

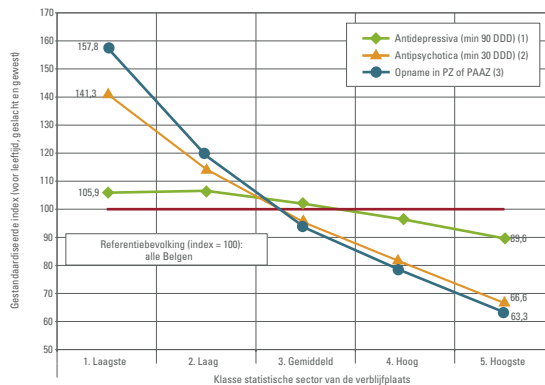
Gezondheidsongelijkheid

Wie zich onderaan de sociale ladder bevindt, ondervindt meer gezondheidsproblemen, zowel lichamelijk als geestelijk.

Anti-Alzheimermedicatie

In 2018 gaf de ziekteverzekering 5 miljoen euro uit aan anti-Alzheimermedicatie waarvan het nut erg beperkt is en waarbij er heel wat nevenwerkingen zijn.

Figuur 4: Geestelijke gezondheid (België 2016)



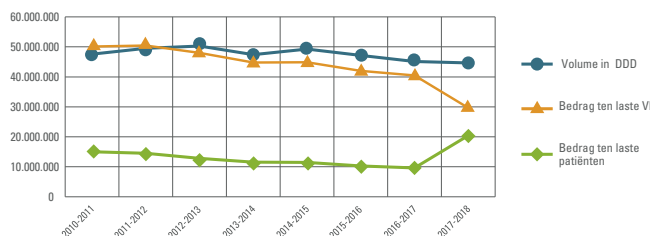
Bron: IMA-gegevens

Proactieve toekenning verhoogde tegemoetkoming

Er is geen duidelijk en eenzijdig verband tussen de VT en gezondheidszorguitgaven.

Duurdere antibiotica

Figuur 2: Terugbetaalde antibiotica (ATC J01): evolutie van bedragen en volume in standaard dagdoseringen (DDD) van 2010/2011 tot 2017/2018



De prijsverhoging voor de patiënt heeft niet geleid tot een verminderd antibioticagebruik.

Amputaties bij diabetespatiënten

Een IMA-studie toont aan dat een betere aanpak van diabetes en het opvolgen van de 'diabetische voet' leiden tot minder amputaties.



Sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg blijft een probleem. Wie zich onderaan de sociale ladder bevindt, ondervindt volgens de in dit nummer voorgestelde IMA-studie meer gezondheidsproblemen zowel lichamelijk als geestelijk. Er is een oversterfte tot 56%, meer arbeidsongeschiktheid, minder preventie, minder tandzorg, ... en dit vanaf de kindertijd. Gezondheidsongelijkheden zijn het resultaat van verschillende ongelijkheden in onze maatschappij die allemaal moeten aangepakt worden.

Onder de titel 'Kom op tegen Alzheimer' stelde Prof. Dr. S. Engelborghs, neuroloog in het UZ Brussel, het tekort aan fondsen voor onderzoek in het domein van dementie aan de kaak. Één op de drie ouderen sterft met Alzheimer of een andere vorm van dementie. Deze ziekte maakt meer doden dan borstkanker en prostaatcancer samen. In België is de ziekte van Alzheimer de meest voorkomende oorzaak van dementie, verantwoordelijk voor ongeveer 60 à 70% van de gevallen. Wereldwijd zijn 50 miljoen mensen aangetast. In België gaat het om ongeveer 200.000 mensen. Aangezien leeftijd de belangrijkste risicofactor is voor Alzheimer en dementie en we allen ouder worden, zal dit aantal tegen 2050 nog verdrievoudigen.

Dementie is een zeer belangrijk socio-economisch, maatschappelijk en gezondheidsprobleem. We zijn helaas niet klaar om dit probleem op te vangen. Tussen 2000 en 2017 is het aantal sterfgevallen ten gevolge van hart- en vaatziekten, ook gelinkt met de leeftijd, met 9% gedaald; bij Alzheimer is dit met 145% gestegen.

Eiwitneerslag in de hersenen, de oorzaak van Alzheimer, start al 10 à 20 jaar voor de eerste ziektesymptomen. Als je geneesmiddelen zou kunnen ontwikkelen die deze eiwitneerslag zouden kunnen remmen en stoppen in dit preklinisch stadium, dan zou je het moment van het optreden van deze symptomen kunnen uitstellen en misschien zelfs kunnen afstellen. En toch zijn we er nu nog niet in geslaagd om dergelijke geneesmiddelen te ontwikkelen. Alle klinische trials van producten, ontwikkeld door de industrie, hebben gefaald. Een belangrijke reden is dat er relatief minder geld wordt geïnvesteerd in onderzoek naar Alzheimer. Zo wordt er voor aids-onderzoek 6 maal meer en voor kankeronderzoek 12 maal

meer geïnvesteerd. Voor die twee ziekten is er een spectaculaire vooruitgang geboekt, voor Alzheimer nauwelijks. In de VS wordt 400 maal meer uitgegeven aan zorg voor Alzheimerpatiënten dan aan onderzoek. Professoren die op dit veld actief zijn moeten ongeveer 40% van hun tijd investeren in het op zoek gaan naar middelen, en dit met een slaagkans van 15 à 20% omdat ze allen vissen in een te kleine vijver. Er is nood aan fundamenteel wetenschappelijk onderzoek om de ziekte van Alzheimer te begrijpen. Dit is primair een opdracht voor universiteiten en onderzoekscentra en niet voor de industrie die afhaakt als het hen niet uitkomt. Dit noopt een structurele financiering door de overheid.

Uit een studie die we in dit nummer voorstellen leren we dat in 2018 de ziekteverzekering 5 miljoen euro heeft uitgegeven aan anti-Alzheimer medicatie waarvan het nut erg beperkt is bij slechts enkele patiënten en waarbij er heel wat nevenwerkingen zijn. In Frankrijk stopte men daarom de terugbetaling. Misschien moeten we dit voorbeeld volgen en dit geld inzetten voor onder meer een betere sociale en materiële omkadering, opvang, begeleiding en mantelzorg. Maar waarom niet de silo's doorbreken en een deel van de bespaarde middelen voorzien voor wetenschappelijk onderzoek?

Daarnaast in dit nummer nog een CM-studie die vaststelt dat het duurder maken van antibiotica voor de patiënt nauwelijks impact heeft op het voorschrijfgedrag van de arts en dus ook niet op de overconsumptie. We stellen enkele meer bindende structurele maatregelen voor.

Een derde CM-onderzoek toont aan dat het actief opsporen en verzekeren van leden die hun recht op de verhoogde tegemoetkoming niet lieten gelden, niet leidt tot een stijging van de uitgaven voor zorg behalve voor de huisbezoeken door de huisarts.

Tenslotte eindigen we met een positieve noot. Uit een IMA-studie blijkt dat een betere aanpak van diabetes en het opvolgen van de 'diabetische voet' leidt tot minder amputaties.

Michiel Callens

Directeur Studiedienst

Iedereen gelijk op het vlak van gezondheid? Een studie van het InterMutualistisch Agentschap

Hervé Avalosse, Leila Maron, Murielle Lona, Joeri Guillaume, El Maâti Allaoui, Tonio Di Zinno



Samenvatting

Het InterMutualistisch Agentschap (IMA) heeft via haar databanken gemeten hoe groot de sociale gezondheidsongelijkheden in ons land zijn. Dit agentschap groepeerde alle verzekeringsinstellingen van het land en dus gaat deze studie systematisch over de hele bevolking. In dit artikel worden de belangrijkste resultaten ervan besproken.

Voor het onderzoek naar sociale ongelijkheden is een methode nodig die twee soorten informatie aan elkaar koppelt:

- **een sociale stratificatie:** via de belastingstatistieken voor de statistische sectoren (dit zijn kleine territoriale eenheden met de grootte van een wijk in een gemeente) waar de leden van de verzekeringsinstellingen wonen. Deze sociale stratificatie bestaat uit vijf klassen, van het laagste tot het hoogste belastbaar inkomen (de waardemeter is het mediaan belastbaar inkomen);
- **een gezondheidsindicator:** hiervoor wordt gebruik gemaakt van de administratieve en facturatiegegevens over geneeskundige verzorging waarover het IMA beschikt. Deze gegevens geven een overzicht van verschillende gezondheidsgebonden gebeurtenissen: hospitalisatie, verbruik van bepaalde soorten zorg of geneesmiddelen, overlijden, arbeidsongeschiktheid ...

Voor elke inkomensklasse wordt gemeten hoe vaak deze gebeurtenissen plaatsvinden met indexen die gestandaardiseerd werden (voor leeftijd, geslacht en regio).

Inzake mortaliteit toont de studie bijvoorbeeld dat inwoners van de armste wijken 56% meer risico lopen om binnen het jaar te overlijden dan die van de rijkste wijken. Naast mortaliteit zijn indicatoren gegenereerd rond morbiditeit, preventieve zorg, contacten met de eerste lijn en de ziekenhuisdiensten.

Uit de resultaten zijn algemene trends af te leiden: hoe lager op de sociale ladder, hoe slechter de gezondheidstoestand met meer ernstige, chronische, invaliderende ziekten. De gezondheidsongelijkheden beginnen zich af te tekenen vanaf de kindertijd. Bovendien gaat het niet alleen over lichamelijke gezondheid maar ook over geestelijke gezondheid. Bovendien is preventie - zelfs al is de preventieve zorg gratis - minder werkzaam en biedt dit geen garantie voor een effectieve en gelijke toegang voor iedereen. In het zorggebruik is weinig ongelijkheid merkbaar voor huisartsenzorg, maar een algemeen probleem vormen toegang tot tandzorg en de grotere toevloed van sociaal kwetsbaardere personen bij de spoeddiensten.

Sleutelwoorden: Intermutualistisch Agentschap, gezondheidsongelijkheid, mortaliteit, morbiditeit, preventie, belastbaar inkomen, statistische sector

1. Inleiding

Velen zien gezondheid als een kostbaar goed. Ondanks de vooruitgang van de geneeskunde en ondanks de hoeveelheid middelen die de overheid aan volksgezondheid besteedt (ongeveer 30 miljard euro voor de sociale zekerheid zowel federaal als de Gemeenschappen en Gewesten), is in werkelijkheid iedereen verre van gelijk op het vlak van een "goede gezondheid". Eigenlijk zijn wij niet gelijk tegenover dood en ziekte, want hoe lager op de sociale ladder, hoe slechter de gezondheidsindicatoren.

Dat heeft het InterMutualistisch Agentschap¹ (IMA) willen aantonen met een recente beschrijvende studie² op basis van hun gegevens. Wij stellen hier de belangrijkste resultaten van deze studie voor: ze brengt de ongelijkheden binnen de Belgische bevolking in kaart en meet ze.

Het gebruik van IMA-gegevens bij deze studie heeft zeker voordelen: de gebruikte methode is systematisch want **ze dekt alle sociaal verzekerden in België**, ze werkt met reële gegevens die geregistreerd en gecontroleerd werden in het kader van het beheerssysteem van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Deze studie kan ook regelmatig worden herhaald.

2. Methode

De sociale gezondheidsongelijkheden dienen te worden gemeten met een combinatie van een sociale stratificatie en gezondheidsindicatoren. We verduidelijken deze begrippen en de manier waarop we die sociale stratificatie, bestaande uit vijf klassen met toenemende waarde, opgebouwd hebben. Vervolgens geven we aan wat voor soort gezondheidsindicator we gekozen hebben.

2.1. Opbouw van de sociale stratificatie

In het algemeen moet de sociale gelaagdheid een afspiegeling zijn van het inkomen en/of het opleidingsniveau van de bevolking. Aangezien de verzekeringsinstellingen slechts gedeeltelijke gegevens hebben over het inkomen van hun leden (bijvoorbeeld via de Maximumfactuur) en niets met betrekking tot diploma's, dient anders gewerkt te worden. De sociale stratificatie werd opgebouwd door gebruik te maken van de bestaande fiscale statistieken van de Federale Overheidsdienst (FOD Economie) op het niveau van de statistische sectoren.

2.1.1 Statistische sectoren en fiscale inkomsten

De statistische sector is de kleinste administratieve geografische eenheid³, ter grootte van een wijk, soms bestaande uit enkele straten. Het hele Belgische grondgebied is verdeeld in 20.000 statistische sectoren (die verdeeld zijn over de 600 gemeenten van het Rijk). Dankzij STATBEL⁴ hebben we statistische reeksen over de belastinginkomsten per statistische sector. Het hier gehanteerde fiscale concept is het totaal netto belastbaar inkomen⁵.

De beschikbare statistische reeksen omvatten, naast het aantal belastingaangiften, ook:

1. het gemiddelde inkomen (= som van het totale netto belastbare inkomen, gedeeld door het aantal belastingaangiften dat in aanmerking wordt genomen);
2. het mediane inkomen (= het bedrag van het totale netto belastbare inkomen dat de waarnemingen verdeelt in twee even grote subgroepen, waarbij de aangiften worden gerangschikt in oplopende volgorde van waarde).

Wij hebben dus per statische sector een indicatie van de 'rijkdom' van de inwoners ervan als zij ten minste een belastingaangifte invullen. Aangezien het bevolkingsbestand van het IMA de statische sector van de woonplaats bevat, kan aan eenieder dus een inkomensniveau worden toegekend: meer bepaald het inkomensniveau van zijn statistische sector.

Voor deze studie is gekozen voor het mediaaninkomen van de statistische sectoren als indicator voor de rijkdom (de mediaan is immers ongevoelig voor extreme waarden). De referentieperiode voor de gebruikte gegevens is het inkomstenjaar 2016 of het aanslagjaar 2017. Deze informatie werd samengevat door de

1 Het InterMutualistisch Agentschap is een vereniging zonder winstoogmerk waarin alle verzekeringsinstellingen (de 5 landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de ziekteverzekering van HR Rail) vertegenwoordigd zijn. Het is opgericht in 2002 met als doel de administratieve gegevens van de verzekeringsinstellingen te verzamelen en te analyseren. Dit is wettelijk erkend via de programma-wet (I) van 24 december 2002 (art 278 en volgende).

2 https://ima-aim.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf

3 <https://statbel.fgov.be/nl/over-statbel/methodologie/classificaties/statistische-sectoren>

4 <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>

5 "Deze bedragen worden berekend op basis van de aangiften in de personenbelasting en omvatten de belastbare inkomsten uit beroep, vervangingsinkomens, pensioenen, dividenden, het kadastraal inkomen en onderhoudsuitkeringen van alle inwoners. Niet-belaste inkomsten (zoals kindergeld en het leefloon) maken geen deel uit van de fiscale inkomens. De fiscale statistieken zijn opgesteld volgens de woonplaats van de belastingplichtige." <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>

statistische sectoren in te delen in vijf klassen in stijgende orde van het mediaan fiscaal inkomen.

2.1.2 Sociale stratificatie met vijf klassen

Op het niveau van de betrokken geografische entiteit (in dit geval België) worden de klassegrenzen zo vastgesteld dat elke klasse 20% van de belastingaangiften bevat. De eerste klasse komt overeen met de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het laagst is (onze interpretatie: de wijken waar de minst begunstigde bevolking geconcentreerd is), de vijfde klasse met de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het hoogst is (onze interpretatie: de wijken waar de meest begunstigde bevolking geconcentreerd is). De bevolking wordt zo verdeeld over de vijf klassen op basis van de statistische sector van de woonplaats vermeld in het IMA-populatiebestand. Bij de voorstelling van de resultaten worden de 1^e en 5^e klasse respectievelijk "de laagste of zwakste klasse, de armste wijken" en "de hoogste klasse, de rijkste wijken" genoemd.

Tabel 1 geeft voor België het resultaat van de verdeling van de bevolking binnen de schaal van 5 klassen. In totaal kan ongeveer 0,3% van de leden niet op deze sociale schaal worden ingedeeld. Twee redenen: er is geen statistische sector bekend of er is geen mediaan inkomen berekend voor de statistische sector in kwestie (omdat er onvoldoende belastingaangiften zijn).

Tabel 1: Verdeling van de bevolking in de vijf klassen van statistische sectoren (België) – inkomstenjaar 2016

Klasse statistische sectoren	Grenzen van de klasse	Aantal personen	In %	
0	Ongekend	/	32.027	0,3%
1	Laagste	]0 ; 20.348 €]	2.208.184	20,2%
2	Laag	]20.348 € ; 23.209 €]	2.084.276	19,1%
3	Gemiddeld	]23.209 € ; 25.735 €]	2.124.365	19,4%
4	Hoog	]25.735 € ; 28.350 €]	2.199.142	20,1%
5	Hoogste	]28.350 € ; ...	2.283.015	20,9%
Totaal =			10.931.009	100,0%

2.2. Gezondheidsindicatoren: gestandaardiseerde index

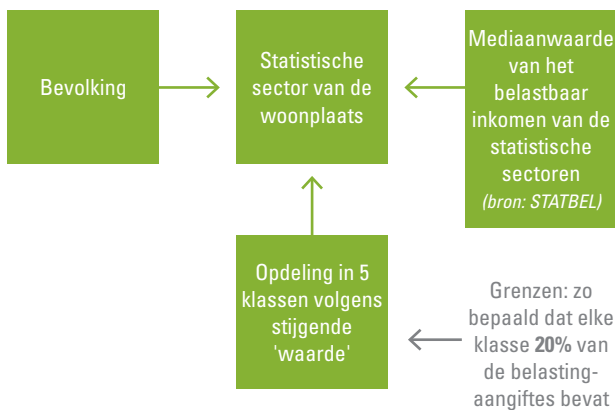
De verzekeringsinstellingen beschikken niet over de diagnostische gegevens van hun leden. De gegevens waarover het IMA beschikt, kunnen echter wel worden gebruikt om verschillende gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen toe te lichten. Deze zijn:

- rechtstreeks afgeleid van administratieve gegevens (bv. overlijden, primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit enz.);
- opgebouwd op basis van nomenclatuurcodes voor verstrekkingen terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering (vb. gebruik van tandzorg, contact met een huisarts, de aflevering van een bepaalde categorie geneesmiddelen⁶, ...).

Met deze sociale schaal van vijf klassen kunnen we zien in hoeverre deze gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen een sociale gradiënt volgen. Als indicator gebruiken we de notie van een gestandaardiseerde index. Voor een gebeurtenis als 'overlijden in 2016' wordt bijvoorbeeld de gestandaardiseerde sterfteratio (*Standardized Mortality Ratio - SMR*) berekend voor de vijf hierboven beschreven klassen. De gestandaardiseerde index wordt verkregen door indirecte standaardisatie om rekening te houden met het 'profiel', met de specifieke structuur van de bevolking binnen elke klasse.

Standaardisering vlak 'het effect van verschillen tussen de te vergelijken populaties'⁷ voor een bepaalde variabele, bijvoorbeeld de leeftijd, uit. Als de gestandaardiseerde sterfteratio dan hoger is in een bepaalde klasse (ten opzichte van de andere), komt dat niet door een leeftijdseffect omwille

Schema van de methode om tot de sociale stratificatie te komen



1 ste klasse: bevat de bevolking woonachtig in de statistische sectoren met **de laagste mediaanwaarden** van belastbaar inkomen.
5 de klasse: bevat de bevolking woonachtig in de statistische sectoren met **de hoogste mediaanwaarden** van belastbaar inkomen.

⁶ Als we naar een specifieke klasse volgens geneesmiddelen kijken, identificeren we die aan de hand van de ATC-classificatie (anatomisch, therapeutisch en chemisch).

⁷ http://www.pifo.uvsq.fr/epideoo/esp/chap_2/standardisation.html

van een oudere populatie in deze specifieke klasse (ten opzichte van de anderen). Standaardisering schakelt de impact van de verschillende leeftijdsstructuur in de verschillende klassen immers uit. Voor deze studie zijn de parameters voor standaardisatie leeftijd, geslacht en het Gewest (Wallonië, Vlaanderen, Brussel) van de statistische sector van de woonplaats.

De gestandaardiseerde index wordt berekend voor elke klasse van onze sociale stratificatie. Vervolgens wordt de verhouding tussen het aantal waargenomen gebeurtenissen en het aantal verwachte gebeurtenissen uitgedrukt (op basis van de omvang van de populatie, het specifieke profiel van de populatie van de betrokken klasse en door toepassing van de overeenkomstige percentages van de referentiepopulatie). Aangezien de referentiepopulatie geïndexeerd is op de waarde 100, zal de populatie met als waarde van de gestandaardiseerde index 130 voor een bepaalde gebeurtenis en voor een bepaalde klasse, een risico vertonen dat 30% hoger ligt dan het risico vastgesteld in de referentiepopulatie. De referentiepopulatie kan wisselen volgens de gezondheidsgebeurtenis. Voor elke gezondheidsgebeurtenis wordt de geschikte referentiepopulatie gekozen (bijvoorbeeld: mannen voor baarmoederhalskankerscreening in aanmerking nemen, heeft geen zin).

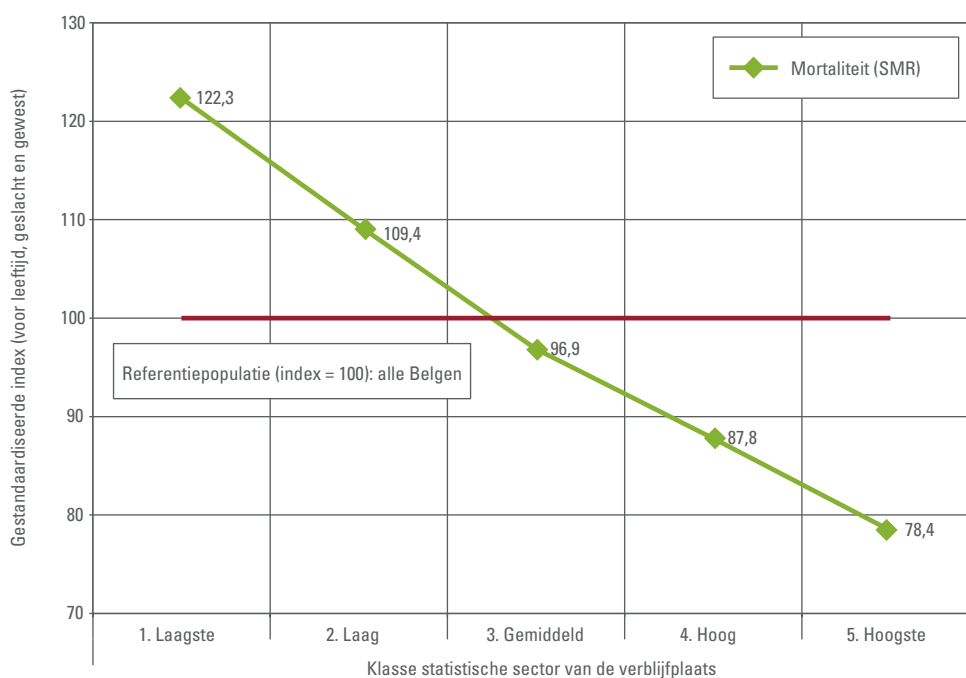
3. Belangrijkste resultaten

Diverse indicatoren werden opgebouwd voor vier grote domeinen: mortaliteit, morbiditeit, preventie en gebruik van het gezondheidszorgsysteem (het beroep op eerstelijnszorg en ziekenhuizen). Verder in dit artikel tonen wij grafisch de sociale gradiënt die voor België is vastgesteld. De specifieke resultaten per Gewest staan in het volledige rapport van de studie.

3.1. Mortaliteit

De bestudeerde gebeurtenis is het overlijden in de loop van 2016, de referentiepopulatie is de totale Belgische bevolking. De indicator stemt overeen met de klassieke Standardized Mortality Ratio (SMR). Uit figuur 1 blijkt dat personen uit de laagste klasse (klasse 1) in 2016 een sterfterisico hadden dat 22% hoger lag dan dat van de referentiepopulatie. In vergelijking met de hoogste klasse (klasse 5), is de oversterfte 56% ($= [122,3/78,4] - 1$). Met andere woorden, mensen die in de armste wijken van het land wonen, hebben een 56% hoger risico om binnen het jaar te overlijden dan mensen die in de rijkste wijken wonen. Dit is geen toeval: dergelijke verschillen wijzen op een slechtere gezondheidstoestand door hardere sociaal-economische leefomstandigheden voor wie lager op de sociale ladder staat.

Figuur 1: Mortaliteit (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

3.2. Morbiditeit

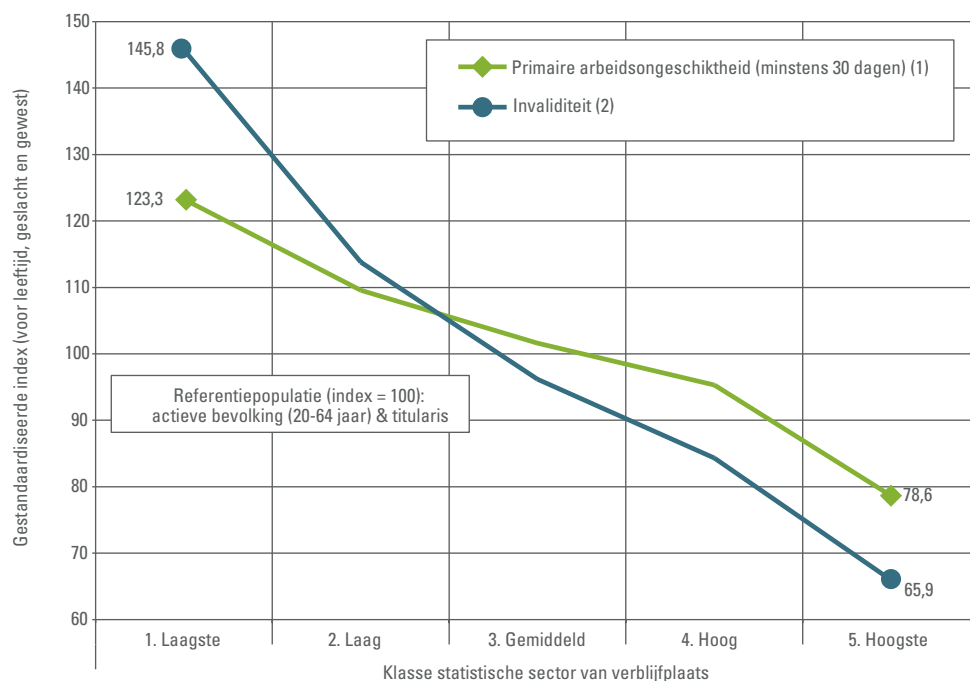
Wanneer werknemers een arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen, zegt dit ook iets over hun gezondheidstoestand. Wegens ziekte of een ongeval zijn zij dan niet meer in staat om te werken. Hier werden twee indicatoren opgebouwd: één voor primaire ongeschiktheid en één voor invaliditeit.

