



STUDIE

# HET BEGIN VAN DE INVALIDITEIT

Analyse van de Geneeskundige Verzorging



Een uitgave van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel

T 02 778 92 11

[commu@mloz.be](mailto:commu@mloz.be)

—

Redactie > Güngör Karakaya

Lay-out > Vera De Geest

**[www.mloz.be](http://www.mloz.be)**

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, augustus 2019

(Ondernemingsnummer 411 766 483)

## HET BEGIN VAN DE INVALIDITEIT

Analyse van de Geneeskundige Verzorging

### INHOUDSOPGAVE

01	Woord vooraf .....	4
02	Enkele sleutelcijfers over invaliditeit in België .....	6
03	Gebruikte gegevens.....	9
3.1	Populatiegegevens .....	9
3.2	Gegevens over de terugbetaling van geneeskundige verzorging.....	9
3.3	Gegevens over de uitkeringen .....	9
04	Gevolgde Methodologie .....	10
4.1	Selectie van de populatie .....	10
4.2	Indicatoren voor chronisch zieken .....	10
05	Resultaten .....	12
5.1	Populatie die in 2016 voor de eerste keer invalide werd ('nieuwe' invaliden) .....	12
5.2	Verstrekkingen geneeskundige verzorging en chronische ziektes van de 'nieuwe' invaliden .....	16
06	Conclusies.....	33
07	Aanbevelingen .....	35

Uit de door het RIZIV gepubliceerde cijfers blijkt dat de uitgaven voor primaire arbeidsongeschiktheid<sup>1</sup> en invaliditeit<sup>2</sup> de afgelopen jaren aanzienlijk gestegen zijn. Tussen 2007 en 2017 zijn de invaliditeitsuitkeringen voor loontrekkenden opgelopen van 2,4 miljard euro tot 5,4 miljard euro (meer dan een verdubbeling in 10 jaar). De uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid voor loontrekkenden zijn gestegen van 0,99 miljard euro naar 1,7 miljard euro (een stijging van 70 % in 10 jaar). Zowel in absolute als in relatieve termen tekenden de evoluties zich veel duidelijker af bij de invaliditeit. Tussen 2007 en 2017 is het invaliditeitspercentage gestegen van 5,4 % (242.086 invaliden) tot 8,4 % (404.657 invaliden). Deze evoluties vinden hun oorsprong in diverse factoren: progressieve stijging van de wettelijke pensioenleeftijd voor vrouwen, behandeling van aandoeningen die vroeger fataal waren, epidemiologische evoluties, toename van gezondheidsproblemen die tot invaliditeit leiden (spier- en skeletaandoeningen, tumoren, geestelijke gezondheid), daling van de vervangingsinkomens (-30 % in 20 jaar voor werkloosheidsuitkeringen), strengere voorwaarden voor toegang tot brugpensioen, lage werkloosheidsuitkeringen, stijging van de gemiddelde leeftijd van de actieve bevolking (20-65 jaar), scherpere degressie van de werkloosheidsuitkeringen ...



**Tussen 2007 en 2017 zijn de invaliditeitsuitkeringen voor loontrekkenden meer dan verdubbeld in 10 jaar en de uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid (PAO) voor loontrekkenden zijn gestegen met 70 % in dezelfde periode.**

Bijna alle OESO-landen hebben, vooral sinds de jaren 1990, steeds meer hervormingen ingevoerd aan het beleid inzake arbeidsongeschiktheid en invaliditeit (elk op hun eigen ritme en meer of minder ingrijpend). Sinds enkele jaren leeft er een consensus om personen met functionele beperkingen (en die nog steeds in zekere mate arbeidsgeschikt zijn) aan het werk te houden of te zetten. Daartoe hebben de meeste landen hun arsenaal aan incentives, hulp en diensten voor terwerkstelling uitgebreid ten gunste van personen met gezondheidsproblemen. Sommige landen hebben daarnaast de toegang tot de verstrekkingen voor ziekte en invaliditeit strikter gemaakt.

Enkele landen daargelaten (onder meer Nederland en Finland), volstond volgens de vaststellingen van de OESO de draagwijdte van de hervormingen in de meeste landen (waaronder België) niet om het gebruik van de ziekte- en invaliditeitsverstrekkingen aanmerkelijk te verminderen. Uit de cijfers van de OESO (2010, 2016)<sup>3</sup> blijkt dat de landen die structurele hervormingen ingevoerd hebben in zowel het systeem voor verstrekkingen als dat voor hulp bij de tewerkstelling (zoals Nederland en Finland), de sterkste dalingen in hun invaliditeitspercentage optekenden.

<sup>1</sup> Primaire arbeidsongeschiktheid is het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid, na de periode van gewaarborgd loon

<sup>2</sup> De arbeidsongeschiktheidsperiode die begint te lopen na het jaar van primaire arbeidsongeschiktheid, is de invaliditeit.

<sup>3</sup> OESO (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OESO Publications, Paris.

OCDE (2016), *Economic policy reforms 2016: Going for growth interim report*, OESO Publications, Paris.

Langdurige afwezigheid wegens ziekte vormt een zware belasting op zowel werkgever als sociale zekerheid en maatschappij, maar ook voor de arbeidsongeschikte werknemer, aangezien die zijn inkomen ziet dalen, sociale contacten verliest en vaak nog meer gezondheidsproblemen krijgt. Daarom is het dus interessant deze populatie nader te onderzoeken en hun eigenheid te identificeren.

**In deze studie wordt het profiel beschreven van de personen die na een periode van 12 maanden primaire arbeidsongeschiktheid invalide worden.**

**De studie behandelt hun kenmerken (leeftijd, geslacht, woonplaats, al dan niet rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming) en hun zorgverstrekkingen (uitgaven geneeskundige verzorging, raadpleging van artsen, gebruik van medicatie, ziekenhuisopnames ...) voor, tijdens en na de periode van 12 maanden primaire arbeidsongeschiktheid.**

Ter herinnering: loontrekkenden, werkzoekenden en zelfstandigen die niet meer kunnen werken door ziekte of een ongeval (geen beroepsziekte of arbeidsongeval), hebben recht op arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsuitkeringen. De invaliditeit begint te lopen na het jaar van primaire arbeidsongeschiktheid. Met andere woorden: de invaliditeitsuitkering wordt toegekend aan de sociaal verzekerde die invalide geworden is door een ziekte of een ongeval (geen beroepsziekte of arbeidsongeval), waardoor deze persoon gedurende minstens 12 maanden niet kan werken.

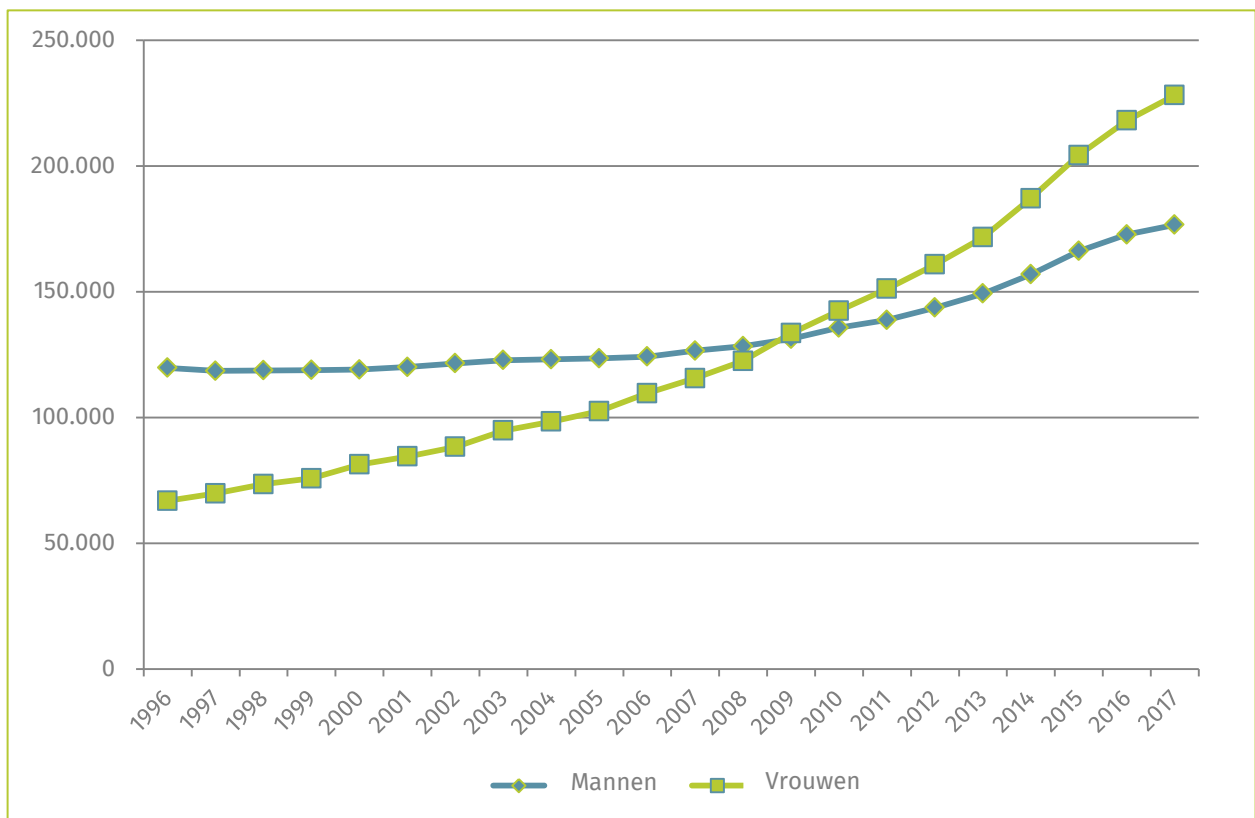
Om onze analyses relevanter te maken, hebben we de volgende personen uitgesloten van de studie: personen met periodes van moederschapsrust vóór het begin van de invaliditeit in 2016, personen die tussen 2013 en 2017 niet ononderbroken aangesloten waren bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, en personen die in deze periode overleden zijn.

## 02

# ENKELE SLEUTELCIJFERS OVER INVALIDITEIT IN BELGIË

De gegevens op basis waarvan we de figuren in dit deel van de studie opgesteld hebben, werden ons aangeleverd door de dienst Uitkeringen van het RIZIV..

Figuur 1 toont aan dat het totaal aantal invaliden meer dan verdubbeld is tussen 1996 en 2017: van 186.526 naar 404.657 (+117 %). De sterkste stijging zien we bij vrouwen, wiens aandeel in de invaliditeit verdriedubbeld is in de laatste 20 jaar (+241 %), terwijl het aandeel bij mannen gestegen is met 48 %.



