



# De re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten

Terug van nooit weggeweest!?





# Inhoud

- 1 Inleiding 5
  - 2 Langdurig arbeidsongeschikten: een onstuitbare tsunami? 8
  - 3 Een andere kijk op arbeidsongeschiktheid en gezondheid 10
  - 4 Een regelgevend kader:  
noodzakelijk maar niet zaligmakend 16
  - 5 Ondersteuning van werknemer én werkgever:  
geen luxe maar noodzaak 23
  - 6 Een gezond financieel kader  
als sleutel tot meer progressieve werkhervattingen 31
  - 7 Slotbeschouwing 36
- Samenvatting 41
- Literatuur 43
- Dankwoord 44
- Bijlagen 45



# 1

## Inleiding

Het aantal werklozen mag dan al enkele jaren in dalende lijn zijn, het aantal mensen in arbeidsongeschiktheid en invaliditeit blijft toenemen. Die zorgwekkende evolutie zorgt voor een grote druk op de houdbaarheid van de sociale zekerheid. Maar nog belangrijker: deze alarmerende aantallen wijzen op de negatieve spiraal waarin langdurige arbeidsongeschikten dreigen terecht te komen. Hoe langer de ziekteperiode duurt, hoe moeilijker het wordt om de draad weer op te nemen en opnieuw aan de slag te gaan. Dat is zorgwekkend omdat psychosociale factoren hierin een rol spelen, veel meer dan strikt medische klachten. Anders gesteld: na verloop van tijd verdwijnen de eigenlijke medische klachten en duiken psychosociale factoren op als drempels om weer aan het werk te gaan. Het spreekt voor zich dat dit niet voor alle langdurig arbeidsongeschikten geldt en tijdens elke fase van de arbeidsongeschiktheid. Wie ziek wordt, heeft in de eerste plaats alle rust en medische zorg nodig. Maar voor de meerderheid van de langdurig arbeidsongeschikten zou een actieve deelname aan het maatschappelijk leven een essentieel onderdeel van hun herstel kunnen betekenen. Wetenschappelijk onderzoek heeft uitgewezen dat een termijn van drie maanden hier cruciaal is: wie langer dan drie maanden thuis blijft, ziet zijn kansen op een terugkeer aanzienlijk verkleinen.<sup>1</sup> Bovendien speelt hier ook een soort *self fulfilling prophecy*. Mensen maken zelf een inschatting van hun gezondheid. Wat blijkt? Door de grotere impact van psychosociale factoren achten mensen de kans alsmat kleiner dat ze opnieuw aan de slag zullen gaan. Resultaat? Een groot deel van deze groep gaat effectief ook niet meer aan het werk. Concreet: 1/3 van de 50-plussers

acht de kans gering nog aan het werk te zijn op hun 60ste; slechts 2,4% van die mensen is 10 jaar later nog aan het werk.<sup>2</sup>

Zowel de individuen als de maatschappij als geheel hebben erbij te winnen dat langdurig arbeidsongeschikten weer aan de slag kunnen. Werken geeft zin, zorgt voor productiviteit en welvaart en maakt een genereuze solidariteit tussen mensen mogelijk middels de sociale zekerheid. Bovendien hebben we in tijden van arbeidskrapte ook alle handen en hoofden nodig die een bijdrage kunnen leveren, hoe bescheiden dat in sommige individuele gevallen ook is. Om al die redenen hebben we als maatschappij de plicht om elke langdurig arbeidsongeschikte opnieuw naar werk te begeleiden als dat kan.

Om meer langdurig arbeidsongeschikten aan het werk te krijgen, bepleit UNIZO in de eerste plaats dat we inzetten op een algemene mentaliteitswijziging. We moeten met een andere bril kijken naar arbeidsongeschiktheid en gezondheid. Een positieve insteek die vertrekt vanuit het talentkapitaal van mensen is cruciaal. Tegelijkertijd moet dat zowel de langdurig arbeidsongeschikten als de werkgevers ertoe aanzetten veel vroeger in de periode van arbeidsongeschiktheid na te denken over een terugkeer naar werk.

<sup>1</sup> Zie Lode Godderis (2017), *Werken is genezen. Over de bijwerkingen van het doktersbriefje*, Leuven: LannooCampus, p. 84 en 202-204.

<sup>2</sup> Idem, p. 57-58.

Re-integratie na langdurige arbeidsongeschiktheid wordt ook beleidsmatig ondersteund met een regelgevend kader. Enerzijds moedigde de regering Michel I aan dat arbeidsongeschikte personen opnieuw (deeltijds) aan het werk zouden gaan na goedkeuring van de adviserend arts. Anderzijds voerde ze een systeem in van re-integratietrajecten die kunnen worden opgestart door de werknemer, de adviserend arts of de werkgever. Die trajecten moeten ertoe leiden dat werknemers kunnen terugkeren naar de werkvloer, al dan niet met aangepast werk. Als dat einddoel niet kan worden bereikt, hebben die trajecten ten minste het voordeel dat ze voor werkgever en werknemer duidelijkheid bieden, namelijk dat werken op dat moment nog niet aan de orde is of dat een terugkeer naar dat specifieke bedrijf niet meer mogelijk zal zijn.

UNIZO is zeer tevreden dat de Regering De Croo I 'de re-integratie van langdurig zieken op het werk en de arbeidsmarkt verder wil versterken, in overleg met de sociale partners',<sup>3</sup> en zal zich hier actief mee voor inzetten. UNIZO zal dat ook doen samen met de Vlaamse Regering Jambon I die eveneens sterk wil inzetten op dit beleidsthema door onder meer het aanbod op maat verder te versterken.<sup>4</sup> Daarbij staat de langdurig arbeidsongeschikte centraal, maar een re-integratie kan pas succesvol zijn als ook de werkgever op een gedegen en realistische manier wordt betrokken. UNIZO zal hiervoor in dit dossier alvast enkele beleidsaanbevelingen doen.

Om haar re-integratiebeleid extra kracht bij te zetten, heeft de regering Michel I het ook aantrekkelijker gemaakt voor werknemers om terug aan het werk te gaan met een lagere arbeidsintensiteit. Ze doet dat door de terugkeer naar de arbeidsmarkt te stimuleren met fiscale hervormingen en hervormingen in de sociale zekerheid. Op die manier wil men meer mensen aan het werk krijgen via progressieve werkhervatting en minder mensen afhankelijk maken van uitkeringen. Met de nieuwe regeling brengt een deeltijdse werkhervatting altijd meer op aan inkomen dan niet werken. Maar gaan werken zorgt ervoor dat sommige mensen ook extra kosten moeten maken of bepaalde rechten verliezen. Dat zet dan een rem op hun (volledige) terugkeer naar de arbeidsmarkt.

UNIZO ondersteunt het huidige beleid dat gericht is op de progressieve werkhervatting. Maar ook buiten de arbeidsongeschiktheidsverzekering moeten prikkels ingebouwd worden om de (volledige) terugkeer naar de arbeidsmarkt lonend te maken. Voor wie deeltijdse arbeid het hoogst haalbare is, betekent dat de volledige inzetbaarheid van het potentieel. Maar deeltijdse arbeid mag niet het doel op zich zijn voor wie meer kan. In de eerste plaats zou deeltijdse arbeid dan moeten fungeren als een opstap naar voltijdse arbeid.

Toch is het belangrijk te benadrukken dat financiële prikkels alleen niet voldoende zijn. Studies over werkloosheidsuitkeringen tonen bijvoorbeeld aan dat de hoogte van uitkeringen alleen in het begin een groot verschil uitmaken.<sup>5</sup> Wie

3 Zie het Regeerakkoord van de Regering De Croo I: Paul Magnette & Alexander De Croo, Verslag van de formateurs, Brussel: 30 september 2020, p. 31.

4 Zie het Vlaamse Regeerakkoord van de Regering Jambon I: Vlaamse Regering 2019-2024. Regeerakkoord, p. 71.

5 Zie onder meer Johannes Spinnewijn (2018), 'Waarom werkloosheidsuitkeringen beter stijgen naarmate men langer werkloos is', *Leuvense Economische Standpunten 2018/169*. Daarom ook dat UNIZO er in het kader van de hervorming van de werkloosheidsuitkeringen voor pleit om bij het begin van de werkloosheid een lagere uitkering te voorzien en daarna een hogere tegemoetkoming te voorzien. Zie Danny Van Assche & Joris Renard (2019/11/7), 'Lagere werkloosheidsuitkeringen bij aanvang, nadien iets hogere voor wie langer werkloos blijft', *De Morgen*, online te raadplegen op <https://www.demorgen.be/meningen/lagere-werkloosheidsuitkeringen-bij-aanvang-iets-hogere-voor-wie-langer-werkloos-blijft~b4410b64/>.

nog niet lang werkloos is, is zeer gevoelig aan een daling van zijn uitkering. Maar naarmate de duur van de werkloosheid langer wordt, reageert de uitkeringsgerechtigde steeds minder op financiële prikkels. Andere aspecten zijn ook belangrijk: wat is de kwaliteit van een job, in welke mate sluit de job aan bij iemands vaardigheden en interesses, hoe dichtbij is die job, in welke mate is de job met een gezin te combineren, wanneer volgen er sancties en hoe zwaar zijn die, hoe goed en intensief wordt iemand begeleid bij zijn werkherleving ...? Ook het belang van de transparantie van regelingen mag geenszins worden onderschat.

Daarom is UNIZO er ook van overtuigd dat de ondersteunende maatregelen om iemand opnieuw aan het werk te krijgen zeker zo belangrijk zijn – zo niet nóg belangrijker – dan financiële stimulansen.

6

Het advies kan worden geraadpleegd op: <https://www.rsvz.be/nl/adviezen-en-ver-slagen-van-het-al-gemeen-beheersco-mit%C3%A9-2019>

In dit dossier focussen we ons op de situatie van werknemers. Dat wil niet zeggen dat het probleem zich niet stelt bij zelfstandigen. Maar dat is een aparte groep met eigen regelingen. Bovendien heeft het Algemeen Beheerscomité

voor het Sociaal Statuut van de Zelfstandigen zeer recent een advies uitgebracht met concrete voorstellen om de re-integratie van langdurig zieke zelfstandigen te bevorderen.<sup>6</sup>

Alvorens onze aanbevelingen voor te stellen, willen we kort maar krachtig herinneren aan het werk dat de sociale partners al hebben verricht voor de verbetering van de reglementering inzake re-integratie. Daarom willen we dit dossier openen met een eerste oproep aan de Federale Regering:

### **OPROEP 1**

Voer de unanieme aanbevelingen van de sociale partners uit zoals geformuleerd in het NAR-advies nr. 2099 van 25 september 2018 en zoals verder uitgewerkt in het unaniem advies nr. 219 van 22 februari 2019 op eigen initiatief van de sociale partners binnen de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk.

De voorstellen in dit dossier zijn een aanvulling op de aanbevelingen in deze adviezen.

# 2

## Langdurig arbeidsongeschikten: een onstuitbare tsunami?

Cijfers van het RIZIV tonen duidelijk aan hoe het aantal langdurig arbeidsongeschikten jaar na jaar blijft toenemen. We kijken daarbij in eerste instantie naar het aantal personen in invaliditeit, dat is het aantal personen dat meer dan één jaar ziek is. Op tien jaar tijd is het aantal werknemers in invaliditeit toegenomen van 245.209 personen in 2009 tot 420.504 personen in 2019 (Tabel 1). Als we de werknemers en zelfstandigen samennemen, kloppen we eind

2019 af op een totaal van 447.867 personen die langer dan één jaar arbeidsongeschikt zijn (Tabel 2).

Wanneer we deze gegevens in een grafiek weergeven, valt eens te meer op hoezeer het aantal langdurig arbeidsongeschikten doorheen de jaren toeneemt. Op tien jaar tijd gaat het om een toename met bijna 70% (Grafiek 1)!

**Tabel 1** – Totaal aantal personen in invaliditeit op 31/12 van het jaar in het stelsel van de loontrekkenden:

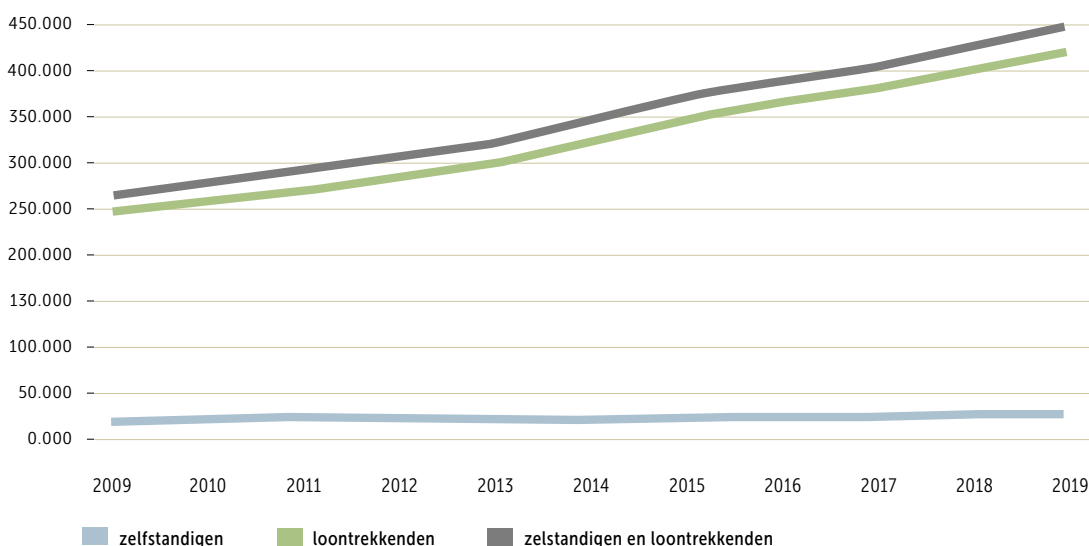
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Totaal</b>	245.209	257.935	269.499	283.541	299.408	321.573	346.971	366.293	379.908	400.745	420.504

Bron: RIZIV

**Tabel 2** – Totaal aantal personen in invaliditeit op 31/12 van het jaar voor de loontrekkenden en zelfstandigen samen:

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Totaal</b>	264.668	278.071	289.814	304.452	320.823	343.926	370.408	390.765	404.657	426.607	447.867

Bron: RIZIV



**Grafiek 1.** Evolutie van het aantal personen in invaliditeit in de periode 2009-2019

Bron: RIZIV

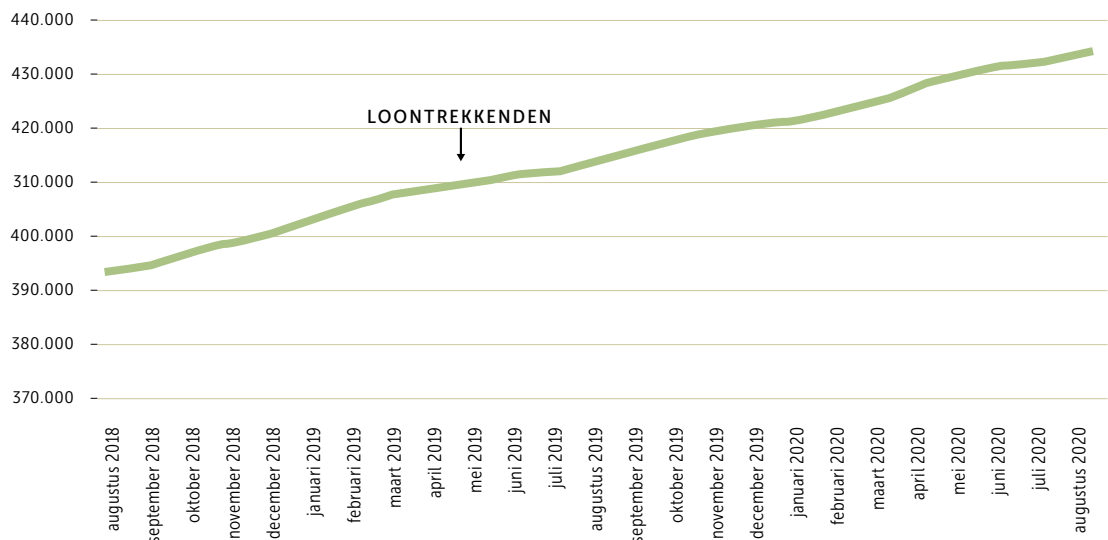


Als we de cijfers verfijnen en kijken naar de jaren 2018 en 2019, valt op dat het aantal invaliden onder loontrekkenden en zelfstandigen gelijk toeneemt. Bij de loontrekkenden komen er in 2018 en 2019 10,7% ofwel 40.596 invaliden bij tegenover 2017 (Grafiek 2). Bij de zelfstandigen gaat het om een stijging van bijna 10,6% ofwel 2.614 personen in invaliditeit voor diezelfde periode (Grafiek 3). Kijken we naar de voorlopige cijfers van 2020 tot en met eind augustus dan hebben we in totaal 434.058 loontrekkenden in invaliditeit en 28.201 zelfstandigen in invaliditeit, ofwel een stijging van 14,3% (of 54.375 personen) in vergelijking tot 2017 bij

de loontrekkenden en een stijging van 13,9% (of 3452 personen) voor de zelfstandigen. De stijging is de laatste jaren vooral bij de zelfstandigen meer uitgesproken: in 2018 komen er 1.113 personen in invaliditeit bij tegenover 2017, in 2019 is er een toename van 1.501 personen tegenover 2018, en in 2020 zijn er al 838 personen bijgekomen tot en met eind augustus tegenover 2019. Uiteraard moet men die aantallen wel in relatie zien tot hun respectievelijke totale populatie: voor de zelfstandigen spreken we over iets minder dan 740.000 aangeslotenen in hoofdberoep, voor de werknemers over bijna vier miljoen.

