

Verslag 2019/03

Uitgebracht op vraag van de minister van Zelfstandigen

Artikel 110, §1 van de wet van 30 december 1992 houdende sociale en diverse bepalingen

Arbeidsongeschikte zelfstandigen en hun socioprofessionele re-integratie

Samenvattend.....	2
1 Context.....	5
2 Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bij zelfstandigen	6
2.1 Financiële ondersteuning.....	6
2.2 Omvang en karakteristieken van de populatie arbeidsongeschikte zelfstandigen	8
2.3 Gebruik van de uitkeringsverzekering en van de gelijkstelling bij medische problemen.....	16
3 Arbeidsmarktre-integratie	18
3.1 Gedeeltelijke werkhervatting via een systeem van toegelaten activiteit	18
3.2 Beroepsherscholing	27
3.3 Gebruik van de mogelijkheden tot arbeidsmarktre-integratie.....	30
4 Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid: aandachtspunten vanuit de praktijk	31
4.1 Rigiditeit van het wettelijk kader	32
4.2 Een te versnipperde aanpak van het re-integratieproces	33
4.3 Preventie	33
5 Voorstellen van het Comité ter ondersteuning van arbeidsongeschikte zelfstandigen en hun professionele re-integratie	34
5.1 Informatieverstrekking aan de zelfstandige	34
5.2 Vereenvoudiging en verduidelijking van administratieve procedures en voorwaarden.....	35
5.3 Deeltijdse arbeidsongeschiktheid.....	37
5.4 Een meer aangepast ondersteunings- en begeleidingsaanbod.....	37
5.5 Naar een meer (pro)actieve aanpak	38
Bijlage I.....	40

Samenvattend

Op vraag van de ministers van Zelfstandigen en van Sociale Zaken brengt het Comité in dit rapport verslag uit over arbeidsongeschiktheid bij zelfstandigen en de mogelijkheden tot professionele re-integratie van de zelfstandigen die ermee geconfronteerd worden.

Uit cijfers van het RIZIV blijkt dat het **aantal zelfstandigen** dat een **uitkering primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit ontvangt relatief beperkt**¹ is in verhouding tot de volledige populatie verzekerden. Hierbij kan echter worden opgemerkt dat **heel wat zelfstandigen niet terug te vinden zijn in de uitkeringsverzekering** hoewel medische problemen de uitoefening van hun professionele activiteit bemoeilijken of zelfs verhinderen. Dit kan zijn i) omdat ze niet (volledig) voldoen aan de toekenningsvoorwaarden maar evenzeer ii) omdat ze niet op de hoogte zijn van het recht op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid of iii) omdat ze niet weten welke administratieve stappen ze moeten ondernemen om van het recht gebruik te maken. Mogelijk vormen deze factoren eveneens mede een verklaring waarom het aantal begunstigden van een gelijkstelling ziekte aanzienlijk lager ligt dan het aantal arbeidsongeschikte zelfstandigen in de uitkeringsverzekering. Een andere mogelijke factor is dat sommige arbeidsongeschikte zelfstandigen hun onderneming niet hebben stopgezet (wat niet hoeft voor de uitkering, wel voor de gelijkstelling).

De cijfers van het RIZIV tonen dat de **groep arbeidsongeschikte zelfstandigen** zich de voorbije 20 jaren **onophoudelijk heeft uitgebreid**. Eenzelfde evolutie heeft zich voorgedaan in het werknemersstelsel. Onder impuls van de stijgende aantallen in de uitkeringsverzekering is doorheen de jaren de beleidsaandacht gegroeid voor de **activering van arbeidsongeschikten**. Men is daarbij nadrukkelijk gaan inzetten op maatregelen om arbeidsongeschikten terug te leiden naar de arbeidsmarkt.

In de **zelfstandigenregeling** hanteert men vandaag **2 instrumenten** om de professionele re-integratie van arbeidsongeschikten te bewerkstelligen.

Het eerste betreft het **systeem van gedeeltelijke werkhervatting** via een regeling van toegelaten activiteit. In dit systeem wordt de arbeidsongeschikte zelfstandige de kans geboden om met volledig (eerste 6 maanden) of gedeeltelijk (na 6 maanden) behoud van de uitkering, volledig of gedeeltelijk terug te keren naar de arbeidsmarkt. De terugkeer kan verlopen door een hervatting van de oorspronkelijke activiteit of door het aanvatten van een nieuwe beroepsactiviteit (al dan niet als zelfstandige). De werkhervatting kan maar hoeft niet per definitie bedoeld zijn om uiteindelijk te komen tot een volledige re-integratie in de arbeidsmarkt.

In december 2017 waren iets meer dan 5.000 zelfstandigen actief via dit systeem van de gedeeltelijke werkhervatting (ca. 13% van de arbeidsongeschikte zelfstandigen). Voor iets meer dan **een derde van de zelfstandigen die het systeem verlaten**, blijkt het systeem tot het **gewenste resultaat** te hebben geleid. Deze zelfstandigen maken immers de overstap van de uitkeringsverzekering naar de arbeidsmarkt. In **nog een derde van de gevallen** zetten zelfstandigen hun activiteit in het kader van de gedeeltelijke werkhervatting echter stop om **volledig terug te keren naar de arbeidsongeschiktheid**. Bepaalde factoren verhogen de kans dat een arbeidsongeschikte zelfstandige

¹ In 2017 was er sprake van 22 ziektegevallen per 1000 gerechtigden op een uitkering arbeidsongeschiktheid en ontving 4% van de tegen arbeidsongeschiktheid en invaliditeit verzekerde zelfstandigen een invaliditeitsuitkering.

via het systeem van deeltijdse werkhervatting terugkeert naar de arbeidsmarkt. Zo blijkt de transitie succesvoller i) bij zelfstandigen jonger dan 45, ii) naarmate het tijdsverloop tussen de aanvang van de ongeschiktheid en de gedeeltelijke werkhervatting beperkter is, iii) wanneer het volume van de toegelaten activiteit tussen de 20 en 40 uur bedraagt en iv) wanneer een volledige re-integratie als einddoel wordt nagestreefd.

Een tweede instrument tot professionele re-integratie vormt het **systeem van de beroepsherscholing**. Met behoud van uitkering en met het recht op bepaalde onkostenvergoedingen kunnen zelfstandigen zich professioneel heroriënteren. Hoewel men er vanuit het beleid toenemend belang aan hecht, blijft het **gebruik van dit systeem** tot op vandaag **eerder beperkt**. Opnieuw biedt het gebrek aan kennis van het systeem een mogelijke verklaring. Zelfstandigen blijken immers weinig op de hoogte van de mogelijkheid om zich via beroepsherscholing voor te bereiden op een terugkeer de arbeidsmarkt. Daarnaast dient ook opgemerkt dat het systeem van de beroepsherscholing een grote zin voor initiatief vergt van de arbeidsongeschikte zelfstandige. Een traject van beroepsherscholing wordt immers maar opgestart op vraag van de zelfstandige die hiertoe zelf contact dient op te nemen met de adviserend arts en ook in grote mate zelf dient te voorzien in een plan van aanpak.

Vanuit de praktijk wijst men erop dat de re-integratie van arbeidsongeschikten ook bemoeilijkt wordt door het wettelijke en reglementaire kader dat op bepaalde punten te rigide zou zijn en door een te versnipperde aanpak. Daarenboven zou meer aandacht voor het preventieve aspect bijkomende voordelen opleveren.

Op basis van de vaststellingen in het rapport, identificeert het Comité **drie aandachtspunten** voor het beleid inzake arbeidsongeschikte zelfstandigen en hun professionele re-integratie. Met name :

- moeten **zelfstandigen** een **betere kennis of begrip krijgen van het ondersteuningsaanbod** bij arbeidsongeschiktheid en van de administratieve procedures die zij moeten volgen om er gebruik van te maken;
- is er nood aan een **ondersteunings- en begeleidingsaanbod** dat voldoende **aangepast** is aan de specifieke aard van het **zelfstandig ondernemerschap**;
- zouden de actoren die instaan voor de **ondersteuning of begeleiding** van arbeidsongeschikte zelfstandigen, **meer proactief** moeten optreden.

Het Comité doet in dit verband de volgende **aanbevelingen** :

- Een **betere informatieverstrekking** aan de zelfstandige : enkel met voldoende (voor)kennis kunnen zelfstandigen tijdig een beroep doen op ondersteuning en zich tot de juiste instellingen wenden om er gebruik van te maken. Volgens het Comité zijn de sociale **verzekeringsfondsen en de ziekenfondsen het best geplaatst** om deze rol van informatieverstrekker te vervullen.
- Een **vereenvoudiging en verduidelijking van de administratieve procedures en voorwaarden** om gebruik te maken van het ondersteuningsaanbod. De klemtoon moet daarbij liggen op :
 - een **snellere kennisgeving van de arbeidsongeschiktheid** door de behandelend arts aan het ziekenfonds enerzijds en door het ziekenfonds aan het sociaalverzekeringsfonds anderzijds. Het ABC vraagt dat het RIZIV dit punt meeneemt in het pilootproject rond de elektronische attestering.

- de invoering van een **quasi automatisch onderzoek** door het sociaal verzekeringsfonds naar de **voorwaarden tot toekenning van de vrijstelling en gelijkstelling** van zodra het melding krijgt van de arbeidsongeschiktheid
- een **verduidelijking van de begrippen 'minieme' en 'resttaken'** die de zelfstandige mag uitoefenen zonder verlies van de arbeidsongeschiktheidsuitkering
- Introductie van een **systeem van deeltijdse arbeidsongeschiktheid** voor zelfstandigen die omwille van medische redenen in de onmogelijkheid zijn om hun beroepsbezigheid zoals voorheen verder te zetten en dus gedwongen zijn tot een substantiële vermindering van hun activiteiten. Tegenover een deeltijdse arbeidsongeschiktheid zou slechts een gedeeltelijk uitkering staan.
- Voorzien in een **aangepast ondersteuningsaanbod** voor zelfstandigen waaronder :
 - de mogelijkheid om **taken** te verrichten die bedoeld zijn **om de negatieve impact van de stopzetting of onderbreking op de zaak te milder**en (vb. klanten verwittigen, vervanging voorzien, enz.) en/of om maatregelen te nemen om de toekomst van de zelfstandige activiteit te verzekeren. Dit mag geen negatieve impact op de toekenning van een uitkering, van de bijdragevrijstelling of de gelijkstelling.
 - **specifieke ondersteuningsarrangementen**, naast de klassieke uitkeringsverzekering en de mogelijkheden die er reeds bestaan inzake professionele re-integratie. Het Comité stelt voor om aan elke zelfstandige een '**gezondheidsbudget**' ter beschikking te stellen voor de financiering van ondersteuning op maat, bv. in het kader van preventie op de werkplek, voor de ondersteuning bij arbeidsongeschiktheid of voor de begeleiding bij de re-integratie in het arbeidsproces. Op die manier kunnen zelfstandigen de omkadering kiezen en zoeken die zij wensen in geval van arbeidsongeschiktheid of voor de preventie ervan.
- Een meer **(pro-)actieve aanpak**:
 - De vervanging van de systematische opvolging van alle arbeidsongeschikten door gerichte controles zou ruimte creëren voor een **betere begeleiding van arbeidsongeschikten bij hun re-integratie**.
 - Snellere inschatting van de **restcapaciteiten**.
 - **Aanwending** van de expertise van de **regionale diensten voor arbeidsbemiddeling** voor de begeleiding van de professionele re-integratie van arbeidsongeschikte zelfstandigen en dit op een meer structurele wijze dan vandaag het geval is.

1 Context

In haar beleidsverklaring van 2014 noemde de minister van Sociale Zaken en Gezondheidszorg de hervorming van de arbeidsongeschiktheid een zeer belangrijke werf van de regering². De regering Michel I had zich bij haar aantreden immers voorgenomen om de arbeidsongeschiktheidsverzekering grondig te hervormen³. Een sterke focus moest daarbij komen te liggen op het bevorderen van de arbeidsmarktre-integratie. Arbeidsongeschikten zouden niet louter meer een uitkering mogen krijgen maar na verloop van tijd ook moeten geactiveerd worden met het oog op werkhervatting. Hiertoe zou men herintegratieprogramma's opzetten en specifieke opleidingsmogelijkheden versterken. Het centrale uitgangspunt daarbij zou voortaan datgene moeten zijn waartoe een arbeidsongeschikte nog wel instaat is, in plaats van uitsluitend te vertrekken van wat de betrokkene niet meer kan⁴.

Minister van Zelfstandigen W. Borsus op zijn beurt, stelde in zijn beleidsverklaring bij aanvang van de legislatuur dat ook zou gestreefd worden naar het bevorderen van de re-integratie van zelfstandigen in arbeidsongeschiktheid, weliswaar rekening houdend met de specifieke kenmerken van de zelfstandige activiteit⁵. Zijn opvolger D. Ducarme wees in zijn beleidsverklaring in 2017⁶ tevens op het belang van een goede informatieverstrekking aan zelfstandigen, niet alleen voor wat betreft hun sociale dekking maar evenzeer met betrekking tot de mogelijkheden tot gedeeltelijke werkhervatting.

Conform deze intentieverklaringen werden de voorbije legislatuur initiatieven genomen om de re-integratie van arbeidsongeschikten te versterken. Zo trad eind 2016 voor werknemers een nieuwe regeling in werking rond re-integratietrajecten via de arbeidsgeneesheer of de adviserend arts van het ziekenfonds⁷. Voor arbeidsongeschikte zelfstandigen werd in 2015 het systeem van toegelaten werkhervatting hervormd⁸.