1. Voor **primaire arbeidsongeschiktheid** komt in aanmerking wie minstens 30 dagen een arbeidsongeschiktheidsuitkering kreeg in 2016 (bovenop het tijdvak van gewaarborgd loon). We beperken de referentiepopulatie tot de beroepsbevolking (met inbegrip van de werklozen) in de privésector, tussen de 20 en 64 jaar - met uitzondering van degenen die in dat jaar al het statuut van invaliden bezaten. Dit brengt ons zo dicht mogelijk bij de populatie die door de verzekeringsinstellingen verzekerd zijn tegen een eventuele primaire arbeidsongeschiktheid en die hiervoor een uitkering zouden kunnen ontvangen. We zien een belangrijke sociale gradiënt (figuur 2): werknemers uit de laagste klasse (klasse 1) vertonen een risico dat 57% hoger ligt ($= [123,3/78,6]-1$) om (gedurende minstens 30 dagen) een uitkering te ontvangen dan werknemers uit de hoogste klasse (klasse 5).

2. Als de arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar duurt, gaat de werknemer over naar het statuut van invalide. We beperken de referentiepopulatie tot de actieve beroepsbevolking (met inbegrip van de werklozen) uit de privé sector, tussen 20 en 64 jaar. In vergelijking met de vorige indicator stellen we een nog sterkere sociale gradiënt vast (figuur 2): werknemers uit de laagste klasse (klasse 1) vertonen een verhoogd risico dat 121% ($= [145,8/65,9]-1$) hoger is om invalide verklaard te worden dan werknemers uit de hoogste klasse (klasse 5).

Chronisch zieken kunnen bij benadering gedetecteerd worden via de facturatiegegevens voor geneeskundige verzorging en de administratieve gegevens. Bijvoorbeeld: diabetes. Diabetespatiënten⁸ worden opgespoord via de specifieke interventies in de verplichte ziekteverzekering (zorgtraject, revalidatie-overeenkomsten, ...) of het geneesmiddelenverbruik⁹.

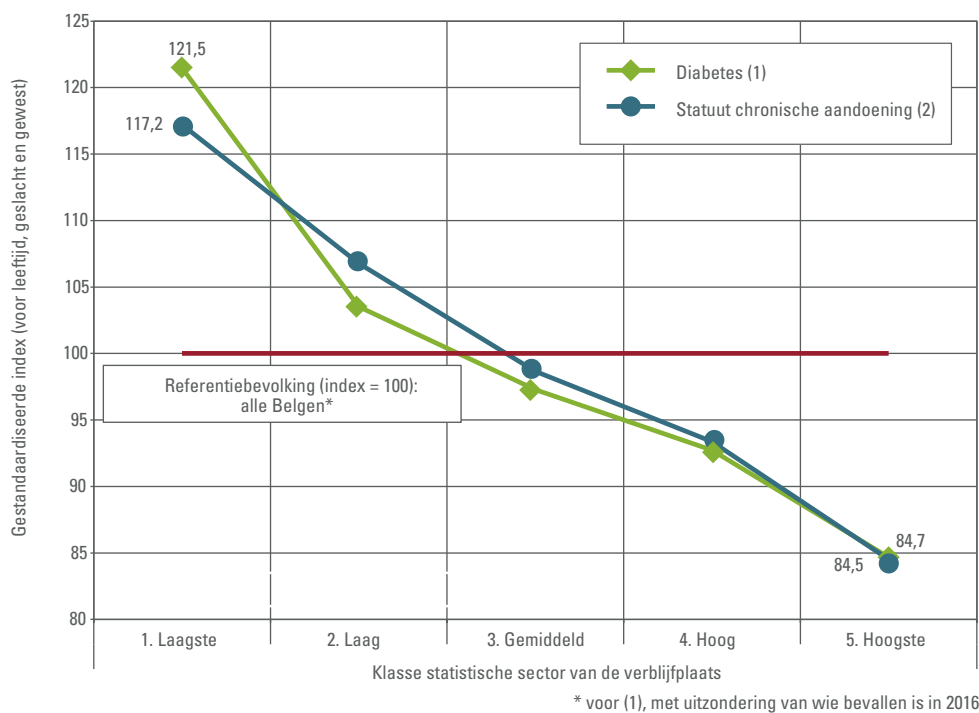
Figuur 2: Arbeidsongeschiktheid (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

- 8 Opgelet, met de facturatiegegevens kunnen niet alle situaties van diabetes worden opgespoord: situaties waarbij een dieet en lichaamsbeweging volstaan zullen niet gedetecteerd worden.
- 9 ATC-klasse A10.

Figuur 3: Diabetes – Statuut chronische aandoening (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

Figuur 3 toont dat individuen uit klasse 1 (de laagste klasse) 43% meer risico op diabetes $(= [121,5/84,7]-1)$ hebben dan deze uit de hoogste klasse (klasse 5). Voor diabetes sluiten wij in de referentepopulatie vrouwen die in de loop van het jaar zijn bevallen uit om geen zwangerschapsdiabetes mee te rekenen.

Chronisch zieken kunnen ook via het statuut 'chronische aandoening'¹⁰ worden opgespoord. Dit statuut dekt zeker niet alle situaties van chronische ziekte, maar verwijst zeker naar situaties van patiënten die veel en regelmatig zorg verbruiken en minder zelfredzaam worden. Kortom, dit statuut gaat hoe dan ook gepaard met een blijvend verslechterde gezondheidstoestand. In figuur 3 is te zien dat in 2016 individuen uit de laagste klasse 39% meer risico lopen $(= [117,2/84,5]-1)$ om dit statuut te krijgen dan personen uit de hoogste klasse (klasse 5).

Ook op het vlak van geestelijke gezondheid is sociale ongelijkheid merkbaar. De algemene trend is dezelfde als bij de

vorige indicatoren: de indicatoren voor de geestelijke gezondheidstoestand verslechteren met het afdalen van de sociale ladder. Dit is zichtbaar bij volgende drie indicatoren (Figuur 4).

1. **Gebruik van antidepressiva**¹¹ (minimum 90 DDD¹² in 2016). De waargenomen gradiënt is niet spectaculair maar is in het nadeel van wie tot klasse 1 behoort: we stellen vast dat individuen in deze klasse in 2016 18% meer risico lopen om antidepressiva te gebruiken dan die in de hoogste klasse (klasse 5).
2. **Gebruik van antipsychotica**¹³ (minimum van 30 DDD's in 2016). De waargenomen gradiënt is redelijk spectaculair: we stellen vast dat personen uit de laagste klasse (klasse 1) een risico vertonen dat 112% $(= [141,3/66,1]-1)$ hoger is voor het gebruik van antipsychotica in vergelijking met de personen uit de hoogste klasse (klasse 5).
3. **Opname in de psychiatrie** (in een psychiatrisch ziekenhuis

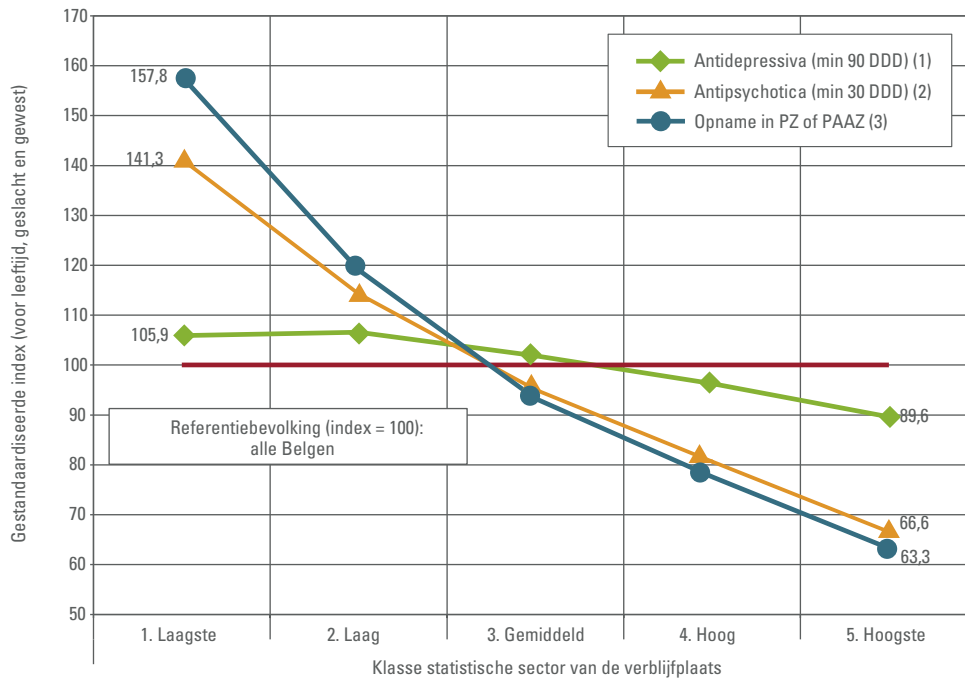
10 <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/chronische-ziekten/Paginas/statuut-persoon-chronische-aandoening-toegang-zorgen.aspx#.XVbEZegzblU>

11 ATC-klasse N06A. We gebruiken de limiet van DDD, die overeenstemt met een behandeling gedurende drie maand, om zo goed mogelijk die patiënten te kunnen detecteren die antidepressiva gebruiken omwille van een depressie. Deze klasse geneesmiddelen kan, met een lager niveau van DDD, ook voor andere doeleinden gebruikt worden (vb. migraine).

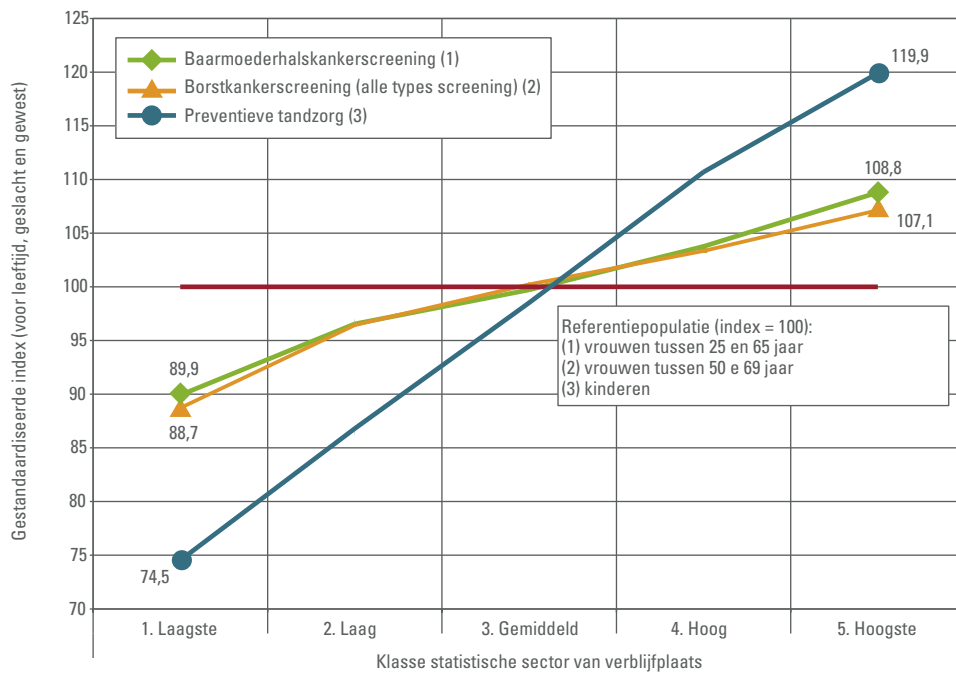
12 DDD = Defined Daily Doses. Dit is de veronderstelde gemiddelde onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel dat gebruikt wordt voor de indicatie bij een volwassene. Definitie uit: https://www.who.int/medicines/regulation/medicines-safety/toolkit_ddd/en/

13 ATC-klasse N05A

Figuur 4: Geestelijke gezondheid (België 2016)



Figuur 5: Preventieve zorgen (België 2016)



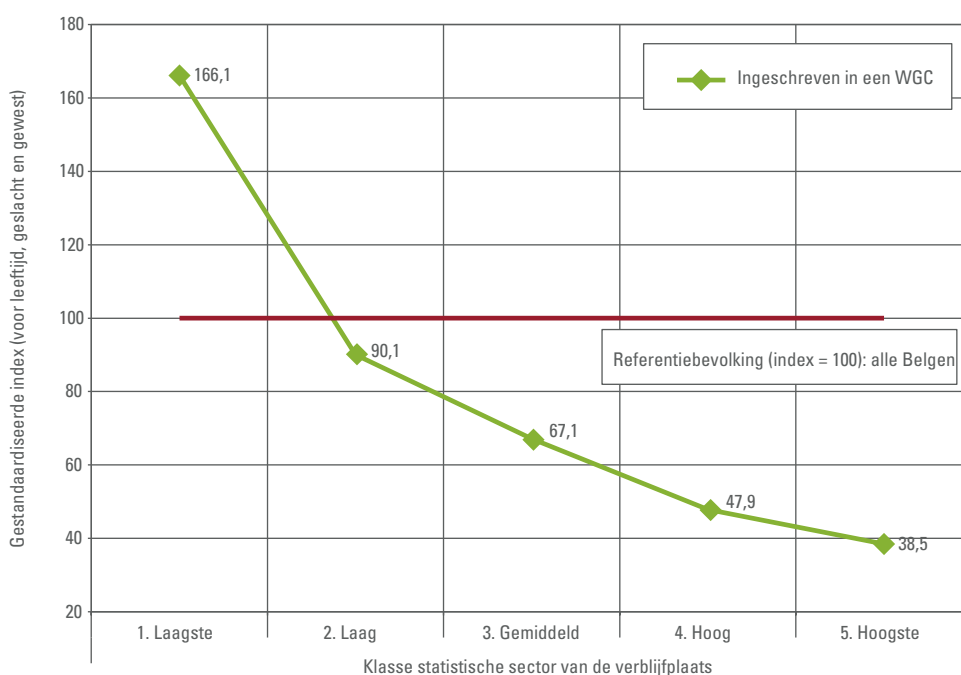
of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis). Ook hier is te merken dat de laagste klasse (1) 149% meer risico van opname in de psychiatrie heeft ($= [157,8/63,3]-1$) in vergelijking met de hoogste klasse (5).

3.3. Preventie

Hoe lager op de sociale ladder, hoe minder preventie werkt. Volgende drie indicatoren tonen dit (figuur 5).

1. **Baarmoederhalskankerscreening.** Om precies te zijn, moet worden gezegd dat hier rekening wordt gehouden met de gebeurtenis waarbij minstens één uitstrijkje werd terugbetaald tijdens de periode 2014 tot 2016. De referentepopulatie zijn vrouwen van 25 tot 65 jaar. Volgende significante sociale gradiënt wordt gevonden: vrouwen uit klasse 1 hebben 17% ($= [89,9/108,8]-1$) minder kans dan die uit klasse 5 dat deze screening wordt uitgevoerd.
2. **Borstkankerpreventie.** Hier zijn meerdere mogelijkheden:
3. **Preventieve tandzorg voor kinderen.** Preventieve tandzorg (bijv. kalkverwijdering, mondonderzoek, etc.) is gratis voor jongeren tot 18 jaar, op voorwaarde dat de patiënt behandeld wordt¹⁵ door een geconventioneerde tandarts of door een tandarts die geen supplementen aanreket (er is immers geen remgeld te betalen). Maar dit is duidelijk niet voldoende om gelijke toegang te garanderen. De sociale gradiënt is hier zeer belangrijk: jongeren in klasse 1 hebben 38% minder kans ($= [74,5/119,9]-1$) op deze vorm van zorg dan die in klasse 5.

Figuur 6: Ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

- 14 Er zijn grote regionale verschillen: deelname aan het gratis programma van de Gemeenschap geniet de voorkeur in Vlaanderen. Inwoners van Brussel en Wallonië bij voorkeur een beroep doen op diagnostische mammografieën. Zie de indicatoren in de IMA-atlas. <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>
- 15 De indicator is meer bepaald opgebouwd als volgt: minstens 2 preventieve contacten bij de tandarts in 2 verschillende jaren binnen een termijn van 3 kalenderjaren (jaren 2014 tot 2016).

3.4. Gebruik van gezondheidszorg

Diverse indicatoren werden opgebouwd rond ambulante contacten met de huisarts, de specialist en de tandarts.

1. Kenmerken van het **contact met de huisarts**.
 - a. Voor alle soorten contact samen (raadpleging in het kabinet van de huisarts of huisbezoek bij de patiënt) verschillen de klassen niet echt merkbaar (maximum 1% afwijking).
 - b. Personen uit de laagste klasse vertonen niettemin een voorkeur voor huisbezoeken. De kans op een huisbezoek van een huisarts is 38% ($=[114,9/83,5]-1$) hoger bij wie tot de laagste klasse (klasse 1) behoort dan bij wie tot de hoogste (klasse 5) behoort.
 - c. Een andere manier om te genieten van huisartsenzorg zonder remgeld te betalen, bestaat erin zich aan te sluiten bij een wijkgezondheidscentrum (met forfaitaire financiering). Wijkgezondheidscentra zijn natuurlijk voor iedereen toegankelijk, maar het is niet verwonderlijk dat het veeleer de bewoners van de minst begunstigde wijken (klasse 1) zijn die zich inschrijven: het verschil tussen klasse 1 en 5 bedraagt ongeveer 332% ($=[166,1/38,5]-1$).
2. Voor de **consultatie bij de specialist** is er ook geen groot verschil. Er is een verschil van 6% ($=[96,5/103,1]-1$) tussen de uiterste klassen, ten gunste van degenen die tot de hoogste klasse behoren. Of anders gezegd: de hoogste klasse heeft een iets grotere neiging (van 6%) om contact op te nemen met een gespecialiseerde arts, ongeacht het type specialisme.
3. Voor **tandzorg** (Figuur 7) richten we ons op orthodontische behandelingen die aangevat werden of nog steeds aan de gang zijn voor kinderen. We weten dat deze behandelingen duur zijn voor patiënten¹⁶, het is dus niet verwonderlijk dat hier een belangrijke sociale gradiënt te zien is. Kinderen uit de laagste klasse (klasse 1) hebben 35% minder kans ($=[76,2/117,2]-1$) op een orthodontische behandeling dan kinderen uit de hoogste klasse (klasse 5). Deze gradiënt is

nog sterker in Brussel (44% verschil tussen de uitersten). We hebben ook gekeken naar diegenen die niet naar de tandarts gaan. Maar is hier een sociale gradiënt waar te nemen? Ja, dat is zeker het geval (figuur 7). Personen in de laagste klasse (klasse 1) hebben 47% meer kans ($=[117,8/80,4]-1$) om in drie opeenvolgende jaren geen contact met een tandarts te hebben gehad dan die in de hoogste klasse (klasse 5).

Ook werden enkele indicatoren voor zorg in het ziekenhuis opgebouwd (Figuur 8).

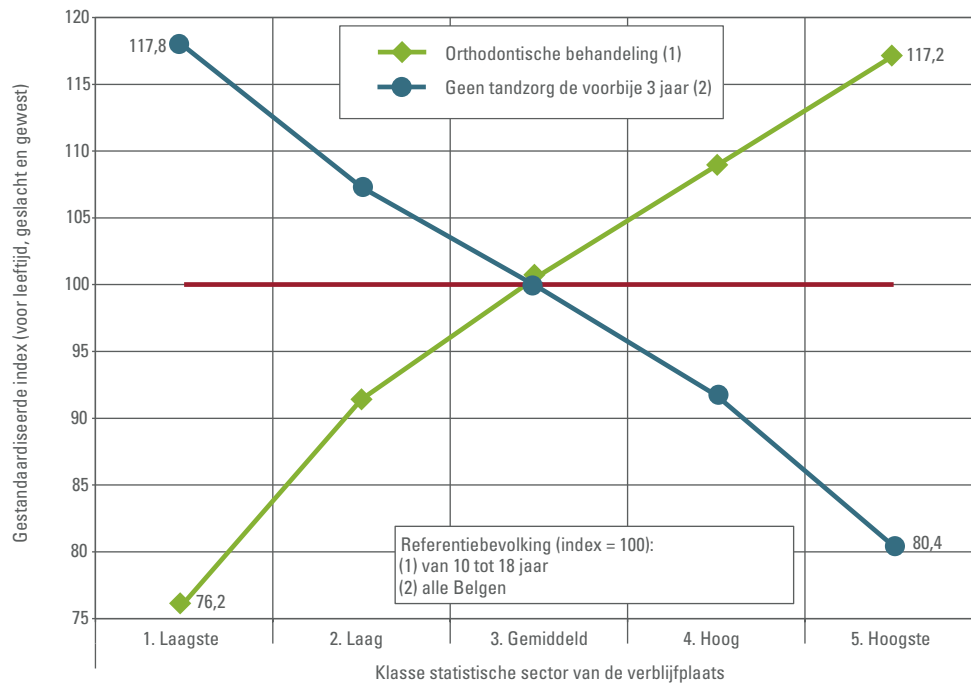
1. Met de **"klassieke" ziekenhuisopnames** (minstens één overnachting) weerspiegelen we eerder de relatieve gezondheidstoestand van de bevolking. Het is dus niet verrassend dat de waargenomen gradiënt wel degelijk de slechtere gezondheidstoestand van klasse 1 weerspiegelt: personen uit de laagste klasse liepen in 2016 een risico dat 19% hoger was ($=[109,0/91,3]-1$) om in het ziekenhuis opgenomen te worden dan personen uit de hoogste klasse (klasse 5).
2. Bij **pediatrische of neonatale ziekenhuisopnames** staat het om de gezondheid van kinderen. En de conclusie is duidelijk: de geobserveerde sociale gradiënt toont aan dat de gezondheidstoestand van kinderen verslechtert naarmate ze zich lager op de sociale ladder bevinden. We zien inderdaad dat kinderen uit de laagste klasse (klasse 1) in 2016 een risico vertonen dat 19% hoger is ($=[107,1/89,6]-1$) om in de pediatrie of de dienst neonatologie te worden opgenomen in vergelijking met de kinderen uit de hoogste klasse (klasse 5). Sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid begint dus vanaf de kindertijd.
3. Wie lager op de sociale ladder staat, maakt vaker gebruik van de **spoeddiensten** van het ziekenhuis. De bevolking uit de laagste klasse (klasse 1) vertoont in 2016 een risico dat 33% hoger is ($=[114,9/86,5]-1$) om zich in 2016 te gaan aanbieden bij de spoedgevallendienst van het ziekenhuis in vergelijking met de bevolking van de hoogste klasse (klasse 5).

16 KCE. 2008. Orthodontie bij kinderen en adolescenten. Rapport KCE 77B

Overgenomen van de website van het KCE: "Vier op de tien Belgische jongeren draagt een tandbeugel. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en UZ Leuven (K.U.Leuven) stelden vast dat er daar niet altijd gegronde medische redenen voor zijn. De risico's van orthodontie zijn wel beperkt. **Gemiddeld kost een behandeling aan de jongere of zijn ouders 1.000 euro, zijnde 50% van de totaalcost. De andere helft wordt door de ziekteverzekering en de aanvullende verzekeringen gedragen.** De ziekteverzekering maakt momenteel voor de terugbetaling geen onderscheid tussen lichte (esthetische), matige of ernstige afwijkingen. Het KCE pleit voor een terugbetaling afhankelijk van de ernst van de gebitsafwijking met een betere terugbetaling voor de ernstige afwijkingen."

