a. hart- en vaatziekten, ademhalingsaandoeningen en longkanker kan veroorzaken. Hoewel de luchtkwaliteit verbetert scoort België internationaal nog steeds slecht [18]. Preventie is dan ook uitermate belangrijk om chronische ziektes te voorkomen, en zo ook de overheidsuitgaven aan gezondheidszorg onder controle te houden.

## Onderzoeksvragen

We formuleren onze onderzoeksvragen als volgt:

- Hoe is de concentratie van gezondheidsuitgaven ten laste van de verplichte verzekering bij leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen geëvolueerd tussen 2014 en 2023?
- Wat is het profiel van de personen met de hoogste gezondheidsuitgaven in 2023 en hoe is dit profiel geëvolueerd sinds 2014?

## 02 Methodologie

---

### Studiedesign

Een retrospectieve longitudinale studie wordt uitgevoerd op de periode 2014-2023.

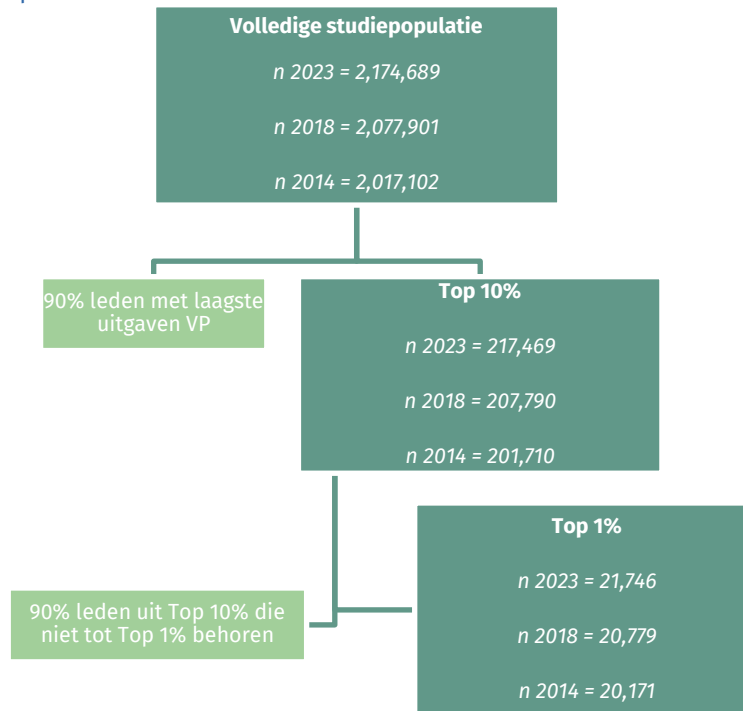
### Studiepopulatie

De gegevens die gebruikt worden in het kader van deze studie, zijn de administratieve data met betrekking tot de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2014, 2018 en 2023. Het gaat hierbij om de bevolkingsgegevens, dit wil zeggen een reeks algemene inlichtingen zoals het geboortjaar, het geslacht, het recht of niet op de verschillende forfaitaire bedragen, enz.

De populatie van onze studie wordt gevormd door de personen die zonder onderbreking aangesloten waren bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 1 januari en 31 december van respectievelijk 2014, 2018 en 2023. We includeren daarbij ook de overledenen en de kinderen die geboren zijn in de loop van het jaar. Worden dus uitgesloten: de verzekerden die gemuteerd zijn naar andere verzekeringsinstellingen of die pas in de loop van het jaar toegetreden zijn (met uitzondering van de pasgeborenen). Ook de leden met een internationaal verdrag of die in het buitenland resideren, worden buiten beschouwing gelaten. **In totaal bestaat de studiepopulatie uit 2,017,102 leden in 2014, uit 2,077,901 leden in 2018, en uit 2,174,689 leden in 2023.**

Wij hebben drie groepen van zorggebruikers samengesteld op basis van het niveau van hun uitgaven geneeskundige verzorging die terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering: de Top 1%, namelijk de 1% personen met de hoogste gezondheidsuitgaven, de Top 10%, namelijk de 10% personen met de hoogste gezondheidsuitgaven, en de volledige populatie, die dus zowel de Top 1%, de Top 10% als alle andere leden bevat. Onze studiepopulatie ziet er dan ook als volgt uit:

Figuur 1: Studiepopulatie



## Studievariabelen

### De uitgaven

De administratieve gegevens bevatten gegevens over de uitgaven aan geneeskundige verzorging. Voor dit onderzoek gebruiken we alle geneeskundige verstrekkingen gerealiseerd tussen 1 januari en 31 december van 2014, 2018 en 2023 die terugbetaald werden door de ziekteverzekering. De administratieve gegevens werden aangevuld of gecorrigeerd, wanneer nodig, zoals bijvoorbeeld voor de verpleegdagprijs aan 100%. Dit wordt verder gedetailleerd in vorig onderzoek [19].

We **excluderen** hier de forfaits woonzorgcentrum. Door de regionalisering zijn de gegevens hieromtrent niet meer beschikbaar voor Vlaanderen. We excluderen de gegevens voor Vlaanderen, Wallonië en Brussel hiervoor dan ook uit onze gegevens, zowel in 2014, 2018 als 2023.

### Variabelen om de evolutie van de uitgaven te verklaren

We gebruiken een aantal karakteristieken om onze populatie te bestuderen, waarbij we ons baseren op de methodologische keuzes van het vorig onderzoek [19]:

- De leeftijd van het individu op 31 december van het betrokken jaar;
- Het geslacht van het individu op 31 december van het betrokken jaar;
- Het recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT) van het individu op 31 december van het betrokken jaar;
- Personen met VT krijgen een groter deel van hun uitgaven voor gezondheidszorg en geneesmiddelen krijgen terugbetaald. Dit recht wordt toegekend op basis van een inkomen, sociaal statuut of bepaalde

tegemoetkomingen<sup>1</sup>. Dit statuut kan gebruikt worden als indicator (een benadering) voor de socio-economische situatie van de verzekerde. We onderscheiden verzekerden met recht op verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering (VT) of zonder dit recht (geen VT).

- Het overlijden van het individu tijdens het betrokken jaar;
- Het hebben van minstens één periode van arbeidsongeschiktheid;
  - Elke persoon die minstens één periode van arbeidsongeschiktheid doormaakt wordt hierbij beschouwd. We maken geen onderscheid tussen periodes in primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan 12 maanden arbeidsongeschikt) en periodes in invaliditeit (meer dan 12 maanden arbeidsongeschikt);
  - Onze gegevens laten ons toe om de personen te identificeren met een periode van arbeidsongeschiktheid die langer duurt dan de periode van het gewaarborgd loon (namelijk 30 dagen voor bedienden, 14 dagen voor arbeiders,). Onze gegevens laten ons niet toe om arbeidsongeschiktheid bij ambtenaren te identificeren.
- Chronische ziektes;
  - We beschikken niet over de medische diagnose van de aandoeningen waaraan de personen lijden. We definiëren diagnoseproxies (waarbij we kanker ook als een chronische ziekte beschouwen) die enerzijds gebaseerd zijn op een criterium voor het gebruik van specifieke geneesmiddelen gedurende bepaalde tijd (minimaal 90 behandelingsdagen per jaar, of 120 dagen voor depressie en andere stemmingsstoornissen), en anderzijds op de facturatie van bepaalde nomenclatuurcodes van het RIZIV of specifieke ziekenhuisopnames (voor nierinsufficiëntie, diabetes, geestelijke gezondheid, kanker en orgaantransplantatie). Deze methodologie wordt uitvoerig beschreven in vorig onderzoek [19].
  - De geïdentificeerde chronische ziektes zijn:
    - Hypertensie
    - Depressie
    - Psychose
    - Luchtwegaandoening, namelijk astma of COPD/BPCO
    - Psy. opname, namelijk een geestelijke gezondheidsprobleem waarvoor een ziekenhuisopname op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis of in een psychiatrisch ziekenhuis nodig is
    - Nierfalen
    - Kanker: dit wordt geïdentificeerd aan de hand van de multidisciplinaire oncologische consulten in het huidige of voorgaande jaar.
    - Zeldzame ziekte
    - Diabetes

