

# Analyse van de deeltijdse werkhervattingen tijdens de arbeidsongeschiktheidsperiode

Een uitgave van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel

T 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Redactie > GÜNGÖR KARAKAYA, Sébastien ALEXANDRE, Luk BRUYNEEL, Wies KESTENS,  
Philippe MARNETH, Marc ALBERTY

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

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juni 2023

(Ondernemingsnummer 411 766 483)

# Analyse van de deeltijdse werkhervattingen tijdens de arbeidsongeschiktheidsperiode

01	Doelstellingen van de studie .....	3
02	Gegevens en methodologie.....	4
	Identificatie van de dossiers AO en DWH's .....	4
	Periode van de studie .....	4
	Uitdrukkelijke uitsluitingscriteria .....	5
	Metingen of indicatoren gebruikt in deze studie .....	5
	Medische diagnoses .....	6
03	Resultaten.....	7
	Evolutie van het aantal personen in arbeidsongeschiktheid met DWH en het aantal uitkeringsgerechtigden .....	7
	Leeftijd van de totale bevolking in arbeidsongeschiktheid en van verzekerden met een DWH .....	7
	Het aandeel van de leden met een DWH en het aandeel van de leden met een DWH én een einde AO, volgens hun karakteristieken .....	8
	Percentage einde AO bij dossiers met en zonder DWH, volgens de karakteristieken van de leden .....	10
	Onderverdeling volgens medische diagnose van de AO dossiers met en zonder DWH .....	11
	Onderverdeling volgens de medische diagnose van het aandeel leden met een DWH en van het aandeel leden met een DWH én een einde AO .....	12
	Onderverdeling volgens medische diagnose van het percentage van dossiers met een einde AO van de dossiers met en zonder DWH .....	14
	Percentage dossiers met DWH volgens de termijn tussen de begindatum AO en de begindatum DWH en percentage einde AO onder deze dossiers, volgens de medische diagnose .....	15
	Aandeel van de dossiers AO met een DWH volgens de duur tussen de begindatum van de AO en de begindatum van de DWH, en aandeel verplichte werkhervattingen, volgens de medische diagnose .....	17
	Gemiddelde lengte van een dossier AO met een DWH .....	19
04	Samenvatting van de resultaten.....	21
05	Bespreking en aanbevelingen .....	22

# 01 Doelstellingen van de studie

---

Het doel van deze studie is om de deeltijdse werkhervatting (DWH) van personen in arbeidsongeschiktheid (AO) te analyseren op basis van de beschikbare gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Deze gegevens bevatten informatie over de belangrijkste kenmerken van personen in arbeidsongeschiktheid zoals leeftijd, geslacht, beroepsstatuut, gewest van de woonplaats, statuut rechthebbende op verhoogde tegemoetkoming (VT) (indicatie voor de kwetsbaarheid van een persoon), begin- en einddatum van de arbeidsongeschiktheid, begin- en einddatum van de medische akkoorden zoals een deeltijdse werkhervatting, medische diagnoses bij aanvang (en verlenging) van arbeidsongeschiktheid, enzovoort.

We beschrijven de evolutie tussen 2013 en 2019 van het aantal personen in arbeidsongeschiktheid met DWH en het aantal uitkeringsgerechtigden.

We vergelijken ook de leeftijd van de totale populatie in arbeidsongeschiktheid met die van de leden in DWH en daarbij maken we een onderscheid tussen de DWH's die hebben geleid tot het einde van de arbeidsongeschiktheid en de DWH's die daar niet toe leidden.

Vervolgens beschrijven we het aandeel leden met DWH bij de leden in AO en het aandeel leden met einde van AO bij de leden met DWH volgens hun kenmerken en de medische diagnose van het dossier AO dat de DWH bevat.

We analyseren ook, per medische diagnose, het aandeel dossiers AO met een DWH op basis van de duur tussen de begindatum AO en de begindatum DWH, en in die dossiers het aandeel eindes AO (met een onderscheid tussen de eindes AO door verplichte werkhervatting<sup>1</sup>).

De gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheidsdossiers met een DWH (met een onderscheid tussen de DWH's met of zonder een einde aan de AO) wordt ook beschreven voor elke medische diagnose.

---

<sup>1</sup> De werkhervatting is verplicht wanneer de adviserend arts of de Geneeskundige raad voor invaliditeit meent dat de verzekerde niet meer voldoet aan de wettelijke voorwaarden voor arbeidsongeschiktheid. In dat geval eindigt de erkenning en is de verzekerde verplicht zijn beroepsactiviteit te hervatten.

## 02 Gegevens en methodologie

---

### Identificatie van de dossiers AO en DWH's

De gegevens over de deeltijdse werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid werden geselecteerd op basis van medische akkoorden waarmee de begin- en einddatum van een deeltijdse werkhervatting geïdentificeerd konden worden. Dit type medisch akkoord werd vervolgens gekoppeld aan een dossier arbeidsongeschiktheid met daarin een begin- en einddatum arbeidsongeschiktheid.

Ter opfrissing: een dossier arbeidsongeschiktheid wordt geopend wanneer een persoon arbeidsongeschikt wordt, en wordt afgesloten wanneer deze persoon niet meer arbeidsongeschikt is. Een dossier kan dus een of meerdere periodes arbeidsongeschiktheid omvatten:

- die opeenvolgend zijn als de arbeidsongeschiktheid *verlengd* wordt en twee periodes elkaar opvolgen zonder onderbreking
- die niet opeenvolgend zijn, bij *herval* wanneer de periode arbeidsongeschiktheid onderbroken is gedurende minder dan 14 dagen tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid of gedurende minder dan 3 maanden tijdens de invaliditeit. In die situaties wordt de duur van een arbeidsongeschiktheidsdossier berekend vanaf de eerste effectieve dag van arbeidsongeschiktheid. Echter als een persoon in primaire arbeidsongeschiktheid (in invaliditeit) opnieuw arbeidsongeschikt wordt na de maximale periode van 14 dagen (3 maanden) voor herval, dan wordt een nieuw dossier geopend.

Verder in deze studie gebruiken wij 'einde AO' en 'einde dossier' door elkaar om het daadwerkelijke einde van arbeidsongeschiktheid of de volledige werkhervatting aan te duiden.

### Periode van de studie

Voor deze studie hebben wij ervoor gekozen recente dossiers arbeidsongeschiktheid te bestuderen, namelijk alle intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 1 januari 2018 en 30 juni 2021. Om voldoende overzicht te hebben en zo de analyses correct te kunnen uitvoeren, heeft deze selectie ons ertoe aangezet om enkel rekening te houden met de medische akkoorden tot deeltijdse werkhervatting die begonnen tussen 1 januari 2018 en 31 december 2020. Onze analyses beperken zich tot 31 december 2021 (datum waarop de gegevens die in deze studie gebruikt worden, geëxtraheerd werden).

## Uitdrukkelijke uitsluitingscriteria

Voorts hebben wij, om onze analyses coherent en relevant te houden, bepaalde gegevens moeten uitsluiten.

De uitdrukkelijke uitsluitingscriteria zijn de volgende:

- alle dossiers arbeidsongeschiktheid en medische akkoorden van personen die overleden zijn tijdens de bestudeerde periode;
- alle dossiers arbeidsongeschiktheid en medische akkoorden van personen wiens arbeidsongeschiktheid beëindigd werd door pensionering;
- alle medische akkoorden tot deeltijdse werkhervatting waaraan geen enkel arbeidsongeschiktheidsdossier met aanvang tussen 1 januari 2018 en 30 juni 2021 gekoppeld kon worden;
- dossiers van korte duur (minder dan 30 dagen).

## Metingen of indicatoren gebruikt in deze studie

Meerdere metingen of indicatoren zullen verder berekend en gebruikt worden, zoals:

- de *duur van een arbeidsongeschiktheidsdossier* (gemeten in dagen) berekend vanaf de eerste dag van effectieve arbeidsongeschiktheid. Als de einddatum AO (en dus van het dossier) niet gekend is op 31 december 2021, beschouwen we dat de AO (of het dossier) niet stopgezet is en bepalen we de limietdatum van de AO op 31 december 2021. De duur die berekend wordt voor een niet-afgesloten dossier, is dus de minimumduur.

$$Duur_{dossier} = einddatum_{dossier} - begintatum_{dossier}$$

- De *termijn tussen de begintatum AO en de begintatum DWH* of nog *de wachttijd in AO vóór de DWH* (gemeten in dagen) wordt berekend vanaf de eerste dag van effectieve AO tot de eerste dag van effectieve deeltijdse werkhervatting.

$$Duur_{beginAO-beginDWH} = begintatum_{DWH} - begintatum_{AO}$$

- De *duur van een DWH* (gemeten in dagen) wordt berekend vanaf de eerste effectieve dag DWH tot de laatste effectieve dag DWH.

$$Duur_{DWH} = einddatum_{DWH} - begintatum_{DWH}$$

- De *resterende duur AO na een DWH* (gemeten in dagen) wordt berekend vanaf de einddatum DWH tot de laatste effectieve dag AO. Als de einddatum AO niet gekend is op 31 december 2021, beschouwen we dat de AO niet stopgezet is en bepalen we de limietdatum van de AO op 31 december 2021. De berekende

duur voor deze indicator is dus een minimumduur voor niet-afgesloten dossiers<sup>2</sup>.

