

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

Dit longitudinaal onderzoek over primaire arbeidsongeschiktheid is de tweede analyse van het IMA, na een eerste onderzoek naar "het sociaaleconomisch profiel en de zorgconsumptie van mensen in primaire arbeidsongeschiktheid". Het doel van deze studie is om de gezondheidstoestand van mensen met een periode van arbeidsongeschiktheid in 2015 te monitoren en hun gezondheidsniveau voor en tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid te beoordelen.

Deze longitudinale analyse bekijkt de kenmerken van de geselecteerde personen in de jaren 2014 tot en met 2016, om zo een volledig beeld te krijgen van hun gezondheidstoestand vanaf een jaar vóór het begin van hun arbeidsongeschiktheid tot aan hun intrede in invaliditeit. We vergelijken deze populatie van arbeidsongeschikten met de beroepsbevolking, die bestaat uit uitkeringsgerechtigden tussen 18 tot 65 jaar, die in 2015 geen dagen primaire arbeidsongeschiktheid hadden.

Eerst beschrijven we de volledige bevolking aan de hand van verschillende criteria: het behoren tot de algemene regeling of de regeling voor zelfstandigen, de duur van de arbeidsongeschiktheid die als kort of lang wordt gekwalificeerd (met een duur van respectievelijk minder of meer dan zes maanden) en het district dat toelaat om geografische verschillen te beschrijven.

Vervolgens benaderen we de gezondheidstoestand van arbeidsongeschikte verzekerden aan de hand van proxy's, aangezien het IMA niet over diagnostische informatie beschikt. Deze proxy's zijn: statuut van chronisch zieke, overlijden gedurende het lopende jaar, aantal contacten met een huisarts of specialist, gebruik van terugbetaalbare geneesmiddelen, alsook het aantal afgeleverde DDD's<sup>2</sup> per patiënt en het gebruik van psycholeptica en psychoanaleptica, ziekenhuisopname en duur van het ziekenhuisverblijf.

### 1. Beschrijving van de populaties: algemene regeling (AR) en regeling zelfstandigen (RZ)

Voor een volledige beschrijving van de twee populaties nodigen wij de lezer uit om de volledige studie te raadplegen.

#### 1.1. Kenmerken van de twee populaties

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

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

In totaal hadden 230.169 personen in 2015 slechts één continue periode van arbeidsongeschiktheid - of 6,7% van de totale bevolking in het AR - waarvan 176.030 personen met een korte periode van arbeidsongeschiktheid en

<sup>1</sup> De eerste studie van het IMA 'Sociaaleconomisch profiel en zorgconsumptie van personen in primaire arbeidsongeschiktheid' is beschikbaar op : <https://ima-aim.be/Sociaaleconomisch-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.

54.139 mensen met een lange periode. In vergelijking met de controlepopulatie zijn de personen met een periode van arbeidsongeschiktheid gemiddeld ouder en vaker van het vrouwelijke geslacht. Ook zijn ze vaker begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming (VT), hebben ze vaker het statuut van chronisch zieke en treedt bij hen vaker de toepassing van de maximumfactuur in werking (MAF). Tot slot is het percentage overlijdens vóór eind 2016 ook hoger bij personen met een periode van arbeidsongeschiktheid dan bij de controlepopulatie.

**Tabel 2 : Regeling zelfstandigen - Beschrijving en kenmerken van de bestudeerde populatie**

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

Binnen de RZ is het aandeel personen met een continue periode van arbeidsongeschiktheid veel kleiner dan bij de AR. Van alle personen in de RZ kende 2,2 % een continue periode van arbeidsongeschiktheid in 2015 (tegenover 6,7 % in de AR). De bevindingen betreffende het algemeen stelsel gelden voor het grootste deel ook voor de regeling zelfstandigen, met uitzondering van het feit dat vrouwen minder vertegenwoordigd zijn in de RZ (zowel in de controlepopulatie als in de populatie van arbeidsongeschikten) en dat zelfstandigen gemiddeld ouder zijn, vooral in de populatie van arbeidsongeschikten.

