onafhankelijke ziekenfondsen

STUDIE

Chronische ziekten en multimorbiditeit

De evolutie en prevalentie van 19 chronische ziekten bij leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



mloz.be

Wies KESTENS, Ruud SAERENS, Claire HUYGHEBAERT, Evelyn MACKEN, Güngör KARAKAYA

Inhoudstafel

01 Inleiding ... 3

Onderzoeksvragen ... 4

02 Methodologie ... 5

Studiedesign ... 5

Studiepopulatie ... 5

Studievariabelen ... 5

Analyses ... 7

03 Resultaten ... 8

De prevalentie en evolutie van chronische ziekten ... 8

De evolutie van de prevalentie van een of meerdere chronische ziekten ... 8

De evolutie van specifieke chronische ziekten ... 9

De duur van chronische ziekten ... 11

De kenmerken van multimorbiditeit ... 12

Ziekteafhankelijke multimorbiditeit ... 12

Samenhang tussen de verschillende chronische ziekten ... 14

Meest voorkomende comorbiditeiten ... 15

Diagnose ... 16

Evolutie van multimorbiditeit in de 5 jaar na eerste behandeling ... 16

04 Conclusies ... 20

05 Referenties ... 22

06 Bijlages ... 23

01 Inleiding

Al gedurende vele jaren volgen we nauwgezet de evolutie van chronisch zieken binnen onze ledenpopulatie. Om chronische ziekten te identificeren maken we gebruik van diagnoseproxies gebaseerd op de chronische consumptie van geneesmiddelen of het gebruik van bepaalde types zorg op basis van administratieve terugbetalingsgegevens, aangezien we geen informatie hebben over diagnoses door artsen. In vorige studies rapporteerden we reeds de sterke stijging van chronisch zieken bij leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen: van 23,7% in 2010, tot 24,9% in 2018 en 27% in 2023 [1], [2]. Dit betekent dus een stijging van 3,4 procentpunt tussen 2010 en 2023, wat zou neerkomen op ongeveer 400 000 bijkomende chronisch zieken in België. We zien daarbij een sterke toename binnen de volledige ledenpopulatie van personen met meerdere chronische ziekten (multimorbiditeit): 6,9% heeft 2 chronische ziekten in 2024, een relatieve stijging van 6,2% ten opzichte van 2014, en 2,9% heeft minstens 3 chronische ziekten, een stijging van 7% ten opzichte van 2014. In de gezondheidsenquête van 2023/24 rapporteerde 32,1% van de respondenten aan een chronische ziekte te lijden [3]. Dat is een toename ten opzichte van 2013, waar het zelf gerapporteerde cijfer 28,6% betrof. Volgens de Global Burden of Disease studie van 2021 heeft België dan ook de vierde hoogste ziektelast van de 14 participerende EU-landen [4]. Psychische aandoeningen en stoornissen door middelengebruik, kankers en musculoskeletale aandoeningen zijn de belangrijkste geïdentificeerde oorzaken van ziektelast in deze studie. De Wereldgezondheidsorganisatie stelt dat ongeveer 1 op de 6 personen in Europa vroegtijdig sterft (tussen 30 en 70 jaar) ten gevolge van de belangrijkste niet-overdraagbare aandoeningen, namelijk cardiovasculaire aandoeningen, kanker, diabetes of respiratoire aandoeningen [5]. De vroegtijdige sterfte in België ligt wel sterk lager, ongeveer op 10%.

De geobserveerde stijging, zowel in onze studies als in de gezondheidsenquête, is het gevolg van meerdere factoren, waaronder een toegenomen levensverwachting en vergrijzing van de bevolking, verbeterde diagnostiek, screening en behandeling, maar ook een leefstijl- en omgevingsgebonden risicofactoren.

Een deel van deze chronische ziekten kan voorkomen worden: de prevalentie van niet-overdraagbare aandoeningen - waarvan cardiovasculaire ziekten, respiratoire aandoeningen, kanker en diabetes de belangrijkste zijn - zou tot 70% lager kunnen liggen door verbeterde gezondheidspromotie en ziektepreventie [6]. Belangrijke risicofactoren voor niet-overdraagbare aandoeningen zijn tabaksgebruik, schadelijk alcoholgebruik, ongezond dieet, gebrek aan fysieke activiteit en luchtvervuiling [7]. De Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Commissie pleiten dan ook om deze risicofactoren aan te pakken, bijvoorbeeld door te zorgen dat kinderen, jongeren en jongvolwassenen niet beginnen te roken of alcohol te gebruiken [6], [7]. In België gaat echter slechts 1,8% van de gezondheidsuitgaven naar preventie, vergeleken met gemiddeld 3,4% binnen de OESO-landen [8]. Belgen scoren ook nog steeds onvoldoende op de vier belangrijkste parameters van een gezonde leefstijl: consumptie van alcohol, tabak, gezonde voeding en voldoende beweging. In de gezondheidsenquête rapporteerden 7,7% van de mensen dat ze dagelijks alcohol drinken en 42,4% dat ze elke week drinken, wat neerkomt op de helft van de respondenten [9]. Het

aandeel problematische drinkers is gestegen van 9,1% in 2013 tot 18,9% in 2023-2024. Daarnaast rookte 17,6% van de Belgen regelmatig in 2023/2024 [10], en consumeerde slechts 10,5% van de Belgen ouder dan 6 jaar de minimaal aanbevolen hoeveelheid groenten en fruit en dit percentage is sinds 2018 zelfs gedaald [11]. In 2023-2024 dronk 17,9% van de bevolking dagelijks gesuikerde frisdranken, een daling ten opzichte van 2013 (25,5%). Tenslotte loopt 26,2% van de bevolking van 15 jaar en ouder een gezondheidsrisico door gebrek aan lichaamsbeweging in de vrije tijd [12]. Sedentair gedrag wordt bovendien ook afzonderlijk geassocieerd met chronische ziekten. Volgens de gezondheids-enquête 2023-2024 zit de Belg (15 jaar en ouder) ook te veel, namelijk gemiddeld 6 uur per dag [12]. Vlaams onderzoek bracht zelfs aan het licht dat 6- tot 12-jarigen en 12- tot 18-jarigen gemiddeld respectievelijk 7 en 8 uur per dag zitten [13]. Ook een slechte luchtkwaliteit en andere omgevingsfactoren dragen in belangrijke mate bij tot ziekte en vroegtijdige sterfte, omdat ze o.a. hart- en vaatziekten, respiratoire aandoeningen en longkanker kunnen veroorzaken. Hoewel de luchtkwaliteit verbetert scoort België internationaal nog steeds slecht [14].

Ook vanuit een volksgezondheidsperspectief zijn personen met chronische ziekten een belangrijke doelgroep: een recente studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen toonde dat chronisch zieken een disproportioneel aandeel binnen de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering vertegenwoordigen, dat bovendien stijgt naarmate het aantal comorbiditeiten toeneemt: 17,2% van de leden met één chronische ziekte vertegenwoordigen 26,5% van de uitgaven , 6,9% van de leden met 2 chronische zieken 22,5% en de 2,9% leden met minstens 3 chronische ziekten 20,5% [2].

Gegeven de voortdurende vergrijzing van de bevolking en de impact van chronische ziekten op de uitgaven binnen de verplichte ziekteverzekering is het belangrijk om vanuit de publieke gezondheidszorg aandacht aan chronische zieken te blijven hebben.

Onderzoeksvragen

We stellen ons dan ook de volgende onderzoeksvraag in dit onderzoek: wat is de evolutie van multimorbiditeit bij onze leden en wat kenmerkt multimorbiditeit in 2024?

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, zoeken we het antwoord op onderstaande specifieke onderzoeksvragen:

1. Hoe is de prevalentie van chronische aandoeningen en multimorbiditeit geëvolueerd tussen 2013 en 2024?
2. Wat zijn de verschillen in multimorbiditeit naargelang de specifieke chronische ziekte waar leden mee te maken krijgen en naargelang het aantal jaren dat ze reeds met die ziekte geconfronteerd worden?
3. Wat is de evolutie van chronische ziekten en multimorbiditeit in de 5 jaren na de diagnose met een chronische ziekte?

02 Methodologie

Studiedesign

Een retrospectieve longitudinale studie wordt uitgevoerd op de periode 2013-2024.

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 de periode 2013-2024.

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 in een gegeven kalender. 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 wonen, worden buiten beschouwing gelaten. De studiepopulatie bestaat jaarlijks uit 2,0 à 2,2 miljoen leden.

Studievariabelen

Wij beschikken niet over medisch-diagnostische gegevens die toelaten om exact vast te stellen welke chronische aandoeningen iemand heeft. We definiëren daarom diagnoseproxies die enerzijds gebaseerd zijn op het gebruik van specifieke geneesmiddelen gedurende een bepaalde periode (meestal een minimum van 90 dagen), en anderzijds op de facturatie van bepaalde nomenclatuurcodes van het RIZIV of specifieke ziekenhuisopnames. Tabel 1 geeft een overzicht van de gehanteerde methodologie voor het identificeren van chronische ziekten en van de aandoeningen die op basis daarvan in onze gegevens kunnen worden geïdentificeerd. We beschouwen daarbij kanker ook als een chronische ziekte. Sommige chronische ziekten groeperen we, met name cardiovasculaire aandoeningen, psychische aandoeningen, respiratoire aandoeningen, immuungerelateerde aandoeningen, zeldzame ziekten en neurologische aandoeningen. Dit doen we omdat onze methodologie niet toelaat een nauwkeuriger opsplitsing te maken binnen deze groepen aandoeningen. Zo zijn er geneesmiddelen die meerdere indicaties hebben: bijvoorbeeld geneesmiddelen die zowel voor astma als voor COPD gebruikt kunnen worden, of zowel voor depressie als voor angststoornissen.