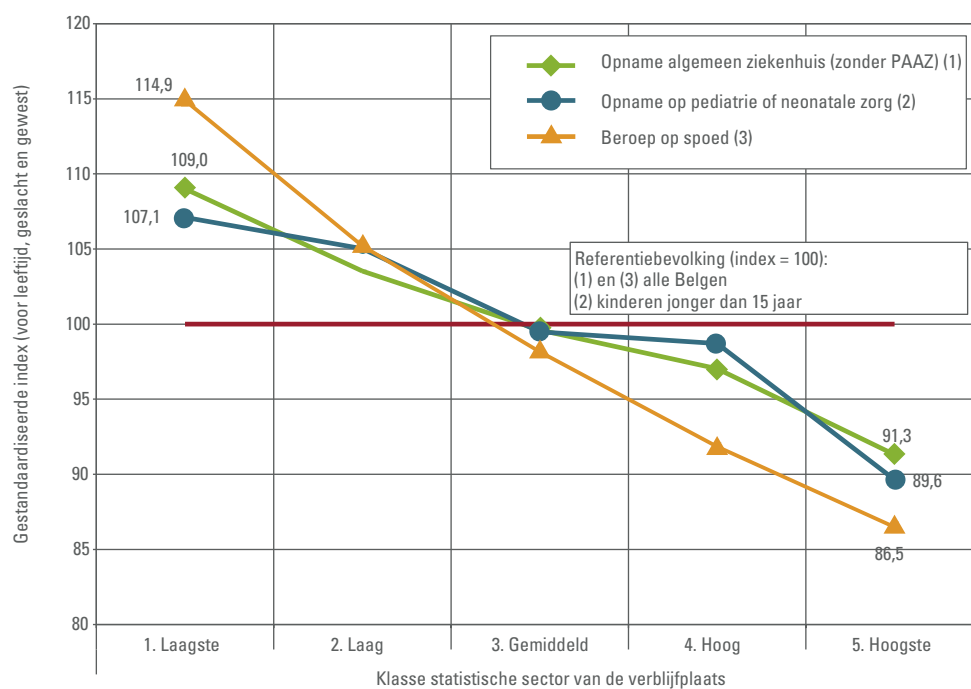
<https://kce.fgov.be/nl/orthodontie-bij-kinderen-en-adolescenten>

Figuur 7: Orthodontie, geen tandzorg (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

Figuur 8: Beroep op ziekenhuisdiensten (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

4. Conclusies

De resultaten van deze studie leiden tot dezelfde conclusie: hoe lager op de sociale ladder, hoe slechter de gezondheidstoestand, hoe minder effectief de preventie en hoe verschillend de zorg (om nog maar te zwijgen van het feit dat een aanzienlijk deel van de bevolking om financiële redenen gedwongen is om gezondheidszorg uit te stellen¹⁷).

- Voor minder gegoede bevolkingsgroepen betekent een verslechtering van hun gezondheidstoestand dat hun overlevingskansen kleiner zijn, dat de kans op arbeidsongeschiktheid toeneemt (en dus dat hun beschikbaar inkomen nog verder afneemt terwijl de gezondheidsuitgaven stijgen) en dat er een groter risico bestaat op ernstige, chronische en invaliderende ziekten. Dit alles is een weerspiegeling van hardere sociale en economische omstandigheden met minder mogelijkheden voor goede zorg. En alles begint al in de kindertijd, zoals blijkt uit ziekenhuisopnames in de pediatrie en neonatologie. Het gaat ook niet alleen om 'lichamelijke' gezondheid. Uit de psychiatrische ziekenhuisopnames, het gebruik van antidepressiva en antipsychotica blijkt dat sociale ongelijkheid ook doorweegt op het gebied van de geestelijke gezondheid. Dit hoeft niet te verbazen. Leven (of overleven) in precaire omstandigheden leidt tot permanente spanningen en stress waar weinig tegen te doen valt.
- Preventie is minder werkzaam als je lager op de sociale ladder staat. Zelfs de mogelijkheid van gratis preventie (vb. mammotest, preventieve tandzorg bij kinderen) garandeert geen effectieve en gelijke toegang voor allen. Moet dit ons verbazen? Gezien hun moeilijke dagelijkse realiteit vormt preventie niet de eerste prioriteit van de minder bevoorrechte bevolkingsgroepen. We kunnen ook vraagtekens plaatsen bij de vaardigheid om preventieboodschappen te begrijpen. Deze populaties hebben ook het laagste niveau van "gezondheidsgeletterdheid". Dit dwingt ons in ieder geval om de evidentie van de sociale vertegenwoordiging en de waarden die we associëren met gezondheid in twijfel te trekken. Die waarden zijn niet in alle geledingen van de bevolking identiek.
- Het gezondheidszorggebruik toont dat niet iedereen zich niet op dezelfde manier verzorgt. Het goede nieuws is dat voor huisartsenzorg geen ongelijkheid werd vastgesteld. Minder bevoorrechte bevolkingsgroepen geven echter wel de voorkeur aan een huisbezoek en dit is duurder dan een raadpleging in het kabinet van de huisarts. Onderaan de sociale ladder genieten de wijkgezondheidscentra echter wel de voorkeur. Toegang tot tandzorg is evenwel zeer duidelijk een algemeen probleem voor kansarme bevolkingsgroepen. De mond- en tandhygiëne bij deze laatste groep is eerlijk gezegd echt onrustwekkend.
- Wie lager op de sociale ladder staat, gaat ook vaker naar de spoedgevallendienst van het ziekenhuis. Verzorgd worden is wel het belangrijkste, maar de spoeddienst is echter niet de goedkoopste oplossing vooral wanneer de situatie niet zo dringend blijkt: dan wordt immers een veel hoger remgeld betaald dan bij de huisarts. Dit moet ons doen nadenken over de organisatie van niet alleen de spoeddiensten (als toegangspoort tot de ziekenhuiszorg) maar ook van de wachtdiensten en over de bekendmaking van deze zorgstructuren bij het publiek.
- Nog een aandachtspunt: sociale gezondheidsongelijkheden hebben wel degelijk betrekking op de samenleving als geheel. In de presentatie van de resultaten wordt de nadruk gelegd op de 'spanning' tussen klasse 1 en 5: hoe hoger de verhouding tussen de indices die voor deze twee klassen worden waargenomen, hoe verticaler de gradiënt wordt, wat de sociale ongelijkheden benadrukt. Het gaat er echter niet alleen om de situatie te beoordelen van degenen die tot de minst begunstigde klasse behoren in vergelijking met de meest begunstigde klasse. Mensen die tot de tussenklassen 2, 3 en 4 behoren, hebben immers ook indices die (vaak) minder gunstig zijn dan die welke voor klasse 5, de meest begunstigde klasse, worden gemeten. De ongelijkheid op gezondheidsgebied belangt al deze personen aan.

17 KCE. 2019. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem –Rapport KCE 313B.

«Het KCE-rapport 2019 over de prestaties van het Belgische gezondheidstelsel presenteert en meet de sociaaleconomische ongelijkheden voor een reeks indicatoren. In de samenvatting van de resultaten (blz. 56) vermeldt het KCE het volgende: "De voorgestelde ongelijkheden geven aan dat de minder bevoorrechte groepen (met een laag opleidingsniveau, met een laag inkomensniveau, of die genieten van een verhoogde tegemoetkoming) meer uitgestelde medische en tandheelkundige onderzoeken omwille van financiële redenen rapporteren. Ondanks de genomen maatregelen om de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren, worden grote - en groeiende - socio-economische ongelijkheden vastgesteld. Uitgestelde contacten komen 4 keer vaker voor in de groep met een laag opleidingsniveau in vergelijking met de groep met een hoog opleidingsniveau; de verschillen per inkomenskwintiel zijn nog meer uitgesproken.»

<https://kce.fgov.be/nl/de-performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem-%E2%80%93-rapport-2019>

Gezondheidsongelijkheden zijn bijzonder onrechtvaardig en het terugdringen ervan zou ieders doel moeten zijn. Het gaat hier zeker om het verbeteren van de financiële toegankelijkheid van de zorg. Het gezondheidssysteem is niet de enige oorzaak. Gezondheidsongelijkheid is het resultaat van alle sociale ongelijkheden in onze samenleving. De algemene leefomstandigheden, huisvesting, opvang van jonge kinderen, de toegang tot de arbeidsmarkt, het onderwijs, het milieu (materieel, sociaal en cultureel), ... dienen te worden bevestigd. Alle overheidsniveaus en alle sociale partners zijn hierbij betrokken. "Meten is weten" (deze studie bevestigt heel wat andere studies hierover), en met wat we nu weten, moet "Health in all policies" ons nieuwe motto zijn.

Trends in het gebruik van anti-Alzheimermiddelen

Dr. Kris Van haecht (Medische Directie), Dr. Michiel Callens (Directeur Studiedienst), Rose-Marie Ntahonganyira en Michèle Morel (Studiedienst)

Samenvatting

De ziekte van Alzheimer is een vaak voorkomende vorm van dementie. De anti-Alzheimergeneesmiddelen die in België worden terugbetaald (cholinesterase-inhibitoren en memantine) hebben enerzijds een bescheiden positief effect en anderzijds veel bijwerkingen. In Frankrijk werd de terugbetaling van anti-Alzheimermiddelen stopgezet in augustus 2018 wegens deze ongunstige verhouding tussen de voor- en nadelen. Dit was voor CM de aanleiding om de evolutie van het gebruik van de geneesmiddelen tegen de ziekte van Alzheimer bij haar leden (met dementie) onder de loep te nemen. We deden dit voor de periode 2010 – 2018. We onderzochten eerst de globale evolutie van het gebruik, daarna het gebruik per molecule, per leeftijdscategorie, per geslacht, per sociaal statuut en per regio en provincie. De terugbetaling van de anti-Alzheimermiddelen is afhankelijk van een goedkeuring door de adviserend arts van het ziekenfonds: we bestudeerden tot welke medische disciplines de aanvragers van terugbetaling behoren. Ook de duur van de behandeling werd van naderbij bekeken.

In 2018 nam 17% van de leden met dementie anti-Alzheimermiddelen. Van de totale groep gebruikers in dat jaar was 84% ouder dan 75 jaar. Voor mannen werd over de hele periode vaker medicatie aangevraagd dan voor vrouwen. We zagen een hoger gebruik van deze medicatie bij leden zonder verhoogde tegemoetkoming dan bij leden met verhoogde tegemoetkoming. In Vlaanderen werd de medicatie de laatste jaren veel vaker aangevraagd dan in Brussel, terwijl er in Wallonië een grote variatie bestond tussen de provincies. In de meerderheid van de gevallen was het de neuroloog die de behandeling aanvroeg (57%). Een grote helft van de gebruikers stond gedurende 3 jaar continu op medicatie, terwijl een kleine helft binnen de 3 jaar na opstart stopte met de behandeling.

De voornaamste, globale conclusie van deze studie is dat de Belgische artsen de anti-Alzheimermiddelen steeds minder aanvragen. Het geloof in hun waarde neemt blijkbaar af. Anderzijds hangt er aan deze geneesmiddelen een niet te verwaarlozen kostenplaatje vast. De financiële middelen die nu worden besteed voor de terugbetaling, zouden misschien nuttiger kunnen worden gebruikt, namelijk voor een betere sociale en materiële omkadering en begeleiding van patiënten met dementie. Met andere woorden, voor meer menswaardige zorg en meer levenskwaliteit. En waarom niet de silo's doorbreken en een deel middelen voorzien voor universiteiten en onderzoekscentra voor het broodnodige wetenschappelijk onderzoek?

Sleutelwoorden: *Alzheimer, dementie, anti-Alzheimermiddelen, cholinesterase-inhibitoren, memantine*

1. Achtergrond

De ziekte van Alzheimer is een aandoening van de hersenen waarbij progressief het geheugen en het denkvermogen worden aangetast en waardoor uiteindelijk zelfs eenvoudige taken niet meer uitvoerbaar zijn. De symptomen kunnen ofwel vroeg (op leeftijd van 30 tot ongeveer 65 jaar) ofwel laat (vanaf ongeveer 65 jaar) optreden.

De ziekte werd genoemd naar Dr. Alois Alzheimer die in 1906 de hersenen onderzocht van een op 55-jarige leeftijd overleden jonge vrouw die al verschillende jaren aan geheugenverlies en gedragsstoornissen leed. Hij vond in haar hersenen talrijke abnormale klompjes eiwitten die nu "amyloïde plaques" en "neurofibrillaire kluyens" worden genoemd. Door deze

abnormale opstapelingen worden noodzakelijke neuronale verbindingen onderbroken.¹ Een oorzakelijke behandeling hiertegen is nog steeds niet gevonden.

Tegenwoordig wordt de ziekte van Alzheimer beschouwd als één van de belangrijkste oorzaken van dementie. Hoewel het uiterst moeilijk is het precieze percentage te bepalen, wordt geschat dat ongeveer 60% à 70% van de gevallen van dementie eraan te wijten zijn.²

Naast de ziekte van Alzheimer zijn er nog verschillende andere vormen van dementie. In een groot aantal andere gevallen is dementie bijvoorbeeld te wijten aan een verstoorde doorbloeding van bepaalde hersengebieden als gevolg van een cerebrovasculair accident (i.e. beroerte door bloeding of trombose). Deze 'vasculaire dementie' heeft niet hetzelfde aangrijppunt van de anti-Alzheimermiddelen maar er kan wel preventief tegen worden opgetreden door een gezonde levensstijl (omwille van de link met cardiovasculaire risico's, zoals roken, hoge bloeddruk en diabetes).³

Één op drie ouderen sterft met Alzheimer of een andere vorm van dementie. Deze ziekte maakt meer doden dan borstkanker en prostaatkanker samen. 50 miljoen mensen zijn wereldwijd aangetast. In België ongeveer 200.000. Aangezien leeftijd de belangrijkste risicofactor voor Alzheimer en dementie is en we allen ouder worden, zal dit aantal nog verdrievoudigen tegen 2050.

Voor de ziekte van Alzheimer worden verschillende geneesmiddelen gebruikt: de cholinesterase-inhibitoren zoals donepezil, galantamine en rivastigmine; memantine; en Ginkgo biloba.⁴ Volgens het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) is de plaats van deze middelen beperkt: hun positief effect is bescheiden en ze hebben eerder veel ongewenste effecten (voor de cholinesterase-inhibitoren bijvoorbeeld zijn misselijkheid, braken en diarree zeer vaak voorkomende bijwerkingen).

(...) Er zijn geen argumenten voor een neuroprotectief effect of voor een preventief effect ten opzichte van het ontstaan van ziekte van Alzheimer, noch in de algemene populatie, noch bij mensen met milde cognitieve stoornissen. (...) Het is niet duidelijk in hoeverre de anti-Alzheimermiddelen de levenskwaliteit van de patiënt en zijn omgeving verbeteren; evenmin is aangetoond dat deze geneesmiddelen de nood voor opname in een gespecialiseerde instelling kunnen uitstellen. (...) Het gestandaardiseerde Ginkgo biloba-extract EGb 761 heeft geen bewezen effect bij patiënten met ziekte

van Alzheimer. De vele voedingssupplementen die Ginkgo biloba bevatten, werden nauwelijks of niet bestudeerd.⁵

In Frankrijk werd de terugbetaling van anti-Alzheimermiddelen stopgezet vanaf 1/8/2018 wegens de ongunstige verhouding tussen de voor- en nadelen. Dit was voor CM de aanleiding om **de evolutie van het gebruik van de geneesmiddelen tegen de ziekte van Alzheimer bij haar leden (met dementie) onder de loep te nemen (periode 2010 – 2018)**. Momenteel zijn in België enkel de cholinesterase-inhibitoren en memantine op de markt en nog vergoedbaar, en dit sinds 2002. De vergoeding van geneesmiddelen op basis van Ginkgo biloba-extract werd in 2011 geschrapt wegens het ontbreken van een bewezen effect. De vergoedbare anti-Alzheimermiddelen worden terugbetaald volgens de regels van 'Hoofdstuk IV' van de lijst van vergoedbare geneesmiddelen. Er moet door de behandelend arts dus een aanvraag worden ingediend bij de adviserend arts van het ziekenfonds.

2. Methodologie CM-studie

Om het aantal CM-leden met dementie te achterhalen, hebben we beroep gedaan op de facturatiegegevens van onze leden. We hanteerden volgende twee criteria:

- toekenning van een dementie-forfait op basis van de KATZ-evaluatieschaal aangewend in de thuisverpleging, de woonzorgcentra en de centra voor dagverzorging (gehanteerde codes: T9, D en Cd);
- terugbetaling van minstens één verpakking (per jaar) van een anti-Alzheimermiddel afgeleverd in een openbare apotheek.

Leden die aan tenminste één van deze twee criteria voldeden werden beschouwd als patiënten met dementie.

De anti-Alzheimermiddelen die het voorwerp uitmaakten van deze studie werden geïdentificeerd op basis van volgende ATC codes:

- N06DA02 (donepezil)
- N06DA03 (rivastigmine)
- N06DA04 (galantamine)
- N06DX01 (memantine)

De studie analyseerde het gebruik van deze geneesmiddelen door CM-leden met dementie in de periode 2010-2018.

1 Zie Dejaegere T. De Strooper B. Alzheimer's disease: fundamental research paves the way for therapeutics. Chapter in book Lectures for the XXIst Century 2008.

2 WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

3 Butler R, Radhakrishnan R. Dementia. BMJ Clin Evid 2012, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3437526/>

4 BCFI, <https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?matches=Alzheimer%7CAlzheimermiddelen&frag=9357>

5 BCFI, <https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?matches=Alzheimer%7CAlzheimermiddelen&frag=9357>

3. Resultaten

Deze studie onderzocht verschillende aspecten betreffende het gebruik van anti-Alzheimermiddelen. We starten met de globale evolutie van het gebruik van anti-Alzheimermiddelen in de periode 2010–2018. Vervolgens bekijken we het gebruik van de middelen per molecule (donepezil, galantamine, memantine en rivastigmine), waarbij we ook aandacht hebben voor de verschillende toedieningswijzen van de molecule rivastigmine (pil versus pleister). Daarna overlopen we de resultaten per leeftijdscategorie, per geslacht, per sociaal statuut (al dan niet verhoogde tegemoetkoming), per regio en per provincie. Nadien laten we ons licht schijnen op de aanvragers van terugbetaling van anti-Alzheimermiddelen (resultaten per medische discipline). Tot slot bekijken we de duur van de behandeling, waarbij we nagaan welke percentages van de gebruikers de behandeling stopzetten na een bepaalde periode en welk percentage de medicatie sinds 2015 onafgebroken nam.

3.1. Globale evolutie van het gebruik van anti-Alzheimermiddelen

Wanneer we de globale evolutie bekijken van het gebruik van anti-Alzheimermiddelen in de periode 2010–2018 (tabel 1), stellen we vast dat het aantal personen met dementie (onder de CM-leden) toenam met 29%, terwijl het aantal personen (onder deze CM-leden met dementie) dat terugbetaling ontving voor een anti-Alzheimermiddel (“gebruikers”), daalde met 19%. We kunnen dus besluiten dat er de voorbije jaren steeds minder

vaak medicatie tegen Alzheimer werd aangevraagd door artsen, mogelijk door een steeds sterker wordend bewustzijn over het beperkte positieve effect van de geneesmiddelen.

Figuur 1 geeft per jaar het percentage weer van gebruikers van anti-Alzheimermiddelen ten opzichte van het aantal personen met dementie. Waar in 2011 nog bijna 28% van de personen met dementie deze medicatie gebruikte, gaat het in 2018 slechts om 17%. Opgelet, zoals eerder reeds vermeld heeft slechts een (weliswaar groot) deel van de personen met dementie de ziekte van Alzheimer en dus komen alleen zij in aanmerking voor de anti-Alzheimermiddelen.

We zien een sterke daling in 2012-2013. Deze is mogelijks gelinkt aan twee zaken. In 2011 werd de terugbetaling van memantine aan extra beperkingen onderworpen, waardoor sindsdien minder mensen in aanmerking komen. In 2012 voerde men een versterkte controle in op Hoofdstuk IV terugbetalingen in het kader van besparingsmaatregelen.⁶ Na 2012-2013 zet de daling zich verder, zij het minder sterk.

3.2. Gebruik van anti-Alzheimermiddelen per molecule

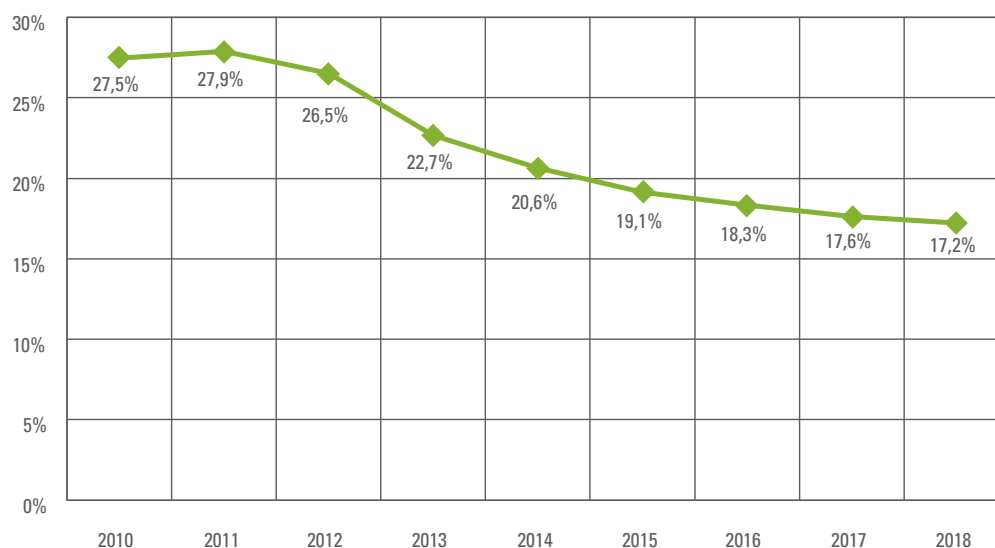
Wanneer we het gebruik van de anti-Alzheimermiddelen bekijken per molecule (donepezil, galantamine en rivastigmine enerzijds, i.e. de cholinesterase-inhibitoren, en memantine anderzijds) (tabel 2 en figuur 2), zien we dat het gebruik van memantine (dat in 2010 al lager lag dan dat van de cholinesterase-inhibitoren) in de periode 2010–2018 het sterkst daalde, namelijk met 71%.

Tabel 1: Evolutie van het gebruik van anti-Alzheimermiddelen (2010 – 2018)

Jaar	Aantal gebruikers van anti-Alzheimermiddelen (2)	Volume in standaard dagdoseringen (DDD)	Bedrag ten laste van VI (3)	Bedrag ten laste van patiënt (1)	Totale kost (3)+(1)	Gemiddelde kost per patiënt (1)/(2)	Aantal leden met dementie (4)
2010	22.058	6.879.087	17.210.314	1.182.898	18.393.212	54	80.303
2011	23.614	7.432.769	18.333.254	1.281.751	19.615.005	54	84.700
2012	23.364	7.484.017	14.673.177	1.242.311	15.915.487	53	88.088
2013	20.460	6.697.876	9.602.962	990.915	10.593.877	48	90.219
2014	19.056	6.344.516	7.774.467	922.013	8.696.480	48	92.326
2015	18.747	6.077.475	4.135.771	976.777	5.112.548	52	98.057
2016	18.332	5.818.602	2.864.528	738.303	3.602.831	40	99.953
2017	18.031	5.715.585	2.618.495	661.484	3.279.979	37	102.345
2018	17.879	5.630.338	2.554.587	634.219	3.188.806	35	103.801
Evolutie (%) 2010-2018	-19%	-18%	-85%	-46%	-83%	-34%	29%

⁶ Onafhankelijke Ziekenfondsen, Ziekte van Alzheimer - Impact van de beperkingsmaatregelen op de terugbetaling van geneesmiddelen (2013), p. 2.

Figuur 1: Evolutie van het % gebruikers van anti-Alzheimermiddelen onder de CM-leden met dementie (2010 – 2018)



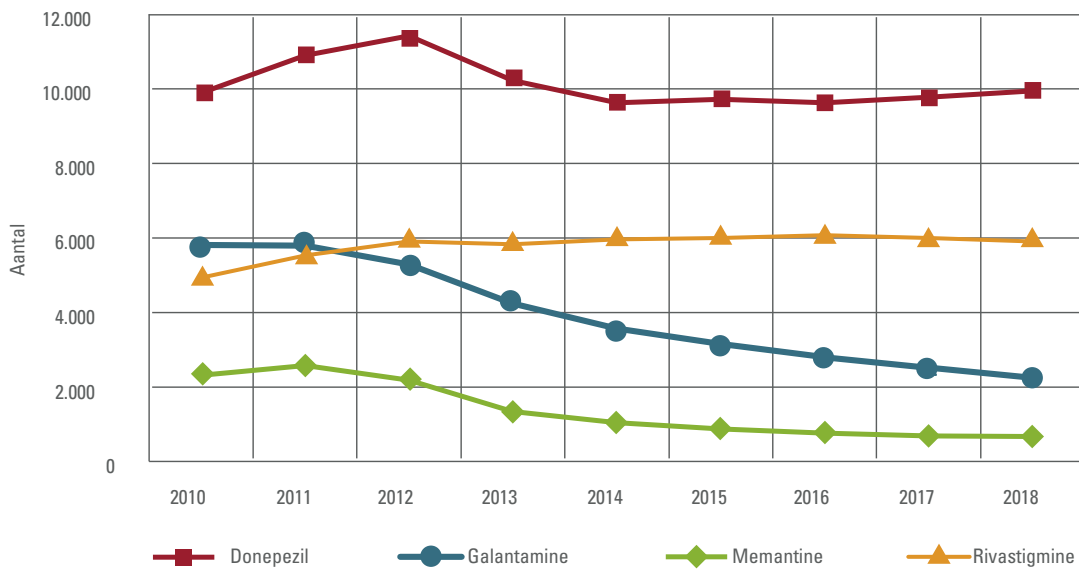
We zien een toegenomen gebruik van de molecule rivastigmine (+20%), waarbij de stijging zich voornamelijk tot 2012 voordeed. Dit is volledig te verklaren door een toenemend gebruik van de

pleisters (+49%) die alleen voor deze molecule bestaan en dit sinds 2008 (tabel 3 en figuur 3). De pleisters zijn gemakkelijker in gebruik en hebben minder bijwerkingen.