Figuur 1: Evolutie van het aantal invaliden per geslacht, 1996-2017- Bron: Gegevens van het RIZIV

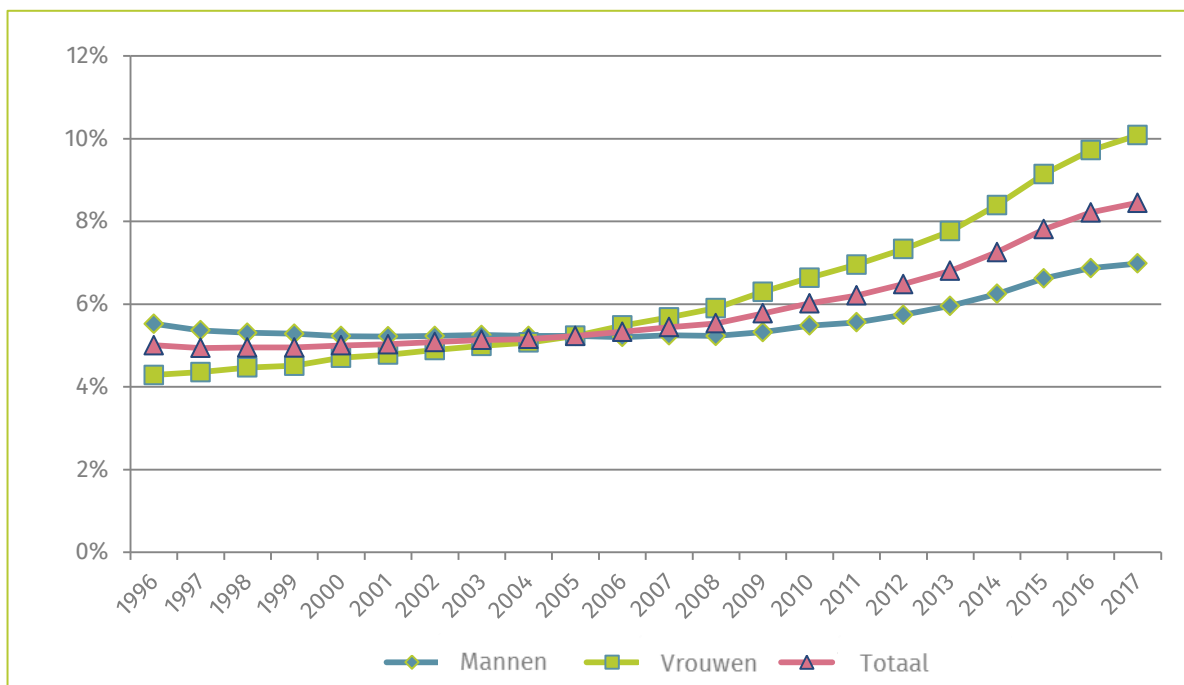
We stellen vast dat het aantal vrouwelijke invaliden tussen 1996 en 2008 het aantal mannelijke invaliden snel inhaalt en overschrijdt, en vervolgens de voorsprong enkel vergroot. In 2008 (jaar van financiële en economische crisis) overschrijdt het aantal vrouwelijke invaliden voor het eerst het aantal mannelijke.

Deze evoluties zijn beduidend groter dan die voor het aantal uitkeringsgerechtigden (zonder bruggepensioneerden). De hogere pensioenleeftijd voor vrouwen en de vergrijzing van de bevolking verklaren slechts gedeeltelijk de sterke stijging van het

aantal invalide vrouwen. Er zijn dus andere belangrijke factoren die geleid hebben tot de sterke stijging van het aantal invaliden.

Een belangrijke vaststelling is de versnelde stijging van het aantal invaliden sinds de financiële en economische crisis van 2008 (zowel bij mannen als vrouwen, maar sneller bij vrouwen). Een periode van slechte conjunctuur lijkt dus schadelijk te zijn voor de invaliditeit (en natuurlijk ook voor de werkloosheid). We merken evenwel op dat het aantal invaliden ook na de financiële en economische crisis van 2008 is blijven stijgen.

Door de evolutie van het invaliditeitspercentage<sup>4</sup> te analyseren, neutraliseren we het effect van het toegenomen aantal uitkeringsgerechtigden in onze analyses. Het invaliditeitspercentage bij mannen is tussen 1996 en 2017 gestegen van 5,5 % naar 7,0 %, bij vrouwen van 4,3 % naar 10,1 % (figuur 2).

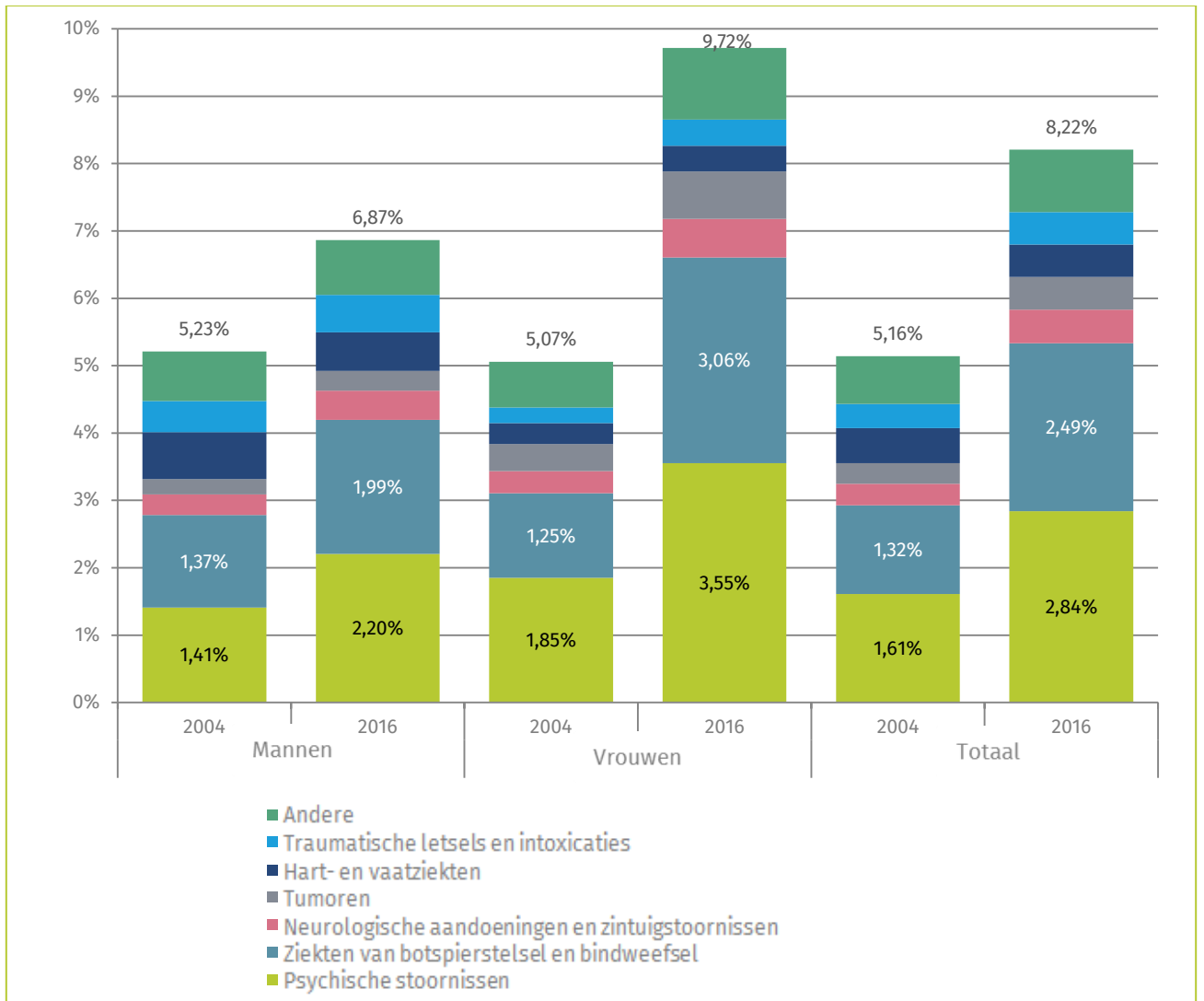


Figuur 2: Evolutie van het invaliditeitspercentage per geslacht, 1996-2017 - Bron: Gegevens van het RIZIV

De evolutie van het invaliditeitspercentage tussen 1996 en 2017 bevestigt de hoger gemaakte vaststellingen: een groter risico om sinds de financiële en economische crisis van 2008 invalide te zijn, de inhaling van het invaliditeitspercentage bij vrouwen ten opzichte van dat van mannen, en een steeds grotere kloof tussen die twee.

De cijfers uit figuur 3 tonen aan dat **de voornaamste oorzaken van invaliditeit psychische stoornissen en ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel zijn**. Deze twee groepen van ziekten vertegenwoordigen ongeveer twee derde van het totale aantal invaliden. Tussen 2004 en 2016 is het aandeel van deze twee ziektegroepen in het totaal aantal invaliden aanzienlijk gestegen, vooral bij vrouwen.

<sup>4</sup> Verhouding tussen het aantal invaliden en het aantal uitkeringsgerechtigden zonder bruggepensioneerden



Figuur 3: Invaliditeitspercentage per geslacht en pathologie, 2004-2016 - Bron: Gegevens van het RIZIV



# 03

## GEBRUIKTE GEGEVENS

### 3.1 Populatiegegevens

Onze studie onderzoekt de administratieve en geanonimiseerde populatiegegevens van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 2013 en 2017.

Deze gegevens zijn opgesteld in de lay-out van het Intermutualistisch Agentschap (IMA)<sup>5</sup> en betreffen algemene informatie over de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, bijvoorbeeld geboortejaar, geslacht, gewest/provincie/arrondissement van de woonplaats, recht op de verhoogde tegemoetkoming, recht op diverse forfaits, gezinstype ...

De bestudeerde populatie betreft enkel de personen die zonder onderbreking aangesloten waren bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 01/01/2013 en 31/12/2017. Personen die in deze periode muteerden naar een andere verzekeringsinstelling, zich aansloten bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen of overleden, zijn dus uitgesloten.

### 3.2 Gegevens over de terugbetaling van geneeskundige verzorging

Naast demografische gegevens gebruiken we ook de administratieve gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen over de terugbetaling van geneeskundige verzorging in het kader van de verplichte verzekering (op basis van de facturatie). Hieronder vallen alle medische verstrekkingen die toegediend werden tussen 01/01/2013 en 31/12/2017 en die terugbetaald worden door de ziekteverzekering.

### 3.3 Gegevens over de uitkeringen

Deze gegevens bevatten de periodes van arbeidsongeschiktheid met betaling van uitkeringen door de ziekteverzekering (begin- en einddatum), en de begindatum van de invaliditeit (en de einddatum als de invaliditeit eindigt). We gebruikten de gegevens van de personen die voor de eerste keer invalide worden (officiële erkenning) in 2016 voor de periode 2013-2016 (dus met een periode van primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden vóór de invaliditeit en met of zonder periode van arbeidsongeschiktheid met betaling van uitkeringen tussen 01/01/2013 en 31/12/2014).

Om onze analyses relevanter te maken, hebben we de volgende personen uitgesloten van de studie: personen met periodes van moederschapsrust vóór het begin van de invaliditeit in 2016, personen die tussen 2013 en 2017 niet ononderbroken aangesloten waren bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, en personen die in deze periode overleden zijn.

---

<sup>5</sup> [https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/layout\\_population-populatie\\_v14\\_nf.pdf](https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/layout_population-populatie_v14_nf.pdf)

# 04

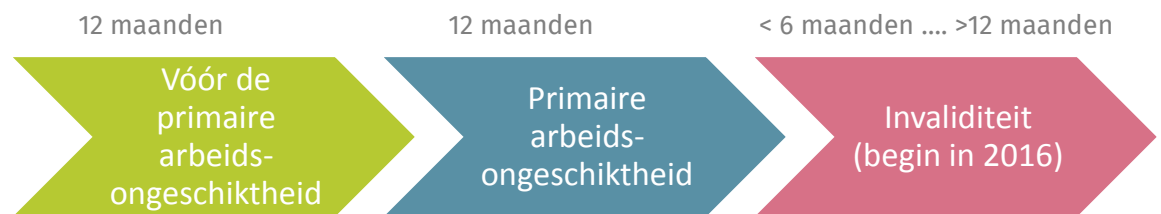
## GEVOLGDE METHODOLOGIE

### 4.1 Selectie van de populatie

Op basis van onze administratieve gegevens selecteerden we de personen die voor de eerste keer invalide werden (officiële erkenning) in 2016 voor de periode 2013-2016. Zo hebben we voldoende informatie over de persoon voor, tijdens en na het begin van de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit. Personen die in de periode 2013-2017 periodes van moederschapsrust hadden, muteerden naar een andere verzekeringsinstelling, zich ajaarloten bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen of overleden, werden uitgesloten van onze studie.

We onderscheiden 3 periodes om onze analyses van de ‘nieuwe’ invaliden te verfijnen:

- de periode van 12 maanden vóór het begin van de primaire arbeidsongeschiktheid
  - de periode van 12 maanden primaire arbeidsongeschiktheid
  - de periode van invaliditeit, die kort (minder dan 6 maanden), middellang (6 tot 12 maanden) of lang (meer dan 12 maanden) kan zijn
- Zo kunnen we personen wiens invaliditeit vrij snel eindigt, vergelijken met de anderen.