<sup>1</sup> RIZIV - Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten:  
<https://www.riziv.fgov.be/nl/themes/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx>

- Hartziekte
- Mucoviscidose
- Exocriene pancreasaandoeningen
- Psoriasis
- Reumatoïde artritis of psoriasis, artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa
- Parkinson
- Epilepsie
- HIV
- Chronische hepatitis B en C
- Multiple sclerose
- Orgaantransplantatie
- Alzheimer
- Thuiszorg:
  - Indien de persoon recht heeft op verpleegkundige zorg, forfait B of C. Deze forfaits tonen een zware afhankelijkheid aan.
  - Indien de persoon recht op langdurige of intensieve kine-revalidatie heeft.

## Analyses

De evolutie van de concentratie van de gezondheidsuitgaven onderzoeken we door de cumulatie van de uitgaven binnen de verplichte verzekering (VP) in 2014, 2018 en 2023 visueel en beschrijvend te vergelijken.

De studievariabelen worden gebruikt om de (eventuele) veranderingen in de concentratie van gezondheidsuitgaven tussen 2014 en 2023 te verklaren. Ten eerste voeren we een beschrijvende analyse uit op het profiel van de populatie in 2023 waarbij we deze bevindingen vergelijken met de resultaten uit 2014. We hebben daarbij specifiek aandacht voor chronische ziektes en hun prevalentie binnen de Top 1% en Top 10%.

Ten slotte stellen we, naar analogie met de vorige onderzoeken die we hieromtrent uitvoerden, een meervoudig lineair model op dat zich baseert op de methode van de kleinste-kwadratenmethode (KKM) voor de analyse van de relatie tussen de maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging in 2023 en het profiel van de populatie. Leden die geboren worden of overlijden in de loop van het jaar, hebben namelijk uitgaven voor geneeskundige verzorging gehad tijdens een periode die korter is dan 12 maanden. Elke coëfficiënt vertegenwoordigt, voor zover alles elders gelijk blijft, de impact (in euro) op de terugbetaalde maandelijkse uitgaven voor geneeskundige verzorging van de desbetreffende variabele in het model. Een interpretatie heeft enkel zin als de observatie statistisch significant is<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> We hanteren  $p < 0.05$  als grens van statistische significantie. Een p-waarde geeft weer hoe waarschijnlijk het is dat de associatie die men observeert, geobserveerd zou worden onder de nulhypothese. De nulhypothese veronderstelt dat er geen statistisch significante associatie is, in dit geval tussen duur

## Studiebeperkingen

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

# 03 Resultaten

## Evolutie van de concentratie van de uitgaven ten laste van de verplichte verzekering tussen 2010 en 2023

De gezondheidsuitgaven ten laste van de verplichte verzekering van leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen stijgen met 54% tussen 2014 en 2023, terwijl het aantal leden slechts met 9% toeneemt (Tabel 1). Ter referentie, de gezondheidsindex is met 31.6% gestegen tussen 2014 en 2023 [20]. De uitgaven bedragen 5.73 miljard euro in 2023, wat neerkomt op gemiddeld 2,609 euro per lid. Dit gemiddelde verbergt echter zeer grote verschillen en een sterke concentratie van de gezondheidsuitgaven, zoals we kunnen vaststellen aan de hand van figuur 2.

Tabel 1: Evolutie van de gezondheidsuitgaven en van het aantal leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 2014 en 2023, bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen

Jaar	Gezondheidsuitgaven ten laste van de verplichte verzekering (VP)			Aantal leden
	Totale uitgaven	Evolutie van de totale uitgaven ten opzichte van 2014	Gemiddelde uitgaven (in euro)	Evolutie van het aantal leden ten opzichte van 2014
<b>2014</b>	3,71 miljard euro	/	1,842 €	
<b>2018</b>	4,21 miljard euro	+ 13%	2,025 €	+ 3%
<b>2023</b>	5,73 miljard euro	+ 54%	2,609 €	+ 9%

Figuur 2 geeft de verdeling van de gezondheidsuitgaven over de populatie in 2014, 2018 en 2022 weer. We zien dat zowel in 2014, als in 2018 en 2023 de gezondheidsuitgaven ongelijk verdeeld zijn: een klein deel van de studiepopulatie is verantwoordelijk voor een groot deel van de uitgaven VP. Zo zien we bijvoorbeeld dat 1% van de populatie (Top 1%) in elk van de jaren verantwoordelijk is voor ongeveer 30% van de uitgaven en 10% (Top 10%) voor ongeveer 70%.

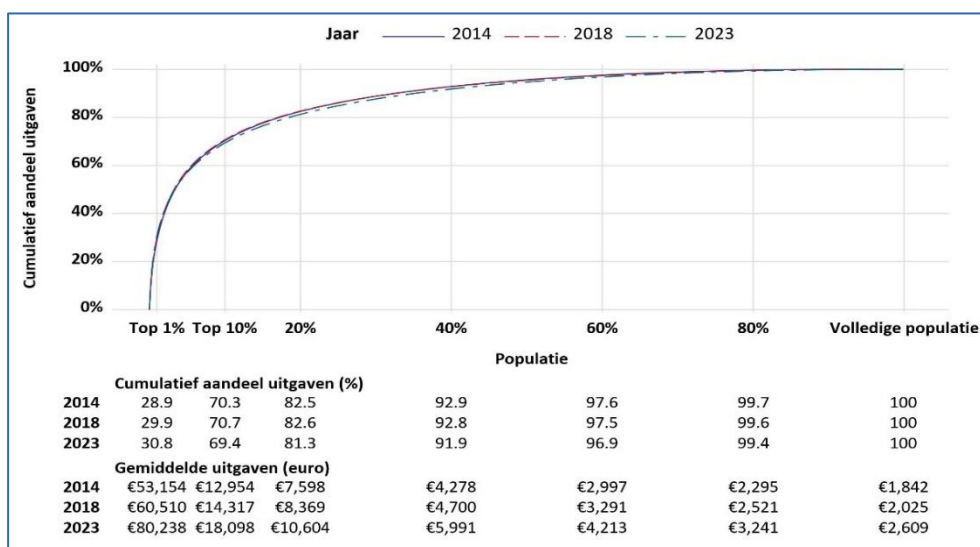
De concentratie van gezondheidsuitgaven is tussen 2014 en 2023 licht gedaald: het aandeel van de uitgaven dat de 10%, 20% of 40% personen met de hoogste uitgaven voor hun rekening nemen daalt tussen 2014 en 2023. Wel is er een verdere concentratie van de gezondheidsuitgaven bij de Top 1% van 28.9% van de uitgaven in 2014 tot 30.8% van de uitgaven in 2023.

van de raadpleging en onze verschillende verklarende variabelen. Hoe kleiner de p-waarde, hoe onwaarschijnlijker het dus is dat dergelijke statistisch significante associatie niet aanwezig zou zijn. In het geval van  $p = 0,05$  laten we een 5% kans toe dat de gevonden associaties onterecht significant zijn. Dit is de standaard in (biomedisch) onderzoek.