### 1.2. Regionale verschillen bij de intrede in arbeidsongeschiktheid

Gegevens over arbeidsongeschiktheid per district (waar de leden van verzekeringsinstellingen wonen), geordend per kwartiel - in de volledige studie in de vorm van kaarten - tonen aan dat er regionale verschillen bestaan in de mate waarin mensen arbeidsongeschikt worden. Het deel van de bevolking dat arbeidsongeschikt wordt, is hoger in het noorden van het land: Limburg, Turnhout, West-Vlaanderen of Dendermonde voor de algemene regeling; Limburg, West-Vlaanderen en Bastenaken voor de zelfstandigenregeling.

### 1.3. Duur van de arbeidsongeschiktheid

De duur werd gemeten met behulp van een overlevingscurve, die kan worden geraadpleegd in de volledige studie.

**Tabel 3: Algemene en zelfstandigenregeling - Percentage personen dat de arbeidsongeschiktheid na 60, 180 dagen en 1 jaar verlaat.**

	Algemene regeling	Regeling zelfstandigen
60 dagen	47,4 %	14,5 %
180 dagen	76,5 %	47,1 %
1 jaar	93,1 %	69,3 %

- Naarmate de tijd verstrijkt, treden steeds meer werknemers uit arbeidsongeschiktheid. Uit tabel 3 blijkt dat meer dan 47% van de leden na 60 dagen geen uitkering meer krijgt en meer dan 76% na 180 dagen. Na 1 jaar wordt bijna 7% van hen invalide.

- In de regeling zelfstandigen is de duur van de episode van primaire arbeidsongeschiktheid korter dan in de algemene regeling: 14,5% van de patiënten krijgt na 60 dagen geen uitkering meer en 47% krijgt na 180 dagen geen uitkering meer. Na 1 jaar wordt bijna 30% van hen invalide.

De geografische analyse van langdurige arbeidsongeschiktheden vertoont een andere trend dan de kaart met betrekking tot de intrede in arbeidsongeschiktheid: vooral de districten in het zuiden van het land worden gekenmerkt door een groter aandeel langdurige arbeidsongeschiktheden binnen de bevolking.

## 2. Gezondheidsstatus van de arbeidsongeschikte leden

Drie elementen werden bestudeerd: contacten met de arts (huisarts/specialist), het gebruik van medicatie (waaronder psycholeptica en psychoanaleptica om de geestelijke gezondheid te benaderen), en ziekenhuisopnames. Deze parameters werden per regeling onderzocht.

Hieronder presenteren we de belangrijkste resultaten voor de algemene regeling.

### 2.1. Contacten met de arts

- Voor mensen met een arbeidsongeschiktheid van minder dan 6 maanden, verdubbelt het gemiddelde aantal contacten met een huisarts in de 2 maanden vóór en 2 maanden na de start van de arbeidsongeschiktheid. Bij langere arbeidsongeschiktheid (minstens 6 maanden) daarentegen is het gemiddelde aantal contacten per persoon niet alleen hoger vóór de intrede in arbeidsongeschiktheid, maar blijft het aantal contacten per persoon ook hierna aanzienlijk hoger.
- Wat het gemiddelde aantal contacten met een specialist betreft, zijn de verschillen nog duidelijker. Het aantal contacten neemt eveneens toe gedurende de 2 maanden vóór de intrede in zowel korte als lange arbeidsongeschiktheid. Hierna duurt het echter langer vooraleer het aantal contacten weer afneemt: 6 maanden voor de korte arbeidsongeschiktheden en nog langer voor de lange arbeidsongeschiktheden.