Tabel 1:
De geïdentificeerde chronische ziektes en hun identificatiemethode op basis van administratieve terugbetalingsgegevens. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen

Chronische ziekte	Label	Identificatiemethode	Methodologische bemerkingen
'Overige' cardiovasculaire aandoeningen (overige)	Cardiovasculair - overige	Medicatie	Enkel als niet opgenomen in ernstige cardiovasculaire aandoeningen. Dit omvat onder meer patiënten die behandeld worden voor hypertensie, angina pectoris, hartritmestoornissen.
Ernstige cardiovasculaire aandoeningen	Cardiovasculair - ernstig	Nomenclatuur, medicatie	Vanaf het jaar waarin voor de eerste keer medicatie afgeleverd wordt of nomenclatuur gepresteerd wordt. Dit omvat vooral patiënten die vermoedelijk ernstig hartfalen hebben op basis van medicatiegebruik of die in het verleden cardiale revalidatie volgden.
Hyperlipidemie	Hyperlipidemie	Medicatie	
Psychische aandoeningen, waaronder depressie, angststoornissen, psychose, psychiatrische opnames	Psychisch	Medicatie, nomenclatuur (hospitalisaties psychiatrie)	Omvat enkel die groep die behandeld wordt met terugbetaalde medicatie of die andere terugbetaalde zorg kreeg. We erkennen dat dit een ernstige onderschatting vormt van de totale groep personen met een psychische aandoening.
Respiratoire aandoeningen, waaronder astma, COPD	Respiratoir	Medicatie, nomenclatuur	De focus ligt hierbij op behandelingen met inhalatiegeneesmiddelen
Schildklier	Schildklier	Medicatie	
Diabetes	Diabetes	Medicatie, nomenclatuur (zorgtrajecten diabetes)	Zowel patiënten met een starttraject, zorgtraject of in diabetesconventie, alsook medicamenteus behandelde patiënten die nog niet in een traject geïncludeerd werden
Slaapapneu	Apneu	Nomenclatuur	Omvat zowel behandelingen met nCPAP als met een Mandibulair Repositie Apparaat
Glaucoma	Glaucoma	Medicatie	
Osteoporose	Osteoporose	Medicatie	
Jicht	Jicht	Medicatie	
Kanker	Kanker	Medicatie, nomenclatuur	Multidisciplinair oncologisch consult in huidig jaar of voorgaande jaar
Chronische nierinsufficiëntie, waaronder dialysepatiënten	Nier	Nomenclatuur	Omvat patiënten in een zorgtraject CNI en dialysepatiënten
Zeldzame aandoeningen	Zeldzaam	Medicatie, nomenclatuur	Omvat aandoeningen die bij een beperkt aantal patiënten voorkomen (vb. zeldzame stofwisselingsziekten)
HIV	HIV	Medicatie, nomenclatuur	
Hepatitis B of C	Hepatitis B of C	Medicatie	
Immuungerelateerde aandoeningen	Immuun	Medicatie	Onder immuungerelateerde aandoeningen verstaan we aandoeningen die behandeld worden met geneesmiddelen die het immuunsysteem beïnvloeden
Neurologische aandoeningen, waaronder ziekte van Parkinson, multiple sclerose, alzheimer, dementie, migraine	Neurologisch	Medicatie, nomenclatuur	

Aandoeningen behandeld met anti-epileptica	Epilepsie	Medicatie	Anti-epileptica worden gebruikt voor de behandeling van epilepsie maar worden soms ook gebruikt buiten dit kader, bijvoorbeeld voor de behandeling van zenuwpijn

Analyses

In het eerste onderdeel bestuderen we de evolutie en prevalentie van het aandeel leden met minstens één en/of meerdere chronische ziekten tussen 2013 en 2014. We geven deze evolutie visueel weer. Vervolgens geven we voor elke chronische ziekte afzonderlijk de evolutie tussen 2013 en 2024 ook visueel. Dit laat ons toe om de meest voorkomende chronische ziekten en hun evolutie te begrijpen.

In het tweede onderdeel bestuderen we multimorbiditeit. Hier bekijken we ten eerste de distributie van het aantal andere chronische ziekten voor leden met een bepaalde chronische aandoening in 2024. We geven de resultaten enkel weer, net zoals in volgende figuren, voor chronische ziekten met minstens een prevalentie van 1%. Om deze ziekte-afhankelijke multimorbiditeit beter te begrijpen, onderzoeken we ook het verband tussen het aantal chronische ziekten in 2024 en het jaar waarin een specifieke chronische ziekte voor het eerst behandeld werd. Ten tweede analyseren we de samenhang tussen de verschillende chronische ziekten in 2024, weergegeven aan de hand van een heatmap op basis van Yule's Q. Dit is een associatiemaat op basis van de onderstaande formule. Yule's Q geeft een waarde tussen -1 en 1, waarbij 0 duidt op geen samenhang en 1 op volledig positieve samenhang. Ten slotte kijken we binnen het onderdeel multimorbiditeit ook naar de meest prevalente comorbiditeiten bij personen met 2 of 3 chronische ziekten.

$$Q = \frac{ad-bc}{ad+bc}$$

a: Beide gebeurtenissen zijn aanwezig.
b: Gebeurtenis 1 is aanwezig, gebeurtenis 2 is afwezig.
c: Gebeurtenis 1 is afwezig, gebeurtenis 2 is aanwezig.
d: Beide gebeurtenissen zijn afwezig.

In het derde onderdeel besteden we aandacht aan de diagnose van een chronische ziekte, waarbij we de diagnose beschouwen als de eerste identificatie ervan. Vervolgens analyseren we hoe het aantal chronische ziekten evolueert in de jaren na de eerste behandeling van een van de vijf meest prevalente chronische ziekten. Dit laatste doen we voor personen die een eerste behandeling hadden in de periode 2015-2019 om zo tot 5 jaar nadien te kunnen opvolgen. We excluderen daarbij personen die niet gedurende de volledig opvolgperiode in onze databases zitten (overlijden, mutatie, verhuis naar buitenland, ...). We onderscheiden personen die op het moment van diagnose nog geen andere chronische ziekte hadden en personen die reeds een of meerdere andere chronische ziekten hadden. Ten slotte gaan we hier ook na hoe specifieke andere chronische ziekten evolueren na diagnose met één chronische ziekte. Zo zien we in welke mate de prevalentie van bepaalde chronische aandoeningen daalt of stijgt in de 5 jaar na de opstart van een behandeling met een bepaalde chronische ziekte.

03 Resultaten

De prevalentie en evolutie van chronische ziekten

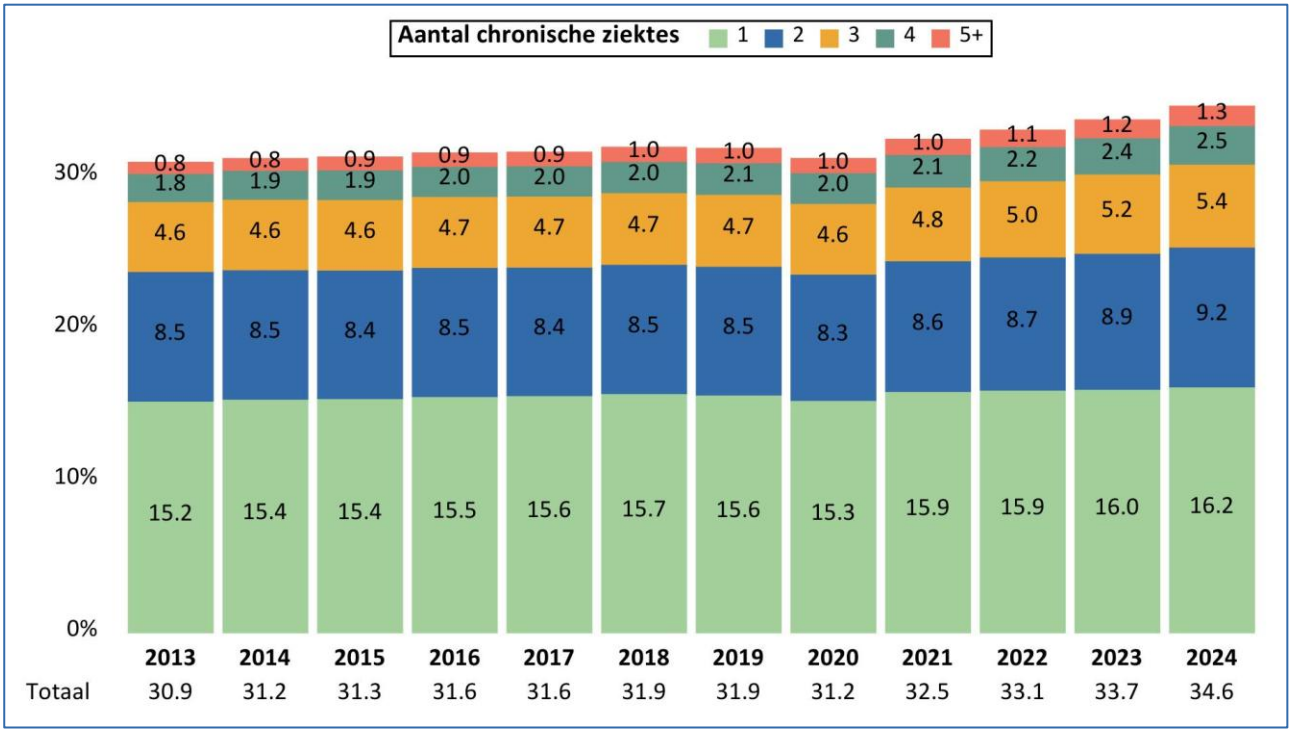
De evolutie van de prevalentie van een of meerdere chronische ziekten

De prevalentie van chronische aandoeningen bij leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen is gestegen tussen 2013 en 2024 tot meer dan één derde van de leden, namelijk van 30,9% tot 34,6% (Figuur 1). Dat is een stijging met 3,7 procentpunten en een relatieve stijging van 12%.

Het aandeel leden met één chronische ziekte stijgt met 1 procentpunten in deze periode, tot 16,2% in 2024 (Figuur 1). Daarnaast zien we ook een stijging van multimorbiditeit bij onze leden: het aandeel met minstens 2 chronische ziekten stijgt met 0,7 procentpunten tot 9,2%, het aandeel met 3 chronische ziekten stijgt met 0,8 procentpunten tot 5,4%, het aandeel met 4 chronische ziekten stijgt met 0,7 procentpunten tot 2,5% en het aandeel met 5 of meer chronische ziekten stijgt met 0,5 procentpunten tot 1,3%. Relatief gezien is de stijging het grootste bij leden met 5 of meer chronische ziekten, gevolgd door de groep met 4 en de groep met 3 chronische ziekten. Het aandeel leden met meerdere chronische ziekten neemt dus toe ten opzichte van de groep met maar één chronische ziekte en ten opzichte van de groep zonder chronische ziekten. In 2024 had 53,2% van de mensen met minstens één chronische aandoening meerdere chronische aandoeningen, tegenover 50,8% in 2013. In de totale bevolking ging het om 18,4% in 2024, tegenover 15,7% in 2013. De groep met meerdere chronische ziekten vormt 53,2% van de groep met minstens één chronische aandoening in 2024 vergeleken met 50,8% in 2013, en 18,4% binnen de totale populatie in 2024 vergeleken met 15,7% in 2013. 27% van de leden met een chronische ziekte en 9,2% van de totale ledenpopulatie hebben minstens 3 chronische ziekten.

De kleine daling in 2020 is waarschijnlijk te verklaren door het uitstel/afstel van zorg in die periode omwille van de COVID-19-pandemie.

Figuur 1:
Evolutie van de prevalentie van het aantal verschillende chronische ziekten tussen 2013 en 2024. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



De evolutie van specifieke chronische ziekten

Cardiovasculaire aandoeningen (ernstig + overig) vormen de belangrijkste groep chronische aandoeningen met 18,9% van de leden (Figuur 2). In 2024 had 15,6% van de leden een 'overige' cardiovasculaire aandoening en 3,3% een ernstige cardiovasculaire aandoening. Daarnaast had 13,6% van de leden hyperlipidemie. Psychische aandoeningen komen op de derde plaats, met 8,7% van de leden in 2024. Daarna volgen diabetes (5,2%), respiratoire aandoeningen (5,0%) en schildklieraandoeningen (4,6%).