Wanneer dat relevant is, vergelijken we ook de ‘nieuwe’ invaliden met de referentiepopulatie, die bestaat uit alle leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 20 en 64 jaar.

### 4.2 Indicatoren voor chronisch ziekten

Als verzekeringsinstelling beschikken de Onafhankelijke Ziekenfondsen niet over de exacte medische diagnose van de aandoeningen waaraan de leden lijden. We hebben deze hindernis omzeild door diagnoseproxy's te gebruiken (22 in totaal). Die zijn enerzijds gebaseerd op een criterium voor het gebruik van specifieke geneesmiddelen gedurende bepaalde tijd (minimaal 90 behandelingsdagen per jaar, of 120 dagen voor depressie en andere stemmingsstoornissen), en anderzijds op de facturatie van bepaalde nomenclatuurcodes van het RIZIV of specifieke ziekenhuisopnames (voor 4

chronische ziektes: nierinsufficiëntie, geestelijke gezondheid, kanker en orgaantrajaarplantatie).<sup>6</sup>

Op andere aandoeningen (al dan niet chronisch), die niet geïdentificeerd konden worden op basis van onze administratieve ziekenfondsgegevens (onder meer die waarvoor de behandeling niet terugbetaald wordt door de ziekteverzekering of niet eenduidig vastgesteld kon worden), bijvoorbeeld burn-out of bepaalde spier- en skeletziektes (tendinitis, rugpijn ...), hebben we geen specifieke analyses losgelaten voor deze studie.

---

<sup>6</sup> De methodologische details zijn terug te vinden in de studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen - Karakaya G., Vanrillaer V. en Van Tielen R. (2013). "Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg. Analyse van de terugbetalingen van de ziekteverzekering." Studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, december 2013, 60 pagina's.  
<https://www.mloz.be/nl/content/concentratie-van-de-uitgaven-voor-de-gezondheidszorg>

Dit deel van de studie behandelt de voornaamste resultaten uit onze analyses van de administratieve gegevens over de geneeskundige verzorging die terugbetaald wordt door de ziekteverzekering.

Eerst beschrijven we enkele sociodemografische kenmerken en de arbeidsongeschiktheidsperiodes van de populatie die voor de eerste keer invalide werd in 2016 voor de periode 2013-2016. Deze populatie wordt in de rest van de studie de 'nieuwe' invaliden genoemd.

Daarna presenteren we de uitgaven en verstrekkingen voor geneeskundige verzorging, evenals enkele chronische ziektes van de 'nieuwe' invaliden. Dit tweede deel behandelt:

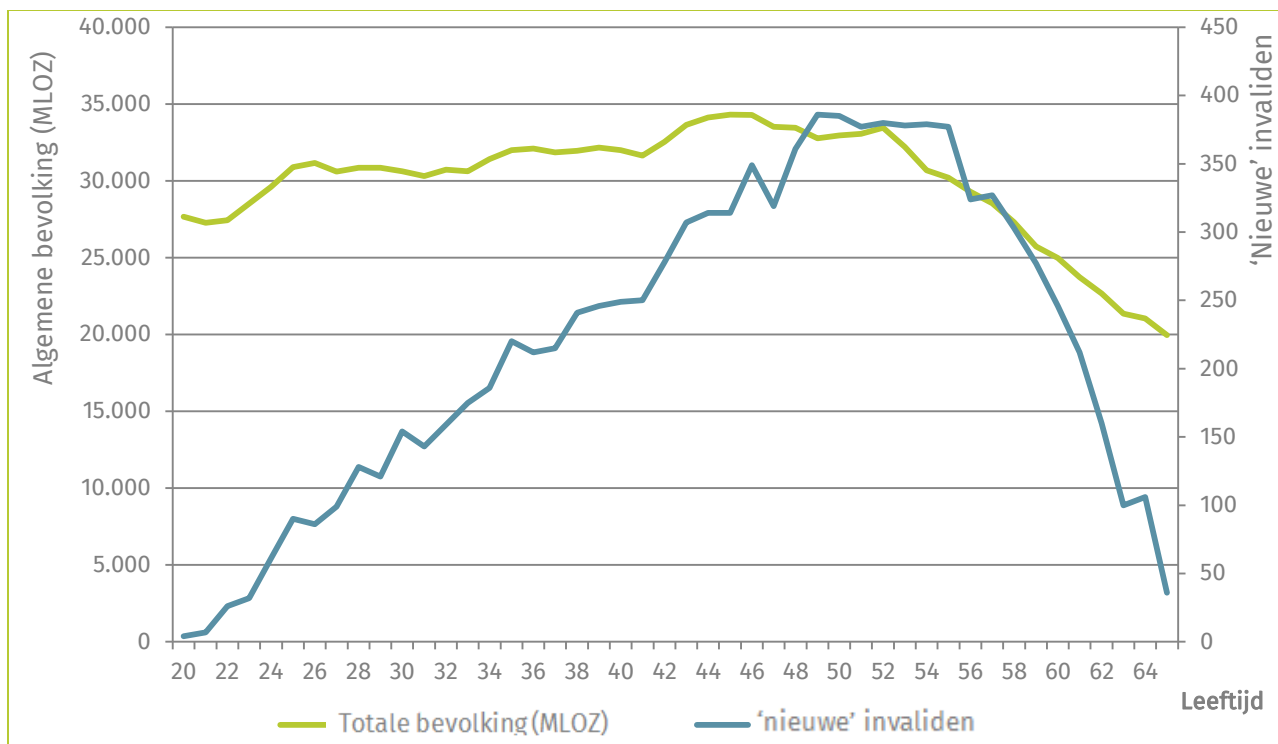
- het volume aan uitgaven geneeskundige verzorging (ten laste van de ziekteverzekering en de patiënt)
- de voornaamste verstrekkingen voor geneeskundige verzorging
- de chronische ziektes en comorbiditeit (aanwezigheid van minstens twee chronische ziektes)
- de raadplegingen door de arts
- de farmaceutische specialiteiten
- de gewone ziekenhuisopnames met minstens één overnachting
- het gebruik van de spoeddienst van het ziekenhuis

## 5.1 Populatie die in 2016 voor de eerste keer invalide werd ('nieuwe' invaliden)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen, waarbij ongeveer 20 % van de volledige Belgische bevolking aangesloten is, noteerden 10.101 personen die in 2016 voor de eerste keer invalide werden voor de periode 2013-2016 (dus 0,45 % van al hun uitkeringsgerechtigde leden). Met andere woorden: al deze 'nieuwe' invaliden hadden een periode van primaire arbeidsongeschiktheid van een jaar, die begon in 2015.

### 5.1.1 Sociodemografische kenmerken van de 'nieuwe' invaliden

De 'nieuwe' invaliden zijn gemiddeld 46 jaar oud (de mediaan ligt op 48 jaar). Figuur 4 toont dat het aantal 'nieuwe' invaliden stijgt met de leeftijd tot 55 jaar, en daarna een scherpe duik neemt (te verklaren door het stijgende aantal bruggepensioneerden), terwijl de algemene populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen niet zo scherp stijgt tot 55 jaar. Met andere woorden: de algemene populatie blijft vrij stabiel tot 55 jaar, terwijl het aantal 'nieuwe' invaliden aanzienlijk en scherp stijgt tot die leeftijd. Dit wordt vertaald in een **toename van de prevalentie van de 'nieuwe' invaliden tot 55 jaar (vanaf 55 jaar is de prevalentie 1,25 %)**.



Figuur 4: Verdeling van het aantal 'nieuwe' invaliden en van de algemene populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen per leeftijd (2016)

Tabel 1 bevat enkele kenmerken van de personen die in 2016 voor de eerste keer invalide werden.

Tabel 1		'Nieuwe' invaliden	Aandeel in de 'Nieuwe' invaliden	Aandeel in de algemene populatie van 20 tot 64 jaar (MLOZ)
Leeftijd	20-35 jaar	1.691	16,7%	35,4%
	36-50 jaar	4.426	43,8%	36,3%
	51-64 jaar	3.984	39,5%	28,3%
Geslacht	Vrouw	5.729	56,7%	49,6%
	Man	4.372	43,3%	50,4%
RVV-statuur	Ja	2.582	25,6%	10,6%
	Nee	7.519	74,4%	89,4%
Gewest woonplaats	Brussel-Hoofdstad	1.860	18,4%	20,2%
	Vlaanderen	3.924	38,9%	41,0%
	Wallonië	4.236	41,9%	35,0%
	Buitenland	81	0,8%	3,8%

Tabel 1: Enkele kenmerken van de personen die in 2016 voor het eerst invalide worden, en van de algemene populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen van 20 tot 64 jaar

Hieruit blijkt dat er meer vrouwen (56,7 %)<sup>7</sup> ‘nieuwe’ invalide zijn, dat 1 op 4 mensen de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV) geniet, dat meer dan 8 op 10 personen ouder zijn dan 35 jaar, dat bijna 4 op 10 mensen in Vlaanderen wonen, 4 op 10 in Wallonië en 2 op 10 in Brussel. **Bij de ‘nieuwe’ invaliden zijn vrouwen, RVV’ers, personen van meer dan 35 jaar en inwoners van het Waalse gewest oververtegenwoordigd in vergelijking met de algemene populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen van 20 tot 64 jaar.**

## 5.1.2 Arbeidsongeschiktheidsperiodes vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit

### Bij alle ‘nieuwe’ invaliden samen

Tabel 2 bevat het aantal en het aandeel van ‘nieuwe’ invaliden die tussen 2013 en 2015 al of geen andere arbeidsongeschiktheidsperiode hadden dan de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit. Ze bevat ook het gemiddelde aantal dagen van die arbeidsongeschiktheden (en hun aandeel) voor de periode 2013-2015. Aangezien onze ziekenfondsgegevens niet het begin van de arbeidsongeschiktheid bevatten (dus de periodes van gewaarborgd loon voor loontrekkenden en arbeiders, en de carenzdagen voor zelfstandigen)<sup>8</sup>, beperken we onze analyses tot de dagen die vergoed worden door de ziekteverzekering. We stellen vast dat tussen 2013 en 2015 61,7 % van de ‘nieuwe’ invaliden geen arbeidsongeschiktheidsperiode met betaling van uitkeringen had vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden (ze waren dus niet langer arbeidsongeschikt dan de periode van gewaarborgd loon of de carenzdagen vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden). Met andere woorden: 38,3 % van de ‘nieuwe’ invaliden kenden minstens één periode van arbeidsongeschiktheid met betaling van uitkeringen vóór hun primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, gedurende gemiddeld 131 dagen tussen 01/01/2013 en de dag waarop de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden begon (dit is 14 % van deze periode vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden).

38,3 % van de ‘nieuwe’ invaliden kenden minstens één periode van arbeidsongeschiktheid met betaling van uitkeringen vóór hun primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden.

<sup>7</sup> Dit resultaat hangt samen met het werk van het RIZIV. Zie: RIZIV (2018), “Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Analyse en verklarende factoren - 2011-2016”.

<sup>8</sup> De periode van gewaarborgd loon is de periode waarin de werkgever het normale loon van de arbeidsongeschikte persoon moet betalen. Deze periode duurt 30 dagen voor loontrekkenden en 14 voor arbeiders. De zelfstandige geniet geen gewaarborgd loon. De carenzperiode voor zelfstandigen duurt 14 dagen. In die tijd ontvangt de zelfstandige geen terugbetalingen van de ziekteverzekering.

