

Bariatrische chirurgie in België

Bij leden van de Socialistische
Mutualiteiten, 2010-2015

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	2
INLEIDING	3
1. BEHANDELEN VAN OBESITAS	4
1.1 Dieet- en leefstijlinterventies	4
1.2 Medicatie	4
1.3 Bariatrische ingrepen.....	4
2.DATA	5
3.ANALYSE.....	6
3.1 Het aantal ingrepen	6
3.2 Sociodemografische en socio-economische kenmerken	7
3.2.1 Geslacht	7
3.2.2 Leeftijd	9
3.2.3 Regionale verschillen.....	11
3.2.4 Sociaal statuut	13
3.3 De ingreep	15
3.3.1 De verblijfsduur	15
3.3.2 Kostprijs van de hospitalisatie	16
3.3.2.1 Algemene kostprijs voor de hospitalisatie	16
3.3.2.2 Patiëntkost	16
3.3.2.3 Totaal van de kosten	17
3.3.2.4 Kostprijs naar kamertype en sociaal statuut	18
CONCLUSIES	22

INLEIDING

Overgewicht vormt een steeds groter wordende uitdaging voor de gezondheidszorg wereldwijd. In 2013 had de gemiddelde Belg overgewicht (Body Mass Index van meer dan 25)¹. Bovendien is het een probleem dat enkel groter en groter wordt. Sinds 1997 is de gemiddelde BMI-waarde significant gestegen van 24,7 naar 25,4 in 2013 zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht. Onderzoekers hebben immers vastgesteld dat er een positieve relatie is tussen leeftijd en BMI. Naarmate men ouder wordt, neemt ook de gemiddelde BMI toe. Wat geslacht betreft, merken we dat meer mannen te kampen hebben met overgewicht (BMI tussen 25 en 30). Kijken we naar zwaarlijvige mensen (vanaf een BMI van 30) dan zijn er geen verschillen tussen de geslachten.

Vanuit de gezondheidszorg tracht men op verschillende manieren deze trend te stoppen. Mensen met overgewicht hebben immers vaker te kampen met diabetes, hart- en vaatziekten, maag- en darmziekten, en veel meer. Zo kan overgewicht ook een negatieve impact hebben op het zelfbeeld en al snel leiden tot psychische en sociale klachten. Om het probleem van zwaarlijvigheid aan te pakken zet de overheid in op preventie ('gezonde voeding'-campagnes, sporten), en tegelijkertijd tracht ze medische hulp financieel toegankelijk te maken door sinds 2007 onder strikte voorwaarden de kosten van obesitaschirurgie deels terug te betalen. We zien dan ook dat meer en meer mensen met overgewicht zich laten behandelen. Uit de cijfers van het RIZIV blijkt dat in 2014 in België meer dan 10.000 ingrepen (die deels vergoed werden) werden uitgevoerd. In de periode 2012-2015 kwam de overheid tussen in meer dan 61.000 ingrepen².

In deze studie bekijken we de huidige tendens op basis van de beschikbare gegevens bij de leden van de Socialistische Mutualiteiten in de periode 2010-2015.

¹ Drieskens S. Voedingsstatus. In: Gisle L, Demarest S (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. WIV-ISP, Brussel, 2014

² Eigen berekeningen op basis van Econodat

1. BEHANDELEN VAN OBESITAS

Overgewicht en obesitas kunnen op drie manieren behandeld worden: door dieet- en leefstijlinterventies, medicamenteus, of chirurgisch. Idealiter gebeurt de behandeling stapsgewijs.

1.1 Dieet- en leefstijlinterventies

- Dieet: beperken van energie-inname en of/ het verminderen van het aandeel van bepaalde voedingsstoffen zoals vet en koolhydraten.
- Meer bewegen
- Psychotherapie: persoonlijke begeleiding, internetondersteuning en geschreven advies. Groepsinterventies (Weight Watchers, ...)

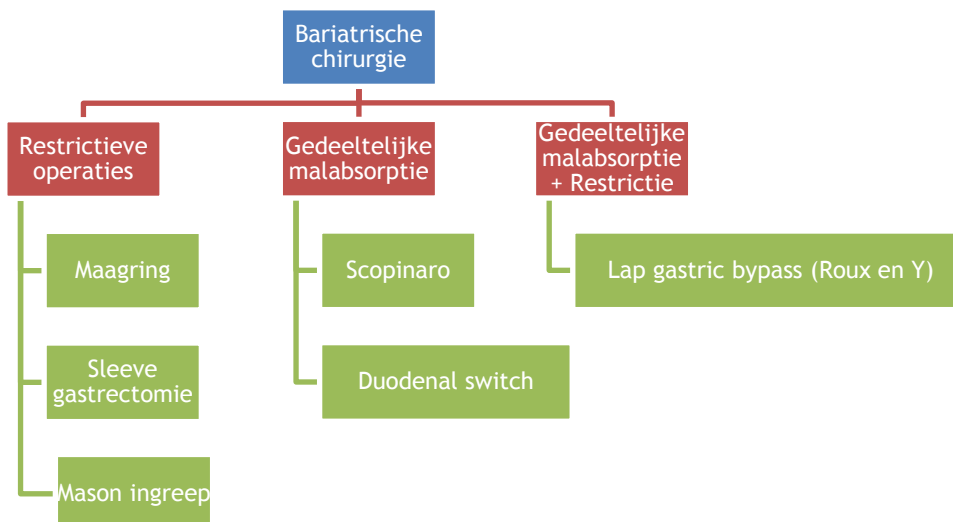
1.2 Medicatie

Aantoonbare effecten: Sibutramine/Orlistat/Rimonabant

Omstreden: Amfetaminederivaten/fenylpropanolamine, pseudo-efedrine/fluoxetine, sertraline/bupropion/topiramaat/chitosan/liraglutide

1.3 Bariatrische ingrepen

Algemeen kan men stellen dat er drie types ingrepen zijn in de obesitaschirurgie: de maagrestrictie, gedeeltelijke wegname van de darm met malabsorptie, en de combinatie van deze ingrepen. Restrictieve ingrepen verkleinen het maagvolume, zodat de voedseltoevoer beperkt is. De patiënt kan slechts kleine porties tot zich te nemen en voelt zich snel verzadigd. Voorbeelden van dergelijke ingrepen zijn de gastric banding (maagring) en de sleeve gastrectomie. Daarnaast zijn er ook ingrepen die leiden tot gedeeltelijke malabsorptie. Deze ingrepen hebben tot doel de opname van voeding door de darmen te beperken waardoor minder voedingsstoffen worden opgenomen. Voorbeelden van dergelijke ingreep zijn de Scopinaro-ingreep en de duodenal switch. Dit soort ingrepen wordt echter minder en minder uitgevoerd wegens de verhoogde kans op complicaties. Bij combinatie-ingrepen zoals de gastric bypass (Roux-en-Y) wordt zowel het maagvolume als de intestinale absorptievlakte beperkt. Dit type ingrepen wordt tegenwoordig het vaakst uitgevoerd en is de gouden standaard geworden in de bariatrische chirurgie.



Welk type ingreep het beste resultaat geeft, is niet duidelijk en hangt af van verschillende factoren zoals de mate van obesitas en de ernst van de comorbiditeiten, het voedingsgedrag van de patiënt, de ervaring van de chirurg en de kostprijs van de ingreep. Net zoals bij elke andere chirurgische ingreep kunnen ongewenste effecten optreden. Bij bariatrische chirurgie komen neveneffecten zoals braken, reflux-oesofagitis, diarree, flatulentie, een hinderlijke lichaamsgeur en nutritionele tekorten regelmatig voor. Een levenslange medische opvolging na de ingreep is dus vereist.

2. DATA

Deze studie maakt gebruik van de facturatiegegevens van ziekenhuisopnames 2010-2015 bij leden van de Socialistische Mutualiteiten. Deze gegevens omvatten alle vergoedbare prestaties (geneeskundige, farmaceutische en andere) die tijdens de ziekenhuisopname werden verstrekt.

Per koninklijk besluit van 3 augustus 2007 werd een aparte nomenclatuur ingevoerd voor de bariatrische chirurgie. Dankzij deze nomenclatuur kunnen we nagaan welke specifieke ingrepen uitgevoerd werden. Zo kan men sinds het najaar 2007 een onderscheid maken tussen reducerende gastroplastie type Mason/Sleeve (241776-241780, 241791-241802), reducerende gastroplastie door de plaatsing van een aanpasbare maagring (241813-241824) en reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenale switch) (241835-241846, 241850-241861) en weet men tevens of de ingreep via laparoscopie hetzij via laparotomie werd verricht. In het najaar van 2011 werd de nomenclatuur licht herzien (K.B. van 24 oktober 2011) en is het niet langer mogelijk om het onderscheid tussen laparotomische en laparoscopische ingrepen te maken.

De selectie van patiënten gebeurde op basis van de geattesteerde nomenclatuurcodes voor bariatrische chirurgie:

- 241776/241780 241791/241802:
reducerende gastroplastie (Mason, Sleeve)
- 241813/241824:
reducerende gastroplastie door plaatsing van een aanpasbare maagring
- 241835/241846 241850/241861:
reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale derivatie (Scopinaro, gastric bypass, duodenale switch)

De gegevens van een aantal patiënten werden niet gebruikt voor de finale analyses. Deze gegevens hadden een te afwijkend patroon en vertekenden op die manier de bekomen resultaten. We kozen ervoor om enkel de gegevens van patiënten met een klassieke ziekenhuisopname te gebruiken. Personen die behandeld werden in dagziekenhuis werden dus niet meegenomen in dit onderzoek. Daarnaast werden patiënten met een verblijfsduur onder het 1^e percentiel of boven het 99^e percentiel verwijderd uit de finale dataset. In het geval de ligdagduur lager is dan het 1^e percentiel dan kunnen we uitgaan van gegevensfouten, in het geval dat de ligdagduur het 99^e percentiel overschrijdt gaan we ervan uit dat het hier gaat om patiënten met complicaties. Verder werden alle ingrepen verwijderd die er op wezen dat het om een kwaadaardige aandoening ging. Voorts besloten we ook om dit onderzoek te beperken tot de gegevens van leden die op het moment van opname tussen de 18 en 65 jaar oud waren. In totaal werden om al deze redenen 800 op 26.543 ingrepen (3%) uitgesloten.

3. ANALYSE

In dit rapport gaan we dieper in op volgende onderwerpen:

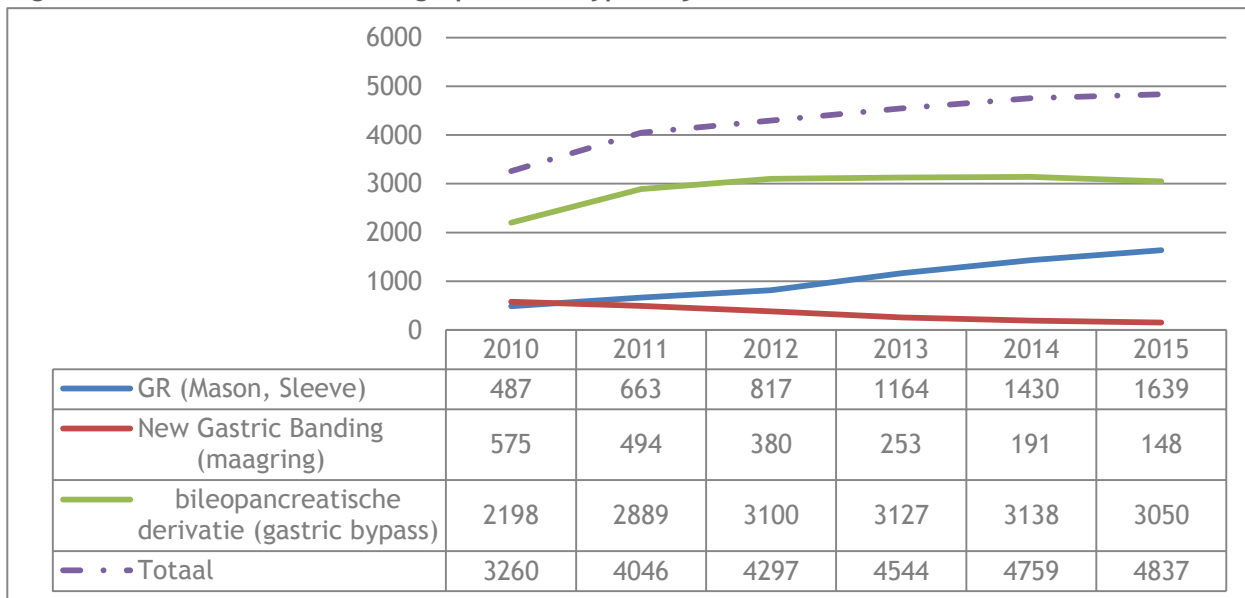
- Aantal ingrepen in de periode 2010-2015
- Geslacht
- Leeftijd
- Regionale verschillen
- Sociaal statuut
- Verblijfsduur
- ZIV-kost
- Betaald persoonlijk aandeel: remgeld en supplement
- Heropname
- Medicatiegebruik voor en na de eerste ingreep

3.1 Het aantal ingrepen

In de periode 2010-2015 werden 26 543 bariatrische ingrepen uitgevoerd bij leden van de Socialistische Mutualiteiten.

