

STATISTISCH RAPPORT ARBEIDSONGESCHIKTHEID 2014

Prof. dr. Robert Plasman & Hafsatou Diallo (DULBEA – ULB)
Prof. dr. Jozef Pacolet, Annelies De Coninck & Frederic De Wispelaere
(HIVA–KU LEUVEN)
François Perl, Freddy Vos, Jean Alves, Lutgarde Vanwynsberghe & Saskia
Decuman (RIZIV/INAMI)

Inhoud

Ten geleide	7
- Deel 1 arbeidsmarkt, de onbeschikbaarheid voor de arbeidsmarkt omwille van medische redenen en de verschillende vormen van arbeidsongeschiktheid en handicap -	9
1 De onbeschikbaarheid voor de arbeidsmarkt omwille van medische redenen	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Kerncijfers	11
1.2.1 Evolutie van de populatie arbeidsongeschikten	11
1.2.2 Socio-economische situatie van de bevolking	13
1.3 Methodologie	16
1.3.1 Bronnen	16
1.3.2 Algemene concepten	16
1.3.3 De samenstelling van de cijfers, een kort overzicht ...	17
2 De verschillende vormen van arbeidsongeschiktheid en handicap: de evolutie tussen 2004 en 2013	19
2.1 Inleiding	19
2.2 Primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit	19
2.2.1 In enkele woorden....	19
2.2.2 Kerncijfers	20
2.3 Beroepsziekten	22
2.3.1 In enkele woorden...	22
2.3.2 Kerncijfers ...	22
2.4 Arbeidsongevallen	24
2.4.1 In enkele woorden...	24
2.4.2 Kerncijfers...	24
2.5 Personen met een handicap	26
2.5.1 In enkele woorden ...	26
2.5.2 Kerncijfers ...	26
2.6 Arbeidsongeschiktheid volgens de RVA	28
2.6.1 In enkele woorden ...	28
2.6.2 Kerncijfers ...	28
- DEEL 2 Gepubliceerde studies van het RIZIV -	31
3 Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden – periode 1994-2013	35
3.1 Algemene evolutie van de invaliditeit	35
3.1.1 Algemene evolutie in absolute aantallen	35
3.1.2 Algemene evolutie van de invaliditeitsgraad	36
3.1.3 Mogelijke verklarende variabelen	37
3.2 Typografie van de invaliditeit	39
3.2.1 Naar leeftijd	39
3.2.2 Naar pathologie	40
3.2.3 Naar voormalige tewerkstelling	41
3.2.4 Werkhervatting als reden van uittrede	42

4 Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Analyse en verklarende factoren, periode 2009-2012	45
4.1 Inleiding	45
4.2 Intredes in primaire arbeidsongeschiktheid	45
4.3 Uittredes in primaire arbeidsongeschiktheid	50
4.4 Ziekteverzuim in België	52
5 Deeltijdse werkhervattingen bij arbeidsongeschikte gerechtigden	55
5.1 Arbeidsongeschikten met een lopende toelating tot deeltijdse werkhervatting	55
5.1.1 Inleiding	55
5.1.2 Algemene statistieken	55
5.1.3 Typologie van arbeidsongeschikten met een toelating tot deeltijdse werkhervatting	56
5.1.4 Een verdeling naar de gewesten; werknemersregeling	58
5.1.5 Een verdeling van het aantal deeltijds actieve arbeidsongeschikten naar ziektegroep	59
5.2 Intredes in 2013	60
5.2.1 Naar ziekteperiode	60
5.2.2 Naar gewest	61
5.2.3 Naar pathologie	61
5.2.4 Naar toegestaan werkvolume	62
5.3 Uittredes	63
5.3.1 Werknemersregeling	63
5.3.2 Zelfstandigenregeling	64
5.4 Vrijwilligerswerk	65
5.4.1 Werknemersregeling	65
5.4.2 Zelfstandigenregeling	66
6 Professionele re-integratie door middel van een opleidingstraject of beroepsoriëntering	67
6.1 Statistieken inzake professionele re-integratie tussen 2010 en 2012	67
6.1.1 Inleiding	67
6.1.2 Algemeen: professionele re-integratie	67
6.1.3 Gerechtigden die een beroepsoriëntering volgen	69
6.1.4 Gerechtigden die een opleidingstraject volgen	69
6.2 Financiering van de professionele re-integratie	70
7 Personen op invaliditeit wegens mentale aandoeningen	73
7.1 Algemene statistieken 2007-2013	73
7.2 Opdeling naar arbeidsstatuut	74
7.3 Opdeling naar leeftijd	74
7.4 Een opdeling naar erkenningsduur	75
7.5 Een opdeling naar beroepsgroep	75
- DEEL 3 Arbeidsongeschiktheid vanuit een landenvergelijkend perspectief -	77
8 Arbeidsongeschiktheid vanuit een landenvergelijkend perspectief	79
Inleiding	79
8.1 Overzicht aan beschikbare bronnen	79
8.1.1 Enquête naar de arbeidskrachten (EAK)	80
8.1.2 Enquête naar de inkomens en levensomstandigheden (SILC)	80
8.1.3 European Statistics on Accidents at Work (ESAW)	81
8.1.4 European system of integrated social protection statistics (ESSPROS)	81
8.1.5 Mutual Information System on Social Protection (MISSOC)	81
8.1.6 Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO)	81
8.1.7 Internationale Arbeidsorganisatie (IAB)	82
8.1.8 Overzicht beschikbare internationale bronnen	82
8.2 Definitieverschillen (arbeids)ongeschiktheid: enge of ruime definitie?	84
8.2.1 Enquête naar de arbeidskrachten (EAK)	84
8.2.2 Enquête naar de inkomens en levensomstandigheden (SILC)	85
8.2.3 European Statistics on Accidents at Work (ESAW)	86

8.2.4	European system of integrated social protection statistics (ESSPROS)	86
8.2.5	Conclusie	86
8.3	Landenvergelijkende analyse	87
8.3.1	Naar toekenning en re-integratie: analyse van het wetgevend kader	87
8.3.2	Naar socio-economisch statuut	103
8.3.3	Naar budgettaire uitgaven	126
8.3.4	Conclusie	127
- BIJLAGEN -		133
	bijlage 1 Bijkomende tabellen	135
	bijlage 2 Landenafkortingen	137
Referenties		139

Ten geleide

Art. 11 van de Bestuursovereenkomst 2013-2015 van het RIZIV voorziet verdere acties op het vlak van ontwikkeling van de kennis inzake arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Dit bouwt voort op diverse acties ondernomen in de vorige Bestuursovereenkomst. De coördinatie berust bij de Algemene Directie van de Dienst voor Uitkeringen.

De bestuursovereenkomst voorziet drie instrumenten:

In eerste instantie is het noodzakelijk om de coördinatie, de samenwerking en het transversale karakter van de verschillende entiteiten binnen de Dienst voor Uitkeringen te versterken, en dit op het vlak van verschillende kennis- en beleidsondersteunende instrumenten inzake arbeidsongeschiktheid. Dit houdt dus de ontwikkeling van een ruimere expertise in alsmede de integratie ervan binnen de Dienst.

In tweede instantie zullen er partnerschappen worden gesloten met bekwame deskundigen, zoals de academische wereld. Dit project zal zowel de netwerken van interne actoren als de netwerken van externe actoren de gelegenheid bieden om samen gegevens en informatie om te zetten in expertise inzake arbeidsongeschiktheid, met het oog op de versterking van de beleidsondersteunende rol ten aanzien van de Dienst voor Uitkeringen.

Ten derde is het noodzakelijk om de samenwerking met de VI, het IMA te versterken en afspraken te maken over welke analyses door wie worden uitgevoerd. Ook met andere overheidsorganisaties, zoals de FBZ, FAO en de DG Personen met een handicap kunnen kennis synergiën worden gerealiseerd.

Om deze doelstellingen te realiseren zijn volgende actieverbintenissen voorzien:

1. oprichting van een Begeleidingscomité voor het opbouwen en opvolgen van de geïntegreerde strategie inzake kennisontwikkeling binnen het domein van arbeidsongeschiktheid;
2. voorstellen van een jaarlijks studieprogramma over arbeidsongeschiktheid aan het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen en presentatie van deze studies;
3. opmaken van een jaarverslag ten behoeve van het Beheerscomité van de Dienst Uitkeringen over de data-analyse arbeidsongeschiktheid uitgevoerd door de Dienst;
4. jaarverslag ten behoeve van het Beheerscomité van de Dienst Uitkeringen over de verklarende factoren voor de invaliditeit;
5. bepalen van een methode voor de analyse van de verklarende geneeskundige factoren;
6. ontwikkelen van een barometer van de arbeidsongeschiktheid.

Voorliggend rapport is het eerste jaarverslag voor 2014 van het in punt 3 vermelde actiepunt.

Dit rapport bestaat uit drie delen, die telkens vanuit een andere invalshoek een zicht geven op de arbeidsongeschiktheid in België.

Een **eerste deel** situeert de primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit binnen het **totaal van mogelijke vormen van inactiviteit omwille van arbeidsongeschiktheid**, op basis van de statistieken die ontwikkeld zijn in de Barometer van de arbeidsongeschiktheid (ook punt 6 van de boven vermelde actieverbintenissen).

Het **tweede deel** plaatst achter mekaar een synthese van diverse gedetailleerde rapporten van de Dienst Uitkeringen die in de loop van 2014 deels 2015 beschikbaar kwamen. Het geeft een meer **gedetailleerd perspectief** van de primaire arbeidsongeschiktheid en de invaliditeit, op basis van de informatie en gedetailleerde analyses beschikbaar binnen het RIZIV dienst uitkeringen zelf. De informatie betreft de meest recente publicaties, en deze geven een schets van de situatie in soms 2012, soms 2013.

Het **derde deel** is opgevat als een thematische ad hoc bijdrage voor dit jaarverslag. Het biedt op basis van internationale bronnen **een internationaal perspectief** van de arbeidsongeschiktheid in België in vergelijking met de rest van de EU-landen.

- DEEL 1 ARBEIDSMARKT. DE

ONBESCHIKBAARHEID VOOR DE
ARBEIDSMARKT OMWILLE VAN MEDISCHE
REDENEN EN DE VERSCHILLENDE VORMEN
VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN
HANDICAP -

1 | De onbeschikbaarheid voor de arbeidsmarkt omwille van medische redenen

1.1 Inleiding

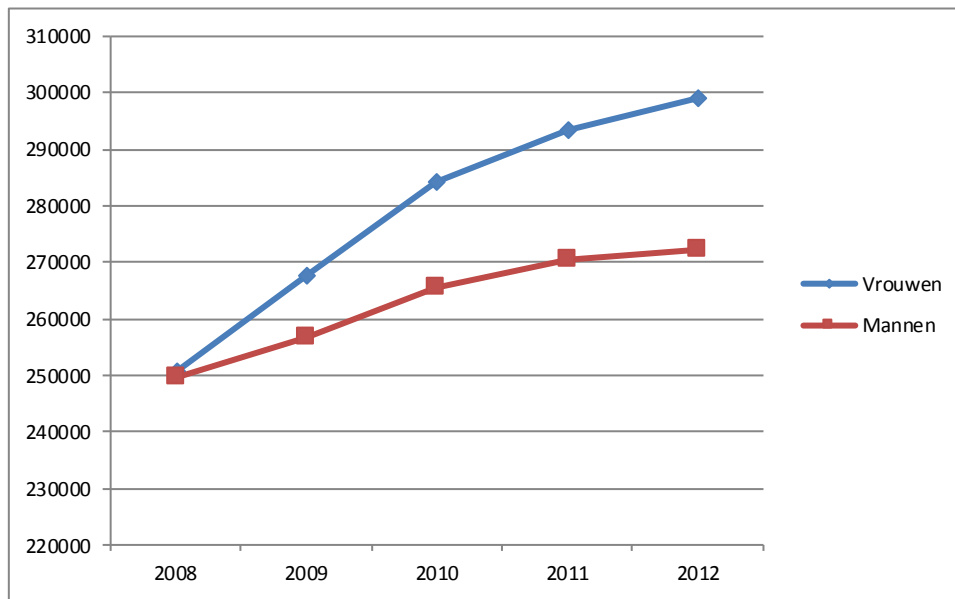
De socio-economische situatie van de bevolking op beroepsactieve leeftijd wordt in het algemeen gekenmerkt door de statuten werkend-werkloos-inactief. Echter, deze verdeling strookt niet met het steeds groter wordend belang van de verschillende vormen van arbeidsongeschiktheid en handicap. De verdeling van de bevolking volgens de statuten werkend – werkloos – niet beschikbaar omwille van medische redenen – (vervroegd)pensioen – andere inactieven en de verschuivingen binnen de statuten die worden waargenomen van het ene jaar op het andere, vormt een indicator van de dynamiek van de sociale zekerheid en werkgelegenheid in de omschakelingen tussen verschillende statuten. Deze verdere opdeling zorgt voor een meer realistisch beeld van de Belgische arbeidsmarkt, wat moet toelaten het onderscheid te maken tussen personen die daadwerkelijk beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt (presteert als werknemer of zelfstandige of is werkloos en beschikbaar op de arbeidsmarkt) en personen die tijdelijk of permanent niet beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt als gevolg van arbeidsongeschiktheid of een handicap. Het laat eveneens toe de beschikbaarheidsgraad en de werkzaamheidsgraad te definiëren, die overigens afwijken van de activiteitsgraad en werkzaamheidsgraad die meestal gehanteerd worden (omdat alle niet beschikbare personen op de arbeidsmarkt om medische redenen worden uitgesloten van de berekeningsmethode, ook al zijn ze nog steeds onder contract van hun werkgever). Het voegt ook een toevoeging van een indicator toe betreffende de bevolking uitgesloten om medische redenen op de arbeidsmarkt.

1.2 Kerncijfers

1.2.1 Evolutie van de populatie arbeidsongeschikten

In de afgelopen jaren heeft België een gestage toename gekend van het aantal arbeidsongeschikten (met inbegrip van ontvangers van een tegemoetkoming voor personen met een handicap, met name IVT); van 500 204 in 2008 naar 571 631 personen in 2012, een stijging van 14,3% op 5 jaar tijd. De grootste stijging van het aantal arbeidsongeschikten is te zien bij vrouwen waarvan de groei op 19,4% lag, tegenover slechts 9,1% voor mannen.

Figuur 1 : Evolutie van het aantal arbeidsongeschikten in België, een verdeling naar geslacht, periode 4Q2008-4Q2012.

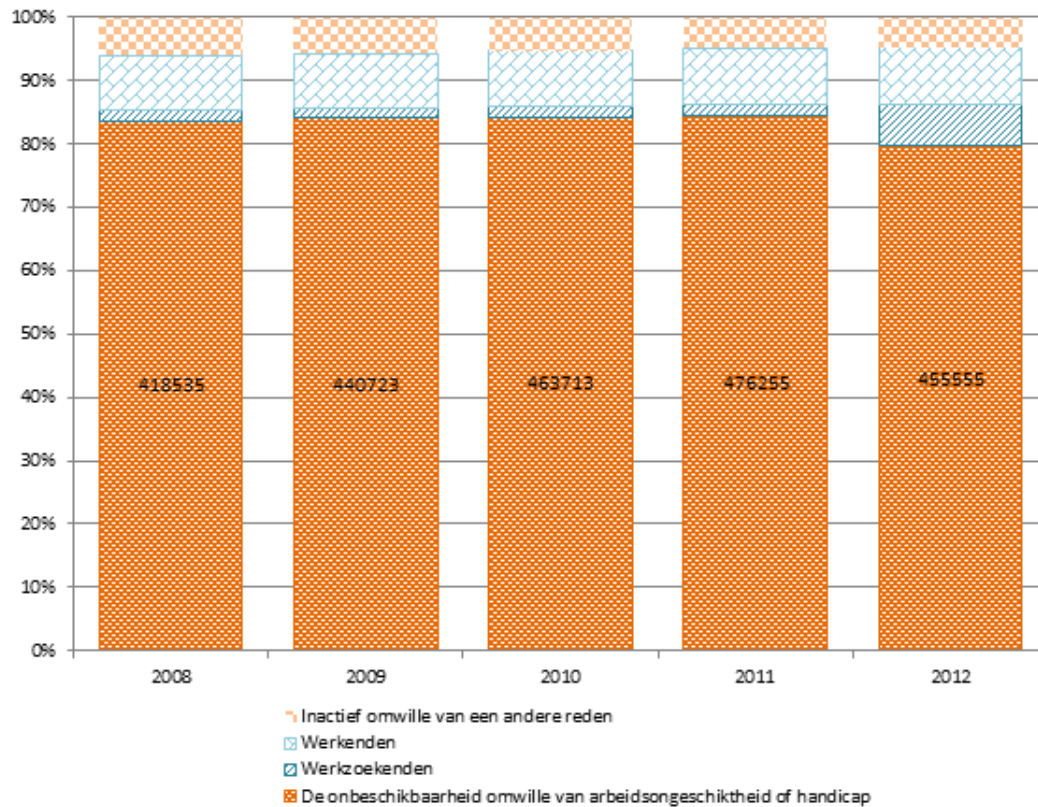


Bron : KSZ (2013), RIZIV (2013), Fonds voor Arbeidsongevallen (2013), RVA (2013), berekend door DULBEA.

De totale populatie van arbeidsongeschikten bestaat hoofdzakelijk uit personen waarvan de arbeidsongeschiktheid of de handicap een afwezigheid heeft gecreëerd op de arbeidsmarkt (418 535 personen in 2008 et 455 555 in 2012, ofwel een globale stijging van 8,4%), met name de niet-werkende of werkzoekende arbeidsongeschikten.

Tussen 2011 en 2012 observeren we in absolute en relatieve cijfers een daling van de populatie van de personen die niet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt omwille van arbeidsongeschiktheid of handicap en een stijging van de arbeidsongeschikte werklozen. Deze verschuiving is het gevolg van een verandering in de regelgeving met betrekking tot de begunstigden van een werkloosheidsuitkering met een graad van arbeidsongeschiktheid tussen de 33% en 66%. Deze laatste zijn sinds 1 november 2012 niet langer vrijgesteld van het actief zoeken naar een job.

Figuur 2 : Socio-economische positie van de populatie arbeidsongeschikten in België, periode 4Q2008-4Q2012.

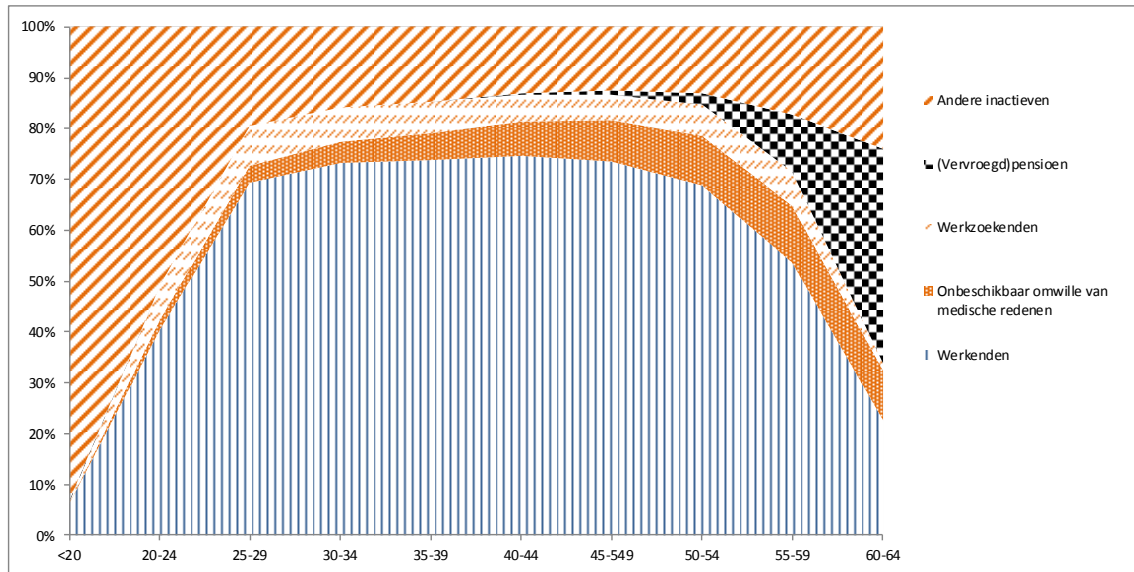


Bron : K SZ (2013), RIZIV (2013), Fonds voor Arbeidsongevallen (2013), RVA (2013), berekend door DULBEA.

1.2.2 Socio-economische situatie van de bevolking

Onderstaande figuur 3 stelt de verdeling voor van de totale bevolking op beroepsactieve leeftijd (15-64 jaar) volgens hun statuut (werkend, werkloos, niet beschikbaar voor de arbeidsmarkt, (pre)gepensioneerd en andere inactieven) per leeftijdsklasse van 5 jaar. We zien duidelijk een toename met de leeftijd van het aandeel van mensen uitgesloten van de arbeidsmarkt als gevolg van arbeidsongeschiktheid of handicap. Sterker nog, in de categorie minder dan 30 jaar ligt het aandeel van personen die niet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt op ongeveer 2%, terwijl het over bijna 1 op 10 personen gaat bij de personen met een leeftijd tussen 50 en 64 jaar.

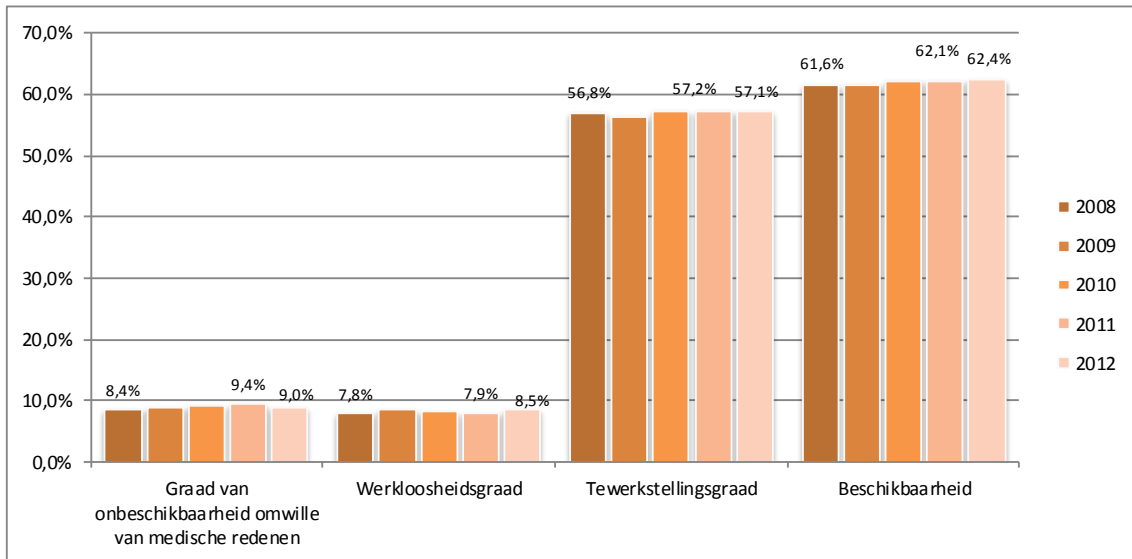
Figuur 3: Socio-economische positie van de bevolking op beroepsactieve leeftijd, 4Q2008-4Q2012



Bron : KSZ (2013), RIZIV (2013), Fonds voor Arbeidsongevallen (2013), RVA (2013), berekend door DULBEA.

Figuur 4 toont de Belgische arbeidsmarkt op basis van de graad van beschikbaarheid, de effectieve tewerkstelling, de werkloosheid en de niet beschikbaarheid omwille van medische redenen. In 2012 lag de tewerkstellingsgraad van de bevolking op beroepsactieve leeftijd (15-64 jaar) op 62,4%. Het resterende percentage (38,1%) bestaat uit de inactieven (uitgesloten om medische redenen, (pre)-gepensioneerden, volledige loopbaanonderbreking, huisvrouwen/mannen, etc.). Maar ook een hele reeks van mensen van wie de socio-economische positie specifiek wordt gedefinieerd (uitgaande grensarbeiders, zeelieden van de Belgische Kooptvaardij, internationale ambtenaren en diplomaten, hulpverleners, etc). De graad van onbeschikbaarheid op de arbeidsmarkt die het risico meet dat een actieve persoon afwezig is omwille van medische redenen is gestegen van 8,4% in 2008 naar 9,4% in 2011. De daling tussen 2011 en 2012 is het gevolg van de wijzigingen in de regelgeving met betrekking tot werklozen die niet in staat zijn om te werken. Deze nieuwe verordening verklaart ook de stijging van de werkloosheidscijfers in dezelfde periode.

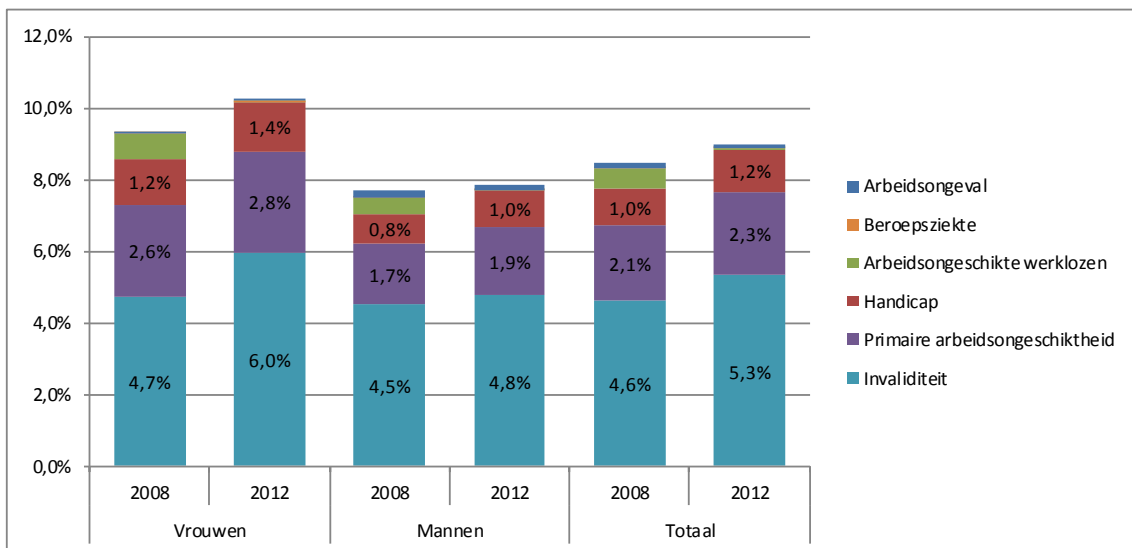
Figuur 4 : De tewerkstellingsgraad, werkloosheidsgraad en de personen die niet beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt omwille van medische redenen, België, periode 4Q2008-4Q2012.



Bron : K SZ (2013), RIZIV (2013), Fonds voor Arbeidsongevallen (2013), RVA (2013), berekend door DULBEA

Figuur 5 laat zien dat het risico om tijdelijk of permanent uitgesloten te zijn van de arbeidsmarkt om medische redenen groter is bij vrouwen (9,4% in 2012) dan bij mannen (7,8% in 2012). De genderkloof is toegenomen ten opzichte van 2008 als gevolg van de toename van de vervrouwelijking. De verdeling naar type arbeidsongeschiktheid toont een overgewicht van primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. In vergelijking met 2008 is het aandeel personen op invaliditeit (vooral bij vrouwen) gestegen met 0,7 procentpunt. Op het niveau van primaire arbeidsongeschiktheid wordt een stijging opgetekend van 0,8 procentpunt.

Figuur 5 : Graad van inactiviteit, een verdeling naar geslacht en naar type arbeidsongeschiktheid, België, periode 4Q2008-4Q2012.



Bron : K SZ (2013), RIZIV (2013), Fonds voor Arbeidsongevallen (2013), RVA (2013), berekend door DULBEA

1.3 Methodologie

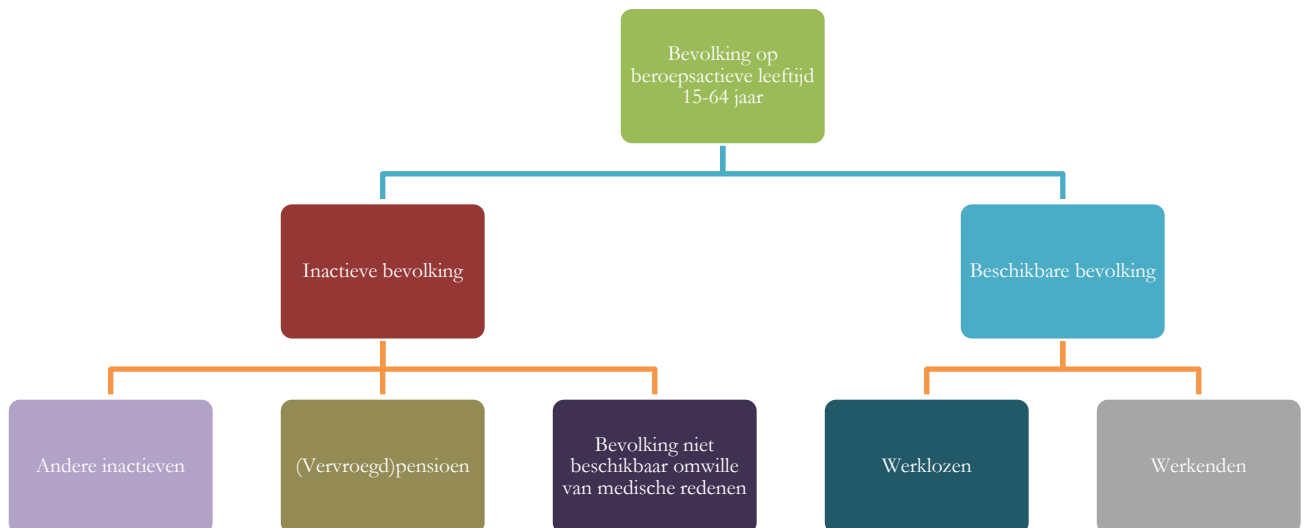
1.3.1 Bronnen

- Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming van de KSZ (ksz.fgov.be)
- RIZIV (riziv.fgov.be)
- RVA (www.rva.be)

1.3.2 Algemene concepten

De belangrijkste doelstelling in deze sectie van de Barometer is de situatie van de arbeidsongeschikten op de arbeidsmarkt in kaart te brengen. Hiervoor wordt de bevolking op beroepsactieve leeftijd (15-64 jaar) verdeeld in 5 niet overlappende groepen, met name de werkenden en de werkzoekenden (excl. werkzoekenden in arbeidsongeschiktheid), die samen de 'beschikbare bevolking' worden genoemd, in feite een gecorrigeerd concept van 'beroepsbevolking', en de personen die niet beschikbaar zijn omwille van medische redenen, de (vervroegd)gepensioneerden en andere inactieven.

Schema : Typologie van de bevolking op beroepsactieve leeftijd (15-64 jaar)



Beschikbaarheidsgraad: $(\text{beschikbare bevolking} / \text{bevolking op beroepsactieve leeftijd (15-64 jaar)}) * 100$

Werkzaamheidsgraad: $(\text{werkende bevolking} / \text{bevolking op beroepsactieve leeftijd (15-64 jaar)}) * 100$

Werkloosheidsgraad: $(\text{werkzoekenden} / \text{beschikbare bevolking}) * 100$

Graad van niet beschikbaarheid op de arbeidsmarkt omwille van medische redenen: $(\text{bevolking niet beschikbaar} / (\text{beschikbare bevolking} + \text{bevolking niet beschikbaar})) * 100$

De **totale populatie arbeidsongeschikten en personen met een handicap** omvat volgende personen:

- Ontvangers uitkering voor invaliditeit
- Ontvangers uitkering voor primaire arbeidsongeschiktheid
- Ontvangers uitkering voor arbeidsongeval met tijdelijke arbeidsongeschiktheid tot gevolg
- Ontvangers uitkering voor beroepsziekte
- Begunstigde van een tegemoetkoming voor personen met een handicap (inkomens vervangende tegemoetkoming (IVT) of integratietegemoetkoming IT)).
- Uitkeringsgerechtigde werkzoekenden met een arbeidsongeschiktheid van minstens 33%.

De **populatie van personen die niet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt** omwille van medische redenen omvat alle personen in arbeidsongeschiktheid alsook de begunstigden van een uitkering voor personen met een handicap, waarvan men omwille van zijn beperking niet in staat is (tijdelijk of permanent) een bezoldigde job uit te oefenen, of waarbij men vrijgesteld is om actief op zoek te gaan naar werk.

De **populatie werkenden** omvat de personen die effectief een betaalde job uitoefenen (loontrekkend of zelfstandige) of zij die tijdelijk hun job niet uitoefenen omwille van studies, opleiding, moederschapsverlof, etc. met als uitzondering de personen die niet beschikbaar zijn omwille van arbeidsongeschiktheid of handicap.

De **‘werkzoekenden’** omvat de personen die een werkloosheidsuitkering ontvangen tijdens hun zoektocht naar nieuw werk, uitgezonderd de uitkeringsgerechtigde werklozen met een arbeidsongeschiktheid die vrijgesteld zijn van werk zoeken.

De **‘actieve bevolking’** omvat de werkenden, de werkzoekenden.

De **‘inactieve bevolking’** bevat de personen die niet geclassificeerd kunnen worden als werkend of werkzoekend.

1.3.3 De samenstelling van de cijfers, een kort overzicht ...

Drie stappen om de gegevens over arbeidsongeschiktheid samen te stellen:

- Gebruik van een hiërarchische structuur voor de verdeling van de totale populatie arbeidsongeschiktheid of het niet beschikbaar zijn naar volgende types: 1) invaliditeit; 2) gekend bij de mutualiteiten en werkend (o.a. primaire arbeidsongeschiktheid); 3) arbeidsongevallen; 4) beroepsziekten; 5) personen met een tegemoetkoming aan personen met een handicap. Sommige arbeidsongeschikten kunnen aan meerdere types arbeidsongeschiktheid voldoen. Ze worden finaal toegewezen aan het type dat de grootste afstand kent tot de arbeidsmarkt. Een persoon op invaliditeit wordt altijd in deze groep ondergebracht, zelfs al kunnen zij genieten van een tegemoetkoming voor beroepsziekte. Invaliditeit is in de overgrote meerderheid van de gevallen synoniem met het niet beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt.
- Om het totaal aantal arbeidsongeschikten te kennen doen we beroep op de databank van de KSZ: Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming. Van het totaal aantal arbeidsongeschikten volgens de statistieken van de KSZ worden de ‘personen gekend bij

de mutualiteit' afgetrokken, vervolgens worden de primaire arbeidsongeschikten (cijfers RIZIV) aan het totaal terug toegevoegd. Het is immers de bedoeling de personen in zwangerschapsverlof, vaderschapsverlof, adoptieverlof of werkverwijdering uit de cijfers van arbeidsongeschiktheid te weren.

- Vertrekkende vanuit dit cijfer voegen we de uitkeringsgerechtigde werklozen met een arbeidsongeschiktheid van minstens 33% aan toe. Daartoe werden de cijfers van de RVA gehanteerd.

2 | De verschillende vormen van arbeidsongeschiktheid en handicap: de evolutie tussen 2004 en 2013

2.1 Inleiding

Op het niveau van de Sociale Zekerheid maakt men een onderscheid tussen drie vormen van arbeidsongeschiktheid naargelang de oorzaak van het probleem te wijten is aan de beroepsactiviteit. Wanneer de oorzaak gerelateerd is aan de beroepsactiviteit van de werknemers is de wetgeving inzake **arbeidsongevallen** of **beroepsziekten** van toepassing. Als er geen verband is tussen de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid en de beroepsactiviteit, geldt de algemene wetgeving rond arbeidsongeschiktheid die van toepassing is op de werknemers of de zelfstandigen. Het is in dit laatste geval dat men spreekt over **primaire arbeidsongeschiktheid** of **invaliditeit**. Personen met een **handicap** (situatie niet verbonden aan de deelname aan de arbeidsmarkt) komen in aanmerking voor een tegemoetkoming voor personen met een handicap op basis van de sociale bijstand regeling. De regelgeving met betrekking tot de werkloosheid bevat ook specifieke regels betreffende de werkzoekenden in arbeidsongeschiktheid of met een handicap.

Deze sectie schetst de evolutie van de verschillende vormen van arbeidsongeschiktheid en handicap en is gebaseerd op de statistieken (jaarlijks) die beschikbaar zijn bij de betrokken instanties die op het federale niveau bevoegd zijn voor deze thema's.

2.2 Primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

2.2.1 In enkele woorden....

De werknemer of de werkloze die wegens ziekte of ongeval niet in staat is het werk tijdelijk of permanent uit te oefenen heeft daarbij recht op een vergoeding die een deel van het verlies van inkomen dekt. Tijdens het eerste jaar komt de persoon terecht in het regime van primaire arbeidsongeschiktheid. Na deze periode, als de arbeidsongeschiktheid verder blijft duren, valt men automatisch in het regime van invaliditeit. De persoon kan, onder bepaalde voorwaarden, zijn beroepsactiviteit tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid uitoefenen en zijn inkomsten uit arbeid cumuleren met zijn ziekte-uitkering. Men onderscheidt hierbij de *werknemersregeling* (algemene regeling) en de *zelfstandigenregeling*, als gevolg van het verschil in regelgeving.

Onderstaande cijfers maken het onderscheid tussen beide regelingen niet vanwege de relatief soortgelijke ontwikkelingen in de primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bij werknemers en zelfstandigen. De statistieken hieronder gepresenteerd zijn in alle geval per stelsel beschikbaar via de databank van het Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid. Op dit moment is een webtoepassing met betrekking tot de statistieken over arbeidsongeschiktheid in volle ontwikkeling. Alle barometer indicatoren zullen toegankelijk zijn via deze interface.

2.2.2 Kerncijfers

In de loop van de afgelopen tien jaar is het aantal primaire arbeidsongeschikten (alle regimes) gestaag gestegen in België, vertrekkende van 356 555 personen in 2004 naar 425 811 personen in 2013. In dezelfde periode heeft het aantal invaliden nog een sterkere stijging gekend. Het aantal evolueerde van 221 417 naar 320 823 personen op invaliditeit in 10 jaar tijd, ofwel een stijging van 44,9%.

Deze stijging in aantallen tussen 2004 en 2013 was groter bij de vrouwen dan bij de mannen.

Tabel 1. Primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, een verdeling naar geslacht, 2004-2013

	2004	2007	2010	2013
Primaire arbeidsongeschiktheid	356 555	396 182	411 045	425 811
Vrouwen	169 804	199 432	213 778	224 308
Mannen	186 751	196 750	197 267	201 503
Graad van primaire arbeidsongeschiktheid	8,8%	9,4%	9,5%	9,7%
Vrouwen	9,2%	10,4%	10,7%	11,0%
Mannen	8,4%	8,6%	8,4%	8,6%
	2004	2007	2010	2013
Invaliditeit	221 417	242 086	278 071	320 823
Vrouwen	98 321	115 567	142 409	171 591
Mannen	123 096	126 519	135 662	149 232
Invaliditeitsgraad	5,2%	5,4%	6,0%	6,8%
Vrouwen	5,1%	5,7%	6,6%	7,8%
Mannen	5,2%	5,2%	5,5%	6,0%

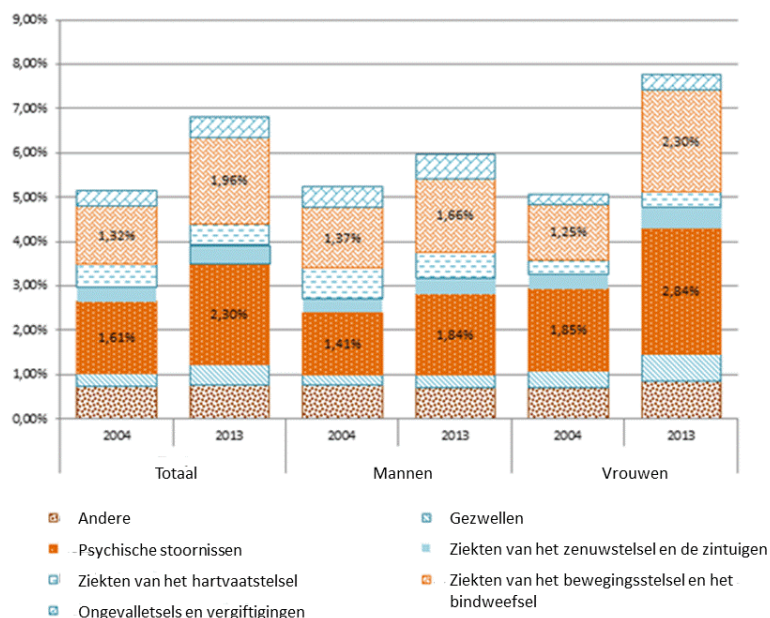
Bron : RIZIV, 2014

De groei van de actieve bevolking – synoniem met de groeiende participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt -- verklaart voor een deel de veranderingen in de primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Echter, de snelle groei van het aantal arbeidsongeschikten – met name de toename van het aandeel primaire arbeidsongeschikten en personen op invaliditeit tussen 2004 en 2013 - betekent dat ook andere factoren hebben bijgedragen aan deze ontwikkelingen, met name de vergrijzing van de bevolking op beroepsactieve leeftijd, de geleidelijke verhoging van de pensioenleeftijd van vrouwen en het verstrengd beleid omtrent vervroegde uittreding uit de arbeidsmarkt (RIZIV, 2014; Securex, 2010; Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2014; Meeusen & Nys, 2013).

De accentverlegging binnen de pathologieën en de toenemende psychische problemen (stress, depressie, etc.) zijn meer en meer bijkomende verklarende factoren van de verhoogde langdurige afwezigheid. De verdeling van de personen op invaliditeit naar ziektegroep toont aan dat psychische stoornissen en ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel veruit de belangrijkste oorzaken van invaliditeit zijn. Ten opzichte van 2004 is het aandeel van deze ziekten in het totaal toegenomen, meer bepaald een toename van 0,69 procentpunt voor psychische aandoeningen en

een stijging van 0,64 procentpunt voor ziekten van het bewegingsstelsel (RIZIV, 2014a, 2014b; Securex, 2010).

Figuur 6. De invaliditeitsgraad, naar geslacht en pathologie, 2004-2013*

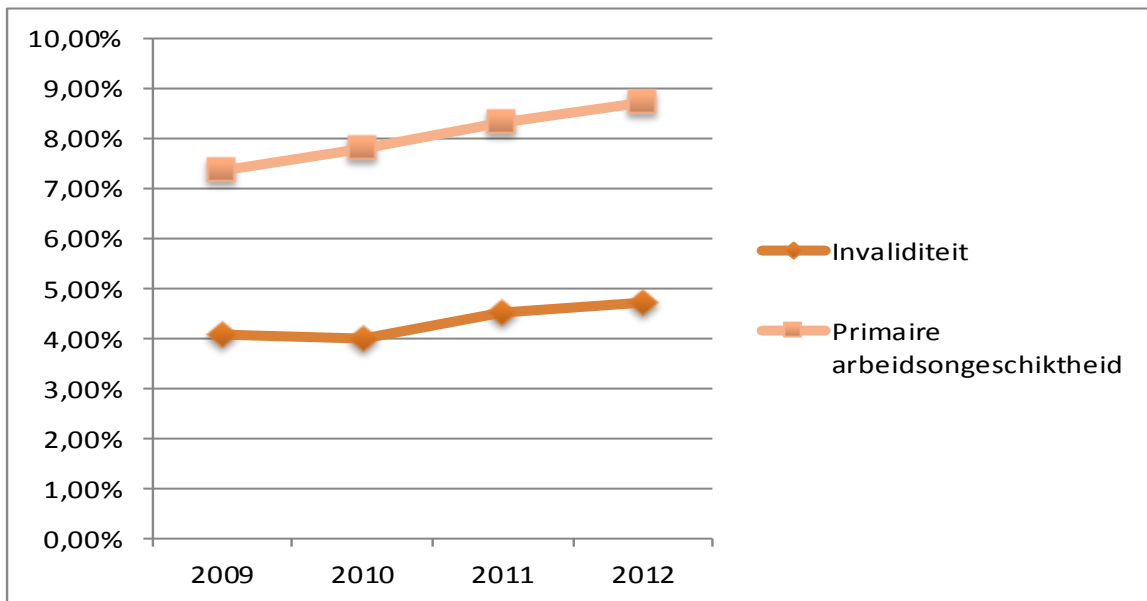


* **De invaliditeitsgraad** is de verhouding tussen het aantal personen met het statuut invaliditeit gemeten op 31 december van het betreffende jaar, en de uitkeringsgerechtigden (loontrekkenden, zelfstandigen, werklozen en de personen op invaliditeit).

Bron : RIZIV, 2014

Met de toestemming van de adviserend geneesheer kunnen personen in arbeidsongeschiktheid (primair of invaliditeit) het werk gedeeltelijk hervatten. Gebaseerd op de situatie van 31 december observeren we tussen 2009 en 2012 een stijging van het aandeel personen die een deeltijdse werkhervatting zijn aangegaan in de periode van invaliditeit (+0,95 procentpunt), maar vooral in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid is de stijging merkbaar (+2,06 procentpunt). Een gedeeltelijke werkhervatting is een goede springplank naar re-integratie: volgens het RIZIV (2014c) leidt deze maatregel in 40% van de gevallen tot een volledige terugkeer naar het werk.

Figuur 7. Voltijdse werkhervatting, in percentage van het aantal arbeidsongeschikten, situatie 31 december 2009-2013.



Bron : RIZIV, 2014

2.3 Beroepsziekten

2.3.1 In enkele woorden...

Beroepsziekten zijn ziekten die gerelateerd zijn aan het uitoefenen van arbeid. Er bestaat een officiële lijst van beroepsziekten. Het is echter ook mogelijk om de erkenning te krijgen, zonder dat het op de lijst voorkomt. In dit geval moet het betrokkene bewijzen dat de directe en beslissende oorzaak van zijn ziekte gerelateerd is aan zijn werk.

De getroffensten van een beroepsziekte hebben recht op een uitkering van het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ). Het bedrag van de uitkering hangt af van het tijdelijk of permanent karakter van de arbeidsongeschiktheid. De uitkering voor personen in blijvende ongeschiktheid hangt af van de graad van arbeidsongeschiktheid, synoniem met de verminderde kansen op de arbeidsmarkt.

2.3.2 Kerncijfers ...

In 2013 werden 22 229 personen (15-64 jaar) uitbetaald omwille van een tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid als gevolg van een beroepsziekte. Ten opzichte van 2007 noteert men een daling van -12%, als gevolg van de daling van de blijvende arbeidsongeschiktheid (-18,1%). Het aantal personen in tijdelijke arbeidsongeschiktheid is daarentegen bijna verdrievoudigd in de laatste 8 jaar. De verdeling naar geslacht toont aan dat de daling van de cijfers over blijvende ongeschiktheid volledig te wijten is aan een daling bij de mannen. Tussen 2007 en 2013 steeg het aandeel vrouwen in permanente ongeschiktheid ten gevolge van een beroepsziekte. Deze toename en de algemene toename van het aantal tijdelijke aandoeningen zijn voornamelijk te wijten aan de toename van ziekten verwant met carpaal tunnel syndroom, lumbale aandoeningen en een betere

erkenning van tendinitis (peesontsteking, die sinds 2012 op de lijst beroepsziekten voorkomt) (FBZ, 2015).

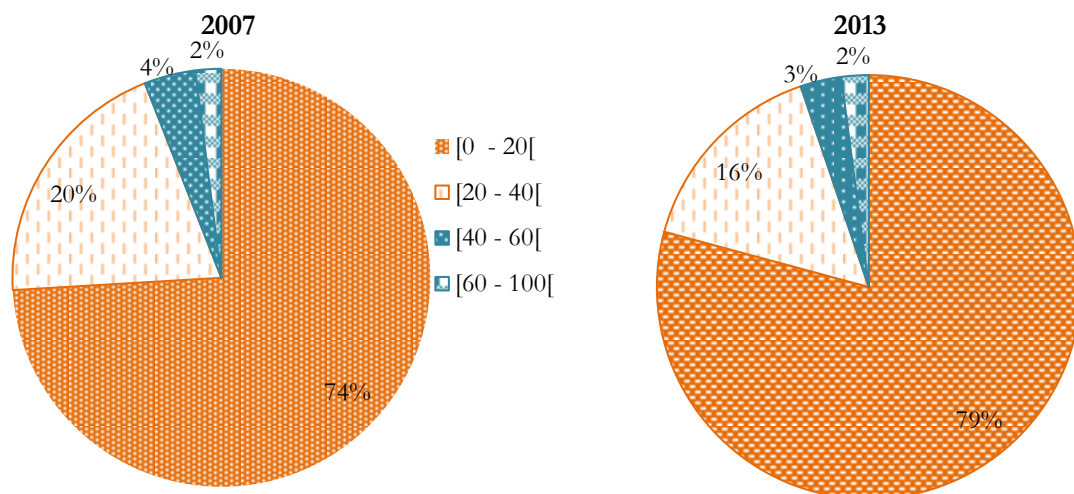
Tabel 2. Evolutie van het aantal zieken met een vergoeding voor beroepsziekte, naar type arbeidsongeschiktheid, België, periode 2007-2013.

	2007	2009	2011	2013
Blijvende ongeschiktheid	24 841	22 984	21 179	20 342
Mannen	20 894	18 931	16 997	15 792
Vrouwen	3 947	4 053	4 182	4 550
Tijdelijke ongeschiktheid	665	704	1 051	1 887
Mannen	345	339	555	955
Vrouwen	320	365	496	932
Totaal	25 506	23 688	22 230	22 229

Bron : Fonds voor Beroepsziekten, 2014

Figuur 8 toont aan dat de beroepsziekten in de meerderheid van de gevallen leiden tot een blijvende arbeidsongeschiktheid van minder dan 20% (79% van het totaal aantal blijvend arbeidsongeschikten in 2013). Ongeveer 2% van de betreffende personen zien hun kansen op de arbeidsmarkt slinken met meer dan 60%.

Figuur 8 Verdeling van de blijvende arbeidsongeschikten volgens hun graad van arbeidsongeschiktheid, situatie op 31 december 2007-2013.



Bron: Fonds voor Beroepsziekten, 2014

De cijfers van het Fonds voor Beroepsziekten laten niet toe de gegevens ten opzichte van de verzekerde bevolking te plaatsen. De periodes van blootstelling, die min of meer lang kunnen zijn

naargelang de aandoening, en de termijn waarin de aandoening zich manifesteert, bemoeilijken het opstellen van duidelijke indicatoren (Vogel, 2011).

2.4 Arbeidsongevallen

2.4.1 In enkele woorden...

In België is elke werkgever verplicht om zich te verzekeren tegen arbeidsongevallen bij een erkende verzekeraar. De verzekering dekt zowel ongelukken op de werkplek als de ongelukken die zich op weg naar het werk voordoen. Net zoals van toepassing bij beroepsziekten onderscheidt men twee vormen van arbeidsongeschiktheid: tijdelijke en permanente ongeschiktheid. Het uitgekeerde bedrag is afhankelijk van de graad van arbeidsongeschiktheid.

2.4.2 Kerncijfers...

In 2013 lag het aantal gekende arbeidsongevallen op 150 519, wat ten opzichte van 2005 een daling is van 16,6%. Het aantal arbeidsongevallen met een tijdelijk of permanent karakter is tussen 2005 en 2013 gedaald met 19,2%, meer bepaald van 106 065 in 2005 naar 85 661 gevallen in 2013.