De gemiddelde uitgaven bedragen in 2023 € 2,609, een stijging van 41.6% sinds 2014 en van 28.8% sinds 2018. De gemiddelde uitgaven van de Top 1% zijn tussen 2014 en 2023 toegenomen met 50.9% en sinds 2018 met 32.6%.

Uit Figuur 2 blijkt ook dat een groot deel van de bevolking slechts zeer lage gezondheidsuitgaven binnen de verplichte verzekering heeft in 2023: 60% van de bevolking neemt slechts 8.1% (100%-91.9%) van de totale uitgaven VP voor hun rekening en 20% van de bevolking neemt slechts 0.6% (100%-99.4%) voor hun rekening. In 2014 gebruiken 7.0% van de leden geen terugbetaalde gezondheidszorg. In 2018 was dit cijfer gedaald tot 5.4% [4] en in 2023 is dit nog 5.0%.

Figuur 2: Concentratie van gezondheidsuitgaven in 2014, 2018 en 2023, bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



## Het profiel van de leden met de hoogste gezondheidszorguitgaven in 2023

### Karakteristieken van de leden met de hoogste gezondheidsuitgaven

Figuur 3 vergelijkt enkele karakteristieken van de Top 1% en Top 10% met die van de volledige populatie. Daarnaast wordt ook het aandeel binnen de uitgaven van de verplichte verzekering gegeven voor elk van deze karakteristieken.

#### Geslacht

In 2023 zijn er licht meer vrouwen dan mannen (respectievelijk 50.8% en 49.2%), wat zich vertaalt in een groter aandeel van de totale uitgaven bij vrouwen (respectievelijk 52.8% et 47.2%). Binnen de Top 1% vinden we iets meer mannen dan vrouwen terug (respectievelijk 51% en 49%), maar bij de Top 10% is er echter een duidelijk hoger aandeel van vrouwen dan mannen (respectievelijk 56.1% en 43.9%). Sinds 2014 is het aandeel mannen in de Top 10% toegenomen (+4.8%).

#### Leeftijd

Bij de Top 1% en Top 10% vinden we proportioneel meer oudere personen dan bij de volledige populatie. Respectievelijk 49.5% (ongeveer 1 op 2) en 43.1% van de mensen binnen de Top 1% en Top 10% in 2023 zijn 65-plussers. De groep 65-plussers

vertegenwoordigt 39% van de gezondheidsuitgaven terwijl ze slechts 16% van de totale populatie uitmaakt.

Sinds 2014 is het aandeel 65-79-jarigen in de volledige populatie toegenomen met 15% en ongeveer evenredig binnen de Top 1% en Top 10%. Het aandeel 80-plussers is dan weer gezakt met 10% binnen de volledige populatie en nog sterker binnen de Top 1%. Ondanks deze dalingen, blijven 80-plussers oververtegenwoordigd binnen de grote gebruikers van terugbetaalde gezondheidszorgen, vergeleken met de totale populatie.

### Regio

Personen die in Wallonië wonen zijn oververtegenwoordigd binnen de Top 1% en Top 10%, terwijl personen die in Vlaanderen wonen ondervertegenwoordigd zijn vergeleken met de volledige ledenpopulatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

### Overlijden

Naarmate de concentratie van gezondheidsuitgaven toeneemt, zijn er meer overledenen in 2022: van 7 op de 1.000 personen binnen de volledige populatie, naar 44 op de 1000 bij de top 10% tot 109 op 1000 (dus meer dan 1 op de 10) bij de top 1%.

Hoewel overledenen maar 0.7% van de volledige populatie uitmaken nemen ze wel 5.1% van de totale uitgaven binnen de verplichte verzekering voor hun rekening. Deze cijfers tonen dus aan dat het overlijden geassocieerd is met hoge gezondheidsuitgaven.

Tussen 2014 en 2022 daalde het aandeel van de overledenen in de Top 1% en Top 10% met meer dan 10% in relatieve termen.

### Personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT)

Bij de personen met de hoogste uitgaven vinden we proportioneel meer personen met het VT-statuuat dan bij de volledige populatie: het aandeel VT-gerechtigden is 2 à 3 keer hoger binnen de Top 1% en Top 10% dan binnen de volledige populatie.

Personen met het VT-statuuat nemen 25.3% van de uitgaven voor hun rekening terwijl ze slechts 12.8% van de volledige populatie uitmaken. Voor VT-gerechtigden wordt een groter deel van de zorguitgaven terugbetaald, wat dit deels helpt te verklaren.

Tussen 2014 en 2023 is het aandeel van VT-gerechtigden binnen de Top 1% en Top 10% gedaald.

### Thuiszorg

Van de personen met de hoogste uitgaven heeft 9.8% (Top 10%) - 15.2% (Top 1%) thuiszorg gekregen vergeleken met 1.3% van de personen binnen volledige populatie. Hoewel slechts 1.3% van de personen thuiszorg hebben gekregen, nemen die wel 9.9% van de totale uitgaven voor hun rekening. Deze cijfers suggereren dus dat het krijgen van thuiszorg geassocieerd is met hoge gezondheidsuitgaven.

Sinds 2014 is het aandeel personen met thuiszorg binnen de Top 10% en volledige populatie sterk toegenomen maar licht afgenomen gebleven binnen Top 1%.