Tabel 2: Evolutie van het aantal gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per molecule (2010 – 2018)

Jaar	Donepezil	Galantamine	Memantine	Rivastigmine
2010	9.883	5.817	2.306	4.926
2011	10.886	5.798	2.575	5.534
2012	11.411	5.288	2.185	5.892
2013	10.217	4.240	1.337	5.819
2014	9.618	3.567	1.037	5.955
2015	9.720	3.159	872	5.994
2016	9.627	2.793	760	6.066
2017	9.776	2.512	676	5.998
2018	9.949	2.245	669	5.897
Evolutie (%) 2010-2018	1%	-61%	-71%	20%

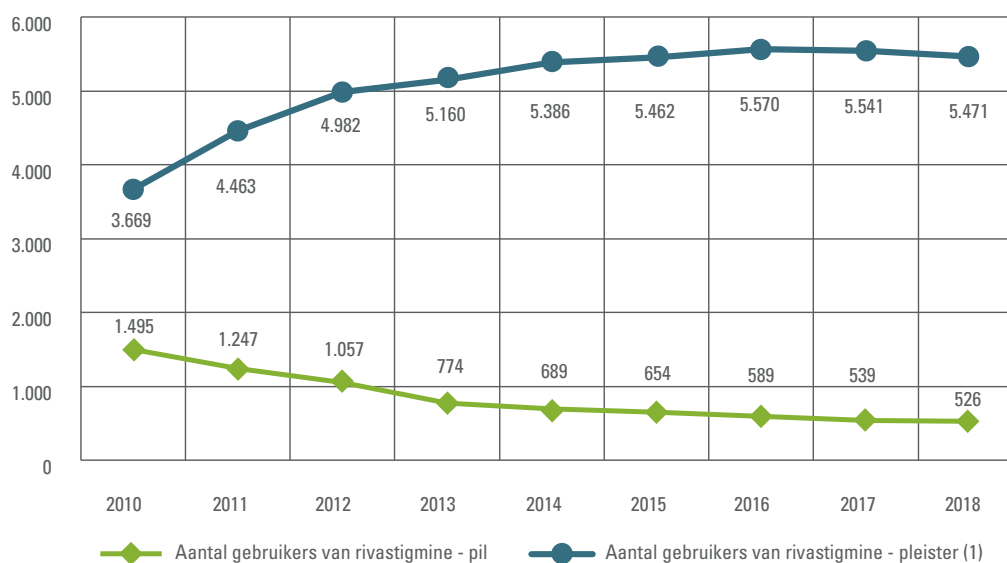
Figuur 2: Evolutie van het aantal gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per molecule (2010 – 2018)



Tabel 3: Evolutie van het aantal gebruikers van de molecule rivastigmine per wijze van toediening (2010 – 2018)

Jaar	Aantal gebruikers van rivastigmine - pil	Aantal gebruikers van rivastigmine - pleister (1)	Totaal aantal gebruikers van rivastigmine (2)	% gebruikers van rivastigmine - pleister (1)/(2)	% volume in DDD van rivastigmine - pleister
2010	1.495	3.669	5.164	71,05%	68,13%
2011	1.247	4.463	5.710	78,16%	76,69%
2012	1.057	4.982	6.039	82,50%	81,84%
2013	774	5.160	5.934	86,96%	86,62%
2014	689	5.386	6.075	88,66%	88,87%
2015	654	5.462	6.116	89,31%	90,06%
2016	589	5.570	6.159	90,44%	90,98%
2017	539	5.541	6.080	91,13%	91,93%
2018	526	5.471	5.997	91,23%	92,21%
Evolutie (%) 2010-2018	-65%	49%			

Figuur 3: Evolutie van het aantal gebruikers van de molecule rivastigmine per wijze van toediening (2010 – 2018)



3.3. Gebruik van anti-Alzheimermiddelen per leeftijdscategorie

We onderzochten ook de evolutie van het gebruik van anti-Alzheimermiddelen per leeftijdscategorie. Figuur 4 geeft het aantal gebruikers weer in percentages (verhouding aantal gebruikers/aantal personen met dementie) voor drie verschillende leeftijdsgroepen: jonger dan 65 jaar, 65-75 jaar en 76 jaar en ouder. We zien voor elk van deze groepen een redelijk gelijkaardige daling in gebruik sinds 2010.

Daarnaast kunnen we vaststellen dat het aantal gebruikers in de jongste leeftijdscategorie verhoudingsgewijs veel lager ligt dan in de twee andere categorieën. Jongere personen met dementie blijken met andere woorden in mindere mate medicatie tegen Alzheimer te gebruiken. Voor het jaar 2018 bijvoorbeeld gaat het om 3% gebruikers in de categorie jonger dan 65 jaar, versus 17% en 19% in de twee andere leeftijdsgroepen. Deze bevinding is verrassend. Waarom artsen minder snel de behandeling opstarten voor deze groep van jongere patiënten kunnen we niet eenvoudig verklaren, maar

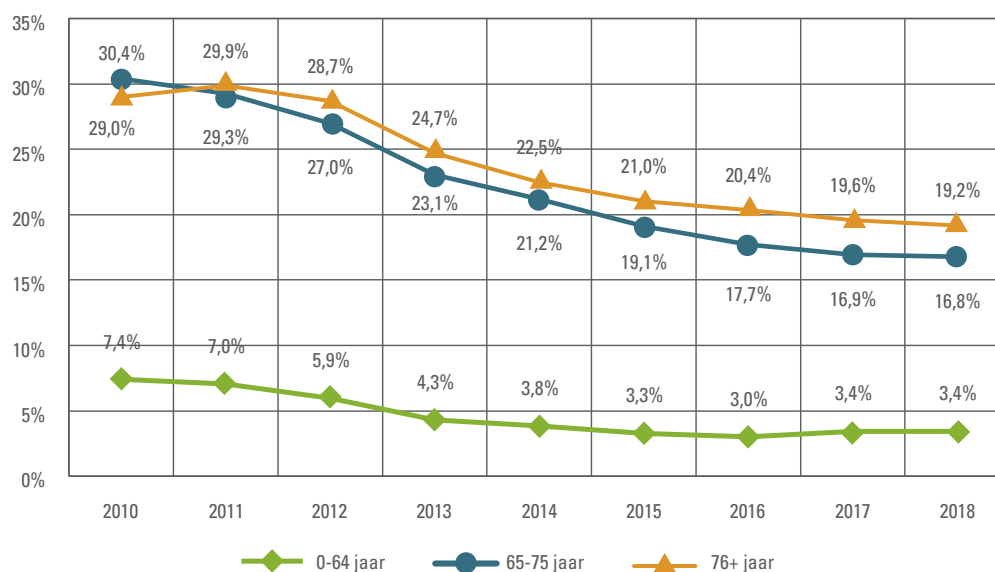
we denken aan twee hypothesen. Mogelijks wordt het nut van de behandeling nog meer betwist bij de jongeren (voordelen te beperkt ten opzichte van de nadelen). Een andere mogelijke verklaring is dat bij deze jongere mensen onterecht veel minder vaak de diagnose van Alzheimer wordt gesteld (onterecht, want naar schatting heeft 25-35% van de jonge dementen de ziekte van Alzheimer)⁷, enerzijds omdat men Alzheimer in de loop der jaren is gaan associëren met demente bejaarden, en anderzijds omdat de ziekte zich bij deze jongere mensen vaker dan bij ouderen op een atypische wijze manifesteert (minder duidelijke geheugenproblemen, terwijl gedragsproblemen eerder psychiatrische aandoeningen doen vermoeden).⁸ Het correct stellen van de diagnose van Alzheimer is inderdaad geen evidente zaak, zowel bij jongere personen (soms te zelden?) als bij oudere personen (soms te snel?).

Van de totale groep gebruikers was 84% ouder dan 75 jaar en 2% jonger dan 65 jaar (tabel 4). Geen verrassende cijfers, want: hoe ouder, hoe meer kans op dementie én hoe meer kans op medicatiegebruik.

⁷ Pasquier F, Rollin-Sillaire A, Lebouvier T, Lebert F (2015) Maladie d'Alzheimer du sujet jeune In: Démences. DOIN, ed., pp. 259-72 (specifiek p. 260).

⁸ Ibidem (specifiek p. 261).

Figuur 4: Evolutie van het % gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per leeftijdscategorie (2010 – 2018)



Tabel 4: Aantal en % gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per leeftijdscategorie (2018)

Leeftijdscategorie	Aantal gebruikers van anti-Alzheimermiddelen in 2018 (1)	Aantal leden met dementie in 2018 (2)	% gebruikers in 2018 (1)/(2)	% gebruikers per leeftijdscategorie ten opzichte van totaal aantal gebruikers in 2018
0-64 jaar	361	10.485	3%	2%
65-75 jaar	2.576	15.353	17%	14%
76+ jaar	14.942	77.963	19%	84%
Totaal	17.879	103.801	17%	100%

3.4. Gebruik van anti-Alzheimermiddelen per geslacht

Wanneer we het gebruik van anti-Alzheimermiddelen bekijken voor vrouwen en mannen afzonderlijk, kunnen we twee zaken opmerken. We zien eerst en vooral dat er meer vrouwen dan mannen met dementie geconfronteerd werden. In 2018 (tabel 5) gaat het in totaal om dubbel zoveel vrouwelijke als mannelijke personen met dementie (ruim 69.000 versus ruim 34.000). Deze vaststelling geldt voor elke leeftijdscategorie, maar in het bijzonder voor de oudste categorie (76 jaar of ouder), waar het verschil meer dan dubbel zo groot is. Leeftijd én geslacht blijken inderdaad de bekendste risicofactoren te zijn voor

het ontwikkelen van dementie.⁹ Bovendien zijn er onder de bejaarden meer vrouwen dan mannen, aangezien vrouwen gemiddeld gezien langer leven, wat dus ook deels de cijfers verklaart.

Een andere vaststelling betreft het gebruik van de medicatie: verhoudingsgewijs (dus niet in absolute cijfers, wel rekening houdende met het aantal demente personen) ligt het gebruik van anti-Alzheimermiddelen hoger bij de mannen dan bij de vrouwen (figuren 5 en 6; tabel 5). Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen. In 2018 zagen we, los van de leeftijd, een verschil van 3% (16% vrouwelijke gebruikers versus 19% mannelijke gebruikers).

⁹ Burke et al. (2018), Sex differences in the development of mild cognitive impairment and probable Alzheimer's disease as predicted by hippocampal volume or white matter hyperintensities, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29319430>

Tabel 5 combineert de gegevens met betrekking tot leeftijd en geslacht met enkele gegevens betreffende de verschillende regio's in ons land (gewesten). Verderop in dit artikel worden de verschillen tussen de gewesten bekeken los van geslacht en leeftijd en met aandacht voor de evoluties sinds 2010 (zie 3.6). Voor het jaar 2018 vertelt tabel 5 ons dat, voor alle leeftijdsgroepen en voor zowel mannen als vrouwen, het gebruik van anti-Alzheimermiddelen in Brussel lager ligt dan dat in Wallonië, en het gebruik in Wallonië lager ligt dan dat in Vlaanderen. Bij de oudste leeftijdscategorie (76 jaar of ouder) is het verschil het meest frappant, zowel bij de vrouwen als bij de mannen: Vlaanderen telt verhoudingsgewijs – dus rekening

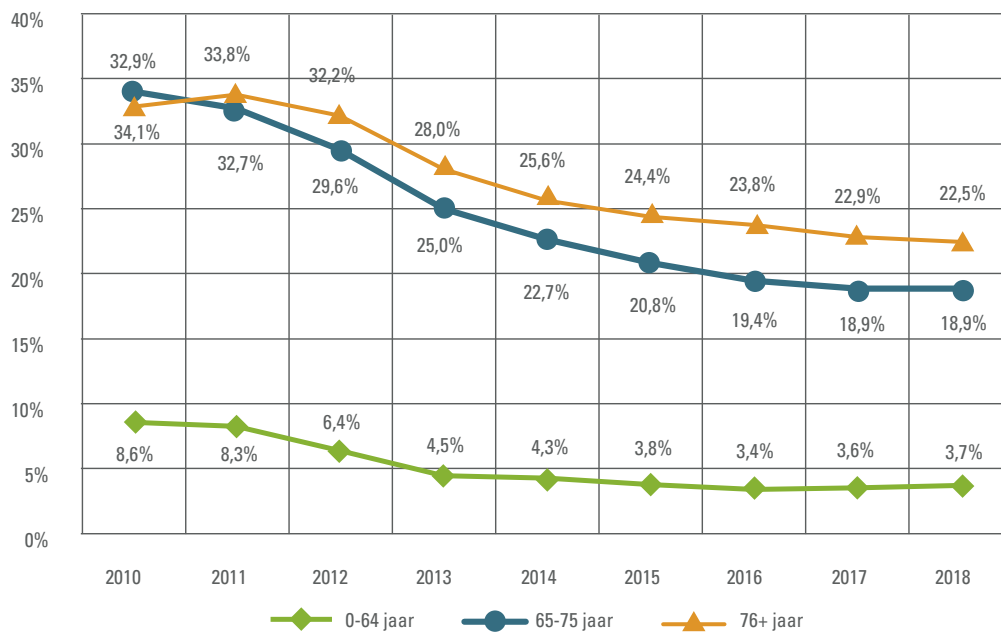
houdend met het aantal dementen – bijna dubbel zoveel gebruikers als Brussel (19% versus 10% bij de vrouwen; 24% versus 13% bij de mannen). De cijfers voor Wallonië liggen hier tussenin.

De totaalcijfers van het aantal gebruikers en het aantal leden met dementie in tabel 5 verschillen licht van die in de tabellen 1, 4 en 6. Dit komt doordat CM voor bepaalde leden niet beschikt over de woonplaats. Met deze leden werd dan ook geen rekening gehouden (ze werden niet opgenomen in de cijfers) daar waar de woonplaats een rol speelt (gebruik per regio en per provincie), namelijk in tabel 5, alsook in tabel 7 en grafiek 9.

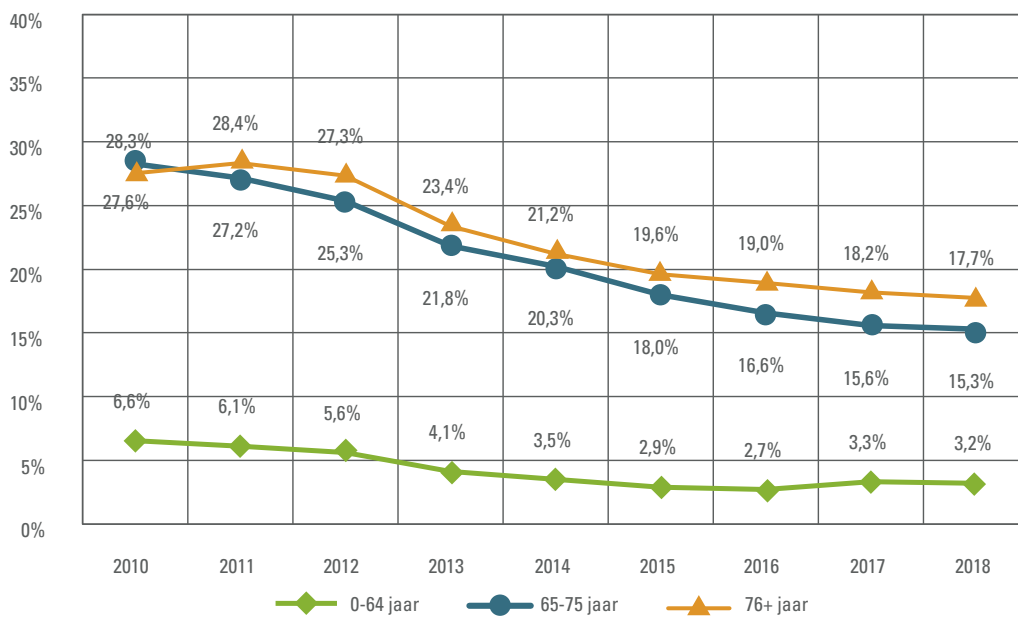
Tabel 5: Aantal en % gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per geslacht (en per leeftijdscategorie en per gewest) (2018)

Leeftijdscategorie	Gewest	Vrouw (2018)			Man (2018)			Totaal (2018)		
		Aantal vrouwelijke gebruikers van anti-Alzheimermiddelen	Aantal vrouwelijke leden met dementie	% vrouwelijke gebruikers	Aantal mannelijke gebruikers van anti-Alzheimermiddelen	Aantal mannelijke leden met dementie	% mannelijke gebruikers	Totaal aantal gebruikers van anti-Alzheimermiddelen	Totaal aantal leden met dementie	Totaal % gebruikers
0-64	BRUSSEL	3	113	2,65%	0	114	0,00%	3	227	1,32%
	WAALS GEWEST	35	1.239	2,82%	26	1.054	2,47%	61	2.293	2,66%
	VLAAMS GEWEST	150	4.462	3,36%	147	3.449	4,26%	297	7.911	3,75%
65-75	BRUSSEL	19	170	11,18%	22	152	14,47%	41	322	12,73%
	WAALS GEWEST	208	2.071	10,04%	178	1.317	13,52%	386	3.388	11,39%
	VLAAMS GEWEST	1.149	6.744	17,04%	1.000	4.884	20,48%	2.149	11.628	18,48%
76+	BRUSSEL	126	1.265	9,96%	62	488	12,70%	188	1.753	10,72%
	WAALS GEWEST	1.505	10.988	13,70%	749	4.118	18,19%	2.254	15.106	14,92%
	VLAAMS GEWEST	7.991	41.999	19,03%	4.504	19.048	23,65%	12.495	61.047	20,47%
Totaal		11.186	69.051	16,20%	6.688	34.510	19,38%	17.874	103.675	17,24%

Figuur 5: Evolutie van het % mannelijke gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per leeftijdscategorie (2010 – 2018)



Figuur 6: Evolutie van het % vrouwelijke gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per leeftijdscategorie (2010 – 2018)



3.5. Gebruik van anti-Alzheimermiddelen per sociaal statuut (VT / niet VT)

We onderzochten eveneens de verschillen in het gebruik van anti-Alzheimermiddelen tussen personen met en personen zonder verhoogde tegemoetkoming (VT/niet VT).

We zien systematisch (tabel 6 en figuur 7), voor elk jaar tussen 2010 en 2018, een hoger gebruik van deze medicatie bij de leden

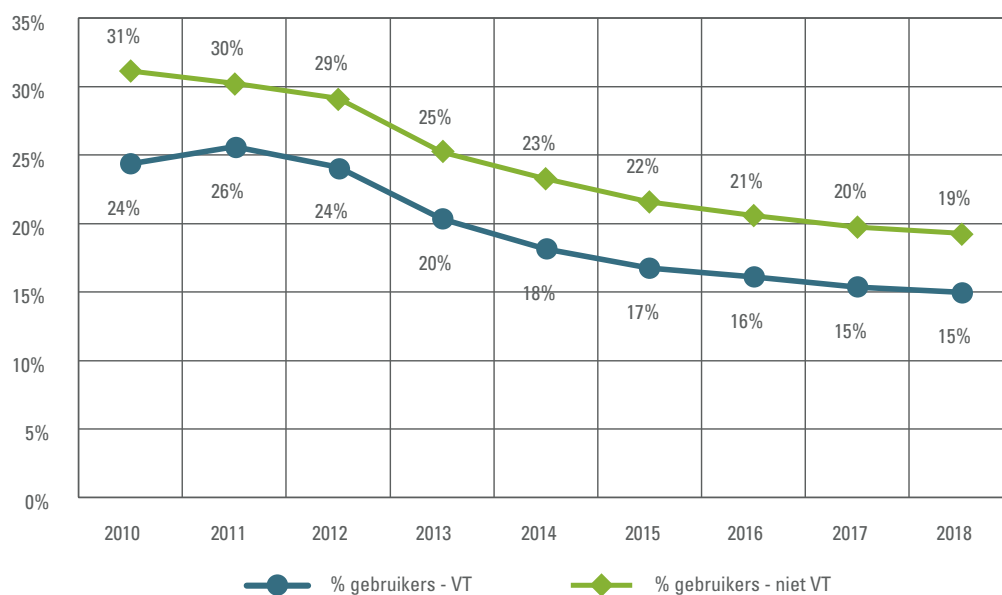
zonder VT. In 2018 gaat het om 19% (niet VT) versus 15% (VT) van de demente leden. Dit kan mogelijks worden verklaard door het feit dat mensen uit lagere socio-economische klassen in het algemeen een lager zorggebruik vertonen: zorg wordt vaker uitgesteld om financiële redenen.¹⁰

Daarnaast stellen we een gelijkaardige daling in gebruik vast voor beide groepen sinds 2011 (daarvoor steeg het gebruik enkel bij VT leden nog lichtjes).

Tabel 6: Evolutie van het aantal en het % gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per sociaal statuut (VT / niet VT) (2010 – 2018)

Jaar	Verhoogde tegemoetkoming (VT)			Geen verhoogde tegemoetkoming (niet VT)			Totaal aantal gebruikers van anti-Alzheimer-middelen		
	Aantal gebruikers - VT	Aantal leden met dementie - VT	% gebruikers - VT	Aantal gebruikers - niet VT	Aantal leden met dementie - niet VT	% gebruikers - niet VT	Totaal aantal gebruikers	Totaal aantal leden met dementie	Totaal % gebruikers
2010	10.617	43.550	24%	11.441	36.753	31%	22.058	80.303	27%
2011	11.125	43.405	26%	12.489	41.295	30%	23.614	84.700	28%
2012	11.101	45.988	24%	12.263	42.100	29%	23.364	88.088	27%
2013	9.506	46.742	20%	10.954	43.477	25%	20.460	90.219	23%
2014	8.590	47.383	18%	10.466	44.943	23%	19.056	92.326	21%
2015	8.363	49.985	17%	10.384	48.072	22%	18.747	98.057	19%
2016	8.054	49.964	16%	10.278	49.989	21%	18.332	99.953	18%
2017	7.679	49.969	15%	10.352	52.376	20%	18.031	102.345	18%
2018	7.456	49.780	15%	10.423	54.021	19%	17.879	103.801	17%
Evolutie (%) 2010-2018	-30%	14%		-9%	47%		-19%	29%	

Figuur 7: Evolutie van het % gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per sociaal statuut (VT / niet VT) (2010 – 2018)



¹⁰ Sciensano Gezondheidsenquête 2013, Rapport 3 'Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten', hoofdstuk 12 'Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen', p.804.

3.6. Gebruik van anti-Alzheimermiddelen per regio (gewest)

Een volgende analyse betreft de verschillen in gebruik van anti-Alzheimermiddelen tussen de drie Belgische gewesten. De meest opvallende vaststelling werd hierboven reeds besproken (voor 2018) en blijkt ook uit tabel 7 en figuur 8: de voorbije jaren (vooral vanaf 2013) waren er significante verschillen tussen de gewesten. Alle gebruikers samengenomen (dus los van leeftijd

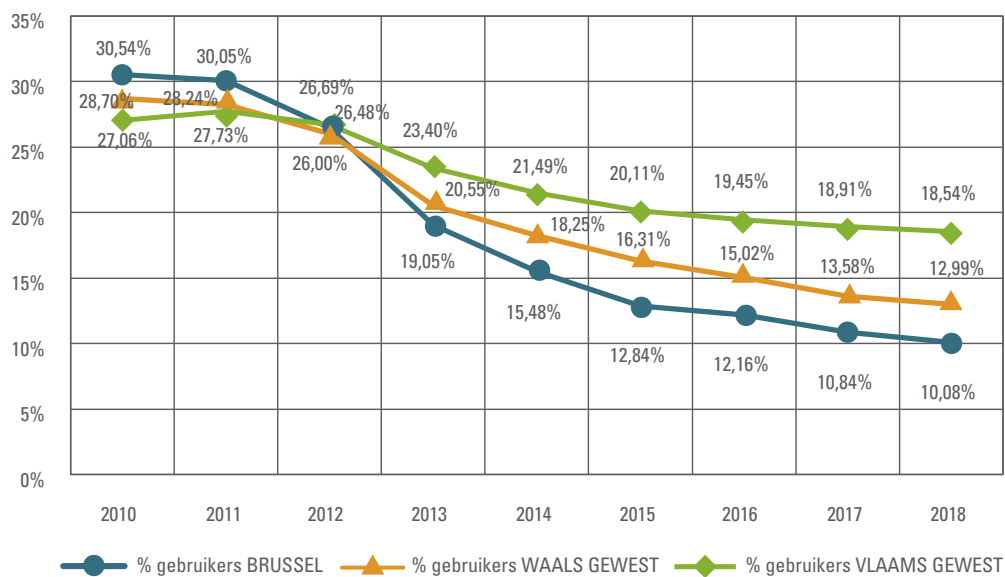
en geslacht) gaat het voor 2018 om 10% gebruikers in Brussel, 13% in Wallonië en 18% in Vlaanderen. We zien de voorbije jaren wel in elk van de gewesten een daling in gebruik.

Opmerkelijk: deze grote verschillen, die bovendien jaar na jaar sterker worden, zijn slechts aanwezig vanaf het jaar 2013. Daarvoor zien we een andere situatie: in 2012 was het aantal gebruikers (percentages) zeer gelijkaardig, rond de 26-27%.