Wat betreft de volumes zien we een sterke stijging in het totaal aantal ingrepen over de periode 2010-2015. Op zes jaar tijd nam het aantal ingrepen toe van 3260 in 2010 tot 4837 in 2015, een stijging met maar liefst 48 % of een gemiddelde jaarlijkse groei van 6,8 %. We stellen echter wel vast dat de stijging langzaam minder snel verloopt. Wanneer we de parse lijn die het totaal aantal ingrepen weergeeft in Figuur 1 bekijken, zien we een enorme toename in het aantal ingrepen (+24 %) tussen de jaren 2010-2011. Deze lijn stijgt echter minder snel in de jaren daarna en vlakt stilaan af. Tussen 2014 en 2015 nam het aantal ingrepen met slechts 2 % toe. Een gedeeltelijke van de verklaring is dat een proportie van de mensen met zwaar overgewicht ondertussen een ingreep gehad heeft. Is dit een aanwijzing dat het aantal obesitasingrepen stilaan zijn grenzen bereikt?

Figuur 1: Aantal bariatrische ingrepen naar type en jaar



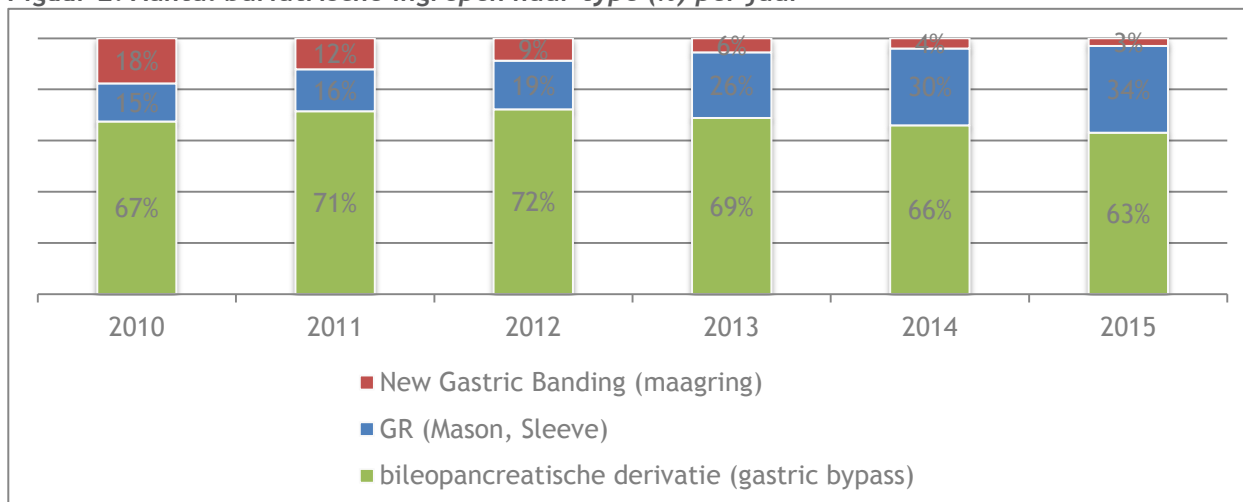
Wanneer we kijken naar het type chirurgie dat werd uitgevoerd, kunnen we twee vaststellingen doen (zie Figuur 2).

Ten eerste zijn de ingrepen met omleiding van het voedsel (de bileopancreatische en gastro-jejunale diversies: gastric bypass, scopinano, duodenale switch) het populairst. Over de volledige periode onder studie werd deze in 7 van de 10 operaties verricht. Op de tweede plek stonden de reducerende ingrepen

(Mason, Sleeve). Deze ingrepen werd en bij ruim een kwart van de patiënten uitgevoerd. De laatste plek werd ingenomen door de maagringen (8%).

Ten tweede zien we duidelijke trends in het type chirurgie. De maagringen worden steeds minder populair. In 2010 waren 1 op 5 ingrepen van dit type, in 2015 slechts 1 op 33 (3%). Dit type ingreep wordt grotendeels ingepalmd door de Mason/Sleeve-operatie die toenam van 1 op 7 naar 1 op 3 ingrepen in zes jaar tijd (34%). Ondanks de stijgende populariteit van dit type operaties, blijven de derivatieve ingrepen de gouden standaard in bariatrichirurgie (63%).

Figuur 2: Aantal bariatrische ingrepen naar type (%) per jaar



Om zicht te krijgen op de omvang drukken we het aantal ingrepen ook eens uit in termen van het aantal leden die aangesloten waren bij de Socialistische Mutualiteiten op 31/12 van het respectievelijke jaar en die tussen de 18 en 65 jaar oud waren op dat moment. Op die manier kunnen we het groeiend ledental van de Socialistische Mutualiteiten in diezelfde periode in rekening brengen. We berekenen tevens de procentuele veranderingen van jaar tot jaar. Tabel 1 toont dat wanneer we rekening houden met het ledenaantal er een sterke groei was in het aantal operaties tussen het jaar 2010 en 2011. Ook in deze cijfers zien we dat de groei over de laatste jaren heen wat stilvalt.

Tabel 1: Procentuele groei in aantal bariatrische ingrepen

Jaar	ingrepen/100.000 leden	% groei
2010	167	
2011	205	+ 23 %
2012	217	+ 6 %
2013	229	+ 6 %
2014	241	+ 5 %
2015	245	+ 2 %

3.2 Sociodemografische en socio-economische kenmerken

In het volgende onderdeel van deze studie bespreken we kort enkele sociodemografische en socio-economische kenmerken van de patiënten die een bariatrische ingreep lieten uitvoeren. We bekijken met name het geslacht, de leeftijd, de woonplaats en het sociaal statuut (normaal gerechtigde/verhoogde tegemoetkoming).

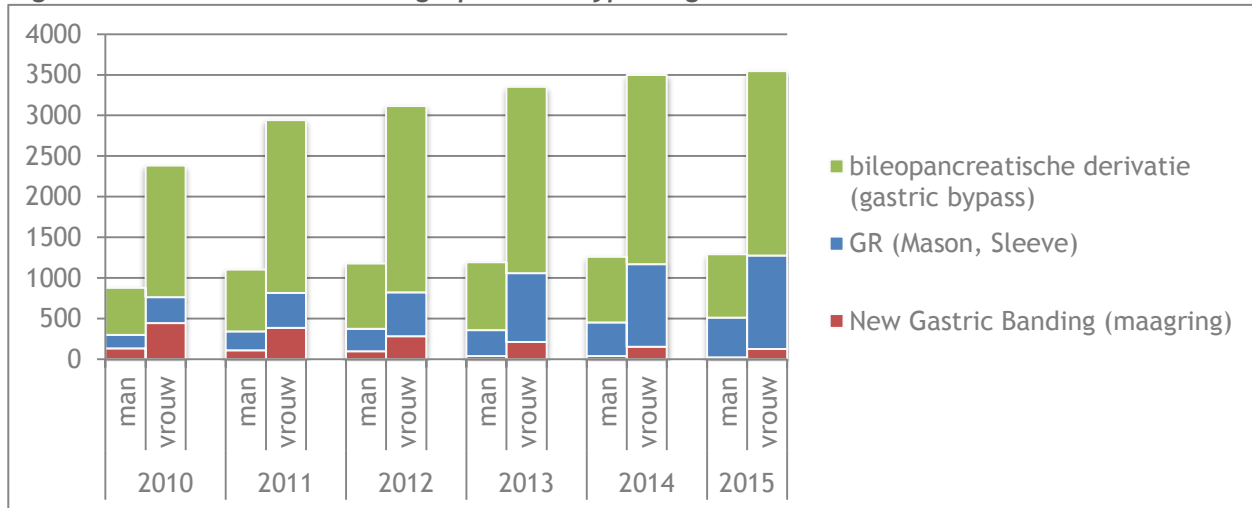
3.2.1 Geslacht

Uit Figuur 3, Figuur 4 en Figuur 5 kunnen we een aantal zaken afleiden. Meer vrouwen dan mannen ondergaan bariatrische chirurgie. Bijna driekwart van alle ingrepen die werden verricht in de periode 2010-2015 gebeurde bij vrouwen (73 %). Het aandeel vrouwen bleef bovendien vrij stabiel over de jaren heen. Wanneer we dieper ingaan op de verdeling naar type ingreep, merken we dat vrouwen sterk oververtegenwoordigd zijn wat betreft de maagring-operaties. Over de volledige periode zien we dat 79 % van de maagring-operaties uitgevoerd werden bij vrouwen. Bovendien zit de ‘vervrouwelijking’ van deze

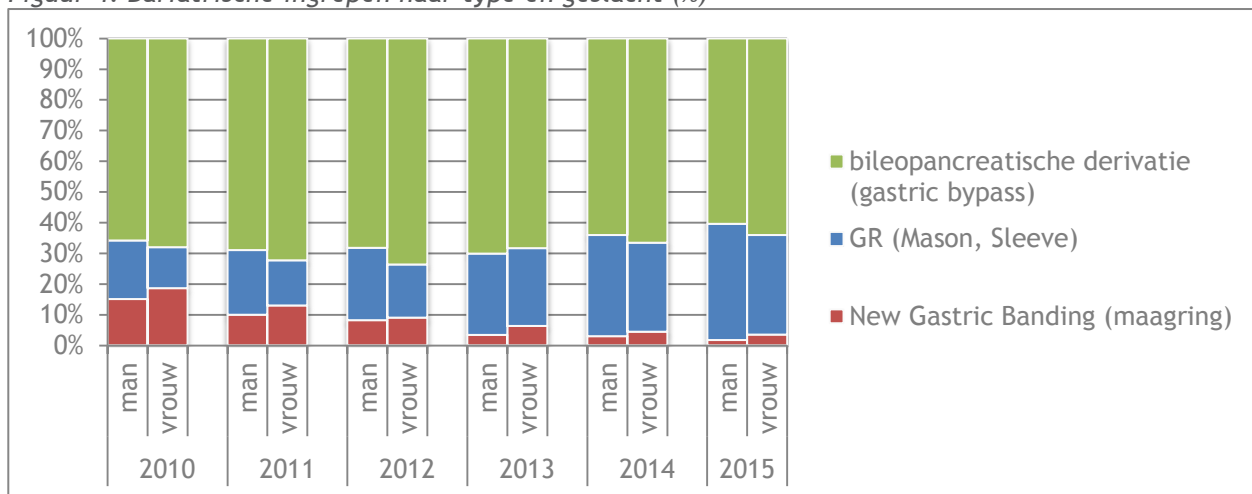
ingreep in de lift: na een lichte terugval tussen 2011 en 2012 nam het aandeel vrouwen bij het plaatsen van maagringen toe van 74 % naar 85 %.

Opvallend ook is dat mannen relatief vaker opteren voor de Mason- en Sleeve-ingrepen dan vrouwen. De laatste jaren werden er nauwelijks nog maagringen geplaatst bij mannen. Van de 148 maagringen die chirurgen plaatsten bij onze leden waren er 22, d.i. 15 %, voorbehouden voor mannen.