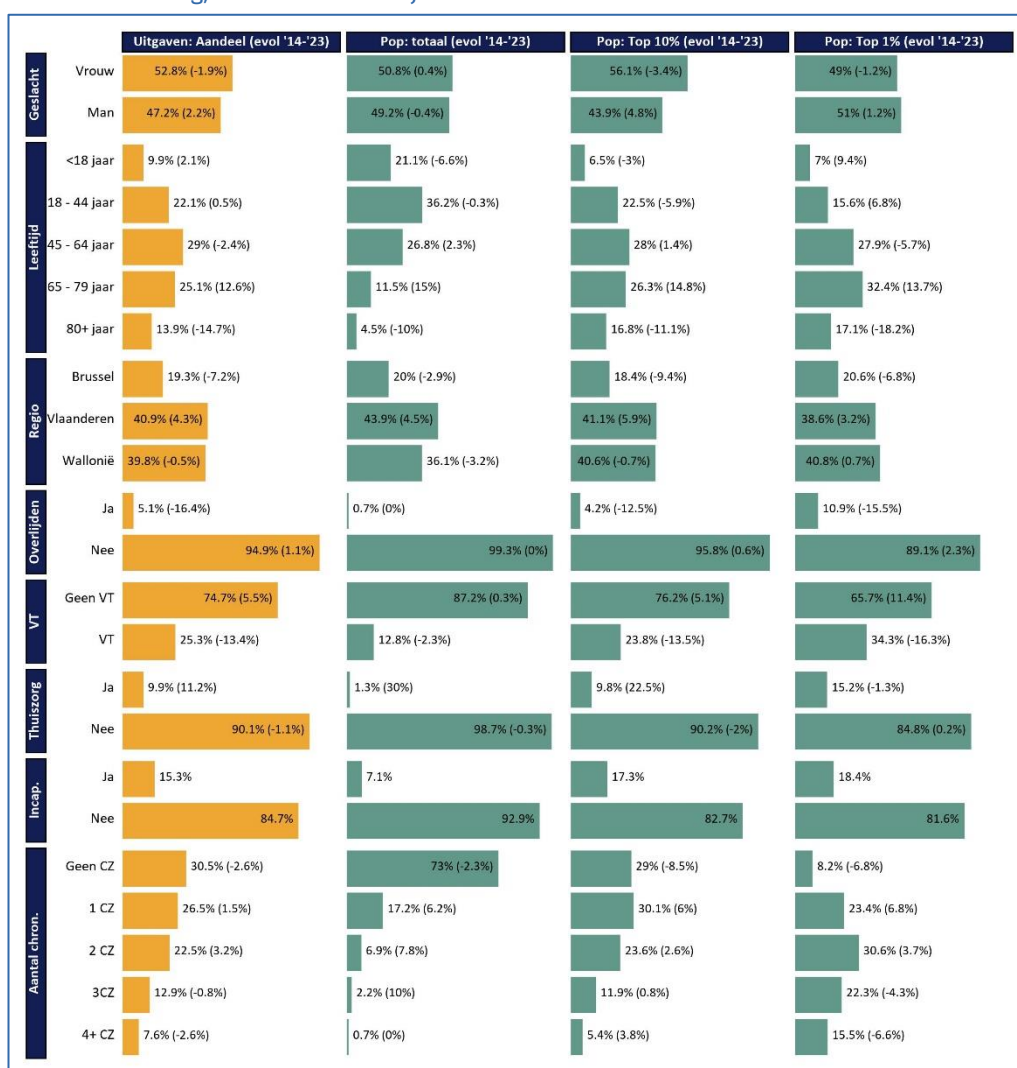
## Arbeidsongeschiktheid

Van de personen met de hoogste uitgaven wordt 17.3% (Top 10%) – 18.4% (Top 1%) geconfronteerd met arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een ziekte of arbeidsongeval. Ter herinnering, binnen de Top 1% en Top 10% maken personen van actieve leeftijd (18-64 jaar) slechts respectievelijk 50.7% en 44.1% uit. Het aandeel arbeidsongeschikten binnen de 18-64-jarige grote gebruikers ligt ongeveer op 1 op 3.

## Chronische ziekte

De overgrote meerderheid van de personen met de hoogste uitgaven heeft minstens één chronische ziekte, van 7 op 10 binnen de Top 10% tot 9 op 10 binnen de Top 1%. Binnen de gehele populatie heeft ongeveer 1 op 4 (27%) een chronische ziekte.

Figuur 3: Aandeel binnen de totale uitgaven verplichte verzekering en demografische karakteristieken van de volledige populatie en de personen met de 1% en 10% hoogste uitgaven binnen de ziekteverzekering, bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



## Prevalentie van de meest voorkomende chronische ziektes en aandeel binnen de gezondheidszorguitgaven van chronische ziektes

Figuur 4 toont de meest voorkomende chronische ziektes bij personen met de hoogste gezondheidszorguitgaven en binnen de volledige populatie. We stellen vast dat meer dan de helft van Top 1% aan **hypertensie** lijdt, evenals 16.9% van de

volledige populatie. Hypertensie komt vaak samen met andere chronische ziektes voor.

Meer dan 3 op de 10 binnen de Top 1% lijden aan **depressie**, vergeleken met slechts 6.9% van de volledige populatie. Zij nemen 21% van de gezondheidszorguitgaven voor hun rekening.

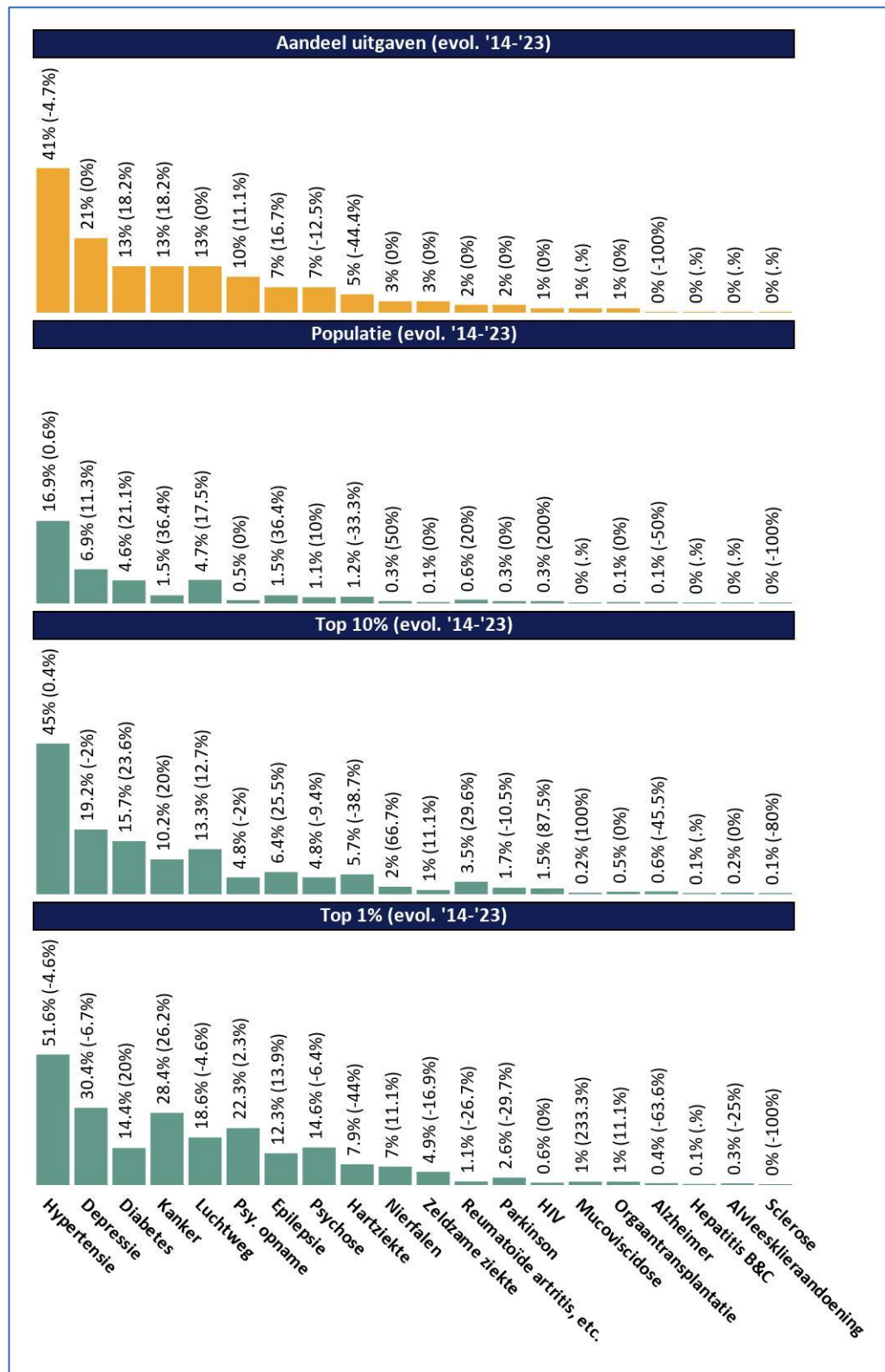
Meer dan 1 op de 4 personen binnen de Top 1% kreeg in 2022 of 2023 te maken met **kanker**, vergeleken met 1.5% van de volledige populatie. Personen met kanker nemen wel 12% van de gezondheidsuitgaven voor hun rekening. Vergeleken met 2014 ligt het aandeel personen met kanker binnen de Top 1% en Top 10% hoger in 2023.

Bij de Top 1% wordt 22.3% **opgenomen omwille van een geestelijke gezondheidsprobleem** (psy. opname), vergeleken met 0.5% binnen de algemene populatie.

Bijna 1 op de 5 personen binnen de Top 1% lijden aan **luchtwegaandoeningen** (astma of COPD), vergeleken met 4.7% binnen de volledige populatie.

Een meerderheid van de personen binnen de Top 10% en Top 1% heeft meerdere chronische ziektes, vergeleken met minder dan 1 op de 10 bij de volledige populatie.