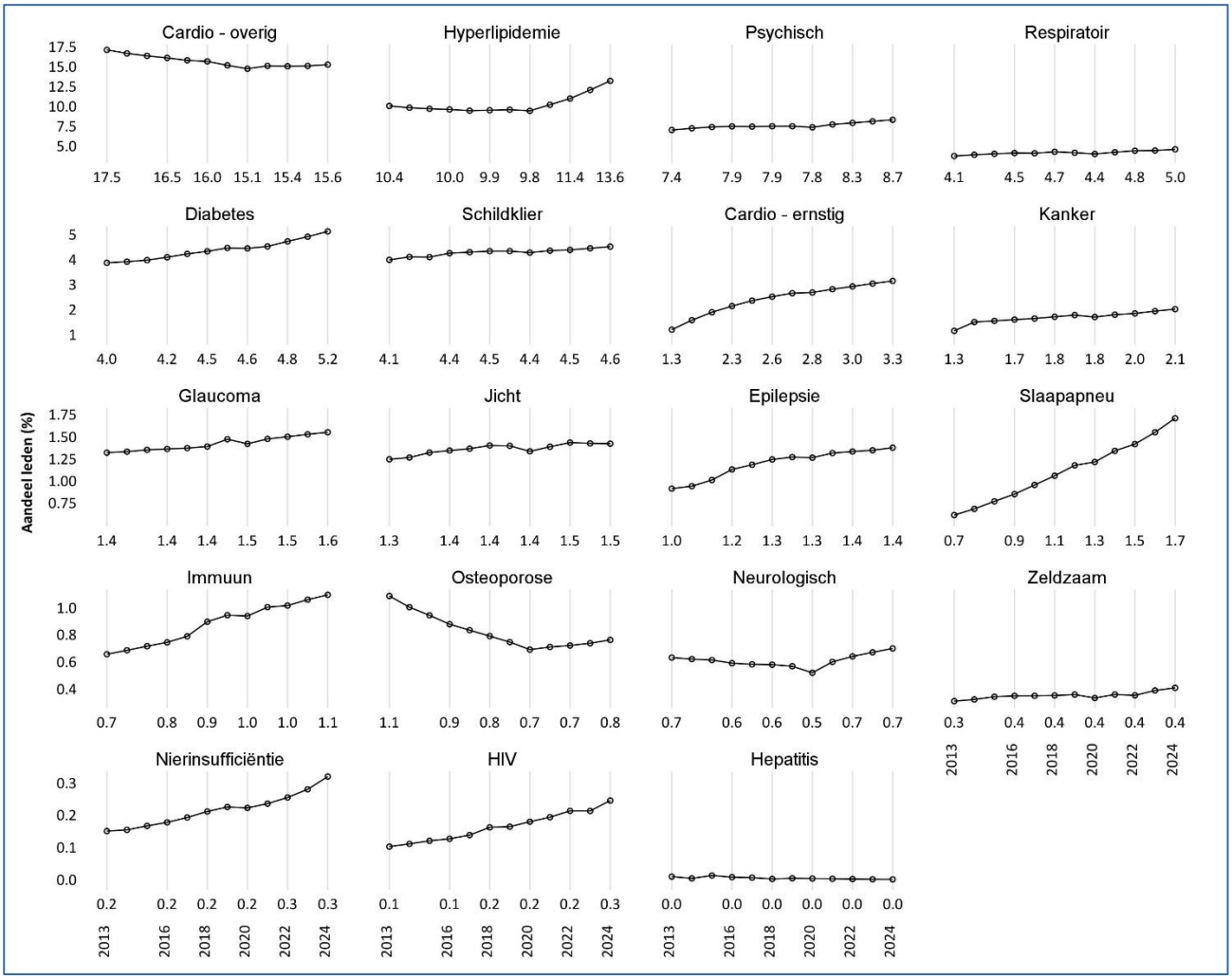
Een aantal andere chronische aandoeningen komt minder vaak voor, met prevalenties tussen de 1% en 2%. Het gaat dan onder meer om kanker (2,1%), jicht (1,5%), glaucoma (1,6%), slaapapneu (1,7%), aandoeningen behandeld met anti-epileptica (1,4%) en immuungerelateerde aandoeningen (1,1%). Voor enkele chronische aandoeningen ligt de prevalentie bij onze leden, of toch op basis van de gebruikte methodologie, op minder dan 1%. Deze aandoeningen worden in de verdere resultaten wel meegenomen, maar krijgen minder aandacht in de bespreking.

De prevalentie van cardiovasculaire aandoeningen ('overige' + ernstig) blijft stabiel tussen 2013 en 2024 maar het aandeel met een ernstige cardiovasculaire aandoening stijgt sterk.[1] Ook het aandeel van de psychische aandoeningen kent een toename (1,3 procentpunten), net als de respiratoire aandoeningen (0,9 procentpunten). We zien een sterke toename van hyperlipidemie (+3,2 procentpunten) en diabetes (1,2 procentpunten). De relatieve stijging bij de meest

[1] Dit is logisch gezien de methodologische keuzes van wederzijdse exclusiviteit om deze aandoeningen te definiëren

prevalente chronische aandoeningen is ook het grootst voor deze 2 aandoeningen: hyperlipidemie (+31%) en diabetes (+30%). Bij de minder prevalente chronische aandoeningen vallen vooral de toename van kanker (+0,8 procentpunten), slaapapneu (+1,1 procentpunten) en aandoeningen behandeld met anti-epileptica (+0,5 procentpunten) op. Vooral de relatieve toename van slaapapneu is opvallend: de prevalentie steeg met 183%. Veranderingen in de tegemoetkoming voor CPAP-toestellen of MRA bieden een verklaring voor deze zeer opvallende toename.

Figuur 2:
Evolutie van de prevalentie van 19 chronische ziekten tussen 2013 en 2024. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



De duur van chronische ziekten

Voor de leden die in 2024 een bepaalde chronische ziekte hadden, toont Figuur 3 het jaar waarin ze er voor de eerste keer voor behandeld werden (volgens onze methodologie). We gaan voor deze analyse terug tot 2013 maar het kan natuurlijk dat personen al langer met deze chronische aandoening geconfronteerd werden. Het kan ook dat deze personen niet onafgebroken deze chronische ziekte hadden (of ervoor behandeld werden) tussen het jaar van de eerste identificatie en 2024. We verduidelijken de figuur aan de hand van een voorbeeld: 44,4% van de leden met een 'overige' cardiovasculaire aandoening in 2024 werden ook al voor deze aandoening behandeld in 2013 of vroeger, terwijl 5,4% pas sinds 2023 en 8,8% pas sinds 2024 behandeld worden.

Algemeen kunnen we stellen dat er een zeer grote variatie is in het jaar waarin personen voor het eerst behandeld werden voor een chronische ziekte, zowel tussen de verschillende chronische ziekten als binnen éénzelfde chronische ziekte.

Bij de meest prevalente chronische ziekten, buiten respiratoire aandoeningen, vonden 1 op 3 tot 1 op 2 van de eerste geobserveerde behandelingen plaats in 2013. Meer bepaald gaat het hier over cardiovasculaire aandoeningen (44,4% met eerste geobserveerde behandeling in 2013), diabetes (34,2%), hyperlipidemie (35,7%), psychische aandoeningen (33,3%), en schildklieraandoeningen (47,4%). Een belangrijk deel van de leden met een van deze chronische ziekten in 2024 kampen er waarschijnlijk dus al vele jaren mee. Toch worden ook 1 op de 10 à 2 op de 10 leden met een van deze ziekten in 2024 hier pas sinds recent (2023 of 2024) voor behandeld.

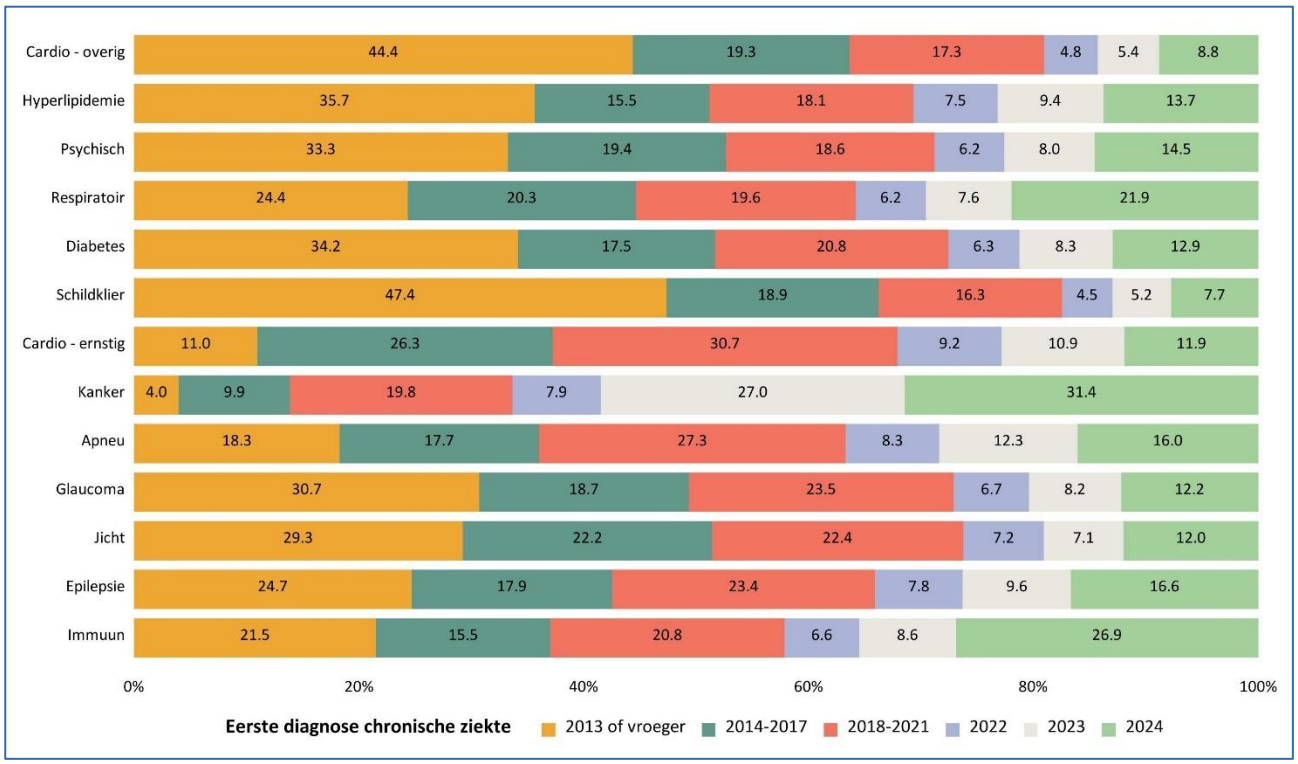
Bij een aantal ziekten - namelijk kankers en ernstige cardiovasculaire aandoeningen - vinden we slechts een beperkt aandeel (respectievelijk 4% en 11%) personen terug dat ook al in 2013 hiermee geconfronteerd werden. Een groot deel van de personen met een van deze chronische ziekten in 2024 lijdt er dus hoogstwaarschijnlijk slechts sinds recent aan, of wordt er toch maar sinds recent voor behandeld. Zo zien we voor kanker dat bijna 6 op de 10 personen er slechts aan lijden (of voor behandeld worden) sinds 2023 of 2024[2].