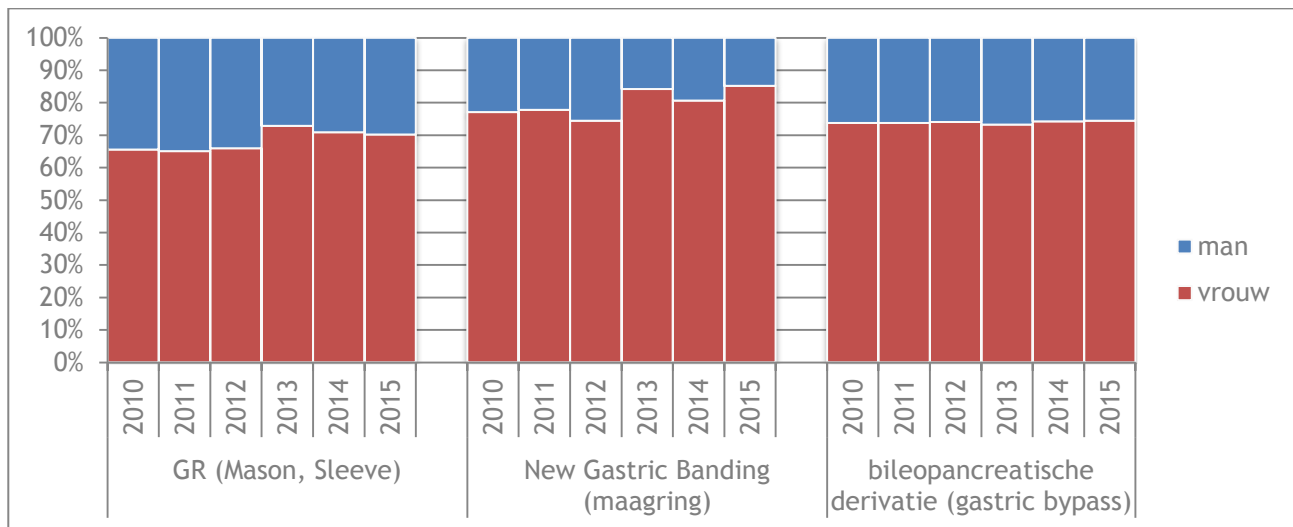
Figuur 3: Aantal bariatrische ingrepen naar type en geslacht



Figuur 4: Bariatrische ingrepen naar type en geslacht (%)



Figuur 5: Verdeling van bariatrische ingrepen naar type en geslacht

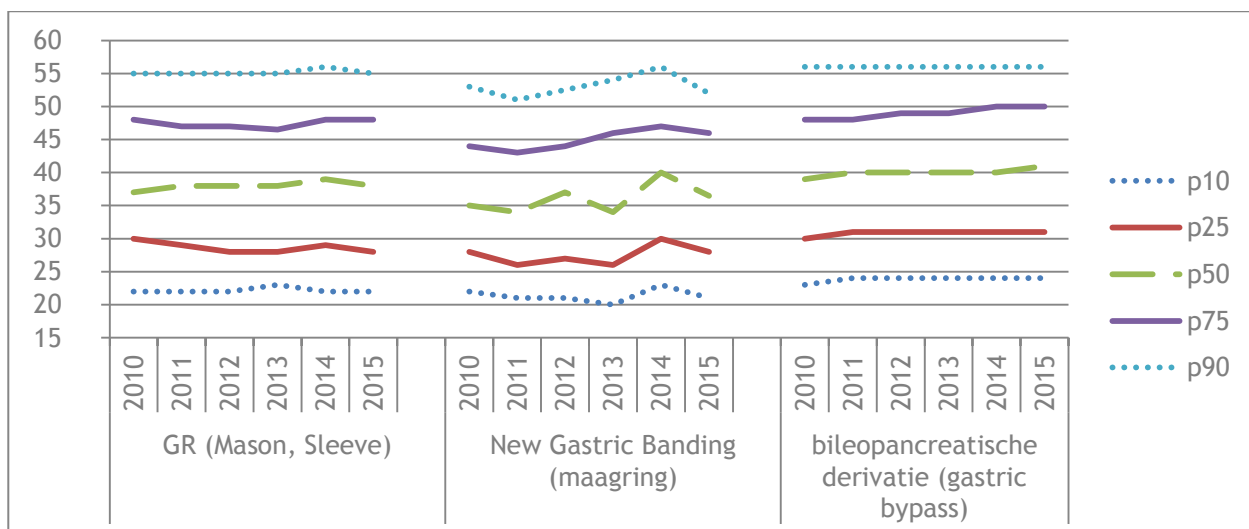


3.2.2 Leeftijd

In 2015 was de patiënt die een obesitas ingreep onderging gemiddeld 40 jaar oud³. Een interessante vaststelling is de leeftijdsverschillen die we vinden tussen de types ingrepen. In Figuur 6 geven we de verdeling naar leeftijd voor de drie types ingreep. De groene stippellijn geeft de mediane leeftijd terug. Dit betekent dat de helft van de populatie die dit type ingreep liet uitvoeren die leeftijd had of jonger was op het moment van de ingreep. De overige lijnen geven de respectievelijke percentielen weer: p10: de leeftijd waarop het jongste deciel geopereerd was, p25 is dan de leeftijd waarop een kwart van de patiënten geopereerd was, etc. Zo zien we dat de patiënten die een maagring laten plaatsen door de band wat jonger zijn. Gekeken over heel de periode 2010-2015, lag de mediane leeftijd voor het laten plaatsen van een maagring op 36 jaar, voor een restrictieve ingreep (Mason/Sleeve) op 38 jaar en voor de derivatieve ingrepen op 41 jaar.

De leeftijdsverdelingen blijven over de jaren heen vrij stabiel.

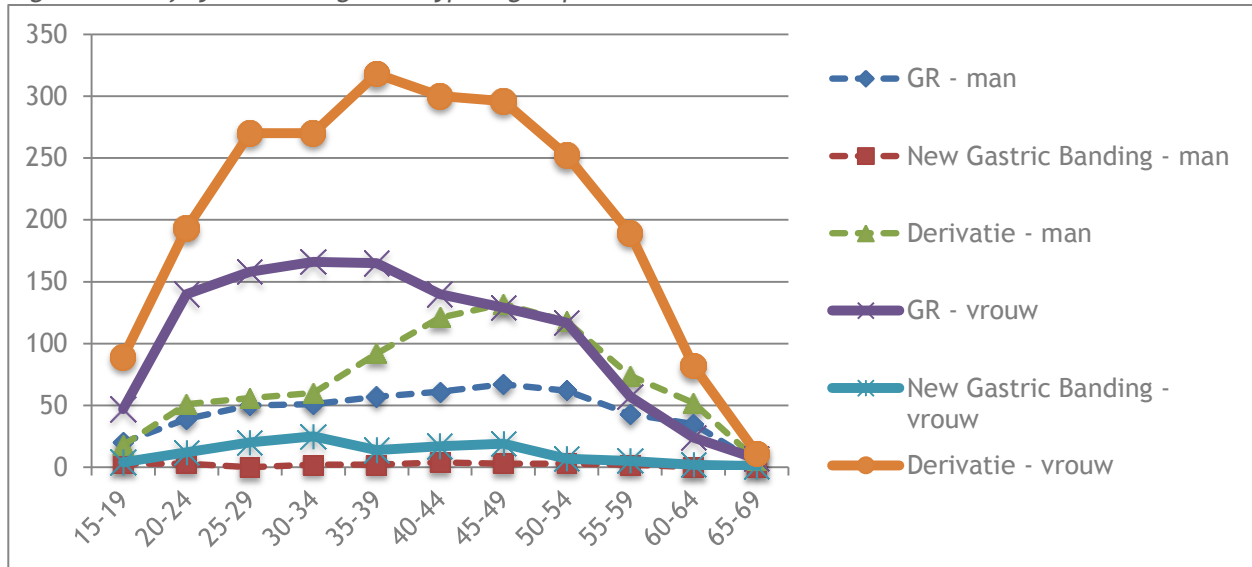
Figuur 6: Leeftijdsverdeling naar type ingreep



³ Ondanks de selectiecriteria van een leeftijd tussen 18 en 65 jaar oud voor deze studie wordt het gemiddelde nauwelijks beïnvloed door hogere leeftijden die niet weerhouden werden. Negentig procent van de ingrepen gebeurde immers bij patiënten van 57 jaar en jonger. Ter info, de oudste patiënt in onze databank en die voldeed aan de vergoedingsvoorwaarden van het RIZIV liet zich opereren aan de leeftijd van 79 jaar.

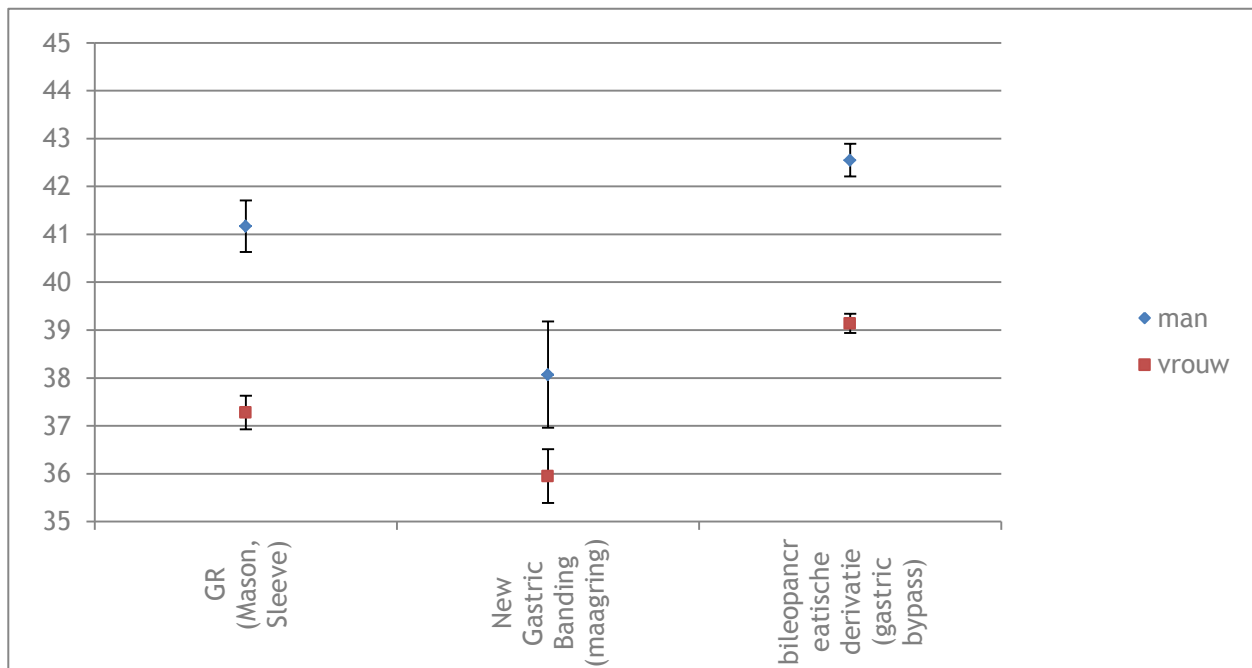
Uit Figuur 7 kunnen we opmaken dat in 2015 de meeste chirurgie werd uitgevoerd bij vrouwen tussen de 35 en 39 jaar oud.

Figuur 7: Leeftijdsverdeling naar type ingreep in 2015



We kunnen ook kijken naar de leeftijdsverdeling volgens geslacht. Daaruit blijkt dat de mannelijke patiënten doorgaans wat ouder zijn dan de vrouwelijke en dit ongeacht het type ingreep.