In een adviesvraag gericht aan het Algemeen Beheerscomité, gaven de ministers van Sociale Zaken en Zelfstandigen in 2018 aan ook re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte zelfstandigen te willen uitwerken. Deze zouden moeten leiden naar een hervatting van de oorspronkelijke of een start van een nieuwe activiteit. Omdat de trajecten voor werknemers, gezien de specifieke aard van de professionele activiteit, niet zomaar kunnen worden toegepast bij zelfstandigen, werd het Comité gevraagd om te analyseren over i) welke begeleidingsmogelijkheden arbeidsongeschikte zelfstandigen

² Beleidsverklaring van 13 november 2014, p.5

³ Federaal Regeerakkoord van 10 oktober 2014, punt 1.8

⁴ Beleidsverklaring van de minister van Sociale Zaken en Gezondheid (p.5) ; Federaal Regeerakkoord (p.14)

⁵ Beleidsverklaring van 24 november 2014, p.17;

⁶ Beleidsverklaring van 23 oktober 2017, p.6

⁷ Koninklijk besluit van 28 oktober 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft ; Koninklijk besluit van 8 november 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de sociaalprofessionele re-integratie betreft

⁸ Koninklijk besluit van 11 juni 2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

reeds beschikken en ii) op welke manier re-integratietrajecten of -plannen arbeidsongeschikte zelfstandigen optimaal zouden kunnen ondersteunen richting een duurzame werkhervatting.

Het voorliggend rapport is opgebouwd uit 4 delen.

Deel 1 beschrijft de financiële ondersteuning van zelfstandigen in arbeidsongeschiktheid (de uitkeringsverzekering, de vrijstelling van bijdragen en de gelijkstelling ziekte) evenals de omvang en karakteristieken van de populatie arbeidsongeschikte zelfstandigen over een periode van bijna 20 jaar. Het bevat ook de resultaten van een bevraging bij zelfstandigen over de kennis en het gebruik van financiële ondersteuning bij arbeidsongeschiktheid.

Deel 2 focust op de arbeidsmarkt-re-integratie van arbeidsongeschikte zelfstandigen. In dit deel wordt toelichting gegeven bij de systemen van gedeeltelijke werkhervatting en beroepsherscholing. De kennis en het gebruik ervan door de zelfstandigen worden toegelicht aan de hand van cijfers.

Deel 3 bevat een synthese van ervaringen van werkgevers en artsen met de professionele re-integratie van arbeidsongeschikten die zij deelden tijdens een rondetafelgesprek georganiseerd⁹ door de Koning Boudewijnstichting in 2017. Hoewel deze ervaringen vooral betrekking hadden op de re-integratie van werknemers, kunnen enkele meer algemene bevindingen relevant zijn voor de re-integratie van arbeidsongeschikte zelfstandigen.

Deel 4 bevat een reeks aanbevelingen van het ABC.

2 Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bij zelfstandigen

2.1 Financiële ondersteuning

2.1.1 De uitkeringsverzekering

De uitkeringsverzekering voor zelfstandigen die om medische redenen arbeidsongeschikt zijn, kent twee vergoedbare tijdvakken.

Het tijdvak van de primaire ongeschiktheid omvat de eerste twaalf maanden van de arbeidsongeschiktheid¹⁰. Tijdens deze periode kan een zelfstandige aanspraak maken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering op voorwaarde dat deze :

- een wachttijd van zes maanden heeft doorlopen, m.n. voldaan heeft aan de voorwaarde van twee kwartalen van sociale bijdragebetaling;

⁹ Op vraag van het RIZIV.

¹⁰ Tot 31 juni 2019 gold voor zelfstandigen een carenperiode van 14 dagen, waardoor de eerste twee weken van de arbeidsongeschiktheid niet vergoed waren. Sinds 1 juli 2019 is geen carenperiode meer van toepassing op voorwaarde dat de zelfstandige minstens 8 dagen ziek is. Kortere periodes van arbeidsongeschiktheid blijven daarentegen niet vergoed voor de zelfstandige.

- als arbeidsongeschikt werd erkend. Hiertoe moet de zelfstandige alle taken die verband houden met zijn zelfstandige activiteit stopzetten, met uitzondering van taken van miniem belang¹¹. De onderneming zelf hoeft daarbij niet te worden stopgezet¹².

De uitkering inzake primaire arbeidsongeschiktheid (cf. tabel 1) is voor zelfstandigen forfaitair van aard en varieert volgens de gezinssamenstelling.

Vanaf het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid vangt het tijdvak van de invaliditeit aan. Om tot dit tijdvak te worden toegelaten, dient de arbeidsongeschikte zelfstandige door de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit¹³ van het RIZIV te worden erkend als zijnde ongeschikt om 'elke andere beroepsbezigheid uit te oefenen die hem billijkerwijze zou kunnen opgelegd worden, rekening houdend met zijn stand, zijn gezondheidstoestand en zijn opleiding'. Economische criteria mogen niet in aanmerking worden genomen.

Voor zelfstandigen met gezinslast, alleenstaanden en samenwonende zelfstandigen die hun onderneming niet stopzetten, geldt hetzelfde uitkeringsbedrag als in het tijdvak van de primaire arbeidsongeschiktheid (cf. tabel 1). Voor samenwonende zelfstandigen die hun onderneming wel stopzetten, geldt tijdens deze periode een hogere uitkering¹⁴.

Tabel 1. Uitkeringsbedragen in de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen, forfaits per dag geldig vanaf 1 juli 2019

	Primaire arbeidsongeschiktheid		Invaliditeit	
		Zonder stopzetting	Met stopzetting	
Met gezinslast	60,86 EUR	60,86 EUR	60,86 EUR	
Alleenstaand	48,71 EUR	48,71 EUR	48,71 EUR	
Samenwonend	37,35 EUR	37,35 EUR	41,76 EUR	

Bron : RIZIV

2.1.2 Vrijstelling van bijdragen en gelijkstelling

Een zelfstandige die arbeidsongeschikt wordt en hiervoor een uitkering ontvangt blijft in principe sociale bijdragen blijven betalen. De betrokkene kan evenwel een aanvraag indienen om van deze bijdragebetaling te worden vrijgesteld. Daarnaast kan hij ook een gelijkstelling wegens ziekte aanvragen zodat hij (ondanks de bijdragevrijstelling) sociaal verzekerd blijft tijdens het tijdvak van de arbeidsongeschiktheid. De aanvragen tot bijdragevrijstelling en gelijkstelling vormen een aparte procedure¹⁵, los van de uitkeringsaanvraag die via het ziekenfonds verloopt.

¹¹ De invulling van het begrip 'miniem' gebeurt o.m. op basis van de rechtspraak.

¹² De voortzetting van de onderneming maakt een hervatting voor de zelfstandige gemakkelijker.

¹³ De Raad staat in voor de goedkeuring van de intrede (of verlenging) van invaliditeit en dit op basis van een voorstel van de adviseer de arts.

¹⁴ Een jaarlijkse inhaalpremie (220,82 EUR in 2019) wordt eveneens uitbetaald aan de invalide gerechtigden die, op 31 december van het voorafgaande jaar gedurende minstens 1 jaar arbeidsongeschikt zijn erkend en dit in de maand mei van het jaar nog steeds zijn.

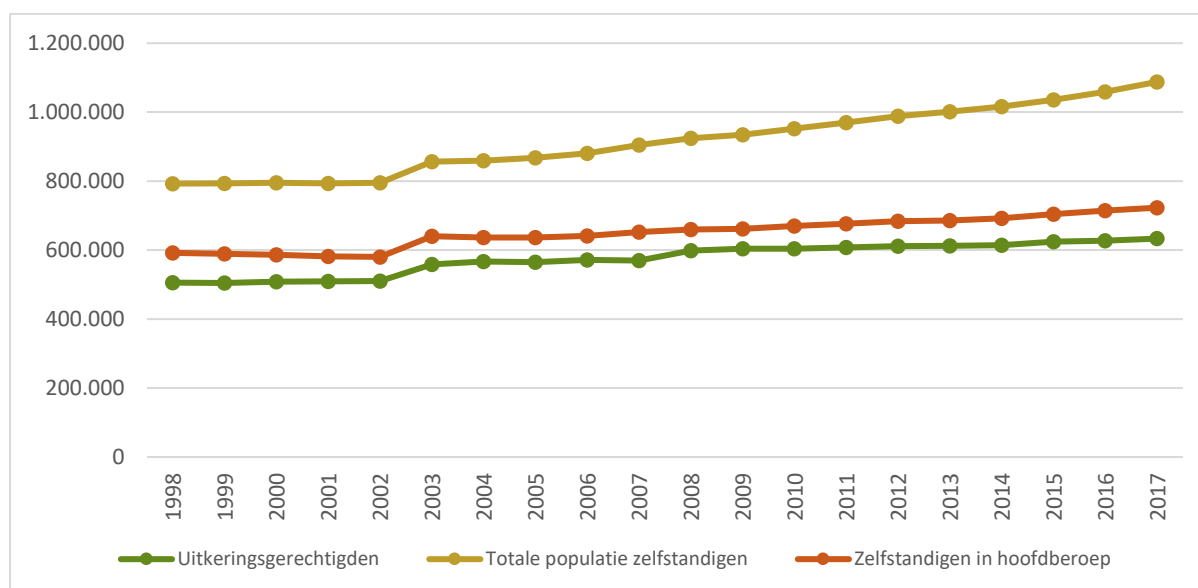
¹⁵ Waarbij ook de nodige bewijsstukken (van arbeidsongeschiktheid, bijdragebetaling en stopzetting van activiteit) moeten worden aangeleverd om aan te tonen dat de zelfstandige activiteit werd stopgezet.

2.2 Omvang en karakteristieken van de populatie arbeidsongeschikte zelfstandigen¹⁶

2.2.1 Populatie verzekerden

De populatie zelfstandigen is de voorbije 20 jaar aanzienlijk uitgebreid¹⁷. Deze evolutie resulteerde in een toename van het aantal zelfstandigen dat tegen arbeidsongeschiktheid verzekerd¹⁸ is, nl. van 505.783 in 1998 naar 633.325 in 2017. De evolutie van het aantal verzekerden volgt min of meer de evolutie van het aantal individuen dat bij het sociaal statuut als zelfstandige in hoofdberoep is aangesloten¹⁹.

Grafiek 1. Evolutie van het aantal zelfstandigen (in hoofdberoep) en van het aantal zelfstandigen dat tegen arbeidsongeschiktheid verzekerd is, België, 1998-2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

De sterke stijging van het aantal zelfstandigen in bijberoep verklaart onder meer waarom het aantal verzekerden tegen arbeidsongeschiktheid, de voorbije twee decennia minder sterk steeg (+25%) dan het aantal zelfstandigen dat zich in deze periode bij het sociaal statuut aansloot (+37%) (cf. infra) en waarom het aandeel zelfstandigen dat verzekerd is tegen arbeidsongeschiktheid kleiner is dan twintig jaar geleden (nl. 58% in plaats van 64% - cf. tabel 2). Deze groep is immers niet opgenomen in de statistieken van het aantal verzekerden in het zelfstandigenstelsel. Om te komen tot het aantal

¹⁶ Dit deel is in belangrijke mate gebaseerd op cijfers die het ABC rechtstreeks van het RIZIV ontving alsook op gegevens die beschikbaar zijn in de verschillende publicaties die het RIZIV [online](#) ter beschikking stelt met betrekking tot de verklarende factoren inzake primaire ongeschiktheid en invaliditeit bij zelfstandigen.

¹⁷ Het aantal zelfstandigen steeg tussen 1998 en 2017 met 294.957 eenheden. Omdat de toename groter was dan de stijging van de beroepsbevolking, steeg het aandeel zelfstandigen in de beroepsbevolking in de beschouwde periode van 13% naar 16%.

¹⁸ In de statistieken van het RIZIV wordt deze groep aangeduid met de term 'uitkeringsgerechtigden'. Deze groep omvat niet enkel de zelfstandigen die bij arbeidsongeschiktheid kunnen terugvallen op de uitkeringsverzekering maar ook de verzekerden die een uitkering primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit ontvangen.

¹⁹ De populatie aangeslotenen bestaat naast de zelfstandigen in hoofdberoep ook uit zelfstandigen in bijberoep en individuen die als zelfstandige actief zijn na pensioen.

gerechtigden in de uitkeringsverzekering telt het RIZIV elk individu slechts 1 keer, nl. op basis van de zogenaamde meest gangbare toestand. Een loontrekkende die ook nog een zelfstandig bijberoep uitoefent, wordt bijgevolg enkel geteld als uitkeringsgerechtigde in het loontrekkende- en dus niet in het zelfstandigenstelsel.

Het verschil tussen het aantal verzekerden en het aantal aangesloten in hoofdberoep kan in belangrijke mate verklaard worden door het aantal startende zelfstandigen²⁰.