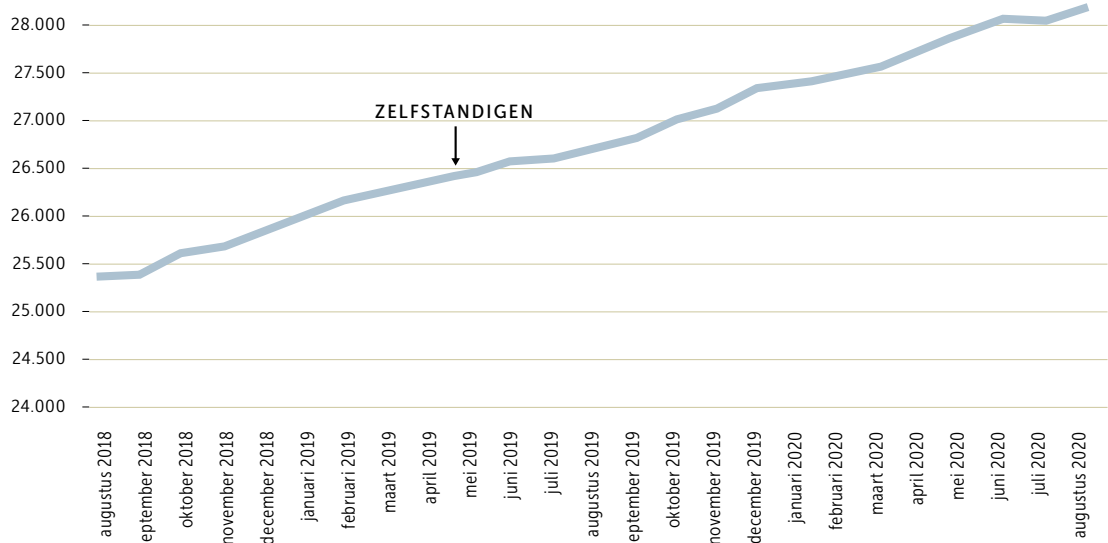
**Grafiek 2.**  
Evolutie van het aantal loontrekkenden in invaliditeit voor de periode augustus 2018 – augustus 2020

Bron: RIZIV



**Grafiek 3.**  
Evolutie van het aantal zelfstandigen in invaliditeit voor de periode augustus 2018 – augustus 2020

Bron: RIZIV



# 3

## Een andere kijk op arbeidsongeschiktheid en gezondheid

In België hebben we over het algemeen een heel rigide kijk op ziekte en gezondheid. Iemand is ofwel ziek, ofwel gezond. Maar die tweedeling is helemaal niet zo scherp. Het is in het belang van de maatschappij en de zieke zelf dat we afstappen van die starre kijk en veel meer aandacht leren hebben voor tussenfasen. Ziekte en gezondheid zijn geen binaire polen, maar staan met elkaar in verbinding in een continuüm. Vandaag blijven arbeidsongeschikten soms voor langere tijd thuis omdat ze moeten herstellen van een bepaalde kwetsuur, ziekte of aandoening. In veel gevallen zal het zeker noodzakelijk zijn dat iemand in zo'n situatie verplicht kan genieten van rust om weer te herstellen. Maar er zijn ook heel wat situaties waarin het voor het genezingsproces positief zou zijn om toch weer aan de slag te gaan, zij het onder andere voorwaarden of met aangepast werk.<sup>7</sup> De ziekte of kwetsuur laat misschien niet toe dat werknemers hun oorspronkelijke taken uitvoeren, maar dat maakt hen nog geen arbeidsongeschikte personen die niets meer kunnen.

### OPROEP 2

Werken is positief! Al te vaak spreekt men over werk in negatieve zin. Het is zeker niet altijd rozengeur en maneschijn, maar werken heeft wel degelijk een grote positieve impact op ons zelfbeeld en algemeen welzijn. Voor langdurig arbeidsongeschikten kan gaan werken een

belangrijke stap zijn in het genezingsproces, en voor werkgevers is het noodzakelijk om iedereen aan boord te houden om al het werk gedaan te krijgen. Daarom hebben alle betrokkenen er alle belang bij dat re-integratie op een positieve manier onder de aandacht komt. Extra inspanningen zijn nodig om positief over het onderwerp te kunnen communiceren en te sensibiliseren.

Dat betekent dat we veeleer moeten vertrekken van wat mensen nog kunnen in plaats van wat ze niet (meer) kunnen. In de regelgeving spreekt men over restcapaciteiten. De term is eigenlijk wat ongelukkig gekozen omwille van de pejoratieve bijklank. Maar het idee erachter is wel degelijk positief: we kijken in eerste instantie naar de mogelijkheden en talenten van mensen.

Zo'n kijk op ziekte en gezondheid heeft als direct gevolg dat we in het kader van re-integratie moeten streven naar veel meer openheid voor gemengde, flexibele en veranderende arbeidsformules. En dan komt deeltijdse arbeid voor langdurig arbeidsongeschikten heel nadrukkelijk in beeld. Via de zogenaamde progressieve werkhervatting – meer daarover verderop – is het in België ook mogelijk dat langdurig arbeidsongeschikten opnieuw deeltijds aan de slag gaan mét behoud van een deel van hun uitkering. Het is een belangrijke maatregel om mensen minder afhankelijk te maken van allerlei uitkeringsstelsels. Door-

<sup>7</sup> Zie bijvoorbeeld Gordon Waddell & A. Kim Burton (2006), *Is Work Good for Your Health and Well-Being?*, London: TSO.

**Tabel 3** – Aantal arbeidsongeschikten die in de loop van 2014-2019 een gedeeltelijke activiteit hebben uitgeoefend (minimaal 1 dag toegelaten activiteit):

AANTAL PER JAAR						%				
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2015/2014	2016/2015	2017/2016	2018/2017	2019/2018
54.620	61.354	72.334	81.756	93.605	104.509	12,33%	17,90%	13,03%	14,49%	11,65%

Bron: RIZIV

**Tabel 4** – Aantal arbeidsongeschikte gerechtigden die op 31 december 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019 een gedeeltelijke activiteit uitoefenen (aantal lopende toelatingen op 31/12):

AANTAL PER JAAR						%				
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2015/2014	2016/2015	2017/2016	2018/2017	2019/2018
35.989	40.724	47.502	54.526	59.537	69.042	13,16%	16,64%	14,79%	9,19%	15,96%

Bron: RIZIV

**Tabel 5** – Aantal lopende toelatingen op 31/12, opgesplitst tussen toelatingen in primaire ongeschiktheid en invaliditeitsperiode:

2016			2017			2018			2019		
Primair	Inval.	Totaal	Primair	Inval.	Totaal	Primair	Inval.	Totaal	Primair	Inval.	Totaal
9.743	37.759	47.502	11.143	43.383	54.526	11.325	48.212	59.537	14.834	54.208	69.042
20,51%	79,49%	100,00%	20,44%	79,56%	100,00%	19,02%	80,98%	100,00%	21,49%	78,51%	100%

(Inval. = Invaliditeit) - Bron: RIZIV

dat mensen minder afhankelijk zijn, blijven er ook meer middelen over om zij die er nood aan hebben extra te ondersteunen. We stellen vast dat er de laatste jaren een positieve evolutie is inzake de deeltijdse werkherhvatting bij langdurig arbeidsongeschikten, maar dat er nog ruimte is voor verbetering. Cijfers van het RIZIV (voor de periode 2014-2019) tonen aan dat het aantal langdurig arbeidsongeschikten dat deeltijds het werk hervat, blijft stijgen, maar dat die stijging zich niet even sterk doorzet over de jaren heen. In 2015 waren er 12,33% meer mensen met een gedeeltelijke activiteit dan in 2014 (Tabel 3). Het jaar daarop is er relatief gesproken een kleine stijging, maar in 2019 is er opnieuw een relatieve daling met 11,65% arbeidsongeschikte personen met een gedeeltelijke activiteit in vergelijking met 2018.

Voor de duidelijkheid: de stijging over de jaren in absolute cijfers valt niet te ontkennen (op 5 jaar tijd gaat het om een stijging van meer dan 90%!); Diezelfde tendens zien we ook in Tabel 4 met een overzicht van het totaal aantal arbeidsongeschikte gerechtigden die op het einde van het jaar een gedeeltelijke activiteit uitoefenen: de aantallen zitten in stijgende lijn, maar de procentuele toename verloopt niet lineair.

Maken we een vergelijking van de toelatingen naar ziekteperiode (arbeidsongeschiktheid tot 1 jaar, invaliditeit vanaf 1 jaar), dan blijven de percentages quasi gelijk met 4 op 5 gevallen in invaliditeit (Tabel 5).

Kijken we meer in detail naar de cijfers, dan valt op dat de meeste toelatingen voor deeltijdse arbeid te vinden zijn bij personen tussen de 50

Tabel 6 – Aantal lopende toelatingen per sociale stand, leeftijdsgroep en geslacht op 31/12/2019:

31-12-2019												
	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-99	TOTAAL
AM	2	114	436	867	1.293	1.732	2.346	3.305	3.531	1.274	12	100%
AV	2	117	573	1.141	1.741	2.388	3.408	4.236	4.160	1.543	10	100%
BM	1	39	261	492	775	974	1.133	1.376	1.654	871	5	100%
BV	1	180	1.246	2.192	3.355	3.929	4.502	5.177	4.772	1.862	14	100%
TOTAAL	6	450	2.516	4.692	7.164	9.023	11.389	14.094	14.117	5.550	41	100%

Bron: RIZIV

Legende: AM = arbeider; AV = arbeidster; BM = bediende man; BV = bediende vrouw

Tabel 7 – Aantal lopende toelatingen per sociale stand, leeftijdsgroep en geslacht op 31/12/2019 in procenten:

31-12-2019												
	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-99	TOTAAL
AM	0,01%	0,76%	2,92%	5,81%	8,67%	11,61%	15,73%	22,16%	23,68%	8,54%	0,08%	100%
AV	0,01%	0,61%	2,97%	5,91%	9,01%	12,36%	17,64%	21,93%	21,53%	7,99%	0,05%	100%
BM	0,01%	0,51%	3,44%	6,49%	10,22%	12,85%	14,95%	18,15%	21,82%	11,49%	0,07%	100%
BV	0,00%	0,66%	4,58%	8,05%	12,32%	14,43%	16,53%	19,01%	17,52%	6,84%	0,05%	100%
TOTAAL	0,01%	0,65%	3,64%	6,80%	10,38%	13,07%	16,50%	20,41%	20,45%	8,04%	0,06%	100%

Bron: RIZIV

Legende: AM = arbeider; AV = arbeidster; BM = bediende man; BV = bediende vrouw

en 54 jaar en 55 en 59 jaar. Daarnaast toont de categorie 45-49 jaar verhoudingsgewijs de hoogste cijfers (Tabel 6 en 7).

Het aantal personen dat weer aan de slag gaat, neemt jaar na jaar weliswaar toe, maar dat neemt niet weg dat dit aantal in vergelijking met het totaal aantal arbeidsongeschikten en invaliden nog steeds bijzonder laag blijft. Tabel 8 toont duidelijk aan hoe het aantal langdurig arbeidsongeschikten dat weer aan de slag gaat jaar na jaar toeneemt. Maar zetten we die aantallen tegenover het totale aantal arbeidsongeschikten en invaliden, dan gaat het voor 2019 om nog geen 8% en 4% respectievelijk (Tabel 9)!

Kijken we naar de redenen waarom personen hun toegestane deeltijdse arbeid weer stopzetten (tabel 10), dan blijken de voornaamste redenen te zijn dat ze voltijds aan het werk gaan of terugkeren naar de volledige arbeidsongeschiktheid. In absolute cijfers neemt het aantal personen toe dat opnieuw voltijds aan de slag gaat: in 2017 ging het om 13.734 personen, in 2019 om 17.288 individuen. Maar bekijken we dat in verhouding tot het totale aantal uittrekkers dan blijft dat percentage zo goed als stabiel.

De cijfers zijn duidelijk: er is nog marge voor verbetering. En daar moeten we de komende jaren ook sterk op inzetten. Hoe we dat kun-

Tabel 8 – Aantal toelatingen per jaar:

AANTAL PER JAAR						%				
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2015/2014	2016/2015	2017/2016	2018/2017	2019/2020
26.374	27.821	34.447	40.500	45.737	54.445	5,49%	23,82%	17,57%	12,93%	19,04%

Bron: RIZIV

Tabel 9 – Aantal toelatingen en totaal aantal gevallen per ziekteperiode in 2019:

PRIMAIRE ARBEIDSONGESCHIKTHEID			INVALIDITEIT		
Toelatingen	Gevallen	%	Toelatingen	Gevallen	%
37.683	449.866	8,38%	16.762	411.632	4,07%

Bron: RIZIV

Tabel 10 – Uittredes naar reden van stopzetting van de deeltijdse activiteit:

Reden van uittreden	2017			2018			2019		
	uitredens	% op totaal uitredens	% op totaal toelating	uitredens	% op totaal uitredens	% op totaal toelating	uitredens	% op totaal uitredens	% op totaal toelating
Terugkeer naar volledige A.O.	8.883	30,44%	10,87%	11.621	34,09%	12,41%	15.117	35,80%	14,46%
Voltijdse werkhervatting	13.734	47,06%	16,80%	14.356	42,11%	15,34%	17.288	40,95%	16,54%
Werkloosheid	159	0,54%	0,19%	141	0,41%	0,15%	242	0,57%	0,23%
Overlijden	223	0,76%	0,27%	183	0,54%	0,20%	185	0,44%	0,18%
(Brug)pensionering	759	2,60%	0,93%	965	2,83%	1,03%	963	2,28%	0,92%
Uitsluiting - advis. geneesheer	1.895	6,49%	2,32%	1.830	5,37%	1,96%	2.538	6,01%	2,43%
Uitsluiting - GRI	23	0,08%	0,03%	28	0,08%	0,03%	34	0,08%	0,03%
Uitsluiting - geneesheer insp.	2	0,01%	0,00%	1	0,00%	0,00%	2	0,00%	0,00%
Mutatie	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%
Nooit deeltijds het werk hervat	117	0,40%	0,14%	112	0,33%	0,12%	157	0,37%	0,15%
Anderen	3.388	11,61%	4,14%	4.857	14,25%	5,19%	5.695	13,49%	5,45%
SUBTOTAAL	29.183	100,00%	35,70%	34.094	100,00%	36,42%	42.221	100,00%	40,40%
ONBEKEND	1.988		2,43%	6.095		6,51%	1.818		1,74%
<b>TOTAAL</b>	<b>31.171</b>		<b>38,13%</b>	<b>40.189</b>		<b>42,93%</b>	<b>44.039</b>		<b>42,14%</b>
TOTAAL AANTAL TOELATINGEN			81.756			93.605			104.509

(A.O. = arbeidsongeschiktheid, advis. = adviserend, insp. = inspecteur) - Bron: RIZIV

nen, leggen we verder in detail uit. De essentie ervan is eenvoudig: langdurig arbeidsongeschikten die weer aan de slag gaan, moeten daar financieel toe worden aangemoedigd én – nog belangrijker – moeten daarvoor de nodige ondersteuning krijgen. Dat geldt trouwens niet alleen voor hen, maar ook voor hun werkgevers. Deze voorstellen hebben echter maar kans op slagen als we ook volop inzet-

ten op die andere kijk op ziekte en gezondheid: geen dichotomie, maar een heel continuüm waarin deeltijdse arbeid een veel prominentere rol speelt. Hiervoor is een mentaliteitswijziging nodig bij de arbeidsongeschikten zelf, maar ook bij de werkgevers en de werkomgeving. Vaak is het zo dat werkgevers en werknemers ervan uitgaan dat een zieke werknemer pas kan terugkeren als hij of zij weer volledig is

hersteld. Maar dat is lang niet altijd nodig en voor sommigen zelfs niet mogelijk: heel wat herstellende medewerkers zouden perfect weer deeltijds of met een aangepast takenpakket aan het werk kunnen. In dergelijke gevallen speelt dikwijls ook de mogelijke kwalijke reactie van collega's een rol, waardoor aan langdurig arbeidsongeschikten wordt geadviseerd om pas terug te keren als ze 100% hersteld zijn.

In dit kader hebben we ook nood aan een meer transparante communicatie tussen werkgever en arbeidsongeschikte werknemer. Nu doen zich vaak vervelende situaties voor, niet zozeer uit onwil van één van de partijen, maar veel meer uit onzekerheid en onbeholpenheid. Het is heel herkenbaar. Iemand is langere tijd afwezig en hoort niets van de werkgever. De werknemer is kwaad en misschien verontwaardigd, omdat hij denkt dat de werkgever het niet de moeite vindt om medeleven te tonen. Maar dat is helemaal niet het signaal dat die werkgever wil geven! Hij wil net niet opdringerig, laat staan invasief, overkomen. Zijn medewerker is per slot van rekening in ziekteverlof. Omgekeerd is het voor die werkgever vaak ook heel lastig om een planning op te maken, omdat hij in het overgrote deel van de gevallen alleen kan voortgaan op het ziektebriefje, zonder enige extra informatie. Vaak wordt de termijn op dat ziektebriefje dan ook nog eens regelmatig verlengd. Enige communicatie hierover zou al een wereld van verschil maken. En die communicatie is in het belang van alle partijen, niet in het minst van de zieke werknemer zelf. Daarom verdient het alle aandacht dat werkgevers ook een open beleid ontwikkelen waarin duidelijke afspraken worden gemaakt over wanneer wie contacteert in het geval van een langdurige ziekte. Iedereen weet dan wat hem of haar te doen staat en wat hem of haar te wachten staat. Zo blijft de band tussen werkgever en zieke werknemer in stand gehouden.

Als wetenschappelijk onderzoek iets aantoont, dan is het wel de cruciale rol van 'tijd'. In de net beschreven situatie is er een stevige denk-

beeldige muur gebouwd tussen werkgever en werknemer, wellicht ook een gevolg van onze huidige maatschappelijke visie op ziekte en gezondheid. Maar wie als werknemer weet dat hij langere tijd arbeidsongeschikt zal zijn, heeft er alle belang bij om tijdig na te denken over zijn terugkeer. Hoe langer het duurt vooraleer iemand weer aan de slag gaat, des te kleiner de kans wordt op een succesvolle re-integratie en des te meer ondersteuning en begeleiding nodig zullen zijn om de terugkeer te laten slagen. Bovendien speelt hier nog een extra element, namelijk het verschillend profiel van personen in primaire arbeidsongeschiktheid en personen in invaliditeit. Die laatsten zijn doorgaans gemiddeld een stuk ouder dan de personen in primaire arbeidsongeschiktheid, waardoor hun integratie meer aanpassingen en ondersteuning behoeft.

Onderzoek wijst uit dat drie maanden cruciaal zijn. Eens die termijn verstreken is, wordt het exponentieel moeilijker om opnieuw aan de slag te gaan. Vandaag zijn werknemers die langdurig ziek zijn in bijna 90% van de gevallen langer dan drie maanden afwezig. Bovendien weten we ook dat meer dan de helft van de personen die binnen minder dan drie maanden weer deeltijds aan de slag gaan, hun activiteiten opnieuw volledig kunnen opnemen. RIZIV-cijfers wijzen uit dat het gaat om 54,61% van de gerechtigden, een aantal dat nog lichtjes stijgt tot 55,71% tijdens de volgende drie maanden, maar nadien sterk daalt.

Gelet op de cruciale rol die tijd speelt in de re-integratie is het essentieel dat de lijnen tussen werkgever en werknemer open staan. Ze hebben er allebei belang bij tijdig contact op te nemen met elkaar tijdens het ziekteproces en samen na te denken over re-integratie. 'Nadenken over' staat hierbij niet gelijk aan een directe terugkeer; complete rust is in vele gevallen noodzakelijk voor een spoedig herstel. Maar dat staat een open communicatie niet in de weg. In Nederland is het zelfs zo dat de arbeidsarts na 15 dagen arbeidsongeschiktheid al optreedt

en werknemer, werkgever en zorgverlener met elkaar in contact brengt.

### VOORSTEL 1

Pas het ziektebriefje aan. Nu moet de behandelende arts aanduiden of de patiënt al dan niet het huis mag verlaten. Naar analogie daarvan vraagt UNIZO dat de arts of de werknemer op het ziektebriefje kan aanduiden dat het wenselijk is dat er contact komt tussen de werknemer, de werkgever en eventueel de arbeidsarts om de impact van de arbeidsongeschiktheid op de werkvloer te bespreken. Op die manier realiseren we een laagdrempelige mogelijkheid waarmee we communicatie tussen werknemer en werkgever verder stimuleren, en dat op een heel transparante wijze. Tegelijkertijd respecteren we zo ook de privacy van die werknemers die tijdens hun ziekte niet wensen 'gestoord' te worden. Het is wel zo dat dit voorstel pas echt effect zal hebben als de artsen ook worden gesensibiliseerd en gestimuleerd om deze optie aan te vinken.

Die open communicatie kan het best nog één stap worden doorgetrokken. Nu is het zo dat iemand als het ware plotsklaps patiënt wordt in plaats van werknemer. Die visie past natuurlijk niet bij een mentaliteitswijziging waarbij het onderscheid tussen ziekte en gezondheid veel vager wordt. Maar zo'n benadering is ook erg

artificieel, alsof iemand plots ophoudt werknemer te zijn. En dus zou een behandelend arts veel meer de reflex moeten hebben om bij een arbeidsongeschiktheid vanaf drie weken de arbeidsarts te contacteren en diens advies in te winnen. Die drie weken zijn een belangrijk moment, omdat de arbeidsarts dan nog wordt ingeschakeld vóór de periode van het gewaarborgd loon (de eerste maand) afloopt en de patiënt terugvalt op een ziekte-uitkering.

### VOORSTEL 2

De behandelend arts moet de reflex ontwikkelen om de arbeidsarts in te schakelen wanneer iemand langer dan drie weken arbeidsongeschikt is of dreigt te worden. Die snelle inschakeling van de arbeidsarts is cruciaal, omdat vele vormen van arbeidsongeschiktheid (in)direct kunnen worden gelinkt aan de arbeidssituatie. Niemand is beter geplaatst om die arbeidssituatie te kennen en te beoordelen dan de arbeidsarts, de specialist van het werk.

Zo wordt de behandelend arts ook nauwer betrokken bij een re-integratie op de werkvloer. Dat heeft extra voordelen, want in de meeste gevallen is de behandelend arts het eerste aanspreekpunt van de betrokken werknemer. De behandelend arts kent ook het beste het globale medische dossier. Deze samenwerking tussen behandelend arts en arbeidsarts zal alleen maar beter worden, als de communicatie tussen hen beide ook voldoende wordt gefaciliteerd door een voor hen gemakkelijk toegankelijk communicatieplatform waarop ze medische informatie veilig en met respect voor de privacy kunnen delen.

# 4

## Een regelgevend kader: noodzakelijk maar niet zaligmakend

Wat is er dan concreet nodig om langdurig arbeidsongeschikten weer (deeltijds) aan het werk te krijgen? Het antwoord is even eenvoudig als veeleisend: een goede ondersteuning en een bevredigende verloning, in die volgorde. In deze en de volgende paragraaf gaan we in op de kwalitatieve ondersteuning, in paragraaf 5 staan we stil bij de financiële voorwaarden.

### 1. Formeel of informeel?

Kwalitatieve ondersteuning begint bij een helder en duidelijk speelveld. Nu bestaan er verschillende soorten trajecten die langdurig arbeidsongeschikten kunnen doorlopen om weer aan de slag te gaan. Het is een kluwen: afhankelijk van de arbeidssituatie is er een aangepast traject, er gelden verschillende termijnen, er zijn meerdere beroepsmogelijkheden, verschillende actoren hebben ieder een heel eigen rol, trajecten kunnen leiden tot uiteenlopende beslissingen met telkens andere verplichtingen ... Zo'n kluwen bevordert natuurlijk de terugkeer niet. Zowel werknemers als werkgevers hebben nood aan duidelijkheid. Die duidelijkheid – samen met een goede ondersteuning (waarover meer in de volgende paragraaf) – is essentieel om meer langdurig arbeidsongeschikten weer aan het werk te krijgen. Werknemers en werkgevers in een dergelijke situatie weten om te beginnen vaak niet welke mogelijkheden er allemaal bestaan om het werk te hervatten, laat staan dat ze weten op welke hulp ze een beroep kunnen doen. Dat is nochtans essentieel, zeker als we beseffen dat duidelijkheid en ondersteuning voor werknemers zelfs belangrijker zijn om weer aan de slag te gaan dan een grote financiële incentive.

Laat ons eerst even stilstaan bij de complexiteit van de wetgeving. Vooreerst kan er een algemeen onderscheid worden gemaakt tussen twee soorten trajecten voor langdurig arbeidsongeschikten om weer aan het werk te gaan: (1) het *bezoek voorafgaand aan de werkhervatting* en (2) het *re-integratietraject*. Het eerste is informeel, het tweede formeel. Het eerste heeft als voordeel dat een grotere flexibiliteit mogelijk is, maar als nadeel dat het vrijblijvend blijft. Dat nadeel bestaat niet bij het formele re-integratietraject – waarbij er duidelijkheid moet komen over wat een werknemer al dan niet nog kan – maar door de strikte regels van het proces zijn de actoren veel meer aan handen en voeten gebonden. Dat werkt in een aantal gevallen belemmerend, zowel voor werknemer als werkgever. Bovendien is het formele traject best wel gecompliceerd. Er zijn verschillende stappen voorzien in de procedure met daaraan gekoppeld een specifieke timing. Het is ook wettelijk bepaald wie wat mag/moet doen en wie niet. Alleen ingewijden geraken hier nog wijs uit. Het is dan ook essentieel dat zowel werknemer als werkgever goed geïnformeerd zijn en weten wat hen te wachten staat. Want net dat is een van de grootste problemen voor langdurig arbeidsongeschikten als het gaat om weer aan de slag gaan: de angst en onzekerheid die ze hebben om de sprong te wagen. Wat staat er mij allemaal te wachten? Wat als mijn re-integratie faalt? Zal ik het aangepaste werk aankunnen? Zal ik genoeg overhouden en loont het dus om te gaan werken? Ook werkgevers zitten met een heleboel gelijkaardige vragen. Wat moet ik allemaal voorzien om een langdurig zieke weer actief in dienst te nemen? Hoe ver moeten de aanpassingen gaan? Hoe kan ik daar allemaal voor instaan?



Wat als mijn werknemer opnieuw ziek valt? Allemaal overwegingen die duidelijk maken hoe risicoaferig mensen wel zijn en hoe groot hun nood aan een stevig houvast is.

### OPROEP 3

Zodra iemand langdurig dreigt uit te vallen, moet de arbeidsarts de werknemer en werkgever goed informeren over de verschillende soorten trajecten, alsook over de aard, het verloop en de mogelijke uitkomsten van de respectievelijke re-integratietrajecten. Tegelijkertijd moet de arbeidsarts hen inlichten over de rol van de arbeidsbemiddelaar (zie verderop) die hen kan bijstaan met alle vormen van ondersteuning tijdens de trajecten. Al die informatie moet werkgever en werknemer ook helpen om meer werk te maken van re-integratie.

Valt het formele re-integratietraject te verkiezen boven het informele bezoek voorafgaand aan de werkhervatting? Of omgekeerd? Neen. Elk hebben ze een eigen aanpak, maar het doel blijft hetzelfde: zoveel mogelijk langdurig arbeidsongeschikten weer aan de slag krijgen. Daarom ook dat ze allebei naast elkaar moeten blijven bestaan en dat ze beide steeds in rekening moeten worden genomen wanneer we spreken over de re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten. Door eenzijdig te focussen op de formele trajecten – en dan nog vaak exclusief op de groep voor wie de diagnose luidt dat het niet meer mogelijk is het overeengekomen of ander werk te verrichten (cfr. verderop) – geeft men bewust een vertekend en misleidend beeld dat gretig door de media

wordt opgepikt. Maar dergelijke halfslachtige informatie helpt de zaak allerminst vooruit. Uit cijfers van dienstverlener Liantis blijkt duidelijk hoe het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting nog steeds vaker gekozen wordt dan het re-integratietraject. In 2017 bedroeg het aandeel bezoeken voorafgaand aan de werkhervatting 63% (5.522 cases) en het aandeel re-integratieaanvragen 37% (3.232 cases). In 2018 komen die aantallen wat dichter bij elkaar te liggen met respectievelijk 56% (6.198 cases) en 44% (4.947 cases). De cijfers voor 2019 liggen in dezelfde lijn: 54,5% bezoeken voorafgaand aan de werkhervatting, 45,5% re-integratieaanvragen. In 2020 zijn de verhoudingen vergelijkbaar met die uit 2017: 64,5% (9.670 cases) voor de bezoeken en 35,5% (5.316 cases) voor de aanvragen. Het valt ook op dat het aantal bezoeken voorafgaand aan de werkhervatting in absolute cijfers blijft toenemen, ook na de invoering van de nieuwe re-integratiewetgeving.

**Tabel 11** – Aantallen van bezoeken voorafgaand aan de werkhervatting in vergelijking met aantallen van re-integratieaanvragen:

	2017	2018	2019	2020
Bezoek voorafgaand aan de werkhervatting	5.522	6.198	6.678	9.670
Re-integratieaanvraag	3.232	4.947	5.584	5.316

Bron: Liantis

Het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting komt er op initiatief van de arbeidsongeschikte werknemer; de re-integratieaanvraag kan komen van de werknemer, maar ook van de werkgever of het ziekenfonds. Het is toch interessant om even stil te staan bij de uitkomst van al die trajecten. We kunnen geen uitspraak doen over de uiteindelijke uitkomst van het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting: wettelijk gezien is dit geen onderzoek, omdat werknemers tijdens hun ziekteverlof niet

Tabel 12 – Overzicht van de uitgevoerde re-integratieonderzoeken per aanvrager:

Jaar	Werknemer	Werkgever	Ziekenfonds	Evaluatie	EINDTOTAAL
2017	2.111	743	378		3.232
2018	2.029	2.234	684		4.947
2019	1.919	1.650	970	1.045	5.584
2020	1.594	1.438	773	1.511	5.316
EINDTOTAAL	7.665	6.070	2.812	2.562	19.109

Bron: Liantis

Tabel 13 – Overzicht van de genomen beslissing per aanvrager (jaren 2017, 2018, 2019 en 2020):

	Individu	Werkgever	Ziekenfonds	Evaluatie	EINDTOTAAL
Beslissing A	4%	5%	13%	21%	8%
Beslissing B	5%	17%	32%	37%	17%
Beslissing C	10%	6%	10%	6%	8%
Beslissing D	77%	44%	39%	21%	53%
Beslissing E	4%	25%	0%	13%	11%
Beslissing F	1%	3%	4%	2%	2%
EINDTOTAAL	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: Liantis

**Legende:** Beslissing A: De werknemer kan intussen ander of aangepast werk doen; Beslissing B: de werknemer kan intussen geen ander of aangepast werk doen; Beslissing C: de werknemer kan wel nog ander of aangepast werk doen; Beslissing D: de werknemer kan geen ander of aangepast werk doen; Beslissing E: het is om medische redenen (nog) niet opportuun om een re-integratietraject op te starten; Categorie F (eigen aan het systeem van Liantis; niet algemeen): personen die niet in aanmerking komen voor het re-integratietraject.

mogen worden opgeroepen voor een onderzoek. Er is dus ook geen beslissing. Maar uit talloze informele gesprekken en getuigenissen blijkt toch dat veel werkgevers en werknemers via het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting samen een oplossing proberen te vinden voor een vlotte re-integratie. Het formele traject komt dan vaak pas in tweede instantie op de radar. Kwatongen beweren al te vaak dat het re-integratietraject door de werkgever wordt misbruikt om langdurig arbeidsongeschikte werknemers alsnog te ontslaan wegens medische overmacht. Maar die stelling houdt geen steek. Cijfers van Liantis tonen om te beginnen aan dat de aanvraag voor zo'n re-integratietraject de laatste vier jaar in ongeveer 40% van

de gevallen van de werknemer kwam (Tabel 12). In procenten uitgedrukt, komt 40% van de aanvragen van de werknemer, 32% van de werkgever en 15% van het ziekenfonds. Wij hebben op basis van deze cijfers dus geen reden om aan te nemen dat de werkgever het re-integratietraject systematisch gebruikt, laat staan misbruikt, om arbeidsongeschikte werknemers af te danken. Bovendien blijkt dat de enige beslissing van de arbeidsarts die aanleiding kan geven tot ontslag omwille van medische overmacht<sup>8</sup> – de zogenaamde beslissing-D – in 77% van de gevallen voorkomt als de aanvraag van het individu komt (Tabel 13). Wanneer in de tabellen verwezen wordt naar 'evaluatie' betekent dit dat de arbeidsarts niet voldoende infor-

<sup>8</sup> Alle info over de beslissingen die de arbeidsarts kan nemen, is te vinden in bijlage 2.

matie had om een oordeel te vellen en dat een nieuw onderzoek nodig was. Dat onderzoek kan dan weer wel tot een beslissing leiden.

Of men nu kiest voor het informele bezoek voorafgaand aan de werkhervatting of voor het formele re-integratietraject, en of de aanvraag nu uitgaat van de werknemer, de werkgever of het ziekenfonds, één vaststelling kan men maken: welk traject men ook volgt, het is zonneklaar dat vertrouwen en ondersteuning dé sleutel zijn tot een succesvolle re-integratie. Sancties zullen in dat kader ook nooit enige zoden aan de dijk zetten. Toen die sancties op tafel lagen – zowel voor werkgevers als werknemers – bij de voorstelling van de officiële re-integratietrajecten, zijn die precies om die reden van tafel geveegd door de sociale partners.

## 2. Met of zonder arbeidsovereenkomst?

Kijken we enkel naar de formele re-integratietrajecten, dan rijst de vraag of de langdurig zieke al dan niet gebonden is door een arbeidsovereenkomst. Dat vertaalt zich namelijk in de wetgeving in twee afzonderlijke KB's: het ene uitgaand van de minister van werk, het andere uitgaand van de minister van sociale zaken. Bij de twee gevallen spelen telkens andere actoren een sleutelrol.

(1) Op arbeidsrechtelijk vlak regelt het KB van 28 oktober 2016 de re-integratie van arbeidsongeschikte medewerkers met focus op de onderneming. De bedoeling van het traject is dat de medewerker opnieuw aan de slag kan in de eigen onderneming, al dan niet met aangepast werk. Een sleutelrol wordt vervuld door de arbeidsarts.

(2) In het sociaal recht regelt het KB van 8 november 2016 *'de sociaalprofessionele re-integratie (...) van de gerechtigde die niet meer tewerkgesteld is of niet meer tewerkgesteld kan worden door zijn werkgever, door hem te begeleiden naar een functie bij een andere werkgever of in andere bedrijfstak.'* In deze situatie heeft de adviserend arts (de arts van het ziekenfonds) de sleutels in handen.

Afhankelijk van het statuut van de langdurig zieke – met of zonder arbeidsovereenkomst – moet dus een ander traject worden doorlopen. Maar zoals de formeel omschreven doelstelling van het sociaalrechtelijke KB duidelijk maakt, is de zaak nog complexer omdat mensen met een arbeidsovereenkomst die uiteindelijk niet meer tewerkgesteld kunnen worden in hun huidige bedrijf, ook nog terecht komen in het tweede re-integratietraject bij de adviserend arts. Dat is verwarrend voor de betrokken actoren en doet ook kostbare tijd verloren gaan.

Uiteraard zit er een logica in de tweedeling die door de wetgever is voorzien. Langdurig arbeidsongeschikten die door een arbeidsovereenkomst zijn gebonden, moeten in de eerste plaats kunnen nagaan of zij nog een plek zullen hebben binnen hun bedrijf en zo ja, welke. Die piste moet eerst worden bekeken. Het is pas wanneer duidelijk is dat werknemers niet meer aan de slag kunnen binnen hun huidig bedrijf, dat zij in aanmerking komen om elders aan de slag te gaan. Maar de rigiditeit van het arbeidsrechtelijke re-integratietraject laat niet toe om eventueel al te kunnen uitkijken naar andere mogelijkheden buiten het bedrijf, ook al is voor iedereen duidelijk dat er geen mogelijkheden zijn binnen het huidige bedrijf. Men is immers met handen en voeten gebonden door de opgelegde termijnen. En die kunnen oplopen.

### 3. Een centralere rol voor de arbeidsbemiddelaar

Het is wel duidelijk dat de twee types re-integratietrajecten niet helemaal op elkaar zijn afgestemd. En dat probleem is misschien wel het grootst voor de kleinere bedrijven. Zoals verderop wordt uiteengezet, zijn werkgevers verplicht om aangepast werk te voorzien als de situatie dat vereist. Maar dat is lang niet altijd evident, zeker voor die kleinere bedrijven want hun mogelijkheden zijn beperkt. En dan is het belangrijk dat er tijdig wordt ingegrepen om nodeloos tijdverlies tegen te gaan. Maar het is ook delicaat, want wie kan bepalen of een langdurig arbeidsongeschikte persoon nog bij zijn of haar huidige werkgever tewerkgesteld kan worden? Volgens ons is hier een sleutelrol weggelegd voor de arbeidsarts – zoals de wetgeving voorziet – maar moet hierbij ook uitdrukkelijk een arbeidsbemiddelaar kunnen worden betrokken.<sup>9</sup> In de huidige situatie verschijnt die pas ten tonele in het sociaal-rechtelijke traject als de adviserend arts de arbeidsongeschikte persoon heeft doorverwezen. Strikt genomen kan een werknemer in een arbeidsrechtelijk traject ook altijd een beroep doen op een bemiddelaar, maar toch gebeurt dat in de praktijk niet of amper. De reden is dat een arbeidsongeschikte persoon het recht op een ziekte-uitkering op de helling zet als hij vrijwillig komt aankloppen bij een adviseur van de arbeidsbemiddelingsdienst zonder de instemming van een adviserend arts van het ziekenfonds. Door de arbeidsbemiddelaar een plek te geven in het re-integratietraject, kan veel gemakkelijker een beroep worden gedaan op diens expertise, ondersteuning en begeleiding. Bovendien kan hij zo de nodige ondersteuning bieden aan werknemer én werkgever.

Men moet niet sowieso een arbeidsbemiddelaar betrekken in elk re-integratietraject. In verschillende gevallen zal wel relatief snel duidelijk zijn wanneer en hoe iemand kan re-integreren. Maar vele trajecten die worden opgestart, hebben

toch betrekking op complexere situaties. Het is juist in die gevallen dat een arbeidsbemiddelaar moet worden betrokken bij het re-integratietraject opdat de kwaliteit van de re-integratie bewaakt blijft. En dat op een dubbel niveau. Samen met de bemiddelaar zal de arbeidsarts – die samenspraak is essentieel – veel sneller en juist kunnen inschatten of iemand nog binnen de huidige onderneming kan worden tewerkgesteld. Dat moet de primaire doelstelling zijn en blijven. Maar als dat niet mogelijk is, dan zal de arbeidsbemiddelaar veel gemakkelijker een versnelling hoger kunnen schakelen, om te kijken waar iemand wél nog aan de slag kan met zijn of haar kwaliteiten en mogelijkheden. Voor zij die nog wel aan de slag kunnen bij hun huidige werkgever zal die bemiddelaar zeker ook een meerwaarde betekenen, want hij zal beter kunnen inschatten welke ondersteuningsmaatregelen eventueel nodig zijn om de re-integratie vlot te laten verlopen.

Om geen misverstanden te creëren, is het goed om die rol van de arbeidsbemiddelaar nog scherper te stellen. Voor UNIZO is het belangrijk dat die rol wordt vervuld door een afgevaardigde van een van de erkende tewerkstellingsdiensten in ons land, te weten VDAB (Vlaanderen), Actiris (Brussel), Le Forem (Wallonië) of Arbeitsamt Ostbelgien (Duitstalige Gemeenschap). Die tewerkstellingsdiensten treden hier uitdrukkelijk op als arbeidsmarktregisseur. Dat wil zeggen dat hun arbeidsbemiddelaars niet noodzakelijk zelf alle ondersteuning bieden, maar dat ze zowel de werkgever als de werknemer kunnen doorverwijzen naar de meest geschikte hulp. Ze treden op als echte regisseurs die de markt overschouwen, weten wat de mogelijkheden zijn met bepaalde talenten en beperkingen en wie welke expertise heeft om van de re-integratie een succes te maken. Deze arbeidsbemiddelaars opereren naast en in samenspraak met de arbeidsarts, die blijft instaan voor de coördinatie van het hele re-integratietraject.

<sup>9</sup> Met dit voorstel willen we nog een stap verder gaan dan wat de Vlaamse Minister van Werk, Mevrouw Hilde Crevits, heeft vooropgesteld in haar beleidsnota. Daarin stelt ze dat ook langdurig arbeidsongeschikten toegang moeten hebben tot het volledige aanbod van VDAB en de partners. Zie Hilde Crevits (2019), *Beleidsnota 2019-2024: Werk en Sociale Economie*, p. 30.

### VOORSTEL 3

Voorzie een sleutelrol in het re-integratietraject voor een arbeidsbemiddelaar, naast die van de arbeidsarts. Vandaag is het de arbeidsarts die de restcapaciteiten bepaalt van de betrokken werknemer en een inschatting maakt van diens kansen op een terugkeer naar de werkvloer, rekening houdend met de mogelijkheden binnen de onderneming en de ervaring en wensen van de werknemer. Het spreekt voor zich dat alleen iemand met het juiste medische getuigschrift de restcapaciteiten kan bepalen. Maar voor de verdere inschatting van de mogelijkheden binnen de onderneming en de ondersteuning die daarbij nodig zal zijn, is de expertise van een arbeidsbemiddelaar essentieel wanneer het om complexere situaties gaat. En wanneer blijkt dat de mogelijkheden binnen de onderneming uitgeput zijn, dan kan die regisseur veel sneller een aangepast traject voorstellen buiten de onderneming zonder dat er kostbare tijd verloren moet gaan.

Op welke manier kan verzekerd worden dat de arbeidsbemiddelaar een spilfiguur wordt in het re-integratietraject? Juridisch gezien is dat niet evident: als regionale instellingen kunnen de VDAB en zijn Waalse, Brusselse en Duitsta-

lige tegenhangers niet zomaar taken worden opgelegd door het federale niveau. Nu bestaan er echter al raamovereenkomsten tussen bijvoorbeeld VDAB, GTB en RIZIV. In Vlaanderen zou VDAB een nieuw raamakkoord kunnen aangaan met de arbeidsartsen, enerzijds via Co-Prev als koepelorganisatie voor de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk, anderzijds via BBvAg, de Belgische Beroepsvereniging voor Arbeidsgeneesheren. Dat nieuwe raamakkoord zou in eerste instantie als proefproject kunnen worden uitgerold. Het heeft als voordeel dat de betrokken organisaties samen de modaliteiten van samenwerken kunnen afspreken, waardoor een grotere gedragenheid wordt gecreëerd, eerder dan via een wettelijke demarche samenwerking te verplichten. Over het streefdoel kan evenwel geen discussie zijn: de arbeidsbemiddelaar een rol laten spelen in het re-integratietraject samen met de arbeidsarts zodat arbeidsongeschikte werknemers sneller kunnen worden voorbereid op en ondersteund worden bij hun terugkeer naar het werk.

Als een arbeidsbemiddelaar een plaats krijgt binnen het arbeidsrechtelijke re-integratietraject, dan wordt de kunstmatige scheiding tussen het arbeidsrechtelijke en sociaalrechtelijke re-integratietraject *de facto* opgeheven. De regisseur zal de mogelijkheid hebben om – altijd in samenspraak met de arbeidsarts en de betrokken werknemer – te kijken naar opportuniteiten buiten de huidige onderneming wanneer dat noodzakelijk is.<sup>10</sup> Omgekeerd betekent die *de facto* opheffing ook dat de arbeidsarts kan – en liefst van al ook moet – worden betrokken bij de sociaalrechtelijke re-integratietrajecten door de adviserend arts van de ziekenfondsen. Langdurig arbeidsongeschikten zonder arbeidsovereenkomst die via zo'n traject opnieuw naar werk worden geleid, hebben alle baat bij de ondersteuning van een arbeidsarts op hun mogelijke nieuwe plek. Niemand kent immers die specifieke werksituatie zo goed als de betrokken arts.

<sup>10</sup> In dit geval moeten de bepalingen inzake outplacement wel worden gerespecteerd: een werknemer die definitief arbeidsongeschikt is verklaard na het doorlopen van het re-integratietraject heeft recht op een outplacementbegeleiding ter waarde van 1.800 euro op maat van zijn gezondheidsproblematiek.

De tijdige inschakeling van een arbeidsbemiddelaar heeft ook als belangrijk gevolg dat het voor langdurig arbeidsongeschikten mogelijk moet zijn om al veel vroeger te starten met een opleiding.<sup>11</sup> Uiteraard kan men vandaag al een opleiding volgen in het kader van een re-integratie: de arbeidsarts heeft geoordeeld dat iemand op termijn kan terugkeren, maar alleen als hij een aangepaste job kan doen waarvoor hij zich moet herscholen. Maar het probleem is dat iemand in een dergelijke situatie zijn ziekte-uitkering alleen kan behouden als hij toestemming heeft gekregen van de adviserend arts en het RIZIV om een opleiding te mogen volgen. Doordat de arbeidsbemiddelaar in ons voorstel eveneens een plek heeft in het re-integratietraject kan die – zoals nu uiteindelijk wettelijk al zou moeten gebeuren – zorgen voor een vlottere brugfunctie met de adviserend arts. Die mogelijkheid komt vandaag door de complexiteit van de wetgeving niet altijd op tafel, of niet snel genoeg op tafel. Zo kan er veel sneller worden ingegrepen in de competentieversterking of -heroriëntering van werknemers als dat nodig is. In de praktijk zien we dat zich hier in sommige gevallen een probleem stelt en dat een adviserend arts niet altijd de benodigde toestemming geeft, namelijk wanneer een

opleiding bijvoorbeeld negen maanden duurt en hij oordeelt dat de persoon in kwestie waarschijnlijk nog maar zes maanden arbeidsongeschikt zal zijn. Vanuit die overweging oordeelt hij in vele gevallen dat een opleiding niet aangewezen is, waardoor de betrokken werknemer in die periode ook geen opleiding zal volgen. En daarmee gaat cruciale tijd verloren. Dergelijke situaties zouden geen vertragende factor mogen zijn in de re-integratie. Daarom zou een adviserend arts zo'n aanvraag tot opleiding om geen andere dan medische redenen (het volgen van een opleiding is niet in overeenstemming met de gezondheidstoestand van de betrokken werknemer) mogen weigeren. Dus ook als de opleiding langer zou duren dan de geschatte periode van arbeidsongeschiktheid, dan mag dat geen argument zijn voor de adviserend arts om de werknemer niet te laten starten in de opleiding. Is het zo dat er een herevaluatie van de arbeidsongeschiktheid nodig blijkt tijdens de duurtijd van de opleiding, dan is de betrokken werknemer vrij om al dan niet zijn opleiding af te maken. Uiteraard heeft die alle belang bij een opleiding, want dankzij die opleiding zou hij weer in staat zijn bij zijn huidige werkgever aan de slag te gaan of – in het uiterste geval – elders een nieuwe job aan te nemen.

**11** Het gaat hier niet om gelijk welke opleiding, maar om trajecten die opnieuw naar werk leiden.

# 5

## Ondersteuning van werknemer én werkgever: geen luxe maar noodzaak

### 1. De onmacht in de kmo

Het is wetenschappelijk bewezen dat 80% van de werknemers die langer dan zes weken afwezig zijn, ondersteuning nodig hebben bij de terugkeer naar het werk.<sup>12</sup> Dat benadrukt enerzijds het belang van een snelle reflectie over een terugkeer naar de werkvloer en anderzijds de nood die er bestaat bij werknemers en werkgevers aan een goede ondersteuning bij de terugkeer. Het is van belang toch even de aandacht te vestigen op een goede ondersteuning van de werkgever, zeker van de werkgevers van kleinere bedrijven.<sup>13</sup> Zoals de wetgeving voorziet, is het de werkgever die na het oordeel van de arbeidsarts een re-integratieplan moet opstellen en, indien nodig, aangepast werk moet voorzien voor de langdurig arbeidsongeschikte. Hier stelt zich een dubbel probleem. Ten eerste staat die werkgever er plotsklaps helemaal alleen voor. Zonder enige kennis van zaken en zonder goed en wel te weten wat en hoe heeft hij na het oordeel van de arbeidsarts 55 werkdagen de tijd om een re-integratieplan op te stellen voor zijn zieke werknemer. Hij moet dat in overleg doen met de betrokken werknemer en de arbeidsarts, maar de wetgeving laat er geen twijfel over bestaan dat het initiatief en de verantwoordelijkheid hiervoor volledig bij hem liggen. Afgezien van de benodigde expertise vraagt dit ook veel tijd en legt dit toch een buitenproportionele verantwoordelijkheid bij de werkgever. Daarom moet deze stap in het re-integratieproces veel beter omkaderd worden.<sup>14</sup> Zodra de arbeidsarts zijn diagnose heeft gesteld en samen met de arbeidsbemiddelaar heeft bekeken welke de mogelijkheden zijn voor de betrokken werknemer, moet diezelfde arbeids-

bemiddelaar de werkgever bijstaan met de opmaak van een re-integratieplan, door hem onder meer wegwijs te maken in het geheel van ondersteunende diensten. Op die manier moet hij snel bij de geknipte perso(o)n(en) en instelling(en) komen die de beste ondersteuning kunnen bieden voor de integratie van ieder individu. Wat die ondersteuning concreet inhoudt, daar komen we later op terug.

#### VOORSTEL 4

Zodra de arbeidsarts zijn diagnose klaar heeft, moet de arbeidsbemiddelaar de werkgever bijstaan met de opmaak van een re-integratieplan. Zo moet worden vermeden dat deze cruciale stap in het hele re-integratieproces maar halfslachtig wordt ingevuld. Niet omdat er een onwil zou bestaan bij de werkgever, integendeel, maar omdat hij gewoon niet weet van welk hout pijlen maken. Een werkgever is nu eenmaal niet thuis in het hele gamma aan ondersteuningsmogelijkheden, laat staan dat hij enige kaas heeft gegeten van alle wettelijke verplichtingen.

Naast de opmaak van het re-integratieplan stelt er zich nog een tweede probleem, opnieuw

<sup>12</sup> Lode Godderis (2019), 'Re-integratie: keer je terug of de rug naar het werk', *Over. Werk. Tijdschrift van het Steunpunt Werk*, 1, p. 89.

<sup>13</sup> Dit is een belangrijk aandachtspunt in de evaluatie van de reglementering inzake re-integratie op het werk die werd gemaakt door Isabelle Boets en Lode Godderis. Zie Isabelle Boets & Lode Godderis (2020), *Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk. Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie*, Leuven: KU Leuven.

<sup>14</sup> Het is een belangrijke vaststelling in de studie van Van Herreweghe en Lamberts dat er 'te beperkt wordt ingezet op een goed uitgewerkt re-integratieplan'. Zie Dries Van Herreweghe & Miet Lamberts (2020), *Personen met een arbeidshandicap op de arbeidsmarkt. Hefboomen voor een hogere werkzaamheidsgraad*, Leuven: HIVA, p. 159.

in het bijzonder voor kleine en middelgrote ondernemingen. De arbeidsarts kan tot de slotsom komen dat iemand nog voldoende restcapaciteiten heeft en dat die – na overleg met de arbeidsmarktregisseur – nog binnen de onderneming kan worden tewerkgesteld, zij het met aangepast werk. De wet verplicht de werkgever dan om aangepast werk te voorzien als dat mogelijk is.<sup>15</sup> Maar het spreekt voor zich dat de mogelijkheden op dat vlak voor kleinere bedrijven beperkter zijn dan voor grote. Daarom ook dat de wet voorziet dat het om ‘redelijke aanpassingen’ moet gaan. Maar erg ‘behulpzaam’ is dat concept van redelijke aanpassingen niet. Het is ontleend aan de antidiscriminatiewet van 10 mei 2007 en verwijst naar het geheel van *‘passende maatregelen die in een concrete situatie en naargelang de behoefte worden getroffen om een persoon met een handicap in staat te stellen toegang te hebben tot, deel te nemen aan en vooruit te komen in het professionele leven’*. Afhankelijk van de behoeften van de persoon in kwestie kunnen die aanpassingen materieel (bv. aanpassing van de werkplek), immaterieel (bv. aanpassing van het arbeidsreglement) of organisatorisch (bv. aanpassing van het takenpakket) zijn. Die aanpassingen zijn redelijk wanneer onder meer rekening wordt gehouden met:

- de kosten (zijn de aanpassingen in verhouding tot de financiële draagkracht van de onderneming?);
- het voorhanden zijn van ondersteuningsmaatregelen die de aanpassingen voor de werkgever goedkoper maken;
- de impact op de organisatie;
- de voorziene frequentie en duur (zal een dure aanpassing veelvuldig en/of lang gebruikt worden?);
- de impact op de omgeving van de andere werknemers;
- het al dan niet voorhanden zijn van alternatieven.

Of de aanpassingen in de praktijk al dan niet redelijk zijn, zal altijd een feitenkwestie zijn. Eenduidigheid is niet zomaar voorhanden. Bovendien zal het ook steeds de werkgever zijn die moet aantonen dat hij geprobeerd heeft redelijke aanpassingen door te voeren. Dat legt wederom een grote last op de schouders van die kleinere werkgevers. Want opnieuw: in de meerderheid van de gevallen willen die wel aangepast werk voorzien, maar kunnen zij dat eenvoudigweg niet aanbieden. En dan moeten ze uitvoerig bewijzen dat ze werkelijk alles gedaan hebben wat redelijk van hen kon worden verwacht zonder daarover enige zekerheid te hebben. Lukt het wel om de nodige aanpassingen door te voeren, dan hebben die werkgevers meestal de tijd niet, noch de middelen, noch de kennis om die aanpassingen ook zelf te voorzien. Juist daarom is de ondersteuning van die kleinere bedrijven zo essentieel.

Het gaat hierbij toch om een aanzienlijke groep. Om een idee te hebben, zijn cijfers van Liantis verhelderend: 25% van de re-integratietrajecten wordt opgestart in de zogenaamde ‘C’-bedrijven (maximaal 200 werknemers) en 28% in D-bedrijven (maximaal 20 werknemers). Het zijn ook de bedrijven waar de preventieadviseur een basiskennis heeft (C-) of waar de werkgever zelf de rol van preventieadviseur op zich neemt (D). De re-integratietrajecten binnen die ‘C’- en D-bedrijven samen vertegenwoordigen toch meer dan de helft van de trajecten. We graven nog wat dieper in de cijfers en we kijken naar de aard van de beslissing in elk bedrijfstype (Tabel 14). De beslissingen die een arbeidsarts kan nemen, worden opnieuw met een letter aangeduid,<sup>16</sup> wat de ondoorzichtigheid en complexiteit nog maar eens bewijst! Vooral van belang is dan de fameuze D-beslissing die stelt dat de werknemer geen ander of aangepast werk kan doen bij de huidige werkgever. Wat zien we in de cijfers? Het merendeel van die D-beslissingen valt bij de ‘C’- en D-bedrijven.

<sup>15</sup> VDAB voorziet een terugbetaling voor de aanpassing van de werkplek onder bepaalde voorwaarden. Zie daarvoor <https://werkgevers.vdab.be/arbeidshandicap/arbeidspostaanpassing.shtml>.

<sup>16</sup> Alle info over de beslissingen die de arbeidsarts kan nemen, is te vinden in bijlage 2.



**Tabel 14** – Type beslissing van de arbeidsarts uitgesplitst naar de grootte van de onderneming (voor de jaren 2017, 2018, 2019 en 2020):

	A Bedrijf (>1000 WN)	B Bedrijf (1000 - 200 WN)	C Bedrijf (<200 WN)	C-Bedrijf (<200 WN)	D Bedrijf (<20 WN)	EINDTOTAAL
Beslissing A	14%	12%	9%	6%	4%	8%
Beslissing B	21%	20%	20%	16%	13%	17%
Beslissing C	13%	10%	11%	6%	5%	8%
Beslissing D	38%	44%	47%	57%	67%	53%
Beslissing E	12%	11%	11%	13%	10%	11%
Beslissing F	2%	2%	2%	2%	2%	2%
EINDTOTAAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: Liantis

**Legende:** Beslissing A: de werknemer kan intussen ander of aangepast werk doen; Beslissing B: de werknemer kan intussen geen ander of aangepast werk doen; Beslissing C: de werknemer kan wel nog ander of aangepast werk doen; Beslissing D: de werknemer kan geen ander of aangepast werk doen; Beslissing E: het is om medische redenen (nog) niet opportuun om een re-integratietraject op te starten; Categorie F (eigen aan het systeem van Liantis; niet algemeen): personen die niet in aanmerking komen voor het re-integratietraject.

Het is belangrijk om aan te stippen dat het feit dat het merendeel van de D-beslissingen valt bij de kleinere bedrijven niet voortvloeit uit een vorm van moedwilligheid. Integendeel, de nauwere band die er in kleinere bedrijven vaak bestaat tussen de werkgever en zijn medewerkers zorgt ervoor dat die werkgever vaak juist alles zal doen om zijn zieke werknemer weer op te nemen. Dat gebeurt dan trouwens vaak via informele trajecten. Wanneer hij in een formeel re-integratietraject niet in staat is om aangepast werk te bieden, heeft dat veelal te maken met onvermogen: hij heeft, zoals gezegd, niet de tijd, middelen en kennis om aangepast werk te voorzien en een vlotte terugkeer mogelijk te maken.

De terugkeer naar werk zal er voor iedere werknemer (en ook werkgever) anders uitzien. Voor die heterogeniteit moeten we meer aandacht hebben. Want elke situatie is anders en vereist dus ook een andere ondersteuning. Dat neemt niet weg dat je die heterogene groep van arbeidsongeschikten niet zou kunnen afbakenen. Ruwweg zou men een onderscheid

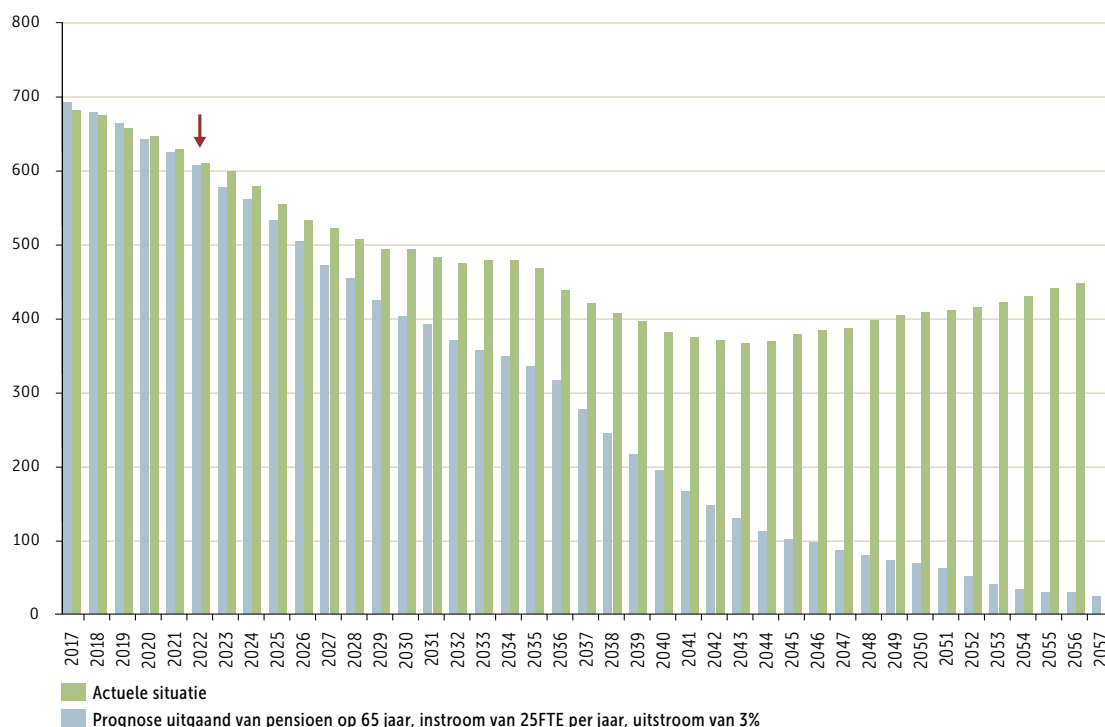
kunnen maken tussen personen met fysieke of somatische klachten enerzijds en personen met een psychische problematiek anderzijds. Het is goed denkbaar dat in het eerste geval vooral goed moet worden nagedacht over de aanpassingen die nodig zijn waarbij misschien een grotere investering moet worden gedaan in de (tijdelijke) aanpassing van de werkplek. In het tweede geval daarentegen kan men zich goed voorstellen dat er veel meer nood is aan een continue ondersteuning, om te waken over over het broze evenwicht tussen draagkracht en draaglast. In dergelijke situaties zal het zeker een meerwaarde zijn als een psycholoog of psychiater van nabij wordt betrokken bij de re-integratie.

## 2. Voldoende hoofdrolspelers

Een goede ondersteuning impliceert in de eerste plaats een voldoende grote capaciteit wat de actoren betreft die een centrale rol vervullen bij de re-integratie. Dan denken we vooral aan de arbeidsartsen en adviserend artsen.

**Grafiek 4.**  
Evolutie van het  
aantal arbeidsartsen  
over de tijd

Bron: Co-Prev



En ook aan de bemiddelaars van de verschillende arbeidsmiddelingsdiensten, zoals VDAB en Actiris. Zoals algemeen geweten, is het probleem in het geval van de arbeidsartsen zorgwekkend. Cijfers van Co-Prev, de overkoepelende organisatie voor alle Externe Diensten Preventie en Bescherming op het Werk, tonen aan dat het aantal arbeidsartsen in de periode 2012-2017 is gedaald met 7,1% FTE (of een verschil van 52.8 FTE in absolute cijfers). De vooruitzichten zijn ook niet echt rooskleurig. In de voorspelling gaat men uit van een pensioen op 65 jaar, een instroom van 25 FTE per jaar en een uitstroom van 3% omdat mensen de sector verlaten, parttime gaan werken ... Als men in het achterhoofd houdt dat dit nog optimistische schattingen zijn, dan ziet men op Grafiek 4 hoe het aantal artsen nog blijft afnemen tot 2044 om daarna weer lichtjes te stijgen (de groene balkjes geven de actuele situatie zonder gewijzigd beleid, de blauwe de prognose voor de volgende jaren):

Een gelijkaardige evolutie stelt zich met betrekking tot de adviserend artsen. Gelet op

hun cruciale rol in het re-integratieproces is het noodzakelijk dat er niet alleen voldoende arbeidsartsen en adviserende artsen zijn, maar ook dat zij voldoende tijd kunnen vrijmaken voor de begeleiding van langdurig arbeidsongeschikten naar de werkvloer.

### VOORSTEL 5

De Vlaamse planningscommissie medisch aanbod moet de subquota voor arbeidsartsen en adviserend artsen voldoende hoog leggen, rekening houdend met de actuele situatie van het afnemende aantal arbeidsartsen. Sinds de Zesde Staatshervorming is dat een specifiek regionale aangelegenheid; het federale niveau kan nog slechts het totaal aantal kandidaten vastleggen. Er moet dus vaart worden gemaakt

met de feitelijke oprichting van die planningscommissie zodat extra arbeidsartsen en adviserend artsen kunnen worden gevormd. Wanneer het verhogen van de subquota alleen niet voldoende is en/of als dit een te grote impact heeft op de aantallen van de andere specialisaties, dan zal het federale niveau alsnog de *numerus clausus* moeten bijsturen. Bovendien moet men er zich ook van bewust zijn dat het verhogen van de (sub)quota alleen niet zal volstaan. Men zal ook extra inspanningen moeten leveren om het beroep veel meer op een positieve manier onder de aandacht te brengen.

In het geval van de arbeidsartsen is het in dat verband ook zeer nuttig hun takenpakket tegen het licht te houden en te bekijken welke taken eventueel door anderen binnen de externe dienst zouden kunnen worden opgenomen. Uiteindelijk heeft de externe dienst een grote waaier aan expertise in huis die nog meer dan nu het geval is, kan worden ingezet bij de begeleiding van langdurig zieken naar het werk.

Even belangrijk als een voldoende grote bezettingsgraad van alle actoren die bij de re-integratie betrokken zijn, is het aanbod en de kwaliteit van de ondersteuning waarop zowel werknemer als werkgever een beroep kunnen doen. Vandaag bestaan er eigenlijk al heel wat degelijke ondersteuningsmaatregelen. Probleem is dat die lang niet bij iedereen bekend zijn en dat de voorwaarden om er beroep op te kunnen doen, soms veel te zwaar zijn.

#### **OPROEP 4**

Werknemers én werkgevers – die laatsten dan vooral van kleinere ondernemingen – moeten veel beter worden geïnformeerd en gesensibiliseerd over de bestaande ondersteunende maatregelen en subsidiemogelijkheden. UNIZO zal hierin haar verantwoordelijkheid blijven opnemen.

### **3. Ondersteuning in de kmo**

Het veld van allerhande ondersteunende dienstverleners is ook in volle ontwikkeling. Grosso modo kan men twee groepen onderscheiden. Enerzijds is er een ruim palet van door de overheid aangeboden en ingerichte diensten. De overheid voorziet in heel wat gevallen ook financiële ondersteuning en tegemoetkoming. Anderzijds is er de private markt waarop zich steeds meer spelers aandienen die vaak elk nog eens gespecialiseerd zijn in een bepaalde niche. In ons voorstel om een arbeidsbemiddelaar te betrekken in het re-integratietraject kan dit hele speelveld worden ontgonnen voor de betrokken werkgevers en werknemers. Doen ze een beroep op door de overheid voorziene dienstverlening, dan kan dat meestal kosteloos. En zoals gezegd zijn er vaak extra financiële tegemoetkomingen. Maar alle andere spelers – die in sommige gevallen efficiënter zijn om iemand de juiste ondersteuning te bieden – zijn in klinkende munt te betalen. Om in aanmerking te komen voor extra financiële ondersteuning moet ook – terecht – worden voldaan aan een reeks criteria. Maar die criteria zijn in veel gevallen wel erg veel-eisend. Dat alles zorgt ervoor dat de werkgever van een kmo weliswaar een beroep kan doen op een ruim aanbod, maar dat hij toch nog zal moeten opdraaien voor een aanzienlijk

deel van de kosten. Precies voor die werkgevers moet nog een re-integratiepremie worden voorzien, zodat ze daarmee zonder al te veel extra besloomingen de ondersteuning op maat kunnen inkopen die ze nodig hebben. Zo zijn ze ook niet afhankelijk van bestaande tegemoetkomingen die alleen onder strikte voorwaarden worden uitgekeerd.

## VOORSTEL 6

Voer voor werkgevers van kmo's een eenmalige re-integratiepremie in van 1.500 euro per terugkerende langdurig arbeidsongeschikte werknemer, waarmee ze op een eenvoudige manier de juiste ondersteuning op maat kunnen inkopen. Zo kunnen ze met de hulp van de arbeidsbemiddelaar op zoek gaan naar dienstverlening die het aanbod van de overheid overstijgt en zijn ze minder afhankelijk van de uitkomst van strikte processen voor extra ondersteuning. Dat is een dubbele win: de werkgever zal gemotiveerder zijn om extra inspanningen te leveren omdat hij weet dat hij goede ondersteuning krijgt, en de werknemer zal veel meer de hulp en begeleiding krijgen die hij nodig heeft om een terugkeer mogelijk te maken. Bovendien kan de werkgever die 1.500 euro ook gebruiken voor de inschakeling van extra hulp bij het opstellen van zijn re-integratieplan.

Het invoeren van een re-integratiepremie voor werkgevers van kmo's ontslaat ons niet van de plicht om het aanbod van de overheid te verbeteren en bij te sturen waar nodig. Zo kan een werknemer die na een lange arbeidsongeschiktheid terugkeert, extra ondersteuning krijgen via gespecialiseerde jobcoaching, coaching die vandaag wordt aangeboden door de zogenaamde GOB's, de gespecialiseerde opleidings-, begeleidings- en bemiddelingsdiensten. Die coaches begeleiden werknemers, werkgevers en collega's op de werkvloer en onderzoeken mee welke aanpassingen van de werkpost eventueel nodig zijn. Een werknemer kan ook een beroep doen op gewone jobcoaching als hij nood heeft aan extra ondersteuning op de werkvloer. Maar in zijn huidige vorm is dit systeem minder aantrekkelijk voor langdurig arbeidsongeschikten. Er zijn dan twee nadelen: (1) jobcoaching is slechts mogelijk tot 1 jaar na de aanwerving en duurt maximaal 6 maanden en (2) jobcoaching kan alleen worden aangevraagd door de werkgever. Omdat meer langdurig arbeidsongeschikten op deze dienst een beroep zouden kunnen doen, is het aangewezen dat deze twee voorwaarden worden aangepast: (1) jobcoaching moet mogelijk zijn tot 2 jaar vanaf het moment van de opstart van het re-integratietraject en (2) jobcoaching moet ook door de werknemer kunnen worden aangevraagd, zij het uiteraard alleen na overleg met zijn werkgever.

## VOORSTEL 7

Hervorm het systeem van jobcoaches zodat langdurig arbeidsongeschikten er gemakkelijker een beroep kunnen op doen bij hun terugkeer naar werk. Zij moeten dat in de eerste plaats zelf kunnen doen – uiteraard met medeweten van hun werkgever –

## en zij moeten dat kunnen doen tot 2 jaar na de opstart van hun re-integratie.

Zelfs met de nodige ondersteuning en de nodige aanpassingen blijft het in sommige gevallen niet evident om iemand opnieuw aan het werk te helpen. Economische wetmatigheden maken dat het niet altijd even vanzelfsprekend is om iemand, zelfs met de nodige ondersteuning en aanpassingen, het werk te laten hervatten. Daarom voerde de Vlaamse overheid een VOP in, een Vlaamse Ondersteuningspremie. Het recht op zo'n VOP kan door de werknemer worden geopend, als hij een gezondheidsprobleem of een arbeidsbeperking heeft die een impact heeft op de uitoefening van zijn job. Eenmaal het recht is geopend, kan de werkgever de premie ook effectief aanvragen. Met die VOP is het dan bijvoorbeeld mogelijk om te voorzien in een aangepast uurrooster, een aangepast takenpakket en/of meer ondersteuning voor de persoon zelf, de collega's of de rechtstreeks verantwoordelijken. Het is ook een compensatiemaatregel die het hieruit voortvloeiende rendementsverlies kan compenseren. De toekenning kan pas vanaf het moment dat de werknemer een rendementsverlies heeft van minimum 20% omwille van zijn arbeidsbeperking. Hoewel het systeem in eerste instantie was ingevoerd voor personen met een (permanente) arbeidshandicap, is het sinds 2019 ook uitgebreid naar situaties waarin personen een 'tijdelijke' arbeidshandicap hebben. Concreet gaat het dan om personen die een indicatie van arbeidshandicap hebben als gevolg van een ernstige ziekte maar van wie er wordt verwacht dat ze nog progressie zullen vertonen. Speciaal voor die doelgroep is er een VOP met tijdelijk karakter. Op die manier kan de gezondheidstoestand op geregelde tijdstippen opnieuw worden onderzocht en kan bekeken worden of de ondersteuning nog steeds nodig is en, zo ja, of dat in dezelfde

mate moet. Ondanks deze nuttige tweedeling blijft het systeem nog relatief zwaar omdat een persoon die ervoor in aanmerking wil komen eerst moet erkend zijn als werknemer met een arbeidshandicap. Daarom zal ook niet elke langdurig zieke ervoor in aanmerking komen, ook al zullen bepaalde aanpassingen noodzakelijk zijn om een vlotte re-integratie mogelijk te maken. Dat is een extra reden waarom werkgevers van kmo's een beroep moeten kunnen doen op een re-integratiepremie. Daarmee kunnen ze dan ook aanpassingen financieren waarvoor ze zonder een VOP geen middelen zouden hebben en die voor een kleine werkgever toch zwaar om dragen blijven.

### 4. Bij dezelfde werkgever als het kan, bij een andere werkgever als het moet

Ondanks alle inspanningen die werknemer en werkgever kunnen doen om van een re-integratie een succes te maken, blijft er toch een groep arbeidsongeschikten over van wie medisch wordt vastgesteld dat ze niet kunnen terugkeren naar hun huidige werkgever, ook niet met aangepast werk, niet nu en ook niet over een bepaalde termijn. Het is de door velen gevreesde D-beslissing (de werknemer kan geen ander of aangepast werk doen bij zijn huidige werkgever), omdat die kan leiden tot een ontslag om medische overmacht. Het gaat dus niet om een automatisch ontslag, al zal het daar in de praktijk dikwijls op uitdraaien. Dat is een moeilijke beslissing en een met verstrekkende gevolgen, maar toch is ze in het belang van alle betrokkenen. Wie het hele proces van het arbeidsrechtelijke re-integratietraject bekijkt, stelt vast dat het hier niet over een overhaaste beslissing gaat. Het is een uitvoerig traject waarin de uiteindelijke beslissing ligt bij de arbeidsarts. Alleen die kan bepalen of iemand medisch gezien nog in staat is om het werk uit te voeren. Door zoals in ons voorstel ook een arbeidsmarktregisseur bij dit

proces te betrekken, moet de arbeidsarts nog beter in staat zijn te oordelen of iemand met een bepaalde medische problematiek nog bij zijn huidige werkgever aan de slag kan, zij het al dan niet met aangepast werk. Als na zorgvuldig afwegen door objectieve actoren blijkt dat dit niet kan, moet het mogelijk zijn om over te gaan tot een verbreking van de arbeidsovereenkomst. Dat is belangrijk omdat het duidelijkheid geeft aan alle partijen. De werknemer weet dat hij met zijn specifieke achtergrond niet meer aan het werk kan bij zijn werkgever, en die heeft op zijn beurt duidelijkheid over zijn personeelsbestand. Want een zieke werknemer die lange tijd niet komt opdagen, maar van wie de arbeidsovereenkomst nooit ontbonden is, blijft op de payroll staan, blijft verder anciënniteit opbouwen en kan in theorie elk moment terugkeren. Dat maakt het niet evident om een goed personeelsbeleid te voeren, iemand nieuw aan te werven of een vervanger een definitief perspectief te bieden.

Het is ook helemaal geen schande als alle partijen tot de vaststelling moeten komen dat een werkhervatting bij dezelfde werkgever niet meer mogelijk is. De mogelijkheden zijn niet onbeperkt. En in een aantal gevallen is het voor alle betrokkenen ook heilzamer om andere horizonten te verkennen.<sup>17</sup> Maar als een werknemer elders aan de slag kan, is dit natuurlijk ook een succesvolle re-integratie. Dergelijke transitie moeten daarom uiteraard evenzeer mee in rekening worden genomen en verder verkend. Dat neemt niet weg dat er een veel beter zicht moet zijn op de groep langdurig arbeidsongeschikten die na een D-beslissing ontslagen worden omwille van medische overmacht. Kunnen die elders aan de slag? Gaat daar veel tijd overheen? Blijven ze in het systeem van invaliditeit? We weten het niet.

Die opvolging zou veel beter moeten. Uiteraard niet omwille van de statistieken zelf, maar omdat op die manier bekeken kan worden hoe deze mensen beter kunnen worden begeleid. Opdat deze personen niet van de radar zouden verdwijnen, verdient het ook aanbeveling dat zij automatisch worden ingeschreven bij een arbeidsbemiddelingsdienst, zodat ze de nodige ondersteuning krijgen bij hun terugkeer naar de arbeidsmarkt en hun zoektocht naar een passende job. Door ons voorstel om een arbeidsbemiddelaar te betrekken in het re-integratietraject zou dit een evidentie moeten zijn.

## VOORSTEL 8

Hou statistieken bij van wat er gebeurt met alle langdurig arbeidsongeschikten. Dat is in het bijzonder van belang voor diegenen van wie de arbeidsovereenkomst na een D-beslissing wordt ontbonden omwille van medische overmacht, zodat we weten wat er met hen gebeurt en waar ze terechtkomen. Op die manier kunnen zij, indien nodig, veel beter worden opgevolgd en begeleid. Bovendien zouden zij automatisch moeten worden geregistreerd bij hun arbeidsbemiddelingsdienst zodat ze begeleid kunnen worden naar een passende job.

17  
Zie ook Isabelle Boets & Lode Godderis (2020), *Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk. Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie*, Leuven: KU Leuven.

# 6

## Een gezond financieel kader als sleutel tot meer progressieve werkhervattingen

Een goede, kwalitatieve ondersteuning is de belangrijkste voorwaarde om langdurig arbeidsongeschikten weer aan de slag te krijgen. Ook een zekere financiële vooruitgang is niet onbelangrijk. In vergelijking met mensen die afhankelijk zijn van een werkloosheidsuitkering hebben diegenen die een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering of invaliditeitsuitkering minder prikkels om – als het mogelijk is – weer (deeltijds) aan het werk te gaan, omdat de uitkering in vele gevallen hoger is. Als de ziekte-uitkering zo hoog is dat het niet of nauwelijks loont om opnieuw aan de slag te gaan, dan zullen mensen niet of weinig gemotiveerd zijn om uit de invaliditeit of arbeidsongeschiktheid te treden. Het is haast een schoolvoorbeeld van een activiteitsval. Die speelt bovendien nog op een ander niveau: als het interessanter is om een deeltijdse baan met een ziekte-uitkering te combineren dan meer uren te presteren, waarom zou iemand dan voor die laatste optie kiezen? Personen voor wie een deeltijdse baan het hoogst haalbare is, moeten we uiteraard niet blijven stimuleren om voltijds aan de slag te gaan. Maar de hoogte van een uitkering mag nooit een excuus zijn om niet te kiezen voor een voltijdse job als dat vanuit medisch oogpunt perfect haalbaar is. Tegelijkertijd mag (deeltijds) werken na arbeidsongeschiktheid er nooit toe leiden dat mensen er financieel op achteruitgaan. Gelet op het feit dat mensen risicoaferig zijn, moet daarbij in het achterhoofd worden gehouden dat niet alleen de hoogte van het inkomen een rol speelt, maar ook de zekerheid over dat inkomen. Anders gesteld: mensen kiezen niet noodzakelijk het hoogste inkomen maar het meest zekere.

Vooraleer we ingaan op de strikt financiële kant is het goed nog even de recentste cijfers van het RIZIV te bekijken. Daaruit blijkt duidelijk dat deeltijdse arbeid cruciaal is voor langdurig arbeidsongeschikten. De meeste personen die weer aan de slag gaan, werken 15 à 20 uur. Nog steeds een aanzienlijk, maar toch al veel beperkter deel gaat aan de slag voor ca. 20-25 uur (Tabel 15).

**Tabel 15 – Intredes per toegestaan werkvolume in 2019:**

Werkvolume	Aantal	%
00 – 4:59	2.316	4,25%
05 – 9:59	4.521	8,30%
10 – 14:59	6.235	11,45%
15 – 19:59	24.593	45,17%
20 – 24:59	13.962	25,64%
25 – 29:59	1.309	2,40%
30 – 34:59	1.202	2,21%
35 – 39:59	200	0,37%
40 –	107	0,20%

Bron: Liantis

Bovendien weten we op basis van eerdere studies van het RIZIV ook dat een arbeidsvolume tussen de 15 en 35 uur per week de beste kansen geeft op een volledige hervatting van de activiteit (Tabel 16). Van de arbeidsongeschikte gerechtigden die minder dan 10 uur presteren, keert meer dan de helft terug naar de arbeidsongeschiktheid. Wellicht gaat het hier om de groep mensen die probeert, maar voor wie het toch niet lukt. Arbeidsongeschikte gerechtigden die meer dan 35 uur presteren, kennen ook een vrij grote terugval naar arbeidsongeschiktheid.

Tabel 16 – Gewerkt volume ten opzichte van de reden van uittrede:

2019	AANTAL GEWERKTE UREN									Totaal
	00-4:59	05-9:59	10-14:59	15-19:59	20-24:59	25-29:59	30-24:59	35-29:59	>40	
Volledige arbeidsongeschiktheid	48,94%	53,39%	43,48%	32,32%	33,48%	27,04%	24,74%	48,47%	69,39%	<b>35,80%</b>
Voltijdse werkherhvatting	24,00%	20,14%	28,90%	45,12%	45,26%	51,32%	51,31%	30,61%	7,14%	<b>40,95%</b>
Werkloosheid	1,65%	1,41%	0,48%	0,46%	0,39%	0,39%	0,59%	1,02%	2,04%	<b>0,57%</b>
Overlijden	0,59%	0,35%	0,50%	0,42%	0,48%	0,20%	0,46%	0,51%	0,00%	<b>0,44%</b>
(Brug)pensionering	3,25%	3,05%	2,73%	2,21%	2,28%	1,05%	0,20%	2,04%	5,10%	<b>2,28%</b>
Uitsluiting - adviserend arts	4,14%	3,52%	6,21%	5,67%	5,82%	9,74%	14,37%	7,65%	4,08%	<b>6,01%</b>
Uitsluiting - GRI	0,06%	0,13%	0,13%	0,06%	0,08%	0,13%	0,13%	0,00%	0,00%	<b>0,08%</b>
Uitsluiting - arts inspecteur	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	<b>0,00%</b>
Mutatie	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	<b>0,00%</b>
Nooit deeltijds werk hervat	1,18%	0,66%	0,35%	0,31%	0,33%	0,26%	0,20%	0,00%	0,00%	<b>0,37%</b>
Andere	16,19%	17,35%	17,23%	13,42%	11,88%	9,87%	8,01%	9,69%	12,24%	<b>13,49%</b>
<b>SUBTOTAAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Bron: RIZIV

Als men dus ziet hoe belangrijk die werkherhvatting tussen 15 en 35 uur per week is, is het cruciaal dat het financieel kader voor deze mensen voldoende interessant is.

De huidige regeling om een ziekte-uitkering te combineren met een loon is eigenlijk vrij eenvoudig en gebeurt op basis van het gewerkte volume. Dat wil zeggen dat de ziekte-uitkering wordt berekend a rato van de arbeidstijd, meer bepaald: de gepresteerde uren zijn bepalend voor de vermindering van de uitkering. Die vermindering gebeurt altijd in verhouding tot de uren bij een voltijdse tewerkstelling. Heel concreet is de regeling als volgt:

- De ziekte-uitkering daalt niet voor wie maximaal 20% van een voltijds uurrooster (38 uur per week) werkt.
- Wie meer dan 20% werkt, ziet zijn uitkering verminderd met het percentage dat die 20% overschrijdt.

**Vb.:** wie 38 uur voltijds werkte en nu het werk hervat met toestemming voor 50%,

oftewel 19 uur per week, ziet zijn uitkering verminderd met 30%, oftewel 50% - 20%.

Deze regeling is nog vrij recent en dateert van 1 april 2018. Daarvoor gebeurde de berekening van de uitkering op basis van het verdiende inkomen. Voor wie deze oudere regeling voordeliger was, is er een garantiemaatregel, een overgangsregeling die van kracht is sinds 1 juli 2018. Bijkomende vereiste is wel dat de voorwaarden van de toegelaten arbeid niet zijn gewijzigd. Bij deze regeling is het dagbedrag van de uitkering gelijk aan het dagbedrag van de uitkering vóór transitie minus het brutobedrag van het beroepsinkomen per dag plus de effectief betaalde sociale zekerheidsbijdrage per dag. Er is een inhoudspercentage van kracht per inkomensschijf. De bedragen van die schijven zijn voor 2019 (in euro, voor een zesdagenweekregeling):

<b>1ste schijf</b>	0%	16,5613
<b>2de schijf</b>	25%	9,9368
<b>3de schijf</b>	50%	9,9368
<b>4de schijf</b>	75%	9,9368



**Vb.:** wie het werk deeltijds hervat met toestemming van de adviserend arts en daarvoor maandelijks 1.200 euro krijgt, ziet zijn aanvankelijke daguitkering van 40 euro als volgt herleid:

- 1.200 euro - bedrag van socialezekerheidsbijdragen, 13,07% = 1200 – 156,84 = 1.043,16 euro
- Dagbedrag = 1.043,16 : 26 = 40,12 euro  
Dagbedrag wordt verder onderverdeeld in schijven met de daaraan gekoppelde percentages:
  - eerste schijf van 16,56 euro: nihil
  - tweede schijf van 9,94 euro: 20% x 9,94 = 1,99 euro
  - derde schijf van 9,94 euro: 50% x 9,94 = 4,97 euro
  - vierde schijf van resterend bedrag, 3,68 euro (40,12 – 36,44) x 75% = 2,76 euro  
Totaal bedrag dat wordt afgetrokken = 9,72 euro (1,99 + 4,97 + 2,76).
- Dagbedrag van de uitkering = 30,40 euro (40,12 – 9,72)

18  
Zie Natascha Van Mechelen & Linde Buysse (2019), 'De re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten op de arbeidsmarkt: stand van zaken en knelpunten', in Koen Hermans, Jean-Marc Dubois & Annabel Vanroose (eds.), *Armoede en handicap in België 2019*, Brussel: POD Maatschappelijke integratie & FOD Sociale Zekerheid, p. 141.

19  
Cfr. de studies van Van Mechelen en Buysse (2019) en van Hufkens en Van Mechelen (2014).

20  
Op Vlaams niveau zullen deze denkpistes worden onderzocht binnen de SERV in het kader van het akkoord 'Iedereen aan boord' dat de sociale partners afsloten in de zomer van 2019. Zie <https://www.serv.be/serv/publicatie/akkoord-iedereen-boord>.

Voor wie binnen de nieuwe regeling weer deeltijds aan de slag gaat of na verloop van tijd weer meer gaat werken, lijkt er geen enkel probleem. Een tabel van de CRB (Tabel 17) toont zeer duidelijk aan dat (meer) werken altijd loont, m.a.w. het is altijd interessanter om een ziekte-uitkering te combineren met een loon uit deeltijdse arbeid. Bovendien is het ook altijd financieel interessanter om meer uren te gaan werken wanneer dat mogelijk is. Netto houdt men dus altijd meer over. Om de tabel van de CRB goed te kunnen interpreteren, moet men weten dat PTR staat voor *participation tax rate* en PRD voor 'de progressie van het beschikbaar netto-inkomen'. Dat wil zeggen dat de PTR het aandeel toenemende belastingen weergeeft, terwijl de PRD aangeeft met hoeveel procent het nettoloon erop vooruitgaat.

Na aftrek van alle belastingen, gaat het nettoloon er in alle gevallen op vooruit en meer dan de bijkomende afdracht aan belastingen. Deze

nieuwe regeling heeft op dat vlak alvast een grote sterkte. In een recente studie besluiten Natascha Van Mechelen en Linde Buysse dan ook dat het nieuwe volume-systeem een 'stuk doeltreffender is dan de oude regeling'. Het is een systeem met 'sterkere financiële prikkels tot arbeidsmarktintegratie'.<sup>18</sup> Cijfers van het RIZIV tonen ook aan dat er met deze regeling al meer mensen weer deeltijds aan de slag zijn gegaan: van april 2017 tot en met maart 2018 waren er in totaal 44.309 nieuwe werkhervattingen; in de periode van april 2018 tot en met maart 2019 waren dat er 52.745, oftewel een stijging van 19,04%. Die cijfers tonen ook een lichte stijging bij het aantal personen dat het werk hervat aan een beperkt volume van 0 tot 10 uur per week. De reden daarvoor is allicht dat gerechtigden op die manier kunnen proberen weer aan de slag te gaan zonder dat dit een invloed heeft op hun uitkeringen (vrijstelling van de 20% volumevrijstelling).

De huidige regeling garandeert dus dat het inkomen van langdurig arbeidsongeschikten stijgt naarmate ze meer en meer het werk hervatten. Tegelijk kan er zich voor sommige lage-inkomenscategorieën een probleem stellen doordat zij – wegens de werkhervatting – extra kosten moeten maken of financiële ondersteuning buiten de arbeidsongeschiktheidsverzekering zien wegvallen. Het probleem situeert zich dus niet in de ZIV-regeling als zodanig, maar in het 'flankerend' beleid. Dat zou het geval zijn voor alleenstaanden met kinderen die weer aan de slag gaan voor een minimumloon en voor koppels met een inactieve partner en kinderen.<sup>19</sup> UNIZO wil regeling per regeling bekijken om vast te stellen waar de problemen zich stellen en hoe die moeten worden weggewerkt. We denken dan aan extra financiële toelagen via de kinderbijslag en extra tegemoetkomingen in de kinderopvang.<sup>20</sup> In het geval van koppels met een inactieve partner moet dan in eerste instantie bekeken worden hoe die partner naar werk kan worden begeleid.

Tabel 17 – Herneming van het werk met impact op fiscale bijdrage en nettoloon:

HERNEMEN VAN DE ACTIVITEIT	ARBEIDSONGESCHIKTHEID		INVALIDITEIT	
	PTR	PRD	PTR	PRD
<b>50% van het gemiddeld inkomen</b>				
1 dag	16%	28%	11%	31%
2 dagen	23%	36%	20%	40%
Halftijds	26%	40%	23%	45%
3 dagen	28%	43%	26%	49%
4 dagen	35%	48%	33%	55%
<b>67% van het gemiddeld inkomen</b>				
1 dag	49%	18%	50%	18%
2 dagen	49%	25%	50%	26%
Halftijds	49%	29%	51%	30%
3 dagen	51%	31%	52%	33%
4 dagen	58%	33%	58%	36%
<b>100% van het gemiddeld inkomen</b>				
1 dag	51%	22%	51%	23%
2 dagen	49%	33%	50%	35%
Halftijds	52%	36%	53%	38%
3 dagen	55%	39%	56%	41%
4 dagen	58%	45%	59%	48%
<b>133% van het gemiddeld inkomen</b>				
1 dag	50%	30%	51%	30%
2 dagen	53%	45%	54%	46%
Halftijds	55%	51%	56%	53%
3 dagen	57%	56%	58%	59%
4 dagen	59%	68%	60%	71%
<b>167% van het gemiddeld inkomen</b>				
1 dag	50%	38%	50%	38%
2 dagen	56%	56%	56%	58%
Halftijds	57%	64%	58%	67%
3 dagen	58%	73%	59%	76%
4 dagen	60%	91%	60%	96%

Bron: CRB

Daarnaast wijst UNIZO erop dat – hoewel het inkomen stijgt in geval van werkhervatting – dit voor de betrokkenen niet altijd duidelijk is op voorhand. De volumeregeling oogt vrij eenvoudig. Maar om precies te weten wat men netto overhoudt moet men ook rekening houden met tal van andere factoren: gezinssamenstelling, fiscale en parafiscale maatregelen, indexaties... Uiteindelijk gaat het om een zeer complex systeem waar een specialist zijn tanden op stuk bijt, laat staan dat een leek er zijn weg in vindt. Dat slechts enkele specialisten hun weg vinden in deze berekeningen is vanzelfsprekend problematisch. Maar dat gebrek aan transparantie en zekerheid is nog nefaster voor de langdurig arbeidsongeschikten zelf. Zoals al meermaals aangegeven zijn juist duidelijkheid en zekerheid essentiële voorwaarden om langdurig arbeidsongeschikten aan te moedigen werk te maken van een (deeltijdse) werkhervatting en om van een re-integratie een succes te maken.

#### **VOORSTEL 9**

De overheid moet een online tool ter beschikking stellen waarmee langdurig arbeidsongeschikten gemakkelijk een berekening kunnen laten maken van hun netto-inkomen op basis van hun ZIV-uitkering en het loon

verkregen uit (deeltijdse) arbeid. Gelet op de vele elementen die een rol spelen bij de berekening van dat netto-inkomen, is het aangewezen dat niet de arbeidsongeschikten zelf maar mensen met enige kennis van zaken die berekening gemakkelijk kunnen maken met behulp van de tool. In eerste instantie denken we dan aan de medewerkers van de ziekenfondsen. Om deze tool te ontwikkelen, kan men terugvallen op andere modellen, zoals het microsimulatiemodel van de FOD Sociale Zekerheid, MIMOSIS, of het eerder door de UA ontwikkelde MOTYFF-model ([www.fle mosi.be/easycms/MOTYFF](http://www.fle mosi.be/easycms/MOTYFF)) dat helaas niet meer up-to-date is door de nieuwe wetgeving. Voor beide systemen geldt bovendien dat ze zo moeten worden aangepast dat het mogelijk is te werken met reële in plaats van hypothetische situaties.

# 7 Slotbeschouwing

Re-integratie op het werk na langdurige ziekte vraagt veel, zowel van de werknemer als de werkgever. Als ze slaagt, staat het succes in een exponentiële relatie tot de inspanningen. Maar als deze analyse met beleidsaanbevelingen ons iets leert, dan wel dat het gaat om een delicaat proces waarin open communicatie en vertrouwen centraal staan en waarin de inbreng van alle actoren noodzakelijk is. Het is ook een proces dat pas succesvol kan zijn als op de eerste plaats de juiste ondersteuning voorhanden is en daarnaast ook, maar in samenhang daarmee, een voldoende grote financiële zekerheid kan worden gewaarborgd. Het gaat niet op om deze of gene maatregel in te zetten; alleen de samenhang tussen alle acties en de coördinatie van alle actoren leiden tot succes.

UNIZO wil zich constructief blijven inzetten voor de re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten. Vanuit die filosofie willen we ons mee engageren om te werken aan een mentaliteitswijziging op het vlak van ziekte en gezondheid. De scheidslijn is niet scherp, maar fluïde. Een mentaliteitswijziging kan je niet in beleidsvoorstellen gieten, laat staan afdwingen. Vandaar dat we oproepen om een aantal zaken anders te bekijken en meer inspanningen te leveren om gebruik te maken van de instrumenten die al bestaan.

## **Oproep 1**

Voer de unanieme aanbevelingen van de sociale partners uit zoals geformuleerd in het NAR-advies nr. 2099 van 25 september 2018 en zoals verder uitgewerkt in het unaniem advies nr. 219 van 22 februari 2019 op eigen initiatief van de sociale partners binnen de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk

## **Oproep 2**

Werken is positief! Al te vaak spreekt men over werk in negatieve zin. Het is zeker niet altijd rozengeur en maneschijn, maar werken heeft wel degelijk een grote positieve impact op ons zelfbeeld en algemeen welzijn. Voor langdurig arbeidsongeschikten kan gaan werken een belangrijke stap zijn in het genezingsproces. En voor werkgevers is het noodzakelijk om iedereen aan boord te houden om al het werk gedaan te krijgen. Daarom hebben alle betrokkenen er alle belang bij dat re-integratie op een positieve manier onder de aandacht komt. Extra inspanningen zijn nodig om positief over het onderwerp te communiceren en te sensibiliseren.

## **Oproep 3**

Zodra iemand langdurig dreigt uit te vallen, moet de arbeidsarts de werknemer en werkgever goed informeren over de verschillende soorten trajecten, alsook over de aard, het verloop en de mogelijke uitkomsten van de respectievelijke re-integratietrajecten. Tegelijkertijd moet de arbeidsarts hen inlichten over de rol van de arbeidsbemiddelaar (zie verderop) die hen kan bijstaan met alle vormen van ondersteuning tijdens de trajecten. Al die informatie moet de werkgever en werknemer ook helpen om meer werk te maken van re-integratie.

## **Oproep 4**

Werknemers én werkgevers – die laatsten dan vooral van kleinere ondernemingen – moeten veel beter worden geïnformeerd en gesensibiliseerd over de bestaande ondersteunende maatregelen en subsidie-mogelijkheden. UNIZO zal hierin haar verantwoordelijkheid blijven opnemen.

Een mentaliteitswijziging vereist ook dat zowel werknemers als werkgevers op een veel natuurlijkere en meer ongedwongen wijze kijken naar re-integratie na arbeidsongeschiktheid. Maar om zo'n mentaliteitswijziging mee mogelijk te maken en te bespoedigen, is het noodzakelijk dat er degelijke ondersteuning op maat voorhanden is. En daar kan het beter. Op dat vlak kunnen we wel enkele concrete beleidsaanbevelingen doen. We sommen die hier nogmaals op:

#### **Voorstel 1**

Pas het ziektebriefje aan. Nu moet de behandelende arts aanduiden of de patiënt al dan niet het huis mag verlaten. Naar analogie daarvan vraagt UNIZO dat de arts of de werknemer op het ziektebriefje kan aanduiden dat het wenselijk is dat er contact komt tussen de werknemer, de werkgever en eventueel de arbeidsarts om de impact van de arbeidsongeschiktheid op de werkvloer te bespreken. Op die manier realiseren we een laagdrempelige mogelijkheid waarmee we de communicatie tussen werknemer en werkgever verder stimuleren, en dat op een heel transparante wijze. Tegelijkertijd respecteren we zo ook de privacy van die werknemers die tijdens hun ziekte niet wensen 'gestoord' te worden. Het is wel zo dat dit voorstel pas echt effect zal hebben als de artsen ook worden gesensibiliseerd en gestimuleerd om deze optie aan te vinken.

#### **Voorstel 2**

De behandelende arts moet de reflex ontwikkelen om de arbeidsarts in te schakelen wanneer iemand langer dan drie weken arbeidsongeschikt is of dreigt te worden. Die snelle inschakeling van de arbeidsarts is cruciaal, omdat vele vormen van arbeidsongeschiktheid (in)direct kunnen worden gelinkt aan de arbeidssituatie. Niemand is beter geplaatst om die arbeidssituatie te kennen en te beoordelen dan de arbeidsarts, de specialist van het werk.

#### **Voorstel 3**

Voorzie een sleutelrol in het re-integratietraject voor een arbeidsbemiddelaar, naast die van de arbeidsarts. Vandaag is het de arbeidsarts die de restcapaciteiten bepaalt van de betrokken werknemer en een inschatting maakt van diens kansen op een terugkeer naar de werkvloer, rekening houdend met de mogelijkheden binnen de onderneming en de ervaring en wensen van de werknemer. Het spreekt voor zich dat alleen iemand met het juiste medische getuigschrift de restcapaciteiten kan bepalen. Maar voor de verdere inschatting van de mogelijkheden binnen de onderneming en de ondersteuning die daarbij nodig zal zijn, is de expertise van een arbeidsbemiddelaar essentieel. Wanneer blijkt dat de mogelijkheden binnen de onderneming uitgeput zijn, dan kan die regisseur veel sneller een aangepast traject voorstellen buiten de onderneming zonder dat er kostbare tijd verloren moet gaan.

#### **Voorstel 4**

Zodra de arbeidsarts zijn diagnose klaar heeft, moet de arbeidsbemiddelaar de werkgever bijstaan met de opmaak van een re-integratieplan. Zo moet worden vermeden dat deze cruciale stap in het hele re-integratieproces maar halfslachtig wordt ingevuld, niet omdat er een onwil zou bestaan bij de werkgever, integendeel, maar omdat hij gewoon niet weet van welk hout pijlen maken. Een werkgever is nu eenmaal niet thuis in het hele gamma aan ondersteuningsmogelijkheden, laat staan in alle wettelijke verplichtingen.

#### **Voorstel 5**

De Vlaamse planningscommissie medisch aanbod moet de subquota voor arbeidsartsen en adviserend artsen voldoende hoog liggen, rekening houdend met de actuele situatie van het afnemende aantal arbeidsartsen. Sinds de Zesde Staatshervorming is

dit een specifiek regionale aangelegenheid; het federale niveau kan nog slechts het totaal aantal kandidaten vastleggen. Er moet dus vaart worden gemaakt met de feitelijke oprichting van die planningscommissie zodat extra arbeidartsen en adviserend artsen kunnen worden gevormd. Wanneer het verhogen van de subquota alleen niet voldoende is en/of als dit een te grote impact heeft op de aantallen van de andere specialisaties, dan zal het federale niveau alsnog de *numerus clausus* moeten bijsturen. Bovendien moet men er zich ook van bewust zijn dat het verhogen van de (sub)quota alleen niet zal volstaan. Men zal ook extra inspanningen moeten leveren om het beroep veel meer op een positieve manier onder de aandacht te brengen.

#### Voorstel 6

Voer voor werkgevers van kmo's een eenmalige re-integratiepremie in van 1.500 euro per terugkerende langdurig arbeidsongeschikte werknemer waarmee ze op een eenvoudige manier de juiste ondersteuning op maat kunnen inkopen. Zo kunnen ze met de hulp van de arbeidsbemiddelaar op zoek gaan naar dienstverlening die het aanbod van de overheid overstijgt en zijn ze minder afhankelijk van de uitkomst van strikte processen voor extra ondersteuning. Dat is een dubbele win: de werkgever zal gemotiveerder zijn om extra inspanningen te leveren omdat hij weet dat hij goede ondersteuning krijgt, en de werknemer zal veel meer de hulp en begeleiding krijgen die hij nodig heeft om een terugkeer mogelijk te maken. Bovendien kan de werkgever die 1.500 euro ook gebruiken voor de inschakeling van extra hulp bij het opstellen van zijn re-integratieplan.

#### Voorstel 7

Hervorm het systeem van jobcoaches zodat langdurig arbeidsongeschikten er

veel gemakkelijker een beroep op kunnen doen bij hun terugkeer naar werk. Zij moeten dat in de eerste plaats zelf kunnen doen – uiteraard met medeweten van hun werkgever – en zij moeten dat kunnen doen tot 2 jaar na de opstart van hun re-integratie.

#### Voorstel 8

Hou statistieken bij van wat er gebeurt met alle langdurig arbeidsongeschikten. Dat is in het bijzonder van belang voor diegenen van wie de arbeidsovereenkomst na een D-beslissing wordt ontbonden omwille van medische overmacht, zodat we weten wat er met hen gebeurt en waar ze terecht komen. Op die manier kunnen zij, indien nodig, veel beter worden opgevolgd en begeleid. Bovendien zouden zij automatisch moeten worden geregistreerd bij hun arbeidsbemiddelingsdienst zodat ze begeleid kunnen worden naar een passende job.

#### Voorstel 9

De overheid moet een online tool ter beschikking stellen waarmee langdurig arbeidsongeschikten gemakkelijk een berekening kunnen laten maken van hun netto-inkomen op basis van hun ZIV-uitkering en het loon verkregen uit (deeltijdse) arbeid. Gelet op de vele elementen die een rol spelen bij de berekening van dat netto-inkomen, is het aangewezen dat niet de arbeidsongeschikten zelf maar mensen met enige kennis van zaken die berekening gemakkelijk kunnen maken met behulp van de tool. In eerste instantie denken we dan aan de medewerkers van de ziekenfondsen. Om deze tool te ontwikkelen, kan men terugvallen op andere modellen, zoals het microsimulatiemodel van de FOD Sociale Zekerheid, MIMOSIS, of het eerder door de UA ontwikkelde MOTYFF-model ([www.flemosi.be/easycms/MOTYFF](http://www.flemosi.be/easycms/MOTYFF)) dat helaas niet meer up-to-date is door de nieuwe wetgeving. Voor beide systemen geldt bovendien

dat ze zo moeten worden aangepast dat het mogelijk is te werken met reële in plaats van hypothetische situaties.

Het is duidelijk dat het zwaartepunt van deze voorstellen vooral – maar niet exclusief – betrekking hebben op het arbeidsrechtelijke re-integratietraject. Mensen die een arbeidscontract hebben, moeten met alle mogelijke, maar redelijke middelen, aan boord worden gehouden en werkgevers moeten hiertoe ondersteund worden. Het is een open deur intrappen als we zeggen dat dat in de eerste plaats moet gebeuren met een gezond preventiebeleid. Dat spreekt voor zich, want anders zijn zelfs alle re-integratie-inspanningen uiteindelijk een maat voor niets. Maar preventie was niet de focus van deze nota. Hier wilden we in de eerste plaats bekijken hoe werknemer en werkgever mekaar kunnen vinden om van de re-integratie na arbeidsongeschiktheid een succes te maken. En wat met de langdurig arbeidsongeschikten zonder arbeidsovereenkomst? Deze groep kwam als dusdanig minder expliciet aan bod, niet omdat die te verwaarlozen zou zijn, maar omdat de initiële rol van de werkgever daar anders is. Het initiatief ligt daar in eerste instantie niet bij hem. Maar het spreekt voor zich dat alle ondersteunende maatregelen die hier ter sprake kwamen ook

gelden voor personen in een sociaalrechtelijk re-integratietraject en hun toekomstige werkgevers.

Toch zullen in de toekomst nog meer inspanningen moeten gebeuren om ook de langdurig arbeidsongeschikten zonder arbeidsovereenkomst opnieuw naar de arbeidsmarkt te (bege)leiden. De grote uitdaging ligt daar in het bereiken, aanklappen en bijstaan van deze mensen. En dan komen we opnieuw bij de centrale rol van de arbeidsmarktregisseur. Die zal blijvende en bijkomende inspanningen moeten leveren om ook de langdurig arbeidsongeschikten te activeren. In die optiek zijn de vijf provinciale projectdossiers 'We go to work' van VDAB-partner GTB alvast een krachtig signaal om via een 'outreaching' werkaanpak ook deze moeilijker te bereiken personen een perspectief te bieden.<sup>21</sup> Want niemand kan dit beter dan de arbeidsmarktregisseur, voor wie de arbeidsmarkt geen geheimen kent. De medische kant van de zaak is gekend bij de adviserend artsen. Door ook die samenwerking verder te zetten en te versterken via de Raamakkoorden tussen het RIZIV en de respectievelijke regionale arbeidsmarktregisseurs, kunnen ook hier substantieel meer langdurig arbeidsongeschikten worden geholpen. Mits de goede ondersteuning kunnen en zullen de werkgevers zich hier mee voor inzetten!

21

Meer info over de projecten is gemakkelijk te vinden via de website van het ESF op volgende pagina: <https://www.esf-vlaanderen.be/nl/projectenkaart> door in het zoekveld 'we go to work' in te geven.





# Samenvatting\*

Het aantal langdurig arbeidsongeschikte personen blijft hand over hand toenemen. Terecht maakte de regering Michel I er een speerpunt van om te bekijken hoe deze personen zo snel mogelijk kunnen terugkeren naar de arbeidsmarkt, wanneer hun gezondheidstoestand dat toelaat. Zowel de Federale Regering van De Croo I als de Vlaams Regering van Jambon I willen hierop doorgaan en hebben van re-integratie van langdurig zieken een speerpunt gemaakt van hun beleid. UNIZO juicht dit ten zeerste toe en vraagt tegelijkertijd dat meer aandacht gaat naar preventie, zodat het probleem van de langdurige arbeidsongeschiktheid ten gronde wordt aangepakt. Maar ook de terugkeer van wie langdurig afwezig is, kan beter. UNIZO roept in de eerste plaats op tot een mentaliteitswijziging, waardoor we niet naar ziekte en gezondheid kijken als twee aan elkaar tegengestelde polen. Het gaat over een continuüm. Een open communicatie tussen werknemer en werkgever kan al veel wrevel en moeilijkheden wegwerken. Daarnaast bepleit UNIZO een betere ondersteuning van werknemer én werkgever door ook een rol te voorzien voor een arbeidsbemiddelaar in het re-integratietraject. Wie arbeidsongeschikt is en wil terugkeren, heeft bovenal nood aan houvast en zekerheid. Ook de werkgever, die veelal van goede wil is, heeft niet de expertise, tijd en middelen om volop in re-integratie te investeren. Tot slot wil UNIZO re-integratie bevorderen door progressieve werkhervatting aan te moedigen en de nog bestaande drempels op dat vlak weg te werken.

\* In deze publicatie wordt naar de langdurig arbeidsongeschikte, de arbeidsarts, de adviserend arts, de arbeidsbemiddelaar, de werkgever en werknemer verwezen met 'hem' of 'hij'. Dat moet gelezen worden als 'hem/haar' of 'hij/zij'.



# Literatuur

- ABC (2019), 'Arbeidsongeschikte zelfstandigen en hun socioprofessionele re-integratie', *Verslag 2019/03*.
- Boets, Isabel & Godderis, Lode (2020), *Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk. Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie*, Leuven: KU Leuven.
- Bogaerts, Kristel e.a. (2009), 'Inactiviteitsvallen voor personen met een handicap of met langdurige gezondheidsproblemen', *Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleecq*.
- Crevits, Hilde (2019), *Beleidsnota 2019-2024: Werk en Sociale Economie*.
- De Coninck, Annelies e.a. (2016), *Activering uit arbeidsongeschiktheid: hoe de dubbele handicap overwonnen wordt. Maatschappelijke doelmatigheid in haar sociale en economische aspecten*, Leuven: HIVA.
- De Greef, Vanessa & Deroubaix, Helene (2018), 'De hervorming voor de werknemers in arbeidsongeschiktheid onder de Regering-Michel I: Fiat Lux?', *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 3, 357-410.
- De Vil, Geert e.a. (2019), 'Macrobudgettaire impact van een verhoging van de minimale sociale uitkeringen', *Planbureau REP\_MINIMA\_11760*.
- Godderis, Lode (2019), 'Re-integratie: keer je terug of de rug naar het werk', *Over.Werk. Tijdschrift van het Steunpunt Werk*, 1, 87-92.
- Godderis, Lode (2017), *Werken is genezen. Over de bijwerkingen van het doktersbriefje*, Leuven: LanooCampus.
- Hufkens, Tine e.a. (2016), 'Fit for the Labour Market? An Effort to Reduce Inactivity Traps in the Transition from Benefit to Work in the Belgian Sickness and Disability system', *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 4, 489-520.
- Hufkens, Tine & Van Mechelen, Natascha (2014), 'Van arbeidsongeschiktheid naar werk: simulaties van inactiviteitsvallen met MOTYFF', *Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleecq*.
- Koning Boudewijnstichting (2017), *Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid/invaliditeit: het standpunt van artsen en werkgevers*.
- Marx, Ive (2019), 'Krachtlijnen voor meer werk én minder armoede: sociale bescherming in tijden van arbeidsdiversiteit', *Itinera Institute Analyse 2019/7*.
- Montebovi, Saskia (2018), 'Werk boven ziekte. Een vergelijking van de re-integratieregels tijdens ziekte in België en Nederland. En wat met grensoverschrijdende (platform)arbeid?', *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 1, 121-174.
- Ranschaert, Wendy & Yassir, Fatima (eds.) (2019), *#ZE Zero Exclusion. Inclusie als DNA van de innovatieve organisatie*, Brugge: die Keure.
- Spinnewijn, Johannes (2018), 'Waarom werkloosheidsuitkeringen beter stijgen naarmate men langer werkloos is', *Leuvense Economische Standpunten 2018/169*.
- Unia (2017), *Aan het werk met een handicap. Redelijke aanpassingen op het werk*, brochure te raadplegen op <https://www.unia.be/nl/publicaties-statistieken/publicaties/brochure-aan-het-werk-met-een-handicap-qr>
- Vandenbroucke, Pieter e.a. (2011), 'Financiële inactiviteitsvallen bij personen met een arbeidshandicap', *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 1, 45-74.
- Van Mechelen, Natascha & Buysse, Linde (2019), 'De re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten op de arbeidsmarkt: stand van zaken en knelpunten', in Koen Hermans, Jean-Marc Dubois & Annabel Vanroose (eds.), *Armoede en handicap in België 2019*, Brussel: POD Maatschappelijke integratie & FOD Sociale Zekerheid, pp. 109-147.
- RIZIV (2019), *Gedeeltelijke werkhervatting met toestemming van de adviserend artsen bij arbeidsongeschikte gerechtigden. Werknemersregeling, periode 2014-2017*.
- RIZIV (2020/01/16), *Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers. Nota BU 2019/3*.
- RIZIV (2020/01/13), *Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers. Nota BU 2020/2*.
- RIZIV (2019/09/11), *Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers. Nota BU 2019/51*.
- Van Assche, Danny & Renard, Joris (2019/11/7), 'Lagere werkloosheidsuitkeringen bij aanvang, nadien iets hogere voor wie langer werkloos blijft', *De Morgen*, online te raadplegen op <https://www.demorgen.be/meningen/lagere-werkloosheidsuitkeringen-bij-aanvang-iets-hogere-voor-wie-langer-werkloos-blijft~b4410b64/>
- Van Herreweghe, Dries & Lamberts, Miet (2020), *Persoon met een arbeidshandicap op de arbeidsmarkt. Hefbomen voor een hogere werkzaamheidsgraad*, Leuven: HIVA.
- Waddell, Gordon & A. Kim Burton (2006), *Is Work Good for Your Health and Well-Being?*, London: TSO.

# Dankwoord

Een bijzonder woord van dank aan dienstverlener Liantis voor het ter beschikking stellen van veel nuttig cijfermateriaal. Graag ook dank aan de diensten van VDAB en RIZIV voor tal van waardevolle bijdragen.

# Bijlagen

## BIJLAGE 1

### Het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting

- Bij de preventieadviseur-arbeidsarts.
- Het bezoek kan worden aangevraagd door elke werknemer die langer dan 4 weken arbeidsongeschikt is, bij zijn interne of externe dienst voor preventie en bescherming op het werk.
- Het is een puur informeel contact.
- Mits toestemming van de werknemer kan de preventieadviseur-arbeidsarts overleg plegen met de behandelde arts en/of de adviserend arts.
- De preventieadviseur-arbeidsarts verwittigt de werkgever op het ogenblik dat hij een aanvraag ontvangt, tenzij de werknemer daar niet mee akkoord is.
- De preventieadviseur-arbeidsarts nodigt de werknemer uit binnen een termijn van 10 werkdagen volgend op de dag van ontvangst van de aanvraag.
- Onderzoek moet toelaten of er al dan niet aanpassingen van de post of de arbeidsomstandigheden kunnen voorgesteld worden aan de werkgever.
- De preventieadviseur-arbeidsarts onderzoekt de werkpost van de werknemer zo spoedig mogelijk met het oog op onderzoek van de mogelijkheden tot aanpassing van deze post.
- De werkgever neemt de verplaatsingskosten van de werknemer voor het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting voor zijn rekening.

## BIJLAGE 2

### Het arbeidsrechtelijke re-integratietraject van arbeidsongeschikte medewerkers

Het re-integratietraject voor werknemers bestaat uit drie grote fases. Een sleutelrol wordt vervuld door de preventieadviseur-arbeidsarts.

#### Fase 1: opstarten van een re-integratietraject

Niet alle arbeidsongeschikte werknemers zullen met een re-integratietraject starten. Het re-integratietraject moet immers een concrete meerwaarde betekenen. De preventieadviseur-arbeidsarts kan een re-integratietraject opstarten op verzoek van:

##### 1. de werknemer

- tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid of
- zijn behandelend arts, maar enkel mits toestemming van de werknemer;

##### 2. de adviserend arts van de mutualiteit

- ten laatste twee maanden na de aangifte van de arbeidsongeschiktheid;

##### 3. de werkgever

- ten vroegste vanaf 4 maanden arbeidsongeschiktheid van de werknemer;
- wanneer de werknemer een attest van zijn behandelend arts bezorgt waaruit blijkt dat hij definitief ongeschikt is om het overeengekomen werk uit te voeren.

De preventieadviseur-arbeidsarts moet de werkgever verwittigen van zodra hij een re-integratieverzoek van de werknemer, behandelend arts of adviserend arts heeft ontvangen.

#### Fase 2: re-integratiebeoordeling door de preventieadviseur-arbeidsarts

Eens het re-integratietraject is opgestart, komt dit bij de preventieadviseur-arbeidsarts terecht. Hij neemt volgende stappen:

##### 1. Re-integratiebeoordeling

De preventieadviseur-arbeidsarts nodigt de werknemer uit voor een re-integratiebeoordeling.

##### 2. Overleg

De preventieadviseur-arbeidsarts kan een overleg plannen – enkel mits toestemming van de werknemer – met de behandelende arts, adviserend arts, andere preventieadviseurs en personen die kunnen bijdragen tot slagen van de re-integratie.

##### 3. Onderzoek werkpost of werkomgeving

De preventieadviseur-arbeidsarts onderzoekt de werkpost of werkomgeving met het oog op mogelijke aanpassing van de werkpost.

##### 4. Beslissing

De preventieadviseur-arbeidsarts neemt binnen 40 werkdagen na de ontvangst van het re-integratieverzoek een van volgende beslissingen:

- De werknemer kan op termijn het overeengekomen werk hervatten:
  - Beslissing A: de werknemer kan intussen ander of aangepast werk doen (eventueel via een progressief traject).
  - Beslissing B: de werknemer kan intussen geen ander of aangepast werk doen.
- De werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk te hervatten:
  - Beslissing C: de werknemer kan wel nog ander of aangepast werk doen (eventueel via een progressief traject).
  - Beslissing D: de werknemer kan geen ander of aangepast werk doen.
  - Beslissing E: het is om medische red-

nen (nog) niet opportuun om een re-integratietraject op te starten.

De preventieadviseur-arbeidsarts bepaalt de modaliteiten van het aangepast of ander werk, evenals de aanpassing van de werkpost.

### **Fase 3: overleg werkgever – werknemer en opmaken re-integratieplan**

Zodra de preventieadviseur-arbeidsarts een beslissing heeft genomen, maakt hij het formulier voor re-integratiebeoordeling over aan de werkgever en de werknemer. Als hij ander of aangepast werk voorstelt, meldt hij dit aan de behandelende arts. Werkgever en werknemer bekijken dan welke concrete mogelijkheden er zijn voor aangepast of ander werk binnen de onderneming. Dit met de bedoeling om de re-integratie mogelijk te maken en/of te versnellen. Gaan beide partijen akkoord, dan is er een re-integratieplan. Komt er geen re-integratieplan, dan moet de werkgever motiveren waarom hij geen ander of aangepast werk kan aanbieden, of moet de werknemer verantwoordwoorden waarom hij het re-integratievoorstel verwerpt.

Het re-integratieplan dat door de werkgever werd opgemaakt in overleg met de werknemer, de preventieadviseur-arbeidsarts en eventuele andere personen die kunnen bijdragen aan het welslagen van de re-integratie, moet één of meer van de volgende maatregelen bevatten:

- een omschrijving van de redelijke aanpassingen van de werkpost;
- een omschrijving van het aangepast of ander werk: het volume van het werk, het uurrooster van de werknemer, en desgevallend de progressiviteit van de maatregelen;
- de aard van de voorgestelde opleiding die de werknemer dient te volgen om een aangepast of ander werk te kunnen uitvoeren;
- de geldigheidsduur van het re-integratieplan.

Het re-integratieplan wordt door de preventieadviseur-arbeidsarts bezorgd aan de adviseerend arts van de mutualiteit die een beslissing neemt over de progressieve werkhervatting en de arbeidsongeschiktheid.

### **Termijnen**

De werkgever bezorgt het re-integratieplan aan de werknemer:

- binnen max. 55 werkdagen na ontvangst van de re-integratiebeoordeling wanneer het gaat om een tijdelijke ongeschiktheid;
- binnen max. 12 maanden na ontvangst van de re-integratiebeoordeling wanneer het gaat om een definitieve ongeschiktheid.

### **Beroepsmogelijkheid**

De werknemer heeft 5 werkdagen om al dan niet in te stemmen met het re-integratieplan. Gaat hij niet akkoord, dan geeft hij ook aan waarom.

De werkgever bezorgt een exemplaar van het re-integratieplan aan de werknemer en aan de preventieadviseur-arbeidsarts. De preventieadviseur-arbeidsarts volgt de uitvoering van het re-integratieplan op regelmatige tijdstippen op in overleg met werkgever en werknemer.

Belangrijke verduidelijkingen bij de re-integratietrajecten:

- De werkgever zal niet verplicht worden om een langdurig arbeidsongeschikte werknemer in alle gevallen een nieuwe functie aan te bieden. Wel zal de werkgever gevraagd worden om samen met de werknemer en de preventieadviseur-arbeidsarts te bekijken welke concrete mogelijkheden er zijn voor aangepast of ander werk binnen de onderneming. Dat houdt in dat hij nagaat of hij de bestaande werkpost kan laten aanpassen, dan wel of hij aangepast of ander werk kan aanbieden.

Daarbij blijft gelden dat het om 'redelijke aanpassingen' moet gaan. De grootte en de draagkracht van de onderneming spelen daarbij een belangrijke rol. Van een grote

onderneming met veel personeel wordt meer aanpassingsvermogen verwacht dan van een kleine kmo met drie werknemers. Er wordt dus niet gevraagd aan een bakker met een zieke bakkersgast dat hij zijn werknemer een functie aan de toonbank aanbiedt, wanneer die functie niet openstaat of die bakkersgast daar helemaal niet geschikt voor is. Als er geen aangepaste functie is binnen de onderneming, kan de werknemer ook niet gere-integreerd worden.

- Belangrijk is dat dit systeem meestal niet eeuwigdurend is, maar bedoeld is als een tussenstap tussen volledige arbeidsongeschiktheid en volledige werkhervatting.
- De werknemer die een aangepaste functie uitoefent, ontvangt niet zomaar zijn vroegere loon.
  - Als hij in zijn vroegere functie is tewerkgesteld, maar minder werkt, ontvangt hij zijn vroeger loon, maar pro rata de effectief gepresteerde uren.
  - Als hij in een aangepaste functie wordt tewerkgesteld, kunnen (en in de meeste gevallen zullen) werkgever en werknemer een ander loon overeenkomen.
- Bij herval tijdens progressieve werkhervatting is geen gewaarborgd loon verschuldigd. Indien de werknemer opnieuw arbeidsongeschikt wordt tijdens de uitvoering van het aangepast of ander werk, zal de werkgever niet opnieuw het gewaarborgd loon moeten betalen. De werknemer ontvangt in dit geval immers ziekte-uitkeringen van het RIZIV. In het kader van toegelaten arbeid of progressieve werkhervatting binnen de ziektewetgeving is er, naast overleg met de arbeidsarts, ook overleg nodig met de adviserend arts van het ziekenfonds.

Het re-integratietraject is definitief beëindigd op het moment dat de werkgever:

- het formulier re-integratiebeoordeling heeft ontvangen van de preventieadviseur-arbeidsarts met beslissing dat aangepast of ander werk onmogelijk is en de beroepsmogelijkheden zijn uitgeput;
- geen re-integratieplan opmaakt en zijn motivering heeft bezorgd aan de preventieadviseur-arbeidsarts;
- het re-integratieplan heeft overgemaakt aan de preventieadviseur-arbeidsarts waarmee de werknemer niet heeft ingestemd.

#### Beroep

- De werknemer stuurt binnen de 7 werkdagen na ontvangst van het formulier voor re-integratiebeoordeling een aangetekende brief aan de bevoegde arts sociaal inspecteur van de algemene directie TWW en ver-wittigt de werkgever.
- De arts sociaal inspecteur roept de preventieadviseur-arbeidsarts en de behandelde arts bij zich voor overleg en neemt uiterlijk binnen 31 werkdagen na ontvangst van het beroep een beslissing bij meerderheid van stemmen. Hij deelt dat resultaat onmiddellijk mee aan de werkgever en de werknemer.
- ! Een werknemer kan slechts eenmaal de beroepsprocedure aanwenden in een re-integratietraject.

#### Outplacementregeling

- ter waarde van 1.800 euro;
- wanneer de arbeidsovereenkomst wordt verbroken wegens medische overmacht;
- min. 30 uur begeleiding verspreid over max. drie maanden;
- gefinancierd door vorige werkgever.

#### In het geval van definitieve ongeschiktheid



## BIJLAGE 3

### Het sociaalrechtelijke re-integratietraject van arbeidsongeschikte verzekerden

Het re-integratietraject van arbeidsongeschikte verzekerden bestaat uit twee fasen. Een centrale rol is weggelegd voor de adviserend arts.

#### Fase 1: beoordeling van de restcapaciteiten

Ten laatste twee maanden na de aangifte van de arbeidsongeschiktheid maakt de adviserend arts op basis van het medisch dossier een eerste inschatting van de resterende capaciteiten. De gerechtigde wordt dan in een bepaalde categorie ondergebracht. Daarbij is het van belang of de gerechtigde al dan niet nog door een arbeidsovereenkomst is gebonden.

- Categorie 1: er kan redelijkerwijze worden aangenomen dat de gerechtigde uiterlijk tegen het einde van de zesde maand van de arbeidsongeschiktheid spontaan het overeengekomen werk opnieuw kan uitoefenen / een beroep op de reguliere arbeidsmarkt kan opnemen.
- Categorie 2: een werkhervatting / het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt lijkt om medische redenen niet tot de mogelijkheden te behoren.
- Categorie 3: een werkhervatting / het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt is voorlopig niet aan de orde omdat de prioriteit dient uit te gaan naar de medische diagnose of de medische behandeling.
- Categorie 4: een werkhervatting lijkt mogelijk te zijn door het (tijdelijk of definitief) aanbieden van aangepast of ander werk / het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt lijkt mogelijk te zijn desgevallend na herscholing of een beroepsopleiding.

#### Fase 2: opstellen van een re-integratieplan

Deze tweede fase gaat van start voor de personen in categorie 4. Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen personen zonder arbeidsovereenkomst en personen die

de re-integratieprocedure bij hun werkgever hebben doorlopen en van wie de arbeidsarts tot de bevinding is gekomen dat ze definitief ongeschikt zijn om het overeengekomen werk uit te voeren en ook niet in aanmerking komen voor ander of aangepast werk binnen dezelfde onderneming (zogenaamde beslissing D).

- voor personen zonder arbeidsovereenkomst:
  - Na een arbeidsongeschiktheid van 6 maanden kan de adviserend arts een re-integratietraject opstarten of overwegen.
- voor personen met een arbeidsovereenkomst:
  - Concreet gaat het dan om de personen met een re-integratietraject in de onderneming met een beslissing D van wie de preventieadviseur-arbidsarts op bedekte wijze heeft laten blijken dat er nog resterende capaciteiten zijn.

De adviserend arts roept de gerechtigde dan op voor een medisch-sociaal onderzoek om de resterende capaciteiten nader te bepalen en te bekijken wat de mogelijkheden zijn voor wedertewerkstelling. Tijdens dit onderzoek vraagt de adviserend arts uitdrukkelijk naar de inzichten van de gerechtigde omtrent de inhoud van het aanbod van het re-integratieplan. De resultaten van het medisch-sociaal onderzoek worden meegedeeld aan de behandelde arts.

De adviserend arts stelt een re-integratieplan op en doet dat binnen een termijn van 4 weken na het medisch-sociaal onderzoek. Deze termijn kan eenmaal worden verlengd met een minimum van 2 weken en een maximum van 4 weken.

Bij de opmaak van het re-integratieplan betreft de adviserend arts de behandelende arts van de gerechtigde en raadpleegt hij een adviseur van de gewestelijke arbeidsbemiddelingsdiensten of de instellingen voor personen met een beperking.

De adviserend arts legt het aanbod van re-integratieplan zo spoedig mogelijk voor aan de gerechtigde. Hij nodigt de gerechtigde daarvoor schriftelijk uit voor een gesprek. Het gesprek heeft plaats binnen de twee weken

te rekenen vanaf de uitnodiging. Indien de gerechtigde een geldige reden heeft om niet aanwezig te zijn, laat hij dat weten aan de adviserend arts en doet hij een nieuw voorstel binnen een termijn van maximaal 4 weken na de uitnodiging. Als beide partijen akkoord gaan over de inhoud van het re-integratieplan, dan wordt die in een overeenkomst gegoten en door beide partijen ondertekend. Elke drie maanden volgt de adviserend arts het plan op, tenzij de aard van het dossier rechtvaardigt dat een latere datum mogelijk is.

© 2020 Uitgeverij ASP nv  
(Academic and Scientific Publishers nv)  
Keizerslaan 34  
B-1000 Brussel  
Tel. + 32 (0)2 289 26 56  
Fax + 32 (0)2 289 26 59  
E-mail: [info@aspeditions.be](mailto:info@aspeditions.be)  
[www.aspeditions.be](http://www.aspeditions.be)

ISBN 978 90 5718 071 2  
NUR 780  
Wettelijk depot D/2020/11.161/035

Niets uit deze uitgave mag worden veeleenvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, op elektronische of welke andere wijze ook zonder voorafgaande, schriftelijke toestemming van de uitgever.





Dit is een uitgave van de UNIZO-Studiedienst  
Willebroekkaai 37, 1000 Brussel


**UNIZO.be**

Verantwoordelijke uitgever:  
Johan Bortier, *directeur Studiedienst UNIZO*

Auteur: Erik De Bom  
maart 2021



UNIZO ONDERNEMERSLIJN

 0800 20 750

[ondernemerslijn@unizo.be](mailto:ondernemerslijn@unizo.be)