Bij de meeste chronische ziekten is minstens 1 op de 10 en vaak meer dan 2 op de 10 een nieuwe patiënt, namelijk een patiënt die pas in 2024 voor de eerste keer werd behandeld. Enkel 'overige' cardiovasculaire aandoeningen (8,8%) en schildklieraandoeningen (7,7%) zijn hier een uitzondering op.

Er is dus een grote heterogeniteit binnen de populatie met een chronische ziekte wat betreft de duur van de periode waarin zij ermee geconfronteerd worden. Deze verschillen weerspiegelen karakteristieken die eigen zijn aan bepaalde aandoeningen op vlak van bijvoorbeeld overlevingsduur. Ze zijn relevant bij de interpretatie van de verschillen in multimorbiditeit tussen de chronische aandoeningen, zoals we verder zullen zien.

[2] Om de personen met kanker in 2023 te identificeren wordt er ook gebruik gemaakt van het multidisciplinair overleg in 2022.

Figuur 3:
Verdeling van het jaar van de eerste diagnose van een chronische ziekte voor personen met een chronische ziekte met een prevalentie van minstens 1% in 2024. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



De kenmerken van multimorbiditeit

We analyseren multimorbiditeit vanuit drie invalshoeken. Ten eerste onderzoeken we de ziekteafhankelijke multimorbiditeit: hoeveel en welke andere chronische ziekten voorkomen bij leden met een bepaalde chronische ziekte. Vervolgens analyseren we de samenhang tussen verschillende chronische ziekten, en ten slotte brengen we in kaart welke chronische ziekten het vaakst samen voorkomen bij onze leden.

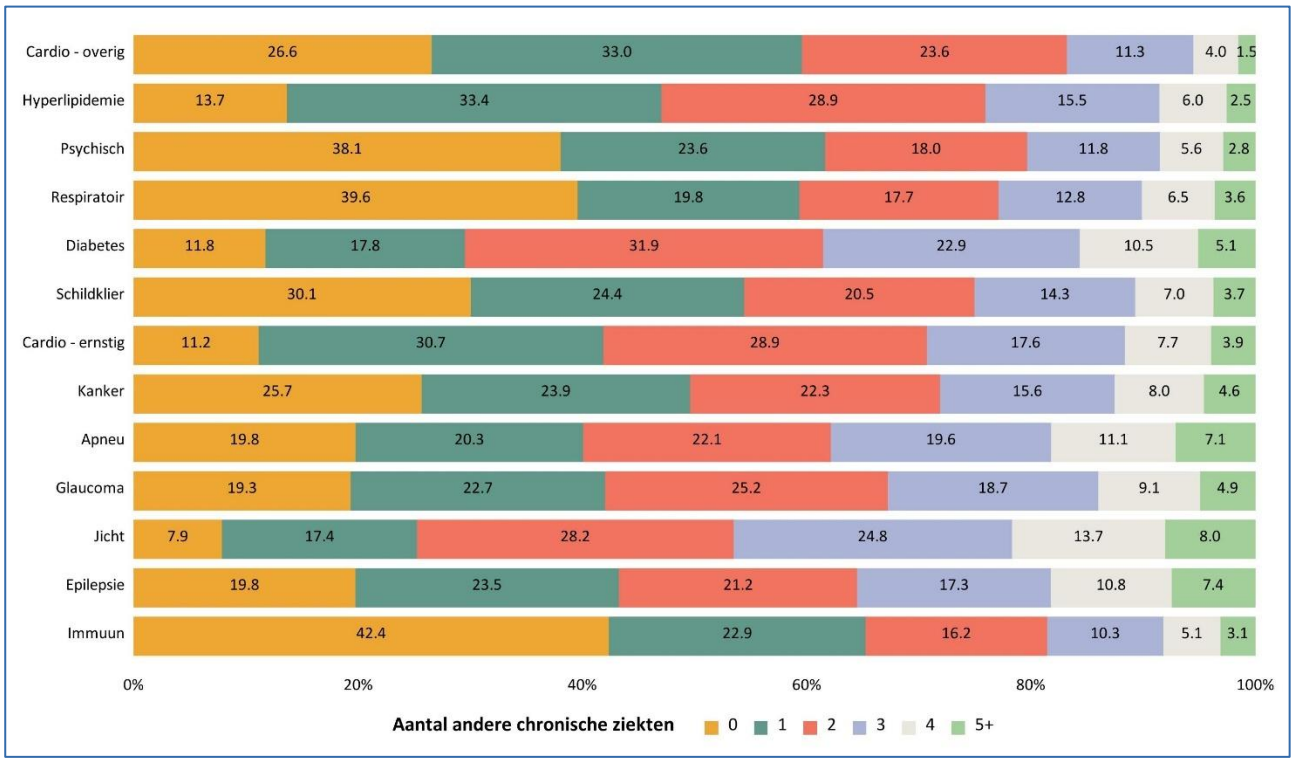
Ziekteafhankelijke multimorbiditeit

Er bestaat een belangrijke variatie tussen chronische ziekten in de mate waarin multimorbiditeit voorkomt, maar globaal genomen komt multimorbiditeit vaak voor (Figuur 4). De grote meerderheid van de leden met ‘overige’ cardiovasculaire aandoeningen (73,4%), hyperlipidemie (86,3%) of diabetes (88,2%) hebben minstens één andere aandoening. Respectievelijk 40,4%, 52,9% en 70,4% hebben minstens twee andere chronische aandoeningen. Bij psychische en respiratoire aandoeningen komt multimorbiditeit minder vaak voor, al is het nog steeds prevalent: ongeveer 4 op de 10 personen hebben geen andere chronische ziekte terwijl eveneens 4 op de 10 minstens 2 andere chronische aandoeningen hebben.

Bij de minder prevalente aandoeningen zien we eveneens variatie. Multimorbiditeit komt zeer vaak voor bij ernstige cardiovasculaire aandoeningen: ondanks de wederzijdse exclusie met ‘overige’ cardiovasculaire aandoeningen heeft slechts 11,2% geen andere chronische ziekte. Ook bij jicht komt

multimorbiditeit zeer vaak voor: slechts 7,9% van de leden heeft geen andere chronische aandoening en bijna 3 op de 4 hebben minstens twee andere chronische aandoeningen. Bij immuungerelateerde aandoeningen komt multimorbiditeit daarentegen het minst vaak voor: 42,4% heeft geen andere chronische aandoening. Ten slotte valt ook op dat ongeveer 3 op de 4 personen met kanker (74,3%) minstens één andere aandoeningen hebben en iets meer dan de helft minstens 2 andere aandoeningen.

Figuur 4:
Verdeling van de ziekteafhankelijke multimorbiditeit voor chronische ziekten met een prevalentie van minstens 1% in 2024. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



Bijlage 2 toont de relatie tussen het aantal chronische ziekten in 2024 en het jaar waarin de chronische ziekte voor het eerst geïdentificeerd werd (zie figuur 2). We stellen daarbij een vrij algemene tendens vast, over de verschillende chronische ziekten heen: hoe langer geleden de behandeling werd opgestart, hoe groter de kans op minstens één comorbiditeit in 2024. Zo zien we bijvoorbeeld bij 'overige' cardiovasculaire aandoeningen dat het aandeel zonder andere chronische aandoening maar 18,6% bedraagt als de behandeling opgestart werd in 2013 of vroeger en 45% als de behandeling pas opgestart werd in 2024. Ook de kans op meerdere comorbiditeiten stijgt naarmate de chronische ziekte al sinds langer behandeld wordt. Zo zien we bij psychische aandoeningen dat het aandeel met 3 of meer chronische aandoeningen 30,2% bedraagt als de behandeling opgestart werd in 2013 of vroeger en 11,2% als de behandeling pas opgestart werd in 2024. Enkel voor aandoeningen behandeld met anti-epileptica en ernstige cardiovasculaire aandoeningen doen zich deze algemene trends niet voor: de kans op meer comorbiditeiten lijkt niet te stijgen dermate men langer behandeld wordt voor één van deze aandoeningen.

Samenhang tussen de verschillende chronische ziekten

Figuur 5 toont de samenhang tussen de verschillende ziekten aan de hand van Yule's Q. Gemiddeld genomen heeft hyperlipidemie de grootste samenhang met de andere chronische ziekten. Immuungerelateerde aandoeningen vertonen de minste samenhang met andere chronische ziekten. Bijlage 3 geeft voor elk van de chronische ziekten het aandeel leden met een van de andere chronische ziekten. We bespreken in wat volgt de 5 meest prevalente aandoeningen.

De 'overige' cardiovasculaire aandoeningen vertonen een sterke samenhang met de meeste andere chronische ziekten, en daarbij vooral met name met jicht en hyperlipidemie. Zo heeft 5,7% van de leden met een 'overige' cardiovasculaire aandoening ook jicht, tegenover 0,7% van de leden zonder een 'overige' cardiovasculaire aandoening. Het verband tussen jicht en cardiovasculaire aandoeningen is gekend. Voor hyperlipidemie gaat het respectievelijk om 47,3% en 7,0%. Daarnaast toont bijlage 3 dat 18,1% van de leden met 'overige' cardiovasculaire aandoeningen in 2024 ook diabetes hebben en 18% een psychische aandoening.