Tabel 2. Evolutie van het aandeel uitkeringsgerechtigde zelfstandigen, België, 1998 - 2017

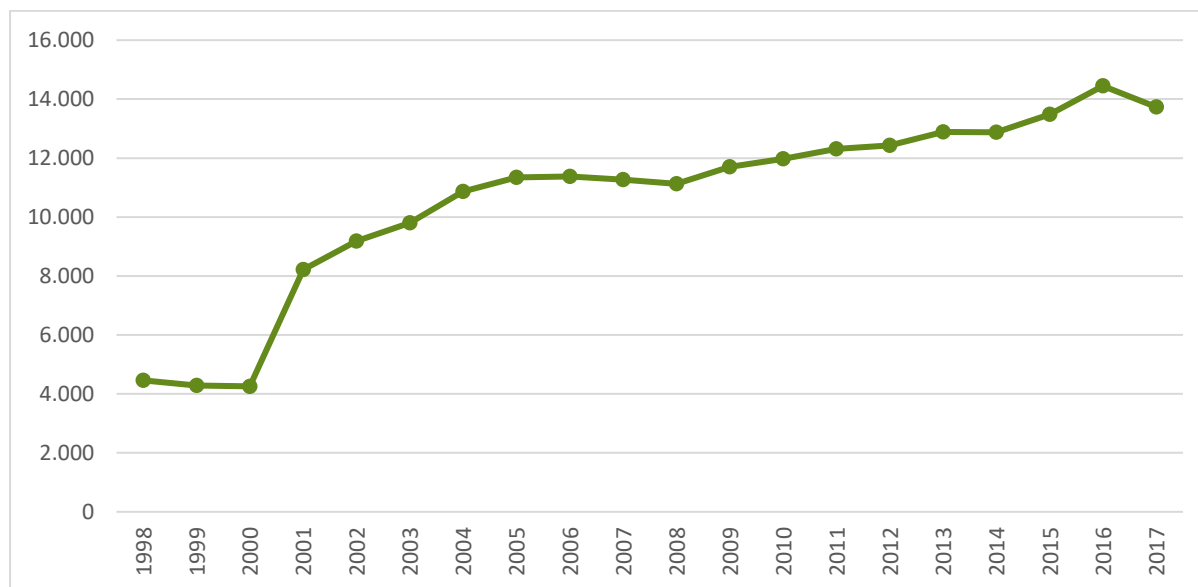
	1998	2003	2008	2013	2017
Aangeslotenen (A)	792.806	856.655	923.946	1.001.101	1.087.763
Aangeslotenen hoofdberoep (AH)	592.084	640.047	659.907	685.495	722.941
Verzekerden (B)	505.783	558.482	598.095	612.389	633.325
B/A	64%	65%	65%	61%	58%
B/AH	85%	87%	90%	89%	87%

Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistiek & RSVZ

2.2.2 Zelfstandigen in primaire arbeidsongeschiktheid

Het aantal gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid bij zelfstandigen heeft de voorbije 2 decennia een gestage toename gekend (grafiek 2). Waar er in 1998 nog 4.445 ziektegevallen werden opgetekend, is dit aantal in 2017 opgelopen tot 13.730²¹.

Grafiek 2. Evolutie van het aantal gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid, België, 1998 -2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistiek

²⁰ In 2017 bedroeg het aantal startende zelfstandigen in hoofdberoep 68.363 eenheden.

²¹ De enorme stijging van het aantal ziektegevallen tussen 2000 en 2001 is toe te schrijven aan een vermindering van de duur van de carenperiode van 3 maanden naar 1 maand.

De stijging van het aantal ziektegevallen wordt ten dele verklaard door de toename van het aantal zelfstandigen dat gerechtigd is op een uitkering primaire arbeidsongeschiktheid. Ook wanneer men voor het aantal gerechtigden corrigeert, blijft er echter sprake van een opwaartse evolutie van het aantal ziektegevallen, nl. van 9,1 in 1998 naar 22,56 per 1.000 verzekerden in 2017 (cf. tabel 3).

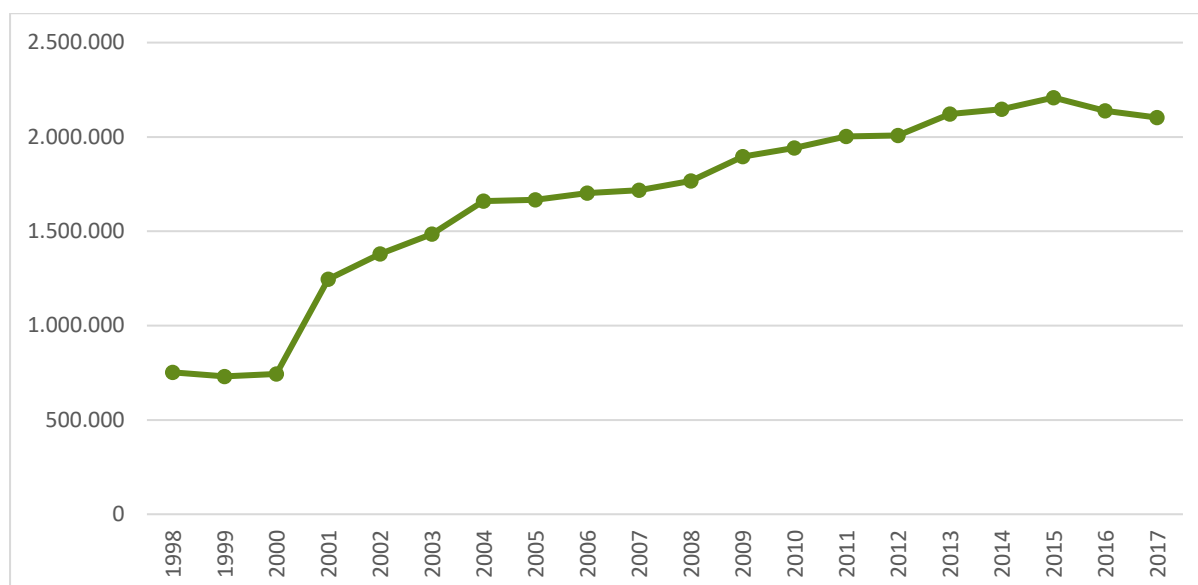
Tabel 3. Evolutie van het aantal gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid, België, 1998 - 2017

	1998	2003	2008	2013	2017
Aantal ziektegevallen	4.445	9.804	11.126	12.889	13.730
Aantal ziektegevallen per 1.000 UPG ²²	9,1	18,10	19,20	21,81	22,56

Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

Als gevolg van de stijging van het aantal ziektegevallen is ook het aantal vergoede dagen van primaire arbeidsongeschiktheid is sinds 1998 onophoudelijk gestegen.

Grafiek 3. Evolutie van het aantal vergoede dagen van primaire arbeidsongeschiktheid, 1998 -2017



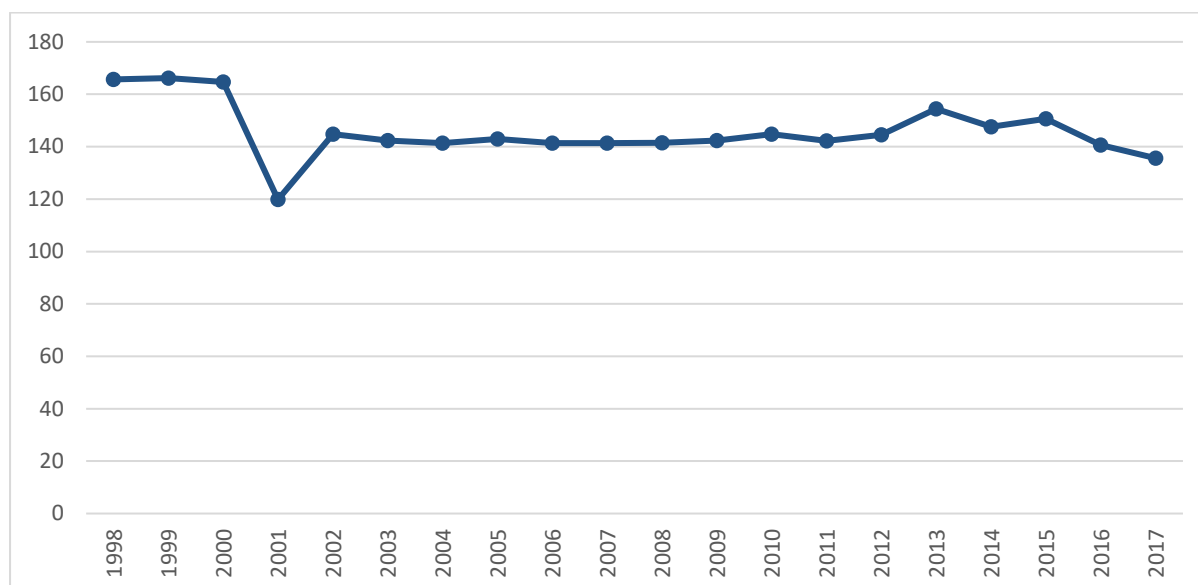
Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

De gemiddelde duur van de primaire arbeidsongeschiktheid heeft lange tijd een nagenoeg stabiel verloop gekend. Na een aantal jaren van toename in de periode 2011 en 2015, daalt de gemiddelde duur. In 2017 bedroeg deze 135 dagen²³.

²² Gerechtigden op een uitkering primaire arbeidsongeschiktheid. Deze groep omvat die verzekerden die op de uitkering aanspraak maken in geval van primaire ongeschiktheid maar ook diegenen die deze uitkering reeds ontvangen.

²³ Voor de berekening van de gemiddelde duur zijn de arbeidsongeschiktheden die het tijdvak van de carenperiode niet overschrijden, door het RIZIV buiten beschouwing gelaten. Deze tijdvakken zijn immers niet ten laste van de uitkeringsverzekering. Als de arbeidsongeschiktheid langer duurt dan het tijdvak van de carenperiode, dan werd de volledige duur van de ongeschiktheid in aanmerking genomen voor de berekening.

Grafiek 4. Gemiddelde uitkeringsduur per ziektegeval in primaire arbeidsongeschiktheid uitgedrukt in dagen, België, 1998 - 2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

In 2017 bedroeg de duur van de primaire arbeidsongeschiktheid in :

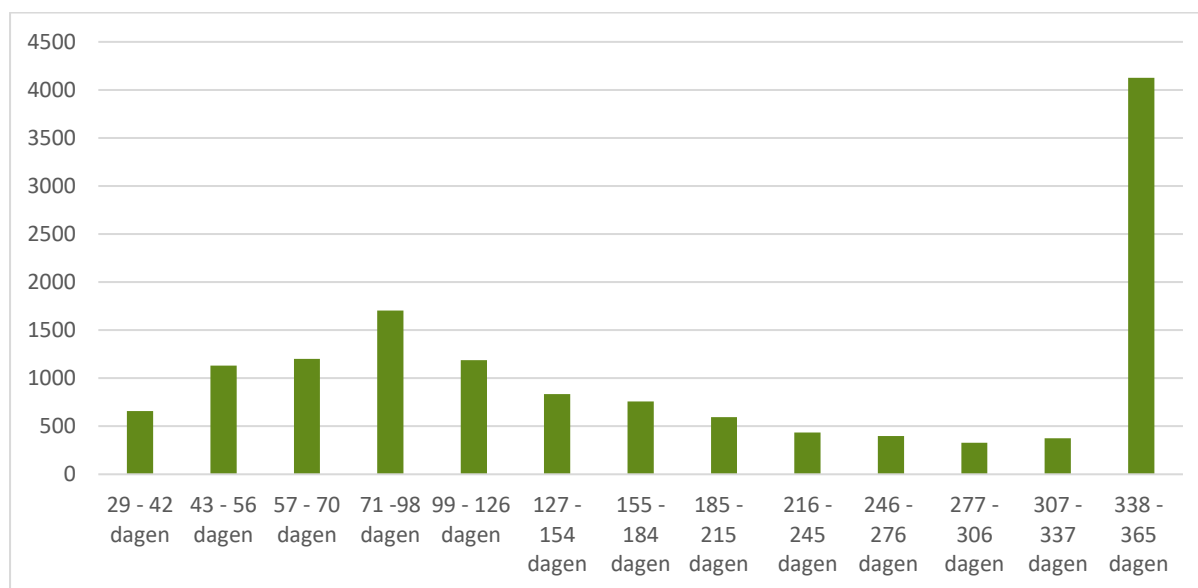
- 34% van de gevallen drie maanden of minder²⁴.
- 20% van de situaties tussen de 3 en de 6 maanden
- 10% van de gevallen 6 à 9 maanden.
- 35% van de situaties langer dan 9 maanden.

Voor wat deze laatste categorie betreft, kan overigens worden opgemerkt dat het overgrote deel van deze zelfstandigen zich reeds langer dan 11 maanden²⁵ in het tijdvak van de primaire arbeidsongeschiktheid bevindt. Het RIZIV gaat ervan uit dat deze zelfstandigen naar alle waarschijnlijkheid de overgang zullen maken naar de invaliditeit. Deze groep vormde in 2017 een derde van alle zelfstandigen in van primaire arbeidsongeschiktheid.