Merk ook op dat wanneer een DWH enkele dagen vóór het einde van de AO eindigt (of vóór een volledige werkhervatting), wij dat beschouwen als een DWH dat doorliep tot het einde van de AO. Een voorafgaande sensitiviteitsanalyse heeft aangetoond dat een AO (of dossier) met een DWH en met een einddatum, in het algemeen samen met de DWH afgesloten wordt.

Het is natuurlijk ook mogelijk dat enkele tijd later een nieuw dossier geopend wordt (wat ook geldt voor de dossiers zonder DWH), maar dit is uitzonderlijk want in onze gegevens zien we in 95 % van de gevallen dat er geen nieuwe dossiers geopend worden.

$$Duur_{eindeDWH-eindeAO} = einddatum_{AO} - einddatum_{DWH}$$

## Medische diagnoses

Op basis van onze gegevens kunnen we tevens de medische diagnose identificeren bij intrede in, en bij verlenging van, arbeidsongeschiktheid. Die baseert zich op de internationale classificatie van ziekten ICD-10 (International Classification of Diseases, 10e herziening) die in totaal 21 hoofdstukken telt en enkele tienduizenden codes omvat. De laatst gekende diagnose in elk dossier wordt geselecteerd om zo veel mogelijk dossiers arbeidsongeschiktheid met een medische diagnose te bekomen. Deze keuze maakt het mogelijk het aandeel arbeidsongeschiktheidsdossiers zonder medische diagnose tot onder de 5% te brengen.

---

<sup>2</sup>Uit een recente gevoeligheidsanalyse van onze gegevens na een verlenging van de afsluitdatum van de studie met 12 maanden bleek dat onze resultaten en conclusies, verkregen door de afsluitdatum van de studie vast te stellen op 31 december 2021 (de datum van eerste gegevensextractie), niet significant verschilden van die verkregen door de afsluitdatum te verlengen tot 31 december 2022.

## 03 Resultaten

### Evolutie van het aantal personen in arbeidsongeschiktheid met DWH en het aantal uitkeringsgerechtigden

Zoals we in tabel 1 kunnen zien, is het aantal personen in arbeidsongeschiktheid met een DWH veel sneller toegenomen dan het aantal uitkeringsgerechtigden (namelijk de verzekerde gerechtigden in geval van arbeidsongeschiktheid). Tussen 2013 en 2019 is het aantal personen met DWH meer dan verdubbeld, terwijl het aantal verzekerde gerechtigden in geval van arbeidsongeschiktheid met minder dan 4 % is toegenomen.

Tabel 1: Evolutie tussen 2013 en 2019 van het aantal personen in arbeidsongeschiktheid met DWH en het aantal uitkeringsgerechtigden

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aantal personen in AO met DWH	6.364	6.660	8.057	9.229	10.313	12.530	13.781
<i>Evolutie ten opzichte van vorig jaar</i>		4,7 %	21,0 %	14,5 %	11,7 %	21,5 %	10,0 %
Aantal uitkeringsgerechtigden	872.663	876.889	883.609	880.957	889.152	901.802	906.391
<i>Evolutie ten opzichte van vorig jaar</i>		0,5 %	0,8 %	-0,3 %	0,9 %	1,4 %	0,5 %

### Leeftijd van de totale bevolking in arbeidsongeschiktheid en van verzekerden met een DWH

In tabel 2 zien we dat de gemiddelde en mediane leeftijd van personen met een DWH tijdens de AO lichtjes hoger liggen dan die van alle personen in AO. Ook blijkt dat personen met een DWH die leidt tot het einde van de AO, veel jonger zijn (4 à 5 jaar) dan personen met een DWH die niet leidt tot het einde van de AO. Jongere mensen zijn dus met andere woorden meer geneigd om de AO te beëindigen wanneer een ze deeltijds het werk hervatten. Dit resultaat is te begrijpen in het licht van het snellere herstel na ziekte of letsel van jongere mensen. Jonge mensen hebben namelijk vaak een sterker immuunsysteem en een groter vermogen tot celregeneratie, wat hun herstel kan bevorderen en hen in staat stelt sneller weer aan het werk te gaan.

Tabel 2: Leeftijd van de totale populatie in arbeidsongeschiktheid met DWH, met DWH zonder einde arbeidsongeschiktheid en met DWH met einde arbeidsongeschiktheid (2018-2021 voor de totale populatie in arbeidsongeschiktheid en 2018-2020 voor de personen met DWH)

Totale populatie in arbeidsongeschiktheid		DWH		DWH zonder einde AO		DWH met einde AO	
Gemiddelde-Mediaan	Min-Max	Gemiddelde-Mediaan	Min-Max	Gemiddelde-Mediaan	Min-Max	Gemiddelde-Mediaan	Min-Max
42,4-43	17-64	43,9-45	18-64	46,6-48	20-64	42,7-43	18-64

## Het aandeel van de leden met een DWH en het aandeel van de leden met een DWH én een einde AO, volgens hun karakteristieken

Figuur 1 laat zien dat bijna 1 op de 9 (11,5 %) personen met een dossier AO dat geopend werd tussen 1 januari 2018 en 30 juni 2021, deeltijds het werk hervat heeft. Meer dan 2 op de 3 (68,5 %) personen in DWH hebben de AO stopgezet tegen 31 december 2021 (datum gegevensextractie voor de studie). De dossiers AO met een DWH die nog loopt op 31 december 2021, worden beschouwd als niet-afgesloten dossiers.

Het aandeel personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn (reeds in AO in 2017, dus vóór de onderzochte periode) met een DWH die leidde tot het einde van de AO, is significant kleiner dan bij de nieuwe intredes in AO (58,8 % vs. 70,9 %). De nieuwe intredes in AO zijn dus met andere woorden meer geneigd om de AO te beëindigen bij een deeltijdse werkhervatting. Een verklaring kan zijn dat personen in langdurige AO geconfronteerd worden met ernstigere gezondheidsproblemen dan de personen die juist een AO starten, en dus meer tijd nodig hebben voor de behandeling en het herstel.

Uit onze gegevens blijkt ook dat vrouwen meer gebruik maken van de DWH dan mannen. Inderdaad, 14 % van de vrouwen in AO hervat het werk deeltijds, terwijl het percentage voor mannen 8,7 % is. Deze laatsten lijken iets meer dan vrouwen geneigd te zijn om een AO te beëindigen wanneer ze het werk deeltijds hervatten (70,4 % vs. 67,4 %).

De DWH tijdens de AO is minder frequent bij jongeren (18-34 jaar). Jongere mensen zijn volgens onze gegevens wel meer geneigd om de AO te beëindigen wanneer het werk deeltijds wordt hervat. Een verklaring zou zijn dat jongere mensen sneller herstellen na ziekte of een letsel, wat hun herstel kan bevorderen en hen in staat kan stellen sneller weer aan het werk te gaan.