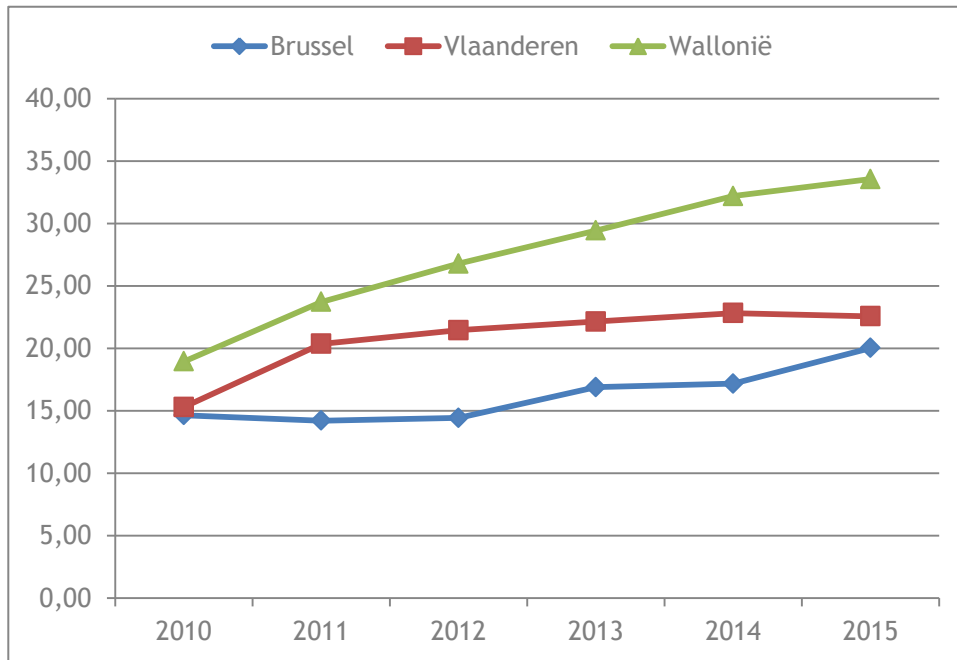
Figuur 8: Gemiddelde leeftijd (met BI 95%) naar type ingreep en geslacht (2010-2015)



3.2.3 Regionale verschillen

In het Waals gewest⁴ verrichten artsen opmerkelijk meer obesitaschirurgie per 10 000 leden tussen de 18 en 65 jaar oud. Bovendien blijkt het aantal ingrepen nog toe te nemen, terwijl dit in Vlaanderen eerder stabiel blijft de laatste jaren (Zie Figuur 9). In Brussel kende de bariatrische chirurgie een trage start, maar ondertussen is er een inhaalbeweging begonnen en worden er per jaar bijna evenveel ingrepen verricht als in Vlaanderen per 10 000 leden.

Figuur 9: Aantal ingrepen per gewest per 10 000 leden (18-65 jaar)



Figuur 10 toont in absolute cijfers het aantal bariatrische ingrepen per type en woonplaats van de patiënt. Hier valt onmiddellijk op dat met name in Wallonië er sterke toename is geweest van het aantal ingrepen. Over de jaren 2010-2015 nam het aantal ingrepen in het Waalse gewest met 60 % toe, in het Vlaamse gewest met 37 % en in het Hoofdstedelijk Brussels gewest met 27 %.

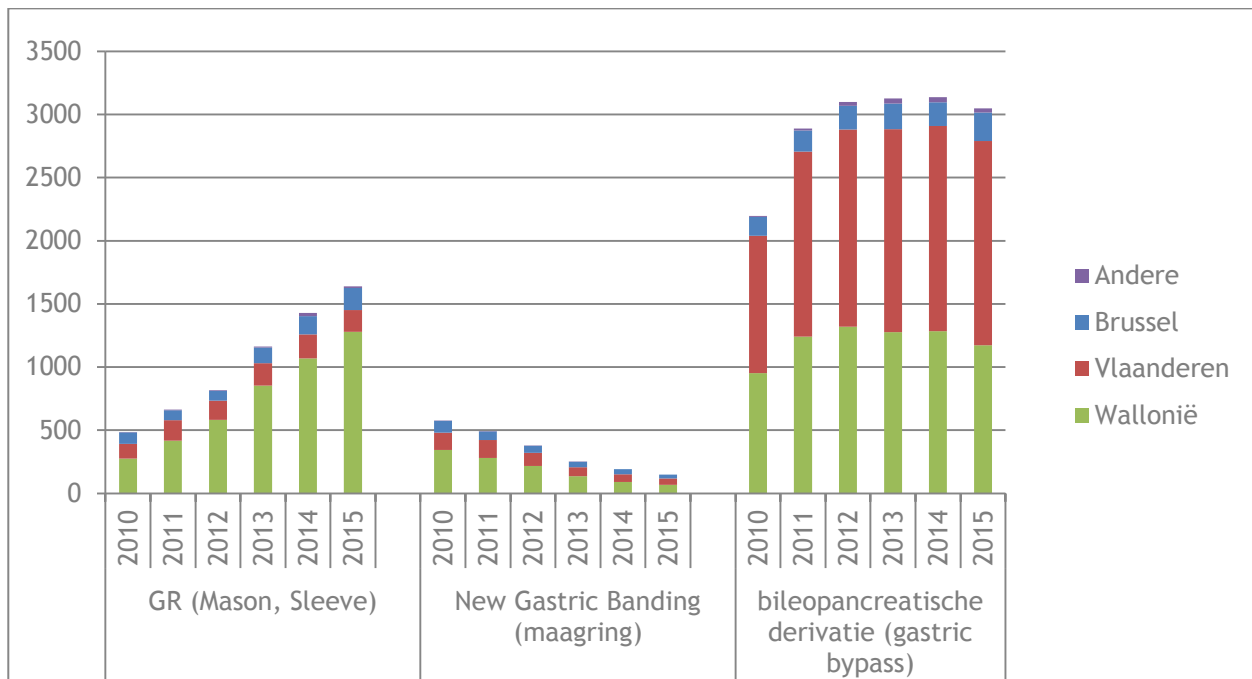
Gekeken naar het type ingreep merken we dat in Wallonië het belang van reducerende ingrepen sterk toegenomen is. Zowel in absolute aantallen als in relatieve cijfers nam dit soort operaties sterk toe. In 2015 werd meer dan 70 % van de reducerende chirurgie uitgevoerd bij Waalse patiënten. In dezelfde periode zien we ook dat het aandeel van Waalse patiënten in de maagringoperaties sterk afneemt. Een groter deel van de maagringen werd geplaatst bij patiënten uit Brussel en, in minder mate, Vlaanderen (zie figuur11).

Uiteraard moeten we er hier rekening mee houden dat ook het ledenaantal van de Socialistische Mutualiteiten over deze periode heen is toegenomen en dat er dus meer mensen 'risico' liepen om geopereerd te worden. Om hiervoor te corrigeren berekenen we de procentuele veranderingen in het aantal ingrepen per 100.000 leden per jaar, voor elk gewest afzonderlijk (zie Figuur 12).

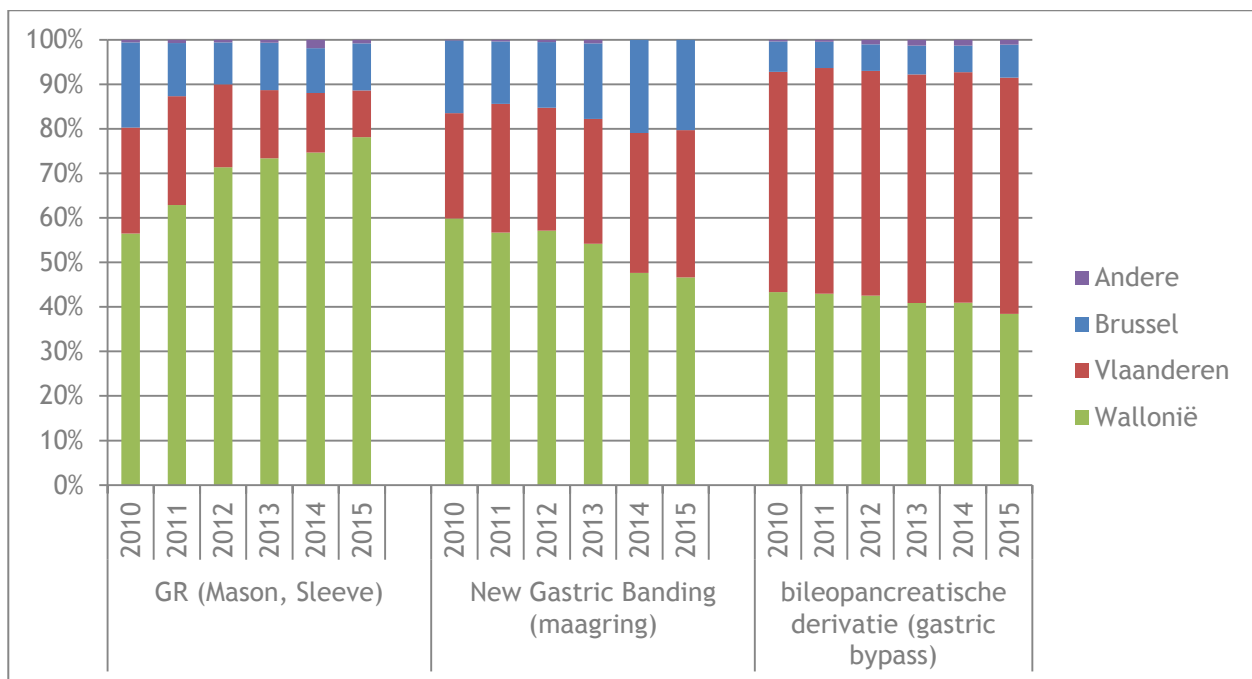
Zoals eerder besproken, zien we een stijging in het aantal ingrepen per 100.000 leden over de periode 2010-2015 in België. Terzelfdertijd merken we echter dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen de verschillende gewesten. In het Waals gewest is de sterkste groei waar te nemen. Over de jaren 2010-2015 stellen we vast dat in dit gewest het aantal ingrepen per 100.000 leden met 61 % toenam. In Vlaanderen en Brussel zagen we een procentuele verandering van 37 % en 21 % respectievelijk. Opmerkelijk is de sterke stijging in het aantal ingrepen per 100.000 leden voor mensen met een woonplaats in het buitenland of een onbekende woonplaats. Deze groep heeft in de periode 2010-2015 een inhaalbeweging gedaan ten opzichte van de andere leden. Hoewel het in absolute aantallen een zeer kleine groep was en is, is het toch een opvallende tendens.

⁴ Met Vlaanderen, Wallonië en Brussel bedoelen we hier telkens het respectievelijke gewest.

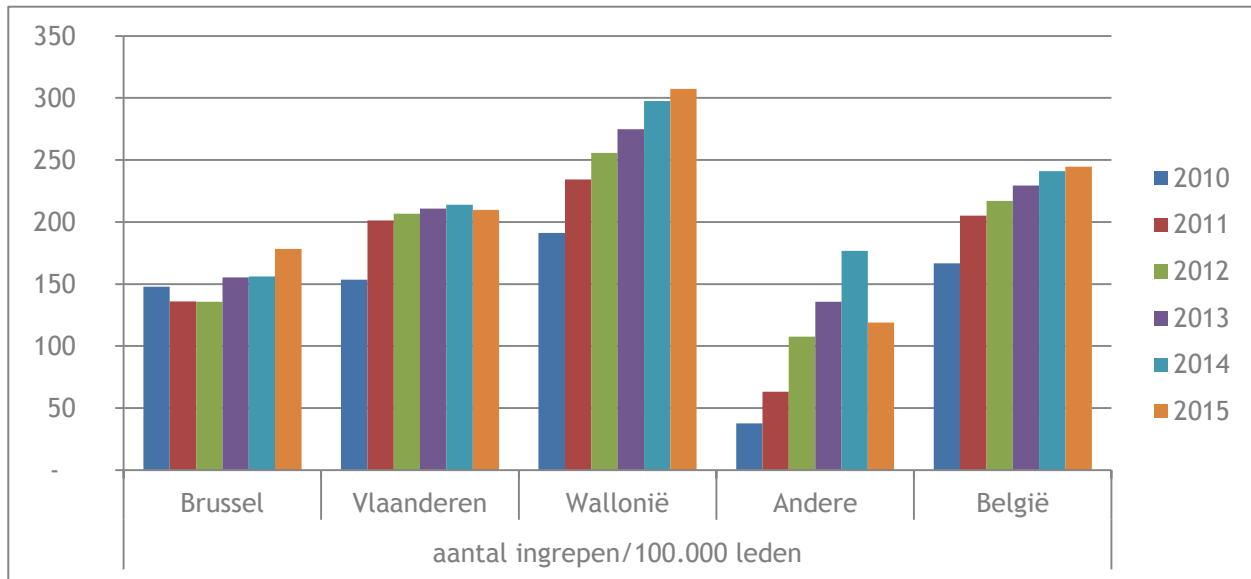
Figuur 10: Aantal bariatrische ingrepen naar type en woonplaats



