



Impact van de corona- crisis: uitstel van zorg

Luik oftalmologie

2024

Auteurs: David Jaminé, Johan Vanoverloop

Colofon

Publicatiedatum: september 2024

Redactie: Erik Roelants

Aanbevolen referentie: Jaminé, David; Vanoverloop, Johan (2024), Impact van de corona-crisis: uitstel van zorg. Luik oftalmologie, IMA Intermutualistisch Agentschap, Brussel.

Contactgegevens: VZW IMA • Bolwerklaan 21 B7 • 1210 Brussel
Tel. 02 891 72 11 • ima-aim@intermut.be • www.ima-aim.be
KBO 0478.655.210 • RPR Brussel

Dankbetuiging: Met dank aan Pieter Nelis, Agnès Leclerc, Bart Demyttenaere, Luk Bruyneel voor hun medewerking.

Dit document is beschikbaar op de website www.ima-aim.be.

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Inhoudstafel

Abstract	1
1. Inleiding	2
2. Methodologie	4
2.1. Samenstelling van de studiepopulatie.....	4
2.2. Aantallen patiënten en verstrekkingen.....	5
2.3. Sociale stratificatie	6
2.4. Intramurale impact	7
2.5. Invloed van oversterfte	7
3. Resultaten	9
3.1. Beschrijving van de populatie.....	9
3.2. Evoluties van aantallen prestaties en patiënten	11
3.3. Gebruik van de verschillende zorgcircuits.....	25
4. Conclusie	35
Referenties	36

Abstract

In deze studie belichten we de impact van de COVID-19-pandemie op enkele specifieke ingrepen, meer bepaald ingrepen voor de behandeling van primaire en secundaire cataract, intravitreale injecties en vitrectomieën.

Bij het begin van de COVID-periode werden niet essentiële zorgen uitgesteld. De onderzoeksvraag is hier in welke mate deze zorgen dan nadien werden ingehaald en of dit bij verschillende deelpopulaties op eenzelfde manier gebeurde.

Over de gehele periode is er geen volledige inhaalbeweging vastgesteld. Opvallend is dat de impact bij lagere inkomens duidelijk groter is dan bij hogere inkomens. Het aantal patiënten en de prestaties zijn verhoudingsgewijs meer gedaald in het coronajaar 2020 bij de laagste inkomens dan bij de hogere inkomens. Dit verschil kan deels worden verklaard door het feit dat lagere inkomens verhoudingsgewijs vaker gebruikmaken van het intramuraal zorgcircuit.

Om de impact van het uitstellen van niet-essentiële zorg te verzachten, werden er immers mitigerende maatregelen genomen om een deel van deze zorg te verschuiven naar het extramuraal zorgcircuit. Een voorbeeld hiervan is de aflevering van medicatie voor intravitreale injecties door publieke officina's. In de praktijk blijken deze maatregelen evenwel meer ten goede te komen aan de hogere inkomens.

Mogelijk speelt financiële drempelvrees een belangrijke rol bij lagere inkomens om gebruik te maken van het extramuraal zorgcircuit. Dit kan te maken hebben met een lagere graad van extramuraal conventionering en hogere supplementen. Het is essentieel om deze ongelijkheden aan te pakken en ervoor te zorgen dat alle inkomensgroepen toegang hebben tot passende extramuraal oftalmologische zorg, ongeacht hun financiële situatie.



1. Inleiding

Gedurende de COVID-19-pandemie werden wereldwijd maatregelen genomen om de verspreiding van het SARS-CoV-2 virus (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) te beperken [1]. Niet-essentiële zorg werd hierbij vaak noodgedwongen naar de achtergrond geschoven om de beschikbare middelen in de gezondheidszorg maximaal in te kunnen zetten in de strijd tegen het virus. Ook in België zijn in deze optiek op verschillende niveaus tal van maatregelen genomen in de loop van het eerste coronajaar. Zo werd er midden maart 2020 via het Hospital & Transport Surge Capacity overlegorgaan (HTSC), dat gedurende de COVID-19-crisis beheersingsmaatregelen adviseerde aan de ziekenhuizen, gecommuniceerd dat alle niet-essentiële zorg diende geannuleerd te worden nadat werd vastgesteld dat de toevloed van patiënten met COVID-19 naar ziekenhuizen exponentieel toenam [2].

Eind 2021 heeft de Dienst Audit Ziekenhuizen - een samenwerking tussen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), de Federale overheidsdienst Volksgezondheid en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) - een raming uitgevoerd van de niet-uitgevoerde zorg in de ziekenhuizen tijdens de 1^e, 2^e en 3^e COVID-19 golf [3]. Hierbij werd vastgesteld dat de 1^e golf (april 2020) werd gekenmerkt door een grote terugval van essentiële heelkundige ingrepen, en een bijna volledige stopzetting van de niet-essentiële ingrepen. Ook de 2^e golf (november 2020) werd gekenmerkt door een terugval van beide type ingrepen, zij het in iets mindere mate. In de periode na de 2^e golf (december 2020 t.e.m. maart 2021) werd een inhaalbeweging gemaakt van zowel de essentiële als de niet-essentiële heelkundige prestaties. De 3^e golf in april en mei

2021 werd dan weer gekenmerkt door een stagnatie en het terug oplopen van achterstanden.

In deze raming werd bij heerkundige en niet-heerkundige ingrepen binnen **artikel 14h (Oftalmologie)** van de RIZIV-nomenclatuur [4] een algemene achterstand van 9% vastgesteld, met een aanzienlijke terugval bij specifieke ingrepen zoals de zgn. extracapsulaire extracties in de context van cataractingrepen (20%). Een inschatting van de rol van eventueel overgebruik van dit type medische zorg kon hierbij echter niet gemaakt worden.

In deze aansluitende studie zal meer in detail gekeken worden naar de impact van de COVID-19-pandemie op een (grotendeels overlappende) selectie van ingrepen binnen dit artikel van de RIZIV-nomenclatuur, meer bepaald ingrepen voor de behandeling van primaire en secundaire cataract, intravitreale injecties en vitrectomieën (glasvochtoperaties). Hierbij zal aandacht besteed worden aan de rol van een aantal demografische en socio-economische eigenschappen van de patiëntenpopulaties bij de eventuele uitstel van zorg. Uit eerdere rapporten van het IMA bleek immers al dat inkomensverschillen kunnen samenhangen met o.a. een verschillend verbruik van bepaalde vormen van gezondheidszorg [5]. In deze context zal er ook voor bepaalde ingrepen gekeken worden naar wáár de ingreep plaatsgrijpt: binnen het zorgcircuit van de algemene ziekenhuizen of daarbuiten.



2. Methodologie

Voor deze analyse werden gegevens geselecteerd uit twee databanken van het **Intermutualistisch Agentschap (IMA)**: de databanken **Populatie** en **Gezondheidszorgen**. De IMA databank Populatie bevat socio-demografische informatie over alle leden van de 7 Belgische verzekeringsinstellingen, in de praktijk overeenkomend met ca. 98% van de bevolking opgenomen in het Belgisch Rijksregister of dus meer dan 11 miljoen personen. De databank Gezondheidszorgen bevat dan weer administratieve en boekhoudkundige informatie over alle geneeskundige verstrekkingen die door de ziekenfondsen (gedeeltelijk) werden terugbetaald in het kader van de Belgische verplichte ziekteverzekering van de leden van de verzekeringsinstellingen. De databank Gezondheidszorgen zal niet gebruikt worden voor het analyseren van de kosten voor de ziekteverzekering, maar enkel voor de analyse van de aantallen patiënten en geleverde prestaties in de studieperiode.

2.1. Samenstelling van de studiepoulatie

Om de studiepoulatie en het aantal geleverde prestaties te kunnen bepalen, werden eerst alle personen die binnen de periode 2019-2021 een (gedeeltelijke) terugbetaling van de volgende geneeskundige verstrekkingen hebben gehad geselecteerd (tabel 1):

Tabel 1: RIZIV nomenclatuurnummers ¹ voor de selectie van ingrepen omwille van primaire (*) en secundaire cataract (), intravitreale injecties en vitrectomieën.**

Codes	Omschrijving
246595, 246606	Extractie van ooglens (ongeacht de techniek), inclusief het eventueel intra-oculair inplanten van een lens (*)
246912, 246923	Extracapsulaire extractie van de ooglens door ultrasonore fragmentering, laser of andere vergelijkbare methode, inclusief het eventuele inplanten van een lens (*)
246610, 246621	Inplanten of opnieuw inplanten van een intra-oculaire lens in een andere operatietijd dan de extractie van de ooglens (*)
246676, 246680	Extractie van ooglens (ongeacht de techniek), inclusief het eventuele inplanten van een lens, gecombineerd met de volledige heelkundige behandeling wegens glaucoom door fistulisatie (*)
246934, 246945	Extracapsulaire extractie van de ooglens door ultrasonore fragmentering, laser of andere vergelijkbare methode, inclusief het eventuele inplanten van een lens, gecombineerd met de volledige heelkundige behandeling wegens glaucoom door fistulisatie (*)
248275, 248286	Behandeling met laser van een cataracta secundaria, per zitting (maximum 3 zittingen) (**)
246632, 246643	Secundaire cataract (**)
248334, 248345	Intravitreale injectie uitgevoerd in strikt aseptische omstandigheden
246654, 246665	Trans pars plana vitrectomie

2.2. Aantallen patiënten en verstrekkingen

Voor de bepaling van het aantal verstrekkingen worden enkel de hoofdverstrekkingen weerhouden. Alle verstrekkingen die terugbetalingen voor bv. operatieve hulp bij de hoofdverstrekking betreffen, worden niet weerhouden in deze analyse.

Om een beter inzicht te krijgen in de eventuele impact van bepaalde COVID-19 gebeurtenissen (bv. lockdown) op de zorgverstrekking, zullen per type ingreep de (al dan niet cumulatieve) evoluties van de aantallen prestaties per kalenderweek voor de 3 studie jaren met elkaar vergeleken worden. In de vergelijking van de evolutie van de aantallen patiënten zal voornamelijk gekeken worden naar het cumulatief

¹ De gecodeerde lijst met de geneeskundige verstrekkingen opgesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), die de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) geheel of gedeeltelijk vergoedt.

aantal patiënten dat per jaar in een gegeven kalenderweek voor de eerste maal een bepaalde ingreep ondergaat.

In de verdere analyse van de cataractingrepen zullen de nomenclatuurnummers 246595, 246606, 246912 en 246923 samen worden bekeken, aangezien ze vergelijkbare ingrepen betreffen. Ook de nomenclatuurnummers 246676, 246680, 246934 en 246945 betreffen vergelijkbare cataractoperaties in de context van een glaucoombehandeling en worden daarom gebundeld in deze analyse.

Om in te kunnen schatten of er sprake is van een inhaalbeweging voor de eventuele uitstel van zorg in het eerste coronajaar, zal er ook een ruwe extrapolatie worden gemaakt op basis van de evolutie in aantal patiënten in de periode 2017-2019.

2.3. Sociale stratificatie

Om een inschatting te kunnen maken of toegang tot zorg beïnvloed wordt door de sociaaleconomische positie van een bevolkingsgroep, wordt idealiter rekening gehouden met het inkomen en/of opleidingsniveau van deze groep. De Belgische verzekeringsinstellingen bezitten echter slechts gedeeltelijke gegevens over het inkomen van hun leden (bv. via de maximumfactuur) en geen gegevens met betrekking tot het opleidingsniveau. In deze studie wordt daarom een methode van sociale stratificatie toegepast op basis van fiscale statistieken die jaarlijks door het Belgische statistiekbureau **Statbel** worden geproduceerd en verspreid, meer bepaald de fiscale inkomens van natuurlijke personen per statistische sector [6]. De statistische sector is de kleinste administratieve geografische eenheid, bepaald op basis van morfologische en/of socio-economische kenmerken, met gewoonlijk een beperkt aantal straten per sector. België telt ca. 20.000 statistische sectoren, verdeeld over meer dan 580 gemeenten. De statistische sector is ook gedocumenteerd voor de grote meerderheid van de personen die in de IMA databank Populatie zijn vertegenwoordigd (96% tot 99%, afhankelijk van het populatiejaar).

De stratificatiemethode die hieronder wordt voorgesteld is slechts een benadering van de sociaaleconomische positie van een gegeven persoon, aangezien er geen rekening kan gehouden worden met eventuele welvaartsverschillen die tussen gezinnen binnen eenzelfde statistische sector bestaan. Door het werken met een gradiënt van verschillende benaderende inkomensklassen, laat deze werkwijze echter een meer genuanceerde analyse toe in vergelijking met methodes gebaseerd op het al dan niet bezitten van het recht op verhoogde tegemoetkoming (VT) [5].

