



Uitvallen, opstaan en opnieuw aan de slag gaan Activering van langdurig arbeidsongeschikten in cijfers

Eindrapport | 20/01/2022

In opdracht van Federgon

Studie uitgevoerd door:

An De Coen
Emma De Rouck
Daphné Valsamis

Jozef II-straat 40 B1
1000 Brussel

T: +32 2 282 17 10
info@ideaconsult.be
www.ideaconsult.be

IDEA 
CONSULT *thinking ahead*

member of
IDEAGROUP



Inhoudsopgave

1 /	Inleiding	4
2 /	Arbeidsongeschiktheid in België in cijfers	6
2.1.	De evolutie van de groep arbeidsongeschikten in België	7
2.2.	De profielkenmerken van langdurig arbeidsongeschikten in België	12
2.3.	De kenmerken van langdurige arbeidsongeschiktheid in België	17
2.4.	Langdurig arbeidsongeschiktheid in Europees perspectief	22
3 /	De niet-medische kost van langdurige arbeidsongeschiktheid	24
3.1.	De directe niet-medische kosten van langdurige arbeidsongeschiktheid	26
3.2.	De indirecte niet-medische kosten van langdurige arbeidsongeschiktheid	28
3.3.	De totale niet-medische kosten van langdurige arbeidsongeschiktheid	29
4 /	De activeringsmaatregelen voor arbeidsongeschikten in België	31
4.1.	Het federaal kader voor re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten	31
4.2.	Het regionaal kader voor re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten: een focus op het Vlaams beleid	36
5 /	De activeringsmaatregelen voor arbeidsongeschikten in Europa	40
5.1.	Het beleid van Europese landen voor de activering van langdurig arbeidsongeschikten	40
5.2.	Het activeringsbeleid van langdurig arbeidsongeschikten in een selectie van landen	42
6 /	Conclusies en aanbevelingen	49
6.1.	Conclusies – Wat leert de analyse?	49
6.2.	9 aanbevelingen voor een duurzame activering van langdurig zieken	52
B.1 /	Bijlage 1: Bibliografie	58
B.2 /	Bijlage 2 : Extra tabellen en figuren	59
B.3 /	Bijlage 3: Parameters en berekeningen indirecte kosten	63
B.4 /	Bijlage 4: Stappen in het re-integratietraject voor werknemers	64
B.5 /	Bijlage 5: Acties uit het Vlaams Actieplan voor re-integratie van zieken	66



1 / Inleiding

Steeds meer mensen in statuut van arbeidsongeschiktheid

Sinds 2019 zijn er in België meer langdurig arbeidsongeschikten dan werklozen en het aantal langdurig arbeidsongeschikten blijft jaar na jaar toenemen volgens cijfers van de Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Riziv). Tegen eind 2021 zou er voor elke tien werkenden in België, één langdurig zieke zijn en zou de kaap van 500.000 langdurig zieken bereikt worden¹. De COVID-crisis zal deze trend nog verder versterken. Opvallend is dat arbeiders en vrouwen oververtegenwoordigd zijn in de groep arbeidsongeschikten en dat het risico op arbeidsongeschiktheid toeneemt naarmate men ouder wordt.

Activering vanuit arbeidsongeschiktheid blijft problematisch

Hoe langer de periode van arbeidsongeschiktheid, hoe lager de kans op terugkeer naar de arbeidsmarkt². Verschillende factoren verklaren waarom de activering van deze doelgroep niet evident is: sommige personen zijn niet klaar om de stap naar werk te zetten door gezondheidsproblemen, de doelgroep is bijzonder heterogeen waardoor maatwerk vereist is, het aantal beschikbare plaatsen in begeleidingstrajecten van gespecialiseerde bemiddelingsdiensten is beperkt, enz.³ In 2020 voorzag de VDAB in Vlaanderen bijvoorbeeld 5.000 begeleidingstrajecten, waarmee slechts een klein segment van de doelgroep kan worden bereikt. Ondanks het beperkte aantal trajecten in vergelijking met het aantal arbeidsongeschikten, raakten deze trajecten niet ingevuld, wat aangeeft dat het niet evident is om de doelgroep te bereiken. Bijkomende inspanningen zijn bijgevolg vereist om de nodige begeleiding te kunnen bieden aan personen die klaar zijn om terug te keren naar de arbeidsmarkt.

Nood aan verder inzicht in de thematiek en in de totale kost van arbeidsongeschiktheid

De groeiende groep arbeidsongeschikten weegt zwaar op de sociale zekerheid. Het is dan ook belangrijk om deze groeiende groep goed in kaart te brengen en de achterliggende factoren voor de stijging van deze groep te begrijpen. Momenteel is het bovendien onduidelijk hoe groot de totale kost van de groep arbeidsongeschikten is voor de overheid, rekening houdend met zowel de directe als indirecte kosten. Nochtans is het belangrijk om de totale kosten voor de overheid te kennen: zij tonen immers welke middelen voor de overheid vrijkomen wanneer personen de stap zetten van arbeidsongeschiktheid naar werk. Die middelen kunnen ingezet worden om het activeringsproces te ondersteunen, bijvoorbeeld door te investeren in begeleiding, bemiddeling, opleiding, etc. Succesvolle praktijken uit het buitenland kunnen inspiratie bieden voor de besteding van deze middelen.

¹ Bron: analyse van François Perl, directeur-generaal van de dienst Uitkeringen bij het Riziv, en Lode Godderis, professor Arbeidsgeneeskunde (KU Leuven) en CEO van de Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk IDEWE, in De Standaard (Andries, S. (2021, 29 januari), 'België is op weg naar half miljoen langdurig zieken').

² Godderis, L. (2019). Re-integratie: keer je terug of de rug naar het werk? Over.Werk. Tijdschrift van het Steunpunt Werk, 29(1), 87-92. Steunpunt Werk / Uitgeverij Acco.

³ Zie studie: De Coen, A., Goffin, K., Carpentier, M., Valsamis, D. & Van der Beken, W. (2021). 'Re-integratie van langdurig zieken via uitzendwerk'. Een studie van IDEA Consult in opdracht van de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB).



Het in kaart brengen van de thematiek en van de kost van arbeidsongeschiktheid als centrale doelstellingen van deze opdracht

Deze opdracht is gericht op het in kaart brengen van de thematiek en op de berekening van de kost van arbeidsongeschiktheid. De focus ligt daarbij op re-integratie. De resultaten zullen tot concrete conclusies en aanbevelingen leiden, die onder meer gevoed worden door inspirerende voorbeelden uit het buitenland. Hoewel preventie van langdurige arbeidsongeschiktheid eveneens belangrijk is, valt dit buiten de scope van deze opdracht.

Dit rapport is dan ook als volgt gestructureerd:

- ▶ **Arbeidsongeschiktheid in cijfers:** In Hoofdstuk 2 brengen we de evolutie van arbeidsongeschiktheid in België in kaart sinds 2008, het profiel van arbeidsongeschikten en de kenmerken van arbeidsongeschiktheid. Tot slot wordt de omvang van de thematiek in België vergeleken met andere Europese landen.
- ▶ **De kost van langdurige arbeidsongeschiktheid:** In Hoofdstuk 3 berekenen we de totale kost van langdurige arbeidsongeschiktheid in België, rekening houdend met de directe en indirecte kosten voor de overheid.
- ▶ **De activeringsmaatregelen voor arbeidsongeschikten in België:** In Hoofdstuk 4 beschrijven en analyseren we de huidige activeringsmaatregelen in België voor personen in arbeidsongeschiktheid. We zoomen hiervoor in op het federaal en regionaal niveau, met een focus op het Vlaams beleid.
- ▶ **De activeringsmaatregelen voor arbeidsongeschikten in Europa:** In Hoofdstuk 5 analyseren we het algemeen Europees beleid voor de activering van arbeidsongeschikten en zoomen we in op een selectie van interessante praktijken.
- ▶ **Conclusies en aanbevelingen:** In Hoofdstuk 6 vatten we de belangrijkste bevindingen uit deze studie en identificeren we een aantal aanbevelingen.





2 / Arbeidsongeschiktheid in België in cijfers

Dit hoofdstuk brengt de **arbeidsongeschiktheid in België** in kaart aan de hand van beschikbaar cijfermateriaal. Arbeidsongeschiktheid betreft de situatie waarin werknemers, werklozen en zelfstandigen niet meer kunnen werken door een ziekte of een ongeval en recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering⁴. De groep arbeidsongeschikten kan in twee subgroepen worden opgesplitst volgens de duurtijd van hun arbeidsongeschiktheid:

- ▶ **Primaire arbeidsongeschiktheid:** wanneer een persoon minder dan een jaar arbeidsongeschikt is, maar de periode van 'gewaarborgd loon' voorbij is.
- ▶ **Invaliditeit of langdurige arbeidsongeschiktheid:** wanneer een persoon langer dan één jaar arbeidsongeschikt is.

Ongeacht of ze behoren tot de categorie werknemers, werklozen of zelfstandigen binnen de groep arbeidsongeschikten, situeren arbeidsongeschikten zich in de groep 'niet-beroepsactieven' (zie ook onderstaande definities).

- ▶ **Werkend:** Iemand is werkend als hij/zij gedurende de referentieweek (week waarin de cijfers worden gemeten) minstens één uur werk verrichtte. Het kan hierbij gaan over loontrekkenden, zelfstandigen, meewerkende familieleden, jobstudenten, enz. Personen die gedurende de referentieperiode tijdelijk niet op het werk aanwezig waren omwille van vakantie, ziekteverlof, klein verlet, verlof zonder wedde, zwangerschapsverlof, ouderschapsverlof, sociaal conflict, weersomstandigheden of andere redenen en die een formele band met hun job hadden, worden bij de werkenden geteld.
- ▶ **Werkloos:** werklozen (volgens definitie van ILO) zijn personen die geen werk hebben tijdens de referentieweek in loondienst of als zelfstandige, maar binnen de twee weken beschikbaar zijn voor werk en actief werk gezocht hebben de laatste vier weken.
- ▶ **Niet-beroepsactief:** De niet-beroepsactieve bevolking omvat als gevolg alle personen die geen betrekking hebben en evenmin werkloos waren (volgens de definities van de ILO).

Bron: Vansteenkiste, Sourbron, Scholiers et al., 2019

De volgende paragrafen gaan in eerste instantie in op de evolutie van beide subgroepen arbeidsongeschikten in België en de onderliggende oorzaken voor deze evolutie. Daarna zoomen we specifiek in op de groep langdurig arbeidsongeschikten door een aantal profielkenmerken van deze groep in kaart te brengen, alsook de kenmerken van de langdurige arbeidsongeschiktheid. Tot slot vergelijken we de omvang van de groep langdurig arbeidsongeschikten in België met de situatie in andere Europese landen.

⁴ Werknemers hebben hier recht op een ziekteperiode van 30 dagen (periode van gewaarborgd loon), zelfstandigen na 8 dagen en werkzoekenden na de eerste dag.

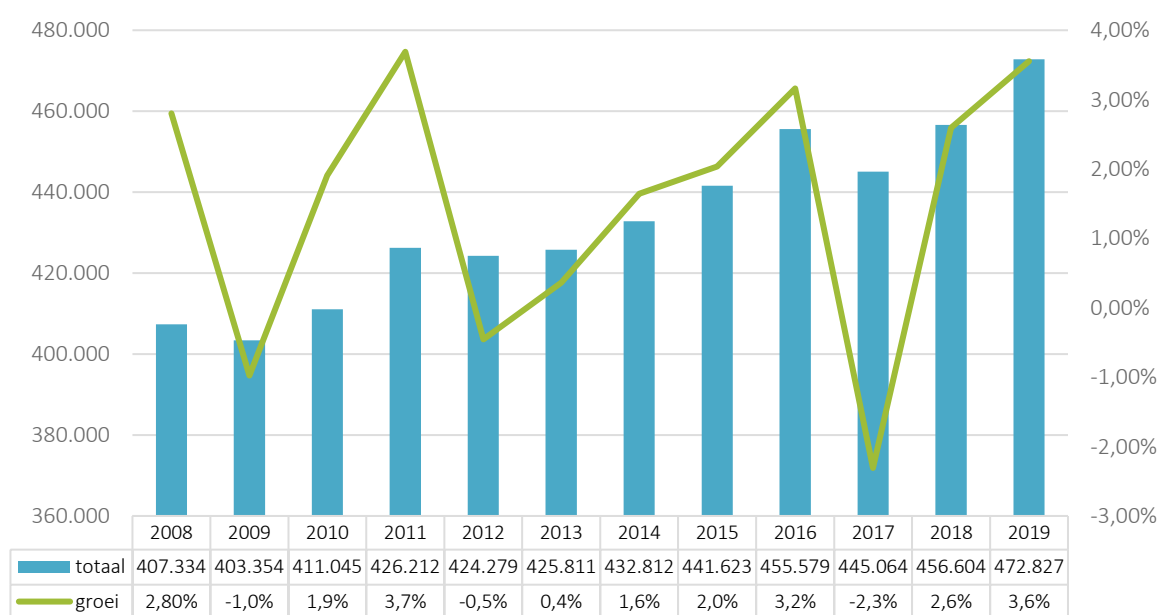
2.1. De evolutie van de groep arbeidsongeschikten in België

In deze paragraaf beschrijven we de **evolutie van primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit** (of langdurige arbeidsongeschiktheid) in België sinds 2008. We zien dat hoofdzakelijk de langdurige arbeidsongeschiktheid sterk gestegen is. We vergelijken ook de evolutie van het aantal langdurig arbeidsongeschikten in België met het aantal werklozen en merken op dat sinds 2016 het aantal langdurig arbeidsongeschikten in België groter is dan het aantal werklozen. Vervolgens analyseren we de mogelijke oorzaken voor de stijging van het aantal langdurig arbeidsongeschikten aan de hand van beschikbare gegevens en literatuur.

Een gestage stijging van het aantal primaire arbeidsongeschikten sinds 2008

Figuur 1 geeft de evolutie weer van het aantal gevallen van werknemers, werklozen en zelfstandigen in **primaire arbeidsongeschiktheid** in België van 2008 tot en met 2019. De cijfers geven steeds de situatie weer op het einde van het jaar (31 december), en tellen het aantal gevallen cumulatief op voor het betreffende jaar. In totaal waren er eind 2019 in België 472 827 personen arbeidsongeschikt gedurende minder dan 1 jaar. Dit aantal kent jaarlijkse fluctuaties, maar stijgt geleidelijk sinds 2008. Het is zo dat deze groep in totaal met 16% is gestegen sinds 2008 en op 10 jaar tijd groeide met zo'n 70 000 personen.

Figuur 1. Evolutie van het aantal gevallen van werknemers, zelfstandigen en werklozen in primaire arbeidsongeschiktheid tussen 2008 en 2019 in België, op 31 december van het betreffende jaar⁵

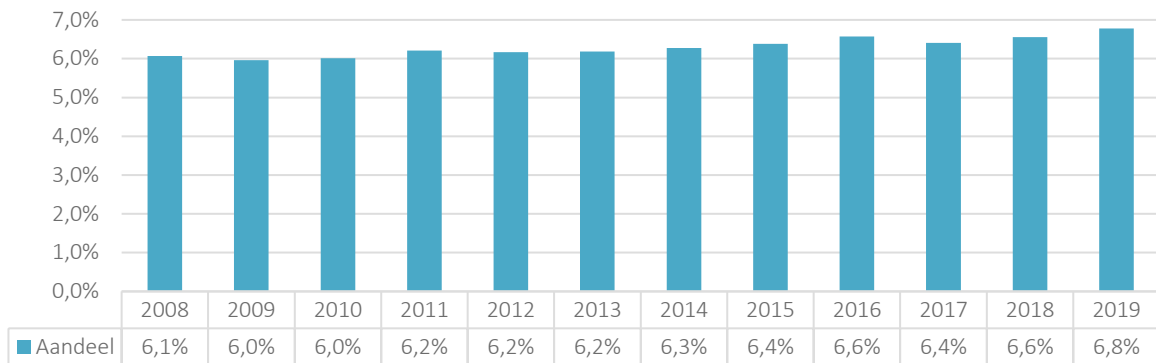


Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

Figuur 2 geeft aan dat een groot deel van de stijging van het aantal primaire arbeidsongeschikten verklaard kan worden door de groeiende bevolking op beroepsactieve leeftijd. Zo steeg gedurende de periode 2008-2019 het aandeel primaire arbeidsongeschikten ten opzichte van de Belgische bevolking op beroepsactieve leeftijd 'slechts' van 6,1% in 2008 naar 6,8% in 2019.

⁵ Een periode van primaire arbeidsongeschiktheid kan variëren van een paar dagen tot een jaar. Een gerechtigde kan daarom in hetzelfde jaar meerdere perioden van primaire arbeidsongeschiktheid hebben; als het interval tussen twee perioden van primaire arbeidsongeschiktheid groter of gelijk is aan 14 dagen, worden ze beschouwd als twee verschillende perioden. Het is dus mogelijk dat een gerechtigde persoon meerdere keren geteld wordt gedurende hetzelfde jaar.

Figuur 2. Evolutie van het aandeel gevallen van werknemers, zelfstandigen en werklozen in primaire arbeidsongeschiktheid tussen 2008 en 2019 in België, op 31 december van het betreffende jaar, in aandeel van de bevolking (18-64j.)

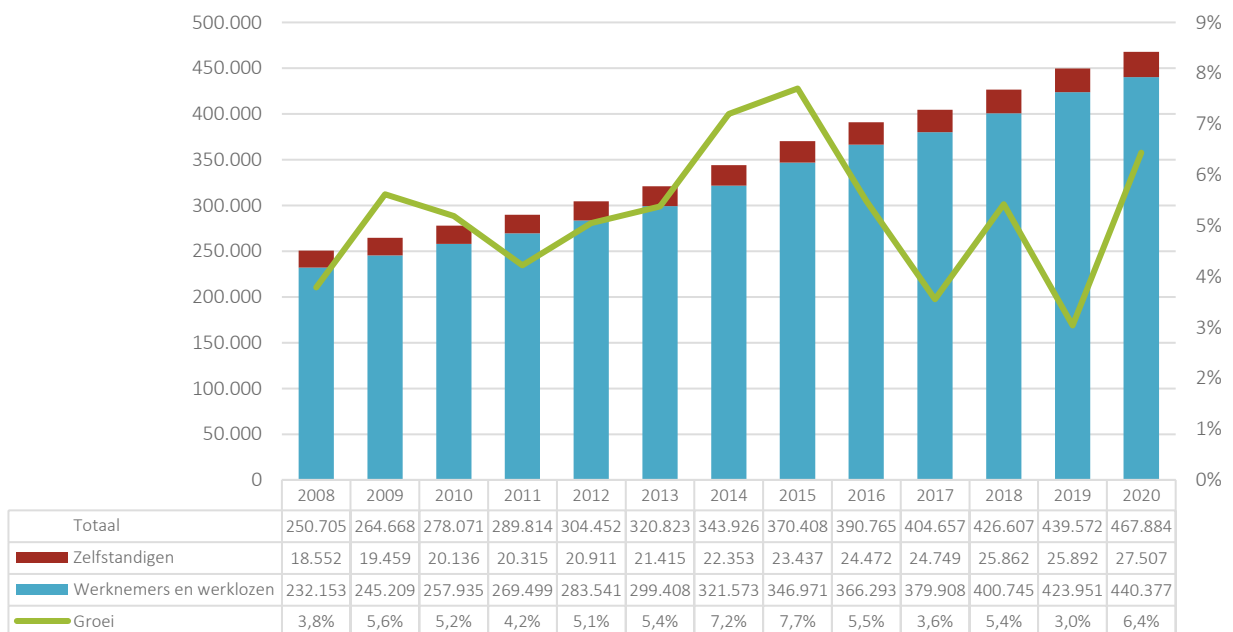


Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data en Statbel-data

De voorbije 12 jaar is de groep langdurig arbeidsongeschikten bijna verdubbeld

Figuur 3 toont de evolutie van het aantal werknemers, werklozen en zelfstandigen in **invaliditeit (of arbeidsongeschikten van meer dan 1 jaar)** in België van 2008 tot en met 2020. De figuur hier toont niet het cumulatieve aantal, maar telkens het aantal gevallen van invaliditeit op het einde van het jaar. Het aantal langdurig arbeidsongeschikten is groot, met 467 884 personen in december 2020. De groep groeide bovendien sterk over deze periode. Dit is duidelijk te zien aan de jaarlijkse groeicijfers die sinds 2008 steeds hoger zijn dan 3% en in 2015 zelfs opliepen tot 7,7%. In totaal groeide het aantal langdurig arbeidsongeschikten in de periode 2008 – 2020 met maar liefst 217 179, wat overeenstemt met een stijging van 87%.

Figuur 3. Evolutie van het aantal werknemers, zelfstandigen en werklozen in langdurige arbeidsongeschiktheid (invaliditeit) tussen 2008 en 2020 in België



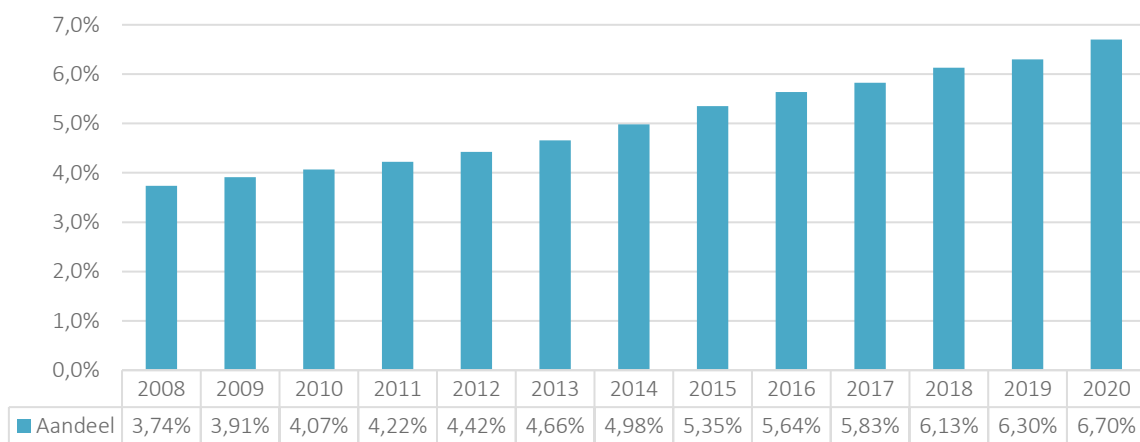
Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

In tegenstelling tot de groep primaire arbeidsongeschikten, verklaart de stijging van de bevolking op beroepsactieve leeftijd, maar in zeer beperkte mate de sterke toename van het aantal langdurig

arbeidsongeschikten. Zo geeft Figuur 5 de evolutie weer van het [aandeel langdurige arbeidsongeschikten tussen 2008 en 2020 in percentage van de bevolking op beroepsactieve leeftijd](#). Deze figuur toont aan dat het aantal langdurig arbeidsongeschikten sterker steeg tussen 2008 en 2020 dan de bevolking op beroepsactieve leeftijd, namelijk bijna dubbel zo sterk. Eind 2020 bedroeg dit aandeel immers liefst 6,7%, terwijl dit in 2008 nog 3,7% bedroeg. Of uitgedrukt in vergelijking met het aantal werkenden; voor elke 11 werkenden was één persoon langdurig arbeidsongeschikt in 2020 versus 17 werkenden voor één langdurig arbeidsongeschikte in 2012 (zie tabel in bijlage).

Deze sterke stijging van het aandeel langdurig arbeidsongeschikten in de bevolking op beroepsactieve leeftijd staat dus in contrast met het aandeel primaire arbeidsongeschikten in de bevolking op beroepsactieve leeftijd, dat relatief stabiel bleef over deze periode.

Figuur 4. Evolutie van het aandeel werknemers, zelfstandigen en werklozen in langdurige arbeidsongeschiktheid (invaliditeit) tussen 2008 en 2020 in België, als aandeel van de bevolking (18-64j.)



Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data en Statbel

Sinds 2016 is het aantal langdurig arbeidsongeschikten in België groter dan het aantal werklozen

Onderstaande figuur geeft de [evolutie van het aantal langdurig arbeidsongeschikten](#) weer van 2008 tot en met 2020 in België, en zet deze af tegenover de [evolutie van het aantal werklozen](#), om de grootte van de groep langdurig arbeidsongeschikten te duiden. Het gaat hier om werklozen die actief naar werk zoeken en direct inzetbaar zijn, en dus bij de beroepsactiven worden gerekend. Het is echter belangrijk om op te merken dat de werkloosheidscijfers fluctueren volgens de economische conjunctuur, terwijl het aantal langdurig arbeidsongeschikten jaarlijks toeneemt.

Figuur 5. Evolutie van het aantal langdurig arbeidsongeschikten en werklozen tussen 2008 en 2020 in België



Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data en gegevens van Steunpunt WSE

Uit bovenstaande figuur blijkt dat vanaf 2016 het aantal langdurig arbeidsongeschikten het aantal werklozen overschrijdt. Terwijl het aantal werklozen sinds 2014 continu blijft dalen (-34,1% tussen 2014 en 2020), is het aantal langdurig arbeidsongeschikten met 36% gestegen over deze periode. In 2020 was de groep langdurig arbeidsongeschikten zelfs 74,4% hoger dan het aantal werklozen. Of, er waren voor elke langdurig arbeidsongeschikte 1,26 werklozen in 2008 en slechts 0,57 werklozen in 2020 (zie tabel in bijlage).

De vergrijzing van de bevolking en de toename van de participatiegraad zijn de belangrijkste verklarende factoren voor de stijging van het aantal langdurig arbeidsongeschikten

Volgens verschillende experts kan de forse stijging van het aantal langdurig arbeidsongeschikten verklaard worden vanuit [verschillende maatschappelijke, beleidsmatige, persoonlijke en werkgerelateerde factoren](#):

- **De vergrijzing:** Net zoals andere Europese landen wordt België gekenmerkt door een sterke toename van de oudere bevolking, terwijl de jongere bevolking de afgelopen 20 jaar is gekrompen. De stijging van het aantal ouderen kan verklaard worden doordat de 'babyboomers' zich steeds meer in de oudere leeftijdscategorieën bevinden, en door de stijgende gemiddelde levensverwachting. De krimpende bevolking in de jongere categorieën wordt dan weer veroorzaakt doordat er in de voorbije decennia minder geboortes waren. Aangezien ziektes en ongevallen doorgaans vaker voorkomen naarmate men ouder wordt, gaat een toename van het aantal ouderen gepaard met een toename van het aantal arbeidsongeschikten.

- ▶ **De pensioenleeftijd voor vrouwen** is geleidelijk verhoogd en sinds 2009 gelijk aan die van mannen. Door deze regeling zijn vrouwen vijf jaar langer actief op de arbeidsmarkt en wordt ook de dekkingperiode van de invaliditeitsverzekering voor hen vijf jaar langer. Dit kan leiden tot een grotere instroom in de invaliditeit en, voor de vrouwen in langdurige arbeidsongeschiktheid, tot langere invaliditeitsperiodes.
- ▶ **De stijgende werkzaamheidsgraad van vrouwen op de arbeidsmarkt:** De afgelopen jaren kon een sterke toename van de werkzaamheidsgraad⁶ van vrouwen worden vastgesteld. Vooral in de oudere leeftijdscategorieën is de werkzaamheidsgraad zeer sterk toegenomen (significant meer dan bij mannen), wat o.a. verklaard wordt door de hogere pensioenleeftijd voor vrouwen, zoals hierboven beschreven. Daarnaast evolueert de maatschappij meer en meer richting gezinnen met tweeverdieners waarbij zowel mannen als vrouwen deelnemen aan het beroepsleven. Het aantal (potentiële) uitkeringsgerechtigden voor arbeidsongeschiktheid is hierdoor dus ook toegenomen.
- ▶ **Nieuwe ziektebeelden:** het aantal langdurig arbeidsongeschikten dat lijdt aan psychische stoornissen en gedragsstoornissen en aan ziektes van het bot-spierstelsel en bindweefsel neemt sterk toe (cf. infra). Ook de hogere werkdruk, waar België volgens Eurofound-enquêtes minder goed op scoort dan andere Europese landen, wordt als mogelijke verklarende factor aangehaald voor de stijging van het aantal arbeidsongeschikten. Steeds meer analyses tonen het verband tussen arbeidsongeschiktheid enerzijds en stress, de werkomstandigheden en het gebrek aan interesse voor het werk anderzijds.
- ▶ **Actief arbeidsmarktbeleid:** de voorbije jaren verhoogde de overheid haar inspanningen wat betreft actief arbeidsmarktbeleid om een hogere werkzaamheidsgraad te realiseren. Zo werd het 'Stelsel van Werkloosheid met bedrijfstoelage' (SWT, het vroegere brugpensioen) bijvoorbeeld ingeperkt, waardoor specifiek ingezet werd op de activering van oudere werknemers. Aangezien het vertrek uit de arbeidsmarkt via vervroegd pensioen en werkloosheid bemoeilijkt werd, is het mogelijk dat een aantal personen terechtkomen in het statuut van arbeidsongeschiktheid omdat ze niet actief naar werk op zoek (kunnen) gaan.