Tabel 7: Evolutie van het aantal en het % gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per gewest (2010 – 2018)

Jaar	BRUSSEL			WAALS GEWEST			VLAAMS GEWEST			Totaal		
	Aantal gebruikers	Aantal leden met dementie	% gebruikers BRUSSEL	Aantal gebruikers	Aantal leden met dementie	% gebruikers WAALS GEWEST	Aantal gebruikers	Aantal leden met dementie	% gebruikers VLAAMS GEWEST	Totaal aantal gebruikers	Totaal aantal leden met dementie	Totaal % gebruikers
2010	602	1.971	30,54%	4.799	16.722	28,70%	16.649	61.525	27,06%	22.050	80.218	27,5%
2011	629	2.093	30,05%	5.002	17.710	28,24%	17.977	64.822	27,73%	23.608	84.625	27,9%
2012	586	2.213	26,48%	4.773	18.361	26,00%	17.994	67.418	26,69%	23.353	87.992	26,5%
2013	427	2.241	19,05%	3.872	18.846	20,55%	16.150	69.024	23,40%	20.449	90.111	22,7%
2014	353	2.280	15,48%	3.533	19.359	18,25%	15.164	70.570	21,49%	19.050	92.209	20,7%
2015	299	2.328	12,84%	3.361	20.603	16,31%	15.080	75.003	20,11%	18.740	97.934	19,1%
2016	284	2.335	12,16%	3.115	20.738	15,02%	14.923	76.727	19,45%	18.322	99.800	18,4%
2017	259	2.390	10,84%	2.839	20.906	13,58%	14.926	78.928	18,91%	18.024	102.224	17,6%
2018	232	2.302	10,08%	2.701	20.787	12,99%	14.941	80.586	18,54%	17.874	103.675	17,2%

Figuur 8: Evolutie van het % gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per gewest (2010 – 2018)



Daarvoor (2010-2011) waren er eveneens (beperkte) verschillen, maar dan in omgekeerde zin: het hoogste gebruik deed zich toen in Brussel voor, het laagste gebruik in Vlaanderen (en Wallonië lag er ook toen middenin). Dit geeft als resultaat dat, als we de volledige periode 2010-2018 bekijken, Brussel de sterkste dalende en Vlaanderen de zachtste dalende.

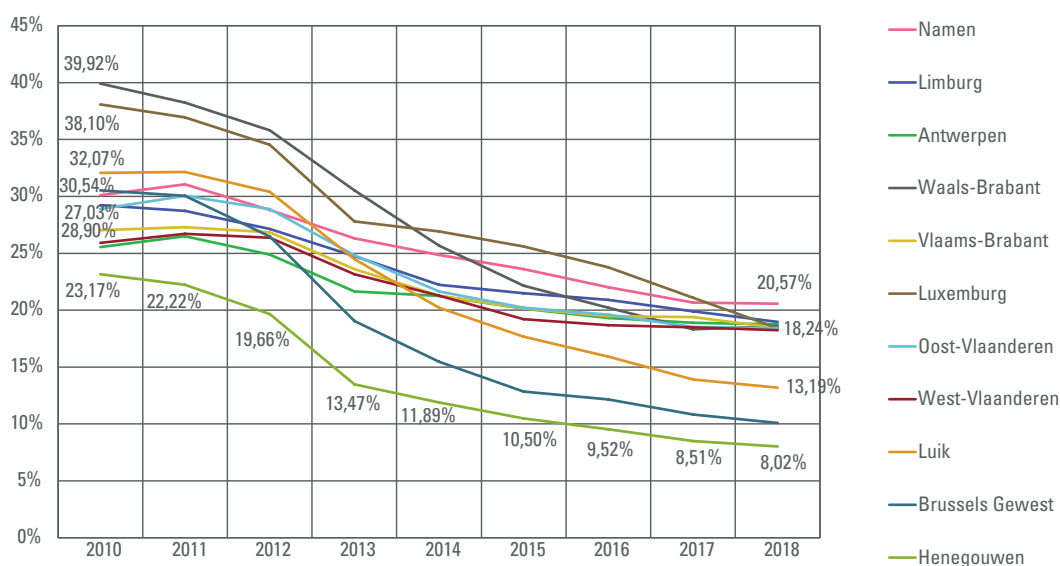
Hoe kunnen we deze verschillen tussen de gewesten verklaren? Enerzijds denken we aan de medicalisering die sterker is in Vlaanderen dan in Brussel, anderzijds verwijzen we opnieuw naar het lagere zorggebruik bij lagere socio-economische klassen. Brussel telt relatief gezien inderdaad meer personen en gezinnen in armoede, en hierbij kan de etnische samenstelling van de bevolking een rol spelen: de armoedeproblematiek is het sterkst bij de allochtone bevolking. Anderzijds laten de bestaande statistieken over de evolutie van de bevolkingssamenstelling¹¹ ons niet toe om aan de hand van deze etnische factor de gebruiksevolutie in de tijd (2010 – 2018) te verklaren. Voor gefundeerde verklaringen voor de resultaten van onze studie is grondig socio-demografisch onderzoek nodig.

3.7. Gebruik van anti-Alzheimermiddelen per provincie

Naast de regionale verschillen onderzochten we ook eventuele verschillen op provinciaal niveau (figuur 9). Als we kijken naar 2018, zien we weinig onderlinge variatie tussen de Vlaamse provincies. Deze staan zoals verwacht allemaal bovenaan de ranking (hoog gebruik). Daarentegen zien we bij de Waalse provincies wel een grote variatie, waarbij Namen het hoogste gebruik kende van alle provincies van ons land (21%; hoger dan eender welke Vlaamse provincie), en Henegouwen het laagste gebruik (8%; lager zelfs dan het Brussels Gewest). Dit bijzondere resultaat van Henegouwen kan mogelijks toegeschreven worden aan de slechtere socio-economische situatie in deze provincie.¹² De gebruikspersentages voor de provincies Waals-Brabant en Luxemburg waren vergelijkbaar met die van de Vlaamse provincies (18-19%).

Wanneer we de totale periode 2010-2018 bekijken, zien we een gelijkaardige daling in gebruik voor alle provincies, met hier en daar lichte variaties.

Figuur 9: Evolutie van het % gebruikers van anti-Alzheimermiddelen per provincie (2010 – 2018)



¹¹ Noppe, J., Vanweddingen, M., Doyen, G., Stuyck, K., Feys, Y., Buysschaert, P. (2018). Vlaamse Migratie- en Integratiemonitor 2018. Brussel: Agentschap Binnenlands Bestuur, <https://www.statistiekvlaanderen.be/sites/default/files/docs/VMIM-Vlaamse-Migratie-Integratiemonitor-2018.pdf>

¹² Zie de STATBEL statistieken: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>

3.8. Aanvragers van terugbetaling van anti-Alzheimer-middelen per medische discipline

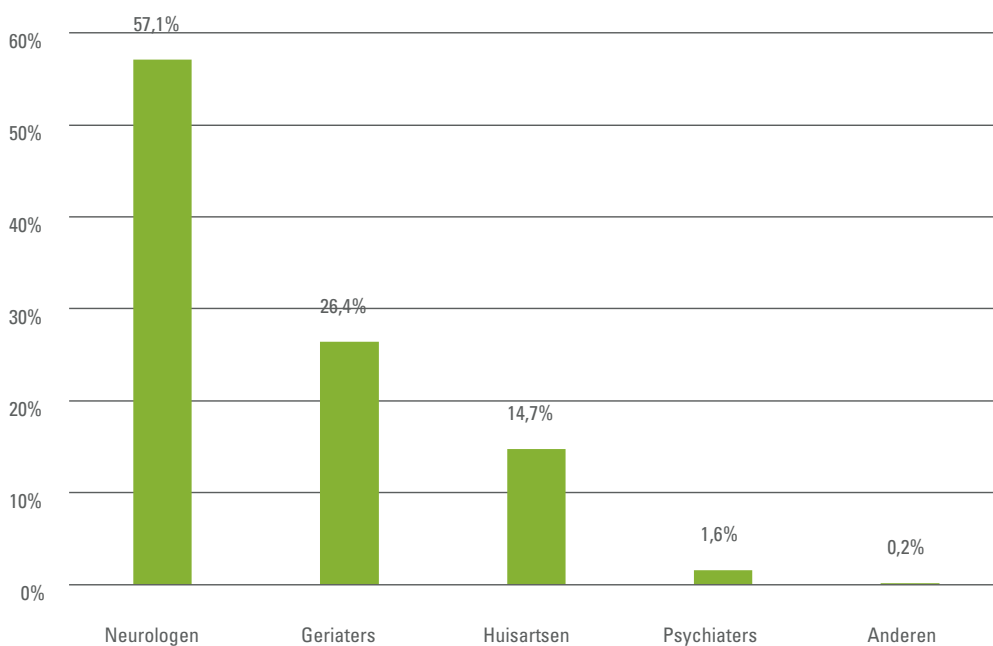
We onderzochten welke artsen de meeste aanvragen deden voor het opstarten van een terugbetaalde behandeling met anti-Alzheimermiddelen.

Terwijl elk type arts (uit eender welke medische discipline) de anti-Alzheimermiddelen kan aanvragen (met het oog op terugbetaling) en voorschrijven, vereist de reglementering inzake terugbetaling dat bij elke aanvraag tot opstarten van dergelijke behandeling een arts uit één van volgende disciplines betrokken is: neurologie, internist-geriatrie of (neuro-)psychiatrie. Indien de aanvragende arts niet tot een van deze disciplines behoort (bv. een huisarts), moet hij of zij dus het akkoord hebben van een van deze specialisten.

Figuur 10 toont dat de meerderheid van de aanvragen in 2018 werd ingediend door een neuroloog (57%). Daarna volgen de geriater (26,4%), de huisarts (14,7%) en in beperkte mate de psychiater (1,6%).

Als we de analyse van de aanvragen per medische discipline niet vanuit het *aantal aanvragen* bekijken maar vanuit het *aantal aanvragende artsen* (waarbij elke arts die een of meerdere aanvragen deed als één wordt geteld, ongeacht het aantal aanvragen), dan toont onze studie dat 2/3^{de} van de artsen die medicatie aanvroegen een huisarts was, 18% een neuroloog, 9% een geriater en 2% een psychiater. Met andere woorden, er waren in 2018 veel meer huisartsen die een aanvraag deden dan neurologen en geriaters, maar per huisarts waren er veel minder aanvragen dan per neuroloog en per geriater.

Figuur 10: % CM-leden met een akkoord voor anti-Alzheimermiddelen per medische discipline (2018)



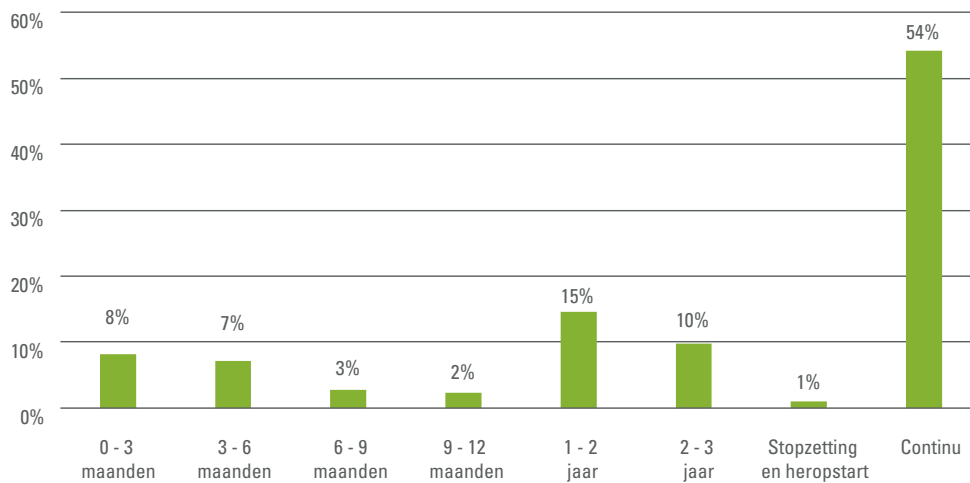
3.9. Duur van de behandeling met anti-Alzheimermiddelen

Om een zicht te krijgen op de gebruikelijke duur van de behandeling bekeken we de groep patiënten die in 2015 een eerste verpakking kregen voorgeschreven. Van deze groep nam 54% deze medicatie onafgebroken, ook in 2018, terwijl een kleine helft van de gestarte gebruikers (45%) met de behandeling stopte binnen de drie jaren na opstart (figuur 11). Van deze laatste groep (waarbij de behandeling binnen de drie

jaren werd beëindigd) stopte – cumulatief gezien – 8% binnen de eerste 3 maanden na opstart, 15% binnen de 6 maanden, 18% binnen de 9 maanden en 20% binnen het jaar.

De redenen waarom patiënten hun behandeling stopzetten (dus, waarom artsen niet langer de medicatie aanvragen) zijn door ons niet gekend. De hogervermelde mogelijke bijwerkingen of (het besef van) het beperkte positieve effect kunnen daarbij een rol spelen.

Figuur 11: % gestarte gebruikers van anti-Alzheimermiddelen in 2015 die na een bepaalde periode stopten ten opzichte van het totaal aantal gestarte gebruikers in 2015 (patiënten in woonzorgcentra uitgesloten)



4. Conclusies

Deze studie geeft inzicht in verschillende aspecten van het gebruik van anti-Alzheimermiddelen (cholinesterase-inhibitoren en memantine) in de periode 2010-2018. In 2018 nam 17% van de leden met dementie anti-Alzheimermiddelen. Van de totale groep gebruikers in dat jaar was 84% ouder dan 75 jaar. Voor mannen werd over de hele periode vaker medicatie aangevraagd dan voor vrouwen. We zien een hoger gebruik van medicatie bij leden zonder verhoogde tegemoetkoming dan bij leden met verhoogde tegemoetkoming. In Vlaanderen werd de laatste jaren veel vaker medicatie aangevraagd dan in Brussel, terwijl er in Wallonië een grote variatie bestond tussen de provincies. In de meerderheid van de gevallen (57%) was het de neuroloog die de behandeling aanvroeg. Een grote helft van de gebruikers stond gedurende 3 jaar continu op medicatie, terwijl een kleine helft binnen de 3 jaar na opstart stopte met de behandeling.

Maar de voornaamste, globale conclusie van onze studie is dat de Belgische artsen de terugbetaling van anti-Alzheimermiddelen steeds minder aanvragen. Blijkbaar

neemt het geloof in hun waarde stilaan af. Trouwens, reeds bij hun introductie (2002) bestond er discussie over hun nut. Ook de jury van de consensusvergadering over het doelmatig gebruik van geneesmiddelen bij de behandeling van dementie bij ouderen, georganiseerd door het RIZIV op 24 november 2005, kwam al tot het besluit dat de voordelen van de medicamenteuze behandeling eerder beperkt zijn.¹³ Het gebruik van cholinesterase-inhibitoren doet niets aan de onderliggende pathologie. In het beste geval kunnen zij de verslechtering met enkele maanden uitstellen.

Deze conclusies uit 2005 zijn ondertussen niet gewijzigd. Zoals hoger reeds vermeld, benadrukt het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) op dit moment dat de anti-Alzheimermiddelen naast hun bescheiden en tijdelijk voordeel nogal veel ongewenste effecten hebben.¹⁴ Zij veroorzaken namelijk zeer vaak (d.w.z. in minstens 1/10 gevallen) gastro-intestinale klachten zoals misselijkheid, braken en diarree, en vaak (d.w.z. in minstens 1/100 gevallen) urinaire incontinentie. Ook centrale effecten (bv. hoofdpijn en duizeligheid) en overvloedig zweten komen frequent voor. Het Formularium Ouderenzorg selecteert dan ook geen enkele medicamenteuze therapie voor de behandeling van cognitieve disfunctie bij personen met dementie.¹⁵

¹³ Juryrapport Consensusvergadering 24 november 2005, Het doelmatig gebruik van geneesmiddelen bij de behandeling van dementie bij ouderen, RIZIV, Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_korte_tekst_20051124.pdf

¹⁴ BCFI, <https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?matches=Alzheimer%7CAlzheimermiddelen&frag=9357>

¹⁵ Formularium Ouderenzorg: https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/210?search_term=alzheimer

Deze beweringen worden ondersteund door de recente Cochrane reviews over rivastigmine uit 2015¹⁶ en memantine uit 2019.¹⁷ De anti-Alzheimergeneesmiddelen geven ten opzichte van placebo een lichte verbetering van de cognitieve functie van slechts 2 à 3 punten op het maximum van 70 punten op de ADAS-Cog schaal terwijl een minimum van 4 of zelfs 7 als klinisch relevant kan worden beschouwd. De huidig beschikbare anti-Alzheimermiddelen hebben een beperkt symptomatisch effect zonder significantie voor de progressie van de ziekte.¹⁸

Wetenschappers zoeken koortsachtig naar efficiëntere pistes met onder meer biologische geneesmiddelen (bv. monoclonale antilichamen) om de ziekte van Alzheimer te bestrijden. Spijtig genoeg hebben recentelijk een aantal nieuwe producten uit het onderzoek de eindstreep niet gehaald (aducanumab; crenezumab) en hebben enkele farmaceutische firma's hun research in deze sector onderbroken. Dit is het (jammerlijke) gevolg van het feit dat de farma-industrie werkt op basis van een verdienmodel waarbij de investeerders snelle return-on-investment verwachten.

Onder de titel 'Kom op tegen Alzheimer' stelde prof. Prof. dr. S. Engelborghs, neuroloog aan het UZ Brussel, onlangs het tekort aan fondsen voor onderzoek in de sector van dementie aan de kaak.

Dementie is een zeer belangrijk socio-economisch, maatschappelijk en gezondheidsprobleem. We zijn helaas niet klaar om dit probleem op te vangen. Tussen 2000 en 2017 is het aantal sterfgevallen als gevolg van hart- en vaatziekten, ook gelinkt met de leeftijd, met 9% gedaald, bij Alzheimer is dit aantal met 145% gestegen

Eiwitneerslag in de hersenen, de oorzaak van Alzheimer, start al 10 à 20 jaar voor de eerste ziektesymptomen. Als je geneesmiddelen zou kunnen ontwikkelen die deze eiwitneerslag kunnen remmen en stoppen in dit preklinisch stadium, dan zou je het moment van het optreden van deze symptomen kunnen uitstellen en misschien zelfs kunnen afstellen. En toch zijn we er nu nog niet in geslaagd om dergelijke geneesmiddelen te ontwikkelen. Alle klinische trials van producten ontwikkeld door de industrie hebben gefaald. Een belangrijke reden is dat er relatief minder geld wordt geïnvesteerd in onderzoek naar

Alzheimer. Zo wordt er voor AIDS onderzoek 6 maal meer en voor kankeronderzoek 12 maal meer geïnvesteerd. Voor die twee ziekten is een spectaculaire vooruitgang geboekt, voor Alzheimer nauwelijks. In de VS wordt 400 maal meer uitgegeven aan zorg voor Alzheimer patiënten dan aan onderzoek. In België gaat de financiering hoofdzakelijk naar zorg voor dementie en naar het creëren van een dementievriendelijke samenleving. Professoren die op dit veld actief zijn moeten ongeveer 40% van hun tijd investeren in het opzoek gaan naar middelen, en dit met een slaagkans van 15 à 20% omdat ze allen vissen in een te kleine vijver. Er is nood aan fundamenteel wetenschappelijk onderzoek om de ziekte van Alzheimer te begrijpen. Dit is primair een opdracht voor universiteiten en onderzoekscentra en niet voor de industrie die afhaakt als het hen niet uitkomt. Dit noopt een structurele financiering van de overheid.

In de periode 2010-2018 nam het globaal volume terugbetaalde anti-Alzheimermiddelen (in standaard dagdoseringen of DDD) af met 18% (cfr. tabel 1). Extrapolatie van de CM-gegevens leert dat in 2018 door het RIZIV nog ongeveer 5 miljoen euro werd uitgegeven aan anti-Alzheimermiddelen (LCM: 2.554.587 euro). De eigen bijdragen van de patiënten bedroegen 20% van de totale kostprijs (634.219 euro/3.188.806 euro).

De vraag stelt zich of de uitgaven die momenteel nog gedaan worden voor cholinesterase-inhibitoren en memantine eigenlijk nog te verantwoorden zijn in de hierboven beschreven context. Indien de terugbetaling voor deze geneesmiddelen wordt stopgezet, zouden de financiële middelen die daar nu aan worden besteed kunnen ingezet worden voor een betere sociale en materiële omkadering, opvang, begeleiding en mantelzorg voor patiënten met dementie (ongeacht de oorzaak). Met andere woorden, we zouden sterker kunnen inzetten op menswaardige zorg en levenskwaliteit. Ondertussen moet het wetenschappelijk onderzoek worden verdergezet om alternatieven te vinden voor de huidig beschikbare geneesmiddelen. En waarom niet de silo's doorbreken en een deel van de bespaarde middelen voorzien voor wetenschappelijk onderzoek?

16 Cochrane Library, Rivastigmine for Alzheimer's disease (2015): <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001191.pub3/abstract>

17 Cochrane Library, Memantine for dementia (2019): <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003154.pub6/full> 18 Zie Firas H. Bazzari, Dalaal M. Abdallah, Hanan S. El-Abhar. Pharmacological Interventions to Attenuate Alzheimer's Disease Progression: The Story So Far. Current Alzheimer Research 2019; 16(3), en Dick Bijl. Het Pillenprobleem. AUP, Amsterdam 2018 (pp. 149-151).

18 Zie Firas H. Bazzari, Dalaal M. Abdallah, Hanan S. El-Abhar. Pharmacological Interventions to Attenuate Alzheimer's Disease Progression: The Story So Far. Current Alzheimer Research 2019; 16(3), en Dick Bijl. Het Pillenprobleem. AUP, Amsterdam 2018 (pp. 149-151).

Duurdere antibiotica: geen effect op overconsumptie

*Dr. Kris Van haecht, Medische Directie
Dr. Michiel Callens, Directeur Studiedienst
Rose-Marie Ntahonganyira, Studiedienst
Michèle Morel, Studiedienst*

Samenvatting

Het antibioticagebruik in België ligt hoger dan het Europees gemiddelde. De overconsumptie van deze geneesmiddelen leidt tot resistente bacteriën waardoor sommige ziektes niet meer te behandelen zijn. Om het onverantwoord voorschrijven en gebruik van antibiotica af te remmen, nam de minister van Volksgezondheid de beslissing om deze medicatie duurder te maken voor de patiënt via een verhoging van het remgeld.

CM ging na of de doelstelling van deze beleidsmaatregel werd gehaald, door het gebruik van en de uitgaven voor antibiotica bij haar leden in de jaren vóór en het jaar na de invoering van de maatregel te vergelijken.

Uit de resultaten van de studie blijkt dat de prijsverhoging voor de patiënt niet heeft geleid tot een verminderd antibioticagebruik. De maatregel zorgt wel voor een besparing voor de ziekteverzekering, waarbij de rekening wordt doorgeschoven naar de patiënt, in het bijzonder de kwetsbaren die genieten van de verhoogde tegemoetkoming. Een prijsverhoging kan dus niet worden beschouwd als de juiste aanpak.

Andere, structurele maatregelen dringen zich op om de overconsumptie van antibiotica aan te pakken. Sterkere sensibilisering van artsen en patiënten is nodig en nuttig, maar niet voldoende.

***Sleutelwoorden:** Antibiotica, overconsumptie, onverantwoord gebruik, voorschrijfgedrag, prijsverhoging, evidence-based richtlijnen, financiële verantwoordelijkheid, sensibilisering*

1. Achtergrond

Men zegt wel eens dat Belgen pillenslikkers zijn. De overconsumptie van geneesmiddelen is geen onschuldige zaak. Het overmatig gebruik van antibiotica, bijvoorbeeld, is problematisch omdat bacteriën op die manier resistent worden tegen de geneesmiddelen. Sommige aandoeningen zijn daardoor slechter of niet meer te behandelen. De gezondheidswinst die antibiotica oplevert – sinds hun ontdekking hebben ze vele levens gered! – wordt op die manier gereduceerd en dreigt zo uiteindelijk zelfs volledig verloren te gaan.

Het meest recente rapport over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem, opgemaakt door het Federaal

Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), in samenwerking met Sciensano, het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, stelt vast dat de wijze waarop antibiotica worden voorgeschreven in ons land niet overeenstemt met wat we verstaan onder “gepaste zorg”.¹ De relevante klinische richtlijnen worden niet voldoende nageleefd. In vergelijking met het Europees gemiddelde ligt de consumptie van antibiotica bij ons (in de ambulante sector, in de woonzorgcentra en ook in de veeteelt) een stuk hoger.² De Belgen gebruiken deze geneesmiddelen 2,5 keer meer dan onze noorderburen,³ en in die zin kan Nederland met zijn “One Health benadering”⁴ worden beschouwd als een *good practice* ter inspiratie voor het Belgisch beleid.