²⁴ Minder dan 98 dagen om precies te zijn

²⁵ 338 tot 365 dagen om precies te zijn

Grafiek 5. Aantal ziektegevallen in primaire arbeidsongeschiktheid naar duur van de ongeschiktheid uitgedrukt in dagen, België, 2017

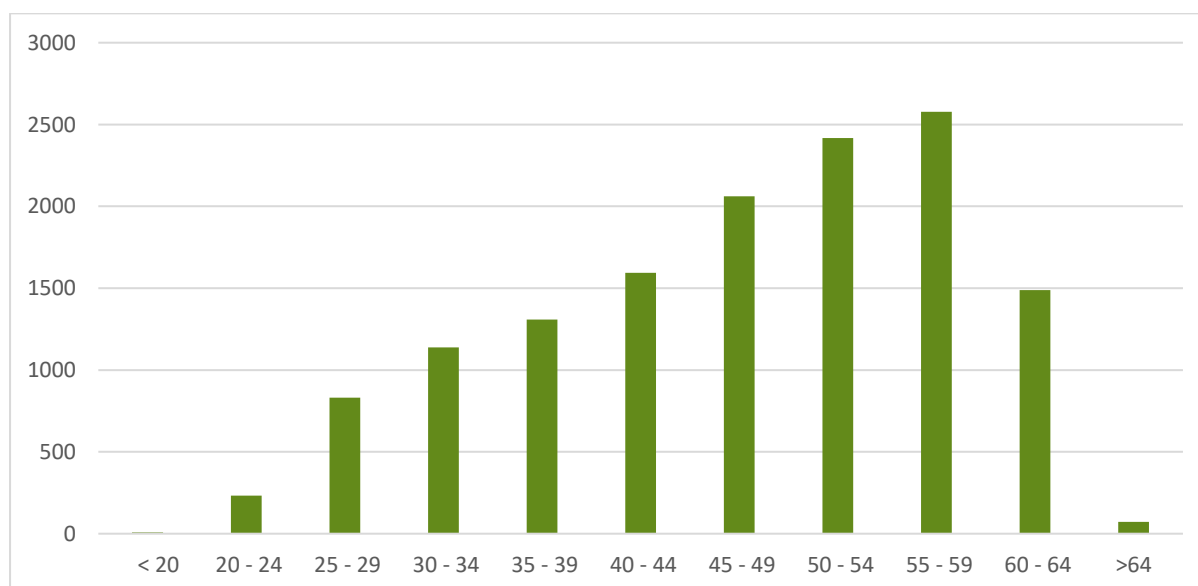


Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

Vergeleken met de totale populatie zelfstandigen, hebben zelfstandigen in primaire arbeidsongeschiktheid een ouder leeftijdsprofiel. Bijna de helft van de uitkeringstrekkers in primaire ongeschiktheid (48%) was in 2017 tussen de 50 jaar en 64 jaar oud. In de totale populatie zelfstandigen bedroeg het aandeel van deze leeftijdscategorie in dat jaar 32% (cf. tabel in bijlage).

Tot de leeftijdscategorie van 55 tot 59 jaar, neemt het aantal gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid toe met de leeftijd. In leeftijdsgroep ouder dan 60 ligt het aantal gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid dan weer aanzienlijk lager dan in de leeftijdsgroep 55 tot 59 jaar.

Grafiek 6. Aantal ziektegevallen in primaire arbeidsongeschiktheid per leeftijdscategorie, België, 2017



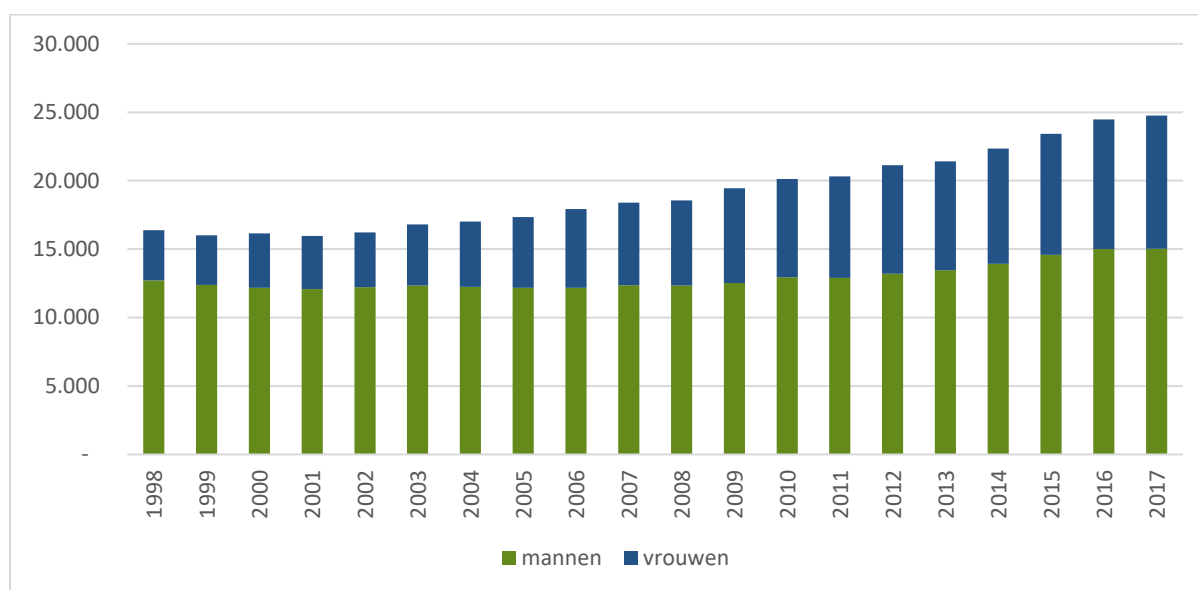
Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

2.2.3 Invaliditeit

Op 31 december 2017 ontving ongeveer 4% van de zelfstandigen die verzekerd waren tegen arbeidsongeschiktheid een invaliditeitsuitkering. Dit stemt overeen met bijna 25.000 zelfstandigen. Dit is de helft meer (51%) dan in 1998.

De toename van het aantal invaliden is in belangrijke mate toe te schrijven aan de sterke stijging van het aantal vrouwelijke zelfstandigen dat een erkenning als invalide kreeg (+ 6.239 eenheden tegenover + 2.133 mannelijke invaliden)²⁶. Deze evolutie heeft doorheen de tijd geleid tot een aanzienlijke vervrouwelijking van de populatie invalide zelfstandigen. Waar in 1998 circa 22% van de invalide zelfstandigen van het vrouwelijke geslacht was, bedroeg hun aandeel eind 2017 bijna 40%²⁷.

Grafiek 7. Evolutie van het aantal invalide zelfstandigen naar geslacht, België, 1998 – 2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

Het aantal invaliden neemt toe met de leeftijd van de zelfstandigen²⁸. De hoofdmoot (60 %) van de zelfstandigen in invaliditeit was in 2017 ouder dan 55 jaar²⁹.

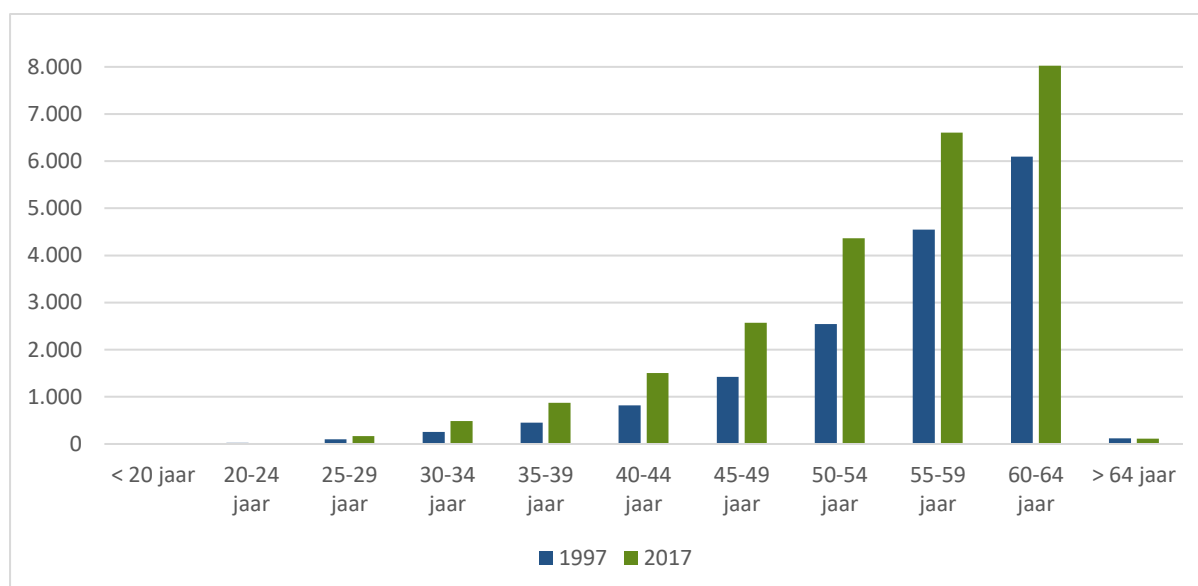
²⁶ Ook de populatie zelfstandigen vervrouwelijkte in deze periode als gevolg van de sterkere toename van het aantal vrouwelijke zelfstandigen.

²⁷ Deze evolutie wordt onder meer toegeschreven aan de toegenomen arbeidsmarktparticipatie van vrouwen (waardoor meer vrouwen dan in het verleden rechten opbouwen in de uitkeringsverzekering) en het optrekken van de wettelijke pensioenleeftijd voor vrouwen van 60 naar 65 jaar (waardoor zij tot op latere leeftijd kunnen instromen in de uitkeringsverzekering).

²⁸ Bepaalde gezondheidsrisico's stijgen eveneens met de leeftijd.

²⁹ Terwijl slechts een derde van alle aangesloten zelfstandigen zich in deze leeftijdscategorie bevindt (cf. tabel in bijlage)

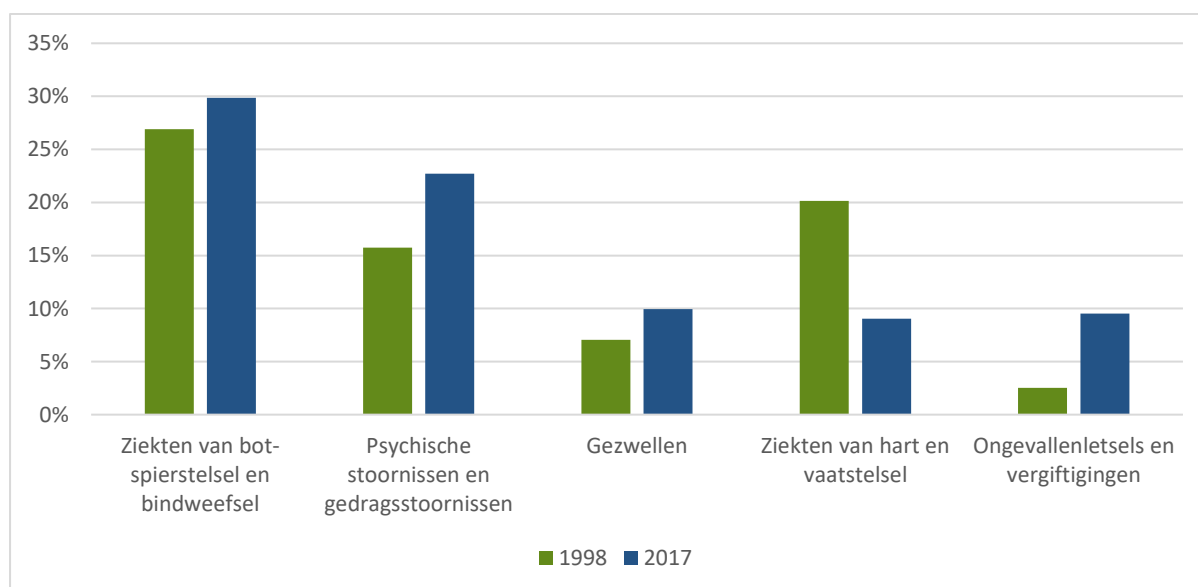
Grafiek 8. Aantal zelfstandigen in invaliditeit op 31 december naar leeftijdscategorie, België, 2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

Voor meer dan de helft van de invalide zelfstandigen vormde een ziekte van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (30%) of een psychische of gedragsstoornis (23%) in 2017 de oorzaak van hun langdurige arbeidsongeschiktheid. Het relatieve belang van deze oorzaken is de voorbije twee decennia overigens ook toegenomen. Verder zijn gezwellen (10%), ongevallenletsels en vergiftigingen (10%) en ziekten van het hart- en vaatstelsel (9%) andere belangrijke bronnen van invaliditeit.

Grafiek 9. Percentage invaliden naar ziektegroep, België, 1998 - 2017

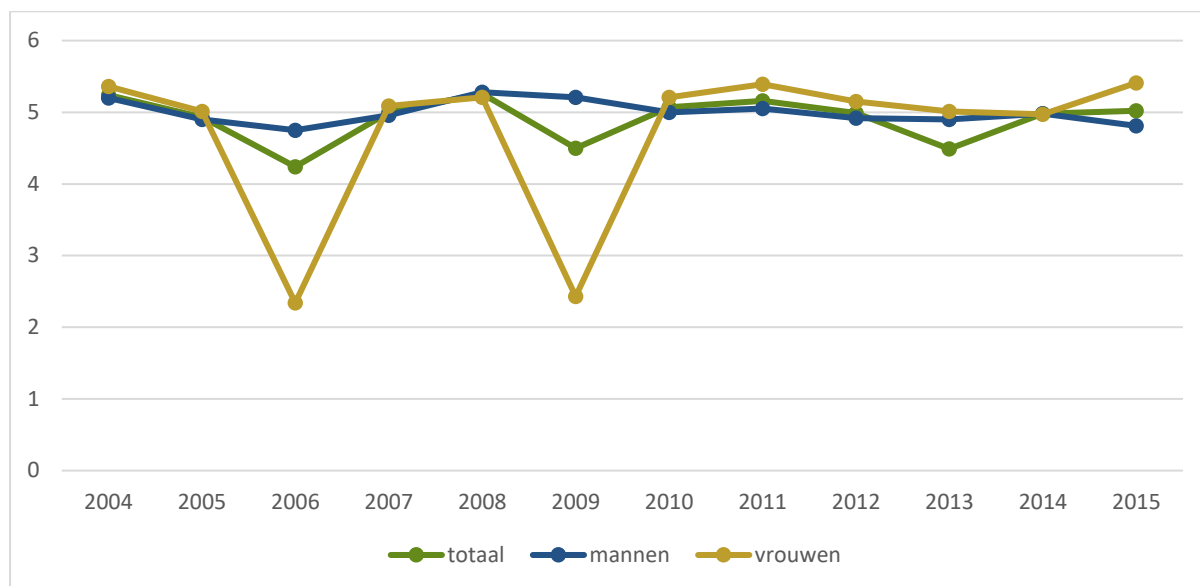


Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

De zelfstandigen die in 2015 het stelsel van de invaliditeit verlieten, hadden gemiddeld gedurende 5 jaar een invaliditeitsuitkering ontvangen. Rekening houdend met het feit dat het tijdvak van de

invaliditeit wordt voorafgegaan door een jaar primaire arbeidsongeschiktheid, verbleven deze zelfstandigen gemiddeld ca. 6 jaar in de uitkeringsverzekering³⁰.