Een artikel van de Nationale Bank van België (NBB) (Saks, 2017) onderzocht het **belang van de verschillende bovenstaande factoren** die de stijging van het aantal langdurig arbeidsongeschikten kunnen verklaren. Uit die analyse blijkt dat de vergrijzing van de bevolking en de toename van de participatiegraad samen een verklaring bieden voor de stijging van de invaliditeit, nl. voor ongeveer 90% bij mannen en ongeveer 80% bij vrouwen. De NBB concludeert bijgevolg dat slechts een beperkt deel van de stijging van het aantal langdurig arbeidsongeschikten toe te schrijven is aan andere factoren.

⁶ Het aandeel van werkende mensen, voltijds of deeltijds, binnen het totaal van de bevolking tussen 15 tot 64 jaar (<https://werk.belgie.be/nl/themas/werkgelegenheid-en-arbeidsmarkt/arbeidsmarkt>).



2.2. De profielkenmerken van langdurig arbeidsongeschikten in België

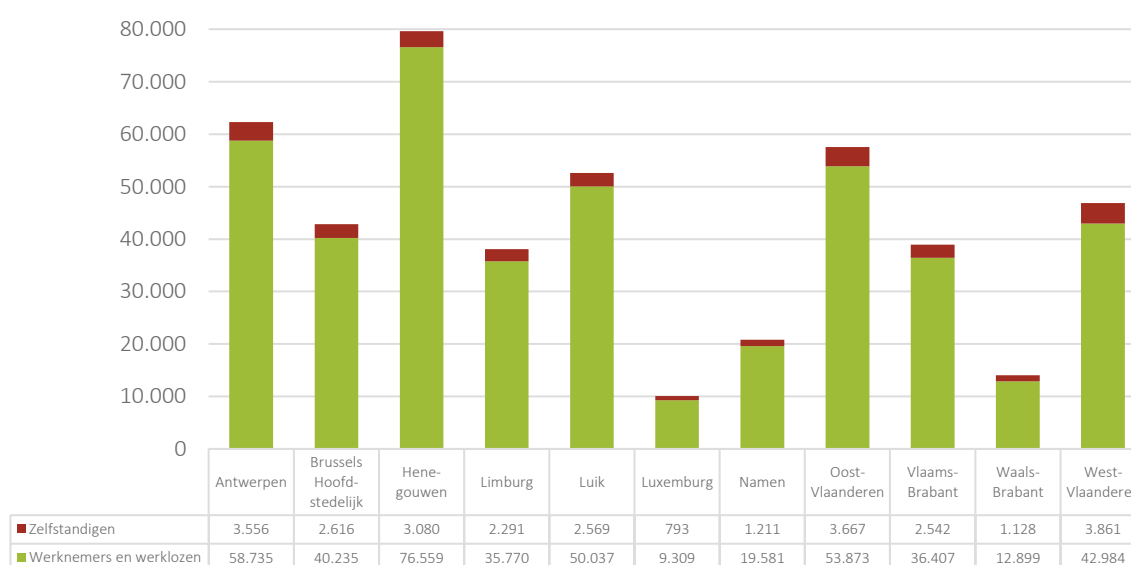
In het vervolg van dit rapport focussen we vooral op de groep langdurig arbeidsongeschikten (die ruim een jaar arbeidsongeschikt zijn, m.a.w. personen in het statuut van 'invaliditeit'). Deze paragraaf brengt de **profielkenmerken** van deze groep verder in kaart. Volgende kenmerken worden achtereenvolgens belicht:

- ▶ De woonplaats (per provincie)
- ▶ Het arbeidsmarktstatuut: werknemers of werklozen versus zelfstandigen
- ▶ Het statuut: bedienden versus arbeiders
- ▶ Het geslacht
- ▶ De leeftijd

Langdurig arbeidsongeschikten zijn oververtegenwoordigd in Henegouwen

Er is een **verschil in de geografische spreiding** van het aantal langdurig arbeidsongeschikten. In absolute aantallen was de provincie Henegouwen (16,9% van het totaal aantal langdurig arbeidsongeschikten) de 'koploper' in 2021. De op één na grootste groep langdurig arbeidsongeschikten is woonachtig in Antwerpen (13,2%), en het op 2 na hoogste aandeel (12,2%) woont in Oost-Vlaanderen.

Figuur 6. Aantal werknemers/werklozen en zelfstandigen in invaliditeit op 30 juni 2021, per provincie

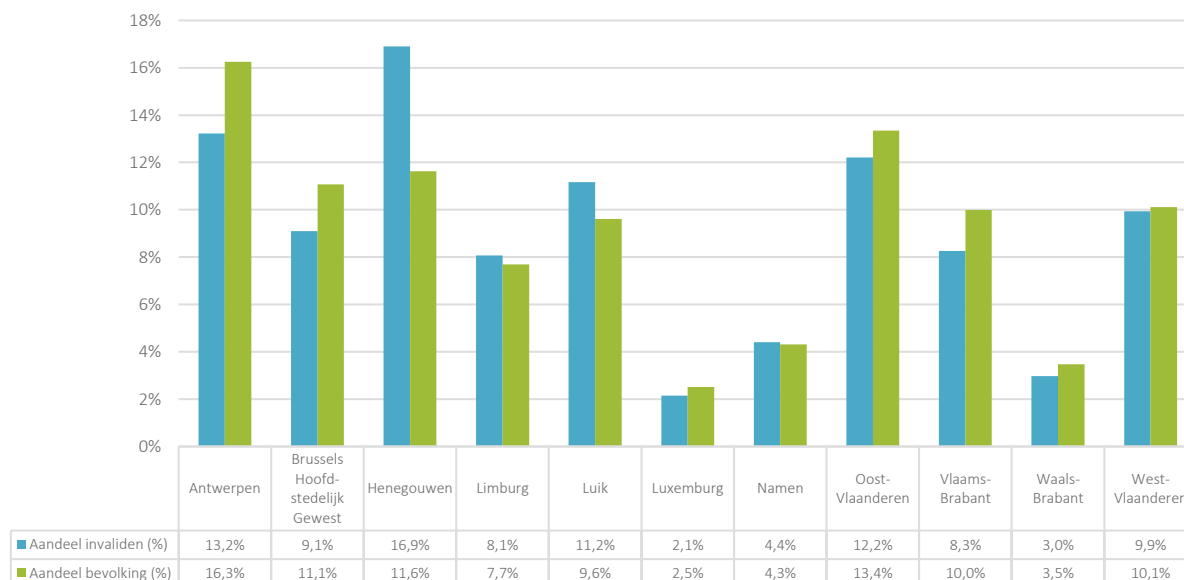


Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

Het is echter interessant om het aandeel van langdurig arbeidsongeschikten per provincie te vergelijken met het aandeel van de totale bevolking op beroepsactieve leeftijd dat woont in de provincie (zie Figuur 7). Op deze manier is het af te leiden in welke provincies er overwegend meer langdurig arbeidsongeschikten zijn dan verwacht wordt op basis van de grootte van de bevolking. Uit onderstaande figuur blijkt duidelijk dat er drie provincies zijn waarbij het aandeel langdurig arbeidsongeschikten hoger is dan het aandeel personen op beroepsactieve leeftijd in de bevolking: Henegouwen, Luik en Limburg. Vooral in Henegouwen is het verschil groot: 11,6% van de totale actieve bevolking woont er terwijl het percentage langdurig arbeidsongeschikten in deze provincie 16,9% is. Het aandeel langdurig arbeidsongeschikten is bijgevolg maar liefst 5 procentpunt hoger dan het aandeel van de bevolking op beroepsactieve leeftijd in Henegouwen. In de provincie Antwerpen daarentegen is het

aandeel van langdurig arbeidsongeschikten dat in Antwerpen woont slechts 13,2%, terwijl 16,3% van de beroepsactieve bevolking er woont. In Antwerpen is het aandeel van langdurig arbeidsongeschikten dus kleiner dan verwacht op basis van het aandeel inwoners op beroepsactieve leeftijd.

Figuur 7. Het aandeel langdurig arbeidsongeschikten en beroepsactieven (20 tot 65 jaar) per provincie op 30 juni 2021



Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

Zelfstandigen zijn proportioneel minder vertegenwoordigd in de groep langdurig arbeidsongeschikten in België

Het RIZIV maakt binnen de groep langdurig arbeidsongeschikten een onderscheid tussen **zelfstandigen** aan de ene kant, en **werklozen en werknemers** (algemeen stelsel) aan de andere kant. Onderstaande tabel toont dat midden 2021 het overgrote aandeel langdurig arbeidsongeschikten bestond uit werknemers en werklozen, namelijk 94,1% en een minderheid uit zelfstandigen en meehelpende echtgenoten, namelijk 5,9%.

Tabel 1. Het aandeel langdurig arbeidsongeschikten en totale populatie per arbeidsmarktstatuut op 30 juni 2021

Arbeidsmarktstatuut	Langdurig arbeidsongeschikten		Totale populatie van werknemers, werklozen en zelfstandigen	
	Aantal	Aandeel (%)	Aantal	Aandeel (%)
Werknemers en werklozen	443 549	94,1%	4 040 698	77,4%
Zelfstandigen	27 688	5,9%	1 182 747	22,6%

Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data, Werknemers en werklozen via Steunpunt Werk-data. Data zelfstandigen via FOD Economie

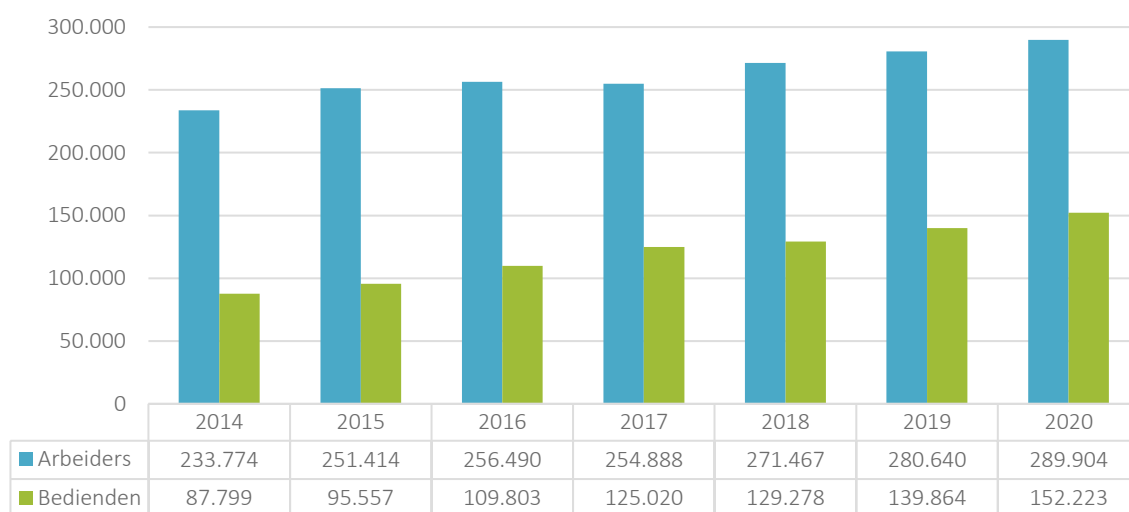
Het is echter interessant om het aandeel van langdurig arbeidsongeschikten in elk arbeidsmarktstatuut te vergelijken met het aandeel van elk arbeidsmarktstatuut in de totale groep van werknemers, werklozen en zelfstandigen. Eind 2020 was het aandeel van werknemers en werklozen hierin 77,4%, maar dit aandeel is dus veel lager dan het aandeel van 94,1% van werknemers en werklozen in het aantal langdurig arbeidsongeschikten. Voor zelfstandigen geldt het omgekeerde: ook al vertegenwoordigen zelfstandigen 22,6% van de totale populatie van werknemers, werklozen en

zelfstandigen, in 2020 was het aandeel zelfstandigen in het aantal langdurig arbeidsongeschikten maar 5,9%. In vergelijking met de zelfstandigen is een proportioneel groter deel van de werknemers en werklozen dus langdurig arbeidsongeschikt in België.

Arbeiders zijn sterk oververtegenwoordigd in de groep langdurig arbeidsongeschikten in België

De verdeling per **statuut (arbeider of bediende)** van het aantal langdurig arbeidsongeschikte werknemers en werklozen is weergegeven in Figuur 8. De figuur toont dat er beduidend meer arbeiders dan bedienden zich in 2020 in langdurige arbeidsongeschiktheid bevinden, respectievelijk een aandeel van 65,6% versus 34,4% van het totaal van werknemers en werklozen in langdurige arbeidsongeschiktheid. Het aantal bedienden in langdurige arbeidsongeschiktheid blijkt wel sterker te stijgen over de periode 2014-2020 dan het aantal arbeiders. In 2020 was het aantal bedienden in langdurige arbeidsongeschiktheid 73,4% hoger dan in 2014, versus een stijging van 24,0% bij de arbeiders over dezelfde periode.

Figuur 8. Evolutie van het aantal werknemers en werklozen in langdurige arbeidsongeschiktheid per statuut, 2014-2020



Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

In Tabel 2 worden de aandelen van arbeiders en bedienden in langdurige arbeidsongeschiktheid vergeleken met hun aandelen in de totale populatie werknemers. De data tonen aan dat arbeiders slechts één derde uitmaken van het totaal aantal werknemers, terwijl ze ruim twee derde van het aantal langdurig arbeidsongeschikten vertegenwoordigen.

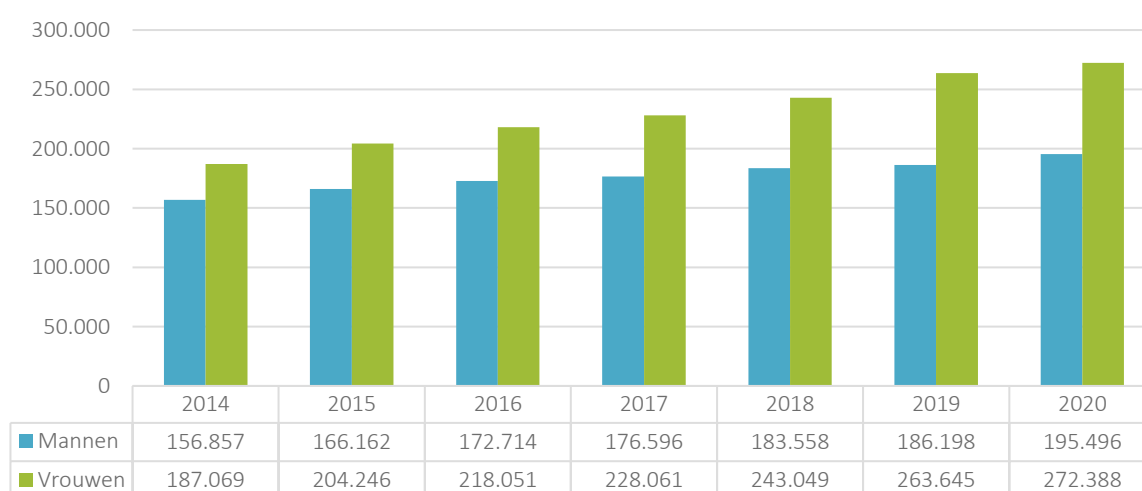
Tabel 2. Het aandeel langdurig arbeidsongeschikten en totale populatie werknemers per statuut in 2020

Arbeidsstatuut	Langdurig arbeidsongeschikten		Totale populatie werknemers	
	Aantal	Aandeel (%)	Aantal	Aandeel (%)
Arbeiders	289 904	65,6%	1 333 709	38,6%
Bedienden	152 223	34,4%	2 118 180	61,4%

Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data en RSZ-data

Naast statuut, is ook **geslacht** een interessant kenmerk om de groep langdurig arbeidsongeschikten in kaart te brengen. De verdeling van het aantal langdurig arbeidsongeschikten volgens geslacht toont dat er meer vrouwen dan mannen in deze groep zijn. Zo vertegenwoordigden vrouwen 59,3% van het totaal aantal langdurig arbeidsongeschikten in 2020, versus 40,7% mannen. Ook de evolutie van het aantal langdurig arbeidsongeschikten verloopt verschillend tussen mannen en vrouwen. Zo steeg het aantal vrouwelijke langdurig arbeidsongeschikten tussen 2014 en 2020 met 46,2%, terwijl het aantal mannelijke langdurig arbeidsongeschikten toenam met 25,6%. Deze evolutie kan volgens het RIZIV verklaard worden door de stijgende participatiegraad van vrouwen en de stijging van de pensioenleeftijd voor vrouwen (cf. infra).

Figuur 9. Evolutie van het aantal werknemers, werklozen en zelfstandigen in langdurige arbeidsongeschiktheid per geslacht, 2014-2020



Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

Wanneer we het aandeel langdurig arbeidsongeschikten volgens geslacht vergelijken met hun aandeel in de bevolking op beroepsactieve leeftijd (zie tabel hieronder) zijn vrouwen duidelijk oververtegenwoordigd in de groep langdurig arbeidsongeschikten: ze vertegenwoordigen immers 46,8% van de totale beroepsbevolking versus 59,3% van het totaal aantal langdurig arbeidsongeschikten. Figuur 34 in bijlage toont echter dat voor zelfstandigen het omgekeerde speelt en het aantal mannen in invaliditeit er hoger ligt. Dit is te verklaren door het relatief hoger aandeel mannen dat actief is als zelfstandige. In 2020 bedroeg het aandeel mannelijke zelfstandigen namelijk 64,9%.

Tabel 3. Het aandeel langdurig arbeidsongeschikten en totale populatie op beroepsleeftijd per geslacht in 2020

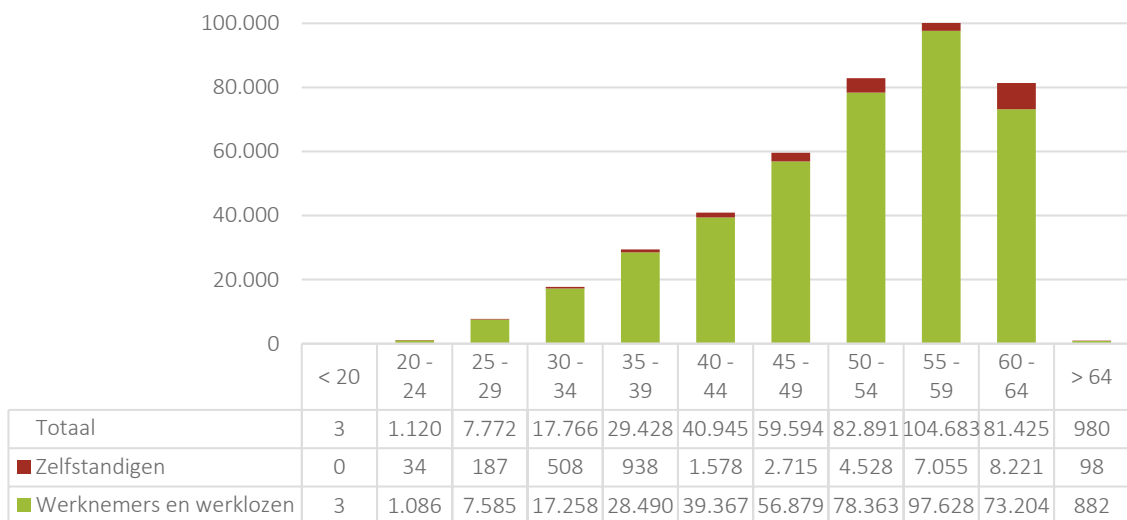
Geslacht	Langdurig arbeidsongeschikten		Totale populatie op beroepsleeftijd	
	Aantal	Aandeel (%)	Aantal	Aandeel (%)
Vrouwen	261 220	59,3%	2 351 958	46,8%
Mannen	179 157	40,7 %	2 670 342	53,2%

Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data en data Steunpunt Werk (Werkend, Werkloos, 'Totale bevolking naar geslacht, socio-economische positie en leeftijd in België en de gewesten')

Meer langdurig arbeidsongeschikten in oudere leeftijdsgroepen

Het aantal langdurig arbeidsongeschikten stijgt mee met de **leeftijdsklassen** voor personen van 25 tot 60 jaar (zie Figuur 10). Bij de leeftijdsgroepen tot 25 jaar zijn er bijna geen personen in langdurige arbeidsongeschiktheid. De groep van 55-59-jarigen is de leeftijdsgroep met het hoogste aantal langdurig arbeidsongeschikten (104 683 of 24,5% van het totaal aantal).

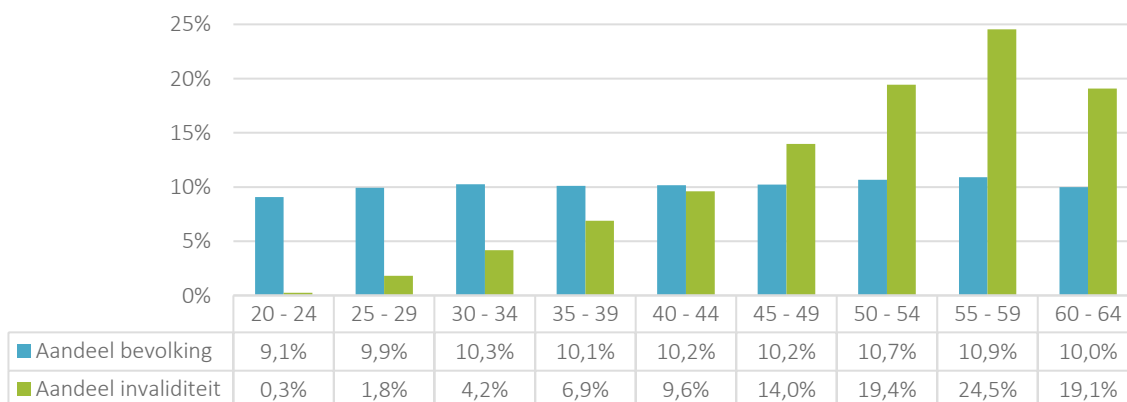
Figuur 10. Aantal werknemers, werklozen en zelfstandigen in langdurige arbeidsongeschiktheid, per leeftijdsklasse (2020)



Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

Onderstaande figuur vergelijkt het aandeel langdurige arbeidsongeschikten per leeftijdsklasse met het aandeel van deze leeftijdsklassen in de bevolking op beroepsactieve leeftijd. Hieruit blijkt dat het aandeel 55-59-jarigen in de populatie langdurig arbeidsongeschikten meer dan het dubbel is van het aandeel van de 55-59-jarigen in de totale bevolking op beroepsactieve leeftijd. Anders verwoord, maar liefst 1 op 14 (7%) in deze leeftijdsgroep is langdurig arbeidsongeschikt. Er ligt een grote uitdaging in het activeren van arbeidsongeschikten voor de laatste 5 à 10 jaar van hun loopbaan.

Figuur 11. Het aandeel langdurig arbeidsongeschikten en totale populatie op beroepsleeftijd per leeftijdsklasse in 2020



Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data en Statbel-data

Het is bovendien interessant om op te merken dat, in tegenstelling tot de groep langdurig arbeidsongeschikten, er een minder duidelijke relatie is tussen de [leeftijd en het aantal primaire arbeidsongeschikten](#). Ook zijn de verschillen tussen de leeftijdsklassen minder uitgesproken voor de primaire arbeidsongeschikten dan voor de langdurig arbeidsongeschikten (zie figuur voor leeftijdsklassen binnen aantal primaire arbeidsongeschikten in bijlage).

2.3. De kenmerken van langdurige arbeidsongeschiktheid in België

In de vorige paragraaf werd het profiel van langdurig arbeidsongeschikten in kaart gebracht. In deze paragraaf staan de kenmerken van de langdurige arbeidsongeschiktheid centraal: we analyseren dit aan de hand van de volgende kenmerken:

- ▶ De ziektegroepen van langdurige arbeidsongeschikten
- ▶ De duur van langdurige arbeidsongeschiktheid
- ▶ De uitstroom van langdurig arbeidsongeschikten

Meer dan een derde van de langdurig arbeidsongeschikten lijdt aan psychische stoornissen

Het aandeel langdurig arbeidsongeschikten volgens [ziektegroep](#) biedt belangrijke informatie over de heterogeniteit van de doelgroep. Op basis van de laatste beschikbare cijfers van het RIZIV (2020), toont onderstaande tabel dat het grootste deel van de langdurig arbeidsongeschikten lijdt aan psychische stoornissen (36,1% in 2020). Deze groep omvat bijvoorbeeld personen met dementie, angst- en gedragsstoornissen, depressie en burn-out. Ook de groep met 'Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel' is omvangrijk en vertegenwoordigt ongeveer een derde van het totaal aantal langdurig arbeidsongeschikten (31,8% in 2020). Deze personen lijden bijvoorbeeld aan reumatoïde artritis, artrose, nek- en rugklachten of osteoporose. De op twee na grootste groep, met ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen, is beduidend kleiner (5,6% in 2020) en bestaat uit personen met epilepsie, migraine of de ziekte van Parkinson. Daarnaast zijn er nog heel wat andere ziektegroepen, met telkens een beperkt aandeel in het totaal⁷. De absolute aantallen in al deze ziektegroepen namen toe.

Tabel 4. De 5 meest voorkomende ziektegroepen bij langdurig arbeidsongeschikten, in % van aantal langdurig arbeidsongeschikten (2015-2020)

Ziektegroep	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Psychische stoornissen	36,9%	36,9%	35,1%	35,4%	35,8%	36,1%
Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel	32,3%	32,3%	30,6%	31,0%	31,4%	31,8%
Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	6,3%	6,5%	5,5%	5,6%	5,6%	5,6%
Gezwellen (nieuwvormingen vanaf 2017)	6,6%	6,3%	5,8%	5,7%	5,7%	5,5%
Ziekten van het hartvaatstelsel	6,7%	6,3%	5,6%	5,4%	5,3%	5,1%

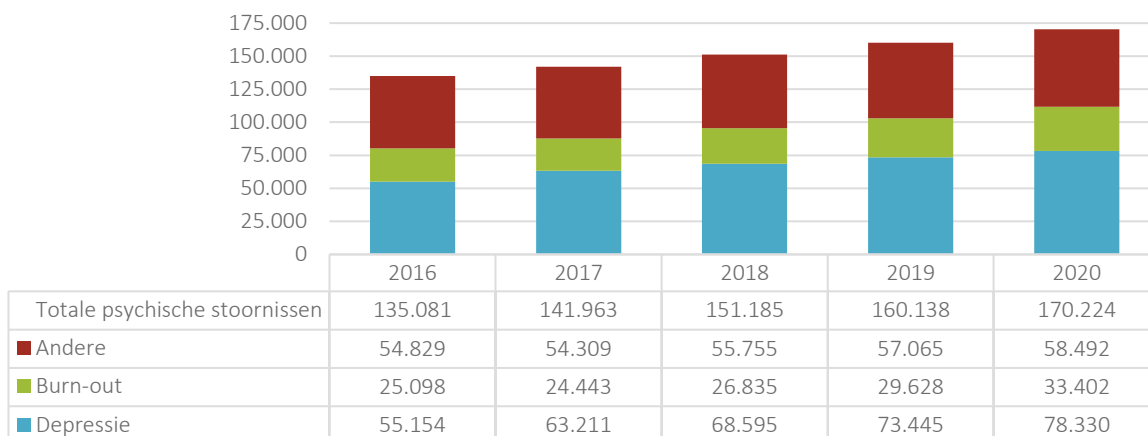
Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data. Opmerking: nieuwe codificatie voor de ziektegroepen vanaf de gegevens 2017

⁷ Voor meer details over het type ziektes binnen de ziektegroepen, zie de website van Volksgezondheid (<https://www.volksgezondheidenzorg.info/selectie-van-ziekten#node-geselecteerde-aandoeningen>)



Het RIZIV beschikt ook over recentere cijfers voor [psychische stoornissen](#), en meer specifiek over het aantal zieken met burn-out en depressie. Uit onderstaande figuur blijkt dat het stijgend aantal psychische stoornissen onder meer gedreven wordt door het toenemend aantal personen met een depressie of burn-out. In de periode 2016-2020 is het aantal personen met een depressie met 42,02% gestegen en nam het aantal personen met een burn-out toe met 33,09%.