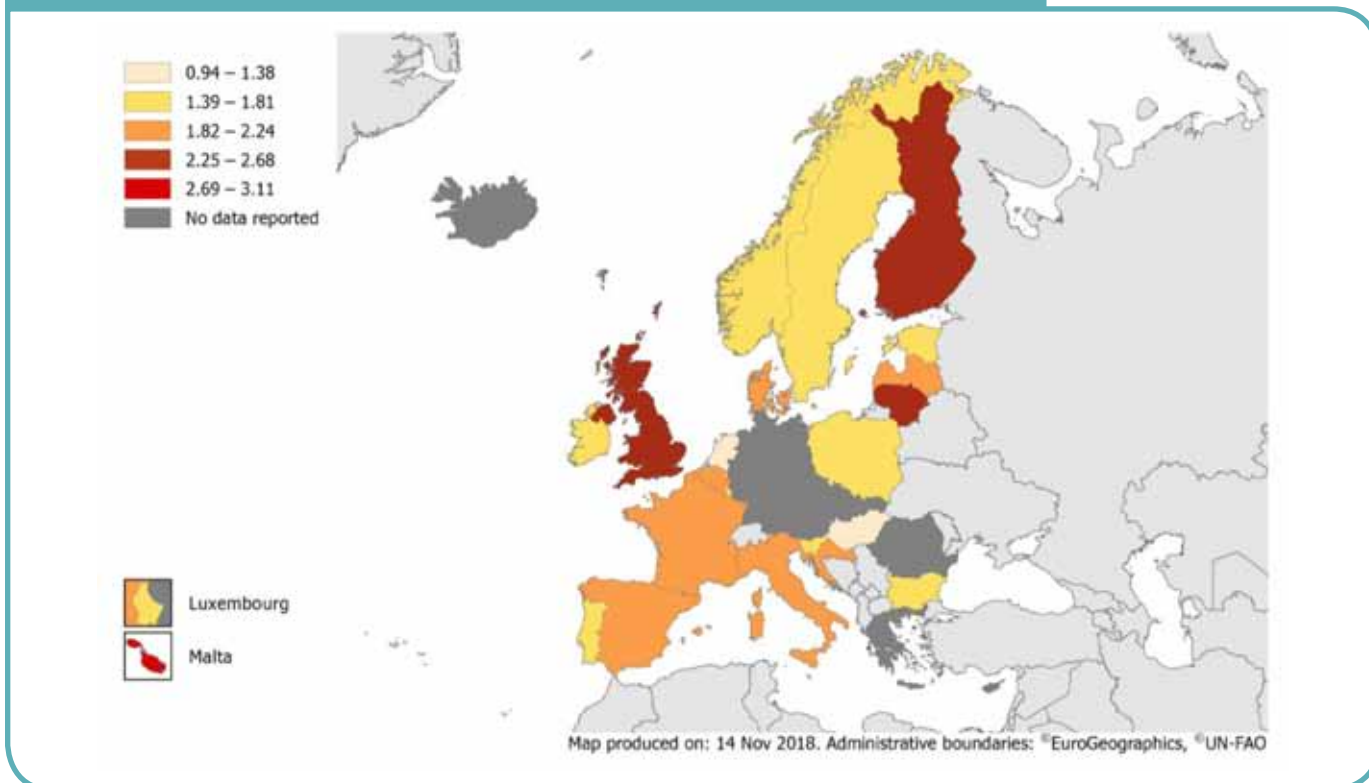
1 KCE Rapport 313A (2019), De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019, p. 20-21 en 24.

2 KCE Rapport 311A (2019), Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België, p. 13-15.

3 KCE Rapport 313A (2019), De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019, p. 20.

4 De One Health benadering houdt in dat de overheid maatregelen neemt op de verschillende terreinen waarop de gezondheid van mensen wordt bedreigd door resistente bacteriën. Zie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/antibioticaresistentie/aanpak-antibioticaresistentie>.

Figuur 1: Ambulant gebruik van antibiotica voor systemisch gebruik (ATC-groep J01) (= buiten het ziekenhuis), EU/EER-landen, 2017, uitgedrukt in DDD per 1.000 inwoners per dag (bron: ECDC Surveillance Report).⁵



Ons land krijgt in het voornoemde performantierapport aldus een rood licht voor antibioticagebruik, net zoals in het vorig performantierapport,⁶ al is enige verbetering sindsdien merkbaar.

Om het onverantwoord gebruik van antibiotica te doen dalen, besliste minister van Volksgezondheid Maggie De Block om vanaf 1 mei 2017 het remgeld voor deze geneesmiddelen (antibiotica die in openbare apotheken worden afgeleverd en die langs de mond worden toegediend) te verhogen door ze over te hevelen van terugbetalingscategorie B naar categorie C. Sindsdien betaalt de patiënt dus meer uit eigen zak. Deze beslissing maakt deel uit van de besparingsmaatregelen in de gezondheidszorg.⁷

CM ging na wat de evolutie was van het gebruik van en de uitgaven voor antibiotica bij haar leden in het jaar volgend op de invoering van de maatregel, met andere woorden, of de doelstelling van de beleidsmaatregel werd gehaald: minder consumptie als gevolg van duurdere medicatie.

2. Methodologie CM studie

Om de economische weerslag van de maatregel van minister De Block en het gedrag van de antibioticagebruikers daarop te beoordelen, analyseerden wij de facturatiegegevens van alle CM-leden die minstens één antibioticaverpakking afgeleverd en terugbetaald kregen in een openbare officina tussen 01/05/2010 en 30/04/2018. Vervolgens vergelijken wij jaar per jaar.

De maatregel van de minister ging in op 1 mei 2017 en wij stelden dat het jaar op 1 mei begint en op 30 april eindigt. Zo kunnen wij de resultaten telkens voor een volledig jaar vergelijken.

De bestudeerde antibiotica in deze studie zijn aangeduid met code ATC J01 (*Antibacterials for Systemic Use*).

⁵ ECDC Surveillance Report (2018), Antimicrobial consumption, Annual epidemiological report for 2017, p. 5.

⁶ KCE Rapport 259A (2015), De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2015, p. 26 en 28.

⁷ Zie RIZIV website, <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/wijzigingen/Paginas/antibiotica-20170501.aspx>

3. Resultaten

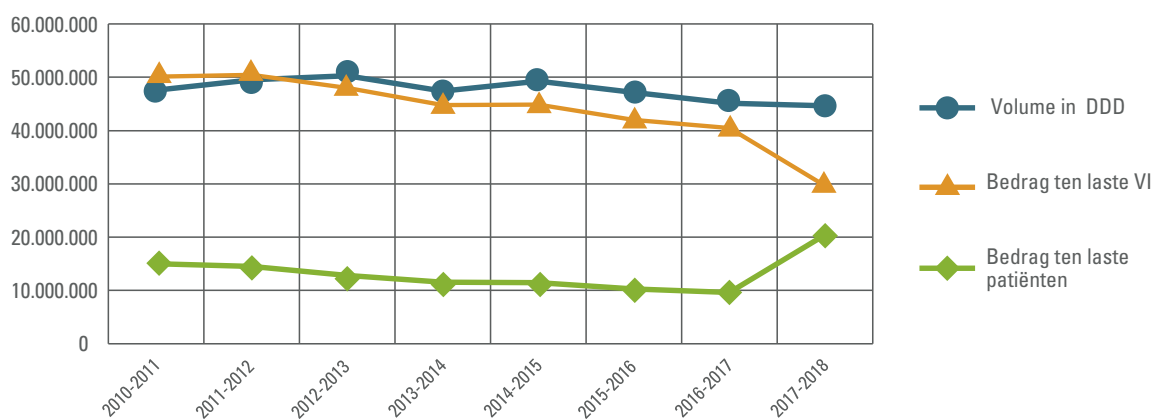
Zowel het aantal leden dat in het jaar volgend op de beleidsmaatregel (van 1 mei 2017 tot 30 april 2018) antibiotica terugbetaald kreeg, als het volume terugbetaalde antibiotica (in standaard dagdoseringen – DDD) daalden met amper 1% ten opzichte van het voorafgaande jaar (1 mei 2016 tot 30 april 2017)

(tabel 1). Daarbij moet opgemerkt worden dat het verschilpercentage in de voorafgaande jaren toch al schommelde met ongeveer 3% meer of minder. **Een verschil van 1% kan dus niet worden beschouwd als een gevolg van de beleidsmaatregel.**

Tabel 1: Evolutie van het gebruik van antibiotica (ATC J01) van 2010/2011 tot 2017/2018

Jaar (01/05/yyyy-30/04/yyyy+1)	Aantal gebruikers	Volume in DDD	Bedrag ten laste VI	Bedrag ten laste patiënten	Evolutie aantal patiënten (van jaar tot jaar)
2010-2011	1.889.702	47.618.719,70	50.098.476,76	15.061.732,69	
2011-2012	1.908.828	49.523.091,84	50.469.596,45	14.511.171,87	1,01%
2012-2013	1.932.808	50.316.075,16	48.023.495,64	12.853.801,73	1,26%
2013-2014	1.827.386	47.399.844,77	44.775.335,62	11.515.723,35	-5,45%
2014-2015	1.879.744	49.265.435,31	44.851.824,40	11.439.298,14	2,87%
2015-2016	1.822.259	47.133.050,84	42.008.935,49	10.318.754,11	-3,06%
2016-2017	1.776.341	45.159.221,59	40.492.421,93	9.627.932,12	-2,52%
2017-2018	1.759.045	44.655.486,65	29.644.022,40	20.391.696,21	-0,97%
Evolutie (%) 2010/2011 - 2017/2018	-6,91%	-6,22%	-40,83%	35,39%	
Evolutie (%) 2016/2017 - 2017/2018	-0,97%	-1,12%	-26,79%	111,80%	
Bedragen uitgespaard van mei 2017 tot april 2018			10.848.399,53	-10.763.764,09	

Figuur 2: Terugbetaalde antibiotica (ATC J01): evolutie van bedragen en volume in standaard dagdoseringen (DDD) van 2010/2011 tot 2017/2018



De kosten voor de ziekteverzekering daalden door de maatregel wel met 27% (figuur 2). Voor alle CM-leden samen kon het RIZIV ongeveer 11 miljoen euro besparen (10.818.399 euro). Het totaal bedrag aan remgelden voor onze leden steeg dan weer met 112% zodat **de besparing voor de overheid bijna volledig gecompenseerd en betaald werd door de toegenomen eigen bijdragen van de patiënten** (10.733.764 euro). Als we die bedragen extrapoleren naar België spreken we over **ongeveer 24 miljoen euro aan besparingen doorgeschoven naar de bevolking**.

Van onze leden die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (VT) kreeg 45% antibiotica voorgeschreven zowel in het jaar voor als in het jaar na de maatregel (tabel 2). Bij de andere leden bedroeg dit "slechts" 37%. Door de maatregel **steeg de gemiddelde jaarlijkse kost (remgeld) voor de leden met verhoogde tegemoetkoming van 4,66 euro naar 14,10 euro (maal 3) terwijl dit voor de gewone leden evolueerde van 5,58 euro naar 11,06 euro (maal 2)**. Van de toegenomen eigen bijdragen vallen dus 27% ten laste van de personen met een verhoogde tegemoetkoming terwijl ze maar 15% van ons ledenbestand uitmaken (tabel 3).

Tabel 2: Uitgespaarde bedragen van 2017 tot 2018 naargelang sociaal statuut

Sociaal statuut (VT/ NIET VT)	Jaar (01/05/yyyy - 30/04/yyyy+1)	Aantal gebruikers (1)	Volume in DDD	Bedrag ten laste VI	Bedrag ten laste patiënten (3)	Aantal CM-leden (2)	% naargelang sociaal statuut (1)/(2)	Gemiddelde kost ten laste van patiënt (3)/(1)
VT	2016-2017	305.763	9.618.020,30	10.013.355,32	1.425.737,97	683.583	44,73%	4,66
	2017-2018	307.055	9.476.591,97	7.366.275,36	4.330.734,34	690.083	44,50%	14,10
	Evolutie (%) 2016/2017 - 2017/2018	0,42%	-1,47%	-26,44%	203,75%	0,95%		
	Bedragen uitgespaard van mei 2017 tot april 2018 - VT				2.647.079,96	-2.904.996,37		
NIET VT	2016-2017	1.470.578	35.541.201,30	30.479.066,61	8.202.194,15	3.902.691	37,68%	5,58
	2017-2018	1.451.990	35.178.894,68	22.277.747,04	16.060.961,87	3.896.105	37,27%	11,06
	Evolutie (%) 2016/2017 - 2017/2018	-1,26%	-1,02%	-26,91%	95,81%	-0,17%		
	Bedragen uitgespaard van mei 2017 tot april 2018 - NIET VT				8.201.319,57	-7.858.767,72		

Tabel 3: Proportie van bedragen ten laste van patiënten naargelang sociaal statuut (VT / NIET VT)

Sociaal statuut (VT / NIET VT)	Aantal CM-leden 2017-2018 (1)	% per statuut (1)/(totaal 1)	Het verschil door de maatregel per sociaal statuut (2)	% bedragen ten laste patiënten (2)/(totaal 2)
VT	690.083	15%	2.904.996,37	27%
NIET VT	3.896.105	85%	7.858.767,72	73%
Totaal	4.586.188	100%	10.763.764,09	100%

Deze laatste vaststellingen vragen om wat uitleg. Er bestaan zeven verschillende vergoedingscategorieën van farmaceutische specialiteiten. De categorie waartoe een farmaceutische specialiteit behoort is afhankelijk van het medisch-therapeutisch belang en het "noodzakelijke" karakter van de specialiteit. Wat een patiënt zelf betaalt

(remgeld), verschilt dus naargelang de vergoedingscategorie. Tabel 4 geeft een overzicht van de geldende regels voor specialiteiten afgeleverd in openbare apotheken (enkel deze zijn voor dit artikel van belang aangezien de besproken beleidsmaatregel enkel geldt voor antibiotica afgeleverd in openbare apotheken).⁸

⁸ Voor farmaceutische specialiteiten afgeleverd in een ziekenhuis (aan een ambulante of gehospitaliseerde patiënt) gelden andere regels: zie RIZIV website, <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/Paginas/farmaceutische-specialiteiten-vergoedingscategorieen.aspx>

Tabel 4: Vergoedingscategorieën voor farmaceutische specialiteiten afgeleverd in een openbare officina (Bron: RIZIV website)⁹

Categorie	A/Fa	B/Fb		C	Cs	Cx
		Met verhoogde tegemoetkoming	Gewoon verzekerden			
VB_{ex fact} < 14.38 EUR	0 % van de VB _{ex fact}	26,52 % van de VB _{ex fact}	44,20 % van de VB _{ex fact}	88,39 % van de VB _{ex fact}	106,07 % van de VB _{ex fact}	141,43 % van de VB _{ex fact}
≥ 14.38 EUR	0 EUR + 0% van de VB _{ex fact}	1,50 EUR + 16% van de VB _{ex fact}	2,50 EUR + 27% van de VB _{ex fact}	5,00 EUR + 54% van de VB _{ex fact}	6,00 EUR + 65% van de VB _{ex fact}	8,00 EUR + 86% van de VB _{ex fact}

(VB_{ex fact} : vergoedingsbasis van de verpakking op het niveau buiten bedrijf)

De vermelde percentages en bedragen maken het remgeld uit voor de patiënt. Categorie A staat voor “levensnoodzakelijke specialiteiten”. Daarvoor betaalt de patiënt dus niets uit eigen zak. Voor dit artikel focussen we op categorieën B en C (aangezien de beleidsmaatregel impliceert dat de antibiotica waarvan sprake overgeheveld werden van categorie B naar categorie C). Categorie B staat voor “therapeutisch belangrijke specialiteiten”, categorie C voor “geneesmiddelen bestemd voor symptomatische behandeling”. Geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling voorzien is (bijvoorbeeld slaapmiddelen), behoren niet tot één van deze vergoedingscategorieën. Ze worden vaak de “categorie D” genoemd.¹⁰

Voor categorie B verschilt het remgeld naargelang het statuut van de patiënt/het lid (al dan niet verhoogde tegemoetkoming). Dit is niet het geval voor categorie C: voor deze geneesmiddelen gelden dezelfde percentages/bedragen. Dit betekent dat de extra kost voor de patiënt ten gevolge van de overheveling van antibiotica naar categorie C een stuk hoger ligt voor personen met verhoogde tegemoetkoming dan voor diegenen zonder verhoogde tegemoetkoming. De kwetsbaren voelen het effect van de overheveling aldus het sterkst (zoals de cijfers van onze studie aantonen: dubbel zo duur voor personen zonder VT; drie maal zo duur voor personen met VT).

Los van de vergoedingsregels, zijn er nog andere zaken die kunnen verklaren waarom de totale toegenomen eigen bijdragen voor personen met verhoogde tegemoetkoming proportioneel gezien hoog liggen in vergelijking met de bedragen voor personen zonder verhoogde tegemoetkoming. Enerzijds staan leden met verhoogde tegemoetkoming lager op de sociale ladder en hebben zij doorgaans een slechtere gezondheid met meer infecties,¹¹ met hoger antibioticagebruik tot gevolg. Anderzijds weten we dat mensen die hoger op de sociale ladder staan (met betere materiële omstandigheden en vaak ook hoger opgeleid) beschikken over een hoger niveau van gezondheidsvaardigheden (*health literacy*).¹² Dit zou kunnen impliceren dat zij kritischer staan tegenover antibioticagebruik.¹³

4. Conclusies en aanbevelingen

De doelstelling van de beleidsmaatregel van minister van Volksgezondheid De Block – de overconsumptie van antibiotica aanpakken en de resistentie-ontwikkeling als gevolg ervan, aan banden leggen – is niet gehaald. Er kan geen verminderd

9 RIZIV website, <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/Paginas/farmaceutische-specialiteiten-vergoedingscategorieen.aspx>

10 RIZIV website, <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/Paginas/farmaceutische-specialiteiten-vergoedingscategorieen.aspx>

11 Zie IMA Rapport “Ongelijkheid in gezondheid” (mei 2019), https://ima-aim.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf

12 CM Informatie 267 (maart 2017), Gezondheidsvaardigheden en informatiebronnen, p. 39.

13 Zie NIVEL en Zorginstituut Nederland (2016), De rol van patiënten bij het afwijken van richtlijnen door huisartsen – Een onderzoek naar het voorschrijven van antibiotica, p. 32: “De hoger opgeleiden lijken wat kritischer en dus wat meer afhoudend.” (geïnterviewde huisarts).

gebruik van antibiotica worden vastgesteld als gevolg van de prijsverhoging (verminderde terugbetaling) voor de patiënt. Wel is het duidelijk dat de maatregel een besparing voor de ziekteverzekering heeft opgeleverd – weliswaar op kosten van de patiënt, in het bijzonder de meest kwetsbaren.

Is het een vreemde vaststelling dat duurdere medicatie niet automatisch leidt tot verminderd gebruik? Eigenlijk niet. Uiteindelijk is het de arts die beslist over het antibioticagebruik via het voorschrijven ervan (ook al ervaart hij/zij soms enige druk vanwege een aandringende patiënt), terwijl de financiële implicatie enkel door de patiënt gevoeld wordt.

Daarnaast is het – medisch gezien – eigenlijk wel merkwaardig te noemen dat de antibiotica van dag op dag veranderden van “therapeutisch belangrijk” (categorie B) naar “bestemd voor symptomatische behandeling” (categorie C).

Dat de minister naar oplossingen zoekt om overconsumptie aan te pakken, vindt CM als gezondheidsfonds uiteraard een goede zaak. Maar als een prijsverhoging niet tot het gewenste effect leidt, welke maatregelen kunnen dan wel helpen om het onverantwoorde gebruik van antibiotica af te remmen? Patiënten moeten gesensibiliseerd worden: zij mogen niet aandringen bij de arts om deze geneesmiddelen te laten voorschrijven als dat niet strikt noodzakelijk is. Maar finaal is het aan de arts zelf om zijn of haar verantwoordelijkheid te nemen en een verantwoord voorschrijfgedrag aan de dag te leggen in overeenstemming met

de evidence-based richtlijnen. Als sensibilisering alleen onvoldoende uithaalt, moeten we misschien durven nadenken over het invoeren van financiële verantwoordelijkheid bij de artsen. Grote voorschrijvers voor onterechte indicaties zouden dan een deel van de uitgaven voor eigen rekening moeten nemen.

Een andere structurele maatregel zou erin kunnen bestaan dat een voorschrift voor antibiotica verplicht elektronisch moet gebeuren en daarbij de indicatie moet vermelden, zodat het verantwoord gebruik beter kan worden opgevolgd.¹⁴ Nog een andere maatregel zou kunnen zijn dat we een systeem van voorwaardelijke terugbetaling invoeren overeenkomstig ‘Hoofdstuk IV’ van de lijst van vergoedbare geneesmiddelen (geneesmiddelen waarvoor de terugbetaling onderworpen is aan voorwaarden om medische en/of budgettaire redenen, waardoor hun gebruik beperkt wordt tot welbepaalde omstandigheden – medische indicatie, doelgroep, leeftijd). Dit is nu reeds het geval (sinds mei 2018) voor de zogenaamde (fluoro)chinolonen, een subgroep van antibiotica.¹⁵ De impact van deze maatregel moet nog worden onderzocht.

Het is van belang de oorzaken van het overmatig antibioticagebruik goed te begrijpen om effectieve oplossingen naar voren te kunnen schuiven. We verwijzen in dit kader graag naar het recente KCE rapport “Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België”,¹⁶ dat de oorzaken van het probleem onderzoekt en 21 aanbevelingen formuleert om de situatie te verbeteren.

14 KCE Rapport 311A (2019), Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België, p. 25.

15 Zie RIZIV website, <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/wijzigingen/Paginas/antibiotica-fluoro-chinolonen.aspx>

16 KCE Rapport 311A (2019), Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België.

De impact van de proactieve flux en de verhoogde tegemoetkoming op gezondheidszorguitgaven

Raf Van Gestel (Erasmus Universiteit Rotterdam, Universiteit Antwerpen), Tim Goedemé (University of Oxford, Universiteit Antwerpen), Diana De Graeve (Universiteit Antwerpen) en Hervé Avalosse (Studiedienst CM)

Samenvatting

In 2015 ging een grootschalige nationale informatiecampagne van start, de proactieve flux, om de opname van de Verhoogde Tegemoetkoming (VT) te verbeteren voor gezinnen met een laag inkomen. De proactieve flux is een proces waarbij CM haar leden op een proactieve manier contacteerde en hen uitnodigde om een aanvraag voor toekenning van de verhoogde tegemoetkoming in te dienen. In samenwerking met de Universiteit Antwerpen heeft CM een veldexperiment opgezet om te bekijken welk effect deze inspanningen hadden. In een eerdere bijdrage in CM-Informatie (CM-Informatie 270, p.19-25) rapporteerden we dat deze campagne een sterke stijging in opname van de VT veroorzaakte bij de leden van CM die tijdens deze actie werden gecontacteerd. In dit artikel gaan we de impact na van de proactieve flux en de Verhoogde Tegemoetkoming op de uitgaven aan zorg. Na zorgvuldige analyses vinden we dat gezondheidszorguitgaven enkel stijgen voor huisartsbezoeken.

Sleutelwoorden: Verhoogde Tegemoetkoming, veldexperiment, proactieve flux, toegankelijke gezondheidszorg, gezondheidszorguitgaven

1. Inleiding

De Verhoogde Tegemoetkoming (VT) is een specifieke regeling die ervoor zorgt dat gezondheidszorgen toegankelijker worden voor gezinnen¹ met een laag inkomen. Gezinnen die gebruik maken van de regeling betalen een kleiner aandeel remgeld voor een breed scala aan gezondheidszorgen en hebben daarnaast ook recht op andere niet-gezondheidsgebonden voordelen.² Bijvoorbeeld, voor een bezoek aan een geconventioneerde huisarts bedraagt het remgeld slechts 1 euro in plaats van 4 euro (met globaal medisch dossier). Onder de niet-gezondheidsgebonden voordelen behoren onder andere een voordelig tarief voor openbaar vervoer, een lagere bijdrage voor de Vlaamse Sociale Bescherming en onder bepaalde voorwaarden recht op een sociaal telefoontarief en een verwarmingstoelage. Naast de Verhoogde Tegemoetkoming dragen ook de maximumfactuur³, de regeling betalende derde⁴, en het statuut chronische aandoening bij tot een meer

toegankelijke gezondheidszorg. Een belangrijk bijkomend voordeel van de VT is dat de regeling betalende derde automatisch wordt toegepast bij een huisartsbezoek. Dit betekent dat enkel het remgeld ter plaatse wordt aangerekend en dat de rest van het honorarium (in totaal ongeveer 25,5 euro voor een geaccrediteerde huisarts in 2018) meteen afgerekend wordt tussen de huisarts en het ziekenfonds van aansluiting. Voor rechthebbenden op de Verhoogde Tegemoetkoming is ook een lager plafondbedrag voor de maximumfactuur van toepassing. Vanaf het moment dat dit plafondbedrag bereikt is, worden remgelden automatisch en volledig terugbetaald.

De Verhoogde Tegemoetkoming wordt toegekend aan gezinnen met een laag gezinsinkomen, individuen die een specifieke uitkering ontvangen, wezen en niet-begeleide minderjarige vreemdelingen. De Verhoogde Tegemoetkoming wordt

1 In het kader van de verplichte ziekteverzekering kan een gezin uit één of meerdere personen bestaan.

2 Zie <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/specifieke-regelingen/verhoogde-tegemoetkoming/veelgestelde-vragen-voordelen> voor een overzicht van de gezondheidszorgen met lagere remgelden.

3 [https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/maximumfactuur-\(maf\)-houdt-medische-kosten-binnen-perken.aspx#.XU0MOExuLIU](https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/maximumfactuur-(maf)-houdt-medische-kosten-binnen-perken.aspx#.XU0MOExuLIU) voor meer informatie.

4 Zie <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/derdebetalersregeling.aspx#.XUlj50xuljY> voor meer informatie.

automatisch toegekend behalve voor een laag gezinsinkomen. Omdat een inkomensonderzoek op eigen initiatief nodig is voor toekenning op basis van inkomen, werd enkele jaren geleden geschat dat veel rechthebbenden de Verhoogde Tegemoetkoming niet opnamen. Dit heeft dan geleid tot de totstandkoming van de proactieve flux waarbij alle ziekenfondsen hun leden met een laag belastbaar inkomen proactief contacteerden met de suggestie om de Verhoogde Tegemoetkoming aan te vragen. In de december editie van CM-Informatie in 2017⁵ rapporteerden we dat het contacteren van ongeveer 128.000 Belgische gezinnen heeft geleid tot een sterke stijging in opname van de Verhoogde Tegemoetkoming⁶. De resultaten van de experimentele studie hebben uitgewezen dat de opname van de VT steeg van ongeveer 5% tot 20% na proactieve contactname. De sterke stijging van opname van de VT wordt bevestigd door de nationale evaluatie uitgevoerd door het RIZIV (2018).