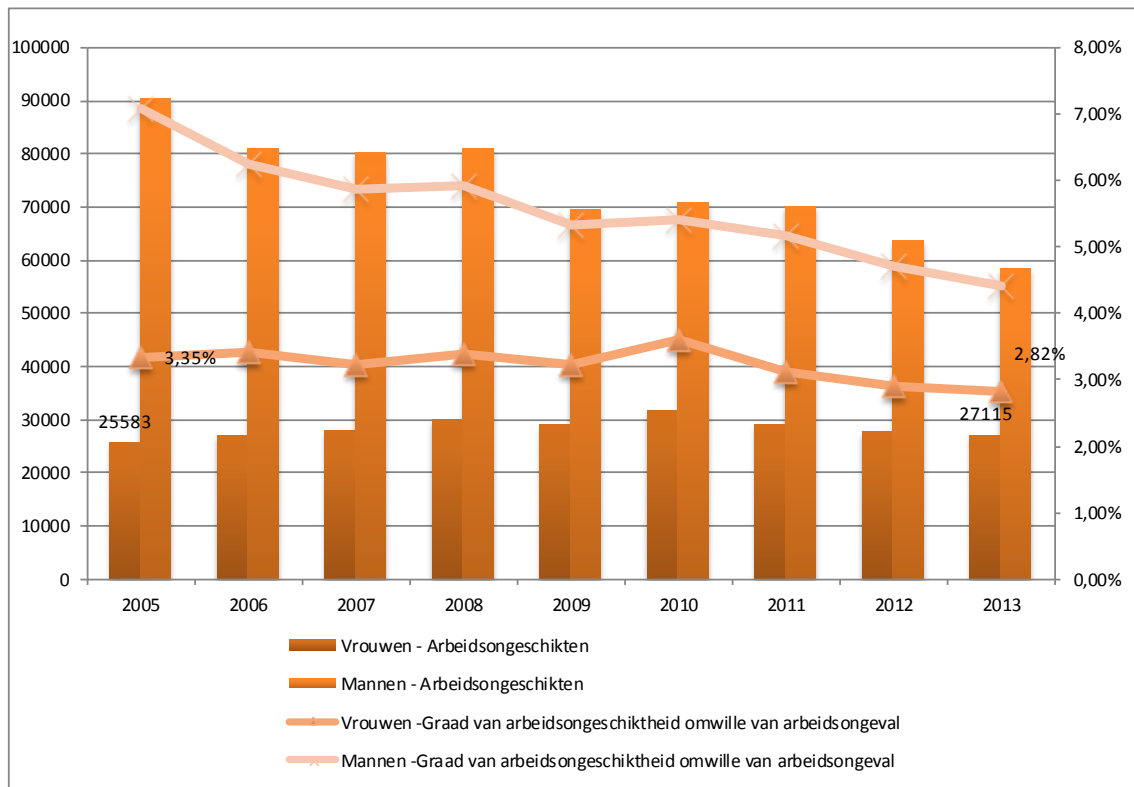
Tabel 3. Evolutie van het aantal personen met een uitkering als gevolg van een arbeidsongeval, België, periode 2005-2013

	2005	2007	2010	2013
Gekende arbeidsongevallen	180 537	184 717	178 499	150 519
Geval zonder gevolg	74 278	76 239	75 490	64 735
Tijdelijk	89 372	92 864	86 655	71 538
Permanent	16 693	15 439	16 216	14 123
Overleden	194	175	138	123

Bron : Fonds voor Arbeidsongevallen, 2014

De verdeling van het aantal arbeidsongevallen naar geslacht toont uiteenlopende trends tussen mannen en vrouwen: een daling voor mannen en een toename voor vrouwen. Echter, de geobserveerde stijging bij de vrouwen dient gerelativeerd te worden. In relatieve termen (in verhouding tot de omvang van de werkgelegenheid) zien we zowel bij vrouwen als bij mannen een daling van het aantal arbeidsongevallen. Deze positieve ontwikkeling is een voortzetting van wat is waargenomen in de afgelopen 30 jaar. Het kan worden verklaard door de verschuiving van een industriële samenleving naar een diensten-georiënteerde samenleving, wat minder 'gevaarlijk' is, en de verschuiving van handenarbeid (en dus meer risico) naar intellectuele arbeid, waardoor we kunnen genieten van veiliger werkomstandigheden (Fonds voor Arbeidsongevallen, 2014) .

Figuur 9. Evolutie van de graad en het aantal arbeidsongevallen met arbeidsongeschiktheid tot gevolg, een verdeling naar geslacht, periode 2005-2013*

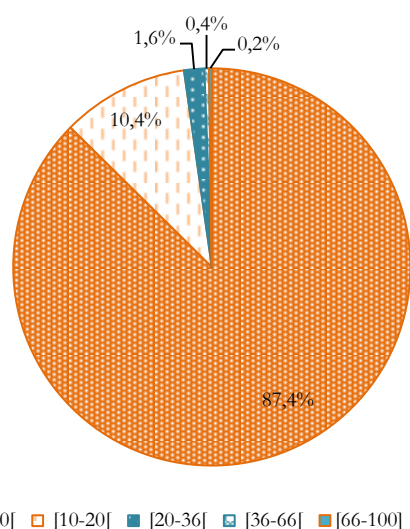


* Het aandeel arbeidsongevallen is de verhouding tussen het aantal begunstigen van een uitkering voor arbeidsongevallen en het aantal loontrekkenden.

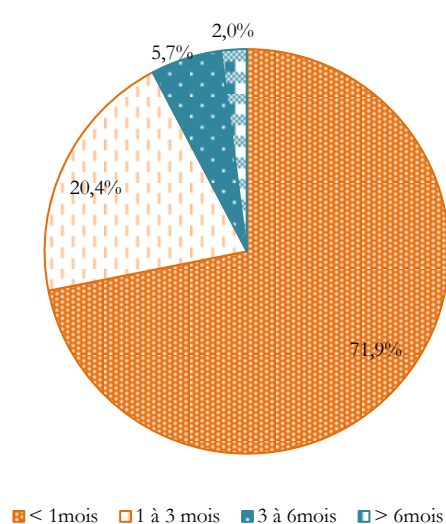
Bron: Fonds voor Arbeidsongevallen, 2014

Een arbeidsongeval veroorzaakt doorgaans slechts een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende een korte periode (minder dan een maand). Arbeidsongeschikten met een afwezigheid van meer dan 6 maand vertegenwoordigen slechts 2% van de arbeidsongevallen met een tijdelijk karakter. Personen met blijvende arbeidsongeschiktheid zijn doorgaans voor minder dan 10% arbeidsongeschikt. Een graad van arbeidsongeschiktheid van meer dan 36% komt zelden voor (minder dan 1% van de gevallen). Deze verhoudingen zijn sinds 2005 amper veranderd.

Figuur 10. Verdeling van de blijvende arbeidsongeschikten, volgens graad van ongeschiktheid, 2013



Figuur 11. Verdeling van de tijdelijke arbeidsongeschikten, volgens duur van afwezigheid, 2013



Source : FAO, 2014

2.5 Personen met een handicap

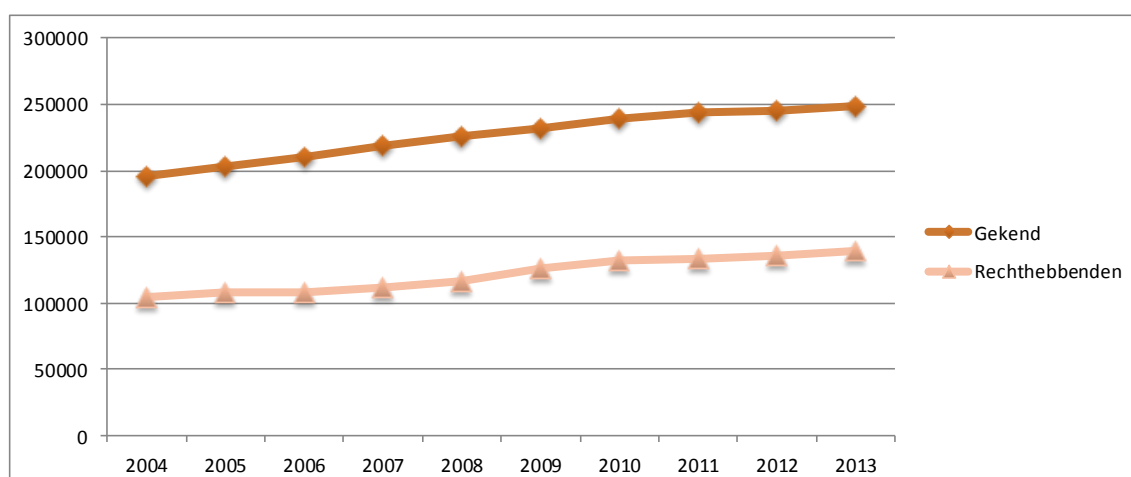
2.5.1 In enkele woorden ...

Personen met een handicap kunnen op verschillende manieren financieel ondersteund worden. Indien de handicap de mogelijkheid om te werken beperkt, kan men genieten van een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT). De federale overheid voorziet tevens een integratietegemoetkoming (IT) voor de personen met een verminderde zelfredzaamheid (moeilijkheden om zich te verplaatsen, om voor zichzelf te zorgen, etc). Om recht te hebben op een tegemoetkoming, moet je handicap eerst en vooral erkend zijn door een geneesheer. Het recht hangt tevens af van bepaalde inkomensvoorwaarden.

2.5.2 Kerncijfers ...

Anno 2013 hebben ongeveer 250 000 personen (15-64 jaar) een erkende handicap. Het aantal uitkeringsgerechtigden (IT en IVT) lag op 138 913 personen, of iets meer dan de helft van het aantal erkenningen. Ten opzichte van 2004 is het aantal rechthebbenden van een tegemoetkoming voor personen met een handicap gestegen met 32,3%.

Figuur 12. Evolutie van het aantal personen met een handicap en aantal rechthebbenden (IVT en IT), periode 2004-2013*

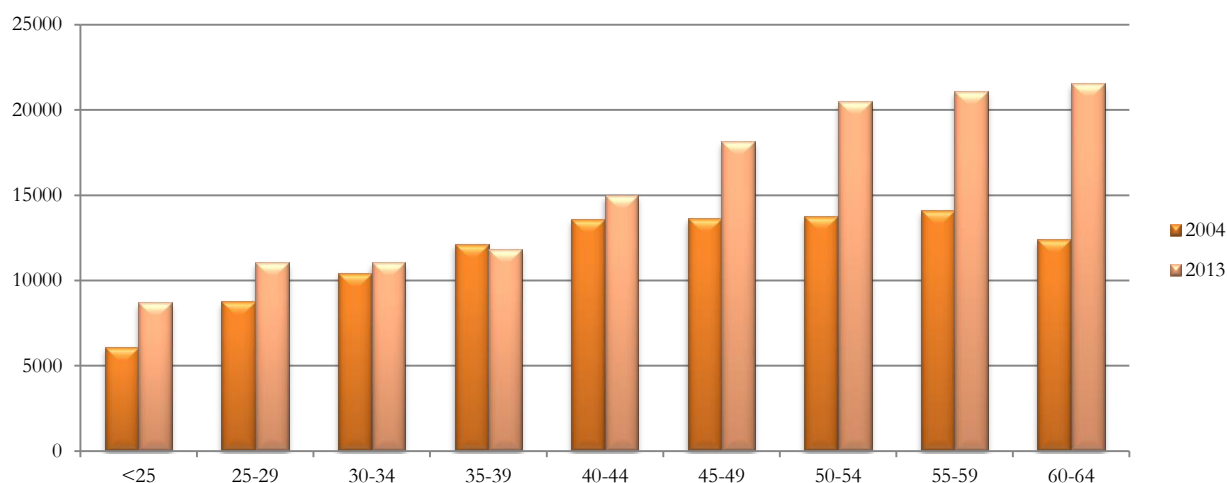


* Vanwege enkele dubbele gegevens zijn dit ruwe cijfers

Bron : DG Personen met een handicap FOD Sociale Zekerheid, 2013

De verdeling naar leeftijdsklasse toont een stijging bij de hogere leeftijdsklassen. Bij de 45-64 jarigen stijgt het aantal rechthebbenden met 50,7% in de loop van 10 jaar. De piek die eerder in de klasse 55-59 jaar werd bereikt, wordt nu waargenomen in de leeftijdsklasse 60-64 jaar. De vergrijzing van de bevolking, maar ook de vergrijzing van de bevolking met een handicap verklaart een deel van het fenomeen. De economische crisis – die tot uiting komt in de verschuiving tussen gewone jobs en overheidstussenkomst – kan de algemene stijging van het aantal rechthebbenden sinds 2008 hebben beïnvloed.

Figuur 13. Evolutie van het aantal rechthebbenden, opdeling naar leeftijdsklasse, periode 2004-2013



Bron : DG Personen met een handicap FOD Sociale Zekerheid, 2013

De begunstigen van een tegemoetkoming voor personen met een handicap kunnen in de meeste gevallen (56%) aanspraak maken op een combinatie van twee types tegemoetkomingen, meer bepaald de Inkomensvervangende Tegemoetkoming (IVT) en de Integratietegemoetkoming (IT). De begunstigen van een Integratietegemoetkoming hebben een zelfredzaamheidsgraad van

categorie 2 en 3. Categorie 5, voor personen met de grootste ondersteuningsnood, omvat 10 348 personen in 2013, ofwel 8,3% van het totale aantal gerechtigden op een integratietegemoetkoming.

Tabel 4. Aantal begunstigen van een integratietegemoetkoming (IT) en inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) (15-64 jaar), 2013

	Uitsluitend IT	Uitsluitend IVT	IVT + IT	Totaal
Totaal	45 676	15 350	77 887	138 913
cat. 1	8 652	/	15 913	24 565
cat. 2	17 376	/	22 471	39 847
cat. 3	13 675	/	18 756	32 431
cat. 4	4 371	/	12 001	16 372
cat. 5	1 602	/	8 746	10 348

Bron : DG Personen met een handicap FOD Sociale Zekerheid, 2014

2.6 Arbeidsongeschiktheid volgens de RVA

2.6.1 In enkele woorden ...

Aanvankelijk werden werklozen met een tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid van ten minste 33% vrijgesteld van het actief zoeken naar werk. Sinds de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 23 juli 2012 betreffende de hervorming van werkloosheidsreglementering, wordt de werkloze met een tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid van ten minste 33% - maar minder dan 66% - nu wel verondersteld om actief nieuw werk te zoeken.

2.6.2 Kerncijfers ...

In het vierde kwartaal van 2006 waren 18 571 werkzoekende uitkeringsgerechtigde werklozen voor minstens 33% arbeidsongeschikt, waarvan meer vrouwen (12 827) dan mannen (11 865). Na een sterke stijging in de beginperiode, is het aandeel werkzoekende uitkeringsgerechtigde werklozen in arbeidsongeschiktheid tussen 2012 en 2013 sterk gedaald.

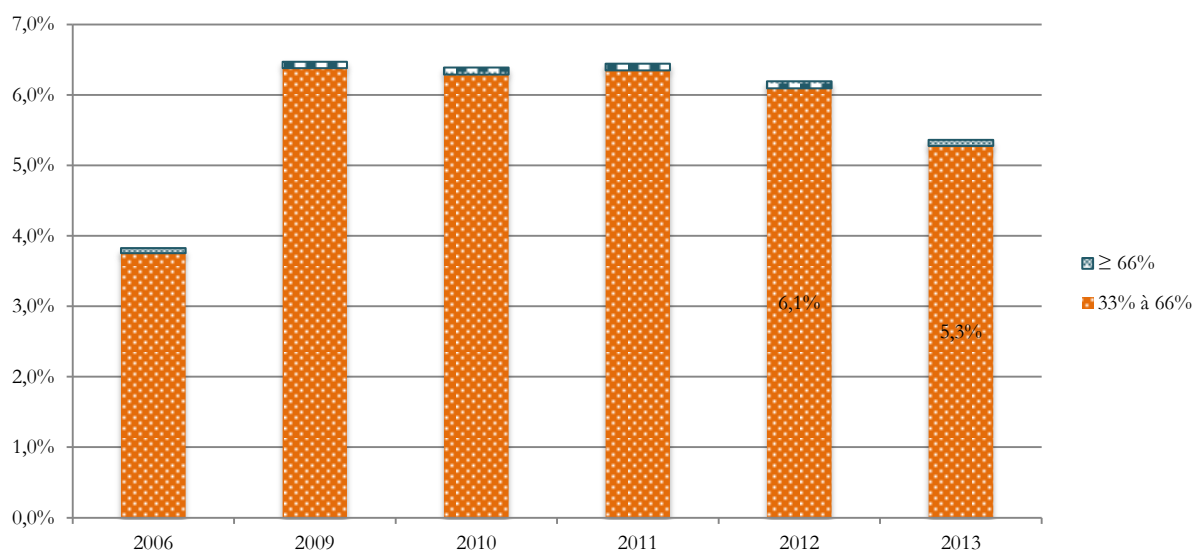
Tabel 5. Uitkeringsgerechtigde volledige werklozen met een arbeidsongeschiktheid, naar geslacht, 2006-2013

	2006	2009	2010	2011	2012	2013
Uitkeringsgerechtigde volledige werklozen met arbeidsongeschiktheid	18 571	29 911	29 825	28 998	27 582	24 692
Vrouwen	11 446	16 949	16 646	15 841	14 780	12 827
Mannen	7 125	12 962	13 179	13 157	12 802	11 865
In percentage van het totaal aantal volledige werklozen	3,8%	6,5%	6,5%	6,4%	6,2%	5,4%
Vrouwen	4,4%	7,4%	7,3%	7,2%	6,8%	5,9%
Mannen	3,2%	5,5%	5,5%	5,8%	5,6%	4,9

Bron : RVA, 2014

Volgens de RVA is deze daling het gevolg van een wijziging in de regelgeving met betrekking tot het activeringsproces van arbeidsongeschikte werklozen (Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2014). Figuur 14 toont dat bijna alle werklozen in arbeidsongeschiktheid een ongeschiktheid hebben tussen de 33 en 66%. Het percentage uitkeringsgerechtigde volledige werklozen met een ongeschiktheid van minstens 66% is verwaarloosbaar ($\pm 0.09\%$).

Figuur 14. Uitkeringsgerechtigde volledige werklozen met een arbeidsongeschiktheid (in %), naar graad van ongeschiktheid, 2006-2013.



Bron : RVA, 2014

**- DEEL 2 GEPUBLICEERDE STUDIES VAN
HET RIZIV -**

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de gepubliceerde studies van het RIZIV over het thema arbeidsongeschiktheid. De nieuwe studies worden in dit ‘Statistisch Rapport Arbeidsongeschiktheid 2014’ samengevat. De oude studies, anno 2015 beschikbaar op de website van het RIZIV, worden voor de volledigheid opgenomen in het overzicht.

Tabel Overzicht beschikbare en samengevatte RIZIV-rapporten.

Titel Nederlands	Titel Frans	Status
Recente statistische rapporten RIZIV Dienst uitkeringen 2013-2014, samengevat in dit 'Statistisch Rapport Arbeidsongeschiktheid 2014'		
Deeltijdse werkervattingen met toestemming van de adviserend geneesheren bij arbeidsongeschikte gerechtigden - periode 2011-2012- zelfstandigen	Reprises de travail à temps partiel avec autorisation du médecin conseil pour les travailleurs en incapacité de travail - période 2011-2012 – régime des indépendants.	Samengevat, samen met de studie met betrekking tot de werknemersregeling
Deeltijdse werkervattingen met toestemming van de adviserend geneesheren bij arbeidsongeschikte gerechtigden - periode 2011-2012- werknemersregeling	Reprises de travail à temps partiel avec autorisation du médecin conseil pour les travailleurs en incapacité de travail - période 2011-2012 – régime général.	Samengevat, samen met de studie met betrekking tot de zelfstandigenregeling
Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden – loontrekkenden en zelfstandigen - periode 1994-2013	Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides salariés– période 1994-2013 (Régime général et régime des indépendants)	Samengevat, maar niet online beschikbaar
Rapport over de bestaande gegevens inzake arbeidsongeschiktheid betreffende de beroepsherscholing – periode 2010-2012	Rapport sur les données existantes en matière d'incapacité de travail relatives à la réadaptation professionnelle- Période 2010-2012	Samengevat
Invalideit omwille van een mentale aandoening	?	Samengevat, maar niet online beschikbaar
Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid: Analyse en verklarende factoren	?	Samengevat, maar niet online beschikbaar
Statistieken van de uitkeringen 2013-2014	Statistiques des indemnités – 2013-2014	Onderdeel van het jaarverslag. Niet samengevat, maar wel gehanteerd als additionele informatie
Vroegere statistische rapporten RIZIV Dienst Uitkeringen		
Ziekteverzekering werknemers en zelfstandigen: uitkeringen - ontwikkelingen 2006-2011	Assurance maladie des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants : indemnités - évolution 2006-2011	Niet samengevat
Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden – loontrekkenden – periode 1989-2009	Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides salariés – période 1989-2009	Nieuwe versie van dit rapport is beschikbaar, dus niet samengevat
Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden: loontrekkenden periode 1993-2012	Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides salariés– période 1993-2012	Nieuwe versie van dit rapport is beschikbaar, dus niet samengevat
?	Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail. Analyse des facteurs explicatifs - période 2009-2011	Nog niet samengevat. Update wordt binnenkort verwacht
Analyse van de uitgaven van de invaliditeitsuitkeringen vanuit geografisch perspectief in België (cijfers tot 2011)	Analyse des dépenses en invalidité en Belgique dans une perspective géographique	Niet samengevat
Deeltijdse werkervatting met toestemming van de adviserend geneesheren bij arbeidsongeschikte gerechtigden – periode 2009-2010 - Regeling voor Zelfstandigen	Reprises de travail à temps partiel avec autorisation du médecin conseil pour les travailleurs en incapacité de travail - période 2009-2010 – régime des indépendants.	Nieuwe versie van dit rapport is beschikbaar, dus niet samengevat
Deeltijdse werkervatting met toestemming van de adviserend geneesheren bij arbeidsongeschikte gerechtigden – periode 2009-2010 – Werknemersregeling	Reprises de travail à temps partiel autorisées par les médecins conseils pour les travailleurs salariés en incapacité de travail – période 2009-2010 - régime général	Nieuwe versie van dit rapport is beschikbaar, dus niet samengevat
Deeltijdse werkervatting door arbeidsongeschikte gerechtigden (gepubliceerd in 2012)	Reprises du travail à temps partiel par des titulaires en incapacité de travail	Nieuwe versie van dit rapport is beschikbaar, dus niet samengevat

Bron RIZIV

3 | Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden – periode 1994-2013

3.1 Algemene evolutie van de invaliditeit

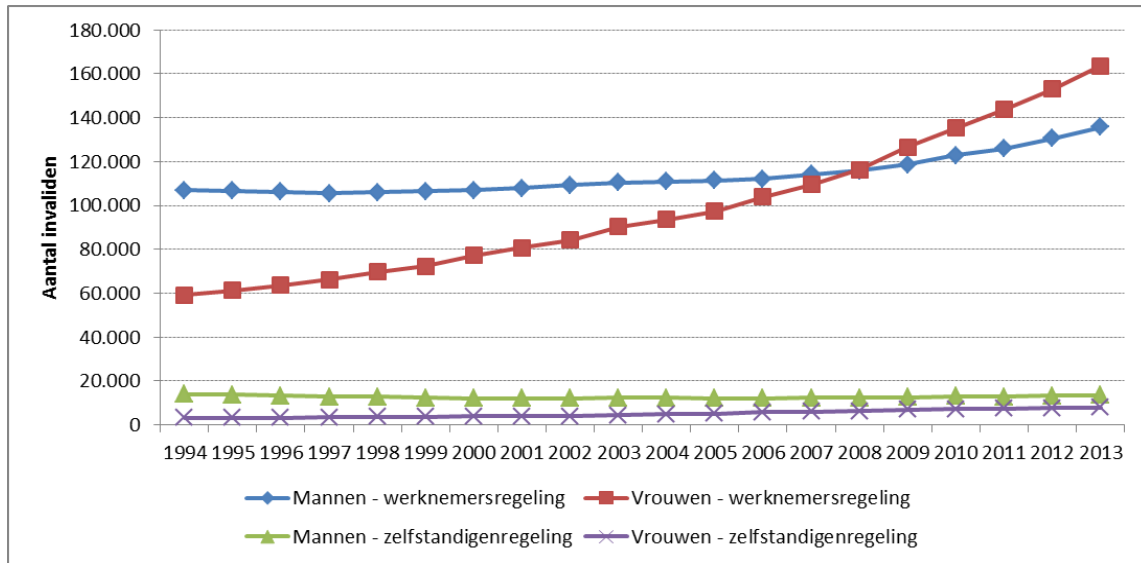
3.1.1 Algemene evolutie in absolute aantallen

Voor 2013 werden op basis van de beschikbare administratieve informatie 320 823 personen op invaliditeit geteld waarvan 299 408 die onder de werknemersregeling vallen (of 93% van het totale aantal) en 21 415 die onder de zelfstandigenregeling vallen (of 7% van het totale aantal).

Als beide regelingen verder opgesplitst worden naar geslacht, waren er in 2013 onder de werknemersregeling 163 643 vrouwen op invaliditeit (of 55% van het totale aantal onder de werknemersregeling) en 135 765 mannen op invaliditeit (of 45% van het totale aantal onder de werknemersregeling). Voor hetzelfde jaar waren er 7 948 vrouwen ressorterende onder de zelfstandigenregeling (of 37% van het totale aantal onder de zelfstandigenregeling) en 13 467 mannen (of 63% van het totale aantal onder de zelfstandigenregeling).

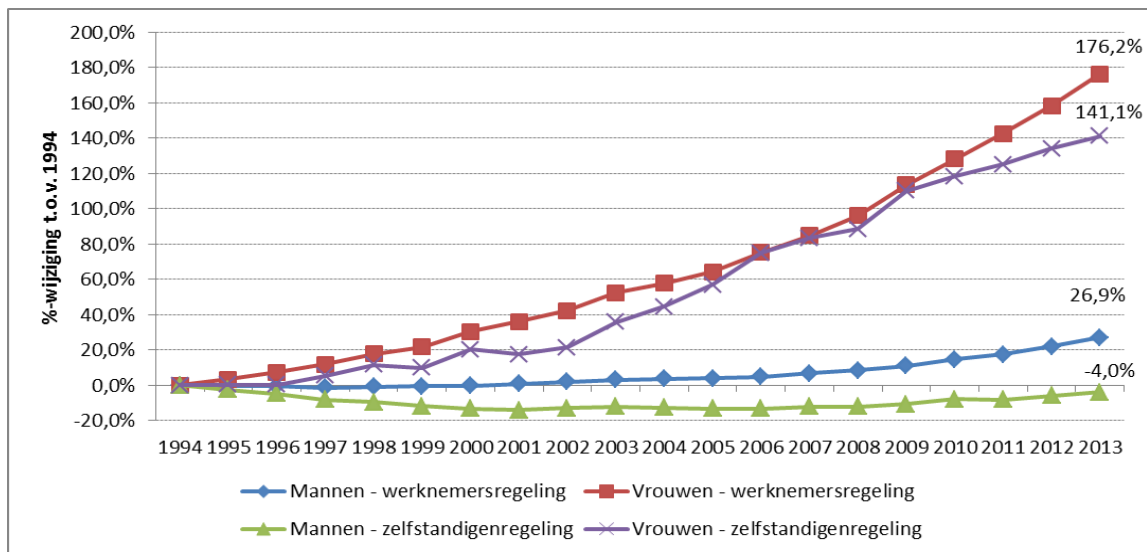
Waar het aantal personen op invaliditeit tussen de geobserveerde periode (1994-2013) met 80,2% stijgt voor de werknemersregeling is deze stijging 'beperkt' tot 23,6% voor de zelfstandigenregeling. Deze sterke procentuele stijging in de werknemersregeling is in hoofdzaak te linken aan de toename van het aantal vrouwelijke personen op invaliditeit (+ 176,2%). Vanaf 2008 staan er zelfs meer vrouwen dan mannen op invaliditeit in de werknemersregeling. Ook het aantal mannen op invaliditeit die vallen onder de werknemersregeling zijn toegenomen, maar hier is de procentuele stijging beperkter (26,9%) en zet zij zich maar in vanaf ongeveer 2008. In vergelijking met de werknemersregeling is de toename van het aantal personen op invaliditeit onder de zelfstandigenregeling beperkter. Dit komt zowel door een 'kleinere' procentuele stijging bij de vrouwen in de geobserveerde periode (+ 141,1%) als door een opvallende procentuele daling bij de mannen (- 4,0%).

Figuur 3.1 Evolutie aantal personen op invaliditeit naar geslacht en type regeling, 1994-2013



Bron RIZIV, 2014

Figuur 3.2 Evolutie aantal personen op invaliditeit naar procentuele wijziging t.o.v. 1994, naar geslacht en type regeling, 1994-2013

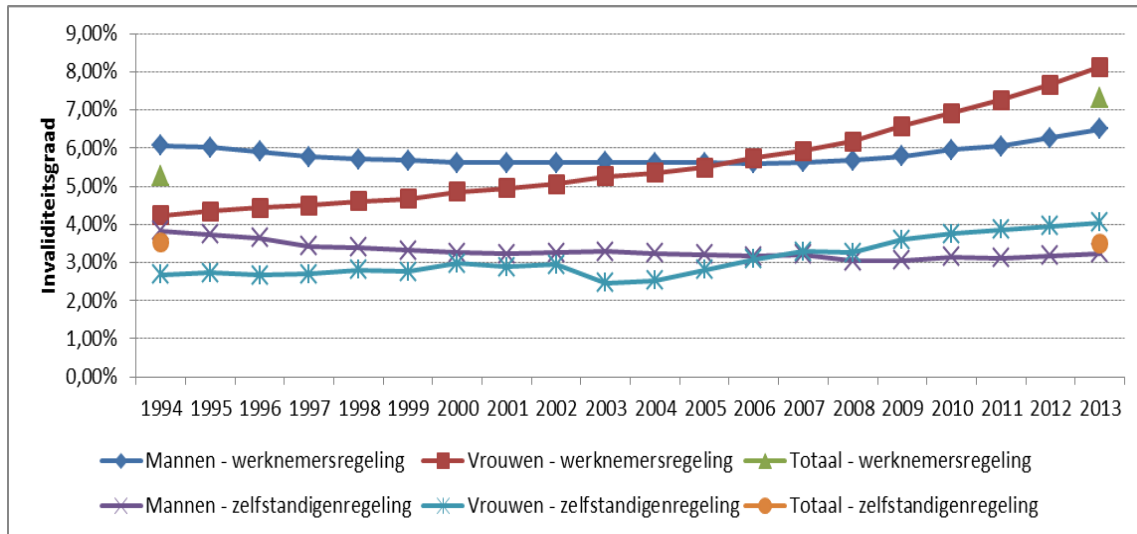


Bron RIZIV, 2014

3.1.2 Algemene evolutie van de invaliditeitsgraad

De relatieve evolutie van de invaliditeit, met name uitgedrukt als percentage van de bevolking op arbeidsleeftijd, als percentage van de beroepsbevolking (werkenden en werklozen) of als percentage van de werkende bevolking is wellicht nog van een grotere informatieve waarde. In het rapport van het RIZIV wordt om de invaliditeitsgraad te berekenen het aantal personen op invaliditeit gedeeld door het aantal uitkeringsgerechtigden min de bruggepensioneerden (UG – BRUG). Deze noemer slaat dan op de beroepsbevolking. Voor de zelfstandigen beperkt de noemer zich tot de uitkeringsgerechtigden.

Figuur 3.3 Evolutie invaliditeitsgraad naar geslacht en type regeling, 1994-2013



* Voor de totalen is niet de volledige evolutie weergegeven maar enkel voor de jaren 1994 en 2013. Dit om de overzichtelijkheid van de figuur te bewaken.

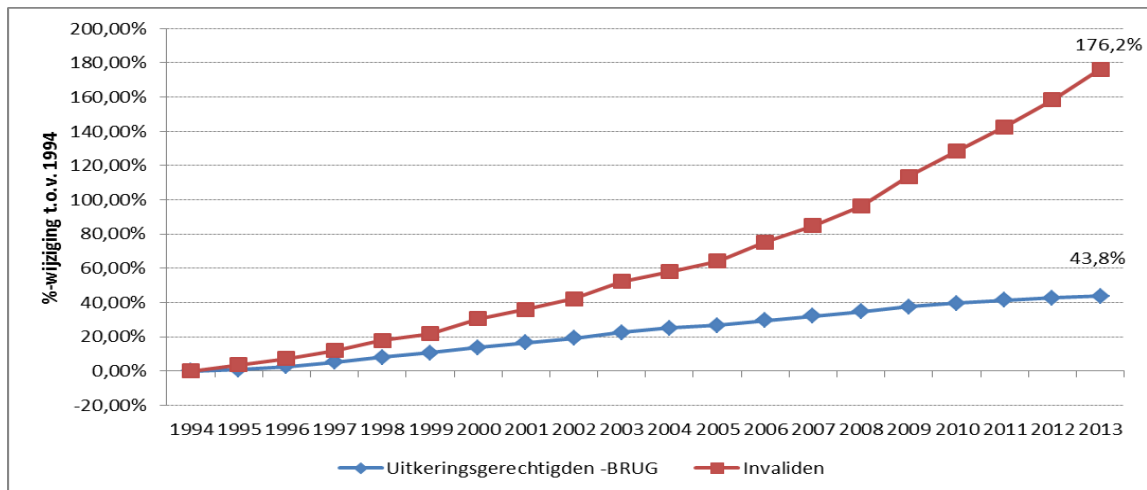
Bron RIZIV, 2014

Waar voor 2013 een invaliditeitsgraad onder de werknemersregeling van 7,3% bekomen wordt ligt dit percentage beduidend lager onder de zelfstandigenregeling, met name 3,5%. Tussen 1994 en 2013 steeg de invaliditeitsgraad onder de werknemersregeling met 2,04 procentpunten terwijl de invaliditeitsgraad onder de zelfstandigenregeling zelfs daalde met 0,04 procentpunten. Opnieuw is een duidelijk verschil zichtbaar van de invaliditeitsgraad naar geslacht. Onder de werknemersregeling bedroeg de vrouwelijke invaliditeitsgraad 8,13% voor 2013 wat een stijging betekent van 3,9 procentpunten t.o.v. 1994. Vanaf 2006 ligt de invaliditeitsgraad voor vrouwen zelfs hoger dan deze voor mannen. De mannelijke invaliditeitsgraad lag immers op 6,5% in 2013 wat een stijging van 0,43 procentpunten inhoudt t.o.v. 1994. Onder de zelfstandigenregeling stellen we een soortgelijk beeld vast. Ook hier ligt de invaliditeitsgraad voor vrouwen (4,05% in 2013) hoger dan deze voor mannen (3,24% in 2013) en dit sinds 2007.

3.1.3 Mogelijke verklarende variabelen

Een aantal verklaringen kunnen de sterke toename van het aantal personen op invaliditeit mogelijk duiden. Vooreerst heeft zich een significante toename van de vrouwelijke participatiegraad voorgedaan. Deze evolutie van de vrouwelijke beroepsbevolking heeft dan ook een sterke impact gehad op de evolutie van het aantal vrouwen op invaliditeit. Hierbij doet zich een perfecte positieve lineaire samenhang voor tussen beide variabelen (correlatiecoëfficiënt: 0,96). Maar tegelijk is de evolutie van de vrouwelijke participatiegraad sterker verlopen gezien de veel sterkere procentuele stijging van het aantal vrouwen op invaliditeit t.o.v. het basisjaar 1994.

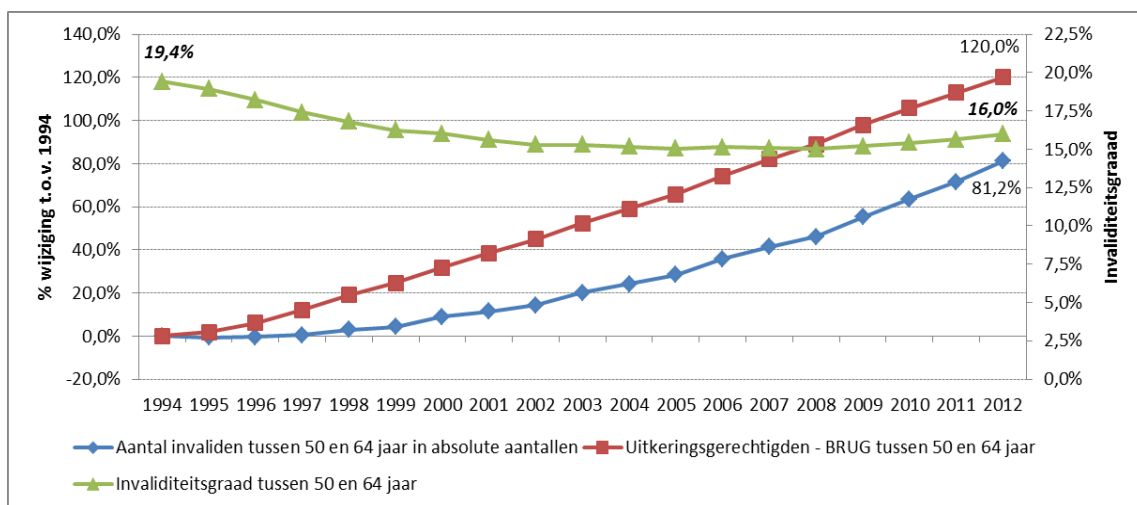
Figuur 3.4 Evolutie aantal vrouwen op invaliditeit en UG-BRUG naar procentuele wijziging t.o.v. 1994, werknemersregeling, 1994-2013



* UG-BRUG: uitkeringsgerechtigden min bruggepensioneerden
Bron RIZIV, 2014

Maar ook de vergrijzende (arbeids)bevolking alsook de gelijkschakeling van de pensioenleeftijd tussen mannen en vrouwen verklaart in belangrijke mate de evolutie van het aantal personen op invaliditeit in absolute termen. Zo is er een perfect positief lineair verband tussen het aantal gerechtigden tussen 50 en 64 jaar en het aantal personen op invaliditeit in deze leeftijdscategorie (correlatiecoëfficiënt: 0,98). Maar wat tegelijk opvalt, is dat de invaliditeitsgraad binnen deze leeftijdscategorie afgenomen is binnen de geobserveerde periode (van 19,4% in 1994 naar 16,0% in 2013). Ondanks de sterke stijging van de beroepsbevolking tussen 50 en 64 jaar (+120%) heeft zich verhoudingsgewijs dus toch niet dezelfde stijging voorgedaan van het aantal personen op invaliditeit binnen deze leeftijdscategorie (+81,2%) wat dus maakt dat de invaliditeitsgraad afgenomen is. Al doet zich vanaf 2009 wel opnieuw een geleidelijke stijging voor van de invaliditeitsgraad.

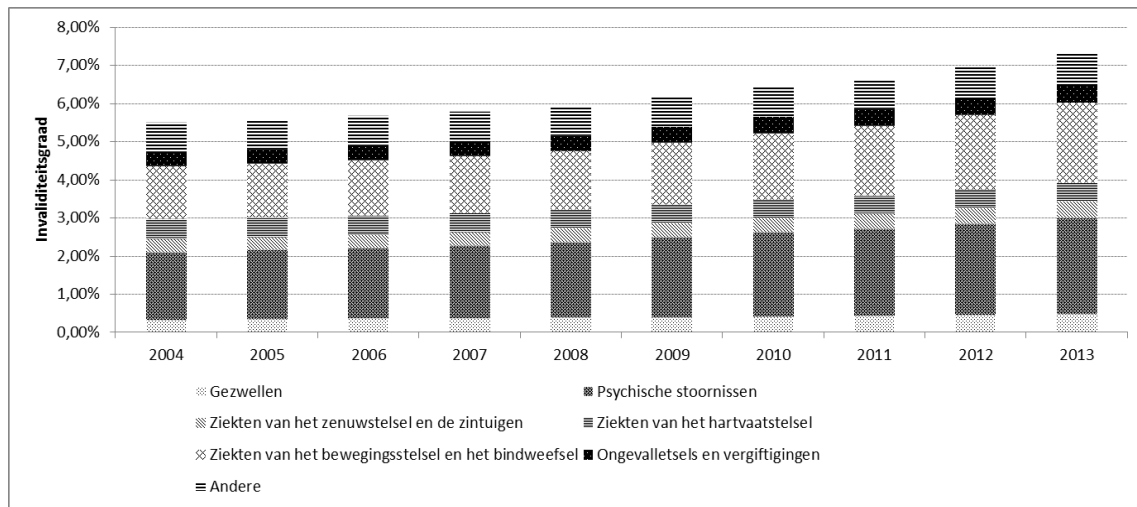
Figuur 3.5 Evolutie aantal personen op invaliditeit en UG-BRUG tussen 50 en 64 jaar naar procentuele wijziging t.o.v. 1994 en evolutie van de invaliditeitsgraad voor deze leeftijdscategorie, werknemersregeling, 1994-2013



* UG-BRUG: uitkeringsgerechtigden min bruggepensioneerden
Bron RIZIV, 2014

Tenslotte maar niet in het minst doen zich ‘nieuwe’ ziektebeelden voor die de evolutie van het aantal personen op invaliditeit sterk zullen beïnvloeden. Hier beperkt de geobserveerde periode zich echter van 2004 tot 2013 en loopt dus niet tot 1994 terug. Psychische stoornissen en ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel (=musculoskeletale aandoening) blijken de voornaamste redenen van invaliditeit te zijn, zowel in absolute als relatieve termen (figuur 1.6). Het detail naar sociale stand en geslacht wordt later in dit rapport nog besproken. In de geobserveerde periode steeg binnen de werknemersregeling de invaliditeitsgraad omwille van een psychische stoornis met 0,77 procentpunten (van 1,77% in 2004 naar 2,54% in 2013) en de invaliditeitsgraad omwille van een musculoskeletale aandoening met 0,71 procentpunten (van 1,39% in 2004 naar 2,10% in 2013).

Figuur 3.6 Evolutie invaliditeitsgraad naar pathologie, werknemersregeling, 2004-2013



Bron RIZIV, 2014

3.2 Typografie van de invaliditeit

In dit onderdeel wordt dieper ingegaan op de kenmerken van de invaliditeit op basis van de cijfers voor 2013. De analyse zal zich beperken tot leeftijd, pathologie en voormalige tewerkstelling. Eveneens zal de mate van werkhervatting beschreven worden.

3.2.1 Naar leeftijd

De evolutie van de invaliditeitsgraad naar leeftijdscategorie (wat niet gelijkgesteld kan worden aan de intredeleeftijd) vertoont een soortgelijk beeld binnen de werknemers- en de zelfstandigenregeling. Er doet zich met name een stijging voor van de invaliditeitsgraad tot en met de leeftijdscategorie 60 tot 64 jaar. Hierbij is 28,2% van de uitkeringsgerechtigde werknemers en 16,6% van de uitkeringsgerechtigde zelfstandigen tussen 60 en 64 jaar op invaliditeit. Waar de invaliditeitsgraad nog geleidelijk stijgt naarmate de leeftijd toeneemt, doet zich een sterke opwaartse knik voor binnen deze leeftijdscategorie. Maar zoals reeds gesteld is de invaliditeitsgraad van de oudere leeftijdscategorieën wel afgenomen in vergelijking met 1994.

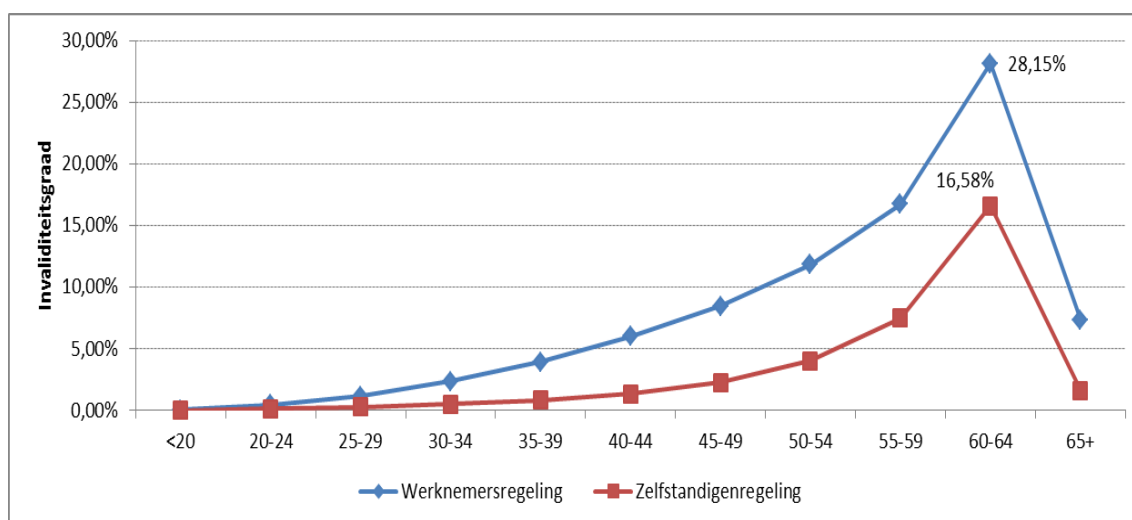
De gemiddelde leeftijd waarop mensen intreden in de invaliditeit ligt op 45,2 jaar binnen de werknemersregeling en 51,5 jaar binnen de zelfstandigenregeling wat toch een opmerkelijke discrepantie is. Tegelijk is de gemiddelde duur van de invaliditeit 5,71 jaar binnen de

werknemersregeling en 4,94 jaar binnen de zelfstandigenregeling. Het combineren van de intredeleeftijd en de duur van de invaliditeit toont aan dat men op relatief jonge leeftijd ook uit de invaliditeit treedt.

In 2004 bedroeg de gemiddelde leeftijd van intrede nog 44,2 jaar terwijl deze tegen 2013 is gestegen tot 45,2 jaar (werknemersregeling). In de zelfstandigenregeling is de gemiddelde leeftijd van intreden zelfs gedaald van 51,7 jaar in 2004 tot 51,5 jaar in 2013.

Als reden voor deze sterke stijging kan het effect van de vergrijzing worden aangehaald. Dit effect wordt bij de vrouwen nogmaals versterkt door de toenemende participatie tot op latere leeftijd op de arbeidsmarkt en het optrekken van de pensioenleeftijd.

Figuur 3.7 Invaliditeitsgraad naar leeftijd en type regeling, 2013

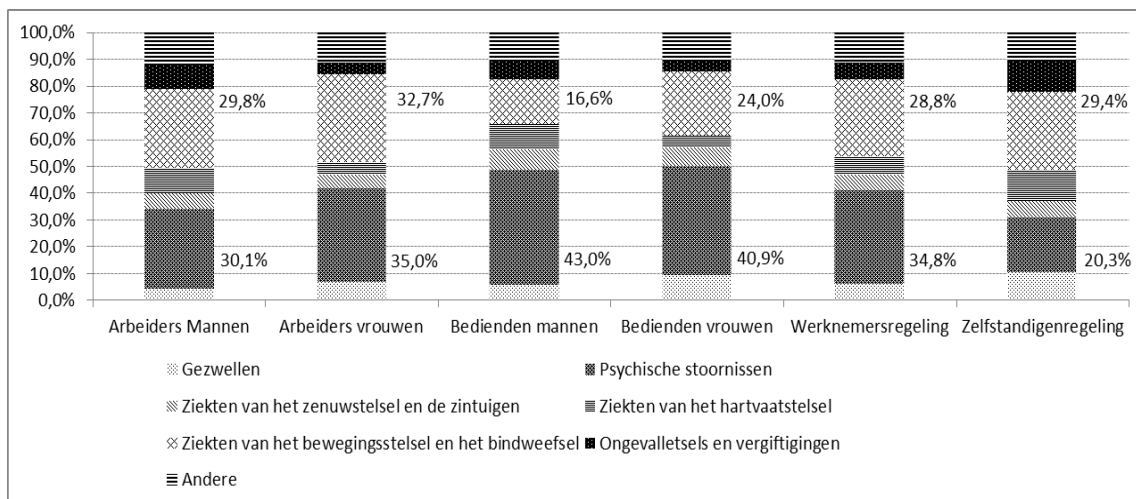


Bron RIZIV, 2014

3.2.2 Naar pathologie

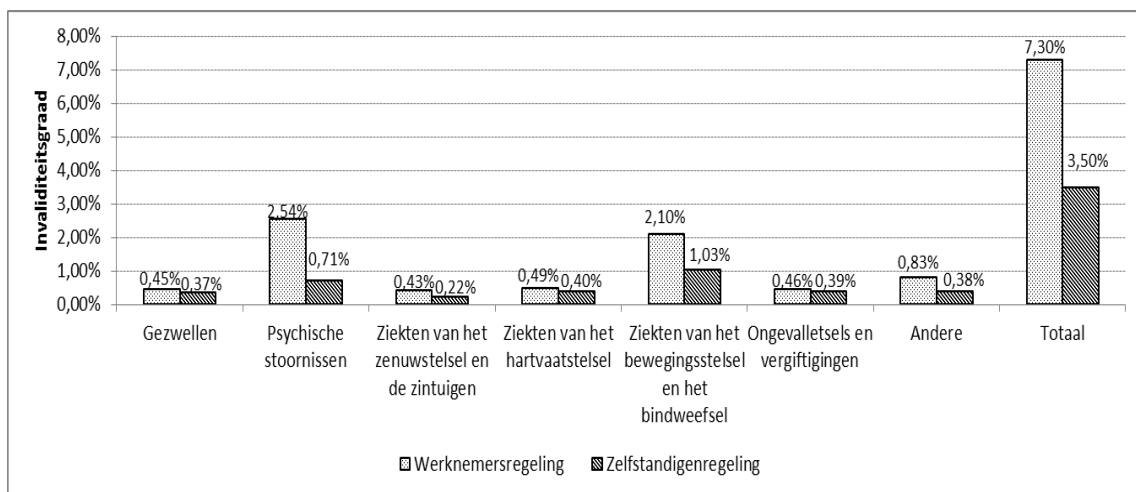
Zowel voor de werknemersregeling als voor de zelfstandigenregeling blijken psychische stoornissen en ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel de voornaamste redenen van invaliditeit te zijn. Beide pathologieën zijn zoals reeds gesteld ook in absolute en relatieve termen van invaliditeit toegenomen t.o.v. 2004. Er doen zich echter duidelijke verschillen voor naar type regeling, geslacht en sociale stand. Maar ook een verschil naar leeftijd is denkbaar maar werd nog niet gerapporteerd (zie ook het rapport van het RIZIV over mentale aandoeningen). Zelfstandigen blijken vooral omwille van een musculoskeletale aandoening (29,4% in 2013) op invaliditeit te staan terwijl loontrekkenden dan weer het vaakst – omwille van een psychische stoornis (34,8% in 2013) op invaliditeit staan. Voor de loontrekkenden doet zich een duidelijk verschil voor naar statuut (arbeider-bediende). Zo komen een musculoskeletale aandoening en een psychische stoornis ongeveer gelijkaardig voor bij arbeiders maar vertonen bedienden veel eerder een psychische stoornis dan een musculoskeletale aandoening. Zoals reeds gesteld ligt de invaliditeitsgraad bij loontrekkenden (7,5%) dubbel zo hoog als bij zelfstandigen (3,5%). Maar dit verschilt ook naar pathologie. Zo ligt de invaliditeitsgraad omwille van een psychische stoornis meer dan 3 keer hoger bij loontrekkenden (2,54%) dan bij zelfstandigen (0,71%).

Figuur 3.8 Percentage personen op invaliditeit per ziektegroep, naar type regeling, 2013



Bron RIZIV, 2014

Figuur 3.9 Invaliditeitsgraad, naar type regeling, 2013

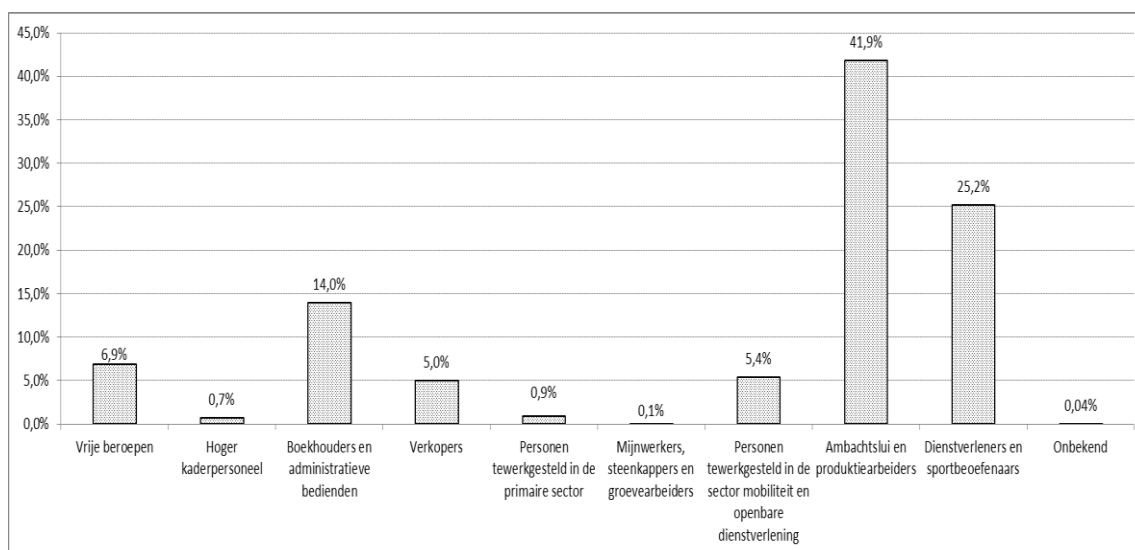


Bron RIZIV, 2014

3.2.3 Naar voormalige tewerkstelling

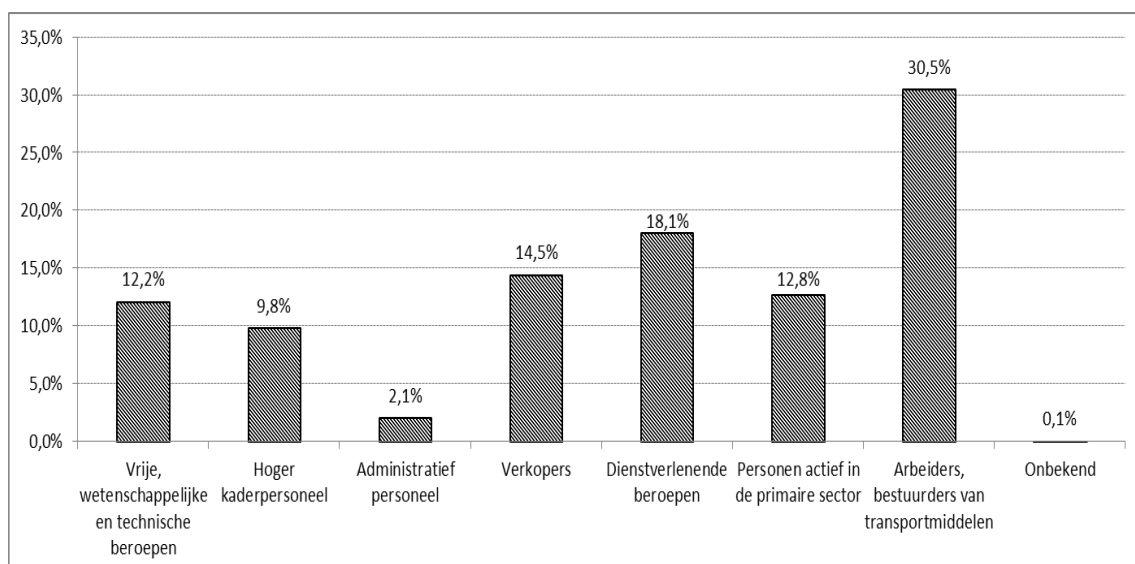
Ook de voormalige beroeps categorie van de personen op invaliditeit is geweten. Een opdeling in de werknemersregeling naar statuut (arbeiders, bedienden), leert ons voor 2013 dat 73,2% van het totale aantal personen op invaliditeit arbeiders waren en 26,8% bedienden. Maar tegelijk blijkt ook de invaliditeitsgraad voor arbeiders (8,7% voor mannen en 12,5% van vrouwen) beduidend hoger te liggen dan voor bedienden (2,7% voor mannen en 5,0% voor mannen). Dit beeld weerspiegelt zich ook in de gedetailleerdere beroepsopdeling. Zo waren 4 op de 10 loontrekkenden op invaliditeit in 2013 ambachtshandwerkers en productiewerkers. In de zelfstandigenregeling blijken de meeste personen op invaliditeit, met name 3 op 10, gewezen arbeiders of bestuurders van transportmiddelen geweest te zijn. De invaliditeitsgraad naar beroeps categorie werd nog niet gerapporteerd.

Figuur 3.10 Percentage personen op invaliditeit naar voormalige tewerkstelling, werknemersregeling, 2013



Bron RIZIV, 2014

Figuur 3.11 Percentage personen op invaliditeit naar voormalige tewerkstelling, zelfstandigenregeling, 2013



Bron RIZIV, 2014

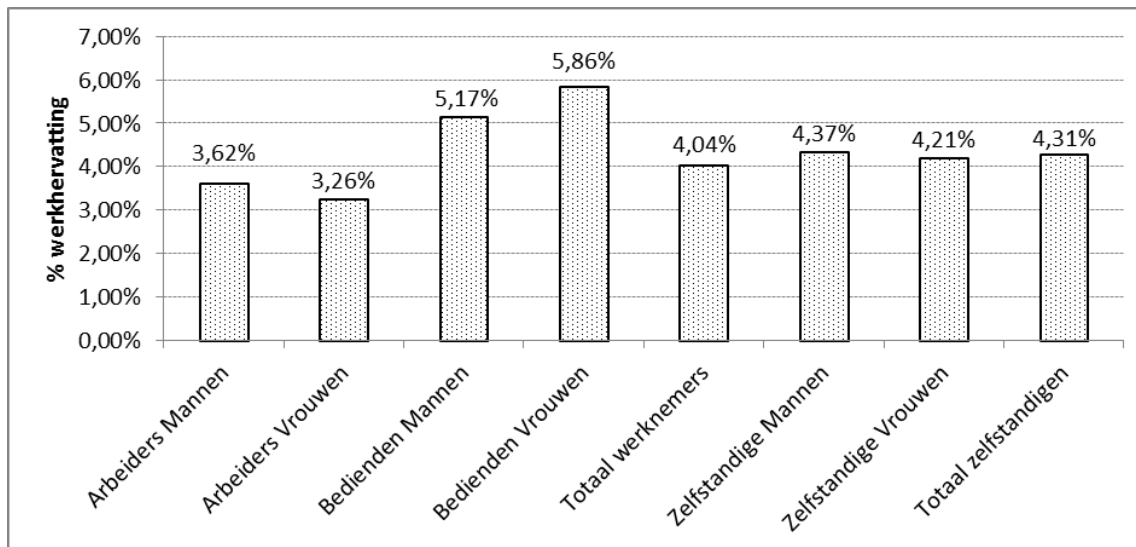
3.2.4 Werkhervatting als reden van uittrede

Meerdere redenen voor uittrede kunnen zich voordoen: (spontane) werkhervatting, weigering invaliditeit (op zich treden deze personen ook uit ofwel naar werk ofwel naar de werkloosheid), overlijden en pensionering. Wij beperken ons tot het bespreken van de werkhervatting.

Op zich doen er zich geen opmerkelijke verschillen voor in het percentage personen op invaliditeit die het werk hervatten vallende onder de werknemersregeling (4,04%) of de zelfstandigenregeling (4,31%). Het toont tegelijk aan dat het percentage mensen die het werk hervatten bescheiden is en ook slechts beperkt gestegen is t.o.v. 2004 (0,53 procentpunten in de werknemersregeling en 0,69% in het zelfstandigenregeling). In de werknemersregeling doet zich wel een duidelijk verschil voor tussen arbeiders en bedienden. Zo blijkt een hoger percentage bedienden

het werk te hervatten t.o.v. arbeiders. Maar hier zou ook de pathologie een rol kunnen spelen in de mogelijkheid om het werk te hervatten. In dat opzicht zou in een volgende rapportering het aantal werkhervattingen naar pathologie opgedeeld kunnen worden.

Figuur 3.12 Percentage uittreeders omwille van een werkhervatting, 2013



* Aantal uittreeders omwille van werkhervatting wordt vergeleken met het totale aantal personen op invaliditeit het jaar voordien.

Bron RIZIV, 2014

4 | Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Analyse en verklarende factoren, periode 2009-2012

4.1 Inleiding

Het rapport “Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Analyse en verklarende factoren” bekijkt de evolutie en de verklarende factoren met betrekking tot de primaire arbeidsongeschiktheid nader. Het heeft tot doel het ziekteverzuim en zijn oorzaken in kaart te brengen. De analyse beperkt zich tot de periode van primaire arbeidsongeschiktheid voor de periode 2009-2012. Kort verzuim waarbij de periode van het gewaarborgd loon niet wordt overschreven behoort niet tot de focus van de paper.

Bij de interpretatie van de cijfers dient rekening te worden gehouden met de bepalingen aangaande het gewaarborgd loon. De intrededcijfers voor de actieven zijn namelijk onderschat in de zin dat geen rekening wordt gehouden met de afwezigheid tot het einde van de periode van het gewaarborgd loon (30 kalenderdagen voor bedienden en 14 dagen voor arbeiders). Werklozen daarentegen vallen vanaf de eerste dag ten laste van de uitkeringsverzekering. De start van de primaire arbeidsongeschiktheid hangt met andere woorden af van de activiteit (actieven/werklozen) en of men onder het bedienden- of arbeidersstatuut valt. Om de invloed van de verschillen in de periode van gewaarborgd loon uit te schakelen, worden ook de intredes apart onderzocht met een duur van arbeidsongeschiktheid groter dan 28 dagen¹. Daarna worden de uitredens onderzocht om uiteindelijk het ziekteverzuim in België in kaart te brengen.

4.2 Intredes in primaire arbeidsongeschiktheid

Onderstaande tabel zet een aantal kerncijfers op een rij voor het jaar 2012. Daarbij wordt de situatie van de primaire arbeidsongeschikten met minimum 1 ziekte dag buiten de periode van het gewaarborgd loon, alsook met een ziekteperiode van meer dan 28 dagen onderscheiden.

Anno 2012 hebben 409 485 personen hun intrede gemaakt in primaire arbeidsongeschiktheid. Zij zijn minstens één ziekte dag door de uitkeringsverzekering gedekt. Tot het jaar 2011 neemt het aantal intredes stelselmatig toe met 2 tot 3% per jaar. In 2012 is een kleine terugval (2,5%) op te merken van de groei van het aantal intredes in primaire arbeidsongeschiktheid.

De intredes in primaire arbeidsongeschiktheid langer dan de periode van gewaarborgd loon zijn naar geslacht toe eerder gelijk verdeeld, waarbij een kleine meerderheid (52,9%) vrouw is. Een overgrote meerderheid (69,9%) is arbeider en dat zijn overwegend mannen. Bij de bedienden

¹ Met betrekking tot de duur van arbeidsongeschiktheid ontvangt het RIZIV van de verzekeringsinstellingen slechts de gegevens na de periode na 28 dagen. Het RIZIV heeft zich in de analyse dus moeten beperken tot het uitschakelen van de eerste drie periodes tot 28 dagen. Dit is niet 100% correct maar de conclusies blijven uiteraard overeind, ook zonder eliminatie van de laatste twee dagen.

(30,1%) zijn de arbeidsongeschikte vrouwen dan weer sterk aanwezig (72,8%), omdat zij nu eenmaal meer dan mannen een bediendenstatuut hebben. Het groot aantal ziektegevallen bij arbeiders kent twee redenen. Ten eerste kennen zij een beperktere periode van gewaarborgd loon (14 dagen) ten opzichte van de bedienden (30 dagen). Daarnaast zorgt de eigenheid van de job, met name, fysiek belastend werk of risicovoller werk, ervoor dat zij gevoeliger zijn voor aandoeningen die aanleiding kunnen geven tot arbeidsongeschiktheid.

Deze vaststellingen liggen in lijn met de conclusies die werden gemaakt op basis van de analyse van personen op invaliditeit. Dat vrouwen meer ziekte-dagen opnemen dan mannen is ook reeds merkbaar in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid, wat voort vloeit uit de toenemende participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt.

Om het absoluut aantal intredes beter te kaderen, worden de intredes bekeken in verhouding tot het aantal gerechtigden². Gemiddeld heeft 10,9% van de uitkeringsgerechtigden in 2012 de periode van primaire arbeidsongeschiktheid ingetreden.

De kans om in te treden in arbeidsongeschiktheid is tussen 2009 en 2011 jaarlijks toegenomen. In 2012 daalt het aandeel intredes tot op het niveau van 2010. De kans om in te treden in arbeidsongeschiktheid ligt het hoogst voor vrouwelijke arbeiders (17,6%), gevolgd door mannelijke arbeiders (13,2%). Bij de bedienden ligt het risico het hoogst voor de vrouwen (8,1%), waar het risico van de mannelijke bedienden op slechts 5,6% ligt. Zoals ook reeds duidelijk werd uit de absolute cijfers hebben uitkeringsgerechtigde arbeiders meer kans om ziek te worden dan een bediende, wat te verklaren valt door het verschil in de aard van het uitgevoerde werk. Per geslacht ligt het risico op arbeidsongeschiktheid gevoelig hoger bij vrouwen dan bij mannen. Het verschil naar geslacht is vooral opmerkelijk bij bedienden. Het intredecijfer bij vrouwelijke bedienden ligt namelijk driekwart hoger dan bij mannelijke bedienden, waar het verschil bij de arbeiders beperkt blijft tot een derde.

Primaire arbeidsongeschikten kunnen op hun eerste dag van het risico actief dan wel werkloos zijn. Globaal genomen zijn de primaire arbeidsongeschikten actief bij de aanvang van de periode (79,7%, ofwel 326 399 personen). Sinds 2009 is het aantal werkloze arbeidsongeschikten relatief stabiel gebleven en schommelt rond de 83 000 arbeidsongeschikten, dit zowel bij de arbeiders als bij de bedienden.

De kans op intrede van de werklozen (13,2%) is echter hoger dan bij de actieven (10,4%), waarbij enige nuancering aan de orde is (zie volgende paragraaf).

² Het aantal gerechtigden bevat het aantal primaire uitkeringsgerechtigden, verminderd met de bruggepensioneerden. Zij worden voor de Sociale Zekerheid beschouwd als werklozen, maar zullen in de praktijk geen rechten op uitkeringen kunnen uitoefenen.

Tabel 4.1 Intredes in primaire arbeidsongeschiktheid, 2012

	Intredes in primaire arbeidsongeschiktheid na één ziekte­dag na de periode van gewaarborgd loon		Intredes in primaire arbeidsongeschiktheid na een periode van 28 ziekte­dagen		Intredes per primaire uitkeringsgerechtigden (PUG-Brug)*, in %	
	In absolute cijfers	In %	In absolute cijfers	In %	Na één ziekte­dag na de periode van gewaarborgd loon	Na een periode van 28 dagen
Totaal	409 485		310 817		10,9	8,3
Mannen	192 891	47,1	140 251	45,1	9,9	7,2
Vrouwen	216 594	52,9	170 566	54,9	11,8	9,2
Bedienden	123 140	30,7	104 238	33,5	6,7	5,7
Arbeiders	286 345	69,9	206 579	66,5	14,8	10,7
Actieven	326 399	79,7	254 757	82,0	10,4	8,1
Werklozen	83 086	20,3	56 060	18,0	13,2	8,9
Arbeiders - actieven	223 927	54,7	163 757	52,7	n.b.	n.b.
Bedienden - actieven	102 472	25,0	91 000	29,3	n.b.	n.b.
Arbeiders - werklozen	62 418	15,2	42 822	13,8	n.b.	n.b.
Bedienden - werklozen	20 668	5,1	13 238	4,2	n.b.	n.b.

* PUG-Brug betekent het aantal primaire uitkeringsgerechtigden, verminderd met de brug­pensioneerden.
Bron RIZIV, 2015

Indien enkel rekening wordt gehouden met intredes langer dan één maand (laatste kolom van bovenstaande tabel), daalt het procentueel aandeel van de arbeiders op het vlak van de intredes van 69,9% tot 66,5%. Het aandeel van de bedienden stijgt daarentegen van 30,1% tot 33,5%. Het uitschakelen van de verschillen in gewaarborgd loon heeft overigens een beperkt effect op de interpretatie van de statistieken. De eerder gemaakte conclusies waarbij alle gevallen in beschouwing werden genomen blijven doorgaans gelden.

De intrede­cijfers naar activiteit (actief of werkloos) worden echter in belangrijke mate gecorrigeerd in kolom 3 van bovenstaande tabel. Het intrede­cijfer daalt naar 8,1% bij de actieven en 8,9% bij de werklozen. De verschillen met betrekking tot de activiteit (actief/werkloos) zijn gevoelig verminderd.

In wat volgt wordt verder ingegaan op het profiel van primaire arbeidsongeschikten met een duur van de arbeidsongeschiktheid groter dan 28 dagen. We bekijken daarbij in het bijzonder de leeftijdsgegevens van de arbeidsongeschikten en of geografische verschillen voorkomen.

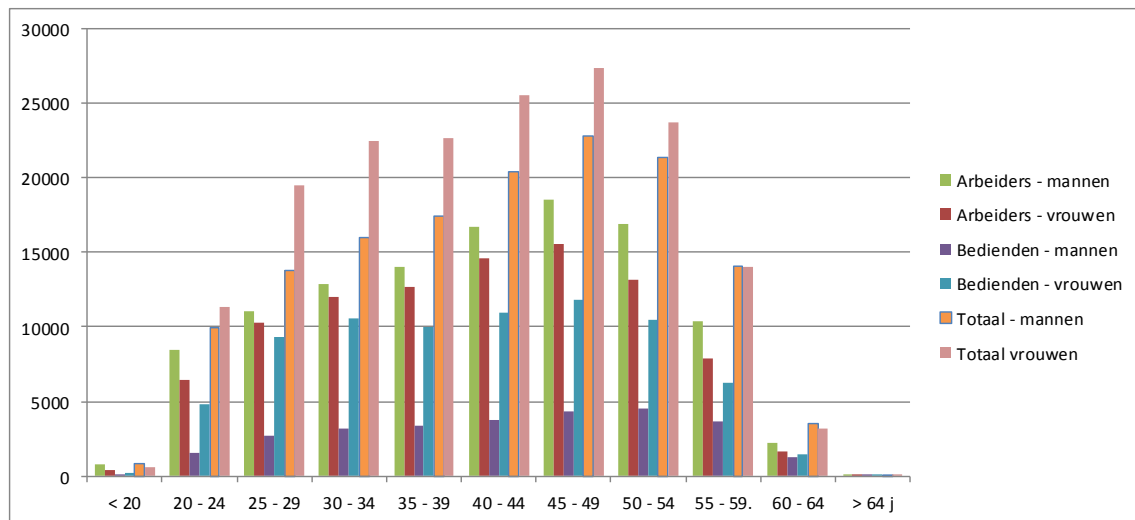
Het aantal intredes in primaire arbeidsongeschiktheid piekt in de leeftijdscategorie tussen 40 en 55 jaar. Dat geldt zowel voor de vrouwen, als mannen, alsook voor de bedienden en arbeiders. Vrouwen worden daarbij iets vroeger geconfronteerd met arbeidsongeschiktheid dan mannen.

Tabel 4.2 Aantal intredes in primaire arbeidsongeschiktheid na een periode van 28 ziekte dagen per leeftijdscategorie, geslacht en statuut (2012).

Leeftijd	Arbeiders		Totaal arbeiders	Bedienden		Totaal bedienden	Algemeen		Algemeen Totaal
	Mannen	Vrouwen		Mannen	Vrouwen		Mannen	Vrouwen	
< 20	734	386	1 120	82	201	283	816	587	1 403
20 - 24	8 459	6 448	14 907	1 503	4 859	6 362	9 962	11 307	21 269
25 - 29	11 090	10 247	21 337	2 742	9 285	12 027	13 832	19 532	33 364
30 - 34	12 841	11 994	24 835	3 174	10 534	13 708	16 015	22 528	38 543
35 - 39	14 072	12 663	26 735	3 352	10 032	13 384	17 424	22 695	40 119
40 - 44	16 679	14 591	31 270	3 717	10 971	14 688	20 396	25 562	45 958
45 - 49	18 545	15 572	34 117	4 322	11 854	16 176	22 867	27 426	50 293
50 - 54	16 874	13 177	30 051	4 488	10 523	15 011	21 362	23 700	45 062
55 - 59.	10 389	7 841	18 230	3 664	6 217	9 881	14 053	14 058	28 111
60 - 64	2 255	1 681	3 936	1 232	1 465	2 697	3 487	3 146	6 633
> 64 j	23	18	41	14	7	21	37	25	62
TOTAAL	111 961	94 618	206 579	28 290	75 948	104 238	140 251	170 566	310 817

Bron RIZIV, 2015

Figuur 4.1 Aantal intredes in primaire arbeidsongeschiktheid na een periode van 28 ziekte dagen per leeftijdscategorie, geslacht en statuut (2012).



Bron RIZIV, 2015

Om bovenstaande tabel goed te kunnen interpreteren dienen we het aantal intredes ten opzichte van het totaal aantal uitkeringsgerechtigden te bekijken. Daaruit blijkt dat ook in de jongere leeftijdscategorieën een belangrijk deel van de sociaal verzekerden in primaire arbeidsongeschiktheid (na 28 dagen) terecht komen.

Tabel 4.3 Verhouding aantal intredes in primaire arbeidsongeschiktheid na een periode van 28 ziekte-dagen per leeftijdscategorie (in %) , geslacht en statuut, ten opzichte van het aantal uitkeringsgerechtigde verzekerden, 2012

Leeftijd	Arbeiders		Totaal arbeiders	Bedienden		Totaal bedienden	Algemeen		Algemeen Totaal
	Mannen	Vrouwen		Mannen	Vrouwen		Mannen	Vrouwen	
< 20	8,5	11,1	9,3	5,5	7,3	6,7	8,1	9,5	8,6
20 - 24	7,3	11,1	8,6	3,5	5,9	5,1	6,3	8,0	7,1
25 - 29	7,2	11,8	8,9	2,6	5,3	4,2	5,3	7,4	6,4
30 - 34	8,0	12,4	9,6	2,9	6,2	4,9	5,9	8,4	7,2
35 - 39	9,1	12,9	10,6	3,4	6,9	5,5	6,9	9,3	8,1
40 - 44	9,9	14,4	11,6	4,0	7,4	6,9	7,8	10,3	9,0
45 - 49	11,1	15,9	12,9	4,5	8,3	6,8	8,7	11,4	10,0
50 - 54	12,0	15,7	13,4	5,3	8,6	7,3	9,5	11,5	10,5
55 - 59.	10,6	12,3	11,3	5,5	7,3	6,5	8,5	9,5	9,0
60 - 64	5,6	5,7	5,6	4,6	4,7	4,6	5,2	5,2	5,2
> 64 j	0,8	1,0	0,9	0,6	0,4	0,5	0,7	0,7	0,7
TOTAAL	9,3	13,1	10,7	3,9	6,9	5,7	7,2	9,3	8,3

Bron RIZIV, 2015

Er kan worden vastgesteld dat werkloze arbeiders en bedienden op jongere leeftijd in arbeidsongeschiktheid terecht komen dan het geval is bij de actieven, maar dat de kans op primaire arbeidsongeschiktheid daalt bij de oudste leeftijdsgroepen.

Tabel 4.4 Verhouding aantal intredes in primaire arbeidsongeschiktheid per leeftijdscategorie, geslacht en statuut, ten opzichte van het aantal uitkeringsgerechtigde verzekerden (in %) , 2012

Leeftijd	Arbeiders		Totaal arbeiders	Bedienden		Totaal bedienden	Algemeen		Algemeen Totaal
	Actief	Werklozen		Actief	Werklozen		Actief	Werklozen	
< 20	9,4	8,5	9,3	6,7	6,6	6,7	25,5	8,2	8,6
20 - 24	8,8	8,1	8,6	4,9	6,3	5,1	11,7	7,6	7,1
25 - 29	8,8	9,0	8,9	4,0	6,2	4,2	8,6	8,0	6,4
30 - 34	9,3	11,1	9,6	4,6	7,9	4,9	10,3	10,1	7,2
35 - 39	10,1	12,6	10,6	5,2	9,2	5,5	12,3	11,6	8,1
40 - 44	11,1	14,2	11,6	5,7	10,5	6,1	14,4	13,1	9,0
45 - 49	12,4	15,0	12,9	6,4	11,2	6,8	16,1	13,9	10,0
50 - 54	14,0	10,9	13,4	7,2	8,3	7,3	17,0	10,1	10,5
55 - 59	14,3	5,6	11,3	6,9	4,4	6,5	13,6	5,2	9,0
60 - 64	12,6	1,7	5,6	6,7	1,2	4,6	7,1	1,5	5,2
> 64 j	0,9	0,3	0,9	0,6	0,0	0,5	1,4	0,1	0,7
TOTAAL	11,0	9,7	10,7	5,5	7,0	5,7	12,6	8,9	8,3

Bron RIZIV, 2015

De intredes nader bekeken naar regio toont aan dat het aantal primaire arbeidsongeschikten (met een duur langer dan één maand) per uitkeringsgerechtigden³ met 10,8% het hoogst is in de provincie Limburg. In Wallonië situeren de meeste intredes zich in de provincies Luik (9,4%) en Henegouwen (9,8%). De sociaal economische status, gemeten naar opleidingsniveau, werkgelegenheidsgraad en inkomen, is het laagst in de geciteerde provincies. De lage sociaal economische status is positief gecorreleerd met arbeidsongeschiktheid wegens ziekte.

Op nationaal niveau belopen de intredes per uitkeringsgerechtigde verzekerden gemiddeld 8,3%, waarbij Vlaanderen iets hoger scoort (8,4%). In Wallonië ligt het gemiddelde op 9%, terwijl in het Brussels gewest beduidend minder intredes in primaire arbeidsongeschiktheid worden geregistreerd (4,9%).

Personen kunnen meerdere keren in primaire arbeidsongeschiktheid (>1 maand) terecht komen, maar dit komt eerder zelden voor. 90,2% van de primaire arbeidsongeschikten heeft zich in 2012 slechts één keer ziek gemeld voor een periode langer dan het gewaarborgd loon. 8,7% deed dit twee keer en meer dan drie ziektemeldingen komt met in 1,15% van de gevallen slechts beperkt voor. Men dient hierbij rekening te houden dat dit een onderschatting van de realiteit betekent omdat kort verzuim met een werkhervatting binnen de periode van het gewaarborgd loon buiten de statistieken vallen. Men moet immers al meer dan 1 maand arbeidsongeschikt zijn om meegeteld te worden in deze telling.

4.3 Uittredes in primaire arbeidsongeschiktheid

Men kan uit primaire arbeidsongeschiktheid treden omwille van een volledige werkhervatting, pensionering, uitsluiting, overlijden of een nog andere reden. Primaire arbeidsongeschikten treden vaak uit in hun eerste jaar als arbeidsongeschikte. In de loop van 2012 lag het aantal uittredes in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid (412 876 personen) zelfs hoger dan het aantal intredes (409 485 personen). Net zoals het profiel van de intreders, zijn de uittreders hoofdzakelijk mannelijke arbeiders (39%), maar zijn er in totaal net iets meer vrouwen (52,8%) die uit primaire arbeidsongeschiktheid treden. 70% van de uittreders bestaat uit arbeiders.

In 2012 hervatten 83,6% van het aantal primaire arbeidsongeschikte actieven opnieuw het werk. Dat percentage is eerder stabiel te noemen sinds 2009. Bij de werklozen wordt vastgesteld dat 60% ofwel het werk hervat of opnieuw terugkeert naar de werkloosheid. Het aandeel arbeidsongeschikte gerechtigden met een werkloosheidsstatuut dat het werk hervat of opnieuw terugkeert naar de werkloosheid is sinds 2009 stelselmatig gedaald van 63,3% naar 60% in 2012. Deze daling wordt opgevangen door een stijging van het aantal uittredes omwille van een ‘andere’ reden. De categorie ‘andere’ bevat de arbeidsongeschikte gerechtigden waarvoor door de verzekeringsinstellingen geen reden voor uittreden werd opgegeven. De overgrote meerderheid van deze antwoorden heeft te maken met de overstap die primaire arbeidsongeschikten maken naar de invaliditeit.

Een opvallend verschil in onderstaande tabel is dat de categorie ‘andere’ dubbel zo vaak als reden van uittrede wordt opgegeven bij de werklozen (21% in 2012) dan bij de actieven (10%). Men kan hieruit afleiden dat werklozen langer arbeidsongeschikt blijven dan actieven.

³ Uitkeringsgerechtigde verzekerden, verminderd met het aantal bruggepensioneerden.

Tabel 4.5 Evolutie van de uittredes per reden van uittreden volgens statuut (in % en totaal in absolute cijfers), periode 2009-2012.

	Statuut	Werk-herhvatting	Overlijden	Pensioenering	Uitsluiting	Andere	Totaal (in %)	Aantal uittredes
2009	Actieven	84,5	0,4	0,1	6,6	8,5	100	387 637
	Werklozen	63,3	0,8	0,1	18,4	17,5	100	
	Totaal	80,1	0,4	0,1	9,0	10,3	100	
2010	Actieven	84,4	0,3	0,2	6,3	8,9	100	401 609
	Werklozen	63,0	0,7	0,2	18,0	18,1	100	
	Totaal	80,0	0,4	0,2	8,7	10,8	100	
2011	Actieven	84,6	0,3	0,2	5,7	9,1	100	416 927
	Werklozen	62,0	0,7	0,2	18,0	19,2	100	
	Totaal	80,1	0,4	0,2	8,2	11,1	100	
2012	Actieven	83,6	0,3	0,2	5,6	10,2	100	412 876
	Werklozen	60,0	0,8	0,2	17,9	21,2	100	
	Totaal	78,9	0,4	0,2	8,1	12,4	100	

Bron RIZIV, 2015

De duur van de arbeidsongeschiktheid bij uittreden varieert ook onder de actieven en de werklozen. 66,4% van de actieve arbeidsongeschikten treden in 2012 uit binnen een periode van 1 tot 98 dagen, terwijl dit percentage voor de werklozen op slechts 53,5% lag. Dit toont aan dat werklozen langer in arbeidsongeschiktheid blijven dan actieven. 9,7% van de actieven bevinden zich in de laatste maand van de gerechtigde periode en zullen vermoedelijk terecht komen in de invaliditeit. Bij de werklozen is dat 20,7%, waardoor uiteindelijk 11,9% van de primaire arbeidsongeschikten vermoedelijk overstappen naar de invaliditeit. Dit staft voorgaande observatie dat meer werkloze primaire arbeidsongeschikten overgaan naar de periode van invaliditeit.

De evolutie van het aantal gerechtigde arbeidsongeschikten die zich in de laatste periode voor intreden in invaliditeit bevinden, kent sinds 2009 een stijgend verloop. In 2009 lag dit aandeel bij de actieven nog op 8,1%, waarna het steeg tot 9,7% in 2012. Bij de werklozen wordt een toename vastgesteld van 17,2% naar 20,7%. Deze cijfers illustreren de toename van het aantal invaliden in de afgelopen jaren. Steeds meer gerechtigden blijven langdurig arbeidsongeschikt.

69,6% van het aantal uittredes komt voor in de eerste 4 maanden, waarna het aantal uittredes in de daarop volgende periodes gevoelig daalt. Na 4 maanden werkonbekwaam neemt de kans op langdurige arbeidsongeschiktheid gevoelig toe. Hoe langer de arbeidsongeschiktheid duurt, hoe lager de kans op werkherhvatting.

Een mogelijke verklaring waarom werklozen significant langer ziek blijven dan actieven, wordt gezocht in de pathologiecode die werd toegekend op het ogenblik dat de overgang wordt gemaakt van primaire arbeidsongeschiktheid naar invaliditeit.

In 2012 zijn 49 028 primaire arbeidsongeschikten in de invaliditeit getreden, waarvan 31 919 actieven en 17 109 werklozen. Naar pathologie zijn er tussen beide groepen opvallende verschillen. De twee voornaamste oorzaken voor intrede in invaliditeit zijn voor beide groepen de psychische problemen en musculoskeletale aandoeningen. Maar bij de actieven staat musculoskeletale aandoeningen op de eerste plaats van belangrijkste pathologieën (33,7%), terwijl bij de werklozen de psychologische aandoeningen meestal aan de grondslag ligt van de intrede in invaliditeit (39,4%). Opmerkelijk is dat het vooral iets jongere werklozen zijn die kampen met psychische problemen. Men kan daaruit besluiten dat werkloos worden een ingrijpende impact kan hebben op de persoon, onder meer omwille van de onzekerheid over de toekomst en de direct gevolgen op het inkomen

van de betrokkene. Daarnaast treden dubbel zoveel werklozen ten gevolge van musculoskeletale aandoeningen in invaliditeit, wat de langere duur van de arbeidsongeschiktheid bij werklozen kan verklaren. Het zijn namelijk deze twee ziektegroepen waarbij het herstel vaak van lange duur is.

4.4 Ziekteverzuim in België

Het aantal ziekteverzuimdagen is een alternatieve manier om de primaire arbeidsongeschiktheid in beeld te brengen. Zij leert ons ook iets over de duur per jaar van de primaire arbeidsongeschiktheid. De cijfers van het ziekteverzuim kunnen voor zowel de werkende bevolking als de werklozen berekend worden. Het percentage verzuim wordt bekomen door het aantal geregistreerde ziekte-dagen in de betreffende periode te delen door het aantal primaire uitkeringsgerechtigde⁴ op 30 juni van dat jaar vermenigvuldigd met 365 dagen.

De berekening bevat echter niet de informatie van een afwezigheid wegens ziekte die eindigt tijdens de periode van gewaarborgd loon.

Het ziekteverzuim bij de werkende bevolking kent een stijgend verloop tussen 2009 en 2011, waarna een kleine daling tot 3,1% in 2012 volgt. Het ziekteverzuim ligt twee maal zo hoog bij de arbeiders (4,2%) dan bij de bedienden. Dit cijfer dient echter genuanceerd te worden omdat de periode van gewaarborgd loon (30 dagen bij bedienden ten opzichte van 14 dagen bij arbeiders) en de aard van de werkzaamheden verschilt. Ongeacht het werknemersstatuut (arbeider/bediende) ligt het ziekteverzuim bij vrouwen hoger dan bij mannen.

Tabel 4.6 Evolutie van het ziekteverzuim (aantal ziekte-dagen t.o.v. totaal aantal mogelijk gewerkte dagen) van de werkende bevolking (in %), opgedeeld naar werknemersstatuut en geslacht, periode 2009-2012.

	Arbeiders			Bedienden			Totaal		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
2009	3,3	5,0	3,8	1,3	2,4	2,0	2,5	3,3	2,9
2010	3,4	5,3	4,1	1,3	2,6	2,1	2,6	3,5	3,0
2011	3,6	5,6	4,3	1,4	2,7	2,1	2,7	3,6	3,2
2012	3,5	5,4	4,2	1,4	2,6	2,1	2,6	3,6	3,1

* De berekening gebeurt voor de werkende bevolking. Dat wil zeggen dat het aantal primaire uitkeringsgerechtigden wordt verminderd met de bruggepensioneerden alsook met de werklozen.

Bron RIZIV, 2015

Het ziekteverzuim bij de werklozen ligt behoorlijk hoger dan bij de werkende bevolking, meer bepaald op 5,3%. De kans om arbeidsongeschikt te worden is echter niet groter (zie intredes), dus de duur is bijna eens zo lang (zie volgende tabel). Overigens komen dezelfde tendensen van het ziekteverzuim bij de werkende bevolking ook voor bij de werklozen. Het treft vooral vrouwen en arbeiders.

⁴ De berekening gebeurt voor de werkende bevolking. Dat wil zeggen dat het aantal primaire uitkeringsgerechtigden wordt verminderd met de bruggepensioneerden alsook met de werklozen.

Tabel 4.7 Evolutie van het ziekteverzuim van de werkloze bevolking (in % verzuim), opgedeeld naar werknemersstatuut en geslacht, periode 2009-2012.

	Arbeiders			Bedienden			Totaal		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
2009	4,0	5,96	4,9	2,4	3,8	3,4	3,7	5,1	4,4
2010	3,9	6,1	4,9	2,4	3,9	3,4	3,6	5,2	4,5
2011	4,1	6,4	5,2	2,6	4,3	3,7	3,8	5,6	4,8
2012	4,6	7,0	5,8	2,9	4,7	4,1	4,2	6,2	5,3

Bron RIZIV, 2015

Ook in dit verhaal zijn provinciale verschillen aanwezig. In Wallonië zijn de provincies Henegouwen en Luik de koplopers wat het aantal afwezigheidsdagen bij werkenden betreft en steken met respectievelijk 3,8% en 3,6% boven het gemiddelde van 3,1% uit. In Vlaanderen scoren West-Vlaanderen en Limburg het slechtst met een verzuimpercentage van respectievelijk 3,8% en 3,2%.

Deze tendensen worden ook bij de werklozen opgemerkt.

In de periode 2010-2012 is het ziekteverzuim bij primaire arbeidsongeschikten systematisch toegenomen, en dit zowel bij de mannelijke als de vrouwelijke populatie. Bij de mannen is het aantal dagen ziekteverzuim van 134 tot 138 kalenderdagen gestegen (+3,7%). Bij de vrouwen steeg het verzuim in de periode met 3,9% tot 151 kalenderdagen. Vrouwen zijn significant meer afwezig wegens ziekte dan mannen, alsook hebben de werklozen meer verzuimdagen dan de werkenden. De duur van de arbeidsongeschiktheid bij werkloze mannen ligt zelfs 66,4% hoger dan bij de werkende gerechtigden, waar het cijfer bij de vrouwelijke werklozen alsnog 48,3% hoger ligt dan bij de actieven.

De toename in de periode 2011-2012 situeert zich vooral bij de vrouwelijke werklozen en werkende mannen. De ziekte duur bij werkende arbeiders (131 dagen) is bovendien lager dan bij werkende bedienden (134 dagen)

Tabel 4.8 Duur van het verzuim per beëindigd geval, in kalenderdagen, per geslacht en activiteit (periode 2010-2011).

	2010	2011	2012	Evolutie 2011/2010	Evolutie 2012/2011
Werkende mannen	122	123	126	0,2	3,1
Werkloze mannen	198	204	210	3,3	2,8
Totaal mannen	134	134	138	0,5	3,2
Werkende vrouwen	133	135	137	1,4	1,7
Werkende vrouwen	191	197	203	2,9	3,2
Totaal vrouwen	145	147	151	1,7	2,2
Werklozen	194	200	206	3,0	3,1
Werkende n	128	129	132	0,8	2,3
Algemeen totaal	140	141	145	1,1	2,6

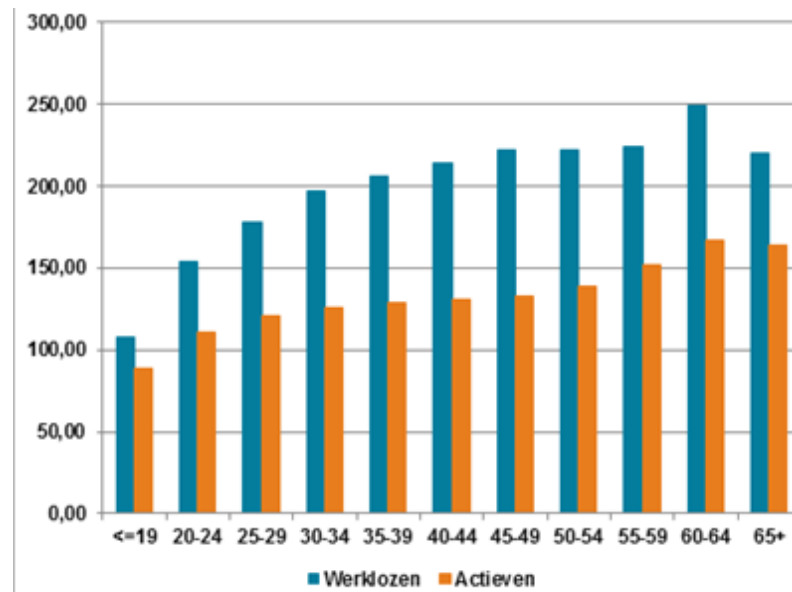
Bron RIZIV, 2015

Het aantal dagen van arbeidsongeschiktheid neemt bovendien toe met de leeftijd, ongeacht het werknemersstatuut (arbeiders/bediende), het geslacht en de activiteit. Het illustreert het verband

tussen de vergrijzende bevolking en de groei van het ziekteverzuim. Het is bijgevolg aannemelijk dat deze evolutie zal blijven zorgen voor een toenemend ziekteverzuim.

De werklozen hebben voor elke leeftijdscategorie beduidend meer ziektedagen dan de werkenden, waarbij het verschil bovendien toeneemt met de leeftijd. Voor de werkende bevolking neemt de duur van het ziekteverzuim naar leeftijd zeer beperkt toe, waarna een knik met stijging volgt vanaf 55 jaar. De kansen op arbeidsongeschiktheid liggen op deze hogere leeftijdscategorieën echter niet hoger (zie tabel 4.4), wat zowel geldt voor de werkenden als de werklozen.

Figuur 4.2 Gemiddelde duur ziekteverzuim per leeftijdscategorie (2012), in kalenderdagen.



Bron RIZIV, 2012

5 | Deeltijdse werkhervattingen bij arbeidsongeschikte gerechtigden

5.1 Arbeidsongeschikten met een lopende toelating tot deeltijdse werkhervatting

5.1.1 Inleiding

Na een periode van arbeidsongeschiktheid is het voor de meeste sociaal verzekerden mogelijk om zonder problemen hun vroegere werkzaamheden te hervatten. Dat is echter niet zo evident voor sommige uitkeringsgerechtigden, waarbij zij hun uitgeoefende activiteit niet onmiddellijk voor de volle honderd procent hervatten. In de Belgische ziekteverzekering wordt de mogelijkheid voorzien om gedeeltelijk het werk te hervatten, zodat het in veel gevallen een opstap zal zijn naar een voltijdse tewerkstelling in het beroep dat voorheen werd uitgeoefend.

In dit verslag wordt door het RIZIV, meer bepaald de dienst uitkeringen, een analyse gemaakt van de arbeidsongeschikte werknemers en zelfstandigen die met toestemming van de adviserend geneesheer een deeltijdse activiteit hebben aangevat. Zij hebben hiervoor een 'lopende' toelating.

Zowel de statistieken van de werknemersregeling en de zelfstandigen komen aan bod en worden naast elkaar gelegd, wat toe laat de verschillen tussen de twee regelingen te identificeren.

5.1.2 Algemene statistieken

Gedurende het jaar 2013 hebben 48 102 arbeidsongeschikte *werknemers* minimaal één dag een deeltijdse activiteit opgenomen. Dat is een stijging van 8,5% en 25,6% ten opzichte van respectievelijk 2012 en 2010. Het aantal *zelfstandige* arbeidsongeschikte gerechtigden die een toegelaten activiteit uitoefenden in 2013 bedraagt 6 758 personen, ofwel een stijging van 5,4% ten opzichte van 2012⁵. Het aantal arbeidsongeschikten met toelating tot deeltijdse werkhervatting op 31/12/2013 is met 3 420 en 30 833 gerechtigden respectievelijk in de zelfstandigen- en werknemersregeling beperkter te noemen omdat het een momentopname betreft.

Slechts 1,4% van de arbeidsongeschikten die zich in 2013 in de primaire arbeidsongeschiktheid bevinden (minder dan 1 jaar arbeidsongeschikt) en onderworpen zijn aan de werknemersregeling hebben op 31 december 2013 toelating tot een deeltijdse werkhervatting. Personen op invaliditeit in de werknemersregeling hebben voor 8,3% toelating om hun vorig werk deeltijds te hervatten. In 2009 lag het aandeel nog op 7,7% en is sindsdien dus lichtjes gestegen. Over alle arbeidsongeschikten in de werknemersregeling heen kan gesteld worden dat 4,3% toelating heeft tot het deeltijds hervatten van hun vroegere werkzaamheden (op 31/12/2013).

⁵ Eerdere data is niet beschikbaar

In de zelfstandigenregeling wordt op 31/12/2013 procentueel gezien meer arbeidsongeschikten met deeltijdse werkhervatting geregistreerd die zich nog in de primaire arbeidsperiode bevinden (8,6%). Binnen de invaliditeitsperiode ligt het percentage arbeidsongeschikten met een deeltijdse werkhervatting binnen de zelfstandigenregeling hoger (10,8%). Het totaal aandeel arbeidsongeschikten met eind 2013 een toelating tot deeltijdse werkhervatting ligt bij de zelfstandigen op 10,1%. In tegenstelling tot de werknemers vragen arbeidsongeschikte zelfstandigen dubbel zoveel de toelating tot het deeltijds hervatten van het werk en doen zij dit vermoedelijk ook vroeger.

Tabel 5.1 Actieven met toelating tot deeltijdse werkhervatting als arbeidsongeschikte, een opdeling naar zelfstandigen- en werknemersregeling (2013).

		Zelfstandigen	Werknemers
Aantal actieven op 31/12/2013	Primaire arbeidsongeschiktheid	1 108	5 873
	Invaliditeit	2 312	24 960
Aantal gevallen	Primaire arbeidsongeschiktheid ⁶	12 889	412 922
	Invaliditeit	21 415	299 408
Percentage arbeidsongeschikten met een toelating tot deeltijdse werkhervatting	Primaire arbeidsongeschiktheid	8,6%	1,4%
	Invaliditeit	10,8%	8,3%
Totaal aandeel arbeidsongeschikten met een toelating tot deeltijdse werkhervatting		10,0%	4,3%

Bron RIZIV, 2014

Wat de interpretatie van het aantal toelatingen tot deeltijdse werkhervatting betreft, dient opgemerkt te worden dat het aantal toelatingen in de werknemersregeling doorgaans (bijna 92% in 2013) van onbepaalde duur is. In 2009 kregen 'slechts' 59% van de toelatingen geen einddatum. In 2010 waren reeds 70% van de toelatingen onbepaald in de tijd.

De vraag dient gesteld te worden of de toegelaten activiteit met een onbeperkte duur even goed wordt opgevolgd en of deze toelating eveneens niet wordt gegeven voor strikt in de tijd beperkte activiteiten. De instroom in het systeem van deeltijdse activiteit wordt goed gedocumenteerd, maar de opvolging ervan alsook de (eventuele) stopzetting van de hernomen activiteit veel minder. Dit alles maakt dat de gegevensstroom veeleer toelatingen dan wel de reële werkzaamheid registreert.

5.1.3 Typologie van arbeidsongeschikten met een toelating tot deeltijdse werkhervatting

In de werknemersregeling zijn de arbeidsongeschikten die op 31 december 2013 toelating hebben tot deeltijdse werkhervatting vooral vrouwelijke bedienden (35,3%), gevolgd door vrouwelijke arbeiders (27,4%) en de mannelijke arbeiders (26,1%). De mannelijke bedienden zijn in de minderheid (11,2%).

⁶ Aantal ziektegevallen in primaire arbeidsongeschiktheid die in 2013 beëindigd zijn.

In de werknemersregeling en bij de zelfstandige arbeidsongeschikten waren respectievelijk 79,1 % en meer dan 90% van de arbeidsongeschikten met een toelating tot deeltijdse werkhervatting ouder dan 40 jaar.

Van de werknemers met een toestemming eind 2013 bevindt 19% zich in primaire arbeidsongeschiktheid en 81% in invaliditeit.. Iets meer dan één derde van de zelfstandige arbeidsongeschikten met een deeltijdse activiteit bevindt zich, eind 2013, in de primaire arbeidsongeschiktheid, meer bepaald in het eerste jaar als arbeidsongeschikte. Het verschil met de arbeidsongeschikten in de werknemersregeling is opmerkelijk, waar de deeltijds actieven eerder langdurige arbeidsongeschikten zijn (cijfers eind 2013).

Tabel 5.2 Typologie van de arbeidsongeschikten die deeltijds aan de slag zijn, in %, situatie 31 december 2013.

	Zelfstandigen (in %)	Werknemers (in %)
Aandeel arbeiders	Niet van toepassing	53,5
Aandeel vrouwen	30,6	62,7
Aandeel arbeidsongeschiktheid met lopende toelating (op 31/12/2013) in primaire arbeidsongeschiktheid (< 1 jaar)	32,4	19,1
Aandeel arbeidsongeschiktheid met lopende toelating (op 31/12/2013) in invaliditeitsperiode (> 1 jaar)	67,60	81,0
Aandeel gerechtigden ouder dan 40%	90,0	79,1

Bron RIZIV, 2014

In 2009 bevonden 17,3% arbeidsongeschikten met een toelating tot deeltijdse werkhervatting zich in primaire arbeidsongeschiktheid. In 2013 is dit percentage licht gestegen tot 19%.

Ook in de zelfstandigenregeling wordt dezelfde verschuiving opgemerkt, weliswaar in mindere mate. In 2009 bevond 42% van de arbeidsongeschikte zelfstandigen die deeltijds aan de slag waren zich in de primaire arbeidsongeschiktheid. In 2013 was het aandeel gereduceerd tot 32,4%.

Op basis van de cijfers uit het rapport van het RIZIV kan de werkhervattingsgraad niet berekend worden omdat het cijfermateriaal zich beperkt tot absolute getallen, zowel voor de werknemersregeling als de zelfstandigen, alsook voor wat betreft de verdeling mannen/vrouwen of arbeider/bediende. Relatieve statistieken zoals de deeltijdse werkhervatting, met name uitgedrukt als percentage van het totaal aantal arbeidsongeschikten bieden echter een meerwaarde. Om te kunnen beoordelen of bijvoorbeeld arbeiders meer of minder een toelating tot deeltijdse werkhervatting aanvragen dan bijvoorbeeld de arbeidsongeschikte bedienden, werd additionele informatie opgevraagd.⁷

In de werknemersregeling blijkt dat vooral bedienden als arbeidsongeschikte het werk deeltijds hervatten (6,96% ten opzichte van 3,26%), alsook de vrouwen ten opzichte van de mannen (5,04% ten opzichte van 3,50%).

⁷ Statistieken Arbeidsongeschiktheid 2012-2013 via <http://www.riziv.fgov.be/> => Statistieken => Uitkeringen

Tabel 5.3 Arbeidsongeschikten met deeltijdse werkherhating, in %, situatie 31 december 2013.

	Zelfstandigen (in %)	Werknemers (in %)
Arbeiders	Niet van toepassing	3,3
Bedienden	Niet van toepassing	7,0
Mannen	n.b	3,5
Vrouwen	n.b	5,0
Totaal	10,1	4,3

Bron Riziv, 2014

5.1.4 Een verdeling naar de gewesten; werknemersregeling

66,9% van de arbeidsongeschikten in de werknemersregeling die eind 2013 deeltijds actief zijn, komen uit Vlaanderen. Wallonië en Brussel vertegenwoordigen respectievelijk 26,67 en 5,1% en de verdeling is stabiel ten noemen ten opzichte van het jaar 2012. Deze cijfers zeggen echter niets zonder het aantal toestemmingen te kunnen toetsen aan het totaal aantal arbeidsongeschikten per gewest. Het RIZIV heeft deze relatieve cijfers voor de toelatingen in invaliditeit verder opgelijst. De gegevens in de primaire arbeidsongeschiktheid ontbreken, maar dit is slechts een kleine minderheid van alle arbeidsongeschikten in de werknemersregeling, waardoor slechts een beperkt deel van de informatie buiten beeld blijft.

Uit onderstaande informatie blijkt dat 8,3% van het totaal aantal arbeidsongeschikte personen op invaliditeit op 31 december 2013 deeltijds actief waren. Het aantal deeltijds actieven verschilt evenwel zeer sterk van provincie tot provincie en van gewest tot gewest. Het valt op dat het aantal deeltijds actieven ten opzichte van het totaal aantal personen op invaliditeit in alle Vlaamse provincies hoger liggen dan in Brussel of Wallonië. Koploper is de provincie West-Vlaanderen met 14,2% deeltijds werkenden. Een deel van de verklaring dient gezocht te worden in de sociaal economische situatie⁸. In de provincies en arrondissementen waar relatief gezien weinig deeltijds werkende personen op invaliditeit voorkomen is de tewerkstellingsgraad laag en het aantal laaggeschoolden hoog. Laaggeschoolden hebben immers meer risico dat men in een fysiek zware job zit. Voor gerechtigden met een arbeidshandicap kan worden aangenomen dat het dan nog moeilijker is om aangepaste arbeid te vinden.

⁸ Niet alle arbeidsongeschikten die het werk deeltijds hervatten nemen de vroegere werkzaamheden op.

Tabel 5.4 Aandeel toelatingen deeltijdse werkhervatting ten opzichte van het aantal personen op invaliditeit, een opdeling naar regio, cijfers 2013.

Arrondissement/provincie	Procentueel aandeel toelatingen t.o.v. het aantal personen op invaliditeit
Antwerpen	8,9
Brussel	4,8
Vlaams-Brabant	11,0
Waals-Brabant	8,8
West-Vlaanderen	14,2
Oost-Vlaanderen	9,9
Henegouwen	5,4
Luik	6,1
Limburg	9,7
Luxemburg	8,6
Namen	5,4
Totaal	8,3

Bron RIZIV, 2014

Vergelijkbare statistieken voor de zelfstandigenregeling zijn niet beschikbaar. In absolute termen worden ook de meeste toelatingen voor het uitoefenen van een deeltijdse activiteit gegeven in Vlaanderen (63,6% in 2013, zelfstandigenregeling).

5.1.5 Een verdeling van het aantal deeltijds actieve arbeidsongeschikten naar ziektegroep

Het leggen van een verband tussen de ziektegroepen en de toegelaten werkhervatting is enkel mogelijk in de periode van invaliditeit. Zowel in de werknemersregeling als in de zelfstandigenregeling blijken psychische stoornissen en ziekten van het bewegingsstelsel de voornaamste ziektegroepen te zijn waarbij het werk deeltijds wordt hervat, althans in absolute cijfers uitgedrukt. Dat is ook niet verwonderlijk aangezien de voornaamste redenen van invaliditeit ook bij deze twee ziektegroepen gevonden kunnen worden. In verhouding tot het aantal personen op invaliditeit die aan deze ziekte lijden zijn deze twee belangrijkste ziektegroepen echter ondervertegenwoordigd wat betreft het deeltijds hervatten van de vroegere werkzaamheden.

In de werknemersregeling scoren de twee meest voorkomende ziektegroepen (7,3 en 8,2%) minder dan het gemiddelde van 8,3% deeltijdse werkhervatting op het totaal aantal personen op invaliditeit. Vooral bij de groep van de vrouwelijke (5,5%) binnen de ziektegroep psychische stoornissen en mannelijke arbeiders (5,7%) binnen de ziektegroep van het bewegingsstelsel is deze vaststelling frappant.

In de zelfstandigenregeling heeft 5,5% van de personen op invaliditeit met psychische stoornissen eind 2013 reeds een deeltijdse activiteit opgenomen, wat heel wat lager ligt dan het gemiddelde van 10,8% personen op invaliditeit met lopende deeltijdse activiteiten, alsook lager ligt dan in de werknemersregeling. Bij de personen op invaliditeit met een ziekte van het bewegingsstelsel worden echter meer deeltijdse werkhervattingen geregistreerd (11,7%), wat hoger ligt dan het gemiddelde in de zelfstandigenregeling (10,8%) en het cijfer in de werknemersregeling binnen deze ziektegroep (8,2%).

De ziektes die de grootste oorzaak zijn van invaliditeit blijken het meest beperkingen met zich mee te brengen om deeltijdse het werk te hervatten. Vooral voor psychische ziekten is dit het geval.

Pathologie zou een rol kunnen spelen in de mogelijkheid om het werk te hervatten. Dat zou kunnen verklaren waarom een hoger percentage bedienden (13%) het werk deeltijds hervatten ten opzichte van arbeiders (6,3%). Maar ook binnen de ziektegroepen geldt dat bedienden het werk dubbel zo vaak deeltijds hervatten als arbeidsongeschikte dan arbeiders. Pathologie is bijgevolg niet de reden van de verschillen en is vermoedelijk veeleer gerelateerd aan de eigenheid van de functie.

5.2 Intredes in 2013

Vervolgens wordt dieper ingegaan op de intredes, meer bepaald de arbeidsongeschikten die in 2013 een deeltijdse activiteit hebben aangevat.

In 2013 hebben 22 329 arbeidsongeschikte gerechtigden in de werknemersregeling een deeltijdse activiteit aangevat, wat neerkomt op 3,2% van het totaal aantal arbeidsongeschikten. 74% daarvan zat tijdens de start van zijn deeltijdse werkhervatting in de primaire arbeidsongeschiktheidsperiode. Het aantal intredes blijft een stijgende trend vertonen en bevat in 2013 reeds 8,7% meer intredes dan in 2012. Deze stijgende trend wordt zowel in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid als in de invaliditeitsperiode geobserveerd. De intredes situeren zich vooral in Vlaanderen (72%). 64% van de intreders in 2013 is ouder dan 40 jaar.

In de zelfstandigenregeling hebben 4 222 arbeidsongeschikten in 2013 een deeltijdse activiteit aangevat, wat neerkomt op 12,4% van het totaal aantal arbeidsongeschikten. Het verschil met de werknemersregeling is opvallend, waar slechts 3,2% van het totaal aantal arbeidsongeschikten in 2013 een deeltijdse activiteit zijn aangevat. Maar liefst 79% daarvan startte zijn deeltijdse werkhervatting tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid (< 1 jaar arbeidsongeschikt).

5.2.1 Naar ziekteperiode

In de werknemersregeling heeft 4,02% van de primaire arbeidsongeschikten in 2013 het werk deeltijds terug aangevat. 1,97% van de personen op invaliditeit startten in 2013 een deeltijdse werkhervatting. De start van deeltijdse werkhervatting begint doorgaans in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Daarna, als persoon op invaliditeit, is het voor de gerechtigde moeilijker om met deeltijdse werkhervatting te starten.

In de zelfstandigenregeling heeft maar liefst 26% van het aantal primaire arbeidsongeschikten in 2013 een deeltijdse activiteit aangevat. In de werknemersregeling lag dit beduidend lager (4,02%). Slechts 3,56% van de personen op invaliditeit nam in 2013 een deeltijdse activiteit op, wat tevens hoger ligt dan in de werknemersregeling (1,97%).

Er werd reeds geconstateerd dat in 2013 beduidend meer personen op invaliditeit dan primaire arbeidsongeschikten een toelating hebben voor deeltijdse werkhervatting. De meerderheid onder hen zijn hier kennelijk mee gestart in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid.

5.2.2 Naar gewest

Voor de werknemersregeling zijn geen gegevens naar gewest beschikbaar over de mate waarin arbeidsongeschikten hun intrede maken in deeltijdse werkhervatting. Alleen de absolute gegevens zijn gekend, maar niet het aandeel ten aanzien van het totaal aantal personen op arbeidsongeschiktheid in het betreffende gewest.

Voor de zelfstandigenregeling zijn deze cijfers wel gekend. In de periode van primaire arbeidsongeschiktheid heeft maar liefst 27,7% van de arbeidsongeschikten in het Waalse gewest in 2013 het werk deeltijds hervat. In Vlaanderen ligt dit cijfer op nagenoeg hetzelfde niveau, met name op 26,6%. In het Brussels gewest ligt het aantal intredes ten opzichte van het aantal primaire arbeidsongeschikten met 10,8% heel wat lager. In de periode van invaliditeit is er weinig verschil op te merken tussen de gewesten. In Vlaanderen werden de meeste personen op invaliditeit geregistreerd die in 2013 het werk deeltijds hebben hervat (4,7%), gevolgd door het Waals gewest (3,6%) en ook hier blijft het Brussels gewest achterop (3,1%).

Tabel 5.5 Intredes tot deeltijdse werkhervatting, een opdeling naar gewest en ziekteperiode zelfstandigen (2013).

	Toelating primair	Gevallen primair	In %	Toelating invaliditeit	Gevallen invaliditeit	In %
Brussels gewest	85	784	10,8	49	1 606	3,1
Vlaams gewest	2 299	8 653	26,6	580	12 263	4,7
Waals gewest	949	3 423	27,7	256	7 118	3,6
Onbekend	2	29	6,9	2	75	2,7
Totaal	3 335	12 889	25,9	887	21 062	4,2

Bron RIZIV, 2014

5.2.3 Naar pathologie

In onderstaande tabel wordt getracht het verband te leggen tussen de ziektegroepen en de intrede in de periode van invaliditeit. De tabel beperkt zich tot de arbeidsongeschikten in de werknemersregeling.

Aangezien de psychische stoornissen en problemen van het bewegingsstelsel de voornaamste redenen zijn van invaliditeit, is het ook niet verwonderlijk dat de meeste deeltijdse werkhervattingen zijn aangevat door arbeidsongeschikte gerechtigden die lijden aan een psychische stoornis (39%), gevolgd door arbeidsongeschikten die lijden aan een ziekte van het bewegingsstelsel (25%)

Tabel 5.6 Aantal intredes opgedeeld naar pathologie, in periode van invaliditeit, werknemersregeling, 2013 (in %).

	In % van het totaal aantal intredes in 2013 (invalidenperiode)	In % van het aantal personen op invaliditeit in de ziektegroep op 30 juni
Besmettelijke en parasitaire ziekten	0,7	1,8
Gezwellen	12,5	4,0
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	1,2	1,1
Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	0,2	2,2
Psychische stoornissen	39,2	2,2
Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	4,1	1,4
Ziekten van het hart vaatstelsel	4,3	1,3
Ziekten van de ademhalingswegen	0,7	0,7
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	2,2	1,9
Ziekten van het urogenitaalsysteem	0,6	1,5
Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	0,1	1,4
Ziekten van de huid en de celweefsels	0,4	1,4
Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	24,7	1,7
Congenitale afwijking	0,5	1,6
Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	0,0	8,3
Symptomen van onvolledig omschreven ziektebeelden	1,9	1,9
Ongevalsletsels en vergiftigingen	6,4	2,0
Onbekend	0,2	8,8
Totaal	100	

Bron RIZIV, 2014

Maar welke ziektegroepen springen eruit wat betreft het starten van deeltijdse werkhervattingen? Daarvoor dienen we het aantal intredes te bekijken ten opzichte van het aantal personen op invaliditeit in de desbetreffende ziektegroep. Welke groepen groeien het sterkst? Binnen de meeste ziektegroepen werd doorgaans in 2013 het werk deeltijds hervat door 1 tot 2% van het totale aantal personen op invaliditeit in de desbetreffende ziektegroep. De ziektegroep ‘aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode’ viel met 8,3% intredes op, maar geeft een vertekend beeld omwille van het beperkt aantal personen op invaliditeit in deze ziektegroep. De ziektegroep ‘gezwellen’ is de derde grootste ziektegroep wat betreft het aantal intredes tot deeltijdse werkhervatting. In 2013 heeft bijna 4% van het aantal personen op invaliditeit in deze ziektegroep een toelating gekregen en draagt bijna dubbel zoveel bij als de andere ziektegroepen.

Gelijkaardige gegevens over de primaire arbeidsongeschiktheid zijn niet beschikbaar.

5.2.4 Naar toegestaan werkvolume

Bijna 50% van de intredes binnen de werknemersregeling betreffen ongeveer een halftijdse tewerkstelling. Ruim drie kwart (77%) van de gerechtigden die in 2013 een activiteit hebben aangevangen werken tussen 15 en 25 uren per week. Slechts 3% werkt meer dan halftijds.

Artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt dat toegelaten arbeid slechts mogelijk is op voorwaarde dat de sociaal verzekerde, van een geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50% behoudt. Arbeidsvolumes van meer dan 50%

kunnen in principe dus toegestaan worden, maar dit blijkt niet meteen uit de cijfers. Een mogelijke verklaring voor die houding kan worden gevonden in het feit dat het toekennen van werkvolumes van 75% of meer, als moeilijker te verzoenen met de 50% vermogen regel wordt beschouwd. Er dient echter rekening gehouden te worden met het probleem dat een overstap van 50% tewerkstelling naar een volledige werkhervatting vaak te hoog gegrepen is. Dat bleek althans uit getuigenissen op het terrein. Bij weigering van de adviserend geneesheer om meer dan een halftijdse tewerkstelling toe te staan, is een terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid vaak de enige uitweg, wat ten alle koste vermeden moet worden.

5.3 Uittredes

Meerdere redenen voor uittrede doen zich voor; onder meer volledige werkhervatting, terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid, overlijden en pensionering behoren tot de mogelijkheden.

5.3.1 Werknemersregeling

In 2013 hebben 19 568 gerechtigden in de werknemersregeling hun deeltijdse activiteit beëindigd, wat 40,7 % van het totaal aantal deeltijds actieve arbeidsongeschikten is.

Ongeveer 40% van de uittredes in de werknemersregeling is omwille van een volledige werkhervatting. Ongeveer 35% keert echter terug naar volledige arbeidsongeschiktheid. Het doel van deeltijdse werkhervatting, met name het hervatten van werkzaamheden, lijkt niet altijd bereikt te kunnen worden. Niettemin is het een belangrijke opstap naar voltijds werk. In verhouding tot het aantal deeltijds actieve arbeidsongeschikten, hervatte 14% van de gerechtigden in 2013 het werk volledig en 12% keert terug naar arbeidsongeschiktheid.

Iets meer dan de helft (55,4%) van de uittredes gebeurt reeds in de primaire arbeidsongeschiktheid. In de invaliditeitsperiode is de reden waarom de activiteit werd stopgezet echter veeleer de terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid (52,9%). Slechts 21,7% van de uittredes in de invaliditeitsperiode gebeurt omwille van een voltijdse werkhervatting.

Ook binnen de ziektegroepen worden gelijkaardige zaken geobserveerd. De opdeling naar ziektegroepen is enkel beschikbaar voor de gegevens in de invaliditeitsperiode. Binnen elke ziektegroep is de terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid de belangrijkste reden van uittreden uit de deeltijdse werkhervatting. De kans op volledige werkhervatting tijdens de invaliditeitsperiode is het grootst bij de oncologische aandoeningen (34% van de uittreders in deze ziektegroep gaat over naar volledige werkhervatting) en bij ongevalsletsels en vergiftigingen (34%), maar het kleinst bij ziekten aan het zenuwstelsel (13%) en bij psychische stoornissen (18%). De voornaamste ziektegroepen die aan de basis liggen voor het intreden in invaliditeit, zijn tevens de ziektegroepen waarbij de resultaten naar voltijdse werkhervatting toe problematisch zijn.

Een volgende vaststelling is het feit dat arbeidsongeschikte gerechtigden die minder dan 10 uur per week presteren, voor meer dan de helft terugkeren naar arbeidsongeschiktheid. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deeltijdse werkhervatting met een beperkt aantal uren toegekend wordt aan gerechtigden waarbij door de gezondheidstoestand de kans op slagen reeds beperkt is. Arbeidsvolumes tussen de 15 en 35 uur per week geven de beste kansen op een volledige hervatting van de activiteit.

De vaststelling dat een snellere uittrede van deeltijdse werkhervatting, de kansen naar volledige tewerkstelling verhoogt, hoeft niet te verwonderen. Gerechtigden met een minder complexe pathologie kunnen gemakkelijker na een korte tijd van deeltijds werk opnieuw hun vroegere werkzaamheden verder zetten. Bij ernstigere gezondheidsproblemen, zal de periode van deeltijdse activiteit langer zijn, wat de mogelijkheden om terug voltijds aan het werk te gaan beperkt.

Hetzelfde geldt voor de periode die verloopt tussen de begindatum arbeidsongeschiktheid tot het begin van de deeltijdse werkhervatting. Hoe vlugger men een deeltijdse activiteit opstart, hoe groter de slaagkansen van het hernemen van de voltijdse activiteit. Bij een beslissing tot deeltijdse activiteit binnen de vijf maanden na aanvang van de arbeidsongeschiktheid, treedt meer dan 50% na het stopzetten van de activiteit opnieuw toe tot de arbeidsmarkt. Naarmate de periode toeneemt, slinken de kansen verder.

5.3.2 Zelfstandigenregeling

In 2013 hebben 3 893 arbeidsongeschikten in de zelfstandigenregeling hun deeltijdse activiteit stopgezet, ofwel 57,6% van alle deeltijds actieve zelfstandige arbeidsongeschikten. Het aantal uittredes op het totaal van deeltijds actieven ligt, procentueel gezien, beduidend hoger dan in de werknemersregeling (38%). Dit vindt zijn oorsprong in het feit dat de toestemming tot het uitoefenen van een deeltijdse activiteit bij een zelfstandige vaak beperkt is in de tijd (6, 12 of 18 maanden). In de zelfstandigenregeling is de reden van stopzetting echter niet altijd de terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid of een voltijdse werkhervatting, waardoor uiteindelijk minder arbeidsongeschikten in de zelfstandigenregeling in 2013 uittreden omwille van volledige arbeidsongeschiktheid of volledige werkhervatting.

Zo hebben 14% van de deeltijds actieve arbeidsongeschikten in de werknemersregeling in 2013 hun terugkeer gemaakt naar volledige werkhervatting, terwijl dit in de zelfstandigenregeling maar voor 9% van het aantal deeltijds actieve arbeidsongeschikten van toepassing was. De kansen op terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid zijn binnen beide regelingen nagenoeg gelijk.

Tabel 5.7 Uittredes, opgedeeld naar ziekteperiode en regeling

	In percentages van het totaal aantal uittredes	In percentage van het totaal aantal deeltijds actieve arbeidsongeschikten
Werknemersregeling (38% uittredes in 2013)		
- Terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid	35%	12%
- Voltijdse werkhervatting	40%	14%
Zelfstandigenregeling (58% uittredes in 2013)		
- Terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid	34%	11%
- Voltijdse werkhervatting	26%	9%

Bron RIZIV, 2014

In het Brussels gewest ligt het aandeel uittredende deeltijds actieve arbeidsongeschikten in de zelfstandigenregeling dat in 2013 terugkeerde naar volledige arbeidsongeschiktheid het hoogst

(42%) en het laagst in Vlaanderen (33%). Het Vlaams gewest scoort het hoogst in het aandeel uittrede omwille van voltijdse werkhervatting (30%), terwijl het Brussels gewest het laagste scoort (19%). Ook in het Waalse gewest wordt maar weinig terugkeer naar voltijdse werkhervatting gevonden (18,9%). Gelijkaardige cijfers voor de werknemersregeling zijn niet voorhanden.

De meerderheid (61%) van de arbeidsongeschikten in de zelfstandigenregeling treedt reeds uit in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid.

74% van de uittrede gebeurt in de eerste zes maanden na toelating. Dit is het gevolg van de wetgeving die in eerste instantie een periode van 6 maanden toegelaten activiteit voorziet. In de werknemersregeling ligt dit percentage op 61%.

De kans op terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid is het grootst voor de deeltijds actieve arbeidsongeschikten die lijden aan een ziekte van het zenuwstelsel (52%) en ziekte van het hartvaatstelsel (51%). Ook voor psychische stoornissen is de terugkeer naar arbeidsongeschiktheid een reële mogelijkheid (48%).

De kans op volledige werkhervatting is doorgaans laag, maar het hoogst bij ongevalsletsels (18%), en het laagst bij ziekten van het hartvaatstelsel (4%). Personen met een psychische stoornis hebben 15% kans om volledig het werk te hervatten en personen met een ziekte van het bewegingsstelsel 12%, wat lager ligt dan bij de personen op invaliditeit in de werknemersregeling (18% en 22%).

Om de kansen naar hertewerkstelling maximaal te vrijwaren, is het absoluut noodzakelijk dat snel de nodige initiatieven worden genomen die moeten leiden tot een terugkeer naar de arbeidsmarkt. Toestemmingen die binnen de drie en zes maanden na aanvang van de arbeidsongeschiktheid worden verleend, leiden bij uittraden respectievelijk in 40,6% en 31,4% van de gevallen tot een voltijdse herneming van de activiteit.

5.4 Vrijwilligerswerk

Een belangrijk aantal arbeidsongeschikte werknemers met een toelating voor een deeltijdse activiteit oefenen vrijwilligerswerk uit. Het is echter niet vereist dat de arbeidsongeschikte een toestemming van de adviserend geneesheer moet bekomen. Om die reden bevat het statistisch materiaal slechts partiële informatie.

5.4.1 Werknemersregeling

In 2013 oefenden 9 677 vrijwilligers binnen de werknemersregeling een deeltijdse activiteit uit. Dat is ongeveer 24% van het aantal deeltijds actieve arbeidsongeschikten, wat in omvang niet onbelangrijk is. De arbeiders doen iets meer aan vrijwilligerswerk (26%) dan de bedienden (21%). De mannen (27%) zijn iets meer vrijwilliger dan de vrouwen (22%). Bijna alle vrijwilligers (96%) bevinden zich in de periode van invaliditeit. De groep vrijwilligers groeit jaar na jaar sterk aan (+25% ten opzichte van 2012).

De combinatie van arbeidsongeschiktheid en vrijwilligerswerk is vooral voorbehouden voor zij die zeer langdurig arbeidsongeschikt zijn en dus waarbij de kans tot voltijdse werkhervatting bijzonder klein wordt. 36% van de vrijwilligers vangen namelijk hun taak als vrijwilliger aan als ze tussen de een en vier jaar arbeidsongeschikt zijn. Meer dan 20% is zelfs meer dan 10 jaar arbeidsongeschikt vooraleer ze hun vrijwilligerswerk aanvatten.

Slechts 5,39% van de arbeidsongeschikten met een deeltijdse activiteit als vrijwilliger die in 2013 uitreedde deed dat omwille van een voltijdse werkhervatting. Een kleine 60% keert na het beëindigen van de vrijwilligersactiviteit terug naar volledige arbeidsongeschiktheid. Arbeidsongeschikte gerechtigden die een vrijwillige activiteit uitoefenen zijn immers voornamelijk mensen die reeds langere tijd arbeidsongeschikt zijn, maar binnen de grenzen van wat hun gezondheid toelaat, zich nog nuttig wensen te maken.

5.4.2 Zelfstandigenregeling

In 2013 oefenden 377 vrijwilligers een deeltijdse activiteit uit, wat slechts 9,9% van het aantal deeltijds actieve zelfstandige arbeidsongeschikten is. Vrijwilligerswerk is kennelijk minder omvangrijk in de zelfstandigenregeling dan in de werknemersregeling. Niettegenstaande ruim meer mannelijker dan vrouwelijke zelfstandigen een deeltijdse activiteit uitoefenen, is het relatief aandeel vrouwelijke zelfstandigen (14%) die als vrijwilliger actief zijn groter dan bij de mannen (8%).

De meeste toestemmingen worden verleend in de periode van invaliditeit (86%). De meerderheid begint een deeltijdse activiteit als vrijwilliger nadat zij reeds tussen 1 en 3 jaar arbeidsongeschikt zijn. Een kleine 60% van de vrijwilligers keert terug naar volledige arbeidsongeschiktheid en slechts 5,6% deed dat omdat zij het werk voltijds hervatten. Deze cijfers stemmen sterk overeen met dat van de arbeidsongeschikte vrijwilligers in de werknemersregeling.

6 | Professionele re-integratie door middel van een opleidingstraject of beroepsoriëntering

6.1 Statistieken inzake professionele re-integratie tussen 2010 en 2012

6.1.1 Inleiding

Als een arbeidsongeschikte terug wil keren naar de arbeidsmarkt dan zijn er verschillende mogelijkheden. Zo kan de werknemer of zelfstandige het werk deeltijds hervatten. Een andere mogelijkheid van “professionele re-integratie” is de beroepsherscholing waarbij men via een opleiding of stage tracht de competenties van de arbeidsongeschikte te actualiseren of nieuwe competenties tracht te verwerven. Een traject voor professionele re-integratie kan verschillende jaren duren en bevat in deze studie het volgen van een opleidingstraject⁹ of een beroepsoriëntering¹⁰.

Een publicatie van nieuwe gegevens wordt in juni 2015 verwacht binnen het RIZIV.

6.1.2 Algemeen: professionele re-integratie

Het aantal aanvragen voor professionele re-integratie steeg van 670 in 2010 naar 1 006 in 2012, wat een stijging betekent van 50% op 2 jaar tijd. Slechts 0,1% van het totaal aantal arbeidsongeschikten op 31/12/2012 heeft in 2012 een aanvraag ingediend voor professionele re-integratie door middel van een opleidingstraject of beroepsoriëntering. Het volume aan aanvragers is eerder beperkt te noemen. Maar weinig arbeidsongeschikten lijken de stap te zetten naar een professionele re-integratie.

De aanvragen worden hoofdzakelijk binnen de werknemersregeling geregistreerd. Binnen de zelfstandigenregeling worden gemiddeld 30 tot 35 dossiers behandeld per jaar, wat zeer beperkt te noemen is. In deze samenvatting zal bijgevolg weinig aandacht besteed worden aan het onderscheid tussen de werknemersregeling en de zelfstandigenregeling, omwille van het beperkt aantal aanvragen in de zelfstandigenregeling.

In 2008 zijn 8 soorten aanvragen ingediend. De belangrijkste zijn de eerste aanvraag (33%), gevolgd door het verslag van de beroepsoriëntering (29%) en de verlenging (14%). De ‘eerste aanvragen’ zijn de voorstellen voor een opleidingsproject. De beslissingen met betrekking tot de opleiding zijn

⁹ Wanneer men als arbeidsongeschikte het huidige beroep niet meer kan uitoefenen is het mogelijk zich te herscholen met behoud van uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid. De ziekteverzekering neemt de kosten van de herscholing (inschrijvingskosten, materiaalkosten, verplaatsingskosten, ...) ten laste.

¹⁰ Bij een beroepsoriëntering zullen professionelen (een adviseur, psycholoog, maatschappelijk werker, enz.) de arbeidsongeschikte helpen bij het bepalen van een beroepsproject op basis van zijn ervaring en belangstelling. De specialisten ondervragen over de studies, werkervaring, de weerslag van de aandoening op het dagelijks functioneren, de toekomstverwachtingen, enz. Zij evalueren zijn competenties op het vlak van manueel werk, geheugen, concentratievermogen, enz. Zo nodig, wordt een medische evaluatie verricht.

geldig voor periodes van maximaal 1 jaar (verlengbaar). Het percentage gunstige beslissingen bedraagt bijna 97%.

Tabel 6.1 **Overzicht van het soort aanvragen tot professionele re-integratie, 2012**

	In aantallen	In % van het totaal aantal aanvragen
1 ^{ste} aanvraag	335	33,3
Evaluatie (6 maand na de periode)	18	1,8
Evaluatie (einde van de periode)	27	2,7
Stage	27	2,7
Verlengingen	136	13,5
Verslag van de beroepsoriëntering	293	29,1
Voortijdige stopzetting	56	5,6
Wijziging	114	11,3

Bron RIZIV, 2014

In 2012 waren uiteindelijk geen 1 006 personen, maar 674 gerechtigden die een professionele re-integratie volgden (de aanvragen met betrekking tot de 1^{ste} aanvragen, evaluatie, stage en beroepsoriëntering samen genomen). De verlengingen, het voortijdig stopzetten en de wijzigingen worden in dit cijfer niet meegerekend. Van deze gerechtigden was 53,4% man. In de zelfstandigenregeling was dit zelfs 76%.

In 2012 was het aantal aanvragen voor een professionele re-integratie het hoogst in de beroepsgroepen van 31 tot 45 jaar (57%), maar de verdeling is nagenoeg evenredig te noemen over alle leeftijdscategorieën, uitgezonderd in de categorieën -25 en +51-jarigen.

Tabel 6.2 **Gerechtigden die een professionele heroriëntering volgden, opgedeeld volgens leeftijdscategorie (2012)**

Leeftijdscategorie	In aantallen	In percentage
<21	1	0,15
21-25	37	5,49
26-30	83	12,31
31-35	118	17,51
36-40	146	21,66
41-45	120	17,80
46-50	115	17,06
51-60	54	8,01
+60		0
Totaal	674	100

Bron RIZIV, 2014

Een eerder opmerkelijke observatie is dat de meerderheid (70%) van de gerechtigden betrekking heeft op het Waals Gewest, waar het Vlaams Gewest slechts 28% voor zich neemt. In het Waals Gewest is het arrondissement Luik met 15% van alle aanvragen een duidelijke koploper, gevolgd door Bergen die 10% van de aanvragen voor zich neemt. In het Vlaams Gewest worden de meeste aanvragen in Mechelen (6%) en Antwerpen (5%) geregistreerd.

Er bestaan heel wat oorzaken van arbeidsongeschiktheid. De gerechtigden die een professionele re-integratie volgen lijden het meest aan rugproblemen (27%), of kampen met een psychische problematiek (20%). Gewrichtsproblemen (8%), reumatische aandoeningen (6%) en overige psychoses (4%) vervolledigen de top 5.

In wat volgt gaan we dieper in op de kenmerken van de gerechtigden die een beroepsoriëntering volgen. In een volgende sectie worden de gerechtigden die een opleidingstraject volgen onder de loep genomen.

6.1.3 Gerechtigden die een beroepsoriëntering volgen

Het RIZIV telde in 2012 een 291-tal gerechtigden die een beroepsoriëntering volgen. 59,8% daarvan is een man. 45% is tussen 36 en 45 jaar. 26% is ouder dan 45 jaar en 28% is jonger dan 36 jaar.

70% van de gerechtigden die een beroepsoriëntering volgen, komt uit het Waalse Gewest, in het bijzonder uit het arrondissement Bergen (18%), gevolgd door Luik (15%) en Charleroi (6%). In Vlaanderen staan Antwerpen en Hasselt op gelijke voet (5%), gevolgd door Mechelen (4%).

De groep gerechtigden die een beroepsoriëntering volgen, worden geconfronteerd met een eerder specifieke pathologie. Meer dan de helft (59%) van de aanvragen is gerelateerd aan een ziekte van het musculoskeletaal systeem. De tweede grootste oorzaak in 2012 was een psychische stoornis, wat met 13% al heel wat minder aanwezig is. Letsels en vergiftiging is het derde belangrijkste ziektebeeld voor deze groep (9%). De voornaamste ziektebeelden gelden zowel voor de aanvragers in de werknemers- als in de zelfstandigenregeling.

6.1.4 Gerechtigden die een opleidingstraject volgen

Een tweede deelgroep van professionele re-integratie zijn de gerechtigden die een opleidingstraject volgen (361 gerechtigden).

Deze groep is, wat het geslacht betreft, eerder evenwichtig te noemen. 51% van de gerechtigden die een opleidingstraject volgen is man (cijfers 2012). Het aandeel mannen ligt bij de zelfstandigen echter heel wat hoger (82%), maar betreft slechts een 11-tal personen.

De gerechtigden zijn iets jonger dan zij die een beroepsoriëntering volgen. 63% van de gerechtigden die een opleidingstraject volgen is namelijk jonger dan 40 jaar. Slechts 52% van de gerechtigden die een beroepsoriëntering volgen hebben de leeftijd van 40 jaar nog niet bereikt.

Ook de gerechtigden die een opleidingstraject volgen zijn vooral afkomstig uit het Waalse Gewest (67%). 15% komt uit Luik en 9% uit Bergen. Merk op dat er in Bergen heel wat minder gerechtigden een opleidingstraject volgen ten opzichte van het aantal gerechtigden die een beroepsoriëntering volgen (18 ten opzichte van 9%). In Vlaanderen is Hasselt koploper (7%), gevolgd door Mechelen (6%). Antwerpen is hier iets minder aanwezig en staat op de derde plaats (4%).

De aanvragen tot het volgen van een opleidingstraject kennen drie belangrijke oorzaken. 38% is arbeidsongeschikt omwille van een ziekte van het musculoskeletaal systeem, wat minder

uitgesproken is dan bij de aanvragers van een beroepsoriëntering die te kampen hebben met deze ziekte. De psychische stoornissen bekleden met 25% de tweede plaats, gevolgd door letsels en vergiftiging (13%).

Tabel 6.3 Profiel van de gerechtigden van professionele re-integratie

	Beroepsoriëntering	Opleidingstraject
Aantal gerechtigden	291	361
Aandeel mannen	60%	51%
Aandeel ouder dan 40 jaar	49%	37%
Aandeel afkomstig uit het Waalse Gewest	70%	67%
Voornaamste reden van arbeidsongeschiktheid	Musculoskeletaal systeem (59%)	Musculoskeletaal systeem (37%)

Bron RIZIV, 2014

6.2 Financiering van de professionele re-integratie

Wat is de kostprijs van deze professionele re-integratie? Vanuit de begroting werd in 2012 een budget voor professionele re-integratie opgesteld van 15 130 000 euro voor de werknemersregeling (ofwel 15 582 euro per aanvrager) en 129 000 euro voor de zelfstandigenregeling (ofwel 1 372 euro per aanvrager). In 2012 werd een bedrag uitgekeerd van slechts 2 494 742 euro (2 569 euro per aanvrager), respectievelijk 76 111 euro (810 euro per aanvrager). In de zelfstandigenregeling werd beduidend minder uitgegeven per aanvrager.

In de werknemersregeling werd slechts 16% van het voorziene budget uitgekeerd. In de zelfstandigenregeling is 59% van het budget uitgekeerd. Sinds 2010 is het budget nochtans verdrievoudigd in beide regelingen. Het budget blijft met andere woorden stijgen zonder dat de werkelijke uitgaven nog maar in de buurt komen van het vooropgestelde budget.

Het budget wordt hoofdzakelijk gespendeerd aan de inschrijving voor cursussen en examens (49%). De premie voor het succesvol afronden van de cursus is de tweede belangrijkste kostenpost (24%). De rest van het budget gaat naar het beroepsoriënteringsonderzoek (13%), de verblijfskosten (6%) en reiskosten (6%).

Tabel 6.4 Verdeling van de kosten van professionele re-integratie in de werknemersregeling (2012)

	In euro 2012	In % van het totaal
Beroepsoriënteringsonderzoek	326 132	13,1
Inschrijving voor cursussen en examens	1 229 967	49,3
Verblijfskosten	158 646	6,4
Reiskosten	145 587	5,8
Materiaal	11 806	0,5
Premie	601 103	24,1
Forfaitaire vergoeding	21 500	0,9
Totaal	2 494 742	100

Bron Riziv, 2014

In de zelfstandigenregeling ging in 2012 maar liefst 78% van het budget naar de inschrijving voor cursussen en examens. De rest van het budget werd bijna integraal gespendeerd aan het uitkeren van een premie voor het succesvol vervolledigen van de opleiding (18%).

7 | Personen op invaliditeit wegens mentale aandoeningen

7.1 Algemene statistieken 2007-2013

Anno 2013 telt het RIZIV 108 643 personen op invaliditeit wegens mentale aandoeningen, ofwel 33,9% van het totaal aantal personen op invaliditeit¹¹. Dat is een stijging van maar liefst 40,4% ten opzichte van 2007. Bijna 43% van de personen op invaliditeit met een mentale aandoening heeft meer specifiek te kampen met angststoornissen (46 504 personen, ICD-9 code 300). De tweede grootste diagnosegroep is gerelateerd aan depressieve stoornissen (13 038 personen of 12%, ICD-9 code 311), gevolgd door aanpassingsstoornissen (10 104 personen of 9%, ICD-code 309). Episodische stemmingsstoornissen (7 337 personen of 7%, ICD-9 code 396) en schizofrenie (7 296 personen of 7%, ICD-9 code 295) vervolledigen de top 5 van mentale aandoeningen met invaliditeit tot gevolg.

Opmerkelijk is de sterke stijging van het aantal personen op invaliditeit met een aanpassingsstoornis sinds 2007. Deze in 2013 3^{de} meest voorkomende mentale aandoening kent een spectaculaire groei van maar liefst 450%. Ook het aantal personen op invaliditeit met stemmingsstoornissen is op 6 jaar tijd bijna verdubbeld. Personen op invaliditeit met een angststoornis zijn met bijna 50% toegenomen in deze registratieperiode, wat iets hoger ligt dan de algemene groei van de groep personen in invaliditeit wegens mentale aandoeningen (40,4%). Personen op invaliditeit met depressieve stoornissen en met schizofrenie zijn in aantallen slechts beperkt toegenomen en zijn relatief stabiel te noemen, althans in absolute waarden.

62 650 personen of 58% van de personen op invaliditeit wegens een mentale aandoening is vrouw. Bovenstaande algemene top 5 van mentale aandoeningen geldt tevens voor de vrouwelijke groep personen op invaliditeit. Ook bij de mannen zijn angststoornissen de belangrijkste oorzaak van mentale aandoeningen met invaliditeit tot gevolg (34%), maar is in mindere mate de belangrijkste aandoening, althans ten opzichte van de vrouwelijke personen op invaliditeit met een mentale aandoening waar maar liefst 50% met angststoornissen te kampen heeft.

Bij de mannen is schizofrenie de tweede belangrijkste reden (11%), gevolgd door alcoholisme (10%). Depressieve stoornissen (9%) en aanpassingsstoornissen (7%) vervolledigen de top 5 als belangrijkste oorzaken van invaliditeit bij de mannen met een mentale aandoening.

Merk op dat alcoholisme bij slechts 3% van de vrouwelijke personen op invaliditeit de reden was van invaliditeit en bijgevolg buiten de top 5 van belangrijkste mentale aandoeningen valt.

¹¹ Situatie op 31 december 2013

7.2 Opdeling naar arbeidsstatuut

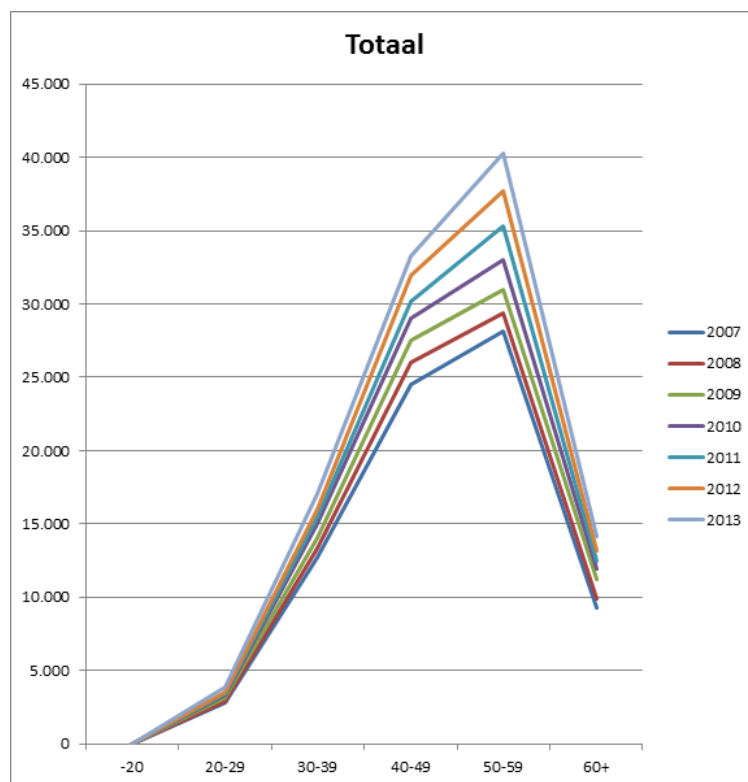
Slechts een beperkt aantal personen op invaliditeit met een mentale aandoening is zelfstandige (4%). Zowel bij de loontrekkenden als de zelfstandigen zijn de twee belangrijkste aandoeningen de angststoornissen en depressieve stoornissen. De twee aandoeningen komen in gelijke mate voor. Bij de zelfstandigen staan ‘stemmingsstoornissen’, ‘aanpassingsstoornissen’ en ‘alcoholisme’ op respectievelijk de 3^{de}, 4^{de} en 5^{de} plaats als belangrijkste oorzaak van de invaliditeit. Bij de loontrekkenden wordt de top 5 vervolledigd door ‘aanpassingsstoornissen’, ‘schizofrenie’ en ‘stemmingsstoornissen’.

Sinds 2007 steeg het aantal loontrekkende personen op invaliditeit met een mentale aandoening gestaag met 41% in 2013. Het aantal zelfstandige personen op invaliditeit met een mentale aandoening steeg op een periode van 6 jaar met 28%.

7.3 Opdeling naar leeftijd

50% van de personen op invaliditeit met een mentale aandoening zijn in 2013 reeds ouder dan 50 jaar. Algemeen genomen nam het aantal personen op invaliditeit in elke leeftijdsgroep toe sinds 2007. De knik voor de 60-plussers is te verklaren door de overgang naar het stelsel van de rustpensioenen en het verhoogde overlijden door ouderdom.

Figuur 7.1 Aantal personen op invaliditeit met een mentale aandoening, een opdeling naar leeftijdscategorie, 2013



Bron RIZIV, 2014

Bekijken we de vijf belangrijkste aandoeningen nader, dan zien we dat de personen op invaliditeit met ‘depressieve stoornissen’ de oudste groep is (58% 50+) en groep met aanpassingsstoornissen de jongste (37% 50+).

7.4 Een opdeling naar erkenningsduur

In 2009 lag de gemiddelde erkenningsduur als invalide met een mentale aandoening op 13,2 jaar. In 2013 lag dit reeds op 13,8 jaar. De stijging is beperkt te noemen, maar nam sinds 2009 elk jaar toe. Dergelijke erkenningsduur geeft aan dat iemand die na zijn vijftigste erkend wordt als invalide wegens een mentale aandoening definitief van de arbeidsmarkt verdwijnt.

Van de vijf meest voorkomende mentale aandoeningen kent schizofrenie met 23,5 jaar de langste gemiddelde erkenningsduur van de invaliditeit. De aanpassingsstoornis, de 3^{de} meest voorkomende aandoening, lijkt het minst lang tot invaliditeit te leiden. Deze stoornis kent met 5,5 jaar bovendien de laagste gemiddelde erkenningsduur van alle 30 geregistreerde mentale aandoeningen. Depressieve stoornissen, stemmingsstoornissen en aanpassingsstoornissen schommelen rond het gemiddelde, wat de erkenningsduur betreft.

Tussen mannen en vrouwen zijn geen grote schommelingen binnen de pathologieën op te merken. In het geheel genomen is de gemiddelde erkenningsduur voor een man 1,7 jaar langer dan voor een vrouw. Het verschil is sinds 2009 iets groter geworden, maar is stabiel sinds 2012. Globaal genomen evolueren het aantal personen op invaliditeit met mentale aandoeningen in dezelfde richting bij zowel mannen als vrouwen.

Het verschil in erkenningsduur tussen loontrekkenden en zelfstandigen is opmerkelijk. Zelfstandigen hebben gemiddeld een erkenningsduur als invalide met een mentale aandoening die bijna 3 jaar lager ligt dan de erkenningsduur bij de loontrekkenden. In 2009 was het verschil nog 2,5 jaar.

Naarmate de leeftijd van de persoon op invaliditeit stijgt, stijgt de gemiddelde erkenningsduur mee. Personen op invaliditeit met een leeftijd tussen 20 en 30 jaar zijn gemiddeld reeds 3,2 jaar erkend als invalide. In de leeftijdsgroep 30-40 ligt de gemiddelde erkenningsduur reeds op 7,7 jaar. In de leeftijdsgroep 40-50-jarigen stijgt de gemiddelde erkenningsduur verder naar 13,2 jaar. Personen op invaliditeit die ouder zijn dan 50 jaar, zijn dit gemiddeld reeds 16,9 jaar.

7.5 Een opdeling naar beroepsgroep

38% van de geregistreerde personen op invaliditeit met een mentale aandoening zijn ambachtslieden, stielmannen, productiearbeiders en handlangers. De tweede belangrijkste beroepsgroep (25%) zijn de werknemers die gespecialiseerd zijn in diensten, de sport en ontspanning. Met 17% van de personen op invaliditeit zijn de bedienden de derde grootste beroepsgroep. De vrije beroepen en technici vormen de vierde grootste beroepsgroep (8%).

Het merendeel (36%) van de personen op invaliditeit met schizofrenie zijn ambachtslieden, stielmannen of fabrieksarbeiders, alsook 25% van de personen op invaliditeit met stemmingsstoornissen (in aantallen) komen uit deze beroepsgroep. De meeste personen op invaliditeit met angststoornissen (27%) zijn werknemers die gespecialiseerd zijn in diensten, de sport en ontspanning, alsook 30% van de personen op invaliditeit met een aanpassingsstoornis

vallen onder deze beroepsgroep. Daarnaast zijn 28% van de personen op invaliditeit met depressieve stoornissen werknemers die gespecialiseerd zijn in diensten, sport en ontspanning.

Relatief gezien wordt schizofrenie het meest gevonden bij groeuarbeiders, mijnwerkers of steenhouders (13,5%, ten opzichte van 7% gemiddeld). Stemmingsstoornissen komt het meest voor bij personen die een vrij beroep uitoefenen (9%, ten opzichte van 7% gemiddeld). Angststoornissen en aanpassingsstoornissen worden vooral erkend bij directeurs en hoger kaderpersoneel (56%, ten opzichte van 44% gemiddeld; 15% ten opzichte van 10% gemiddeld).

- DEEL 3 ARBEIDSONGESCHIKTHEID

**VANUIT EEN LANDENVERGELIJKEND
PERSPECTIEF -**

8 | Arbeidsongeschiktheid vanuit een landenvergelijkend perspectief

Inleiding

Verschillende internationale bronnen zijn consulteerbaar wil men een zicht krijgen op de onderlinge verschillen tussen EU-Lidstaten betreffende ‘arbeidsongeschiktheid’ naar o.a. definitieverschillen, wetgevend kader, aantallen en uitgaven. In dit rapport wordt eerst een kort overzicht gegeven van deze beschikbare bronnen (zie sectie 8.1) waarbij vervolgens wordt ingegaan op de verschillen in definiëring (zie sectie 8.2). Er wordt immers geen uniforme definitie van ‘(arbeids)ongeschiktheid’ gehanteerd. Maar ook de administratieve of juridische afbakening van dit begrip is niet evident aangezien het meerdere componenten zal omvatten. De Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2014, p. 15) noemt het zelfs “een op basis van het bestaand statistisch apparaat moeilijk af te bakenen realiteit” en pleit voor een specifiek register om deze personen te definiëren.

De onderlinge verschillen tussen EU-Lidstaten op het gebied van de wetgeving (zowel naar toekenningsvoorwaarden, uitkeringen en re-integratie) worden in kaart gebracht op basis van het *Mutual Information System on Social Protection* (MISSOC) (zie sectie 8.3). Het wetgevend kader zal immers in bepaalde mate het aan arbeidsongeschikten en de uitgaven hieromtrent gaan bepalen. De kwantificering waardoor een zicht wordt bekomen op tijdelijke en permanente arbeidsongeschiktheid in de EU gebeurt dan weer op basis van de *Enquête naar de arbeidskrachten* (EAK) voor de aantallen en op basis van het *European system of integrated social protection statistics* (ESSPROS) voor de uitgaven.

8.1 Overzicht aan beschikbare bronnen

Om op Europees niveau een zicht te willen krijgen op het fenomeen ‘arbeidsongeschiktheid’ kunnen verschillende bronnen geconsulteerd en geanalyseerd worden. Maar deze kunnen ook meer specifiek voor België nuttig zijn aangezien de administratieve gegevens die arbeidsongeschiktheid in beeld kunnen brengen verspreid zijn over verschillende sociale parastatalen (RIZIV, RVA, FAO, FBZ, DG Personen met een handicap van de FOD Sociale Zekerheid om het ‘bruto-aantal’ te berekenen maar ook de RSZ/RSZPPO om na te gaan of deze personen tegelijk ook werkzaam zijn en dus om het ‘netto-aantal’ te berekenen)¹².

¹² Zo wordt in het Verslag 2014 van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2014) gebruik gemaakt van de datawarehouse arbeidsmarkt en sociale bescherming van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) om de RIZIV-gegevens inzake invaliditeit te confronteren met die van andere instellingen. Hierdoor worden ongeveer 169.000 personen geclassificeerd als ‘arbeidsongeschikt – invaliditeit’ terwijl er ongeveer 321.000 uitkeringsgerechtigde invaliden zijn binnen het RIZIV.

8.1.1 Enquête naar de arbeidskrachten (EAK)

Vooreerst kan op basis van de Enquête naar de arbeidskrachten (EAK)¹³ en meer specifiek de algemene vragenlijst een beter zicht bekomen worden op het aantal personen die permanent arbeidsongeschikt zijn en het aantal personen die gedurende de referentieweek afwezig waren op hun werk omwille van ziekte, een ongeval of tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Maar ook niet-tewerkstelling of het niet zoeken naar werk wegens ziekte of ongeschiktheid kan nagegaan worden.

In de Belgische versie van de vragenlijst wordt hierbij dieper ingegaan op langdurige gezondheidsproblemen of handicaps door een aantal bijkomende vragen te stellen. Het maakt dat in de Belgische versie van de EAK-vragenlijst zowel naar aantallen als naar wetgeving (toekenning – re-integratie)¹⁴ meer gedetailleerde informatie over arbeidsongeschiktheid beschikbaar zal zijn die echter niet op een geaggregeerd Europees niveau beschikbaar is. Internationale vergelijkingen zijn hierdoor niet mogelijk.

Jaarlijks wordt aan de algemene EAK-vragenlijst ook een ad hoc module over één specifiek thema toegevoegd. De ad hoc module van 2011 diende meer informatie op te leveren over de ‘Arbeidsparticipatie van mensen met langdurige gezondheidsproblemen’. Deze ad hoc module, waarvan de resultaten eind 2013 beschikbaar waren, omvatte 11 specifieke variabelen. De beschikbare gegevens uit deze ad hoc module werden in het Verslag van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid voor 2014 reeds geanalyseerd. Eurostat heeft deze gegevens ook in meer gedetailleerde tabellen per indicator beschikbaar gesteld. Hierbij zijn een aantal indicatoren beschikbaar die nog niet beschreven werden in het Verslag van de Hoge Raad. Het gaat hierbij voornamelijk over algemene populatie-indicatoren, indicatoren die het type van ondersteuning omschrijven voor tewerkgestelden met een langdurig gezondheidsprobleem of welke nodig is voor niet-tewerkgestelden met een gezondheidsprobleem, en indicatoren over de opleiding van / de aangeboden opleiding/training voor personen met een langdurig gezondheidsprobleem. De ad hoc module van 2013 stelt dan weer meer bijkomende vragen over ‘Arbeidsongevallen en andere werkgerelateerde gezondheidsproblemen’. Het maakt dat op basis van deze ad hoc module de typologie van arbeidsongevallen en werkgerelateerde gezondheidsproblemen bepaald zal kunnen worden. Deze gegevens zijn momenteel nog niet beschikbaar.

8.1.2 Enquête naar de inkomens en levensomstandigheden (SILC)

Ook op basis van de Enquête naar de inkomens en levensomstandigheden (SILC)¹⁵ kan een meer gedetailleerd profiel van de personen die permanent arbeidsongeschikt zijn (o.a. socio-demografische gegevens en verdere opdeling naar type uitkering) bekomen worden. Hieraan kan ook het feit of men al of niet een chronische ziekte of aandoening heeft gekoppeld worden.

13 “De enquête naar de arbeidskrachten (EAK) in België is een sociaal-economische enquête bij de huishoudens met als voornaamste doelstelling de populatie op actieve leeftijd (vanaf 15 jaar) op te delen in drie exhaustieve en onderscheiden groepen (namelijk tewerkgestelde personen, werklozen, en niet-actieve personen), en over elk van deze categorieën beschrijvende en verklarende gegevens te verstrekken. Bedoeling is informatie te vergaren die op Europees vlak vergelijkbaar is, o.m. in zake tewerkstelling- en werkloosheidscijfers volgens de definities van het Internationaal Arbeidsbureau (IAB), en daarnaast gegevens te verzamelen en te verspreiden die anders niet verkregen kunnen worden (mobiliteit van de werknemers, motivatie voor deeltijds werken, opleidingsniveau van de bevolking ...). De steekproef bevat voor België 15 000 huishoudens per kwartaal, waarvan er 12 000 effectief bevestigd kunnen worden. Dit levert op jaarbasis informatie op over de arbeidsmarktsituatie van 90 000 inwoners van België van 15 jaar en ouder.”

(Bron: FOD ECONOMIE - <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/gegevensinzameling/enquetes/eak/>)

14 Er wordt naar de vormen van ondersteuning gevraagd die men nodig heeft om te kunnen werken of welke men zou moeten krijgen om te kunnen werken. Ook wordt gevraagd of het langdurig gezondheidsprobleem erkend is door een officiële instantie.

15 “SILC is een enquête naar inkomens en levensomstandigheden en een belangrijk instrument om zowel op Belgisch als op Europees niveau armoede en sociale uitsluiting in kaart te brengen”.

(Bron: FOD ECONOMIE <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/gegevensinzameling/enquetes/silc/>)

8.1.3 European Statistics on Accidents at Work (ESAW)

Via 'European Statistics on Accidents at Work' (ESAW) kunnen het aantal arbeidsongevallen (exclusief de ongevallen van of naar het werk) gekoppeld aan een afwezigheid van meer dan 3 dagen bekomen worden. Bovendien krijgen we meer informatie over de typologie van het ongeval (leeftijd, geslacht, sector, statuut, ...). Tegelijk worden ook het aantal dodelijke arbeidsongevallen gemeten. De gerapporteerde data zijn gebaseerd op administratieve registers geteld op basis van een aangifte bij een verzekering voor arbeidsongevallen of op basis van een aangifte bij de bevoegde nationale instantie.

8.1.4 European system of integrated social protection statistics (ESSPROS)

Het 'European system of integrated social protection statistics' (ESSPROS) brengt de uitgaven voor de sociale bescherming in kaart, waaronder deze voor (arbeids)ongeschiktheid en ziekte.¹⁶ Deze uitgaven kunnen gerelateerd worden aan uitkeringen (*in cash*) of aan diensten/goederen (*in kind*). De uitgaven worden dan ook verder opgesplitst naar type uitkering of dienst. Zo wordt het o.a. mogelijk om volgende specifieke uitgaven te selecteren binnen de functie 'ongeschiktheid': invaliditeitspensioen, vervroegd pensioen omwille van beperkte arbeidscapaciteit, integratie van personen met een handicap, ... en binnen de functie 'ziekte/gezondheidszorg' o.a. betaald ziekteverlof.

8.1.5 Mutual Information System on Social Protection (MISSOC)

Het 'Mutual Information System on Social Protection' (MISSOC) biedt een overzicht van de regelgeving van de sociale bescherming in alle EU-lidstaten plus IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland. Voor o.a. ziekte, invaliditeit, arbeidsongevallen en beroepsziekten zijn onder meer de wetgevende basis, de basisprincipes, de voorwaarden om in aanmerking te komen, het niveau van de uitkeringen bepaald. Het maakt de EU-Lidstaten onderling vergelijkbaar naar het toepassingsgebied van 'arbeidsongeschiktheid'.

8.1.6 Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO)

De OESO (*Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling*) rapporteert de uitgaven voor (arbeids)ongeschiktheid en ziekte. Ongeschiktheid wordt hierbij verder opgedeeld naar type uitkering. Waar voor de hierboven geciteerde bronnen de meest recente data van toepassing zijn op 2012 of 2013, zijn deze uitgaven gekend t.e.m. 2009. De OESO heeft in haar rapport '*Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings Across OECD Countries (2010)*' ook 2 specifieke indicatoren bepaald m.b.t. het beleid inzake personen met een arbeidsbeperking. De eerste indicator heeft betrekking op de uitkering en de tweede op tewerkstelling en (re-)integratie. Beide indicatoren bestaan uit tien componenten waar telkens een score tussen nul en vijf werd aan toegekend.¹⁷ Hierdoor kan een nationaal stelsel meer of minder genereus zijn inzake uitkeringen of meer of minder activerend zijn. Ondanks het feit dat deze indicatoren berekend zijn op basis van

¹⁶ Maar ook de 'Sociale Expenditure Database (SOCX)' van de OESO evenzeer nuttig.

¹⁷ Voor de indicator m.b.t. de uitkeringen: dekking van het uitkeringssysteem, minimaal ongeschiktheidspercentage om recht te hebben op een uitkering, ongeschiktheidspercentage om recht te hebben op een volledige uitkering, uitkeringsniveau bij invaliditeit (vervangingsratio), tijdelijkheid of permanentie van de uitkeringen, medische beoordelingscriteria, professionele beoordelingscriteria, uitkeringsniveau bij ziekte, periode van uitkeringen bij ziekte, controle van ziekte. Voor de indicator m.b.t. (re-)integratie en tewerkstelling: samenhang van de diverse programma's, verantwoordelijke instellingen, verantwoordelijkheid van de werkgever, programma's voor begeleide werkgelegenheid, programma voor gesubsidieerde werkgelegenheid, programma's voor beschutte werkgelegenheid, timing van beroepsoriëntering, periode gedurende dewelke uitkeringen tijdelijk opgeschort kunnen worden bij tewerkstelling, financiële prikkels om aan het werk te gaan.

gegevens van rond 2007 wordt in het Verslag van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid voor 2014 hierover uitvoerig gerapporteerd.

8.1.7 Internationale Arbeidsorganisatie (IAB)

Tenslotte biedt de Internationale Arbeidsorganisatie (IAB) via haar statistieken een overzicht van het aantal (al of niet dodelijke) arbeidsongevallen (o.a. naar geslacht en economische activiteit) aan.

8.1.8 Overzicht beschikbare internationale bronnen

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de bronnen die gehanteerd kunnen worden om arbeidsongeschikt naar type, aantallen, bedragen en wetgeving in beeld te brengen. Het detail ervan zal verder uitgewerkt worden in sectie 8.2.

Tabel 8.1 Beschikbaarheid van internationale bronnen om arbeidsongeschiktheid te bepalen

Bron	Arbeidsongeschiktheid naar ...			
	Type	Wetgeving (toekenning uitkering – re-integratie)	Aantallen	Bedragen
EAK				
<i>Algemene vragen EU28</i>	Permanente arbeidsongeschikten, afwezigheid wegens ziekte, ongeval of tijdelijke arbeidsongeschiktheid		X	
<i>Algemene vragen België</i>	Zie boven + personen gehinderd door een handicap, een langdurige aandoening of langdurige ziekte (opsplitsing al of niet erkend)	X	X	
<i>Ad hoc module 2011</i>	Personen met een langdurig gezondheidsprobleem of ziekte		X	
<i>Ad hoc module 2013</i>	Personen die de voorbije 12 maanden een arbeidsongeval hadden, personen met werkgerelateerde gezondheidsproblemen		X	
SILC	Permanente arbeidsongeschikten en/of ongeschikt om te werken (al of niet met een chronische aandoening)		X	X
ESAW	Aantal arbeidsongevallen (excl. van of naar het werk)		X	
ESSPROS	(Arbeids)ongeschiktheid en ziekte (naar type uitkering/dienst)			X
MISSOC	Ziekte, invaliditeit, arbeidsongevallen en beroepsziekten	X		
OESO	Ongeschiktheid	X		X
IAB	Beroepsongevallen		X	

Bron Eigen tabel op basis van consultatie bronnen

8.2 Definitieverschillen (arbeids)ongeschiktheid: enge of ruime definitie?

(Arbeids)ongeschiktheid kan *sensu stricto* of *sensu lato* gedefinieerd worden, dit zowel naar algemene omschrijving (bv. erkend of niet) als naar de administratieve of juridische componenten die eronder vallen. Het maakt onder meer dat administratieve gegevens en surveygegevens sterk van elkaar kunnen afwijken. De internationale bronnen hanteren alvast geen uniforme omschrijving/definitie. Daarom worden de onderlinge verschillen hieronder weergegeven. Dit zal van belang zijn bij het bepalen van het aantal arbeidsongeschikten en de corresponderende uitgaven.

8.2.1 Enquête naar de arbeidskrachten (EAK)

EAK – Algemene vragenlijst: In de algemene vragenlijst van de EAK wordt naar arbeidsongeschiktheid gevraagd op basis van 2 afzonderlijke vragen.¹⁸

- *“Waarom heeft u tijdens de referentieweek minder uren gewerkt dan gewoonlijk of helemaal niet gewerkt? Geef alleen de belangrijkste reden.”* Hierbij kan men o.a. antwoorden: *“Ziekte, ongeval of tijdelijke arbeidsongeschiktheid”*.¹⁹
- *“Met welke van de hierna vermelde situaties komt uw sociaal-economisch statuut gedurende de referentieweek het best overeen?”* Hierbij kan men o.a. antwoorden: *“U bent arbeidsongeschiktheid”*.²⁰

Op basis van de eerste vraag kan men van tijdelijke arbeidsongeschiktheid spreken aangezien de respondent op dat moment nog een arbeidsbetrekking heeft. Op zich wordt de term ‘tijdelijke arbeidsongeschiktheid’ wel niet gedefinieerd.

Daarentegen kan op basis van de tweede vraag de permanente arbeidsongeschiktheid nagegaan worden. Maar opnieuw wordt deze term niet gedefinieerd. Belangrijke opmerking hierbij is dat de antwoordcategorie in de Belgische versie van de algemene EAK-vragenlijst van deze tweede vraag verschilt van wat uiteindelijk door Eurostat wenst meegedeeld te worden in de data.²¹ Eurostat wenst immers op basis van deze vraag onder meer de data te leveren voor de antwoordcategorie ‘permanente’ arbeidsongeschiktheid. De Belgische vragenlijst neemt echter het woord ‘permanent’ niet op waardoor dus een ruimere antwoordcategorie ontstaat. De implicaties hiervan zullen in het analytisch gedeelte besproken worden.

Deze twee vragen gaan bovendien de ‘zelfperceptie’ van de respondent na, met name hoe ervaart de respondent zijn/haar situatie zonder dat dit noodzakelijk gelijk kan gesteld worden met de administratieve of juridische afbakening ervan. Het maakt dat het aantal bekomen personen op basis van deze vraag zal afwijken van het aantal personen gekend op basis van de administratieve data. In de verdere analyse van arbeidsongeschiktheid zal gebruik gemaakt worden van beide vragen om de tijdelijke en permanente arbeidsongeschiktheid in de EU-Lidstaten in kaart te brengen.

De Belgische versie van de EAK-vragenlijst stelt bovendien nog enkele bijkomende vragen betreffende ‘langdurige gezondheidsproblemen of handicaps’.²² Het gaat hier terug om een vraag

18 Echter is dit ook nog mogelijk op basis van een andere vraag waarbij personen die tijdens de referentieweek geen betrekking hadden en die niet op zoek waren naar een job omwille van ziekte of ongeschiktheid geteld worden (variabele ‘Seekreas’).

19 Andere antwoordmogelijkheden zijn o.a. moederschapsverlof, ouderschapsverlof, vakantie, arbeidsconflict, onderwijs of opleiding, ...

20 Terminologie gehanteerde in de Belgische versie van de vragenlijst. De bijhorende variabele bekomen via EUROSTAT spreekt echter over ‘permanently disabled’. Andere antwoordmogelijkheden zijn o.a. werkzaam, werkloos, huisvrouw/huisman, student, pensioen of vervroegd pensioen, ...

21 Dit verschil werd meegedeeld en verder besproken met de FOD Economie.

22 De analyse van deze vraag werd zeer recentelijk nog gepubliceerd in Samoy (2014a). Deze publicatie gaat ook dieper in op de definiëring van het begrip ‘arbeidshandicap’ en maakt een overzicht van bevragingen die hierop ingaan.

die naar de ‘zelfperceptie’ van de respondent vraagt. Echter wordt ook de link gelegd met de administratieve gegevens door te vragen of de handicap of het langdurig gezondheidsprobleem erkend is door een officiële instantie.

“Ervaart u in uw dagelijkse bezigheden op het werk of daarbuiten, hinder door een handicap, een langdurige aandoening of langdurige ziekte (al dan niet werkgerelateerd)?”

- *“Is uw handicap of langdurig gezondheidsprobleem erkend door een officiële instantie?”*

EAK – Ad hoc module 2011 ‘Arbeidsparticipatie van mensen met langdurige gezondheidsproblemen’: Het aantal personen met langdurige gezondheidsproblemen werd geteld op basis van volgende vraag: *“Heeft u één of meerdere van de volgende langdurige gezondheidsproblemen of ziekten? Langdurig gaat over een duur van ten minste 6 maanden dat het probleem zich stelt of in de toekomst nog zal duren.”*²³ De afbakening is hierbij ruimer dan wat in de EAK-basisvragenlijst wordt gevraagd inzake arbeidsongeschiktheid maar ook met de bijkomende vragen die in de Belgische versie van EAK-vragenlijst worden gesteld betreffende ‘langdurige gezondheidsproblemen of handicaps’.

8.2.2 Enquête naar de inkomens en levensomstandigheden (SILC)

Net zoals in de algemene vragenlijst van de EAK kan een zicht bekomen worden op het socio-economisch statuut van de respondent via het gebruik van SILC. Hierbij zullen wel enkel het aantal personen die permanent arbeidsongeschikt zijn, geteld worden.

- *“Hoe zou u uw huidige activiteitsstatus omschrijven?”* Hierbij kan men o.a. antwoorden met *“permanent arbeidsongeschikt”*. Primaire arbeidsongeschiktheid, arbeidsongevallen en beroepsziekten vallen evenwel buiten deze categorie en kunnen ook niet apart vermeld worden. Deze personen zullen als tewerkgesteld beschouwd worden.

Op basis van de uitkering(en) die de respondent ontvangt kan op basis van de Belgische versie van de SILC-vragenlijst een meer gedetailleerd zicht gekregen worden op de arbeidsongeschiktheid. Deze gedetailleerde opdeling zal echter in de uiteindelijke EU SILC-data geaggregeerd worden binnen de variabelen: ‘ongeschiktheidsuitkeringen’ en ‘ziekte-uitkeringen’ waardoor een Europese vergelijking niet mogelijk is.

- *“Welk type van uitkering met betrekking tot ziekte of ongeval hebt u ontvangen?”* o.a.:
 - Invaliditeitsuitkering;
 - Tegemoetkoming aan Personen met een Handicap;
 - Uitkering wegens ziekte;
 - Uitkering voor arbeids(weg)ongeval;
 - Uitkering voor beroepsziekte.

²³ Eurostat rapporteert deze gegevens in de ‘Disability’ databank. Volgende duiding wordt aan de begrippen gegeven. **Disabled persons:** “People having a basic activity difficulty (such as seeing, hearing, walking, communicating); People having a work limitation caused by a longstanding health condition and/or a basic activity difficulty.” **Longstanding health problem:** “A longstanding health problem is a health condition or disease which has lasted or is likely to last for at least 6 months. The main characteristics of a longstanding condition or disease are that it is permanent and may be expected to require a long period of supervision, observation or care. Acute (temporary) health problem, such as a sprained ankle or a respiratory tract infection are not considered as being longstanding.” **Basic activity limitation:** “A basic activity limitation is defined as the difficulties the individual experience in performing an activity (such as, seeing, hearing, walking, and communicating). Only long-term difficulties are considered, e.g. the length of difficulty must have lasted or be expected to last for six months or more.”

8.2.3 European Statistics on Accidents at Work (ESAW)

Een arbeidsongeval wordt als volgt gedefinieerd: “is een afzonderlijke gebeurtenis gedurende het werk die leidt tot fysieke of mentale schade”.²⁴ Hierbij worden ongevallen van en naar het werk uitgesloten.

8.2.4 European system of integrated social protection statistics (ESSPROS)

In ESSPROS worden de uitgaven voor de sociale bescherming o.a. opgedeeld naar functie. Hierbij zijn onder meer de functies ‘ongeschiktheid’ en ‘ziekte/gezondheidszorg’ beschikbaar.²⁵ Vraag is of de functie ‘ongeschiktheid’ alle componenten omvat om een correct en exhaustief zicht te krijgen op de uitgaven die van toepassing zijn op arbeidsongeschiktheid. In de ESSPROS-handleiding (EC, 2011, p. 29) wordt immers volgende definitie van ‘ongeschiktheid’ gehanteerd: “Income maintenance and support in cash or kind (except health care) in connection with the inability of physically or mentally disabled people to engage in economic and social activities.” Om een correct zicht te krijgen op arbeidsongeschiktheid zullen zowel componenten uit de functie ‘ongeschiktheid’ alsook uit de functie ‘ziekte/gezondheidszorg’ geselecteerd moeten worden. Zo valt b.v. betaald ziekteverlof onder de functie ‘ziekte/gezondheidszorg’. Daarnaast wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen ongeschiktheidsuitkeringen en ouderdomsuitkeringen.²⁶ Opvallend is ook dat de uitgaven niet specifiek gekend zijn voor arbeidsongevallen en beroepsziekten. In de ESSPROS-handleiding wordt hierover het volgende gesteld: “The present Manual does not define a function for the event of occupational accidents and diseases. Statistical data on this type of expenditure are not comparable, as they reflect the definition of occupational hazard adopted by each Member State in its own legislation and practice. Furthermore, benefits provided in the event of occupational accidents or diseases may range from sickness cash benefits to health care provision, from rehabilitation benefits to disability pensions. These benefits are covered by the functions in the Core system, where no distinction is made as for the causes of sickness or disability (EC, 2011, p. 39)”.

8.2.5 Conclusie

Het mag duidelijk zijn dat de definitie van (arbeids)ongeschiktheid helder moet zijn vooraleer berekende aantallen en bedragen vergeleken kunnen worden. Op basis van de algemene vragenlijst van de EAK kan op basis van de twee beschikbare vragen een onderscheid gemaakt worden tussen tijdelijke en permanente arbeidsongeschiktheid. Deze begrippen worden wel niet gedefinieerd in deze vragenlijst en slaan evenzeer op de ‘zelfperceptie’ van de respondent. De componenten van deze arbeidsongeschiktheid zoals primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit, een arbeidsongeval of een beroepsziekte, ... zijn echter niet afzonderlijk beschikbaar. Op basis van de Belgische versie van de EAK - algemene vragenlijst kunnen ook het aantal tewerkgestelde personen met een handicap of een langdurige ziekte/aandoening (al of niet erkend) berekend worden (en vergeleken worden met de groep van niet-tewerkgestelde personen met een handicap of een langdurige ziekte/aandoening). Op basis van de EAK ad hoc module van 2011 kan dezelfde oefening gemaakt worden voor personen met langdurige gezondheidsproblemen. In tegenstelling tot de Belgische versie van de EAK - algemene vragenlijst wordt in deze ad hoc module de term ‘langdurig’ wel

²⁴ **An accident at work** is “a discrete occurrence in the course of work which leads to physical or mental harm”. “This includes accidents in the course of work outside the premises of one’s business, even if caused by a third party (on clients’ premises, on another company’s premises, in a public place or during transport, including road traffic accidents) and cases of acute poisoning. It excludes accidents on the way to or from work (commuting accidents), occurrences having only a medical origin (such as a heart attack at work) and occupational diseases.”

²⁵ Daarnaast zijn werkloosheid en pensioenen, ... o.a. andere beschikbare functies.

²⁶ “Old age benefits are generally granted to beneficiaries above the standard/legal retirement age. Disability is then limited to the integration into the workforce and early retirement benefits are only benefits paid to recipients below the standard/legal retirement age” (EC, 2011, p. 38).

gedefinieerd (vanaf 6 maanden), wordt de term ‘handicap’ niet specifiek vermeld en wordt geen onderscheid gemaakt tussen erkend of niet. Het maakt dat bijvoorbeeld voor België op basis van de specifieke vraag in de Belgische versie van de EAK - algemene vragenlijst voor 2013 ongeveer 1 miljoen personen aangaven hinder te ondervinden door een handicap, een langdurige aandoening of een langdurige ziekte tegenover 1,6 miljoen personen die een langdurig gezondheidsprobleem of ziekte rapporteerden op basis van de ad hoc module voor 2011 (Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2014). Maar ook op basis van SILC zouden het aantal het aantal permanente arbeidsongeschikten berekend worden. Als men ten slotte de uitgaven voor arbeidsongeschiktheid wil kennen zal men binnen ESSPROS verschillende functies (‘arbeidsongeschiktheid’, ‘ziekte/gezondheidszorg’) moeten combineren om een exhaustieve raming van de kost te bekomen. Uitgaven voor arbeidsongevallen en beroepsziekten kunnen hieruit echter niet gehaald worden.²⁷

8.3 Landenvergelijkende analyse

De onderlinge verschillen tussen de EU-Lidstaten inzake wetgeving worden in kaart gebracht op basis van het *‘Mutual Information System on Social Protection’* (MISSOC). Het feit dat een EU-Lidstaat een eerder laag of hoog percentage arbeidsongeschiktheid of uitgavenpatroon vertoont zal immers door een aantal factoren bepaald worden. Niet in het minst zal de regelgeving inzake de toekenning van de uitkering en het beleid rond re-integratie op de arbeidsmarkt een rol spelen. In dat opzicht zullen de gegevens uit MISSOC meer duiding geven en worden daarom ook als eerste besproken. De verdere kwantificering van arbeidsongeschiktheid gebeurt vervolgens op basis van de Enquête naar de arbeidskrachten (EAK) voor de aantallen en op basis van het *‘European system of integrated social protection statistics’* (ESSPROS) voor de uitgaven.

8.3.1 Naar toekenning en re-integratie: analyse van het wetgevend kader

De OESO definieerde in een rapport van 2010 twee indicatoren m.b.t. het gevoerde beleid rond personen met een arbeidsbeperking (één rond de toekenning van de uitkering en één rond re-integratie) die een landenvergelijking mogelijk maken. Beide indicatoren werden dan ook al meermaals geciteerd in Belgisch onderzoek (o.a. Karakaya & Plasman, 2011) en zelfs recentelijk nog door de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2014). Nadeel is dat dit rapport dateert van 2010 en gegevens hanteert van rond 2007.²⁸ De meest recente situatie is dus niet gekend. Tegelijk ontbreken een groot aantal EU-Lidstaten in deze analyse.²⁹

Een alternatieve wijze om een gedetailleerd zicht te krijgen op het recentelijk gevoerde beleid in EU-Lidstaten is het consulteren en het analyseren van de MISSOC-tabellen. Zij beschrijven de situatie op 1 januari 2014. Onderstaande figuren en tabellen geven op een gesynthetiseerde wijze het detail van de MISSOC-tabellen weer voor wat betreft ziekte en invaliditeit. We beperken hierdoor wat de scope aangezien bijvoorbeeld het beleid bij een arbeidsongeval of een beroepsziekte, of omtrent personen met een handicap niet wordt weergegeven. Voor een meer gedetailleerde omschrijving verwijzen we naar de brongegevens.³⁰

27 Zie ook De Weerd, M., Tierney, R., van Duuren-Stuurman, B & Bertranou, E. (2014) voor een beschrijving van de methodologie om de kost van o.a. arbeidsongevallen te ramen.

28 Ook de bijkomende rapporten met een gedetailleerde bespreking van het gevoerde beleid in een aantal landen dateert dus van vóór 2010. Zie OECD (2006), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 1), Norway, Poland and Switzerland*; OECD (2007), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 2), Australia, Luxembourg, Spain and the United Kingdom*; OECD (2008), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 3), Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands*.

29 Geen gegevens gerapporteerd voor Bulgarije, Cyprus, Estland, Kroatië, Letland, Litouwen, Malta, Roemenië en Slovenië.

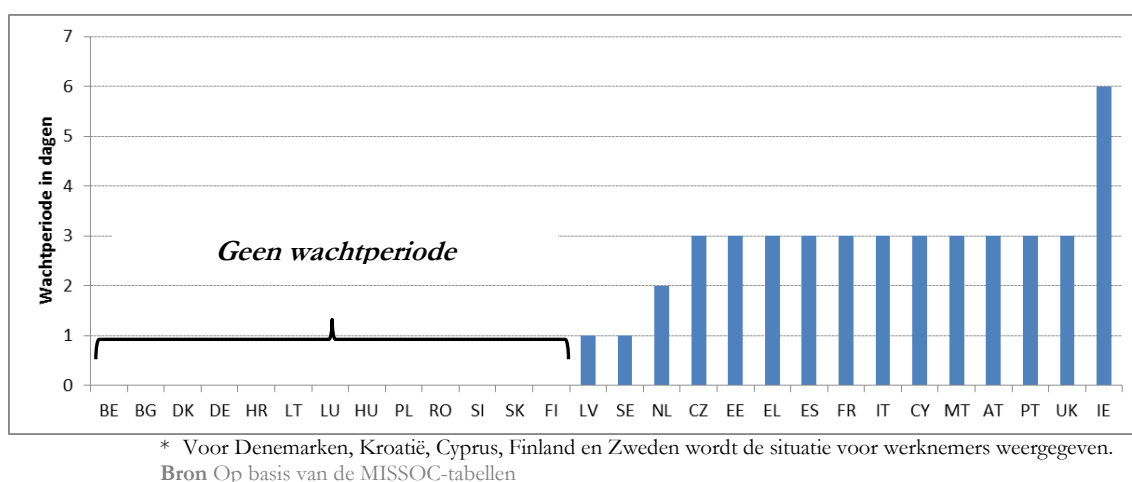
30 <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>

Zoals reeds gesteld zullen een aantal componenten een impact hebben op het aantal arbeidsongeschikten en de corresponderende uitgaven. Vooreerst is er de afbakening van de groep gerechtigden. Zo vallen voor een ziekte-uitkering de verschillen op inzake de mogelijkheid tot aansluiting voor zelfstandigen en tot vrijwillige aansluiting (zie tabel 8.1). Dit maakt de gerechtigde groep enger of ruimer.

Door de meeste EU-Lidstaten wordt een doktersattest/ een vaststelling door een geneesheer gevraagd bij ziekte (tabel 8.2). In sommige EU-Lidstaten is dit vanaf de eerste dag.³¹ Blijkbaar wil men dit ziekteverlet dus zoveel mogelijk rationaliseren via een formele vaststelling en dus ook mogelijk misbruik inperken.

Het al of niet bepalen van een wachtperiode zal budgettaire consequenties hebben voor de arbeidsongeschikte. Deze persoon zal immers gedurende deze periode geen inkomsten verwerven uit arbeid of via een uitkering. Zo bestond in België bijvoorbeeld tot 31 december 2013 de ‘carendag’ voor arbeiders. Deze is nu afgeschaft. Bulgarije, Denemarken (voor werknemers (WNS)), Duitsland, Kroatië (voor WNS), Litouwen, Luxemburg, Hongarije, Polen, Roemenië, Slovenië, Slowakije en Finland (voor WNS) hanteren eveneens geen wachtperiode (zie figuur 8.1 en tabel 8.2). In de andere EU-Lidstaten is de wachtperiode ook relatief beperkt (vaak tot 3 dagen)³². Enkel Ierland hanteert een wachtperiode van 6 dagen.

Figuur 8.1 Wachtperiode voor een ziekte-uitkering, in aantal dagen, EU-28, situatie op 1 januari 2014



Maar ook de tussenkomst van de werkgever in de ziektekost verschilt tussen de EU-Lidstaten.³³ De vergelijking tussen EU-Lidstaten dient zowel de periode van tussenkomst door de werkgever maar ook het percentage loon dat door de werkgever gedragen te omvatten. Merk hierbij op dat in een recent landenrapport over België betreffende geestelijke gezondheid en werk de OESO (2013) er zeer expliciet voor pleitte om ziekteverlet duurder te maken voor de werkgever om zo aan te sporen tot het nemen van maatregelen in het kader van ‘return-to-work’. Dit via bijvoorbeeld *i)* de uitbreiding van het aantal maanden dat door de werkgever wordt gedragen, *ii)* door de procentuele kost waarvoor de werkgever gedurende de volledige periode van ziekteverlet verantwoordelijk is uit te

31 O.a. in Tsjechië, Ierland, Griekenland, Cyprus, Letland, Litouwen, Malta, Polen, Roemenië en Slowakije.

32 Dit is het geval in Tsjechië, Estland, Griekenland, Spanje, Frankrijk, Italië, Cyprus (voor WNS), Malta, Oostenrijk, Portugal en het Verenigd Koninkrijk.

33 Het federaal Regeerakkoord Michel I verlengt de periode van gewaarborgd loon gedragen door de werkgever tot 2 maanden (Michel I, 2014, p. 17). In de oude regeling is er voor bedienden een volledig gewaarborgd loon voor de periode van 1 maand en voor arbeiders van 7 dagen. Dit betekent dus een (significante) verschuiving van de budgettaire kost van de overheid naar de werkgever. In de begrotingstabellen vinden we een besparing voor het RIZIV terug van € 354 miljoen.

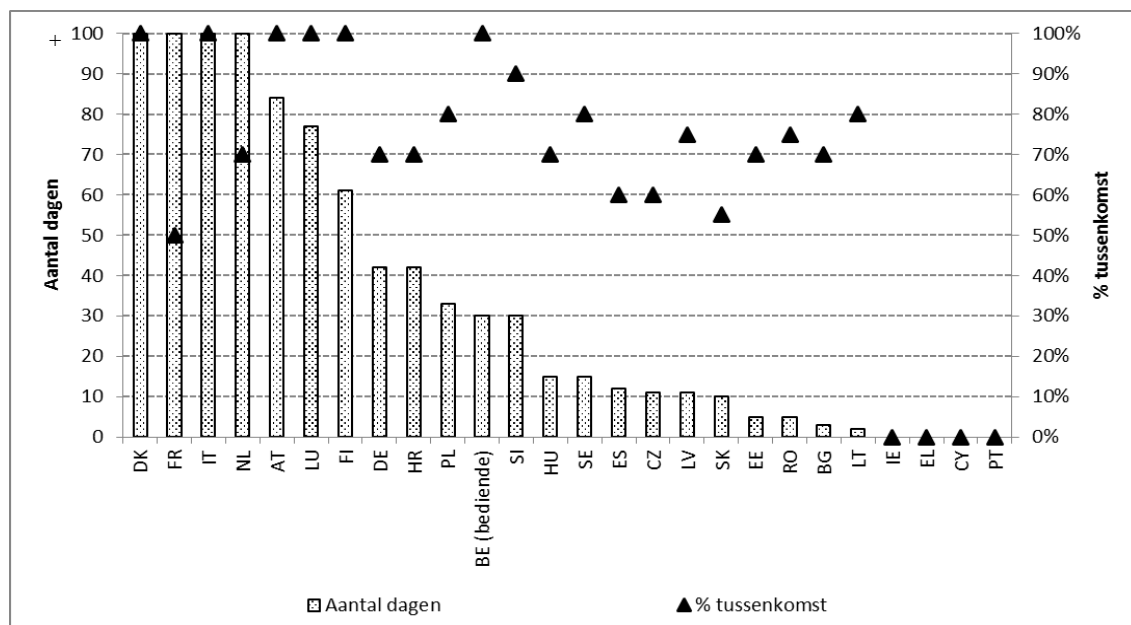
<http://www.ps.be/getattachment/7890d2d2-f693-4de9-a60c-5cf2aceed045/2014-10-16-schema-budgettaire-gouvernement-MR-NVA.pdf.aspx>

breiden, *iii*) door de werkgever te sanctioneren wanneer hij/zij een te hoog percentage aan langdurig ziekteverlet vertoont, *ii*) door de werkgever te belonen wanneer hij/zij een langdurig arbeidsongeschikte opnieuw tewerkstelt (Ibid., p. 82).

Wanneer de gegevens uit MISSOC geanalyseerd worden dan blijkt dat in een groot aantal EU-Lidstaten de tussenkomst van de werkgever in de ziektekost lager is in vergelijking met België, zowel in aantal dagen als in de financiële tussenkomst (zie figuur 8.2 en tabel 8.2). In Ierland, Griekenland, Cyprus en Portugal wordt er zelfs geen tussenkomst van de werkgever gevraagd. Duitsland, Denemarken, Kroatië, Frankrijk, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Polen, Finland en Nederland verwachten echter nog een langere tussenkomst van de werkgever dan België (voor een bediende).

Op zich is het vanuit het oogpunt van de competitiviteit ook interessant de Belgische regelgeving te vergelijken met deze van onze buurlanden. Zo zal de werkgever in Duitsland 70% van het normale inkomen verder betalen tot maximum 6 weken ziekte. In Frankrijk betaalt de werkgever het verschil tussen het loon en de uitkering uit zonder dat hier een maximum termijn bepaald is. De werkgever die gevestigd is in Nederland zal 70% van het loon dragen voor een maximale periode van 104 weken. Tenslotte betaalt de werkgever in Luxemburg het loon tot het einde van de maand waarin de 77^{ste} dag van de arbeidsongeschiktheid valt. In onze buurlanden wordt dus reeds een significante budgettaire tussenkomst van de werkgever gevraagd.

Figuur 8.2 Tussenkomst van de werkgever in de ziektekost, in aantal dagen en in percentage van het inkomen, situatie op 1 januari 2014



* MT en het VK zijn hier niet opgenomen; +100 dagen staat voor meer dan 100 dagen.

Bron Op basis van de MISSOC-tabellen

Het niveau van de uitkering bij ziekte (vaak als percentage van het inkomen) uitbetaald door de sociale zekerheid varieert in sterke mate tussen EU-Lidstaten (tabel 8.2). Dit percentage schommelt hierbij globaal gezien tussen de 50% en de 100% van het inkomen. Maar het percentage wordt soms gedifferentieerd (bijvoorbeeld naargelang de duur van afwezigheid). Deze differentiatie zal zich nog meer voordoen bij permanente arbeidsongeschiktheid, maar dan op basis van andere parameters (bv. op basis van de gezinssamenstelling). Ook de duur van de ziekte-uitkering verschilt naargelang de EU-Lidstaat en vormt soms de (automatische) stap naar een invaliditeitsuitkering (bijvoorbeeld voor België, Ierland, Frankrijk, Nederland, Finland en het Verenigd Koninkrijk).

Tabel 8.2 Synopsis regelgeving betreffende ziekte, EU-28, situatie op 1/1/2014

	Toepassing	Voorwaarden		Uitkeringen		
	<i>Gerechtigden</i>	<i>Aangifte arbeidsongeschiktheid</i>	<i>Wachperiode</i>	<i>Verdere betaling door de werkgever</i>	<i>Bedrag</i>	<i>Duur</i>
BE	WNS met een arbeidsovereenkomst, speciale regeling voor zelfstandigen, vrijwillige aansluiting niet mogelijk.	Doktersattest nodig. Verklaring van tijdelijke arbeidsongeschiktheid moet binnen de 2 dagen aan de dokter van de verzekeringsinstelling afgeleverd worden.	Geen wachperiode.	Arbeider: 100% van het loon gedurende de eerste 7 dagen; 60% van het loon en een aanvullende vergoeding van de 8ste tot de 14de dag; een aanvullende vergoeding van de 15de tot de 30ste dag. Bediende: 100% van het loon gedurende een periode van 1 maand.	60% van het loon. Start na aflopen periode gewaarborgd loon.	Max. 1 jaar (periode van 'primaire arbeidsongeschiktheid').
BG	Verplichte verzekering; WNS tewerkgesteld meer dan 5 dagen of 4 uren per kalendermaand, ...	Doktersattest voor max. 14 achtereenvolgende dagen en niet meer dan 40 dagen per kalenderjaar.	Geen wachperiode.	WG betaalt de uitkering voor de eerste 3 werkdagen (70% van het gemiddeld brutodagloon).	80% van het gemiddeld brutodagloon.	Vanaf de 4de dag tot herstel of start invaliditeit.
CZ	Verplicht voor alle WNS, vrijwillig voor zelfstandigen.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 1ste dag van ziekte.	3 werkdagen.	Van de 4de tot de 14de dag: 60% van het gemiddelde dagloon.	Vanaf de 15de dag: 60% van de berekeningsbasis (specifieke formule).	380 dagen.
DK	Alle WNS en zelfstandigen.	Bijdragen betaald door de WG; kan verklaring van de arts vragen. Bijdragen betaald door de lokale autoriteiten; kan eveneens verklaring van de arts vragen.	WNS: geen wachperiode; zelfstandigen: 2 weken.	CAO: loon verder uitbetaald door de WG. WG heeft dan wel recht op uitkering van de WG. Indien men niet onder deze CAO valt: gedurende de eerste 30 dagen ziekte-uitkering uitbetaald door de werkgever.	Op basis van het uurloon van de WN, met een max. uurloon en op basis van het aantal gewerkte uren.	52 weken in 18 maanden.
DE	WNS en gelijkgestelden. Voor sommige groepen mogelijkheid tot vrijwillige aansluiting.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 4de dag van ziekte.	Geen wachperiode.	Verdere betaling van de lonen tot 6 weken.	70% van het normale inkomen (loon en inkomsten uit werk) maar niet hoger dan 90% het nettoloon.	Beperkt tot 78 weken over een periode van 3 jaar voor dezelfde ziekte.
EE	Alle WNS waarvoor sociale bijdragen worden betaald, alle zelfstandigen die sociale bijdragen betalen.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 4de dag van ziekte.	3 dagen.	Werkgever betaalt uitkering van de 4de tot de 8ste dag van ziekte.	70% van het referentieloon.	Max. 182 kalenderdagen per geval.
IE	Met enkele uitzonderingen alle WNS en stagiairs 16 jaar en ouder. Vrijwillige aansluiting niet mogelijk.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 1ste dag van ziekte.	6 dagen.	Geen verdere betaling door de werkgever.	€ 188 per week + supplementen (€ 124,8 per week voor partner ten laste en € 29,8 per week voor kind ten laste).	Beperkt tot 52 weken als tussen de 104 en 259 weken bijdragen zijn betaald. Beperkt tot 2 jaar als 260 en meer weken bijdragen zijn betaald.
EL	Alle WNS en gelijkgestelden. Geen vrijwillige aansluiting mogelijk.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 1ste dag van ziekte.	3 dagen.	Geen verdere betaling.	50% van het dagloon (+ 10% per persoon ten laste maar niet hoger dan 70%).	Afhankelijk van de bijdrageperiode: 182, 360 of 720 dagen.
ES	Alle WNS en gelijkgestelde groepen. Speciaal stelsel voor zelfstandigen. Geen vrijwillige aansluiting mogelijk.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts.	3 dagen.	Uitkering betaald door de werkgever van de 4de tot de 15de dag.	Van de 4de tot de 20ste dag: 60% van de berekeningsbasis; vanaf de 21ste dag: 75%.	365 dagen. Mogelijke verlenging met 180 dagen wanneer de persoon mogelijk niet permanent arbeidsongeschikt zal blijven.
FR	Werkende bevolking behalve bepaalde zelfstandigen. Geen vrijwillige aansluiting mogelijk.	Binnen de 2 dagen volgende op het attest van de arts met de waarschijnlijke duur van afwezigheid.	3 dagen.	Werkgever betaalt verschil tussen loon en uitkering.	50% van het dagloon (begrensd tot 1,8 keer het minimumloon) max. € 42,77	12 maanden (360 dagen) per periode van 3 achtereenvolgende jaren. Max. 36 maanden in geval van langdurige ziekte.
HR	WNS, zelfstandigen, ...	Bevestiging arbeidsongeschiktheid door attest. Moet afgeleverd worden ten laatste 3 dagen na afwezigheid.	WNS: geen wachperiode; Zelfstandigen: 42 dagen.	Verdere betaling gedurende de eerste 42 dagen (bedrag afhankelijk van CAO maar kan niet lager zijn dan 70% van de berekeningsbasis)	70% van het gemiddelde loon van de laatste 6 maanden.	Max. 3 jaar op basis van dezelfde diagnose. Na 6 maanden moet een aanvraag voor een invaliditeitsuitkering ingediend worden.

	Toepassing	Voorwaarden		Uitkeringen		
		Gerechtigden	Aangifte arbeidsongeschiktheid	Wachtperiode	Verdere betaling door de werkgever	Bedrag
IT	Verzekerde WNS.	Medisch attest elektronisch doorgestuurd door arts naar bevoegde administratie die het vervolgens zal doorsturen naar de WG.	3 dagen.	Betaling loon voor max. 180 dagen per jaar.	50% van de inkomsten. Vanaf de 21ste dag: 66,66%.	Max. 6 maanden (180 dagen) per jaar.
CY	WNS, zelfstandigen.	Doktersattest vanaf de eerste dag van ziekte. Kan onderworpen worden aan medische controle gedurende de afwezigheid.	WNS: 3 dagen; zelfstandigen: 9 dagen (3 dagen o.a. bij hospitalisatie).	Geen verdere betaling behalve bij bilateraal akkoord tussen werknemer en werkgever.	60% + ophoging van 20% voor eerste persoon ten laste en dan 10% ophoging voor de andere personen ten laste (max. 3 personen ten laste).	156 dagen. Kan verlengd worden tot 312 dagen als de persoon wellicht niet permanent arbeidsongeschikt zal blijven.
LV	Alle WNS en zelfstandigen. Vrijwillige aansluiting mogelijk.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 1ste dag van ziekte.	1 dag.	Niet minder dan 75% van het gemiddeld inkomen voor de 2de en 3de dag en niet minder dan 80% van de 4de tot de 10de dag.	80% van het gemiddeld bruto-inkomen waarop bijdragen werden betaald gedurende de laatste 12 maanden.	26 weken van de eerste dag van arbeidsongeschiktheid indien aaneensluitend, of 52 weken over een periode van 3 jaar indien herhalend met onderbrekingen.
LT	Verzekerden.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 1ste dag van ziekte.	Geen wachtperiode.	Tenminste 80% van het loon voor de eerste 2 dagen.	Van de 3de tot de 7de dag: 40% van het gemiddeld maandloon. Nadien 80%.	Max. 4 maanden of 121 kalenderdagen.
LU	Alle actieve personen en gepensioneerden in betaalde arbeid. Vrijwillige aansluiting mogelijk.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 3de dag van ziekte.	Geen wachtperiode.	Loon tot het einde van de maand waarin de 77ste dag van arbeidsongeschiktheid valt.	Het volledige loon (min. en max. grenzen).	Max. 52 weken.
HU	Alle WNS en zelfstandigen en gelijkgestelde groepen. Mogelijkheid tot vrijwillige aansluiting.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts. Geen formele termijn bepaald.	Geen wachtperiode.	70% van het bruto dagloon voor max. 15 werkdagen per jaar.	60% van de bruto gemiddelde daginkomsten.	Max. 1 jaar.
MT	WNS en zelfstandigen die de pensioenleeftijd nog niet bereikt hebben.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 1ste dag van ziekte.	3 werkdagen.	Werkgever betaalt het volledige loon voor het max. dagen ziekteverlof die het arbeidsrecht of de individuele CAO opleggen.	Eenoudergezin of gehuwd persoon waarbij partner niet is tewerkgesteld: € 19,46 per dag; alleenstaande: € 12,59 per dag.	Max. 156 werkdagen.
NL	Alle WNS onder de pensioenleeftijd.	Thuisblijven tot de controlegeneesheer contact heeft opgenomen.	2 dagen.	70% van het loon voor 104 weken. Percentage kan verhoogd worden door CAO.	70% van het dagloon.	
AT	Alle WNS in betaalde arbeid, werklozen, vrijwillig verzekerden, ...	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 4de dag van ziekte.	3 dagen.	Verdere betaling van de lonen tussen 6 en 12 weken. Op het einde van deze periode krijgt men nog de helft van het loon voor een periode van 4 weken.	50% van het brutoloon, 60% vanaf de 43ste dag van ziekte.	52 weken (verlengbaar tot 78 weken).
PL	Verplichte verzekering voor alle WNS. Mogelijke vrijwillige aansluiting.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 1ste dag van ziekte.	Geen wachtperiode.	Voor de eerste 33 kalenderdagen van ziekte in het kalenderjaar betaalt de werkgever 80% van het inkomen.	Meestal 80% van het referentie-inkomen per maand.	182 dagen.
PT	Alle WNS en zelfstandigen. Mogelijke vrijwillige aansluiting voor bepaalde groepen.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts.	3 dagen (geen o.a. bij hospitalisatie).	Geen verdere betaling door de werkgever.	Tot 30 dagen: 55% van het dagloon; 31ste-90ste dag: 60%; 91ste-365ste dag: 70%; boven 365 dagen: 75%.	Max. 1095 dagen (dan mogelijke overgang naar invaliditeit).
RO	Alle WNS in betaalde arbeid, werklozen, zelfstandigen, ... Vrijwillige aansluiting niet mogelijk.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 1ste dag van ziekte.	Geen wachtperiode.	Uitkering wordt betaald door de WG van de 1ste tot de 5de dag.	75% van het gemiddeld bruto-inkomen van de laatste 6 maanden.	183 dagen in 1 jaar.
SI	Alle WNS, zelfstandigen en landbouwers (die bijdragen betalen).	Doktersattest voor de eerste 30 dagen van ziekte. Daarna door een bevoegde commissie.	Geen wachtperiode.	Uitkering wordt betaald voor de eerste 30 werkdagen van afwezigheid.	90% van het maandelijks bruto-inkomen.	1 jaar. Langer mogelijk mits toestemming commissie.
SK	Alle WNS en zelfstandigen. Vrijwillige aansluiting mogelijk voor personen ouder dan 16 jaar.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 1ste dag van ziekte.	Geen wachtperiode.	Voor de eerste 3 dagen: 25% van het inkomen; voor de 4de tot 10de dag: 55%	55% van het dagloon.	Max. 52 weken.

	Toepassing	Voorwaarden		Uitkeringen		
		Aangifte arbeidsongeschiktheid	Wachtperiode	Verdere betaling door de werkgever	Bedrag	Duur
	Gerechtigden			van het inkomen.		
FI	Alle inwoners tussen 16 en 67 jaar. Niet-inwoners WNS/zelfstandigen in FI voor ten minste 4 maanden worden ook gedekt.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts vanaf de 9de dag van ziekte.	WNS: geen wachtperiode; zelfstandigen: 4 dagen.	Werkgever betaalt loon gedurende de eerste 9 dagen. Door Cao's moeten de meeste werkgevers het volledige loon betalen gedurende de eerste 1-2 maanden.	Bedrag afhankelijk van het jaarlijks inkomen.	Beperkt tot 300 dagen (excl. zondagen) voor dezelfde ziekte over een periode van 2 jaar.
SE	Alle WNS. Zelfstandigen en werklozen maken aanspraak op bepaald type uitkering.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts ten laatste op de 8ste dag van ziekte. Moet vanaf de 1ste dag gemeld worden aan de WG.	WNS: 1 dag; zelfstandigen: keuze tussen 1, 14, 30, 60 of 90 dagen. Geen keuze: 7 dagen; werklozen: 1 dag.	80% van het loon uitbetaald door de werkgever voor de 2de tot de 14de dag.	0,97 van het inkomen vermenigvuldigd met 0,8.	364 dagen gedurende een periode van 450 dagen. Daarna aanvraag voor verlenging mogelijk (tot max. 550 dagen).
UK	WNS en zelfstandigen. Geen vrijwillige aansluiting mogelijk.	Arbeidsongeschiktheid vastgesteld door arts.	3 dagen.	Uitkering betaald door de werkgever indien minstens 4 achtereenvolgende dagen tot max. 28 weken ziek.	€ 95 per week voor de eerste 28 weken en € 112 erna (o.a. ophoging per kind van € 14).	Max. 52 weken.

* Voor een meer gedetailleerde beschrijving verwijzen we naar de originele MISSOC-tabellen.

** WNS: werknemers

Bron Op basis van MISSOC-tabellen, situatie 1 januari 2014

Net zoals bij de ziekte-uitkering is voor wat betreft de invaliditeitsuitkering voor elke EU-Lidstaat een overzicht gegeven van de voorwaarden waaraan men dient te voldoen alsook het niveau van de uitkering. In tabel 8.2 wordt wat betreft het niveau van de uitkering enkel de berekeningsbasis gerapporteerd. De berekeningsmethode en de berekeningsbasis zijn veeleer gedetailleerd omschreven in de MISSOC-tabellen waardoor het niet opportuun is deze op een te sterk vereenvoudigde/gesynthetiseerde wijze op te nemen.³⁴

Maar we willen hier in hoofdzaak focussen op het gevoerde re-integratiebeleid voor arbeidsongeschikten door EU-Lidstaten (zie figuur 8.3 en tabel 8.3).³⁵

We bekijken eerst welke maatregelen EU-Lidstaten nemen om de tewerkstelling van personen met een arbeidsbeperking te stimuleren bij de werkgever. Vooreerst blijkt dat een groot aantal EU-Lidstaten gebruik maken van quota opgelegd aan de werkgever betreffende de tewerkstelling van personen met een arbeidsbeperking. Dit is o.a. het geval in Bulgarije, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Litouwen, Hongarije, Malta, Oostenrijk, Polen en Slovaakse. Soms wordt deze doelstelling beperkt tot enkel de publieke diensten (Denemarken en Ierland).³⁶ Aan deze quota wordt vaak ook een compensatievergoeding gekoppeld wanneer hieraan niet voldaan wordt. Deze middelen kunnen dan vervolgens worden geïnvesteerd in herintegratieprogramma's (zie Polen).

Werkgevers maken soms aanspraak op subsidies (o.a. via (beperkte) vrijstelling van sociale bijdragen) wanneer zij personen met een arbeidsbeperking tewerkstellen (Denemarken, Estland, Spanje, Letland, Hongarije en Roemenië).

Ook bieden bepaalde EU-Lidstaten financiële ondersteuning aan om de werkplaats aan te passen of het benodigde materiaal aan te kopen (Bulgarije en Estland).

Maar de duur van de gevraagde tussenkomst aan de werkgever bij ziekte van de werknemer is op zich ook sensibiliserend.

34 De oorspronkelijke gegevens zijn beschikbaar via:

<http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>

35 We verwijzen hierbij ook naar o.a. Samoy (2014b) om het Vlaamse en federale beleid ten aanzien van personen met een handicap te situeren.

36 In België zijn de federale organisaties verplicht om 3% personen met een handicap in dienst te hebben.

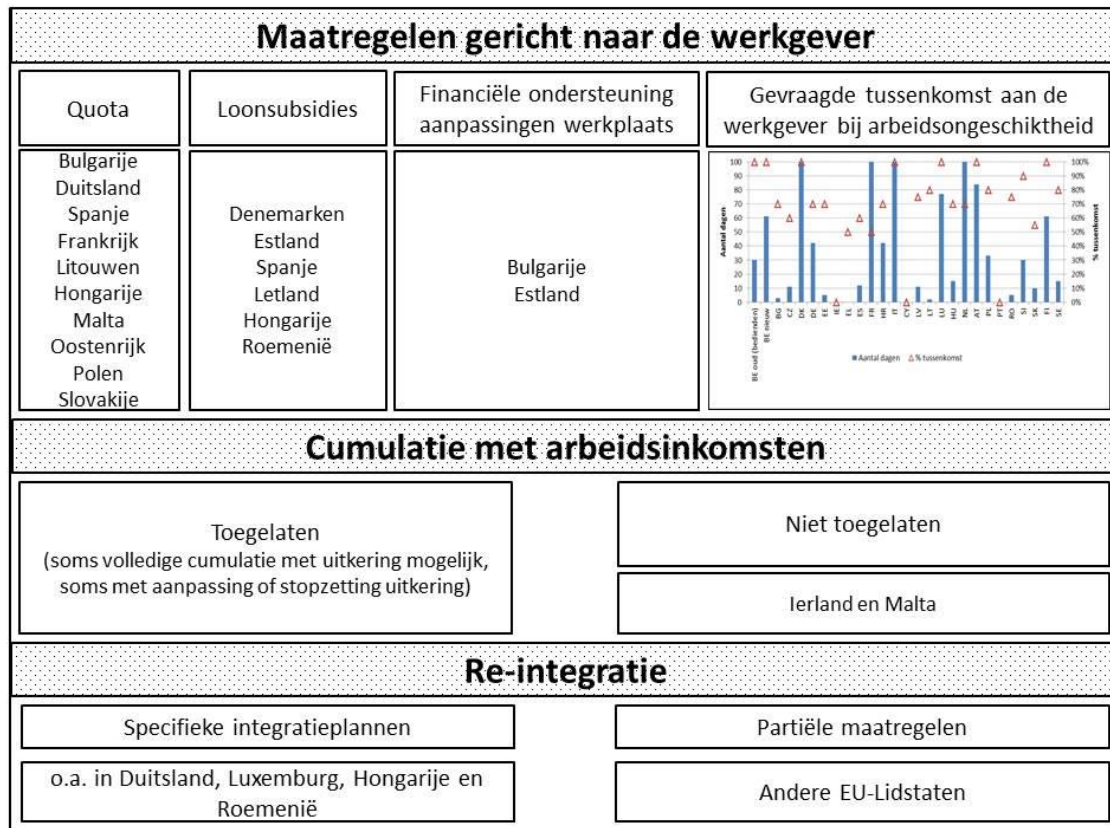
Wat betreft de cumulatie met arbeidsinkomsten moet in België bij de wens voor gedeeltelijke werkhervatting, wat beperkt wordt voor personen met minstens een arbeidsongeschiktheid van 50%, de toestemming gevraagd worden aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Doordat deze regeling optioneel is en een bepaald niveau van arbeidsongeschiktheid oplegt, zien we dat maar een beperkte groep arbeidsongeschikten hiervan gebruik maakt (RIZIV, 2013b). Hierbij wordt ook met het beroepsinkomen rekening gehouden voor de berekening van de uitkering.

In de meeste EU-Lidstaten is de cumulatie met arbeidsinkomsten mogelijk met soms een aanpassing of stopzetting van de uitkering (bijvoorbeeld naargelang een bepaalde inkomensgrens bereikt is). In bijvoorbeeld Ierland en Malta is cumulatie met beroepsinkomsten dan weer niet mogelijk.

De incentive om arbeidsinkomsten te cumuleren kan ook liggen bij de berekeningsbasis van de uitkering. Wanneer de berekeningsbasis bijvoorbeeld rekening houdt met het niveau van arbeidsongeschiktheid, wat dus niet geval is in België, zal de stimulans om bij een laag percentage van arbeidsongeschiktheid werk te zoeken hoger komen te liggen (zie ook OECD, 2010). Onder meer Bulgarije, Estland, Ierland, Litouwen en Polen houden hier rekening mee.

Een aantal EU-Lidstaten hanteren ook specifieke integratieplannen (o.a. in Duitsland, Luxemburg, Hongarije, Finland en Roemenië). Zo moeten personen met een arbeidsbeperking tot 50 jaar in Luxemburg herinschakelingsmaatregelen naleven als deze worden opgelegd door de bevoegde instantie. De re-integratieplannen van deze EU-Lidstaten omvatten vaak een ruim scala aan maatregelen op het vlak van sociale, medische, psychosociale en beroepsmatige re-integratie. Deze maatregelen vinden we ook vaak gedeeltelijk terug in de andere EU-Lidstaten. Vaak wordt hierbij het sterkst gefocust op beroepsopleiding en omscholing. In het recent landenrapport over België betreffende geestelijke gezondheid en werk stelt de OESO dat de bestaande re-integratiemaatregelen voor België niet steeds aangepast zijn aan de noden voor personen met een geestelijk probleem. Zo is een beroepsopleiding/omscholing niet echt noodzakelijk voor hen, maar is ondersteuning en begeleiding 'on-the-job' veel noodzakelijker (OESO, 2013, p. 72). Op zich is dit voor België een belangrijk gegeven. Op basis van cijfers van het RIZIV (2013a) blijkt immers dat psychische stoornissen de voornaamste reden van invaliditeit zijn. Deze ziektegroep vertegenwoordigt 29,76% van de mannelijke invalide arbeiders en 34,95% van de vrouwelijke invalide arbeidsters in 2012. Bij de mannelijke en vrouwelijke bedienden is deze ziektegroep zelfs goed voor meer dan 40% van het totale aantal invaliden in 2012. Echter vonden wij ook bij de andere EU-Lidstaten hier geen onmiddellijke beleidsfocus voor terug op basis van de aanwezige informatie in de MISSOC-tabellen.

Figuur 8.3 Maatregelen rond re-integratiebeleid, EU-28



Bron Op basis van MISSOC-tabellen, situatie 1 januari 2014

Tabel 8.3 Synopsis regelgeving betreffende invaliditeit, EU-28, situatie op 1/1/2014

	Voorwaarden			Uitkeringen			Re-integratie		
	Minimum niveau van ongeschiktheid	Periode van dekking	Gekwalificeerde periode	Berekeningsbasis	Berekeningsmethode	Referentie-inkomen of berekeningsbasis	Accumulatie met beroepsinkomsten	Medisch herstel, herinschakeling, omscholing	Voorkeur tewerkstelling voor personen met een beperking
BE	66%.	Dag na de primaire arbeidsongeschiktheid t.e.m. de pensioenleeftijd.	6 maanden, met 120 werkdagen.	Gederfd loon en gezinssituatie.	Bij gezinslast: 65% van het gedeferde loon (plafond); Alleenstaande: 55% van het gedeferde loon; Samenwonenden: 40% van het gedeferde loon.	Max. dagbedrag van het gedeferde loon dat in een aanmerking komt bij arbeidsongeschiktheid vanaf 1/4/2013: € 131,6023	Het uitoefenen van een beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid moet goedgekeurd worden door de adviserende geneesheer van het ziekenfonds. Er wordt rekening gehouden met het beroepsinkomen voor de berekening van de uitkering.	Functionele en beroepsomscholing, in overeenstemming met de beslissing van een panel van artsen, in gespecialiseerde voorzieningen.	Geen bepalingen.
BG	50%.	Voor de duurtijd van de invaliditeit.	Varieert naargelang de leeftijd van de indiener.	O.a. verzekerde periode, verschil huidige leeftijd persoon en de pensioenleeftijd, niveau van invaliditeit.			Volledige cumulatie met inkomsten mogelijk.	Uitkering als de nieuwe job een lager loon oplevert.	Elke werkgever met meer dan 50 WNS is verplicht werkplaatsen te voorzien voor de herplaatsing van personen met een verminderde arbeidscapaciteit. Het aantal plaatsen varieert van 4% tot 10% van het totale aantal WNS afhankelijk van de sector. Ten minste de helft van deze plaatsen moeten ingevuld worden door personen die permanent arbeidsongeschikt zijn. De werkgever kan financiële ondersteuning vragen aan de bevoegde instantie om de toegang te verbeteren en om de werkplaats aan te passen. Werkgevers die dit ontvangen moeten de permanente arbeidsongeschikten aanwerven voor een periode niet minder dan 3 jaar.
CZ	35%.	Vanaf het moment dat de voorwaarden zijn vervuld t.e.m. 65 jaar.	Varieert naargelang de leeftijd bij invaliditeit.	Gemiddeld inkomen en verzekerde periode.			Voor bepaalde categorieën geen beperkingen.	Behandeling als een onontbeerlijk deel in het herstelproces of als bijkomende zorg voor een chronische aandoening zal terugbetaald worden.	
DK		Vanaf 1ste dag van de maand volgende op toepassing invaliditeit. Tussen de leeftijd van 18 t.e.m. 65 jaar.	Ten minste 3 jaar woonachtig in Denemarken tussen de leeftijd van 15 en 65 jaar.	Huwelijksstatus, inkomen en periode woonachtig tussen de leeftijd van 15 en 65 jaar.			Cumulatie mogelijk, maar met een vermindering van de uitkering.	Hulp voor speciale medische zorg, onderhoudsuitkering gedurende beroepsopleiding, hulp aangeboden door lokale autoriteiten.	Publieke diensten moeten voorrang geven aan personen met een beperking die niet in de private sector tewerkgesteld kunnen worden. Lokale autoriteiten geven subsidies aan werkgevers om personen met een beperking te werk te stellen.
DE		Vanaf het einde van de maand waarin de voorwaarden zijn vervuld. Op het moment dat de pensioenleeftijd bereikt is zal het invaliditeitspensioen vervangen worden door het ouderdomspensioen.	Voor werknemers en zelfstandigen: 60 maanden van bijdragen en in principe 36 bijdragemaanden in de 5 jaar voorafgaand de invaliditeit.	Inkomen uit tewerkstelling gedurende de volledige verzekerde periode, vrijwillige bijdragen en opvoeding.			Uitkering is verminderd als inkomsten een bepaalde grens overschrijden. Zelfs mogelijk dat uitkering niet meer wordt uitbetaald als bepaald grens wordt bereikt.	Uitkering voor medisch herstel en voor deelname aan de arbeidsmarkt (bv. beroepsopleiding) alsook een aanvullende vergoeding (om inkomstenniveau te behouden of te herstellen). De bevoegde instantie moet nagaan of invaliditeit vermeden kan worden door herinschakelingsmaatregelen.	Verplicht om deze personen te werk te stellen in ondernemingen met ten minste 20 WNS. Quota is bepaald op 5%. Men kan ook een maandelijkse compensatiebijdrage betalen voor elke job die niet is ingevuld.

	Voorwaarden			Uitkeringen			Re-integratie		
	Minimum niveau van ongeschiktheid	Periode van dekking	Gekwalificeerde periode	Berekeningsbasis	Berekeningsmethode	Referentie-inkomen of berekeningsbasis	Accumulatie met beroepsinkomsten	Medisch herstel, herinschakeling, omscholing	Voorkeur tewerkstelling voor personen met een beperking
EE	10%; 40% voor invaliditeitspensioen	Kan toegekend worden vanaf 16 jaar.	Varieert naargelang de leeftijd bij invaliditeit.	Percentage invaliditeit.			Geen beperkingen, volledige cumulatie mogelijk.	Medisch herstel door gezondheidsuitgaven in natura. Beroepsopleiding aangeboden door het werkloosheidsstelsel. Lokale autoriteiten zijn bevoegd voor de sociale herinschakeling.	Een bijdrage van de overheid aan de sociale bijdragen betaald door de werkgever voor personen met een beperking; 75% compensatie van de kosten voor de aanpassing van de werkplaats; Voorzien in gespecialiseerd materiaal als dit nodig is om het werk uit te voeren; 50% compensatie van de opleidingskost voor werkgevers voor WNS die hun vorige job niet meer kunnen uitoefenen omwille van gezondheidsredenen.
IE		Vanaf het moment dat de permanente invaliditeit geacht wordt te bestaan (normaal na ziekteperiode van tenminste 12 maanden). Betaalbaar tot 65 jaar.	Ten minste 260 weken bijdragen van verzekerde tewerkstelling. Ten minste 48 weken bijdragen betaald gedurende het bijdragejaar vóór invaliditeit.	Op basis van leeftijd.			Cumulatie met inkomsten niet mogelijk.	Uitkering om terug aan het werk te gaan bij verminderde arbeidscapaciteit.	Publieke diensten voorzien tot 3% van het arbeidsplaatsen voor personen met een beperking.
EL	50%.	Vanaf het moment dat de invaliditeit geacht wordt te bestaan. De overzetting naar een ouderdomspensioen kan gevraagd worden.	Tot de leeftijd van 21 jaar: 300 dagen (of 1 jaar verzekering). Stijgt jaarlijks met 120 bijdragedagen tot 4200 dagen tot de leeftijd van 54 jaar.	Inkomen, aantal verzekerde jaren, niveau van invaliditeit.			Cumulatie mogelijk als deze activiteit is aangegeven bij de bevoegde instantie. Uitkering wordt stopgezet als bepaalde grens bereikt is.	Geen specifieke maatregelen of uitkeringen.	Voor bepaalde categorieën (bv. blinden).
ES	33%.	Vanaf de dag van beslissing invaliditeit.	Afhankelijk van jonger of ouder dan 31 jaar.	Niveau van invaliditeit.			Cumulatie mogelijk.	Beroepsondersteuning en opleiding.	Werkgevers met 50 WNS: 2% personen met een beperking tewerkstellen. Vrijstelling van sociale bijdragen.
FR	67%.	Vanaf het moment van de vaststelling of op het moment van het einde betaling ziekte-uitkering (max. 3 jaren). Op het moment dat de pensioenleeftijd bereikt is zal het invaliditeitspensioen vervangen worden door het ouderdomspensioen.	Ten minste 12 maanden vóór arbeidsongeschiktheid verzekerd zijn. Ten minste 800 uren gewerkt hebben of bijdragen betaald hebben op basis van een salaris van 2,03 keer het minimumloon gedurende de 12 maanden voorafgaand de arbeidsongeschiktheid.	Gemiddeld jaarlijks inkomen gedurende de 'beste' 10 verzekerde jaren, categorie van ongeschiktheid.			Opschorting van de uitkering als de som van de uitkering en het inkomen gedurende twee opeenvolgende kwartalen groter is dan het gemiddelde kwartaalloon gedurende het laatste kalenderjaar vóór invaliditeit.	Beroepsherscholing in gespecialiseerde centra of voorzieningen.	Verplicht om tot 6% personen met een beperking in dienst te nemen als de onderneming 20 of meer werknemers telt. Men kan ook een bedrag betalen voor elke specifieke tewerkstellingsplaats die niet is ingevuld.
HR	50%	Invaliditeitspensioen wordt ouderdomspensioen op pensioenleeftijd.	Varieert naargelang de leeftijd van de indiener.	Inkomen, tewerkstellingsperiode, quotiënt, niveau van invaliditeit.			Gedeeltelijke invaliditeit: 50% van de uitkering wordt betaald. Volledige invaliditeit: geen cumulatie mogelijk.	Medisch herstel is mogelijk. Herinschakelingscursussen in het licht van de professionele heroriëntatie, cursussen die bijkomende kwalificaties opleveren in het licht van de professionele heroriëntatie. Salariscompensatie wordt betaald tot men een geschikte job heeft bij dezelfde werkgever.	Bevoegde instantie kan tewerkstellingscentra voor personen met een beperking financieren; cofinanciering van programma's die het niveau van tewerkstelling van personen met een beperking vrijwaren.

	Voorwaarden			Uitkeringen			Re-integratie		
	Minimum niveau van ongeschiktheid	Periode van dekking	Gekwalificeerde periode	Berekeningsbasis	Berekeningsmethode	Referentie-inkomen of berekeningsbasis	Accumulatie met beroepsinkomsten	Medisch herstel, herinschakeling, omscholing	Voorkeur tewerkstelling voor personen met een beperking
IT	66% voor uitkering; 100% voor pensioen.	Vanaf de maand volgende op de verklaring van invaliditeit tot de pensioenleeftijd.	5 bijdragejaren waarvan ten minste 3 gedurende de laatste 5 jaren.	Referentie-inkomen en aantal verzekerde jaren.			Gedeeltelijke cumulatie mogelijk.		
CY	66,7% jonger dan 60 jaar; 50% van 60 - 63 jaar.	T.e.m. de leeftijd van 63 jaar.	Op basis van de betaalde bijdragen en de lengte van verzekering.	Inkomen, verzekerde jaren, niveau van invaliditeit.			Indien gedeeltelijke invaliditeit: de periode van tewerkstelling en het bedrag van het inkomen zullen een invloed hebben op de uitkering.	Wordt verwacht een beroepsopleiding/omscholing te volgen.	Promoten beleid rond gelijke kansen op de arbeidsmarkt om zo sociale exclusie te vermijden.
LV	25%.	Tot de pensioenleeftijd.	3 jaar van verzekering.	Bruto gemiddelde inkomsten waarop bijdragen zijn berekend, individuele verzekerde periode, niveau van invaliditeit.			Cumulatie mogelijk.	Voorziet in sociale en beroepsmatige herinschakeling, verhuur en verdeling van technische hulpmiddelen, alsook de ondersteuning voor de aanpassing van voertuigen.	Een tijdelijke tewerkstellingsubsidie wordt betaald aan de werkgever die personen met een beperking aanwerft.
LT	45%.	Vanaf de dag van toepassing (als niveau van ongeschiktheid bepaald is).	Varieert naargelang de leeftijd bij invaliditeit.	Verzekerde periode, periode tussen moment invaliditeit en pensioenleeftijd.			Cumulatie mogelijk.	Medische, beroepsmatige en sociale ondersteuning. Beroepsopleiding: het verhogen van de arbeidscapaciteit, beroepscompetenties en de mogelijkheid om deel te nemen aan de arbeidsmarkt door educatieve, sociale en psychosociale herinschakeling en andere maatregelen.	Ondernemingen met 50 of meer WNS moeten 2-5% personen met een beperking tewerkstellen. Indien zij hier niet aan voldoen moet een bijdrage betaald worden.
LU	Niet bepaald.	Vanaf 65 jaar wordt een ouderdomspensioen uitbetaald.	12 maanden van verzekering in de 3 jaar vóór de invaliditeit.	Aantal verzekerde jaren en inkomsten.			Reductie van de uitkering als de som van beide hoger is dan het gemiddelde van de 5 hoogste jaarlonen tijdens de verzekerde periode.	Verzekerde personen moeten tot de leeftijd van 50 jaar herinschakelingsmaatregelen naleven als deze worden opgelegd door de bevoegde instantie.	Afhankelijk van de omvang van de onderneming zijn er een aantal banen gereserveerd voor personen met een beperking.
HU	40%.	Vanaf het moment dat aan de voorwaarden wordt voldaan, ten vroegste 6 maanden vóór het indienen van de aanvraag.	Ten minste 1095 dagen verzekerd binnen de 5 jaar, of 2555 dagen binnen de 10 jaar, of 3650 dagen binnen de 15 jaar vóór de invaliditeit.	Gemiddeld maandelijks inkomen.			Herinschakelingsuitkering kan worden opgeschort o.a. als er meer dan 20 uur per week gewerkt wordt. Invaliditeitsuitkering zal stopgezet worden als gedurende 3 opeenvolgende maanden meer dan 150% van het uurloon wordt verdiend.	Herinschakeling dekt een complex systeem van medische, sociale, opleidings- en beroepsmatige activiteiten, met de doelstelling personen met een gewijzigde arbeidscapaciteit te re-integreren in de arbeidsmarkt en hen voor te bereiden op deze tewerkstelling. Het bevoegde orgaan zal de gezondheidstoestand van de persoon nagaan en verifiëren of hij/zij kan heringeschakeld worden.	Het is verplicht voor elke werkgever met 25 of meer WNS om 5% in te vullen door personen met een beperking. Als hieraan niet wordt voldaan moet een compensatiebijdrage betaald worden per persoon per jaar. Voor werkgevers die personen aanwerven met een beperking is een financiële ondersteuning voorzien voor ten minste 1 jaar.
MT		Betaalbaar tot de pensioenleeftijd.	Een minimum van 5 jaar betaalde bijdragen.	Aantal betaalde bijdragen sinds de leeftijd van 18 jaar.			Gerechtigden worden uitgesloten van tewerkstelling.	Geen specifieke maatregelen enkel medisch herstel.	Werkgevers met meer dan 20 WNS moeten ten minste 2% personen met een beperking tewerkstellen.

	Voorwaarden			Uitkeringen			Re-integratie		
	Minimum niveau van ongeschiktheid	Periode van dekking	Gekwalificeerde periode	Berekeningsbasis	Berekeningsmethode	Referentie-inkomen of berekeningsbasis	Accumulatie met beroepsinkomsten	Medisch herstel, herinschakeling, omscholing	Voorkeur tewerkstelling voor personen met een beperking
NL	35%.	Na een wachtperiode van 104 weken (waarbij de werkgever verantwoordelijk is voor de ziekte-uitkering).	Geen minimum periode.	Laatste werknemersloon.			Uitkeringspercentage zal herzien worden.	Werkgevers kunnen een bijdragevermindering krijgen voor personen van 50 jaar en ouder die arbeidsongeschikt waren. Jobondersteuning kan geboden worden aan personen die werk gevonden hebben. Werkgever die een persoon aanwerft die arbeidsongeschikt was kan een looncompensatie krijgen in geval van ziekte 'no risk polis'.	Geen specifieke wetgeving. Wel pilootprojecten.
AT	50%.	Vanaf 1ste dag van de maand volgende op toepassing invaliditeit.	60 verzekeringsmaanden binnen de laatste 120 kalendermaanden. Niet nodig bij beroepsziekte- of ongeval of jonger dan 27 jaar als er 6 maanden verzekering zijn.	Inkomen en verzekeringsperiode			Vermindering van uitkering als er een inkomen wordt verworven. B.v. als inkomen ligt tussen € 1134,77 en € 1720,21: vermindering van 30% van de uitkering.	Personen die tijdelijk arbeidsongeschikt zijn voor ten minste 6 maanden hebben recht op medische herstelmaatregelen. Recht op beroepsopleiding op het moment dat dit gepast en doenbaar is.	Verplichting voor ondernemingen om personen met een beperking aan te werven voor elke 25 WNS of een verplichte bijdrage te betalen van € 244 per beschikbare arbeidsplaats per maand.
PL	Niet bepaald.	Geen leeftijdsbeperking (stopt niet op de pensioenleeftijd).	Variëert naargelang de leeftijd bij invaliditeit.	Referentie-inkomen, aantal verzekerde jaren, niveau van invaliditeit en basisbedrag.			Inkomsten onder 70% van het gemiddelde nationale loon: geen impact op de uitkering; inkomsten tussen 70% en 130% van het gemiddelde nationale loon: mindering van 24%; inkomsten boven 130% van het gemiddelde nationale loon: opschorting.	Herinschakeling start na stopzetting ziekte-uitkering maar kan ook starten binnen de 6 maanden waarin invaliditeit werd vastgesteld.	Werkgevers met 25 of meer VTE's moeten 6% personen met een beperking tewerkstellen. Wanneer hieraan niet wordt voldaan wordt een boete opgelegd van 40,65% het gemiddelde loon van de werknemer. Deze bedragen worden geïnvesteerd in herintegratieprogramma's.
PT	66% (relatief), 100% (absoluut).	Vanaf 1ste dag van de maand waarin de aanvraag werd ingediend.	Relatieve invaliditeit: 5 jaar bijdragen betaald hebben; Absolute invaliditeit: 3 jaar bijdragen betaald hebben.	Aantal jaren gedekt door bijdragen, gemiddelde maandelijkse inkomsten gedurende de volledige verzekerde periode, factor van financiële houdbaarheid.			Cumulatie mogelijk tot bepaalde grenzen.	Geen specifieke maatregelen.	Enkel voor personen met een arbeidsongeval.
RO	50%.	Tot de pensioenleeftijd.	Niet nodig.	Lengte van de bijdrageperiode, niveau van inkomsten, categorie van invaliditeit.			Afhankelijk van categorie van invaliditeit.	Verplicht om herstelprogramma te volgen (evenwel enkele uitzonderingen).	Werkgevers hebben recht op een subsidie voor een bepaalde periode. Deze personen moeten wel gedurende een bepaalde periode aangeworven blijven.
SI	Niet bepaald.	Indien de voorwaarden zijn voldaan kan men kiezen tussen een invaliditeits- en een ouderdomspensioen.	Variëert naargelang de leeftijd bij invaliditeit.	Oorzaak invaliditeit, vorige inkomsten, geslacht, leeftijd op moment invaliditeit.			Cumulatie mogelijk.	Beroepsopleiding: georganiseerd door de werkgever en terugbetaald door de bevoegde instanties. Vergoeding voor het volgen ervan is 130% van de invaliditeitsuitkering.	Stimulans om personen met een beperking aan te werven.

	Voorwaarden			Uitkeringen			Re-integratie		
	Minimum niveau van ongeschiktheid	Periode van dekking	Gekwalificeerde periode	Berekeningsbasis	Berekeningsmethode	Referentie-inkomen of berekeningsbasis	Accumulatie met beroepsinkomsten	Medisch herstel, herinschakeling, omscholing	Voorkeur tewerkstelling voor personen met een beperking
SK	41%.	Vanaf de dag van vaststelling invaliditeit.	De gevraagde tewerkstellingsperiode is afhankelijk van de leeftijd.	Niveau van invaliditeit, bedrag van inkomsten door bijdragen gedurende de volledige verzekerde periode.			Cumulatie mogelijk.	Medisch herstel door specifieke voorzieningen; subsidies voor werkgevers om beschutte werkplaatsen te creëren, arbeidsongeschikten aan het werk te houden, om jobondersteuning te betalen, om verplaatsingskosten te betalen.	Werkgevers met 20 of meer WNS: ten minste 3,2% personen met een beperking tewerkstellen. Indien dit niet het geval is moet men 0,9 keer het gemiddelde loon per jaar voor deze persoon betalen.
FI		Vanaf het einde betaling ziekte-uitkering (300 dagen) tot de pensioenleeftijd.	3 jaar woonachtig in Finland na de leeftijd van 16 jaar bereikt te hebben.	Huwelijksstatus, periode woonachtig in Finland.			Invalideitsuitkering kan opgeschort worden voor 3 tot 24 maanden als de inkomsten meer dan 40% van de uitkering bedragen. Echter, inkomsten onder de € 734,38 per maand hebben geen invloed op de uitkering.	Om invaliditeit te vermijden, kunnen de bevoegde diensten voorzien in herinschakelingsmaatregelen. Uitkering van 75% van de inkomsten voor het volgen van een beroepsopleiding.	Elke tewerkstelling.
SE	25%.	Tussen de leeftijd van 19 en 29 jaar is de uitkering in duur beperkt (max. 3 jaar). Nadien is dit onbeperkt. Vanaf 65 jaar vervangen door een ouderdomspensioen.	Afhankelijk van de leeftijd. Gegarandeerde compensatie bij 3 jaar woonachtig in Zweden.	Gemiddelde van de 3 hoogste bruto jaarinkomsten, niveau van invaliditeit.			Cumulatie mogelijk.	Mogelijkheid om beroepsopleiding te volgen.	Geen quota's.
UK		Na één jaar arbeidsongeschiktheid tot de pensioenleeftijd.	Moet 52 weken recht hebben gehad op een ziekte-uitkering.	Niveau van invaliditeit.			Toegelaten voor bepaald werk en voor bepaald bedrag aan inkomsten.	Gespecialiseerde ondersteuning via beroepsopleiding, gespecialiseerde tewerkstellingsdiensten, praktisch advies en financiële ondersteuning (voor aanpassingen).	

* Voor een meer gedetailleerde beschrijving verwijzen we naar de originele MISSOC-tabellen.
 Bron Op basis van MISSOC-tabellen, situatie 1 januari 2014

De EAK ad hoc module van 2011 stelde specifieke vragen over de ‘Arbeidsparticipatie van mensen met langdurige gezondheidsproblemen’. De beschikbare gegevens uit deze ad hoc module werden in het Verslag van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid voor 2014 reeds uitvoerig geanalyseerd. De beschikbare data rond het type van ondersteuning dat tewerkgestelden met een langdurig gezondheidsprobleem gebruiken of dat nodig is voor niet-tewerkgestelden met een gezondheidsprobleem werden wel nog niet besproken. Merk wel op dat de groep van personen die een langdurig gezondheidsprobleem rapporteerde veel hoger ligt dan de gekende personen met een arbeidsbeperking op basis van de beschikbare administratieve gegevens of deze die we geteld hebben op basis van de basisvragenlijst van de EAK.³⁷

88% van de Belgische tewerkgestelde respondenten met een langdurig gezondheidsprobleem gebruikt geen bijkomende ondersteuning. Voor de 12% die wel ondersteuning gebruikt, uit dit zich het vaakst via een specifiek opgestelde werkplanning. Ook in de meeste andere EU-Lidstaten is een specifieke werkplanning de vaakst gehanteerde ondersteuning. Meestal lijkt ook ‘maar’ één op de tien tewerkgestelde respondenten met een langdurig gezondheidsprobleem ondersteuning te gebruiken. Hierbij vormen Denemarken en Nederland een uitzondering.

Tabel 8.4 **Tewerkgestelde bevolking met een langdurig gezondheidsprobleem, naar type gebruikte ondersteuning, in rij %, 2011**

	Persoonlijke ondersteuning	Specifieke uitrusting of aanpassing van de werkplaats	Specifieke werkplanning	Geen ondersteuning nodig
BE	1,7	5,4	7,5	87,9
BG				96,8
CZ	0,2	1,4	11,0	88,5
DK	8,2	12,5	20,6	70,5
DE	3,7	4,5	5,5	90,4
EE				96,4
IE	1,7	1,9	4,8	93,7
EL	3,8	6,0	11,0	83,7
ES	2,2	3,1	3,4	92,7
FR	0,7	1,4	2,4	95,9
HR				95,2
IT	2,1	2,3	7,0	90,2
CY	3,9	2,5	6,2	92,3
LV				88,9
LT				92,3
LU				
HU	3,6	3,2	10,6	87,8
MT				93,1
NL	11,1	14,9	22,2	66,4
AT	2,6	3,7	3,8	91,2
PL	4,6	3,4	11,8	85,9
PT	5,9	2,4	4,2	89,7
RO	11,3	1,5	6,4	84,9
SI	5,5	4,7	9,9	86,1
SK	0,9	1,7	8,0	91,3
FI				88,1
SE	0,3	6,7	4,9	89,9
UK	1,2	4,2	4,4	91,9

* Meerdere antwoorden mogelijk indien ondersteuning nodig is. Niet voor elke EU-Lidstaat is de specifieke ondersteuning gekend.

Bron Eurostat, [hlth_dlm180]

³⁷ 1,6 miljoen personen in België rapporteerden een langdurig gezondheidsprobleem of ziekte op basis van de EAK ad hoc module.

In het licht van re-integratie is het evenzeer nuttig te weten welke ondersteuning de niet-tewerkgestelde respondenten met een langdurig gezondheidsprobleem nodig zouden hebben op de werkvloer. Hierbij valt onmiddellijk op dat een veel hoger percentage respondenten effectief wel ondersteuning nodig zal hebben. Zo heeft ‘slechts’ 57% van de Belgische niet-tewerkgestelde respondenten met een langdurig gezondheidsprobleem geen ondersteuning nodig. Opnieuw is de meest gewenste ondersteuning een specifiek opgestelde werkplanning (voor België als voor de meeste andere EU-Lidstaten).

Tabel 8.5 Niet-tewerkgestelde bevolking met een langdurig gezondheidsprobleem, naar type benodigde ondersteuning*, in rij %, 2011

	Persoonlijke ondersteuning	Specifieke uitrusting of aanpassing van de werkplaats	Specifieke werkplanning	Geen ondersteuning nodig
BE	21,5	20,4	37,6	56,9
BG	13,5	8,7	19,4	75,3
CZ	12,9	21,2	40,9	57,7
DK	27,9	31,8	46,9	48,0
DE	22,4	23,8	41,2	53,6
EE	4,7	12,5	19,1	78,8
IE	21,1	12,6	32,2	65,0
EL	18,9	13,0	31,1	63,7
ES	14,9	14,6	26,0	69,5
FR	0,8	3,1	8,7	89,7
HR	12,3	10,1	35,3	62,9
IT	10,5	8,2	24,9	72,6
CY	25,7	20,8	40,5	57,3
LV	13,8	10,7	32,0	64,8
LT	17,3	17,2	45,7	52,5
LU				
HU	5,4	5,4	9,6	89,7
MT	15,2	8,9	14,1	77,5
NL	12,3	14,5	26,6	69,5
AT	11,4	7,5	25,1	71,7
PL	20,9	16,0	34,3	60,7
PT	24,6	16,7	34,1	59,4
RO	35,1	23,3	47,6	46,6
SI	29,0	28,4	51,1	46,0
SK	15,5	20,1	50,0	46,1
FI	1,4	7,7	20,1	78,1
SE	5,1	13,6	16,7	78,6
UK	15,5	14,9	22,3	71,0

* Meerdere antwoorden mogelijk indien ondersteuning nodig is.
Bron Eurostat, [hlth_dlm190]

8.3.2 Naar socio-economisch statuut

Het profiel van het ‘gepercipieerd’³⁸ socio-economisch statuut van de bevolking varieert sterk naargelang de leeftijd van deze bevolking. Op basis van figuur 8.4 blijkt het procentuele aandeel ‘permanente’³⁹ arbeidsongeschikten in de Belgische bevolking langzaam toe te nemen t.e.m. de leeftijdscategorie ‘55 t.e.m. 59 jaar’ (op dat moment zijn er 11% permanente arbeidsongeschikten binnen deze leeftijdscategorie – zie tabel b1.1 in bijlage 1) om vervolgens in grote mate af te nemen. De regelgeving inzake de (vervroegde) pensioenleeftijd, die een invloed zal hebben op de effectieve pensioenleeftijd, zal zonder meer de verklaring zijn voor deze grote daling vanaf 60 jaar. Zo zien we ook de werkzaamheidsgraad vanaf 55 jaar significant afnemen.

In dat opzicht kan men ook verwachten dat door het optrekken van de (vervroegde) pensioenleeftijd het aandeel arbeidsongeschiktheid binnen de oudere leeftijdscategorieën zal toenemen. Uit studies blijkt echter dat dit zich in eerste instantie vertaalt in een toename van het aantal tewerkgestelden en het aantal werklozen.⁴⁰ Door het vergelijken van het socio-economisch profiel tussen EU-Lidstaten kan de impact vastgesteld worden van de wettelijke of de effectieve pensioenleeftijd op het procentuele aandeel arbeidsongeschikten in de bevolking en meer specifiek voor de 50-plussers. We zullen dit verder in dit rapport dan ook kort bespreken.

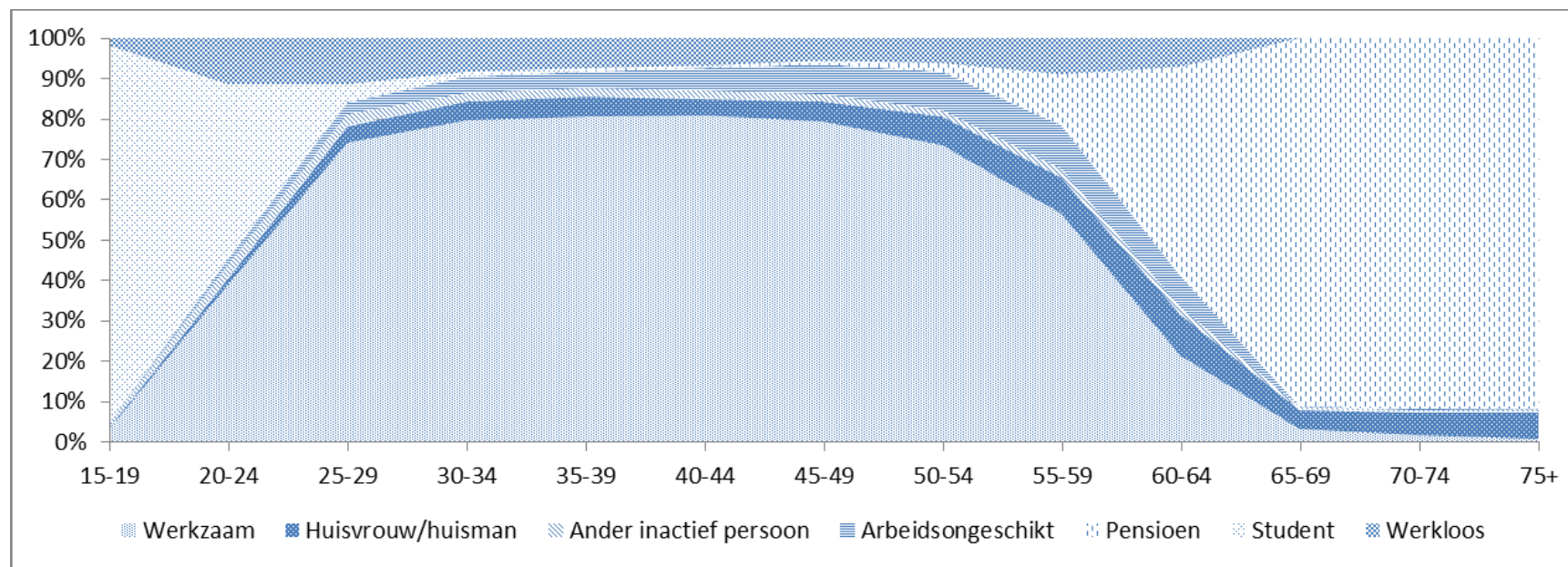
Tegelijk zal ook de tijdelijke arbeidsongeschiktheid in kaart worden gebracht. In onderstaande figuur maakt zij nog deel uit van de werkende bevolking maar dit concept zal verder in dit rapport hieruit gefilterd worden. Het is zowel in de regelgeving alsook in de praktijk de voorbode van permanente arbeidsongeschiktheid.

38 Het socio-economisch is berekend op basis van de variabele ‘Mainstat’ uit de EAK. Hierbij wordt aan de respondent gevraagd welk socio-economisch statuut zijn/haar situatie gedurende de referentieweek het best beschrijft.

39 Zoals reeds aangegeven wordt in de Belgische versie van de vragenlijst het woord ‘permanent’ weggelaten en ontstaat mogelijk een grotere groep dan op zich de bedoeling is.

40 Een aantal recente studies tonen aan dat zich voornamelijk een toename voordoet in het aantal tewerkgestelden en het aantal werklozen bij een verhoging van de (vervroegde) pensioenleeftijd. De impact op het aantal arbeidsongeschikten zou eerder beperkt zijn. Zie Staubli, S. & Zweimüller, J. (2013) voor de bespreking van de impact van de verhoging van de vervroegde pensioenleeftijd in Oostenrijk en Sánchez, A., García-Pérez, J. & Jiménez-Martín, S. (2014) voor de impact van de pensioenhervorming in Spanje.

Figuur 8.4 Verdeling van de Belgische bevolking ouder dan 15 jaar naar socio-economisch statuut, naar leeftijd, 2013



* Op zich staat 'Arbeidsongeschikt' voor permanent arbeidsongeschikt. In de Belgische versie van de vragenlijst wordt het woord 'permanent' echter niet opgenomen.
Bron EAK, op basis variabele 'Mainstat'. Voor de corresponderende tabel – zie bijlage I, Tabel b1.1

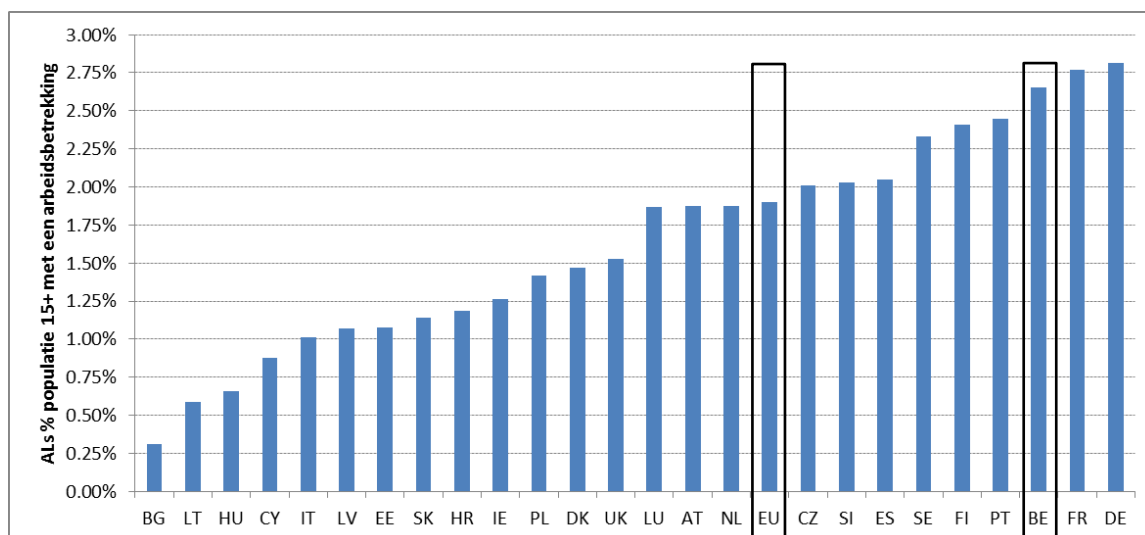
Op basis van de EAK kan een onderscheid gemaakt worden tussen tijdelijke en permanente arbeidsongeschiktheid. Zo wordt aan de respondenten gevraagd naar hun socio-economisch statuut. Alsook wordt nagegaan bij de werkende respondenten of zij op het moment van de bevraging tijdelijk arbeidsongeschikt zijn. Het gaat hierbij wel om de ‘zelfperceptie’ van de respondent waarbij tegelijk het begrip ‘arbeidsongeschikt’ niet nader wordt omschreven. In volgende secties wordt hier dieper op in gegaan met voor beide een verdere opdeling naar geslacht en leeftijd. Voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid is ook de koppeling naar economische sector gemaakt. Ten slotte kon ook voor de niet-werkende 50-plussers die de voorbije 8 jaar hun laatste betrekking verlieten of onderbraken, de reden hiervoor in kaart gebracht worden.

8.3.2.1 Ziekte en tijdelijke arbeidsongeschiktheid

a) Algemeen profiel voor 2011 t.e.m. 2013

In 2013 waren er in België tijdens de referentieweek ongeveer 120.000 personen met een betrekking ziek of tijdelijk arbeidsongeschikt (zie tabel 8.6). Dit is een stabiel cijfer t.o.v. 2012 maar wel een stijging van 3,5% t.o.v. 2011. 2,7% van de Belgische bevolking met een arbeidsbetrekking was in 2013 tijdens de referentieweek ziek of tijdelijk arbeidsongeschikt wat een stabiel cijfer is t.o.v. 2012 en 2011. Dit percentage van tijdelijke arbeidsongeschikten in België ligt een stuk hoger dan het Europese gemiddelde (1,9%) (zie figuur 8.5). De cijfers voor België liggen dicht bij deze voor Duitsland (2,8%) en Frankrijk (2,8%), de enige landen die licht hoger scoren. Dit in tegenstelling tot onder meer Bulgarije (0,3%) en Hongarije (0,7%) die relatief veel minder zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten in hun bevolking met een arbeidsbetrekking kennen.⁴¹

Figuur 8.5 Procentueel aandeel tijdelijke arbeidsongeschikten in populatie met een betrekking ouder dan 15 jaar, 2013



* Malta, Griekenland en Roemenië zijn niet opgenomen omwille van de beperkte betrouwbaarheid van de data.
Bron EAK, op basis variabele 'Nowkreas'

41 Het cijfer voor Griekenland (0,1%) is beperkt betrouwbaar.

Tabel 8.6 Aantal zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten met een betrekking tijdens de referentieweek en procentueel aandeel in populatie met een betrekking ouder dan 15 jaar, 2011-2013

	In absolute aantallen			Als % populatie 15+ met een betrekking (in %)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
BE	115 979	120 560	120 059	2,6	2,7	2,7
BG	8 474	10 426	9 101	0,3	0,4	0,3
CZ	103 532	88 944	99 151	2,1	1,8	2,0
DK	45 931	43 763	39 425	1,7	1,6	1,5
DE	957 755	1044 323	1139 027	2,4	2,6	2,8
EE	4 394	4 254	6 679	0,7	0,7	1,1
IE	21 950	24 454	23 626	1,2	1,3	1,3
EL	3 218 ^b	2 830 ^b	2 538 ^b	0,1 ^b	0,1 ^b	0,1 ^b
ES	416 247	361 699	350 298	2,3	2,1	2,0
FR	696 978	692 271	709 842	2,7	2,7	2,8
HR	18 133	16 724	18 080	1,2	1,2	1,2
IT	206 516	236 973	227 023	0,9	1,0	1,0
CY	4 312	3 424	3 196	1,1	0,9	0,9
LV	9 020	9 125	9 519	1,1	1,0	1,1
LT	6 657	4 772	7 577	0,5	0,4	0,6
LU	4 263	3 668	4 496	1,9	1,5	1,9
HU	26 727	23 941	25 952	0,7	0,6	0,7
MT	u	u	u	u	u	u
NL	164 241	156 130	156 955	2,0	1,9	1,9
AT	75 628	75 371	78 196	1,8	1,8	1,9
PL	212 560	212 574	220 147	1,4	1,4	1,4
PT	117 247	110 772	110 368	2,4	2,4	2,4
RO	u	u	u	u	u	u
SI	23 430	18 997	18 348	2,5	2,1	2,0
SK	19 443	24 310	26 446	0,8	1,0	1,1
FI	67 225	59 441	59 157	2,7	2,4	2,4
SE	95 092	101 286	109 666	2,1	2,2	2,3
UK	448 800	433 184	455 042	1,5	1,5	1,5
EU28	3 878 104	3 889 889	4 032 963	1,8	1,8	1,9

^b: beperkt betrouwbaar

^u: niet betrouwbaar

Bron EAK, op basis variabele 'Nowkreas'

b) Naar geslacht

Tabel 8.7 gaat na in welke mate zich een verschil voordoet tussen mannen en vrouwen in het percentage zieken en tijdelijke arbeidsongeschiktheid in de bevolking met een arbeidsbetrekking. In 2013 waren 3,3% van de Belgische werkenden vrouwen ziek of tijdelijk arbeidsongeschikt tijdens de referentieweek tegenover 2,1% van de Belgische werkende mannen. Zowel voor mannen (1,6%) als voor vrouwen (2,1%) ligt het Europese gemiddeld lager dan in België. Zeker bij de vrouwen doet zich een relatief groot verschil voor met het Europese gemiddelde. In elke EU-Lidstaat zijn vrouwen relatief meer tijdelijk arbeidsongeschikt dan mannen (of zij vertonen een gelijk percentage).

Tabel 8.7 Aantal zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten met een betrekking tijdens de referentieweek en procentueel aandeel in populatie met een betrekking ouder dan 15 jaar, naar geslacht, 2013

	In absolute aantallen		Als % populatie 15+ met een betrekking (in %)	
	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>
BE	51 631	68 428	2,1	3,3
BG	u	u	u	u
CZ	43 770	55 381	1,6	2,6
DK	17 353	22 072	1,2	1,7
DE	594 673	544 355	2,7	2,9
EE	3 296	3 383	1,0	1,1
IE	8 935	14 691	0,9	1,7
EL	u	u	u	u
ES	150 196	200 103	1,6	2,6
FR	322 641	387 201	2,4	3,1
HR	9 254	8 826	1,1	1,3
IT	126 233	100 790	1,0	1,1
CY	1 624	1 572	0,9	0,9
LV	3 501	6 017	0,8	1,3
LT	3 645	3 932	0,6	0,6
LU	2 175	2 321	1,6	2,2
HU	10 656	15 296	0,5	0,8
MT	u	u	u	u
NL	73 729	83 226	1,6	2,1
AT	41 549	36 647	1,9	1,9
PL	92 899	127 247	1,1	1,8
PT	45 702	64 666	1,9	3,0
RO	u	u	u	u
SI	9 841	8 507	2,0	2,1
SK	14 059	12 388	1,1	1,2
FI	25 561	33 596	2,0	2,8
SE	45 131	64 535	1,8	2,9
UK	202 834	252 209	1,3	1,8
EU28	1 909 497	2 123 466	1,6	2,1

'b': beperkt betrouwbaar

'u': niet betrouwbaar

Bron EAK, op basis variabele 'Nowkreas'

c) Naar leeftijd

Tijdelijke arbeidsongeschiktheid kende voor 2013 in België een langzame groei in relatieve termen t.e.m. de leeftijdscategorie 60-64 jaar (zie tabel 8.8). Op dat moment was 4,8% van de bevolking met een arbeidsbetrekking ziek of tijdelijk arbeidsongeschikt tijdens de referentieweek.⁴² Ook voor de EU-28 is binnen deze leeftijdscategorie het percentage van de bevolking die ziek is of tijdelijk arbeidsongeschikt het hoogst (3,2%). We zien wel dat de piekleeftijd in een groot aantal EU-Lidstaten zich iets vroeger voordoet en zich bevindt in de leeftijdscategorie tussen 55 en 59 jaar.⁴³

42 Wat op zich hetzelfde percentage is voor de leeftijdscategorie tussen 55 en 59 jaar.

43 Dit is zo het geval voor Duitsland, Frankrijk, Italië, Letland, Luxemburg, Hongarije, Oostenrijk, Polen, Slovenië, Slowakije, Finland.

Tabel 8.8 Procentueel aandeel zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten met een betrekking tijdens de referentieweek in populatie met een betrekking ouder dan 15 jaar, naar leeftijd, 2013, in %

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Totaal
BE	u	1,4 ^b	1,6	1,9	2,2	2,4	2,8	3,5	4,8	4,8	u	u	u	2,7
BG	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	0,3
CZ	u	2,0	2,2	1,5	1,4	1,3	2,6	2,6	2,8	3,1	u	u	u	2,0
DK	u	1,1 ^b	1,0 ^b	1,6	1,7	1,3	1,5	2,0	1,7	1,8 ^b	u	u	u	1,5
DE	1,3	1,6	2,0	2,2	2,4	2,6	2,9	3,6	4,3	4,3	2,0	2,4	u	2,8
EE	u	u	u	u	u	u	1,6 ^b	1,5 ^b	u	u	u	u	u	1,1
IE	u	u	u	1,0 ^b	1,2	1,1 ^b	1,2 ^b	1,4 ^b	2,4	2,5 ^b	u	u	u	1,3
EL	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	0,1 ^b
ES	u	0,8	1,5	2,5	1,5	1,2	1,7	2,4	3,1	5,8	1,6 ^b	9,6 ^b	u	2,0
FR	u	2,0	2,3	2,2	2,5	2,4	2,7	3,7	4,3	3,5	u	u	u	2,8
HR	u	u	u	1,2 ^b	0,6 ^b	0,9 ^b	1,7 ^b	1,4 ^b	1,3 ^b	3,0 ^b	u	u	u	1,2
IT	u	0,4	0,6	0,7	0,8	0,9	1,1	1,4	1,6	1,4	1,2	u	u	1,0
CY	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	0,9
LV	u	u	u	u	u	u	u	u	1,8 ^b	u	u	u	u	1,1
LT	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	0,6
LU	u	u	u	1,5 ^b	1,7 ^b	u	2,3 ^b	2,4 ^b	3,9 ^b	u	u	u	u	1,9
HU	u	u	0,6 ^b	0,9 ^b	0,6 ^b	0,4 ^b	0,6 ^b	0,6 ^b	1,1 ^b	u	u	u	u	0,7
MT	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u
NL	1,1	0,7	1,2	2,0	1,5	1,7	2,1	2,2	2,7	3,8	1,7 ^b	u	u	1,9
AT	u	1,2	1,3	1,5	1,3	1,6	2,2	2,9	3,1	u	u	u	u	1,9
PL	u	1,2 ^b	1,6	1,5	1,1	1,0	1,3	1,6	2,0	1,9	u	u	u	1,4
PT	u	u	1,4	1,8	1,8	2,1	3,0	3,3	4,0	4,7	u	u	u	2,4
RO	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u
SI	u	u	1,3 ^b	1,9 ^b	1,7 ^b	2,4 ^b	2,9 ^b	2,6 ^b	2,7 ^b	u	u	u	u	2,0
SK	u	u	u	0,9 ^b	1,1	0,9 ^b	1,2	1,4	2,2	u	u	u	u	1,1
FI	u	2,2	2,3	1,4 ^b	1,0 ^b	1,3 ^b	2,5	3,3	5,0	4,3	u	u	u	2,4
SE	1,0 ^b	1,3	1,6	1,9	2,0	1,9	2,6	3,0	3,5	3,9	1,8	2,0	u	2,3
UK	0,6 ^b	0,6	0,9	1,1	1,4	1,4	1,7	2,1	2,5	2,9	1,7	u	u	1,5
EU28	0,9	1,1	1,4	1,5	1,5	1,5	1,9	2,4	2,9	3,2	1,3	u	u	1,9

^b: beperkt betrouwbaar

^u: niet betrouwbaar

Bron EAK, op basis variabele 'Nowkreas'

In absolute aantallen (uitgedrukt als rijpercentage in tabel 8.9) voor 2013 bevinden de meeste zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten in België zich binnen de leeftijdscategorie '50 t.e.m. 54 jaar'. Ook voor de EU-28 is dit het geval. We zien echter dat de piekleeftijd in absolute aantallen zich iets vroeger voordoet in sommige EU-Lidstaten. Zo kennen EU-Lidstaten zoals Tsjechië, Estland, Kroatië, Luxemburg, Nederland, Portugal en Slovenië hun piekleeftijd in de leeftijdscategorie tussen 45 en 49 jaar.

Tabel 8.9 Procentuele verdeling zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten met een betrekking ouder dan 15 jaar tijdens de referentieweek naar leeftijd, 2013, in %

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Totaal
BE	u	3,4 ^b	6,9	9,4	10,6	12,8	15,2	17,6	17,2	6,0	u	u	u	100
BG	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100
CZ	u	5,5	12,0	9,0	10,5	9,3	16,8	14,9	14,3	7,1	u	u	u	100
DK	u	6,3 ^b	5,9 ^b	10,5	13,1	10,7	13,3	15,8	12,0	7,2 ^b	u	u	u	100
DE	1,2	4,4	6,7	8,1	8,3	11,4	14,9	17,0	16,4	9,8	0,9	0,6	u	100
EE	u	u	u	u	u	u	17,3 ^b	16,8 ^b	u	u	u	u	u	100
IE	u	u	u	12,4 ^b	13,7	11,0 ^b	11,5 ^b	11,4 ^b	15,4	9,9 ^b	u	u	u	100
EL	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100
ES	u	1,6	6,9	17,6	11,6	9,1	11,1	14,9	13,2	12,6	0,5 ^b	0,7 ^b	u	100
FR	u	4,7	9,1	9,8	11,4	12,4	13,5	17,8	16,3	4,5	u	u	u	100
HR	u	u	u	14,3 ^b	6,6 ^b	9,5 ^b	20,1 ^b	14,9 ^b	11,6 ^b	11,7 ^b	u	u	u	100
IT	u	1,8	4,4	7,4	12,4	14,7	17,1	18,4	15,5	6,0	1,4	u	u	100
CY	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100
LV	u	u	u	u	u	u	u	u	18,1	u	u	u	u	100
LT	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100
LU	u	u	u	11,6 ^b	13,1 ^b	u	18,5 ^b	16,4 ^b	15,7 ^b	u	u	u	u	100
HU	u	u	10,6 ^b	17,8 ^b	14,7 ^b	9,1 ^b	11,6 ^b	11,2 ^b	17,6 ^b	u	u	u	u	100
MT	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100
NL	3,5	3,6	6,6	10,5	8,4	11,5	14,3	14,1	13,7	12,1	1,4 ^b	u	u	100
AT	u	5,7	7,2	8,8	8,1	11,5	17,3	20,3	13,6	u	u	u	u	100
PL	u	5,4 ^b	15,2	15,2	11,3	8,8	10,0	13,2	14,6	5,3	u	u	u	100
PT	u	u	5,3	9,7	10,9	11,2	15,9	15,8	13,7	9,8	u	u	u	100
RO	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100
SI	u	u	6,6 ^b	13,0 ^b	12,3 ^b	15,2 ^b	22,5 ^b	16,1 ^b	11,2 ^b	u	u	u	u	100
SK	u	u	u	10,6 ^b	14,1	9,9 ^b	13,7	15,1	20,7	u	u	u	u	100
FI	u	6,8	9,6	6,6 ^b	4,3 ^b	6,0 ^b	13,9	16,5	22,8	12,8	u	u	u	100
SE	1,1 ^b	4,7	6,8	8,5	10,1	10,0	14,1	13,9	15,0	13,3	1,8	0,7	u	100
UK	1,2 ^b	3,8	6,7	8,2	9,5	10,9	14,4	16,1	14,8	10,1	2,6	0,9	u	100
EU28	0,9	4,0	7,6	10,0	10,0	11,2	14,2	16,4	15,5	8,4	1,0	u	u	100

^b: beperkt betrouwbaar

^u: niet betrouwbaar

Bron EAK, op basis variabele 'Nowkreas'

d) Naar NACE

Ook naar economische activiteit kunnen het aantal zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten onderverdeeld worden door gebruik te maken van de NACE-codes.⁴⁴ Om de representativiteit van de cijfers enigszins te bewaken is niet naar het grootste detail (NACE 3-digit) gerapporteerd maar naar secties.

Het hoogste percentage zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten bevond zich in 2013 voor België binnen de sector 'Administratieve en ondersteunende diensten' (zie tabel 8.10). 4,1% van de tewerkgestelden was er immers gedurende de referentie week afwezig. Een bijna even groot percentage, namelijk 4,0% wordt vastgesteld in de sector 'Menselijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening'. Beide sectoren vertonen dus een beduidend hoger percentage tijdelijke arbeidsongeschikten t.o.v. het Belgisch gemiddelde van 2,7%. Voor de EU blijkt het hoogste percentage zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten zich te bevinden in de sector 'Menselijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' (2,7%). De pathologie van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid is echter niet gekend. Alvast is duidelijk dat tijdelijke arbeidsongeschiktheid zich niet noodzakelijk méér lijkt te manifesteren in arbeidsintensieve sectoren zoals de bouwsector.

In absolute aantallen (uitgedrukt als rijpercentage in tabel 8.11) voor 2013 bevinden de meeste zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten in België zich in de sector 'Menselijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening'. Dit is ook zo voor Denemarken, Ierland, Spanje, Frankrijk, Luxemburg, Nederland, Finland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Voor een aanzienlijk aantal EU-Lidstaten⁴⁵ bevinden de meeste zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten zich binnen de

⁴⁴ "De Europese activiteitennomenclatuur (NACE) vormt het referentiekader voor de productie en de verspreiding van statistieken met betrekking tot economische activiteiten in Europa" (FOD Economie).

⁴⁵ Dit is het geval voor Tsjechië, Duitsland, Estland, Italië, Hongarije, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië en Slowakije.

industriesector. Gemiddeld in de EU bevinden de meeste tijdelijke arbeidsongeschikten zich in de industriesector.

Tabel 8.10 Procentueel aandeel zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten met een betrekking tijdens de referentieweek in populatie met een betrekking ouder dan 15 jaar, naar NACE, 2013, in %

	01 - 04	05 - 09	10 - 33	35	36 - 39	41 - 43	45 - 47	49 - 53	55 - 56	58 - 63	64 - 66	68	69 - 75	77 - 82	84	85	86 - 88	90 - 93	94 - 96	97 - 98	99	Onb.	Totaal		
BE	u	u	2,6	u	u	2,9	2,1	2,4 ^b	2,1 ^b	u	2,0 ^b	u	1,0 ^b	4,1	3,6	2,5	4,0	u	u	u	u	u	u	2,7	
BG	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	0,3	
CZ	1,9	2,3 ^b	2,8	3,3 ^b	2,5 ^b	1,4	1,9	2,4	1,8	1,2 ^b	0,9 ^b	u	1,5	3,2	1,2	1,8	1,7	1,7 ^b	u	u	u	u	u	2,0	
DK	u	u	1,1 ^b	u	u	2,4 ^b	1,0 ^b	2,5 ^b	u	u	u	u	u	u	1,3 ^b	1,2 ^b	1,9	u	u	u	u	u	u	1,5	
DE	1,8	u	3,0	2,7	5,1	3,2	2,6	3,6	2,5	1,8	2,3	1,8	1,6	2,9	3,5	2,2	3,4	2,2	2,2	2,1	u	u	u	2,8	
EE	u	u	1,5 ^b	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	1,1	
IE	u	u	1,5	u	u	u	1,3	u	u	u	u	u	u	u	u	u	2,0	u	u	u	u	u	u	1,3	
EL	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	0,1	
ES	2,0	u	1,9	u	2,3 ^b	3,1	1,7	1,2	1,9	0,9	2,1	1,7 ^b	1,7	2,4	2,3	1,8	4,0	1,3 ^b	1,9	1,1	u	u	u	2,0	
FR	2,2	u	3,0	u	3,3 ^b	3,3	2,6	3,2	2,7	1,7	2,9	2,3 ^b	1,6	2,7	3,2	2,4	3,1	2,4	3,7	2,1 ^b	u	u	u	2,8	
HR	u	u	0,9 ^b	u	u	1,6 ^b	1,4 ^b	u	u	u	u	u	u	4,1 ^b	1,6 ^b	u	1,9 ^b	u	u	u	u	u	u	1,2	
IT	1,0	u	1,1	2,3	1,5	1,0	0,7	1,4	0,9	0,6	0,9	u	0,5	1,2	1,4	1,4	1,4	0,3	0,5	0,5	u	u	u	1,0	
CY	u	u	u	u	u	2,0 ^b	0,9 ^b	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	0,9	
LV	u	u	1,6 ^b	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	1,1	
LT	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	0,6	
LU	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	2,0 ^b	u	3,0 ^b	u	u	u	u	u	u	u	1,9
HU	u	u	1,0	u	u	u	0,6 ^b	u	u	u	u	u	u	u	u	0,9 ^b	u	u	u	u	u	u	u	u	0,7
MT	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	
NL	1,1 ^b	u	2,8	u	4,8 ^b	1,7	1,2	2,4	2,0	1,1 ^b	1,3 ^b	u	1,4	2,4	2,3	1,6	2,6	1,3 ^b	1,3 ^b	u	u	u	1,3 ^b	1,9	
AT	u	u	2,1	u	u	2,0	1,5	2,9	1,7 ^b	u	u	u	u	u	2,7	1,6 ^b	2,3	u	u	u	u	u	u	1,9	
PL	0,8 ^b	u	1,5	u	u	1,6	1,5	1,5 ^b	1,7 ^b	u	2,0 ^b	u	1,6 ^b	1,4 ^b	1,4 ^b	1,5	1,9	u	u	u	u	u	u	1,4	
PT	2,1	5,4	2,5	2,2	2,6	3,2	2,2	2,2	2,7	1,6	1,4	3,3	0,9	3,6	2,7	3,0	3,1	u	u	u	u	u	u	2,4	
RO	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	
SI	u	u	2,7	u	u	2,1 ^b	1,7 ^b	2,1 ^b	1,6 ^b	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	2,0	
SK	u	u	1,4	u	u	1,4	1,1	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	1,1	
FI	u	u	2,1	u	u	3,2	1,9	2,6 ^b	3,6 ^b	u	u	u	u	3,8 ^b	2,6 ^b	1,8 ^b	3,5	u	u	u	u	u	u	2,4	
SE	2,2	u	2,3	u	u	2,3 ^b	2,0	3,1	2,6	1,3	u	2,4 ^b	1,2	2,7	1,8	2,6	3,4	2,2	2,4	u	u	u	u	2,3	
UK	u	u	1,9	1,4	2,5 ^b	1,2	1,7	1,8	1,2	0,8 ^b	1,6	u	0,4 ^b	1,2	1,9	1,3	2,4	1,5	0,9 ^b	u	u	u	u	1,5	
EU	u	u	2,0	u	u	2,1	1,7	2,1	1,7	u	1,7	u	1,1	2,2	2,2	1,7	2,7	u	u	u	u	u	u	1,9	

* 01-04: Landbouw, bosbouw en visserij; 05-09: Winning van delfstoffen; 10-33: Industrie; 35: Productie en distributie van elektriciteit, gas, stroom en gekoelde lucht; 36-39: Distributie van water; afval- en afvalwaterbeheer en sanering; 41-43: Bouwnijverheid; 45-47: Groot- en detailhandel; reparatie van auto's en motorfietsen; 49-53: Vervoer en opslag; 55-56: Verschaffen van accommodatie en maaltijden; 58-63: Informatie en communicatie; 64-66: Financiële activiteiten en verzekeringen; 68: Exploitatie van en handel in roerende goed; 69-75: Vrije beroepen en wetenschappelijke en technische activiteiten; 77-82: Administratieve en ondersteunende diensten; 84: Openbaar bestuur en defensie; verplichte sociale verzekeringen; 85: Onderwijs; 86-88: Menselijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening; 90-93: Kunst, amusement en recreatie; 94-96: Overige diensten; 97-98: Huishoudens als werkgever; niet-gedifferentieerde productie van goederen en diensten door huishoudens voor eigen gebruik; 99: Extraterritoriale organisaties en lichamen.

^b: beperkt betrouwbaar

^u: niet betrouwbaar

Bron EAK, op basis variabele 'Nowkreas'

Tabel 8.11 Procentuele verdeling zieken en tijdelijke arbeidsongeschikten naar NACE, 2013, in %

	01 - 04	05 - 09	10 - 33	35	36 - 39	41 - 43	45 - 47	49 - 53	55 - 56	58 - 63	64 - 66	68	69 - 75	77 - 82	84	85	86 - 88	90 - 93	94 - 96	97 - 98	99	Onb.	Totaal
BE	u	u	12,8	u	u	7,9	11,3	4,9 ^b	2,5 ^b	u	2,6 ^b	u	1,8 ^b	8,7	11,4	8,4	21,1	u	u	u	u	u	100,0
BG	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100,0
CZ	2,8	0,9 ^b	37,0	1,9 ^b	1,3 ^b	6,1	11,4	7,2	3,3	1,8 ^b	1,2 ^b	u	3,3	4,0	3,7	5,9	6,1	1,5 ^b	u	u	u	u	100,0
DK	u	u	9,1 ^b	u	u	9,7 ^b	9,9 ^b	7,9 ^b	u	u	u	u	u	u	5,5 ^b	7,8 ^b	24,2	u	u	u	u	u	100,0
DE	0,9	u	20,9	0,8	1,0	7,7	13,3	6,2	3,4	1,9	2,6	0,4	3,1	5,1	8,6	5,0	14,8	1,0	2,3	0,4	u	u	100,0
EE	u	u	26,7 ^b	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100,0
IE	u	u	13,3	u	u	u	u	15,0	u	u	u	u	u	u	u	u	20,7	u	u	u	u	u	100,0
EL	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100,0
ES	4,2	u	11,7	u	0,9 ^b	9,2	13,9	2,8	6,8	1,5	2,5	0,5 ^b	4,2	6,1	8,2	6,3	15,4	1,1 ^b	2,2	2,2	u	u	100,0
FR	2,3	u	13,7	u	0,9 ^b	8,3	12,1	6,1	3,6	1,7	3,2	1,4 ^b	3,2	3,7	10,3	5,9	16,3	1,5	3,6	1,1 ^b	u	u	100,0
HR	u	u	13,6 ^b	u	u	9,5 ^b	16,5 ^b	u	u	u	u	u	u	6,6 ^b	8,7 ^b	u	10,6 ^b	u	u	u	u	u	100,0
IT	3,6	u	20,4	1,2	1,5	7,0	10,4	6,4	5,0	1,5	2,4	u	3,2	5,0	8,2	9,0	10,8	0,4	1,6	1,7	u	u	100,0
CY	u	u	u	u	u	18,5 ^b	18,0 ^b	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100,0
LV	u	u	20,4 ^b	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100,0
LT	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100,0
LU	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	11,6 ^b	u	17,8 ^b	u	u	u	u	u	100,0
HU	u	u	30,5	u	u	u	12,6 ^b	u	u	u	u	u	u	u	u	10,8 ^b	u	u	u	u	u	u	100,0
MT	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u
NL	1,2 ^b	u	14,1	u	1,1 ^b	4,5	9,7	5,7	4,1	1,8 ^b	2,3 ^b	u	5,1	6,2	7,2	5,3	22,8	1,4 ^b	1,6 ^b	u	u	5,1	100,0
AT	u	u	17,3	u	u	9,4	12,0	8,1	5,4 ^b	u	u	u	u	u	9,5	5,8 ^b	12,0	u	u	u	u	u	100,0
PL	6,8 ^b	u	19,6	u	u	8,5	15,6	6,1	2,6 ^b	u	3,4 ^b	u	3,7 ^b	2,7 ^b	6,5 ^b	8,1	8,1	u	u	u	u	u	100,0
PT	8,4	u	16,3	u	u	8,6	13,0	u	7,2	u	u	u	u	4,6	7,3	9,6	10,4	u	u	u	u	u	100,0
RO	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100,0
SI	u	u	30,2	u	u	6,3 ^b	10,4 ^b	5,5 ^b	3,4 ^b	u	u	u	3,0 ^b	u	7,8 ^b	8,6 ^b	10,3 ^b	u	u	u	u	u	100,0
SK	u	u	28,5	u	u	12,6	12,1	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	u	100,0
FI	u	u	12,2	u	u	8,9	9,8	6,4 ^b	5,1 ^b	u	u	u	u	6,2 ^b	4,8 ^b	5,2 ^b	24,1	u	u	u	u	u	100,0
SE	1,9	u	11,0	u	u	6,6	9,9	6,9	3,7	2,4	u	1,6 ^b	4,3	5,3	4,9	12,2	21,9	2,3	2,9	u	u	100,0	
UK	u	u	12,3	u	1,1 ^b	5,9	15,1	5,8	4,0	2,1 ^b	4,0	u	2,0 ^b	3,9	7,8	8,8	20,7	2,4	1,6 ^b	u	u	u	100,0
EU	u	u	17,0	u	u	7,7	12,9	5,9	4,1	u	2,7	u	3,2	4,7	8,3	6,6	15,5	u	u	u	u	u	100,0

* 01-04: Landbouw, bosbouw en visserij; 05-09: Winning van delfstoffen; 10-33: Industrie; 35: Productie en distributie van elektriciteit, gas, stroom en gekoelde lucht; 36-39: Distributie van water; afval- en afvalwaterbeheer en sanering; 41-43: Bouwnijverheid; 45-47: Groot- en detailhandel; reparatie van auto's en motorfietsen; 49-53: Vervoer en opslag; 55-56: Verschaffen van accommodatie en maaltijden; 58-63: Informatie en communicatie; 64-66: Financiële activiteiten en verzekeringen; 68: Exploitatie van en handel in roerende goed; 69-75: Vrije beroepen en wetenschappelijke en technische activiteiten; 77-82: Administratieve en ondersteunende diensten; 84: Openbaar bestuur en defensie; verplichte sociale verzekeringen; 85: Onderwijs; 86-88: Menselijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening; 90-93: Kunst, amusement en recreatie; 94-96: Overige diensten; 97-98: Huishoudens als werkgever; niet-gedifferentieerde productie van goederen en diensten door huishoudens voor eigen gebruik; 99: Extraterritoriale organisaties en lichamen.

'b': beperkt betrouwbaar

'u': niet betrouwbaar

Bron EAK, op basis variabele 'Nowkreas'

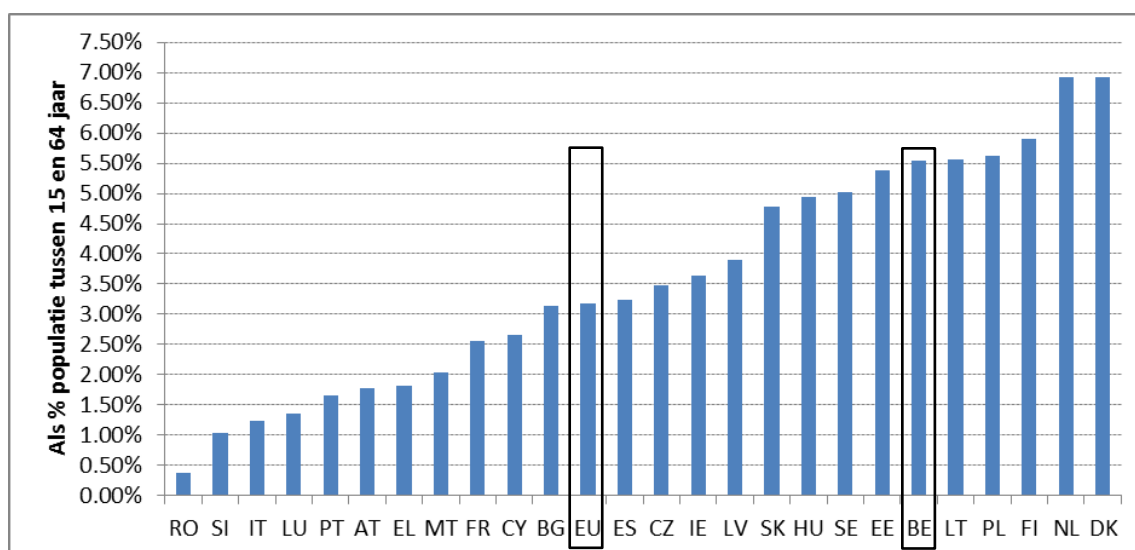
8.3.2.1 Permanente arbeidsongeschiktheid

a) Algemeen profiel voor 2011 t.e.m. 2013

In 2013 kende België ongeveer 403.000 permanente arbeidsongeschikten wat een stijging betreft t.o.v. 2011 en 2012 met respectievelijk 7% en 3% (ziet tabel 8.12).⁴⁶ In 2013 was 5,5% van de Belgische bevolking tussen 15 en 64 jaar permanent arbeidsongeschikt. Doordat voor Duitsland, Frankrijk (wel in 2013) en het Verenigd Koninkrijk geen cijfers beschikbaar zijn, kan geen volledig EU-gemiddelde gerapporteerd worden. Het gemiddeld percentage permanente arbeidsongeschikten in de EU bedroeg 3,2% in 2013 en lag dus 2,3%-punten lager in vergelijking met België.

Ook kan er vergeleken worden met de individuele EU-Lidstaten zelf (zie ook figuur 8.6). Denemarken (6,9%), Nederland (6,9%), Finland (5,9%), Litouwen (5,6%) en Polen (5,6%) vertonen een hoger percentage permanente arbeidsongeschikten in hun bevolking tussen 15 en 64 jaar. Dit terwijl o.a. in Roemenië (0,4%) dan weer een zeer laag percentage van de bevolking permanent arbeidsongeschikt is.

Figuur 8.6 Procentueel aandeel permanente arbeidsongeschikten in populatie tussen 15-64 jaar, 2013



* Geen cijfers beschikbaar voor Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Beide EU-Lidstaten zijn dan ook niet opgenomen in het EU-gemiddelde. Kroatië is niet opgenomen omwille van de beperkte betrouwbaarheid van de data.

Bron EAK, op basis variabele 'Mainstat'.

⁴⁶ Deze aantallen zijn dus berekend volgens de variabele 'Mainstat' waarbij aan de respondent gevraagd wordt welk socio-economisch profiel het best overeenkomt met zijn/haar situatie gedurende de referentieweek (op basis van 'Mainstat'). Echter is dit ook nog mogelijk op basis van een andere vraag waarbij personen die tijdens de referentieweek geen betrekking hadden en die niet op zoek waren naar een job omwille van ziekte of ongeschiktheid geteld worden (variabele 'Seekreas'). De aantallen liggen voor België (voor 2013: 349.745 personen of 4,8% van de bevolking tussen 15 en 64 jaar) hier wel lager in vergelijking met de data bekomen via Mainstat. Zie bijlage 1, Tabel b1.2.

Tabel 8.12 Aantal permanente arbeidsongeschikten en procentueel aandeel in populatie tussen 15-64 jaar, 2011-2013

	In absolute aantallen			Als % populatie tussen 15-64 jaar (in %)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
BE	374 500	390 854	402 598	5,2	5,4	5,5
BG	151 469	154 987	151 719	3,0	3,2	3,1
CZ	304 968	268 111	247 035	4,2	3,7	3,5
DK	253 177	257 493	250 307	7,0	7,1	6,9
DE*						
EE	44 696	45 615	46 865	5,0	5,2	5,4
IE	109 127	110 669	109 478	3,6	3,6	3,6
EL	139 006	130 193	128 904	1,9	1,8	1,8
ES	860 278	890 746	1 003 213	2,7	2,8	3,2
FR*			1 016 112			2,6
HR	37 032	37 624	5 524 ^b	1,3	1,4	0,2 ^b
IT	497 024	508 386	491 616	1,3	1,3	1,2
CY	11 629	12 812	15 356	2,0	2,2	2,7
LV	45 061	46 483	51 747	3,3	3,5	3,9
LT	109 216	107 404	110 268	5,4	5,4	5,6
LU	5 386	5 237	4 953	1,6	1,5	1,4
HU	444 415	343 458	330 537	6,6	5,1	5,0
MT	5 806	6 069	5 760	2,0	2,1	2,0
NL	672 781	676 756	762 610	6,1	6,2	6,9
AT	87 765	89 310	100 484	1,6	1,6	1,8
PL	1 501 672	1 464 104	1 436 167	5,8	5,7	5,6
PT	108 252	115 920	115 138	1,5	1,6	1,7
RO	62 775	59 704	55 047	0,4	0,4	0,4
SI	27 019	22 994	14 607	1,9	1,6	1,0
SK	172 184	184 072	184 241	4,4	4,8	4,8
FI	225 089	224 023	206 080	6,4	6,4	5,9
SE	333 899	316 382	307 167	5,5	5,2	5,0
UK*						
EU**				3,3	3,3	3,2

* Geen data beschikbaar. Voor Frankrijk wel cijfers beschikbaar voor 2013.

** Gemiddelde EU. Zonder evenwel rekening te houden met Duitsland, Frankrijk (wel in 2013) en het Verenigd Koninkrijk.

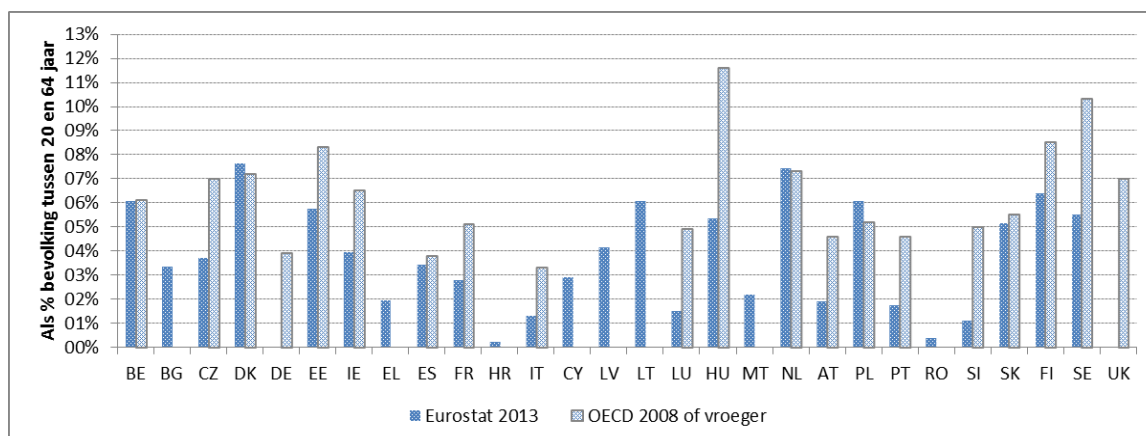
^b: beperkt betrouwbaar

Bron EAK, op basis variabele 'Mainstat'.

De OESO rapporteerde in haar rapport *'Sickness, Disability and Work – Breaking the Barriers'* (2010) reeds het procentuele aandeel uitkeringsgerechtigden '(arbeids)ongeschiktheid' in de bevolking op beroepsactieve leeftijd tussen 20 en 64 jaar. De meeste gerapporteerde cijfers dateren reeds van 2008 en zijn gebaseerd op cijfers van de bevoegde nationale instanties. In onderstaande figuur 8.7 worden deze percentages (echter niet beschikbaar voor alle EU-Lidstaten) vergeleken met de bovenstaande resultaten gerapporteerd in figuur 8.6 en tabel 8.12 (maar dan wel toegepast voor de leeftijd tussen 20 en 64 jaar en niet tussen 15 en 64 jaar). De percentages op basis van beide bronnen blijken voor sommige EU-Lidstaten sterk te verschillen⁴⁷. Dit is echter niet het geval voor België. 6,1% van de Belgische bevolking tussen 20 en 64 jaar blijkt hierbij (permanent) arbeidsongeschikt te zijn.

⁴⁷ De OESO-gegevens zijn immers gebaseerd op (administratieve) cijfers van de nationale bevoegde instanties terwijl de gegevens van de EAK slaan op de gepercipieerde permanente arbeidsongeschiktheid van de respondenten.

Figuur 8.7 Vergelijking aandeel permanente arbeidsongeschikten in populatie tussen 20-64 jaar op basis gegevens EAK voor 2013 met het aandeel uitkeringsgerechtigden '(arbeids)ongeschiktheid' in populatie tussen 20-64 jaar op basis gegevens OESO voor 2008 of vroeger.



* Voor sommige EU-Lidstaten zijn er geen data beschikbaar via EAK of de OESO.

Bron Berekening op basis van gegevens EAK en OECD, 2010. <http://www.oecd.org/els/emp/49546040.xls>

b) Naar economisch statuut

Aangezien de permanente arbeidsongeschiktheid gemeten wordt vanuit de zelfperceptie van de respondent is het daarom interessant ook de koppeling te maken met het economisch statuut (werkzaam, werkloos of inactief).⁴⁸ Het zorgt ervoor dat een engere groep kan gedefinieerd worden, met name de groep permanente arbeidsongeschikten die ook werkelijk inactief zijn. We zien dat België t.o.v. de andere EU-Lidstaten wel een 'outlier' is aangezien nog een hoog percentage permanente arbeidsongeschikten beroepsactief is (15% t.o.v. 3% voor de EU). Wellicht is dit te verklaren doordat de antwoordcategorie in de Belgische versie niet over 'permanente arbeidsongeschiktheid' spreekt maar over 'arbeidsongeschiktheid'. Hierdoor ontstaat dus een ruimere antwoordcategorie waardoor ook 'tijdelijke' arbeidsongeschikten in België hun socio-economisch statuut als arbeidsongeschikt kunnen omschrijven.⁴⁹ In dat opzicht is het zeker voor België interessant om de antwoordcategorie 'permanent arbeidsongeschikt' te combineren met inactiviteit. Als men de engere groep selecteert (met name permanent arbeidsongeschikt EN inactief), dan daalt het aantal permanente arbeidsongeschikten van ongeveer 403.000 naar ongeveer 337.000 personen in België (zie tabel 8.13). Dit slaat dan op 4,6% van de Belgische populatie tussen 16 en 64 jaar. Als we deze enge afbakening toepassen op het Europese gemiddelde, dan is 3,0% van de Europese bevolking tussen 16 en 64 jaar permanent arbeidsongeschikt (wat beperkt verschilt van de ruimere definitie).

⁴⁸ Het zou ook een indicator kunnen zijn voor de mate van re-integratie op de arbeidsmarkt.

⁴⁹ In 2013 gaven voor België immers 50.120 personen aan 'permanent' arbeidsongeschikt te zijn terwijl zij wel werkzaam waren maar tijdens de referentieweek afwezig waren omwille van ziekte of tijdelijke arbeidsongeschiktheid.

Tabel 8.13 Economisch statuut permanente arbeidsongeschikten tussen 15-64 jaar, 2013

	In absolute aantallen				Als rij-percentage (%)			Permanent arbeidsongeschikt EN inactief als % populatie tussen 15-64 jaar
	<i>Werkzaam</i>	<i>Werkloos</i>	<i>Inactief</i>	<i>Totaal</i>	<i>Werkzaam</i>	<i>Werkloos</i>	<i>Inactief</i>	
BE	60 234	5 509	336 854	402 598	15,0	1,4	83,7	4,6
BG	u	u	148 941	151 719	u	u	98,2	3,1
CZ	16 903	14 627	215 505	247 035	6,8	5,9	87,2	3,0
DK	6 985	2 504 ^b	240 818	250 307	2,8	1,0 ^b	96,2	6,7
DE*								
EE	u	2 686	43 547	46 865	u	5,7	92,9	5,0
IE	2 944 ^b	u	104 892	109 498	2,7 ^b	u	95,8	3,5
EL	u	u	127 355	128 904	u	u	98,8	1,8
ES	3 022 ^b	10 596	989 595	1 003 213	0,3 ^b	1,1	98,6	3,2
FR	20 546 ^b	23 225 ^b	972 340	1 016 112	2,0 ^b	2,3 ^b	95,7	2,5
HR			5 524 ^b	5 524 ^b			100,0 ^b	0,2
IT		u	490 431	491 616		u	99,8	1,2
CY	u	u	15 193	15 356	u	u	98,9	2,6
LV	u	2 624	48 311	51 747	u	5,1	93,4	3,6
LT		u	107 220	110 268		u	97,2	5,4
LU	u	u	4 383	4 953	u	u	88,5	1,2
HU	4 187 ^b	5 393	320 957	330 537	1,3 ^b	1,6	97,1	4,8
MT	u	u	5 553	5 760	u	u	96,4	2,0
NL	26 509	23 503	712 599	762 610	3,5	3,1	93,4	6,5
AT	4 536 ^b	u	95 600	100 484	4,5 ^b	u	95,1	1,7
PL	45 870	21 718	1 368 579	1 436 167	3,2	1,5	95,3	5,4
PT			115 138	115 138			100,0	1,7
RO	u	u	54 631	55 047	u	u	99,2	0,4
SI	u	u	14 100	14 607	u	u	96,5	1,0
SK	14 740	6 236	163 265	184 241	8,0	3,4	88,6	4,2
FI	15 584	u	189 139	206 080	7,6	u	91,8	5,4
SE	10 842	u	296 270	307 167	3,5	u	96,5	4,8
UK*								
EU**	236 785	130 024	7 186 743	7 553 552	3,1	1,7	95,1	3,0

* Geen data beschikbaar.

** Gemiddelde EU. Zonder evenwel rekening te houden met Duitsland en het Verenigd Koninkrijk

^b: beperkt betrouwbaar

^u: niet betrouwbaar

Bron EAK, op basis van variabelen 'Mainstat' en 'Ilostat'

c) Naar geslacht

Net zoals bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid, zijn vrouwen relatief meer permanent arbeidsongeschikt dan mannen (6,3% t.o.v. 4,8%) in België (zie tabel 8.14). Ook doet zich bij de vrouwen opnieuw een relatief groot verschil voor met het Europese gemiddelde. Dit is echter geen Europees gegeven. In de meeste EU-Lidstaten zijn het immers de mannen die relatief meer permanent arbeidsongeschikt zijn. Enkel Tsjechië (maar veel minder uitgesproken), Denemarken, Hongarije (veel minder uitgesproken), Nederland en Zweden zijn soortgelijk aan België. Dit maakt ook dat gemiddeld 3,3% van de mannen permanent arbeidsongeschikt zijn in Europa (zonder data voor Duitsland en het Verenigd Koninkrijk) t.o.v. 'slechts' 3,0% van de vrouwen.

Tabel 8.14 Aantal permanente arbeidsongeschikten en procentueel aandeel in populatie tussen 15-64 jaar, naar geslacht, 2013

	In absolute aantallen		Als % populatie tussen 15-64 jaar (in %)	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
BE	173 805	228 793	4,8	6,3
BG	80 277	71 442	3,3	3,0
CZ	120 609	126 427	3,4	3,6
DK	103 973	146 334	5,7	8,2
DE*				
EE	25 618	21 247	6,0	4,8
IE	63 491	45 988	4,2	3,0
EL	76 884	52 020	2,2	1,5
ES	553 582	449 631	3,6	2,9
FR	506 737	509 374	2,6	2,5
HR	3 978 ^b	1 546 ^b	0,3 ^b	0,1 ^b
IT	300 523	191 093	1,5	1,0
CY	8 834	6 522	3,2	2,2
LV	27 009	24 737	4,2	3,6
LT	59 808	50 459	6,2	4,9
LU	2 519	2 433	1,4	1,4
HU	158 776	171 761	4,8	5,1
MT	4 182	1 578	2,9	1,1
NL	303 344	459 267	5,5	8,4
AT	56 459	44 025	2,0	1,5
PL	855 455	580 712	6,7	4,5
PT	67 867	47 271	2,0	1,3
RO	32 661	22 386	0,4	0,3
SI	8 918	5 689	1,2	0,8
SK	95 548	88 693	4,9	4,6
FI	115 111	90 969	6,6	5,3
SE	120 365	186 802	3,9	6,2
UK*				
EU**			3,3	3,0

* Geen data beschikbaar.

** Gemiddelde EU. Zonder rekening te houden met Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

^b: beperkt betrouwbaar

^u: niet betrouwbaar

Bron EAK, op basis variabele 'Mainstat'.

d) Naar leeftijd

Zoals reeds gesteld neemt het procentuele aandeel permanente arbeidsongeschikten in de Belgische bevolking toe t.e.m. de leeftijdscategorie '55 t.e.m. 59 jaar' (zie tabel 8.15). Binnen deze leeftijdscategorie is 11% van de Belgische bevolking permanent arbeidsongeschikt. Nadien neemt het procentuele aandeel permanente arbeidsongeschikten af tot 7,9% van de Belgische bevolking. Maar hier zal reeds een hoog percentage van de bevolking op pensioen zijn. In de meeste EU-lidstaten ligt het aandeel permanente arbeidsongeschikten in de bevolking het hoogst tussen 50 en 64 jaar.⁵⁰ Voor 15 EU-lidstaten⁵¹ blijkt het hoogste aandeel arbeidsongeschikten in de bevolking zich te bevinden binnen de leeftijdscategorie '55 t.e.m. 59 jaar' en voor 10 EU-Lidstaten⁵² binnen de leeftijdscategorie '60 t.e.m. 64 jaar'.⁵³ Ook voor het Europese gemiddelde (zonder data voor Duitsland en het Verenigd Koninkrijk) stellen we een soortgelijk profiel als België vast. Met name doet zich een langzame toename van het aandeel permanente arbeidsongeschikten voor t.e.m. de

50 Enkel Roemenië blijkt een uitzondering te zijn.

51 België, Bulgarije, Tsjechië, Denemarken, Estland, Frankrijk, Letland, Litouwen, Luxemburg, Hongarije, Malta, Oostenrijk, Polen, Slovenië en Slowakije.

52 Ierland, Griekenland, Spanje, Kroatië, Italië, Cyprus, Nederland, Portugal, Finland en Zweden.

53 Geen cijfers beschikbaar voor Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

leeftijdscategorie '55 t.e.m. 59' jaar (7.8% van de Europese bevolking is dan permanent arbeidsongeschikt) om nadien terug af te nemen.

Tabel 8.15 Procentueel aandeel permanente arbeidsongeschikten in populatie tussen 15-64 jaar, naar leeftijd, 2013, in %

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	Totaal
BE	u	1,5	3,1	3,9	4,1	5,6	7,4	9,5	11,0	7,9	5,5
BG	u	1,0	1,1	1,7	2,0	3,3	3,5	4,2	6,5	6,4	3,1
CZ	0,4 ^b	0,8	1,6	1,8	1,6	2,9	3,8	6,6	9,5	5,8	3,5
DK	u	1,9	3,2	4,0	4,9	6,0	8,8	11,2	14,5	13,5	6,9
DE*											
EE	u	1,9 ^b	1,4 ^b	2,3 ^b	2,2 ^b	4,1	6,3	10,0	14,5	10,0	5,4
IE	u	1,4	2,0	1,9	2,2	3,4	4,1	5,3	8,1	10,4	3,6
EL	0,4 ^b	0,6	1,0	1,2	1,6	1,8	2,2	2,7	2,9	3,3	1,8
ES	1,0	0,9	0,8	1,3	1,9	2,4	3,5	4,9	7,2	9,5	3,2
FR	0,4	0,5	0,6	0,8	1,3	1,9	3,4	5,6	7,7	2,6	2,6
HR	u	u	u	u	u	0,4 ^b	u	u	u	0,4 ^b	0,2
IT	0,3	0,7	0,8	0,8	0,9	1,2	1,4	1,7	2,1	2,2	1,2
CY	u	1,5 ^b	0,9 ^b	1,3 ^b	1,5 ^b	2,4 ^b	2,6 ^b	4,0	6,6	7,9	2,7
LV	u	u	1,7 ^b	2,1 ^b	2,3	3,1	4,5	6,7	9,4	6,8	3,9
LT	u	2,1 ^b	u	u	2,7 ^b	4,1	5,6	9,3	14,7	12,4	5,6
LU	u	u	u	u	u	u	1,5 ^b	2,7	4,2	2,1 ^b	1,4
HU	u	0,9	1,1	1,3	1,8	2,7	4,7	9,7	17,0	9,0	5,0
MT	u	u	u	u	u	2,1 ^b	2,5 ^b	4,6	5,6	2,3 ^b	2,0
NL	1,6	2,5	3,4	4,7	4,7	6,2	6,6	9,0	13,7	15,8	6,9
AT	u	1,2	0,9 ^b	1,1	1,3	1,6	2,5	2,9	3,4	1,8	1,8
PL	0,6 ^b	1,7	2,1	2,3	3,0	3,7	5,5	9,5	15,0	11,5	5,6
PT	u	0,9	0,8	1,2	1,2	1,9	1,7	1,9	2,4	3,8	1,7
RO	u	0,5 ^b	0,6 ^b	0,6 ^b	0,4 ^b	0,4 ^b	u	u	u	u	0,4
SI	u	0,5 ^b	0,6 ^b	1,0 ^b	0,8 ^b	1,0 ^b	1,4 ^b	1,3 ^b	1,8 ^b	1,0 ^b	1,0
SK	u	1,0	1,4	2,0	3,0	3,9	6,8	10,4	13,9	5,5	4,8
FI	1,2	2,4	2,4	2,7	2,9	3,7	4,5	8,7	13,8	14,0	5,9
SE	0,3 ^b	1,3	1,4	1,9	2,0	3,3	5,2	7,9	11,5	16,4	5,0
UK*											
EU**	0,5	1,0	1,2	1,5	1,8	2,4	3,4	5,3	7,8	6,4	3,2

* Geen data beschikbaar.

** Gemiddelde EU. Zonder rekening te houden met Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

^b: beperkt betrouwbaar

^u: niet betrouwbaar

Bron EAK, op basis variabele 'Mainstar'.

In absolute aantallen (uitgedrukt als rijpercentage in tabel 8.16) voor 2013 bevinden de meeste permanente arbeidsongeschikten in België zich binnen de leeftijdscategorie '55 t.e.m. 59 jaar' (20% van de permanente arbeidsongeschikten). Voor 14 EU-lidstaten⁵⁴ blijkt het hoogste aantal arbeidsongeschikten zich te bevinden binnen de leeftijdscategorie '55 t.e.m. 59 jaar' en voor 11 EU-Lidstaten⁵⁵ binnen de leeftijdscategorie '60 t.e.m. 64 jaar'.⁵⁶ Ook voor Europa (zonder data voor Duitsland en het Verenigd Koninkrijk) bevinden de meeste arbeidsongeschikten zich binnen de leeftijdscategorie '55 t.e.m. 59' (24% van de permanente arbeidsongeschikten in Europa).

⁵⁴ België, Tsjechië, Denemarken, Estland, Frankrijk, Letland, Litouwen, Luxemburg, Hongarije, Malta, Oostenrijk, Polen, Slovenië en Slowakije.

⁵⁵ Bulgarije, Ierland, Griekenland, Spanje, Kroatië, Italië, Cyprus, Nederland, Portugal, Finland en Zweden.

⁵⁶ Geen cijfers beschikbaar voor Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Roemenië is hier eveneens een uitzondering.

Tabel 8.16 Procentuele verdeling permanente arbeidsongeschikten naar leeftijd, 2013, in %

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	Totaal
BE	u	2,5	5,3	7,1	7,3	10,7	15,0	19,0	20,0	12,8	100
BG	u	2,9	3,6	5,6	7,4	11,3	10,9	13,8	21,5	22,2	100
CZ	0,7 ^b	2,1	4,6	5,8	5,9	9,5	10,6	17,4	26,3	17,1	100
DK	u	2,7	4,2	5,2	7,2	9,3	14,9	16,9	20,6	18,4	100
DE*											
EE	u	3,5 ^b	2,9 ^b	4,4 ^b	4,2 ^b	8,1	11,4	19,8	27,3	17,6	100
IE	u	3,2	5,8	6,5	7,4	10,5	11,7	13,7	18,5	21,3	100
EL	1,7 ^b	2,6	5,0	7,3	10,1	12,2	13,4	16,0	15,2	16,5	100
ES	2,1	2,0	2,2	4,6	7,1	9,7	12,0	17,1	19,9	23,4	100
FR	1,3	1,9	2,1	3,3	5,2	8,2	14,4	23,0	30,4	10,2	100
HR	u	u	u	u	u	21,7 ^b	u	u	u	19,0 ^b	100
IT	1,7	4,4	5,5	6,6	8,3	11,6	13,7	15,3	16,4	16,6	100
CY	u	5,5 ^b	4,3 ^b	5,7 ^b	5,9 ^b	9,2 ^b	9,6 ^b	14,6	20,9	24,0	100
LV	u	u	4,8 ^b	5,2 ^b	6,0	8,3	11,9	19,8	24,4	16,0	100
LT	u	4,1 ^b	u	u	4,5 ^b	7,7	10,9	20,1	26,0	19,2	100
LU	u	u	u	u	u	u	13,1 ^b	20,6	27,9	11,2 ^b	100
HU	u	1,6	2,2	2,8	4,6	5,3	9,0	19,1	37,5	17,5	100
MT	u	u	u	u	u	9,2 ^b	11,1 ^b	23,7	29,0	11,4 ^b	100
NL	2,1	3,5	4,5	6,3	6,2	10,2	11,1	14,6	20,0	21,6	100
AT	u	6,4	4,9	6,1	7,0	10,5	18,0	18,9	18,2	8,3	100
PL	0,8 ^b	2,9	4,1	4,7	5,8	6,1	8,5	16,8	29,9	20,5	100
PT	u	4,4	4,6	7,6	9,3	13,1	11,6	12,2	14,0	21,0	100
RO	u	13,8 ^b	17,1 ^b	17,1 ^b	13,4 ^b	12,1 ^b	u	u	u	u	100
SI	u	3,9 ^b	5,7 ^b	10,4 ^b	8,6 ^b	9,4 ^b	16,9 ^b	12,9 ^b	20,0 ^b	9,0 ^b	100
SK	u	2,0	3,2	5,0	7,3	7,8	13,6	20,9	29,3	10,1	100
FI	2,0	3,6	3,8	4,8	4,5	6,1	8,3	15,6	24,6	26,7	100
SE	0,5 ^b	2,8	2,9	3,8	4,0	6,9	11,4	15,3	21,5	30,8	100
UK*											
EU**	1,3	2,9	3,8	5,1	6,3	8,7	11,7	17,4	24,3	18,5	100

* Geen data beschikbaar.

** Gemiddelde EU. Zonder rekening te houden met Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

^b: beperkt betrouwbaar

^u: niet betrouwbaar

Bron EAK, op basis variabele 'Mainstat'.

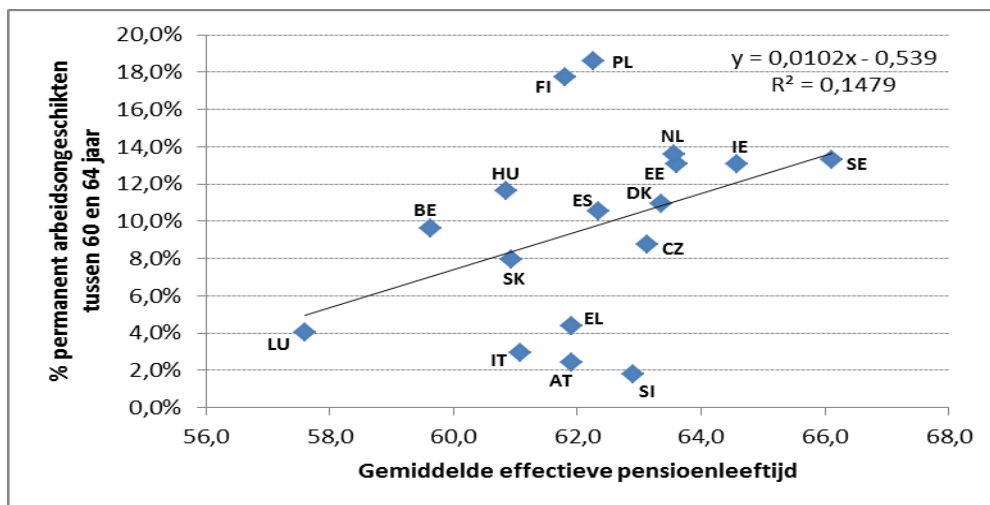
Het leeftijdsprofiel van de bevolking zal dus zonder meer een impact hebben op het absolute en relatieve aantal permanente arbeidsongeschikten. Europa, die geconfronteerd wordt met een vergrijzende bevolking, ziet vandaag maar nog meer in de toekomst het aantal arbeidsongeschikten in absolute en relatieve cijfers toenemen (zie ook Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2014; RIZIV, 2013a). Tegelijk doet zich het feit voor dat veel EU-Lidstaten de pensioenleeftijd verhogen. Ook dit zal een impact hebben op het aantal arbeidsongeschikten. Op basis van een bivariate analyse blijkt alvast het positief verband van de effectieve (en dus de gehanteerde (vervroegde)) pensioenleeftijd van de EU-lidstaten op het aandeel permanente arbeidsongeschikten in de bevolking tussen 60 en 64 jaar (zie figuur 8.8 – beperkt voor mannen en tabel 8.17). Op basis van Figuur 8.9 is ook een (beperkt significant) positief verband vast te stellen tussen de mannelijke werkzaamheidsgraad en het percentage permanente arbeidsongeschikten binnen de leeftijdscategorie tussen 60 en 64 jaar. Tegelijk ligt België boven de lineaire trendlijn door het feit dat het percentage permanente arbeidsongeschikten te hoog is gegeven de huidige werkzaamheidsgraad. Algemeen genomen kan gesteld worden dat de stap naar het pensioenstelsel via een verhogen van de (vervroegde) pensioenleeftijd nog even uitgesteld wordt en verschuift naar een hogere werkzaamheidsgraad. Hierbij ontstaat wel het risico dat ook het percentage permanente arbeidsongeschiktheid zal toenemen.

Tabel 8.17 Samenstelling socio-economisch statuut van personen tussen 60 en 64 jaar en de effectieve pensioenleeftijd, mannen, 2012 (in %)

	Gemiddelde effectieve pensioenleeftijd	Werkzaam	Pensioen	Arbeidsongeschikt	Werkloos	Andere
BE	59,6	24,3	56,8	9,6	7,1	2,2
BG		39,7	40,2	7,5	8,7	4,0
CZ	63,1	35,3	53,7	8,7	2,0	0,3
DK	63,4	48,1	37,4	10,9	2,9	0,7
DE*	62,1					
EE	63,6	49,1	34,8	13,1	1,7	1,3
IE	64,6	46,8	26,3	13,1	12,2	1,6
EL	61,9	32,2	56,6	4,4	5,3	1,4
ES	62,3	40,1	30,0	10,6	9,2	10,1
FR*	59,7					
HR		29,4	56,9	2,6	11,0	0,0
IT	61,1	29,9	57,7	2,9	6,3	3,2
CY		48,9	31,5	5,6	10,6	3,5
LV		38,7	49,8	5,4	4,8	1,3
LT		44,1	34,2	15,1	4,3	2,3
LU	57,6	23,3	70,0	4,1	0,3	2,3
HU	60,9	15,8	69,4	11,7	2,6	0,5
MT		24,4	69,6	3,7	0,2	2,1
NL	63,6	52,9	25,3	13,6	3,6	4,6
AT	61,9	21,9	71,7	2,4	2,7	1,3
PL	62,3	30,6	42,0	18,6	4,8	4,0
PT	68,4	28,3	48,3	3,7	11,6	8,1
RO		32,9	64,4	0,1	1,9	0,6
SI	62,9	16,1	77,5	1,8	4,4	0,2
SK	60,9	25,5	64,1	8,0	2,1	0,4
FI	61,8	37,3	34,2	17,7	9,6	1,2
SE	66,1	65,0	12,2	13,3	4,5	5,0
UK*						

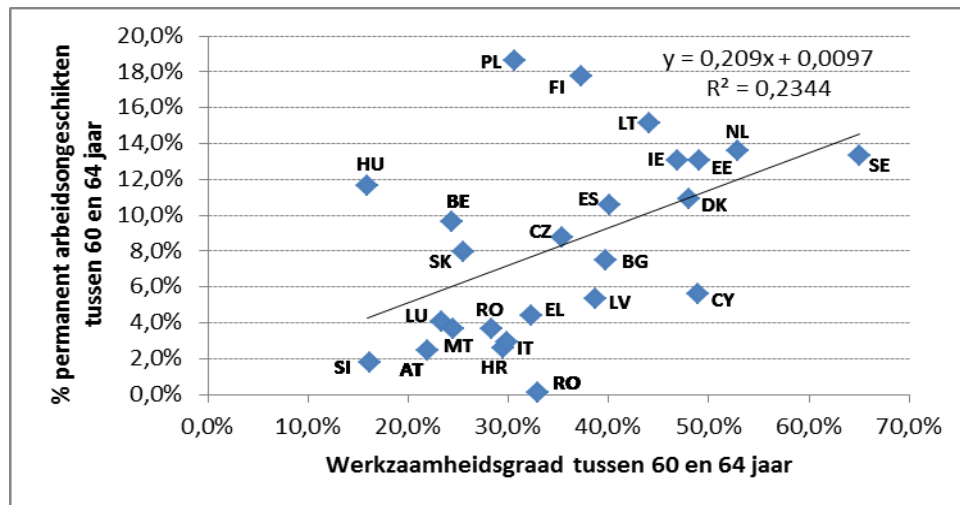
* Geen data beschikbaar via EAK, op basis van variabele 'Mainstat'.
Bron EAK op basis variabele 'Mainstat'; OESO (2012)

Figuur 8.8 Mogelijke impact van de effectieve pensioenleeftijd op het percentage permanente arbeidsongeschikten in de leeftijdscategorie tussen 60 en 64 jaar, mannen, 2012



* Eveneens een positieve correlatie tussen beide variabelen van 0,38.
** Enkel opgenomen voor 17 EU-Lidstaten (zie ook op basis van bovenstaande tabel 8.17).
Bron EAK op basis variabele 'Mainstat'; OESO

Figuur 8.9 Verhouding tussen werkzaamheidsgraad en percentage permanente arbeidsongeschikten in de leeftijdscategorie tussen 60 en 64 jaar, mannen, 2012

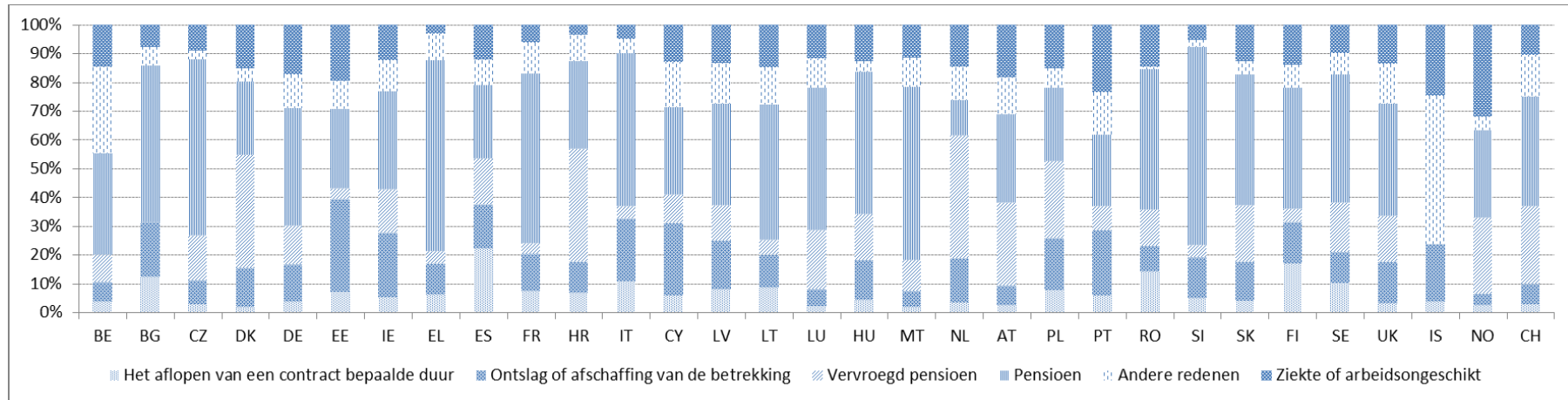


* Eveneens een positieve correlatie tussen beide variabelen van 0,48.
Bron EAK op basis variabele 'Mainstat'

8.3.2.2 Niet-werkenden: laatste arbeidsbetrekking

Op basis van de EAK is het ook mogelijk een zicht te krijgen op het aantal niet-werkenden die de voorbije 8 jaar hun laatste arbeidsbetrekking verlieten of onderbraken en de reden hiervoor. Onderstaande figuren 8.10 en 8.11 brengen de reden van de beëindiging van hun laatste betrekking per EU-Lidstaat en meer specifiek van België naar leeftijdscategorie in beeld voor de 50-plussers (leeftijd op het moment van de bevraging). In tegenstelling tot de andere EU-Lidstaten gaf een groot percentage respondenten in België 'een andere reden' op als reden voor de beëindiging van de laatste betrekking. Het maakt de cijfers op zich dus moeilijk interpreteerbaar.

Ziekte of arbeidsongeschiktheid als hoofdreden om de laatste arbeidsbetrekking te verlaten blijkt voor de 50-plussers af te nemen naarmate hun leeftijd toeneemt (zie figuur 8.11). Wat op zich weinig verwonderlijk is aangezien op oudere leeftijd ook het (vervroegde) pensioen een meer prominente rol zal spelen als hoofdreden. De wisselwerking tussen beide is echter interessant zoals hierboven reeds werd aangegeven.

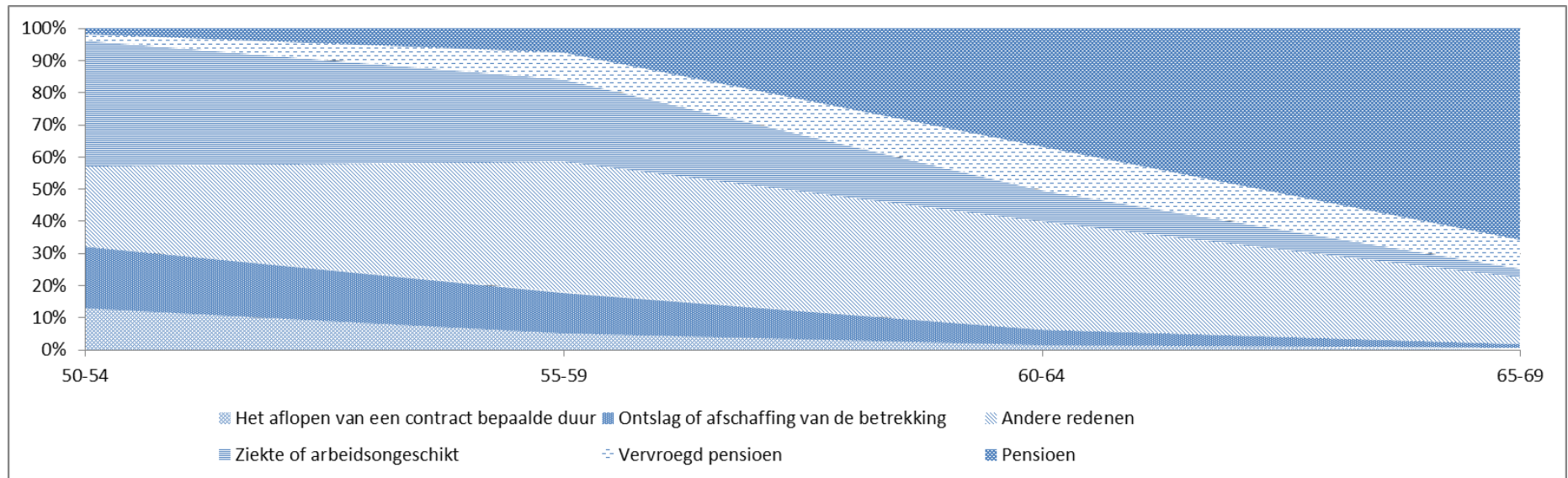
Figuur 8.10 Reden dat laatste betrekking beëindigd werd, selectie* personen 50+, 2013

* Personen die de voorbije 8 jaar hun laatste betrekking verlaten of onderbroken hebben. Leeftijd is deze op moment van bevraging en niet deze op moment vertrek.

** Figuur is louter indicatief aangezien voor sommige landen de cijfers onder de betrouwbaarheidsgrens vallen.

Bron EAK, op basis variabele 'Leavreas'.

Figuur 8.11 Reden dat laatste betrekking beëindigd werd, selectie* personen 50 tot 70 jaar, 2013, België



* Personen die de **voorbij 8 jaar** hun laatste betrekking verlaten of onderbroken hebben. Leeftijd is deze op moment van bevraging en niet deze op moment vertrek.

Bron EAK, op basis variabele 'Leavreas'.

8.3.2.3 Samenvattend: België en de buurlanden

Zowel de **werkzaamheidsgraad** tussen 20 en 64 jaar als deze voor de 50-plussers liggen in België lager t.o.v. de buurlanden (tabel 8.18). Het zijn behoudens Luxemburg ook de landen die voor België als referentie worden gebruikt om de concurrentiepositie in het oog te houden.

Wat betreft **tijdelijke arbeidsongeschiktheid** is het percentage voor België (2,7% van de bevolking met een betrekking tussen 20 en 64 jaar) bijna gelijk aan dit van Frankrijk (2,8%) en Duitsland (2,9%). Een soortgelijke situatie doet zich voor bij de selectie van de 50-plussers met een betrekking. In Luxemburg en Nederland ligt dit percentage dan weer beduidend lager (1,9% in beide landen).

6,1% van de Belgische bevolking tussen 20 en 64 jaar geeft aan **permanent arbeidsongeschikt** te zijn.⁵⁷ Dit percentage ligt beduidend lager in Frankrijk (2,8%) en Luxemburg (1,5%) maar hoger in Nederland (7,4%). Op basis van OESO-cijfers (2010) blijken deze verschillen met Frankrijk en Luxemburg echter minder sterk aanwezig te zijn (het percentage zou voor beide EU-Lidstaten rond de 5% schommelen). Opvallend is dat vooral in Nederland meer 50-plussers tewerkgesteld worden waarbij deze personen tegelijk ook minder tijdelijk arbeidsongeschikt zijn. Maar evenzeer vertoont Nederland ook een hoger percentage permanente arbeidsongeschikten binnen deze leeftijdscategorie.

Tabel 8.18 Samenvattende tabel arbeidsongeschiktheid in België en de buurlanden (in %)

	BE	FR	NL	LU	DE
Werkzaamheidsgraad tussen 20-64 jaar	67,2%	69,3%	76,5%	70,9%	77,1%
<i>Werkzaamheidsgraad 50-plussers</i>	54,0%	57,4%	67,4%	55,8%	70,8%
% tijdelijke arbeidsongeschikten tussen 20-64 jaar met een betrekking	2,7%	2,8%	1,9%	1,9%	2,9%
<i>% tijdelijke arbeidsongeschikten 50-plussers met een betrekking</i>	4,2%	3,9%	2,7%	2,9%	4,0%
% permanente arbeidsongeschikten populatie tussen 20-64 jaar	6,1%	2,8%	7,4%	1,5%	
<i>% permanente arbeidsongeschikten 50-plussers</i>	9,5%	5,3%	12,6%	3,0%	

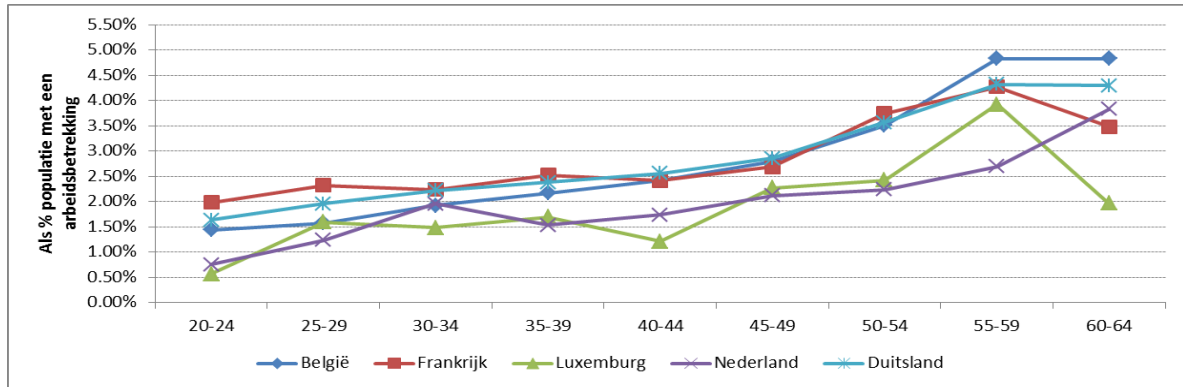
* Geen cijfers beschikbaar voor Duitsland wat betreft permanente arbeidsongeschiktheid. Op basis van OESO-cijfers zou ongeveer 4% van de Duitse bevolking tussen 20 en 64 jaar arbeidsongeschikt zijn.
Bron EAK

Wanneer het procentuele aandeel tijdelijke arbeidsongeschikten in de werkende bevolking verder wordt opgedeeld naar leeftijdscategorie, dan valt het op dat België een hoger percentage tijdelijke arbeidsongeschikten vertoont vanaf een leeftijd van 55 jaar ter vergelijking met de buurlanden (zie figuur 8.12). Het Belgische verloop van het percentage tijdelijke arbeidsongeschikten in de werkende bevolking per leeftijdscategorie sluit het best aan bij dit van Duitsland. Duitsland heeft t.e.m. de leeftijdscategorie 50 t.e.m. 54 jaar steeds een beperkt hoger percentage tijdelijke arbeidsongeschikten in vergelijking met België. Nadien doet zich echter de omgekeerde situatie voor. Opvallend is ook het verschillend verloop van het percentage tijdelijke arbeidsongeschikten met een betrekking tussen 60 en 64 jaar. Zowel in Frankrijk en Luxemburg doet zich immers een neerwaartse knik voor t.o.v. de leeftijdscategorie voordien. In Nederland neemt het percentage tijdelijke arbeidsongeschikten dan weer sterk toe. De sterke opwaartse knik van het percentage

⁵⁷ Zie echter bovenstaande discussie betreffende de ruime definitie van 'permanente' arbeidsongeschiktheid gehanteerde in de Belgische EAK-vragenlijst.

tijdelijke arbeidsongeschikten die zich in Luxemburg voordoet tussen 55 en 59 jaar en in Nederland tussen 60 en 64 jaar kan ook beïnvloed zijn door de effectieve pensioenleeftijd. België en Duitsland blijven tenslotte op hetzelfde niveau als in de leeftijdscategorie voordien. Ook voor België kan de sterke opwaartse knik binnen de leeftijdscategorie 55 tot 59 jaar een gevolg zijn van de effectieve pensioenleeftijd. Het is als het ware een voorbode van de pensionering.

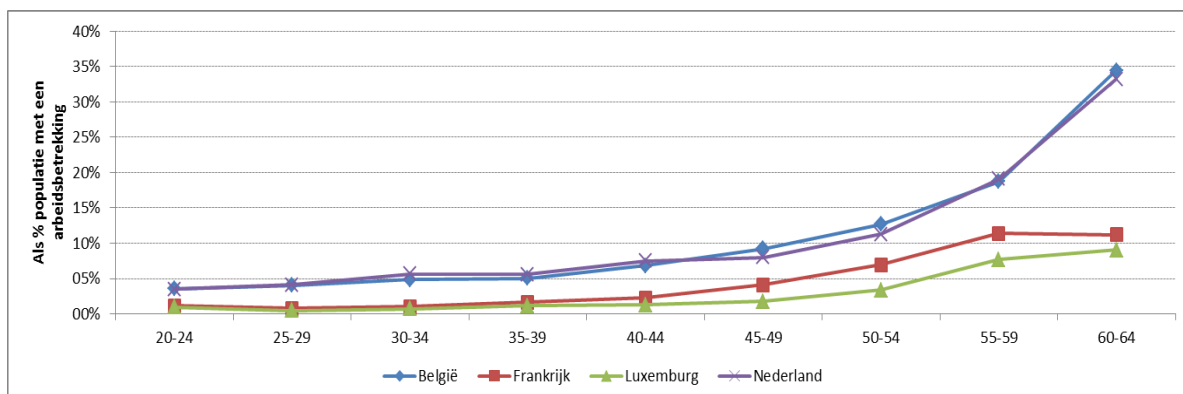
Figuur 8.12 Percentage tijdelijke arbeidsongeschikten in de bevolking met een arbeidsbetrekking tussen 20 en 64 jaar, BE en buurlanden, 2013



Bron EAK, op basis variabele 'Nowkreas'.

Waar in de meeste voorgaande tabellen en grafieken het aantal permanente arbeidsongeschikten werd vergeleken met de bevolking, verengt onderstaande figuur de noemer tot de bevolking *met een arbeidsbetrekking*. Hierdoor komt ook de impact van de werkzaamheidsgraad (zoals aangegeven in tabel 8.14) beter tot uiting. België en Nederland kennen een zeer gelijkaardig verloop van het percentage permanente arbeidsongeschikten t.o.v. de werkende bevolking. Ondanks het feit dat Nederland in vergelijking met België een hoger percentage permanente arbeidsongeschikten in de bevolking heeft wordt dit door de hogere werkzaamheidsgraad gecompenseerd. Zowel in België als in Nederland staan 3 tewerkgestelde personen tussen 60 en 64 jaar voor 1 permanente arbeidsongeschikte (zie figuur 8.13). Deze verhouding tussen werkenden en permanente arbeidsongeschikten wordt naargelang de leeftijd steeds kleiner en zelfs 'spectaculair' kleiner vanaf de leeftijdscategorie tussen 55 en 59 jaar. Een neerwaartse knik zou kunnen gerealiseerd worden via een toename van de werkzaamheidsgraad.

Figuur 8.13 Percentage permanente arbeidsongeschikten in de bevolking met een arbeidsbetrekking tussen 20 en 64 jaar, BE en buurlanden, 2013



* Geen cijfers beschikbaar voor Duitsland wat betreft permanente arbeidsongeschiktheid
Bron EAK, op basis variabele 'Mainstat'.

8.3.3 Naar budgettaire uitgaven

Om de uitgaven betreffende arbeidsongeschiktheid te kennen dienen de functies ‘ongeschiktheid’ en ‘ziekte/gezondheidszorg’ in ESSPROS geraadpleegd te worden. Er doen zich echter enkele beperkingen van deze data voor:

- Wij rapporteren de uitgaven in cash en niet deze in natura. De uitgaven in cash voor de functie ‘ongeschiktheid’ zijn echter ruimer dan louter de arbeidsongeschiktheid-uitkeringen.⁵⁸ Het zal onder meer ook de uitgaven omvatten wat betreft het vervroegd pensioen omwille van beperkte arbeidscapaciteit, de integratie van personen met een handicap en de periodieke zorguitkering.⁵⁹ In een volgende rapportering zal nog een verder detail nagestreefd worden naar type stelsel. Het maakt bijvoorbeeld dat onderstaande tabel ook nog de tegemoetkoming hulp aan bejaarden wordt meegenomen voor België.
- De budgettaire uitgaven die hier gerapporteerd worden zijn echter partieel. Door de regelgeving kan immers een gedeelte van de kost gedragen worden door de werknemer (door bijvoorbeeld het definiëren van een wachtperiode waar hij/zij geen loon ontvangt maar ook geen uitkering) alsook door de werkgever. De kosten gedragen door de werkgever en private verzekeraars worden evenwel mee opgenomen in ESSPROS.

De budgettaire kost wordt bepaald door een groot aantal componenten. Met name zullen componenten zoals de afbakening van de gerechtigden, de aangifte, het niveau van arbeidsongeschiktheid, de wachtperiode, het niveau en de duur van de uitkering, de inzet op herintegratie op de arbeidsmarkt, ... de kost van (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid bepalen.

Op basis van tabel 8.19 stelt men vast dat België in vergelijking met de andere EU-Lidstaten een ‘gemiddelde leerling’ is wat betreft de uitgaven voor (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid. In 2011 gaf België 0,8% van het BBP uit aan ziekteverloven en tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Dit t.o.v. een Europees gemiddelde van 0,9% van het BBP. Lidstaten zoals Nederland (1,8% van het BBP), Duitsland (1,5% van het BBP) en Finland (1,3% van het BBP) vertonen beduidend hogere uitgaven. Voor datzelfde jaar gaf België 1,7% van het BBP uit aan uitgaven in cash voor ongeschiktheid. Hierbij ligt het Europese gemiddelde iets lager met 1,6% van het BBP. Lidstaten zoals Kroatië (3,3% van het BBP), Denemarken (2,7% van het BBP) en Finland (2,3% van het BBP) vertonen hierbij de hoogste relatieve uitgaven. Wanneer de uitkeringen voor ziekte en ongeschiktheid worden samengeteld bekomen we een totale uitgave voor 2011 in België van 2,5% van het BBP wat eveneens het percentage is van het Europese gemiddelde. Dit dus in tegenstelling met het procentuele aantal tijdelijke en permanente arbeidsongeschikten dat in België steeds hoger lag dan het EU-gemiddelde.

⁵⁸ Voor België wordt voor 2011 een bedrag gerapporteerd van € 5,98 miljard wat betreft arbeidsongeschiktheidsuitkeringen of 1,6% van het BBP.

⁵⁹ EU-Lidstaten zoals Denemarken, Duitsland en Italië vertonen een groot verschil tussen de totale uitgaven in cash en de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Denemarken rapporteert de meeste uitgaven in cash onder het vervroegd pensioen omwille van beperkte arbeidscapaciteit. Duitsland vertoont dan weer een hoog bedrag aan uitgaven voor de integratie van personen met een handicap. Tenslotte Italië heeft een hoog bedrag aan periodieke zorguitkeringen uit. Gezien deze diversiteit was het opportuun om de uitgaven in cash te rapporteren.

Tabel 8.19 Uitkeringen ziekteverlof/tijdelijke arbeidsongeschiktheid en ongeschiktheid, in absolute bedragen en in % van het BBP, 2011

	Uitkeringen ziekteverlof/tijdelijke arbeidsongeschiktheid		Uitkeringen ongeschiktheid*	
	In absolute bedragen (in miljoen €)	In % van het BBP	In absolute bedragen (in miljoen €)	In % van het BBP
BE	2 905	0,8	6 203	1,7
BG	134	0,3	427	1,1
CZ	701	0,5	2 131	1,4
DK	2 505	1,0	6 445	2,7
DE	39 350	1,5	38 242	1,5
EE	45	0,3	247	1,5
IE	779	0,5	1 779	1,1
EL	1 057	0,5	2 626	1,3
ES	9 673	0,9	16 309	1,6
FR	14 934	0,7	27 558	1,4
HR	495	1,1	1 447	3,3
IT	8 152	0,5	24 434	1,5
CY	292	1,6	113	0,6
LV	75	0,4	203	1
LT	127	0,4	405	1,3
LU	475	1,1	611	1,5
HU	390	0,4	1470	1,5
MT	41	0,6	38	0,6
NL	10 837	1,8	11 705	2
AT	3 224	1,1	5 084	1,7
PL	2 613	0,7	5 347	1,4
PT	564	0,3	3 348	2
RO	252	0,2	1 721	1,3
SI	344	1,0	522	1,4
SK	344	0,5	883	1,3
FI	2 389	1,3	4364	2,3
SE	4 277	1,1	6 527	1,7
UK	9 974	0,6	33 575	1,9
EU	116 948	0,9	203 763	1,6

* Selectie van 'cash benefits'
Bron Eurostat, [spr_exp_fsi] en [spr_exp_fdi]

8.3.4 Conclusie

De Hoge Raad voor de Werkgelegenheid noemt het meten van de arbeidsongeschiktheid “een op basis van het bestaand statistisch apparaat moeilijk af te bakenen realiteit” en pleit daarom voor een specifiek register om deze personen te definiëren. Maar is dat register niet juist datgene wat reeds in de registers (databanken) van het RIZIV en de andere betrokken sociale parastatalen aanwezig is en wat het RIZIV ambieert om meer te valoriseren en een grotere visibiliteit te geven? In dat opzicht passen de gegevens die wij konden halen uit de *Enquête naar de arbeidskrachten* (EAK) binnen deze ambitie. Hierdoor wordt immers voor alle EU-Lidstaten een zicht bekomen op het aantal personen die permanent arbeidsongeschikt zijn (evenwel vanuit de zelfperceptie van de respondent) en het aantal personen die gedurende de referentieweek afwezig waren op hun werk omwille van ziekte, een ongeval of tijdelijke arbeidsongeschiktheid. De situatie van België kan hierbij dus steeds afgetoetst worden met deze in de andere EU-Lidstaten. Maar niet enkel de EAK vormt een belangrijke aanvulling op de gekende administratieve gegevens bij de bevoegde publieke instanties. Zo zorgen de aanwezige gegevens in MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*) voor een gedetailleerd overzicht van de regelgeving van de sociale bescherming in alle EU-lidstaten en

kunnen op basis van ESSPROS (*European system of integrated social protection statistics*) de uitgaven voor de sociale bescherming in kaart gebracht worden voor de EU-Lidstaten.

In 2013 was 2,7% van de Belgische bevolking met een arbeidsbetrekking ouder dan 15 jaar tijdens de referentieweek tijdelijk arbeidsongeschikt, wat een stuk hoger blijkt te zijn dan het Europese gemiddelde van 1,9%. Daarenboven gaf 5,5% van de Belgische bevolking tussen 15 en 64 jaar⁶⁰ aan permanent arbeidsongeschikt te zijn t.o.v. een Europees gemiddelde van 3,2%. Een engere definitie, waarbij de personen die aangeven permanent arbeidsongeschikt te zijn ook inactief zijn, doet het percentage permanente arbeidsongeschiktheid dalen tot 4,6% van de Belgische bevolking tussen 15 en 64 jaar (het Europese gemiddelde bedraagt dan 3,0%). Maar de permanente arbeidsongeschiktheid kan ook vergeleken worden met de werkende bevolking waardoor ook de verhouding tussen beide variabelen kan nagegaan worden (zie figuur 8.14).

De piek van tijdelijke arbeidsongeschiktheid in relatieve termen (= aantal arbeidsongeschikten als percentage van de bevolking met een betrekking) doet zich in België (4,8%) en gemiddeld ook Europees (3,2%) voor binnen de leeftijdscategorie van 60 tot 64 jaar, dus net vóór de pensionering. Net iets vroeger, met name tussen 55 en 59 jaar, doet zich voor België en Europa de piek voor wat betreft permanente arbeidsongeschiktheid. Hierbij was 11% van de Belgische bevolking en 7,8% van de Europese bevolking binnen deze leeftijdscategorie permanent arbeidsongeschikt. Het procentuele aandeel permanente arbeidsongeschikten neemt nadien weer af wat op zich een gevolg zal zijn van de sterke stijging van het aantal gepensioneerden. Maar als de werkende bevolking als noemer wordt genomen, neemt dit percentage evenwel sterk toe bij in de leeftijdscategorie tussen 60 en 64 jaar. In België staan dan 3 tewerkgestelde personen tussen 60 en 64 jaar voor 1 permanente arbeidsongeschikte (zie figuur 8.14).

Gezien de vergrijzende bevolking zal de impact van de oudere leeftijdscategorieën op het aantal arbeidsongeschikten enkel maar toenemen. Hierbij blijkt ook het samenspel tussen tijdelijke arbeidsongeschiktheid, permanente arbeidsongeschiktheid, vervroegde pensionering en wettelijk pensionering. Vanaf een leeftijd van 55 jaar blijkt immers in België de werkzaamheidsgraad significant af te nemen. Het maakt dat verhoudingsgewijs ook de permanente arbeidsongeschiktheid zal toenemen (zie figuur 8.14). Dit is beperkter voor het EU-gemiddelde gezien de hogere werkzaamheidsgraad. In de eerste plaats zal de (vervroegde) pensionering deze daling in werkzaamheidsgraad verklaren (de noemer). Maar het lijkt er ook op te wijzen dat een deel van de bevolking op die leeftijd vaker in de arbeidsongeschiktheid terechtkomt (de teller). Het vermijden van een te grote vroegtijdige uitstroom via (vervroegde) pensionering werd reeds gereduceerd. Maar tegelijk blijft de uitdaging om de tijdelijke en permanente arbeidsongeschiktheid bij personen die de pensioenleeftijd naderen onder controle te houden. De combinatie van beide kan dan werkelijk leiden tot een hogere werkzaamheidsgraad bij de oudere bevolking in de veronderstelling dat dit ook gepaard gaat met jobcreatie, maar ook tot een neerwaartse knik in figuur 8.14.

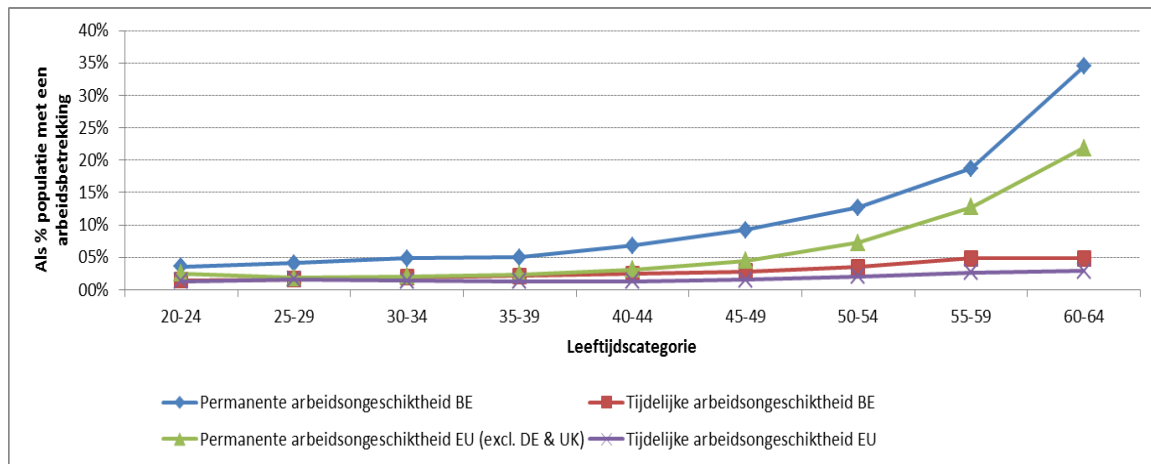
Relatief zijn meer vrouwen dan mannen tijdelijk en permanent arbeidsongeschikt in België. Gemiddeld voor Europa stellen we hetzelfde vast voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid maar voor permanente arbeidsongeschiktheid zijn in de meeste EU-Lidstaten dan weer relatief meer mannen permanent arbeidsongeschikt.

4,1% van de tewerkgestelden in België binnen de sector 'Administratieve en ondersteunende diensten' was gedurende de referentie week afwezig. Gemiddeld voor Europa blijkt het hoogste percentage tijdelijke arbeidsongeschikten zich te bevinden in de sector 'Menselijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' (2,7%). Maar ook in België was binnen deze sector een hoog percentage tewerkgestelden tijdelijk arbeidsongeschikt tijdens de referentieweek (4,1%). De pathologie van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid is echter niet gekend. Wel is duidelijk dat tijdelijke arbeidsongeschiktheid zich niet noodzakelijk méér lijkt te manifesteren in

⁶⁰ Of 6,1% van de Belgische bevolking tussen 20 en 64 jaar.

arbeidsintensieve sectoren zoals de bouwsector. In absolute termen zijn de meeste tijdelijke arbeidsongeschikten wel tewerkgesteld in de industrie. Het profiel naar economische sector die wij hier beschrijven voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid is echter niet mogelijk voor permanente arbeidsongeschiktheid aangezien de EAK-vragenlijst niet naar de voormalige sector vraagt van deze personen.

Figuur 8.14 Percentage tijdelijke en permanente arbeidsongeschikten in de Belgische en de Europese bevolking met een arbeidsbetrekking, naar leeftijd tussen 20 en 64 jaar, 2013



Bron Berekening op basis van gegevens EAK

Het aantal tijdelijke en permanente arbeidsongeschikten bekomen op basis van de algemene vragenlijst van de *Enquête naar de arbeidskrachten* (EAK) zou kunnen vergeleken worden met andere administratieve bronnen of enquêtegegevens beschikbaar op Belgisch of Europees niveau. De gerapporteerde cijfers liggen alvast voor België in lijn met de cijfers gerapporteerd door het OESO (2010). Maar dit is wel niet voor elke EU-Lidstaat het geval. Belangrijkste verklaring hiervoor is het verschil tussen de gepercipieerde arbeidsongeschiktheid (EAK) en de arbeidsongeschiktheid geteld op basis van administratieve data (OESO). Daarnaast bevroeg de ad hoc module van de EAK uit 2011 de arbeidsparticipatie van mensen met langdurige gezondheidsproblemen. Hierbij gaf 23,6% van de 15- tot 64-jarige Belgische bevolking aan een probleem te hebben, wat neerkomt op ongeveer 1,6 miljoen personen. Dit is zonder meer een veel grotere groep dan het aantal tijdelijke en permanente arbeidsongeschikten bekomen op basis van de algemene vragenlijst van de EAK. Zo gaven 402.598 personen aan permanent arbeidsongeschikt te zijn in België voor 2013. Maar als de engere definitie wordt toegepast, met name ook inactief, dan daalt dit aantal tot 336.854 personen. Maar tegelijk is de vraag of deze permanente arbeidsongeschikten ook terug te vinden zijn in de administratieve gegevens. Hierbij zullen de gegevens afkomstig van een aantal sociale parastatalen moeten geaggregeerd worden.⁶¹ Eind 2013 waren er alvast 320.823 invaliden (werknemers en zelfstandigen) wat neerkomt op 4,5% van de Belgische bevolking tussen 15 en 64 jaar (RIZIV, 2014). Maar deze groep is daarom niet noodzakelijk 'permanent' arbeidsongeschikt.

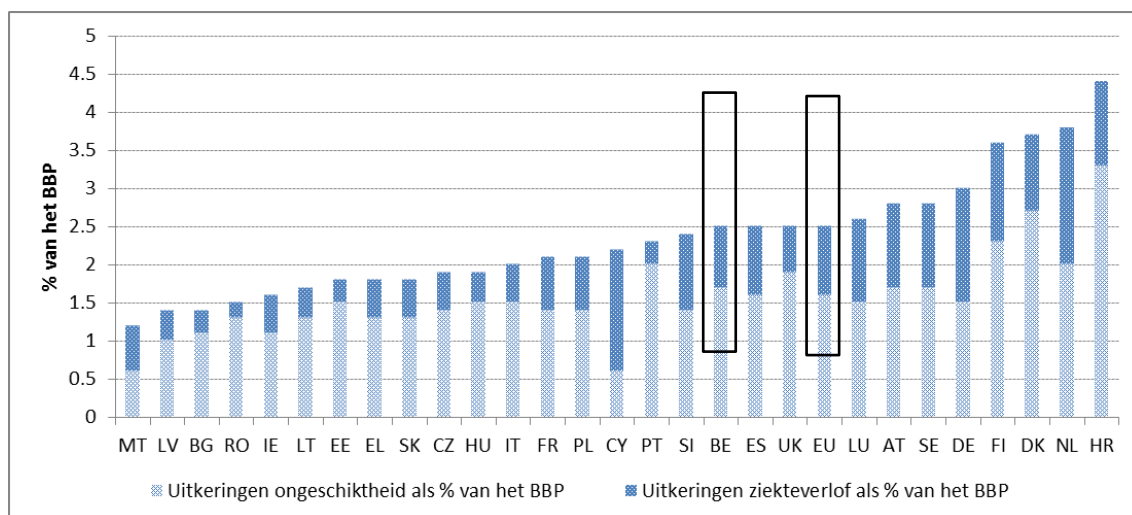
De kost van (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid kan gedragen worden door verschillende partijen, met name de overheid, de werkgever, private verzekeraars en de werknemer. De verdeling van de te dragen kost zal bepaald worden door de nationale regelgeving. Zo zullen bijvoorbeeld de kwalificeerde periode en de wachtperiode in grote mate de te dragen kost voor de werknemer

⁶¹ O.a. op basis van 'Vade Mecum van de financiële en statistische gegevens over de sociale bescherming in België' (2014), gepubliceerd door de FOD Sociale Zekerheid of op basis van de individuele rapportering (via hun jaarverslagen) van de betrokken administraties.

bepalen. Maar op zich zou hier ook het inkomensverlies bijgeteld kunnen worden als het verschil tussen het laatste inkomen en de uitkering. Maar veeleer wordt ook van de werkgever een tussenkomst verwacht tijdens de periode van ongeschiktheid. Het maakt dat de werkelijke kost van arbeidsongeschiktheid niet gelijkgesteld kan worden aan de publieke uitgaven.

Wanneer de uitgaven voor ziekte en ongeschiktheid in cash worden samengeteld bekomen we voor België een totale uitgave voor 2011 van 2,5% van het BBP wat eveneens het percentage is van het Europese gemiddelde (zie figuur 8.15). In een volgende rapportering zal het uitgavenprofiel voor arbeidsongeschiktheid in België meer in detail geconstrueerd worden.

Figuur 8.15 Uitkeringen ziekteverlof en ongeschiktheid in cash als % van het BBP, EU-28, 2011



Bron Eurostat, [spr_exp_fsi] en [spr_exp_fdi]

In een recent landenrapport over België betreffende ‘geestelijke gezondheid en werk’ pleitte de OESO er tegelijk zeer expliciet voor om ziekteverlet voor de werkgever duurder te maken. Hierbij wordt alvast in onze buurlanden reeds een significante budgettaire tussenkomst van de werkgevers gevraagd. Deze inspanning, in termen van de periode van tussenkomst door de werkgever maar ook in termen van het percentage loon gedragen door de werkgever, ligt dan ook hoger in de buurlanden in vergelijking met de huidige regelgeving voor België.

Re-integratie mogelijk maken is een gedeelde verantwoordelijkheid van de werknemer, de werkgever en de overheid. Wat betreft de maatregelen die EU-Lidstaten nemen om de tewerkstelling van personen met een arbeidsbeperking te stimuleren bij de werkgever blijkt vooreerst dat een groot aantal EU-Lidstaten gebruik maken van quota opgelegd aan de werkgever betreffende de tewerkstelling van personen met een arbeidsbeperking. Aan deze quota wordt dan vaak ook een compensatievergoeding gekoppeld wanneer hieraan niet voldaan wordt door de werkgever, die dan vervolgens geïnvesteerd wordt in herintegratieprogramma’s. Maar daarnaast maken werkgevers soms aanspraak op subsidies voor de tewerkstelling van personen met een arbeidsbeperking of op een financiële ondersteuning om de werkplaats aan te passen aan de noden van deze personen. Tegelijk zou dus ook de duur en het percentage van de gevraagde tussenkomst aan de werkgever bij arbeidsongeschiktheid sensibiliserend moeten werken. Daarnaast hanteren een aantal EU-Lidstaten specifieke re-integratieplannen. Deze re-integratieplannen omvatten vaak een ruim scala aan maatregelen op het vlak van sociale, medische, psychosociale en beroepsmatige re-integratie. Maar nog al te vaak lijkt de re-integratie zich te beperken tot het volgen van een beroepsopleiding of een omscholing. Dit is echter niet steeds de beste oplossing. Bijvoorbeeld voor psychische stoornissen die nochtans de voornaamste reden van langdurige arbeidsongeschiktheid in België zijn. In dat opzicht is ondersteuning en begeleiding ‘on-the-job’, zoals recent nog werd geopperd door de

OESO, wellicht een veel noodzakelijkere oplossing. Maar evenzeer moet er ook een ‘incentive’ zijn om re-integratie te stimuleren bij de arbeidsongeschikte. In België is deze incentive momenteel relatief beperkt, men moet het immers zelf vragen en tegelijk voor een bepaald percentage arbeidsongeschikt zijn. Deze incentive zou ook kunnen ontstaan vanuit de berekeningsbasis van de uitkering. Wanneer de berekeningsbasis bijvoorbeeld rekening houdt met het niveau van de arbeidsongeschiktheid ontstaat een duidelijk incentive voor personen met een ‘laag’ percentage arbeidsongeschiktheid om werk te gaan zoeken.

Tenslotte stelde de ad hoc module van 2011 van de EAK specifieke vragen over de ‘Arbeidsparticipatie van mensen met langdurige gezondheidsproblemen’. De beschikbare gegevens werden in het Verslag van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid voor 2014 reeds uitvoerig geanalyseerd. De beschikbare data betreffende het type van ondersteuning dat tewerkgestelden met een langdurig gezondheidsprobleem gebruikt of dat nodig is voor niet-tewerkgestelden met een gezondheidsprobleem werden echter nog niet besproken. De meest gehanteerde en gewenste ondersteuning door mensen met een langdurig gezondheidsprobleem is een specifiek opgestelde werkplanning. Het toont aan dat in tijden waar meer flexibiliteit van de werknemer wordt verwacht op het gebied van arbeidstijden dit ook voor de werkgever zal gelden bij de tewerkstelling van personen met een arbeidsbeperking.

- BIJLAGEN -

bijlage 1 Bijkomende tabellen

Tabel b1.1 Verdeling van de Belgische bevolking ouder dan 15 jaar naar socio-economisch statuut, naar leeftijd, in kolom %

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Tot.
Werkzaam	3.2	39.0	74.3	79.8	80.8	80.8	79.5	73.5	56.7	21.5	3.3	1.8	0.9	48.0
Huisvrouw/huisman	0.3	1.7	4.0	4.5	4.8	4.3	4.9	7.0	8.7	10.2	4.7	5.7	6.5	5.2
Ander inactief persoon	1.4	3.1	2.8	2.2	2.0	1.9	1.7	1.4	2.1	1.7	0.6	0.5	0.7	1.7
Arbeids-ongeschikt	0.2	1.5	3.1	3.9	4.1	5.6	7.4	9.5	11.0	7.9	0.2	0.2	0.2	4.4
Pensioen	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.3	0.7	2.2	12.5	51.6	91.1	91.8	91.7	24.6
Student	93.2	43.2	5.0	1.3	0.8	0.4	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	10.2
Werkloos	1.7	11.5	10.9	8.2	7.4	6.7	5.6	6.1	8.9	7.2	0.1	0.1	0.0	5.9
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* Merk op data sommige van deze cijfers onder de betrouwbaarheids grens liggen. We gebruiken ze enkel om figuur 1 zo volledig mogelijk te maken naar leeftijd en naar socio-economisch statuut.

Bron EAK, op basis van variabele 'Mainstat'.

Tabel b1.2 Niet op zoek naar werk omwille van ziekte of ongeschiktheid

	In absolute aantallen			Als % populatie tussen 15-64 jaar		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
BE	291.785	319.106	349.746	4.0%	4.4%	4.8%
BG	257.595	246.438	249.901	5.1%	5.0%	5.2%
CZ	95.777	83.071	70.406	1.3%	1.2%	1.0%
DK	264.869	270.305	264.401	7.3%	7.5%	7.3%
DE	1.520.507	1.558.255	1.596.661	2.8%	2.9%	3.0%
EE	49.705	52.469	52.900	5.6%	6.0%	6.1%
IE	24.975	138.272	175.596	0.8%	4.6%	5.8%
EL	168.356	162.520	161.591	2.3%	2.3%	2.3%
ES	1.593.637	1.665.217	1.737.407	5.1%	5.3%	5.6%
FR	52.654	62.016	1.359.410	0.1%	0.2%	3.4%
HR	102.943	112.253	113.825	3.7%	4.1%	4.0%
IT	1.179.103	1.157.972	1.117.223	3.0%	2.9%	2.8%
CY	22.696	21.456	21.591	4.0%	3.7%	3.7%
LV	51.705	54.500	58.891	3.7%	4.0%	4.4%
LT	115.941	114.058	117.822	5.7%	5.7%	5.9%
LU	12.795	13.399	11.445	3.7%	3.8%	3.1%
HU	386.363	351.803	371.969	5.7%	5.2%	5.6%
MT	9.294	8.723	9.297	3.3%	3.1%	3.3%
NL	714.048	716.212	761.073	6.5%	6.5%	6.9%
AT	149.711	162.348	177.302	2.7%	2.9%	3.1%
PL	1.759.392	1.737.686	1.702.925	6.8%	6.8%	6.7%
PT	541.893	608.725	601.930	7.6%	8.6%	8.6%
RO	735.597	718.228	680.696	4.9%	4.8%	4.6%
SI	72.017	62.954	59.389	5.1%	4.5%	4.2%
SK	184.375	192.297	189.067	4.8%	5.0%	4.9%
FI	163.125	163.126	174.783	4.6%	4.6%	5.0%
SE	394.172	373.852	371.639	6.4%	6.1%	6.1%
UK	2.320.787	2.222.178	2.211.958	5.7%	5.5%	5.4%
EU-28	13.235.820	13.349.440	14.770.850	4.0%	4.0%	4.5%

Bron EAK, op basis van variabele 'Seekreas'

bijlage 2 Landenafkortingen

Tabel b2.1 Landenafkortingen

Afkorting	EU-Lidstaat
BE	België
BG	Bulgarije
CZ	Tsjechië
DK	Denemarken
DE	Duitsland
EE	Estland
IE	Ierland
EL	Griekenland
ES	Spanje
FR	Frankrijk
HR	Kroatië
IT	Italië
CY	Cyprus
LV	Letland
LT	Litouwen
LU	Luxemburg
HU	Hongarije
MT	Malta
NL	Nederland
AT	Oostenrijk
PL	Polen
PT	Portugal
RO	Roemenië
SI	Slovenië
SK	Slovakije
FI	Finland
SE	Zweden
UK	Verenigd Koninkrijk

Referenties

Databanken

ESAW – arbeidsongevallen:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/accidents_work_work_related_health_problems/data/database

EAK ad hoc module 2011 - ongeschiktheid:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/disability/data/database>

ESSPROS – uitgaven sociale bescherming:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/social_protection/data/database

IAB – arbeidsongevallen:

http://www.ilo.org/ilostat/faces/home/statisticaldata/data_by_subject?_adf.ctrl-state=14ui2lglam_4&_afLoop=593097366409542

OESO – uitgaven ongeschiktheid: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=33415>

MISSOC – regelgeving sociale bescherming:

<http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>

Bibliografie

De Weerd, M., Tierney, R., van Duuren-Stuurman, B & Bertranou, E. (2014), *Estimating the cost of accidents and ill-health at work: A review of methodologies*, European Agency for Safety and Health at Work, 60 p.

<https://osha.europa.eu/en/publications/reports/estimating-the-costs-of-accidents-and-ill-health-at-work>

Europese Commissie – Eurostat (2011), *ESSPROS Manual - The European System of integrated SocialPROtection Statistics (ESSPROS)*, Luxemburg, 94 p.

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-11-014/EN/KS-RA-11-014-EN.PDF

Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2014), *Deelname aan de arbeidsmarkt van personen met een arbeidsbeperking of een chronisch gezondheidsprobleem – Verslag 2014*, Brussel, p. 63 – 157.
<http://www.werk.belgie.be/publicationDefault.aspx?id=41752>

Karakaya, G. & Plasman, R. (2011), *Arbeidsmarkt en arbeidsongeschiktheid*, DULBEA – ULB, Brussel, 128 p.

Michel I (2014), Regeerakkoord/Accord de Gouvernement, 9 Oktober/Octobre 2014.

http://premier.fgov.be/sites/default/files/articles/Accord_de_Gouvernement_-_Regeerakkoord.pdf

OECD (2013), *Mental Health and Work – Belgium*, OECD Publishing, 120 p.

<http://www.oecd.org/els/emp/mentalhealthandwork-belgium.htm>

OECD (2010), *Sickness, Disability and Work – Breaking the Barriers*, OECD Publishing, 165 p.

http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/disability_synthesis_2010_en.pdf

RIZIV (2014), *RIZIV Jaarverslag 2013*, Brussel, 160 p.

RIZIV (2013a), *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden: loontrekkenden*, Brussel, 24 p

RIZIV (2013b), *Deeltijdse werkbewattingen met toestemming van de adviserend geneesheren bij arbeidsongeschikte gerechtigden – periode 2010-2012*, RIZIV, Brussel, 49 p.

Samoy, E. (2014a), *Handicap en Arbeid – Deel I Definities en Statistieken over de arbeidsdeelname van mensen met een handicap*, Departement Werk en Sociale Economie, 47 p.

https://www.werk.be/sites/default/files/onderzoek/publicaties/Handicap_en_Arbeid_Def_en_Stat_UPDATE_2013.pdf

Samoy, E. (2014b), *Handicap en Arbeid – Deel II Beleidsontwikkelingen*, Departement Werk en Sociale Economie, 71 p.

https://www.werk.be/sites/default/files/onderzoek/publicaties/Handicap_en_Arbeid_Beleidsontwikkelingen_UPDATE2013.pdf

Sánchez, A., García-Pérez, J. & Jiménez-Martín, S. (2014), 'Delaying the normal and early retirement ages in Spain : behavioural and welfare consequences for employed and unemployed workers', 35 p.

Staubli, S. & Zweimüller, J. (2013), 'Does raising the early retirement age increase employment of older workers?', *Journal of public Economics*, 108, p. 17-32.

Staubli, S. (2013), 'The impact of stricter criteria for disability insurance on labor force participation', *Journal of public Economics*, 95, p. 1223-1235.