Figuur 4: Meest voorkomende chronische aandoeningen bij personen met de hoogste gezondheidszorguitgaven in 2023 en het aandeel binnen de totale uitgaven in 2023, met de evolutie tussen 2014 en 2023, bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



### Gemiddelde gezondheidszorguitgaven van chronisch zieken

Figuur 5 tot 7 tonen het aantal personen met een chronische aandoening en hun gemiddelde uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering, en dit voor elke subpopulatie van consumenten (totale populatie, Top 10% en Top 1%). De

kwadranten worden afgebakend door de mediaanwaarde van de gemiddelde kosten van chronisch zieken met één van de bestudeerde aandoeningen en de mediaanwaarde van het aantal personen met deze aandoeningen (zie de rode lijnen in figuur 5 tot 7).

De aandoeningen die op het eerste gezicht het meest interessant lijken in termen van te ondernemen acties, zijn die welke een groot aantal verzekerden treffen en een hoge gemiddelde kost hebben (dit zijn de aandoeningen in het kwadrant rechtsboven).

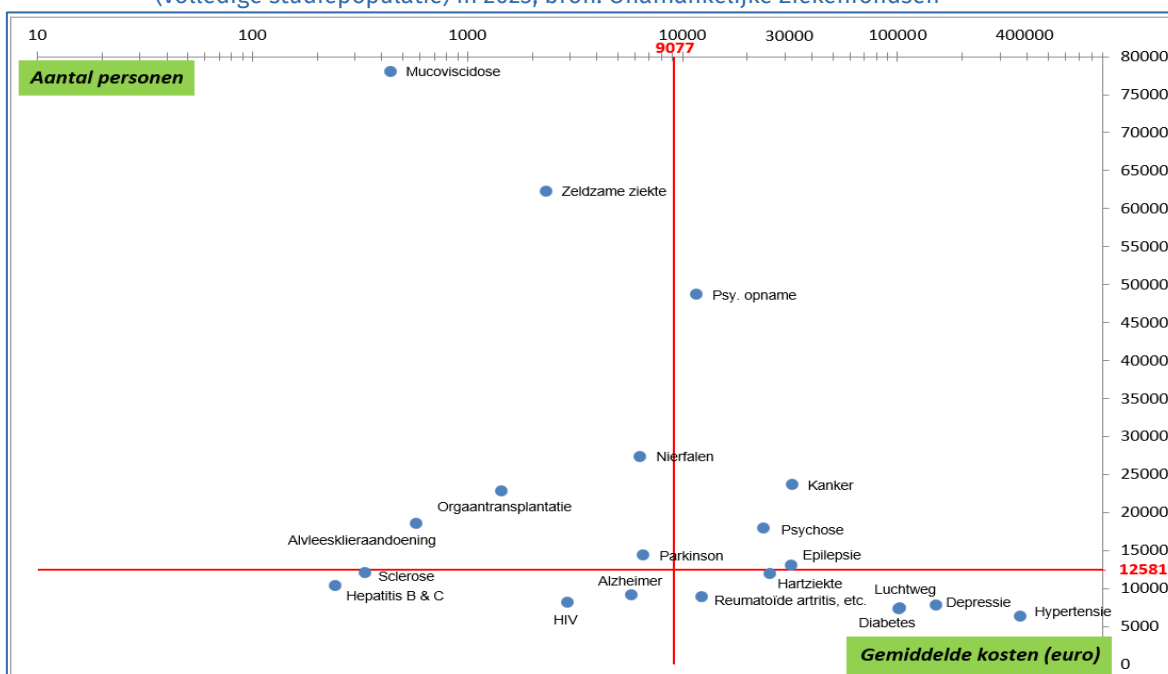
De assen van de volgende grafieken zijn weergegeven op een logaritmische schaal om de zichtbaarheid en het begrip van de spreiding van de punten te vergemakkelijken.

### Volledige studiepopulatie

Een aandoening wordt als kostbaar beschouwd wanneer de gemiddelde kost boven de mediaanwaarde van 12,581 euro ligt (figuur 5). De duurste aandoeningen zijn duidelijk zichtbaar: het gaat om mucoviscidose, zeldzame ziekten, nierinsufficiëntie en geestelijke gezondheidsproblemen waarvoor een psychiatrische opname vereist is. De gemiddelde kost voor de verplichte ziekteverzekering van personen met deze chronische aandoeningen ligt in 2023 boven de 45,000 euro.

De aandoeningen met een hoge vertegenwoordiging (in aantal personen) zijn degenen die zich rechts van de mediaanwaarde van 9,077 bevinden. De top 3 van aandoeningen op basis van prevalentie zijn hypertensie, depressie en diabetes.

Figuur 5: Aantal en gemiddelde gezondheidszorguitgaven van personen met chronische ziektes (volledige studiepopulatie) in 2023, bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



### Top 10%

Door hetzelfde type grafiek te maken voor de subpopulaties, zien we – niet verrassend – dat de mediaanwaarden die de kwadranten afbakenen sterk variëren. Om een aandoening als duur te beschouwen binnen de subpopulatie van de Top 10%, moet de gemiddelde kost nu hoger zijn dan 23,478 euro (Figuur 6). We merken op dat

de duurste aandoeningen dezelfde blijven als in de totale populatie. Daarnaast zien we weinig verschil in het aantal getroffen personen voor deze chronische aandoeningen in vergelijking met de totale populatie.

Figuur 6: Aantal en gemiddelde gezondheidszorguitgaven van personen met chronische ziektes (Top 10%) in 2023, bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



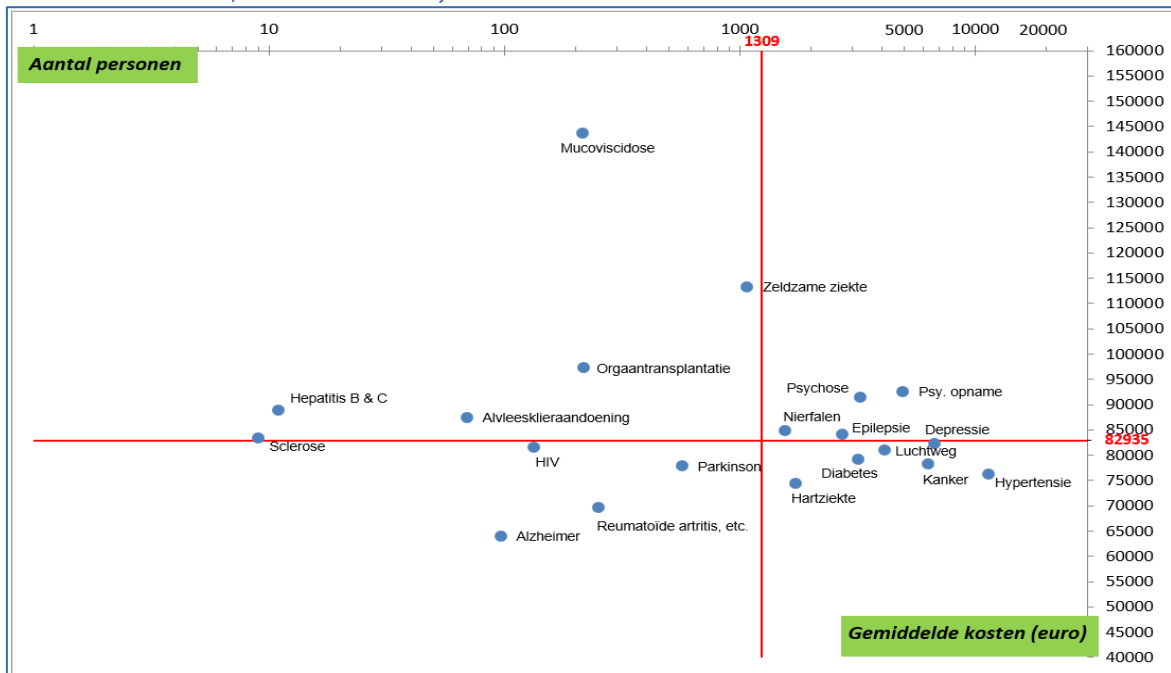
### Top 1%

De subpopulatie van de Top 1% is specifiekier dan de voorgaande groepen. De aandoening orgaantransplantatie is duurder dan de aandoening geestelijke gezondheid, en verschillende andere chronische aandoeningen benaderen de kosten van geestelijke gezondheid sterk (zoals psychose, chronische hepatitis B en C, en chronische nierinsufficiëntie).