### 2.2. Het gebruik van geneesmiddelen

- Uit eerdere resultaten bleek dat het percentage personen bij wie in de loop van het jaar minstens één geneesmiddel afgeleverd werd, hoger ligt bij mensen die arbeidsongeschikt zijn (92% tegenover 70% bij mensen die niet arbeidsongeschikt waren).
- Wat het aantal dosissen per jaar betreft, kan worden vastgesteld dat een periode van arbeidsongeschiktheid leidt tot een hoger medicatiegebruik vanaf de start van de arbeidsongeschiktheid. Zo stijgt het aantal DDD's van een persoon in arbeidsongeschiktheid van 324 naar 422 DDD's per jaar, terwijl deze cijfers voor mensen zonder periode van arbeidsongeschiktheid ongeveer 270 DDD's per jaar bedragen. Dit toegenomen gebruik van geneesmiddelen heeft uiteraard gevolgen voor de portemonnee van de verzekerde, aangezien de door hem betaalde remgelden stijgen op jaarbasis.
- De analyse van het percentage van de populaties aan wie een geneesmiddel uit de psycholeptische en psychoanaleptische klassen afgeleverd werd, toont dat een intrede in arbeidsongeschiktheid een duidelijk effect heeft op het gebruik van dit type geneesmiddel, en dit voornamelijk in geval van langdurige arbeidsongeschiktheid.

### 2.3. Hospitalisaties

- Wanneer een persoon arbeidsongeschikt is, heeft deze persoon een hoger risico op ziekenhuisopname (klassiek of daghospitalisatie). De verzekerden komen vaak in arbeidsongeschiktheid terecht ten gevolge van een ziekenhuisopname of worden tijdens de arbeidsongeschiktheid in het ziekenhuis opgenomen. We zien ook dat langdurige arbeidsongeschiktheden leiden tot gemiddeld langere ziekenhuisopnames.

Bovenstaande bevindingen zijn eveneens van toepassing op de regeling zelfstandigen.

### 3. Conclusies

#### **Arbeidsongeschiktheid betreft mensen die ziek zijn.**

Hun gezondheidstoestand is duidelijk slechter dan die van de actieve beroepsbevolking die geen periode van arbeidsongeschiktheid doormaakt. We zien dit zowel op het niveau van ziekenhuisopnames en het aantal contacten met artsen als het gebruik van geneesmiddelen. Dit komt ook tot uiting in het aandeel chronisch zieken.

#### **Er bestaat een risico op economische kwetsbaarheid.**

Het hoge gebruik van gezondheidszorgen brengt een aanzienlijke financiële druk met zich mee. Dit komt bovenop een reeds dalend gezinsbudget, aangezien de ontvangen uitkering voor arbeidsongeschiktheid het inkomensverlies als gevolg van de ziekte slechts gedeeltelijk compenseert.

#### **Voor zelfstandigen is de situatie bijzonder.**

Zelfstandigen die arbeidsongeschikt worden, verkeren in een slechtere gezondheidstoestand dan personen in het algemeen stelsel. Bovendien verkeren zij langer in een slechtere gezondheidstoestand, aangezien de duur van de arbeidsongeschiktheid gemiddeld langer is (met een groter beroep op zorg) en 30% van de arbeidsongeschikte zelfstandigen uiteindelijk invalide wordt (terwijl dit in de algemene regeling slechts 7% is).

#### **We stellen voor om het thema verder uit werken met studies over meer specifieke onderwerpen die verband houden met de oorzaken, effecten en gevolgen van arbeidsongeschiktheid.**

Daarom stellen wij voor om ons te concentreren op een bepaalde pathologie, op voorwaarde dat onze administratieve gegevens deze kunnen identificeren, en dit in afwachting tot we de medische gegevens kunnen gebruiken zoals die op de medische attesten ingevuld worden. Dit type analyse zal ons in staat stellen om de realiteit van arbeidsongeschiktheid, waarvan de oorzaak een cruciaal element is voor de evolutie ervan, beter te benaderen.