Tabel 2

Aantal arbeidsongeschiktheidsperiodes met uitkeringen vóór de PAO van 12 maanden (tussen 2013 en 2015)	Aantal personen	Aandeel personen	Gemiddeld aantal dagen arbeidsongeschiktheid met uitkeringen vóór de PAO van 12 maanden (tussen 2013 en 2015)	% van de tijd in arbeidsongeschiktheid vóór de PAO van 12 maanden (tussen 2013 en 2015)
0	6.237	61,7%	0	0%
1	2.597	25,7%	109	12%
2	882	8,7%	164	18%
3	265	2,6%	196	21%
4	84	0,8%	209	23%
>= 5	36	0,4%	228	25%
>= 1	3.864	38,3%	131	14%

Tabel 2: Arbeidsongeschiktheid (met betaling van uitkeringen) vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit (2013-2015)

Tussen 2013 en 2015 kenden de meeste (bijna 70 %) van de ‘nieuwe’ invaliden van 2016 met minstens één arbeidsongeschiktheidsperiode vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden slechts één arbeidsongeschiktheidsperiode (van gemiddeld 109 dagen) in de periode vóór de primaire arbeidsongeschiktheid. We kunnen dus stellen dat de ‘nieuwe’ invaliden slechts zelden meerdere arbeidsongeschiktheidsperiodes (langer dan de periode van gewaarborgd loon) kennen vóór de periode van primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden (slechts 1 op de 8 ‘nieuwe’ invaliden had meerdere arbeidsongeschiktheidsperiodes vóór de periode van primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden).

### Volgens de duur van de invaliditeit

Uit tabel 3 blijkt dat 3 op 4 personen (75 %) die in 2016 invalide zijn geworden, meer dan 12 maanden invalide blijven, terwijl 1 op 6 ‘nieuwe’ invaliden (15,6 %) de invaliditeit binnen 6 maanden verlaat en bijna 1 op 10 (9,5 %) na 6 tot 12 maanden. Volgens de cijfers van het RIZIV<sup>9</sup> bedraagt het aandeel personen wiens invaliditeit in 2017 eindigt (‘nieuwe’ en oude invaliden), 12,4 % van de totale populatie van invaliden in 2017. Dit cijfer ligt veel lager dan het cijfer uit deze studie (25,1 %). Met andere woorden: de ‘nieuwe’ invaliden maken veel meer kans (meer dan dubbel zo veel) om die invaliditeit binnen 12 maanden te beëindigen dan de totale populatie aan invaliden. We merken ook op dat de gegevens van het RIZIV ook een beëindiging wegens overlijden of pensionering bevatten, terwijl onze studie die redenen uitsluit. Zonder die redenen ligt het aandeel aan beëindigingen die het RIZIV berekend heeft, op 7,0 %. Hoewel de percentages niet perfect vergelijkbaar zijn, zou het aandeel beëindigingen van de invaliditeit van de ‘nieuwe’ invaliden’ binnen 12 maanden bijna 4 zo hoog liggen dan bij het RIZIV (dus bij de totale populatie van invaliden).

<sup>9</sup> RIZIV (2019), Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden: werknemers - periode 2008-2017, Nota BU 2019/13, februari 2019

3 op 4 personen die in 2016 invalide zijn geworden blijven meer dan 12 maanden invalide, terwijl 1 op 6 ‘nieuwe’ invaliden de invaliditeit binnen 6 maanden verlaat en bijna 1 op 10 na 6 tot 12 maanden.

Tabel 3 bevat ook het gemiddelde aantal arbeidsongeschiktheidsperiodes vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, evenals de gemiddelde duur van de arbeidsongeschiktheden (vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden) van de 'nieuwe' invaliden, verdeeld over 3 groepen: de 'nieuwe' invaliden die redelijk snel herstellen (binnen 6 maanden), degenen die 6 tot 12 maanden invalide blijven, en degenen die langer invalide blijven (langer dan 12 maanden). Hieruit blijkt dat het gemiddelde aantal arbeidsongeschiktheidsperiodes vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden niet wezenlijk verschilt tussen deze 3 groepen van 'nieuwe' invaliden (ongeveer 1,5), maar dat het gemiddelde aantal dagen van arbeidsongeschiktheid vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden stijgt met de duur van de invaliditeit. Met andere woorden: de 'nieuwe' invaliden die langere tijd invalide blijven (meer dan 12 maanden), hadden al langere arbeidsongeschiktheidsperiodes vóór het begin van de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit (135 dagen). Omgekeerd hebben de 'nieuwe' invaliden die vrij snel herstellen (binnen 6 maanden), kortere arbeidsongeschiktheidsperiodes vóór het begin van de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden (119 dagen). Samengevat doen deze resultaten vermoeden dat **personen met kortere arbeidsongeschiktheidsperiodes vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden meer kans hebben om sneller weer aan het werk te gaan wanneer ze invalide worden.**

Tabel 3

Duur van de invaliditeit	Aantal personen	Aandeel personen	Gemiddeld aantal arbeidsongeschiktheidsperiodes vóór de PAO van 12 maanden (tussen 2013 en 2015)	Gemiddeld aantal dagen arbeidsongeschiktheid vóór de PAO van 12 maanden (tussen 2013 en 2015)
Invaliditeit van minder dan 6 maanden	1.581	15,6%	1,4	119
Invaliditeit van 6 tot 12 maanden	957	9,5%	1,5	120
Invaliditeit van meer dan 12 maanden	7.563	74,9%	1,5	135

Tabel 3: Arbeidsongeschiktheid (met betaling van uitkeringen) vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit (2013-2015), volgens duur van de invaliditeit

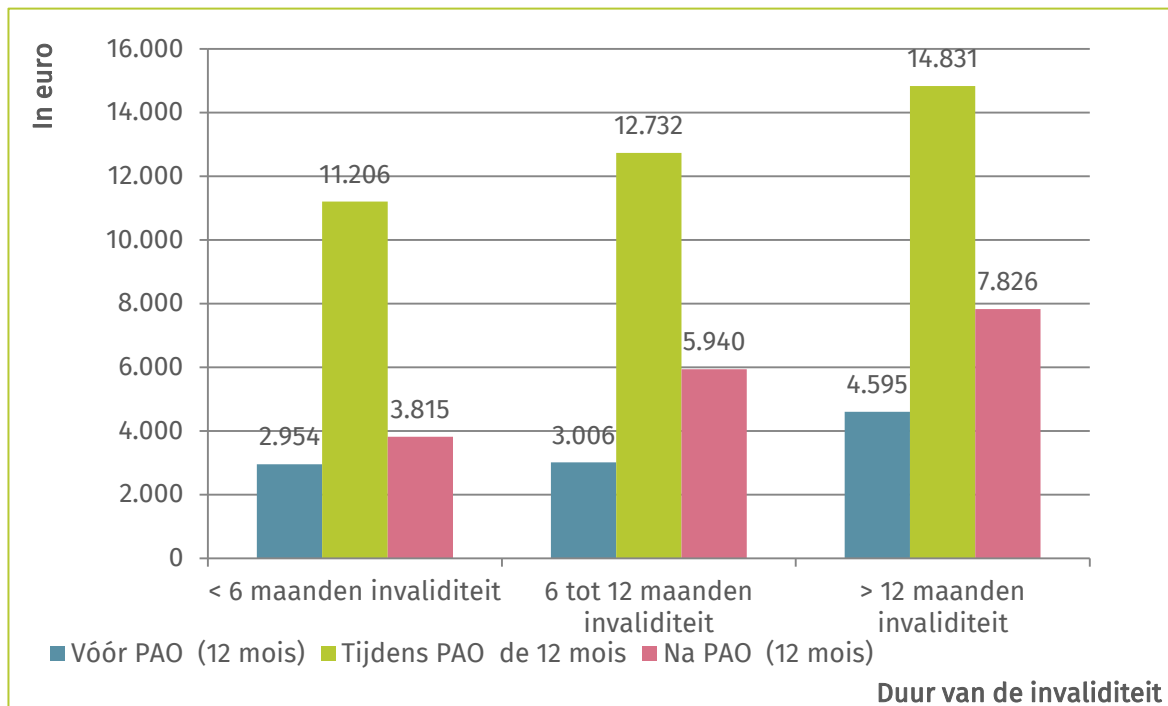
## 5.2 Verstrekkingen geneeskundige verzorging en chronische ziektes van de 'nieuwe' invaliden

### 5.2.1 Uitgaven geneeskundige verzorging

Figuur 5 toont de gemiddelde jaarlijkse uitgaven geneeskundige verzorging van de 'nieuwe' invaliden, die zowel de terugbetalingen door de verplichte verzekering bevatten als de bedragen die de verzekerde zelf ten laste neemt (remgeld en geregistreerde supplementen). Die worden uitgesplitst volgens de duur van de invaliditeit van de personen die in 2016 invalide werden, en volgens de periode vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden (12 maanden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit), de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden zelf, en de periode na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12



maanden (12 maanden na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit).



Figuur 5: Gemiddelde jaarlijkse uitgaven geneeskundige verzorging van de 'nieuwe' invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit, volgens de duur van de invaliditeit, in euro.

We stellen vast dat de uitgaven geneeskundige verzorging van de 'nieuwe' invaliden hun hoogste punt bereiken tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, ongeacht de duur van de invaliditeit. Ze liggen 3 tot 4 keer hoger tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden dan in de 12 maanden ervoor, en 2 tot 3 keer hoger dan in de 12 maanden erna. Met andere woorden: **de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, vormt een periode met bijzonder hoge uitgaven geneeskundige verzorging.** Dit is niet zo verrassend, aangezien de periode van primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden het begin vormt van de langdurige periode van arbeidsongeschiktheid waarin de personen niet kunnen werken wegens ziekte of ongeval (niet werk-gerelateerd). Niettemin liggen de uitgaven geneeskundige verzorging van de 'nieuwe' invaliden tijdens de periode van 12 maanden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, 65 % tot 160 % hoger (afhankelijk van de duur van de invaliditeit) dan die van andere personen tussen 20 en 64 jaar: hun gemiddelde jaarlijkse uitgaven bedragen 1.790 euro. Dit is interessant, omdat hieruit blijkt dat de personen die invalide zullen worden, al gezondheidsproblemen hadden vóór de PAO die eindigt in invaliditeit. Zoals we hoger in deze studie zagen, had 38,3 % van de 'nieuwe' invaliden immers minstens één arbeidsongeschiktheidsperiode vóór de PAO van 12 maanden.

Een ander interessant resultaat van onze analyses is het volume aan uitgaven geneeskundige verzorging van de personen die langer dan 12 maanden invalide blijven. Inderdaad: zowel voor, tijdens als na de PAO van 12 maanden tekenen zij aanzienlijk hogere uitgaven geneeskundige verzorging op dan de personen wiens invaliditeit redelijk snel eindigt. We begrijpen dus dat **de personen die langer dan 12 maanden**

Personen die invalide zullen worden, hadden al gezondheidsproblemen vóór de PAO die eindigt in invaliditeit.

invalide blijven, ook degenen zijn met de zwaarste gezondheidsproblemen (zowel voor, tijdens als na de PAO die eindigt in invaliditeit).

Tabel 4 doet daar nog een schepje bovenop: daarin zijn de gemiddelde jaarlijkse uitgaven geneeskundige verzorging opgesplitst volgens terugbetaald bedrag door de verplichte verzekering (VP) en bedrag dat de verzekerde zelf ten laste neemt (remgeld en supplementen). Hier zien we dat de verzekerde zelf **10 tot 15 % van de gemiddelde jaarlijkse uitgaven geneeskundige verzorging draagt, ongeacht de duur van de invaliditeit of de bestudeerde periode (voor, tijdens of na de PAO van 12 maanden).**

Tabel 4

Duur van de invaliditeit	Vóór PAO (12 maanden)			Tijdens PAO van 12 maanden			Na PAO (12 maanden)		
	VP	Rem-geld	Supple-ment	VP	Rem-geld	Supple-ment	VP	Rem-geld	Supple-ment
< 6 maanden invaliditeit	2.563	228	163	9.824	624	758	3.368	259	189
6 tot 12 maanden invaliditeit	2.580	232	195	11.179	681	872	5.277	333	329
> 12 maanden invaliditeit	4.121	278	195	13.374	692	765	7.078	409	339
<b>Totaal 'nieuwe' invaliden</b>	<b>3.728</b>	<b>266</b>	<b>190</b>	<b>12.605</b>	<b>680</b>	<b>774</b>	<b>6.327</b>	<b>378</b>	<b>315</b>

Tabel 4: Gemiddelde jaarlijkse uitgaven geneeskundige verzorging van de 'nieuwe' invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit, volgens de duur van de invaliditeit, in euro.