In dit artikel lichten we toe hoe de proactieve flux, en de Verhoogde Tegemoetkoming, de gezondheidszorguitgaven hebben beïnvloed. De lagere remgelden die gepaard gaan met de Verhoogde Tegemoetkoming, en dus de lagere prijs voor gezondheidszorg voor de gebruiker, hebben potentieel een dubbel effect voor rechthebbende gezinnen. Enerzijds wordt zorg toegankelijker; men betaalt zelf minder voor zorgen en voor een bezoek aan de huisarts moet enkel het (verlaagde) remgeld worden betaald, wat mogelijk leidt tot minder uitstelgedrag of meer consumptie. Anderzijds zorgt de lagere prijs voor, wellicht, lagere totale gezinsuitgaven aan zorg. Zodoende heeft de Verhoogde Tegemoetkoming ook een voordelig effect op het gezinsbudget.

De lagere financieringslast voor gezinnen leidt op zijn beurt tot een hogere overheidslast in gezondheidsuitgaven. Uiteraard draagt de overheid door het verlaagde remgeld een groter deel van de kostprijs van gezondheidszorgprestaties, maar de vraag blijft hoezeer gezinnen hun gezondheidszorggebruik veranderen naar aanleiding van de Verhoogde Tegemoetkoming. Deze bijdrage bespreekt daarom de verandering in zowel gezinsuitgaven als overheidsuitgaven aan zorg naar aanleiding van de proactieve flux. Naast de relevantie voor nationaal gezondheidsbeleid is dit onderzoek ook interessant in internationaal perspectief. Er is nog steeds onvoldoende betrouwbare informatie over het effect van de prijs van de gezondheidszorg op het gebruik van zorg.⁷ Men kan immers het effect van de prijs niet zomaar afleiden door te kijken naar verschillen in gebruik van zorg door individuen die een lage prijs betalen, bijvoorbeeld personen die recht hebben op de

Verhoogde Tegemoetkoming, en andere individuen. Wie recht heeft op de Verhoogde Tegemoetkoming is immers gemiddeld genomen ook minder gezond, wat eveneens zorggebruik beïnvloedt. Net daarom is het opzetten van een experimentele studie belangrijk.

2. Opzet van de studie: een experimenteel design⁸

Alle 19 regionale ziekenfondsen van CM maakten deel uit van de proactieve flux, en 10 ziekenfondsen besloten om te participeren in deze experimentele studie. Naar alle gezinnen deel uitmakend van de proactieve flux in deze 10 ziekenfondsen werd dezelfde brief verstuurd die werd vergezeld van een flyer. Terwijl de brief formele informatie bevatte over het mogelijke recht op Verhoogde Tegemoetkoming verduidelijkte de flyer de voordelen en aanvraagprocedure voor de VT. Daarbij werden in een aantal ziekenfondsen ook telefonische contacten uitgevoerd en werd een e-mail verstuurd naar alle personen met een gekend e-mailadres (ongeveer 17% van alle leden).

Alle gezinnen werden op toevallige basis ingedeeld in zes groepen die werden gecontacteerd over een periode van anderhalf jaar. Tabel 1 toont dat de eerste groep werd gecontacteerd in november 2015 en de zesde, en laatste, groep in mei 2017. In totaal werden door de ziekenfondsen die deelnamen aan de experimentele studie meer dan 55.000 gezinnen gecontacteerd.

In deze studie leggen we de nadruk op groepen 1 en 6, omdat die zo ver mogelijk gespreid zijn in de tijd. Omdat het gebruik van gezondheidszorg (dat wordt beïnvloed door de VT) niet meteen volgt na de toekenning van de Verhoogde Tegemoetkoming is een opvolgperiode van minstens één jaar wenselijk. Omdat deze voorwaarde niet voldaan is voor alle groepen, gebruiken we niet alle groepen voor de vergelijking. Omdat de toewijzing van gezinnen aan een groep op toevallige basis (at random) gebeurde, kunnen we redelijkerwijze verwachten dat groepen 1 en 6 op een aantal achtergrondkenmerken gelijk zijn aan elkaar. Dit wordt getoond in Figuur 1. Na november 2015 en voor april 2016 is het enige verschil tussen de groepen dat groep 1 de brief en flyer al heeft ontvangen. Na mei 2017 is iedereen gecontacteerd en is er opnieuw geen verschil tussen de groepen, met uitzondering van de verschillen die ontstaan zijn door de verschillende timing van de contactnames.

5 Tim Goedemé, Raf Van Gestel, Julie Janssens en Eva Lefevere (Universiteit Antwerpen) Rik Lemkens, Tom De Spiegeleer, De proactieve flux: Een succesvolle manier om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren.

6 In het kader van de proactieve flux kreeg CM in 2015 een lijst van meer dan 200.000 gezinnen die in 2013 een bruto belastbaar inkomen onder de VT-grens hadden. Na uitsluiting van wie vermoedelijk ondertussen een hoger inkomen had, werden ongeveer 128.000 gezinnen aangeschreven. In de experimentele studie waren ongeveer 55.000 gezinnen betrokken.

7 Een van de weinige artikels die een grondige bespreking hierover geeft is Finkelstein et al. (2012).

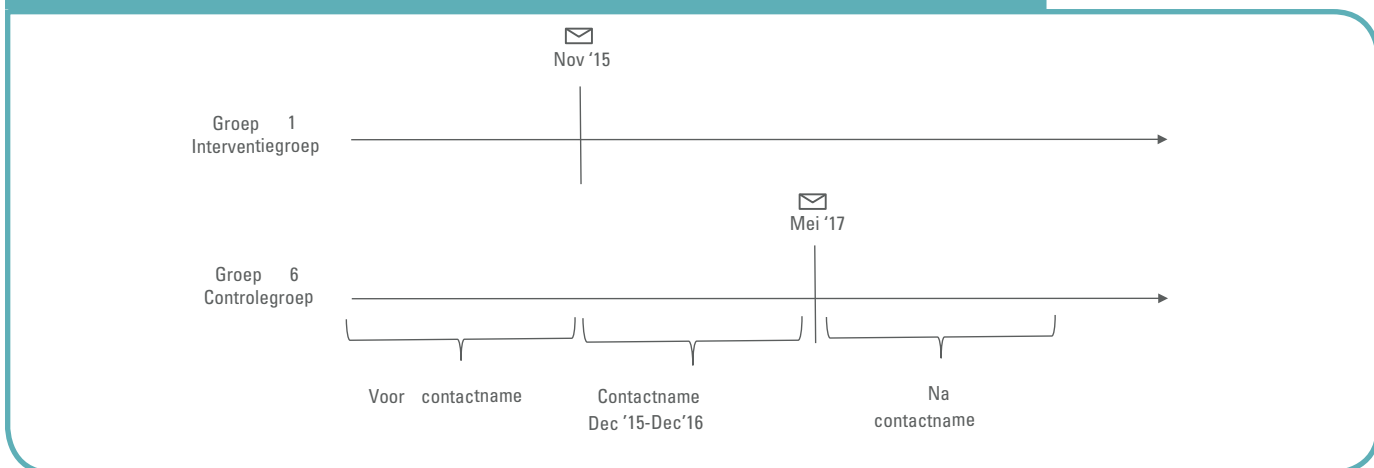
8 Voor een iets uitgebreidere uiteenzetting kan ook het artikel in CM-Informatie van December 2017 geraadpleegd worden (Goedemé et al., CM-Informatie 270, p.19-25).

Tabel 1: Gezinnen en individuen in de proactieve flux

Groep en datum contactname	Aantal gezinnen	Percentage	Aantal individuen	Percentage
1 – Nov. '15	4.986	9,00	8.365	9,06
2 – Apr. '16	10.016	18,08	16.664	18,05
3 – Mei '16	14.926	26,94	24.731	26,79
4 – Nov. '16	5.307	9,58	8.874	9,61
5 – Maart '17	12.569	22,68	20.944	22,69
6 – Mei '17	7.603	13,72	12.734	13,79
Totaal	55.407	100,00	92.312	100,00

Noot: Deze tabel werd overgenomen uit Van Gestel et al. (2017) en Goedemé et al. (2017)

Figuur 1: Grafische voorstelling studieopzet



Tabel 2 bevestigt dat de toewijzing van individuen aan groepen op toevallige wijze gebeurde. Geen van de waarden van de beschikbare controlevariabelen verschilt significant tussen groep 6 en groep 1. Er is nochtans één uitzondering (niet in de

tabel): groep 1 heeft (bij toeval) statistisch significant ($p = 0,008$) lagere gezondheidszorguitgaven in het jaar voorafgaand aan de interventie. Daarom controleren we steeds voor het startniveau van gezondheidsuitgaven bij verdere analyses.

Tabel 2: Gelijkheid tussen groep 6 en groep 1

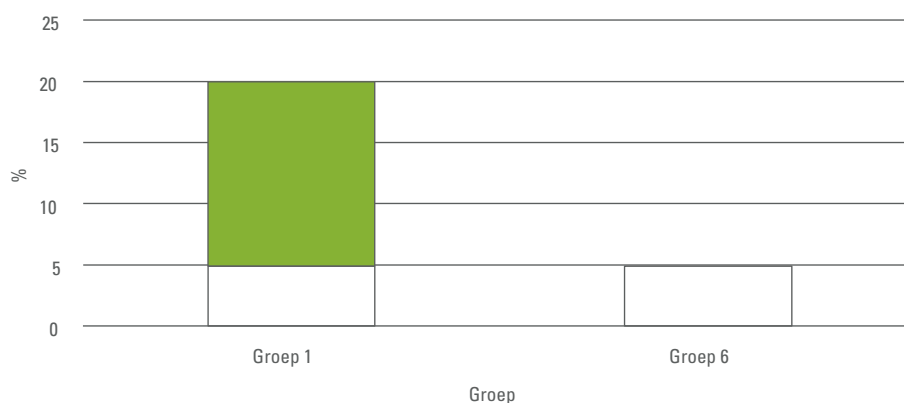
Variabele	groep 6	groep1-groep 6	P-waarde
Geboortjaar	1.959,27	-0,02	0,96
Man	0,58	-0,01	0,27
Overschrijding plafond maximumfactuur	0,18	-0,01	0,30
Taal communicatie CM Duits	0,01	0,00	0,26
Taal communicatie CM Frans	0,13	0,00	0,79
Buitenland	0,14	0,00	0,71
Aantal gezinsleden	1,67	0,01	0,75
Dagen werkloosheid	29,12	0,03	0,99
Dagen ziekte	4,55	0,05	0,93
Dagen invaliditeit	8,72	1,21	0,22

Voor binaire variabelen werd gelijkheid van proporties getest terwijl voor de continue variabelen een t-test voor het gemiddelde werd gebruikt.

Figuur 2 geeft het effect weer van de proactieve flux op de opname van de Verhoogde Tegemoetkoming. In groep 1 is na de contactname in november 2015, de opname van Verhoogde Tegemoetkoming ongeveer 20% terwijl ze slechts 5% is in de controlegroep 6 die nog niet gecontacteerd werd (Goedemé et al, 2017). Dit betekent dat, als we het gemiddelde gezondheidszorggebruik vergelijken tussen gezinnen in groepen 1 en 6, dit verschil kan verklaard worden door de groep

van individuen en gezinnen in het grijs gearceerde gebied in Figuur 2. Dit zijn de individuen die de Verhoogde Tegemoetkoming opnemen naar aanleiding van de proactieve flux, en dat zijn m.a.w. de gezinnen die de VT zonder de brief niet zouden opnemen. Met behulp van statistische technieken kunnen we zo bepalen hoe de opname van gezondheidszorgen voor de gearceerde groep verandert door de opname van de VT (en niet door andere factoren).

Figuur 2: Opname van de Verhoogde Tegemoetkoming (in %) per contactname



3. Is er een effect op de totale uitgaven?

We onderzochten het effect van toekenning van de VT op verschillende categorieën van zorguitgaven voor 12 maanden na de proactieve flux. Het is belangrijk om te benadrukken dat het effect van de VT op uitgaven het effect is voor gezinnen die VT kregen naar aanleiding van de proactieve flux. Dit is zeker een specifieke populatie. In vergelijking met de gezinnen die ondanks de contactname het recht op VT niet opnemen gaat het om iets kleinere gezinnen met hogere gezondheidsuitgaven, minder ziekte- en invaliditeitsdagen en waarvan het hoofd van het huishouden iets minder vaak een man was (Goedemé et al., CM-Informatie 270, p. 23). We kunnen de bevindingen dan ook niet extrapoleren naar de volledige Belgische bevolking, naar de volledige groep van de gecontacteerden, of naar wie reeds recht had op de VT. Desalniettemin helpt het om een inzicht te krijgen in welk effect de opname van de VT heeft op gezondheidsuitgaven voor mensen die zonder contactname de VT niet zouden opnemen.

In Figuren 3A en 3B wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde extra uitgaven over 12 maanden per gezin dat de

VT opnam door de proactieve flux. De gearceerde balken geven de grootte van het effect weer terwijl de lijnen een overzicht geven van de onzekerheid of betrouwbaarheid van dit effect. De resultaten zijn een samenvatting van multivariate analyses, en controleren voor relevante achtergrondkarakteristieken. We bekijken telkens de som van de uitgaven betaald door gezinnen (remgelden en eventuele geregistreerde supplementen) en de uitgaven van de ziekteverzekering (terugbetalingen)⁹.

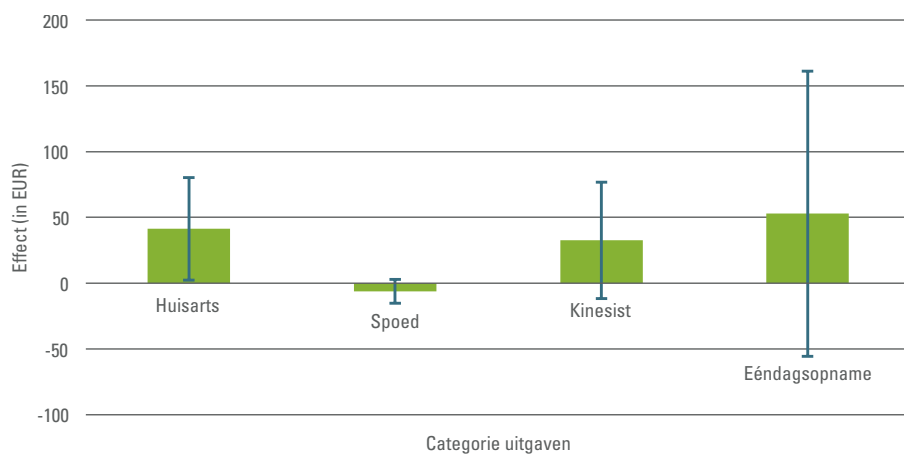
Voor verstrekkingen van de huisarts, de kinesist, ééndags-opnames en klassieke ziekenhuisopnames is het effect op de uitgaven positief; voor verstrekkingen op de spoed en bij de tandarts is het effect op de uitgaven negatief. Alle effecten konden echter slechts onnauwkeurig gemeten worden. Alleen voor de uitgaven voor huisartsen, die stijgen met 41 euro, is het effect statistisch significant verschillend van 0 omdat het effect 0 niet behoort tot het betrouwbaarheidsinterval.

⁹ Dit is m.a.w. het totale honorarium of de totale onkosten.

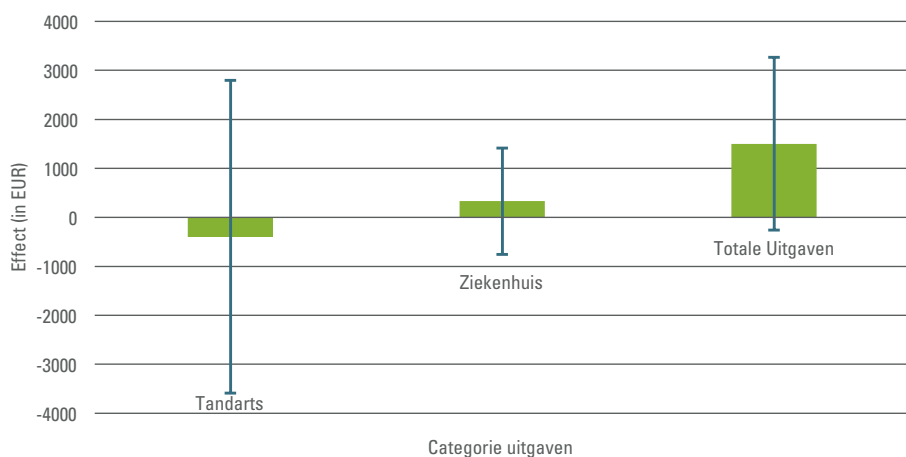
Het gemiddeld effect op de totale uitgaven, dit zijn alle gezondheidszorguitgaven voor verzekerden en verzekeraars samen, is op het eerste zicht sterk positief. Gemiddeld verhogen de uitgaven van een gezin met 1.500 euro. Dit effect is echter zeer onnauwkeurig gemeten omdat er een grote variatie is tussen gezinnen waardoor we niet met zekerheid kunnen zeggen dat er een positief effect is. Zo zijn er heel veel gezinnen met erg lage uitgaven, en worden de gemiddelde gezondheidsuitgaven in elke groep sterk beïnvloed door een aantal gezinnen met relatief hoge uitgaven (bijvoorbeeld door

een langere ziekenhuisopname). Om meer duidelijkheid te krijgen, en om verder na te gaan of er een mogelijk positief effect is, hebben we ook gebruik gemaakt van de groepen 2 en 5 in de proactieve flux (zie Tabel 1). Voor deze groepen was het gemiddelde effect op de totale uitgaven minder uitgesproken en varieerde het effect tussen -382 euro en 889 euro. Dit benadrukt opnieuw dat er sterke variatie is in dit effect en dat er geen duidelijk verschil is van 0. De resultaten staan in tabel 3. De bevindingen voor uitgaven bij de huisarts doorstaan deze robuustheidsanalyse wel, en blijven positief.

Figuur 3A: Effect van de Verhoogde Tegemoetkoming (EUR) op zorguitgaven (met 95% betrouwbaarheidsinterval)



Figuur 3B: Effect van de Verhoogde Tegemoetkoming (EUR) op zorguitgaven



Tabel 3: Effect van de Verhoogde Tegemoetkoming (EUR) op zorguitgaven: robuustheidsanalyse

Vergelijking	Verskil in totale uitgaven per huishouden in 12 maanden	P-waarde
golf 1 – golf 6	1.502	<0,10
golf 1 – golf 5	-380	niet significant
golf 2 – golf 6	889	niet significant
golf 2 – golf 5	328	niet significant

In verdere analyses is nog gekeken naar de impact van de opname van de Verhoogde Tegemoetkoming door de proactieve flux op de kans dat er zorgconsumptie is. Ook hier konden geen significante effecten gevonden worden. Over een periode van 12 maanden is er enkel een iets grotere kans dat men naar de tandarts gaat.

4. Is er een verschil voor gezinsuitgaven?

In tabel 4 zien we de onderverdeling van gezondheidszorg-uitgaven naargelang wie de zorg betaalt en het type betaling. Deze cijfers betreffen alle gezinnen in groepen 1 en 6 van de proactieve flux. De gemiddelde totale uitgaven aan gezondheidszorg per gezin lopen jaarlijks op tot bijna 4.000 euro. Van deze uitgaven wordt de grote meerderheid, 88%, betaald door het ziekenfonds. De gemiddelde gezinsuitgaven op jaarbasis in onze steekproef bedragen in totaal 446 euro¹⁰, ongeveer de helft daarvan zijn supplementen en de andere helft zijn de remgelden. We berekenden dat door de Verhoogde Tegemoetkoming en rekening houdend met de MAF, de gemiddelde betaalde remgelden per gezin daalden met 36 euro. Dit bedrag is eerder klein, en ook statistisch niet verschillend van 0. Hierdoor kunnen we concluderen dat de Verhoogde Tegemoetkoming, gemiddeld genomen, geen grote impact uitoefent op de besteding van gezinnen aan gezondheidszorg. Dit is een belangrijke bevinding, al moet erbij worden benadrukt dat voor individuele gezinnen met hoge gezondheidsuitgaven, de verlaagde drempel van de MAF wel een belangrijk verschil kan maken. Wanneer we geen rekening houden met de maximumfactuur dalen de remgelden met 155 en het verschil is significant ($p < 0,10$).

Tabel 4: Uitgaven per betaler en type

Wie betaalt?	Uitgaven over 12 maanden	Percentage
Ziekenfonds	3.528,56	88,77%
Gezin - supplementen	202,06	5,08%
Gezin - remgeld	244,31	6,15%
Totaal	3.974,93	100%

5. Conclusie

In deze studie vonden we geen duidelijk en éénzijdig verband tussen de Verhoogde Tegemoetkoming en gezondheidszorg-uitgaven. Deze bevinding is enigszins in tegenspraak met wat we verwachtten. Wie minder moet betalen voor zorg, zal sneller geneigd zijn om daar gebruik van te maken. Dat is ook de bevinding van de experimentele studies die in de Verenigde Staten uitgevoerd werden. Een mogelijke reden voor onze bevinding is dat, voor de bestudeerde groep, de basisbescherming al hoog is. Bovendien toont buitenlands onderzoek dat de consumptie ook slechts in beperkte mate reageert op een wijziging in de prijs; een daling van de prijs met 10% leidt slechts tot een stijging van de consumptie met 2 tot 4%. Daarnaast is het effect onnauwkeurig geschat. Hoewel de steekproef voor de studie bestond uit meer dan 10.000 gezinnen kan het toch zijn dat deze steekproefgrootte niet genoeg is om het effect betrouwbaar te meten.

Wanneer we de maximumfactuur mee in rekening houden, vinden we verder ook dat gezinsuitgaven slechts minimaal dalen na toekenning van de verhoogde tegemoetkoming.

Hieruit mag nochtans niet te snel geconcludeerd worden dat het niet nodig is om de proactieve flux te herhalen. Zo is wel een duidelijk effect te vinden bij de uitgaven aan huisartsen. De lagere remgelden in combinatie met de sociale derdebetaler leiden tot een betere toegankelijkheid van huisartszorg. Daarnaast zorgt de proactieve flux voor een hogere take-up zodat niet enkel de beter geïnformeerde burgers hun rechten laten gelden. Dit is zeker van belang voor de Verhoogde Tegemoetkoming omdat ook aanvullende rechten gekoppeld zijn aan het recht op Verhoogde Tegemoetkoming.

¹⁰ De uitgaven voor supplementen worden minder accuraat bijgehouden door het ziekenfonds, waardoor deze in realiteit hoger kunnen zijn.

De grote onzekerheid rond de statistische schattingen gebieden voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten. Daarnaast betekent dit dat het allicht interessant is om in de toekomst een soortgelijke evaluatie te doen op grotere schaal. Dit kan dan extra bewijs leveren voor de huidige bevindingen, en/of de statistische betrouwbaarheid verhogen.

Bedanking

We bedanken iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan deze studie, waaronder voornamelijk de medewerkers van de ziekenfondsen en de Landsbond. We bedanken met name Tom Despiegeleer, Werner Cremer, Rik Lemkens en Bram Peters.

Deze studie werd deels gefinancierd door Federaal Wetenschapsbeleid (Belspo, het TAKE project – Contract BR/154/A4/TAKE) en de Nationale Bank van België (UA/ADOC/LVP/15-065). Alle meningen in dit artikel zijn deze van de auteurs en komen niet noodzakelijk overeen met deze van de organisatie waarvoor ze werken of de financiers van de studie.

Een meer gedetailleerde bespreking van deze studie is terug te vinden in volgende paper (op aanvraag beschikbaar vangestel@ese.eur.nl): Van Gestel, R., Goedemé, T., De Graeve, D., Avalosse, H., Peters, B. (2019) *Subsidized Health Insurance and Healthcare Utilization: new evidence from a large-scale field experiment*, Mimeo.

Referenties

Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J.P., Allen, H., Baicker, K., The Oregon Health Study Group. 2012. The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the first year. *The Quarterly Journal of Economics* 127(3):1057-1106.

Goedemé et al., De proactieve flux: Een succesvolle manier om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren. In: CM-Informatie 270, december 2017, p.19-25.

Riziv. 2018. Evaluatie proactieve flux V.T.: Integrale evaluatie van het mechanisme van de proactieve opsporing van potentiële rechthebbenden op de Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming in 2015 als maatregel tegen de non take-up van rechten binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Van Gestel, R., Goedemé, T., Janssens, J., Lefevere, E., Lemkens, R. 2017. A Reminder to Pay Less for Healthcare: take-up of Increased Reimbursement in a large-scale randomized field experiment. Mimeo.

Minder amputaties bij diabetespatiënten

Hervé Avalosse – LCM en Intermutualistisch Agentschap

Patrick Lauwers – vaatchirurg bij de voetkliniek van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Frank Nobels - endocrinoloog bij de voetkliniek van het Onze-Lieve-Vrouweziekenhuis van Aalst

Johan Vanoverloop – NVSM en Intermutualistisch Agentschap

Kristien Van Acker - endocrinologe bij de voetkliniek van Centre de Santé des Fagnes de Chimay, voorzitter van D-Foot International

Samenvatting

Bij diabetespatiënten werden tien jaar geleden zeven keer meer volledige voetamputaties uitgevoerd dan bij de rest van de bevolking. Gelukkig is het aantal amputaties sindsdien significant gedaald, met ongeveer een derde. 'Mineure' amputaties (zoals een teen) nemen ook af maar minder snel. Dat zijn de belangrijkste conclusies van een nationale studie die dankzij de gegevens van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) werd gemaakt in samenwerking met artsenspecialisten inzake "diabetesvoet" en onderzoekers van de universiteit van Düsseldorf. Dit zijn positieve resultaten die de goede richting uitgaan zelfs al blijft het risico van een amputatie bij diabetespatiënten hoger dan bij de rest van de bevolking.