Figuur 12. Aantal langdurig arbeidsongeschikten met psychische stoornissen, waaronder depressie en burn-out (2016-2020)

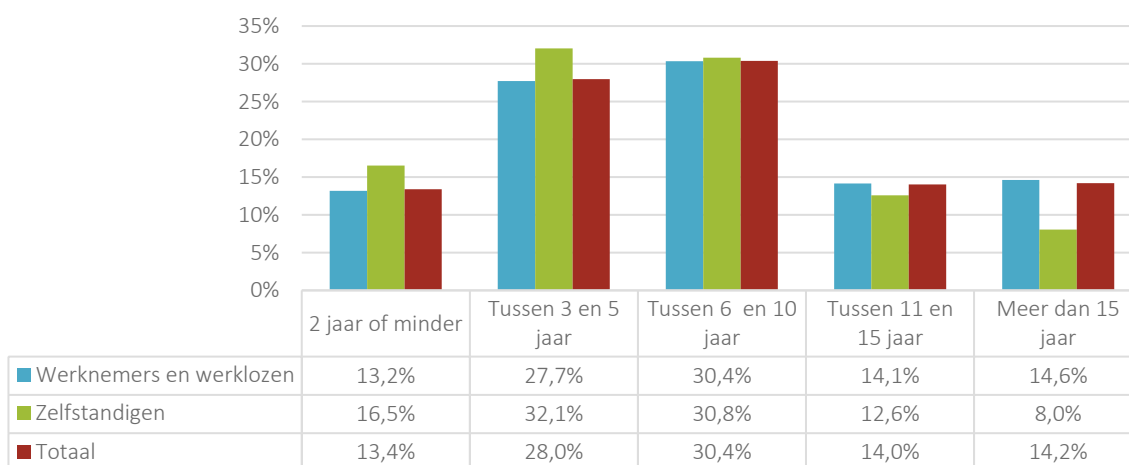


Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

[Bijna 3 op 10 langdurig arbeidsongeschikten zijn meer dan 10 jaar arbeidsongeschikt](#)

In onderstaande figuur wordt de [duur van de arbeidsongeschiktheid](#) weergegeven voor alle langdurig arbeidsongeschikten in 2019 per statuut. Hieruit blijkt dat de grootste groep langdurig arbeidsongeschikten (60%) tussen 3 en 10 jaar arbeidsongeschikt is. Bijna een derde van de langdurig arbeidsongeschikten is meer dan 10 jaar arbeidsongeschikt. Een kleine minderheid (13,4%) is minder dan 2 jaar arbeidsongeschikt. Deze cijfers tonen duidelijk aan dat eens een persoon in invaliditeit terecht komt, het voor een zeer lange periode is. Dit toont hoe moeilijk het is om personen te laten uitstromen uit het statuut van langdurige arbeidsongeschiktheid.

Figuur 13. Aandeel langdurig arbeidsongeschikten volgens duur van arbeidsongeschiktheid in 2019, per beginjaar van ziekte en statuut

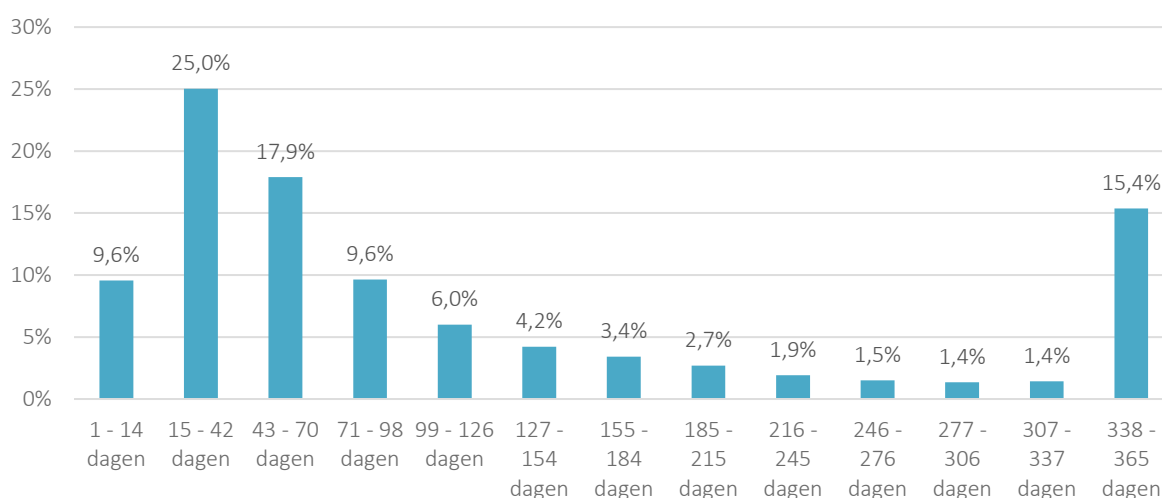


Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

Opmerkelijk is ook dat er grote verschillen zijn in de duurtijd van invaliditeit naargelang het statuut van de langdurig arbeidsongeschikte. Zo zijn zelfstandigen proportioneel minder lang langdurig arbeidsongeschikt dan werknemers en werklozen: 20% van hen zijn arbeidsongeschikt sinds meer dan 10 jaar versus 30% bij de werknemers en werklozen.

Niet zelden lijkt primaire arbeidsongeschiktheid te leiden tot langdurige arbeidsongeschiktheid (invaliditeit). Zoals blijkt uit Figuur 14 duurt de periode van primaire arbeidsongeschiktheid bij 1 op 3 maximum 42 dagen. Aan het andere uiterste van het spectrum stellen we echter vast dat de periode van primaire arbeidsongeschiktheid voor 15% tussen 338 en 365 dagen duurt. Deze groep bevat hoofdzakelijk personen die 1 jaar arbeidsongeschiktheid hebben bereikt, en die naar alle waarschijnlijkheid zullen terechtkomen in het statuut van langdurige arbeidsongeschiktheid (of invaliditeit).

Figuur 14. Het aandeel primaire arbeidsongeschikten volgens de gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid⁸



Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

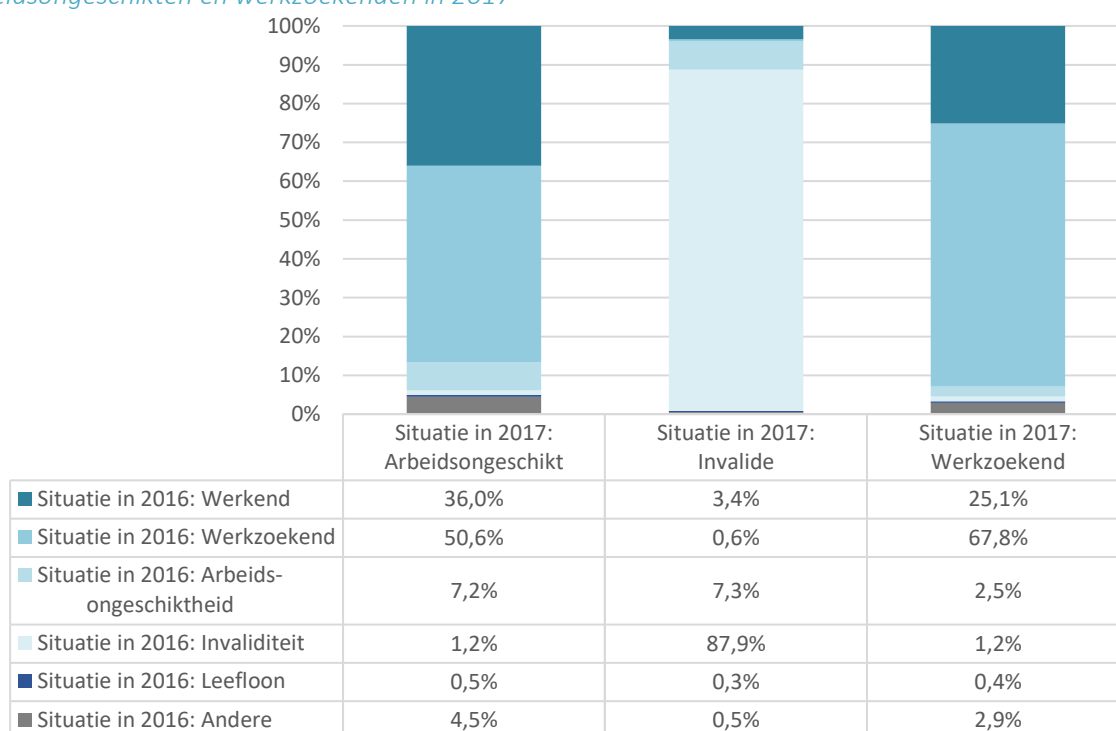
⁸ Een periode van primaire arbeidsongeschiktheid kan variëren van een paar dagen tot een jaar. Een gerechtigde kan daarom in hetzelfde jaar meerdere perioden van primaire arbeidsongeschiktheid hebben. Deze cijfers bevatten niet de arbeidsongeschiktheden waarvoor de duur van ongeschiktheid de periode van het gewaarborgde loon niet overschrijdt (14 dagen voor arbeiders en 30 dagen voor bedienden). De arbeidsongeschiktheden waarbij de duur kleiner is dan 15 dagen hebben vooral betrekking op werklozen, die reeds vanaf de eerste dag ten laste van de uitkeringsverzekering vallen. Als het interval tussen twee perioden van primaire arbeidsongeschiktheid groter of gelijk is aan 14 dagen, worden ze beschouwd als twee verschillende perioden. Als het interval korter is dan 14 dagen, wordt dit een herval genoemd en wordt aangenomen dat de periode van primaire arbeidsongeschiktheid niet is onderbroken.

Zoals reeds aangegeven blijft een langdurig arbeidsongeschikte doorgaans voor een lange periode in dit statuut (een derde is meer dan 10 jaar arbeidsongeschikt). Het blijkt voor langdurig arbeidsongeschikten dus niet evident om uit te stromen uit dit statuut. Dit wordt ook bevestigd op basis van een [analyse van de instroom en doorstroom uit de primaire en langdurige arbeidsongeschiktheid](#) op basis van Kruispuntbankgegevens (zie ook Vansteenkiste, Sourbron, Scholiers et al., 2019)⁹.

Onderstaande figuur geeft de professionele situatie weer in 2016 van alle personen die zich in 2017 bevonden in een situatie van primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit of werkloosheid. Deze gegevens brengen dus de 'voormalige' professionele situatie van de verschillende doelgroepen in kaart. Volgende vaststellingen kunnen gemaakt worden op basis van deze figuur:

- ▶ Van het aantal personen in [primaire arbeidsongeschiktheid](#) in 2017 was de helft één jaar hiervoor werkzoekend en 36% werkend.
- ▶ Bij de [langdurig arbeidsongeschikten](#) in 2017 komt de grootste groep reeds uit langdurige arbeidsongeschiktheid of invaliditeit (87,9% één jaar vroeger).
- ▶ Bij de [werkzoekenden](#) in 2017 was reeds meer dan 2/3^{de} werkzoekend een jaar voordien en 1 op 4 was werkend.

Figuur 15. Instroom: Professionele situatie in 2016 van primair arbeidsongeschikten, langdurig arbeidsongeschikten en werkzoekenden in 2017



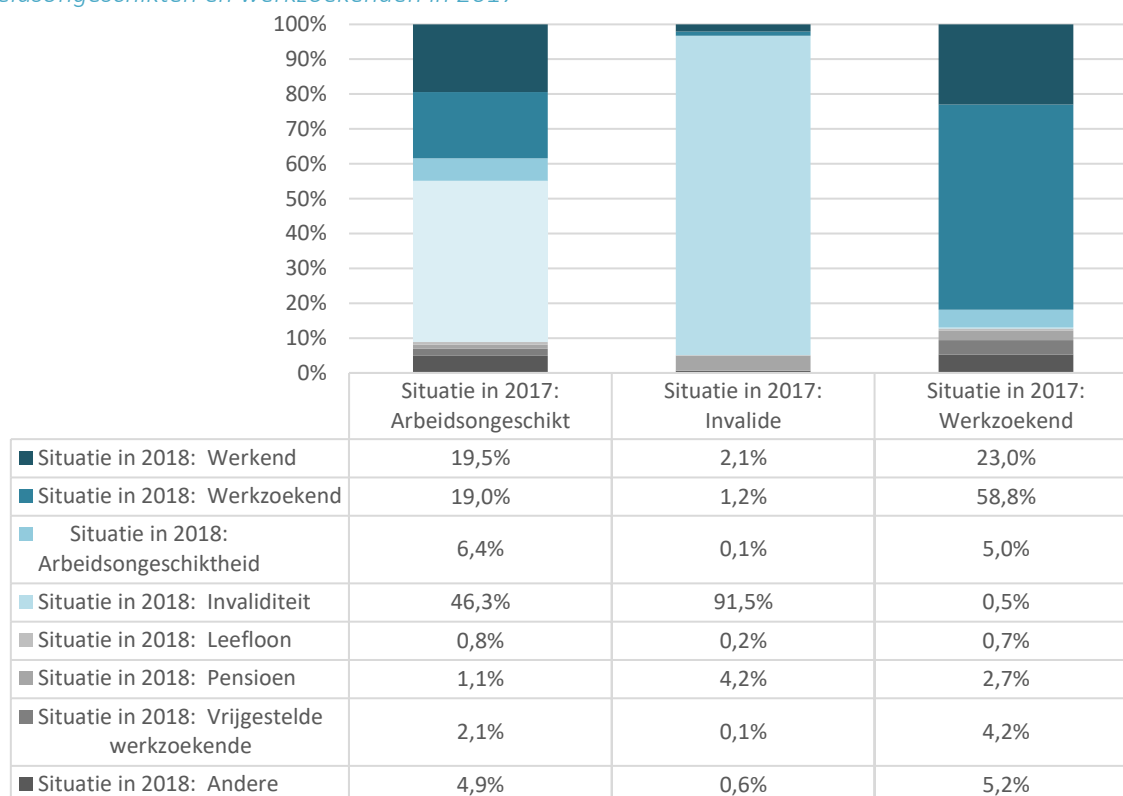
Bron: IDEA Consult op basis van Kruispuntbankdata

⁹ Kruispuntbankdata voor deze analyse verschillen van de data van de RIZIV-cijfers opgenomen in dit rapport. Voor de Kruispuntbankdata wordt voor elk kwartaal aan elk individu één nomenclatuurcode toegekend. Indien de persoon aan het werk was tijdens het kwartaal en arbeidsongeschikt was, zal de persoon onder één van beide nomenclatuurcodes vallen, afhankelijk van de duur van beide statuten. Vooral de groep van primaire arbeidsongeschikten is hierdoor kleiner bij de data van de Kruispuntbank aangezien een cumul van statuten voor dit statuut vaker voorkomt.

Vervolgens bekijken we in Figuur 16 de professionele situatie in 2018 van alle personen die zich in 2017 in een situatie van primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit of werkloosheid bevonden. Deze gegevens brengen dus de **uitstroom uit de verschillende statuten** van de doelgroepen in kaart. Volgende vaststellingen kunnen gemaakt worden op basis van deze figuur:

- ▶ Van het aantal personen in **primaire arbeidsongeschiktheid** in 2017, is 4 op 10 een jaar later terug actief op de arbeidsmarkt als werkende of werkloze terwijl bijna 1 op 2 zich in het stelsel van langdurige arbeidsongeschiktheid bevindt¹⁰.
- ▶ Bij de **langdurig arbeidsongeschikten** is de doorstroom naar werk of werkloosheid veel lager, met slechts 3,3% die een jaar later geregistreerd is als werkende of werkloze. Meer dan 90% van de langdurig arbeidsongeschikten bleef in het invaliditeitsstelsel.
- ▶ Bij de **werkzoekenden** is 1 jaar later een kwart onder hen terug aan het werk, terwijl de meerderheid (6 op 10) zich nog steeds in werkloosheid bevindt.

Figuur 16. Uitstroom: Professionele situatie in 2018 van primair arbeidsongeschikten, langdurig arbeidsongeschikten en werkzoekenden in 2017



Bron: IDEA Consult op basis van Kruispuntbankdata

Deze cijfers tonen dat er maar een beperkte doorstroom naar de arbeidsmarkt is bij de groep langdurig arbeidsongeschikten, in tegenstelling tot bij de groep primair arbeidsongeschikten en werkzoekenden. Dit verklaart dan ook de jaarlijkse groei van de groep langdurig arbeidsongeschikten, wat meteen ook een stijgende kost voor de overheid met zich meebrengt (zoals ook zal blijken uit het volgend hoofdstuk).

¹⁰ Deze data moeten echter voorzichtig geïnterpreteerd worden. Deze data betreffen niet alle primaire arbeidsongeschikten zoals voor RIZIV-data maar enkel personen die gedurende één kwartaal het grootste deel van hun tijd primair arbeidsongeschikt waren (classificatie volgens één socio-economische situatie op kwartaalniveau van de KBSZ).

2.4. Langdurig arbeidsongeschiktheid in Europees perspectief

In deze paragraaf vergelijken we het aantal en de evolutie van [langdurig arbeidsongeschikten in België ten opzichte van andere Europese landen](#). Dit maakt het mogelijk om de problematiek in België in kaart te brengen en te situeren in de Europese context.

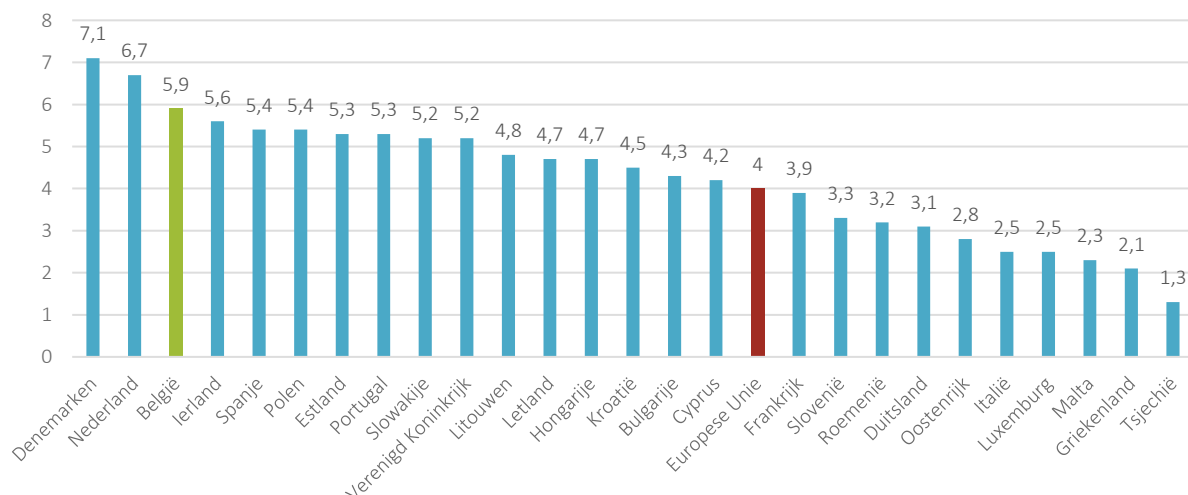
België is één van de Europese landen met het hoogste aandeel inactieven wegens ziekte of invaliditeit

Onderstaande figuur toont het [aandeel inactieven wegens ziekte of invaliditeit](#) in 2019 in de verschillende Europese landen in verhouding tot de populatie van 15- tot en met 64-jarigen. Hieruit blijkt dat België een relatief hoog aandeel heeft van personen die niet aan het werk zijn wegens ziekte of invaliditeit, namelijk een percentage van 5,9% versus een Europees gemiddelde van 4,0%.

Enkel Denemarken en Nederland scoren met respectievelijk 7,1% en 6,7% slechter dan België wat het aandeel inactieven wegens ziekte of invaliditeit betreft. Opmerkelijk is dat beide landen wel een veel lagere algemene inactiviteitsgraad hebben dan België (31,0%), namelijk 20,9% in Denemarken en 19,1% in Nederland. Een grote groep van hun inactieven betreft dus personen die niet actief zijn wegens ziekte of invaliditeit, wat het belang van deze groep voor deze landen nog benadrukt.

Tsjechië (1,3%), Griekenland (2,1%), Malta (2,3%) Luxemburg (2,5%), Italië (2,5%), Oostenrijk (2,8%) en Duitsland (3,1%) zijn daarentegen landen met het laagste percentage inactieven wegens ziekte of invaliditeit in Europa.

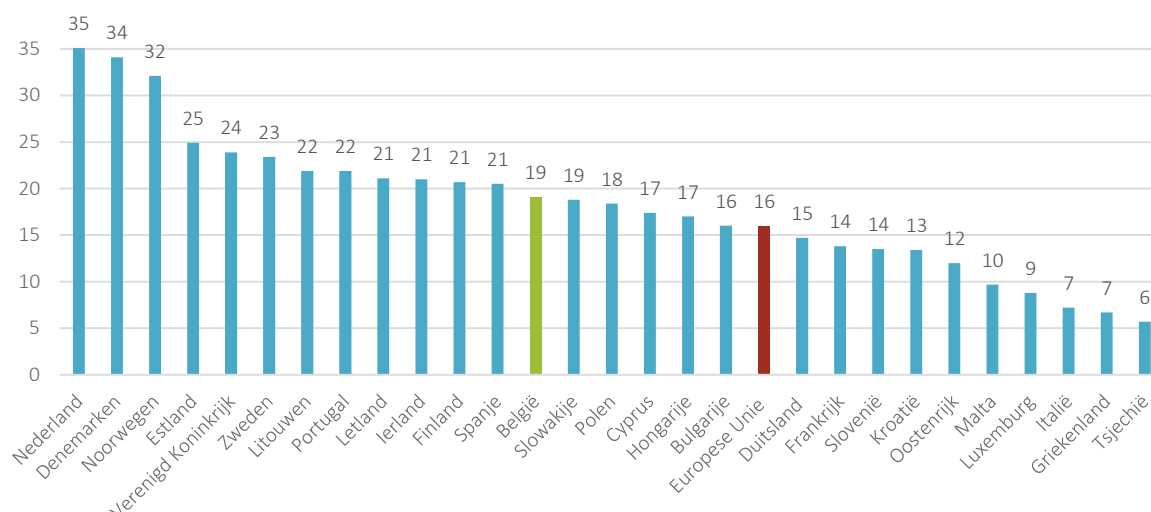
Figuur 17. Inactieve bevolking door ziekte of invaliditeit in % van populatie tussen 15 en 64 jaar, 2019



Bron: IDEA Consult op basis van Eurostat

België heeft een lager aandeel van arbeidsongeschikten (inactief door ziekte of invaliditeit) in verhouding tot het totaal aantal inactieven, in vergelijking met andere Europese landen (zie Figuur 18). Dit kan verklaard worden door het hoge aantal inactieven in België (31,0% in 2019). In Nederland (19,1%), Denemarken (20,9%), Noorwegen (21,6%), Estland (21,1%) en ook in het Verenigd Koninkrijk (21,9%) zijn de inactiviteitsratio's significant lager, wat hun hoger aandeel inactieven door ziekte of invaliditeit kan verklaren. België is dus zowel gekenmerkt door een groot aantal inactieven, als een groot aantal inactieven door ziekte of invaliditeit.

Figuur 18. Inactieve bevolking door ziekte of invaliditeit in % van inactieve populatie in 2019

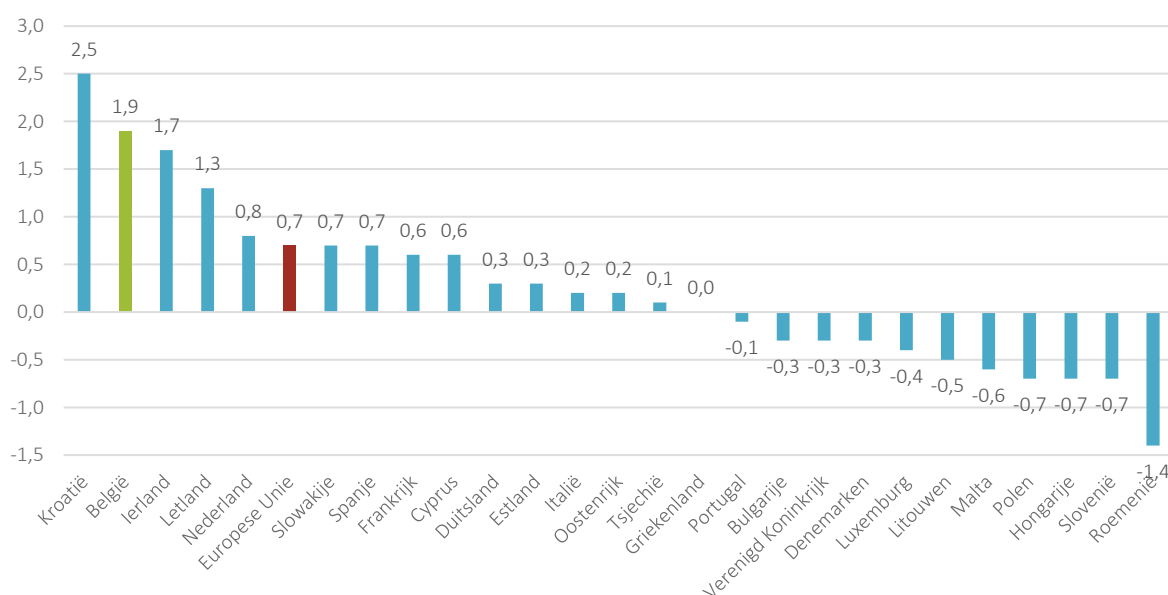


Bron: IDEA Consult op basis van Eurostat

België is eveneens één van de Europese landen met de sterkste stijging van het aandeel inactieven wegens ziekte of invaliditeit

Onderstaande figuur illustreert de **evolutie van het aandeel inactieven wegens ziekte of invaliditeit** tussen 2011 en 2019. Hieruit blijkt duidelijk dat het aandeel van de bevolking dat inactief is door ziekte of invaliditeit in verschillende Europese landen is gestegen doorheen de tijd. Gemiddeld, over heel Europa, is dit aandeel gestegen met 0,7 procentpunt tussen 2011 en 2019. In België steeg dit aandeel met 1,9 procentpunt, wat bijna drie keer zo veel is als het Europese gemiddelde. Enkel in Kroatië steeg het aandeel sterker, namelijk met 2,5 procentpunten. West-Europese landen met een gunstige evolutie van het aantal langdurig arbeidsongeschikten zijn onder andere Luxemburg, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk. De andere landen zijn voornamelijk Oost-Europese landen.

Figuur 19. Evolutie van het percentage zieken of langdurig arbeidsongeschikten in % van populatie, tussen 2011 en 2019



Bron: IDEA Consult op basis van Eurostat

3 / De niet-medische kost van langdurige arbeidsongeschiktheid

In het vorige hoofdstuk werd de problematiek van langdurige arbeidsongeschiktheid in België in detail in kaart gebracht. In dit hoofdstuk analyseren we de **niet-medische kost van langdurige arbeidsongeschiktheid** voor de overheid. Hierbij kijken we naar de verschillende directe en indirecte niet-medische kosten voor de overheid (zie ook onderstaande figuur).