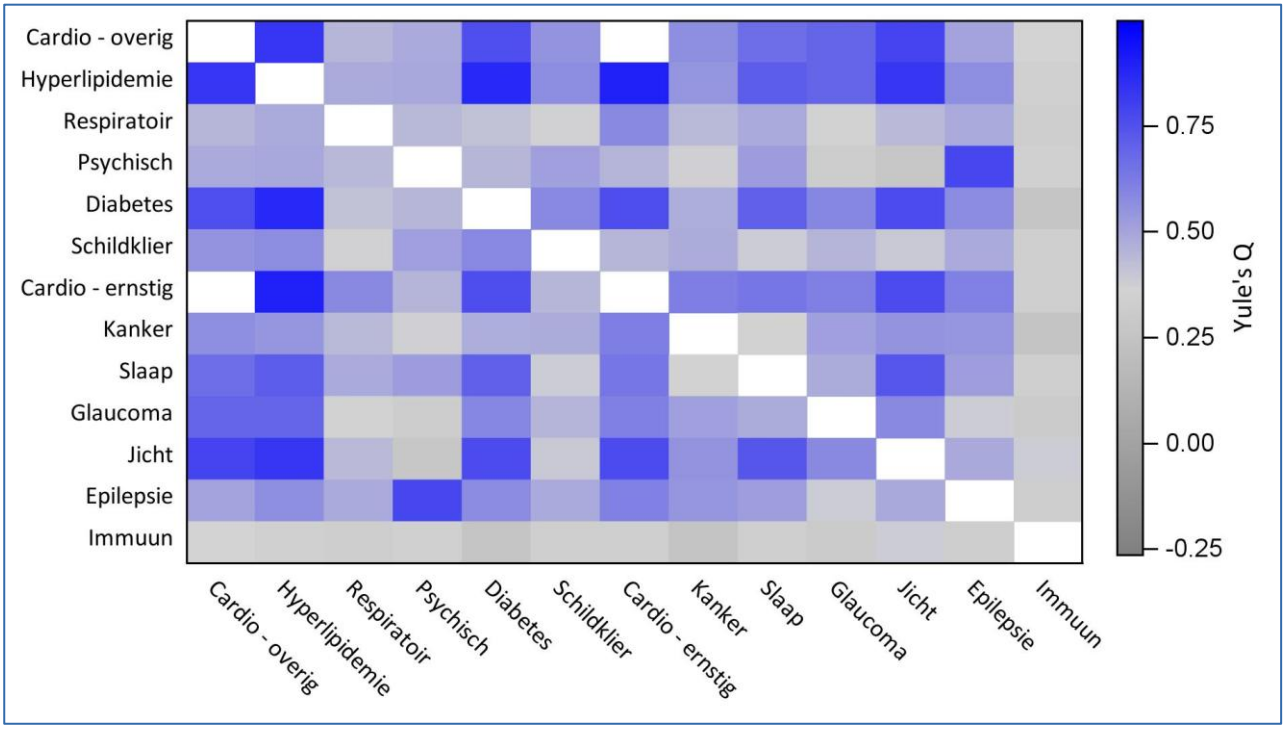
Hyperlipidemie vertoont vooral een hoge samenhang met chronische nierinsufficiëntie (niet op de figuur), ernstige cardiovasculaire aandoeningen en diabetes. Zo zien we dat van de personen met hyperlipidemie 17,4%, 25,2% en 1,8% respectievelijk aan ernstige cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en chronische nierinsufficiëntie lijden, vergeleken met 1%, 2,1% en 0,1% van de leden zonder hyperlipidemie. Daarnaast toont bijlage 3 dat meer dan de helft van de leden met hyperlipidemie in 2024 ook een 'overige' cardiovasculaire aandoening hebben.

Psychische aandoeningen vertonen vooral een sterke samenhang met aandoeningen behandeld met anti-epileptica: van de personen met een psychische aandoening hebben 7,0% ook een aandoening behandeld met anti-epileptica, vergeleken met 0,9% bij personen zonder psychische aandoening. Hier is mogelijks een bias doordat bepaalde anti-epileptica ook gebruikt worden voor psychische aandoeningen en in de behandeling van neuropathische pijn.

Respiratoire aandoeningen vertonen geen zeer grote samenhang met andere clusters, de grootste samenhang is met 'overige' cardiovasculaire aandoeningen en chronische nierinsufficiëntie (niet op de figuur).

Diabetes vertoont een grote samenhang met hyperlipidemie en chronische nierinsufficiëntie (niet op de figuur). Van de personen met diabetes hebben 65,2% ook hyperlipidemie, vergeleken met 10,7% bij personen zonder diabetes, en 2,5% van de diabetici hebben ook chronische nierinsufficiëntie, vergeleken met 0,2% van de personen zonder diabetes. Nierlijden is vaak een secundaire complicatie van diabetes. Daarnaast toont bijlage 3 dat 53,8% van de leden met diabetes in 2024 ook een 'overige' cardiovasculaire aandoening hebben. De sterke samenhang tussen hyperlipidemie, cardiovasculaire aandoeningen en nierinsufficiëntie geeft weer wat bedoeld wordt als we het hebben over cardiometabool-renale syndromen

Figuur 5:
Samenhang tussen de verschillende chronische ziekten in 2024 met een prevalentie van minstens 1%, aan de hand van Yule's Q. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



Meest voorkomende comorbiditeiten

We zagen al dat in 2024 meer dan 1 op de 2 personen met een chronische ziekte er minstens 2 hebben (Figuur 1). Onderstaande Tabel 2 toont de meest voorkomende comorbiditeiten bij personen met 2 of 3 chronische ziekten.

Bij personen die 2 chronische ziekten hebben - 9,2% van de leden in 2024 - is de combinatie 'overige' cardiovasculaire aandoeningen en hyperlipidemie de meest voorkomende combinatie (27,5% van alle personen met minstens 2 chronische ziekten en 2,5% van de totale studiepopulatie), Deze combinatie is echter weinig verrassend, gezien de sterke onderlinge samenhang tussen beide aandoeningen en het feit dat ze klinisch nauw met elkaar verbonden zijn.

Bij personen met 3 chronische ziekten - 5,4% van de leden in 2024 - zijn de meest voorkomende combinaties telkens 'overige' cardiovasculaire aandoeningen en hyperlipidemie met een andere aandoening, zoals diabetes (15,9% van de personen met 3 chronische aandoeningen, 0,9% van de totale studiepopulatie).

Gegeven de hoge prevalenties van cardiovasculaire aandoeningen en hyperlipidemie en de nauwe klinische correlatie tussen de twee is het niet verrassend dat zij ook zo aanwezig zijn binnen comorbiditeiten.

Tabel 2:
Meest voorkomende comorbiditeiten bij leden met 2 of 3 chronische ziekten in 2024. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen

2 chronische ziekten			3 chronische ziekten		
	Aandeel bij personen met 2 ziekten	Aandeel binnen totale populatie		Aandeel bij personen met 3 ziekten	Aandeel binnen totale populatie
Cardio - 'overige' + hyperlipidemie	27,5%	2,5%	Cardio - 'overige' + hyperlipidemie + diabetes	15,9%	0,9%
Cardio - ernstig + hyperlipidemie	7,8%	0,7%	Cardio - 'overige' + hyperlipidemie + psychisch	8,4%	0,5%
Cardio - 'overige' + psychisch	7,5%	0,7%	Cardio - 'overige' + hyperlipidemie + andere aandoening	6,0%	0,3%
Cardio - 'overige' + schildklier	4,0%	0,4%	Cardio - 'overige' + hyperlipidemie + schildklier	5,2%	0,3%
Cardio - 'overige' + diabetes	3,7%	0,3%	Cardio - 'overige' + hyperlipidemie + diabetes	4,7%	0,3%

Diagnose

Evolutie van multimorbiditeit in de 5 jaar na eerste behandeling

We bestuderen de evolutie van het aantal chronische ziekten in de vijf jaar na de eerste identificatie van een chronische ziekte, voor de vijf meest prevalente chronische ziekten. Met de 'eerste identificatie' bedoelen we het eerste jaar waarin een lid volgens onze methodologie voor deze aandoening werd behandeld of opgevolgd. Deze eerste identificatie vond plaats in de periode 2015-2019. De leden werden vervolgens gedurende de vijf daaropvolgende jaren opgevolgd, tot maximaal 2024. De observatieperiode omvat daarmee ook de COVID-19-pandemie.

We maken telkens het onderscheid tussen leden die nog geen chronische ziekte hadden bij de identificatie en leden die minstens één andere chronische ziekte hadden. Tabel 3 geeft de procentuele verdeling weer. De subpopulaties bevatten minimaal 12 000 leden (diabetes – geen andere CZ bij eerste behandeling) en maximaal 78 000 leden ('overige' cardiovasculaire aandoeningen). Van de personen die met diabetes of hyperlipidemie geïdentificeerd werden, had de overgrote meerderheid al een andere chronische ziekte, respectievelijk 71,8% en 78,4%. Van de personen die met 'overige' cardiovasculaire aandoeningen, psychische aandoeningen of respiratoire aandoeningen geïdentificeerd werden had slechts een minderheid al minstens één andere chronische aandoening, respectievelijk 47,5%, 43,6% en 39,5%.

Tabel 3:
Verdeling van het aantal leden in het jaar van identificatie met een van de vijf meest prevalente chronische aandoeningen die nog geen andere chronische aandoening of minstens één andere chronische aandoening hadden. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen

Chronische ziekte voor de eerste keer behandeld in 2015-2019	Minstens één andere CZ bij eerste behandeling	Geen andere CZ bij eerste behandeling
'Overige' cardiovasculaire aandoeningen	47,5%	52,5%
Diabetes	71,8%	28,2%
Hyperlipidemie	78,4%	21,6%
Psychische aandoeningen	43,6%	56,4%
Respiratoire aandoeningen	39,5%	60,5%

Onderstaande figuur 6 toont de evolutie van het aantal chronische ziekten in de 5 jaar na de eerste diagnose.

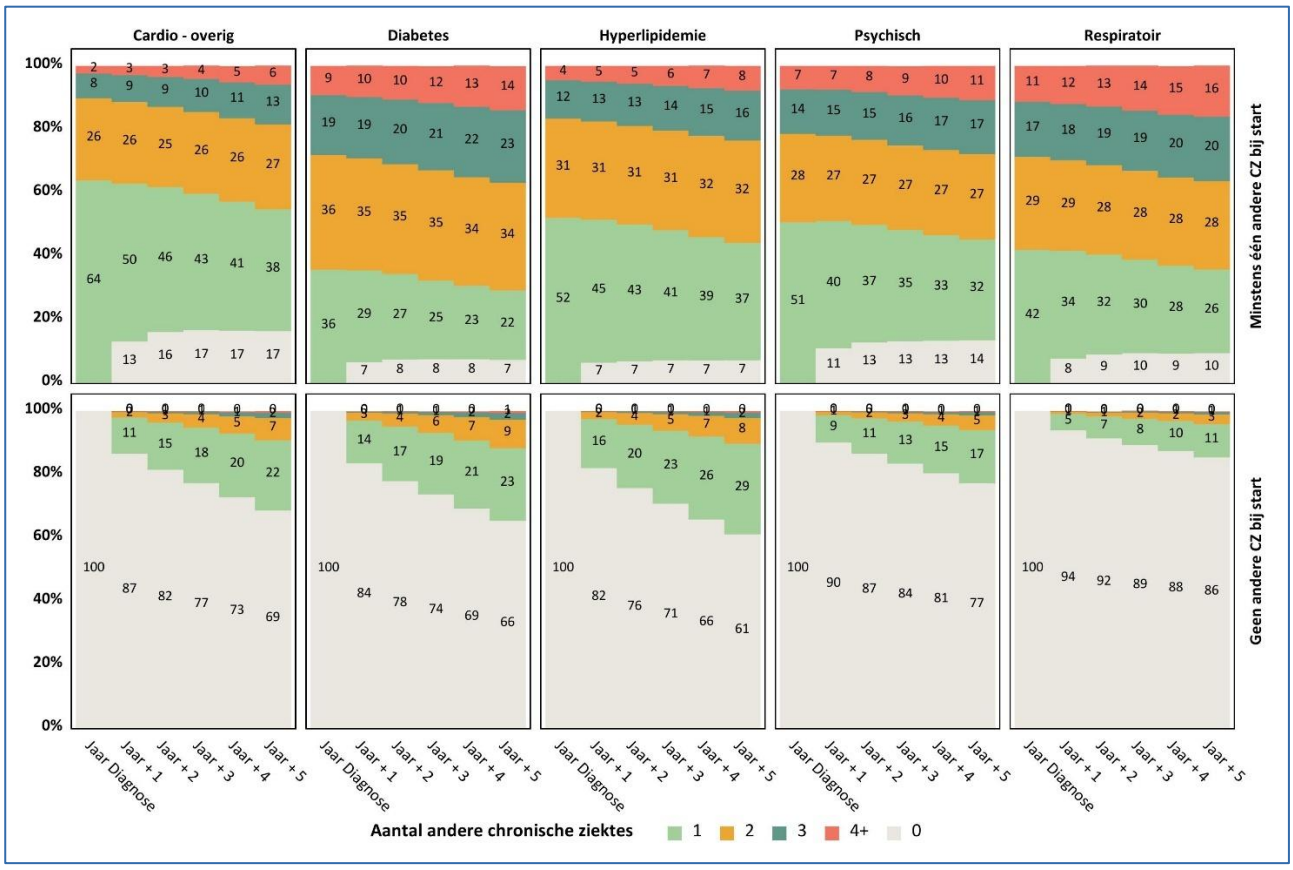
Voor de leden die in het jaar van diagnose al minstens één andere chronische aandoening hadden, stellen we vast dat bij 'overige' cardiovasculaire aandoeningen (64%), hyperlipidemie (52%) en psychische aandoeningen (51%) een (kleine) meerderheid slechts één andere chronische ziekte had. Bij respiratoire aandoeningen en diabetes was dit aandeel lager (respectievelijk 42% en 36%) en had de meerderheid dus al meerdere andere chronische aandoeningen. Bij diabetes was dit het meest uitgesproken: 64% had bij de eerste identificatie zelfs al meerdere andere chronische aandoeningen en 28% had er minstens drie. We zagen in tabel 3 ook al dat de grote meerderheid bij een diagnose van diabetes of hyperlipidemie al behandeld werden voor minstens één andere chronische ziekte.