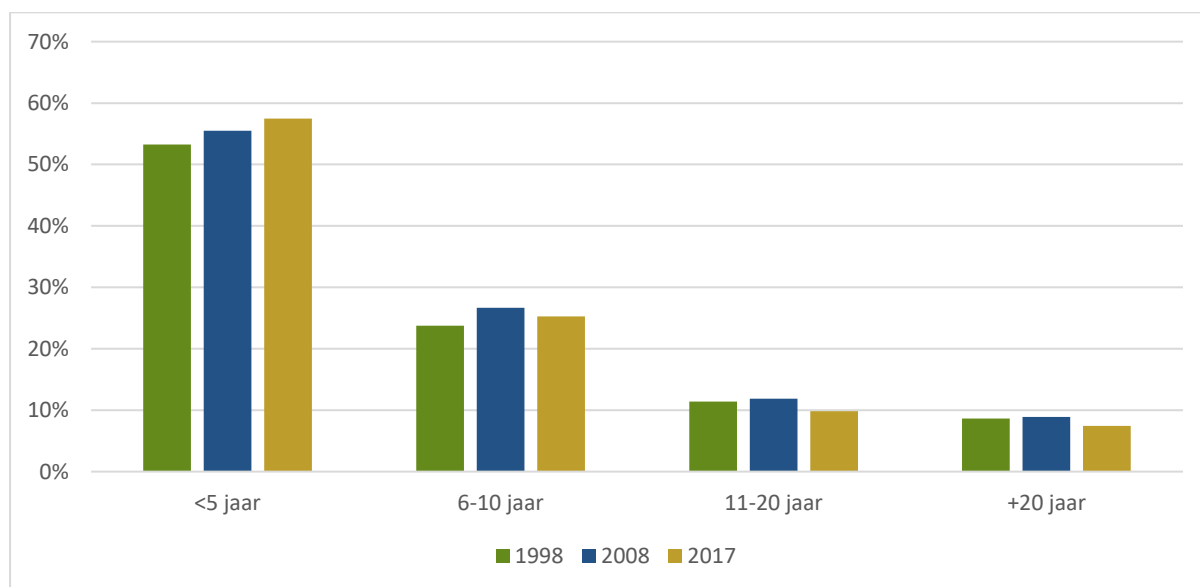
Grafiek 10. Evolutie van de gemiddelde uitkeringsduur van zelfstandigen die de invaliditeitsverzekering verlaten, België, 2004 - 2015



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistiek

Meer dan de helft van de invalide zelfstandigen (57% in 2017) bevindt zich 5 jaar of minder in invaliditeit. Voor ongeveer een kwart bedraagt de invaliditeitsduur tussen 6 en 10 jaar.

Grafiek 11. Aandeel zelfstandigen naar duur van de invaliditeit, België, 1998-2017



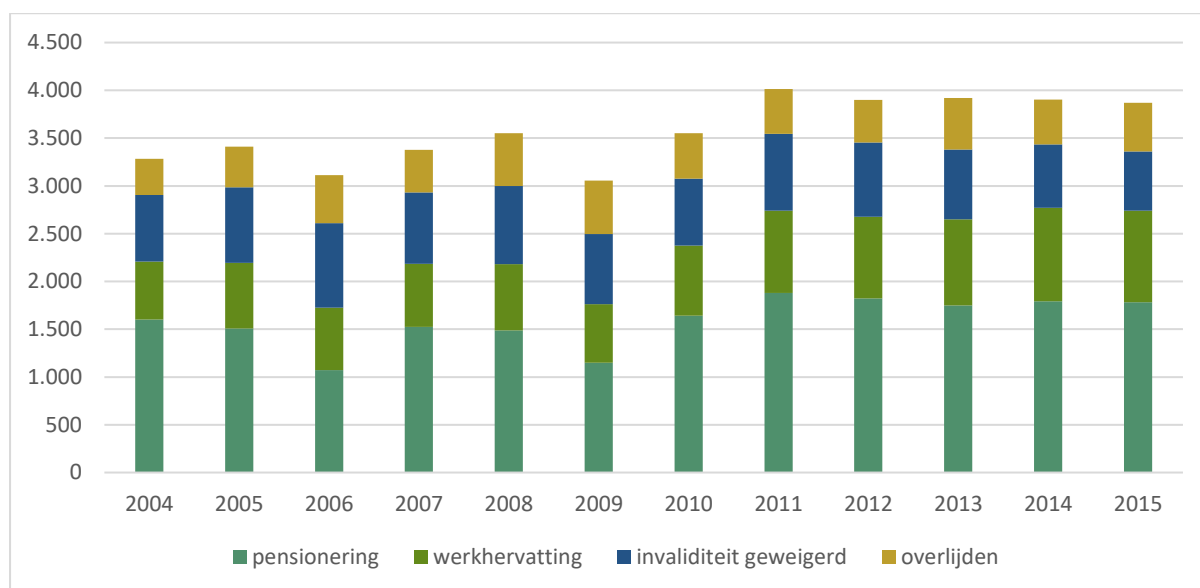
Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistiek

³⁰ Het RIZIV wijst erop dat de gemiddelde uitkeringsduur van uittrekkers in de periode 1997-2009 werd beïnvloed door de graduele verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd voor vrouwen (1 juli 1997, 1 januari 2000, 1 januari 2003, 1 januari 2006, 1 januari 2009). - RIZIV (2017) Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden – Werknemersregeling en regeling voor zelfstandigen : periode 2006-2015, p. 45

In 2015 verlieten 3.869 zelfstandigen het stelsel van de invaliditeit. Iets minder dan de helft van deze groep (46%) maakte de overstap naar pensionering. Een kwart (25%) van de uittreeders hervatte daarentegen het werk en nog eens 20% verliet de invaliditeit omwille van een weigering van invaliditeit³¹. De overige groep (13%) betreft overlijdens.

De analyse van de uitstroom over een langere periode toont dat het aandeel zelfstandigen dat de invaliditeit verlaat omwille van werkhervatting sinds 2004 (toen 19%) gestaag is toegenomen. Omgekeerd is een weigering van invaliditeit (21% in 2004) of pensionering (49% in 2004) vandaag veel minder de reden van uittrede.

Grafiek 12. Aantal uittreeders naar aard van uittrede, België, 2004 – 2015



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

2.3 Gebruik van de uitkeringsverzekering en van de gelijkstelling bij medische problemen

Zelfstandigen met medische problemen blijken in de praktijk lang niet altijd gebruik te (kunnen) maken van de ondersteuning die bij arbeidsongeschiktheid wordt geboden. Zo leert een bevraging van UCM en Unizo uit 2016 dat meer dan de helft (54%) van de bevraagde zelfstandigen die in de periode 2011-2016 geconfronteerd werden met een arbeidsongeschiktheid, geen arbeidsongeschiktheidsuitkering ontving. Dit gold in het bijzonder voor zelfstandigen waarvoor de arbeidsongeschiktheid van beperktere duur was ³². Bovendien tonen cijfers van het RSVZ dat het aantal begunstigden van een gelijkstelling ziekte aanzienlijk lager te ligt dan het aantal gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit dat door het RIZIV wordt gerapporteerd.

³¹ Het gaat hier om mensen die worden uitgesloten uit invaliditeit door de verzekeringsinstelling of het RIZIV.

³² Bij zelfstandigen met een ongeschiktheid tussen de 7 en 12 maanden ging het om 13% en bij zelfstandigen met een ongeschiktheid van langer dan een jaar over 3%.

Tabel 4. Aantal gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit en aantal begunstigden van een gelijkstelling ziekte, België, 2014-2017

	2014	2015	2016	2017
Gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid	12.872	13.487	14.447	13.730
Aantal invaliden	22.353	23.437	24.472	24.749
Aantal begunstigden van de gelijkstelling ziekte	16.096	16.575	16.941	17.264

Bron : RIZIV & Dienst Statistieken RSVZ

Voor het voorgaande kunnen verschillende redenen aangehaald worden.

Een eerste oorzaak van het beperktere gebruik van de voorzieningen is de grote onwetendheid van zelfstandigen omtrent het bestaan de ervan. Zo gaf bijna de helft (42%) van de bevroagde zelfstandigen aan niet te weten dat men bij arbeidsongeschiktheid recht heeft op een socialezekerheidsuitkering. Meer dan 70% gaf bovendien aan er niet van op de hoogte te zijn dat een zelfstandige bij een volledige stopzetting wegens arbeidsongeschiktheid, naast uitkeringen, ook recht heeft op een vrijstelling van bijdragen en op een gelijkstelling ziekte.

Een tweede verklaring voor het feit dat zelfstandigen in geval van arbeidsongeschiktheid niet altijd gebruik maken van het bestaande ondersteuningsaanbod, is de kennis van zelfstandigen over de administratieve stappen die zij hiertoe moeten ondernemen. Zo weet 36% niet tot wie zij zich moeten wenden voor de aangifte van een eventuele arbeidsongeschiktheid en denkt 19% verkeerdelijk dat zij zich moeten wenden tot hun sociaal verzekeringsfonds. Verder weet 63% van de bevroagden niet binnen welke termijn een arbeidsongeschiktheid officieel moet worden aangeven en denkt 22% foutief dat de aangifte de volgende dag moet plaatsvinden. Er dient evenwel opgemerkt dat kennis van het administratieve verloop beduidend beter is bij zelfstandigen die tussen 2011 en 2016 reeds een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid ontvingen. Er dient evenzeer opgemerkt dat deze zelfstandigen hun administratieve kennis soms ook overschatten. Waar 65% van hen aangeeft dat zij hun laatste arbeidsongeschiktheid tijdig aangaven, blijkt dat slecht 32% correct weet binnen welke termijn de aangifte moet gebeuren.

Tot slot beletten ook de toegangsvoorwaarden soms dat zelfstandigen in geval van arbeidsongeschiktheid een beroep (kunnen) doen op ondersteuning.

In de eerste plaats blijken zelfstandigen bij medische problemen niet snel geneigd om hun werkzaamheden (volledig) stop te zetten³³, zelfs niet als zij hiertoe geadviseerd worden door een arts. Twee derde van de respondenten (62%) in de bevraging gaf aan een medisch advies tot stopzetting van de werkzaamheden niet of slechts gedeeltelijk te respecteren en meteen of zo snel mogelijk de activiteit te hervatten. Bijna de helft van de bevroagden (48%) gaf daarbij te kennen dat de vrees voor de onmiddellijke financiële gevolgen van een stopzetting voor hen een rem vormt om hiertoe over te gaan. Mogelijk speelt de hoger aangehaalde onwetendheid over de inkomensbescherming bij arbeidsongeschiktheid hierbij een rol. Naast de vrees voor de directe financiële gevolgen leeft bij zelfstandigen de bezorgdheid (44%) over de dienstverlening aan hun klanten. Een stopzetting van hun werkzaamheden kan deze dienstverlening schaden en leiden tot een verlies aan klanten en bijgevolg

³³ Een voorwaarde tot het bekomen van zowel de uitkeringen als de vrijstelling en gelijkstelling.

dus ook aan inkomsten. Dit geldt in het bijzonder voor zelfstandigen die bij een stopzetting van hun werkzaamheden op niemand beroep kunnen doen voor vervanging (bv. wanneer zij alleen werken). Ongeveer 40% van de bevroegden gaf aan in een dergelijke situatie te verkeren en bij een eventuele stopzetting genoodzaakt te zijn de activiteit van de onderneming volledig te moeten schorsen of stopzetten. Een derde van de zelfstandigen kan daarentegen voor een (gedeeltelijke) verderzetting beroep doen op personeel en een derde op een partner of familie.

In de tweede plaats maakte de carenperiode dat zelfstandigen minstens een bepaalde periode arbeidsongeschikt moeten zijn vooraleer ze een beroep kunnen doen op de uitkeringsverzekering. Op het moment van de bevraging bedroeg de wachttijd voor de toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering nog 1 maand. Bij kortere periodes van arbeidsongeschiktheid had de zelfstandigen bijgevolg geen recht op een uitkering. Vandaag maken enkel nog zelfstandigen die minder dan 8 dagen arbeidsongeschikt zijn, geen aanspraak op een uitkering primaire arbeidsongeschiktheid.

3 Arbeidsmarktre-integratie

Binnen de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen tracht men arbeidsongeschikten op twee manieren terug te leiden naar de arbeidsmarkt, nl. via een systeem van toegelaten activiteit en via beroepsherscholing.

3.1 Gedeeltelijke werkhervatting via een systeem van toegelaten activiteit

3.1.1 Voorwaarden

Een zelfstandige die met het oog op re-integratie gebruik wil maken van het systeem van toegelaten activiteit moet hiertoe voorafgaandelijk toelating krijgen van de adviserend arts van zijn ziekenfonds. De toelating zal slechts verleend worden op voorwaarde dat :

- de erkenningsvoorwaarden van de arbeidsongeschiktheid (nog steeds) vervuld zijn;
- de toegelaten activiteit verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand van de zelfstandige.

De adviserend arts zal deze verenigbaarheid beoordelen en nagaan of de arbeidsongeschikte zelfstandige na de periode van toegelaten activiteit al dan niet opnieuw volledig een beroepsactiviteit zal kunnen uitoefenen. Het oordeel hierover zal bepalen volgens welke modaliteiten de toegelaten activiteit zal kunnen uitgevoerd worden (cf. 3.1.2).

