



STUDIE

# UITSTEL VAN VERZORGING BIJ CHRONISCH ZIEKEN NAAR AANLEIDING VAN DE COVID-19-PANDEMIE

Impact van corona op de verstrekkingen  
voor geneeskundige verzorging



Een uitgave van de **Onafhankelijke Ziekenfondsen**

Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel

T 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Redactie > Güngör Karakaya, Dominique De Temmerman, Renata Van Woensel

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

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, september 2021

(Ondernemingsnummer 411 766 483)

# UITSTEL VAN VERZORGING BIJ CHRONISCH ZIEKEN NAAR AANLEIDING VAN DE COVID-19-PANDEMIE

Impact van corona op de verstrekkingen voor  
geneeskundige verzorging

## Inhoudstafel

01	INTRODUCTION .....	4
02	GEGEVENS EN METHODOLOGIE .....	7
03	BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOCHE POPULATIE .....	9
04	RESULTATEN .....	12
	Algemeen overzicht .....	12
	Fysieke contacten met zorgverleners .....	14
	Impact van verzorging op afstand .....	20
	Aflevering van geneesmiddelen in een apotheek .....	23
	Ziekenhuisopnames met en zonder overnachting .....	26
	Noodgevallen .....	31
05	CONCLUSIE .....	32
06	AANBEVELINGEN .....	34
07	REFERENTIES .....	35

# 01

## INTRODUCTION

De huidige COVID-19-pandemie heeft ons leven op wereldschaal beïnvloed en veranderd sinds het ontstaan en de verspreiding ervan vanuit China eind 2019. Noch België noch heel Europa is eraan ontsnapt.

Met bijna 4 miljoen doden wereldwijd, waaronder meer dan 700.000 doden in Europa en meer dan 25.000 doden in België, zal deze pandemie waarschijnlijk de geschiedenis ingaan als de grootste ramp van het decennium. De gevolgen van COVID-19 blijven echter niet beperkt tot deze cijfers en zouden de reeds dramatische directe tol nog ver kunnen overtreffen.

De nieuwe infectieziekte aan de luchtwegen, die in België bijzonder vaak voorkwam tijdens de eerste golf in maart en april 2020 en tijdens de tweede golf die in september 2020 begon, heeft ook geleid tot een vertraging (of zelfs sluiting) van een groot deel van de economische en sociale activiteit in het land als gevolg van de lockdownmaatregelen die de overheid genomen heeft.

COVID-19 heeft ook een grote invloed gehad op ons gezondheidszorgsysteem. Volgens de laatste cijfers van de Technische Commissie van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV registreerden de ziekenhuizen in 2020 49.478 ziekenhuisopnames in verband met COVID-19 (ofwel minder dan 3 % van het totaal aantal ziekenhuisopnames van een gewoon jaar zoals 2019), waarbij de opnames vooral geconcentreerd waren in de opgaande fasen van de twee golven van de pandemie. Deze grote druk op de ziekenhuizen heeft geleid tot de stopzetting en het uitstel van de reguliere niet-dringende verzorging om de toevloed van coronagerelateerde ziekenhuisopnames aan te kunnen. Zoals in het verslag van het KCE (2020a) wordt opgemerkt, hebben de maatregelen die tijdens de coronapandemie zijn genomen en uitgevoerd, ook nevenschade veroorzaakt. Zij hadden niet alleen gevolgen voor de gezondheid en het welzijn van het gezondheidspersoneel, maar ook voor het zorggebruik, wat leidde tot aanzienlijke annuleringen of uitstel van zorg op het hoogtepunt van de pandemie. Dit annuleren en uitstellen van verzorging heeft natuurlijk nefaste gevolgen voor de patiënt, zoals uitstel van medische diagnoses (kanker, hart- en vaatziekten, enz.) en dus het risico van veel zwaardere nawerkingen, uitstel van chronische verzorging en dus niet-optimale verzorging voor een populatie die regelmatig medisch moet worden opgevolgd. We mogen echter niet vergeten dat het RIZIV vanaf het begin van de eerste golf van de pandemie toestemming heeft gegeven voor het gebruik van teleconsultaties (raadplegingen op afstand per telefoon of videocall) om de continuïteit van de verzorging aan de patiënten te waarborgen, waardoor het onderbreken en uitstellen van de patiëntenzorg kon worden beperkt.

Op basis van interviews van het KCE (KCE, 2020a) en een enquête van het Vlaams Patiëntenplatform (2020a) kan de annulering en het uitstel van de verzorging niet alleen verklaard worden door de daling van het zorgaanbod (op het hoogtepunt van de pandemie opgelegd door de overheid). Andere factoren, zoals het algemene angstklimaat (angst om door het coronavirus te worden besmet), het niet-dringende en niet-essentiële karakter van de gevraagde verzorging, het feit dat moest worden gewacht

op verbetering van de situatie en de maatregelen die werden genomen om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan, hebben ook bijgedragen tot de verklaring van de daling van de vraag naar verzorging.

Op basis van de terugbetalingsgegevens van de ziekteverzekering stelt het Intermutualistisch Agentschap (IMA, 2021) vast dat het aantal ziekenhuisopnames (klassieke ziekenhuisopname met ten minste één overnachting in een algemeen ziekenhuis) tijdens de lockdownperiode (van 16 maart tot en met 3 mei 2020) met 47 % is gedaald ten opzichte van 2019. De situatie is nadien verbeterd naarmate de pandemie afzwakte, aangezien het verschil slechts 23 % bedroeg van 4 mei tot 28 juni 2020 en 10 % van 29 juni tot 4 oktober 2020. Met de nieuwe uitbraak van de pandemie en de ingang van fase 1A en 1B om bedden op de intensive care vrij te maken voor coronapatiënten (wat betekent dat de planning en organisatie van andere verzorging en interventies moet worden aangepast of zelfs opgeschort), liep het verschil op tot 26 % van 5 oktober tot 27 december 2020. Uit deze gegevens blijkt duidelijk dat de normale ziekenhuisactiviteit op het hoogtepunt van de pandemie afnam. Het IMA stelde ook vast dat sommige ziekenhuisdiensten tijdens de lockdownperiode zwaarder werden getroffen dan andere in vergelijking met dezelfde periode van het voorgaande jaar (66 % minder ziekenhuisopnames in de chirurgie, 57 % minder in de pediatrie, 38 % minder in de inwendige geneeskunde en 36 % minder in de geriatrie). De situatie verbeterde vervolgens aan het begin van de zomer van 2020 met een geleidelijke terugkeer van de ziekenhuisactiviteit naar het niveau van 2019 (zonder het te kunnen bereiken), behalve in de pediatrie, waar het aantal opnames 44 % lager lag dan het jaar daarvoor. Het gebruik van de intensive care werd ook beïnvloed door de pandemie, aangezien het aantal opnames van 16 maart tot en met 3 mei 2020 met 16 % daalde, van 4 mei tot en met 28 juni 2020 met 14 % en in de zomer met 8 % ten opzichte van dezelfde periodes in het voorgaande jaar.

De Stichting Kankerregister (2020a, 2020b) en het RIZIV (2021) hebben aangetoond dat essentiële en dringende verzorging (raadplegingen, onderzoeken en ingrepen) ook werd uitgesteld als gevolg van de pandemie.

Volgens cijfers van de Stichting Kankerregister is het aantal nieuwe kankerdiagnoses in de periode van 1 maart tot 18 september 2020 met 14 % gedaald ten opzichte van dezelfde periode in 2019. Wanneer we deze daling per soort kanker bekijken, vertoonden de diagnoses van kanker van de dikke darm, de huid, de blaas, de nieren, het hoofd en de nek in deze periode de grootste dalingen ten opzichte van het voorgaande jaar (ongeveer -20 %). Daarna volgden borstkanker, prostaatkanker en kwaadaardige hemopathieën (ongeveer -15 %). De daling was minder uitgesproken voor andere agressievere vormen van kanker, zoals longkanker, pancreaskanker en slokdarmkanker (ongeveer -10 %). De daling komt neer op een totaal van ongeveer 5.000 kankerdiagnoses die op 18 september 2020 niet zouden zijn gesteld. De daling van het aantal nieuwe kankerdiagnoses was bijzonder uitgesproken tijdens de oprukkende fase van de eerste golf van de pandemie (tussen maart en begin april). Daarna nam het aantal nieuwe kankerdiagnoses geleidelijk toe om vanaf juni 2020 het niveau van 2019 te benaderen. De statistieken van de Stichting Kankerregister gaan maar tot 18 september 2020. De tijdelijke onderbreking (tussen maart en mei) van de opsporingsprogramma's voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker verklaart mede de waargenomen daling van het aantal nieuwe diagnoses voor deze vormen van kanker.

Recente statistieken van het RIZIV (RIZIV, 2021) hebben ook aangetoond dat de essentiële en dringende medische verzorging gevolgen heeft ondervonden van de coronacrisis. Het aantal myocardinfarcten dat is opgespoord op basis van specifieke verstrekkingen/ingrepen die door de ziekteverzekering worden terugbetaald, is namelijk sterk gedaald in de maanden maart (-16,4 %), april (-39,2 % - piek van de eerste golf) en mei (-23,5 %) van 2020 in vergelijking met dezelfde maanden in 2019. Van juni tot september was er sprake van een inhaalbeweging met een stijging van bijna 15 % ten opzichte van 2019. Ook voor opnames voor een acute beroerte stelde het RIZIV een opmerkelijke daling vast tijdens de maanden maart (-20,3 %), april (-16,6 %) en mei (-7,4 %) van 2020 in vergelijking met dezelfde maanden van 2019. Deze daling werd gevolgd door een inhaalbeweging van juni tot september (een stijging met bijna 10 % ten opzichte van 2019). De impact van de tweede coronagolf kan nog niet worden geanalyseerd op basis van de gegevens van het RIZIV, omdat er nog geen volledige gegevens beschikbaar zijn.

Uit een enquête van het Vlaams Patiëntenplatform (2020a) bleek dat het annuleren en uitstellen van verzorging ook mensen met een chronische ziekte trof, d.w.z. mensen die een regelmatige medische opvolging nodig hebben. Zo verklaarden 8 van de 10 ondervraagden met een chronische ziekte dat zij een geplande medische afspraak in het ziekenhuis tussen 6 maart en 13 april 2020 moesten uitstellen. Ongeveer 40 % van deze mensen verklaarde dat dit uitstel een matig tot ernstig effect op hun gezondheid had. Uit een ander onderzoek van het Vlaams Patiëntenplatform (2020b) bleek dat uitgestelde verzorging vervolgens werd hervat toen de lockdown eindigde, zonder dat dit voor het begin van de zomer kon worden ingehaald.

In het werk van Palmer e.a. (2020) wordt ook gewezen op de nefaste gevolgen voor de patiënt - en met name voor mensen met chronische ziekten - van annuleringen en uitstel van de verzorging. Hoewel de prevalentie van chronische ziekten als gevolg van corona kan afnemen, zullen de epidemie en de maatregelen ter bestrijding ervan ongetwijfeld de toch al kwetsbare toestand van deze patiënten in gevaar brengen. Het leek ons dan ook belangrijk ons onderzoek te wijden aan het uitstel van zorgverlening voor deze kwetsbare bevolkingsgroep die regelmatige medische opvolging nodig heeft.

Deze verkennende studie heeft tot doel de impact van corona op de verstrekkingen voor geneeskundige verzorging en het gebruik van bepaalde (ambulant afgeleverde) geneesmiddelen van mensen met een chronische aandoening te analyseren. Aangezien we niet over de medische diagnose beschikken, hebben we gebruik gemaakt van indicatoren op basis van het gebruik van bepaalde geneesmiddelen of zorgverstrekkingen (nomenclatuurcodes) om de chronisch zieken te identificeren.

Deze studie is als volgt gestructureerd. In het volgende hoofdstuk worden de gegevens en methodologie voorgesteld die we in onze studie gebruiken. Vervolgens beschrijven we de populatie waarop onze analyses zijn gebaseerd, d.w.z. mensen met een chronische ziekte. In het hoofdstuk daarna stellen we de resultaten van de studie voor met als onderzoeksvraag de impact van COVID-19 op chronisch zieken. Daarna volgt een conclusie waarin de resultaten van de studie worden samengevat. Ten slotte besluiten wij onze werkzaamheden met een reeks aanbevelingen.

# 02

## GEGEVENS EN METHODOLOGIE

De in deze studie gebruikte gegevens over de terugbetalingen in de gezondheidszorg zijn administratief van aard en hebben betrekking op de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen die in 2019 aan een chronische aandoening leden. Aangezien we niet over een medische diagnose beschikken, hebben we gebruik gemaakt van indicatoren - die wij hieronder definiëren - op basis van het gebruik van bepaalde geneesmiddelen of zorgverstrekkingen (nomenclatuurcodes) die door de ziekteverzekering worden vergoed, om de chronisch zieken in 2019 te identificeren. Ter herinnering: uit de laatste studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, gepubliceerd in 2020, bleek dat ongeveer 25 % van hun leden in 2018 een chronische ziekte had, d.w.z. in totaal meer dan 500.000 mensen. De populatie die wij in deze studie gebruiken om het effect van COVID-19 op de verstrekkingen voor geneeskundige verzorging en het gebruik van bepaalde geneesmiddelen die door de ziekteverzekering worden terugbetaald te analyseren, zal dus ongeveer 500.000 personen bedragen.

Om de chronische aandoeningen te definiëren, gebruiken we dezelfde methodologie en dezelfde insluitings- en uitsluitingscriteria als in onze vorige studies<sup>1</sup>. In totaal werden aan de hand van deze criteria 23 veel voorkomende chronische aandoeningen geïdentificeerd. Voor de meeste van deze aandoeningen is specifiek geneesmiddelengebruik gedurende ten minste 90 dagen per jaar vereist (of 120 dagen in het geval van depressie). Voor nierinsufficiëntie en kanker baseren wij ons op bepaalde codes van de RIZIV-nomenclatuur. Voor zeldzame ziekten is het gebruik van bepaalde soorten geneesmiddelen vereist en voor ernstige geestelijke gezondheidsproblemen gaan we uit van opname op een psychiatrische afdeling of in een psychiatrisch ziekenhuis. Uiteraard wordt de lijst van geneesmiddelen die onder de criteria vallen regelmatig aangevuld om deze up-to-date te houden (toevoeging van nieuwe geneesmiddelen op de markt). Met name voor het humane immunodeficiëntievirus (HIV) en hepatitis B en C is rekening gehouden met nieuwe moleculen en behandelingen die zijn ontwikkeld.