Figuur 11: Relatieve verdeling van ingrepen naar woonplaats van patiënt



Figuur 12: Aantal ingrepen per 100.000 leden naar woonplaats



3.2.4 Sociaal statuut

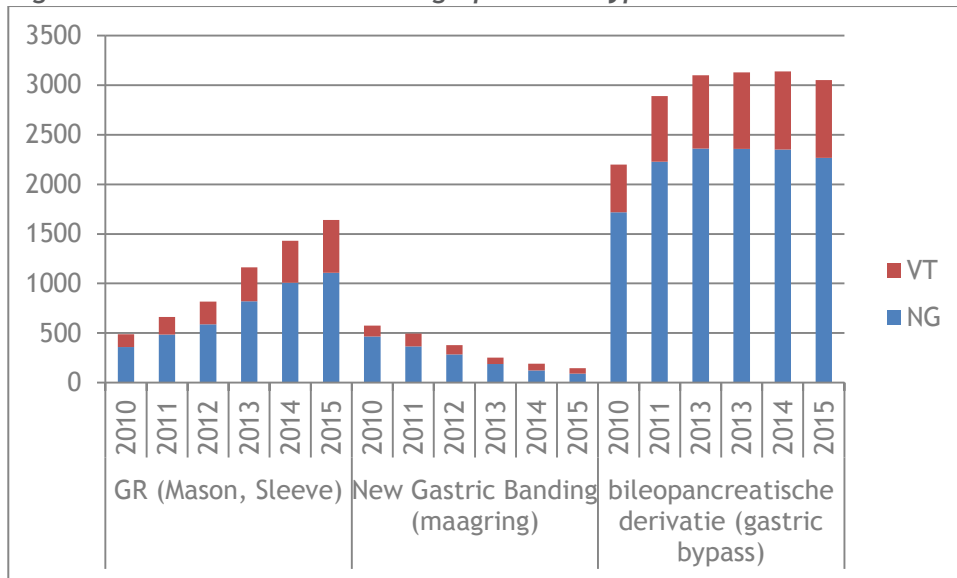
Ongeveer een kwart van de bariatrische ingrepen in 2010-2015 werd verricht bij mensen met een verhoogde tegemoetkoming (VT). We zien ook dat de proportie van mensen met een verhoogde tegemoetkoming die zich lieten opereren toenam over de periode: in 2010 was 22 % VT, in 2015 28 %, d.i. een toename met 29 %.

Tabel 2: Aantal bariatrische ingrepen naar sociaal statuut

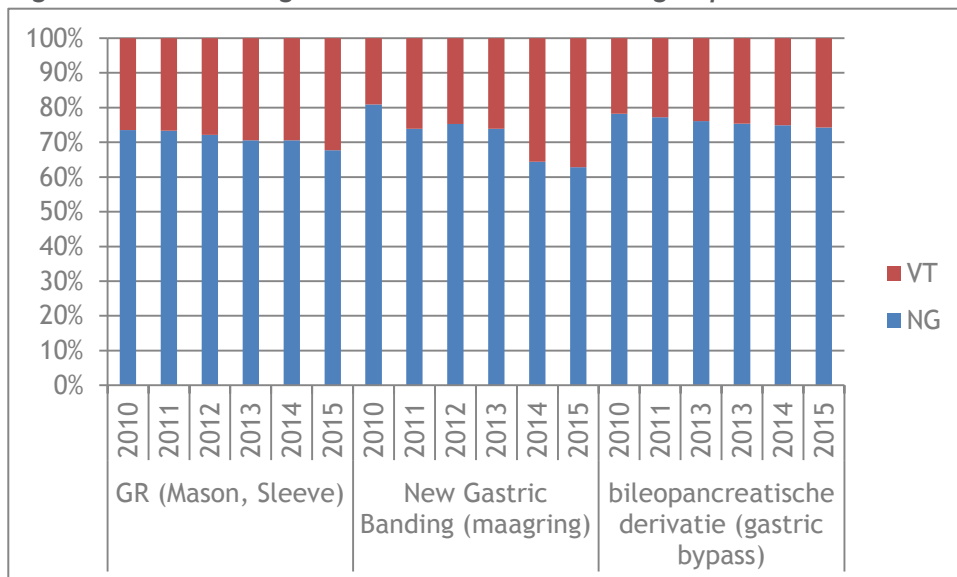
	Normaal gerechtigden (NG)	Verhoogde tegemoetkoming (VT)	prop. VT
2010	2542	718	22%
2011	3080	966	24%
2012	3234	1063	25%
2013	3364	1180	26%
2014	3481	1278	27%
2015	3468	1369	28%
2010-2015	19169	6574	26%

Uitgesplitst naar type ingreep zien we dat het aandeel patiënten met een verhoogde tegemoetkoming toenam in alle drie types ingrepen (GR: +22 %; maagring: +94 %; derivatie: + 18%). De toename van het aandeel patiënten met een verhoogde tegemoetkoming die een maagring lieten plaatsen, springt in het oog. Op een periode van zes jaar nam de proportie VT binnen dit type chirurgie toe van 19 % naar 36 %.

Figuur 13: Aantal bariatrische ingrepen naar type en sociaal statuut

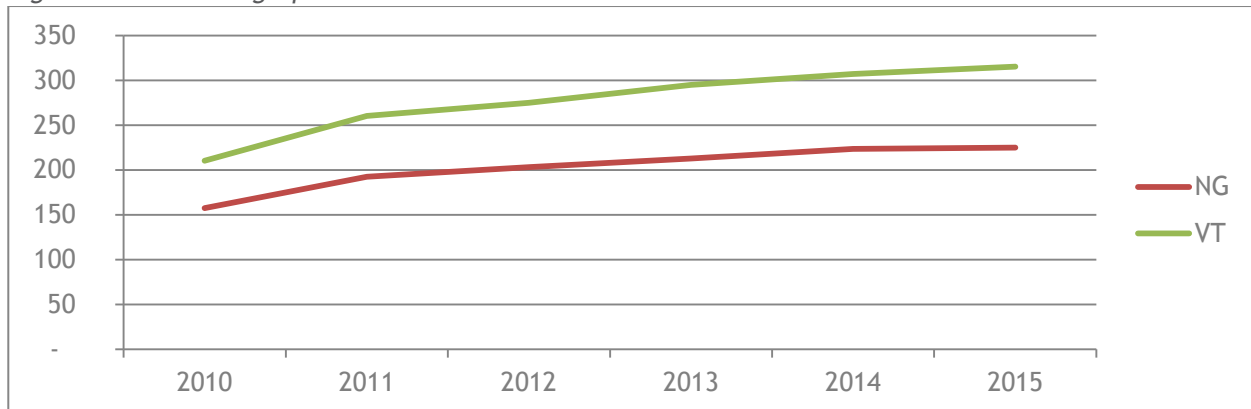


Figuur 14: Verhouding NG/VT naar bariatrische ingreep



Ook hier dienen we echter rekening te houden met het aantal leden met VT in de totale ledenpopulatie. Doorheen de jaren is het statuut VT immers aanzienlijk gewijzigd en kwamen meer en meer mensen in aanmerking. Om hiervoor te corrigeren drukken we de cijfers ook uit in aantal ingrepen per 100.000 leden. Uitgedrukt in aantal ingrepen per 100.000 leden merken we dat leden met een verhoogde tegemoetkoming relatief vaker een bariatrische ingreep lieten uitvoeren. We zien bovendien dat het aantal ingrepen per 100.000 leden sneller toeneemt bij deze groep. Over de zes jaar zagen we een procentuele toename van 50 % bij VT, tegen 43 % bij normaal gerechtigden (zie Figuur 15).

Figuur 15: Aantal ingrepen / 100 000 leden naar sociaal statuut



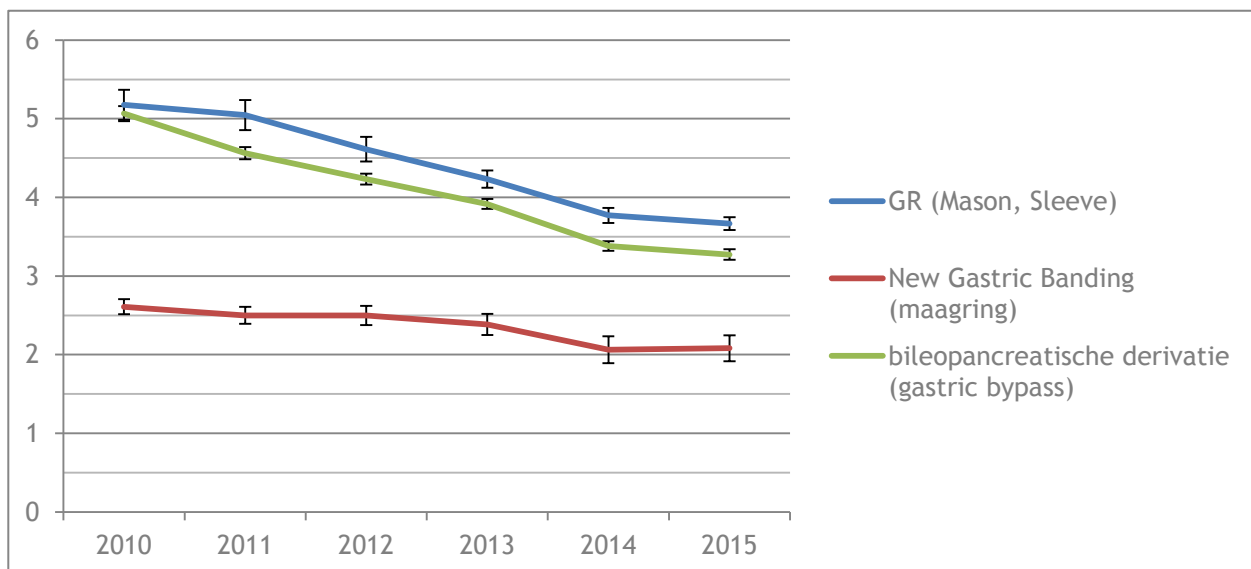
3.3 De ingreep

3.3.1 De verblijfsduur

Er zijn duidelijke verschillen vast te stellen in de verblijfsduur naargelang het type chirurgie. De reducerende ingrepen (type Mason, sleeve) nopen tot een langer verblijf. In 2015 verbleven mensen die deze operaties ondergingen gemiddeld 3,7 dagen in het ziekenhuis. Mensen die daarentegen een maagring lieten plaatsen werden gemiddeld 1,6 dagen minder lang gehospitaliseerd en verbleven 2,1 dagen in het ziekenhuis. Daartussen vinden we de derivatieve ingrepen. Deze patiënten brachten in 2015 doorgaans 3,3 dagen in het ziekenhuis door.

Opvallend is de dalende gemiddelde verblijfsduur, ongeacht de ingreep. Over de 2010-2015 nam voor elk type ingreep jaar na jaar de gemiddelde verblijfsduur af. De afname in verblijfsduur tussen 2010 en 2015 is significant.