De beslissing van de adviserend arts over de aard, het volume en de voorwaarden tot uitoefening van de toegelaten activiteit wordt overgemaakt aan de zelfstandige, zijn ziekenfonds en het RIZIV.

3.1.2 Volledige versus gedeeltelijke re-integratie

Sinds 2015 kan de gedeeltelijke werkhervatting via het systeem van toegelaten activiteit volgens twee regimes verlopen, nl.

- één gericht op volledige arbeidsmarktre-integratie en

- één gericht op een gedeeltelijke re-integratie³⁴.

Het is daarbij niet langer van belang of het gaat om het opnemen van een gedeelte van de oorspronkelijke zelfstandige activiteit dan wel om het starten van een nieuwe beroepsactiviteit³⁵.

In 2015 werd het systeem van toegelaten activiteit hervormd met de bedoeling het te vereenvoudigen (cf. tabel 5). Tot de hervorming verschilden de modaliteiten van de toegelaten activiteit in het kader van de volledige re-integratie naargelang de gedeeltelijk hervatting plaatsvond via het starten van een nieuwe beroepsactiviteit dan wel gebeurde via het hernemen van de zelfstandige activiteit die vóór de arbeidsongeschiktheid reeds werd uitgeoefend. Het aanvatten van een beroepsactiviteit zonder het streven naar een volledige re-integratie, kon tot 2015 dan weer uitsluitend via het hernemen van de oorspronkelijke zelfstandige activiteit.

Tabel 5. Regimes binnen het systeem van toegelaten activiteit

Vóór de hervorming van 2015	Na de hervorming van 2015
Volledig re-integratie via: <ul style="list-style-type: none"> • een nieuwe activiteit (art. 23) • de oorspronkelijke activiteit (art 23bis) 	Volledige re-integratie (art. 23) <ul style="list-style-type: none"> • geen onderscheid tussen oorspronkelijke of nieuwe activiteit
Gedeeltelijke re-integratie via: <ul style="list-style-type: none"> • de oorspronkelijke activiteit (art. 20 bis) 	Gedeeltelijke re-integratie (art. 23 bis) <ul style="list-style-type: none"> • geen onderscheid tussen oorspronkelijke of nieuwe activiteit

De duur van een gedeeltelijke werkhervatting in het kader van een volledige arbeidsmarktre-integratie (art. 23) bedraagt maximaal 6 maanden, maar is via nieuwe toelatingen verlengbaar tot maximaal 18 maanden. Tijdens het volledige tijdvak van gedeeltelijke werkhervatting geldt een wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid, d.w.z. dat de staat van arbeidsongeschiktheid wordt geacht behouden te blijven tijdens de volledige periode van de gedeeltelijke werkhervatting³⁶.

Voor een gedeeltelijke werkhervatting die niet de bedoeling heeft om te leiden tot een volledige arbeidsmarktre-integratie (art. 23bis), geldt geen maximumduur³⁷ en geen wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid. De adviserend arts moet de arbeidsongeschiktheid van de zelfstandige controleren op grond van een geneeskundig onderzoek dat ten minste eens om de zes maanden wordt verricht, tenzij de elementen aanwezig in het medisch dossier een onderzoek op een latere datum verantwoorden³⁸.

³⁴ Dit is mogelijk wanneer geen volledige re-integratie mogelijk blijkt of een werkhervatting met het oog op volledige integratie mislukt is.

³⁵ Met inbegrip van een loontrekkende activiteit

³⁶ Art. 23 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten.

³⁷ De adviserend arts kan de periode wel beperken.

³⁸ Art. 23bis van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten.

Een gedeeltelijke hervatting is reeds mogelijk vanaf de tweede dag van de arbeidsongeschiktheid³⁹.

3.1.3 De uitkering

De eerste 6 maanden van de gedeeltelijke hervatting heeft geen effect op de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Nadien geldt de volgende getrapte regeling :

- vanaf de 1e dag van de 7^{de} maand van de hervatting wordt het dagbedrag verminderd met 10%;
- vanaf 1 januari van het vierde kalenderjaar volgend op de aanvang van de hervatting, is de uitkeringshoogte afhankelijk van het inkomen van drie jaar voordien N-3;
 - indien het inkomen het grensbedrag van 17.842,02 EUR⁴⁰ niet overschrijdt, wordt het volledige dagbedrag toegekend.
 - indien het inkomen het grensbedrag met minder dan 15 % overschrijdt, wordt de uitkering verminderd⁴¹.
 - indien de inkomsten het plafond met meer dan 15 % overschrijden, wordt de uitkering voor het lopende jaar geschorst.

3.1.4 Gedeeltelijke werkhervatting in cijfers

Het aantal toelatingen tot werkhervatting is in de periode 2011-2017 fors toegenomen (grafiek 13). Op 31 december 2016 waren 5.109 arbeidsongeschikte zelfstandigen via het systeem van toegelaten activiteit gedeeltelijk aan het werk⁴². Dat is 90% meer dan in 2011. In de meerderheid van de gevallen (64%) gaat het om zelfstandigen van het mannelijke geslacht maar er is de voorbije jaren een zekere vrouwelijking van de populatie merkbaar (grafiek 14).

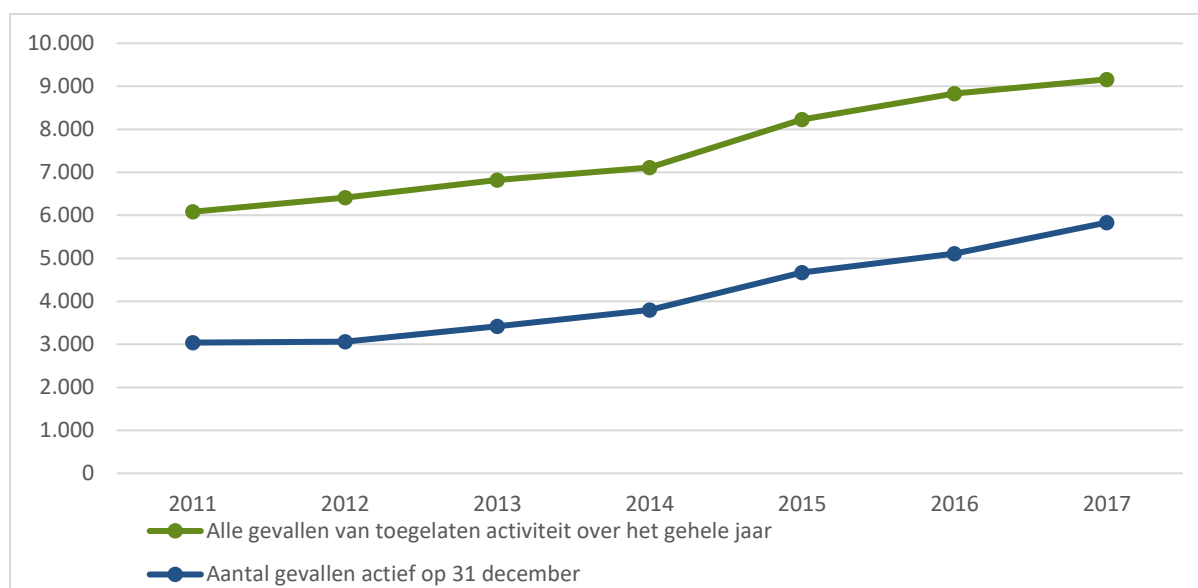
³⁹ Dus ook binnen de carenperiode

⁴⁰ Bedrag van toepassing in juli 2019

⁴¹ Het betreft een vermindering ten belope van een percentage dat overeenstemt met het percentage van overschrijding van het grensbedrag.

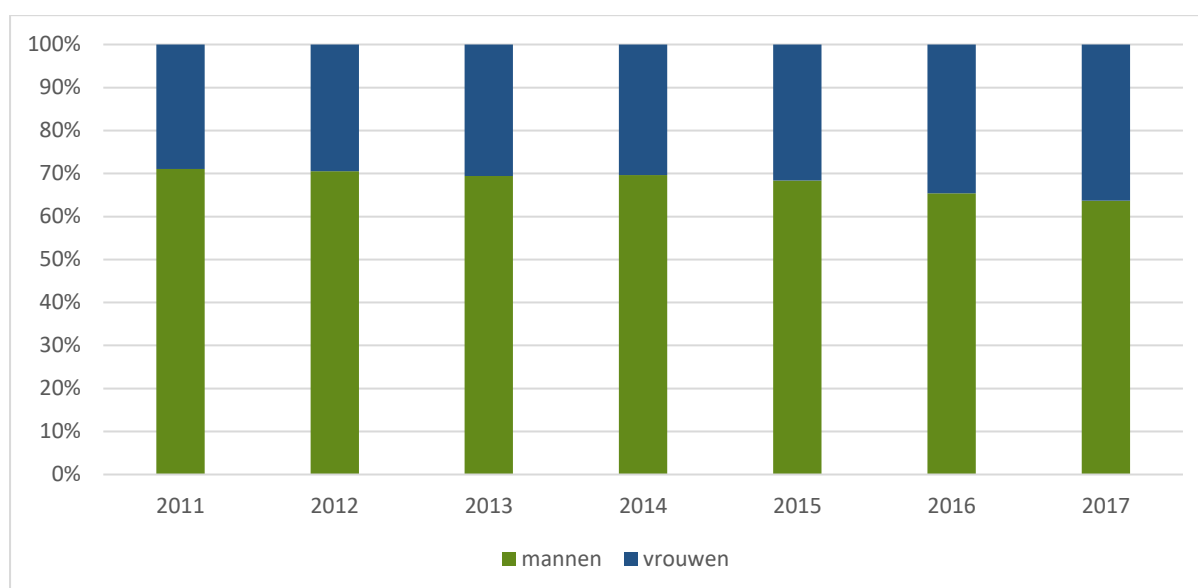
⁴² Als men het aantal invaliden optelt bij het aantal gevallen van primaire ongeschiktheid dan gaat het om 13% van de arbeidsongeschikte zelfstandigen. Dit is echter slechts een ruwe inschatting omdat de cijfers inzake primaire ongeschiktheid betrekking hebben op het aantal ziektegevallen in een jaar en dus niet op het aantal individuele zelfstandigen dat in datzelfde jaar arbeidsongeschikt was.

Grafiek 13. Evolutie van het aantal toelatingen voor gedeeltelijke werkhervatting, 2011 - 2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

Grafiek 14. Evolutie van het aantal toelatingen voor gedeeltelijke werkhervatting op 31 december van het beschouwde jaar naar geslacht, België, 2011 - 2017

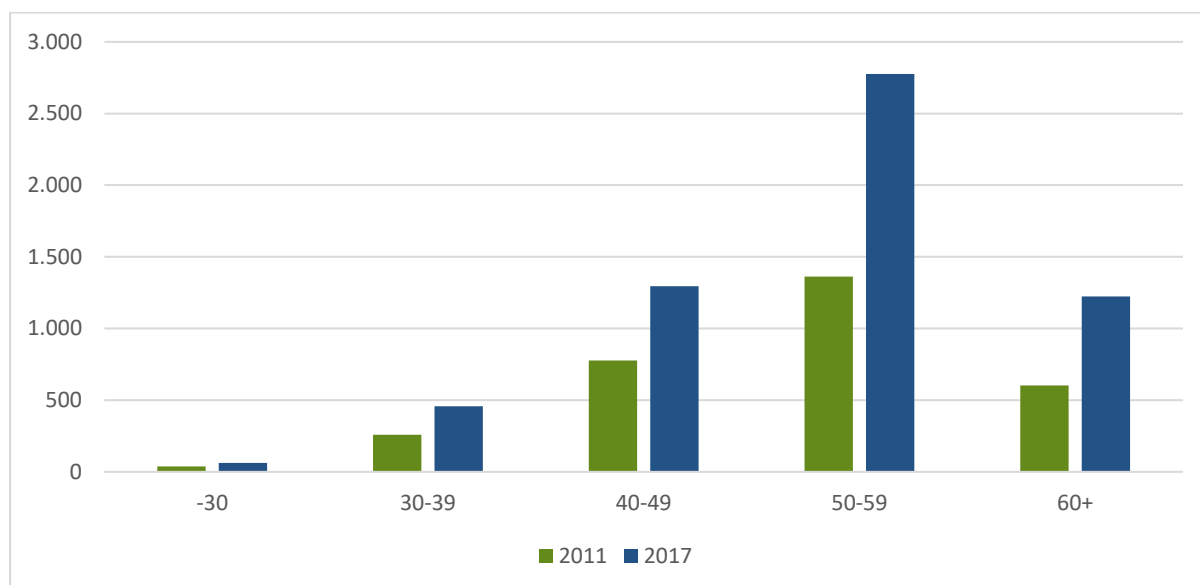


Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

Bijna 70% van de arbeidsongeschikte zelfstandigen (ca. 4.000 eenheden) die op 31 december 2017 gebruik maakten van het systeem van toegelaten activiteit is 50 jaar of ouder⁴³. Een derde van deze groep (1.224 eenheden) is ouder dan 60.

⁴³ Ter vergelijking: van de invalide zelfstandigen is 77% ouder dan 50 jaar en van de gevallen primaire arbeidsongeschiktheid heeft 48% betrekking op zelfstandigen ouder van 50 jaar (cf. tabel in bijlage).