Meer formeel identificeren we eerst mensen met een chronische ziekte op basis van de vastgestelde criteria en gegevens voor het jaar 2019. We nemen alleen degenen op die ook in 2020 aanwezig zijn, om hun zorgverstrekkingen en ambulante aflevering van geneesmiddelen tussen de jaren 2019 en 2020 te kunnen volgen en vergelijken. Personen die in 2019 zijn overleden en personen die in 2019 naar een andere verzekeringsinstelling zijn overgestapt, zijn van de studie uitgesloten. Na uitsluiting komen we uit op een totale populatie van 528.014 chronisch zieken (ofwel ongeveer 25 % van alle leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen). Dit is de populatie waarop wij onze analyses zullen toespitsen.

---

<sup>1</sup> De methodologische details zijn terug te vinden in de studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Karakaya G., Vanrillaer V. en Van Tielen R) van 2013. 'Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg. Analyse van de terugbetalingen van de ziekteverzekering.' Studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, december 2013, 60 pagina's).

Op basis van de door de ziekenhuizen aan de ziekenfondsen toegezonden opnamedocumenten 721bis, de RIZIV-nomenclatuurcodes en de CNK-codes van de ambulant verstrekte geneesmiddelen, kunnen wij een identificatie doen van de ziekenhuisopnames (met inbegrip van ziekenhuisdiensten en ziekenhuisgebeurtenissen), de raadplegingen bij de huisarts en gespecialiseerde artsen (met de kwalificatie van de zorgverlener op basis van het erkenningsnummer van de zorgverlener), tandartsen en kinesitherapeuten, ambulante verstrekking van geneesmiddelen per geneesmiddelengroep (op basis van ATC- en CNK-codes), gebruik van ziekenhuisnoodgevallen, teleconsultatiediensten tijdens de pandemie, enz.

Alle in deze studie gebruikte gegevens zijn gebaseerd op de terugbetalingen van de ziekteverzekering. Daarom worden niet-terugbetaalde verstrekkingen niet in aanmerking genomen.

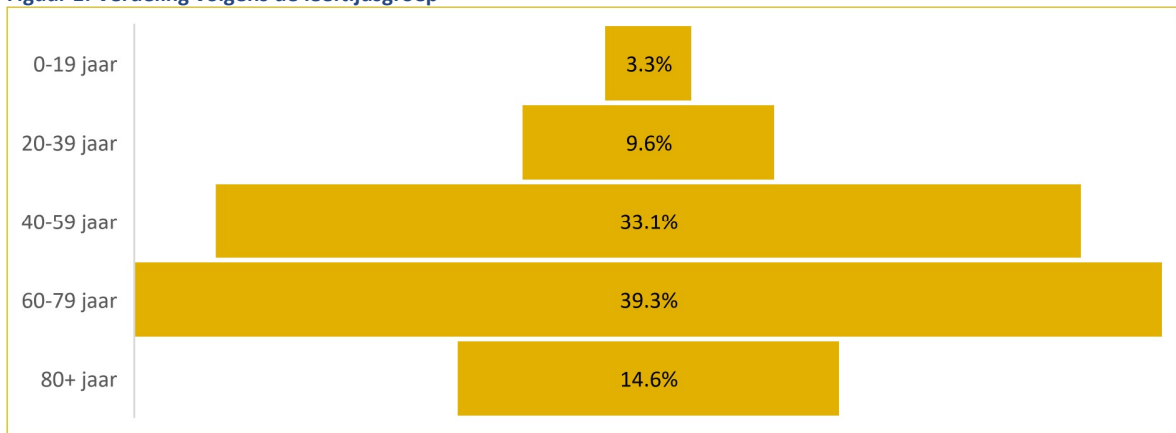


# 03

## BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOCHE POPULATIE

Figuur 1 toont de samenstelling per leeftijdsgroep van de in deze studie bestudeerde populatie, d.w.z. mensen met chronische aandoeningen in 2019 die ook in 2020 in onze databases aanwezig zijn (in totaal 528.014 mensen).

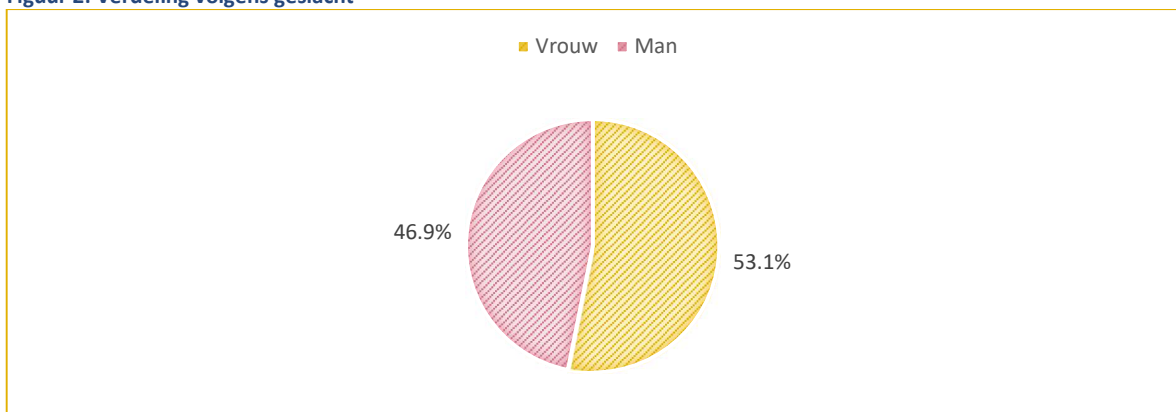
**Figuur 1: Verdeling volgens de leeftijdsgroep**



Zoals we kunnen zien, zijn er zeer weinig mensen met een chronische ziekte jonger dan 20 jaar (3,3 %). Meer dan de helft van de mensen met een chronische ziekte is ouder dan 60 jaar (54 %) en een op de drie (33,1 %) is tussen de 40 en 59 jaar oud.

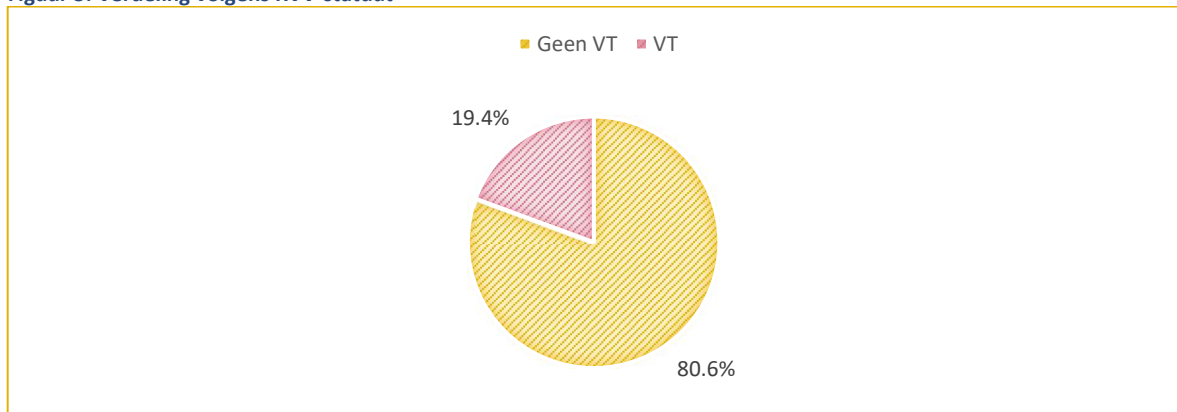
Figuur 2 laat zien dat er iets meer vrouwen dan mannen in de onderzochte populatie zitten (53 % vrouwen)

**Figuur 2: Verdeling volgens geslacht**



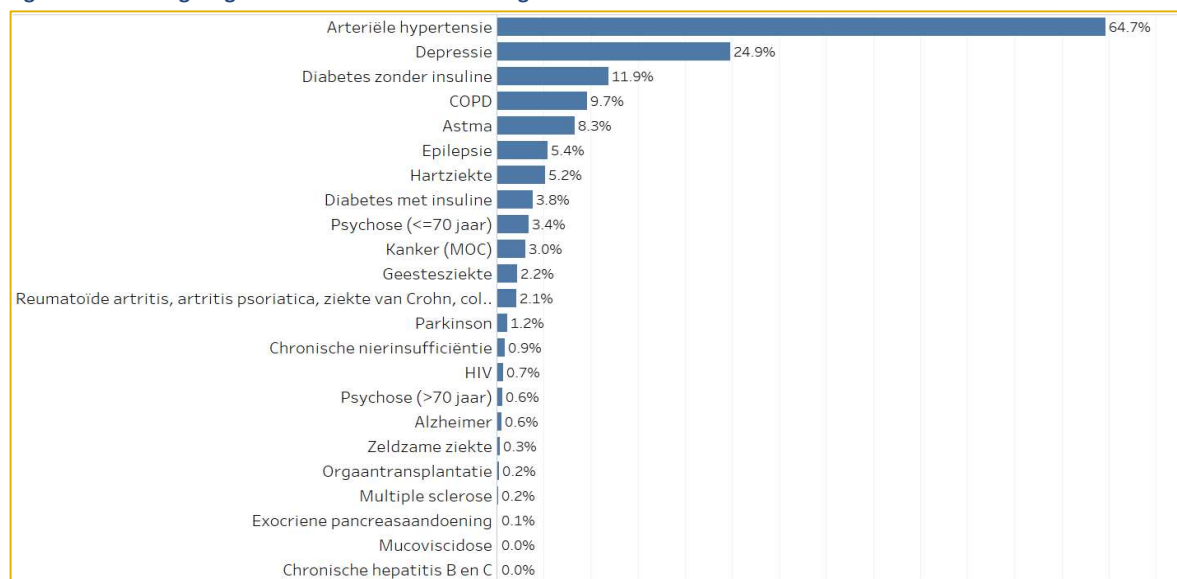
Een vijfde (19,4 %) van de mensen met een chronische ziekte geniet de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

**Figuur 3: Verdeling volgens RVV-status**



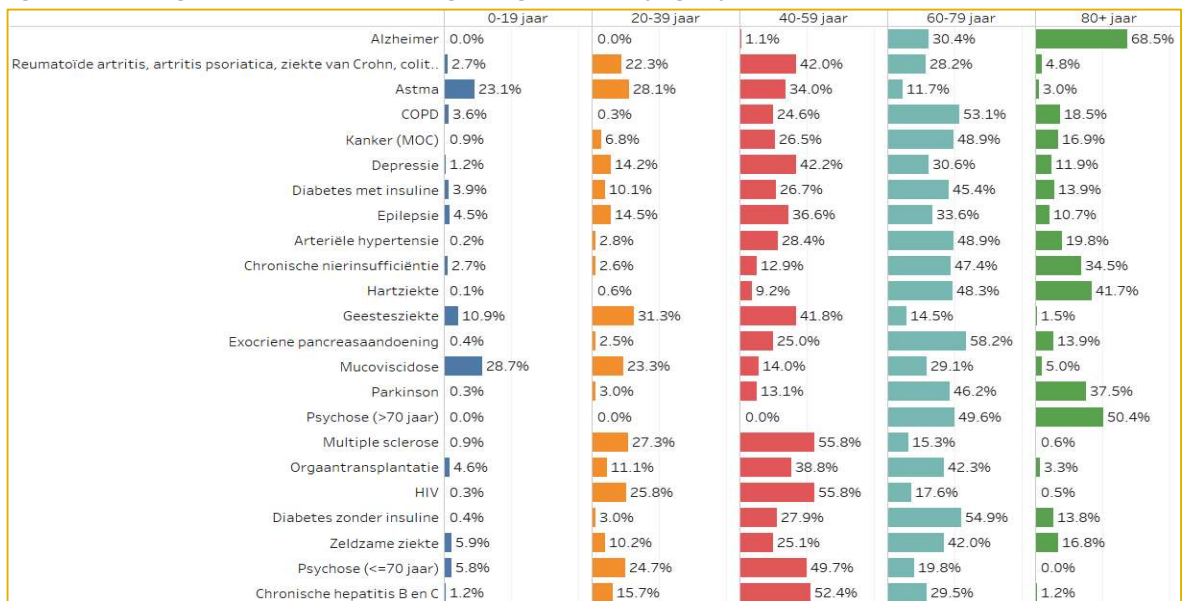
Uit figuur 4 blijkt dat de meest voorkomende aandoeningen onder de 23 chronische aandoeningen die zijn weerhouden bij de selectie van de onderzoekspopulatie de volgende zijn: hoge bloeddruk (bijna 2 op de 3 mensen in de onderzoekspopulatie), depressie (1 op de 4 mensen), diabetes met en zonder insuline (bijna 1 op de 6 mensen), COPD (1 op de 10 mensen) en astma (bijna 1 op de 10 mensen).

**Figuur 4: Verdeling volgens de chronische aandoening**



Figuur 5 toont de verdeling per leeftijdsgroep van de 23 chronische aandoeningen die zijn gebruikt bij de identificatie van onze onderzoekspopulatie. De meeste chronische aandoeningen treffen mensen ouder dan 60 jaar. Personen in de middelste leeftijdsgroepen (20-59 jaar) zijn relatief goed vertegenwoordigd onder degenen met reumatoïde of psoriatische artritis/de ziekte van Crohn/ulceratieve colitis, astma, depressie, epilepsie, geestelijke gezondheidsproblemen die een psychiatrische ziekenhuisopname vereisen, mucoviscidose, multiple sclerose, HIV, psychose, hepatitis B en C, en organtransplantatie. Jongeren onder de 20 jaar zijn alleen goed vertegenwoordigd (>10 %) bij de personen met astma, mucoviscidose of geestelijke gezondheidsproblemen die een psychiatrische ziekenhuisopname vereisen.

Figuur 5: Verdeling van chronische aandoeningen volgens de leeftijdsgroep



# 04

## RESULTATEN

Dit deel van de studie heeft tot doel de impact van COVID-19 op de verstrekkingen voor geneeskundige verzorging en het gebruik van bepaalde (ambulant verstrekte) geneesmiddelen bij mensen met een chronische aandoening te analyseren. Alle gebruikte gegevens zijn gebaseerd op de terugbetalingen van de ziekteverzekering. Daarom worden niet-terugbetaalde verstrekkingen niet in aanmerking genomen.

