

Een evenwichtige vergoeding van de arbeidsongeschiktheid

14/10/2010

Context – huidige situatie

De principes

De uitkeringen van loontrekkenden worden berekend op basis van de in werkelijkheid gederfde bezoldiging (actieve personen) of van een fictieve bezoldiging (werklozen). Het percentage verschilt naargelang de gezinstoestand van de gerechtigde en de duur van de arbeidsongeschiktheid. Dankzij de toekenning van minimumbedragen zijn de verzekerden zeker van een minimuminkomen. Maximumbedragen begrenzen de inkomsten van arbeidsongeschikte gerechtigden, zodat de begroting van de ziekteverzekering binnen de perken kan worden gehouden.

De uitkeringen voor zelfstandigen worden toegekend in de vorm van variabele dagforfaits, afgestemd op de gezinstoestand van de gerechtigde, de duur van de arbeidsongeschiktheid of de stopzetting van de onderneming (gelijkstelling).

De evolutie

Het aantal arbeidsongeschikte personen neemt toe. Men stelt vooral een stijging vast van het aantal invaliden (groei van meer dan 30 % in een periode van 10 jaar). Deze trend is het resultaat van de vergrijzing van de bevolking (het gaat vooral om vijftigplussers) en van de verhoging van de pensioenleeftijd voor vrouwen.

In de sector van de loontrekkenden is de verhoging van het totale invaliditeitspercentage (aantal invaliden/aantal uitkeringsgerechtigden) niet te verklaren door een groter risico om invalide te worden binnen een bepaalde leeftijdscategorie, maar gewoon door het feit dat de oudere leeftijdsgroepen, waar het invaliditeitspercentage hoger is, meer personen tellen.

In de sector van de zelfstandigen stelt men echter vast dat de invaliditeit een fenomeen is dat vooral voorkomt bij de oudste personen.

De oorzaken

Er doen zich belangrijke verschuivingen voor bij de aandoeningen die aanleiding geven tot invaliditeit. Onder meer dankzij de vooruitgang van de medische wetenschap is het mogelijk geworden om bepaalde ziektes goed te behandelen. Dit is het geval voor de cardiovasculaire aandoeningen, waar het aantal invaliden de laatste 10 jaar gedaald is. We stellen daarentegen een aanzienlijke stijging vast van het aantal invaliden met psychische aandoeningen of ziektes van het osteo-articulaire stelsel, van de spieren en van het bindweefsel.

Deze trend is terug te vinden in de beide sectoren, maar er is duidelijk sprake van een prevalentie van de psychische stoornissen in de sector van de loontrekkenden.

Men wijst hiervoor met een beschuldigende vinger naar de mentaliteitswijziging in onze maatschappij: de evolutie van dergelijke stoornissen kan worden beïnvloed door het feit dat onze maatschappij alsmaar 'prestatiegerichter' wordt.

Vervolg volgende pagina

De Onafhankelijke Ziekenfondsen sluiten zich aan bij de aanbevelingen qua preventie, maar zijn tevens voorstander van een versterking van de arbeidsreintegratie. Zij beschouwen de hervatting van de activiteit als een motiverende factor die een gunstige invloed kan hebben op een betere tenlasteneming van de ziekte (zie de memoranda over de medische beoordeling en over de chronische ziektes (disease management)).

Preventie kan worden verzekerd via algemene voorlichtingsacties, die deel uitmaken van de gezondheidspromotie.

De adviserend geneesheer kan ter zake eveneens proactief optreden door zijn rol als raadgever ten volle te spelen, zodra hij kennis krijgt van het dossier van een risicopatiënt. Hij moet de patiënt ook kunnen aanmoedigen om zelf de verantwoordelijkheid op te nemen voor zijn behandeling, zodat er perspectieven voor hem opengaan op het vlak van werkhervatting.

Het is tevens nodig om na te denken over de evolutie van de bedragen en over de uitkeringsperiodes.

De periodes

Hoewel wij aanraden om meer soepelheid aan de dag te leggen bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheidsperiodes, lijkt het ons ook nodig om het onderscheid tussen de eerste periode van 1 jaar en de tweede periode die volgt op dat jaar te behouden, wat de bepaling van de uitkeringsbedragen betreft.

Sommigen raden aan om de arbeidsongeschiktheidsperiodes af te stemmen op de leeftijd van de verzekerde. Zij zijn voorstander van een degressieve uitkering, naarmate een ziekte langer duurt.

Wij kunnen het niet eens zijn met dit voorstel omdat arbeidsongeschikte personen hierdoor gestigmatiseerd dreigen te worden. Wij pleiten daarentegen voor een versterking van de rol van de adviserend geneesheer in het kader van de begeleiding van de verzekerden. Hij moet hen aansporen om een activiteit te hervatten die afgestemd is op hun vermogen om te verdienen. Als verzekerden niet meer in staat zijn om zelf genoeg te verdienen, moet men hen de kans geven om een menswaardig leven te leiden.

De bedragen

Het staat als een paal boven water dat de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en de invaliditeitsuitkeringen, vooral om budgettaire redenen, niet langer afgestemd zijn op de evolutie van de kostprijs van de levensduurte. De koopkracht van zieke personen is gedaald. Er werden wel bijzondere inspanningen geleverd om de minimumbedragen beter te beschermen. De maximumbedragen zijn daarentegen niet in dezelfde mate gestegen en de inkomsten van deze invaliden zijn fors gedaald (*de tabel in bijlage bevat de evolutie van die uitkeringen in de laatste 10 jaar*).

Er is geen bezwaar tegen een aanpassing van het bedrag van de uitkeringen aan de gezinstoestand van de gerechtigden die lange tijd arbeidsongeschikt zijn, in de zin van de toekenning van een hoger inkomen aan gezinshoofden én een verlaging van het toegestane bedrag voor samenwonenden. Wij raden niet alleen aan om de minimum- en de maximumbedragen te verhogen, maar pleiten ook voor een herziening van het bedrag van de uitkeringen die toegekend worden aan samenwonenden. Die verhoging ligt trouwens in het verlengde van de initiatieven die ontwikkeld moeten worden in het kader van de arbeidsreintegratie.

Vervolg volgende pagina

We mogen niet uit het oog verliezen dat invaliden, per definitie, chronisch ziek zijn en dat ze het sowieso financieel moeilijk hebben omdat hun uitgaven voor geneeskundige verzorging toenemen. Wij stellen voor om het bedrag van de uitkering voor hulp van derden aan te passen, zodat de arbeidsongeschikte persoon de middelen krijgt om de hulp, die hij of zij nodig heeft, te verwerven.

Om de financiering van dergelijke potentiële maatregelen mogelijk te maken, bevelen wij volgende initiatieven aan:

- Een versterking van de strijd tegen sociale fraude door aan de ziekenfondsen de nodige middelen te geven voor een betere uitwisseling van informatie tussen de sectoren van de sociale zekerheid;
- Een partnership met de werkloosheidssector en de werkgevers om het succes van de arbeidsreïntegratie te verzekeren;
- Een betere afstemming van de uitkeringsbedragen op het overblijvende verdienvermogen van de zieken. De bedragen worden automatisch verminderd als het verdienvermogen groot genoeg is, zelfs als de zieke het werk niet daadwerkelijk hervat;
- Een analyse van de perverse effecten van het uitkeringsstelsel, die kunnen maken dat men financieel beloond wordt om arbeidsongeschikt te blijven (bijvoorbeeld een verzekerde die een hoger maandinkomen verwerft dan het inkomen dat hij zou kunnen verkrijgen door opnieuw voltijds aan het werk te gaan);
- Het geven van incentives aan werkgevers die beloven werk te maken van de arbeidsreïntegratie van hun personeel.

Conclusies

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn duidelijk voorstander van acties in het kader van arbeidsreïntegratie en willen de strijd aanbinden met fraude en misbruiken. Dankzij het succes van deze projecten zullen middelen vrijkomen om aan arbeidsongeschikte personen een behoorlijk inkomen te geven, waarmee ze een leven kunnen leiden dat afgestemd is op hun ziekte. Op die manier kunnen ze hun ziekte ook beter beheersen.

De adviserend geneesheren spelen een zeer belangrijke rol in dit proces. Ze kunnen namelijk anticiperen op de evolutie van de aandoeningen zodra die verschijnen. Ze kunnen hun patiënten met raad en daad bijstaan, en kunnen hen steunen in hun inspanningen om opnieuw aan het werk te gaan (door de drempels van hun verdienvermogen te moduleren). De werkgevers, de arbeidsgeneesheren en de werkloosheidssector zijn bevoorrechte partners van de ziekenfondssector in het kader van de realisatie van die uitdagingen.

Anne Viroux
16 augustus 2010

Bijlage volgende pagina

Bijlage 1

Type		1/09/2000	1/04/2004	1/01/2010	Stijging
Plafond ZIV		95,38	101,21	120,74	12,66%
Maximum primaire	60%	57,23	60,73	72,44	12,66%
	55%	52,46	55,67	72,44	13,81%
Maximum invaliditeit	Met gezinslast	57,23	60,73	78,48	13,71%
	Zonder gezinslast	38,15	40,48	48,29	12,66%
Minimum Z	Met gezinslast	34,49	37,97	49,26	14,28%
	alleenstaande	27,6	30,62	39,42	14,28%
	samenwonende	24,69	27,18	33,8	13,69%
Bestaansminimum	Met gezinslast	27,66	30,74	37,96	13,72%
	Zonder gezinslast	20,75	23,05	28,47	13,72%
Gemiddeld loon		2293	2662	2890,1	12,60%
Minimum loon		1095,89	1210	1387,49	12,66%