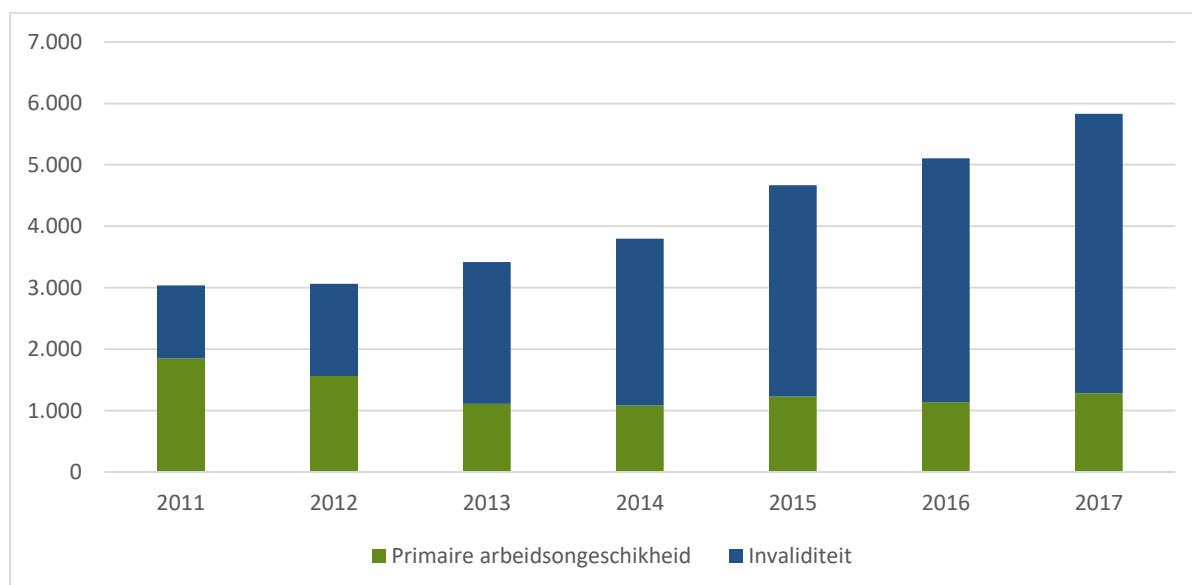
Grafiek 15. Evolutie van het aantal toelatingen voor gedeeltelijke werkhervatting op 31 december van het beschouwde jaar naar leeftijdsgroep, België, 2011 - 2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

Van de 5.832 arbeidsongeschikte zelfstandigen die op 31 december 2017 aan het werk waren via het systeem van de toegelaten activiteit, bevond 22% (1.282) zich in het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid. In 2011 was dit nog 61%.

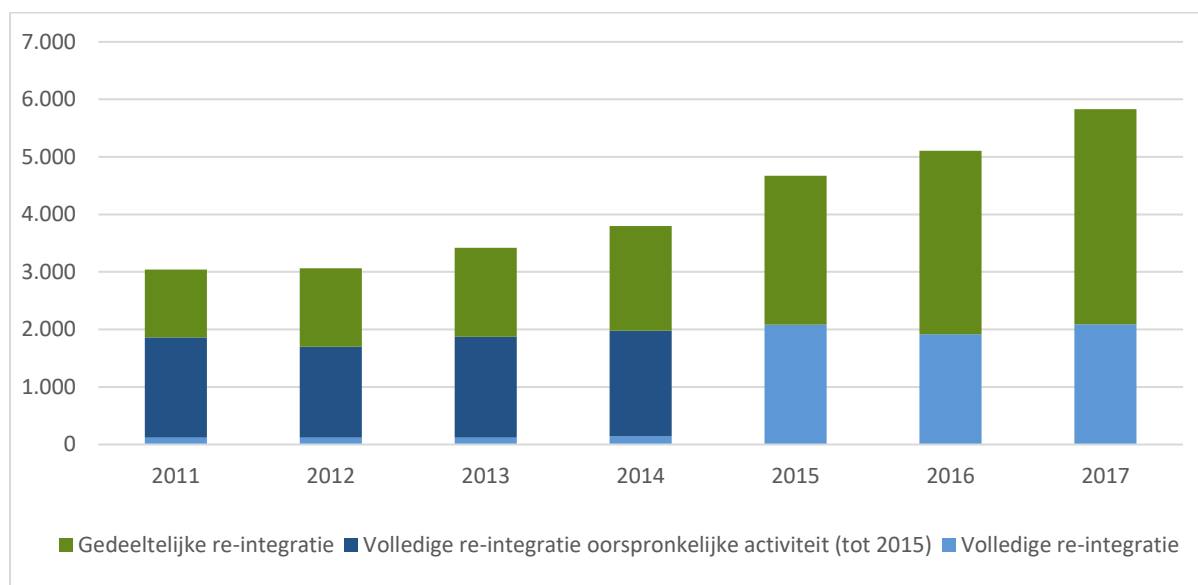
Grafiek 16. Evolutie van het aantal toelatingen voor gedeeltelijke werkhervatting op 31 december van het beschouwde jaar naar tijdvak van de arbeidsongeschiktheid, België, 2011 - 2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

De toename van het aantal gedeeltelijke werkhervattingen is hoofdzakelijk te wijten aan een stijging van het aantal hervattingen die niet bedoeld zijn om te resulteren in een volledige re-integratie. Waar de meerderheid van de hervattingen (61%) in 2011 gericht was op de volledige arbeidsmarkt-re-integratie, bedroeg dit aandeel in 2017 nog ca. 36%.

Grafiek 17. Evolutie van het aantal toelatingen voor gedeeltelijke werkhervatting op 31 december van het beschouwde jaar naar re-integratiedoelstelling, België, 2011 - 2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

Zelfstandigen die als invalide werden erkend omwille van een psychische of gedragsstoornis zijn, in vergelijking met hun aandeel in de totale populatie invaliden, beduidend minder vertegenwoordigd in de groep invaliden die gebruikt maakt van het stelsel van toegelaten activiteit (14% vs. 23%). Het omgekeerde geldt – zij het minder uitgesproken – voor zelfstandigen die als gevolg van een gezwel, een aandoening van het bot-spierstelsel of bindweefsel of van een letsel of vergiftiging als invalide werden erkend.

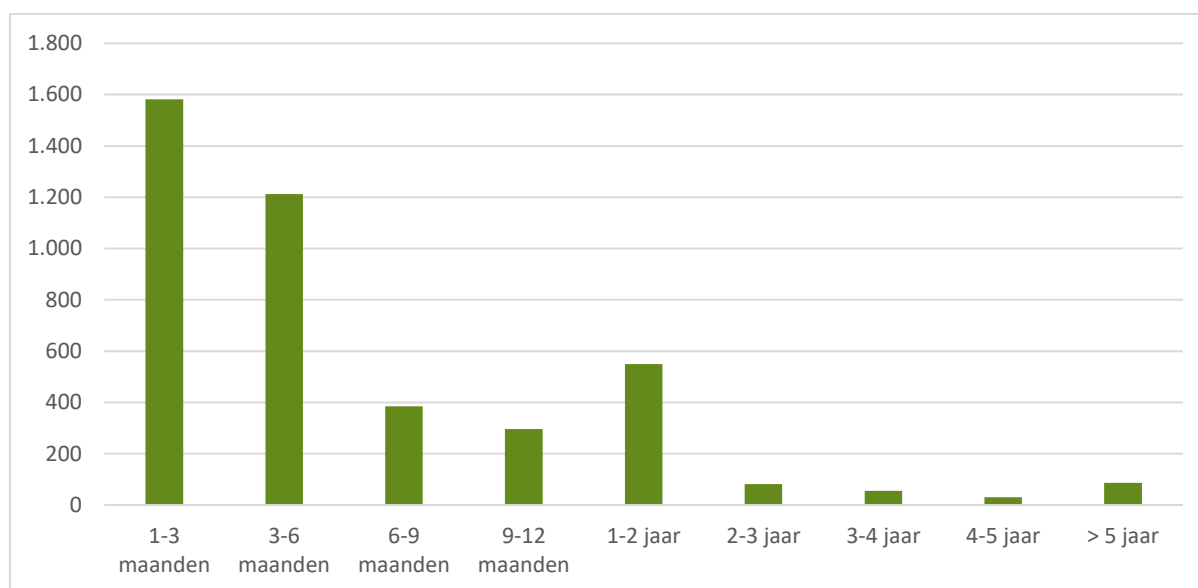
Tabel 6. Evolutie van het aantal toelatingen voor gedeeltelijke werkhervatting op 31 december van het beschouwde jaar naar de 5 meest voorkomende ziektegroepen, België, 2017

Ziektegroep	Aandeel toegelaten activiteit (N=4.550)	Aandeel invaliden (N=24.749)
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	33%	30%
Psychische en gedragsstoornissen	14%	23%
Gezwellen	14%	10%
Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	12%	10%
Ziekten van hart- en vaatstelsel	9%	9%

Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

In 2017 verlieten 4.278 zelfstandigen het systeem van gedeeltelijke werkhervatting. Dat is bijna de helft (47%) van het totale aantal toelatingen tot werkhervatting dat tijdens dat jaar werd toegekend (cf. grafiek 18). Meer dan twee derde (65%) van de uittreeders zette zijn activiteit stop binnen de 6 maanden na de aanvang ervan. Voor meer dan een derde (37%) gebeurde dit zelfs binnen de 3 maanden.

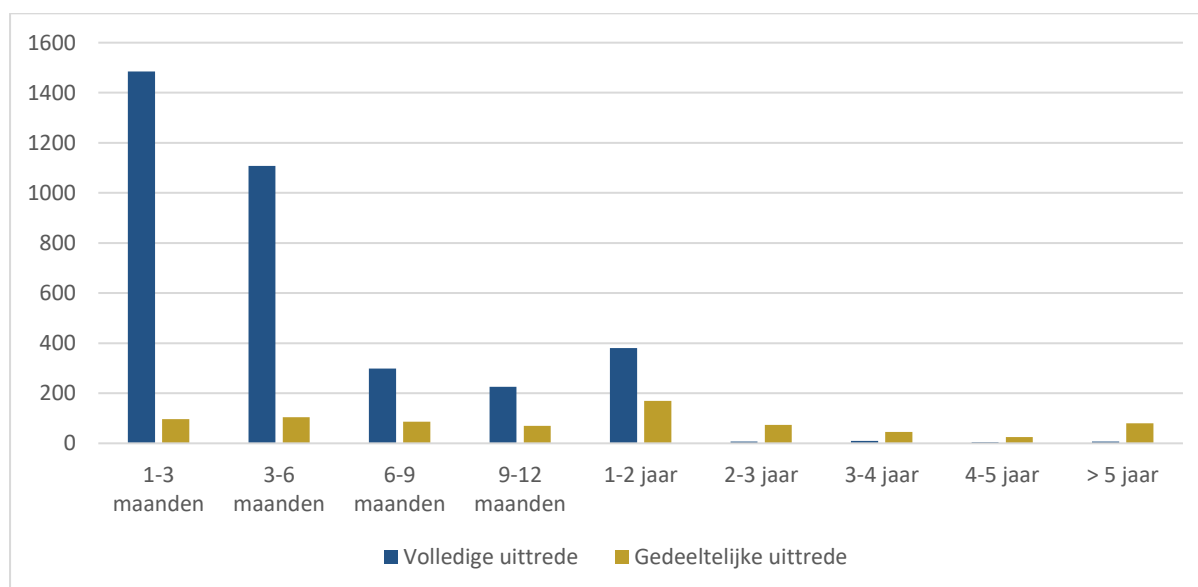
Grafiek 18. Duur van de gedeeltelijke werkhervatting, België, 2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

Het overgrote deel van de uittrekers (82%) betreft zelfstandigen die een activiteit hernamen met het oog op een volledige re-integratie in de arbeidsmarkt. Deze groep verlaat het stelsel van de toegelaten activiteit overigens sneller dan de zelfstandigen waarvoor slechts een gedeeltelijke re-integratie wordt nagestreefd. In maar 12% van de gevallen oefenen deze invaliden langer dan een jaar een toegelaten activiteit uit. In de groep zelfstandigen waarvoor geen volledige re-integratie werd nagestreefd is dit iets meer dan de helft (52%). In 2017 was bovendien 11% van de zelfstandigen die via het stelsel van toegelaten activiteit een gedeeltelijke re-integratie nastreeft, hierin al langer dan 5 jaar actief.

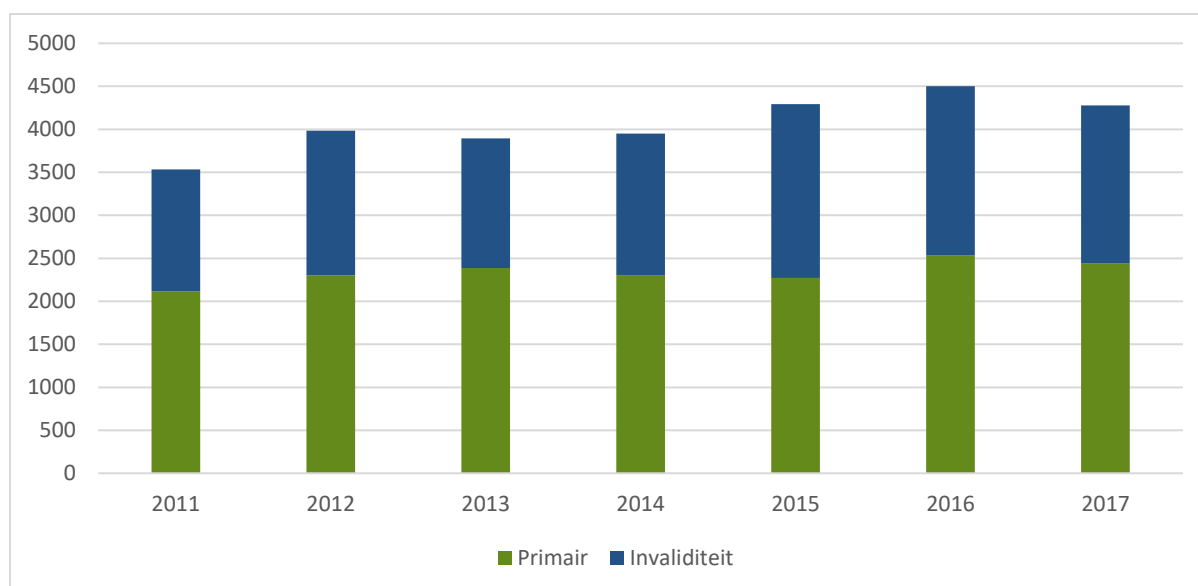
Grafiek 19. Duur van de gedeeltelijke werkhervatting naar finaliteit, België, 2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

Het merendeel van de uittrekers bevindt zich in het tijdvak van de primaire arbeidsongeschiktheid (57%), al is het aandeel van deze groep wel kleiner dan enkele jaren geleden (61% in 2013).