In dit hoofdstuk geven we eerst een algemeen overzicht van het gebruik van zorgverstrekkingen of geneesmiddelen die in 2019 en 2020 door de ziekteverzekering werden terugbetaald. Vervolgens volgen we de maandelijkse evolutie tussen 2019 en 2020 op van de fysieke contacten met een gezondheidsprofessional van mensen met een chronische aandoening. Aangezien we in onze analyses van deze evolutie geen significant verschil kunnen onderscheiden tussen het aantal fysieke contacten en het aantal personen dat ten minste één fysiek contact heeft gehad, zullen we in onze studie alleen het aantal fysieke contacten behouden om het werk niet omslachtiger te maken. In de andere delen van dit hoofdstuk zullen we dezelfde redenering toepassen. Het volgende onderdeel bestudeert de impact van verzorging op afstand (teleconsultaties) die terugbetaald wordt sinds 14 maart 2020 op het uitstel of de annulering van de fysieke contacten als gevolg van de gezondheids crisis. We volgen nadien de maandelijkse evolutie tussen 2019 en 2020 van de afleveringen van geneesmiddelen terugbetaald door de ziekteverzekering die het vaakst gekocht worden in apotheken, van ziekenhuisopnames met en zonder overnachting en van de intensive care.

### Algemeen overzicht

Om een algemeen beeld te krijgen van de situatie in 2020, lijkt het ons belangrijk om in de eerste plaats de contacten met de huisarts en de specialist, het gebruik van teleconsultaties (zorg op afstand) die sinds 14 maart 2020 toegepast worden om de continuïteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt te garanderen en de zorgverleners tijdens de pandemie te ondersteunen, de verstrekking van geneesmiddelen in apotheken, de overnachtingen in het ziekenhuis (klassieke ziekenhuisopname) en de one days (ziekenhuisopname zonder overnachting) te analyseren.

Uit tabel 1 blijkt dat het jaar 2020 een bijzonder jaar was, zowel voor mensen met een chronische aandoening als voor degenen die daar niet aan lijden, wat het gebruik van door de ziekteverzekering terugbetaalde gezondheidsverstrekkingen betreft. Het aantal leden (chronisch ziek of niet) dat contact had met een arts, dat ten minste één terugbetaald geneesmiddel kocht in een apotheek of dat werd opgenomen in een ziekenhuis met of zonder overnachting, is tussen 2019 en 2020 namelijk aanzienlijk gedaald. Het uitstel of de annulering van verzorging is dus duidelijk zichtbaar tijdens het jaar dat door de pandemie wordt getroffen. Zoals we verder ook zullen vaststellen, lijkt geen enkele zorgvoorziening gespaard te zijn gebleven. Dankzij verzorging op afstand (teleconsultaties) kon in 2020 echter een zekere continuïteit van de zorg worden gewaarborgd, zowel voor chronisch zieken als voor mensen zonder chronische aandoening. Meer dan de helft van de chronisch zieken (56 %) heeft ten minste één keer

gebruikgemaakt van verzorging op afstand, terwijl dit percentage bij de niet-chronisch zieken 31,1 % bedraagt (d.w.z. bijna de helft minder). Zoals we in tabel 1 kunnen zien, hebben teleconsultaties ertoe geleid dat tussen 2019 en 2020 bijna evenveel mensen contact hebben gehad met een arts. Met andere woorden, de terugbetaling van verzorging op afstand vanaf het begin van de pandemie in België heeft de negatieve impact van de gezondheidscrisis op het gebruik van geneeskundige verzorging ongetwijfeld beperkt. We dienen op te merken dat het aantal mensen dat in 2020 in het ziekenhuis werd opgenomen aanzienlijk lager was dan in 2019, zowel voor opnames met een overnachting als zonder (respectievelijk -15,6 % en -17,9 % voor chronisch zieken, d.w.z. percentages die zeer vergelijkbaar zijn met die voor mensen zonder een chronische aandoening). Het aantal chronisch zieken dat ten minste één geneesmiddel in een apotheek verstrekt kreeg, varieert niet tussen 2019 en 2020 voor de chronisch zieken, aangezien de meeste indicatoren die worden gebruikt om onze doelpopulatie (chronisch zieken) te definiëren, gebaseerd zijn op het regelmatige gebruik van geneesmiddelen. Het is dan ook normaal om voor deze populatie een percentage van 100 % te hebben. Anderzijds stellen we vast dat het aantal mensen zonder chronische ziekte dat in apotheken ten minste één terugbetaald geneesmiddel krijgt, tussen 2019 en 2020 met 7 % daalt.

Verder in de studie beperken we ons tot de opvolging van de maandelijkse zorgverstrekkingen van chronisch zieken gedurende de jaren 2019 en 2020 om onze onderzoeksvraag te beantwoorden, met name de analyse van de impact van de coronapandemie op de zorgverstrekkingen en het gebruik van bepaalde (ambulant verstrekte) geneesmiddelen van mensen met een chronische aandoening.

**Tabel 1: Leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen die een beroep hebben gedaan op door de ziekteverzekering terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen of geneesmiddelen (2019 en 2020)**

	Chronisch zieke			Niet-chronisch zieke		
	2019	2020	Evolutie (2019-2020)	2019	2020	Evolutie (2019-2020)
Huisarts	89.4%	86.5%	-3.2%	64.6%	61.5%	-4.8%
Specialist	81.1%	73.8%	-9.0%	54.6%	49.4%	-9.6%
Huisarts of specialist	97.4%	94.9%	-2.5%	78.4%	75.3%	-3.9%
+ teleconsultatie	\	96.1%	-1.3%	\	78.1%	-0.4%
Teleconsultatie	\	56.0%	\	\	31.1%	\
Geneesmiddel (apotheek)	100.0%	100.0%	0.0%	62.6%	58.3%	-7.0%
Ziekenhuisopname met overnachting	19.7%	16.6%	-15.6%	6.6%	5.6%	-15.0%
One-day-clinic	15.8%	13.0%	-17.9%	7.0%	5.8%	-17.7%

## Fysieke contacten met zorgverleners

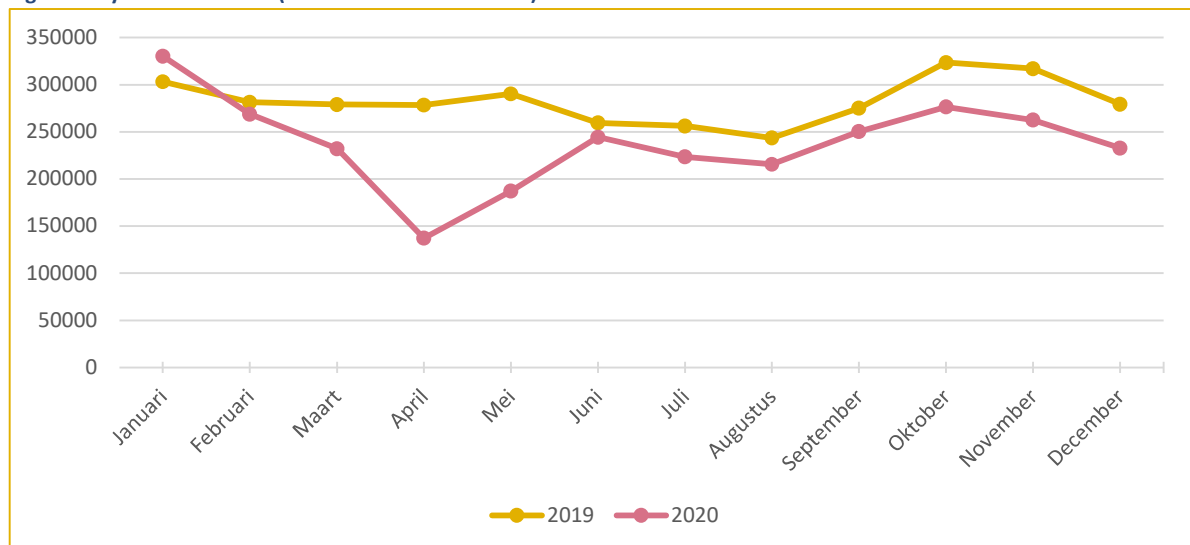
### Algemene geneeskunde

Figuur 6 toont het aantal fysieke contacten per maand (in 2019 en 2020) met een huisarts voor mensen met een chronische aandoening.

De impact van de twee golven van de pandemie op het gebruik van de eerstelijnsverzorging is duidelijk zichtbaar, maar de eerste golf (en meer in het bijzonder de piek van de epidemie in april 2020) had een veel grotere impact dan de tweede golf, die in september 2020 begon.

In 2020 is het aantal consultaties en bezoeken bij de huisarts sterk gedaald in maart (-17 %), april (-51 %) en mei (-36 %) ten opzichte van dezelfde maanden in 2019. In de periode tussen de twee golven van de pandemie (juni tot september 2020), waarin de epidemie verzwakt, lijkt de normale huisartsenactiviteit zich te herstellen. Tijdens de laatste 3 maanden van 2020, die overeenkomen met de tweede golf van de pandemie, zien we opnieuw een daling (-17 %) van de fysieke contacten met een huisarts in vergelijking met dezelfde maanden in 2019.

**Figuur 6: Fysieke contacten (consultaties en bezoeken) met een huisarts in 2019 en 2020**



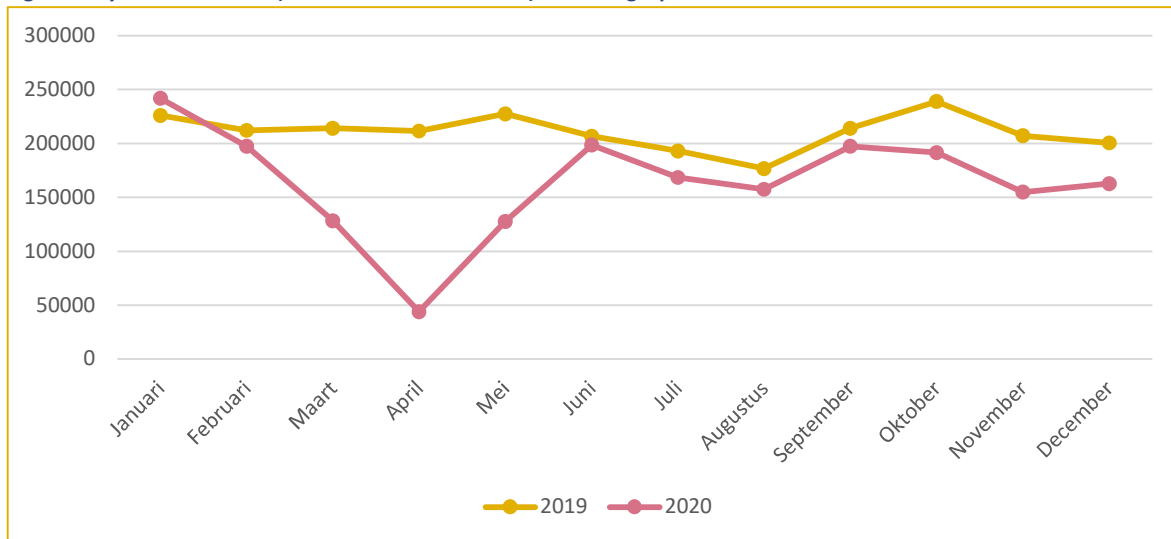
### Gespecialiseerde geneeskunde

Figuur 7 illustreert het aantal fysieke contacten per maand met een gespecialiseerde arts van mensen met een chronische aandoening.

De situatie lijkt erg op die van de fysieke contacten met een huisarts. Het uitstellen (of annuleren) van fysieke contacten met een specialist was echter meer uitgesproken dan bij een huisarts. De gevolgen van de twee golven van de pandemie zijn duidelijk voelbaar, maar het is vooral de eerste golf die tot de grootste daling van de fysieke contacten met een gespecialiseerde arts heeft geleid. In 2020 is het aantal consultaties en bezoeken met een specialist aanzienlijk gedaald in maart (-40 %), april (-79 %) en mei (-44 %) in vergelijking met dezelfde maanden in 2019. In de periode tussen de twee

golven van de pandemie is er een terugkeer (zonder volledige inhaalbeweging) naar een normale activiteit in de gespecialiseerde geneeskunde. In het laatste trimester van 2020 merken we een beperktere daling (-21 %) van de fysieke contacten met een gespecialiseerde arts in vergelijking met hetzelfde trimester van 2019.