## 5.2.2 Voornaamste verstrekkingen voor geneeskundige verzorging

In dit deel onderzoeken we de terugbetalingen van de verplichte verzekering (VP) voor de voornaamste verstrekkingen voor geneeskundige verzorging van de personen die invalide worden in 2016.

In tabel 5 zien we dat bijna alle personen die invalide worden, minstens eenmaal een arts geraadpleegd hebben (huisarts en/of specialist), en dat een apotheek hen minstens één geneesmiddel afleverde dat terugbetaald wordt door de verplichte verzekering, ongeacht de bestudeerde periode (voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden). **De voornaamste verstrekkingen voor geneeskundige verzorging betreffen onder meer medische beeldvorming (meer dan 3 personen op 4), klinische biologie (meer dan 3 personen op 4) en speciale verstrekkingen zoals microscopisch onderzoek, percutaan inbrengen van endovasculaire catheders enzovoort (meer dan 2 personen op 3) en heelkunde (ongeveer 1 persoon op 2), ongeacht de bestudeerde periode (voor, tijdens of na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden).**

Hoewel het aandeel personen aan wie de voornaamste verstrekkingen voor geneeskundige verzorging van de 'nieuwe' invaliden systematisch hoger ligt tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden dan tijdens de periode daarvóór, valt op dat het merendeel van die personen al gezondheidsproblemen had vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden begon.

De daling van het aantal en het aandeel aan personen aan wie deze verstrekkingen toegediend worden tijdens de 12 maanden na de primaire arbeidsongeschiktheid, komt door de personen die redelijk snel herstellen of die weer aan het werk gaan (minder

dan 12 maanden invaliditeit). Met andere woorden: deze resultaten suggereren dat de invaliditeit van bepaalde personen eindigt omdat hun gezondheidstoestand verbeterd is (aangezien ze minder verstrekkingen toegediend krijgen).

Tabel 5 toont ook aan dat er bijna dubbel zoveel ‘nieuwe’ invaliden kinesitherapie kregen en opgenomen werden in het ziekenhuis tijdens de PAO-periode van 12 maanden, als in de periode vóór de PAO van 12 maanden.

Tabel 5

Groepen van de voornaamste uitgaven voor geneeskundige verzorging van de ‘nieuwe’ invaliden	Vóór PAO (12 maanden)			Tijdens PAO van 12 maanden			Na PAO (12 maanden)		
	Uitgaven VP (euro)	% VP-uitgaven	% personen	Uitgaven VP (euro)	% VP-uitgaven	% personen	Uitgaven VP (euro)	% VP-uitgaven	% personen
Raadplegingen, bezoeken en adviezen: medische honoraria	2.598.096	7%	99%	4.742.371	4%	100%	3.769.202	6%	99%
Geneesmiddelen afgeleverd door de apotheek	3.284.064	9%	90%	4.944.124	4%	97%	5.128.500	8%	93%
Medische beeldvorming: medische honoraria	2.331.754	6%	77%	5.038.827	4%	87%	2.837.265	4%	76%
Klinische biologie: medische honoraria	1.572.736	4%	77%	5.357.499	4%	87%	2.585.364	4%	78%
Speciale verstrekkingen: medische honoraria	2.101.290	6%	66%	7.949.334	6%	82%	3.381.489	5%	68%
Geneesmiddelen afgeleverd door ziekenhuisofficina's aan niet-opgenomen personen	1.584.897	4%	42%	8.518.797	7%	57%	6.121.973	10%	44%
Medische honoraria toezicht	501.917	1%	35%	2.609.922	2%	56%	1.180.119	2%	36%
Honoraria tandheeskunde	891.305	2%	49%	986.271	1%	55%	1.020.251	2%	52%
Verzorging door kinesitherapeuten	576.559	2%	24%	2.238.708	2%	49%	1.539.633	2%	35%
Kosten voor verblijf in een ziekenhuis	16.891.899	45%	27%	61.125.074	48%	46%	22.407.565	35%	26%
Geneesmiddelen afgeleverd door ziekenhuisofficina's aan opgenomen personen	503.149	1%	26%	3.067.554	2%	46%	1.380.934	2%	26%
Heelkunde: medische honoraria	795.497	2%	21%	3.272.204	3%	41%	1.246.471	2%	24%

Tabel 5: Voornaamste verstrekkingen geneeskundige verzorging van de ‘nieuwe’ invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit, in euro

Tabel 5 toont dat de eerste uitgavenpost voor geneeskundige verzorging van de ‘nieuwe’ invaliden (terugbetaling door de verplichte verzekering) overeenstemt met de verblijfskosten in het ziekenhuis. Die vertegenwoordigen 45 %, 48 % en 35 % van hun totale uitgaven geneeskundige verzorging respectievelijk voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden.

Een ander interessant resultaat is het aandeel van uitgaven voor geneesmiddelen die uitgereikt worden door het ziekenhuis aan niet-opgenomen patiënten. Dit aandeel

stijgt aanzienlijk tussen de periode vóór de PAO van 12 maanden (4 %) en de periode erna (10 %). We stellen vast dat, gedurende de 12 maanden na de PAO van een jaar, meer dan 80 % van de totaalkost voor deze farmaceutische specialiteiten gaat naar producten voor de behandeling van kanker (borst, maag, darm, rectum, nier, long, eierstok, prostaat, bloed, melanoom, ...), de ziekte van Crohn (chronische infectieziekte van de darmen) en zeldzame ziektes zoals hemofilie.

### 5.2.3 Chronische ziektes en comorbiditeit

Zoals vermeld beschikken we niet over de exacte medische diagnose van de aandoeningen waaraan de personen lijden. We hebben evenwel diagnoseproxys kunnen definiëren (22 in totaal) die enerzijds gebaseerd zijn op een criterium voor het gebruik van specifieke geneesmiddelen gedurende bepaalde tijd (minimaal 90 behandelingsdagen per jaar, of 120 dagen voor depressie en andere stemmingsstoornissen), en anderzijds op de facturatie van bepaalde nomenclatuurcodes van het RIZIV of specifieke ziekenhuisopnames (voor 4 chronische ziektes: nierinsufficiëntie, geestelijke gezondheid, kanker en orgaantransplantatie).<sup>10</sup>

Op andere aandoeningen (al dan niet chronisch), die niet geïdentificeerd konden worden op basis van onze administratieve ziekenfondsgegevens (onder meer die waarvoor de behandeling niet terugbetaald wordt door de ziekteverzekering of niet eenduidig vastgesteld kon worden), bijvoorbeeld burn-out of bepaalde spier- en skeletziektes (tendinitis, rugpijn ...), hebben we geen specifieke analyses losgelaten voor dit deel van de studie.

Dankzij tabel 6 kunnen we vaststellen dat meer dan een derde (35,8 %) van de personen die invalide worden in 2016, al minstens één van de 22 bestudeerde chronische pathologieën vertoonden vóór hun primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden. Bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar ligt dit cijfer op 20,7 % (dus 1 op de 5). Aan het begin van de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit en tijdens de invaliditeit leden de meeste 'nieuwe' invaliden aan minstens één van deze chronische aandoeningen (respectievelijk 54,5 % en 58,0 %).

Dit resultaat bevestigt wat eerder al gezegd werd, namelijk dat een groot deel van de personen die invalide worden, al gezondheidsproblemen had vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit. Zoals vermeld had 38,3 % van de 'nieuwe' invaliden immers minstens één arbeidsongeschiktheidsperiode vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden.

Meer dan een derde van de personen die invalide worden in 2016, vertoonden al minstens één van de 22 bestudeerde chronische pathologieën vóór hun primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden.

<sup>10</sup> De methodologische details zijn terug te vinden in de studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen - Karakaya G., Vanrillaer V. en Van Tielen R. (2013). "Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg. Analyse van de terugbetalingen van de ziekteverzekering." Studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, december 2013, 60 pages.  
<https://www.mloz.be/nl/content/concentratie-van-de-uitgaven-voor-de-gezondheidszorg>

Tabel 6

Chronische aandoening	'Nieuwe' invaliden			Algemene populatie (20-64 jaar)
	Vóór PAO (12 maanden)	Tijdens PAO van 12 maanden	Na PAO (12 maanden)	
Depressie	14,4%	26,1%	31,5%	6,3%
Hartziekte	0,6%	1,2%	1,2%	0,4%
COPD	2,1%	3,2%	3,8%	1,4%
Astma	3,4%	3,9%	3,9%	2,0%
Mucoviscidose	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Diabetes met insuline	1,2%	1,7%	1,8%	0,7%
Diabetes zonder insuline	3,2%	3,3%	4,2%	2,1%
Exocriene pancreasaandoening	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Reumatoïde artritis, artritis psoriatica, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa	1,0%	1,2%	1,3%	0,6%
Psychose	1,8%	4,0%	5,6%	1,1%
Parkinson	0,1%	0,3%	0,4%	0,1%
Epilepsie	1,7%	3,4%	5,6%	1,2%
Hiv	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%
Chronische hepatitis B en C	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Multiple sclerose	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%
Orgaantransplantatie	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
Alzheimer	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Chronische nierinsufficiëntie	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%
Geestesziekte	1,6%	6,4%	5,8%	0,6%
Zeldzame ziekte	0,1%	0,3%	0,4%	0,1%
Arteriële hypertensie	17,1%	21,6%	23,7%	11,3%
Kanker	0,7%	6,9%	2,8%	0,5%
<b>Totaal: chronische ziektes</b>	<b>35,8%</b>	<b>54,5%</b>	<b>58,0%</b>	<b>20,7%</b>

Tabel 6: Prevalentie van de chronische aandoeningen van de 'nieuwe' invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, en van de algemene bevolking tussen 20 en 64 jaar

De voornaamste chronische aandoeningen (op basis van onze lijst) van de 'nieuwe' invaliden op het moment van overgang naar de invaliditeit, zijn depressie (1 persoon op 3), arteriële hypertensie (1 persoon op 4), geestesziektes waarvoor opname in een psychiatrisch ziekenhuis of de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis noodzakelijk is (5,8 %), epilepsie (5,6 %) en psychose (5,6 %). De prevalentie van deze chronische aandoeningen ligt minstens 5 keer hoger dan bij de algemene bevolking tussen 20 en 64 jaar (behalve voor arteriële hypertensie, daar ligt ze 2 keer hoger).

Aan het begin en tijdens de PAO van 12 maanden die eindigt in invaliditeit vertonen vooral de chronische aandoeningen kanker, depressie, geestesziektes waarvoor opname in een psychiatrisch ziekenhuis of de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis noodzakelijk is, epilepsie en psychose de sterkste evolutie in prevalentie bij

de 'nieuwe' invaliden. Terwijl 0,7 % van de personen die invalide werden in 2016, kanker hadden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, stijgt dit cijfer tot 6,9 % aan het begin en tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden. Na de overgang naar de invaliditeit (na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden) daalt dit weer tot 2,8 %. Met andere woorden: meer dan de helft van de personen met kanker zou genezen zijn tijdens de periode van invaliditeit (vooral de personen met een kanker in een niet-gevorderd stadium). Dit is de enige bestudeerde chronische aandoening waarbij we een aanzienlijke daling van de prevalentie vaststellen tijdens de periode van invaliditeit (na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden).

We moeten eraan herinneren dat we geen andere (al dan niet chronische) aandoeningen konden identificeren op basis van onze administratieve ziekenfondsgegevens (met name aandoeningen waarvoor de behandeling niet terugbetaald wordt door de ziekteverzekering of niet duidelijk vastgesteld kan worden), bijvoorbeeld burn-out of bepaalde spier- en skeletziektes (tendinitis, rugpijn,...). Zoals hoger in de studie gezien, vertegenwoordigen geneesmiddelen die werkzaam zijn op het zenuwstelsel, het spier- en skeletstelsel en het hart- en vaatstelsel, niettemin de meest gebruikte farmaceutische specialiteiten op het moment van de overgang naar de invaliditeit. Daaruit blijkt dus dat bepaalde personen die invalide worden, ook aan andere pathologieën lijden dan diegene die opgenomen zijn in tabel 6.