Figuur 16: Gemiddelde verblijfsduur naar type en jaar van ingreep (BI 95 %)

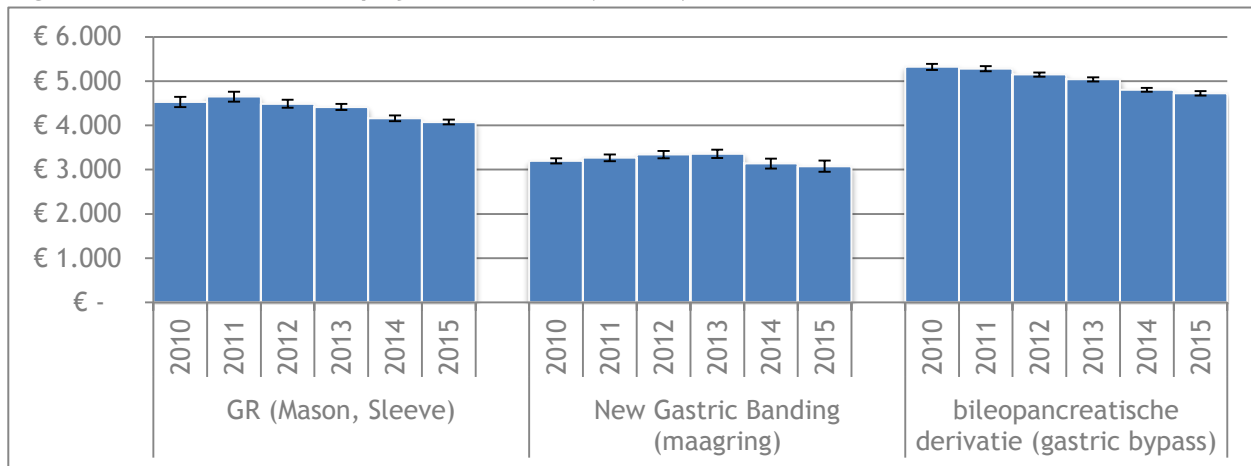


3.3.2 Kostprijs van de hospitalisatie

3.3.2.1 Algemene kostprijs voor de hospitalisatie

In dit onderdeel bespreken we de gemiddelde kostprijs voor de volledige hospitalisatie bij obesitaschirurgie (zie Figuur 17). De new gastric banding is met voorsprong de goedkoopste ingreep voor de verplichte ziekteverzekering, gevolgd door de reducerende ingrepen. De duurste ingreep zijn de derivatieve ingrepen. Over de periode 2010-2015 zien we wel dat de kostprijs voor de ziekteverzekering stelselmatig gedaald is voor de restrictieve en derivatieve ingrepen. In 2015 bedroeg de gemiddelde prijs voor het ziekenhuisverblijf bij het plaatsen van een maagring € 3078, terwijl een reductieve ingreep € 4075 en derivatieve ingreep € 4726 kostte aan de ziekteverzekering.

Figuur 17: Gemiddelde kostprijs voor de ZIV (BI 95%)

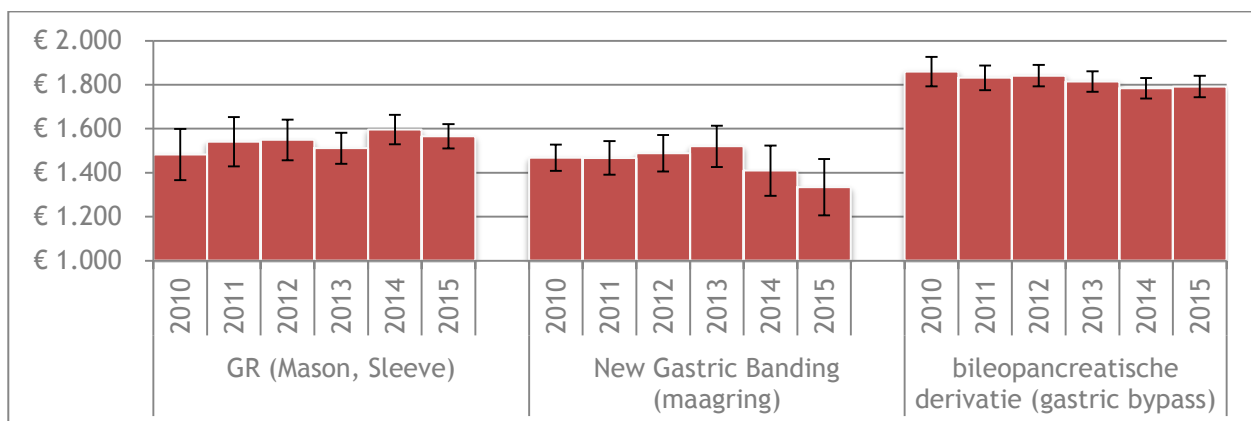


3.3.2.2 Patiëntkost

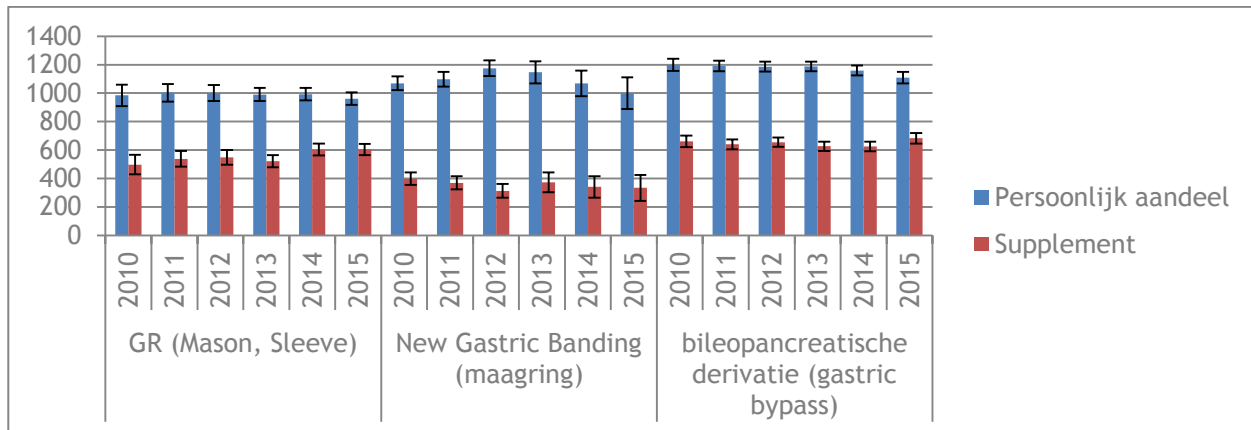
Voor de patiënt waren de ziekenhuisverblijven bij derivatieve ingrepen eveneens de duurste (zie Figuur 18). Gemiddeld betaalden de patiënten die dergelijke chirurgie lieten uitvoeren € 1792 in 2015. Mensen die een restrictieve ingreep lieten uitvoeren, kwamen er aanzienlijk goedkoper vanaf met een gemiddelde kost van € 1565. De goedkoopste optie was echter, net als voor de ziekteverzekering, het laten plaatsen van een maagring. Dit kostte gemiddeld € 1334 in 2015. De gemiddelde prijzen variëren aanzienlijk over de jaren, maar de verschillen zijn niet significant zoals blijkt uit de betrouwbaarheidsintervallen.

De volledige patiëntkost kunnen we verder opsplitsen naar enerzijds betaald persoonlijk aandeel (het remgeld) en supplementen.

Figuur 18: Gemiddelde patiëntkost naar type ingreep



Wanneer we de totale patiëntkost uitsplitsen, kunnen we enkele interessante vaststellingen doen. Hoewel de gemiddelde totale patiëntkost het laagst was bij de maagringoperaties, zien we dat het persoonlijk aandeel hier gemiddeld hoger ligt dan bij de restrictieve ingrepen. Dit wijst erop dat de hogere patiëntkost voor die restrictieve ingrepen vrijwel volledig te wijten is aan de hogere aangerekende supplementen. Bij de derivatieve ingrepen werden niet alleen de hoogste persoonlijke aandelen betaald, ook de supplementen waren navenant gemiddeld het hoogst bij deze verblijven. De persoonlijke aandelen schommelen wel allemaal rond de € 1000, wat in theorie de keuze voor een bepaald type ingreep geen financiële kwestie mag maken.

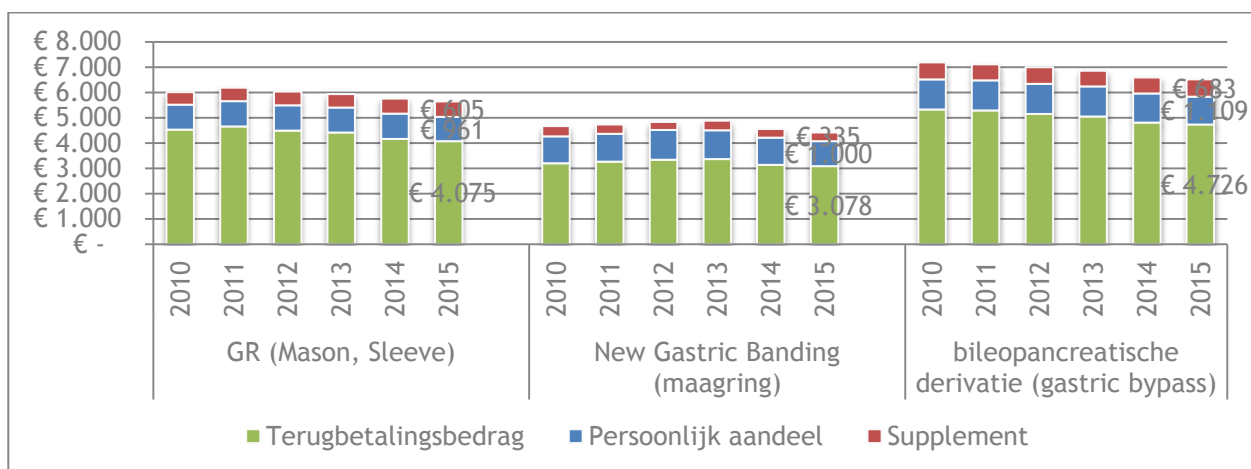


3.3.2.3 Totaal van de kosten

Samenvattend tonen we in Figuur 19 de kostprijs van het volledige ziekenhuisverblijf naargelang het soort ingreep. Uit onze analyses blijkt dat globaal genomen het laten plaatsen van een maagring de minst dure operatie is met een gemiddelde totaalprijs van € 4412. Een deel van de mindere kost ligt uiteraard in het feit dat de opnameduur bij deze ingreep aanzienlijk korter is dan bij de andere operaties. Een kortere verblijfsduur heeft niet alleen een effect op de opnameprijs voor de ziekteverzekering, maar zeker ook op de supplementen die aangerekend kunnen worden tijdens het verblijf. De duurste verblijven vinden we bij de derivatieve ingrepen waar de totaalprijs gemiddeld € 6518 bedroeg. Daartussen vinden we de restrictieve ingrepen die aftikten op € 5641 per verblijf gemiddeld.

De aangerekende persoonlijke aandelen variëren eveneens naargelang de ingreep, net als de supplementen. De kortere verblijfsduur van new gastric bandings en restrictieve ingrepen zijn duidelijk merkbaar in de gemiddelde aangerekende supplementen ten opzichte van de derivatieve ingrepen.

Figuur 19: Samenvatting van de kosten naar type chirurgie



Uit de betrouwbaarheidsintervallen die we weergeven bij alle prijzen kunnen we opmaken dat er redelijk wat variatie bestaat tussen de verschillende kostenposten. In een poging om een deel van die variatie te verklaren bekijken we de kosten ook naar kamertype en sociaal statuut.

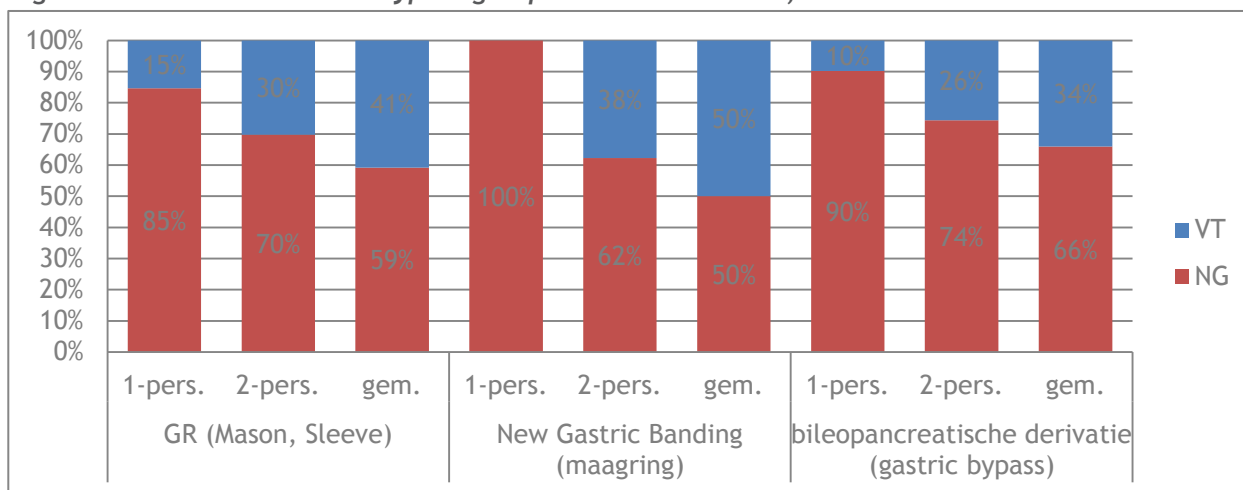
3.3.2.4 Kostprijs naar kamertype en sociaal statuut

Er zijn twee redenen waarom we de kostprijs bekijken in functie van het gekozen kamertype en het sociaal statuut. Het sociaal statuut, verhoogde tegemoetkoming versus normaal gerechtigde, heeft een directe impact op de terugbetaling die een rechthebbende ontvangt. De personen die genieten van de verhoogde tegemoetkoming krijgen een hogere terugbetaling van de verplichte ziekteverzekering en betalen dus minder remgelden, zowel voor de geneeskundige verzorging, als voor het verblijf- en de verzorgingskosten tijdens de ziekenhuisopname. Daarnaast treedt bij deze personen de maximumfactuur sneller in werking waardoor er remgelden betaald dienen te worden tot een bepaalde jaargrens. Het gekozen kamertype heeft een effect op de patiëntkost, doordat in eenpersoonskamers supplementen mogen aangerekend worden.