Toch is het aantal personen met een orgaantransplantatie aanzienlijk kleiner dan het aantal mensen met geestelijke gezondheidsproblemen waarvoor een psychiatrische opname nodig is (psy. opname). Onder de grootste zorggebruikers binnen de Top 1% vinden we psychosociale aandoeningen (psy. opname, depressie, psychose), chronische nierinsufficiëntie en epilepsie terug. Deze chronische aandoeningen bevinden zich rechts en boven de mediaanwaarden die de kwadranten afbakenen.

We kunnen concluderen dat deze groep van dure aandoeningen vaak voorkomt binnen de subpopulatie van de grootste verbruikers van gezondheidszorg.

Figuur 7: Aantal en gemiddelde gezondheidszorguitgaven van personen met chronische ziektes (Top 1%) in 2023, bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



## Resultaten van het statistisch model

In deze sectie gebruiken we een multivariaat lineair model gebaseerd op de methode van de kleinste kwadraten (KKM) om de relatie te analyseren tussen de maandelijkse<sup>3</sup> uitgaven voor gezondheidszorg die worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering (VPmaand) en chronische aandoeningen, terwijl we controleren voor een reeks variabelen zoals geslacht, leeftijd, woonregio, VT-status, alleenstaande status (zonder partner/samenwonende en zonder kinderen), overlijden in de loop van het jaar en ziekenhuisopname (met minstens één overnachting). Het model heeft de volgende vorm:

$$VPmaand_i = \beta_1 h0\_1_i + \beta_2 h1\_5_i + \beta_3 h5\_10_i + \dots + \beta_{20} h90\_00_i + \beta_{21} f0\_1_i + \beta_{22} f1\_5_i + \beta_{23} f5\_10_i + \dots + \beta_{41} f95\_00_i + \beta_{42} Vlaand_i + \beta_{43} Wall_i + \beta_{44} VT_i + \beta_{45} alleen_i + \beta_{46} overlijden_i + \beta_{47} ziekenhuisopname_i + \beta_{48} kanker_i + \beta_{49} depressie_i + \beta_{50} hartziekte_i + \beta_{51} luchtweg_i + \dots + \beta_{67} hypertensie_i + \varepsilon_i$$

waarbij:

- $\beta_1 \dots \beta_{20}$  de coëfficiënten zijn die verband houden met mannen per leeftijdsklasse van 5 jaar (tot de klasse van 90-plussers);
- $\beta_{21} \dots \beta_{41}$  de coëfficiënten zijn die verband houden met vrouwen per leeftijdsklasse van 5 jaar (tot de klasse van 95-plussers);
- $\beta_{42}$  geassocieerd is met de binaire variabele woonregio Vlaanderen (1 indien woonachtig in Vlaanderen, anders 0) en  $\beta_{43}$  geassocieerd is met de binaire variabele woonregio Wallonië (1 indien woonachtig in Wallonië, anders 0);

<sup>3</sup> Verzekerden die in de loop van het jaar overlijden of geboren worden, hebben uitgaven voor gezondheidszorg over een periode van minder dan 12 maanden. Wanneer we met jaarlijkse gegevens werken, wordt de vertekening groter naarmate het aandeel van personen die begin van het jaar overlijden of laat in het jaar geboren worden, toeneemt. Om vertekening van onze resultaten te vermijden, worden de terugbetaalde uitgaven voor gezondheidszorg daarom op maandbasis gemeten.

- $\beta_{44}$  geassocieerd is met de binaire variabele VT-status (1 indien VT, anders 0);
- $\beta_{45}$  geassocieerd is met de binaire variabele alleenstaande (1 indien alleenstaand, anders 0);
- $\beta_{46}$  geassocieerd is met de binaire variabele overlijden (1 indien overleden in 2023, anders 0);
- $\beta_{47}$  geassocieerd is met de binaire variabele ziekenhuisopname met overnachting (1 indien ziekenhuisopname, anders 0);
- $\beta_{48}$  ...  $\beta_{67}$  de coëfficiënten zijn die verband houden met de bestudeerde chronische aandoeningen.

Elke coëfficiënt vertegenwoordigt, ceteris paribus, de impact (in euro) op de maandelijkse terugbetaalde uitgaven voor gezondheidszorg van de variabele waarmee hij in het model is geassocieerd. De interpretatie ervan heeft alleen betekenis als de coëfficiënt statistisch significant is.

De resultaten van de schatting van het lineaire model zijn weergegeven in Tabel 3 (Aantal observaties: 2 198 168; Aangepaste R-waarde = 0.3912). Alle geschatte coëfficiënten zijn statistisch significant op het niveau van 1%, met uitzondering van de ziekte van Alzheimer en hepatitis B en C, die zelfs op het niveau van 10% niet significant zijn. Met andere woorden, alle variabelen in het model (behalve deze twee chronische aandoeningen) hebben een significante impact op de terugbetaalde uitgaven voor gezondheidszorg in 2023. Het overlijden in de loop van het jaar, ziekenhuisopname met minstens één overnachting, het hebben van mucoviscidose, kanker, chronische nierinsufficiëntie, een zeldzame ziekte of een geestelijk gezondheidsprobleem behoren tot de factoren met de grootste invloed op de maandelijkse terugbetaalde uitgaven voor gezondheidszorg.

Op basis van de geschatte coëfficiënten, gegeven alle andere variabelen, heeft een persoon die in 2023 is overleden, de ziekteverzekering gemiddeld 2,405 euro per maand meer gekost dan een niet-overleden persoon. Dit bedrag bedraagt respectievelijk 2,553 euro, 4,877 euro, 3,401 euro, 2,848 euro, 1,093 euro en 773 euro voor personen die werden gehospitaliseerd (met minstens één overnachting), personen met mucoviscidose, een zeldzame ziekte, een geestelijk gezondheidsprobleem, chronische nierinsufficiëntie en kanker.

Deze resultaten bevestigen onze eerdere conclusies uit de beschrijvende analyse van onze gegevens.

Opmerkelijk is dat ook andere variabelen een niet te verwaarlozen impact hebben op de maandelijkse terugbetaalde uitgaven, zoals orgaantransplantatie (747 euro), multiple sclerose (710 euro) en HIV (511 euro). Echter, na standaardisatie van de geschatte coëfficiënten blijkt dat de impact van deze variabelen kleiner is.

Interessant is dat, ceteris paribus, verzekerden met hypertensie slechts 96 euro per maand meer kosten aan de ziekteverzekering dan verzekerden zonder hypertensie. Dit resultaat is niet verrassend, aangezien hypertensiepatiënten gemiddeld minder kosten aan de ziekteverzekering dan verzekerden met andere chronische aandoeningen (zie de eerdere analyse van de gemiddelde uitgaven).