In het kader van deze studie wordt er enkel gebruik gemaakt van de mediane inkomens, aangezien deze minder gevoelig zijn voor extremen. De referentieperiode voor

de gebruikte Statbel gegevens is het inkomstenjaar 2019, d.w.z. het aanslagjaar 2020.

De stratificatie wordt toegepast op het niveau van de volledige bevolking aanwezig in de IMA databank Populatie voor het referentiejaar 2019. Deze populatie wordt dan op basis van de mediane inkomens in vijf gelijke groepen (kwintielen) verdeeld, waarbij het 1^e kwintiel overeenkomt met de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het laagst is (benadering voor de sociaaleconomisch minst begunstigde bevolkingsgroep) en het 5^e kwintiel met de statistische sectoren met het hoogste mediaan inkomen (benadering voor de sociaaleconomisch meest begunstigde bevolkingsgroep).

Op basis van deze stratificatie wordt dan aan iedere persoon in de studiepopulatie het kwintiel toegewezen.

2.4. Intramurale impact

Oogheelkundige ingrepen die enkel worden uitgevoerd onder plaatselijke of topische verdoving en die géén sedatie van de patiënt vereisen, worden sinds mei 2009 ook terugbetaald in de zgn. extramurale context [7]: d.i. buiten het intramuraal zorgcircuit van officieel erkende algemene ziekenhuizen met ten minste een C-dienst (operatieafdeling) of D-dienst (interne geneeskunde). In deze studie zal nagegaan worden of de COVID-19 crisis tot een (tijdelijke en/of gedeeltelijke) verschuiving van het volume aan ingrepen van het intramurale naar het extramurale niveau heeft geleid. Hiervoor zal gekeken worden naar de verhouding van de aantallen intra- vs. extramurale ingrepen op weekbasis voor laserbehandelingen van secundaire cataract (248275-248286), extracties van de ooglens en eventuele lensimplanten (246595-246606, 246912-246923) en intravitreale injecties (248334-248345).

Ingrepen die in de regel (bijna) uitsluitend in de intramurale context worden uitgevoerd en die bijgevolg géén mogelijke extramurale opvang zouden kunnen aanbieden (bv. vitrectomie) en/of niet voldoende talrijk voorkomen, worden in dit analysedeel niet verder bekeken.

2.5. Invloed van oversterfte

De jaren 2020 en 2021 worden o.a. gekenmerkt door een oversterfte als gevolg van de uitbraak van COVID-19 [8,9]. Patiënten die ingrepen ondergaan die in deze studie worden bekeken zijn gemiddeld genomen veel ouder dan de algemene Belgische populatie, met bv. een hoger risico op overlijden door COVID-19 als gevolg. Afnames van aantallen patiënten en prestaties in een coronajaar ten opzichte van 2019

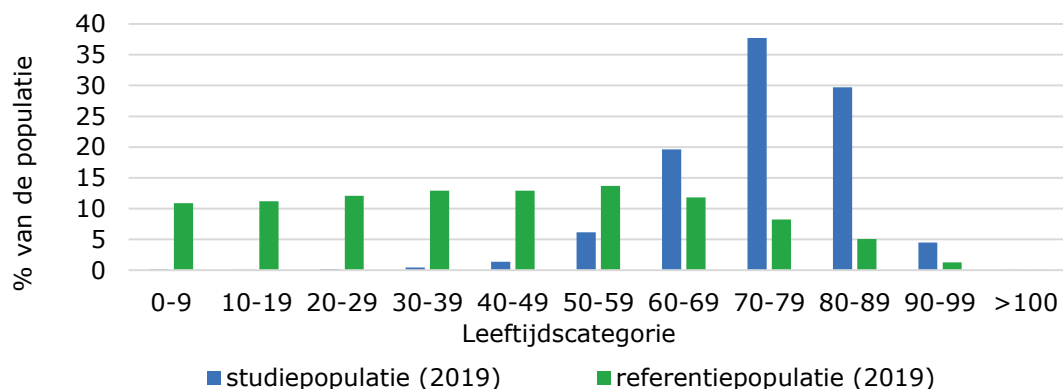
kunnen daarom ook gedeeltelijk te wijten zijn aan een groter aantal overlijdens eerder dan aan een uitstel van zorg. Om een betere vergelijking te kunnen maken tussen 2019 en het eerste coronajaar, zullen ook de mogelijke aantallen patiënten en prestaties van het jaar 2019 ingeschat worden, mocht er in dat jaar een zelfde sterftegraad zijn opgetreden als in 2020. Hiervoor wordt eerst een steekproef (gestratificeerd volgens de leeftijdsverdeling van de populatie van 2020) van personen met ingrepen in 2019 samengesteld die niet in de studieperiode 2019-2021 zijn overleden, ter grootte van de oversterfte van 2020 (aantal sterfgevallen in 2020 – aantal sterfgevallen in 2019). Vervolgens wordt aan iedere persoon in deze steekproef random een week van overlijden toegekend (volgens de verdeling van de oversterfte per kalenderweek in 2020). Van deze steekproef worden dan de gegevens van alle ingrepen verwijderd die optreden na 8 weken vóór de toegekende overlijdensweek (in de veronderstelling dat een patiënt er in de laatste levensweken geen oogheeskundige ingrepen meer zou ondergaan).

3. Resultaten

3.1. Beschrijving van de populatie

In de studieperiode 2019-2021 hebben 386277 personen minstens één hoofdverstreking uit de selectie van nomenclatuurcodes gehad. In vergelijking met de volledige populatie opgenomen in de IMA databank Populatie voor het jaar 2019, is de globale studiebevolking vrouwelijker (58.1% vs. 50.8% vrouwen in respectievelijk de studie- en algemene populatie) en veel ouder (gemiddelde leeftijd respectievelijk 74.3 jaar en 41.9 jaar): zo is 72.0% van de personen in de studiebevolking 70 jaar of ouder, daar waar slechts 14.6% van de personen in de algemene populatie voor 2019 een leeftijd van 70 jaar of ouder bezit (staafdiagram 1).

Staafdiagram 1: distributie van leeftijden in studie- en algemene populatie van 2019, alle type ingrepen samen.



De patiënten met intravitreale injecties vormen gemiddeld genomen de oudste deelpopulatie, de patiënten die glasvochtoperaties ondergingen zijn dan weer gemiddeld genomen de jongste en mannelijkste deelpopulatie (tabel 2).

Tabel 2: geslacht, gemiddelde leeftijd, verhoogde tegemoetkoming (VT), populatiegrootte en aantal prestaties volgens ingreep in 2019

Type ingreep	Aantal personen (P) en ingrepen (I)	% mannen	% vrouwen	Gem. leeftijd (jaren)	% personen met VT
Cataractingreep	P: 132 356 I: 208 123	41,1	58,9	73,9	26,6
Intravitreale injectie	P: 37 773 I: 179 557	44,3	55,7	76,8	30,7
Vitrectomie	P: 8 472 I: 10 519	55,0	45,0	66,2	20,7
Alle ingrepen samen	P: 167 841 I: 398 199	41,9	58,1	74,3	27,3

In vergelijking met de algemene bevolking heeft een groter deel van de studiepopulatie recht op een verhoogde tegemoetkoming: zo heeft 26.6% van de personen in de studiepopulatie in de periode 2019-2021 minstens 1 jaar recht gehad op VT, terwijl dit in de algemene populatie voor dezelfde periode om slechts 21.3% van de personen gaat (respectievelijk 27.3% en 18.9% wanneer enkel naar het jaar 2019 wordt gekeken). Er wordt ook een leeftijdseffect vastgesteld: de oudste populatie - dus deze met intravitreale injecties - heeft verhoudingsgewijs de meeste patiënten die recht hebben op VT, terwijl de jongste populatie (de patiënten met vitrectomieën) het kleinst percentage aan personen met VT heeft (tabel 2).

De stratificatie op basis van de benaderende fiscale inkomens laat zien dat het aandeel van personen met recht op VT toeneemt naarmate het inkomenskintiel daalt (tabel 3). In vergelijking met de algemene bevolking worden er in de studiepopulatie ook proportioneel meer personen met VT teruggevonden in de hogere inkomenskintielen: aangezien de studiepopulatie gemiddeld veel ouder is, zullen lage pensioenen vaak aanleiding geven tot het recht op VT.

Hoewel de studiepopulatie vrouwelijker is dan de algemene populatie, stijgt de man/vrouw verhouding wel naarmate ook het inkomenskintiel stijgt. Dit wordt ook vastgesteld indien uit de algemene populatie een random steekproef wordt gemaakt voor een deelpopulatie met eenzelfde distributie van leeftijden als in de studiepopulatie (IMA-cijfers). Gemiddelde leeftijden verschillen echter weinig in functie van de kwintielen in de studiepopulatie.

Tabel 3: sociale stratificatie volgens benaderende inkomens: aantallen personen, % verhoogde tegemoetkoming (VT) en man/vrouw verhouding (alle type ingrepen samen) ²

Kwintiel	Studiepopulatie					Algemene populatie (2019)	
	Personen (aantal)	Personen (%)	Personen met VT (% van kwintiel)	m/v ratio	Gem. leeftijd (jaren)	Personen (%)	Personen met VT (% van kwintiel)
1 (laag)	67 086	17,4	41,1	0,67	72,2	20,0	38,8
2	81 220	21,0	28,5	0,68	73,6	20,0	22,6
3	80 291	20,8	24,4	0,70	73,5	20,0	15,8
4	76 899	19,9	21,3	0,77	73,0	20,0	11,6
5 (hoog)	76 396	19,8	15,5	0,80	72,6	20,0	7,6

3.2. Evolutes van aantallen prestaties en patiënten

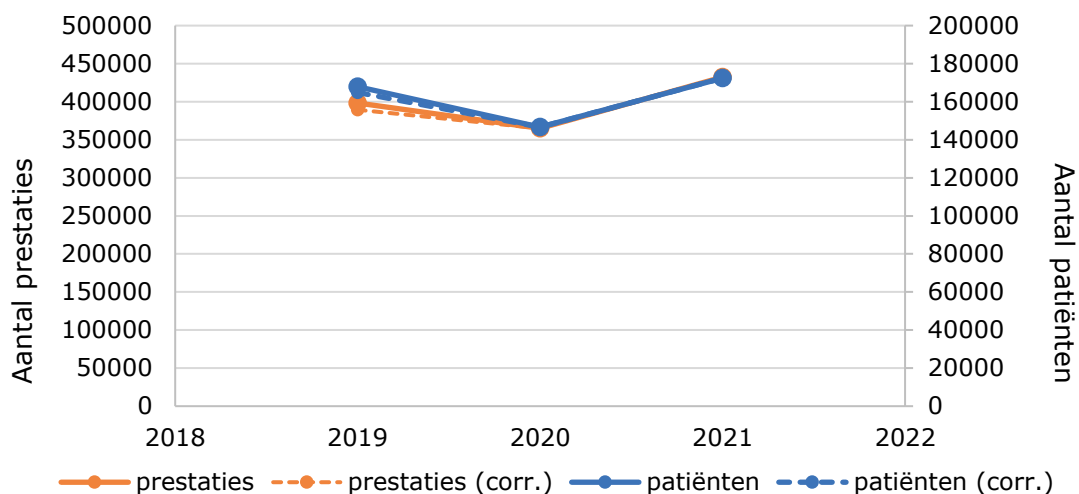
3.2.1. Algemene evolutie (alle ingrepen samen)

Indien wordt gekeken naar alle soorten ingrepen samen, dan lag het aantal behandelde patiënten in het COVID-19 crisisjaar 2020 duidelijk lager dan in het pre-coronajaar 2019: 167841 patiënten in 2019 en 146644 patiënten in 2020, overeenkomend met een daling van 12.6%. Het totaal aantal geleverde prestaties lag in 2020 eveneens lager dan in 2019: 398199 prestaties in 2019 en slechts 365029 prestaties in 2020, gelijk aan een daling van 8.3% (grafiek 1). Ook wanneer de oversterfte van 2020 op de gegevens van 2019 wordt toegepast, blijft de daling in 2020 van het aantal patiënten (164895 patiënten, daling van 11.1%) en prestaties (389370 of -6.3%) ten opzichte van het jaar 2019 zeer duidelijk.