Een klein deel van de leden die bij de eerste identificatie meerdere chronische aandoeningen hadden, wordt in de daaropvolgende jaren nog slechts voor één chronische aandoening opgevolgd: in het eerste jaar na identificatie gaat het om 7 tot 13%, afhankelijk van de aandoening.

We zien bij alle chronische ziekten een toename van multimorbiditeit in de vijf jaar na de eerste identificatie. Deze toename is het meest uitgesproken bij diabetes: het aandeel leden met minstens drie andere chronische aandoeningen stijgt van 28% bij de eerste identificatie naar 37% vijf jaar later. Na 5 jaar is het aandeel leden met slechts één andere chronische ziekte overal gedaald ten gunste van een stijging van, enerzijds, het aandeel zonder andere chronische ziekten en, anderzijds, het aandeel met meerdere andere chronische ziekten.

Ook voor de leden die in het jaar van diagnose nog geen andere chronische aandoening hadden, neemt het aandeel met multimorbiditeit in de daaropvolgende vijf jaar geleidelijk toe. In het jaar na diagnose heeft 6% (respiratoire aandoeningen) tot 18% (hyperlipidemie) minstens één andere chronische ziekte. Na 5 jaar ligt dit aandeel tussen 14% (respiratoire aandoeningen) en 39% (hyperlipidemie). Bij hyperlipidemie heeft dus vijf jaar na de eerste identificatie nog ongeveer 6 op de 10 leden geen andere chronische aandoening. Het aandeel met minstens drie andere chronische aandoeningen blijft in alle groepen beperkt.

Figuur 6:
De 5-jarige evolutie van het aantal chronische ziekten voor personen gediagnosticeerd met een van de vijf meest voorkomende chronische ziekten in de periode 2015-2019. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



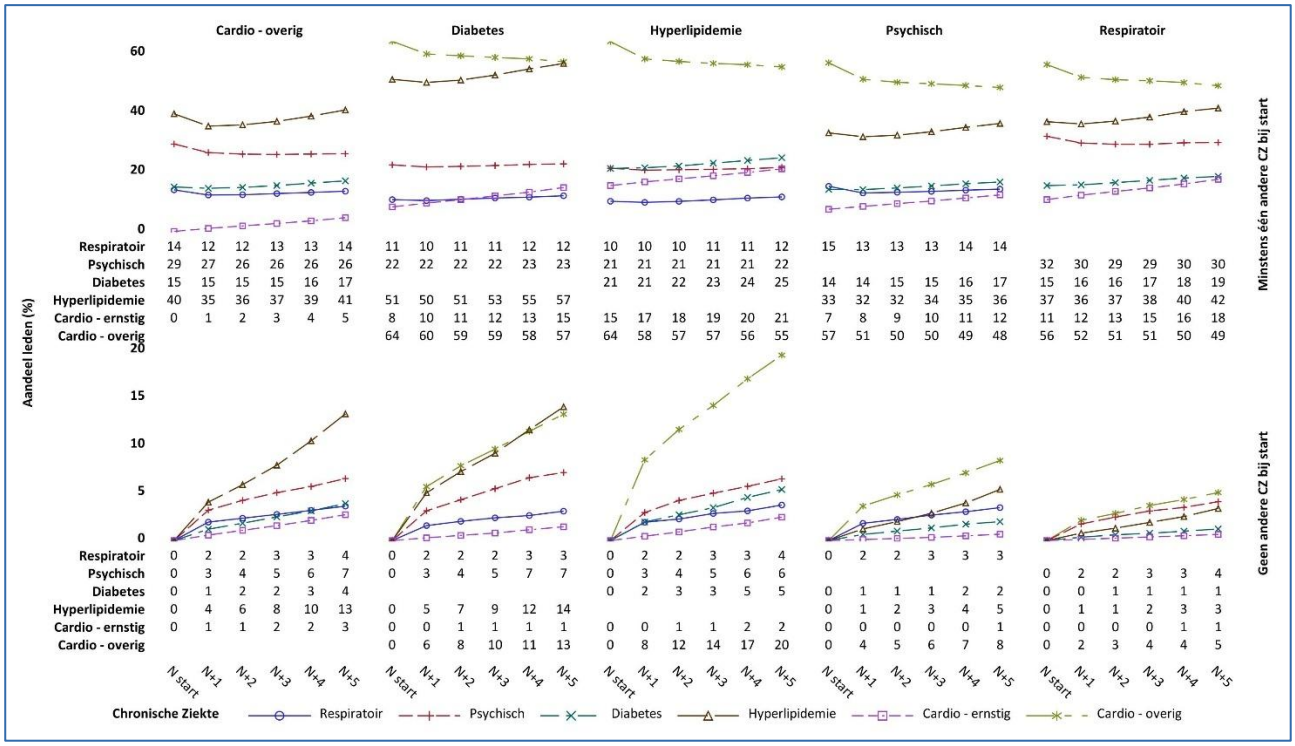
Voor de 5 meest voorkomende clusters van chronische aandoeningen, gaan we na in welke mate de prevalentie van andere veelvoorkomende chronische ziekten evolueert in de 5 jaren na de diagnose (of behandeling) met deze ziekte (Figuur 7). Naast de 5 meest prevalente chronische ziekten includeren we ook ernstige cardiovasculaire aandoeningen omdat deze mutueel exclusief is met 'overige' cardiovasculaire aandoeningen.

Wat betreft de personen die al minstens één andere chronische ziekte hadden op het moment van de diagnose kunnen we volgende vaststellingen doen. De meest voorkomende 'andere' chronische ziekte is altijd een 'overige' cardiovasculaire aandoening, buiten natuurlijk voor 'overige' cardiovasculaire aandoeningen zelf waar hyperlipidemie de meest voorkomende andere chronische ziekte is: 56% tot 64% heeft al een 'overige' cardiovasculaire aandoening op het moment van diagnose met een van de bestudeerde aandoeningen. De groep cardiovasculaire aandoeningen ('overige' + ernstig) heeft een prevalentie van 64% tot 79% in het jaar van diagnose. De op een na meest prevalente comorbiditeit is hyperlipidemie, die voorkomt bij 33% tot 51% van de leden op moment van identificatie van een van de bestudeerde aandoeningen. Ook de prevalentie van psychische aandoeningen is hoog, namelijk 21% tot 32% terwijl de prevalenties van diabetes en respiratoire aandoeningen lager liggen. De prevalentie van 'overige' cardiovasculaire aandoeningen daalt in de jaren na diagnose, maar tegelijkertijd stijgt vaak het aandeel met ernstige cardiovasculaire aandoeningen waardoor de

prevalentie van de groep cardiovasculaire aandoeningen redelijk stabiel blijft. Hyperlipidemie neemt wel consequent toe bij elk van de bestudeerde chronische ziekten. Ook de prevalentie van diabetes neemt duidelijk toe in de 5 jaar na diagnose, vooral bij hyperlipidemie (van 21% naar 25%) en bij respiratoire aandoeningen (van 15% naar 19%). De prevalentie van psychische aandoeningen en respiratoire aandoeningen ligt meestal op éénzelfde niveau 5 jaar na diagnose als in het jaar van diagnose.

Voor personen die in het jaar waarin de behandeling wordt opgestart nog niet behandeld werden voor een andere chronische ziekte, zien we in de daaropvolgende jaren een toename in de prevalentie van de andere chronische aandoeningen. De stijging van de prevalentie is het hoogst voor 'overige' cardiovasculaire aandoeningen en hyperlipidemie. Zo zien we dat 5 jaar na de diagnose met hyperlipidemie, 20% van de behandelde personen ook een cardiovasculaire aandoening hebben. Na de diagnose met diabetes stijgt de prevalentie van 'overige' cardiovasculaire aandoeningen en hyperlipidemie tot respectievelijk 13% en 14%. De prevalentie 5 jaar na diagnose blijft laag voor respiratoire aandoeningen (3-4%), diabetes (1-5%) en ernstige cardiovasculaire aandoeningen (1-3%).

Figuur 7:
Evolutie van de prevalentie van de 5 meest voorkomende ziekten in de 5 jaar na opstart behandeling van een chronische ziekte. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



04 Conclusies

Ten eerste konden we vaststellen dat de prevalentie van chronische ziekten bij de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen toeneemt tussen 2013 en 2024, en in 2024 al meer dan één op de 3 leden bedraagt (34,5%). Dit cijfer ligt dicht bij de zelfrapportering door deelnemers uit de gezondheidsenquête van 2023/24 (32,1%). Zowel in ons onderzoek als in de gezondheidsenquête wordt een stijging van de prevalentie van chronische ziekten en multimorbiditeit vastgesteld. Hoewel de methodologieën verschillend zijn, namelijk gebaseerd op administratieve terugbetalingsgegevens en gebaseerd op zelfrapportering, en zodoende ook de ziekten die geïdentificeerd konden worden in belangrijke mate verschillend zijn, zijn de resultaten toch coherent. In een enquête die de Onafhankelijke Ziekenfondsen uitvoerden bij 1.200 Belgen was de prevalentie van chronisch zieken 40%.