Tabel 7 toont aan dat het aantal en het aandeel aan personen die aan een van de 22 bestudeerde chronische aandoeningen lijden, aanzienlijk toenemen wanneer de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden begint en wanneer deze personen overgaan naar de invaliditeit. Deze stijging is nog scherper voor personen die langer dan 12 maanden invalide zullen zijn.

Tabel 7	Vóór PAO (12 maanden)	Tijdens PAO van 12 maanden	Na PAO (12 maanden)
Invaliditeit van minder dan 6 maanden	31,4%	48,5%	46,8%
Invaliditeit van 6 tot 12 maanden	29,5%	49,6%	51,6%
Invaliditeit van meer dan 12 maanden	37,5%	56,4%	61,2%
<b>Totaal 'nieuwe' invaliden</b>	<b>35,8%</b>	<b>54,5%</b>	<b>58,0%</b>

Tabel 7: Prevalentie van de chronische aandoeningen van de 'nieuwe' invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, volgens de duur van de invaliditeit

Tabel 8 toont aan dat het aantal en het aandeel aan personen met comorbiditeit (dus die aan meerdere chronische aandoeningen lijden) aanzienlijk toenemen wanneer de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden begint en wanneer deze personen overgaan naar de invaliditeit. Nochtans vertoende meer dan 1 op 10 personen een comorbiditeit vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden (8,0 % met 2 chronische aandoeningen en 2,6 % met meer dan 2 chronische aandoeningen). Dit resultaat bevestigt dat een deel van de personen die invalide worden in 2016, nog vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, al niet te verwaarlozen gezondheidsproblemen had (comorbiditeit in 10,6 % van de gevallen).

Bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar ligt het aandeel van personen met comorbiditeit bijna 2 keer lager dan bij de ‘nieuwe’ invaliden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden.

Tabel 8

Aantal chronische ziektes	‘Nieuwe’ invaliden			Algemene populatie (20-64 jaar)
	Vóór PAO (12 maanden)	Tijdens PAO van 12 maanden	Na PAO (12 maanden)	
0	64,2%	45,5%	42,0%	79,3%
1	25,2%	33,2%	33,2%	14,7%
2	8,0%	14,5%	16,6%	4,4%
> 2	2,6%	6,8%	8,2%	1,6%

Tabel 8: Aantal chronische aandoeningen van de ‘nieuwe’ invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, en bij de algemene bevolking tussen 20 en 64 jaar

Uit onze analyses blijkt ook dat de groei van het aantal en het aandeel aan personen met comorbiditeit wanneer de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden en de invaliditeit beginnen, nog meer toeneemt bij personen die meer dan 12 maanden invalide blijven.

#### 5.2.4 Raadplegingen bij de arts

Dankzij tabel 9 kunnen we vaststellen dat 99 % van de personen die invalide worden in 2016, al minstens eenmaal een arts (huisarts of specialist) geraadpleegd hadden vóór hun primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden. Bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar ligt dit cijfer op 81 %. Dit resultaat bevestigt nogmaals dat de personen die invalide worden in 2016, meer risico lopen dan de algemene bevolking op gezondheidsproblemen vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit.

Tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden en de invaliditeit doet respectievelijk 96 % en 90 % van de ‘nieuwe’ invaliden een beroep op een specialist. Bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar ligt dit cijfer op 61 %.

Tabel 9

Kwalificatie van de arts	‘Nieuwe’ invaliden			Algemene populatie (20-64 jaar)
	Vóór PAO (12 maanden)	Tijdens PAO van 12 maanden	Na PAO (12 maanden)	
Huisarts	90%	92%	87%	69%
Specialist	86%	96%	90%	61%
Huisarts of specialist	99%	100%	98%	81%

Tabel 9: Raadplegingen bij de huisarts/specialist door de ‘nieuwe’ invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, en bij de algemene bevolking tussen 20 en 64 jaar

Tabel 10 bevat de vaakst voorkomende raadplegingen van de ‘nieuwe’ invaliden volgens de kwalificatie van de arts. Bij gebrek aan medische diagnoses kunnen we dankzij de vergelijking tussen het frequentiepercentage van de ‘nieuwe’ invaliden en dat van de algemene bevolking tussen 20 en 64 jaar, enkele kenmerken identificeren



van de personen die invalide worden in 2016, of een indicatie geven over de redenen waarom ze invalide werden. Vooral raadplegingen voor orthopedie, psychiatrie, inwendige geneeskunde, heelkunde, fysische geneeskunde en revalidatie, anesthesie-reanimatie, neurologie en cardiologie zijn frequent bij de 'nieuwe' invaliden in vergelijking met de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar, ongeacht de bestudeerde periode (voor, tijdens of na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden).

Van deze specialismen die de 'nieuwe' invaliden kenmerken, stellen we tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden vast dat:

- 1 op 3 personen die invalide werden in 2016, een orthopedist geraadpleegd heeft (35 %).
- 1 op 4 personen een psychiater (28 %), een specialist in inwendige geneeskunde (24 %), een chirurg (24 %) of een specialist in fysische geneeskunde en revalidatie (24 %) geraadpleegd heeft.
- 1 op 5 personen een specialist in anesthesie-reanimatie (22 %), in neurologie (20 %) of in cardiologie (19 %) geraadpleegd heeft.

De raadpleging van deze specialisten was trouwens al redelijk hoog tijdens de periode van 12 maanden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden. Dit bevestigt eens te meer dat heel wat personen die invalide worden in 2016, al gezondheidsproblemen hadden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit.

In de periode na de 12 maanden van de primaire arbeidsongeschiktheid zien we dat de contacten met die specialisten erg frequent blijven. De artsen worden iets minder vaak geraadpleegd dan tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, maar toch nog veel vaker dan bij de algemene bevolking tussen 20 en 64 jaar.

Tabel 10

Kwalificatie van de arts	'Nieuwe' invaliden			Algemene populatie (20-64 jaar)
	Vóór PAO (12 maanden)	Tijdens PAO van 12 maanden	Na PAO (12 maanden)	
Huisarts	90%	92%	87%	69%
Orthopedie	23%	35%	28%	11%
Psychiatrie	12%	28%	25%	4%
Gynaecologie-Verloskunde	25%	25%	24%	21%
Inwendige geneeskunde	19%	24%	19%	9%
Heelkunde	18%	24%	18%	8%
Fysische geneeskunde en revalidatie	10%	24%	17%	4%
Anesthesie-Reanimatie	12%	22%	14%	5%
Neurologie	10%	20%	15%	4%
Cardiologie	13%	19%	14%	7%
Oogheelkunde	16%	18%	20%	14%
Dermato-venereologie	14%	15%	15%	14%

Tabel 10: Raadplegingen bij de arts door de 'nieuwe' invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, en bij de algemene bevolking tussen 20 en 64 jaar, volgens de kwalificatie van de arts



Tabel 11 bevat het aantal raadplegingen bij de arts (gemiddelde en mediaan) voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden van de personen die invalide worden in 2016.

Hieruit blijkt dat het aantal raadplegingen bijna verdubbeld is tussen de periode voor en tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, ongeacht de duur van de invaliditeit. Let wel: **het aantal raadplegingen vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden lag al beduidend hoger dan bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar** (6,7 voor het gemiddelde en 5 voor de mediaan). Dit bevestigt eens te meer dat een aantal personen die invalide worden in 2016, al gezondheidsproblemen hadden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit.

Het gemiddelde aantal raadplegingen (en de mediaan daarvan) ligt hoger bij personen die langer dan 12 maanden invalide blijven. Met andere woorden: de personen die langer invalide blijven, waren ook degenen die al ernstigere gezondheidsproblemen hadden van bij het begin (dit zagen we ook bij de uitgaven voor geneeskundige verzorging en bij de chronische aandoeningen).

Tabel 11 toont ook dat de raadplegingen bij de arts voortgezet worden tijdens de invaliditeitsperiode, maar minder vaak.

Tabel 11

Duur van de invaliditeit	Vóór PAO (12 maanden)		Tijdens PAO van 12 maanden		Na PAO (12 maanden)	
	Gemiddelde	Mediaan	Gemiddelde	Mediaan	Gemiddelde	Mediaan
Invalideit van minder dan 6 maanden	9,1	8	17,1	16	9,8	8
Invalideit van 6 tot 12 maanden	9,4	8	17,9	17	12,0	10
Invalideit van meer dan 12 maanden	10,6	9	18,2	17	14,3	12
<b>Totaal 'nieuwe' invaliden</b>	<b>10,3</b>	<b>9</b>	<b>18,0</b>	<b>17</b>	<b>13,4</b>	<b>11</b>

Tabel 11: Aantal raadplegingen bij de arts door de 'nieuwe' invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit (gemiddelde en mediaan)

Tabel 12 bevat het aantal verschillende specialismen die voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden geraadpleegd werden door de 'nieuwe' invaliden.

Hieruit blijkt dat het aantal verschillende geraadpleegde specialismen stijgt tussen de periode voor en tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, ongeacht de duur van de invaliditeit. Het aantal verschillende geraadpleegde specialismen vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden lag al beduidend hoger dan bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar (2,5 voor het gemiddelde en 2 voor de mediaan).

Het gemiddelde aantal verschillende raadplegingen (en de mediaan daarvan) ligt hoger bij personen die langer dan 12 maanden invalide blijven. Met andere woorden: de personen die langer invalide blijven, zijn ook degenen die al complexere gezondheidsproblemen hadden van aan het begin.

Tabel 12 toont ook dat de raadplegingen bij artsen in verschillende specialismen voortgezet worden tijdens de invaliditeitsperiode, maar minder vaak.

Tabel 12

Duur van de invaliditeit	Vóór PAO (12 maanden)		Tijdens PAO van 12 maanden		Na PAO (12 maanden)	
	Gemiddelde	Mediaan	Gemiddelde	Mediaan	Gemiddelde	Mediaan
Invaliditeit van minder dan 6 maanden	3,1	3	4,1	4	3,1	3
Invaliditeit van 6 tot 12 maanden	3,1	3	4,4	4	3,5	3
Invaliditeit van meer dan 12 maanden	3,5	3	4,6	4	4,1	4
<b>Totaal 'nieuwe' invaliden</b>	<b>3,4</b>	<b>3</b>	<b>4,5</b>	<b>4</b>	<b>3,9</b>	<b>3</b>

Tabel 12: Aantal verschillende specialismen die de 'nieuwe' invaliden geraadpleegd hebben voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit (gemiddelde en mediaan)

### 5.2.5 Farmaceutische specialiteiten

Meer dan 80 % van de terugbetaalde geneesmiddelen die de 'nieuwe' invaliden gebruikt hebben tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, werd afgeleverd door apothekers, en dus minder dan 20 % door de ziekenhuisofficina's (al dan niet aan opgenomen patiënten).

Tabel 13 toont dat 93,2 % tot 94,5 % (volgens de duur van de invaliditeit) van de personen die in 2016 invalide worden, in de periode vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden minstens één geneesmiddel gebruikte dat terugbetaald wordt door de verplichte verzekering (VP). Bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar ligt dat cijfer op 72,7 %. Met andere woorden: **proportioneel gezien volgden meer 'nieuwe' invaliden een behandeling met geneesmiddelen vóór de langdurige arbeidsongeschiktheid dan de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar.**

Dit cijfer stijgt tot meer dan 97 % tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden (97,3 % tot 98,2 %, afhankelijk van de duur van de invaliditeit) en tot meer dan 91 % na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden (91,8 % tot 96,6 %, afhankelijk van de duur van de invaliditeit).