Om de tabellen overzichtelijk te houden tonen we enkel de kostprijzen in 2015. Alvorens de bedragen te vergelijken, gaan we eerst na of er een samenhang is tussen het sociaal statuut en de kamerkeuze.

Figuur 20 toont dat die samenhang wel degelijk bestaat. In 2015 zagen we dat over alle ingrepen heen slechts 12 % van de eenpersoonskamers ingenomen werden door mensen met een verhoogde tegemoetkoming ($\text{Chi}^2 p < 0,001$).

Figuur 20: Kamerkeuze naar type ingreep en sociaal statuut, 2015

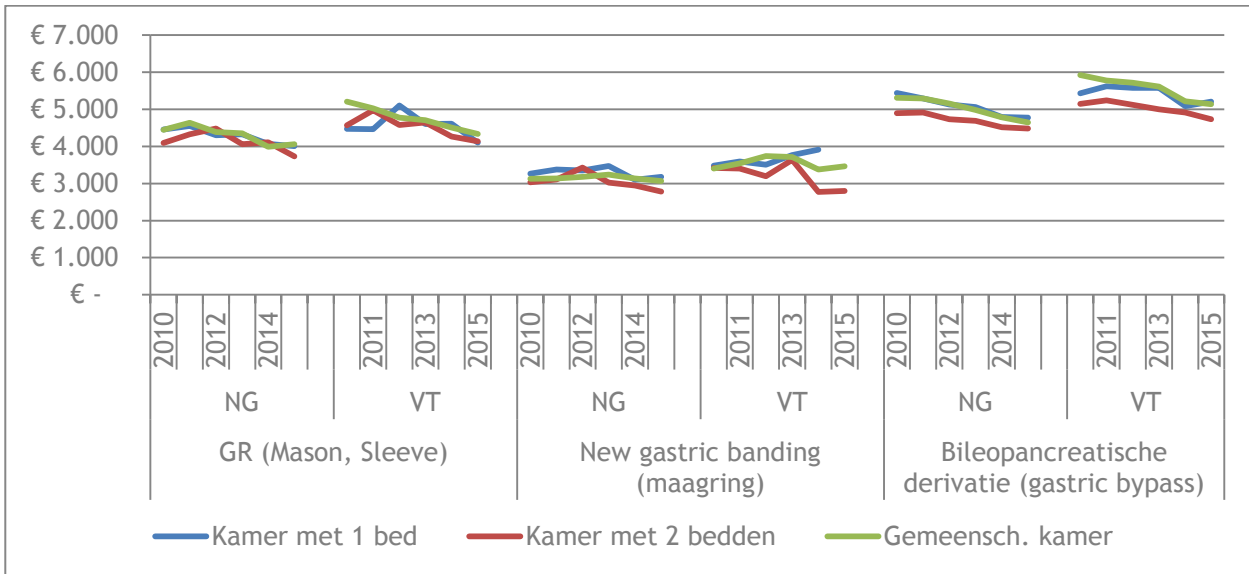


De totale kostprijs voor de verplichte ziekteverzekering en het remgeld verschilt nauwelijks naar kamertype (Zie Figuur 21 en Figuur 22). We zien wel dat bij de derivatieve ingrepen de prijs op een tweepersoonskamer iets lager lag gemiddeld, maar de variatie daarrond was zo groot dat de verschillen tussen de kamers niet significant zijn. Wel was de prijs voor de ziekteverzekering steeds wat hoger bij personen met een verhoogde tegemoetkoming, wat niet verwondert aangezien deze personen een hogere tussenkomst vanuit die verplichte verzekering ontvangen. Bovendien was het zo dat personen met een verhoogde tegemoetkoming gemiddeld wat langer opgenomen werden in het ziekenhuis om medische en/of sociale redenen (cijfers niet getoond). Dit verklaart mee de hogere kost voor de ziekteverzekering.

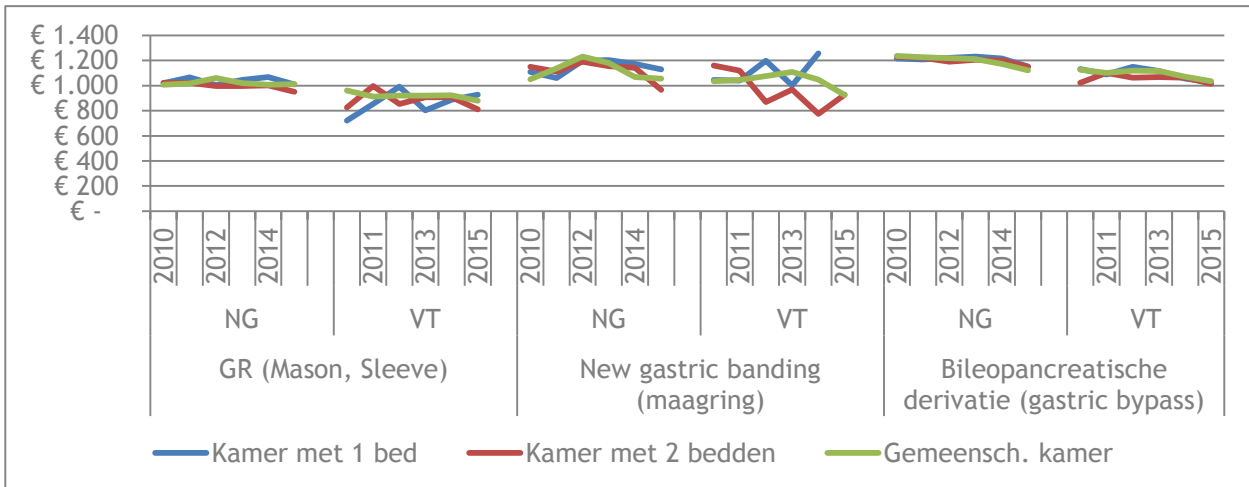
Ook de betaalde persoonlijke aandelen verschilden nauwelijks naargelang het kamertype. Hier zien we dat de remgelden gemiddeld wat hoger waren voor normaal gerechtigden, daar de bijkomende tussenkomst van de ziekteverzekering bij mensen met een verhoogde tegemoetkoming deze tracht te drukken voor mensen die het financieel niet breed hebben.

De verschillen naargelang kamertype speelden wel erg bij de supplementen (Figuur 23). Personen die kozen voor een opname in een eenpersoonskamer betaalden aanzienlijk meer supplementen, ongeacht het type ingreep of het sociaal statuut. Deze verschillen werden nog groter na de invoering van het verbod op supplementen in tweepersoonskamers in 2013. Sindsdien zien we dat de gemiddelde supplementen op meerpersoonskamers stabiel gebleven zijn of zelfs licht gedaald, terwijl de gemiddelde supplementen op eenpersoonskamers wat gestegen zijn. We merken dat er geen verschillen waren tussen de supplementen aangerekend bij personen in meerpersoonskamer naar het sociale statuut. Opmerkelijk is wel dat de aangerekende supplementen bij personen met een verhoogde tegemoetkoming in eenpersoonskamers gemiddeld iets hoger waren dan bij normaal gerechtigden met dezelfde kamerkeuze. Een deel van de verklaring is hier de langere verblijfsduur van deze eerste groep mensen.

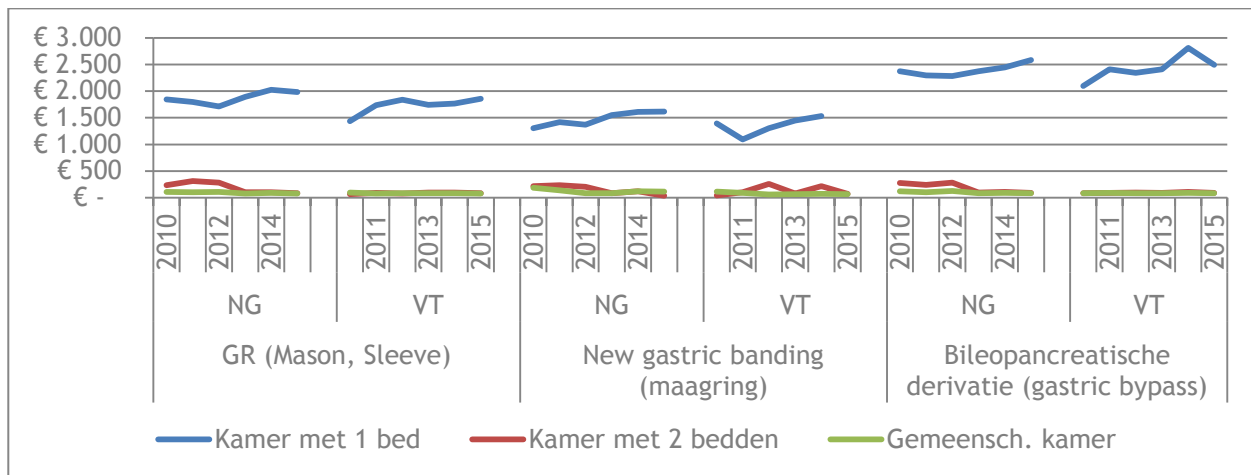
Figuur 21: Kostprijs ZIV naar type chirurgie, kamerkeuze en sociaal statuut



Figuur 22: Kostprijs remgeld naar type chirurgie, kamerkeuze en sociaal statuut



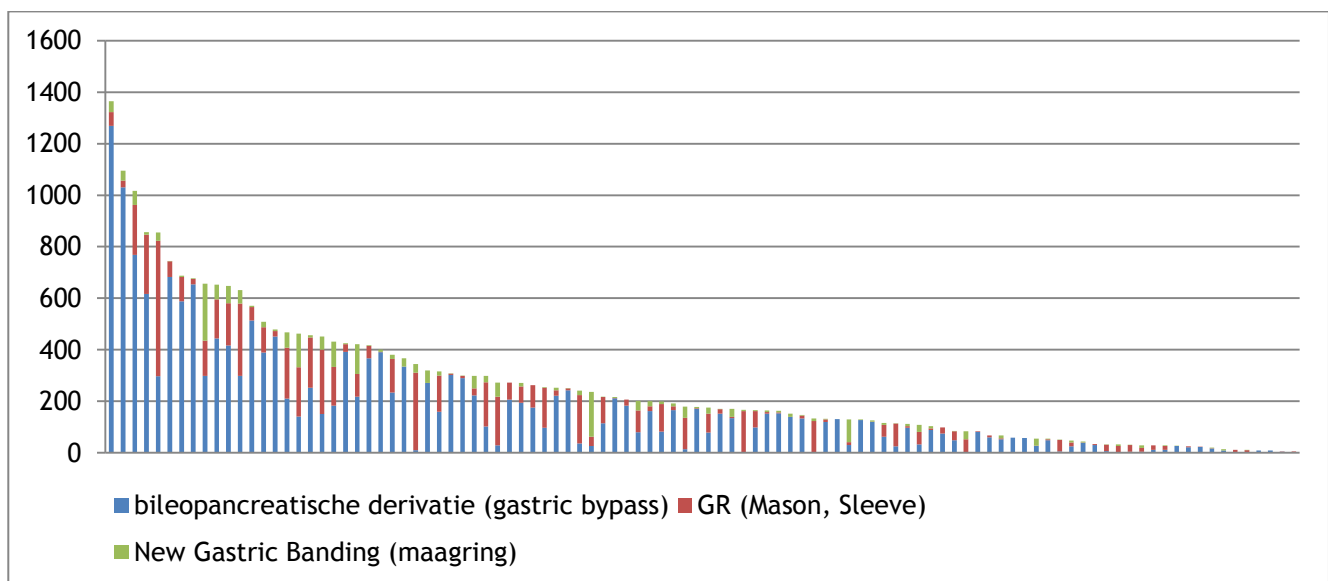
Figuur 23: Kostprijs supplementen naar type chirurgie, kamerkeuze en sociaal statuut