De meest prevalente chronische aandoeningen bij leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn cardiovasculaire aandoeningen, respiratoire aandoeningen en psychische aandoeningen. In de gezondheidsenquête zijn de meest voorkomende chronische ziekten lage rugpijn, artrose, nekpijn, hoge bloeddruk, hoge cholesterol en allergieën. Onze administratieve terugbetalingsgegevens laten echter niet toe om lage rugpijn, artrose en nekpijn correct te identificeren, dus een directe vergelijking met de resultaten van de gezondheidsenquête is niet mogelijk.

Chronische ziekten zijn natuurlijk geen homogene groep, maar verschillen bijvoorbeeld sterk naar de impact op gezondheid en andere levensdomeinen. Ook binnen de groep personen die aan éénzelfde chronische ziekte lijden stellen we grote variaties vast. Zo zien we tussen chronische ziekten, maar ook binnen éénzelfde chronische ziekte, sterke verschillen tussen personen in het aantal andere chronische ziekten en in het aantal jaren dat ze al aan de ziekte lijden. Ook stelden we een verband vast tussen deze twee kenmerken: hoe langer geleden de opstart van de behandeling, hoe groter de kans op comorbiditeiten in 2024. Mensen worden natuurlijk ouder, en krijgen dus een hoger risico op bepaalde chronische ziekten. Ten voorbeeld, van de leden met de meest prevalente chronische aandoeningen, namelijk ‘overige’ cardiovasculaire aandoeningen, hebben ongeveer 3 op de 4 minstens één andere chronische aandoening in 2024. 44,4% van de leden met deze aandoening worden al minstens sinds 2013 ervoor behandeld, én van de personen die al lang behandeld worden, is er slechts 18,6% die geen andere chronische ziekte hebben in 2024. Bij respiratoire en psychische aandoeningen hebben ongeveer 6 op de 10 nog minstens één andere chronische ziekte, duidelijk lager dan bij ‘overige’ cardiovasculaire aandoeningen. We zien dan ook dat een groter deel van de leden al minder lang een behandeling volgt. Deze resultaten tonen het belang van secundaire preventie, namelijk het voorkomen van het verergeren van chronische ziekten éénmaal deze aanwezig zijn of het voorkomen van bijkomende chronische aandoeningen. Aangezien personen vaak al jarenlang te kampen hebben met chronische aandoeningen, valt er grote gezondheidswinst te boeken. Anderzijds zien we een aantal ziekten die een groot deel van onze leden pas in de voorbije jaren heeft gekregen, zoals zeldzame ziekten, immuungerelateerde aandoeningen, osteoporose en respiratoire

aandoeningen. Dit toont ons dat primaire preventie zeker ook een belangrijke rol speelt, aangezien een niet-onbelangrijk deel van de personen met een chronische ziekte er slechts sinds recent mee te kampen heeft.

Voor de vijf meest prevalente chronische aandoeningen gingen we ook de evolutie van comorbiditeiten na in de vijf jaar na een eerste behandeling ervan. We stellen vast dat in de jaren na de diagnose van een chronische aandoening, er vaak ook andere chronische ziekten ontstaan, zeker bij personen die ervoor nog niet te kampen hadden met chronische aandoeningen. We zien daarbij vooral een toename van 'overige' cardiovasculaire aandoeningen, hyperlipidemie en psychische aandoeningen. Naast de impact van de chronische ziekte zijn mogelijke verklaringen hiervoor ook een betere opvolging en detectie door de behandelend artsen, meer aandacht voor gezondheidsproblemen, ⋯

05 Referenties

[1] G. Karakaya, M. Lona, and L. Bruyneel, “Studie over de chronische aandoeningen in België. Evolutie tussen 2010 en 2018.,” Brussel, België, 2020.

[2] W. Kestens and G. Karakaya, “De concentratie van de gezondheidsuitgaven in 2023, en de evolutie ervan sinds 2014,” Brussel, 2025. Accessed: May 16, 2025. [Online]. Available: https://www.mloz.be/nl/documentatie/de-concentratie-van-de-gezondheidsuitgaven-2023-en-de-evolutie-ervan-sinds-2014

[3] J. Van Der Heyden, R. Charafeddine, and S. Drieskens, “Gezondheidsenquête 2023-2024: Chronische ziekten en aandoeningen,” Brussel, 2025. [Online]. Available: www.gezondheidenquete.be

[4] Sciensano, “Burden of disease: Disability-Adjusted Life Years,” Health Status Report. Accessed: Jul. 16, 2026. [Online]. Available: https://www.healthybelgium.be/en/health-status/burden-of-disease/disability-adjusted-life-years

[5] WHO Regional Office for Europe, “European health report 2024: keeping health high on the agenda,” Copenhagen, 2025.

[6] European Commission, “Healthier together : EU non-communicable diseases initiative.,” Jun. 2022. doi: 10.2875/195572.

[7] WHO, “Non-communicable diseases,” Fact sheets. Accessed: Jul. 16, 2026. [Online]. Available: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

[8] OECD, “Health at a Glance 2025: OECD Indicators,” Paris, 2025. doi: https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.

[9] L. Gisle, J. Van der Heyden, and M. Janssens, “Gezondheidsenquête 2023-2024: Gebruik van alcohol,” Brussel, 2025. Accessed: Jul. 16, 2026. [Online]. Available: www.gezondsheidenquete.be

[10] L. Gisle and S. Demarest, “Gezondheidsenquête 2023-2024: Gebruik van tabak,” Brussel, 2025. Accessed: Jul. 16, 2026. [Online]. Available: www.gezondheidsenquete.be

[11] S. Drieskens, R. Charafeddine, and E. Braekman, “Gezondheidsenquête 2023-2024: Voedingsgewoonten,” Brussel, 2025. Accessed: Jul. 16, 2026. [Online]. Available: www.gezondheidsenquete.be

[12] S. Drieskens, M. Janssens, and J. Van der Heyden, “ Gezondheidsenquête 2023-2024: Lichaamsbeweging,” Brussel, 2025. Accessed: Jul. 16, 2026. [Online]. Available: www.gezondheidsenquete.be

[13] Gezond Leven, “Hoe lang zit de Vlaming dagelijks stil?” Accessed: Jul. 16, 2026. [Online]. Available: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/cijfers-beweging/hoe-lang-zit-de-vlaming-dagelijks-stil#:~:text=mannen%20zitten%2032%20minuten%20meer,dag%20meer%20dan%2065%2Dplussers

[14] Sciensano, “Determinanten van Gezondheid: Luchtkwaliteit,” Health Status Report. Accessed: Jul. 10, 2026. [Online]. Available: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/luchtkwaliteit