Tabel 13		< 6 maanden invaliditeit	6 à 12 maanden invaliditeit	> 12 maanden invaliditeit	Totaal 'nieuwe' invaliden
Vóór PAO (12 maanden)	Gebruikers van geneesmiddelen	93,2%	94,2%	94,5%	94,3%
	Gemiddeld aantal DDD's per persoon	442,3	441,4	594,4	556,1
	Gemiddeld aantal verschillende geneesmiddelen per persoon	7,4	7,6	8,8	8,5
	Gemiddelde kost voor de VP (€)	424	486	626	562
	Gemiddeld remgeld (€)	42	42	57	53
Tijdens PAO van 12 maanden	Gebruikers van geneesmiddelen	97,3%	97,5%	98,2%	98,0%
	Gemiddeld aantal DDD's per persoon	765,2	831,3	1.027,4	967,8
	Gemiddeld aantal verschillende geneesmiddelen per persoon	12,9	14,2	14,6	14,3
	Gemiddelde kost voor de VP (€)	1.466	1.454	1.724	1.658
	Gemiddeld remgeld (€)	70	78	90	86
Na PAO (12 maanden)	Gebruikers van geneesmiddelen	91,8%	93,1%	96,6%	95,5%
	Gemiddeld aantal DDD's per persoon	589,1	738,1	984,9	902,6
	Gemiddeld aantal verschillende geneesmiddelen per persoon	7,6	8,9	10,5	9,9
	Gemiddelde kost voor de VP (€)	1.018	1.117	1.390	1.309
	Gemiddeld remgeld (€)	50	61	82	75

Tabel 13: Geneesmiddelengebruik door de 'nieuwe' invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, volgens de duur van de invaliditeit

Het gemiddelde aantal behandelingsdagen (gemeten in DDD - Defined Daily Dose), het gemiddelde aantal verschillende geneesmiddelen en de gemiddelde uitgaven aan geneesmiddelen ten laste van de verplichte verzekering (VP) en ten laste van de verzekerde (remgeld) per geneesmiddelengebruiker in een jaar liggen ook hoger bij de 'nieuwe' invaliden (voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden) dan bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar.

Zoals we eerder in de studie al zagen, stijgt het gebruik van geneeskundige verzorging (en van geneesmiddelen) aanzienlijk aan het begin en tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, ongeacht de duur van de invaliditeit. Dit gebruik blijft relatief hoog aan het begin en tijdens de invaliditeit, hoewel het wel lager ligt dan tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden.

Een andere vaststelling die we al geformuleerd hadden in deze studie, is dat de personen die langer dan 12 maanden invalide blijven, aanzienlijk meer geneesmiddelen gebruikten in het verleden (voor en tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden) dan de personen die het statuut van invalide relatief snel verlaten. Hieruit blijkt dat personen met minder ernstige gezondheidsproblemen meer kans hebben sneller te herstellen uit de invaliditeit als ze eenmaal invalide worden.

Tabel 14 bevat de geneesmiddelen die de personen die invalide werden in 2016, het meest gebruikten. **Geneesmiddelen die werkzaam zijn op het zenuwstelsel, het spieren skeletstelsel en het hart- en vaatstelsel, zijn de meest gebruikte farmaceutische specialiteiten.** Dit resultaat komt overeen met de statistieken over de voornaamste pathologieën van invaliden, die gepubliceerd werden door het RIZIV (zie figuur 3).

Zoals we kunnen zien, leveren het ziekenhuis of de apotheker vooral pijnstillers, koortswerende middelen, ontstekingsremmers, geneesmiddelen voor de behandeling van psychische stoornissen en geneesmiddelen voor de behandeling van gedragsstoornissen af aan de ‘nieuwe’ invaliden. Het betreft onder meer niet-steroïde ontstekingsremmers en antireumatica (toegediend aan 2 op 3 personen tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden), opiaten (1 op 2 personen), antidepressiva (1 op 2 personen), andere pijnstillers en koortswerende middelen (4 op 10 personen), corticoïden voor systemisch gebruik (4 op 10 personen), antipsychotica (1 op 6 personen) en anticonvulsiva (1 op 10 personen).

Ook andere geneesmiddelen werden veelvuldig afgeleverd aan de ‘nieuwe’ invaliden tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden (aan minstens 1 op 4 personen): antibiotica, bepaalde producten die in het ziekenhuis toegediend worden aan al dan niet opgenomen patiënten (intraveneuze oplossing voor parenterale voeding, die de verhouding van elektrolyten wijzigt of die osmotische diurese produceert, algemene anesthetica en contrastvloeistoffen voor medische beeldvorming), producten tegen maagzweren en reflux, gastroprokinetica (voornamelijk het actieve bestanddeel ‘alzapride’, dat voorgeschreven wordt om misselijkheid of braken door chemotherapie bij kankerbehandeling te onderdrukken), bloeddrukverlagende middelen en antitrombotische middelen (waaronder acetylsalicylzuur, gekend onder de merknaam Aspirine®).

Een andere interessante vaststelling, die bevestigt wat al meermaals gezegd werd in deze studie, is dat een groot deel van de ‘nieuwe’ invaliden deze behandelingen al volgden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden. Met andere woorden: deze personen hadden al gezondheidsproblemen nog vóór de arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit.

Het ziekenhuis of de apotheker leveren vooral pijnstillers, koortswerende middelen, ontstekingsremmers, geneesmiddelen voor de behandeling van psychische stoornissen en geneesmiddelen voor de behandeling van gedragsstoornissen af aan de ‘nieuwe’ invaliden.

Tabel 14

Geneesmiddel	Vóór PAO (12 maanden)		Tijdens PAO van 12 maanden		Na PAO (12 maanden)	
	Aandeel aan gebruikers	Gemiddeld aantal DDD's per persoon <sup>11</sup>	Aandeel aan gebruikers	Gemiddeld aantal DDD's per persoon <sup>11</sup>	Aandeel aan gebruikers	Gemiddeld aantal DDD's per persoon <sup>11</sup>
Niet-steroïde ontstekingsremmers en antireumatica	57,5%	50,9	65,4%	60,7	52,5%	59,5
Antibiotica (antibacteriële middelen voor systemisch gebruik)	56,3%	27,9	62,4%	34,7	54,0%	32,0
Intraveneuze oplossing (voor parenterale voeding, die de verhouding van elektrolyten wijzigt of die osmotische diurese produceert)	34,0%	7,9	53,4%	30,4	36,5%	17,2
Opiaten	33,5%	32	52,4%	46	37,0%	64,3
Bereidingen tegen ulcus pepticum en reflux	34,0%	149,9	50,2%	170,7	39,9%	205,0
Antidepressiva	28,4%	240,7	48,8%	330,9	43,1%	352,6
Andere pijnstillers en koortswerende middelen	21,9%	11,6	42,1%	21,2	25,3%	22,1
Corticoiden voor systemisch gebruik, enkelvoudig	23,3%	51,9	41,3%	64,8	26,9%	61,4
Bloeddrukverlagende middelen	27,2%	365,7	39,7%	358	34,7%	410,2
Algemene anesthetica	19,5%	7,7	39,1%	12,8	23,2%	5,8
Antitrombotica	16,7%	154,3	34,2%	200,2	22,6%	234,8
Geïodeerde contrastvloeistoffen voor radiografie	15,2%	5,5	27,8%	8,6	17,7%	7,7
Gastroprokinetica	11,7%	1,4	26,6%	6	13,5%	4,9
Spiertontspanners met perifere werking	8,4%	2,1	24,3%	4,5	11,1%	3,5
Astmamedicatie	17,2%	117,1	22,1%	112,3	19,0%	147,5
Antihistaminica voor systemisch gebruik	14,9%	110,1	18,8%	100,3	16,2%	122,5
Hypnotica en sedativa	7,5%	2,1	17,4%	3,1	9,6%	1,5
Antipsychotica (neuroleptica)	7,1%	99,8	15,6%	135,8	13,0%	164,9
Cholesterol- en triglyceridenverlagende middelen	11,3%	314,9	14,6%	410,3	14,6%	398,7
Contrastvloeistoffen voor magnetische-resonantiebeeldvorming	6,6%	1,4	13,7%	1,8	8,3%	1,7
Anticonvulsiva	4,3%	158,8	11,8%	158,5	11,7%	200,4

Tabel 14: Type geneesmiddelen die de 'nieuwe' invaliden het meest gebruikt hebben voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit

We zien ook dat het aandeel geneesmiddelengebruikers daalt tijdens de invaliditeitsperiode (na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden). Dit komt door de personen die het statuut van invalide relatief snel verlaten of die weer aan het

<sup>11</sup> Het gemiddelde aantal DDD's per persoon geeft het gemiddelde aantal behandelingsdagen per persoon in 12 maanden aan. Het wordt berekend op basis van de DDD (Defined Daily Dose), de dagelijkse dosis die de WGO gedefinieerd heeft.

werk gaan (minder dan 12 maanden invaliditeit). Met andere woorden: deze resultaten suggereren dat de invaliditeit van bepaalde personen eindigt omdat hun gezondheidstoestand verbeterd is.

Op basis van de cijfers uit tabel 14 schatten we het aantal personen die de invaliditeit verlaten (binnen 12 maanden) op 12 % voor gebruikers van antidepressiva, 20 % voor niet-steroïde ontstekingsremmers en antireumatica, 17 % voor psychotica, 14 % voor astmamedicatie, 13 % voor personen met hypertensie, 20 % voor producten tegen maagzweren en reflux, meer dan 30 % voor andere pijnstillers dan niet-steroïde ontstekingsremmers en antireumatica, meer dan 30 % voor antitrombotica, 50 % voor gastroprokinetica en 14 % voor antihistaminica. Voor personen die anticonvulsiva en cholesterol- en triglyceridenverlagende middelen gebruiken daarentegen, stellen we geen verandering vast.

Uit tabel 14 blijkt ook dat de personen met hypertensie of depressie en diegenen die cholesterol- en triglyceridenverlagende middelen gebruiken, hun behandeling volgden gedurende de volledige primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden en de volledige invaliditeitsperiode, aangezien het gemiddelde aantal behandelingsdagen per persoon in 12 maanden, berekend op basis van de DDD die overeenstemt met de dagelijkse dosis die de WGO bepaald heeft, rond of boven 365 dagen ligt. We kunnen dus stellen dat ze hun behandeling redelijk nauwgezet volgen.

## 5.2.6 Ziekenhuisopnames

Tabel 15 gaat over de normale ziekenhuisopnames (met minstens één overnachting) van de 'nieuwe' invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, volgens de duur van de invaliditeit.

Tabel 15		< 6 maanden invaliditeit	6 à 12 maanden invaliditeit	> 12 maanden invaliditeit	Totaal van de 'Nieuwe' invaliden
Vóór PAO (12 maanden)	Opgenomen personen	23%	23%	28%	27%
	Gemiddeld aantal per persoon	1,2	1,3	1,3	1,3
	Gemiddelde duur per persoon	10,1	10,1	17,2	15,7
	Gemiddelde kostprijs (VP) per persoon	5.825	6.112	8.461	7.917
Tijdens PAO van 12 maanden	Opgenomen personen	42%	46%	47%	46%
	Gemiddeld aantal per persoon	1,9	2,1	1,9	1,9
	Gemiddelde duur per persoon	23,3	27,0	37,7	34,6
	Gemiddelde kostprijs (VP) per persoon	14.370	15.606	19.137	18.112
Na PAO (12 maanden)	Opgenomen personen	17%	21%	28%	26%
	Gemiddeld aantal per persoon	1,6	2,0	1,7	1,7
	Gemiddelde duur per persoon	19,0	24,2	37,3	34,5
	Gemiddelde kostprijs (VP) per persoon	8.350	11.378	12.558	12.045

Tabel 15: Ziekenhuisopnames met minstens één overnachting van de 'nieuwe' invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, volgens de duur van de invaliditeit

Tabel 15 toont dat van de personen die invalide werden in 2016:

- 1 op 4 (27 %) gemiddeld 1,3 keer opgenomen werd in het ziekenhuis (met minstens één overnachting) gedurende 15,7 dagen in de 12 maanden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit. Bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar bedraagt het aandeel opgenomen personen 9 %<sup>12</sup>. ‘Nieuwe’ invaliden lopen dus 3 keer meer risico op opname in de periode vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden dan de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar. De gemiddelde kostprijs van een ziekenhuisopname ten laste van de verplichte verzekering (VP) bedroeg 7.917 euro. Dit is 20 % meer dan voor de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar (6.536 euro).  
Deze resultaten bevestigen nogmaals dat deze personen al gezondheidsproblemen hadden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit.
- bijna 1 persoon op 2 (46 %) gemiddeld 1,9 keer opgenomen werd (met minstens 1 overnachting) gedurende 34,6 dagen tijdens de 12 maanden van de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit. Hier bedroeg de gemiddelde kostprijs van de ziekenhuisopname ten laste van de verplichte verzekering 18.112 euro.
- 1 persoon op 4 (26 %) gemiddeld 1,7 keer opgenomen werd (met minstens 1 overnachting) gedurende 34,5 dagen in de 12 maanden na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit. Hier bedroeg de gemiddelde kostprijs van de ziekenhuisopname ten laste van de verplichte verzekering 12.045 euro.