Een ander resultaat dat aansluit bij de literatuur en onze beschrijvende analyse, is de stijgende impact van leeftijd op de uitgaven voor gezondheidszorg, ongeacht het geslacht. De geschatte coëfficiënten nemen over het algemeen toe met de leeftijd

(vooral vanaf 45 jaar), met relatief hoge niveaus voor de uiterste leeftijdsgroepen (0-1 jaar en ouder dan 70 jaar).

Als we mannen en vrouwen met identieke kenmerken vergelijken, zien we dat vrouwen tussen 20 en 39 jaar tot een toename van de uitgaven voor gezondheidszorg leiden die ongeveer twee keer zo groot is als die van mannen in dezelfde leeftijdsgroep. Dit kan worden verklaard door het grote aantal vrouwen van die leeftijd dat een kind krijgt, wat hoge hospitalisatiekosten met zich meebrengt. Voor andere leeftijdsgroepen zijn de relatieve verschillen minder uitgesproken.

Gegeven alle andere variabelen geeft de lineaire regressie ook aan dat de woonplaats (regio) van verzekerden slechts een beperkte invloed heeft (minder dan 8 euro) op hun maandelijkse terugbetaalde uitgaven voor gezondheidszorg.

De regressiecoëfficiënt geassocieerd met de VT-status laat zien dat het hebben van dit statuut leidt tot een stijging van de maandelijkse terugbetaalde uitgaven voor gezondheidszorg met 88 euro in vergelijking met een persoon met dezelfde kenmerken maar zonder deze status. Dit is logisch, aangezien de VT-status recht geeft op een hogere terugbetaling van medische prestaties. Zonder bijkomende analyse is het echter moeilijk om te bepalen of VT-verzekerden een ander consumptiegedrag hebben op medisch vlak in vergelijking met gewone verzekerden.

Gegeven alle andere variabelen betekent het feit dat iemand alleenstaand is (zonder partner/samenwonende en zonder kinderen) een verhoging van 10 euro van de maandelijkse terugbetaling door de ziekteverzekering.

Tabel 2: Resultaten van de lineaire regressie (afhankelijke variabele: maandelijks terugbetaalde uitgaven voor gezondheidszorg in 2023, in euro), bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen

Verklarende variabelen	Geschatte coëfficiënten	Standard error
Man van 0-1 jaar	587.62	7.58
Man van 1-4 jaar	71.22	3.74
Man van 5-9 jaar	69.89	3.30
Man van 10-14 jaar	57.60	3.19
Man van 15-19 jaar	52.90	3.15
Man van 20-24 jaar	33.85	3.20
Man van 25-29 jaar	40.19	3.15
Man van 30-34 jaar	42.60	3.06
Man van 35-39 jaar	45.80	3.10
Man van 40-44 jaar	54.75	3.09
Man van 45-49 jaar	56.97	3.13
Man van 50-54 jaar	71.29	3.09
Man van 55-59 jaar	73.25	3.16
Man van 60-64 jaar	94.42	3.37
Man van 65-69 jaar	136.03	3.80
Man van 70-74 jaar	168.48	4.32
Man van 75-79 jaar	186.31	4.90
Man van 80-84 jaar	207.38	6.22
Man van 85-89 jaar	208.89	7.38
Man van > 90 jaar	136.98	10.33
Vrouw van 0-1 jaar	551.53	7.73
Vrouw van 1-4 jaar	57.78	3.83
Vrouw van 5-9 jaar	56.82	3.36
Vrouw van 10-14 jaar	60.20	3.24
Vrouw van 15-19 jaar	66.86	3.23
Vrouw van 20-24 jaar	55.79	3.24
Vrouw van 25-29 jaar	82.45	3.09

Vrouw van 30-34 jaar	115.97	2.99
Vrouw van 35-39 jaar	94.09	3.02
Vrouw van 40-44 jaar	75.99	3.03
Vrouw van 45-49 jaar	64.92	3.07
Vrouw van 50-54 jaar	70.59	3.07
Vrouw van 55-59 jaar	77.60	3.17
Vrouw van 60-64 jaar	86.67	3.35
Vrouw van 65-69 jaar	99.55	3.73
Vrouw van 70-74 jaar	128.33	4.13
Vrouw van 75-79 jaar	150.33	4.54
Vrouw van 80-84 jaar	174.84	5.46
Vrouw van 85-89 jaar	192.25	5.94
Vrouw van 90-94 jaar	125.27	7.43
Vrouw van > 95 jaar	-109.01	11.81
Regio Vlaanderen	-7.77	1.46
Regio Wallonië	3.76	1.49
VT-status	88.86	1.65
Alleenstaand	10.28	1.66
Overlijden in 2023	2,405.95	6.70
Ziekenhuisverblijf (met overnachting)	2,553.50	4.97
Depressie	74.60	2.22
Hartziekte	294.90	5.13
Luchtwegaandoening	183.09	2.55
Mucoviscidose	4,877.31	37.75
Diabetes	104.49	2.70
Exocriene alvleesklieraandoening	419.46	32.88
Reumatoïde artritis, of psoriasis, ziekte van Crohn, Colitis ulcerosa	421.33	7.14
Psychose	253.03	5.46
Parkinson	392.04	9.82
Epilepsie	292.82	4.53
HIV	511.20	10.60
Chronische Hepatitis B et C	-124.76 (ns)	51.67
Sclerose	710.22	43.01
Organtransplantatie	747.04	20.87
Alzheimer	24.33 (ns)	14.67
Chronische nierinsufficiëntie	1,093.50	10.07
Kanker	773.72	4.76
Opname psy.	2,848.10	7.79
Zeldzame aandoening	3,401.01	16.60
Hypertensie	96.70	1.80

## 04 Conclusie

### Evolutie van de concentratie van de gezondheidsuitgaven ten laste van de verplichte verzekering tussen 2014 en 2023

**De concentratie van gezondheidsuitgaven van de volledige populatie is nauwelijks veranderd tussen 2014 en 2023:** er is nog steeds een zeer sterke concentratie van gezondheidsuitgaven. De Top 1% is verantwoordelijk voor ongeveer 30% van de totale gezondheidsuitgaven binnen de verplichte verzekering in 2023 terwijl de 80% leden met de laagste uitgaven verantwoordelijk zijn voor slechts 18.7%. Ook in 2014 en 2018 zagen we reeds deze sterke concentratie van gezondheidsuitgaven. **We zien wel een verdere concentratie van de uitgaven voor bij de Top 1%:** hun aandeel binnen de uitgaven stijgt van 28.9% tot 30.8% tussen 2014 en 2023. De gemiddelde uitgaven zijn dan ook sterker gestegen bij de Top 1% (+50.9%) dan bij de volledige populatie (+41.6%).

**Het profiel van de Top 1% is ook veranderd sinds 2014.** We stellen een daling vast van het aantal personen dat overlijdt, een daling van het aandeel 80-plussers en een stijging van het aantal personen met één of meerdere chronische ziektes. Ook zien we dat de gemiddelde leeftijd van de Top 1% is afgenomen tussen 2014 en 2023.