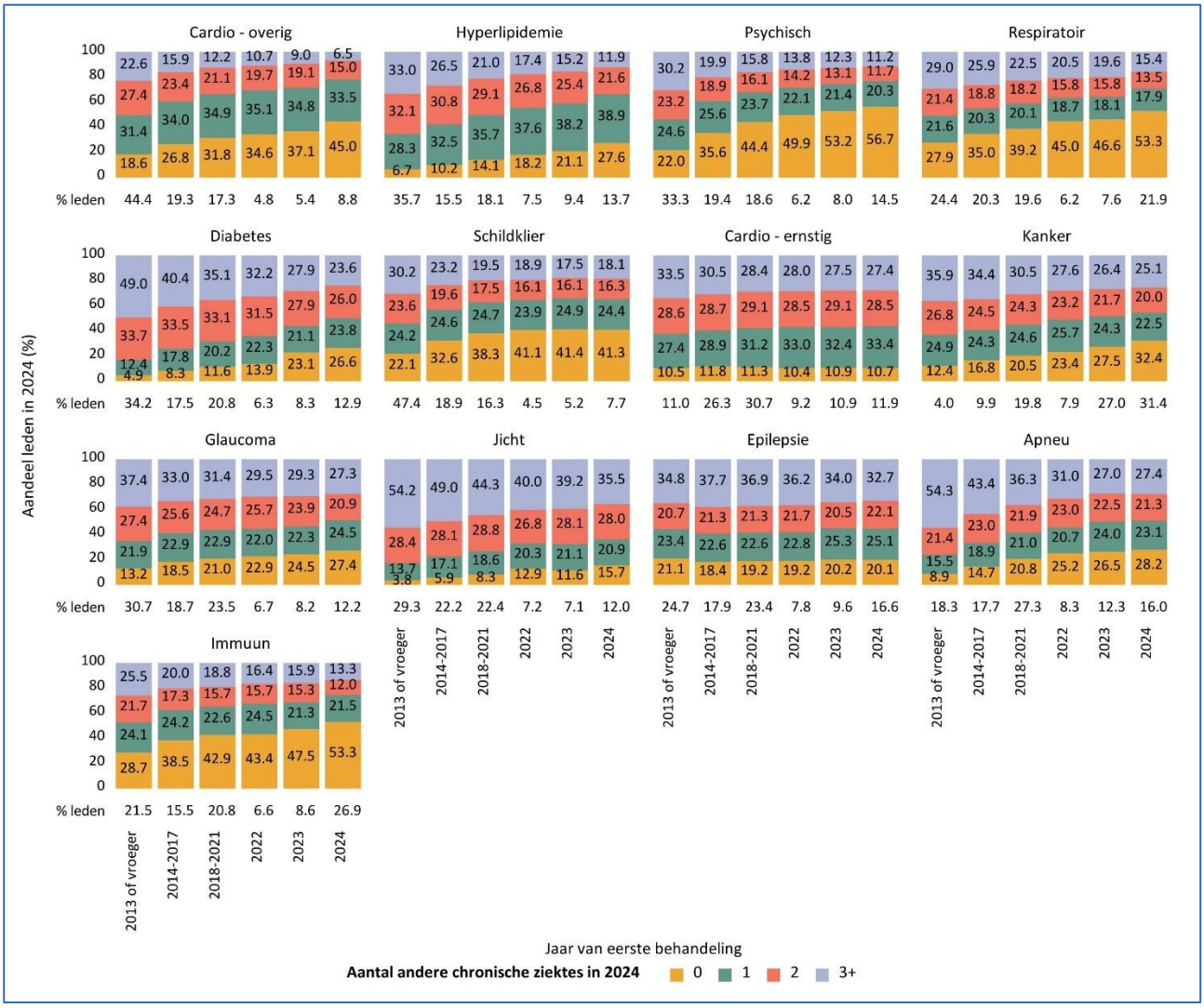
06 Bijlages

Bijlage 1:
Identificatiemethodes chronische aandoeningen

Chronische ziekte	Identificatiemethode
'Overige' cardiovasculaire aandoeningen	ATC-klasse: C01, C02, C07, C08, C09, B01AA, B01AC, B01AE, C04A, A10BK (Categorie A) *Mutueel exclusief met 'overige' cardiovasculaire aandoeningen*
Ernstige cardiovasculaire aandoeningen	ATC-klasse: C01DA08, C01DA02, C01DX12 Geneesmiddelen tijdens ziekenhuisopname: C09, C03 en C07 Nomenclatuur: 771201, 771212, 771223, 229574, 229585, 229611, 229622, 229633, 229644, 589013, 589024 *Mutueel exclusief met 'overige' cardiovasculaire aandoeningen*
Hyperlipidemie	ATC-klasse: C10
Diabetes	ATC-klasse: A10A, A10B (A10BK categorie B) Nomenclatuurcodes: 400374, 400396, 401590, 401612, 102852, 109594, 788756, 788771, 788793, 788815, 788830, 788852, 770070, 786015, 786030, 786100, 772450, 772461, 785573, 785595, 785610, 785632, 785654, 785676, 785691, 785713
Psychische aandoeningen	ATC-klasse: N05A, N06A Opnames psychiatrische ziekenhuizen of opnames op psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis
Neurologische aandoeningen	ATC-klasse: N06DA, N06DX01, L03AB07, L03AB08, L03AX13, N04 (buiten N04A), N06D, Nomenclatuur: 102933, 102992, 784512, 784523, 784534, 784556, 777711, 777722, 777733, 777744, 777755, 777766, 777770, 777781, 777792, 777803, 783510, 783521, 783532, 783543, 783554, 783565, 783576, 783580, 783591, 783602, 783650, 783661, 783672, 783683, 783694, 783705, 783716, 783720, 783731, 783742
Epilepsie	ATC-klasse: N03 (buiten N03AF01)
Kanker	ATC-klasse: L01 (buiten L01BA01), L02BA01, L02BA03, L02BG03, L02BG06, L02BG04, L02BX03, L02BB03, L02BB04, L02BB05, L02BB06, L02BB01 (buiten CNK codes 710566, 1092857, 1174481, 1174499, 38521, 706044) Nomenclatuur (in referentiejaar of voorgaande jaar): 350276, 350280, 350291, 350302, 350372, 350383, 350394, 350405, 350416, 350420, 350453, 350464, 350475, 350486, 272915, 272926, 272974, 272985, 273033, 273044, 273092, 273103, 350070, 350092 Nomenclatuur: 444113, 444124, 444135, 444146, 444150, 444161, 444172, 444183, 444216, 444220, 444253, 444264, 444290, 444301, 444312, 444323, 444710, 444721, 682636, 682640, 682732, 682743, 154873, 154884, 154895, 154906
HIV	Nomenclatuur: 787754, 787765, 787776, 787780, 787975, 787986 ATC-klasse: J05AE, J05AF, J05AG, J05AR (buiten nomenclatuur 787990, 788001)
Chronische nierinsufficiëntie	Nomenclatuur: 107096, 107111, 107133, 107155, 754294, 757492, 757433, 761526, 761515, 761456, 761493, 761272, 761283, 761471, 761530, 761552, 761574, 761655, 761670, 470400, 470422, 470374, 470385, 470433, 470444, 470470, 470481, 474714, 474725, 787511, 787522, 318010, 318021, 767616, 767631, 767686, 767723, 767664, 767701, 767734, 767756, 767782, 767804, 767815, 767826, 767830, 767841, 767955, 767966, 767594, 470293, 470304, 470330, 470341, 470352, 470315, 470326, 470875, 470890, 470901, 470912, 70934, 470945
Schildklier	ATC-klasse: H03A, H03B
Jicht	ATC-klasse: M04
Osteoporose	ATC-klasse: M05, H05AA02, G03XC01, A12AX
Glaucoom	ATC-klasse: S01E
Slaapapneu	Nomenclatuur: 765951, 779936, 779951, 779870, 779881, 779892, 779903, 779914, 779925, 779096, 779100
Respiratoire aandoeningen	ATC-klasse: R03A, R03BA, R03BB, R03DA04, R03DC, R03DX (Categorie B) Nomenclatuur: 797252, 797274, 797296, 797311, 797370, 797355, 797392, 777512, 777523, 777534, 777545, 777556, 777560, 777571, 777582, 777593, 777604, 789014, 789025, 789036, 789040, 789051, 789062, 789073, 789084, 789095, 789106, 789110, 789121, 789132, 789143, 789154, 789165, 789176, 789180, 789191, 789202, 789213, 789224, 789235, 789246, 789250, 789261, 789272, 789283, 789294, 789305, 789316, 789320, 789331, 789342, 789353, 789364, 789375, 789386, 789390, 789401, 789412, 789423, 789434, 789445, 789456, 789460, 789471, 789482, 789493, 789504, 789515, 789526, 789530, 789541, 789552, 789563, 789574, 789585, 789596, 789600, 789611, 789622, 789633, 789644, 789655, 789666, 789670, 789681, 789692 , 789703, 789714, 789725, 789736, 789740, 788012, 788023, 788034, 788045, 788056, 788060, 788071, 788082, 788093, 788104, 788115, 788126, 788130, 788141, 788152, 788163, 788174, 788185, 788196, 788200, 788211, 788222, 788233, 788244, 788255, 788266, 788270, 788281, 788292, 788303, 788314, 788325, 788336, 788340, 788351, 788362, 788373, 788384, 788395, 788406, 788410, 788421, 788432, 788443, 788454, 788465, 788476, 788480, 788491, 788502, 788513, 788524, 788535, 788546, 788550, 788561, 788572, 788583, 788594, 788605, 788616, 788620, 788631, 788642, 788653, 788664, 788675, 788686, 788690, 788701, 788712, 788723, 788734, 788745
Zeldzame ziekten	ATC-klasse: L01XE10, L01BB07, B02BD09, L01AB01, L01XD04, N03AX17, A16AA06, H01AC03, A16AX07, L01XX23, L03AX16, A16AB09, A16AB08, L01XE05, B02BX04, V03AC03, C01EB19, L04AA25, L01XE06, L01XE04, L01XE08, L01XE09, L01XE01, B02BD01, B02BD03, B02BD05, B02BD06, B02BD07, B02BD08, B02BD10, B02BD11, B02BD12, B02BD13, B02BD14, B02BD30, A05AX05, A16AA04, A16AA05, A16AB02, A16AB03, A16AB04, A16AB05, A16AB07, A16AB10, A16AX04, A16AX06, A16AX08, A16AX09, A16AX10, A16AX14, A16AX15, A16AX16, A16AX18, B01AC09, B01AC11, B01AC27, B02BD02, B02BD04, B02BX05, B06AC02, C02KX01, C02KX02, C02KX03, C02KX04, C02KX05, D03BA03, G04BE03, H01AX01, J01DF01, J01GB01, J02AC05, J05AX18, L01AA05, L01AC01, L01BB04, L01BB06, L01BC07, L01BC08, L01CE02, L01CX01, L01EA01, L01EA02, L01EA03, L01EA04, L01EA05, L01EA06, L01EG01, L01EG02, L01EJ01, L01EJ02, L01EL01, L01EN02, L01EX01, L01EX02, L01EX08, L01EX09, L01EX10, L01EX13, L01FX05, L01XG02, L01XG03, L01XH03,

	L01XK01, L01XK02, L01XL04, L01XX27, L01XX35, L01XX52, L04AJ01, L04AJ03, L04AX02, L04AX04, L04AX05, L04AX06, M09AX07, M09AX09, M09AX10, N03AF03, N04BA02, N06BX13, N07XX04, N07XX08, N07XX11, N07XX12, R07AX02, R07AX30, R07AX31, R07AX32, S01XA21, S01XA27, V03AF02, R05CB13, R03AX02, R03AX30, R03AX31, R03AX32, R03AX33, A09AA02 (Categorie A), R05CB01 (categorie A) Nomenclatuur: 75950, 775961, 784055, 784066, 775832, 775843, 775854, 775876, 775880, 775913, 775924, 775935, 775946, 787813, 787824, 787791, 787802
Immuungerelateerde aandoeningen	ATC-klasse: L04AA12, L04AA11, L04AA13, A07EC01, A07EC02, A07EA, A07EC, L04AA27, L04AA23, L04AA24, L04AB01, L04AB02, L04AB04, L04AB05, L04AB06, L01B101, L04AX03 CNK codes: 2341543, 4389680, 787317, 4201869, 4148896, 787317, 7731383
Hepatitis B of C	ATC-klasse: L03AB04, L03AB05, L03AB09, L03AB10, L03AB11, J05AB04, J05AF05, J05AF08, J05AF10, J05AF13, J05AE11, J05AE12, J05AE14, J05AP54, J05AX65, J05AX14, J05AX15, J05AX16, J05AX65, J05AX67

Bijlage 2:
Distributie van het aantal comorbiditeiten van leden in 2024 voor de chronische aandoeningen met een prevalentie van minstens 1% in 2024 in functie van het jaar waarin de eerste behandeling plaatsvond



Bijlage 3:
Aandeel leden (%) met een chronische ziekte in 2024 (kolom) volgens chronische ziekte (rij). Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen

	Cardio – 'overige'	Hyperlipidemie	Psychisch	Respiratoir	Diabetes	Schildklier	Cardio – ernstig	Kanker	Glaucoma	Jicht	Epilepsie	Apneu	Immuun
Cardio – 'overige'		47.3	18.0	10.1	18.1	11.2		5.4	5.1	5.7	3.2	5.3	2.0
Hyperlipidemie	54.4		18.6	10.9	25.2	11.9	17.4	5.4	5.3	6.7	3.7	6.2	2.0
Psychisch	32.4	29.1		10.8	11.5	11.6	7.3	4.2	2.8	2.4	7.0	4.6	2.1
Respiratoir	31.7	29.8	18.8		11.2	9.1	10.3	5.0	3.2	3.4	3.7	4.5	2.1
Diabetes	53.8	65.2	19.0	10.6		14.2	16.5	5.4	5.3	8.0	4.5	7.8	1.8
Schildklier	37.6	34.8	21.7	9.8	16.1		7.7	5.5	3.9	3.1	3.7	3.7	2.1
Cardio – ernstig		72.2	19.5	15.7	26.5	11.0		7.8	5.8	8.8	5.2	6.9	2.1
Kanker	39.4	34.3	17.0	11.7	13.1	11.9	11.9		4.6	4.7	4.5	3.5	1.8
Glaucoma	49.8	45.6	15.5	10.1	17.4	11.3	12.0	6.3		5.2	3.1	4.7	2.1
Jicht	60.9	62.1	14.2	11.7	28.9	9.9	19.7	6.9	5.6		3.9	10.0	2.5
Epilepsie	35.9	35.8	43.0	13.0	16.8	12.2	12.0	6.8	3.5	4.1		5.2	2.2
Apneu	47.2	48.0	23.1	13.0	23.5	9.8	12.9	4.3	4.3	8.4	4.2		2.2
Immuun	28.3	24.2	16.1	9.3	8.6	8.8	6.3	3.5	2.9	3.2	2.7	3.4	

onafhankelijke ziekenfondsen

Onze studies op mloz.be

november 2026

Onafhankelijke Ziekenfondsen
Lenniksebaan 788A
1070 Brussel
T 02 778 92 11

ondernemingsnummer 411.766.483

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

helan Onafhankelijk ziekenfonds · freie krankenkasse · partenamut Mutualité Libre