**De overgang naar een primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, loopt 5 keer meer risico op een ziekenhuisopname dan de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar. De gemiddelde duur en gemiddelde kostprijs voor de verplichte verzekering van de opnames liggen 3 keer zo hoog als bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar**

Deze cijfers tonen aan dat wie overgaat naar een primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, 5 keer meer risico loopt op een ziekenhuisopname dan de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar. De gemiddelde duur en gemiddelde kostprijs voor de verplichte verzekering van de opnames liggen 3 keer zo hoog als bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar<sup>13</sup>.

De daling van het opnamepercentage na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden komt door de personen die het statuut van invalide relatief snel verlaten of die weer aan het werk gaan (minder dan 12 maanden invaliditeit). Met andere woorden: deze resultaten suggereren dat de invaliditeit van bepaalde personen eindigt omdat hun gezondheidstoestand verbeterd is. Maar voor diegenen die invalide blijven, blijven het gemiddelde aantal en de gemiddelde duur van de ziekenhuisopnames gelijk aan die van vóór de invaliditeit, terwijl de kostprijs ten laste van de verplichte verzekering daalt.

Tabel 15 bevestigt ook dat de personen die langer dan 12 maanden invalide blijven, ook diegenen zijn die een hoger risico op opname, een langere gemiddelde opname en een hogere gemiddelde kostprijs ten laste van de verplichte verzekering vertoonden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden begon.

<sup>12</sup> De gegevens over de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar zijn niet opgenomen in de tabel.

<sup>13</sup> De gegevens over de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar zijn niet opgenomen in de tabel.

## 5.2.7 Gebruik van de spoeddiensten

Uit tabel 16 blijkt dat bijna 4 op 10 personen die invalide werden in 2016, voor en tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden naar de spoed zijn gegaan, en 1 op 4 personen (27,3 %) na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden. Bij de algemene bevolking gaat slechts 1 op 6 personen (15,6 %) naar de spoed, dus 2,5 keer minder dan tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden.

Als we de personen die de spoed gebruiken, onder de loep nemen, zien we ook dat het gemiddelde aantal bezoeken aan de spoed per 'nieuwe' invalide (voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden) hoger ligt dan bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar (1,5 tot 1,7 tegenover 1,3).

Deze cijfers bevestigen dat 'nieuwe' invaliden beduidend meer risico lopen op het gebruik van de spoed dan de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar. Met andere woorden: de personen die invalide werden, hadden al gezondheidsproblemen vóór de arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit.

Tabel 16

	% van personen die naar de spoed gaan	Gemiddeld aantal bezoeken aan de spoed per persoon
Vóór PAO (12 maanden)	36,5%	1,5
Tijdens PAO van 12 maanden	38,2%	1,7
Na PAO (12 maanden)	27,3%	1,6
Algemene populatie (20-64 jaar)	15,6%	1,3

Tabel 16: Gebruik van de spoed door de 'nieuwe' invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, en van de algemene bevolking tussen 20 en 64 jaar

Het gebruik van de spoed vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden van de personen die relatief snel herstellen uit de invaliditeit (minder dan 6 maanden invaliditeit), is minder markant dan die van de personen die langer dan 12 maanden invalide blijven (tabel 17). Het verschil tussen de personen die de invaliditeit binnen 6 maanden verlaten, en degenen die langer dan 12 maanden invalide blijven, is enkel tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden significant bij de statistische drempel van 5 %.

Tabel 17

Duur van de invaliditeit	Vóór PAO (12 maanden)		Tijdens PAO van 12 maanden		Na PAO (12 maanden)	
	% van personen die naar de spoed gaan	Gemiddeld aantal bezoeken aan spoed	% van personen die naar de spoed gaan	Gemiddeld aantal bezoeken aan spoed	% van personen die naar de spoed gaan	Gemiddeld aantal bezoeken aan spoed
< 6 maanden invaliditeit	35,0%	1,5	35,5%	1,6	24,5%	1,5
6 tot 12 maanden invaliditeit	33,5%	1,5	38,9%	1,8	28,2%	1,7
> 12 maanden invaliditeit	37,2%	1,6	38,7%	1,7	27,7%	1,6

Tabel 17: Gebruik van de spoed door de 'nieuwe' invaliden voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, volgens de duur van de invaliditeit



# 06

## CONCLUSIES

De invaliditeitsuitgaven vormen een belangrijk en steeds groter deel van de overheidsuitgaven. Langdurige afwezigheid wegens ziekte vormt een zware belasting voor zowel de werkgever als de werknemer, aangezien die zijn inkomen ziet dalen, sociale contacten verliest en vaak nog meer gezondheidsproblemen krijgt. Niemand heeft er dus belang bij als de geobserveerde trend van arbeidsongeschiktheid en meer bepaald invaliditeit zich doorzet.

Sinds enkele jaren leeft er een consensus om personen met functionele beperkingen (en die nog steeds in zekere mate arbeidsgeschikt zijn) aan het werk te houden of te zetten.

Jammer genoeg stelt de OESO vast dat, op enkele landen na, de draagwijdte van de hervormingen in de meeste landen (waaronder België) niet volstond om het gebruik van de ziekte- en invaliditeitsverstrekkingen aanmerkelijk te verminderen. Landen die structurele hervormingen ingevoerd hebben in zowel het systeem voor verstrekkingen als dat voor hulp bij de tewerkstelling (zoals Nederland en Finland), vertonen de sterkste dalingen in hun invaliditeitspercentage<sup>14</sup>.

Onze studie is de eerste die personen die invalide worden, onderzoekt om hun eigenheid beter te identificeren. Ze gebruikt hiervoor gegevens uit de gezondheidszorg op basis van de zorgverstrekkingen die de ziekteverzekering terugbetaalt. Het hoofddoel is het profiel te beschrijven van de personen die na een periode van 12 maanden primaire arbeidsongeschiktheid invalide worden. De studie behandelt hun kenmerken (leeftijd, geslacht, woonplaats, al dan niet rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming) en hun zorgverstrekkingen (uitgaven geneeskundige verzorging, raadpleging van artsen, gebruik van medicatie, ziekenhuisopnames ...) voor, tijdens en na de periode van 12 maanden primaire arbeidsongeschiktheid.

Om onze analyses relevanter te maken, hebben we de volgende personen uitgesloten van de studie: personen met periodes van moederschapsrust vóór het begin van de invaliditeit in 2016, personen die tussen 2013 en 2017 niet ononderbroken aangesloten waren bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, en personen die in deze periode overleden zijn.

Dit zijn de voornaamste resultaten van de studie:

- de 'nieuwe' invaliden zijn personen wiens gezondheidstoestand vóór de periode van primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden al

---

<sup>14</sup> OESO (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OESO Publications, Paris. OCDE (2016), *Economic policy reforms 2016: Going for growth interim report*, OESO Publications, Paris.

verslechterd was in vergelijking met de algemene populatie van 20 tot 64 jaar.

- de uitgaven geneeskundige verzorging, ten laste genomen door de ziekteverzekering en de patiënt, zijn relatief hoog en bereiken hun piek tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden.
- de eerste uitgavenpost voor geneeskundige verzorging van de 'nieuwe' invaliden is de verblijfskosten in het ziekenhuis. Die vertegenwoordigen 45 %, 48 % en 35 % van hun totale uitgaven geneeskundige verzorging respectievelijk voor, tijdens en na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden.
- personen met kortere arbeidsongeschiktheidsperiodes of minder complexe gezondheidsproblemen (vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden) maken meer kans sneller weer aan het werk te gaan wanneer ze invalide worden.
- geneesmiddelen die werkzaam zijn op het zenuwstelsel, het spier- en skeletstelsel en het hart- en vaatstelsel, zijn farmaceutische specialiteiten die de 'nieuwe' invaliden het meest gebruiken.
- voor 25 % van deze 'nieuwe' invaliden duurt de invaliditeitsperiode maximaal 12 maanden. Hoewel de percentages niet perfect vergelijkbaar zijn, zou het aandeel beëindigingen van de invaliditeit van de 'nieuwe' invaliden' binnen 12 maanden bijna 4 keer hoger liggen dan bij de totale populatie van invaliden.

Aangezien we niet over de medische diagnoses beschikten (of toch niet volledig voor de jaren vóór 2016), konden we daar geen verbanden mee leggen. Toch stemmen de resultaten van onze studie over eventuele aandoeningen van personen die invalide worden, overeen met de statistieken van het RIZIV over de voornaamste aandoeningen van invaliden.

## AANBEVELINGEN

Om de invaliditeitsverzekering efficiënter te maken, moet de passieve aanpak uit het verleden absoluut plaats maken voor een benadering die er vooral op gericht is om mensen met een functionele beperking weer aan het werk te krijgen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen bevelen dan ook de volgende acties aan:

- aangezien een van de hoofdbesluiten van de studie het bestaan is van gezondheidsproblemen vóór de arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit, zou een **gecoördineerd actieplan door de behandelende artsen/specialisten, arbeidsartsen en adviserend artsen** een grote hulp kunnen zijn. Om de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners te bevorderen, zou het nuttig zijn om een oplossing te vinden voor de (beveiligde) uitwisseling van medische gegevens van arbeidsongeschikte personen tussen deze actoren. Een gemeenschappelijk platform zou het delen van informatie kunnen vergemakkelijken.
- als verzekeringsinstelling voor geneeskundige verzorging zijn we verrast over het hoge bedrag dat de patiënt zelf betaalt voor geneeskundige verzorging, vooral tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid, terwijl zijn inkomsten lager zijn. Het is belangrijk om alle actoren te sensibiliseren over het **risico op economische kwetsbaarheid**.
- de Onafhankelijke Ziekenfondsen raden aan om beleidlijnen te ontwikkelen voor arbeidsintegratie door alle mogelijke maatregelen in te voeren om werknemers en werkgevers te helpen om **arbeidsongeschiktheid te voorkomen**. Hierbij bedoelen we bijvoorbeeld de invoering van preventiemaatregelen op de werkvloer voor werknemers met gezondheidsproblemen, zodat ze hun job kunnen behouden (aanpassing van de arbeidsomstandigheden, arbeidsduurverkorting, opleiding, ...).
- ook belangrijk zijn verplichtingen en ‘intelligente’ financiële incentives voor werkgevers, zodat ze aangemoedigd worden een zieke werknemer te behouden (bijvoorbeeld tenlasteneming van de invaliditeitsuitkeringen gedurende enkele maanden of jaren/verlenging van de tegemoetkomingsperiode ten laste van de werkgever, betaling van een hogere bijdrage wanneer de aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen door het personeel van de werkgever hoger liggen dan het nationale gemiddelde in de sector, vergoeding aan de werkgever wanneer die iemand tewerkstelt die langdurig ziek was ...).
- **risicogroepen** verdienen bijzondere aandacht en persoonlijke begeleiding. We hebben het hier over vrouwen, personen van 40 tot 55 jaar, rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en chronisch zieken.



Lenniksebaan 788/A - 1070 Anderlecht  
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

# Onze studies op [www.mloz.be](http://www.mloz.be)

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, augustus 2019  
(Ondernemingsnummer 411 766 483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