In 2021 lag het aantal behandelde patiënten (172430) en prestaties (432349) dan weer hoger ten opzichte van zowel 2019 als 2020: 17.6% meer patiënten en 18.4% meer prestaties ten opzichte van 2020, of 2.7% meer patiënten en 8.6% meer prestaties ten opzichte van 2019 (4.6% meer patiënten en 11.0% meer prestaties ten opzichte van de gegevens van 2019 gecorrigeerd met de oversterfte van 2020).

² Stratificatie op basis van 96.7% van de algemene populatie in jaar 2019 (3.3% van de personen in konden niet geïncludeerd worden wegens ontoereikende informatie over woonplaats en/of benaderend fiscaal inkomen). Voor de studiepopulatie was het zo mogelijk om voor 98.9% van de personen een kwintiel toe te kennen.

Grafiek 1: evolutie van aantallen patiënten en ingrepen voor de volledige studiepopulatie met (volle lijnen) of zonder (onderbroken lijnen) correcties door overlijdens.



3.2.2. Cataractingrepen

Algemeen

Cataract of 'staar' is een aandoening waarbij eiwitten in het oog aftakelen, waardoor de transparantie van de ooglens langzaam afneemt en de patiënt een wazig zicht ervaart. Een cataractingreep bestaat erin de vertroebelde ooglens chirurgisch te verwijderen en de oorspronkelijke lens te vervangen door een kunstlens (nomenclatuurnummers 246595-246606 en 246912-246923). Cataractingrepen kunnen ook optreden in combinatie met een behandeling voor glaucoom, een groep van chronische oogziekten waarbij de oogzenuw wordt beschadigd (nomenclatuurnummers 246676-246680 en 246934-246945).

Cataractchirurgie gebeurt meestal onder lokale of topische (druppel)anesthesie, zodat ze ambulante kan worden uitgevoerd en de patiënt dus diezelfde dag nog naar huis kan. In zeldzame gevallen kan een gewone ziekenhuisopname noodzakelijk zijn wanneer bijvoorbeeld de gezondheidstoestand van de patiënt dit vereist. Bij de overgrote meerderheid van de ingrepen voor primaire cataract wordt de lensverwijdering ook altijd gevolgd door het aanbrengen van een implantaat. In uitzonderlijke gevallen treden er echter complicaties op, waardoor in een eerste operatie een implantatie van een lens niet mogelijk was en een tweede ingreep dus nodig is (nomenclatuurnummers 246610-246621).

Secundaire cataract of 'nastaar' is geen echte 'staar', maar de meest voorkomende complicatie na een cataractingreep, die bij de meerderheid van de patiënten

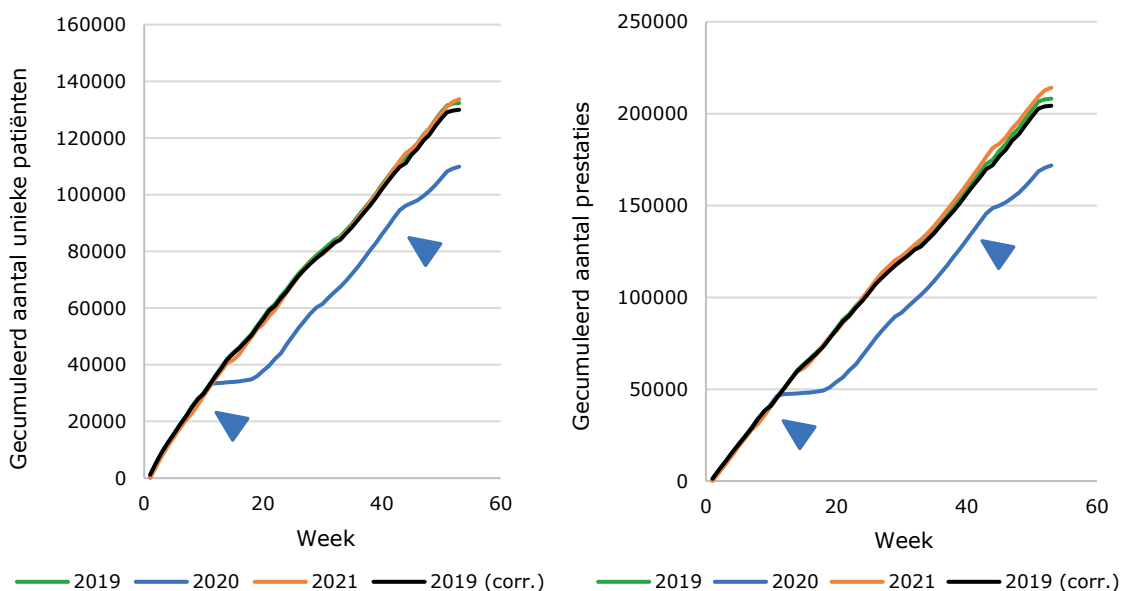
maanden tot jaren na de oorspronkelijke cataractingreep optreedt. Secundair cataract ontstaat doordat achtergebleven cellen van de oorspronkelijke lens het lenszakje waar de lens in zit gaan bedekken en troebel maken. Nastaar wordt behandeld door met een laserstraal een opening in het centrale deel van het achterste lenskapsel te maken om de vertroebeling in het oog weg te nemen (nomenclatuurnummers 248275-248286) of met andere, heelkundige ingrepen (246632-246643).

Alle type cataractingrepen samen

Voor zowel het aantal behandelde patiënten als het aantal geleverde ingrepen wordt er een duidelijke COVID-19 impact waargenomen, voornamelijk gedurende de eerste golf van de epidemie rond de periode van de lockdown (weken 12-18) en in mindere mate tijdens de tweede golf in de weken volgend op de verhoging van het alarmniveau (alarmniveau 4 op de COVID-19-barometer) op 19 oktober 2020. Zo werden er bv. in de weken 12 tot en met 18 van 2020 gemiddeld slechts 301 patiënten per week behandeld, daar waar in de 7 weken voorafgaande aan deze periode er gemiddeld 4210 patiënten per week werden behandeld. Tussen deze twee kritieke periodes in het coronajaar 2020 werden er op weekbasis vergelijkbare aantallen patiënten behandeld als in 2019 (respectievelijk 3560 en 3574 behandelde patiënten per week in de weken 20 t.e.m. 40). Op jaarbasis resulteerde de coronacrisis in 2020 in een terugval van 16.9% voor het aantal behandelde patiënten (van 132356 naar 109926 patiënten) en 17.4% voor het aantal ingrepen (van 208123 naar 171812 prestaties) ten opzichte van het jaar 2019. In 2021 werd op jaarbasis een stijging met 21.8% meer patiënten en 24.9% meer prestaties vastgesteld ten opzichte van 2020, of 1.2% meer patiënten en 3.1% meer prestaties ten opzichte van het pre-coronajaar 2019 (grafieken 2 en 3).

Ook indien een correctie van oversterfte in 2020 op het jaar 2019 wordt toepast, wordt nog altijd een duidelijke daling in het eerste coronajaar vastgesteld (-15.4% patiënten en -15.9% prestaties).

Grafieken 2 en 3: evoluties per jaar van het aantal unieke patiënten met een cataractingreep (links) en het gecumuleerd aantal prestaties (rechts) in een gegeven jaar. Voor 2019 worden ook de correcties door oversterfte in 2020 toegepast (zwarte trendlijn). Blauwe driehoeken: 1^e lockdown in 2020 (week 12) en verhoging naar alarmniveau 4 op de COVID-19-barometer (week 43).



Indien er wordt gekeken naar de evolutie van de aantallen patiënten in functie van de sociale stratificatie, is de dalende trend 2019-2020 meer uitgesproken bij de groep van personen die door de sociale stratificatie werden toegekend aan het kwintiel van de laagste benaderende inkomens (tabel 4).

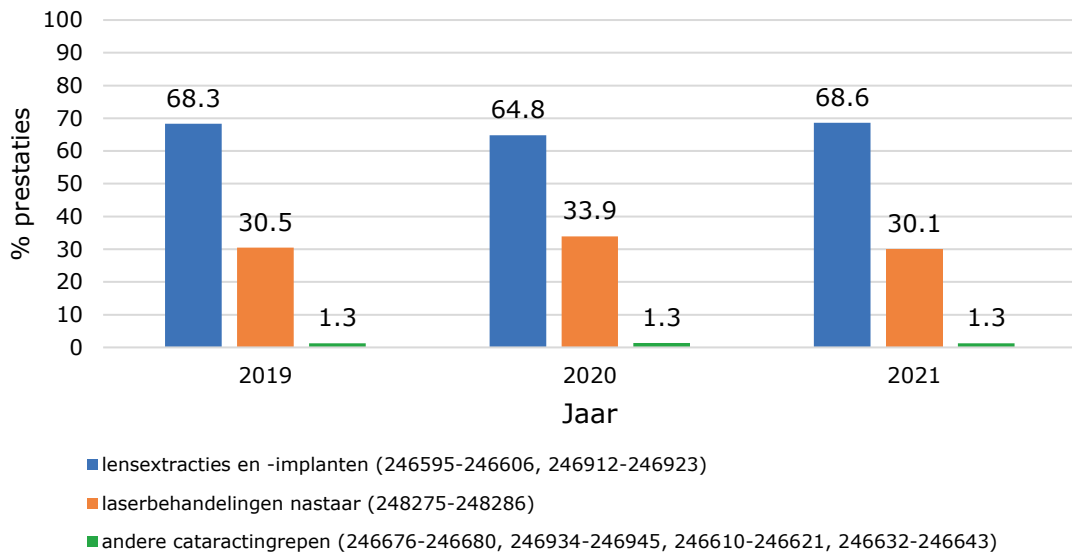
Tabel 4: evolutie van het aantal patiënten met cataractingrepen in de periode 2019-2021 in functie van het inkomenskwintiel ³

Kwintiel	Aantal patiënten			Procentueel verschil in patiënten		
	2019	2020	2021	2019-2020	2020-2021	2019-2021
1 (laag)	23 556	18 594	23 140	-21,1	24,4	-1,8
2	28 190	22 888	27 913	-18,8	22,0	-1,0
3	27 314	22 938	27 689	-16,0	20,7	1,4
4	26 311	22 158	26 647	-15,8	20,3	1,3
5 (hoog)	25 645	22 155	26 944	-13,6	21,6	5,1

³ Aantal patiënten met cataractingrepen zonder toegewezen inkomenskwintiel: 1340, 1139 en 1606 in respectievelijk 2019, 2020 en 2021.

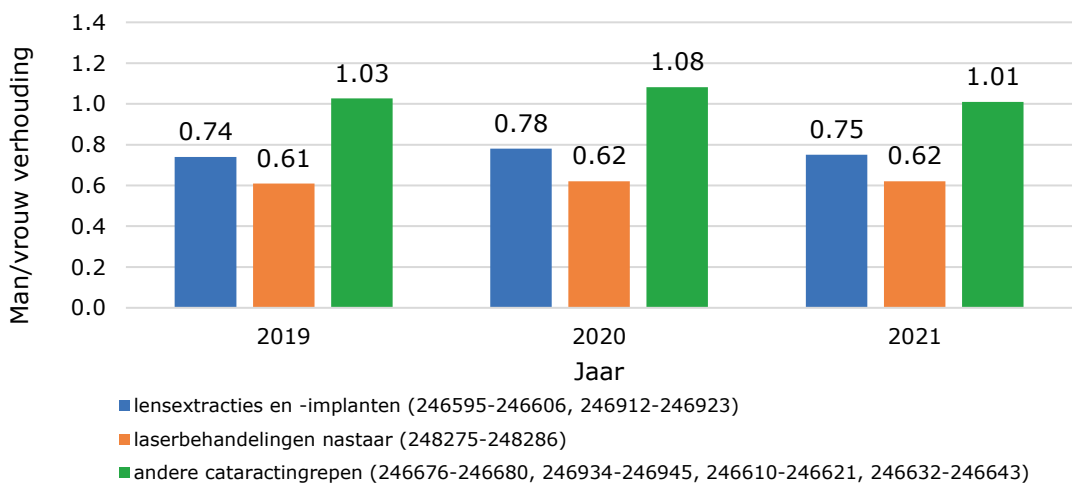
Binnen de cataractingrepen vormen de ooglensextracties met het eventueel inplanten van lenzen veruit de grootste groep van ingrepen in de drie studie jaren, gevolgd door de laserbehandelingen voor secundaire cataracten. Het jaar 2020 wordt hierbij gekenmerkt door een relatieve afname van het aantal ingrepen voor lensextractie t.o.v. de laserbehandelingen van secundair cataract (staafdiagram 2).

Staafdiagram 2: verdeling van de types cataractingrepen in de periode 2019-2021.



Er worden op jaarbasis geen grote veranderingen waargenomen op het vlak van de verhouding aantallen mannen versus aantal vrouwen die minstens 1 cataract-ingreep ondergingen (staafdiagram 3).

Staafdiagram 3: man/vrouw verhouding van de types cataractingrepen in de periode 2019-2021.

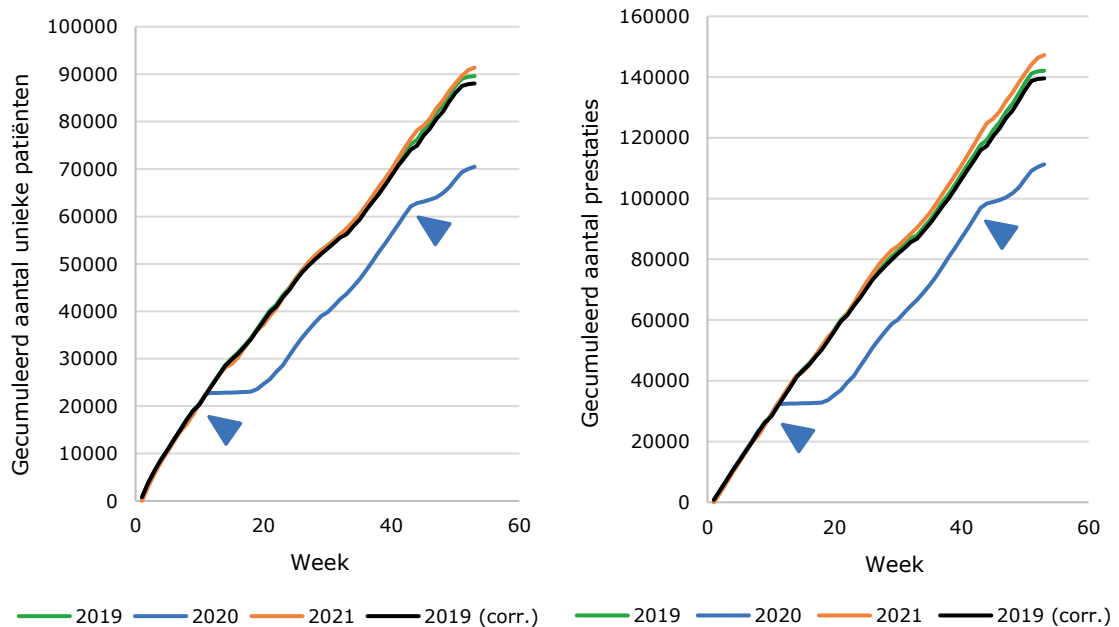


Lensextracties en lensimplanten (246595-246606, 246912-246923)

Voor de lensextracties inclusief eventuele lensimplanten heeft COVID-19 in 2020 tot een duidelijk uitstel van zorg geleid, zowel tijdens de periode van de eerste lockdown in 2020 als tijdens de weken volgend op de verhoging tot alarmniveau 4 op de COVID-19-barometer op 19 oktober 2020. In 2020 verminderde het aantal ingrepen met 21.7% (van 142102 naar 111272) en het aantal patiënten met 21.3% (van 89608 naar 70500). Ook indien in 2019 een vergelijkbare sterfte als in 2020 zou zijn opgetreden, dan blijft de daling zeer uitgesproken: -20.3% en -19.9% voor respectievelijk het aantal prestaties en patiënten (grafieken 4 en 5). We kunnen hier dus uit besluiten dat de impact van oversterfte op de aantallen prestaties verwaarloosbaar is.

Het jaar 2021 kent een gelijkaardig verloop als 2019, met slechts een respectievelijke toename van 3.6% en 2.0% voor het aantal prestaties en het aantal patiënten ten opzichte van dit pre-coronajaar.

Grafieken 4 en 5: evoluties van het aantal unieke patiënten met een lensextractie incl. eventuele lensimplant (links) en het gecumuleerd aantal prestaties (rechts) in een gegeven jaar. Voor 2019 worden ook de gegevens in geval van sterfte zoals in 2020 getoond (zwarte trendlijn). Blauwe driehoeken: 1^e lockdown in 2020 (week 12) en verhoging naar alarmniveau 4 op de COVID-19-barometer (week 43).

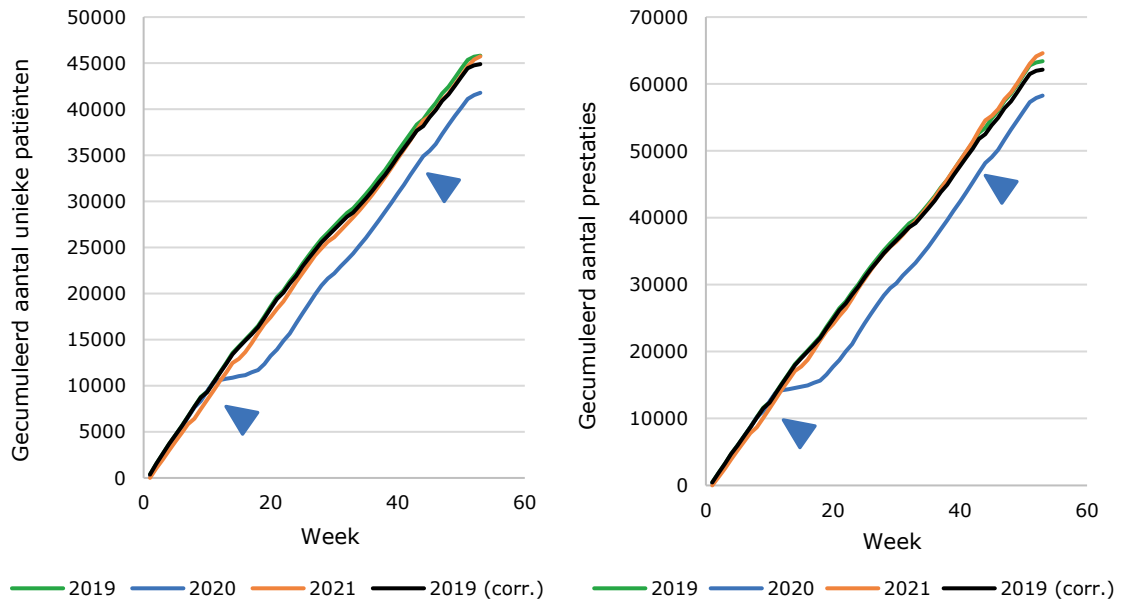


Laserbehandelingen van nastaar (248275-248286)

In tegenstelling tot bij de lensextracties inclusief eventuele lensimplanten, heeft COVID-19 voor de laserbehandelingen van secundaire cataract in 2020 bijna uitsluitend tot een daling van het aantal ingrepen en patiënten geleid tijdens de periode van de eerste lockdown (grafieken 6 en 7). De daling op jaarbasis was ook lager dan bij de lensextracties: -8.1% (van 63403 naar 58263) voor het aantal geleverde prestaties en -8.8% (van 45810 naar 41782) voor het aantal patiënten. Bij correctie voor de oversterfte van 2020 wordt een daling ingeschat in 2020 met 6.2% prestaties en 6.9% patiënten ten opzichte van 2019.

Ook hier wordt in 2021 geen inhaalbeweging waargenomen ten opzichte van 2020: het 2^e coronajaar is immers volledig vergelijkbaar met het pre-coronajaar 2019 (slechts 1.9% meer prestaties en 0.2% minder patiënten dan in 2019).

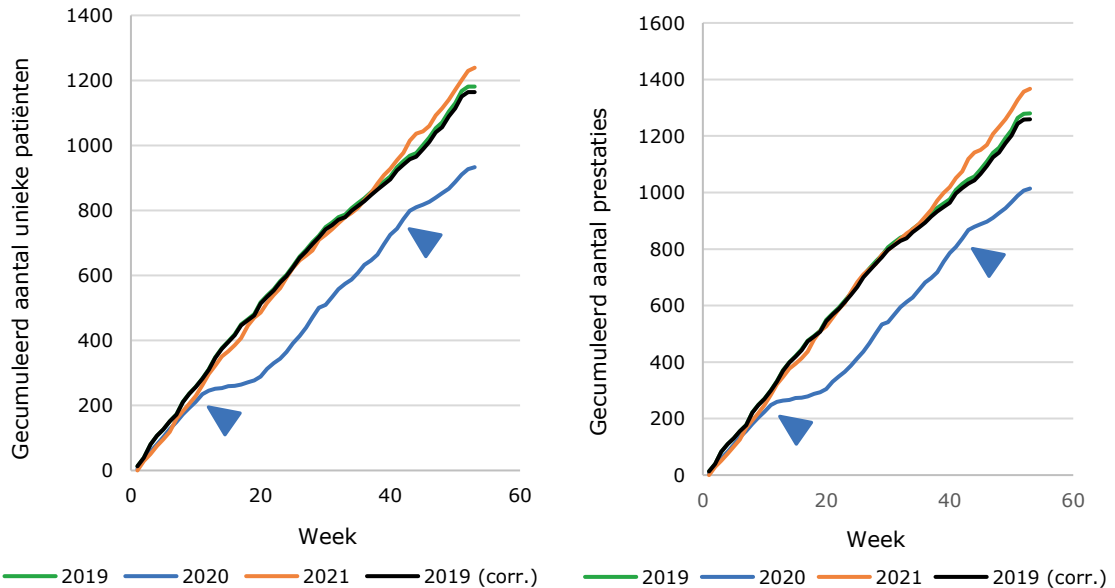
Grafieken 6 en 7: jaarlijkse evoluties van het aantal unieke patiënten met een laserbehandeling voor nasaar (links) en het gecumuleerd aantal prestaties (rechts). Voor 2019 worden ook de gegevens in geval van sterfte zoals in 2020 getoond (zwarte trendlijn). Blauwe driehoeken: 1^e lockdown in 2020 (week 12) en verhoging naar alarmniveau 4 op de COVID-19-barometer (week 43).



Overige cataractingrepen

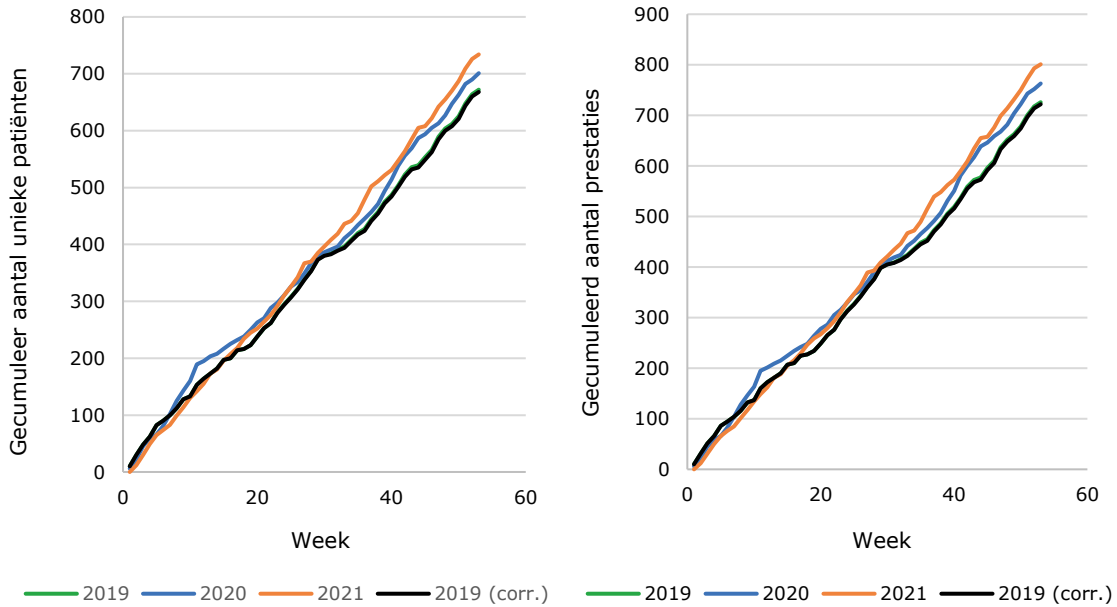
Bij de ingrepen inplanten (of herinplanten) van een lens in een andere operatietijd dan de lensextractie (nomenclatuurnummers 246610-246621) wordt zowel rond de weken van de 1^e lockdown als in de periode volgend op de verhoging van het alarmniveau tot niveau 4 op de COVID-19-barometer (19 oktober 2020) een daling vastgesteld (grafieken 8 en 9). Dit resulteerde in respectievelijk 20.8% en 21.0% minder prestaties en patiënten in 2020 ten opzichte van 2019. Er kan met slechts een toename van 6.8% ingrepen en 4.9% patiënten in 2021 ten opzichte van 2019 ook niet gesproken worden over een inhaalbeweging.

Grafieken 8 en 9: jaarlijkse evoluties van het aantal unieke patiënten met (her-)inplanten van een lens in een andere operatietijd dan de lens-extractie (links) en het gecumuleerd aantal prestaties (rechts). Voor 2019 worden ook de gegevens in geval van sterfte zoals in 2020 getoond (zwarte trendlijn). Blauwe driehoeken: 1^e lockdown in 2020 (week 12) en verhoging naar alarmniveau 4 op de COVID-19-barometer (week 43).



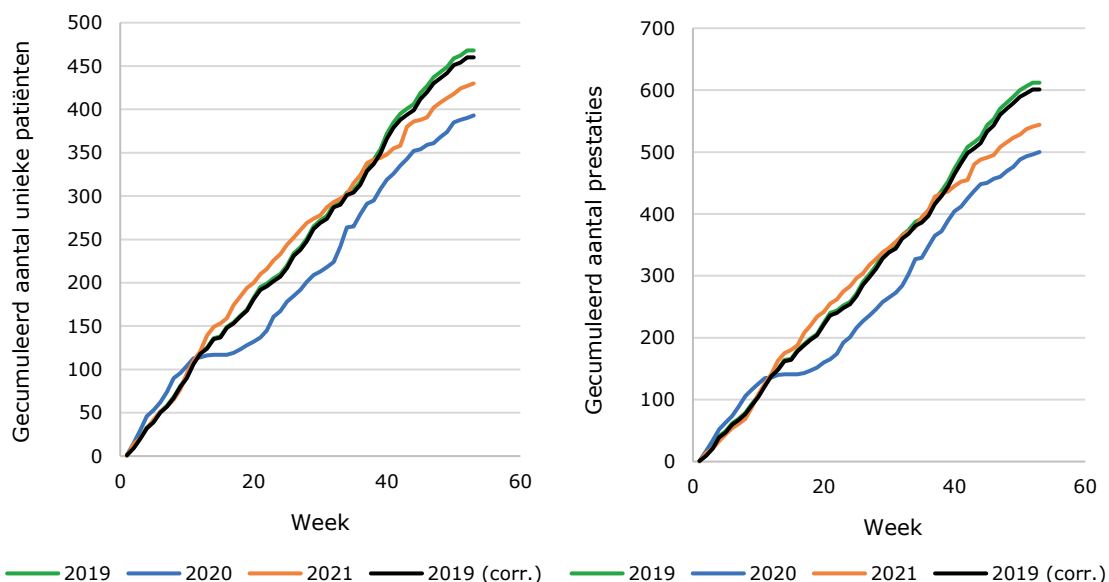
Voor de heekkundige behandelingen van nastaar (246632-246643) worden in 2020 4.3% meer patiënten geteld dan in 2019. De kleine aantallen in deze populatie en de sterk variërende evoluties in de pre-coronajaren laten echter een ondubbelzinnige, verdere interpretatie niet toe (grafieken 10 en 11).

Grafieken 10 en 11: jaarlijkse evoluties van het aantal unieke patiënten met een heelkundige behandeling van nastaar (links) en het gecumuleerd aantal prestaties (rechts). Voor 2019 worden ook de gegevens in geval van sterfte zoals in 2020 getoond (zwarte trendlijn).



Voor cataractingrepen in de context van glaucoombehandeling (nomenclatuurnummers 246676-246680 en 246934-246945) wordt een daling van aantallen patiënten en ingrepen vastgesteld in vergelijking met 2019. De kleine aantallen en sterk variërende evoluties in de pre-coronajaren voor dit type ingreep laten echter ook hier niet toe om ondubbelzinnig te kunnen spreken van een inhaalbeweging.

Grafieken 12 en 13: jaarlijkse evoluties van het aantal unieke patiënten met cataractingrepen in de context van glaucoombehandeling (links) en het gecumuleerd aantal prestaties (rechts). Voor 2019 worden ook de gegevens in geval van sterfte zoals in 2020 getoond (zwarte trendlijn).



3.2.3. Intravitreale injecties

Algemeen

Bij intravitreale injecties wordt een geneesmiddel rechtstreeks in het glasachtig lichaam (vitreum) van het oog gespoten voor de behandeling van o.a. natte maculadegeneratie, diabetische retinopathie (schade aan de kleine bloedvaten in het netvlies ten gevolge van teveel suiker in het bloed), macula-oedeem (vochtophoping in de macula) en vaatafsluitingen. De geneesmiddelen die hierbij worden toegediend zijn gewoonlijk remmers van de vasculaire endotheliale groeifactor (VEGF) zoals Lucentis® en Eylea® die bloedvatnieuwvorming en bloedvatlekkage moeten afremmen.

Evoluties van de intravitreale injecties

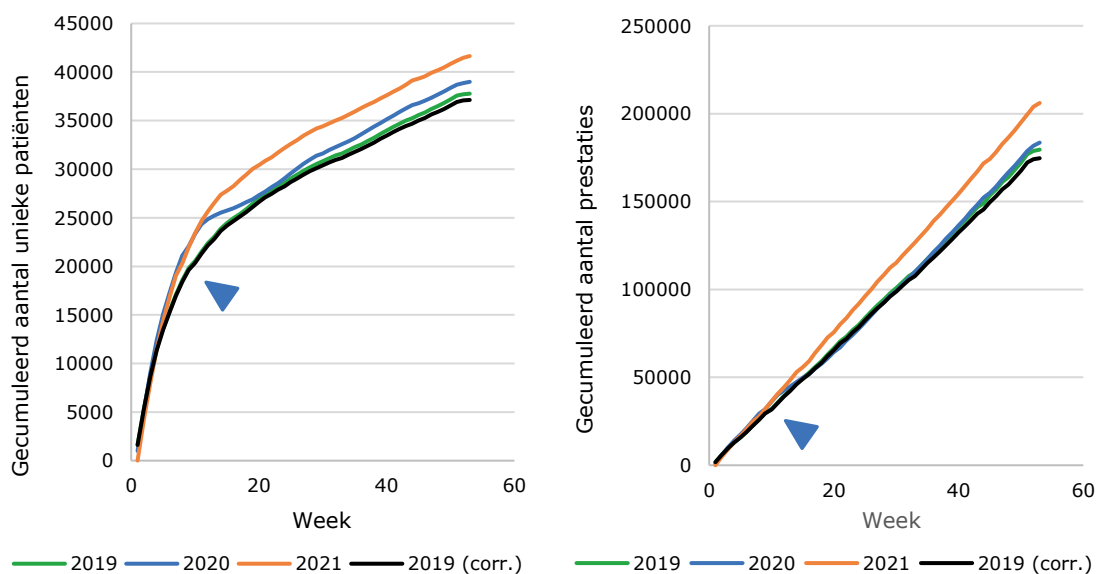
Voor de intravitreale injecties worden er op het eerste gezicht geen duidelijk covid-impact waargenomen: zowel het aantal behandelde patiënten als het aantal geleverde prestaties lag in 2020 hoger dan in het jaar 2019 (respectievelijk 3.2% en 2.2%). In vergelijking met een jaarlijks gemiddelde toename van 15,3% van het aantal ingrepen in de periode 2011-2019 [10] en een specifieke toename in 2019 van 6.9% extra patiënten en 12.9% extra ingrepen ten opzichte van het jaar 2018 (IMA cijfers), kunnen we echter wel degelijk spreken van een zeer duidelijk COVID-19 effect. Het aantal patiënten dat in 2020 een eerste ingreep onderging, toont een

dalende trend vanaf de week van de eerste lockdown (grafiek 14). Patiënten die in 2020 pas na de lockdown van 15 maart een eerste intravitreale injectie hebben gekregen, zijn in de regel 'nieuwere' patiënten: slechts 33.6% van deze 14664 patiënten hebben ook in 2019 minstens 1 intravitreale injectie gekregen (gemiddeld 4.2 geleverde prestaties). Van de 24331 patiënten die in 2020 voor deze lockdown hun eerste injectie hebben gekregen, heeft daarentegen 87.1% reeds minstens 1 injectie in 2019 gekregen (gemiddeld 6.0 geleverde prestaties).

Het jaar 2021 is met een toename van 6.8% patiënten en 12.3% prestaties ten opzichte van het coronajaar 2020 (grafieken 14 en 15) ogenschijnlijk vergelijkbaar met de evolutie in het jaar 2019 ten opzichte van 2018 (IMA cijfers).

Het gemiddeld aantal injecties per patiënt bleef stabiel in het coronajaar 2020: 4.7 in 2020 ten opzichte van 4.8 in het jaar 2019 (mediane waarde = 4 in beide jaren).

Grafieken 14 en 15: evoluties per jaar van het aantal patiënten met een eerste intravitreale injectie (links) in een gegeven jaar en het gecumuleerd aantal prestaties in (rechts). Voor 2019 worden ook de gegevens in geval van sterfte zoals in 2020 getoond (zwarte trendlijn). Blauwe driehoek: 1^e lockdown in 2020 (week 12).



De dalende trend 2019-2020 ten opzichte van de gemiddelde jaarlijkse evolutie in de periode 2011-2019 is meer uitgesproken bij de groep van personen die door de sociale stratificatie werden toegekend aan het kwintiel van de laagste benaderende inkomens. Enkel de groepen van de hogere inkomenskwintielen lijken tijdens het eerste coronajaar de evolutie van de pre-corona periode voort te zetten (tabel 5).

Tabel 5: evolutie van het aantal patiënten met intravitreale injecties in functie van het inkomenskwaartil 4

Kwintiel	Aantal patiënten			Procentueel verschil in patiënten		
	2019	2020	2021	2019-2020	2020-2021	2019-2021
1 (laag)	6 869	6 810	7 253	-0,9	6,5	5,6
2	8 231	8 391	8 881	1,9	5,8	7,9
3	8 111	8 408	8 802	3,7	4,7	8,5
4	7 282	7 613	8 273	4,5	8,7	13,6
5 (hoog)	6 918	7 391	7 981	6,8	8	15,4

Zoals bij de cataractingrepen, worden weinig veranderingen waargenomen op het vlak van de verhouding aantallen mannen versus aantal vrouwen met minstens 1 intravitreale injectie: 0.80, 0.79 en 0.81 in respectievelijk 2019, 2020 en 2021.

3.2.4. Vitrectomieën

Algemeen

Een trans pars plana vitrectomie (afgekort TPPV) of glasvochtoperatie is een oogheelkundige ingreep die uitgevoerd wordt voor de behandeling van diverse aandoeningen van het glasvocht of het netvlies. De ingreep bestaat er uit het glasvocht van het oog te vervangen door kunstmatige oogvocht, gas of olie. Voorbeelden van aandoeningen zijn diabetische retinopathie, netvliesloslating, glasvochtbloeding, afwijkingen van de zgn. macula (gele vlek) of inwendige oogontsteking.

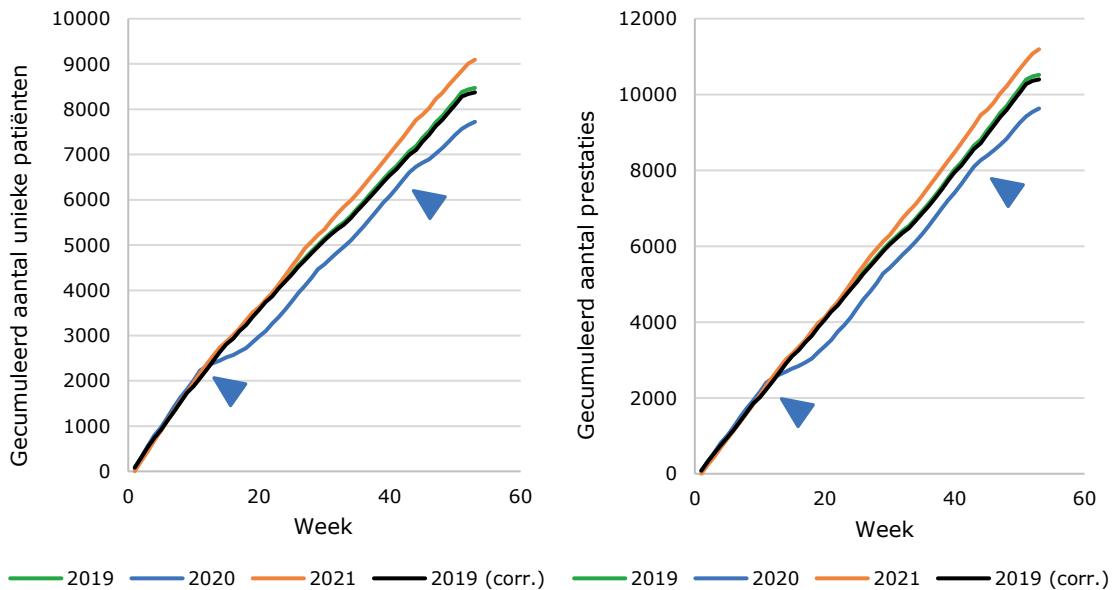
Evoluties van de glasvochtoperaties

De pre-corona periode 2011-2019 wordt gekenmerkt door een gemiddelde jaarlijkse stijging van 3.64% van het aantal interventies glasvochtoperaties [11]. In 2020 wordt echter een daling op jaarbasis van 8.4% deze ingrepen (van 10518 naar 9631 prestaties) en 8.8% patiënten (van 8471 naar 7723 patiënten) vastgesteld ten opzichte van 2019. De daling doet zich voor tijdens de 1^e lockdown (weken 12-18) en in mindere mate tijdens de weken volgend op de verhoging van het alarmniveau tot niveau 4 op de COVID-19-barometer op 19 oktober 2020. Ook bij correctie van het aantal patiënten en prestaties in 2019 met de oversterfte van 2020 blijft de daling duidelijk (-7.4% prestaties en -7.8% patiënten). In 2021 wordt dan weer een

⁴ Aantal patiënten met intravitreale injecties zonder toegewezen inkomenskwaartil: 362, 382 en 489 in respectievelijk 2019, 2020 en 2021.

respectievelijke stijging van 7.7% en 8.6% ingrepen en patiënten vastgesteld ten opzichte van 2020, of een respectievelijke stijging van 6.4% en 6.0% ingrepen en patiënten vastgesteld ten opzichte van 2019 (grafieken 16 en 17).

Grafieken 16 en 17: evoluties per jaar van het aantal patiënten met een vitrectomie (links) in een gegeven jaar en het gecumuleerd aantal prestaties in (rechts). Blauwe driehoeken: 1e lockdown in 2020 (week 12) en verhoging naar alarmniveau 4 op de COVID-19-barometer (week 43).



Ook hier is de dalende trend 2019-2020 meer uitgesproken bij de groep van personen die door de sociale stratificatie werden toegekend aan het kwintiel van de laagste benaderende inkomens (tabel 6).

Tabel 6: evolutie van het aantal patiënten met glasvochtoperaties in functie van het inkomenskwaartil ⁵

Kwaartil	Aantal patiënten			Procentueel verschil in patiënten		
	2019	2020	2021	2019-2020	2020-2021	2019-2021
1 (laag)	1 444	1 256	1 458	-13,0	16,1	1,0
2	1 698	1 530	1 753	-9,9	14,6	3,2
3	1 694	1 554	1 831	-8,3	17,8	8,1
4	1 698	1 574	1 872	-7,3	18,9	10,2
5 (hoog)	1 859	1 695	2 015	-8,8	18,9	8,4

Er worden weinig veranderingen waargenomen op het vlak van de verhouding aantallen mannen versus aantal vrouwen met glasvochtoperaties: 1.22, 1.22 en 1.19 in respectievelijk 2019, 2020 en 2021.

3.3. Gebruik van de verschillende zorgcircuits

3.3.1. Intravitreale injecties

De overgrote meerderheid van de intravitreale injecties werden in de periode 2019-2021 intramuraal toegediend. Wel wordt deze periode gekenmerkt door een trend van dalende verhoudingen intramurale versus extramurale prestaties, voornamelijk te wijten aan een stijging van ingrepen in het extramuraal zorgcircuit: van 24254 prestaties in 2019 naar 39257 prestaties in 2021 (+61.9%), tegenover een beperkte stijging van 7.7% in de algemene ziekenhuizen (van 155303 naar 167304 prestaties in respectievelijk 2019 en 2021). Het populatiedeel geassocieerd aan de laagste inkomens maakt verhoudingsgewijs meer gebruik van het intramuraal zorgcircuit dan de populatiedelen toegekend aan de hogere inkomenskwantilen, zowel in het jaar vóór de COVID-19-crisis als in 2020-2021 (tabel 7).

⁵ Aantal patiënten met glasvochtoperaties zonder toegewezen inkomenskwaartil: 79, 114 en 179 in respectievelijk 2019, 2020 en 2021.

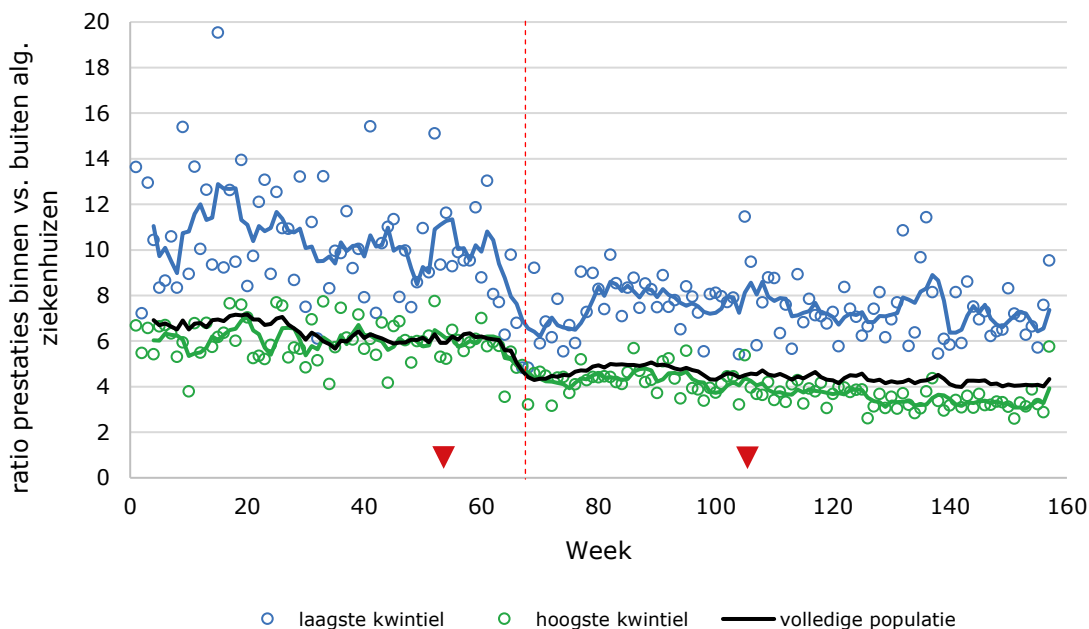
Tabel 7: evolutie van de ratio intramurale vs. extramurale intravitreale injecties op jaarbasis in functie van het inkomenskintiel en voor de volledige populatie

Kwintiel	2019	2020	2021
1 (laag)	10,08	7,83	7,13
2	6,56	5,20	4,82
3	5,54	4,37	3,89
4	5,50	4,12	3,55
5 (hoog)	6,00	4,54	3,45
Volledige populatie	6,40	4,93	4,26

Om de impact van uitstel van zorg in de ziekenhuizen ten gevolge van de COVID-19-crisis te beperken, werd door het RIZIV bepaald dat de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij intravitreale injecties (Eylea® en Lucentis®) in 2020 tijdelijk van 1 april tot en met 31 mei ook door publieke officina's konden afgeleverd worden. De bedoeling was om hiermee de toediening van de noodzakelijke medicatie te vergemakkelijken voor praktijkruimtes (bij een oftalmoloog of in een privé-centrum) die optimale aseptische omstandigheden konden garanderen overeenkomstig de richtlijnen van het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten). De maatregel voor de aflevering door publieke officina's zou uiteindelijk van kracht blijven tot eind januari 2023 [12].

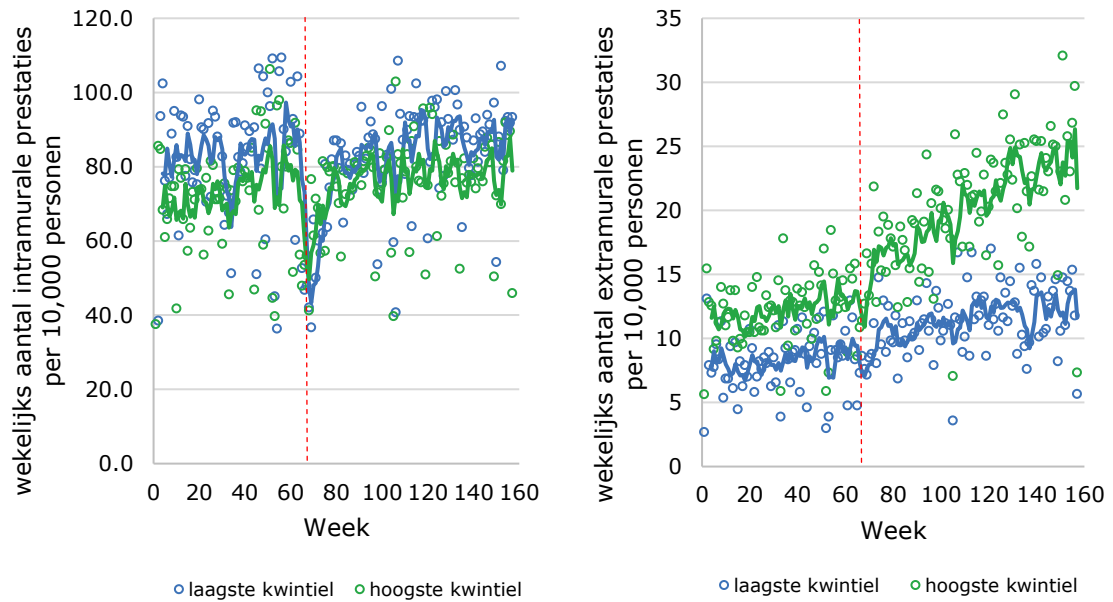
Voor deze 2 initiële maanden van afleveringen van de medicatie door publieke officina's wordt een verlaagde ratio vastgesteld van de prestaties binnen versus buiten de algemene ziekenhuizen (grafiek 18), maar deze is voornamelijk veroorzaakt door een grote afname van de intramurale ingrepen en slechts in beperkte mate door een stijging van de ingrepen die elders werden uitgevoerd.

Grafiek 18: evoluties van de ratio intramurale vs. extramurale intravitreale injecties op weekbasis voor de volledige populatie (zwarte trendlijn: voortschrijdende gemiddeldes over 4 weken) en de populaties toegekend aan de laagste (blauwe trendlijn en weekratio's) en hoogste inkomenskwintielen (groene trendlijn en weekratio's). Rode verticale lijn: start van aflevering van medicatie voor intravitreale injecties in publieke officina's. Rode driehoeken: afbakening kalenderjaar.



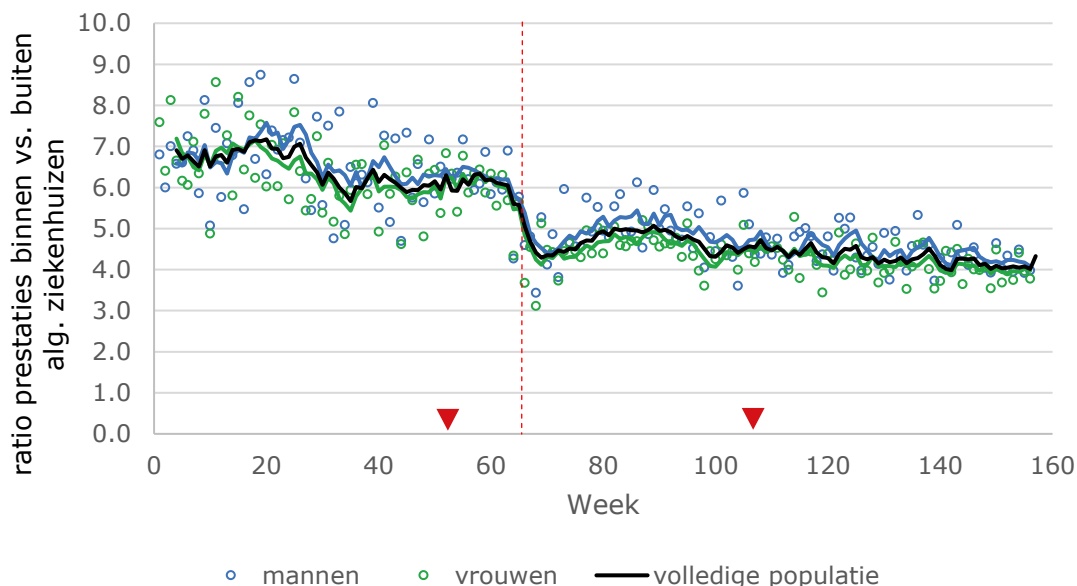
Indien de ca. 9 weken van deze periode worden vergeleken met de 9 weken voor het begin van de 1^e lockdown van 2020 (weken 3 t.e.m. 11), dan wordt op het vlak van de volledige populatie een afname van 21.3% van het gemiddeld aantal wekelijkse prestaties binnen de algemene ziekenhuizen teruggevonden (van gemiddeld 3086 naar 2429 prestaties per week), vergezeld met een stijging van slechts 5.6% extramurale prestaties (van gemiddeld 520 naar 549 prestaties per week). Bij de populatie met het laagste inkomenskwintiel is er tussen deze twee periodes quasi enkel een intramurale afname van het gemiddeld aantal wekelijkse prestaties waar te nemen (-30.3%) en een status-quo voor de extramurale prestaties (+0.4%). Bij het hoogste inkomenskwintiel wordt de kleinere intramurale daling (-16.9%) voor een beperkt deel gecompenseerd door een extramurale stijging in gemiddeld aantal wekelijkse ingrepen (+14.8%). In de volledige periode vanaf de mogelijkheid tot aflevering van de medicatie in publieke officina's tot eind 2021 vergroot de kloof voor het gebruik van het extramuraal zorgcircuit tussen bv. de uiterste kwintielen gestaag (grafieken 19 en 20).

Grafieken 19 en 20: evoluties van de wekelijkse aantallen intra- (links) en extramurale (rechts) intravitreale injecties bij de populaties met laagste en hoogste inkomenskwaartil, uitgedrukt in functie van de populatiegrootte van het eigen kwintiel. Rode verticale lijn: start van aflevering van medicatie voor intravitreale injecties in publieke officina's.



Hoewel in de studiepopulatie de man/vrouw verhouding globaal genomen stijgt naarmate ook het inkomenskwaartil stijgt, is er weinig verschil merkbaar in de evoluties van de ratio intramurale vs. extramurale prestaties tussen mannen en vrouwen (grafiek 21).

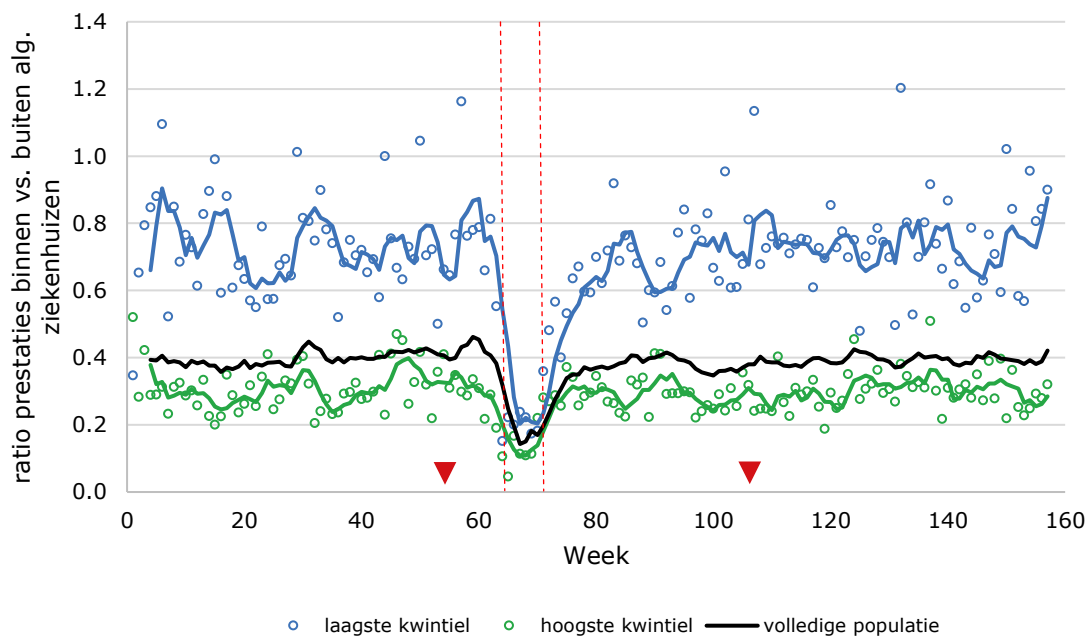
Grafiek 21: evoluties van de ratio intramurale vs. extramurale intravitreale injecties op weekbasis voor de volledige populatie (zwarte trendlijn: voortschrijdende gemiddeldes over 4 weken) en voor de mannelijke (blauwe trendlijn en weekratio's) en vrouwelijke (groene trendlijn en weekratio's) populaties. Rode verticale lijn: start van aflevering van medicatie voor intravitreale injecties in publieke officina's. Rode driehoeken: afbakening kalenderjaar.



3.3.2. Laserbehandeling nastaar

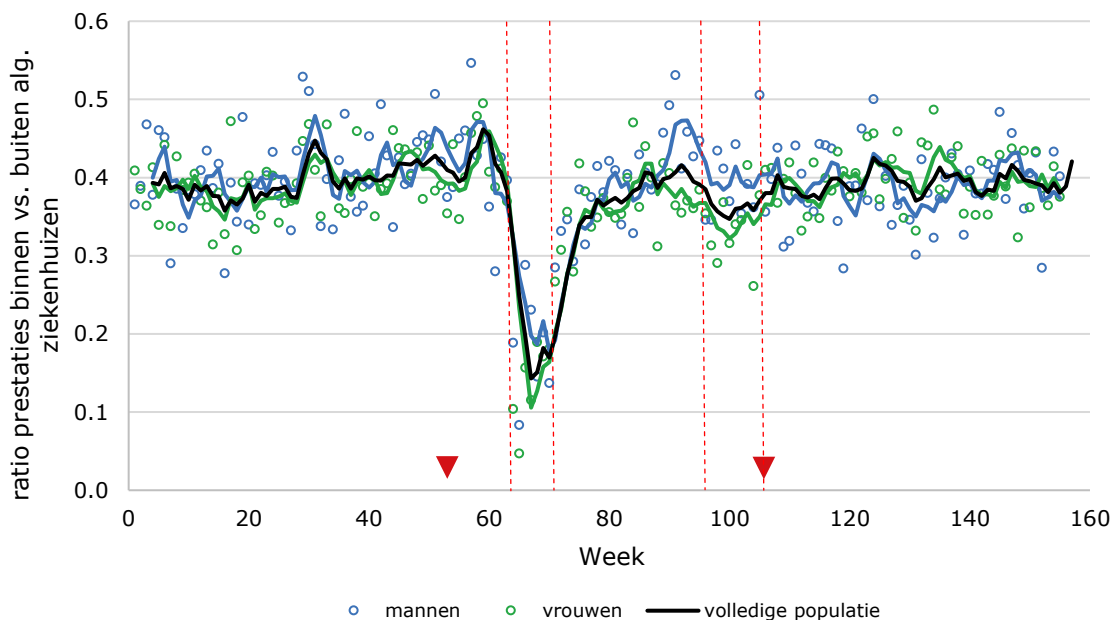
In de weken 11 t.e.m. 17 van 2020 wordt een zeer sterke daling van de ratio aantallen intramurale vs. extramurale ingrepen vastgesteld: slechts 13.5% van alle laserbehandelingen van secundair cataract ging nog intramuraal door, daar waar dit percentage in de 7 weken voorafgaande aan deze periode nog op 29.8% lag (grafiek 22). De impact van de COVID-19 crisis is iets groter is bij het bevolkingsdeel geassocieerd met het laagst inkomenskwaantiel, doordat deze patiënten zoals bij de intravitreale injecties reeds voor de crisisperiode meer dan gemiddeld gebruik maakte van het intramurale zorgcircuit (daling van 94.9% van de intramurale zorg in weken 11-17 t.o.v. weken 4 t.e.m. 10 vergeleken met een gemiddelde daling voor de volledige populatie van 91.1%). Bij zowel het bevolkingsdeel geassocieerd met het laagst inkomenskwaantiel als bij de andere populaties wordt echter ook een zeer sterke achteruitgang vastgesteld van het aantal extramurale prestaties (gemiddeld -75.7% bij de volledige populatie).

Grafiek 22: evoluties van de ratio intramurale vs. extramurale laserbehandelingen van nastaar op weekbasis voor de volledige populatie (zwarte trendlijn: voortschrijdende gemiddeldes over 4 weken) en de populaties toegekend aan de laagste (blauwe trendlijn en weekratio's) en hoogste inkomenskwintielen (groene trendlijn en weekratio's). Rode verticale lijnen: periode van 1^e lockdown. Rode driehoeken: afbakening kalenderjaar.



Zoals bij de populatie met intravitreale injecties, is er ook bij deze populatie weinig verschil merkbaar in de evoluties van de ratio intramurale vs. extramurale prestaties tussen mannen en vrouwen (grafiek 23).

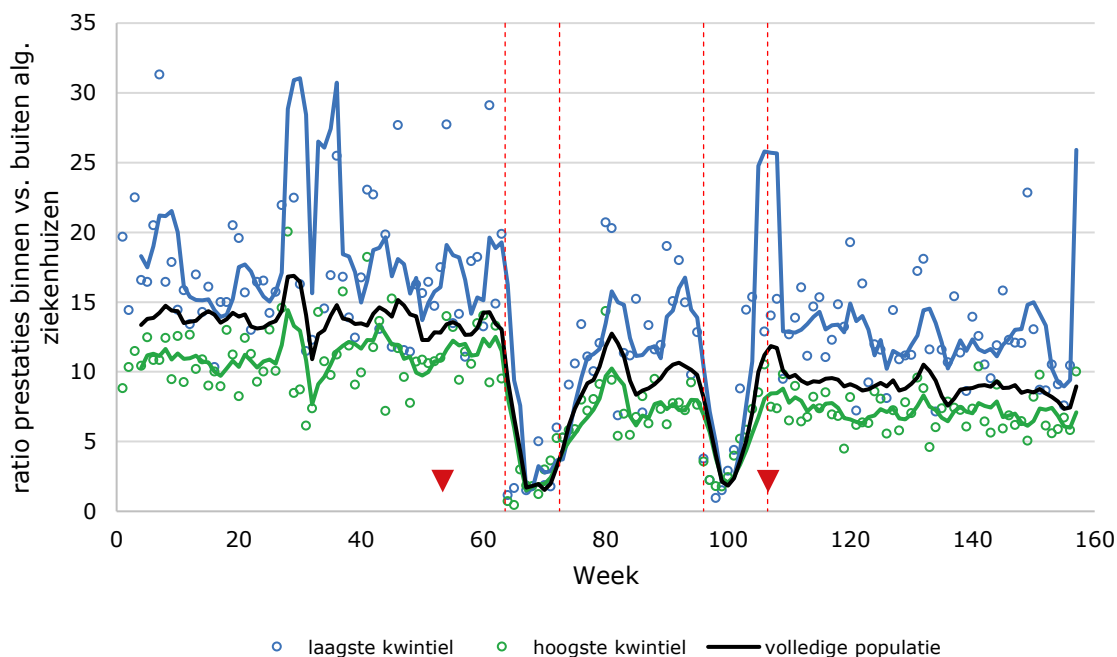
Grafiek 23: evoluties van de ratio intramurale vs. extramurale intravitreale injecties voor laserbehandelingen van nastaar op weekbasis voor de volledige populatie (zwarte trendlijn: voortschrijdende gemiddeldes over 4 weken) en voor de mannelijke (blauwe trendlijn en weekratio's) en vrouwelijke (groene trendlijn en weekratio's) populaties. Rode verticale lijnen: periode van 1e lockdown en periode begin alarmniveau 4 tot eind 2021. Rode driehoeken: afbakening kalenderjaar.



3.3.3. Extracties ooglens en eventuele lensimplanten

Indien naar de volledige populatie met ooglensextracties wordt gekeken (grafiek 24), dan valt onmiddellijk de dubbele ratiodalng in 2020 op: een eerste daling grotendeels overeenkomend met de periode van 1^e lockdown (95.5% minder intramurale ingrepen in de weken 11-18 t.o.v. weken 3-10) en een 2^e daling in de weken volgend op de verhoging tot alarmniveau 4 op de COVID-19-barometer op 19 oktober (-76.3% intramurale ingrepen in weken 43-47 t.o.v. weken 38-42). De grote daling in aantal intramurale ingrepen wordt echter enkel in de periode van de 1^e lockdown vergezeld door een sterke daling in het aantal extramurale prestaties (-76.3% in weken 43-47 t.o.v. weken 38-42), daar waar in de 2^e periode van ratiodalng het aantal extramurale prestaties niet meer verder daalt (+0.7% in weken 43-47 t.o.v. weken 38-42).

Grafiek 24: evoluties van de ratio intramurale vs. extramurale ooglensextracties en -implanten op weekbasis voor de volledige populatie (zwarte trendlijn: voortschrijdende gemiddeldes over 4 weken) en de populaties toegekend aan de laagste (blauwe trendlijn en weekratio's) en hoogste inkomenskwintielen (groene trendlijn en weekratio's). Rode verticale lijnen: periode van 1^e lockdown en periode begin alarmniveau 4 tot eind 2021. Rode driehoeken: afbakening kalenderjaar.

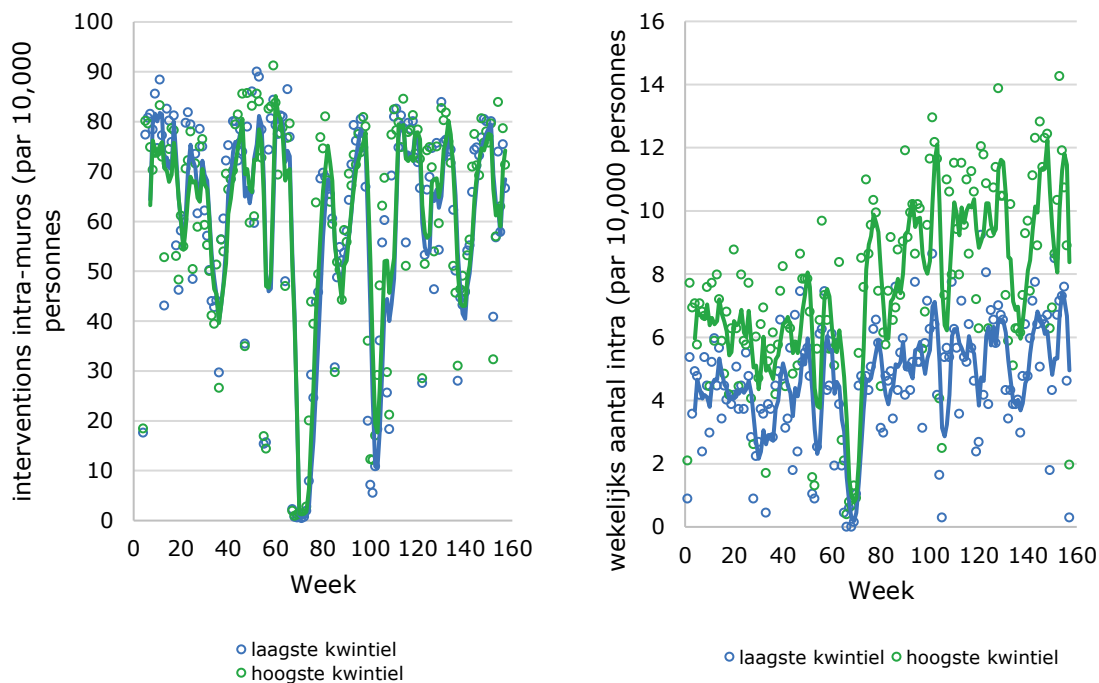


Wanneer er naar de deelpopulaties in functie van de inkomenskwintielen wordt gekeken, dan is in de 1^e periode van ratiodalering de afname van zowel intra- als extramurale prestaties bij de populatie met het laagste inkomenskwintiel iets groter dan gemiddeld (respectievelijk -97.5% en -78% t.o.v. 8 weken vóór de periode van 1^e ratiodalering), daar waar bij de populatie met het hoogste inkomenskwintiel de dalingen iets onder de gemiddelde waarden liggen (-94.9% intramuraal en -73.7% extramuraal).

In de periode van weken 43-47 in 2020 is de intramurale daling in aantal prestaties bij de populatie met het laagste inkomenskwintiel groter dan bij de populatie met het hoogste inkomenskwintiel (resp. -83.7% vs. -72.2% t.o.v. weken 38-42), maar wordt er enkel een daling in aantal extramurale prestaties vastgesteld bij de populatie met het hoogste inkomenskwintiel (-9.7% tegenover 0.0% verschil bij de populatie met het laagste inkomenskwintiel).

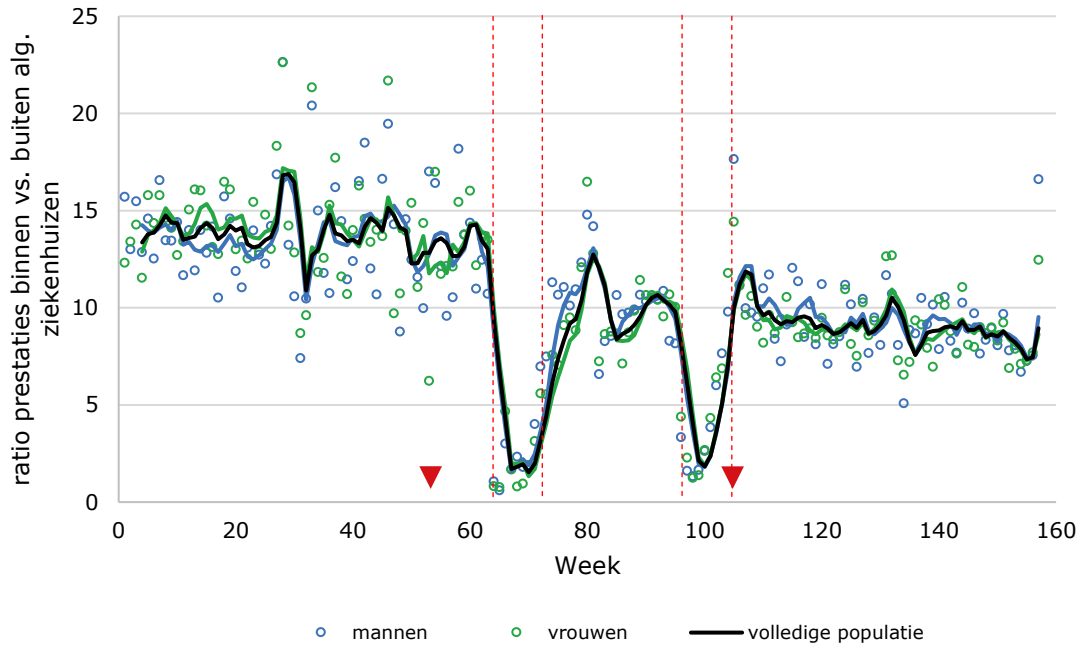
De populatie met hoogste inkomens maakt ook hier vaker gebruik van het extramuraal zorgcircuit, hoewel het verschil met de populatie met laagste inkomens minder uitgesproken is dan bij bv. de intravitreale injecties (grafieken 25 en 26).

Grafieken 25 en 26: evoluties van de wekelijkse aantallen intra- (links) en extramurale (rechts) ingrepen voor lensextracties en eventuele -implanten bij de populaties met laagste en hoogste inkomenskwaartil, uitgedrukt in functie van de populatiegrootte van het eigen kwintiel.



Ook bij deze populatie is er weinig verschil merkbaar in de evoluties van de ratio intramurale vs. extramurale prestaties tussen mannen en vrouwen (grafiek 27).

Grafiek 27: evoluties van de ratio intramurale vs. extramurale ooglensextracties en -implanten op weekbasis voor de volledige populatie (zwarte trendlijn: voortschrijdende gemiddeldes over 4 weken) en voor de mannelijke (blauwe trendlijn en weekratio's) en vrouwelijke (groene trendlijn en weekratio's) populaties. Rode driehoeken: afbakening kalenderjaar.





4. Conclusie

Over de gehele onderzoeksperiode is er geen volledige inhaalbeweging vastgesteld van de onderzochte ingrepen. De impact van de coronacrisis is duidelijk groter bij lagere inkomens dan bij hogere inkomens. Het aantal patiënten en de prestaties zijn verhoudingsgewijs meer gedaald in het coronajaar 2020 bij de laagste inkomens dan bij de hogere inkomens. Dit verschil kan deels worden verklaard door het feit dat lagere inkomens verhoudingsgewijs vaker gebruik maken van het intramuraal zorgcircuit.

Om de impact van het uitstellen van niet-essentiële zorg te verzachten, werden er immers mitigerende maatregelen genomen om een deel van deze zorg te verschuiven naar het extramuraal zorgcircuit. Een voorbeeld hiervan is de aflevering van medicatie voor intravitreale injecties door publieke officina's. In de praktijk blijken deze maatregelen evenwel meer ten goede te komen aan de hogere inkomens.

Mogelijk speelt financiële drempelvrees een belangrijke rol bij lagere inkomens om gebruik te maken van het extramuraal zorgcircuit. Dit kan te maken hebben met een lagere graad van extramuraal conventionering en hogere supplementen.

Dit is een belangrijke vaststelling die kan veralgemeend worden: wanneer maatregelen worden getroffen om bepaalde zorgen te verschuiven van het intramurale naar het extramurale zorgcircuit is het belangrijk er voor te zorgen dat dit voor de patiënt niet een stuk duurder uitvalt doordat het aandeel van de niet-geconventioneerde zorgverstrekkers daar hoger ligt, met de kans op bijkomende supplementen.

Referenties

[1] Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open* 2021;11:e045343.

[2] Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fps-health_theme_file/200313_-_hospital_transport_surge_capacity.pdf

[3] Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Audit Ziekenhuizen versie 14 (t.e.m. mei 2021): <https://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/Paginas/covid19-raming-niet-uitgevoerde-zorg-ziekenhuizen-1e-2de-3de-golf.aspx>

[4] Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, nomenclatuur Oftalmologie, Art. 14h: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatuur-art14h_20240901_01.pdf

[5] Avalosse, Hervé; Maron, Leila; Lona, Murielle; Guillaume, Joeri; Allaoui, El Maâti; Di Zinno, Tonio (2019), [Ongelijkheid in gezondheid](#), IMA Intermutualistisch Agentschap, Brussel.

[6] StatBel, Fiscale statistiek per statistische sector (Tabel D: Totaal netto belastbaar inkomen per statistische sector. Aantal aangiften, totaal netto belastbaar inkomen, gemiddelde waarden, spreidingsmaten en asymmetrie. Inkomstenjaar 2019). <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>.

[7] Federale overheidsdienst sociale zekerheid. Koninklijk besluit van 16/02/2009 tot wijziging van het artikel 15, § 2, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

[8] N. Bustos Sierra, N. Bossuyt, T. Braeye, F. Haarhuis, I. Peeters, K. Proesmans, S. Fierens, F. Renard, A. Scohy, M. Vanhaverbeke, M. Vermeulen, C. Vernemmen, J.

Van der Heyden. Oversterfte tijdens de eerste en tweede golf van de COVID-19-epidemie in België (gegevens van 10 maart 2020 tot en met 14 februari 2021). Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2021/14.440/64.

[9] Sciensano, Pershoek, Analyse van de oversterfte in 2021 (gepubliceerd op 26/01/2022): <https://www.sciensano.be/nl/pershoek/analyse-van-de-oversterfte-2021>.

[10] Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Variaties in medische praktijken: intravitreale injectie. Analyse van de verdeling en de evolutie van de medische praktijk in aantallen en volumes per verzekerde in België (analyses en trends per gewest, provincie en arrondissement) voor het jaar 2021. https://www.gezondbelgie.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-NL-Injection_intravitreenne_2021.pdf

[11] Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Variaties in medische praktijken: vitrectomie. Analyse van de verdeling en de evolutie van de medische praktijk in aantallen en volumes per verzekerde in België (analyses en trends per gewest, provincie en arrondissement) voor het jaar 2021. https://www.gezondbelgie.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-NL-Vitrectomie_2021.pdf

[12] Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. COVID-19 - Uitstel van niet-dringende zorg: aanpassing vergoedingsvoorwaarden van bepaalde geneesmiddelen. https://www.riziv.fgov.be/nl/covid19/Paginas/uitstel-niet-dringende-zorg-impact-voorkomen-passen-vergoedingsvoorwaarden-bepaalde-geneesmiddelen.aspx#Oftalmologie:intravitreale_injecties_Eylea_et_Lucentis