Figuur 20. De niet-medische kost van arbeidsongeschiktheid voor de overheid



Bron: IDEA Consult

Zoals blijkt uit bovenstaande figuur leidt langdurige arbeidsongeschiktheid tot verschillende directe en indirecte niet-medische kosten voor de overheid:

- ▶ De **directe niet-medische kosten** van langdurige arbeidsongeschiktheid voor de overheid zijn de volgende:
 - De uitgaven die voortvloeien uit de **uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid**. Deze uitkering komt overeen met een percentage van het brutoloon (afhankelijk van de gezinssituatie), geplafonneerd op een bepaald bedrag.
 - De **administratieve kosten** die voortvloeien uit de uitbetaling van uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid (kosten van mutualiteiten, inclusief de kosten voor de nieuwe “terug naar werk”-coaches, cf. 4.1.3) en de kosten voor de begeleiding en omkadering van de langdurig arbeidsongeschikten (federale en regionale instanties).

- ▶ De **indirecte niet-medische kosten** van langdurige arbeidsongeschiktheid voor de overheid bestaan uit volgende kosten:
 - De **gederfde inkomsten uit directe belastingen** die voortvloeien uit de lagere inkomensbelastingen voor de overheid enerzijds en gederfde inkomsten uit sociale bijdragen voor arbeidsongeschikten anderzijds, en dit in vergelijking met het gemiddelde bij een werkende.
 - De **gederfde inkomsten uit indirecte belastingen**: wanneer iemand niet meer kan werken, heeft dit ook gevolgen voor de levensstandaard en de koopkracht van die persoon, wat leidt tot minder indirecte belastingen voor de overheid (BTW).
 - **Niet kwantificeerbare lange termijn kosten**: op lange termijn dreigt langdurige arbeidsongeschiktheid te zorgen voor financiële en psychologische problemen, sociale exclusie, verouderde kennis en vaardigheden en een lagere levenskwaliteit (Godderis, 2019; van Echtelt, 2010). Deze individuele effecten leiden ook tot bijkomende kosten voor de overheid. Deze kosten zijn echter moeilijk te kwantificeren en worden dus niet in kaart gebracht in deze analyse.

In dit hoofdstuk focussen we ons op de **kwantificeerbare niet-medische kosten** van langdurige arbeidsongeschiktheid, namelijk de effectieve uitgaven voor arbeidsongeschiktheid en de gederfde inkomsten uit directe en indirecte belastingen. De berekende kost kan dus beschouwd worden als een onderschatting van de effectieve kost van langdurige arbeidsongeschiktheid voor de overheid.



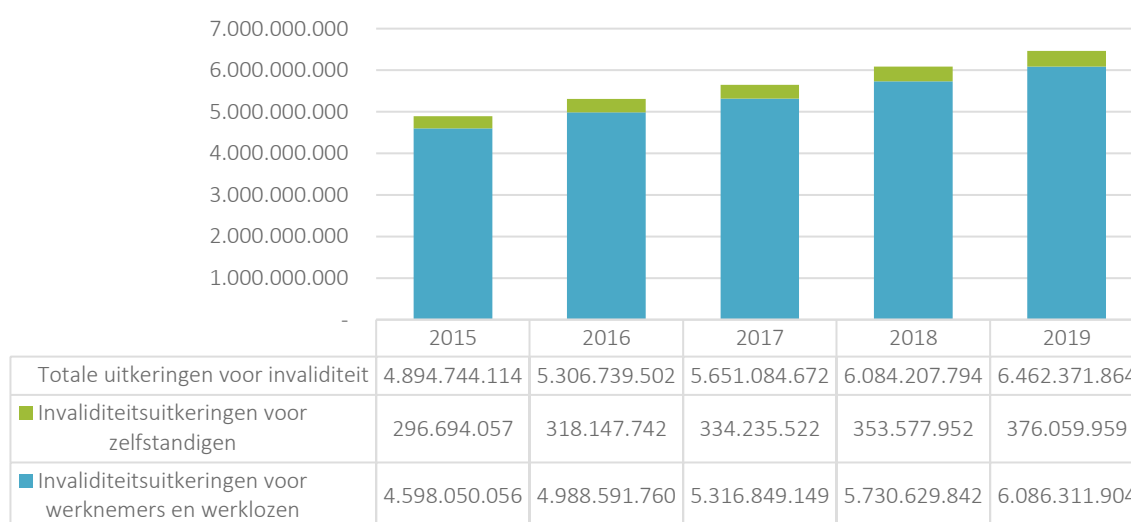
3.1. De directe niet-medische kosten van langdurige arbeidsongeschiktheid

In de analyse van de directe niet-medische kosten van langdurige arbeidsongeschiktheid focussen we vooral op de uitgaven voor de uitkeringen van langdurig arbeidsongeschikten en niet op de administratieve kosten voor de uitbetaling van deze uitkeringen en omkadering en begeleiding van deze personen. Deze laatste kost is immers moeilijk te onderscheiden van de administratieve kost gelinkt aan de medische situatie van de persoon.

Ruim 6,5 miljard werd in 2019 uitbetaald aan uitkeringen voor langdurig arbeidsongeschikten

Onderstaande figuur toont de evolutie van het **totaal budget aan uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid** tussen 2015 en 2019 per statuut.

Figuur 21. Het totaal budget aan uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid per statuut (2015-2019), in euro



Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

Zoals blijkt uit Figuur 21 bedroegen de uitkeringen voor langdurig arbeidsongeschikten in totaal ruim 6,5 miljard euro in 2019. Het totaal aantal uitkeringen neemt de laatste jaren ook voortdurend toe. Deze tendens kan voornamelijk verklaard worden door de stijging van het aantal langdurig arbeidsongeschikten. Daarnaast speelt ook de stijging van de gemiddelde dagelijkse uitkering een rol, ten gevolge van maatregelen die de overheid nam om de bedragen van de uitkeringen te herwaardenen¹¹ en te indexeren. Zo was de uitkering voor langdurige arbeidsongeschiktheid in 2019 gemiddeld 46,8 euro per dag voor een arbeider en 47,0 euro per dag voor een bediende tegenover een bedrag van 43,3 euro per dag voor beide groepen in 2015¹².

Uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid kosten de overheid meer dan werkloosheidsuitkeringen

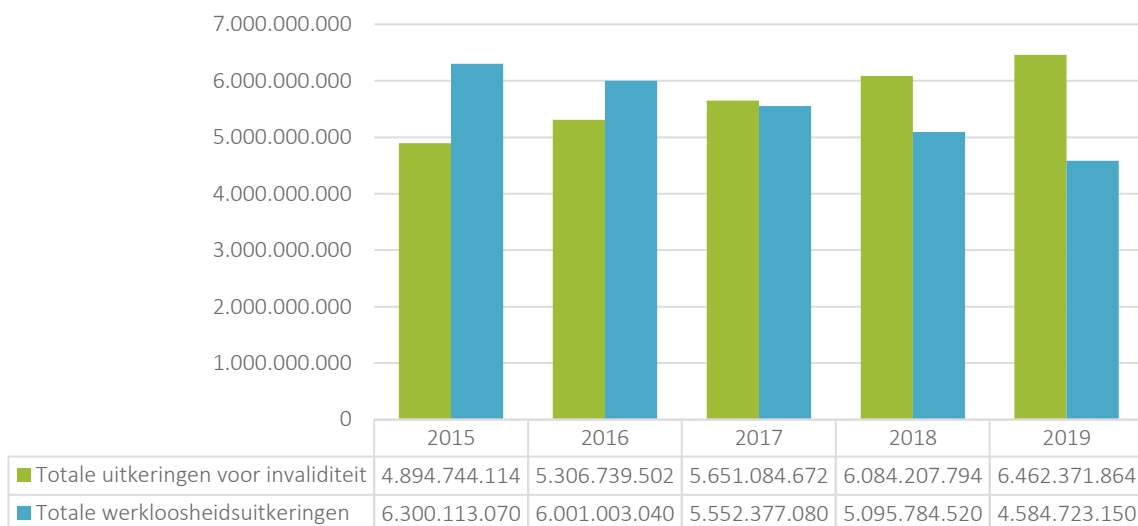
Onderstaande figuur vergelijkt de evolutie van het totaal bedrag aan **uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid** tussen 2015 en 2019 met de evolutie van de totale uitkeringen voor

¹¹ De overheid heeft in 2018 verschillende maatregelen genomen om de bedragen van de uitkeringen te herwaardenen. Het gaat hier voornamelijk over de herwaardeningen van de bedragen die toegewezen worden aan invaliden met een minimumuitkering en over de herwaardering met 2% (exclusief minima) van de uitkeringen voor gerechtigden van wie de arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2012 (6 jaar ongeschiktheid). Bron: RIZIV.

¹² Vergoeding volgens 6-dagenweekregeling.

werkloosheid over dezelfde periode. Opmerkelijk in deze figuur is dat de uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid sinds 2017 meer kosten aan de overheid dan werkloosheidsuitkeringen (6,5 miljard versus 4,6 miljard). Dit kan verklaard worden door de continue daling sinds 2015 van de totale uitkeringen voor werkloosheid (-1,7 miljard euro) en parallel, de continue stijging van de totale uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid (1,6 miljard euro). Deze evoluties in de uitkeringen volgen logischerwijze ook de evolutie van het aantal werklozen (dalende trend) en langdurig arbeidsongeschikten (stijgende trend).

Figuur 22. Het totaal budget aan uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid vergeleken met de totale uitkeringen voor werkloosheid¹³ (2015-2019), in euro



Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV en RVA-data

¹³ Uitkeringen voor vergoede werklozen betreffen volgende categorieën van werklozen : UVW-WZ, na arbeidsprestaties, UVW-WZ, na studies: inschakelingsuitkeringen, UVW-WZ, na studies: beschermingsuitkeringen, UVW-WZ: vrijwillig deeltijdse werknemers, UVW-WZ : werkloosheid met bedrijfstoelag, UVW-NWZ: oudere werklozen, UVW-NWZ: mantelzorg (of sociale en familiale moeilijkheden), UVW-NWZ: vrijwillig deeltijdse werknemers, UVW-NWZ : werkloosheid met bedrijfstoelag.

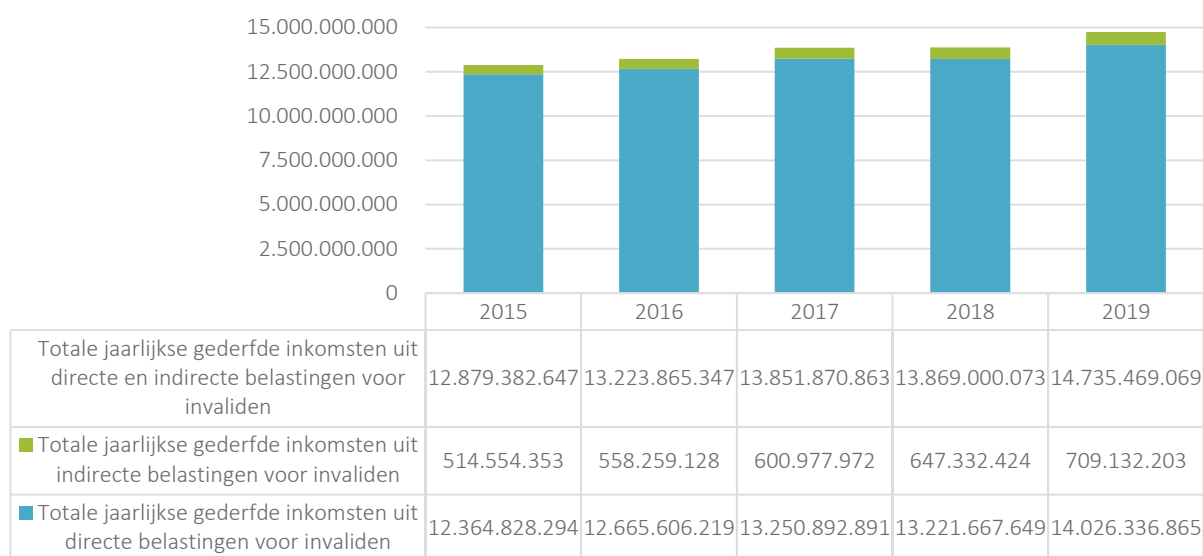
3.2. De indirecte niet-medische kosten van langdurige arbeidsongeschiktheid

Zoals reeds beschreven, leidt langdurige arbeidsongeschiktheid niet enkel tot directe uitgaven voor de overheid voor de uitbetaling van uitkeringen aan deze groep, maar ook tot indirecte kosten wegens gederfde inkomsten uit directe en indirecte belastingen. Deze indirecte kosten worden hieronder berekend en beschreven. De details van deze berekeningen zijn in bijlage opgenomen.

Ruim 15 miljard gederfde inkomsten voor de overheid uit directe en indirecte belastingen voor langdurig arbeidsongeschikten in 2019

In onderstaande figuur werden de **totale gederfde inkomsten uit directe belastingen** (sociale bijdragen en inkomensbelastingen) en **indirecte belastingen** (belastingen op consumptie) voor de overheid weergegeven voor de totale groep langdurig arbeidsongeschikten in de periode 2015-2019. Hiervoor worden alle inkomsten uit directe en indirecte belastingen voor de overheid berekend voor het geval dat deze personen aan het werk zouden zijn¹⁴. Hieruit blijkt dat langdurige arbeidsongeschiktheid leidt tot ruim 15 miljard gederfde inkomsten uit directe en indirecte belastingen in 2019, waarbij het grootste deel te wijten is aan lagere inkomsten uit directe belastingen (95%). Deze gederfde inkomsten stijgen jaar na jaar, gelinkt aan de continue stijging van het aantal langdurige arbeidsongeschikten.

Figuur 23. De totale jaarlijkse gederfde inkomsten voor de overheid uit directe en indirecte belastingen voor langdurig arbeidsongeschikten (2015-2019), in euro



Bron: IDEA Consult op basis van eigen berekeningen

¹⁴ Zie voor meer details belangrijke parameters en berekeningen in bijlage.

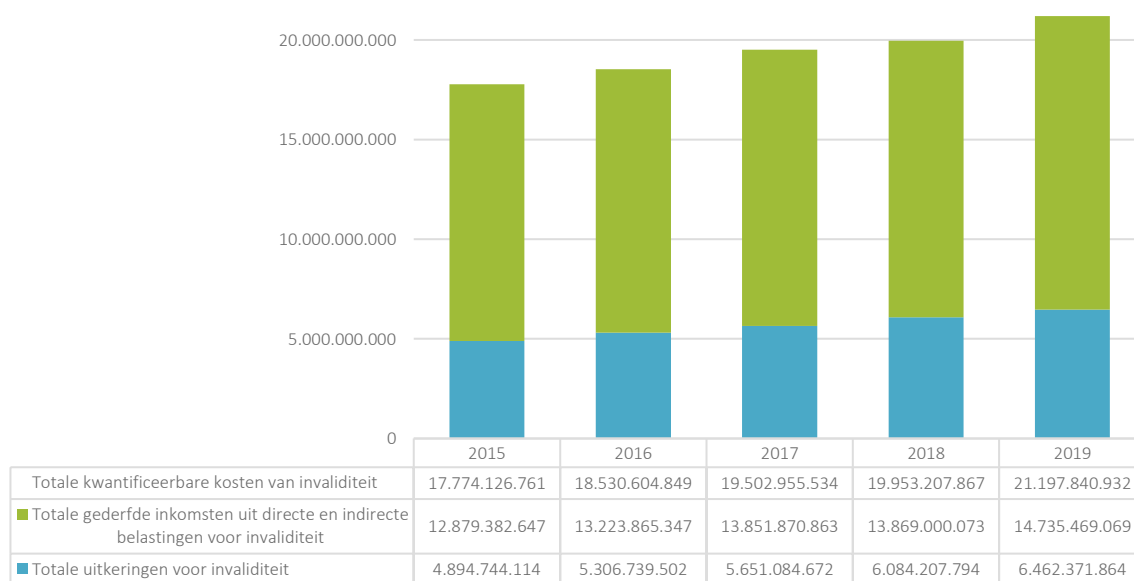
3.3. De totale niet-medische kosten van langdurige arbeidsongeschiktheid

In dit hoofdstuk berekenen we de totale niet-medische kost van langdurige arbeidsongeschiktheid, op basis van alle kwantificeerbare directe en indirecte niet-medische kosten. Hierna wordt de gemiddelde niet-medische kost van langdurige arbeidsongeschiktheid vergeleken met de kost voor de activering van deze groep.

De totale niet-medische kost van langdurige arbeidsongeschiktheid bedroeg 21,2 miljard in 2019

In onderstaande figuur wordt de totale jaarlijkse niet-medische kost voor langdurige arbeidsongeschiktheid getoond voor de volledige groep langdurig arbeidsongeschikten in de periode 2015-2019. Hierbij wordt zowel rekening gehouden met de directe uitgaven van de overheid voor langdurig arbeidsongeschikten als met de gedeerde inkomsten voor de overheid. Hieruit blijkt dat langdurige arbeidsongeschiktheid in 2019 in totaal 21,2 miljard kostte aan de overheid voor de kwantificeerbare niet-medische kosten. 30% van deze kosten is te wijten aan de uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid, terwijl 70% te wijten is aan de gedeerde inkomsten uit directe en indirecte belastingen. Het is belangrijk om op te merken dat deze kost een onderschatting is van de totale kost voor de overheid, aangezien hier enkel de kwantificeerbare niet-medische kosten van langdurige arbeidsongeschiktheid in aanmerking komen.

Figuur 24. De totale jaarlijkse kost voor langdurig arbeidsongeschikten (2015-2019), in euro



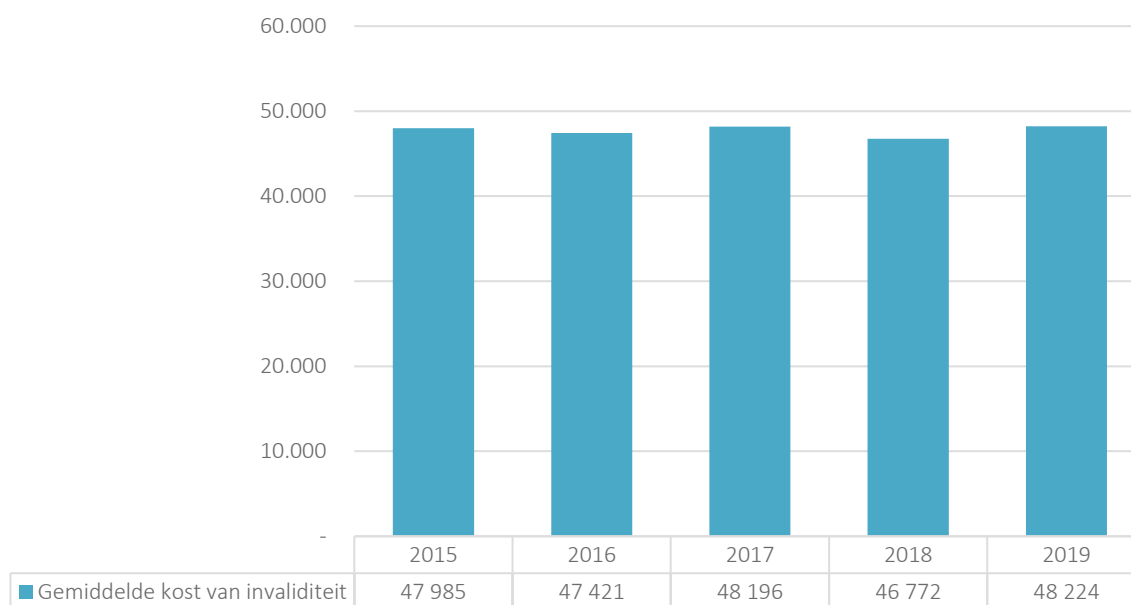
Bron: IDEA Consult op basis van eigen berekeningen

De gemiddelde jaarlijkse niet-medische kost van langdurig arbeidsongeschikten bedroeg bijna 50 000 euro in 2019

Tot slot berekenen we de **gemiddelde jaarlijkse niet-medische kost per langdurige arbeidsongeschikte**, rekening houdend met de directe en indirecte niet-medische kosten voor de overheid die voortvloeien uit dit statuut. Zoals hieronder weergegeven, bedroeg deze kost 48 224 euro per langdurige arbeidsongeschikte in 2019. Dit is dus de jaarlijkse niet-medische kost van een persoon in langdurige arbeidsongeschiktheid. Het is echter belangrijk om op te merken dat een persoon in invaliditeit meestal zeer lang in dit statuut blijft. Gemiddeld waren de arbeidsongeschikten in 2019 reeds 7,5 jaar in dit statuut, wat overeenkomt met een gemiddelde kost van 358.125 euro per langdurig arbeidsongeschikte over de gemiddelde periode van arbeidsongeschiktheid heen.

Deze gemiddelde kost kunnen we vergelijken met de gemiddelde kost van bemiddelings- en opleidingstrajecten voor deze doelgroep, nl. 4 800 euro (cf. het raamakkoord van de VDAB). Deze cijfers maken het mogelijk om te berekenen wanneer investering in begeleiding 'break even' is. Wanneer alle personen die in een bepaald jaar toetreden tot langdurige arbeidsongeschiktheid een begeleidingstraject zouden krijgen, dan is die kost vergoed zodra 1,3%¹⁵ na 7,5 jaar terug aan het werk is. Dit percentage is veel lager dan de geobserveerde uitstroom na een begeleiding van deze groep door de VDAB (21,9% na 1 jaar, zie ook volgend hoofdstuk). De investering in begeleiding voor langdurige arbeidsongeschikten betaalt zichzelf met andere woorden terug. We kunnen dan ook concluderen dat de kostprijs voor begeleiding geen rem vormt voor de brede uitrol van bemiddelings- en opleidingstrajecten voor langdurig arbeidsongeschikten.

Figuur 25. De gemiddelde jaarlijkse kost van langdurige arbeidsongeschiktheid (2015-2019), in euro



Bron: IDEA Consult op basis van eigen berekeningen

¹⁵ 1,3% = $4\,800 / 358\,125 \times 100$



4 / De activeringsmaatregelen voor arbeidsongeschikten in België

In de vorige hoofdstukken werd de problematiek van arbeidsongeschiktheid in kaart gebracht en de niet-medische kost ervan berekend. Dit hoofdstuk gaat kort in op de [huidige activeringsmaatregelen in België](#) voor personen in arbeidsongeschiktheid. We zoomen hiervoor in op de verschillende bevoegdheidsniveaus: het federale en regionale niveau, met een focus op Vlaanderen. Op die manier wordt duidelijk welke trajecten momenteel voorzien worden voor verschillende doelgroepen en wie momenteel effectief bereikt wordt. Dit is belangrijke informatie om tot onderbouwde conclusies te kunnen komen m.b.t. het huidig en toekomstig beleid, in het licht van de groeiende problematiek en de kost ervan.

4.1. Het federaal kader voor re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten

Op federaal niveau voorziet de wetgeving in re-integratietrajecten¹⁶ die kunnen leiden tot re-integratieplannen voor arbeidsongeschikten, met of zonder arbeidsovereenkomst, die volgens de adviserend arts nog voldoende ‘restcapaciteiten voor de arbeidsmarkt’¹⁷ hebben. In dat geval worden ze via re-integratietrajecten ondersteund om terug te keren naar de arbeidsmarkt via aangepast werk, ander werk of een opleiding. De invulling van de trajecten verschilt naargelang de arbeidsongeschikte nog een arbeidscontract heeft of niet, en dus werknemer of werkzoekend is. In de volgende paragrafen beschrijven we de re-integratietrajecten voor beide types arbeidsongeschikten. Daarna volgt ook een korte toelichting van de nieuwe plannen van de federale regering voor de activering van langdurig zieken (Wetsontwerp voor “terug naar werk”-plan).

4.1.1 Re-integratietraject voor arbeidsongeschikte werknemers

Primaire focus op re-integratie bij de eigen werkgever

Om een re-integratietraject op te starten voor arbeidsongeschikte werknemers, is een attest nodig van hun behandelend arts met de melding dat ze tijdelijk of definitief ongeschikt zijn voor het overeengekomen werk. Binnen de trajecten wordt dan eerst gefocust op de re-integratiemogelijkheden bij de eigen werkgever, in de vertrouwde professionele context, wat de kansen op een vlotte re-integratie verhoogt.¹⁸ In tweede instantie worden de mogelijkheden bij andere werkgevers verkend.

Formeel en informeel re-integratietraject

De stappen in een re-integratietraject voor werknemers met een arbeidsovereenkomst¹⁹ zijn gevisualiseerd in onderstaande figuur en worden toegelicht in Bijlage B.3 /. Zowel de werknemer, de werkgever als de adviserend arts kan een verzoek indienen om een re-integratietraject op te starten

¹⁶ Sinds 1 december 2016 is het KB in verband met het re-integratietraject van arbeidsongeschikte werknemers van kracht.

¹⁷ ‘Restcapaciteiten’ zijn fysieke en mentale vermogens en vaardigheden die de terugkeer naar de arbeidsmarkt mogelijk maken.

¹⁸ Wettelijke basis: Titel 4 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers, van boek I van de codex over het welzijn op het werk (artikel I.4-72 t.e.m. I.4-82)

¹⁹ IDEA Consult o.b.v. [informatie gepubliceerd door FOD WASO](#)

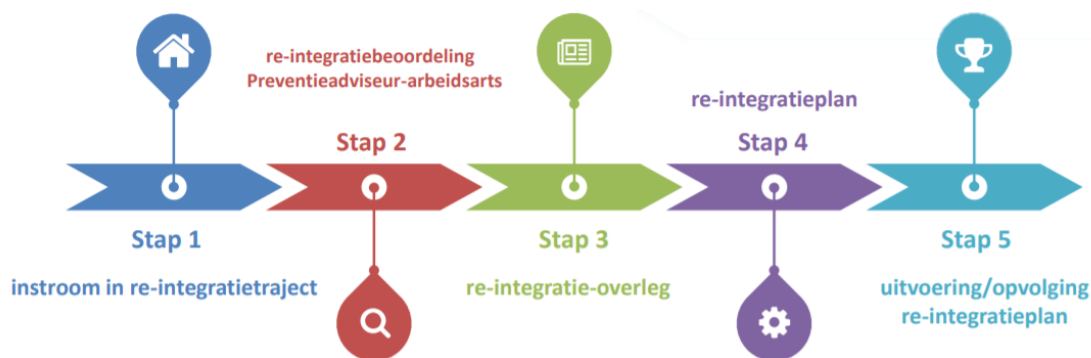


(stap 1). Vervolgens komt de preventieadviseur-arbeidsarts na overleg met de werknemer en andere betrokken actoren, en onderzoek van de werkpost tot één van de volgende beslissingen (stap 2):

- ▶ De werknemer kan op termijn het overeengekomen werk hervatten en
 - kan intussen ander of aangepast werk doen – TRAJECT A
 - kan intussen geen ander of aangepast werk doen – TRAJECT B
- ▶ De werknemer is definitief ongeschikt voor het overeengekomen werk²⁰ en
 - kan wel nog ander of aangepast werk doen – TRAJECT C
 - kan geen ander of aangepast werk doen – TRAJECT D
- ▶ Het is om medische redenen (nog) niet opportuun om een re-integratietraject op te starten – TRAJECT E

Na ontvangst van deze beslissing, stelt de werkgever een re-integratieplan op in overleg met de werknemer en met de preventieadviseur-arbeidsarts, en eventueel ook andere personen die kunnen bijdragen tot het slagen van de re-integratie, zoals bv. de HR-verantwoordelijke voor opleiding (stap 3). Indien aangepast of ander werk binnen de onderneming mogelijk is, wordt een re-integratieplan opgesteld met daarin minstens één van de volgende maatregelen: aanpassingen van de werkpost, aangepast werk, ander werk binnen de organisatie of opleiding (stap 4). Als er geen aangepast of ander werk mogelijk is, kan dat leiden tot ontslag om medische redenen.

Figuur 26: Stappen in een re-integratietraject voor werknemers met een arbeidsovereenkomst



Bron: FOD WASO

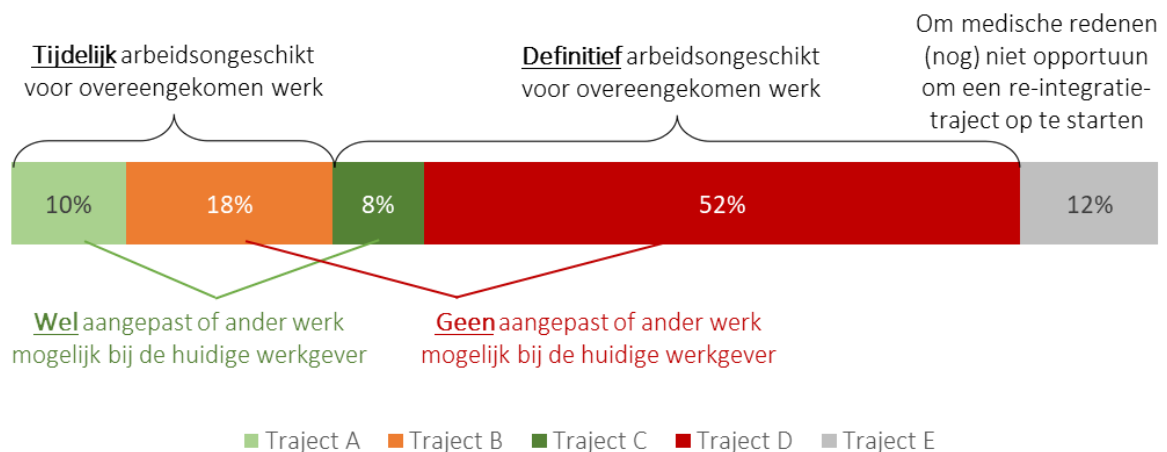
Het is belangrijk om in het achterhoofd te houden dat er naast dit formeel re-integratietraject ook een informeel traject bestaat, waarbij arbeidsongeschikten mogelijkheden tot re-integratie bespreken met hun preventieadviseur-arbeidsarts. Deze informele piste kan aan een formeel traject voorafgaan of het formeel traject vervangen. De arbeidsongeschikte kan vanaf vier weken arbeidsongeschiktheid zelf een afspraak aanvragen bij de dienst voor preventie en bescherming op het werk. De meerderheid van werkherstattingsonderzoeken bij arbeidsongeschikte werknemers gebeurt via deze informele afspraken.

²⁰ Als de werknemer niet akkoord gaat met de beslissing, kan hij hiertegen een beroep instellen bij de inspectie TWW voor trajecten C en D.

Co-Prev, de koepel van alle Belgische Externe Diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk, publiceert een aantal kerncijfers²¹ die de re-integratietrajecten voor werknemers concretiseren:

- ▶ **Aantal trajecten:** stijgende evolutie van 15 054 trajecten in 2017 naar 30 410 in 2020. Ondanks de verdubbeling is het aantal trajecten vrij beperkt in vergelijking met de volledige groep langdurig arbeidsongeschikten. Merk op dat hier enkel gaat om personen met een arbeidsovereenkomst, die voor een formeel re-integratietraject kiezen. De informele trajecten zijn niet in de cijfers vervat.
- ▶ **Aanvrager:** in 2020 werden de trajecten in eerste instantie door de werkgever (45%), de werknemer (33%) en de mutualiteit (21%) aangevraagd. De overige trajecten werden vooral opgestart door de behandelende arts.
- ▶ **De beoordeling:** in 2020 werd 60% als definitief arbeidsongeschikt voor het overeengekomen werk beoordeeld (8% traject C + 52% traject D). Bovendien kan 18% bij de eigen werkgever aangepast of ander werk doen (10% traject A + 8% traject C), voor 70% is dat niet mogelijk (18% traject B + 52% traject D). 12% (traject E) kan om medische redenen (nog) geen re-integratietraject opstarten.

Figuur 27: Resultaten re-integratietrajecten voor werknemers in 2020



Bron: IDEA Consult o.b.v. cijfers Co-Prev (2020)

- ▶ **Uitstroom naar werk:** In het kader van een evaluatie van de regelgeving, organiseerde de onderzoeksgroep Omgeving en Gezondheid van KU Leuven in mei 2019 een bevraging bij 481 werknemers die in 2017 en het eerste kwartaal van 2018 een formeel re-integratietraject (RIT) volgden bij de arbeidsarts.²² De resultaten tonen de volgende uitstroompercentages:
 - 42% van de bevraagde personen (n=201) hervatte het werk na het RIT
 - 31% (62 personen) gingen terug aan het werk bij dezelfde werkgever, vooral via progressieve hertewerkstelling, aanpassing van de functie-inhoud of het tewerkstellingspercentage. 85% bleef wel hetzelfde type job doen.
 - 69% onder hen (139 personen) deden dat bij een andere werkgever. De meesten (101 personen, 73%) deden dat na een ontslag om medische overmacht. Toch gaf 61% aan hetzelfde type job te doen, weliswaar vaak aan een lager tewerkstellingspercentage.

²¹ Cijfers van Co-Prev, de koepel van alle Belgische Externe Diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk, opgevraagd voor deze studie.

²² Boets, I. & Godderis, L. (2020). [Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk](#). KU Leuven.

- 58% (280 personen) waren niet aan het werk, waarvan 170 personen werden ontslagen wegens medische overmacht. Slechts 39 personen hadden sinds hun RIT opnieuw gewerkt, maar waren terug uitgevallen.

4.1.2 Re-integratietraject voor arbeidsongeschikten zonder contract

Parellel aan de re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte werknemers voorziet de Ziekteverzekering (ZIV)-wetgeving²³ ook in trajecten gericht op de sociaal-professionele re-integratie voor arbeidsongeschikten zonder arbeidsovereenkomst die nog voldoende 'restcapaciteiten' hebben. In deze trajecten neemt de adviserend arts van de mutualiteit de leiding.

Deze sociaal-professionele re-integratietrajecten kennen het volgende verloop²⁴:

- ▶ **Stap 1: Instroom:** Zowel de adviserend arts als de persoon zelf kunnen een re-integratietraject opstarten.
- ▶ **Stap 2: Beoordeling:** De adviserend art roept de arbeidsongeschikte persoon op voor een medisch-sociaal onderzoek. Tijdens dat onderzoek bespreken ze in overleg de mogelijkheden tot re-integratie.
- ▶ **Stap 3: Overleg & re-integratieplan:** De adviserend arts stelt vier weken na het medisch-sociaal onderzoek een plan op met een concreet voorstel tot re-integratie. Dat plan wordt vervolgens besproken met de arbeidsongeschikte persoon. Indien een akkoord wordt bereikt, ondertekenen beide partijen het uitgewerkte plan.
- ▶ **Stap 4: Uitvoering en opvolging van het plan:** De uitvoering van het plan wordt opgevolgd door de adviserend arts. Hiervoor wordt nauw samengewerkt met o.a. de regionale tewerkstellingsdiensten om een beroepsherscholing of een begeleiding naar werk te starten. Indien de adviserend arts hier toestemming voor geeft, kan het RIZIV tussenkomen in de kosten voor deze herscholing.

De re-integratie van werkzoekenden wordt besproken in de volgende paragrafen, die focussen op het regionale niveau.

4.1.3 Nieuwe plannen voor activering van langdurig arbeidsongeschikten

Nieuwe wet voor "terug naar werk"-plan door Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken

Op 17 december 2021 werd de Wet tot invoering van het "terug naar werk"-traject onder de coördinatie van de "terug naar werk"-coördinator in de uitkeringsverzekering voor werknemers, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. Deze wet trad in werking op 1 januari 2022.

Deze trajecten zijn gericht op langdurig zieken die terug aan het werk kunnen en willen gaan, en hulp nodig hebben om de stap naar werk te zetten. Concreet zou het in een eerste fase gaan om zo'n 18 000 personen per jaar, later om 24.000. Voor de begeleiding van deze personen zouden in 2022 40 terugkeercoaches, of "terug naar werk"-coördinatoren starten als werknemers van de mutualiteiten. Tegen 2023 zouden dat er 60 zijn. Zij moeten geen medisch profiel hebben, maar moeten binnen de twee jaar wel slagen voor een examen als "terug naar werk"-coördinator. Concreet zullen de coaches na drie maanden arbeidsongeschiktheid een verkennend gesprek inplannen waarin onder meer de professionele mogelijkheden en interesses van de persoon in kaart gebracht worden, zodat de coaches

²³ Titel III, hoofdstuk III, afdeling VI/4ter KB 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals gewijzigd door het KB 8 november 2016 tot wijziging van voormeld KB wat de sociaal-professionele re-integratie betreft, BS 24 november 2016.

²⁴ Bron: RIZIV (<https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/werknemers-werklozen/Paginas/reintegratietraject.aspx>).



hen kunnen doorverwijzen naar specifieke begeleiding. Ze zullen daarbij nauw samenwerken met de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten.

De federale regering voorziet in 2021 al 1 miljoen euro voor de voorbereidingen en de eerste aanwervingen. Voor de voorbereiding en de uitvoering van de “terug naar werk”-trajecten voorziet de wet in 2022 een bedrag van 3 816 000 euro, in 2023 een bedrag van 5 724 000 euro en in 2024 een bedrag van 5 724 000 euro²⁵. De financiering voor de periode 2022-2024 zal deel uitmaken van de jaarlijkse begrotingsbesprekingen. De resultaten en de geleverde inspanningen zullen opgevolgd worden zodat ze op termijn gekoppeld kunnen worden aan de budgetverdeling en de responsabilisering van de ziekenfondsen.

Behalve de terugkeercoaches voorziet het “terug naar werk”-plan ook in andere ondersteunende maatregelen, zoals een contactpersoon voor iedereen die met vragen zit rond de terugkeer naar het werk na een periode van ziekte, en het koppelen van een verplicht gesprek aan het indienen van een ziekte-attest bij een ziekenfonds.

Aanvullende initiatieven vanuit de Minister van Werk

Naast deze “terug naar werk”-trajecten worden op initiatief van de Minister van Werk ook re-integratietrajecten langs werkgeverszijde ontwikkeld, in samenwerking met de preventiediensten. Daarnaast werden ook andere plannen aangekondigd, nl. “een hervorming van het KB Re-integratie, en een verbetering van de samenwerking met de adviserend artsen om via een doorverwijzing naar de arbeidsartsen de werknemers beter te begeleiden naar een werkhervatting”²⁶.

²⁵ Dit bedrag wordt toegekend via een verhoging van de administratiekosten voor de mutualiteiten. Verder stelt de Wet tot invoering van het “terug naar werk”-traject in art. 4 dat het bedrag van 5 724 000 euro vanaf 2025 jaarlijks aangepast wordt door de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en rekening houdend met de evolutie van het gemiddeld dagloon op basis van de gegevens van het Federaal Planbureau vastgesteld in de sector van krediet en verzekeringen en van de Overheid over de laatste drie jaren die voorafgaan aan het opstellen van de begrotingen.

²⁶ Bron: Kempeneers, E. Nieuwsbericht Kluwer senTRAL 13/10/2021 ([online beschikbaar](#))



4.2. Het regionaal kader voor re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten: een focus op het Vlaams beleid

VDAB, Actiris en FOREM hebben elk een [formeel samenwerkingsakkoord met het RIZIV](#) getekend voor de begeleiding van langdurig arbeidsongeschikten²⁷. Voor Actiris en FOREM is de activering van langdurig zieken echter minder prioritair dan voor VDAB. Zo staan in de Beleidsverklaring 2019-2024 van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering²⁸ geen verdere vermeldingen rond plannen omtrent activering van langdurig arbeidsongeschikten. Ook verbindt de Forem zich ertoe een jaarlijks maximumvolume van slechts 200 trajecten te ondersteunen²⁹. Daarentegen heeft de Vlaamse regering in een Visienota in februari 2021 het Vlaams actieplan re-integratie langdurig zieken voorgelegd³⁰. Hierin worden 15 acties naar voren geschoven met het oog op het stimuleren van re-integratie. De acties situeren zich op het niveau van de behandelende en re-integratiesector, de arbeidsongeschikte, de onderneming, en omvatten ook acties die met het federale niveau opgenomen zullen worden. Er wordt zowel ingezet op preventie en werkbaar werk, als op het stimuleren van opnieuw aan de slag gaan van langdurig zieken en arbeidsongeschikten³¹. In wat volgt, lichten we kort toe hoe de VDAB-werking voor langdurig arbeidsongeschikten georganiseerd is, hoeveel personen ze bereiken en welke uitstroom naar werk geregistreerd wordt.

De samenwerkingsovereenkomst tussen VDAB, het RIZIV, GTB en de mutualiteiten

Wie een ziekte- of invaliditeitsuitkering ontvangt en in Vlaanderen woont, komt in aanmerking voor de dienstverlening rond re-integratie van de VDAB. VDAB begeleidt zowel personen met als zonder arbeidscontract, maar personen kunnen zich pas inschrijven na toestemming van de adviserend arts. VDAB werkt hiervoor formeel samen met het RIZIV, het GTB (Gespecialiseerd Team Bemiddeling) en de mutualiteiten. De doelstelling van hun samenwerkingsovereenkomst van 2012 is om “afspraken te maken voor de organisatie en uitvoering van een kwalitatief hoogstaand traject naar duurzaam werk voor arbeidsongeschikt erkende personen”.

- ▶ Het RIZIV kent VDAB een budget toe op basis van de uitgesproken ambitie (weergegeven in Figuur 28). Erkend arbeidsongeschikte werkzoekenden hebben toegang tot alle dienstverlening en instrumenten die VDAB ter beschikking stelt voor andere werkzoekenden (begeleiding en bemiddeling, opleidingen, werkplekklaren,...). Met deze middelen worden ook partners ingeschakeld om de trajecten op maat in te vullen. Verder wordt de financiering aangewend voor projecten, bekendmaking van de dienstverlening en ondersteuning van VDAB-medewerkers om deze doelgroep te begeleiden ('team re-integratie').
- ▶ Het GTB biedt begeleiding door arbeidsbemiddelaars, maar ook door een medisch/ergonomisch team binnen GTB dat de fysieke draagkracht van de personen in kaart brengt. Naast begeleiding, opleiding, herscholing en stages worden binnen deze aanpak ook versterkende acties voorzien rond pijn, stresshantering, etc.

²⁷ VDAB heeft zijn samenwerkingsovereenkomst in 2012 getekend met het RIZIV, GTB en de mutualiteiten; FOREM in 2013 met het RIZIV en het AVIQ ('Agence pour une Vie de Qualité'): 'Circulaire O.A. n° 2013/180 du 30 avril 2013 Contrat de collaboration entre l'INAMI, les organismes assureurs, l'AWIPH et le FOREM, conclu dans le cadre de la réinsertion socioprofessionnelle des assurés reconnus en incapacité de travail' en Actiris in 2014 met het RIZIV, de verzekeringsinstellingen, VDAB, Bruxelles Formation en PHARE: 'Circulaire OA n° 2014/127 du 10 mars 2014 INAMI-CIN-ACTIRIS-Bruxelles Formation-VDAB-Phare'.

²⁸ <https://assets.brussels.be/2019-07/regeerakkoordBHG.pdf>

²⁹ 'Convention de collaboration entre l'INAMI, les organismes assureurs, l'AWIPH et le Forem' gevonden op <https://docplayer.fr/15031746-Convention-de-collaboration-entre-l-inami-les-organismes-assureurs-l-awiph-et-le-forem.html>

³⁰ Het actieplan maakt deel uit van de Visienota aan de Vlaamse regering (VR 2021 1202 DOC.0146/1TER) (online beschikbaar via [deze link](#))

³¹ Bijlage B.5 / biedt een overzicht van de acties die in het Actieplan opgenomen zijn.



- ▶ Doorgaans is het de adviserend arts van de mutualiteit die personen die terugkeren uit ziekte, doorverwijst naar VDAB (uitzonderlijk gebeurt het door de arbeidsarts). Aangezien VDAB voor de toeleiding hoofdzakelijk afhankelijk is van de doorverwijzing via artsen, is een goede samenwerking met de mutualiteiten van cruciaal belang.

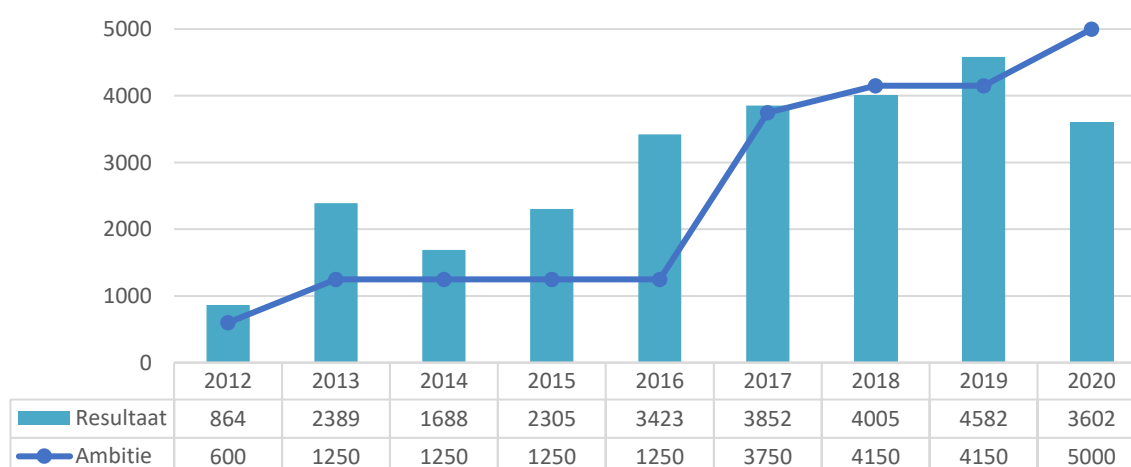
Het raamakkoord ambieert dat alle personen geleidelijk en op maat alle stappen en tussenstappen kunnen zetten die voor hen nodig zijn, met o.a. een garantie op het behoud van een uitkering gedurende het ganse traject. Elk traject wordt op vrijwillige basis opgestart en de opvolging is een gedeelde verantwoordelijkheid van de persoon zelf, de mutualiteiten, het RIZIV, VDAB en GTB. Uit onderzoek blijkt echter dat er nog weinig bekendheid is met de regelgeving omtrent re-integratietrajecten bij de verschillende betrokken actoren (Boets, De Greef, Deroubaix, & Godderis, 2020). Ook geeft men aan dat er nog te weinig (financiële) incentives zijn die werkgevers stimuleren om arbeidsongeschikte werknemers te re-integreren en die mensen aanmoedigen om terug te re-integreren. Dat blijkt ook uit de cijfers m.b.t. in- en uitstroom voor de trajecten.

Ambitie groeit samen met het aantal opgestarte trajecten

In de periode 2012-2020 werden 26.710 trajecten opgestart, waarvan 19.464 binnen het raamakkoord dat inging in 2016. De ambitie om in de periode 2012-2020 22.650 trajecten op te starten, werd daarmee met 18% overstegen. Samen met het beoogde aantal trajecten steeg ook de gerealiseerde instroom. In 2020 werd de doelstelling niet gehaald en werd voor het eerst sinds de start van het raamakkoord een daling geregistreerd in het aantal trajecten, wat best opvallend is gegeven de groeiende groep van langdurig zieken. In zijn Jaarverslag 2020 geeft VDAB aan dat het “in de nasleep van de pandemie belangrijk zal zijn om blijvend op deze doelgroep in te zetten”. Voor 2021 ligt de ambitie net als in 2020 op 5.000 trajecten.

Onderzoek van IDEA Consult³² toonde dat de meeste instromers 25-34 (23%), 35-44 (35%) of 45-54 (32%) jaar oud zijn. Het gaat veelal over kort- (43%) en middengeschoolden (42%). Dit ligt in lijn met de bevinding dat de sterkste profielen (de hooggeschoolden) in mindere mate een beroep doen op VDAB om te re-integreren op de arbeidsmarkt.

Figuur 28: Evolutie in het aantal beoogde en opgestarte trajecten voor langdurig zieken bij VDAB (periode 2012-2020)



Bron: Visienota aan de Vlaamse Regering betreffende Vlaams actieplan re-integratie (langdurig) zieken: Arbeidsongeschikt

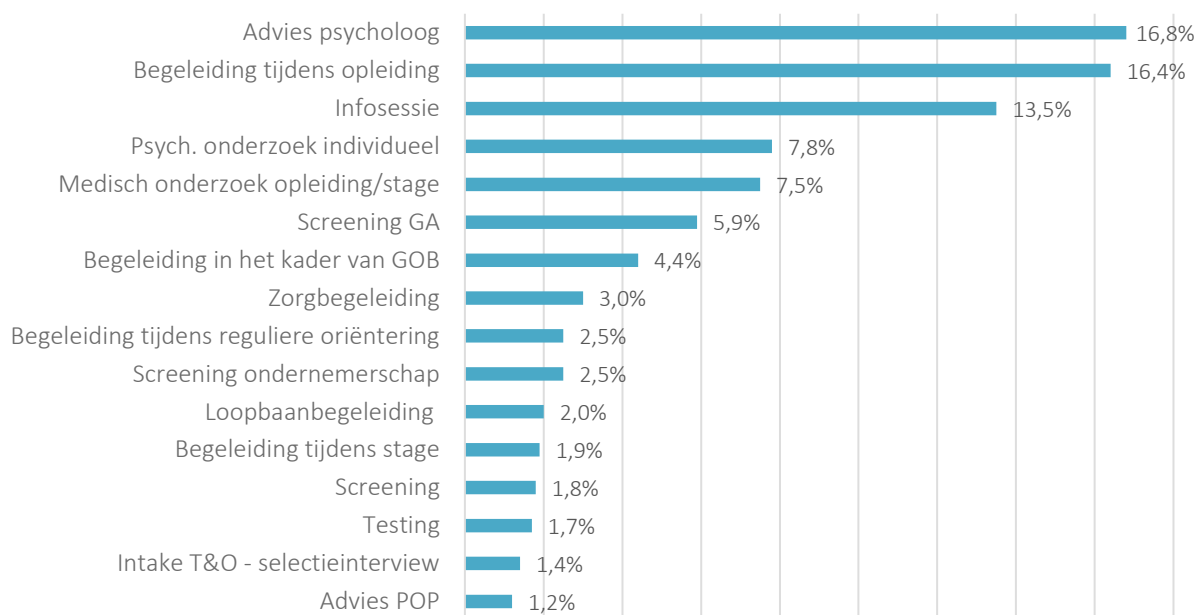
³² De Coen, A., Goffin, K., Carpentier, M., Valsamis, D. & Van der Beken, W. (2021). Re-integratie van langdurig zieken via uitzendwerk. Een studie van IDEA Consult in opdracht van VDAB.

Type gevolgde begeleiding voor langdurig zieken

Voorgaand onderzoek van IDEA Consult toonde aan dat twee op drie trajecten die binnen de raamovereenkomst werden georganiseerd, werden bemiddeld door GTB, terwijl de overige 32% door VDAB werd opgenomen. De begeleiding gebeurt wel vooral door VDAB (56%) zelf of een andere partner van VDAB dan GTB (37%).

Het type activiteiten dat deel uitmaakt van het traject varieert volgens de noden van de langdurig zieke. De belangrijkste activiteiten worden in onderstaande figuur weergegeven.

Figuur 29: Meest voorkomende activiteiten binnen de trajecten voor langdurig zieken



Noot: GA staat voor Gespecialiseerde Arbeidsonderzoekdiensten; GOB = Gespecialiseerde Opleidings-, Begeleidings- en Bemiddelingsdienst; T&O = training en opleiding; POP = Persoonlijk Ontwikkelplan

Bron: Gegevens VDAB, op basis van RIZIV-projecten in de categorie 'begeleiding' die gestart zijn in de referentieperiode 2016-2020, N=14.346

Verder bleek uit de analyse dat 21% van de projecten met langdurig zieken tijdens de referentieperiode, een component werkplekleren bevatte, voornamelijk een beroepsverkennende stage (62%), opleidingsstage (20%), of Individuele Beroepsopleiding (IBO) (11%).

Ook opleiding maakt vaak deel uit van het traject: in 21% van de trajecten werd een VDAB-erkende opleiding gevolgd, meestal een beroepsgerichte opleiding. De meeste deelnemers (62%) slagen voor de opleiding, slechts 7% slaagt niet. Van de overige 31% die de opleiding niet afrondt, stoppen de meesten wegens ongeschiktheid en wegens langdurige ziekte.

Uitstroom naar werk vraagt tijd (meestal > 1 jaar), maar na 2 jaar is bijna 1 op 3 terug aan het werk

Onderstaande tabel uit onderzoek van IDEA Consult voor VDAB toont de uitstroom naar werk op korte, middellange en lange termijn. Na 6 maanden is gemiddeld bijna 1 op 7 deelnemers aan het werk (13,5%) en na 24 maanden is dat bijna 1 op drie (31,2%). Het valt op dat de uitstroom naar werk op de korte termijn (6 maanden en 12 maanden) positief evolueerde in de periode 2016-2018, hoewel deze trend zich in 2019 niet verderzet. De meeste deelnemers (64,5%) hebben meer dan een jaar tijd nodig om de stap naar werk te zetten.

Tabel 5. Uitstroom naar werk op de korte, middellange en lange termijn (gemeten op het einde van de maand)

	2016	2017	2018	2019	Gemiddeld 2016-2019
<i>Aantal projectdeelnemers</i>	3 423	3 852	4 005	4 582	15 862
Uitstroom naar werk op 6m	13,1%	13,9%	14,4%	13,1%	13,6%
Uitstroom naar werk op 12m	21,7%	22,9%	23,2%	19,9%	21,9%
Uitstroom naar werk op 18m	28,0%	27,8%	27,3%	25,6%	27,3%
Uitgestroomd naar werk op 24m	32,0%	31,6%	30,1%	-	31,2%

Bron: Gegevens VDAB, op basis van RIZIV-projecten die gestart zijn in de referentieperiode 2016-2019





5 / De activeringsmaatregelen voor arbeidsongeschikten in Europa

In dit hoofdstuk beschrijven we de activeringsmaatregelen voor langdurig arbeidsongeschikten in Europa. We kijken hierbij eerst naar het algemeen Europees beleid voor de activering van langdurig arbeidsongeschikten. Daarna wordt er ingezoomd op een selectie van interessante landen als case. Dit hoofdstuk dient vooral als inspiratie en identificatie van mogelijke leereffecten voor het Belgisch beleid m.b.t. de activering van langdurig arbeidsongeschikten.

5.1. Het beleid van Europese landen voor de activering van langdurig arbeidsongeschikten

Dominantie van een passief beleid voor arbeidsongeschikten in Europa, maar verschuiving naar een meer actief beleid

De overheidsuitgaven voor arbeidsongeschiktheid in Europa zijn nog steeds gedomineerd door 'passieve' uitkeringen in vergelijking met investeringen in werkgelegenheidsondersteuning en beroepsrevalidatie of 'actieve' uitgaven. Er is echter wel een evolutie aan de gang van passieve naar actieve maatregelen in de meeste landen in Europa (Scharle & Csillag, 2017).

Scharle & Csillag (2017) vergelijken deze twee soorten van arbeidsmarktbeleid aan de hand van een samengestelde index:

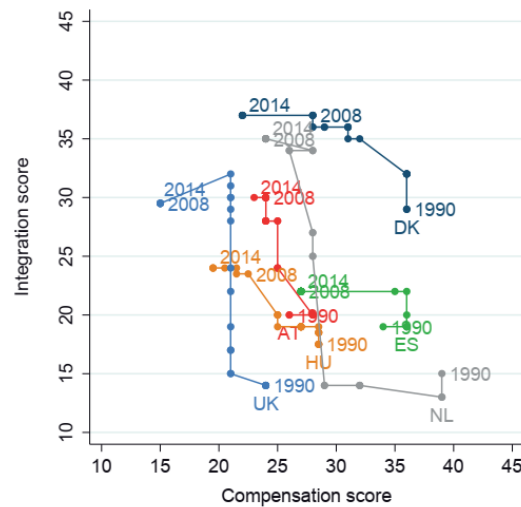
- **Passief beleid:** passief beleid wordt gemeten aan de hand van een set van 10 subjectieve indicatoren van arbeidsongeschiktheids- en ziekte-uitkeringen. Het omvat bijvoorbeeld maatregelen voor de strengheid van medische en beroepstests plus de duur en permanentie van uitkeringen. Deze score wordt de 'compensatie'-score genoemd.
- **Actief beleid:** De tweede dimensie is de 'integratie' van arbeidsongeschikten op de arbeidsmarkt, op basis van 10 subjectieve metingen. Deze omvatten bijvoorbeeld de beschikbaarheid van speciale werkgelegenheidsprogramma's, beroepsrevalidatie en arbeidsvoorwaarden.

De evolutie van het beleid tussen 1999 en 2014 in beide dimensies is samengevat in onderstaande figuur voor 6 Europese landen waar volledige gegevens beschikbaar waren (zie bijlage voor figuur met meer landen, maar oudere data). Het aantal bekeken landen is beperkt, maar de richting van de hervorming is echter duidelijk. De uitkeringsstelsels blijken strenger te zijn geworden, met meer objectievere medische criteria, strengere beroepscriteria, strenger toezicht op ziekteverzuim en sterkere werkprikkels. Dit wordt gemeten op de horizontale as van de grafiek aan de hand van de compensatiescore: alle landen zijn merkbaar naar links opgeschoven en verminderden het passieve beleid.

Wat betreft het actieve beleid is de evolutie te lezen aan de verticale as op de figuur. De integratiescores van de verschillende landen bleken te stijgen tussen 1990 en 2014. De stijging van de integratiescores is over het algemeen hoger dan de daling van de compensatiescores. Het versterken van actief beleid was dus over het algemeen belangrijker dan de verkrapting van het compensatiebeleid, of dus het passieve beleid (Scharle & Csillag, 2017).



Figuur 30. Evolutie in beleid voor langdurig arbeidsongeschikten in enkele Europese landen, passief versus actief beleid, 1990-2014



Bron: Scharle & Csillag (2017)

Verschuiving in diagnose van arbeidsongeschiktheid naar de mogelijke resterende arbeidscapaciteit

De aanzienlijke stijging van het aantal personen met invaliditeit in de afgelopen decennia heeft ertoe geleid dat landen hun aanpak moeten heroverwegen. Volgens de OESO (2010) is een belangrijke reden waarom mensen met gezondheidsproblemen arbeidsongeschikt worden verklaard, dat dit niet werd bepaald op basis van een betrouwbare beoordeling van iemands vermogen op de arbeidsmarkt. Er is in plaats daarvan te veel aandacht voor een **medische diagnose** van verlies van fysiek en/of psychisch functioneren, zoals beoordeeld door een arts met geen of beperkte expertise op het gebied van revalidatie. Dit medisch onderbouwde oordeel kan ofwel direct leiden tot toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering, of zal in ieder geval een belangrijke factor zijn in de gunningsprocedure.

Een tweede probleem volgens de OESO (2010) dat hiermee samenhangt, is dat een arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt toegekend met een aantal impliciete **voorwaarden**. Deze voorwaarden veronderstellen meestal dat de gezondheid van de aanvrager waarschijnlijk niet zal verbeteren en haar/hem permanent zal beletten enig werk te doen. Dit is een verkeerde veronderstelling voor veel van de meest voorkomende gezondheidsproblemen van tegenwoordig. Om te voorkomen dat de uitkering wordt verminderd, moet blijven aangetoond worden dat men niet in staat is om te werken; men mag vaak niet deelnemen aan activiteiten die het inkomen te sterk zouden verhogen, en ten slotte mag men geen significante verbetering van de gezondheidstoestand melden. In ruil daarvoor ontvangt de arbeidsongeschikte wat in veel landen neerkomt op een levenslange arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Verschillende landen hebben pogingen ondernomen om niet te focussen op de diagnose van iemands arbeidsongeschiktheid, maar wel op hoe de **resterende arbeidscapaciteit** van de persoon beter te benutten. Een dergelijke verandering verschuift de focus naar het rehabiliteren van mensen naar parttime of fulltime werk in plaats van hen te ondersteunen om inactief te blijven. Duitsland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk zijn voorbeelden van landen die de aanpak proberen te verleggen naar het vastleggen van de resterende arbeidscapaciteit van de sollicitant (zie verder).

5.2. Het activeringsbeleid voor langdurig arbeidsongeschikten in enkele landen met inspirerende voorbeelden

In deze sectie worden verschillende interessante praktijken uit enkele EU-landen toegelicht. De geselecteerde landen ondergingen recent hervormingen, waaruit leereffecten voor België kunnen afgeleid worden. Deze landen zijn Nederland, Duitsland, en het Verenigd Koninkrijk.

5.2.1 Nederland

Nederland doet het in het algemeen minder goed dan België, wat betreft het aandeel langdurig arbeidsongeschikten in de bevolking; namelijk 6,7% in Nederland in 2019, versus 5,9% in België, zoals toegelicht in paragraaf 2.4. Nederland kende wel een gunstigere evolutie van het aandeel langdurig arbeidsongeschikten (tussen 2011 en 2019), namelijk een stijging van 0,8%, tegenover een stijging van 1,9% in België. Ook voerde Nederland enkele interessante hervormingen door. Deze worden in volgende paragrafen toegelicht en besproken aan de hand van bestaande studies.

Regelgeving voor arbeidsongeschiktheid maakt werkgever langdurig verantwoordelijk voor het vervangingsinkomen

Wanneer men langer dan 4 weken niet kan werken wegens ziekte, is men in Nederland 'arbeidsongeschikt'. Dit ligt dus ongeveer in lijn met België. Een belangrijk verschil betreft het gewaarborgd loon. In België betaalt de werkgever maximum 30 dagen 100% van het loon, terwijl de arbeidsongeschikte in Nederland de eerste twee jaar minimaal 70 % van het salaris via de werkgever ontvangt. Vanaf dan heeft men mogelijk recht op een invaliditeitsuitkering volgens de wet WIA ('Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen')³³ en moet een re-integratieplan worden opgesteld.

Nederland kent bijgevolg een lange doorbetaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering door de werkgever in vergelijking met andere Europese landen. Daartegenover staat dat werkgevers in Nederland wel minder sociale bijdragen betalen dan werkgevers in heel wat andere Europese landen, waaronder België (nl. 5,4% van het bbp in Nederland versus 7,9% van het bbp in België in 2019³⁴). De regeling wordt bovendien door sommige werkgevers als financieel interessant gezien, aangezien het de noodzaak om ontslagkosten te betalen, elimineert (Scharle & Csillag, 2017).

De invaliditeitsuitkering, die de arbeidsongeschikten dus krijgen vanaf twee jaar langdurige ziekte, maakt onderscheid tussen:

- ▶ **Volledig arbeidsongeschikten:** werknemers die geheel en blijvend arbeidsongeschikt zijn³⁵, zonder uitzicht op herstel. Het gaat om personen die onmogelijk nog arbeid kunnen verrichten. Bij volledige arbeidsongeschiktheid (80-100%) bedraagt de uitkering 75% van het laatste verdiende loon.
- ▶ **Gedeeltelijk arbeidsongeschikten:** zij die nog wel geacht worden een (gedeeltelijk) inkomen uit arbeid te kunnen verwerven³⁶. Indien men minstens 35% en maximaal 80% kan verdienen van het oude loon, is men gedeeltelijk arbeidsongeschikt. De uitkering is afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid. De aanvulling op het inkomen bedraagt 70% van het verschil tussen het dagloon en het inkomen uit werk of geschatte verdien capaciteit (het percentage tussen 35% en 80% dat men kan verdienen van het oude loon). Men moet ten minste de helft van de resterende

³³ Website NIBUD (<https://www.nibud.nl/consumenten/langdurig-ziek-wat-nu/>).

³⁴ Eurostat data (https://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation-1/economic-analysis-taxation/data-taxation_nl)

³⁵ 'Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten' (IVA).

³⁶ 'Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten' (WGA)



werkcapaciteit gebruiken, anders krijgt men een forfaitaire uitkering die aanzienlijk lager is dan de voormalige arbeidsongeschiktheidsuitkering

De regeling omtrent gedeeltelijk arbeidsongeschikten helpt de arbeidsongeschikten om op gepaste wijze toch weer aan de slag te gaan, en hier wordt veelvuldig gebruik van gemaakt. De cijfers van het UWV (Nederlandse VDAB) tonen dat er inderdaad een significant deel van de uitkeringen gaat naar de 'deeltijds' arbeidsongeschikten, namelijk 21%³⁷.

Regelgeving van activering van arbeidsongeschikten legt grote verantwoordelijkheid bij de werkgever

De initiële activering van arbeidsongeschikten verloopt via de werkgever, vastgelegd in de 'Wet verbetering poortwachter' (WVP) van 2002, aangezien deze immers de arbeidsongeschikte betaalt gedurende de eerste 2 jaar, wat een **zeer lange doorbetalingsperiode** is³⁸. Bij ziekte van de werknemer moet de werkgever ervoor zorgen dat de werknemer zo snel en volledig mogelijk herstelt, waardoor een onnodig beroep op een uitkering wordt voorkomen.

Het doel van de re-integratie is een structurele werkhervatting in passend werk dat zo dicht mogelijk aansluit bij de resterende functionele mogelijkheden van de werknemer, binnen of buiten de organisatie. Werkgever en werknemer zijn samen verantwoordelijk voor de re-integratie, maar de werkgever heeft een sanctiemogelijkheid als de werknemer onvoldoende aan de re-integratie meewerkt (door het opschorten van de loondoorbetaling). Er zijn verschillende evaluatiemomenten doorheen deze periode, en deze worden bijgehouden in een re-integratieverslag.

Het UWV beoordeelt na twee jaar of er voldoende re-integratieresultaat is bereikt. Na een positief oordeel over de geleverde inspanningen van de werkgever wordt het recht op een invaliditeitsuitkering beoordeeld. Bij een negatief oordeel wordt de loondoorbetalingsverplichting van de werkgever met maximaal 52 weken verlengd. Na aanpassing van de aanbevelingen kan de werkgever een verzoek indienen, zodat de verlengde loondoorbetaling geen 52 weken hoeft te duren (zie ook **Figuur 31** voor de details van dit traject).

³⁷ Website Volksgezondheid (<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/arbeidsongeschiktheid/cijfers-context/huidige-situatie#!node-prevalentie-arbeidsongeschiktheid-naar-geslacht>)

³⁸ Website UWV (<https://www.uwv.nl/werkgevers/brochures/werkwijzer-poortwachter.aspx>)



Figuur 31. Schematische voorstelling van de activering van een arbeidsongeschikte door de werkgever

Jaar één



Jaar twee



Bron: Arboned (<https://www.arboned.nl/wat-u-moet-weten/voldoen-aan-de-wet/wet-verbetering-poortwachter>)

Bestaande evaluaties rond dit beleid kwamen tot volgende vaststellingen:

- **Daling van het aantal arbeidsongeschikten:** Na de invoering van de WVP werd een daling opgemerkt van het ziekteverzuim en het aantal arbeidsongeschikten, die sterker was dan een conjunctuureffect en los stond van de invloed van verschillende andere beleidsmaatregelen.
- **Toegenomen inspanningen van werkgevers:** De inspanningen van de werkgever en bedrijfsarts in het eerste ziektejaar zijn – ten opzichte van de periode vóór de WVP – significant toegenomen. Er is een relatie aangetoond tussen de re-integratie-inspanningen van de werkgever en de mate waarin de werknemer het werk heeft hervat. Werknemers hervatten het werk ook sneller sinds WVP, ook al is hun gezondheid niet significant verbeterd.
- **Samenwerking kan nog beter:** De contacten en afstemming tussen bedrijfsartsen en de professionals van UWV zouden kunnen worden verbeterd.

Nederland compenseert de werkgever tegen (langdurig) ziekteverzuim van bepaalde werknemers

De maatregel 'no-riskpolis' compenseert de werkgever tegen (onverwacht) ziekteverlof van de werknemer. Voor deze maatregel komen verschillende werkzoekenden met een ziekte of handicap in aanmerking. De overheid betaalt bijvoorbeeld specifiek voor oudere werkzoekenden 70% van het dagloon wanneer deze persoon binnen 5 jaar na indiensttreding langer dan 13 weken uitvalt vanwege ziekte. Op deze manier wil de Nederlandse regering het voor werknemers met een ziekte(verleden)

gemakkelijker maken om aan de slag te gaan, aangezien de werkgever immers tot 2 jaar het loon van de zieke werknemer betaalt³⁹.

Uit de evaluatie van Regioplan blijkt dat de no-risk-polis voor uitkeringsgerechtigden volgens Nederlandse werkgevers doorslaggevend is in de aanwerving van personen met een ziekteverleden en ouderen. Ook blijkt dat vooral de verzekering tegen de potentiële uitval van een oudere werknemer en/of een werknemer met een ziekte(verleden) een doorslaggevende rol speelt in de aanwervingskansen van deze werknemers (Regioplan, 2020).

Mogelijke leereffecten voor België:

- ▶ Meer verantwoordelijkheid leggen bij de werkgever, bijvoorbeeld voor het re-integratieplan, leidt tot een snellere activering van de (langdurig) arbeidsongeschikte.
- ▶ Tussentijdse evaluatiemomenten en beoordelingen van het re-integratieplan van de werkgever door de arbeidsbemiddelingsdienst, helpen in Nederland om de inspanningen te controleren.
- ▶ Studies in Nederland wijzen op de nood aan goede samenwerking tussen werkgevers en de arbeidsbemiddelingsdienst.
- ▶ Het helpt werkgevers om personen met een verleden van (langdurige) ziekte aan te nemen, indien een compensatie wordt gegeven wanneer deze personen weer ziek zijn. In België is er een vergelijkbaar systeem van gedeeltelijke werkhervatting/progressieve tewerkstelling waarbij personen die hervallen meteen terug een invaliditeitsuitkering ontvangen van het RIZIV en de werkgever geen gewaarborgd loon moet betalen. Het is dus aanbevolen om deze regeling beter bekend te maken en uit te breiden.

5.2.2 Duitsland

Duitsland heeft een significant lager aandeel langdurig arbeidsongeschikten in de bevolking dan België, namelijk 3,1%, ongeveer de helft van België (5,9%), in 2019. Bovendien bleef het aandeel langdurig arbeidsongeschikten er de laatste jaren stabiel, met een stijging tussen 2011 en 2019 van slechts 0,3% (België 1,9%). Duitsland heeft daarenboven enkele hervormingen doorgevoerd in de aanpak van langdurig arbeidsongeschikten die doeltreffend bleken, en die verder in deze paragraaf kort toegelicht worden:

- ▶ De toelatingsnorm van arbeidsongeschiktheid werd aangescherpt
- ▶ Begeleiding van werknemers op het werk door de werkgever werd gestimuleerd
- ▶ Een nieuw programma werd geïntroduceerd voor “terug naar werk”- begeleiding voor moeilijk te plaatsen personen

Algemene regelgeving omtrent arbeidsongeschiktheid in Duitsland

Tot 6 weken ziekte zijn werkgevers verplicht om de zieke werknemer te betalen, maar daarna staat de ziekteverzekering daarvoor in. Deze ziekte-uitkering (“Krankengeld”) is lager dan het reguliere loon, namelijk 70% om precies te zijn. De maximale termijn voor uitbetaling van deze ziekte-uitkering is 78 weken over een periode van 3 jaar voor dezelfde ziekte⁴⁰.

Na deze termijn krijgt men mogelijk een uitkering ‘Erwerbsminderungsrente’ voor ‘verminderde verdien capaciteit’. Deze kan worden aangevraagd indien men minder dan zes uur per dag werkt (voor gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid); of niet minstens drie uur per dag in loondienst kan werken (volledige arbeidsongeschiktheid)⁴¹. Om in aanmerking te komen voor de uitkering, moet men minimaal

³⁹ Website UWV(<https://www.uwv.nl/werkgevers/formulieren/document-no-riskpolis.aspx>)

⁴⁰ Website Europese Commissie (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1111&intPageId=4550&langId=en>)

⁴¹ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1111&intPageId=4551&langId=en>



vijf jaar voor het begin van de arbeidsongeschiktheid verzekerd zijn in Duitsland, en dus ziektebijdragen hebben betaald (de zogenaamde algemene wachttijd), en minimaal drie jaar verplichte premies voor de pensioenverzekering hebben betaald⁴². Het bedrag van de uitkering hangt af van het laatste loon van de arbeidsongeschikte.

Aanscherpen van de toelatingsnorm van arbeidsongeschiktheid

Een belangrijke hervorming was een verandering in de **toelatingsnorm van arbeidsongeschiktheid**. Voor de hervorming werd men reeds bestempeld als arbeidsongeschikt indien men niet meer kon functioneren in het beroep waarin men werd opgeleid, of het laatste beroep dat men uitoefende. Sinds 2001 moet men om arbeidsongeschikt te worden verklaard, ongeschikt zijn om nog te functioneren **in elk soort beroep**. Het gevolg was dat de totale instroom in arbeidsongeschiktheid daalde van 200.000 in 2001 tot 160.000 in 2005 (McVicar, Wilkins & Ziebarth, 2016).

In België kan men als arbeidsongeschikt erkend worden indien men alle werk moest stopzetten om gezondheidsredenen en terzelfdertijd ook meer dan 66% ongeschikt is om te werken in vergelijking tot het laatst uitgeoefende beroep en alle beroepen die men ooit uitoefende of zou kunnen uitoefenen **omdat men ervoor opgeleid is**. Dit is dus een minder strenge voorwaarde dan in Duitsland.

Bevorderen van de begeleiding van werknemers op het werk door de werkgever

Verdere hervormingen richtten de focus op de **begeleiding van werknemers op het werk**. Door de hervormingen werden werkgevers wettelijk verplicht om te voorzien in re-integratie op de werkplek bij arbeidsongeschiktheid. Wanneer werknemers na 6 weken ziekte in aanmerking komen voor uitkeringen, schrijft de wet voor dat werkgevers een plan moeten opstellen met inbreng van de zieke werknemer, experts van de uitkeringsinstantie, de ondernemingsraad en de arbeidsgeneesheer. Het plan is bedoeld om de tijdelijke arbeidsongeschiktheid van de werknemer tijdig te overwinnen en zo toekomstige vermindering van de arbeidscapaciteit te voorkomen (McVicar, Wilkins & Ziebarth, 2016).

In België heeft de adviserend arts twee maanden om een re-integratietraject op te starten na aangifte van arbeidsongeschiktheid. De werkgever hoeft pas na 4 (onafgebroken) maanden arbeidsongeschiktheid van de werknemer of na ontvangst attest definitieve arbeidsongeschiktheid een re-integratietraject op te starten. De duurtijd om een verzoek tot een re-integratietraject aan te vragen, is dus veel langer dan de 6 weken in Duitsland.

Een evaluatie van de Belgische regelgeving toont trouwens aan dat een re-integratietraject in vele gevallen tot hertewerkstelling van arbeidsongeschikte werknemers leidt, weliswaar vaker bij een andere werkgever. De studie geeft echter aan dat één van de belangrijkste pijnpunten het te laat opstarten is van het re-integratieproces (Boets & Godderis, 2020).

Begeleiding terug naar werk voor moeilijk te plaatsen personen

Sinds 2013 is er een specifiek programma voor begeleiding van moeilijk te plaatsen personen geïmplementeerd: de Interne Dienst voor Holistische Integratie (Interne ganzheitliche Integrationsberatung – Inga). Het programma heeft drie uitgesproken karakteristieken:

- **Intern:** advies en ondersteuning worden gegeven door speciaal gekwalificeerde adviseurs van het arbeidsbemiddelingsbureau. Het vindt plaats in persoonlijke discussies en in kleine groepen.

⁴² Website DRV (https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html)



- ▶ **Holistisch:** er wordt rekening gehouden met de individuele persoonlijke situatie die invloed heeft op de start van een nieuwe job (naast het medische aspect ook oog hebben voor psychologische factoren, gezinssituatie, mobiliteitsproblemen, etc.).
- ▶ **Integratiebegeleiding:** het doel is om duurzaam werk te vinden en dit doen de adviseurs door de persoonlijke situatie van deelnemers in kaart te brengen en verder te bouwen op de persoonlijke sterktes.

In 2017 werden 126 000 “integraties” gerealiseerd op de arbeidsmarkt (vaste banen en banen voor bepaalde duur), en de “integratieratio”, d.w.z. het aandeel werklozen dat geïntegreerd werd, bedroeg ongeveer 42%. Voor werkzoekenden met gelijkaardige profielen die niet deelnamen aan Inga, was de integratieratio lager dan 33%. Deelnemers aan het programma hadden na afloop een werkloosheidsduur die ongeveer 22% korter was dan bij leeftijdsgenoten die niet deelnamen. Bovendien hadden twee op drie deelnemers aan Inga (67%) binnen 6 maanden een job, wat aanzienlijk beter was dan andere, vergelijkbare profielen.

Dit programma toont aan dat het belangrijk is dat begeleiding plaatsvindt via een combinatie van individuele en collectieve begeleiding bij de arbeidsbemiddelingsdienst, en dat er wordt rekening gehouden met de individuele persoonlijke moeilijkheden die van invloed zijn.

Mogelijke leereffecten voor België:

- ▶ Arbeidsongeschiktheid enkel toelaten wanneer een persoon ongeschikt is voor elk soort werk, zoals in Duitsland, zou een aanscherping kunnen zijn van het beleid in België.
- ▶ Tijdig de werkgever meenemen in het re-integratietraject kan verhinderen dat de tijdelijke arbeidsongeschiktheid een langdurige arbeidsongeschiktheid wordt. De werkgever hierbij ondersteunen is belangrijk, want men kan niet verwachten dat werkgevers alle expertise hebben om voor elke werknemer op maat te werken.
- ▶ Het is belangrijk dat begeleiding plaatsvindt via persoonlijke discussies en in kleine groepen bij de arbeidsbemiddelingsdienst, en dat er wordt rekening gehouden met factoren die de individuele situatie beïnvloeden.



5.2.3 Het Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk bedroeg het aandeel langdurig arbeidsongeschikten in 2019 5,2% van de totale bevolking, terwijl dit in België opliep tot 5,9% (zoals aangegeven in paragraaf 2.4). Het Verenigd Koninkrijk kende bovendien een gunstige evolutie van het aandeel langdurig arbeidsongeschikten tussen 2011 en 2019, namelijk een daling met 0,3%, terwijl dit in België steeg met 1,9%. Ook het gebruik van de ‘fit note’ is een interessante maatregel, waar we verder in deze paragraaf op ingaan. Eerst wordt de algemene regeling van (langdurige) ziekte in het Verenigd Koninkrijk kort toegelicht.

Regelgeving rond ziekte en arbeidsongeschiktheid in het Verenigd Koninkrijk

Werknemers die langer dan 4 weken ziek zijn, worden als langdurig ziek beschouwd, en krijgen vanaf dat moment een ziekte-uitkering van hun werkgever.⁴³ De meeste werknemers hebben wettelijk maximaal 28 weken recht op deze ziekte-uitkering (‘statutory sick pay’). De meeste andere Europese landen kennen een doorbetalingsperiode van enkele weken voor het gewaarborgd loon. Het Verenigd Koninkrijk heeft dus met de duurtijd van ongeveer zes maanden een **lange doorbetalingsperiode**, net als Nederland, maar ook lagere sociale bijdragen door werkgevers (3,8% van het bbp, versus 7,9% van het bbp in België in 2019⁴⁴).

Na afloop van de ziekte-uitkering van 28 weken, kunnen werknemers een uitkering voor arbeidsongeschiktheid (‘employment and support allowance’) aanvragen. De hoogte van deze uitkering hangt af van de categorie waarin de werknemer zich bevindt⁴⁵.

Andere notie van arbeidsongeschiktheid via het gebruik van een ‘fit note’

Het Verenigd Koninkrijk voerde in 2010 de **fit note** in, een soort doktersattest, met dat verschil dat er drie opties op vermeld staan: naast ‘fit om te werken’ en ‘niet fit om te werken’, bestaat er een derde optie **‘misschien fit om te werken mits volgende voorwaarden’**. Deze laatste optie bleek echter zeven jaar na de invoering slechts bij een minderheid van de patiënten gebruikt te worden (7%), omdat de fit note onvolledig geïmplementeerd was.

Uit onderzoek bleek dat slechts een beperkt aantal artsen het instrument gebruikte en bovendien kenden huisartsen de werkomstandigheden vaak niet of konden ze deze moeilijk inschatten. Desondanks vonden huisartsen dat de fit note aanleiding gaf om eerder in het ziekteproces met de patiënt te spreken over een mogelijke terugkeer naar de werkvloer, met de focus op de gezondheid, wat kan, en minder op de ziekte, wat niet meer kan (Godderis, 2019).

Mogelijke leereffecten voor België:

- Interessant om snel in het ziekteproces te focussen op een mogelijke terugkeer naar de werkvloer, met de focus op de gezondheid, wat kan, en minder op de ziekte, wat niet meer kan. Dat laat toe om te focussen op de rol als werknemer, in plaats van de rol als patiënt. Ook het taalgebruik kan mee deze perceptie sturen: in België spreekt men van ‘restcapaciteit’ en ‘ongeschiktheid’, in het Verenigd Koninkrijk van de ‘fit note’.

⁴³ Website Britse overheid (<https://www.gov.uk/taking-sick-leave>)

⁴⁴ Eurostat data (https://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation-1/economic-analysis-taxation/data-taxation_nl)

⁴⁵ <https://croner.co.uk/resources/leave-absence/sick-leave/long-term/pay/>





6 / Conclusies en aanbevelingen

In Hoofdstuk 6 vatten we de belangrijkste bevindingen uit deze studie samen en identificeren we een aantal aanbevelingen.

6.1. Conclusies – Wat leert de analyse?

Grote, nog steeds groeiende groep van langdurig arbeidsongeschikten in België

Het aantal langdurig arbeidsongeschikten in België is groot, met 467 884 personen in december 2020 of 6,7% van de bevolking op beroepsleeftijd. Uitgedrukt ten opzichte van het aantal werkenden was er voor elke 11 werkenden één persoon langdurig arbeidsongeschikt in 2020.

De voorbije 12 jaar is de groep langdurig arbeidsongeschikten bovendien bijna verdubbeld. Sinds 2016 zijn er in België zelfs meer langdurig arbeidsongeschikten dan werklozen. Terwijl het aantal werklozen sinds 2014 continu blijft dalen (-34,1% tussen 2014 en 2020), is het aantal langdurig arbeidsongeschikten met 36% gestegen over deze periode. De vergrijzing van de bevolking en de verhoging van de pensioenleeftijd zijn de belangrijkste verklarende factoren voor de stijging van het aantal langdurig arbeidsongeschikten in België. Daarnaast is samen met de stijgende werkzaamheidsgraad van vrouwen ook het aantal (potentiële) uitkeringsgerechtigden voor arbeidsongeschiktheid toegenomen. De hogere werkdruk en het actief arbeidsmarktbeleid spelen ook een rol in de stijging van het aantal langdurig arbeidsongeschikten, maar in mindere mate.

Bepaalde profielkenmerken zijn oververtegenwoordigd in de groep langdurig arbeidsongeschikten

Opvallend is dat bepaalde profielkenmerken oververtegenwoordigd zijn in de groep langdurig arbeidsongeschikten. Dit betreft de volgende kenmerken:

- ▶ **Inwoners van Henegouwen:** 16,9% van de langdurig arbeidsongeschikten in België wonen in deze provincie terwijl deze provincie 11,6% van de totale actieve bevolking telt.
- ▶ **Werknemers en werkzoekenden:** 94,1% van de langdurig arbeidsongeschikten zijn werknemers of werklozen terwijl deze groep slechts 77,4% van de totale bevolking van werknemers, werklozen en zelfstandigen vertegenwoordigen. Voor zelfstandigen geldt het omgekeerde: ook al vertegenwoordigen zelfstandigen 22,6% van de totale bevolking van werknemers, werklozen en zelfstandigen, het aandeel zelfstandigen in het aantal langdurig arbeidsongeschikten was in 2020 maar 5,9%.
- ▶ **Arbeiders:** arbeiders vertegenwoordigen twee derde van het aantal langdurig arbeidsongeschikten terwijl ze slechts één derde uitmaken van het totaal aantal werknemers.



- ▶ **Vrouwen:** vrouwen vertegenwoordigen 59,3% van het totaal aantal langdurig arbeidsongeschikten versus 46,8% van de totale beroepsbevolking.
- ▶ **Ouderen, en meer specifiek de groep 55- tot 59-jarigen:** 55- tot 59-jarigen vormen de grootste groep langdurig arbeidsongeschikten (25% van het totaal), terwijl ze slechts 10% van de totale bevolking op beroepsactieve leeftijd vertegenwoordigen.

Langdurig arbeidsongeschikten leiden vooral aan psychische stoornissen en keren nauwelijks terug naar de arbeidsmarkt

Ruim één op drie van de langdurig arbeidsongeschikten lijdt aan psychische stoornissen (36,1% in 2020). Deze groep omvat bijvoorbeeld personen met depressie en burn-out. In de periode 2016-2019 is het aantal personen met een depressie met 42,02% gestegen en nam het aantal personen met een burn-out toe met 33,09%.

De grootste groep langdurig arbeidsongeschikten (60%) is tussen 3 en 10 jaar arbeidsongeschikt. Bijna een derde van de langdurig arbeidsongeschikten is bovendien meer dan 10 jaar arbeidsongeschikt. Deze cijfers tonen duidelijk aan dat eens een persoon in invaliditeit terecht komt, het voor een zeer lange periode is.

Cijfers over uitstroom bevestigen dit: slechts 3,3% van de personen die in 2017 langdurig arbeidsongeschikt waren, was een jaar later geregistreerd als werkende of werkloze. Meer dan 90% van de langdurig arbeidsongeschikten bleef in het invaliditeitsstelsel. Er is dus een beperkte doorstroom naar de arbeidsmarkt bij de groep langdurig arbeidsongeschikten, in tegenstelling tot de groep primaire arbeidsongeschikten en werkzoekenden. Dit verklaart dan ook de jaarlijkse stijging van de groep langdurig arbeidsongeschikten.

Arbeidsongeschiktheid is een grotere uitdaging in België dan in andere Europese landen

België heeft een relatief hoog aandeel personen die niet aan het werk zijn wegens ziekte of invaliditeit: met 5,9% was het aandeel in 2019 bijna 50% hoger dan het Europees gemiddelde van 4,0%. Slechts twee Europese landen, Denemarken en Nederland, deden in 2019 slechter dan België (met respectievelijk percentages van 7,1% en 6,7%). Opmerkelijk is dat beide landen wel een veel lagere algemene inactiviteitsgraad hebben dan België (31,0%), namelijk 20,9% in Denemarken en 19,1% in Nederland. België is dus gekenmerkt door een zeer groot aantal inactieven, waaronder een groot aantal inactieven door ziekte of invaliditeit.

Ook de stijging van het aandeel langdurig arbeidsongeschikten in de bevolking was sterker in België dan in bijna alle andere Europese landen. In België steeg dit aandeel tussen 2011 en 2019 namelijk met 1,9 procentpunt, wat bijna drie keer zo veel is als het Europees gemiddelde (+ 0,7 procentpunt).



Activering van arbeidsongeschikten leidt tot grote terugverdieneffecten voor de overheid

Langdurige arbeidsongeschiktheid brengt verschillende niet-medische kosten voor de overheid met zich mee, zoals de uit te betalen uitkeringen, maar ook gederfde inkomsten uit directe en indirecte belastingen. Zo werd ruim 6,5 miljard aan uitkeringen uitbetaald in 2019. Opmerkelijk is dat de federale overheid sinds 2017 meer besteedt aan de uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid dan aan werkloosheidsuitkeringen (6,5 miljard versus 4,6 miljard in 2019). Dit wordt verklaard door de continue daling van de totale werkloosheidsuitkeringen sinds 2015 en parallel, de continue stijging van de totale uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid.

De gederfde inkomsten uit directe en indirecte belastingen liepen zelfs op tot meer dan 15 miljard in 2019. Als gevolg bedroeg de totale niet-medische kost van langdurige arbeidsongeschiktheid 21,2 miljard in 2019, en de gemiddelde jaarlijkse kost per langdurig arbeidsongeschikte bijna 50 000 euro. Gemiddeld waren de arbeidsongeschikten in 2019 reeds 7,5 jaar in dit statuut, wat overeenkomt met een gemiddelde kost van 358.125 euro per langdurig arbeidsongeschikte over de gemiddelde periode van arbeidsongeschiktheid heen. Het activeren van deze groep, door bijvoorbeeld te investeren in meer begeleiding, zou dus leiden tot aanzienlijke terugverdieneffecten voor de overheid.

Groeiende aandacht voor activerend beleid op federaal niveau

Sinds december 2016 voorziet de federale regelgeving in re-integratietrajecten op maat van langdurig zieken om hen een aangepaste werkpost, aangepast of ander werk, of opleiding te bieden. Daarmee werd ingezet op een activerende aanpak die gebaseerd is op nauwe samenwerking tussen de persoon zelf, de adviserend arts en bij werknemers ook de preventieadviseur-arbeidsarts en de werkgever. Meestal komt het bij werknemers niet tot een formeel traject omdat voor een informele aanpak wordt gekozen. Bovendien worden enkel de formele trajecten systematisch gemonitord, waardoor de meeste re-integratietrajecten onder de radar blijven. Voor deze groep toont onderzoek dat ruim 40% na afloop van het traject opnieuw aan het werk is, al is dat meestal wel bij een andere werkgever.

De federale overheid zal de activerende aanpak de komende jaren verder versterken via het aangekondigde “terug naar werk”-plan. Ook de huidige re-integratietrajecten zullen worden geëvalueerd zodat waar nodig kan worden bijgestuurd.

Ook op het regionaal niveau kan nog veel vooruitgang geboekt worden

Voor de re-integratietrajecten van personen zonder arbeidsovereenkomst zijn de regio's aan zet. Op dat niveau zien we echter grote verschillen tussen de ambities van de Vlaamse, Brusselse en Waalse regering en de bemiddelingsdiensten die in de regio's actief zijn. Terwijl Vlaanderen de voorbije jaren een versnelling hoger schakelde om de doelgroep van (langdurig) zieken te activeren, is er in Brussel en Wallonië nauwelijks aandacht voor de activering van deze doelgroep. De gepercipieerde urgentie van de thematiek lijkt onlosmakelijk verbonden te zijn met de krapte op de arbeidsmarkt, die bedrijven ertoe aanzet om ook atypische profielen te rekruteren.

Binnen de raamovereenkomst die VDAB afsloot met het RIZIV, GTB en de mutualiteiten, zijn momenteel 5.000 re-integratietrajecten op jaarbasis voorzien. Ondanks de groeiende groep langdurig arbeidsongeschikten, raakten deze trajecten in 2020 niet ingevuld. Dit illustreert dat het niet volstaat om een begeleidingsaanbod te voorzien: ook de toeleiding is cruciaal. In dit kader wordt veel verwacht van het 'Actieplan re-integratie langdurig zieken' om de doelgroep te bereiken en op maat te bemiddelen. Samenwerking tussen de betrokken actoren wordt daarbij als een belangrijke succesfactor beschouwd.



De overheidsuitgaven voor arbeidsongeschiktheid in Europa worden nog steeds gedomineerd door ‘passieve’ uitkeringen in plaats van investeringen in activering en beroepsrevalidatie of ‘actieve’ uitgaven. Er is echter wel een evolutie aan de gang van passieve naar actieve maatregelen in de meeste landen in Europa.

Deze focus op actief beleid komt duidelijk naar voor in bijvoorbeeld Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. In deze landen is de rol van de werkgever bij de activering, bijvoorbeeld in het re-integratieproces, erg belangrijk. In Nederland bijvoorbeeld is de werkgever verantwoordelijk voor het opstarten en 2 jaar begeleiden van het re-integratietraject, en ook in Duitsland moeten werkgevers al na 6 weken van ziekte ingrijpen. Ook tonen deze landen aan dat er verschillende mogelijkheden zijn om de resterende arbeidscapaciteit van een persoon in te schatten, bijvoorbeeld aandacht hebben voor de mogelijke competenties van de arbeidsongeschikte i.p.v. enkel de reeds uitgeoefende jobs en/of behaalde diploma's.

6.2. 9 aanbevelingen voor een duurzame activering van langdurig zieken

De hierboven vermelde conclusies bieden belangrijke aanknopingspunten voor het beleid gericht op de activering van arbeidsongeschikten in België. In deze afsluitende sectie vertalen we de inzichten uit deze studie naar concrete aanbevelingen. Onderstaande figuur biedt een overzicht van de negen aanbevelingen, die we ontwikkelden op basis van de resultaten uit de vorige hoofdstukken. Elke aanbeveling wordt vervolgens verder toegelicht.

 Ambitieuzer beleid voor arbeidsongeschikten vanuit concrete doelstellingen	 Vangnet voorzien aan vraag- en aanbodzijde	 Evolutie van 'arbeidsongeschikt' naar 'arbeidspotentieel'
 Beter voorkomen dan genezen: investeren in preventie & werkbaar werk	 Vroeg begonnen is half gewonnen	 Sleutelrol voor werkgevers
 Maatwerk via netwerk van gespecialiseerde partners	 HR-dienstverleners als hefboom	 Investeren in monitoring

De groeiende groep langdurig arbeidsongeschikten gaat gepaard met een grote persoonlijke, maatschappelijke en economische kost. Nu de invaliditeitsuitkeringen zelfs al enkele jaren zwaarder wegen op de overheidsuitgaven dan de werkloosheidsuitkeringen, is het hoog tijd om actie te ondernemen. De eerste stappen zijn gezet met de invoering van de re-integratietrajecten en, meer recent, het “terug naar werk”-plan. De ambitie moet echter hoger liggen gegeven de omvang van de groeiende groep langdurig arbeidsongeschikten, en dit zowel op federaal als regionaal niveau. Het volstaat daarbij niet om het thema hoog op de beleidsagenda te plaatsen: er is nood aan **gemeenschappelijke doelstellingen** vanuit een gedeelde visie waar alle betrokken actoren achter staan.

Wanneer duidelijk is waar de ambitie ligt, moeten **alle actoren geresponsabiliseerd** worden om de nodige acties te ondernemen. We denken daarbij concreet aan artsen, mutualiteiten, verzekeraars, preventieadviseurs, werkgevers, vakbonden, arbeidsbemiddelaars, middenveldorganisaties, etc. Het volstaat daarbij niet om enkel vanuit de eigen verantwoordelijkheden te denken: onderlinge afstemming is minstens zo belangrijk. De omvang van de uitdaging waarvoor we staan, vraagt immers om gezamenlijke, elkaar versterkende inspanningen om het tij te keren. Dat is cruciaal aangezien de groeiende groep van langdurig arbeidsongeschikten een rem zet op de ambitie om een werkzaamheidsgraad van 80% te realiseren.

De belangrijkste doelstelling is kwalitatief van aard, nl. iedereen de nodige begeleiding aanbieden met focus op re-integratie en idealiter ook aandacht voor gespecialiseerde dienstverlening van arbeidsmarktexperten. De resultaten van deze studie tonen dat de kost van dergelijke begeleiding geen drempel vormt om ze aan te bieden aan iedereen die instroomt in het statuut van langdurige arbeidsongeschiktheid. In lijn met evoluties op Europees niveau, is het aangewezen om de ingezette evolutie naar een meer **activerend beleid** door te zetten en af te stappen van een overwegend passief arbeidsmarktbeleid. Een activerend beleid met de nodige begeleiding kan de langdurige arbeidsongeschikte het nodige vertrouwen geven dat terug aan het werk gaan een positief verhaal kan zijn en zorgt meer algemeen voor een cultuurverandering die bijdraagt tot een meer inclusieve arbeidsmarkt. Dergelijke inclusieve aanpak waarbij niemand uit de boot valt (die dus sluitend is) zal de komende jaren alsmear belangrijker worden in tijden van toenemende krapte.

Vangnet voorzien aan vraag- en aanbodzijde

Het huidige systeem bevat aanzienlijke drempels voor de re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten. Buitenlandse voorbeelden illustreren het belang van anticiperen op mogelijke **financiële drempels**. Aan de aanbodzijde wordt in deze context vaak de aandacht gevestigd op de nood aan inkomenszekerheid en de vrees om niet langer recht te hebben op een uitkering wanneer men stappen naar werk zet. Financiële drempels spelen echter ook een belangrijke rol aan de vraagzijde. Een sluitend beleid dient daarom een financieel vangnet te voorzien voor werkgevers én voor langdurig arbeidsongeschikten die opnieuw stappen naar werk zetten.

- ▶ Aan de **aanbodzijde** is het aangewezen om werken altijd te laten lonen, en bijvoorbeeld meer mogelijkheden te creëren om loon en uitkering te combineren. Voorgaand onderzoek wees ook op het potentieel van deeltijds ziekteverlof.
- ▶ Aan de **vraagzijde** vrezen werkgevers gewaarborgd loon te moeten betalen na aanwerving van iemand die terugkeert uit langdurige arbeidsongeschiktheid en terug hervalt. Vrijstelling van deze verplichting of het voorzien van een tussenkomst bij hervat op korte termijn (zoals in Nederland) zou werkgevers bijgevolg kunnen overtuigen om personen uit de doelgroep aan te werven.

Het huidige systeem van gedeeltelijke werkhervatting (ook wel progressieve tewerkstelling genoemd) biedt zowel personen die de eerste stappen naar werk zetten vanuit ziekte, als hun werkgever een



financieel opvangnet. Enerzijds door personen te laten terugvallen op hun uitkering indien ze hervallen, en anderzijds door werkgevers vrij te stellen van gewaarborgd loon. Voorgaand onderzoek toont echter dat deze maatregel nog onvoldoende bekend is en als complex ervaren wordt. Idealiter worden de huidige mogelijkheden meer bekend gemaakt en verder uitgebreid om de drempel zoveel mogelijk te verlagen.

Evolutie van 'arbeidsongeschikt' naar 'arbeidspotentieel'

Hoewel we bij gebrek aan alternatief en voor de duidelijkheid van het rapport consequent het woord 'arbeidsongeschikt' hebben gebruikt, kunnen we niet voorbijgaan aan de vaak negatieve bijklank die activering van langdurig arbeidsongeschikten vaak heeft. Vooral de gehanteerde procedures en terminologie (denk bijvoorbeeld aan 'arbeidsongeschiktheid' en 'restcapaciteit') dragen daartoe bij. 'Arbeidsongeschikte' schrijft iemand (deels) af voor de arbeidsmarkt, waardoor de beperkingen in de verf gezet worden en wordt benadrukt dat de persoon een zwakkere positie heeft op de arbeidsmarkt. Zowel onderzoek in Vlaanderen als buitenlandse voorbeelden benadrukken echter dat iemands arbeidsongeschiktheid voor bepaalde taken niet betekent dat die persoon niet meer in staat is om andere taken uit te voeren. Het is daarom aangewezen om te [denken vanuit iemands mogelijkheden](#) i.p.v. beperkingen, zoals dat reeds gebeurt in het Verenigd Koninkrijk via de '*fit note*'. Naast een medische diagnose is ook een betrouwbare beoordeling nodig van de inzetbaarheid op de arbeidsmarkt om na te gaan op welke manier men een waardevolle bijdrage kan leveren met de competenties waarover men beschikt. Daarom is het aangewezen om het activeringsbeleid voor personen die terugkeren uit ziekte, te verankeren in het competentiegericht arbeidsmarktbeleid, waarop steeds meer wordt ingezet.

Beter voorkomen dan genezen: investeren in preventief beleid en werkbaar werk

Om de aanhoudende trend van een stijgend aandeel langdurig arbeidsongeschikten structureel te doorbreken, is het cruciaal om het probleem bij de wortel aan te pakken. Wanneer onvoldoende ingezet wordt op preventie en de instroom in het statuut van arbeidsongeschiktheid niet teruggedrongen wordt, zal de geobserveerde toename van arbeidsongeschikten zich ook de komende jaren verderzetten. Hoewel niet alle aandoeningen kunnen worden voorkomen, tonen de cijfers een aantal interessante zaken waarop kan worden ingegrepen:

- ▶ De grootste en groeiende groep arbeidsongeschikten leidt aan mentale en psychische aandoeningen, waaronder burn-out, en musculoskeletale aandoeningen, waaronder nek- en rugletsels. Investeren in [werkbaar werk](#) en aanpassingen van de werkpost door werkgevers kunnen ertoe bijdragen om een deel van deze aandoeningen te vermijden, net als het integreren van preventieve acties in het HR-beleid (vb. aandacht voor signalen van burn-out). Daarnaast is ook responsabilisering van werknemers en hun omgeving belangrijk om werk en gezin op een evenwichtige manier te combineren, maar ook om alarmerende signalen te herkennen en tijdig actie te ondernemen om het risico op langdurige arbeidsongeschiktheid zoveel mogelijk te beperken.
- ▶ Een aantal groepen blijken oververtegenwoordigd te zijn in de groep arbeidsongeschikten, nl. [vrouwen](#), [arbeiders](#) en [55-plussers](#). Een preventief beleid zou kunnen inzetten op het beter combineerbaar maken van werk- en zorgtaken. Ook doorheen de volledige loopbaan investeren in opleiding en competentieversterking via on-the-job coaching, jobrotatie, etc. past binnen een preventief beleid. Het reduceert immers het risico op verouderde vaardigheden en vergroot de inzetbaarheid van personen. Bovendien dragen positieve leerervaringen bij tot het geloof in eigen kunnen om zich om- of bij te scholen wanneer het fysiek of mentaal niet langer mogelijk is om de huidige job uit te oefenen.



Een preventief beleid dient te worden gecombineerd met een [reactief beleid](#) dat kort op de bal speelt: voorbeelden uit het buitenland tonen het belang van een snelle focus op werk in het herstelproces. Zowel in Nederland als Duitsland blijkt een snelle opstart van het re-integratietraject, met daarin een centrale rol voor de werkgever (cf. infra), bijzonder succesvol. Dit model kan ook naar de Belgische context vertaald worden door de medische behandeling en de arbeidsbemiddeling niet als sequentiële processen te beschouwen (dus niet ‘eerst genezen, dan werken’).

Voorgaand onderzoek en de buitenlandse voorbeelden benadrukken dat het belangrijk is om tijdens de behandeling in de ziekteperiode al aandacht te hebben voor re-integratie en de zoektocht naar werk. Zo kunnen langdurig zieken voeling houden met werk en blijft de afstand tot de arbeidsmarkt beperkt. Naast medische expertise dient daarom ook arbeidsmarktexpertise ingebed te zijn in het herstel- en re-integratieproces. Vandaag ligt de focus echter nog overwegend op het medische aspect, hoewel onderzoek aantoont dat het belangrijk is om ook door te verwijzen naar gespecialiseerde dienstverlening van arbeidsmarktexperten (vb. De Coen et al., 2021; Godderis, 2017, 2019). Een belangrijk argument in deze context is dat betaald of onbetaald werk⁴⁶ voor velen bijdraagt tot het herstelproces. Het zorgt bijvoorbeeld voor sociaal contact en structuur in de dagelijkse routine. Bovendien helpt het om zich nuttig en gewaardeerd te voelen, en om meer controle te hebben over de eigen situatie. Dergelijke voordelen mogen niet onderschat worden. Samen met de financiële voordelen verklaren deze argumenten waarom langdurig arbeidsongeschikten zich vaak zeer gemotiveerd tonen om stappen naar werk te zetten wanneer ze daarvoor groen licht krijgen van hun arts(en).

Sleutelrol voor werkgevers

Zoals eerder vermeld, is preventief beleid een gedeelde verantwoordelijkheid van werknemers en werkgevers. Werkgevers nemen echter ook een sleutelrol op bij de (her)tewerkstelling van personen die terugkeren uit arbeidsongeschiktheid. Buitenlandse voorbeelden bevestigen immers het belang van een [actieve rol van werkgevers bij de re-integratie van arbeidsongeschikten](#). Enerzijds om passend werk te vinden binnen of buiten de organisatie. Anderzijds om personen die terugkeren uit ziekte een kans te geven en vooral te kijken naar wat ze kunnen betekenen voor de arbeidsmarkt. Daarbij wordt benadrukt dat de rol van de werkgever niet stopt tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid: in Duitsland start het re-integratieplan bijvoorbeeld na de periode van gewaarborgd loon (dus na enkele weken i.p.v. na enkele maanden in België). Werkgevers worden zowel in Duitsland als in Nederland als belangrijke partners beschouwd om langdurige arbeidsongeschiktheid te vermijden en de re-integratie op de arbeidsmarkt te faciliteren.

Het vergt van werkgevers wel heel wat expertise om personen die terugkeren uit arbeidsongeschiktheid te begeleiden en – indien mogelijk – een duurzame loopbaan te laten uitbouwen binnen de organisatie. Het opbouwen van die expertise is niet evident: er zijn immers heel wat actoren betrokken bij de re-integratie van arbeidsongeschikten en de groep is bijzonder heterogeen, waardoor elke individuele situatie anders is en maatwerk vraagt. Dat maakt het voor werkgevers bijzonder complex om in te schatten wat de meest aangewezen actie is en welke ondersteuning daarvoor beschikbaar is, zowel bij gespecialiseerde organisaties als qua steunmaatregelen. Vooral kmo's dreigen op drempels te botsen aangezien zij doorgaans niet ondersteund worden door een HR-afdeling en over minder middelen beschikken om de werkomgeving aan te passen of werknemers om te scholen, maar ook omdat er minder mogelijkheden zijn voor ander of aangepast werk binnen de onderneming.

Kwaliteitsvolle, doelgerichte ondersteuning van werkgevers is dan ook cruciaal om alle arbeidsongeschikten een gelijke kans op re-integratie te bieden. Die ondersteuning kan financieel zijn

⁴⁶ Bijvoorbeeld via stages, vrijwilligerswerk, etc.



om werkgevers een ‘vangnet’ te bieden (cf. supra) en te helpen bij investeringen, maar begeleiding en expertisedeling is minstens zo belangrijk, zoals ook voorgaand onderzoek uitwees.

Maatwerk via netwerk van gespecialiseerde partners die vertrouwd zijn met de doelgroep

Een belangrijke les uit de Duitse case is het gebruik van een **holistische aanpak** door niet alleen te focussen op het medisch aspect, maar de volledige persoonlijke situatie van arbeidsongeschikten in kaart te brengen. Door rekening te houden met de gezinssituatie, werksituatie, etc. en verder te bouwen op de persoonlijke sterktes, blijkt de kans op hertewerkstelling te vergroten. Dit vergt enerzijds gespecialiseerde adviseurs/bemiddeling. Anderzijds wordt ingezet op een combinatie van individuele en collectieve begeleiding: via individuele begeleiding kan worden ingespeeld op de persoonlijke situatie, terwijl collectieve begeleiding helpt om de eigen situatie beter te begrijpen en beter zicht te krijgen op de professionele mogelijkheden door contact met personen in een gelijkaardige situatie.

Idealiter kan dergelijke dienstverlening worden aangeboden aan alle arbeidsongeschikten die er klaar voor zijn om terug te keren naar de arbeidsmarkt. Dat vergt echter een voldoende groot en kwalitatief aanbod. Om dat te kunnen voorzien, is het aangewezen dat **publieke en private organisaties** de krachten bundelen en elk vanuit hun eigen sterkte handelen. Zo kan ook een breder bereik gerealiseerd worden. VDAB zag het aantal re-integratietrajecten de voorbije jaren bijvoorbeeld groeien, maar bereikt nog steeds disproportioneel weinig 55-plussers en hooggeschoolden. Een partnerschap met VDAB en zijn gespecialiseerde partners zorgt er eveneens voor dat private arbeidsbemiddelaars beter op de hoogte zijn van bv. de steunmaatregelen die VDAB samen met zijn gespecialiseerde partners ter beschikking stelt voor de re-integratie van arbeidsongeschikten⁴⁷. Deze voorbeelden illustreren het potentieel van publiek-private samenwerking om succesvolle praktijken uit het buitenland te kunnen vertalen naar de Belgische context. Om dit potentieel ten volle te benutten, zijn voldoende investeringen nodig in bemiddeling, opleiding en begeleiding van arbeidsongeschikten om snel en efficiënt te handelen en zo de stijgende kost van arbeidsongeschiktheid in België te doorbreken. Zoals eerder aangegeven, blijkt uit onze analyse dat de kosten van dergelijke begeleiding verwaarloosbaar zijn in verhouding tot de tewerkstellingskansen die eruit voortvloeien.

HR-dienstverleners als hefboom

De toenemende krapte op de arbeidsmarkt maakt dat elk talent benut moet worden. Ook arbeidskrachten die door ziekte zijn uitgevallen en opnieuw aan de slag gaan, moeten daarvoor alle kansen krijgen. HR-dienstverleners hebben vandaag reeds de expertise en ervaring om een kwaliteitsvolle ondersteuning te bieden voor de (her)tewerkstelling van arbeidsongeschikten bij (potentiële) werkgevers. Om werkgevers hierin te ondersteunen, tonen HR-dienstverleners steeds meer interesse en bereidheid om hun dienstverlening uit te breiden. Dit vraagt van HR-dienstverleners een aanzienlijke inspanning om de expertise die vandaag reeds bestaat verder uit te bouwen en te professionaliseren en een extern netwerk van gespecialiseerde partners uit te bouwen om gericht door te verwijzen.

De re-integratie van arbeidsongeschikten is een complexe materie, waarmee werkgevers vaak slechts beperkt vertrouwd zijn. HR-dienstverleners kunnen organisaties in dit proces ontzorgen en een belangrijke schakel zijn in re-integratietrajecten binnen de eigen organisatie of bij een andere werkgever. Duurzame hertewerkstelling van werknemers die langdurig arbeidsongeschikt zijn, zou een essentieel onderdeel moeten zijn van een professioneel HR-beleid. HR-dienstverleners kunnen in dit verhaal een hefboom zijn om ervoor te zorgen dat elk onderneming een beroep kan doen op de nodige

⁴⁷ We denken hierbij concreet aan het stelsel van gedeeltelijke werkhervatting/progressieve tewerkstelling, maar ook aan aanpassingen op de werkvloer, tussenkomst tolken, Vlaamse gebarentaal, schrijf-en/of oraaltolken, tussenkomst in vervoersonkosten, de Vlaamse ondersteuningspremie (VOP).



expertise, begeleiding en ondersteuning via hun dienstverlening of via het gespecialiseerde netwerk. Zo kunnen HR-dienstverleners de drempel verlagen voor andere ondernemingen om een meer inclusief beleid te voeren met de juiste begeleiding voor zowel de organisatie zelf als de betrokken werknemer om passend werk te vinden in de eigen organisatie of bij een andere werkgever. Bovendien helpt dergelijke meer gecentraliseerde dienstverlening te garanderen dat ondernemingen op de hoogte blijven van recente evoluties, nieuwe steunmaatregelen en veranderde regelgeving.

Tot slot kunnen HR-dienstverleners ook een ambassadeursrol opnemen door de verworven expertise toe te passen in de eigen organisatie en zelf een meer inclusief arbeidsmarktbeleid te voeren. Door de daad bij het woord te voegen, kunnen ze een voortrekkersrol opnemen en andere ondernemingen inspireren via positieve ervaringen. Bovendien kunnen negatieve ervaringen helpen om mogelijke drempels bij werkgevers te identificeren en daarop te anticiperen bij de re-integratie van arbeidsongeschikten.

Investeren in monitoring

Naast de formele re-integratietrajecten voor werknemers zijn er ook informele trajecten voor personen met een arbeidsovereenkomst en sociaal-professionele re-integratie voor arbeidsongeschikten zonder arbeidsovereenkomst. Hoewel de formele trajecten systematisch opgevolgd worden, vormen ze slechts een minderheid van de trajecten. De meeste trajecten vormen bijgevolg nog een blinde vlek, en dit zowel qua kwaliteit als kwantiteit. Vermoedelijk zijn er grote verschillen waarneembaar, o.a. volgens regio en bedrijfsgrootte, maar er is nood aan een correct beeld van de re-integratietrajecten om een onderbouwd activeringsbeleid te kunnen voeren en waar nodig bij te sturen. Het algemeen aanvoelen is dat er al veel beweegt binnen ondernemingen, maar dat de meeste inspanningen onder de radar blijven. Het is ook onduidelijk waar, en in welke mate, er een 'warme overdracht' is tussen organisaties via een 'werk-naar-werk-transitie'. Daarom is het aangewezen om de **trajecten systematisch en centraal te monitoren**. Zo kunnen evoluties gecapteerd worden en aandachtspunten worden benoemd om gericht actie te kunnen ondernemen en de komende jaren vooruitgang te boeken voor de re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten.





B.1 / Bijlage 1: Bibliografie

- ▶ Boets, I., Godderis, L. (2020). Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk. KU Leuven.
- ▶ De Coen, A., Goffin, K., Carpentier, M., Valsamis, D. & Van der Beken, W. (2021). 'Re-integratie van langdurig zieken via uitzendwerk'. Een studie van IDEA Consult in opdracht van de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB).
- ▶ De Coninck, Annelies ; De Wispelaere, Frederic ; Pacolet, Jozef ; Lamberts, Miet HIVA. Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving, (2016), Activering uit arbeidsongeschiktheid: hoe de dubbele handicap overwonnen wordt. Maatschappelijke doelmatigheid in haar sociale en economische aspecten, VIONA-onderzoeksprogramma
- ▶ Denys, J. (2021). 'België is ziek'. Website: <https://www.randstad.be/nl/over-ons/nieuws/belgie-ziek/>
- ▶ Godderis, L. (2017). Werken is genezen: Over de bijwerkingen van het doktersbriefje. Leuven: LannooCampus 2017.
- ▶ Godderis, L. (2019). Re-integratie: keer je terug of de rug naar het werk? Over.Werk. Tijdschrift van het Steunpunt Werk, 29(1), 87-92. Steunpunt Werk / Uitgeverij Acco.
- ▶ McVicar, D., Wilkins, R., & Ziebarth, N. R. (2016). Four decades of disability benefit policies and the rise and fall of disability reciprocity rates in five OECD countries. Unpublished Pre-print). Website: https://www.human.cornell.edu/sites/default/files/PAM/people/nrz2/The-rise-and-fall-of-disability-reciprocity-rates-in-five-OECD-countries_v11-clean.pdf
- ▶ OECD (2010), Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>.
- ▶ OECD (2018). Key policies to promote longer working lives. Country note 2007 to 2017. Luxembourg. Website: https://www.oecd.org/els/emp/Luxembourg_Key%20Policies_Final.pdf
- ▶ OVER.WERK, 2019, Re-integratie: keer je terug of de rug naar het werk?
- ▶ RIZIV (2018). Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden werknemersregeling en regeling voor zelfstandigen (2007-2016). Brussel.; RIZIV (2017). Statistieken over de invaliditeit van werknemers en werklozen in 2017. Brussel.
- ▶ Scharle, A. & Csillag, M. (2017). Disability and labour market integration. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (European Commission). <https://doi.org/10.2767/26386>
- ▶ Vansteenkiste, S., Sourbron, M., Scholiers, B., Van Onacker, E., De Graeve, P., De Smet, R. (2019). Een inclusieve benadering van het arbeidspotentieel van de Vlaamse bevolking op basis van enquête- en administratieve data (Werk.rapport 2019 nr. 01). Leuven: Steunpunt Werk.
- ▶ Van Haeren, A., (2018). Bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op de arbeidsreintegratie van langdurig zieken. Antwerpen.; Veelaert, L., Vanroelen, C., Vanhaeren, A., Vermoote, S. (2018). Waarom stijgt het aantal langdurig zieke werknemers?: Focusgroepenonderzoek naar maatschappelijk factoren.
- ▶ Van Echtelt, P. (2010). Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

B.2 / Bijlage 2 : Extra tabellen en figuren

Tabel 6. Evolutie van het aantal werkenden voor één langdurig arbeidsongeschikte (invaliden) tussen 2008 en 2020 in België

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal	17,4	16,4	15,9	15,3	14,6	13,9	13,9	12,9	12,3	12,0	11,6	11,1	10,6

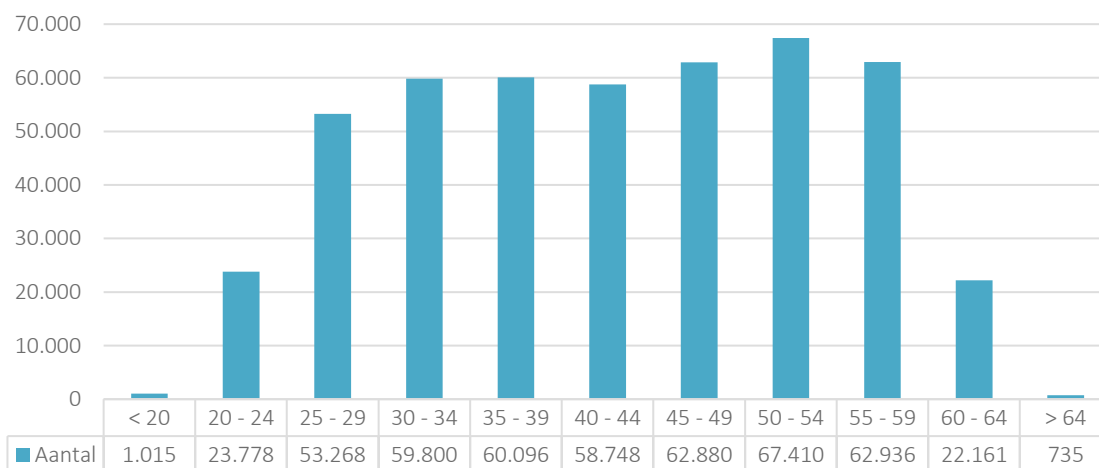
Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

Tabel 7. Evolutie van het aantal werklozen voor één langdurig arbeidsongeschikte (invaliden) tussen 2008 en 2020 in België

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal	1,26	1,37	1,38	1,14	1,16	1,25	1,18	1,10	0,96	0,84	0,67	0,59	0,57

Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data en gegevens van Steunpunt WSE

Figuur 32. Aantal werknemers, werklozen en zelfstandigen in primaire arbeidsongeschiktheid, per leeftijdsklasse (2019)



Bron: Idea Consult op basis van RIZIV-data

Tabel 8. De langdurig arbeidsongeschikten per ziektegroep (2014-2016)

Ziektegroep	2014	2015	2016
5 Psychische stoornissen	36,48%	36,85%	36,88%
13 Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	31,56%	32,30%	32,34%
6 Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	6,39%	6,33%	6,47%
2 Gezwollen	6,81%	6,61%	6,32%
7 Ziekten van het hart vaatstelsel	7,12%	6,73%	6,26%
17 Ongevalsletsels en vergiftigingen	6,19%	6,01%	5,56%
9 Ziekten van het spijsverteringsstelsel	2,45%	2,35%	2,21%
3 Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	0,32%	2,03%	1,97%
8 Ziekten van de ademhalingswegen	1,96%	1,86%	1,76%
16 Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	1,79%	1,71%	1,65%
Niet bepaald	0,35%	0,33%	1,43%
10 Ziekten van het urogenitaal systeem	0,86%	0,84%	0,80%
1 Besmettelijke en parasitaire ziekten	0,84%	0,82%	0,78%
12 Ziekten van de huid en de celweefsels	0,56%	0,54%	0,52%
14 Congenitale afwijkingen	0,54%	0,53%	0,51%

4 Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	0,19%	0,19%	0,18%
11 Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	0,18%	0,18%	0,14%
15 Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	0,01%	0,01%	0,01%

Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

Tabel 9. De langdurig arbeidsongeschikten per ziektegroep (2014-2016), absolute aantallen

Ziektegroep	2014	2015	2016
1 Besmettelijke en parasitaire ziekten	2 712	2 840	2 864
2 Gezwollen	21 903	22 922	23 145
3 Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	1 025	7 058	7 219
4 Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	604	654	671
5 Psychische stoornissen	117 303	127 860	135 081
6 Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	20 550	21 971	23 716
7 Ziekten van het hartvaatstelsel	22 908	23 344	22 919
8 Ziekten van de ademhalingswegen	6 311	6 460	6 464
9 Ziekten van het spijsverteringsstelsel	7 875	8 166	8 091
10 Ziekten van het urogenitaalsysteem	2 768	2 928	2 924
11 Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	567	611	509
12 Ziekten van de huid en de celweefsels	1 801	1 882	1 914
13 Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	101 480	112 064	118 472
14 Congenitale afwijkingen	1 749	1 846	1 876
15 Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	25	33	52
16 Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	5 754	5 947	6 040
17 Ongevalsletsels en vergiftigingen	19 900	20 839	20 349
Onbepaald	1 130	1 150	5 237
Totaal	321 573	346 971	366 293

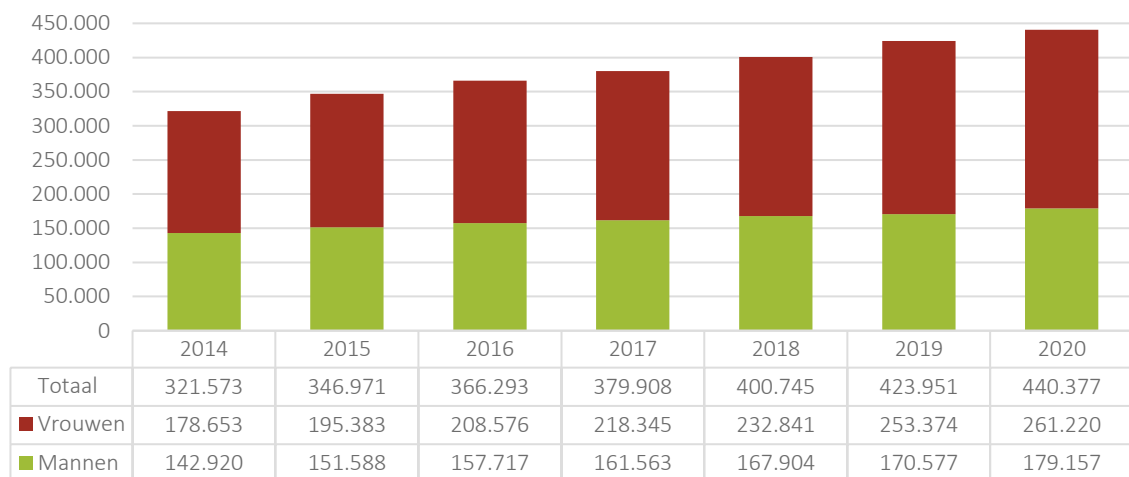
Tabel 10. De langdurig arbeidsongeschikten per ziektegroep (2018-2020), absolute aantallen, met nieuwe terminologie

Ziektegroep	2017	2018	2019	2020
1 Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	2 088	2 074	2 143	2 167
2 Nieuwvormingen	23 319	24 467	25 433	25 907
3 Ziekten van bloed en bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen van immuunsysteem	1 308	1 390	1 457	1 526
4 Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	6 977	6 965	6 957	6 832
5 Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	141 963	151 185	160 138	170 224
6 Ziekten van zenuwstelsel	22 448	23 954	25 279	26 438
7 Ziekten van oog en adnexen	2 338	2 459	2 571	2 642
8 Ziekten van oor en processus mastoideus	1 069	1 165	1 262	1 319
9 Ziekten van hart en vaatstelsel	22 519	23 031	23 583	23 802
10 Ziekten van ademhalingsstelsel	6 416	6 330	6 347	6 321
11 Ziekten van spijsverteringsstelsel	8 099	8 141	8 258	8 309
12 Ziekten van huid en subcutis	1 992	2 060	2 170	2 227
13 Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	123 916	132 355	140 599	149 582
14 Ziekten van urogenitaal stelsel	2 826	2 862	2 880	2 909
15 Zwangerschap, bevalling en kraambed	422	408	458	507
16 Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode	56	75	70	76
17 Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen	2 125	2 322	2 499	2 635
18 Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, niet elders geclassificeerd	6 241	6 462	6 724	7 005



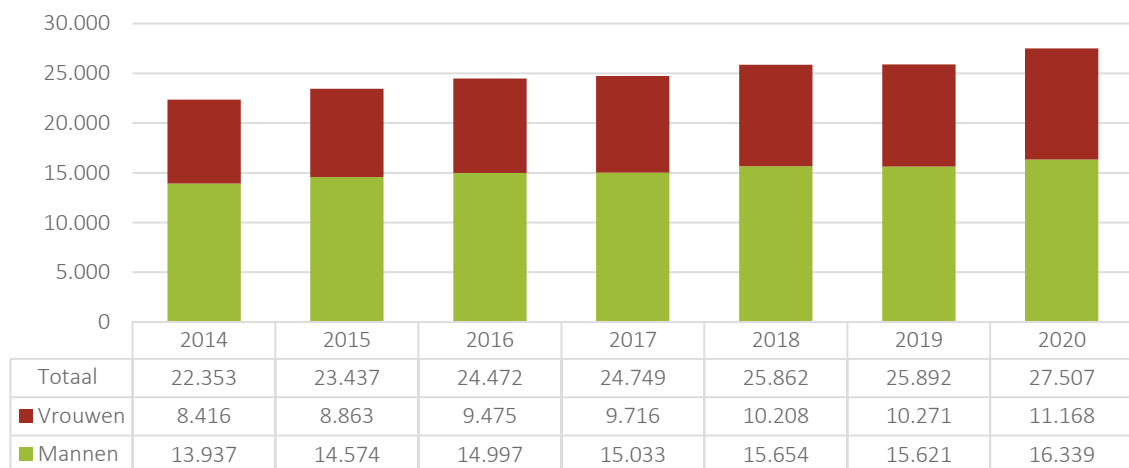
19	Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	21 378	21 905	22 452	23 448
20	Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte	120	181	210	249
21	Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg	3 787	4 869	4 320	4 660
99	Onbekend	3 250	1 947	2 057	2 255
	Totaal	404 657	426 607	447 867	471 040

Figuur 33. Aantal werknemers, werklozen in langdurige arbeidsongeschiktheid per geslacht, 2014-2020



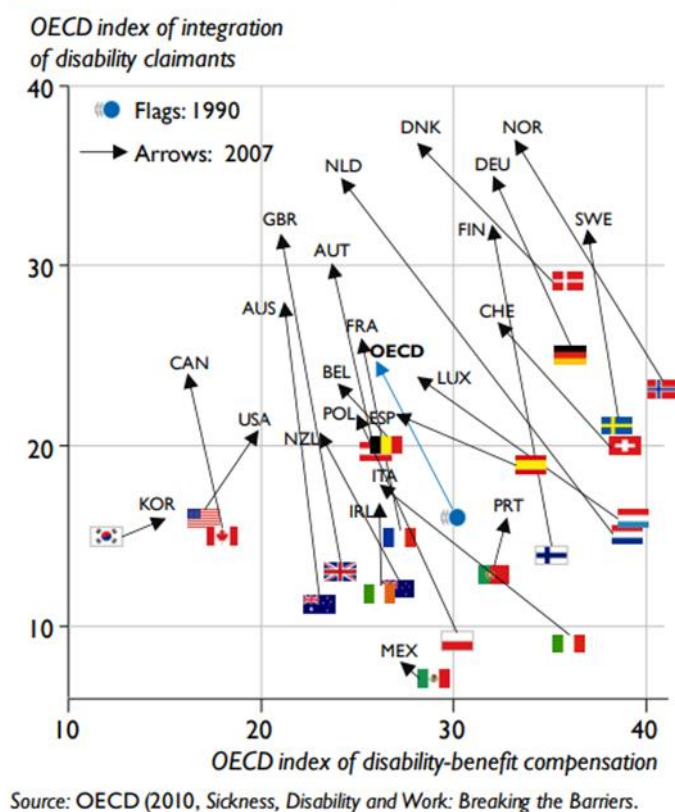
Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

Figuur 34. Aantal zelfstandigen in langdurige arbeidsongeschiktheid per geslacht, 2014-2020



Bron: IDEA Consult op basis van RIZIV-data

Figuur 35. Evolutie in beleid voor langdurig arbeidsongeschikten in Europese landen, passief versus actief, 1990-2007



Bron: (OECD, 2010).

Tabel 11. Parameters en berekeningen indirecte kosten langdurige arbeidsongeschiktheid (2015-2019)

	Categorie	2015	2016	2017	2018	2019	Bron
Gemiddelde maandelijks directe belastingen voor invaliden	Aantal invaliden	370 408	390 765	404 657	426 607	439 572	RIZIV
	% arbeiders	72,5%	70,0%	67,1%	67,7%	67,7%	RIZIV
	% bedienden	27,5%	30,0%	32,9%	32,3%	32,3%	RIZIV
	Gemiddeld daguitkering invaliditeit arbeiders	43,3	44,1	44,9	46,2	46,8	RIZIV
	Gemiddeld daguitkering invaliditeit bedienden	43,3	44,0	44,7	46,4	47,0	RIZIV
	Gemiddeld maanduitkering invaliditeit arbeiders	1038	1058	1078	1109	1122	RIZIV
	Gemiddeld maanduitkering invaliditeit bedienden	1040	1057	1074	1114	1127	RIZIV
	Bedrijfsvoorziening op invaliditeitsuitkering	0%	0%	0%	0%	0%	RIZIV
	Gemiddelde maandelijks directe belastingen voor invaliden	0	0	0	0	0	Berekening
Gemiddelde maandelijks directe belastingen voor werknemers	Gemiddeld maandloon werknemer	3 445	3 489	3 558	3 627	3 758	STATBEL
	Percentage werkgeversbijdrage voor bedienden	32,43%	30%	30%	25,0%	25,0%	Fiscale gegevens
	Percentage werkgeversbijdrage voor arbeiders	38,08%	35,65%	35,65%	30,6%	30,6%	Fiscale gegevens
	Percentage werknemersbijdrage voor gemiddelde inkomens	13,1%	13,1%	13,1%	13,1%	13,1%	Fiscale gegevens
	Percentage belastingen voor gemiddelde inkomens	28,19%	27,66%	27,22%	27,0%	26,6%	OECD Taxing Wages
	Brutoloon arbeiders	108,0%	108,0%	108,0%	108,0%	108,0%	Fiscale gegevens
	Gemiddelde maandelijks directe belastingen voor bedienden	2 539	2 468	2 501	2 360	2 428	Berekening
	Gemiddelde maandelijks directe belastingen voor arbeiders	2 874	2 801	2 841	2 689	2 769	Berekening
	Gemiddelde maandelijks directe belastingen voor werkenden	2 782	2 701	2 729	2 583	2 659	Berekening
	Gemiddelde jaarlijkse directe belastingen voor werkende	33 382	32 412	32 746	30 993	31 909	Berekening
	Totale jaarlijkse gedeelde inkomens voor directe belastingen voor invaliden	12 364 828 294	12 665 606 219	13 250 892 891	13 221 667 649	14 026 336 865	Berekening
Verskil in gemiddelde maandelijks indirecte belastingen tussen invaliden en werknemers	Gemiddeld maanduitkering invaliditeit arbeiders	1038	1058	1078	1109	1122	Berekening
	Gemiddeld maanduitkering invaliditeit bedienden	1040	1057	1074	1114	1127	Berekening
	Gemiddelde maandelijks netto-loon arbeiders	1988	2031	2087	2136	2230	Berekening
	Gemiddelde maandelijks netto-loon bedienden	2024	2068	2124	2174	2269	Berekening
	Gemiddelde spaarpercentage	12,5%	12,4%	12,3%	11,7%	12,9%	NBB
	Gemiddelde VAT	14%	14%	14%	14%	14%	OECD taxation data
	Gemiddelde jaarlijkse indirecte belastingen uit consumptie voor invalide arbeiders	1 504	1 535	1 566	1 621	1 619	Berekening
	Gemiddelde jaarlijkse indirecte belastingen uit consumptie voor invalide bedienden	1 507	1 533	1 560	1 629	1 626	Berekening
	Gemiddelde jaarlijkse indirecte belastingen uit consumptie voor werkende arbeiders	2 880	2 947	3 031	3 123	3 216	Berekening
	Gemiddelde jaarlijkse indirecte belastingen uit consumptie voor werkende bedienden	2 932	3 000	3 085	3 178	3 273	Berekening
	Totale jaarlijkse gedeelde inkomens voor indirecte belastingen voor invaliden	514 554 353	558 259 128	600 977 972	647 332 424	709 132 203	Berekening
Totale gedeelde inkomsten uit directe en indirecte belastingen	Totaal	12 879 382 647	13 223 865 347	13 851 870 863	13 869 000 073	14 735 469 069	Berekening

Bron: IDEA Consult

Elk van deze stappen illustreert de samenwerking tussen de betrokken actoren en de wettelijk bepaalde componenten van een formeel re-integratietraject.



Stap 1: Instroom in re-integratietraject

Het re-integratieverzoek kan ingediend worden door:

- De adviserend arts, uiterlijk twee maanden na aangifte van arbeidsongeschiktheid
- De werknemer, via de behandeld arts, preventie-arts of vraag aan de adviserend arts
- De werkgever (na 4 maanden onafgebroken arbeidsongeschiktheid of na ontvangst attest definitieve arbeidsongeschiktheid)

De preventieadviseur-arbeidsarts brengt alle partijen op de hoogte van het re-integratieverzoek.



Stap 2: Re-integratiebeoordeling door preventieadviseur-arbeidsarts

Het re-integratieonderzoek gebeurt door de preventieadviseur-arbeidsarts, op basis van overleg met de werknemer en andere betrokken actoren, en onderzoek van de werkpost.

Na dit re-integratie-onderzoek en overleg maakt de preventieadviseur-arbeidsarts zijn re-integratiebeoordeling op binnen een maximumtermijn van 40 werkdagen na de ontvangst van het re-integratieverzoek en komt hij tot één van de volgende vijf beslissingen:

- De werknemer kan op termijn het overeengekomen werk hervatten en
 - o kan intussen ander of aangepast werk doen – TRAJECT A
 - o kan intussen geen ander of aangepast werk doen – TRAJECT B
- De werknemer is definitief ongeschikt voor het overeengekomen werk⁴⁸ en
 - o kan wel nog ander of aangepast werk doen – TRAJECT C
 - o kan geen ander of aangepast werk doen – TRAJECT D
- Het is om medische redenen (nog) niet opportuun om een re-integratietraject op te starten – TRAJECT E



Stap 3: Re-integratie-overleg

Na het ontvangen van de beslissing van de preventieadviseur-arbeidsarts, stelt de werkgever een re-integratieplan op in overleg met de werknemer en met de preventieadviseur-arbeidsarts, en eventueel ook andere personen die kunnen bijdragen tot het slagen van de re-integratie, zoals bv. de HR-verantwoordelijke voor opleiding.

Na afloop van het overleg zijn er twee mogelijkheden:

- ofwel is er aangepast of ander werk gevonden dat beantwoordt aan de re-integratiebeoordeling van de preventieadviseur-arbeidsarts en aan de mogelijkheden van de werknemer → er wordt een re-integratieplan opgesteld
- ofwel volgt uit het overleg dat er in de onderneming geen mogelijkheden voorhanden zijn voor aangepast of ander werk → er wordt gemotiveerd in een verslag gemotiveerd waarom geen re-integratieplan opgesteld wordt

⁴⁸ Als de werknemer niet akkoord gaat met de beslissing, kan hij hiertegen een beroep instellen bij de inspectie TWW voor trajecten C en D.



Stap 4: Re-integratieplan

Het plan bevat minstens één van volgende maatregelen, waarvan de eventuele progressiviteit in het plan wordt aangegeven (cf. gedeeltelijke werkhervatting):

- Redelijke aanpassingen van de werkpost
- Aangepast werk
- Ander werk binnen de organisatie
- Een opleiding of vorming met het oog op het verwerven van de competenties die moeten toelaten dat de werknemer een aangepast of ander werk kan uitvoeren
- De geldigheidsduur van het re-integratieplan

Van zodra de werkgever het re-integratieplan aan de werknemer heeft overgemaakt, heeft de werknemer 5 werkdagen om het plan te bekijken en er al dan niet mee in te stemmen. Is de werknemer niet akkoord, dan moeten de redenen in het plan vermeld zijn.



Stap 5: Uitvoering/opvolging re-integratieplan

Als de werknemer het voorgelegde re-integratieplan aanvaard heeft, kan het worden uitgevoerd. De preventieadviseur-arbeidsarts zal de uitvoering van het re-integratieplan regelmatig opvolgen, in overleg met werkgever en werknemer. Het plan kan indien nodig worden aangepast.



B.5 / Bijlage 5: Acties uit het Vlaams Actieplan voor re-integratie van zieken

In de Visienota aan de Vlaamse Regering over het Vlaams actieplan re-integratie (langdurig) zieken worden 15 acties naar voren geschoven die re-integratie op korte en op langere termijn moeten vergemakkelijken, evenals preventieve acties.

- ▶ De behandelende en de re-integratiesector werken beter samen
 1. Om de stap naar werk sneller bespreekbaar te maken, maken we de werking van VDAB en partners bij bedrijfsgeneeskundige diensten en de behandelende sector beter bekend.
 2. Om VDAB sneller te betrekken bij het re-integratietraject, zowel bij ontslag als om ontslag om medische reden te voorkomen. Dit vereist een vlotte samenwerking en communicatie tussen de verschillende betrokken stakeholders.
 3. Om meer multidisciplinaire afstemming te realiseren tussen de gezondheidsactoren en de re-integratiesector, zetten we in op innovatieve projecten.
- ▶ De arbeidsongeschikte versterken om de loopbaan terug in handen te nemen
 4. We zetten in op de brede bewustwording dat ziek zijn en werken tot de mogelijkheden behoort en dat er bij VDAB en partners dienstverlening op maat is voorzien om de stap naar werk met begeleiding te zetten.
 5. Als arbeidsmarktregisseur informeert VDAB de betrokkenen met correcte informatie over instrumenten, trajecten, ... en voorziet daarbij juiste doorverwijzing
 6. De tijd die gepaard gaat met de arbeidsongeschiktheid grijpen we (indien mogelijk) aan als een opportuniteit om levenslang te leren en de mogelijkheden op de arbeidsmarkt in kaart te brengen en eventuele heroriëntering in overweging te nemen. In het 'jaar van de opleiding' wordt extra ingezet op de mogelijkheden om competenties te versterken in functie van de mogelijkheden op de arbeidsmarkt.
 7. De begeleiding van arbeidsongeschikten door VDAB en partners wordt geoptimaliseerd zodat de uitstroom naar werk van de doelgroep wordt verhoogd en nog meer op maat van de arbeidsongeschikte kan gebeuren.
- ▶ Ondernemingen ondersteunen om in te zetten op preventie en om werknemer en werkzoekende aangepast te integreren
 8. De specifieke dienstverlening om de terugkeer naar werk op de werkvloer te ondersteunen wordt beter bekend gemaakt. Wat gekend is, zal sneller ingezet worden.
 9. Door meer in te zetten op innovatieve en dynamische vormen van werk, maken we het eenvoudiger om de stap naar werk te zetten of om werk te combineren met ziekte.
 10. Het voorkomen van gezondheidsproblemen die een gevolg kunnen zijn van werkomstandigheden.
- ▶ Verfijning en versnelling van de structurele samenwerking met het Federale niveau
 11. Betere afstemming tussen de bevoegdheden op het Vlaamse en Federale niveau draagt bij tot een gestroomlijnder re-integratieproces
 12. In het re-integratieproces wordt VDAB tijdig en formeel betrokken zodat de begeleiding naar werk vlot en tijdig kan ondersteund worden
 13. Meer arbeidsongeschikten in trajecten naar werk bij VDAB. De instroom naar VDAB wordt verhoogd en een vlotte dienstverlening op maat wordt gegarandeerd. Hierbij zetten we ook in op vlotte en digitale informatie-doorstroom met het oog op een gestroomlijnd en eenvoudig proces;
 14. De financiële onzekerheid en onduidelijkheid die een grote drempel om stappen te zetten naar werk, worden weggewerkt. Dit maakt begeleiding naar werk ook concreter.
 15. Een aanbod van verschillende mogelijkheden om werk te combineren met ziekte zal een boost betekenen om meer mensen (ook al is het maar een paar uren) aan de slag te krijgen.