## Profiel van de Top 1%

In vergelijking met de volledige populatie vinden we bij de Top 1% relatief:

- **Meer oudere personen:** ongeveer de helft van de Top 1% zijn 65-plusser, vergeleken met ongeveer 1 op 6 binnen de volledige populatie.
- **Meer personen die overlijden:** ongeveer 1 op 10 van de Top 1% overlijden in 2022., vergeleken met minder dan 1 op 100 van de volledige populatie.
- Meer personen met minstens één periode van **arbeidsongeschiktheid**
- **Meer personen met een chronische ziekte:** meer dan 9 op de 10 personen binnen de Top 1% hebben een chronische ziekte. De helft heeft hypertensie en een op de drie lijdt aan depressie. Daarnaast zien we ook dat bijna 1 op de 5 ook geconfronteerd wordt met een geestelijk gezondheidsprobleem (waarvoor een opname in de psychiatrie vereist is), kanker en/of luchtwegaandoeningen.
- **Meer personen met comorbiditeiten (meerdere chronische ziektes):** personen binnen de Top 1% worden vaker geconfronteerd met meerdere chronische ziektes en personen met meerdere chronische ziektes nemen ook een disproportioneel deel van de uitgaven:
  - personen met 2 chronische ziektes maken 6.9% van de populatie uit maar vertegenwoordigen wel een 3 keer zo groot deel van de uitgaven (22.5%),
  - personen met 3 chronische ziektes maken 2.2% van de populatie uit maar vertegenwoordigen wel een 5 keer zo groot deel van de uitgaven (12.9%), en
  - personen met minstens 4 chronische ziektes maken 0.7% van de populatie uit en vertegenwoordigen een 10 keer zo groot deel van de uitgaven (7.6%).
- **Meer personen met het recht op de verhoogde tegemoetkoming:** meer dan 1 op de 3 heeft het recht op de verhoogde tegemoetkoming, vergeleken met slechts 1 op de 8 binnen de volledige populatie.
- **Meer personen met thuiszorg:** ongeveer 1 op de 6 krijgt thuiszorg binnen de Top 1%, vergeleken met 1.3% binnen de totale populatie

## De uitgaven aan potentieel vermijdbare chronische ziektes

Hoewel 'slechts' 27% van de leden geconfronteerd wordt met een chronische ziekte, nemen ze wel 69.5% van de in overweging genomen uitgaven binnen de verplichte ziekteverzekering voor hun rekening:

- de 16.9% leden met hypertensie nemen 41% van de uitgaven voor hun rekening,
- de 6.9% leden met depressie 21% van de uitgaven,
- de 4.7% leden met luchtwegaandoeningen 13% van de uitgaven,
- de 4.6% leden met diabetes 13% van de uitgaven,
- de 1.5% leden met kanker 13% van de uitgaven, en
- de 0.5% met een geestelijk gezondheidsprobleem waarvoor een psychiatrische opname tot slot 10% van de uitgaven.

De overgrote meerderheid van de personen met de hoogste uitgaven heeft dan ook minstens één chronische ziekte en een meerderheid heeft zelfs meerdere chronische ziektes.

De resultaten van de logistische regressie leren ons dan ook dat:

- een persoon met hypertensie maandelijks 96.7 euro meer kost aan de ziekteverzekering dan een persoon zonder hypertensie met dezelfde karakteristieken (dezelfde leeftijdsgroep, geslacht, woonplaats (regio), VT-statuut, etc...).
- een persoon met depressie maandelijks 74.6 euro meer,
- een persoon met luchtwegaandoeningen maandelijks 183.1 euro meer,
- een persoon met diabetes maandelijks 104.5 euro meer,
- een persoon met kanker maandelijks 773.7 euro meer, en
- een persoon met geestelijk gezondheidsprobleem waarvoor een psychiatrische opname nodig is maandelijks 2848.1 euro meer.

## 05 Aanbevelingen

---

- Sinds 2014 is de prevalentie van chronisch zieken gestegen en we verwachten een verdere toename naar de toekomst toe. Om deze tendens een halt toe te roepen moeten we meer investeren in preventie, een gezonde levensstijl promoten (voeding, lichaamsbeweging, slaap) en de leefomstandigheden verbeteren (luchtkwaliteit, onderwijs, gezonde woon- en werkomstandigheden, ...), naar aanleiding van de volgende vaststellingen:
  - Alle Belgische overheden samen spenderen volgens de Europese Commissie slechts 0.34% van het totale BBP aan preventieve gezondheidszorg, waarmee zij sterk onder het EU gemiddelde scoren dat 0.65% bedraagt [21]. In 2021 spendeerde België 3% van zijn totale gezondheidszorgbudget aan preventie in vergelijking tot het Europese gemiddelde van 6.1%. We merken dat de uitgaven voornamelijk worden ingezet voor educatie en minder in andere effectieve preventiestrategieën zoals leefstijl- en omgevingsinterventies of coaching- en begeleidingstrajecten.
  - Bepaalde chronische aandoeningen zoals hoge bloeddruk, hartziekten, diabetes type 2 of depressie kunnen immers voorkomen als gevolg van een bepaalde levensstijl, zoals ongezonde voeding, een gebrek aan beweging, stress, roken en overmatig alcoholgebruik, naast genetische- en omgevingsfactoren, zoals luchtkwaliteit.
- Een proactief beheer van chronische ziektes via een geïntegreerd zorgbeleid gericht op gezondheids(zorg)doelstellingen binnen een 5 AIM-benadering. We stellen daarbij de volgende acties voor:
  - Technologische innovatie stimuleren en aanmoedigen, op voorwaarde dat deze evidence-based is, met name in de sector van detectietests voor chronische ziekten;

- Registratie en gegevensdeling tussen zorgverleners organiseren om de zorg voor personen met één of meerdere chronische ziekten te verbeteren en de besluitvorming te optimaliseren;
- Interventies ondersteunen die gericht zijn op het vroegtijdig identificeren van chronische patiënten. Wetenschappelijke studies tonen aan dat mensen met een gezondheidsprobleem dit vaak eerst melden aan andere zorgverleners dan de arts (bijvoorbeeld de apotheker), wat een effectieve aanpak van de ziekte vertraagt;
- Onderzoeken in hoeverre er efficiëntere zorgtrajecten bestaan, zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de zorg. Er is nog ruimte voor verbetering, met name op het vlak van alternatieven voor geïnstitutionaliseerde zorg, zoals thuisdialyse, die even effectief maar goedkoper is dan dialyse in een instelling;
- De gezondheidsgeletterdheid versterken bij mensen met chronische ziektes: de patiënt en/of zijn omgeving helpen om de vaardigheden te verwerven of te behouden die nodig zijn om hun chronische ziekte zo goed mogelijk te beheren (therapeutische educatie), de patiënt op een toegankelijke manier informeren over de kansen die verbonden zijn aan medische, technologische en digitale vooruitgangen om zijn empowerment (zelfredzaamheid) te versterken, zorgprofessionals aanmoedigen om communicatietechnieken te gebruiken die de dialoog vergemakkelijken (bijv. aanmoedigen om vragen te stellen, te vragen om te herhalen wat ze begrepen hebben, enz.);
- De organisatie van kwaliteitszorg bevorderen door chronische patiënten met courante aandoeningen of matige symptomen te laten opvolgen door een gecoördineerd eerstelijnssteam, zonder hierbij de vrije keuze van de patiënt uit het oog te verliezen.
- Gezien de hogere gezondheidsuitgaven bij mensen in arbeidsongeschiktheid, moet investeren in werkbaar werk, preventie en ondersteuning van mensen in arbeidsongeschiktheid een prioriteit zijn. Het is daarom essentieel om een beleid te implementeren dat de samenwerking tussen de verschillende actoren bevordert. Aangezien arbeidsongeschiktheid het resultaat is van een complex samenspel van diverse factoren, moet deze problematiek ook meegenomen worden bij het ontwikkelen van een geïntegreerd zorgbeleid.

## 06 Referenties

---

- [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] 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>
- [19] G. Karakaya, V. Vanrillaer, and R. Van Tielen, "Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg Een analyse van de terugbetalingen," *Onafhankelijke Ziekenfondsen*, 2013.
- [20] 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>
- [21] 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)



Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel  
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

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

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, maart 2025  
(ondernemingsnummer 411.766.483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

helan  Onafhankelijk ziekenfonds

 freie  
krankenkasse

part&namut  
Mutualité Libre