3.3.2.5 Variatie tussen ziekenhuizen

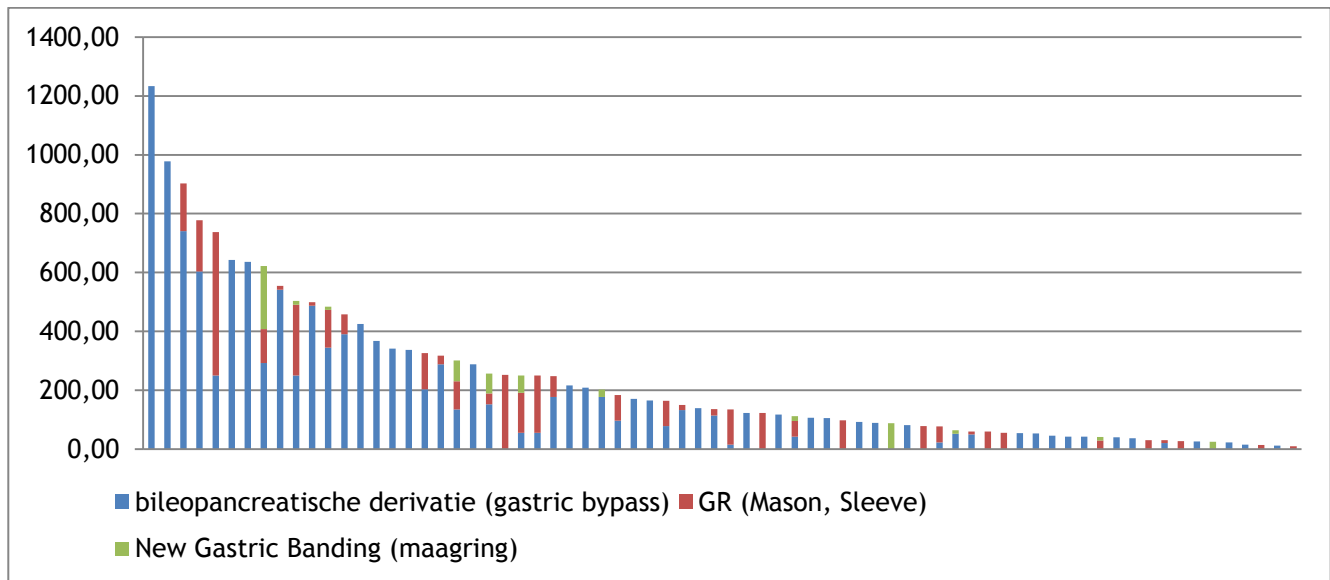
In dit onderdeel bekijken we kort de variatie tussen ziekenhuizen wat betreft de aantallen uitgevoerde ingrepen, de bedragen doorgerekend aan de verplichte ziekteverzekering en aan de patiënt in de periode 2010-2015. Zoals blijkt uit figuur 24 is de variatie in aantal ingrepen en het type ingreep sterk verschillend tussen de ziekenhuizen. Meer dan 50 % van het totale aantal ingrepen werd uitgevoerd in slechts 20 ziekenhuizen wat wijst op een sterke concentratie. Uiteraard is het marktaandeel van de ziekenfondsen niet overall even groot, wat deels een verklaring is voor de concentratie van de ingrepen in een aantal ziekenhuizen. Maar de geografische concentratie van de leden verklaart de concentratie van het aantal ingrepen in een beperkt aantal ziekenhuizen slechts gedeeltelijk. Wat tevens opvalt in deze grafiek is de voorkeur voor een bepaald type ingrepen in de verschillende ziekenhuizen. In het A.Z. Middelheim waren bijvoorbeeld 93 % van de ingrepen van het type bileopancreatische derivatie (gastric bypass), terwijl in het Hopitaux St. Joseph-Ste Therese et Imtr in Charleroi dit soort ingreep slechts 35 % van de ingrepen uitmaakte. Uit de cijfers valt op te maken dat met name Vlaamse ziekenhuizen een voorkeur hebben voor de gastric bypassen (87 % van alle ingrepen in 2010-2015), terwijl de ziekenhuizen in de Franstalige landsdelen eerder kiezen voor reducerende ingrepen (52 % voor Brusselse ziekenhuizen, 55 % voor Waalse ziekenhuizen).

Figuur 24: Aantal ingrepen per ziekenhuis naar type ingreep, 2010-2015 leden SocMut



Ook naar de bedragen aangerekend aan patiënten vinden we grote verschillen tussen ziekenhuizen⁵. Zo zien we dat de bedragen ten laste van de patiënt in een eenpersoonskamer voor een gastric bypass variëren van 6000 euro tot minder dan 2000 euro in 2015. Het persoonlijk aandeel schommelt rond 1200 euro voor alle ziekenhuizen, maar het supplement dat aangerekend mag worden bij opname in eenpersoonskamer varieert van 635 euro tot 4800 euro.

Figuur 25: Patiëntkost voor gastric bypass in eenpersoonskamer, 2015 SocMut



3.3.2.6 Heropnames

Van de patiënten die 1 jaar of langer konden worden opgevolgd (zie “data”-sectie aan het begin van deze studie) werd slechts 1 iemand terug opgenomen binnen 30 dertig na de eerste ingreep. Nemen we een ruimere periode van 1 jaar dan werden 31 personen terug opgenomen ($31/15\ 955 = 0,19\ %$). Let wel, dit zijn enkel heropnames in de enge zin. Enkel ziekenhuisopnames met een nomenclatuurcode voor bariatrische chirurgie werden geregistreerd.

Bekijken we alle patiënten die 1 jaar of langer konden worden opgevolgd en die een heringreep ondergingen dan kunnen we enkele opmerkelijke vaststellingen doen. Zo zien we dat ondanks het feit dat de maagring de minst populaire ingreep, deze wel de meeste patiënten met een heringreep telt, gevolgd door de restrictieve ingrepen. In verhouding tot het totaal aantal eerste ingrepen per type ingreep betekent dit dat 7 % van de patiënten die opteerden voor een maagring later een heringreep ondergaan. Ter vergelijking, slechts 1,6 % en 0,3 % van de mensen die respectievelijk een restrictieve en derivatieve ingreep ondergaan laten later een nieuwe ingreep uitvoeren. Opvallend is tevens dat bij heringreep er voornamelijk gekozen werd voor een operatie van het derivatieve type.

⁵ Enkel ziekenhuizen met meer dan 10 ingrepen gastric bypass in een eenpersoonskamer werden hier meegenomen in de berekeningen.

Eerste ingreep	Heringreep			Totaal
	GR (Mason, Sleeve)	New Gastric Banding (maagring)	bileopancreatiese derivatie (gastric bypass)	
GR (Mason, Sleeve)	6	1	64	71
New Gastric Banding (maagring)	25	7	97	129
bileopancreatiese derivatie (gastric bypass)	11	15	20	46
Totaal	42	23	181	246

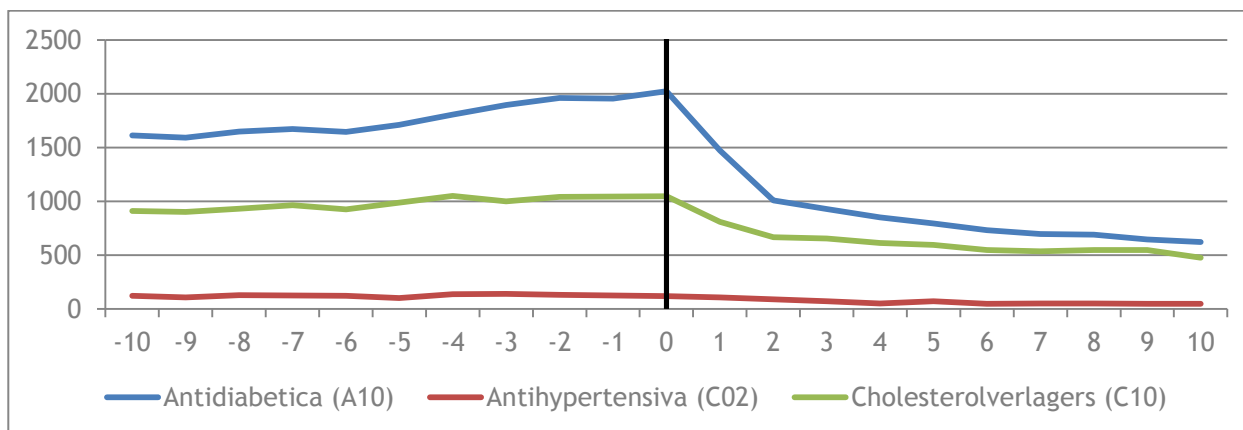
3.3.2.7 Mortaliteit

Van de 23 145 leden die een bariatrische ingreep ondergingen en die we langer dan 1 jaar konden opvolgen in onze populatiegegevens overleden er 28. Zes personen overleden binnen het jaar na de ingreep, een iemand binnen de maand volgend op de ingreep. Dit betekent dat 0,2 % van de personen die een bariatrische ingreep ondergingen overlijden binnen het jaar na de ingreep. Ter vergelijking, in 2015 overleed 0,15 % van de leden tussen 18 en 65 jaar.

3.3.2.8 Medicatiegebruik voor en na de ingreep

Uit onze cijfers blijkt dat het aantal leden dat antidiabetica, antihypertensiva en/of cholesterolverlagers gebruikt sterk daalde in de maanden na de ingreep. Naast louter gewichtsverlies heeft een bariatrische ingreep dus ook directe effecten op het algemene medicatiegebruik en de comorbiditeit.

Figuur 26: Aantal leden met een aflevering in de maanden voor en na de ingreep



CONCLUSIES

- Het aantal bariatrische ingrepen in België is in de afgelopen jaren blijven toenemen. Desondanks de sterke stijging in absolute aantallen, daalde de jaarlijkse groei licht. Met name in Wallonië nam het aantal ingrepen halsoverkop toe.
- Maagringen worden steeds minder populair. De derivatieve ingrepen, waaronder gastric bypass, zijn de gouden standaard geworden en zijn de meest populaire ingrepen. Deze ingrepen zijn echter ook de duurste, zowel voor de ziekteverzekering als voor de patiënt. Doordat patiënten gemiddeld wat langer in het ziekenhuis dienen te verblijven worden de kosten sterk opgedreven. We merken dan ook dat deze ingreep minder populair is bij mensen met een verhoogde tegemoetkoming, bij wie de goedkoopste ingreep, de maagring, meer de voorkeur geniet.
- De meeste heropnames gebeuren bij patiënten die aanvankelijk een maagring lieten plaatsen (7%). Bijna drie kwart van de heringrepen zijn van het type derivatieve chirurgie.
- Wat de verblijfsduur betreft stellen we vast dat deze voor alle ingrepen significant gedaald is in de periode 2010-2015. Dit komt uiteraard de totale kostprijs ten goede.
- De kostprijs is voor de drie types ingrepen effectief afgenomen in de periode 2010-2015.
- Bariatrische chirurgie wordt voornamelijk uitgevoerd bij vrouwen tussen de 35 en 40 jaar.
- De patiëntkost is sterk afhankelijk van het gekozen kamertype bij opname. Supplementen drijven de kost voor de patiënt sterk op.
- De ingreep heeft ook een sterk effect op de comorbiditeit. Het medicatiegebruik van antidiabetica, antihypertensiva en cholesterolverlagers daalde aanzienlijk na de ingreep.