De verzamelde en onderzochte gegevens hebben betrekking op de periode van 2009 tot 2013 en behelzen de hele Belgische bevolking. De amputaties worden opgespoord met de facturatiegegevens van de verplichte ziekteverzekering op basis van de prestatiecodes. Hetzelfde geldt om te bepalen of iemand diabetes heeft: hiervoor worden de verstrekkingen in rechtstreeks verband met diabetes (bijvoorbeeld het zorgtraject), het verbruik van specifieke geneesmiddelen (insuline) en de herhaling van de test inzake geglycosileerd hemoglobine in aanmerking genomen. Met al die informatie kan dan het risico van amputatie en de evolutie worden opgevolgd binnen de populatie met of zonder diabetes en volgens het type amputatie.

Sleutelwoorden: Amputatie, diabetes, intermutualistisch agentschap, diabetesvoet

1. Inleiding

Voor het eerst is er in België een nationale studie gedaan die het risico onderzocht op amputaties van een onderste ledemaat bij populaties met en zonder diabetes. Deze studie kwam tot stand uit een samenwerking tussen het Intermutualistisch Agentschap (een samenwerking tussen alle mutualiteiten)¹, artsen, universitaire onderzoekers (van de universiteit van Düsseldorf) en van patiëntenverenigingen (de Diabetesliga en

l'Association Belge du Diabète (ABD)). Het resultaat is de publicatie van een artikel in Diabetologia², een officieel tijdschrift van het European Association for the Study of Diabetes (EASD) dat als referentietijdschrift over diabetes wordt gezien. Het zijn de belangrijkste resultaten van de studie die we in dit artikel voorstellen.

- ¹ Het IMA (Intermutualistisch Agentschap) is een vereniging zonder winstoogmerk die alle verzekeringsinstellingen groepeerd (de nationale mutualiteiten, de Hulpkas en de Verzekeringskas van de NMBS). Ze werd opgericht in 2002 en heeft als doel het verzamelen en analyseren van de administratieve gegevens van de verzekeringsinstellingen. Ze is wettelijk erkend via de programmawet (I) van 24 december 2002 (art 278 en volgende).
- ² Claessen H, Avalosse H, Guillaume J, Narres M, Kvitkina T, Arend W, Morbach S, Lauwers P, Nobels F, Boly J, Van Hul C, Doggen K, Dumont I, Felix P, Van Acker K, Icks A. 2018. Decreasing rates of major lower-extremity amputation in people with diabetes but not in those without: a nationwide study in Belgium. Diabetologia. 61:1966–1977 (<https://doi.org/10.1007/s00125-018-4655-6>)

2. Context

Diabetes komt veel voor en kan gepaard gaan met diverse complicaties aan hart en bloedvaten, de ogen, de nieren en de voeten. Diabetespatiënten met wonden aan de voeten lopen meer risico dat hun voet of onderste lidmaat deels zal moeten worden geamputeerd. Diabetespatiënten hebben een hoger risico op amputaties van de onderste ledemaat. Nochtans kunnen veel van deze amputaties vermeden worden mits een goede multidisciplinaire benadering van diabetespatiënten met betrekking tot preventie van infecties en voetbehandeling. Gegeven de impact die een amputatie heeft op het leven van een persoon, op dat van zijn naasten en op dat van zijn plaats in de samenleving is dit probleem zeker niet te verwaarlozen.

In ons land werd een nationaal programma van de diabetische voet gelanceerd in 2005 en op dit ogenblik zijn er 35 diabetische voetklinieken³ actief. Deze klinieken verzorgen wonden aan de voet om amputatie en nieuwe wonden te vermijden. In deze klinieken krijgt de patiënt een multidisciplinaire aanpak overeenkomstig internationale richtlijnen die door de internationale werkgroep betreffende de diabetesvoet zijn opgesteld.

Er zijn weinig studies die de evolutie van het risico op een amputatie opvolgen bij een risicopopulatie waarbij men diabetespatiënten vergelijkt met mensen zonder diabetes. Voor ons land vult de huidige studie deze leemte op. Ze laat toe te zien in welke mate er vooruitgang werd geboekt of niet.

3. Methode – gegevens

De onderzochte data werden verzameld door het Inter mutualistisch Agentschap (IMA) en hebben betrekking op de periode 2009 tot en met 2013. Ze gaan over de volledige Belgische populatie.

- Om na te gaan of een persoon een diabetespatiënt is, werd gebruik gemaakt van gegevens uit de facturatiegegevens waarover het IMA beschikt: prestaties die rechtstreeks gelinkt zijn aan diabetes (zoals bv. het zorgtraject, specifieke revalidatieovereenkomsten, ...), het gebruik van geneesmiddelen (bv. insuline) en herhaaldelijke metingen van het glycemisch hemoglobine-gehalte (een test die wordt terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering). Door op deze manier te werken komen we voor de Belgische populatie aan een geschatte prevalentie van diabetes van 6,2% in 2009 die oploopt tot 8,0% in 2013.
- De amputaties werden eveneens gedetecteerd en geklasseerd in mineure en majeure amputaties op basis van

prestatiecodes die gebruikt worden in de nomenclatuur van de terugbetaalde gezondheidszorgen. Een amputatie noemen we mineur indien ze uitgevoerd wordt onder de enkel (een teen, de voorvoet) en majeur indien ze boven de enkel gedaan wordt. Bij een majeure amputatie wordt verder onderscheid gemaakt tussen een ingreep onder of boven de knie.

- Met behulp van deze gegevens kunnen we vervolgens de jaarlijkse amputatiegraad schatten (gestandaardiseerd volgens leeftijd en geslacht, waarbij we kijken naar de eerste amputatie van het jaar) in de populatie met en zonder diabetes, en naargelang het type van amputatie (mineur dan wel majeur). Tevens kunnen we daarbij de relatieve risico's (RR) berekenen die hiermee overeenkomen.

4. Belangrijkste resultaten

Tijdens dit onderzoek dat vijf jaar duurde, werden in totaal 5.438 majeure amputaties en 8.811 mineure amputaties geteld waarvan een kleine meerderheid bij personen met diabetes.

4.1. Amputatie zonder onderscheid van het type (Figuur 1)

Voor alle amputaties samen, los van het type, kan men duidelijk een **significante daling van de jaarlijkse amputatiegraad** waarnemen tijdens de onderzochte periode. **Voor de diabetespatiënten daalt deze van 122,2 (in 2009) naar 100,4 (in 2013) per 100.000 personen**. Dit komt overeen met een jaarlijkse daling van 5% van het risico op een amputatie.

Voor de personen die geen diabetespatiënt zijn is er eveneens een daling: in deze groep zakt de jaarlijkse amputatiegraad van 14,1 (in 2009) naar 13,0 (in 2013) per 100.000 personen. De daling gaat hier minder snel: namelijk een daling van 2% per jaar.

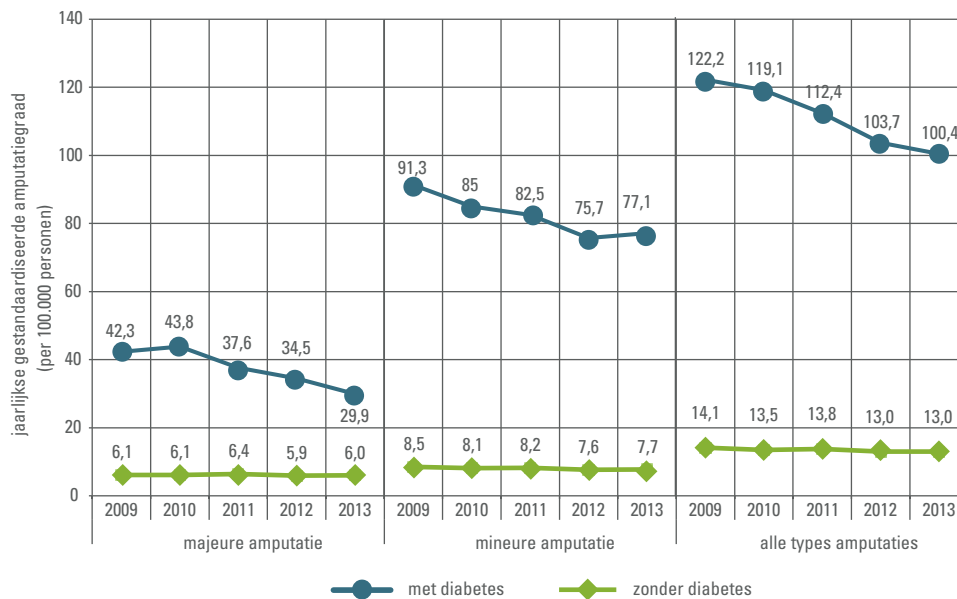
4.2. Majeure amputatie (Figuren 1 en 2)

In 2009 was het aantal majeure amputaties bij diabetespatiënten 7 keer hoger dan in de rest van de bevolking. **De jaarlijkse amputatiegraad van de diabetespatiënten daalt op significante wijze: deze zakt van 42,3 (in 2009) naar 29,9 (in 2013) per 100.000 personen**. Dit stemt overeen met een jaarlijkse daling van 8% van het risico op amputatie.

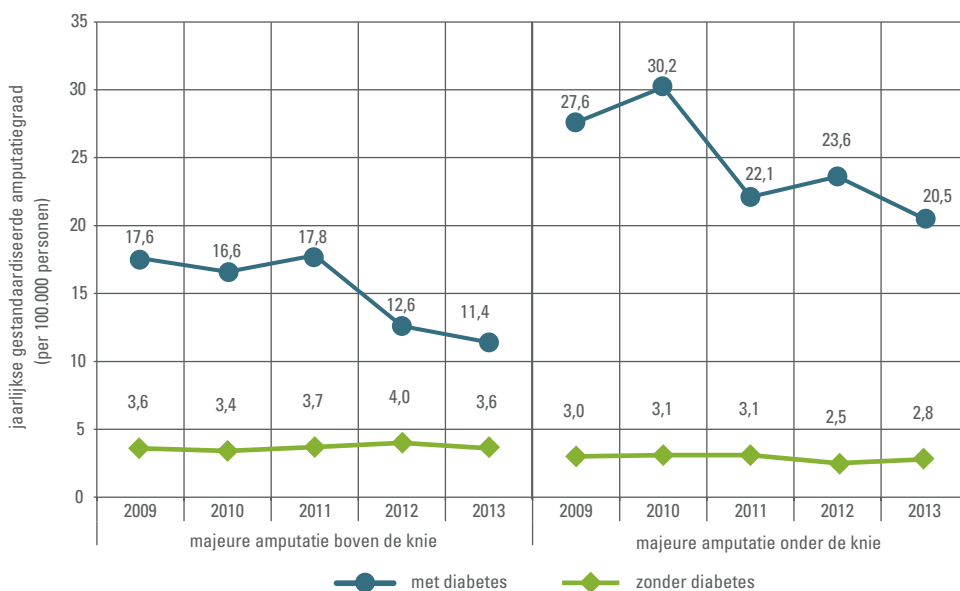
Maken we een verder onderscheid tussen amputaties boven of onder de knie dan verschilt de amputatiegraad bij diabetici: **de daling van amputaties boven de knie** (met een jaarlijkse daling van 10%) **is sterker dan deze van amputaties onder de knie** (met een jaarlijkse daling van 7%).

3 <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/endocriene-metabole/Paginas/diabetes-tegemoetkoming-centrum-voetwond.aspx>

Figuur 1: Jaarlijks gestandaardiseerd aantal amputaties – majeure versus mineure



Figuur 2: Jaarlijks gestandaardiseerd aantal amputaties - majeure amputatie: boven versus onder de knie



4.3. Mineure amputatie (Figuur 1)

De jaarlijkse amputatiegraad van de diabetespatiënten daalt eveneens op significante wijze: van 91,3 (in 2009) naar 77,1 (in 2013) per 100.000 personen. Deze daling komt overeen met een jaarlijkse vermindering van het risico met 5%.

Eenzelfde significante daling vinden we terug in de populatie die niet lijdt aan diabetes : de jaarlijkse amputatiegraad daalt van 8,5 (in 2009) naar 7,7 (in 2013) per 100.000 personen. Deze daling komt overeen met een jaarlijkse vermindering van het risico met 3% en ligt derhalve iets lager.

4.4. Risicofactoren van een amputatie

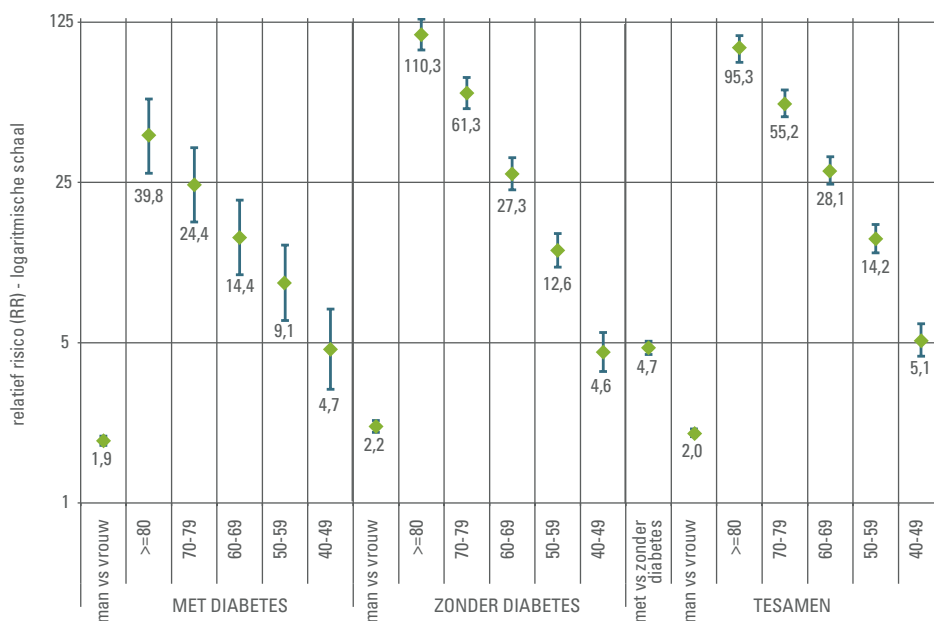
Met het begrip relatief risico (RR) kan worden geschat in welke mate sommige patiënten meer risico van een amputatie lopen dan anderen. Hiermee kunnen ook risicofactoren worden aangeduid (de RR is dan significant groter dan 1; bij een RR kleiner dan 1 speelt eerder een beschermende factor).

- Algemeen kan men stellen (zie figuur 3) dat, voor de majeure amputatie, wanneer men naar de personen met en zonder diabetes kijkt over de volledige onderzoeksperiode, mannen een hoger risico lopen op een amputatie dan vrouwen (RR = 2,3). **Man zijn is dus een risicofactor.**
- Het hebben van **diabetes is eveneens een belangrijke risicofactor**: voor een majeure amputatie is, over de volledige onderzoeksperiode, het RR gelijk aan 6,1. Dat betekent dat diabetespatiënten, globaal gezien, 6 keer meer kans hebben op een majeure amputatie dan personen die geen diabetes hebben.
- **Leeftijd is eveneens een belangrijke risicofactor**: het RR neemt toe naarmate men ouder wordt (waarbij de referentiepopulatie de groep is tussen 0 en 39 jaar).
- Dezelfde risicofactoren vinden we terug (met verschillende RR waarden) bij beide types van amputaties en bij patiënten met en zonder diabetes afzonderlijk (figuren 3 tot 6).

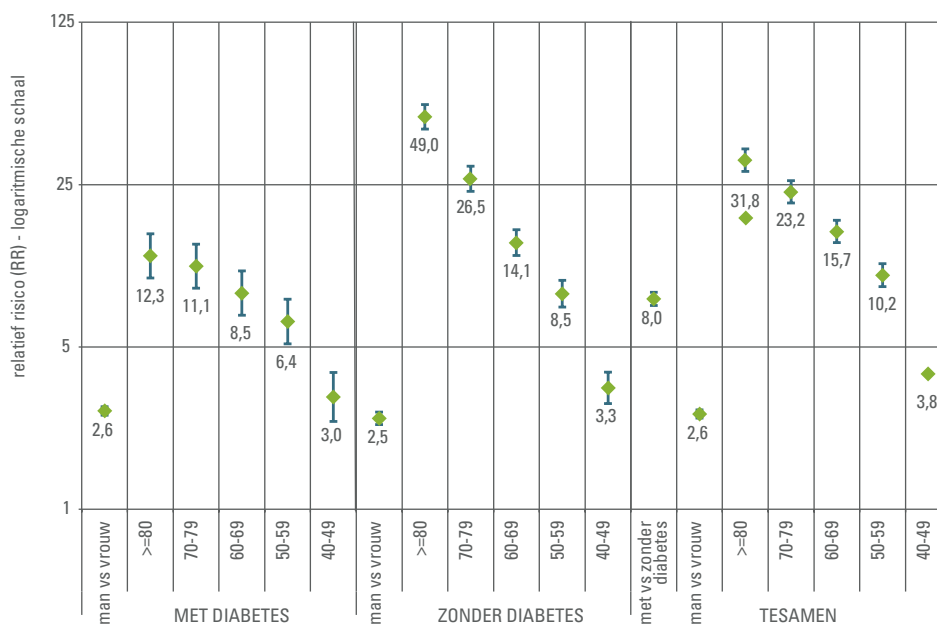
Figuur 3: Relatief risico (RR) – majeure amputatie (periode 2009-2013)



Figuur 4: Relatief risico (RR) – majeure amputatie boven de knie (periode 2009-2013)



Figuur 5: Relatief risico (RR) – majeure amputatie onder de knie (periode 2009-2013)



Figuur 6: Relatief risico (RR) – mineure amputatie (periode 2009-2013)



5. Bespreking: de grenzen van de studie

Wat ontbreekt in deze studie is gevalideerde informatie over de diagnose om de diabetespatiënten te identificeren. We hebben op een zo goed en voorzichtig mogelijke manier gebruik gemaakt van de facturatiegegevens die betrekking hebben op de behandeling van de diabetespatiënt. In sommige gevallen is geen twijfel mogelijk, zoals bijvoorbeeld de deelname aan het diabetes-zorgtraject. In andere gevallen, zoals bij het gebruik van specifieke geneesmiddelen kan discussie mogelijk zijn. Daarom is ervoor gekozen om specifieke geneesmiddelen toegediend tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname niet mee op te nemen, en werd er een drempel van minimaal 90 DDD per jaar gebruikt⁴). Het al dan niet rekening houden met de bepaling van het glycemisch hemoglobine-gehalte kan eveneens voor discussie vatbaar zijn. Daarom werden enkel de gevallen weerhouden waar dit herhaaldelijk gebeurde (minstens 3 maal tijdens 2 opeenvolgende jaren).

Het sterke punt van deze studie is echter ongetwijfeld haar exhaustiviteit: ze heeft betrekking op de volledige Belgische populatie en is wellicht de enige studie over deze problematiek op nationaal niveau en die een tijdsperiode van 5 opeenvolgende jaren betreft.

6. Conclusie

De belangrijkste vaststelling van deze studie is dat de amputatiegraad in geval van majeure amputaties daalt bij de diabetespatiënten. Deze daling is hierbij iets meer uitgesproken bij de majeure amputaties boven de knie dan bij deze onder de knie. Deze trend wordt ook teruggevonden in andere Europese studies. Eenzelfde daling is eveneens terug te vinden voor de mineure amputaties, zowel voor patiënten met als zonder diabetes. Maar hier betreft het een iets minder sterke daling. Toch een minpunt: bij de patiënten zonder diabetes is de amputatiegraad van majeure amputaties stabiel gebleven tijdens de onderzochte periode. Deze bevinding wordt niet bevestigd door andere Europese studies.

Voor wat betreft de diabetespatiënten zijn de resultaten positief en gaan de goede richting uit. De gedane inspanningen op het terrein, in het bijzonder door de diabetische voetklinieken, maar ook door de zorgverstrekkers van de eerstelijns en de gespecialiseerde diabetescentra, hebben resultaat opgeleverd. Toch blijft de diabetespatiënt blootgesteld aan een hoger risico op een amputatie, hetzij een majeure (waarbij de RR wel gedaald is van 6,9 in 2009 naar 5,0 in 2013) hetzij een mineure (de RR daalde hier van 10,7 in 2009 naar 10,1 in 2013) vergeleken met personen zonder diabetes.

4 DDD = Defined Daily Doses. Dit is de gemiddelde onderhoudsdosis per dag van een geneesmiddel (gebruikt als hoofdindicatie) bij een volwassen persoon. Overgenomen uit: https://www.who.int/medicines/regulation/medicines-safety/toolkit_ddd/en/

Amputaties voorkomen zal dus nog veel inspanning vragen. Vanuit het oogpunt van de volksgezondheid is dus van kapitaal belang: opvolging, optimale zorg en begeleiding van de diabetespatiënt samen met een regelmatige controle van de voeten en tijdige preventiemaatregelen bij een verhoogd podologisch risico.

Bovendien moet worden ingezet op de eigenlijke preventie van diabetes. Dit kan jammer genoeg nu niet voor diabetes type 1, die vooral op jongere leeftijd intreedt. Diabetes type 2, die meestal bij volwassenen wordt vastgesteld, kan evenwel heel goed worden voorkomen. Naast voorbestemming en leeftijd zijn de belangrijkste risicofactoren bekend: overgewicht en een ongezonde levenswijze. De ziekenfondsen en de patiëntenverenigingen⁵ informeren hun leden wel uitvoerig over deze aandoening en onderstrepen het belang van gezond leven (regelmatige lichaamsbeweging en gezond en evenwichtig eten).

⁵ Zie volgende sites:
- Association Belge du Diabète (ABD): <https://www.diabete-abd.be>
- Diabetes Liga: <https://www.diabetes.be>

Jaarverslag 2018

In haar recentste jaarverslag maakt CM een balans op van het werkjaar 2018. Het verslag bestaat uit vier delen.

Deel 1 staat stil bij een aantal belangrijke ontwikkelingen in de verschillende domeinen van de gezondheidszorg in 2018. Naast een korte beschrijving van maatregelen en evoluties, wordt ook stilgestaan bij de rol van CM hierin. Via studies, beleidsvoorstellen, gerichte acties, via vertegenwoordiging in de talrijke raden en commissies, wil CM actief meebouwen aan de gezondheidszorg van vandaag en morgen. Gedreven door een fundamenteel geloof in het belang van solidariteit en sociale rechtvaardigheid, ijvert CM zo voor een breed toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg.

Deel 2 geeft een globaal overzicht "NOVA", de grondige hervorming van het huidige organisatie- en beslissingsmodel van CM, een hervorming waarvoor in 2018 de basis is gelegd.

Deel 3 bevat een overzicht van nationale onderzoeken en campagnes, al dan niet met uitlopers in de regionale ziekenfondsen en andere activiteiten van de regionale ziekenfondsen die nauw aansluiten bij de noden en interesses van hun leden. Dit deel biedt ook een overzicht van de samenwerking tussen CM en de verschillende bewegingen in 2018 en de acties die deze bewegingen organiseerden. Ten slotte focust dit deel op de rol die CM internationaal vervult. Aan de hand van deze concrete voorbeelden, wil CM vooreerst de boodschap geven dat ze méér is dan een verzekeraar tegen de risico's van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Als 'gezondheidsfonds' neemt CM verschillende initiatieven om een kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg te garanderen en probeert ze mensen wegwijs te maken in gezondheid en gezondheidszorg. Ook organiseert CM allerhande acties en campagnes om mensen te helpen gezonder in het leven te staan, alsook activiteiten waarin vrijwilligers zich kunnen ontplooiën.

Deel 4 ten slotte geeft een aantal kerncijfers weer van CM binnen het landschap van de ziekenfondsen en van het profiel van haar leden. Ook het financieel verslag is in dit deel ondergebracht.

Het jaarverslag 2018 is in digitale vorm beschikbaar en kan geraadpleegd worden op de website van CM: <https://www.cm.be/actueel/jaarverslagen/lcm>



CM Informatie is het driemaandelijkse tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van relevante CM-studies en achtergrondinformatie over de federale en regionale systemen van sociale bescherming en de andere takken van de sociale zekerheid, en over het gezondheids- en welzijnsbeleid. Elke geïnteresseerde kan zich op het tijdschrift abonneren. Verder wordt het tijdschrift verspreid onder personen voor wie het, in hoofde van hun functie en taken in de samenleving, relevant is om op de hoogte te blijven van deze informatie (CM-medewerkers, bestuursleden van CM en aanverwante organisaties, andere studiediensten, persverantwoordelijken, politiek verkozenen, ...). Uiteraard gebruiken we het adressenbestand enkel en alleen voor dit tijdschrift.

Wens je CM-Informatie niet meer te ontvangen, dan kan je dit schriftelijk laten weten:

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – R&D
Mieke Hofman
Haachtsesteenweg 579
1031 Schaarbeek

Je kan dit ook per mail laten weten: cminfo@cm.be

Inhoud

Redactioneel 3

Sociale gezondheidsongelijkheid 4

Iedereen gelijk op het vlak van gezondheid?
Een studie van het InterMutualistisch Agentschap

Geneesmiddelen 16

Trends in het gebruik van anti-Alzheimermiddelen

Geneesmiddelen 31

Duurdere antibiotica:
geen effect op overconsumptie

Toegankelijkheid van de zorg 37

De impact van de proactieve flux en de verhoogde
tegemoetkoming op gezondheidszorguitgaven

Gezondheidszorg 44

Minder amputaties bij diabetespatiënten

CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op:

<http://www.cm.be/CM-Informatie>.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Hoofdredactie	Michiel Callens
Eindredactie	Rebekka Verniest en Mieke Hofman
Layout	grafische vormgeving LCM
Druk	Antilope De Bie
Retouradres	LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel