

# Gezondheidsstatus van personen in primaire arbeidsongeschiktheid - Longitudinale analyse 2014-2016

Publicatiedatum: december 2019

Auteurs: Tonio Di Zinno, Hervé Avalosse, Güngör Karakaya, Louise Lambert, Bernard Lange, Murielle Lona, Annelies Meeus, Eva von Rauch, Jérôme Vrancken.

## INHOUD

---

1. Inleiding.....	3
2. Gegevens en methodologie .....	3
3. Beschrijving van de populaties .....	4
4. Duur van de primaire arbeidsongeschiktheid.....	7
5. Contacten met artsen.....	12
6. Gebruik van geneesmiddelen .....	15
7. Ziekenhuisopname.....	19
8. Conclusies .....	22

## 1. INLEIDING

In deze tweede studie over primaire arbeidsongeschiktheid<sup>1</sup> voeren we een longitudinale analyse uit van de primaire arbeidsongeschiktheid op basis van gegevens van de leden van de 7 Belgische verzekeringsmaatschappijen. We meten de socio-economische impact van primaire arbeidsongeschiktheid (PAO), volgen de gezondheidstoestand tijdens de PAO op en beoordelen het niveau van de gezondheid voor en tijdens de PAO.

Eerst beschrijven we de gebruikte methodologie voor de analyse m.b.t. het jaar 2015, rekening houdend met de kenmerken van onze leden in het jaar ervoor (2014) en erna (2016).

De tweede stap bestaat uit een beschrijving van de twee populaties van de algemene regeling en de zelfstandigenregeling. In dit stadium definiëren we ook wat we bedoelen met korte (minder dan 6 maanden) en lange arbeidsongeschiktheid. Een analyse per arrondissement geeft eveneens een idee van de waargenomen geografische variatie.

Vervolgens hebben we een analyse gemaakt van de duur van de primaire arbeidsongeschiktheid.

Tijdens de analyse hebben we ook gebruik gemaakt van proxy's voor de gezondheidstoestand van onze leden en de evolutie daarvan. Hoewel we geen informatie hebben over de gezondheidstoestand van de leden, kunnen we bepaalde indicatoren wel gebruiken als maatstaf voor de gezondheidstoestand. Zo kan de gezondheidstoestand of morbiditeit worden benaderd door:

- beschouwd worden als chronisch zieke;
- overlijden in de loop van het geobserveerde jaar;
- het gebruik van terugbetaalbare geneesmiddelen (ten minste één aflevering in 2015 en in het jaar vóór en het jaar ná de ongeschiktheid), alsmede het aantal afgeleverde DDD's<sup>2</sup> per patiënt en ook het gebruik van antidepressiva en/of antipsychotica;
- het minstens één keer zijn opgenomen in het ziekenhuis in 2015 (klassieke en daghospitalisatie) en het aantal dagen dat men in het ziekenhuis heeft doorgebracht;
- het aantal contacten met een huisarts of specialist.

## 2. GEGEVENS EN METHODOLOGIE

De analyse die we uitvoeren is gebaseerd op de primaire arbeidsongeschiktheden (PAO) die in 2015 waargenomen werden voor de leden van de 7 verzekeringsinstellingen. De longitudinale analyse wordt vervolgens uitgevoerd op de kenmerken van de personen die, voor de jaren 2014 tot en met 2016, zijn weerhouden om een beeld te krijgen van hun gezondheidstoestand één jaar vóór het begin van de primaire arbeidsongeschiktheid tot één jaar erna.

Om in onze analyse te worden opgenomen en als primaire arbeidsongeschiktheid te worden beschouwd, moet de werknemer of zelfstandige in 2015 een klassieke PAO (d.w.z. geen zwangerschaps- of vaderschapsverlof) begonnen zijn. Bovendien moet de periode ononderbroken zijn en mag de werknemer of zelfstandige in 2014 geen periode van arbeidsongeschiktheid hebben meegemaakt. Zwangere vrouwen of vrouwen die bevallen zijn, worden niet meegenomen in de analyse.

---

<sup>1</sup> De eerste studie van het Intermutualistisch Agentschap "Socio-economisch profiel en zorgconsumptie van personen met een primaire arbeidsongeschiktheid" is beschikbaar op het volgende adres: <https://ima-aim.be/Socialeconomisch-profiel-en-zorgconsumptie-van-personen-in-primaire>

<sup>2</sup> DDD staat voor 'Defined Daily Dose', de door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerde meeteenheid die overeenkomt met de dagelijkse behandelingsdosis van een geneesmiddel voor een volwassene in zijn belangrijkste indicatie

De uitkeringsgerechtigde titularissen van 18 tot 65 jaar die in 2015<sup>3</sup> geen enkele dag primaire arbeidsongeschiktheid (noch invaliditeit) hadden worden dan, net als in onze vorige studie, beschouwd als de 'actieve' bevolking of de controlepopulatie.

Als we het hebben over de duur van de PAO, is het beginpunt altijd de 1<sup>ste</sup> ziektedag. Om dit begin van de ziekte in te schatten, nemen we het begin van de uitkering door het ziekenfonds en tellen we hierbij de periode van het gewaarborgd loon voor de algemene regeling of de wachttijd (30 dagen) voor zelfstandigen op. De berekening gebeurt dan in kalenderdagen en niet in uitkeringsdagen.

In de volgende paragrafen beschouwen we een PAO als 'kort' als de periode korter dan 6 maanden (180 dagen) duurt en 'lang' als de periode 180 dagen of langer duurt.

Voor de longitudinale analyse van de personen in PAO is de periode voorafgaand aan de ziekte ('vóór') gelijk aan 365 dagen voor het begin van de ziekte, terwijl de 365 dagen na het begin van de ziekte de periode 'na' is. Voor de personen in onze beroepsbevolking (controlepopulatie) die in 2015 geen periode van arbeidsongeschiktheid hebben meegemaakt, loopt de 'vóór'-periode van 1 juli 2014 tot 30 juni 2015 en de 'na'-periode van 1 juli 2015 tot 30 juni 2016.

### 3. BESCHRIJVING VAN DE POPULATIES

#### 3.1. Algemene regeling

We telden 296.273 leden van de Algemene Regeling (AR) met een periode van primaire arbeidsongeschiktheid begonnen in 2015. Daarvan, volgens de gekozen methodologie, hadden 230.169 mensen in dat jaar slechts één aaneengesloten periode, oftewel 78%. Zij vertegenwoordigen 6,7% van de totale bevolking die we voor de AR hebben geselecteerd.

Tabel 1: Algemene regeling - Beschrijving en kenmerken van de bestudeerde populaties

Populatie	Aantal leden	Gemiddelde leeftijd	% vrouwen	% VT	% met handicap	% overlijdens voor eind 2016	% chronisch zieken	% recht-hebbenden MAF	% werklozen	% arbeiders	% bedienden
Zonder PAO	3.187.439	41,0	45%	9%	0,13%	0,20%	2,78%	3,22%			
PAO	230.169	41,7	53%	12%	0,28%	0,71%	5,11%	12,40%	29%	39%	32%
Korte PAO	176.030	40,9	52%	9%	0,13%	0,52%	4,00%	9,64%	25%	42%	33%
Lange PAO	54.139	44,0	57%	22%	0,76%	1,33%	8,72%	21,36%	44%	26%	30%

Er geen significant verschil in leeftijd tussen de personen in PAO en personen die niet arbeidsongeschikt waren. Er is wel een significant verschil in leeftijd tussen korte PAO's en lange PAO's. Het percentage vrouwen met een primaire arbeidsongeschiktheid is hoger dan in de controlepopulatie en hoger voor langdurige PAO's.

Zoals we eerder al opmerkten, hebben begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming (VT) een hogere kans om arbeidsongeschikt te worden dan andere begunstigden. Dit wordt bevestigd: het percentage VT's in PAO ligt hoger en dit percentage neemt toe met de duur van de arbeidsongeschiktheid. Wanneer we kijken naar de variabele met betrekking tot werkloosheid zien we dat er meer werklozen in langdurige arbeidsongeschiktheid zijn.

Als we kijken naar de variabele met betrekking de maximumfactuur (MAF)<sup>4</sup>, zien we niet alleen dat er meer personen met een periode van PAO zijn die een vergoeding via de MAF krijgen, maar ook dat ze talrijker worden

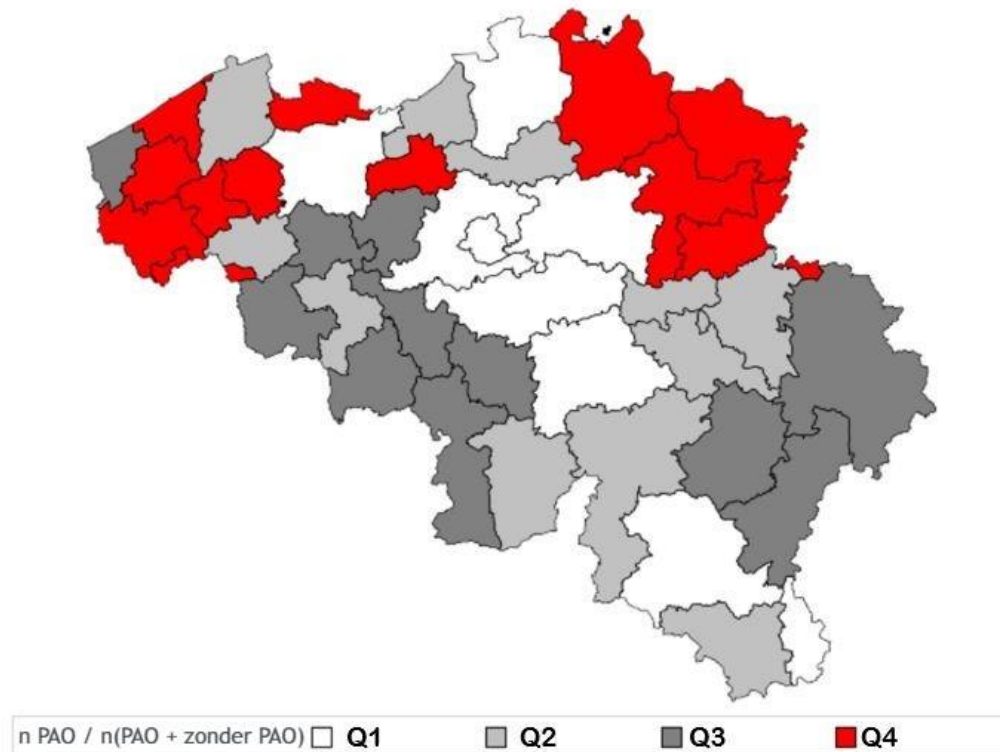
<sup>3</sup> Het is echter mogelijk dat zij in 2014 of 2016 een dag van primaire arbeidsongeschiktheid hebben gehad.

<sup>4</sup> Voor meer details over de maximumfactuur: [https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-facturer-\(maf\)-limiet-kosten-kosten-gezondheidszorg.aspx](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-facturer-(maf)-limiet-kosten-kosten-gezondheidszorg.aspx)

als de periode van primaire arbeidsongeschiktheid zich verlengt. Dit geeft al aan dat we bij mensen in PAO vaker te maken zullen krijgen met situaties van verslechterde gezondheid die een hoog gebruik van gezondheidszorg vereisen (tot het punt dat het plafond van de remgelden die in het kader van de MAF worden beschouwd wordt overschreden).

Zoals te verwachten aangezien we het over patiënten hebben, is het percentage chronisch zieken<sup>5</sup> hoger bij mensen die in 2015 een periode van PAO hebben meegemaakt. Het percentage overlijdens is ook hoger bij mensen in PAO.

**Figuur 1: Algemene regeling - Percentage van de bevolking dat een periode van PAO begint in 2015**



Onze gegevens (gerangschikt per kwartiel<sup>6</sup>) geven aan dat in de algemene regeling het hoogste percentage mensen die in 2015 in PAO zijn getreden in het noorden van het land wonen (Limburg, Turnhout, West-Vlaanderen of Dendermonde). Maar de verschillen zijn niet bijzonder groot met Henegouwen of de provincies Luik en Luxemburg vermits het 3<sup>de</sup> kwartiel een vrij beperkte omvang heeft in vergelijking met de drie andere kwartielen.

<sup>5</sup> Dit zijn personen die recht hebben op het "chronisch zorgpakket" (ten minste één dag per jaar recht hebben op het "chronisch zorgpakket" (ten minste één dag per jaar uit het incontinentiepakket (pakketten B en C) of verpleging (pakketten B of C) of fysiotherapie/fysiotherapie (pakket E), of indien zij verhoogde kinderbijslag voor gehandicapte kinderen hebben ontvangen, of een toelage voor hulp aan een derde persoon of indien zij in de loop van het jaar of ten minste zes keer in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest) en/of die het statuut "chronische ziekte" hebben.

<sup>6</sup> Q1 voor het 1<sup>ste</sup> kwartiel tot en met Q4 voor het vierde kwartiel. Dit betekent dat dit geen opsplitsing is die wij gekozen zouden hebben, maar voor een opsplitsing die het resultaat is van de spreiding van onze gegevens. Dit betekent ook dat de verschillende kaarten die we hier presenteren niet dezelfde kwartielgrenzen hebben.

### 3.2. Zelfstandigenregeling

We telden 12.949 leden van de Zelfstandigenregeling met een periode van primaire arbeidsongeschiktheid begonnen in 2015. Daarvan hadden 12.092 leden slechts één ononderbroken periode, oftewel 93%.

Tabel 2: Zelfstandigenregeling - Beschrijving en kenmerken van de bestudeerde populaties

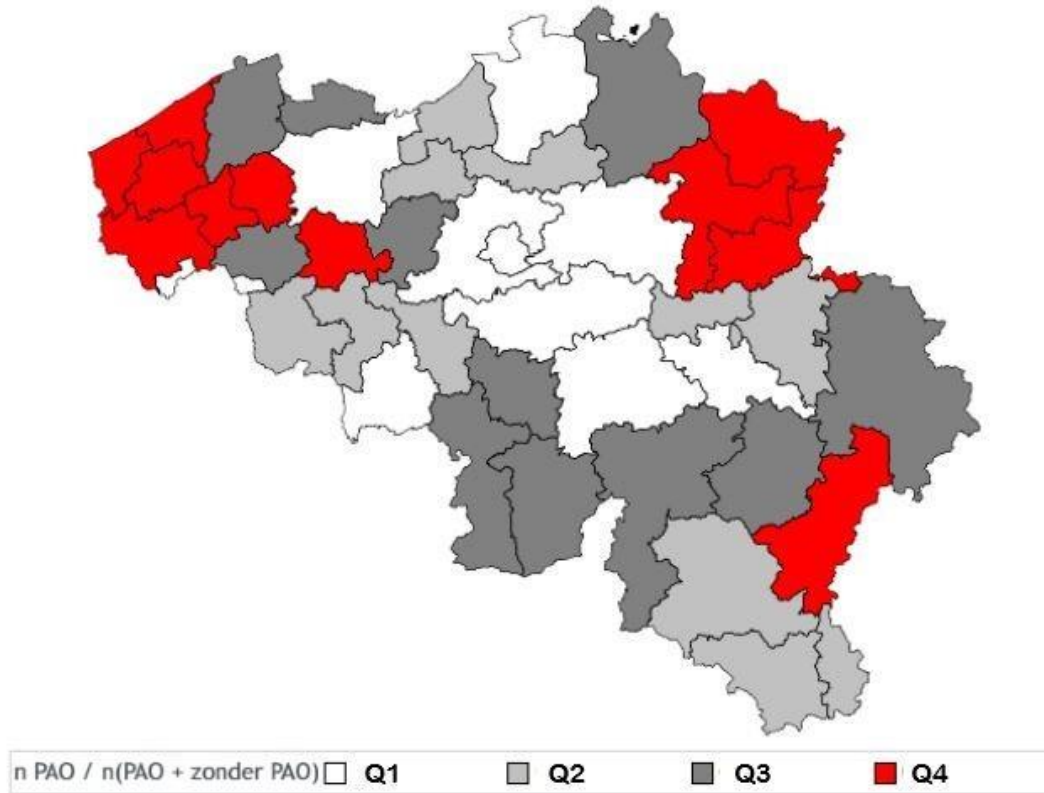
Populatie	Aantal leden	Gemiddelde leeftijd	% vrouwen	% VT	% met handicap	% overlijdens voor eind 2016	% chronisch zieken	% recht-hebbenden MAF
Sans ITP	544.555	44,2	28%	2%	0,03%	0,19%	2,32%	4,37%
ITP	12.092	47,5	35%	5%	0,78%	2,21%	8,23%	27,81%
ITP courtes	5.698	45,5	35%	3%	0,11%	1,63%	5,51%	20,94%
ITP longues	6.394	49,2	35%	7%	1,38%	2,72%	10,65%	33,94%

De bestudeerde populatie is dus veel kleiner dan die van de algemene regeling. Uitgedrukt in percentages vertegenwoordigen de personen die in 2015 een ononderbroken periode van AO hebben meegemaakt 2,2% van de door ons geselecteerde leden van de zelfstandigenregeling.

De vaststellingen die we deden voor het algemeen stelsel kunnen hier grotendeels worden overgenomen wat betreft het verschil tussen zelfstandigen met een PAO begonnen in 2015 en personen voor wie dit niet het geval was. In de zelfstandigenregeling zijn vrouwen echter minder vertegenwoordigd (zowel in de controlepopulatie als in de arbeidsongeschikte populatie) en is de leeftijd gemiddeld hoger, vooral in de arbeidsongeschikte populatie. Net als in het algemeen stelsel zijn er verhoudingsgewijs meer vrouwen arbeidsongeschikt.

Net als in onze vorige studie merken we bij de zelfstandigen in PAO een hoger percentage overlijdens en chronische zieken op dan bij de werknemers in PAO, terwijl het percentage overlijdens en chronisch zieken in beide stelsels wel vergelijkbaar is voor personen zonder PAO. Onze analyse van de uitgaven voor gezondheidszorg in de vorige studie het "Sociaaleconomisch profiel en de zorgconsumptie van personen in primaire arbeidsongeschiktheid" leek er al op te wijzen dat een deel van de zelfstandigen in primaire arbeidsongeschiktheid gemiddeld een slechtere gezondheidstoestand hadden dan de werknemers op het moment van intrede in arbeidsongeschiktheid.

**Figuur 2: Zelfstandigenregeling - Percentage van de bevolking dat een PAO-periode begint in 2015**



Ook hier blijkt dat het aandeel van de mensen met een periode van PAO begonnen in 2015 groter is in het noorden van het land (Limburg, West-Vlaanderen), maar ook in het arrondissement Bastenaken. We moeten echter opmerken dat de verschillen niet groot zijn met de arrondissementen ten zuiden van Samber of de arrondissementen Turnhout of Aalst.

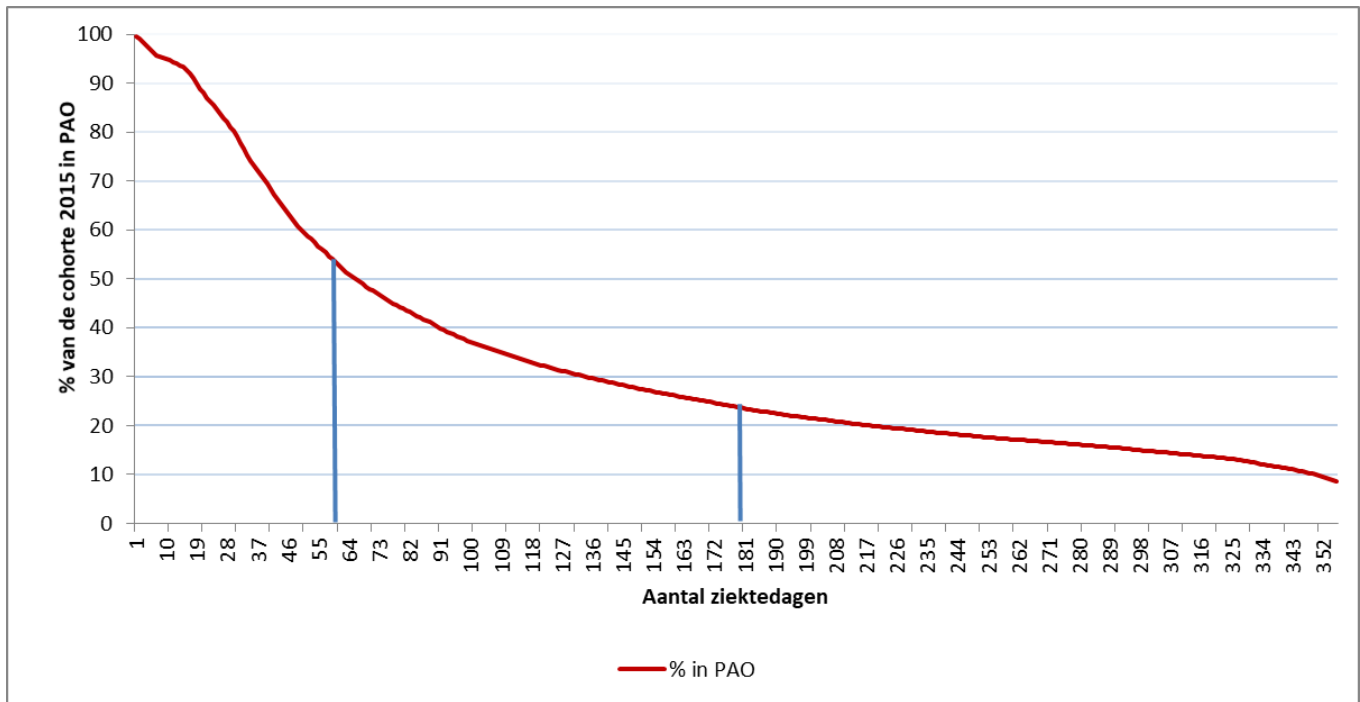
## 4. DUUR VAN DE PRIMAIRE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

### 4.1. Algemene regeling

Figuur 3 hieronder<sup>7</sup> toont de duur in het aantal dagen van de periode van primaire arbeidsongeschiktheid. We zien duidelijk dat naarmate de tijd vordert, meer werknemers de arbeidsongeschiktheid verlaten. Uit de volgende tabel (Tabel 3) blijkt dat meer dan 47% van de patiënten na 60 dagen geen uitkeert voor arbeidsongeschiktheid meer ontvangt en meer dan 76% na 180 dagen. Na één jaar treedt bijna 7% in invaliditeit.

<sup>7</sup> Waaronder ook overleden personen vallen.

**Figuur 3: Algemene regeling - Duur van primaire arbeidsongeschiktheid**

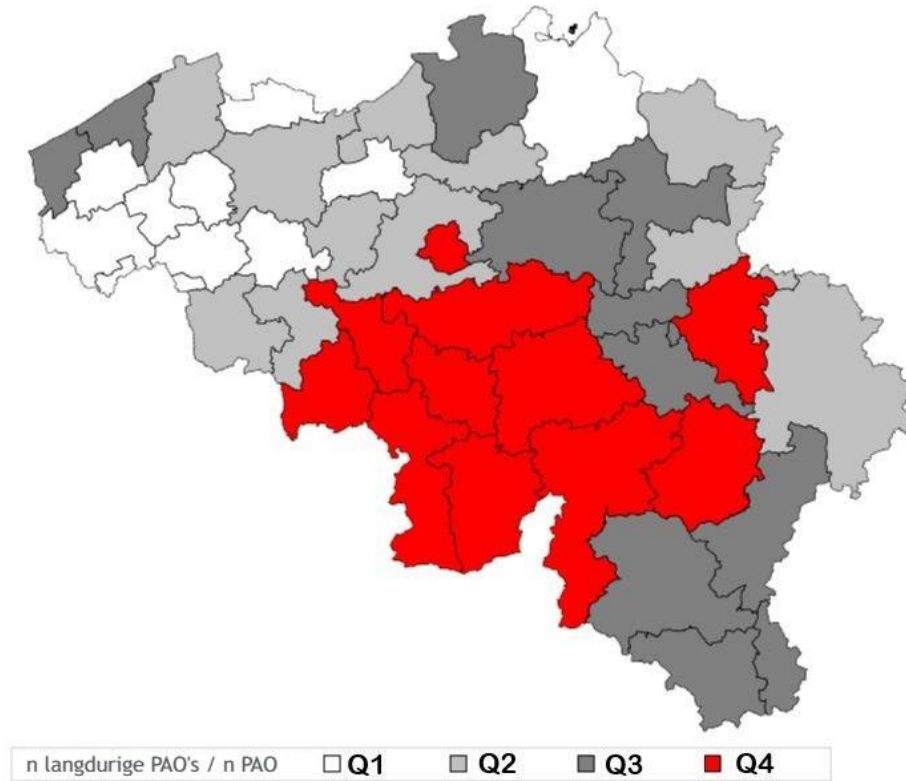


**Tabel 3: Algemene regeling - Percentage mensen dat de PAO na 60, 180 dagen en 1 jaar verlaat.**

Algemene regeling - % exclusief PAO	
60 dagen	47,38
180 dagen	76,48
1 jaar	93,11



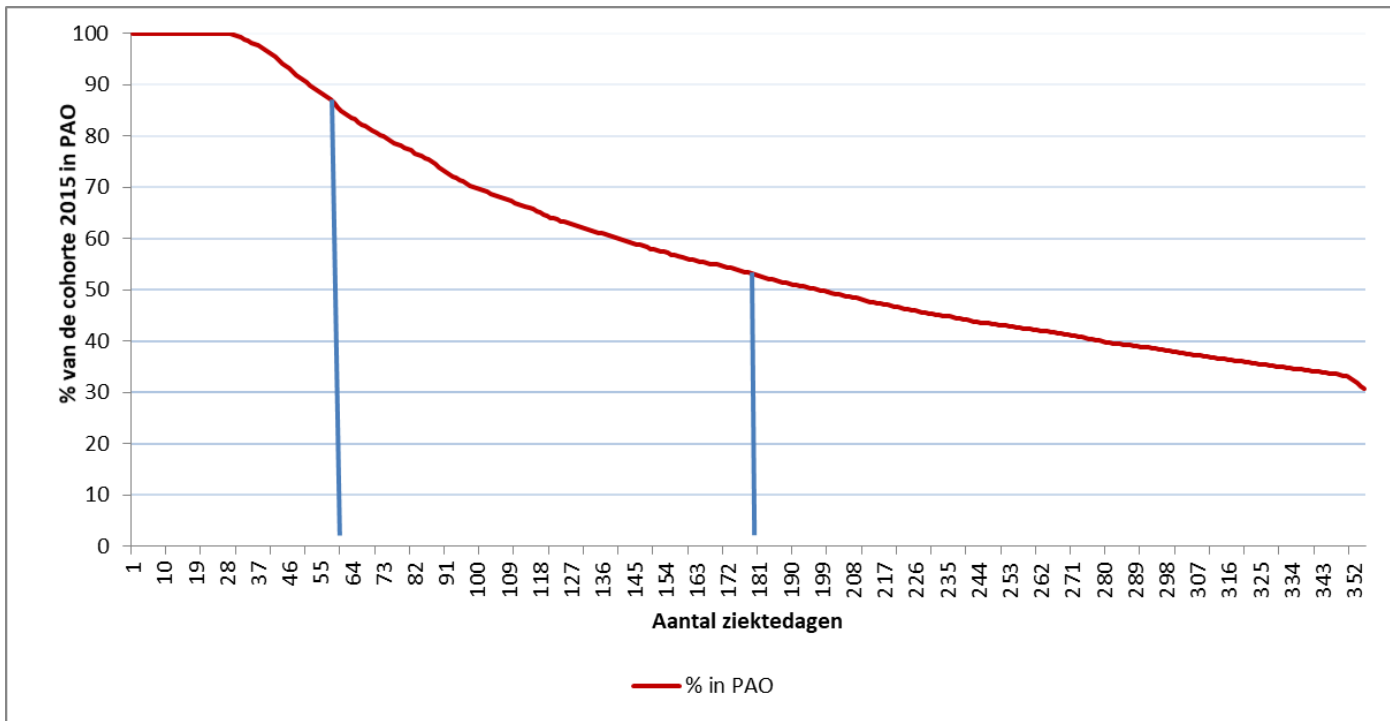
**Figuur 4: Algemene regeling - Bevolking met langdurige PAO in vergelijking met de bevolking die in 2015 toetreedt tot de PAO.**



De geografische analyse van langdurige arbeidsongeschiktheid laat een heel ander beeld zien dan de kaart van intredes in arbeidsongeschiktheid (zie figuur 1): daar waar het percentage intredes in arbeidsongeschiktheid hoger is, lijkt het aandeel langdurige PAO's lager te zijn in vergelijking met arrondissementen waar het percentage intredes in PAO lager is.

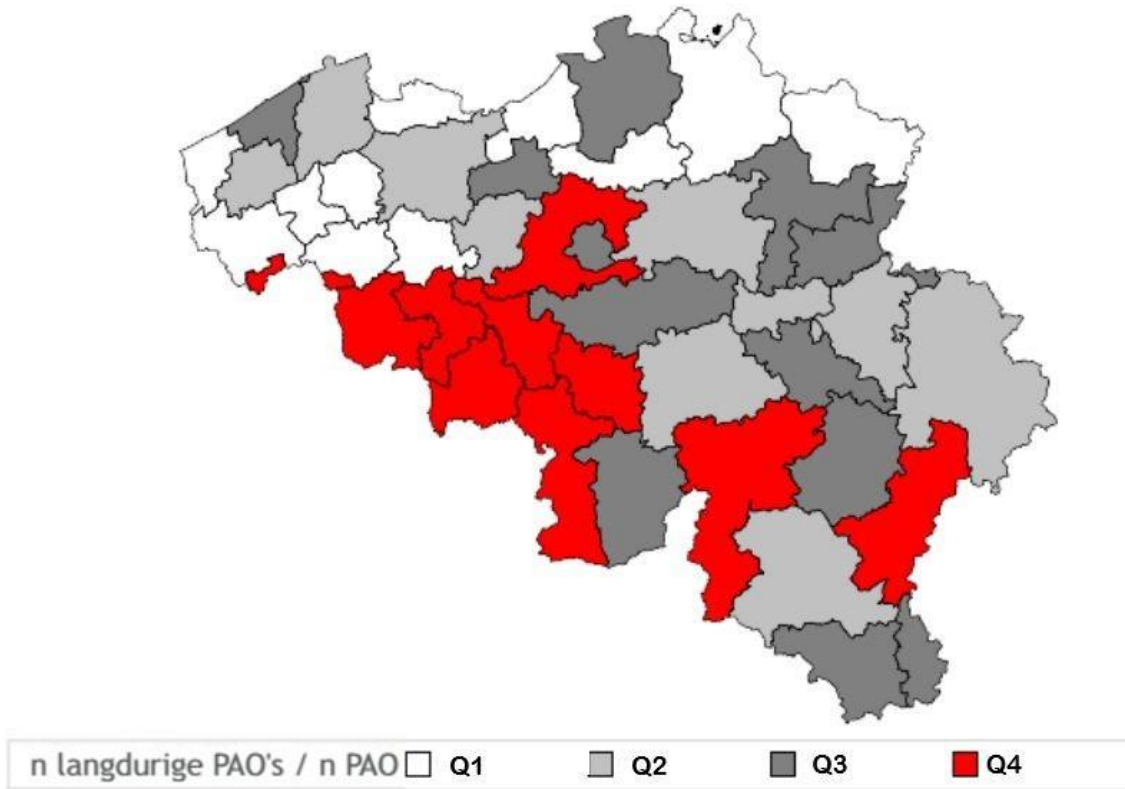
#### 4.2. Zelfstandigenregeling

In de zelfstandigenregeling is de curve van het aandeel uittreden in functie van de toenemende duur van de periode van primaire arbeidsongeschiktheid in aantal dagen minder uitgesproken dan in de algemene regeling: 14,5% van de patiënten ontvangt geen uitkering meer na 60 dagen en meer dan 47% na 180 dagen. Na één jaar wordt bijna 30% van hen invalide. Dit laatste percentage is veel hoger dan dat van het algemeen stelsel, waar 7% van de primaire arbeidsongeschikten invalide wordt.

**Figuur 5: Zelfstandigenregeling - Duur van de primaire arbeidsongeschiktheid**

**Tabel 4: Zelfstandigenregeling - Percentage mensen dat PAO na 60, 180 dagen en 1 jaar verlaat.**

Regeling zelfstandigen - % exclusief PAO	
60 dagen	14,5
180 dagen	47,12
1 jaar	69,27

**Figuur 6: Zelfstandigenregeling - Langdurige PAO-populatie in verhouding tot de bevolking die in 2015 tot de PAO toetreedt.**



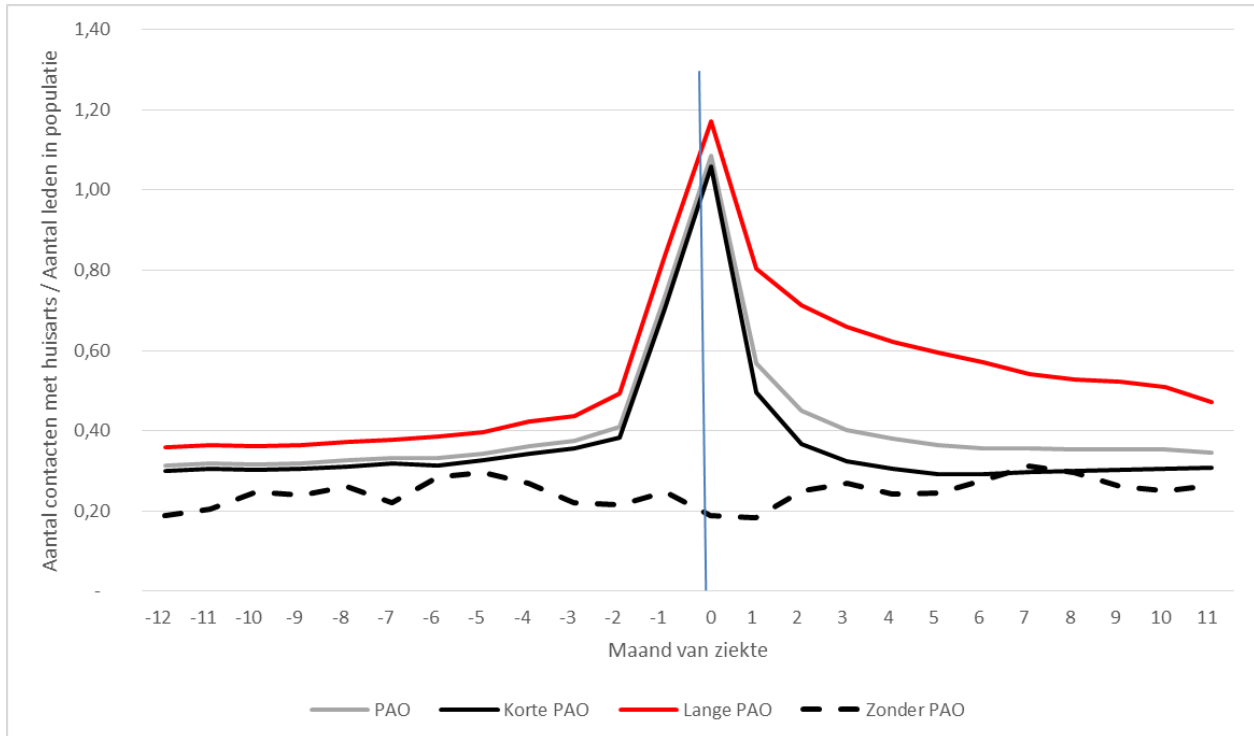
Het verschil met figuur 2 is ook zichtbaar bij de zelfstandigen, met uitzondering van het arrondissement Bastenaken. De lange arbeidsongeschiktheden zijn dan geconcentreerd in Henegouwen, Halle-Vilvoorde of Dinant.

## 5. CONTACTEN MET ARTSEN

We hebben ons hier gericht op de consumptie van gezondheidszorg door het analyseren van het aantal contacten met de huisarts of specialist en de evolutie van dit aantal in de tijd.

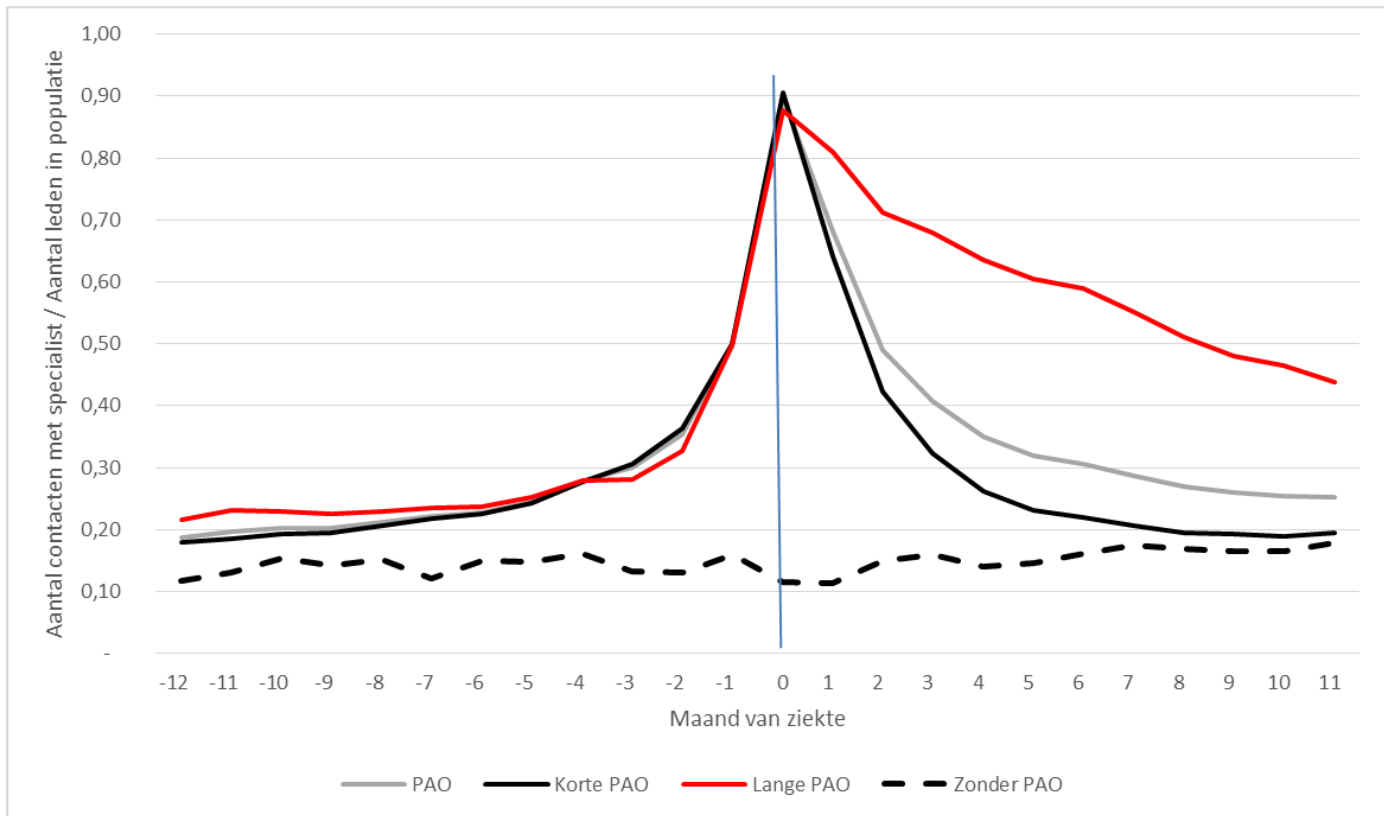
### 5.1. Algemene regeling

**Figuur 7: Algemene regeling - Aantal contacten met een huisarts (gemiddeld aantal per persoon)**



Voor leden van de algemene regeling met een arbeidsongeschiktheid van minder dan zes maanden verdubbelt het gemiddeld aantal contacten met een huisarts door een periode van PAO, in de twee maanden voorafgaand aan de periode PAO en in de twee maanden erna. Bij langere arbeidsongeschiktheden is het gemiddelde aantal contacten per persoon niet alleen hoger vóór de intrede in arbeidsongeschiktheid, maar het aantal contacten blijft ook aanzienlijk hoger na de intrede in arbeidsongeschiktheid. Terwijl dit normaal lijkt voor de periode ná PAO, kan de vraag misschien gesteld worden of het aantal contacten voorafgaand aan PAO kunnen helpen bij het detecteren van voortekenen van een arbeidsongeschiktheid. Het toont in ieder geval ook aan dat deze mensen hebben geprobeerd om zich te verzorgen terwijl ze hun professionele activiteiten voortzetten.

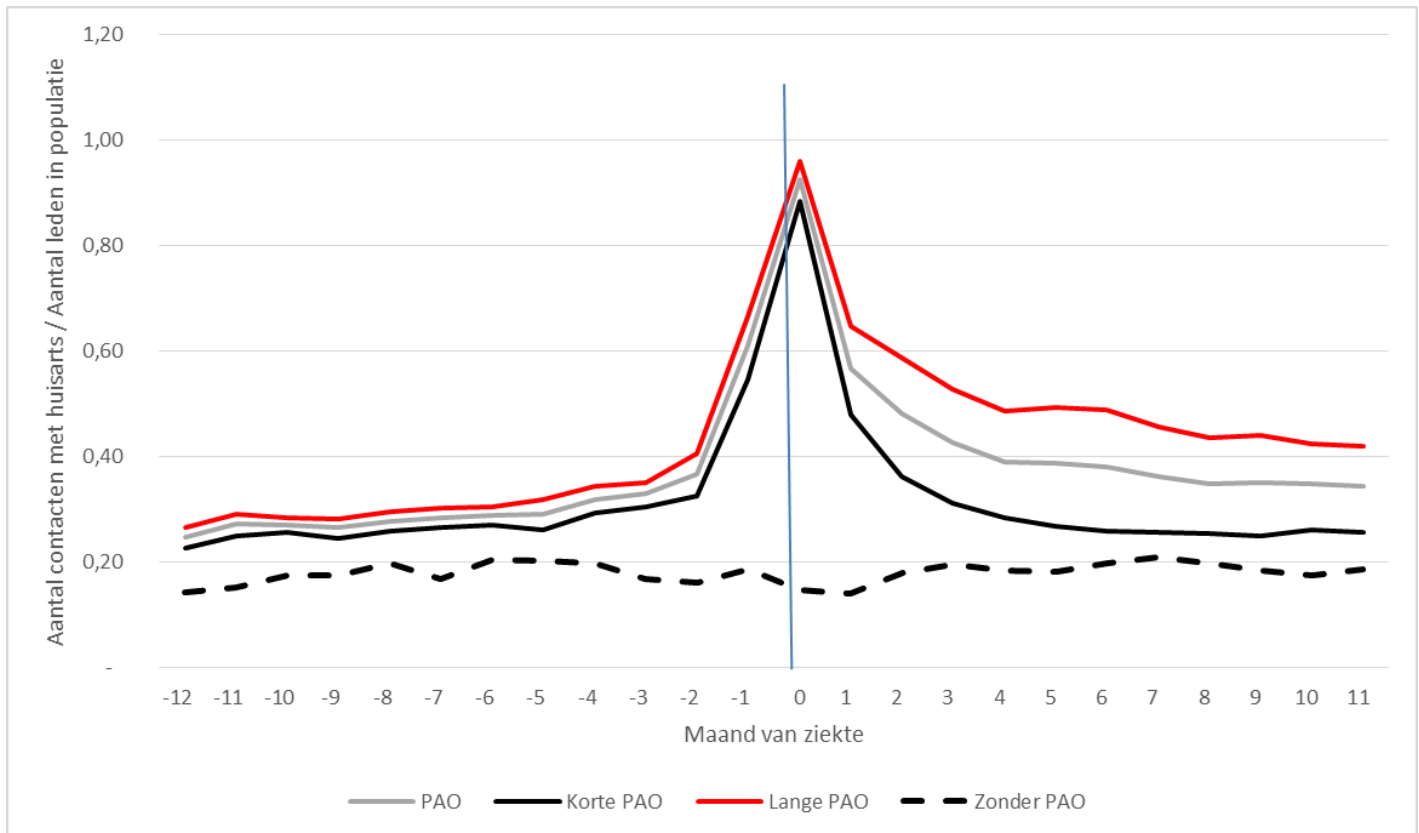
**Figuur 8: Algemene regeling - Aantal contacten met een gespecialiseerde arts (gemiddeld aantal per persoon)**



Wat het gemiddeld aantal contacten met een gespecialiseerde arts betreft, zijn de verschillen groter dan in de vorige grafiek, met een toename van de contacten die eveneens begint in de 2 maanden voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid, voor zowel korte als lange arbeidsongeschiktheden, maar met een afname van het aantal contacten na het begin van de arbeidsongeschiktheid die langer duurt: tot 6 maanden voor korte PAO en nog langer voor een lange PAO.

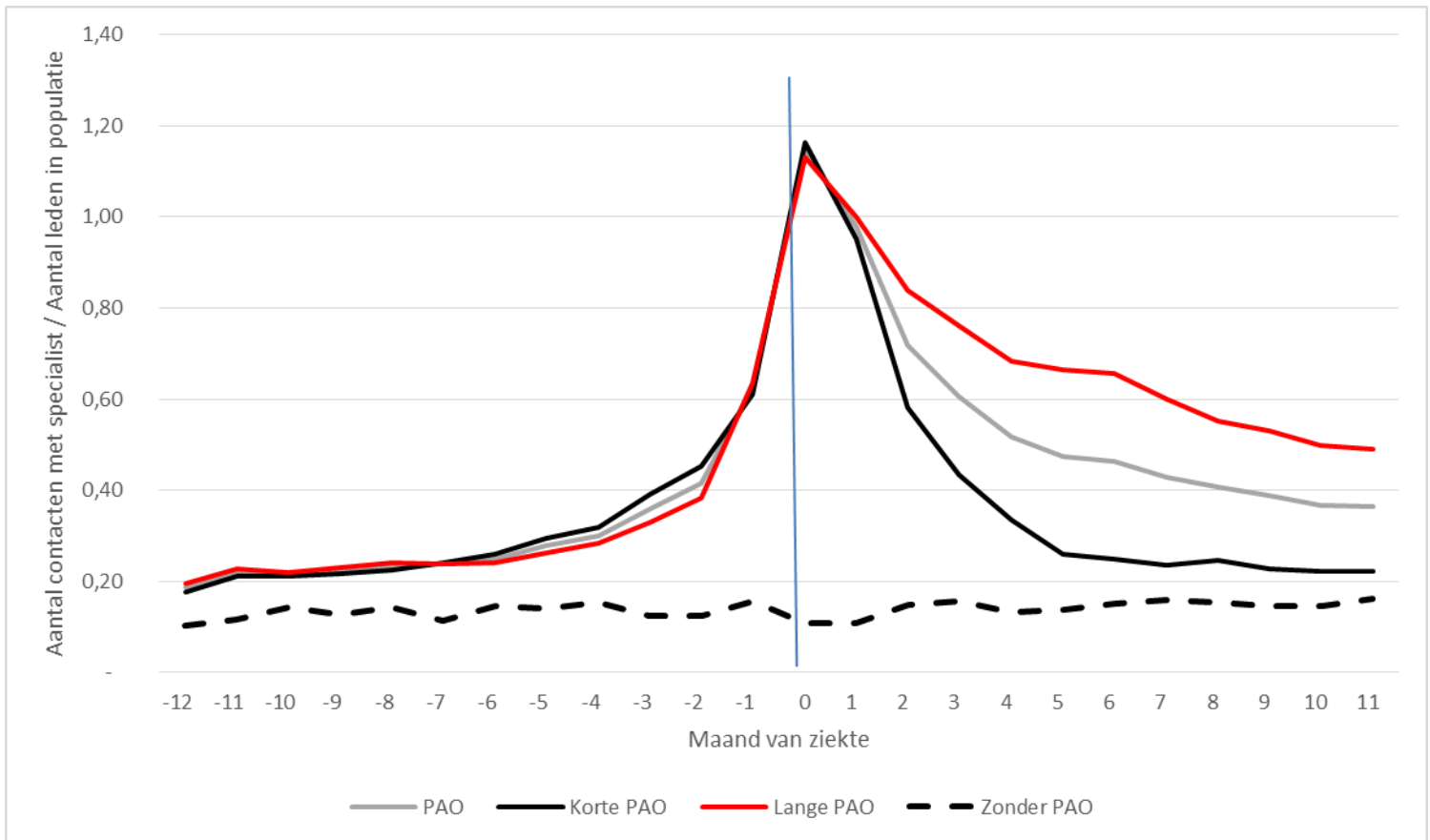
## 5.2. Zelfstandigenregeling

**Figuur 9: Zelfstandigenregeling - Aantal contacten met een huisarts (gemiddeld aantal per persoon)**



Voor de leden van de zelfstandigenregeling en hun contacten met de huisarts geldt dat de trend vergelijkbaar is met die van de algemene regeling voor de periode vóór de arbeidsongeschiktheid. Er moet opnieuw worden opgemerkt dat het aantal contacten in de periode ná het begin van de arbeidsongeschiktheid veel trager terugvalt tot een aantal dat vergelijkbaar is met de periode vóór de PAO. Dit ondersteunt onze veronderstelling van een ernstig verslechterde gezondheidstoestand van zelfstandigen die arbeidsongeschikt worden.

**Figuur 10: Zelfstandigenregeling - Aantal contacten met een gespecialiseerde arts (gemiddeld aantal per persoon)**



Figuur 10 is vrij gelijkaardig aan die van de werknemers (Figuur 8), zij het met een snellere daling van het gemiddelde aantal contacten met een specialist in de periode ná het begin van de arbeidsongeschiktheid.

## 6. GEBRUIK VAN GENEESMIDDELEN

Uit onze eerdere resultaten bleek dat voor de twee regelingen het percentage mensen dat in de loop van het jaar ten minste één geneesmiddel heeft ontvangen, hoger is bij de mensen die arbeidsongeschikt zijn. Het merendeel van de arbeidsongeschikten had minstens één aflevering van een geneesmiddel (92% ongeacht de regeling tegenover 70% van de werknemers die niet arbeidsongeschikt zijn en 65% van de zelfstandigen die niet arbeidsongeschikt zijn).

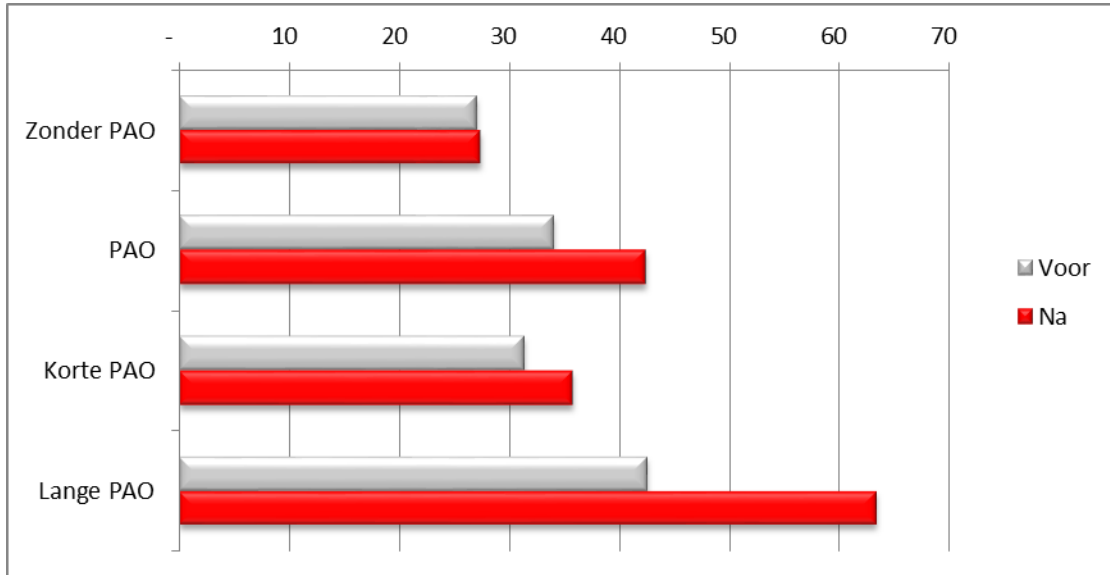
### 6.1. Algemene regeling

**Tabel 5: Algemene regeling - Gemiddeld jaarlijks DDD-volume per jaar**

	Voor	Na
Zonder PAO	268	288
PAO	324	422
Korte PAO	296	351
Lange PAO	414	645

Wanneer we naar de dosissen per jaar kijken kan worden vastgesteld dat een PAO leidt tot een toename van het gebruik van geneesmiddelen na het begin van de PAO.

**Figuur 11: Algemene regeling - Gemiddelde jaarlijkse eigen bijdragen voor geneesmiddelen (in euro)**



Dit toegenomen gebruik van geneesmiddelen heeft uiteraard gevolgen voor de portemonnee van de patiënt, aangezien de jaarlijkse remgelden toenemen.

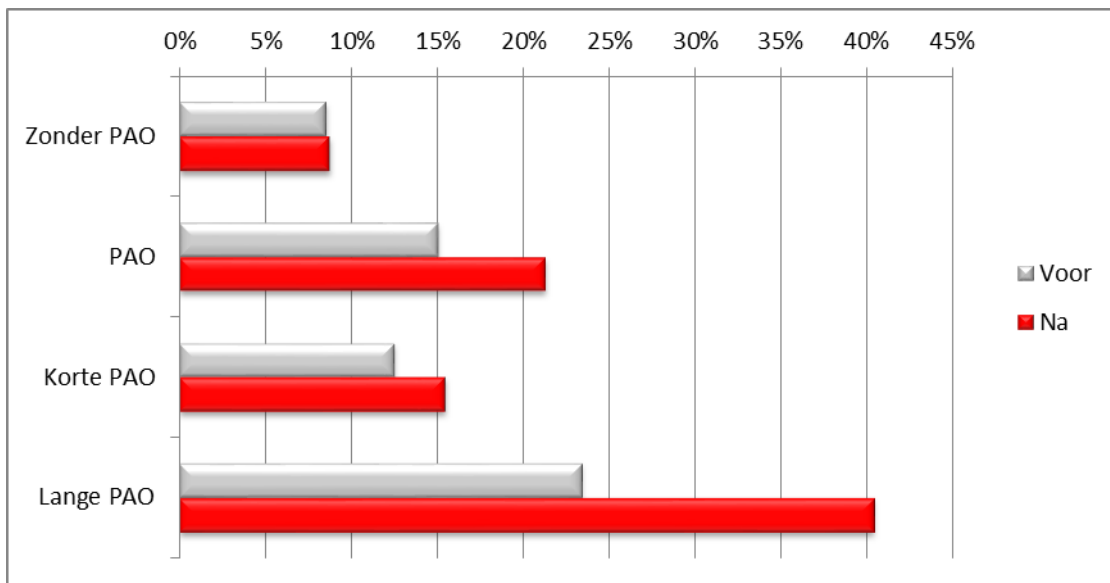
**Tabel 6: Algemene regeling - Aantal betrokken systemen<sup>8</sup>**

	Voor	Na
Zonder PAO	2,2	2,2
PAO	2,7	3,0
Korte PAO	2,6	2,8
Lange PAO	3,0	3,7

<sup>8</sup> Het ATC (Anatomical Therapeutic Chemical)-classificatiesysteem is een hiërarchisch classificatiesysteem van moleculen in 5 niveaus, ontwikkeld door de WHO, waarbij geneesmiddelen in verschillende groepen worden verdeeld, afhankelijk van het orgaan of systeem waarop ze werken en hun chemische, farmacologische en therapeutische eigenschappen.



**Figuur 12: Algemene regeling - Percentage van de bevolking met gebruik van psycholeptica (N05) of psychoanaleptica (N06) <sup>9</sup>**



Een analyse van het percentage van de respectievelijke populaties die een geneesmiddel uit de N05- of N06-klasse hebben gekregen, toont aan dat een intrede in arbeidsongeschiktheid een duidelijk effect heeft op het gebruik van dit type geneesmiddel, vooral wanneer de arbeidsongeschiktheid langdurig is.

Ook moet worden opgemerkt dat mensen met lange POA al meer geneesmiddelen uit de N05- of N06-klasse gebruikten vóór hun invaliditeitsperiode dan de bevolking zonder POA. Dit toont aan dat bij het bestaan aan van een geestelijk gezondheidsprobleem er sneller maatregelen zouden kunnen genomen worden.

## 6.2. Zelfstandigenregeling

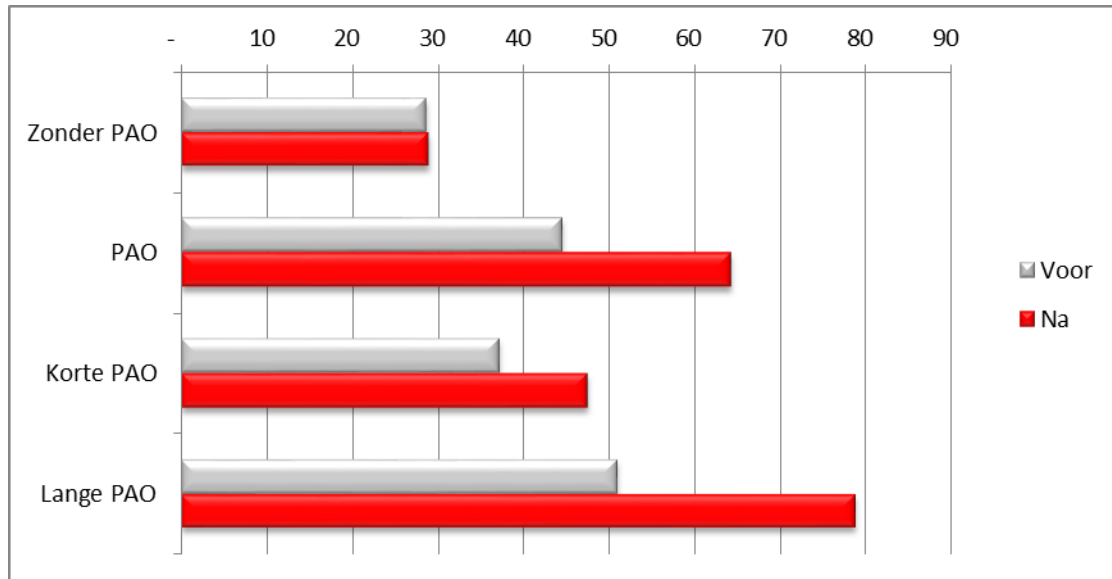
De bevindingen zijn vergelijkbaar voor zelfstandigen, hoewel het verschil tussen degenen met een PAO begonnen in 2015 en degenen zonder POA nog groter is.

Anderzijds worden alleen geneesmiddelen van de klassen N05 of N06 minder door zelfstandigen gebruikt. Maar net als bij de werknemers is er een sterke stijging van hun gebruik na het begin van de arbeidsongeschiktheid, maar een toch al verhoogde consumptie (bv. één op de zes zelfstandigen die een lange PAO zullen starten) in de periode vóór de arbeidsongeschiktheid.

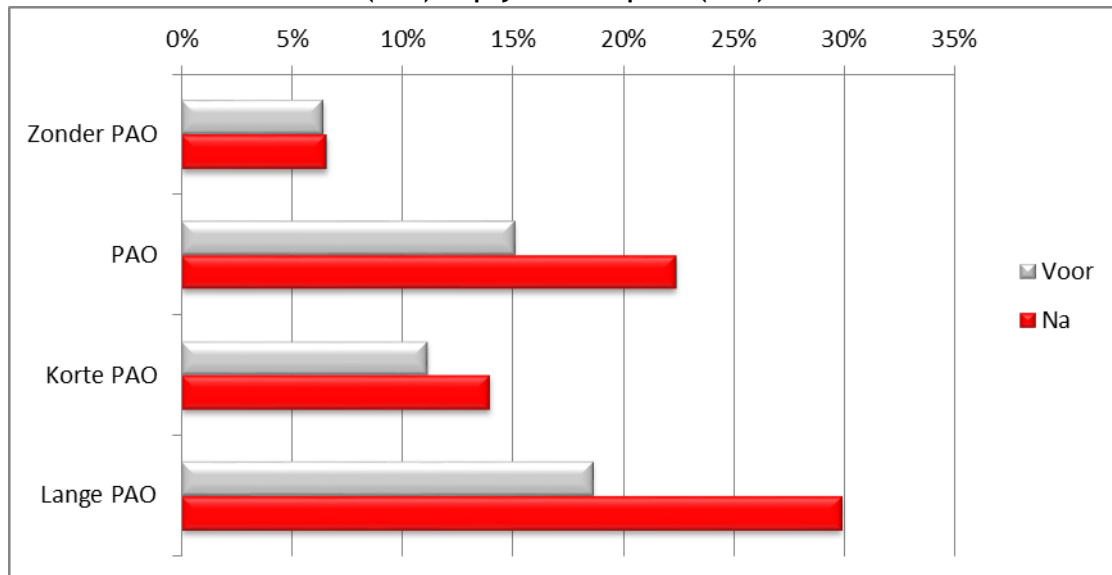
**Tabel 7: Zelfstandigenregeling - Gemiddeld jaarlijks DDD-volume per jaar**

	Voor	Na
Zonder PAO	275	296
PAO	416	626
Korte PAO	342	446
Lange PAO	481	783

<sup>9</sup> N05: Klasse 'Psycholeptica' van subgroep N (Zenuwstelsel). Het bevat antipsychotica, anxiolytica en andere hypnotica en kalmerende middelen. N06: Klasse 'Psychoanalytica' die antidepressiva, psychostimulanten, psycholeptica en psychoanaleptica in combinatie met antidepressiva en anti-dementiemedicijnen bevat.

**Figuur 13: Zelfstandigen regeling - Gemiddeld jaarlijks remgelden voor geneesmiddelen (in euro)**

**Tabel 8: Zelfstandigenregeling - Aantal betrokken systemen**

	Voor	Na
Zonder ITP	2,2	2,2
ITP	2,8	3,7
Korte ITP's	2,6	3,2
Lange ITP's	2,9	4,0

**Figuur 14: Zelfstandigenregeling - Percentage van de bevolking met gebruik van psycholeptica (N05) of psychoanaleptica (N06)**


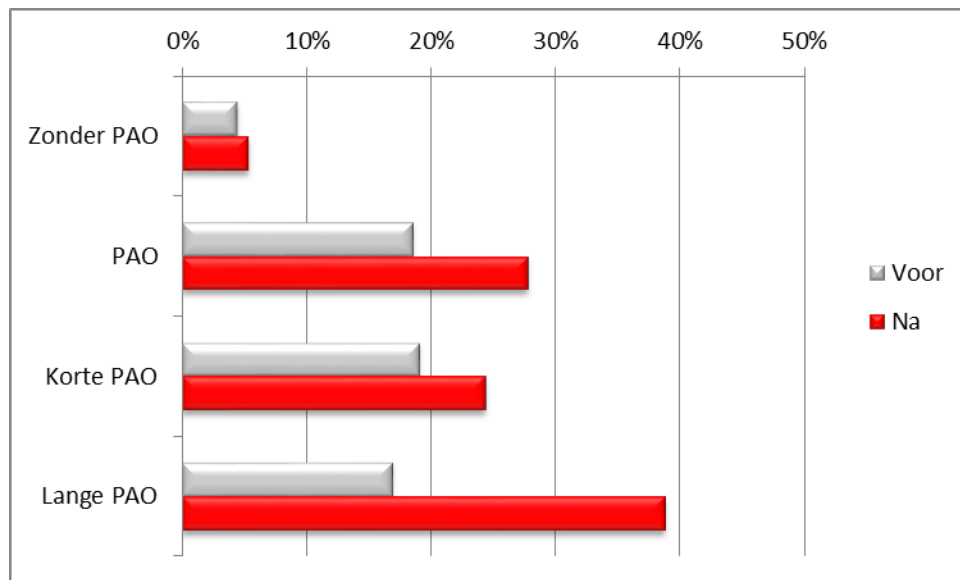
## 7. ZIEKENHUISOPNAME<sup>10</sup>

Het is niet verwonderlijk dat de intrede in de arbeidsongeschiktheid ook een groter risico op ziekenhuisopname (klassiek of dagopname) met zich meebrengt. Sociale verzekerden komen vaak in een PAO terecht vanwege een ziekenhuisopname of ze worden tijdens de arbeidsongeschiktheid in het ziekenhuis opgenomen. Er wordt ook opgemerkt dat langere arbeidsongeschiktheden leiden tot langere klassieke ziekenhuisopnames.

Onze hypothese van een slechtere gezondheidstoestand van (ten minste een deel van) de zelfstandige bevolking die in PAO treedt, wordt verder bevestigd door de onderstaande grafieken, waarin de in aanmerking genomen variabelen laten zien dat zelfstandigen in arbeidsongeschiktheid gemiddeld niet alleen vaker, maar ook langer in het ziekenhuis worden opgenomen.

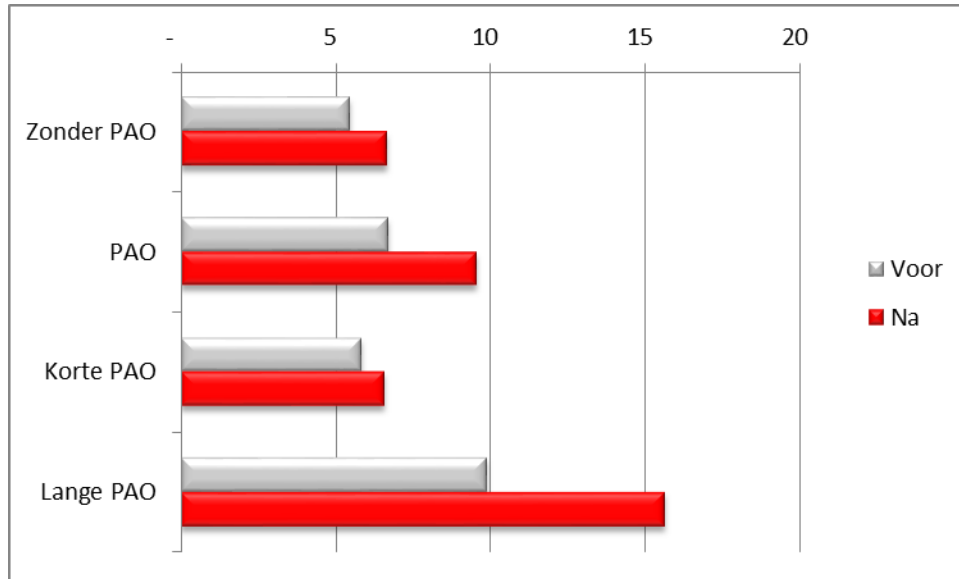
### 7.1. Algemene regeling

**Figuur 15: Algemene regeling - Percentage van de bevolking opgenomen met een klassieke ziekenhuisopname**

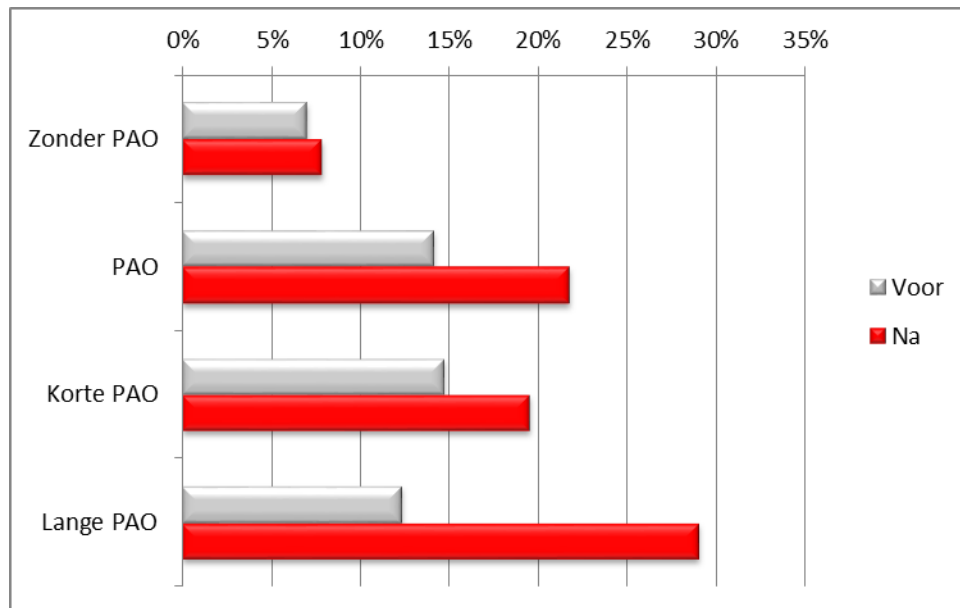


<sup>10</sup> Opname in psychiatrische ziekenhuizen vallen hier niet onder.

**Figuur 16: Algemene regeling - Aantal opnamedagen in klassieke ziekenhuisopname (voor diegenen die in het ziekenhuis werden opgenomen)**

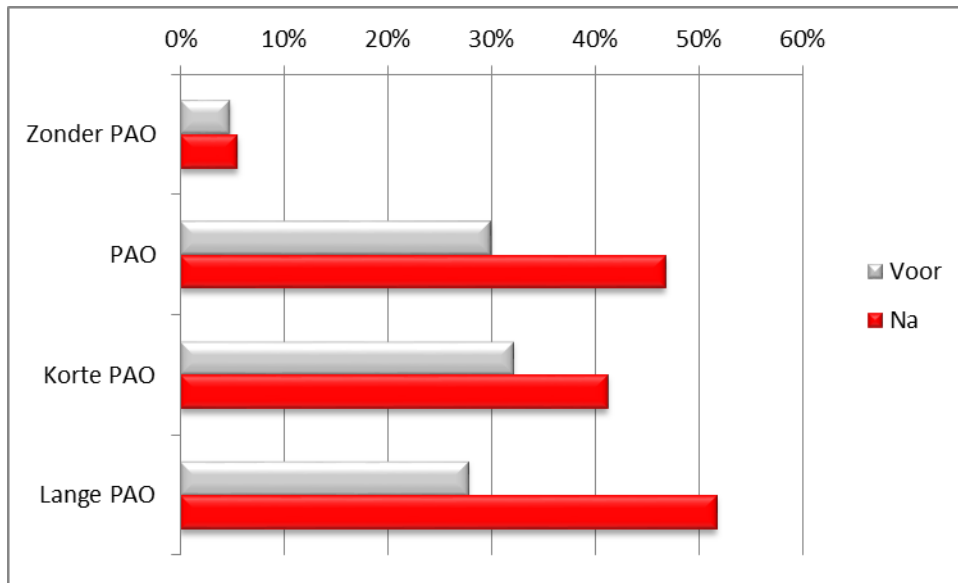


**Figuur 17: Algemene regeling - Percentage van de bevolking opgenomen met een dagopname**

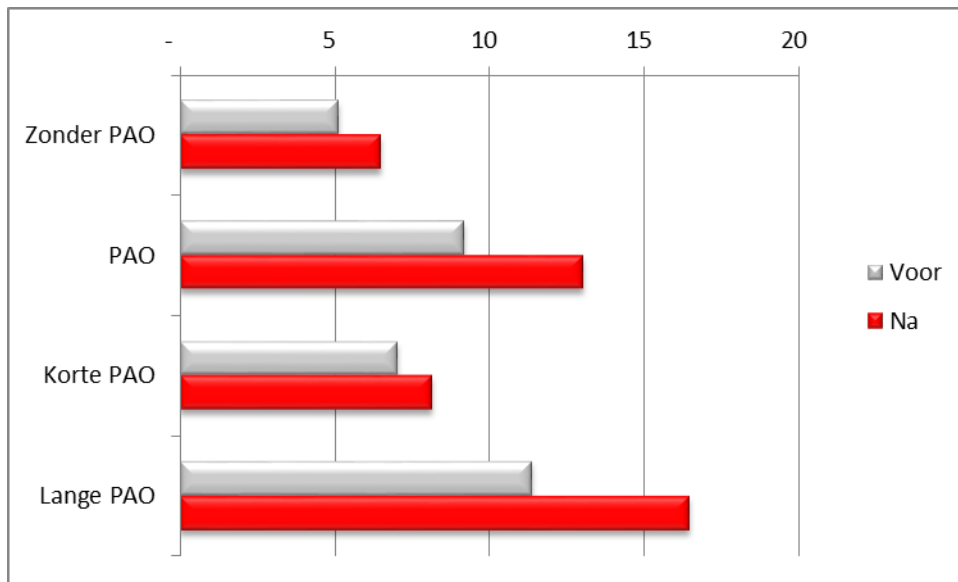


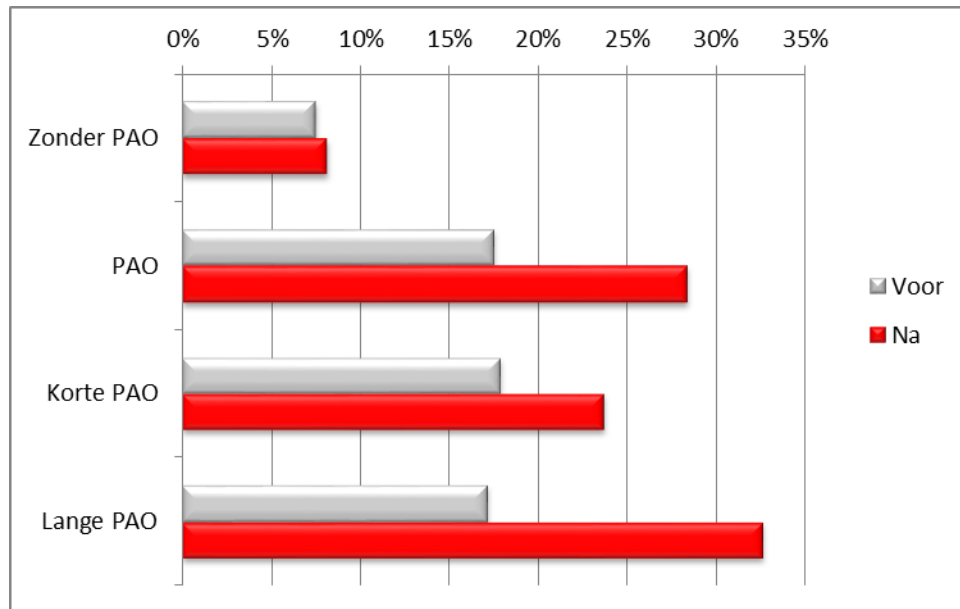
### 7.2. Zelfstandigenregeling

**Figuur 18: Zelfstandigenregeling - Percentage van de bevolking opgenomen met een klassieke ziekenhuisopname**



**Figuur 19: Zelfstandigenregeling - Aantal opnamedagen in klassieke ziekenhuisopname (voor diegenen die in het ziekenhuis werden opgenomen)**



**Figuur 20: Zelfstandigenregeling - Percentage van de bevolking opgenomen met een dagopname**


## 8. CONCLUSIES

Het Intermutualistisch Agentschap beschikt over gegevens van de leden van verzekeringsinstellingen met betrekking tot arbeidsongeschiktheid, maar ook verzekerbaarheid en gezondheidszorg, waardoor het in staat is om analyses/studies uit te voeren op het gebied van uitkeringen die breder gaan dan deze sector alleen.

Hoewel de reikwijdte van dit onderzoek enigszins verschilt van onze eerste analyse van het ' Socio-economisch profiel en zorgconsumptie van personen met een primaire arbeidsongeschiktheid', liggen de conclusies die we dit onderzoek kunnen trekken in dezelfde lijn.

Aan de hand van de proxy's die we gebruiken om de gezondheidstoestand te benaderen van verzekerden die in 2015 een ononderbroken periode van primaire arbeidsongeschiktheid hebben meegemaakt, tonen we duidelijk aan dat de arbeidsongeschiktheid betrekking heeft op personen die ziek zijn. De gezondheidstoestand van arbeidsongeschikten is duidelijk slechter dan die van de actieve bevolking die geen periode van arbeidsongeschiktheid hebben meegemaakt. Dit zien we onder meer gezien op het vlak van ziekenhuisopnames, het aantal contacten met artsen en het gebruik van geneesmiddelen. De slechtere gezondheidstoestand zien we ook bij degenen die als chronisch ziek kunnen worden beschouwd.

We hebben dus te maken met een publiek in een verzwakte sociale situatie: het gebruik van veel gezondheidszorg brengt een aanzienlijke financiële last met zich mee bovenop een toch al krimpend gezinsbudget, aangezien de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid het inkomensverlies als gevolg van de ziekte slechts gedeeltelijk compenseren.

De bijzondere situatie van zelfstandigen (of althans sommigen van hen) wordt opnieuw onderstreept: zelfstandigen die arbeidsongeschikt worden, bevinden zich in een slechtere gezondheidstoestand dan de personen in de algemene regeling. Dit houdt in de loop van de tijd aan, aangezien de periode van arbeidsongeschiktheid gemiddeld langer is (met een groter gebruik van zorg) en 30% van de zelfstandigen die arbeidsongeschikt zijn invalide worden (terwijl dit in de algemene regeling slechts 7% bedraagt).

De conclusies die we kunnen trekken zijn natuurlijk niet exhaustief noch definitief. Zij vormen de basis voor toekomstige analyses op het gebied van arbeidsongeschiktheid. Naast het actualiseren en monitoren van de eerste bevindingen die hier gemaakt werden, denken we ook aan studies over meer specifieke onderwerpen die verband houden met de oorzaken, effecten en gevolgen van een arbeidsongeschiktheid.

Daarom stellen wij voor om ons te concentreren op één bepaalde pathologie, op voorwaarde dat onze huidige administratieve gegevens deze kunnen identificeren in afwachting van het kunnen gebruiken van de medische gegevens zoals die op de medische attesten zijn vermeld. Dit type analyse zal ons in staat stellen om de realiteit van arbeidsongeschiktheid beter te benaderen, aangezien de oorzaak een cruciaal element is voor de evolutie ervan.