**Figuur 7: Fysieke contacten (consultaties en bezoeken) met een gespecialiseerde arts in 2019 en 2020**

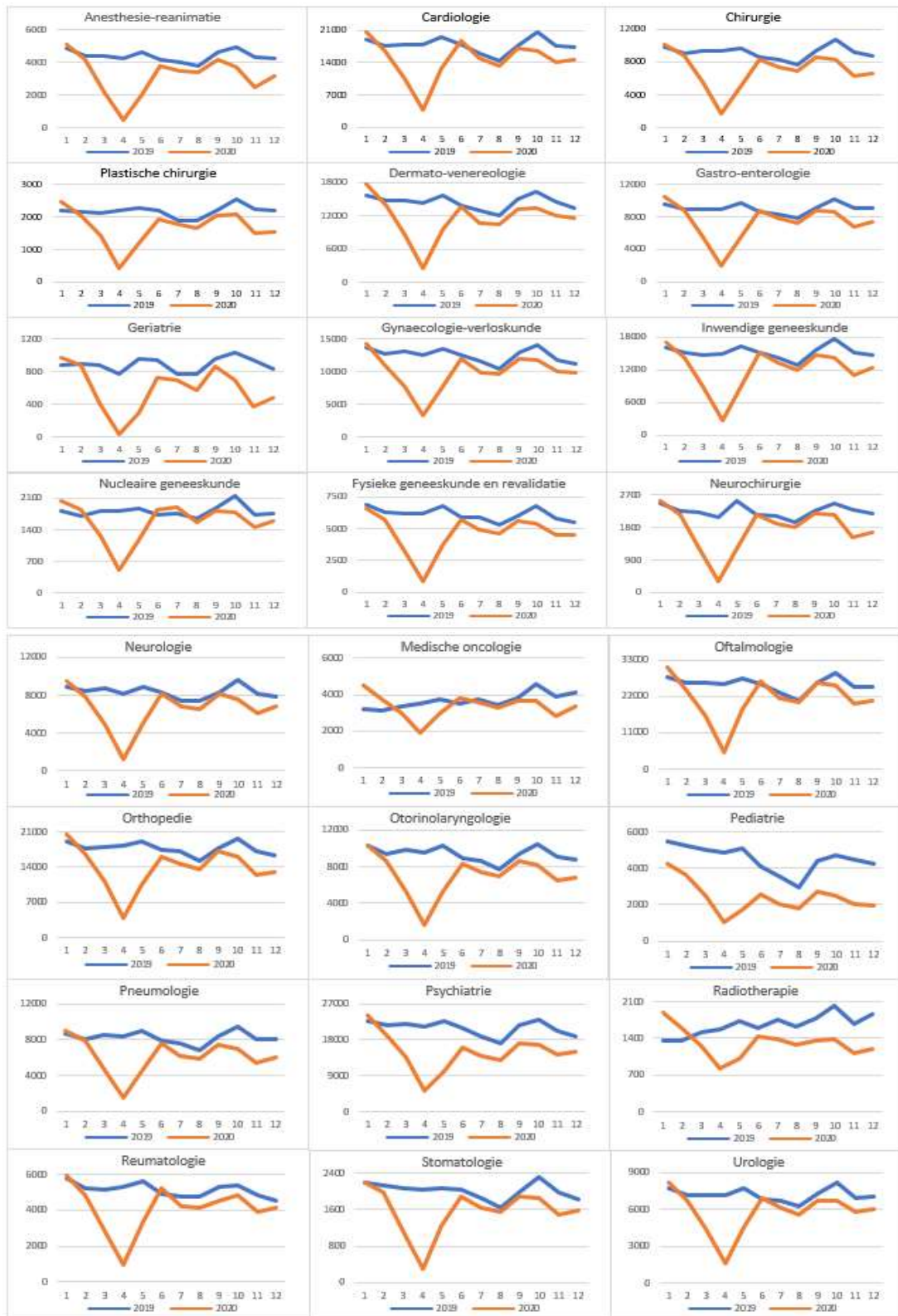


Figuur 8 geeft een gedetailleerd overzicht van de fysieke contacten per maand op basis van de kwalificatie van de zorgverlener. De vaststellingen op basis van figuur 7 voor de fysieke contacten met een specialist gelden ook wanneer we de consultaties en bezoeken analyseren volgens de kwalificatie van de zorgverlener.

De scherpe daling van de fysieke contacten met een specialist in april 2020 - die overeenstemt met de piek van de epidemie - wordt waargenomen in elke specialistenkwalificatie (daling van meer dan 70 % in elke kwalificatie). Hetzelfde geldt voor het laatste trimester van 2020, waar we een minder uitgesproken maar nog steeds aanwezige daling van fysieke contacten zien in vergelijking met 2019. Het valt wel op dat de fysieke raadplegingen in medische oncologie en radiotherapie in 2020 minder door de pandemie werden getroffen dan de andere specialistenkwalificaties. In april 2020 was er voor deze twee kwalificaties nog steeds een daling van 45 % in vergelijking met april 2019.



Figuur 8: Fysieke contacten (raadplegingen en bezoeken) met een gespecialiseerde arts in 2019 en 2020, volgens de kwalificatie van de zorgverlener



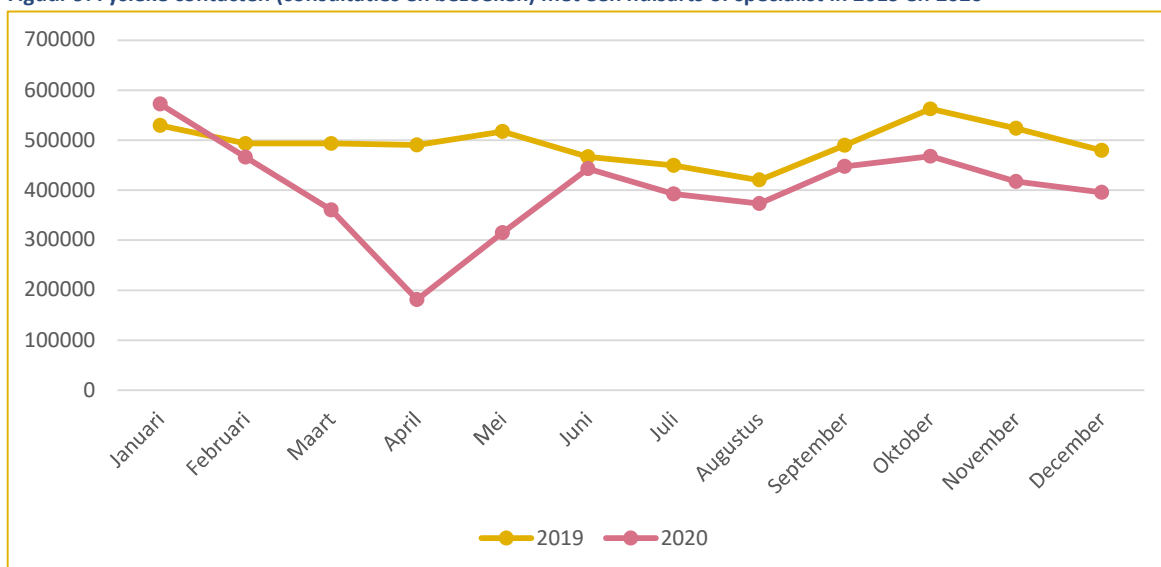


## Algemene geneeskunde en gespecialiseerde geneeskunde

Als we kijken naar de maandelijkse evolutie tussen 2019 en 2020 van alle fysieke contacten met een zorgverlener (huisarts of specialist), dan zien we de sterke daling van het aantal contacten op het hoogtepunt van de epidemie (tussen maart en mei 2020), gevolgd door een inhaalbeweging van de normale activiteit tussen de twee golven van de pandemie (tussen juni en september 2020) en een nieuwe, minder uitgesproken daling tijdens de tweede golf van de pandemie (vanaf september 2020). In 2020 bedroeg de daling 27 % in maart, 63 % in april en 39 % in mei in vergelijking met dezelfde maanden in 2019.

In het laatste trimester van 2020 daalde het aantal fysieke contacten met een zorgverlener met slechts 20 %. Zoals we later in onze studie zullen zien (hoofdstuk 4.3.1), zorgde terugbetaalde verzorging op afstand per telefoon of video met een zorgverlener (huisarts of specialist) vanaf het begin van de eerste lockdown (14 maart) ervoor dat de impact van COVID-19 op de contacten met de huisarts en specialisten opgevangen kon worden en er dus een zekere continuïteit van de verzorging in deze sectoren kon worden gewaarborgd.

Figuur 9: Fysieke contacten (consultaties en bezoeken) met een huisarts of specialist in 2019 en 2020



## Psychologie en psychiatrie

Uit verschillende wetenschappelijke studies en enquêtes (KCE, 2020a; Palmer e.a., 2020; Mengin e.a., 2020; Lorant e.a., 2021; Sciensano, 2021) is gebleken dat de COVID-19-pandemie en de maatregelen die in de strijd tegen de verspreiding van de ziekte zijn genomen en uitgevoerd, ook tot nevenschade hebben geleid. Ze hebben met name een invloed gehad op de geestelijke gezondheid en het welzijn van de bevolking. Uit de zesde en laatste enquête van Sciensano (Sciensano, 2021) onder mensen van 18 jaar en ouder bleek dat angst- en depressieve stoornissen tijdens de gezondheidscrisis sterk zijn toegenomen in vergelijking met 2018. De prevalentie van angststoornissen is tussen 2018 en april 2020 (piek van de epidemie) gestegen van 11 % naar 23 %, terwijl de prevalentie van depressieve stoornissen in dezelfde periode is gestegen van 9,5 % naar 20 %. Het is

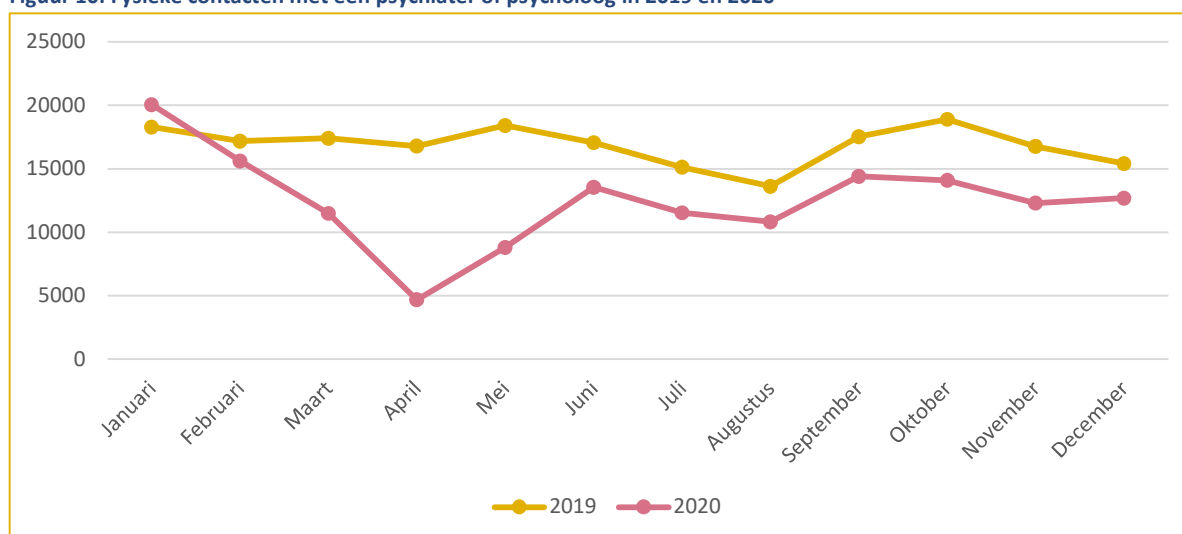
interessant vast te stellen dat de talrijke enquêtes van Sciensano over de geestelijke gezondheid van de Belgische bevolking een vrij gelijkaardige evolutie van de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen (angst en depressie) en de verspreiding van COVID-19 hebben aangetoond. Met andere woorden, angst- en depressieve stoornissen traden over het algemeen sterk op bij de bevolking van 18 jaar en ouder toen de pandemie aan terrein won.

Laten we nu eens kijken of onze terugbetalingsgegevens over fysieke contacten met een psychiater of psycholoog in de jaren 2019 en 2020 dezelfde tendens aantonen of juist een uitstel van de verzorging door deze zorgverleners. Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden zal het relevanter zijn om ook de verzorging op afstand door psychiaters en psychologen in aanmerking te nemen (meer hierover in hoofdstuk 4.3.2), maar figuur 10 geeft in dit opzicht al een goede indicatie.

De evolutie van de fysieke contacten met een psychiater of psycholoog tijdens de pandemie is zeer vergelijkbaar met die waargenomen voor contacten met huisartsen of specialisten. Het uitstellen (of annuleren) van fysieke contacten met een gezondheidsprofessional gespecialiseerd in geestelijke gezondheid is dus ook tijdens de piek van de epidemie (tussen maart en mei 2020) zeer aanwezig. De daling van het aantal fysieke contacten met deze zorgverleners bedroeg 34 % in maart, 72 % in april en 52 % in mei in vergelijking met dezelfde maanden in 2019. In het laatste trimester van 2020 is de daling bijna 25 %.

Deze vaststelling is zorgwekkend in het licht van de verschillende wetenschappelijke studies en enquêtes (KCE, 2020a; Palmer e.a., 2020; Mengin e.a., 2020; Lorant e.a., 2021; Sciensano, 2021) die een verslechtering hebben aangetoond van de geestelijke gezondheidsproblemen die sterk gevoeld worden onder de bevolking tijdens de gezondheidscrisis en meer in het bijzonder tijdens de opgaande fasen van de epidemie. Verzorging op afstand per telefoon of video met een psychiater of psycholoog zorgde echter voor enige continuïteit in de geestelijke gezondheidszorg (zie hoofdstuk 4.3.2 voor meer details). Het effect van COVID-19 op het uitstellen (of annuleren) van contact met een geestelijke gezondheidsprofessional was in 2020 dan ook beperkt.

**Figuur 10: Fysieke contacten met een psychiater of psycholoog in 2019 en 2020**

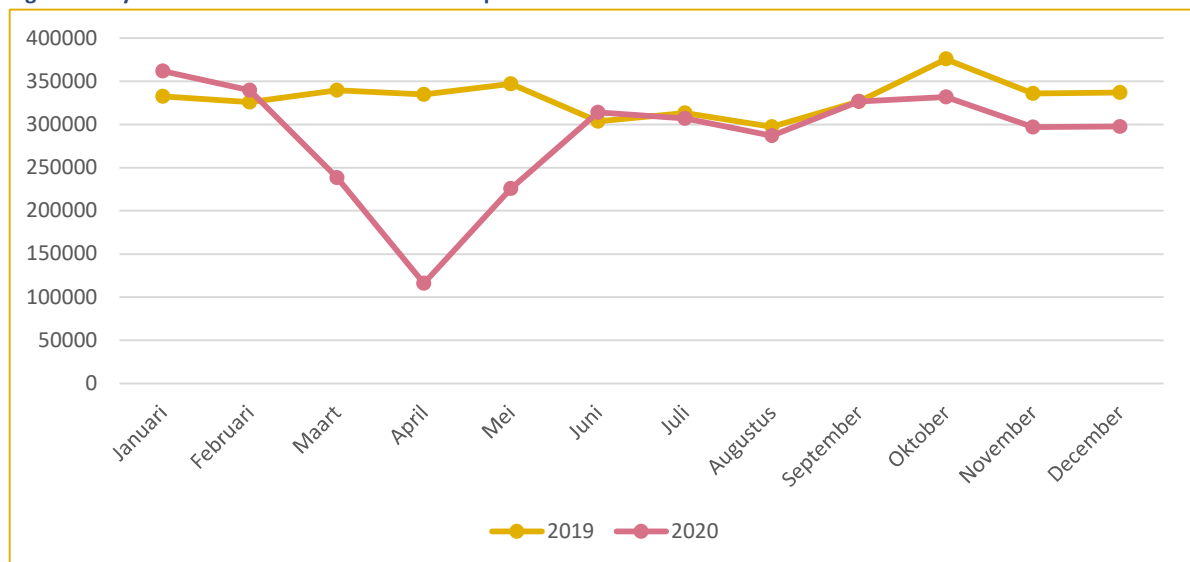


## Kinesitherapie

Laten we nu eens kijken naar de fysieke contacten met een kinesitherapeut in 2019 en 2020 (figuur 11).

Hoewel de impact van COVID-19 op het uitstellen of annuleren van fysieke verzorging ook goed voelbaar is in de sector van de kinesitherapie (-30 % in maart, -65 % in april en -35 % in mei ten opzichte van dezelfde maanden van 2019), zien we hier een mooie hervatting (en zelfs een perfecte inhaalbeweging) van de normale activiteit in deze sector tussen juni en september. Zoals we later in de studie zullen zien (hoofdstuk 4.3.3), heeft verzorging op afstand per telefoon of video met een kinesitherapeut de continuïteit van de verzorging in deze sector tijdens de eerste (en tweede) golf van de pandemie niet gewaarborgd, wat waarschijnlijk dit goede herstel tussen juni en september 2020 verklaart.

Figuur 11: Fysieke contacten met een kinesitherapeut in 2019 en 2020

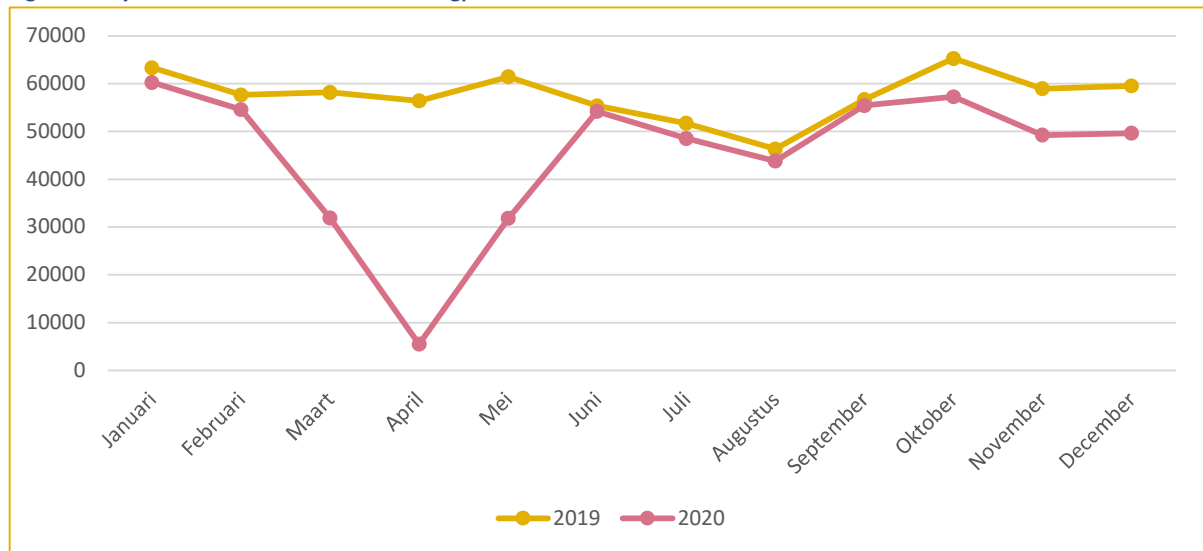


## Tandzorg

Figuur 12 toont de impact van COVID-19 op de fysieke contacten met een tandheekkundige. Ook in de tandsector merken we dat de fysieke contacten tijdens de eerste golf van de pandemie (tussen maart en mei 2020) aanzienlijk werden uitgesteld, gevolgd door een bijna perfecte inhaalbeweging van de normale activiteit tussen de twee golven van de pandemie (tussen juni en september 2020) en een verdere, minder uitgesproken daling tijdens de tweede golf van de pandemie (vanaf september 2020). In 2020 bedroeg de daling van het aantal fysieke contacten in de tandheekkundige sector 45 % in maart, 90 % in april (de activiteit lag in deze maand bijna stil) en 48 % in mei ten opzichte van dezelfde maanden in 2019. Uit deze cijfers blijkt dat deze sector tijdens de eerste golf van de pandemie het zwaarst is getroffen qua uitstel van fysieke verzorging. In het laatste trimester van 2020 is de daling van de fysieke contacten met een tandheekkundige zorgverlener beperkt gebleven tot 15 %. Net als bij kinesitherapie heeft verzorging op afstand per telefoon of video met een tandheekkundige niet gezorgd voor

continuïteit van de zorg in deze sector tijdens de twee golven van de pandemie (dit punt wordt besproken in hoofdstuk 4.3.4).

**Figuur 12: Fysieke contacten met een tandzorgprofessional in 2019 en 2020**



### Impact van verzorging op afstand

Om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan, heeft de overheid vanaf het begin van de pandemie verscheidene maatregelen genomen, waaronder een algemene lockdown en een verzoek aan de gezondheidsprofessionals om niet-dringende en niet-essentiële medische procedures te annuleren of uit te stellen. Om de nevenschade die het gevolg kan zijn van deze maatregelen zoveel mogelijk te beperken, heeft het RIZIV vanaf 14 maart 2020 het gebruik van teleconsultaties (consultaties op afstand via telefoon of video) toegestaan om de continuïteit van de verzorging, de veiligheid van de patiënten en de ondersteuning van de zorgverleners tijdens de pandemie te garanderen.

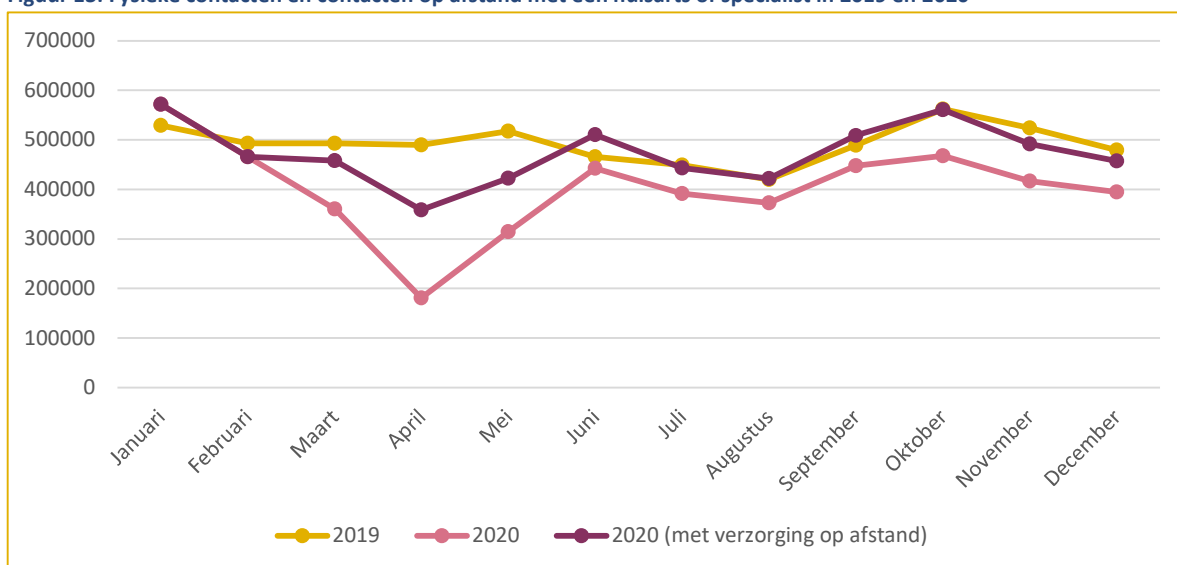
Zoals we al hebben aangegeven in een studie over chronische ziekten (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2020), is het van essentieel belang om te beantwoorden aan de specifieke of voortdurende medische noden van burgers in deze bijzondere context van COVID-19, en meer in het bijzonder van mensen die een regelmatige medische opvolging nodig hebben (zoals chronisch zieken). Onderzoeken in het buitenland en in België (NIC 2020; KCE 2020b) hebben overigens aangetoond dat verzorging op afstand geschikt is voor de opvolging van patiënten met een chronische ziekte, op voorwaarde dat deze alternatieve manier van verzorging gebeurt volgens dezelfde kwaliteits- en veiligheidseisen als de gewone verzorging met fysieke aanwezigheid.

Laten we nu op basis van onze administratieve terugbetalingsgegevens van de ziekenfondsen kijken of deze teleconsultaties werkelijk het uitstel (of de annulering) van de verzorging hebben kunnen beperken en de continuïteit van de verzorging van personen met een chronische aandoening hebben kunnen verzekeren tijdens de gezondheidscrisis.

## Algemene geneeskunde en gespecialiseerde geneeskunde

Figuur 13 toont duidelijk aan dat verzorging op afstand per telefoon of video met een zorgverlener (huisarts of specialist) ervoor heeft gezorgd dat de impact van COVID-19 op de contacten met de huisarts en specialisten opgevangen kon worden en er dus een zekere continuïteit van de verzorging van chronisch zieken in deze sectoren kon worden gewaarborgd. Bijna de helft van de fysieke contacten die tijdens de eerste golf (tussen maart en mei 2020) werden uitgesteld of geannuleerd, werd namelijk opgevangen door contacten op afstand. Terwijl de daling van het aantal fysieke contacten in de huisartsgeneeskunde en de gespecialiseerde geneeskunde in maart 27 %, in april 63 % en in mei 39 % bedroeg ten opzichte van 2019, is ze slechts 7 % in maart, 27 % in april en 18 % in mei wanneer we ook de contacten op afstand meetellen. Vanaf juni zien we zelfs dat het uitstel (of de annulering) van fysieke contacten volledig wordt opgevangen door contacten op afstand.

**Figuur 13: Fysieke contacten en contacten op afstand met een huisarts of specialist in 2019 en 2020**

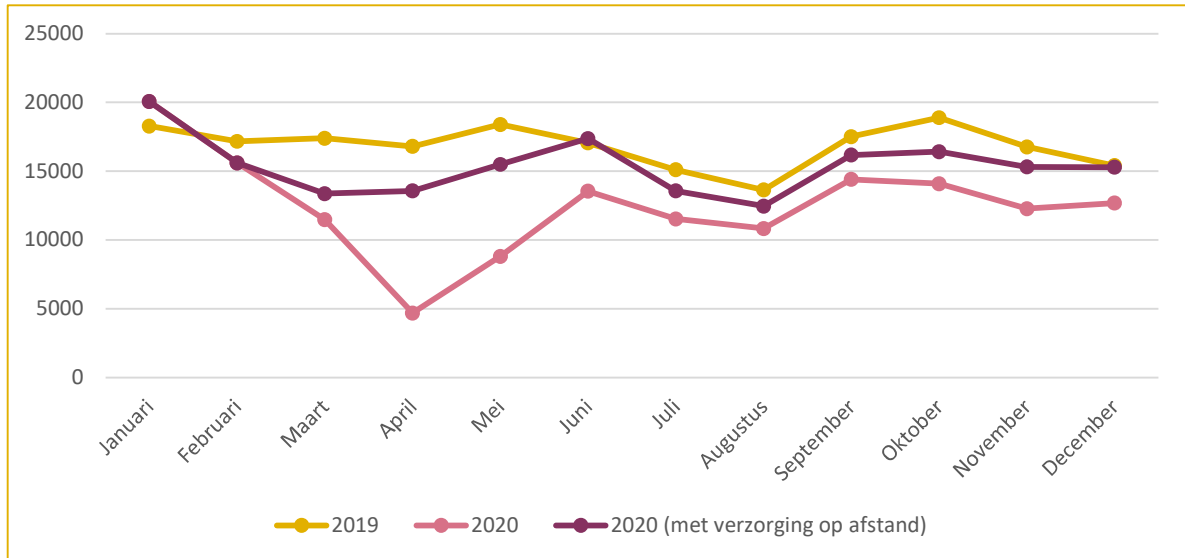


## Psychologie en psychiatrie

De bijdrage van teleconsultaties aan de behandeling voor patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen is duidelijk zichtbaar in onze terugbetalingsgegevens. Op dezelfde wijze als de huisartsgeneeskunde en de gespecialiseerde geneeskunde heeft de verzorging op afstand per telefoon of video met een psychiater of psycholoog het dus mogelijk gemaakt een goede continuïteit van de verzorging in de geestelijke gezondheidszorg te waarborgen. Meer dan de helft van de fysieke contacten die tijdens de eerste golf (tussen maart en mei 2020) werden uitgesteld of geannuleerd, werd opgevangen door contacten op afstand. De daling van het aantal contacten met een psycholoog of psychiater tussen 2019 en 2020 ging van 34 % naar 23 % in maart, van 72 % naar 19 % in april en van 52 % naar 16 % in mei dankzij teleconsultaties. Vanaf juni zien we dat we dichterbij de situatie in 2019 komen met contacten op afstand.

In tegenstelling tot de perceptie van de populatie (enquête van Sciensano) lijken onze terugbetalingsgegevens niet te wijzen op een vermeerdering van de geestelijke gezondheidsproblemen tijdens de gezondheidscrisis.

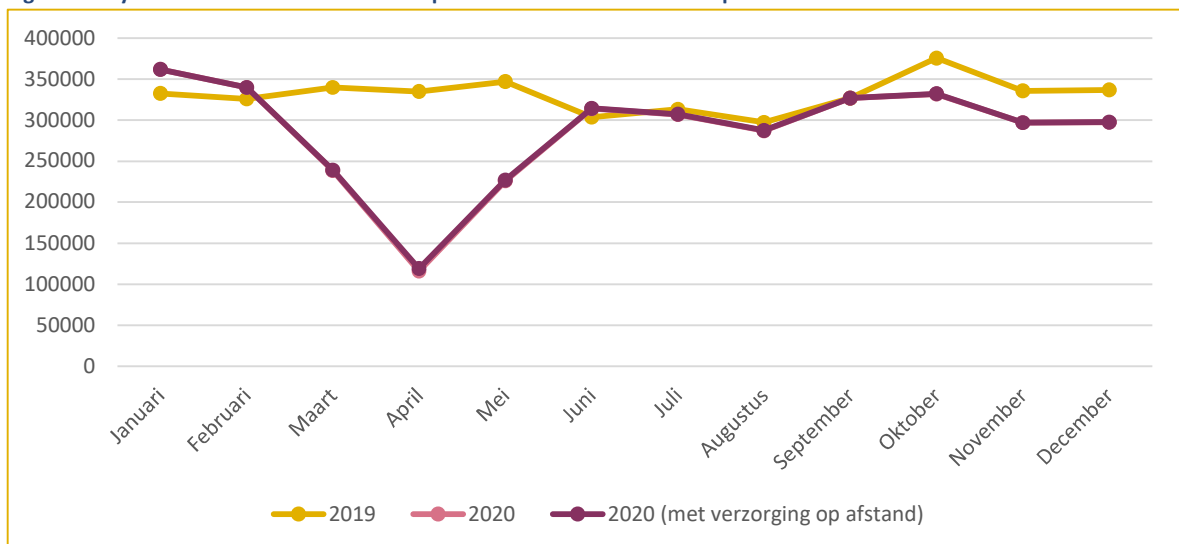
**Figuur 14: Fysieke contacten en contacten op afstand met een psychiater of psycholoog in 2019 en 2020**



### Kinesitherapie

Figuur 15 toont aan dat de verzorging op afstand bij kinesitherapie niet zoveel succes had als bij algemene en gespecialiseerde geneeskunde en psychiatrie en psychologie. Ze heeft geen effect gehad op het uitstel (of de annulering) van fysieke contacten tijdens de gezondheidscrisis.

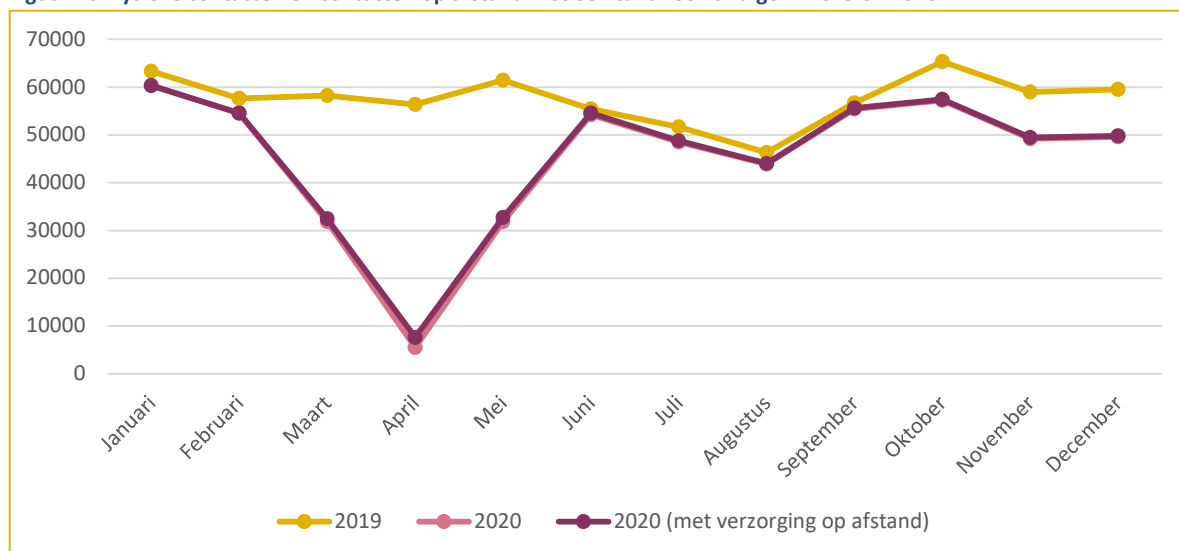
**Figuur 15: Fysieke contacten en contacten op afstand met een kinesitherapeut in 2019 en 2020**



## Tandzorg

Hier doen we dezelfde vaststelling als bij kinesitherapie. Verzorging op afstand met een tandheekkundige heeft geen effect gehad op het uitstel (of de annulering) van fysieke contacten tijdens de gezondheids crisis.

Figuur 16: Fysieke contacten en contacten op afstand met een tandheekkundige in 2019 en 2020



## Aflevering van geneesmiddelen in een apotheek

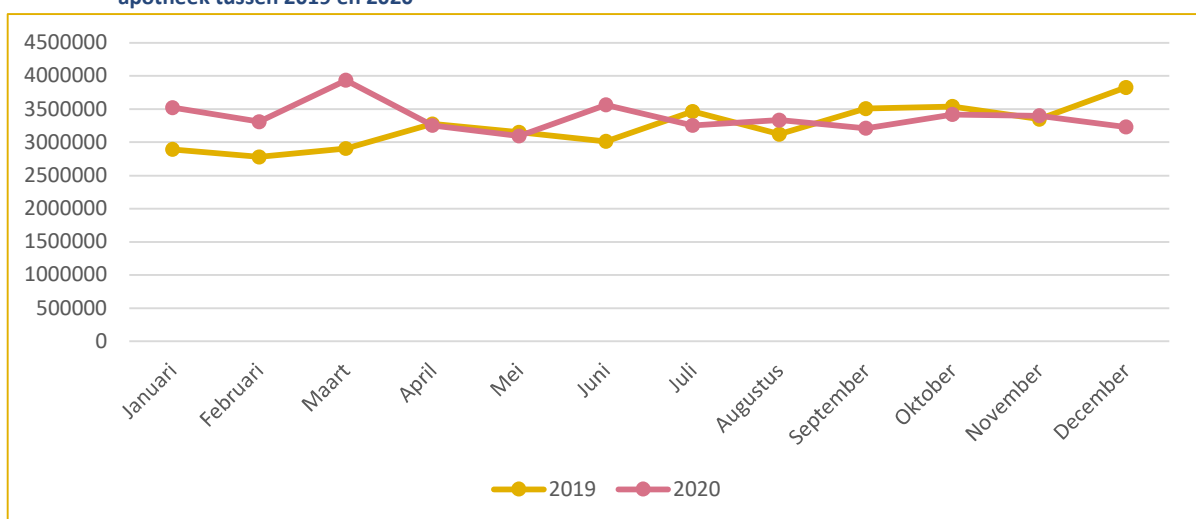
In dit deel van de studie buigen we ons over geneesmiddelen die terugbetaald worden door de ziekteverzekering die het vaakst in apotheken worden afgeleverd aan mensen met chronische ziektes. We volgen de maandelijkse evolutie tussen 2019 en 2020 van het aantal afleveringen van deze farmaceutische producten om te zien of het uitstellen (of annuleren) van consultaties bij een gezondheidsprofessional een impact had op het gebruik van geneesmiddelen tijdens de gezondheids crisis. Geneesmiddelen die niet door de ziekteverzekering worden terugbetaald, hebben we in deze studie niet geanalyseerd.

Het hoger aantal afleveringen in januari en februari 2020 in vergelijking met dezelfde maanden in 2019 voor de meeste opgevolgde geneesmiddelen wordt voornamelijk verklaard door een relatief beperkte aflevering van geneesmiddelen aan het begin van 2019 (figuur 17). De populatie die wij bestuderen, d.w.z. mensen met chronische aandoeningen, werd immers hoofdzakelijk geselecteerd op basis van het gebruik van specifieke geneesmiddelen gedurende ten minste 90 dagen (120 dagen voor antidepressiva) in 2019. Het is dus heel goed mogelijk dat sommige mensen later in 2019 met hun geneesmiddelenbehandeling zijn begonnen (omdat de diagnose later in het jaar werd gesteld). Dit zou het lage niveau van afleveringen van geneesmiddelen begin 2019 in vergelijking met 2020 kunnen verklaren, met name voor geneesmiddelen die worden gebruikt om chronische aandoeningen te behandelen. Bij de vergelijking van onze gegevens voor 2020 met die voor 2019, en meer bepaald met de eerste maanden van die jaren, moet deze beperking in het achterhoofd worden gehouden.

Voor alle geneesmiddelen die in apotheken aan chronisch zieken zijn afgeleverd (figuur 17) en voor de meeste geanalyseerde geneesmiddelgroepen (figuur 18), blijkt uit onze gegevens een hoog niveau van aflevering in maart 2020.

Onze gegevens lijken te wijzen op een grote bevoorrading of een grote stockage van essentiële geneesmiddelen voor mensen met chronische aandoeningen aan het begin van de gezondheidscrisis, wat overeenkomt met de opgaande fase van de pandemie in België. Deze bevinding bevestigt de resultaten van EPI-PHARE (2020, 2021), die een fenomeen van stockage voor behandelingen van chronische aandoeningen in de tweede helft van maart in Frankrijk laten zien.

Uit onze gegevens blijkt dat de maanden april en mei 2020 veeleer een breuk in deze bevoorrading/stockage van geneesmiddelen betekenen. Vanaf juni blijven de afleveringen van geneesmiddelen relatief stabiel (behalve voor griepvaccins) tot eind 2020. Het lijkt er dus op dat de tweede golf van de pandemie geen invloed heeft gehad op de aflevering van de geneesmiddelen die in deze studie geanalyseerd zijn. Deze resultaten bevestigen perfect die van EPI-PHARE (2021), die suggereren dat, in tegenstelling tot de eerste lockdown in 2020, de tweede lockdown in de herfst van 2020 geen stockage van geneesmiddelen vertoonde en over het algemeen gekenmerkt werd door een relatief stabiel geneesmiddelengebruik. Verzorging op afstand (teleconsultaties), die het uitstel of de annulering van de zorg vanaf juni 2020 volledig heeft gecompenseerd (zie figuur 13 hierboven), heeft zeker de continuïteit van de aflevering van geneesmiddelen aan chronische patiënten mogelijk gemaakt. Kan hetzelfde worden gezegd van april en mei 2020? Het uitstellen of annuleren van contacten met een zorgverlener, wat in deze twee maanden duidelijk het geval is, lijkt een negatieve impact te hebben gehad op de aflevering van geneesmiddelen aan mensen met chronische aandoeningen, maar door de grote bevoorrading/stockage van geneesmiddelen in maart 2020 en de terugbetaling van verzorging op afstand vanaf 14 maart 2020 konden chronisch zieken hun geneesmiddelenbehandeling tussen maart en mei 2020 normaal voortzetten. **Figuur 17: Aantal afleveringen van alle geneesmiddelen in een apotheek tussen 2019 en 2020**



In de periode die sterk lijkt te zijn beïnvloed door de pandemie (tussen maart en mei 2020) is de aflevering van geneesmiddelen in apotheken aan mensen met chronische



aandoeningen zelfs met 10 % gestegen ten opzichte van dezelfde periode in 2019. Tussen juni en december 2020 is de aflevering relatief stabiel gebleven (-2 %) ten opzichte van het voorgaande jaar.

De situatie is niet anders voor de aflevering van de meeste onderzochte geneesmiddelen (figuur 18). Tussen maart en mei 2020 stegen de afleveringen met 11 % voor antidepressiva, met 15 % voor antipsychotica, met 12 % voor antihypertensiva en anti-epileptica, met 17 % voor antithrombotica (gebruikt om bloedklonters te voorkomen die de normale bloedstroom kunnen belemmeren), met 9 % voor antidiabetica, met 10 % voor PPI's/protonpompremmers (gebruikt tegen maagzweren en reflux) en statines (gebruikt om het cholesterolgehalte te verlagen), met 23 % voor pijnstillers (gebruikt tegen pijn) en met 4 % voor opioïden (gebruikt tegen pijn) vergeleken met dezelfde periode in 2019. Het gebruik van antithrombotica, antipsychotica en pijnstillers zoals paracetamol was bijzonder hoog (meer dan 15 %) tijdens de eerste golf van de epidemie in vergelijking met 2019. Tussen juni en december 2020 verschilde de aflevering van deze geneesmiddelen niet echt van het voorgaande jaar: -3 % voor antidepressiva, +2 % voor antipsychotica, -2 % voor antihypertensiva, opioïden en PPI's, +1 % voor anti-epileptica, -1 % voor antithrombotica, +0 % voor antidiabetica en statines en +4 % voor pijnstillers.

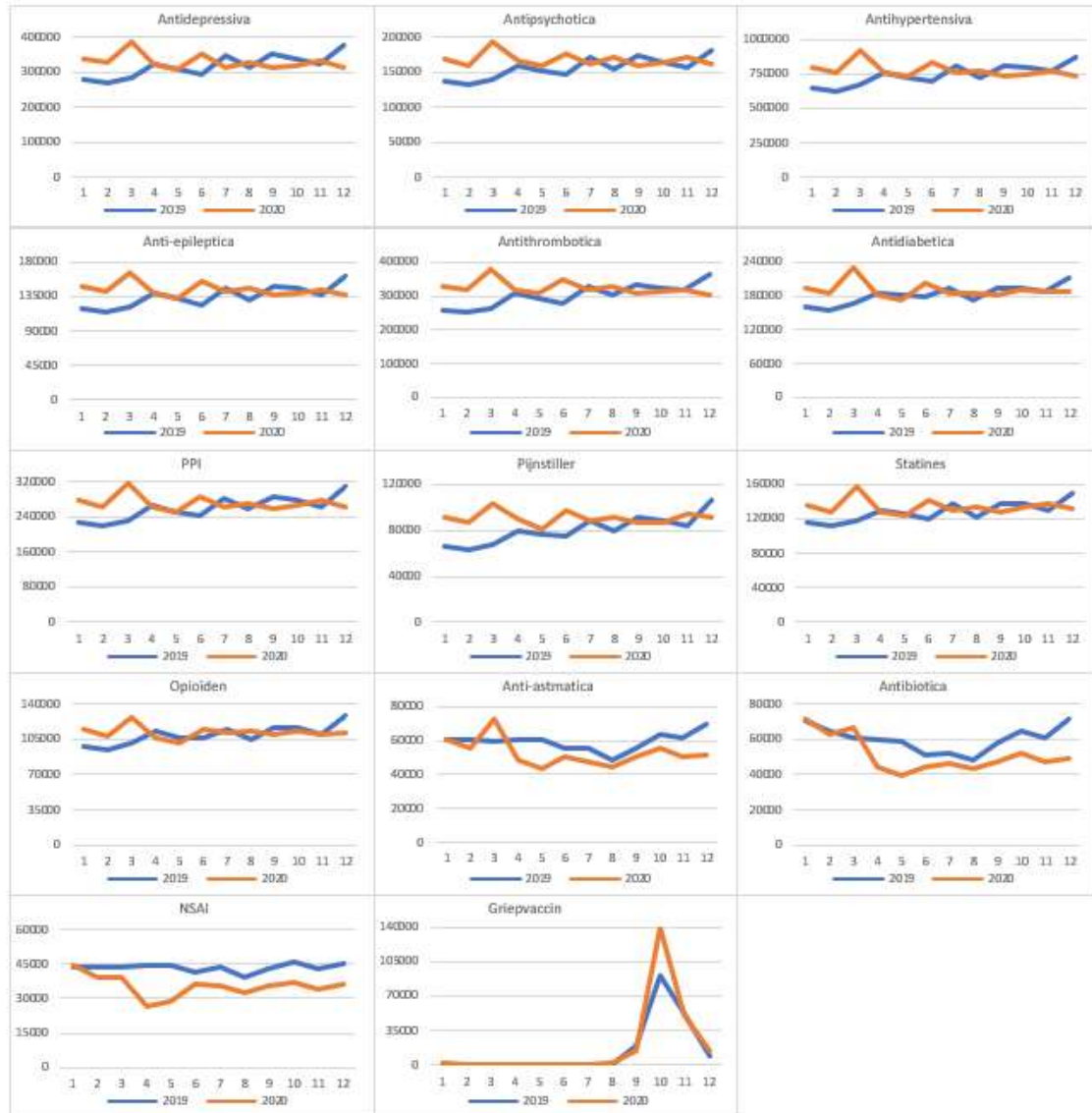
Voor de andere geneesmiddelen (anti-astmatica, systemische antibiotica tegen bacteriële infecties, NSAID's/niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen en griepvaccins) stellen we echter vast dat de evolutie ervan bijzonder sterk werd beïnvloed door de gezondheidscrisis. De maandelijkse afleveringen van NSAID's, anti-astmatica en antibiotica waren in 2020 systematisch lager dan in 2019, behalve in maart voor anti-astmatica en antibiotica. Tussen maart en mei 2020 daalde het aantal afleveringen met 29 % voor NSAID's, 9 % voor anti-astmatica en 16 % voor antibiotica in vergelijking met dezelfde periode in 2019. Tussen juni en december 2020 is de aflevering van deze geneesmiddelen ook gedaald ten opzichte van 2019 (-18 % voor NSAID's, -15 % voor anti-astmatica en -19 % voor antibiotica).

De EPI-PHARE-verslagen (2020, 2021) laten ook een ineenstorting zien van het gebruik van antibioticatherapie, met name bij kinderen, die in Frankrijk het hele jaar 2020 aanhield, met een zeer uitgesproken daling (-30 % tot -40 %) tijdens de eerste golf van de epidemie en aan het eind van het jaar. Dit ongewone verschijnsel in Frankrijk en België houdt ongetwijfeld verband met de maatregelen die zijn genomen om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan (sociale afstand, dragen van maskers, intensief telewerken, sluiting van crèches en scholen, ...), waardoor de overdracht van seizoensgebonden virale infecties kon worden gestopt of verminderd. De werkzaamheden van EPI-PHARE (2020, 2021) hebben, net als bij antibiotica, ook de sterke daling van de NSAID-leveringen vanaf maart 2020 tot het einde van het jaar aan het licht gebracht, als gevolg van de daling van het aantal KNO-infecties en longinfecties buiten COVID-19, die waarschijnlijk verband houdt met de van kracht zijnde gezondheidsmaatregelen.

Onze gegevens laten ook een bijzondere evolutie zien voor griepvaccins in 2020. In de laatste drie maanden van 2020 is het aantal griepvaccinaties met 33 % gestegen ten opzichte van dezelfde periode van het jaar daarvoor. Dit wijst erop dat risicopersonen in de context van COVID-19 meer gebruik hebben gemaakt van vaccinatie om de gevolgen

van een griep epidemie, die bovenop de gevolgen van de COVID-19-pandemie zou komen, te voorkomen.

**Figuur 18: Aantal afleveringen van bepaalde geneesmiddelen in apotheken tussen 2019 en 2020**



## Ziekenhuisopnames met en zonder overnachting

In dit deel van de studie wordt de ziekenhuisactiviteit geanalyseerd op het vlak van opnames tussen 2019 en 2020. Uit de cijfers die het RIZIV in het rapport 'COVID-19-monitoring' heeft gepresenteerd (RIZIV, 2021) blijkt dat de pandemie van 2020 een aanzienlijke impact heeft gehad op de ziekenhuisopnames. Volgens de laatste cijfers van de Technische Commissie van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV registreerden de ziekenhuizen in 2020 49.478 ziekenhuisopnames in verband met COVID-19, waarbij de opnames vooral geconcentreerd waren in de opgaande fasen van de twee golven van de pandemie. Deze grote druk op de ziekenhuizen heeft geleid tot de stopzetting en het uitstel van de reguliere niet-dringende verzorging om de toevloed van coronagerelateerde ziekenhuisopnames aan te kunnen. Het RIZIV heeft echter

vastgesteld dat dringende verzorging ook een grote daling kende, voornamelijk in de maand april 2020. De impact van de tweede coronagolf kan nog niet worden geanalyseerd op basis van de gegevens van het RIZIV, omdat er nog geen volledige gegevens beschikbaar zijn.

Laten we eens kijken wat er gebeurt met de terugbetalingsgegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, die alle ziekenhuisopnames voor het jaar 2019 en 2020 bevatten (exhaustief).

In de rest van onze studie houden wij het totale aantal opnames met ten minste één overnachting bij (d.w.z. conventionele/klassieke ziekenhuisopnames) en zonder overnachting (d.w.z. dagopnames/opnames in een one day clinic). Ten tweede splitsen we de opnamegegevens uit per ziekenhuisdienst, waarbij we ons concentreren op de diensten waarvan het vaakst gebruik wordt gemaakt, namelijk chirurgische en medische diagnose en behandeling, neuropsychiatrie, geriatrie, intensive care en pediatrie. Ten slotte hebben onze analyses betrekking op bepaalde dringende en niet-dringende (of over het algemeen niet-dringende) medische verzorging.

In overleg met de federale overheid en met akkoord van de betrokken beroepsverenigingen heeft het VBS (Verbond der Belgische beroepsverenigingen van artsen-specialisten) voor elk specialisme een referentiekader opgesteld over de noodzaak en dringendheid van de verzorging. Op basis van de lijst van het VBS met de graad van dringendheid per specialisme hadden we graag een analyse gemaakt van een deel van de dringende en niet-dringende medische verzorging die in 2019 en 2020 in ziekenhuizen is uitgevoerd, om te zien of onze gegevens ook een uitstel van dringende medische verzorging tijdens de COVID-19-pandemie laten zien. Helaas zal het op basis van deze lijst moeilijk zijn om te bepalen welke ingrepen in het kader van een pandemie moeten worden gehandhaafd of uitgesteld om redenen zoals verschillende graden van ernst voor dezelfde pathologie, geassocieerde comorbiditeiten, lokale beschikbaarheid van operatiekamers, enz. Wij zullen dit onderscheid tussen dringende en niet-dringende verzorging dan ook niet maken voor alle ingrepen die we in onze studie opvolgen. Van sommigen kunnen we echter zeggen dat het wel degelijk om dringende verzorging gaat (opnamen voor beroerte en opnamen voor behandeling van hartritmestoornissen).<sup>2</sup>

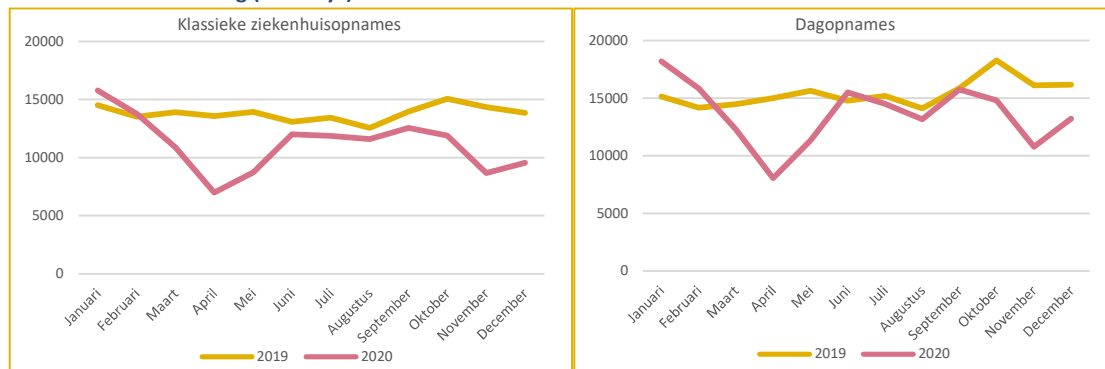
Figuur 19 laat zien dat zowel de klassieke ziekenhuisopnames als dagopnames aanzienlijk zijn gedaald tijdens de eerste golf van de pandemie (tussen maart en mei 2020). In 2020 bedroeg de daling van het aantal verblijven met ten minste één overnachting 22 % in maart, 49 % in april en 37 % in mei in vergelijking met het voorgaande jaar. Voor daghospitalisaties was dit 15 % in maart, 46 % in april en 27 % in mei ten opzichte van 2019. Tussen juni en september 2020 zien we een mooi herstel van de ziekenhuisactiviteit voor zowel klassieke ziekenhuisopnames als daghospitalisaties. We kunnen zelfs stellen dat er een bijna perfecte inhaalbeweging (terugkeer naar de normale activiteit) was van daghospitalisaties tijdens deze periode. Met de tweede grote uitbraak van COVID-19 en de maatregelen die werden genomen om verzadiging van de ziekenhuizen te voorkomen (vanaf oktober), daalde de ziekenhuisactiviteit opnieuw. De daling van het aantal opnames ten opzichte van 2019 bedroeg 21 % in oktober, 40 % in

---

<sup>2</sup> Deze twee soorten opnames zijn ook opgenomen in het rapport 'Monitoring COVID-19' van het RIZIV.

november en 31 % in december voor hospitalisaties met een overnachting. Voor daghospitalisaties was dit 19 % in oktober, 33 % in november en 18 % in december. Uit deze cijfers blijkt dat klassieke ziekenhuisopnames iets meer beïnvloed werden dan dagopnames tijdens de COVID-19-pandemie en dat de tweede golf minder impact had dan de eerste.

**Figuur 19: Aantal ziekenhuisopnames met minstens 1 overnachting (klassieke ziekenhuisopnames) en zonder overnachting (one days) tussen 2019 en 2020**



Figuur 20 toont de opnames met ten minste één overnachting voor de belangrijkste ziekenhuisdiensten. De zes ziekenhuisdiensten die in de studie zijn opgenomen, zijn alleen al goed voor 95 % van alle opnames met overnachting.

Uit onze gegevens blijkt dat alle geanalyseerde ziekenhuisdiensten invloed ondervonden hebben van de gezondheids crisis in 2020, en meer in het bijzonder tijdens de twee golven van de pandemie. Het zijn echter de pediatrie diensten (-60 % in maart, -77 % in april, -71 % in mei, -68 % in oktober, -70 % in november en -75 % in december ten opzichte van 2019), neuropsychiatrie (-42 % in maart, -55 % in april, -50 % in mei, -36 % in oktober, -36 % in november en -40 % in december ten opzichte van 2019), diagnose en chirurgische behandeling (-31 % in maart, -67 % in april, -44 % in mei, -29 % in oktober, -57 % in november en -29 % in december ten opzichte van 2019) en medische diagnose en behandeling (-14 % in maart, -39 % in april, -33 % in mei, -15 % in oktober, -32 % in november en -31 % in december ten opzichte van 2019), die de grootste variaties in hun activiteit lieten optekenen. De diensten intensive care en geriatrie werden het minst getroffen door de pandemie, wat waarschijnlijk te verklaren is doordat het op de diensten in beide golven bijzonder druk was met COVID-19-patiënten. Het aantal opnames op de intensive care steeg in maart met 10 % en in oktober met 13 %, terwijl het in vergelijking met 2019 daalde met 11 % in april, met 24 % in mei, met 21 % in november en met 36 % in december. In de geriatrie diensten is het aantal opnames ten opzichte van 2019 gedaald met 5 % in maart, met 18 % in april, met 11 % in mei, met 1 % in oktober, met 11 % in november en met 14 % in december.

Figuur 20: Aantal ziekenhuisopnames met ten minste één overnachting per ziekenhuisdienst tussen 2019 en 2020



De algemene daling van het aantal ziekenhuisopnames tijdens de pandemie, en meer in het bijzonder tijdens de twee golven, doet zich ook voor bij alle medische ingrepen en verzorging uit figuur 21. De ziekenhuisactiviteit in termen van opnames ligt in de maand april (piek van de epidemie) zelfs vrijwel stil voor de meeste van de bestudeerde medische ingrepen en verzorging en wordt sterk beïnvloed in de maand november 2020.

Opnames voor dringende verzorging (beroerte, behandeling van hartritmestoornissen en prostatectomie) werden ook beïnvloed door de pandemie, maar in mindere mate voor ziekenhuisverblijven voor de behandeling van beroertes.

Tussen de twee golven van de epidemie stellen we een goed herstel van de normale activiteit vast voor alle bestudeerde ingrepen, en zelfs een (gedeeltelijke) inhaalbeweging van ingrepen die tijdens de eerste golf niet werden uitgevoerd voor knie- en heupprothesen en andere herniaoperaties dan aan de discushernia (d.w.z. liesbreuken, hiatale en diafragmatische hernia's).

Als we de periode van maart tot en met mei 2020 vergelijken met 2019, kunnen we stellen dat het aantal opnames is gedaald met 63 % voor cataractchirurgie, met 65 % voor carpaletunnelchirurgie, de plaatsing van een knieprothese en meniscuschirurgie, 43 % voor heupprothesen, 58 % voor herniaoperaties (niet aan discushernia), 47 % voor herniaoperaties en behandeling van hartritmestoornissen, 69 % voor bariatric, 56 % voor prostaatoperaties, 59 % voor spataderoperaties en 17 % voor beroertes.

Hoewel minder uitgesproken (behalve voor beroertes), zijn deze dalingen ook aanwezig wanneer we het laatste trimester van 2020 vergelijken met 2019. Het gaat om 38 % voor cataract- en spataderchirurgie, 46 % voor carpaletunnelchirurgie, 57 % voor de plaatsing van een knieprothese, 30 % voor de plaatsing van een heupprothese, 47 % voor herniaoperaties (niet aan discushernia), 29 % voor discushernia-operaties, 39 % voor meniscusoperaties, 15 % voor de behandeling van hartritmestoornissen, 59 % voor bariatric, 40 % voor prostaatoperaties en 22 % voor beroertes.

**Figuur 21: Aantal ziekenhuisopnames volgens het type medische ingreep en verzorging tussen 2019 en 2020**





## Noodgevallen

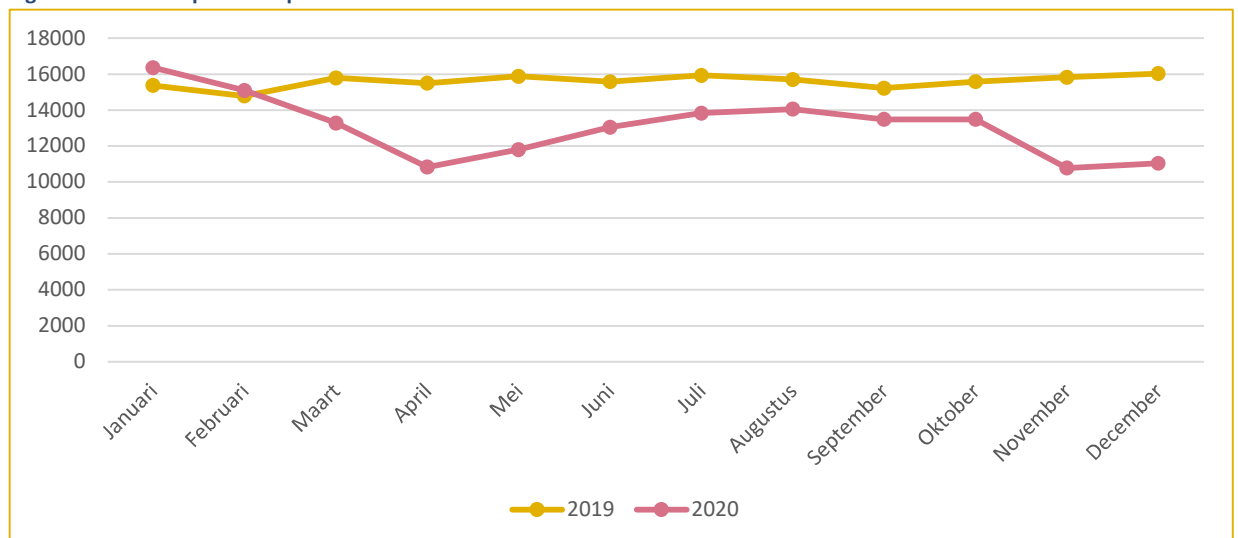
Uit onze gegevens blijkt dat het aantal ziekenhuisopnames op de intensive care vanaf maart 2020 aanzienlijk en gestaag afneemt. In beide golven van de pandemie (maart-mei 2020 en oktober-december 2020) was de daling ongeveer 25 % in vergelijking met 2019. Tussen de twee golven van de pandemie (tussen juni en september 2020) bedroeg de daling van het gebruik van de intensive care 13 % ten opzichte van 2019. Het effect van de pandemie op de intensive care was dan ook groter in beide golven van de epidemie.

De opnames op de intensive care lijken dus te zijn verstoord door de essentiële maatregelen die zijn genomen om de COVID-19 pandemie in te dammen. Deze situatie kan zorgwekkend lijken als we verwijzen naar de studie van Marijon e.a. (2020), waaruit blijkt dat het aantal gevallen van hartstilstand buiten het ziekenhuis in de regio Île-de-France tussen 16 maart en 26 april 2020 is verdubbeld. Het aantal plotselinge sterfgevallen in de regio Île-de-France, die zich bijna allemaal thuis voordeden, nam sterk toe en het sterftecijfer verdubbelde tijdens het hoogtepunt van de epidemie. De auteurs van de studie wijzen op de vertraging in de zorg, die uiterst nadelig was voor de overlevingskansen.

Bij het begin van de COVID-19-pandemie heeft ook de Belgische Cardiologische Liga hierover alarm geslagen en eraan herinnerd dat cardiale en coronaire noodgevallen prioriteit blijven en moeten worden opgevangen.

Aangezien we in onze administratieve gegevensbanken niet over de medische diagnoses beschikken, is het voor ons niet mogelijk na te gaan welke soort dringende verzorging het zwaarst door de pandemie is getroffen.

**Figuur 22: Aantal opnames op de intensive care tussen 2019 en 2020**



# 05

## CONCLUSIE

Deze verkennende studie op basis van feitelijke gegevens over de terugbetaling van geneeskundige verzorging door de Onafhankelijke Ziekenfondsen stelde ons in staat om de impact van de COVID-19-pandemie op de gezondheidszorg en het geneesmiddelengebruik van mensen met chronische aandoeningen te beoordelen en beter te begrijpen.

Uit onze analyses blijkt dat het fysieke contact met de huisartsgeneeskunde en de gespecialiseerde geneeskunde bijzonder zwaar werd getroffen door beide golven van de pandemie, maar dat de eerste golf (met name de piek in april 2020) een veel grotere impact had dan de tweede golf, die in september 2020 begon. Tussen de twee golven van de pandemie (juni tot september 2020) lijkt zich dan enig herstel naar normale activiteit voor te doen voor de fysieke consultaties, naarmate de epidemie afzwakt. Op het hoogtepunt van de epidemie bedroeg de daling van het aantal fysieke contacten 27 % in maart, 63 % in april en 39 % in mei, terwijl deze in het laatste trimester van 2020 beperkt bleef tot 20 % ten opzichte van 2019. Het uitstellen (of annuleren) van fysiek contact met een specialist tijdens de gezondheids crisis was duidelijker dan bij een huisarts.

De terugbetaling van de verzorging op afstand per telefoon of videocall vanaf het begin van de eerste lockdown (14 maart) heeft ongetwijfeld bijgedragen tot de verzachting van het COVID-19-effect op de contacten met de huisarts en de specialist (met uitzondering van tandzorg en kinesitherapie) en aldus gezorgd voor een zekere continuïteit van de zorg voor chronisch zieken in deze zorgsectoren. Bijna de helft van de fysieke contacten die tijdens de eerste golf van de pandemie werden uitgesteld of geannuleerd, werd opgevangen door contacten op afstand. Vanaf juni compenseerden contacten op afstand al de uitgestelde (of geannuleerde) fysieke contacten.

In tegenstelling tot de perceptie van de bevolking (geobserveerd via de enquêtes van Sciensano) lijken onze terugbetalingsgegevens niet te wijzen op een verslechtering van de geestelijke gezondheidsproblemen tijdens de gezondheids crisis. Het is echter mogelijk dat deze opeenstapeling van vermeende geestelijke gezondheidsproblemen later tot uiting komt in onze gegevens over de terugbetaling van gezondheidszorg.

Het uitstellen of afzeggen van contacten met een zorgverlener, wat duidelijk zichtbaar was in de eerste golf, had geen invloed op de aflevering van geneesmiddelen in apotheken aan mensen met chronische aandoeningen. Dankzij de grote stockage van geneesmiddelen in maart 2020 en de verzorging op afstand konden chronisch zieke patiënten hun geneesmiddelenbehandeling in deze periode immers normaal voortzetten. De tweede golf van de epidemie vertoonde geen fenomeen van stockage van geneesmiddelen en werd in het algemeen gekenmerkt door een betrekkelijk stabiel geneesmiddelenverbruik.

Een belangrijke en ongewone vaststelling in België, die waarschijnlijk verband houdt met de maatregelen die zijn genomen om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan (sociale afstand, dragen van maskers, intensief telewerken, sluiting van kinderdagverblijven en scholen, enz.), is het ineenstuiken van het gebruik van



antibioticatherapie en ontstekingsremmers zonder steroïden. Dit verschijnsel is ook waargenomen in andere landen, zoals Frankrijk. Het aantal griepvaccinaties is daarentegen in het laatste trimester van 2020 met 33 % gestegen ten opzichte van dezelfde periode van het voorgaande jaar.

Uit onze studie bleek ook dat de pandemie van 2020 een aanzienlijke impact had op het aantal ziekenhuisopnames. Net als bij fysieke consultaties bij een zorgverlener daalde zowel het aantal ziekenhuisopnames met en zonder overnachting aanzienlijk tijdens de eerste golf van de pandemie en in mindere mate tijdens de tweede golf. De periode tussen de twee golven wordt gekenmerkt door een mooi herstel van de normale ziekenhuisactiviteit. Klassieke ziekenhuisopnames ondervonden tijdens de COVID-19-pandemie een grotere impact dan dagopnames.

Intensive care en geriatrische afdelingen werden het minst getroffen door de pandemie, wat waarschijnlijk te verklaren is door het feit dat deze diensten het tijdens beide golven bijzonder druk hadden met COVID-19-patiënten.

Zorgwekkend is dat ook opnames voor dringende verzorging (beroerte, behandeling van hartritmestoornissen en prostatectomie) door de pandemie werden getroffen.

# 06

## AANBEVELINGEN

Parallel aan de inspanningen om de verspreiding van COVID-19 in te dammen, bevelen de Onafhankelijke Ziekenfondsen aan dat:

- het gezondheidsstelsel moet kunnen inspelen op de behoeften van de hele bevolking, ook van mensen met chronische ziekten. Er moet gezorgd worden dat de bestaande gezondheidsdiensten blijven functioneren om gevolgen voor de gezondheid te voorkomen die erger zouden kunnen zijn dan de epidemie zelf ;
- aan mensen met chronische ziektes en andere kwetsbare bevolkingsgroepen gerichte informatie verstrekt wordt over het infectierisico en het beheer van hun ziekte ;
- raadplegingen op afstand gedeeltelijk gehandhaafd blijven, in een nog nader te bepalen context die de kwaliteit en de veiligheid van de zorg kan garanderen. Om de continuïteit van de verzorging voor zowel chronisch zieken als niet-chronisch zieken te waarborgen, moet voortdurende ondersteuning via telefoon, videoconferentie of zelfs huisbezoeken worden geboden. Net als bij andere disciplines bleek uit onze studie dat zorg op afstand per telefoon of video met een psychiater of psycholoog een goede continuïteit van de verzorging in de geestelijke gezondheidszorg bood. Daarom moet ervoor worden gezorgd dat patiënten met symptomen van angst, depressie of andere psychische problemen die tijdens de pandemie zijn ontstaan of verergerd, tijdig gepaste zorg krijgen ;
- de inspanningen voortgezet worden om een constante toegang tot geneesmiddelen en leveringen te garanderen en te waken over een optimale verdeling van de geneesmiddelen in crisisperiodes, de patiënt goed te informeren en gepaste oplossingen te geven voor de problemen van algemene onbeschikbaarheden ;
- dringende verzorging (indien aangewezen) niet moet worden uitgesteld ten gunste van een expectatieve/conservatieve behandeling uit vrees voor COVID-19-gerelateerde morbiditeit of mortaliteit. De patiënten moeten worden geïnformeerd over de risico's van een vertraagde behandeling, met name in geval van nood of ernstige ziekte ;
- gezondheidsautoriteiten, verzekeringsinstellingen, ziekenhuizen en gezondheidsprofessionals lessen trekken uit de pandemie door een duidelijke planning ('pandemieplan') op te stellen en maatregelen te nemen om in de behoeften van patiënten te voorzien in geval van een nieuwe pandemie.

- AIM (2021), 'Statistiques Covid-19 - Admissions hôpitaux'.
- CIN (2020), 'Enquête Intermutualiste – Téléconsultations', en collaboration avec l'INAMI, Septembre 2020.
- EPI-PHARE (2020), 'Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation à la fin mars 2020. Etude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS', Rapport 1, Avril 2020.
- EPI-PHARE (2021), 'Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021 Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS', Rapport 6, Mai 2021.
- Fondation Registre du Cancer (2020a), 'Forte diminution des nouveaux diagnostics de cancer en avril en raison de la crise du coronavirus', Communiqué de presse publié le 15/07/2020.
- Fondation Registre du Cancer (2020b), '5000 diagnostics de cancer attendus selon les estimations n'ont pas encore été établis', Etude publiée le 20/11/2020.
- INAMI (2021), 'Monitoring Covid-19 - Update mars 2021'.
- KCE (2020a), 'Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de COVID-19 – Synthèse'. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) KCE Reports 335Bs.
- KCE (2020b), 'Video consultations in the care for patients with a chronic somatic disease'. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 328.
- Lorant V., P. Smith, K. Van den Broeck, P. Nicaise (2021), 'Psychological distress associated with the COVID-19 pandemic and suppression measures during the first wave in Belgium', *BMC Psychiatry*, 21, 112.
- Marijon E., N. Karam, D. Jost, D. Perrot, B. Frattini, C. Derkenne, A. Sharifzadehgan, V. Waldmann, F. Beganton, K. Narayanan, A. Lafont, W. Bougouin, X. Jouven (2020), 'Out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic in Paris, France: a population-based, observational study', *The Lancet Public Health*, Vol. 5(8), e437-e443.
- Mutualités Libres (2020), 'Etude sur les maladies chroniques en Belgique - Evolution entre 2010 et 2018', Etude des Mutualités Libres, Novembre 2020.
- Mutualités Libres (2013), 'Concentration des dépenses en soins de santé. Analyse des remboursements de l'assurance maladie'. Etude des Mutualités Libres, Décembre 2013.
- Palmer K., A. Monaco, M. Kivipelto, G. Onder, S. Maggi, J.P. Michel, R. Prieto, G. Sykara, S. Donde (2020), 'The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing', *Aging Clinical and Experimental Research*, Vol. 32(7), 1189-1194.
- Sciensano (2021), 'Cinquième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires', Bruxelles, avril 2021.
- Vlaams Patiëntenplatform (2020a), 'Wordt zorg bij personen met een chronische aandoening uitgesteld wegens het coronavirus COVID-19?' Heverlee: 2020.
- Vlaams Patiëntenplatform (2020b), 'Hoe verloopt de heropstart van de zorg voor personen met een chronische aandoening?' Heverlee: 2020.



Lenniksebaan 788A - 1070 Anderlecht

T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

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

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, september 2020  
(Ondernemingsnummer 411 766 483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen :