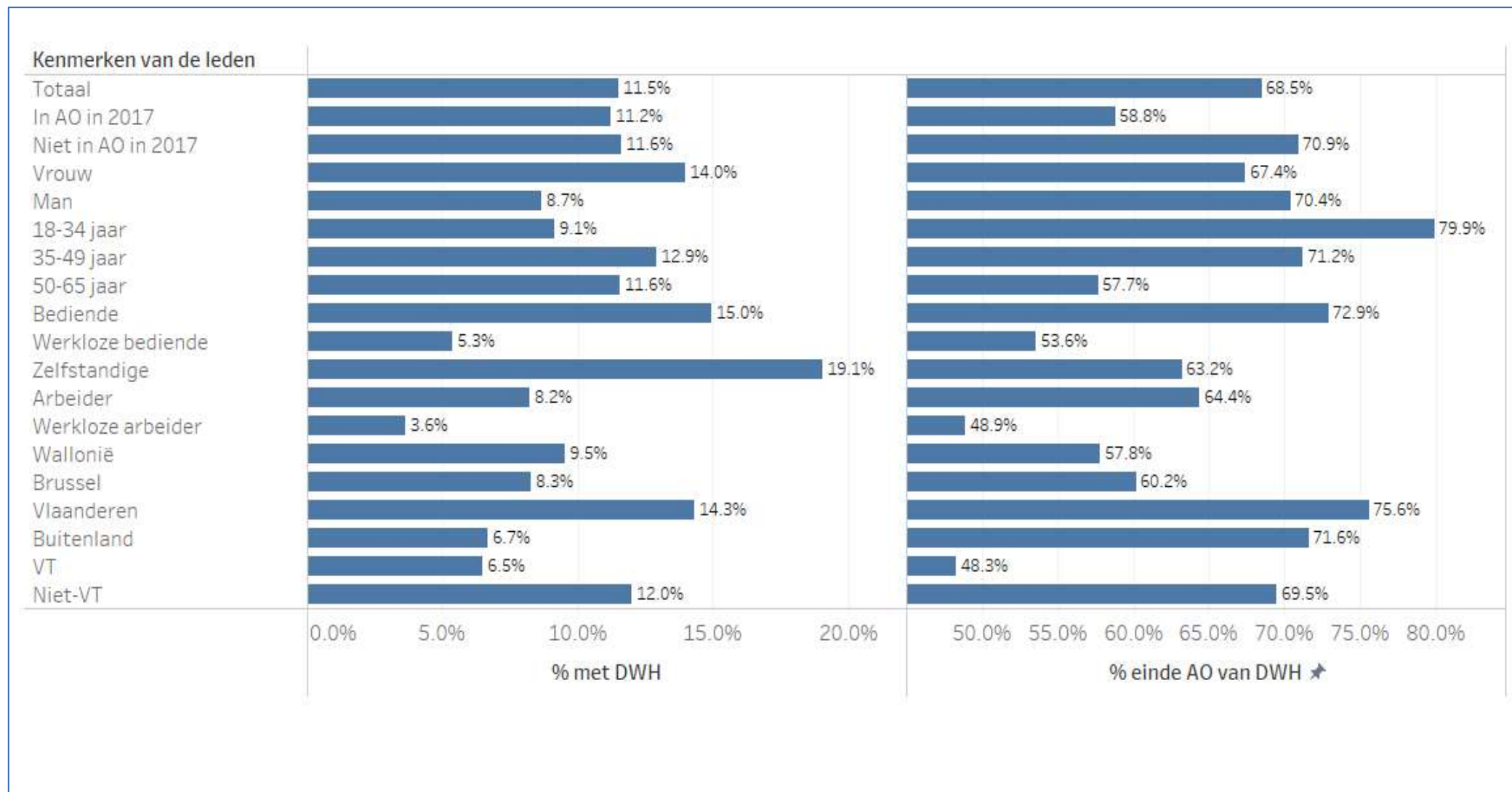
De bedienden en zelfstandigen doen het meest een beroep op de DWH (respectievelijk 15,0 % en 19,1 %). De bedienden lijken meer kans te hebben op een einde van de AO wanneer de DWH ingevoerd wordt (72,9 % van de bedienden met een DWH beëindigt ook de AO), terwijl de gemengde statuten (bediende-werkloze en arbeider-werkloze) niet alleen de statuten zijn die het minst een beroep doen op de DWH, maar ook minder kans lijken te hebben de AO te beëindigen wanneer een het werk deeltijds hervat wordt.

De inwoners van Vlaanderen maken veel meer gebruik van de DWH dan de inwoners van de twee andere gewesten. Ze lijken ook meer kans te hebben de AO te beëindigen wanneer het werk deeltijds hervat wordt (en omgekeerd voor Wallonië en Brussel). Een verklaring voor het grotere beroep op de DWH's in Vlaanderen zou een meer dynamische economische en arbeidsmarkt in deze regio kunnen zijn, die het aanbod van de DWH mogelijk beïnvloedt.

De rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (VT) (indicator voor de kwetsbaarheid van een persoon) hervatten zelden deeltijds het werk tijdens de AO (6,5 % vs. 12,0 % voor niet-VT's) en hebben minder kans de AO te beëindigen wanneer een DWH ingevoerd wordt (48,3 % vs. 69,5 %).



Figuur 1: Percentage leden met DWH onder de leden in AO en percentage leden met einde AO onder leden met DWH, volgens hun kenmerken

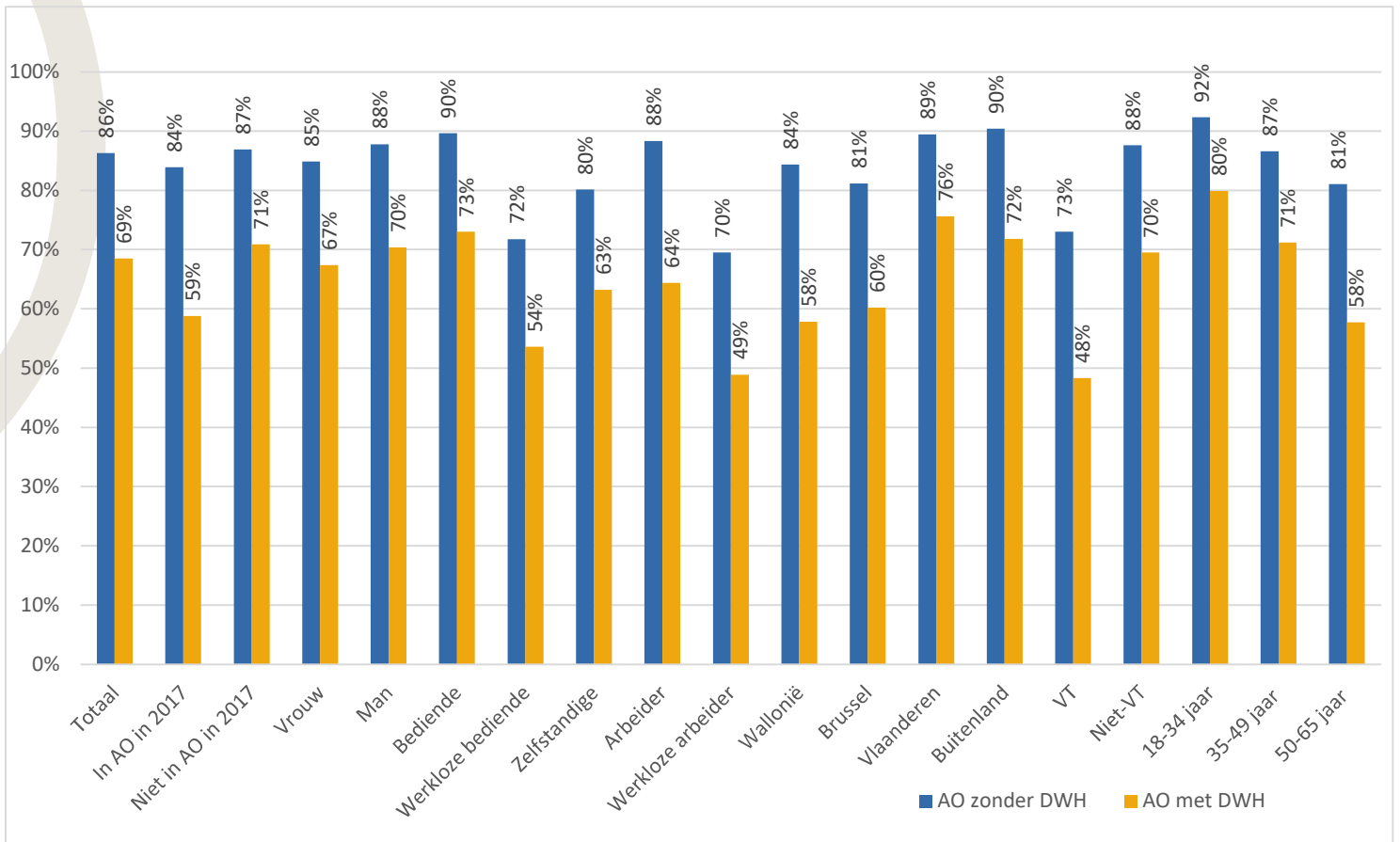


## Percentage einde AO bij dossiers met en zonder DWH, volgens de karakteristieken van de leden

Uit figuur 2 blijkt dat het aandeel afgesloten arbeidsongeschiktheidsdossiers bij dossiers zonder medisch akkoord tot DWH aanzienlijk groter is dan bij dossiers met DWH (86 % vs. 69 %), ongeacht de kenmerken van de onderzochte leden in AO. Dit resultaat is niet verrassend, aangezien personen in AO met een DWH per definitie mensen zijn die geleidelijk aan weer aan het werk willen en voldoende tijd hebben om te rusten en te herstellen (vanwege hun gezondheidstoestand), waardoor het langer kan duren voordat zij weer volledig aan het werk zijn.

Figuur 2 toont dat de profielen die het meest kans hebben om de AO te beëindigen wanneer een DWH wordt ingevoerd (namelijk de nieuwe intredes in AO, jonge mensen, inwoners van Vlaanderen, bedienden en niet-VT's), diegene zijn met het kleinste relatieve verschil tussen de percentages beëindiging AO met en zonder DWH. Met andere woorden, voor deze profielen liggen de kansen op succes in termen van volledige werkhervatting of beëindiging van de AO relatief dicht bij elkaar tussen dossiers met en zonder DWH. Een verklaring zou de verhouding tot arbeid zijn. Deze is gemakkelijker voor mensen die onlangs ziek zijn geworden, voor jongeren, voor mensen die in Vlaanderen wonen (volledige tewerkstelling) en voor niet-VT's.

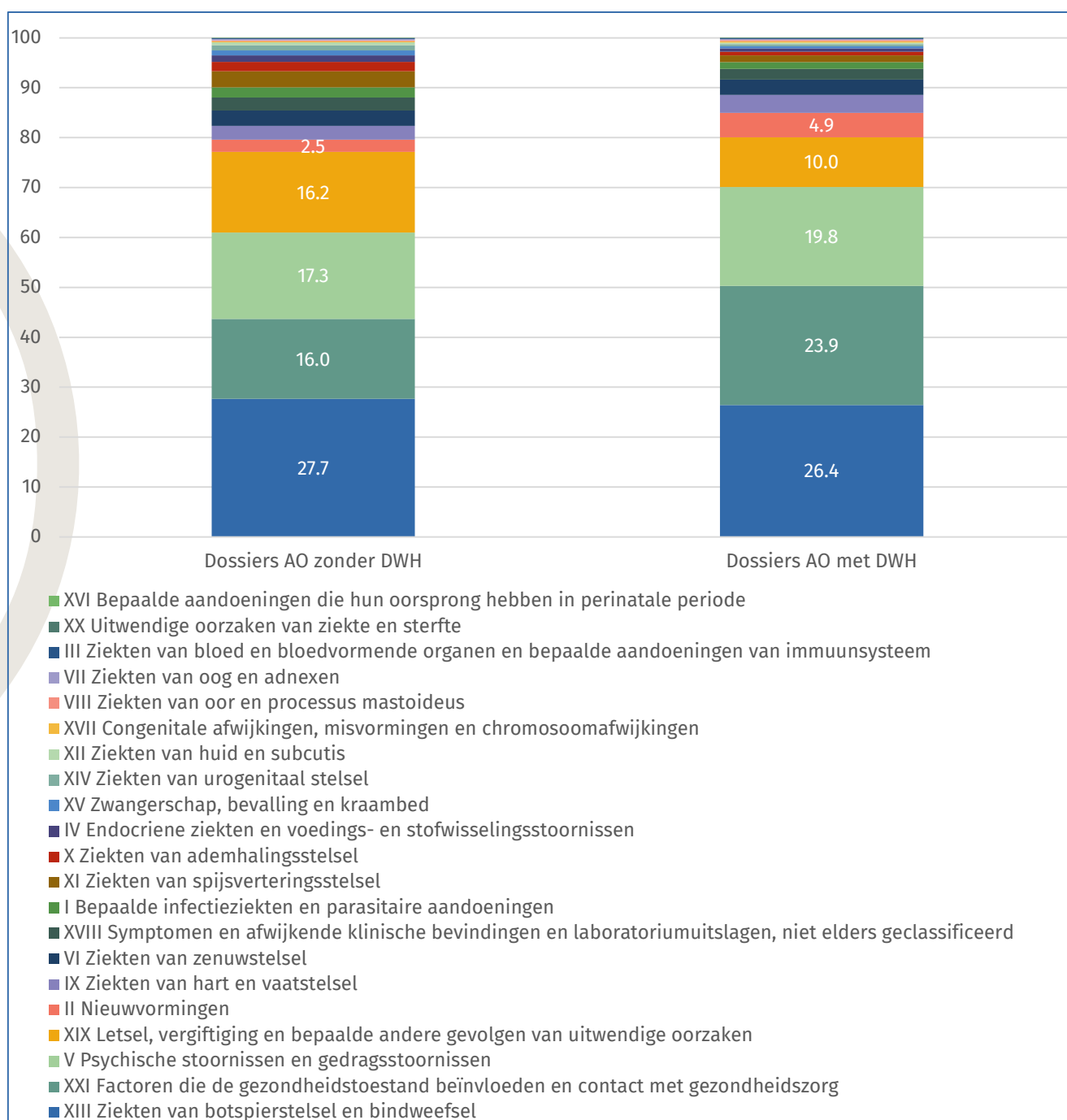
Figuur 2: Percentage eindes arbeidsongeschiktheid onder de dossiers met en zonder DWH, volgens de kenmerken van de leden in arbeidsongeschiktheid



## Onderverdeling volgens medische diagnose van de AO dossiers met en zonder DWH

Uit figuur 3 blijkt dat vier groepen medische diagnoses (namelijk hoofdstuk XIII: ziekten van het botspierstelsel en het bindweefsel; hoofdstuk XXI: factoren die van invloed zijn op de gezondheidstoestand en redenen om een beroep te doen op de gezondheidszorg, voornamelijk burn-out; hoofdstuk V: psychische en gedragsstoornissen; en hoofdstuk XIX: traumatische letsels en bepaalde andere gevolgen van externe oorzaken) de overgrote meerderheid (ongeveer 80 %) van de nieuwe dossiers AO zonder en met DWH verklaren.

Figuur 3: Verdeling van de dossiers AO zonder DWH en van de dossiers AO met DWH volgens medische diagnose (in %)

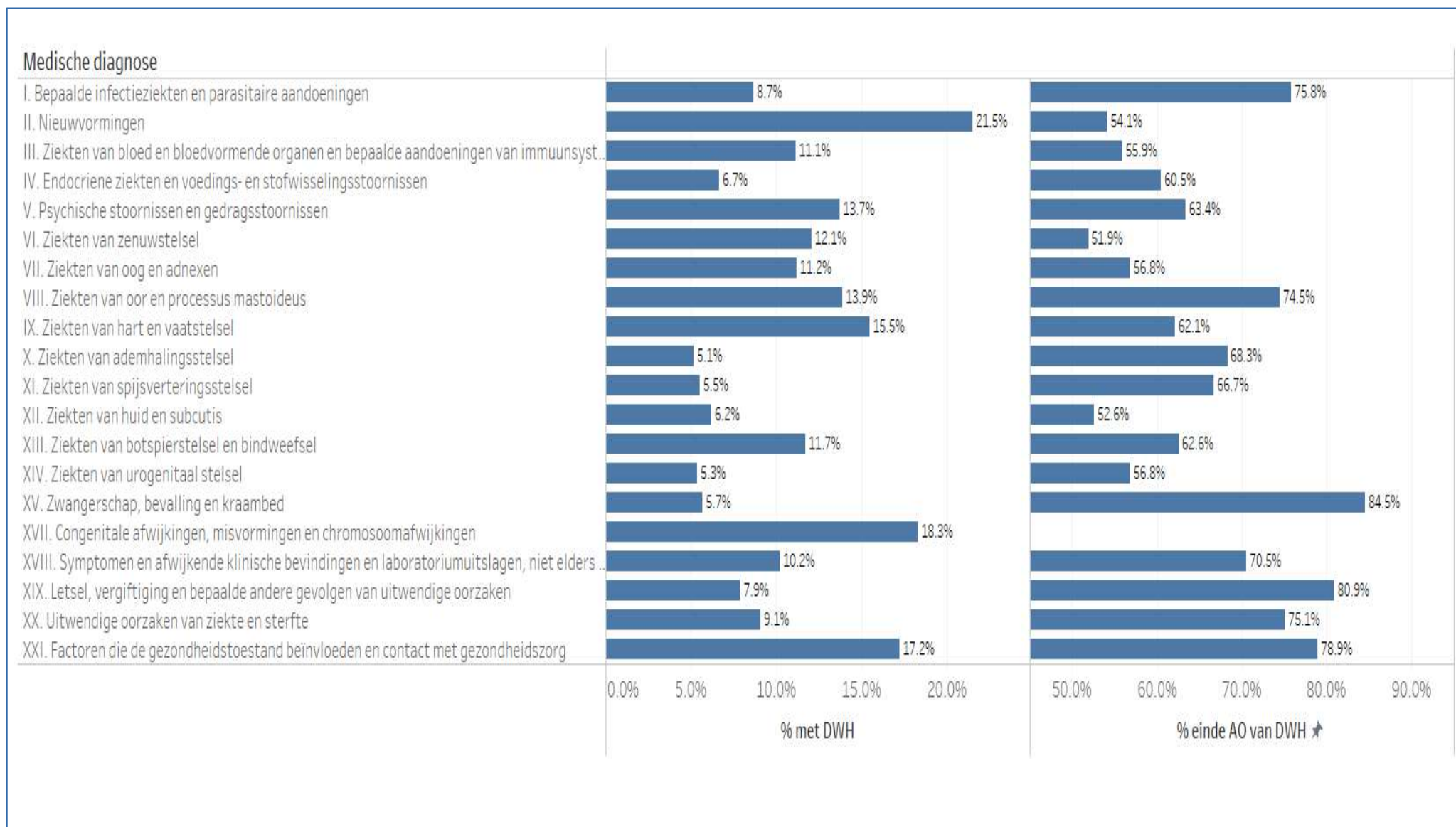


## Onderverdeling volgens de medische diagnose van het aandeel leden met een DWH en van het aandeel leden met een DWH én een einde AO

Uit figuur 4 blijkt dat onder de belangrijkste medische diagnoses van AO, hoofdstuk XXI (factoren die van invloed zijn op de gezondheidstoestand en redenen om een beroep te doen op de gezondheidszorg) in het bijzonder verband houdt met de DWH. De personen die arbeidsongeschikt zijn met deze medische diagnose (maar ook omwille van traumatische letsels en bepaalde andere gevolgen van externe oorzaken - hoofdstuk XIX) lijken ook meer kans te hebben om de AO te beëindigen wanneer een DWH ingevoerd wordt.

Andere medische diagnoses met een relatief hoog aandeel DWH's zijn hoofdstuk II (tumoren) en hoofdstuk IX (ziekten van de bloedsomloop). Merk op dat personen in AO omwille van deze medische diagnoses minder geneigd lijken te zijn om de AO te beëindigen wanneer een DWH wordt ingevoerd.

Figuur 4: Percentage leden met DWH onder de leden in AO en percentage leden met einde AO onder leden met DWH, per medische diagnose

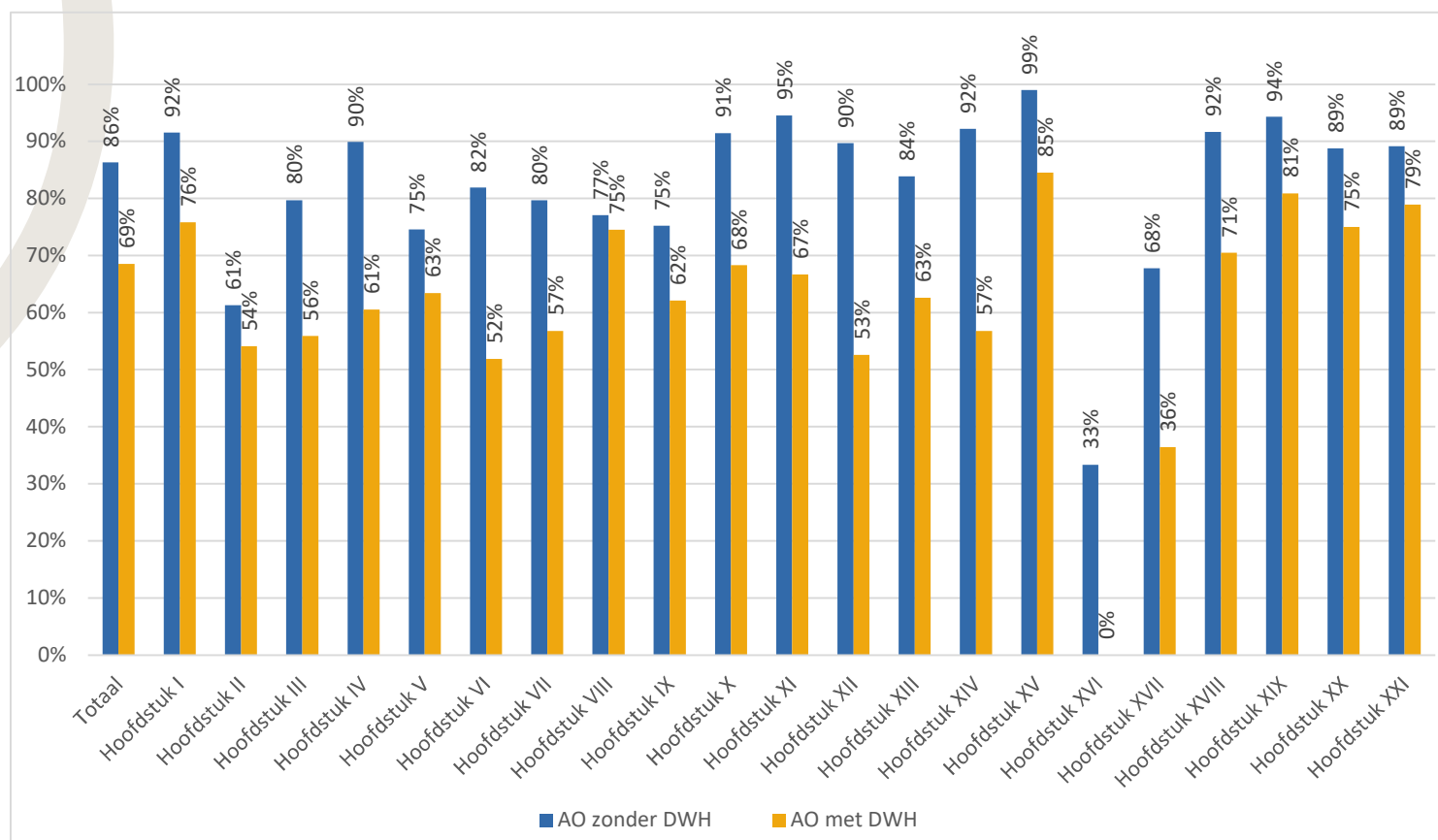


## Onderverdeling volgens medische diagnose van het percentage van dossiers met een einde AO van de dossiers met en zonder DWH

Ongeacht de medische diagnose van de AO is het aandeel afgesloten dossiers AO onder de dossiers zonder een medisch akkoord tot DWH aanzienlijk hoger dan de dossiers met DWH (figuur 5). Mensen die wegens hun gezondheidstoestand het werk niet voltijds kunnen hervatten (omdat zij voldoende tijd nodig hebben om te rusten en te herstellen), kunnen deeltijds gaan werken in combinatie met de betaling van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, waardoor het langer kan duren voordat zij het werk volledig hervatten. Deze resultaten mogen dus niet worden geïnterpreteerd als een bewijs van de nutteloosheid van de DWH's. Integendeel, de DWH is voor bepaalde profielen een pertinente optie binnen het bredere gamma aan opties voor de terugkeer naar het werk.

Onder de belangrijkste medische diagnoses van AO zijn diegene met het meeste kans op een einde van de AO wanneer een DWH wordt ingevoerd de medische diagnoses met het kleinste relatieve verschil tussen de percentages beëindiging AO met en zonder DWH. Met andere woorden, voor deze medische diagnoses liggen de kansen op succes in termen van volledige werkhervatting of beëindiging van de AO relatief dicht bij elkaar tussen dossiers met en zonder DWH. Het gaat daarbij om hoofdstuk XXI - factoren die van invloed zijn op de gezondheidstoestand en redenen om een beroep te doen op de gezondheidszorg en hoofdstuk XIX - traumatische letsels en bepaalde andere gevolgen van externe oorzaken.

Figuur 5: Percentage eindes arbeidsongeschiktheid onder de dossiers met en zonder DWH, per medische diagnose

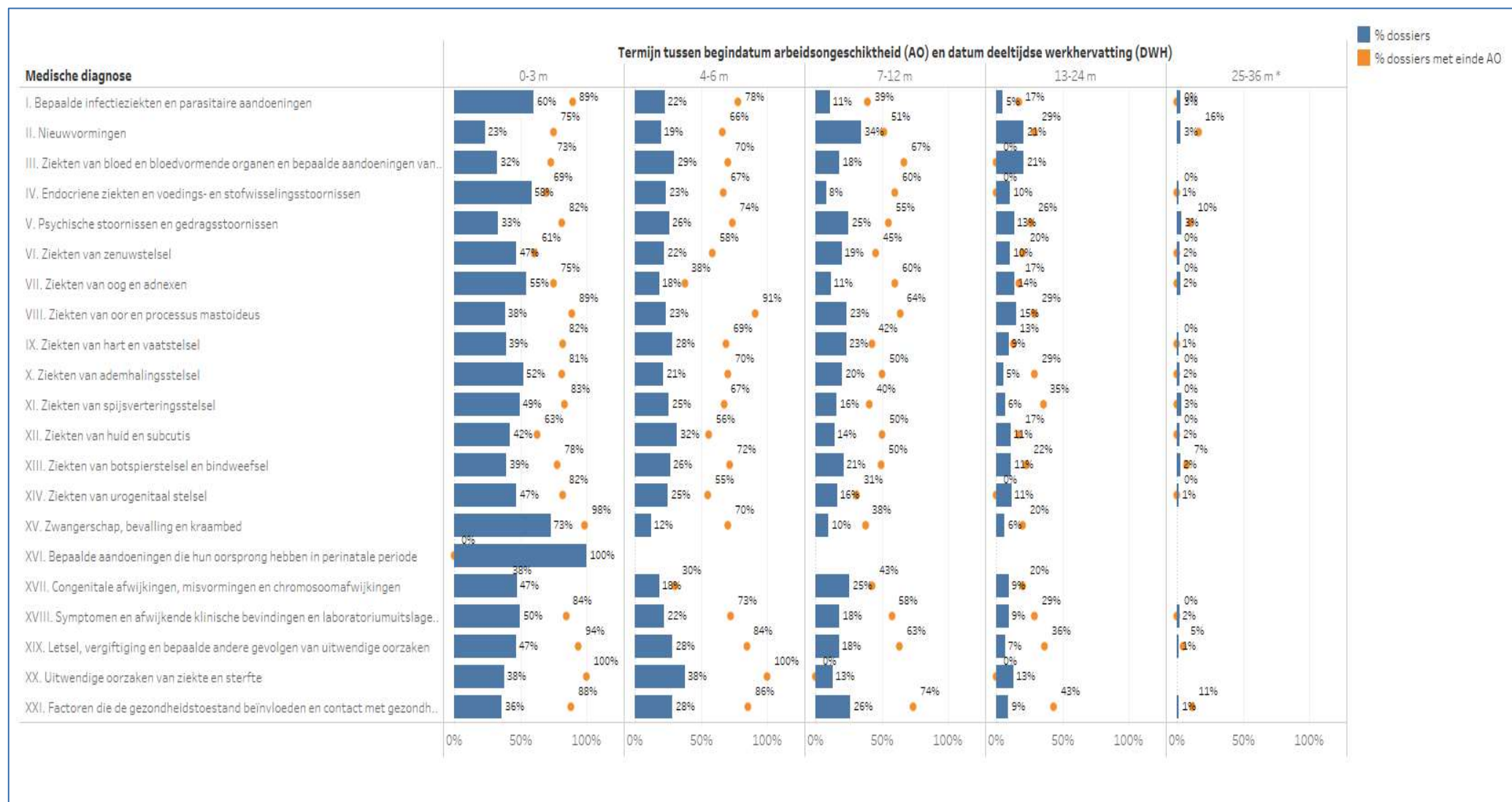


## Percentage dossiers met DWH volgens de termijn tussen de begindatum AO en de begindatum DWH en percentage einde AO onder deze dossiers, volgens de medische diagnose

Figuur 6 bevat per medische diagnose het percentage dossiers met DWH volgens de termijn tussen de begindatum AO en de begindatum DWH, alsook het percentage van de dossiers met einde AO. Meestal kunnen we stellen dat wanneer een DWH ingevoerd wordt, de termijn tussen de aanvang van de AO en de aanvang van de DWH korter is dan 6 maanden (zelfs korter dan 3 maanden). De DWH start later voor de meest invaliderende ziekten zoals tumoren, bloedziekten en ziekten van de bloedvormende organen. Uit de gegevens blijkt eveneens dat het aandeel dossiers met AO daalt wanneer de termijn tussen de aanvang van de AO en de aanvang van de DWH langer is (en omgekeerd). Wij kunnen begrijpen dat de mensen die snel weer deeltijds kunnen gaan werken, degenen zijn die een minder ernstige ziekte hebben waardoor zij sneller uit de arbeidsongeschiktheid kunnen komen. Omgekeerd kan een ernstigere ziekte een langere herstelperiode vergen, en kan het in dat geval raadzaam zijn een langere pauze in te lassen alvorens weer, zelfs deeltijds, aan het werk te gaan.

Als we kijken naar de drie voornaamste medische diagnoses van de nieuwe dossiers AO (hoofdstuk XIII: ziekten van het botspierstelsel en het bindweefsel; hoofdstuk XXI: factoren die van invloed zijn op de gezondheidstoestand en redenen om een beroep te doen op de gezondheidszorg en hoofdstuk V: psychische en gedragsstoornissen), zien we dat bijna 1 op de 3 dossiers met DWH aanvangt binnen de drie maanden na de opening van het dossier AO, bijna 1 op de 4 dossiers tussen de 4e en 6e maand na de opening van het dossier en ook bijna 1 op de 4 dossiers tussen de 7e en 12e maand na de opening van het dossier. Na de 12e maand na de opening van het dossier daalt het aandeel dossiers met DWH aanzienlijk voor quasi alle medische diagnoses, behalve dan voor ziekten die verband houden met tumoren (hoofdstuk II) en bloedziekten en ziekten van bloedvormende organen (hoofdstuk III).

Figuur 6: Percentage dossiers met DWH volgens de termijn tussen de begindatum AO en de begindatum DWH en percentage einde AO onder deze dossiers, per medische diagnose



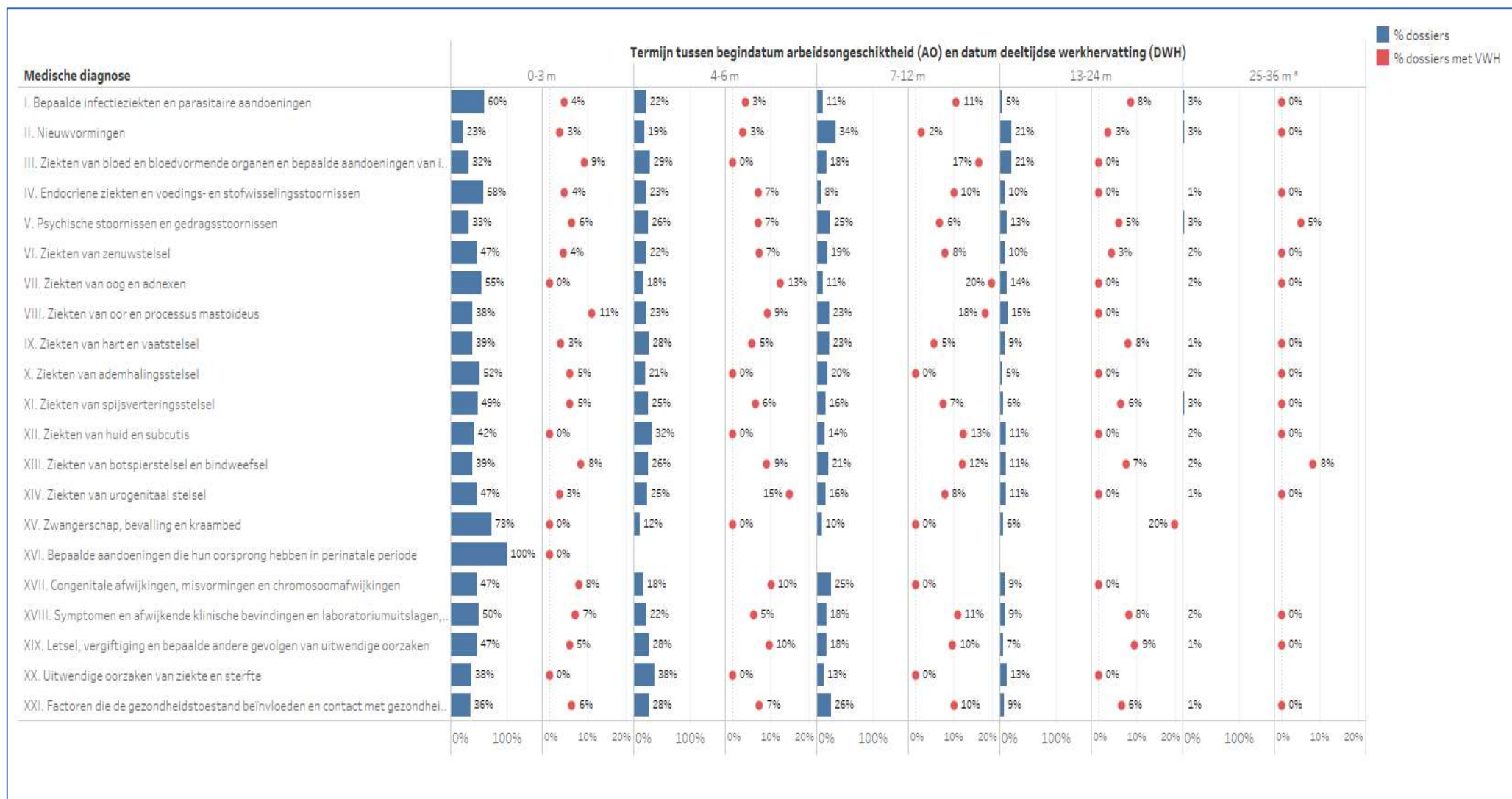
\* de gegevens over de DWH's die beslist werden tussen de 25e en 36e maand na de aanvang van de AO moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden, aangezien wij in deze studie focussen op de nieuwe dossiers AO. Het is dus niet verwonderlijk dat er percentages DWH op 0 of dicht bij 0 staan voor dossiers AO van lange duur.



## Aandeel van de dossiers AO met een DWH volgens de duur tussen de begindatum van de AO en de begindatum van de DWH, en aandeel verplichte werkhervattingen, volgens de medische diagnose

Figuur 7 toont het percentage eindes AO na een verplichte werkhervatting (VWH) onder personen in DWH en volgens de medische diagnose. Dit aandeel ligt meestal onder de 10 % (of zelfs onder de 5 %) wanneer de DWH start binnen de drie maanden na de opening van het dossier AO. In het algemeen neemt dit aandeel VWH's onder de personen met DWH toe wanneer de DWH ingevoerd wordt tussen de 4e en 12e maand (en meer bepaald tussen de 7e en 12e maand).

Figuur 7: Percentage dossiers met DWH volgens de termijn tussen de begindatum AO en de begindatum DWH en percentage verplichte werkhervatting (VWH) onder deze dossiers, per medische diagnose



\* de gegevens over de DWH's die beslist werden tussen de 25e en 36e maand na de aanvang van de AO moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden, aangezien wij in deze studie focussen op de nieuwe dossiers AO. Het is dus niet verwonderlijk dat er percentages DWH op 0 of dicht bij 0 staan voor dossiers AO van lange duur.

## Gemiddelde lengte van een dossier AO met een DWH

Figuur 8 bevat per medische diagnose de gemiddelde duur van de dossiers AO met DWH, en splitst die op in 3 delen (de duur tussen de aanvang van de AO en de aanvang van de DWH, de wachttijd in AO alvorens de DWH aanvangt, de duur in DWH en de resterende duur AO na een DWH<sup>3</sup>).

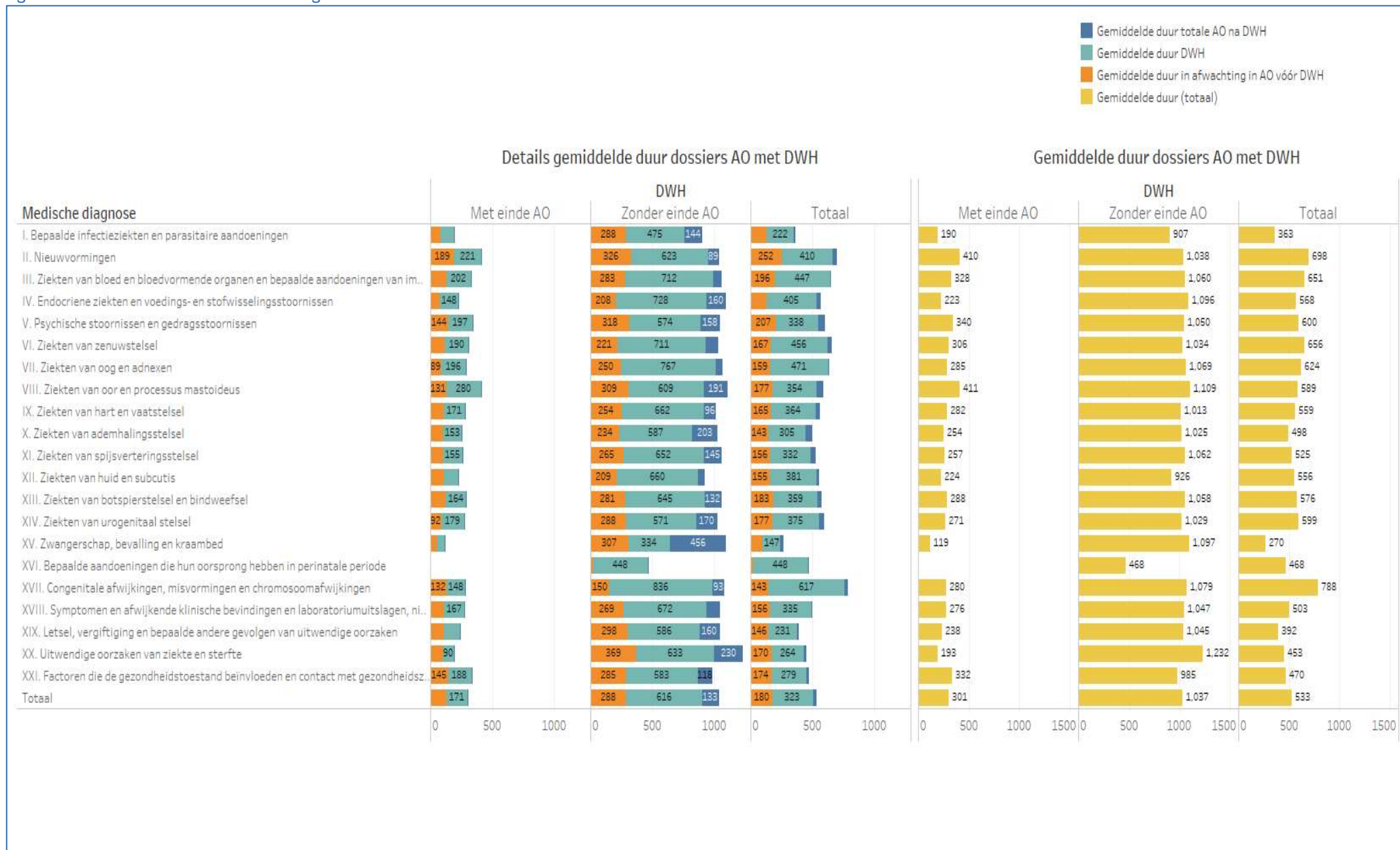
De gemiddelde duur van dossiers AO met DWH die eindigen, is aanzienlijk korter dan die van de dossiers die niet eindigen.

De dossiers met de meest invaliderende medische diagnoses, zoals ziektes die verband houden met tumoren, bloedziektes en ziektes van bloedvormende organen, aangeboren misvormingen en chromosoomafwijkingen, kennen een relatief lange gemiddelde duur van AO, wat kan worden verklaard door een relatief lange wachttijd voordat de DWH aanvangt, maar ook door een langere tijd in DWH.

---

<sup>3</sup> De duur van de resterende AO zal uiteraard nul zijn wanneer de AO met DWH daadwerkelijk eindigt. In enkele gevallen eindigt de DWH enkele dagen vóór het einde van de AO. In dit geval zijn we ervan uitgegaan dat de DWH heeft geleid tot het einde van de AO en dat de duur van de resterende AO na DWH gelijk was aan 0.

Figuur 8: Gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheidsdossiers met DWH



## 04 Samenvatting van de resultaten

---

Het doel van deze studie was om de medische akkoorden tot deeltijdse werkhervatting van personen in arbeidsongeschiktheid te analyseren op basis van de administratieve gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Wij hebben ervoor gekozen de nieuwe dossiers arbeidsongeschiktheid te bestuderen, namelijk alle intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 1 januari 2018 en 30 juni 2021.

Op basis van onze analyses konden we vaststellen dat het aantal personen in arbeidsongeschiktheid met DWH meer dan verdubbeld is tussen 2013 en 2019, terwijl het aantal uitkeringsgerechtigden in diezelfde periode met minder dan 4 % is toegenomen.

Personen met een DWH die leidt tot het einde van de AO, zijn veel jonger (4 à 5 jaar) dan personen met een DWH die niet leidt tot het einde van de AO. Een verklaring zou zijn dat jongere mensen sneller herstellen na ziekte of een letsel en een sterker immuunsysteem hebben, wat hun herstel kan bevorderen en hen in staat kan stellen sneller weer aan het werk te gaan.

Verder blijkt ook uit de studie dat het aandeel afgesloten dossiers AO onder de dossiers zonder een medisch akkoord tot DWH aanzienlijk groter is dan de dossiers met DWH (86 % vs. 69 %). Inderdaad, personen in AO met een DWH zijn per definitie mensen die geleidelijk aan weer aan het werk willen (en kunnen) en voldoende tijd hebben om te rusten en te herstellen (vanwege hun gezondheidstoestand), waardoor het langer kan duren voordat zij weer volledig aan het werk zijn.

Dankzij de studie stellen we ook vast dat het aandeel dossiers met einde AO afneemt wanneer de termijn tussen het begin van de AO en het begin van de DWH toeneemt (en omgekeerd). De verklaring hiervoor zou zijn dat de mensen die snel weer deeltijds kunnen gaan werken, diegenen zijn die een minder ernstige ziekte hebben waardoor zij sneller uit de arbeidsongeschiktheid kunnen komen. Omgekeerd kan een ernstigere ziekte een langere herstelperiode vergen en kan het in dat geval raadzaam zijn een langere pauze in te laten alvorens weer aan het werk te gaan, zelfs deeltijds.

De dossiers met de meest invaliderende medische diagnoses, zoals ziektes die verband houden met tumoren, bloedziektes en ziektes van bloedvormende organen, aangeboren misvormingen en chromosoomafwijkingen, kennen een relatief lange gemiddelde duur van AO, wat kan worden verklaard door een relatief lange wachttijd voordat de DWH aanvangt, maar ook door een langere tijd in DWH en dus een veel langere hersteltijd.

## 05 Bespreking en aanbevelingen

---

Eerst en vooral schetsen we de algemene context opnieuw: een half miljoen mensen is invalide en het budget voor de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid is de derde uitgavenpost van de sociale zekerheid, na de pensioenen en de zorg. Het budget overschrijdt jaarlijks de 10 miljard euro. Dit zorgt voor grote druk op de financiering van de sociale zekerheid, die ook beïnvloed wordt door de tewerkstellingsgraad. Deze tewerkstellingsgraad doen stijgen is een ware uitdaging, vooral in Vlaanderen waar de werkloosheidsgraad op zijn laagst is.

Daarnaast kan het systeem ook moeilijk de huidige stijging van het aantal arbeidsongeschikten absorberen omwille van het tekort aan erkende adviserend artsen. En de prognoses zijn ook niet bepaald optimistisch: met een onveranderd beleid voorziet het Planbureau een sterke groei van de invaliden tot zeker begin 2030. En het zou zeker een generatie duren alvorens de cijfers weer zullen zakken tot hun huidig niveau. De herziening van de organisatorische bepalingen van het systeem is dus brandend actueel en besprekingen hieromtrent tussen de verzekeringsinstellingen en het RIZIV zijn lopende.

Het is noodzakelijk eraan te herinneren dat het uitkeringensysteem voor arbeidsongeschiktheid een onontbeerlijk vangnet is voor zieke gerechtigden. Tegelijkertijd is het van cruciaal belang om de trimestriële statistieken van StatBel in acht te nemen, die een (veel) lagere tevredenheid over de levensomstandigheden aanhalen bij arbeidsongeschikten dan bij de werknemers, werkzoekenden, gepensioneerden of huisvrouwen/-mannen, of studenten. Niet enkel de ziekte speelt hierbij een rol, maar ook de levensomstandigheden naar aanleiding van die ziekte en dan meer bepaald de sociale afzondering en de daling van de inkomsten.

In deze complexe context is de terugkeer naar het werk van personen in arbeidsongeschiktheid, maar met voldoende resterende capaciteiten, volstrekt logisch aangezien het ten voordele is van de gerechtigden zelf, de sociale zekerheid en de duurzaamheid van ons systeem. Een paradigmaverschuiving dringt zich dan ook op, waarbij de nadruk komt te liggen op de restcapaciteiten en het arbeidspotentieel. De deeltijdse werkhervattingen zijn daar een perfect voorbeeld van.

We kunnen ons dus alleen maar verheugen dat de deeltijdse werkhervatting een groot succes kent (stijging van meer dan 100 % tussen 2013 en 2019). Dit succes houdt ongetwijfeld verband met de evolutie naar een meer flexibele arbeidsduur voor vele werknemers (bijvoorbeeld 4/5<sup>e</sup> of 3/5<sup>e</sup> werken). Verder worden de uitkeringen ook niet verminderd als het aangepast werk onder 1/5 van de tijd blijft. Als het aangepaste werk meer dan 1/5 bedraagt, dan worden de uitkeringen enkel aangepast voor de uren die de 1/5 overschrijden.

Concreet betekent dit dat bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen 1 op de 9 personen die tussen 1 januari 2018 en 30 juni 2021 arbeidsongeschikt werden, opnieuw deeltijds gaat werken in elk van de bestudeerde jaren. Deze deeltijdse werkhervatting leidt bij 2/3 van hen tot een volledige beëindiging van de arbeidsongeschiktheid als de gezondheidstoestand dit natuurlijk toelaat.

Mensen in het midden van hun loopbaan zijn de leeftijdsgroep die het meest gebruik maakt van deeltijdse werkhervatting. Jongeren (18-34 jaar) maken er minder gebruik van, maar we stellen in deze leeftijdsgroep meer spontane werkhervattingen vast.

Mensen aan het einde van hun loopbaan die over voldoende capaciteit beschikken, zouden ook meer van dit systeem kunnen profiteren. Deze doelgroep heeft ook vaker nood aan een hybride oplossing waarbij aangepast werk verricht kan worden, zoals bijvoorbeeld deeltijds werk.

Bovendien zijn het in het geval van de Onafhankelijke Ziekenfondsen vooral bedienden en zelfstandigen die van dit systeem gebruik maken. Het kan dus van belang zijn om arbeiders met voldoende capaciteiten en hun werkgevers bewust te maken van de mogelijke voordelen van het systeem voor deeltijdse werkhervatting, door rekening te houden met de organisatie van het werk van arbeiders en de opleidingen die eventueel nodig zijn.

Tot slot blijkt uit de studie dat van de belangrijkste medische diagnoses voor arbeidsongeschiktheid mensen met mentale stoornissen het vaakst het werk deeltijds hervatten. We beweren helemaal niet dat alle personen met deze ziektes het werk deeltijds zouden moeten hervatten. De deeltijdse werkhervatting kan wel interessant zijn voor alle profielen en we willen gewoon onderstrepen dat met deze specifieke diagnoses momenteel vaker het werk deeltijds hervat wordt.

Daarnaast is het eveneens relevant om het systeem te optimaliseren en flexibeler te maken, alsook minder complex op administratief vlak. Tenslotte kan men vraagtekens zetten bij de sancties wanneer deze gekoppeld zijn aan laattijdige aangiftes, op het moment dat de sociaal verzekerde een 'positief' gebaar van werkhervatting maakt.

In ieder geval moet de positieve kant van deeltijdse werkhervatting nog meer worden benadrukt, aangezien dit de gerechtigde in staat stelt op flexibele wijze weer aan het werk te gaan, als de medische situatie en de werkcontext het natuurlijk mogelijk maken. In dit verband benadrukken we het positieve aspect van de begeleiding van de adviserend arts die, aanvullend op de begeleiding van de huisarts en arbeidsarts, de focus legt op het traject van de gerechtigde met betrekking tot zijn/haar arbeidsongeschiktheid. De begeleiding door de paramedici en door de terug-naar-werkcoördinatoren, opgestart in 2022, is tevens een grote stimulans.

Deze deeltijdse werkhervatting moet door de verzekeringsinstellingen en de autoriteiten meer worden gepromoot, niet alleen bij de gerechtigden maar ook bij de professionals die met hen in contact staan, waaronder in de eerste plaats de behandelende artsen, de werkgevers en de arbeidsbemiddelingsdiensten.

Ten slotte staan de Onafhankelijke Ziekenfondsen open voor meer stimulansen voor een volledige of deeltijdse terugkeer naar het werk die tevens het einde van de arbeidsongeschiktheid ondersteunen.



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

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

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juni 2023  
(Ondernemingsnummer 411 766 483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

helan  Onafhankelijk ziekenfonds

 freie  
krankenkasse

part&namut  
Mutualité Libre