Grafiek 20. Duur van de gedeeltelijke werkhervatting naar vergoedingstijdvak, België, 2017



Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

Voor de meerderheid van de zelfstandigen die het stelsel van de toegelaten activiteit verlieten, is de reden van uittrede bekend. Toch dient opgemerkt dat in 2017 in bijna een derde van uittredegevallen (27%) door het ziekenfonds geen reden geregistreerd werd⁴⁴.

Tabel 7. Reden van uittrede uit het stelsel van toegelaten activiteit, België, 2013-2017 (berekend op het aantal gevallen waarvoor een reden bekend is⁴⁵)

	2011	2013	2015	2017
Voltijdse werkhervatting	32,6%	26,4%	33,2%	34,8%
Volledige terugkeer arbeidsongeschiktheid	34,5%	34,0%	35,2%	31,3%
Andere	10,5%	28,0%	15,5%	15,5%
Uitsluiting adviserend arts	16,1%	6,9%	11,0%	9,0%
(Brug)pensionering	4,0%	2,8%	3,7%	7,3%
Overlijden	1,0%	0,4%	0,7%	1,0%
Nooit deeltijds werk hervat	0,3%	0,8%	0,4%	0,7%
Uitsluiting GRI	0,8%	0,6%	0,2%	0,3%
Werkloosheid	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%

Bron: RIZIV – Dienst Uitkeringen – Directie Financiën en Statistieken

In bijna 35% van de gevallen waarvan de reden bekend is, wordt de toegelaten activiteit stopgezet omdat de overstap wordt gemaakt naar voltijdse werkhervatting. In een bijna even groot aandeel van

⁴⁴ Volgens het RIZIV is dit toe te schrijven aan het hoge aantal dossier waarvoor m.n. de LCM geen reden van stopzetting meedeelt.

⁴⁵ Voor 2013 gaat het om 2.211 gevallen, voor 2014 om 2.094 gevallen, voor 2015 om 2.431 gevallen, voor 2016 om 2.771 gevallen en voor 2017 om 3.120 gevallen.

de gevallen (31%) is er daarentegen sprake van een volledige terugkeer naar de arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Een analyse⁴⁶ van de uittredes naar achtergrondkenmerken⁴⁷ leert het volgende voor wat betreft:

- de leeftijd op het moment van uittrede : de kans dat iemand het stelsel van toegelaten activiteit verlaat om voltijds het werk te hervatten is het grootst in de jongste leeftijdscategorieën⁴⁸ en neemt af met de leeftijd. Omgekeerd is de kans om na deeltijdse werkhervatting opnieuw volledig arbeidsongeschikt te worden groter bij de leeftijdsgroepen ouder dan 45 jaar.
- het volume van de toegelaten activiteit : de kans om vanuit het systeem van toegelaten activiteit opnieuw aan de slag te gaan is groter bij werkvolumes tussen de 20 en de 40 uur⁴⁹. De terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid is dan weer groter bij de lagere werkvolumes. Bijna de helft van uittreders die minder dan 10 uur per week werkten, keerden volledig terug naar de arbeidsongeschiktheid.
- het tijdsverloop tussen de intrede in de arbeidsongeschiktheid en de aanvang van de toegelaten activiteit : de terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid neemt toe naarmate er meer tijd verstrijkt tussen het begin van de arbeidsongeschiktheid en de aanvang van de toegelaten activiteit. Omgekeerd neemt de kans op voltijdse werkhervatting af naarmate de duur tussen de begindatum van de toegelaten activiteit toeneemt^{50,51}.
- de duur van de toegelaten activiteit : de kans op een terugkeer naar een voltijdse tewerkstelling neemt af naarmate de periode waarin gebruikt wordt gemaakt van het systeem van toegelaten activiteit, langer wordt. In 2017 hervatte de helft van de uittreders die minder dan 3 maanden actief waren via toegelaten activiteit, voltijds een beroepsactiviteit aan. Bij diegene die langer dan 1 jaar maar minder dan 2 jaar toegelaten activiteit verrichtten was dat slechts 20% en bij diegene die meer dan 2 jaar een toegelaten activiteit uitoefenden, was dit nog slechts 2%.
- finaliteit van de toegelaten activiteit : in vergelijking met de werkhervattingen gericht op gedeeltelijke integratie zijn, leiden deze gericht op voltijdse re-integratie effectief ook vaker naar een voltijdse terugkeer naar de arbeidsmarkt. In 2017 maakte 39% de uittreders die hun toegelaten activiteit hadden aangevat met het oog op hun volledige terugkeer naar de arbeidsmarkt de overstap naar een voltijdse beroepsactiviteit, tegenover 19% van de

⁴⁶ Gebaseerd op het aantal gevallen waarvoor een reden bekend is (cf. voetnoot 25)

⁴⁷ Zie de publicaties van het RIZIV rond deeltijdse werkhervatting met toestemming van de adviserend artsen bij arbeidsongeschikte gerechtigden (zelfstandigen) en cijfers rechtstreeks verkregen van het RIZIV.

⁴⁸ iets meer dan de helft van de uittreders (56%) in 2017 was op het moment van uittrede tussen echter tussen de 45 en 59 jaar oud

⁴⁹ de helft van de uittreders in 2017 beschikte over de toestemming om 20 à 25 per week te werken.

⁵⁰ in 2017 ontving 77% van de uittreders zijn een toestemming tot toegelaten activiteit minder dan 1 jaar na de start van de arbeidsongeschiktheid.

⁵¹ Volgens het RIZIV biedt de beslissing om de adviserend arts ten laatste drie maanden na de aanvang van de periode van primaire arbeidsongeschiktheid een analyse te laten uitvoeren van de gerechtigden voor wie een multi-disciplinair re-integratieplan kan worden overwogen dan ook meer garantie op een mogelijke snelle en meer succesvolle werkhervatting.

uittreders die toegelaten activiteit verrichtten via het artikel 23bis⁵². Naast het feit dat de finaliteit van beide regimes verschillend is, zijn volgende elementen hierbij mogelijk ook van belang :

- er wordt ook voor artikel 23bis geopteerd als een eerder traject gericht re-integratie mislukte;
- de duur van de toegelaten activiteit in het regime gericht op deeltijdse re-integratie is vaak langer. De duur van het traject is negatief gecorreleerd met het succes op voltijdse re-integratie.

3.2 Beroepsherscholing

Aanvankelijk werd de terugkeer van arbeidsongeschikten naar de arbeidsmarkt vooral nagestreefd via het systeem van gedeeltelijke werkhervatting. Sedert een tiental jaar⁵³ wordt met het oog op re-integratie vanuit het RIZIV ook sterker ingezet op opleiding van de arbeidsongeschikten.

Vandaag worden alle voorzieningen of diensten van het RIZIV (eventueel aangeboden in samenwerking met andere actoren) die erop gericht zijn de initiële arbeidsgeschiktheid geheel of gedeeltelijk te herstellen of de potentiële arbeidsgeschiktheid te valoriseren met het oog op een volledige integratie in een werkomgeving, gevat onder de noemer beroepsherscholing. Initieel werd de herscholing gezien als een instrument tot professionele heroriëntering voor verzekerden die ongeschikt werden verklaard voor de uitoefening van hun referentieberoep⁵⁴. Sinds 2014 hanteert het RIZIV echter een bredere benadering van het begrip socio-professionele re-integratie. Een opleiding moet niet langer per definitie gericht zijn op een verandering van beroep maar kan ook tot doel hebben om de kennis met betrekking tot het uitoefenen van het referentieberoep bij te werken. Binnen de voorzieningen inzake beroepsherscholing wordt vandaag dan ook het volgende onderscheid gemaakt :

- professionele rehabilitatie : het volgen van een opleiding of stage met de bedoeling de competenties te actualiseren die nodig zijn om het referentieberoep uit te oefenen. Het rehabilitatieproces wordt ten laste genomen door het RIZIV;
- professionele heroriëntering : het volgen van een opleiding of stage om nieuwe competenties te verwerven. Dit is gericht op personen die niet meer in staat zijn om hun laatste beroepsactiviteit noch een ander beroep dat in aanmerking komt op basis van het diploma of

⁵² Het aandeel uittreders actief in het regime dat gericht is op gedeeltelijke re-integratie in het geheel van de uittreders is relatief laag (20% in 2017). Het RIZIV merkt hierbij op dat de aantallen mogelijk beïnvloed worden door het feit dat de toelatingen in dit regime vaak voor onbepaalde tijd worden gegeven. In deze gevallen stelt zich vaak een probleem van opvolging waardoor het na verloop van tijd niet meer duidelijk is in welke mate de betrokkenen nog effectief een toegelaten activiteit uitoefenen.

⁵³ Back-to-work-plan van de federale regering - Activering uit arbeidsongeschiktheid. Hoe de dubbele handicap overwonnen wordt. Maatschappelijke doelmatigheid in haar sociale en economische aspecten, Onderzoeksrapport door het HIVA in opdracht van Viona.

⁵⁴ Een referentieberoep is een beroep dat de verzekerde heeft uitgeoefend of had kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn/haar beroepsopleiding of -loopbaan.

de beroepservaring uit te oefenen. Het heroriënteringsproces wordt eveneens ten laste genomen door het RIZIV.

3.2.1 Voorwaarden

Men komt in aanmerking voor een traject van beroepsherscholing als:

- men als arbeidsongeschikt erkend werd;
- men wegens medische redenen niet meer in staat is om het laatst uitgeoefende beroep of een referentieberoep uit te oefenen (heroriëntering), of men voor de uitoefening ervan niet langer over de vereiste competenties beschikt (rehabilitatie);
- de gezondheidstoestand de start van een herscholingstraject toelaat;
- de beroepsherscholing vrijwillig en gemotiveerd zal worden aangevat.

3.2.2 Verloop van het traject

De arbeidsongeschikte die een traject inzake beroepsherscholing wilt volgen, moet eerst contact opnemen met de adviserend arts van het ziekenfonds voor een gesprek. Die laatste zal beoordelen of aan de voorwaarden tot opstart van een herscholingstraject voldaan is. Het verdere traject verloopt in drie fasen:

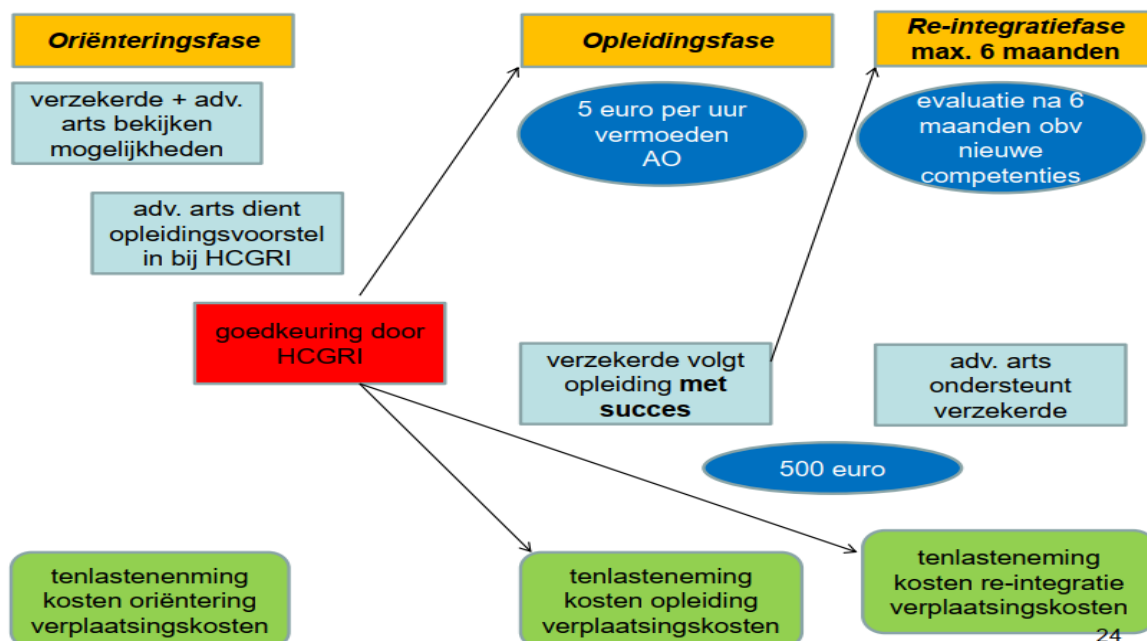
1. de oriënteringsfase: het verloop van deze fase is afhankelijk van het feit of de arbeidsongeschikte al dan niet reeds een voorstel van opleiding of stage heeft. Beschikt de betrokkene:
 - reeds over een plan dan kan de adviserend arts oordelen dat:
 - het project als dusdanig aanvaardbaar is : hij dient de aanvraag in bij de Geneeskundige raad voor invaliditeit, die het project onderzoekt en een beslissing neemt. De adviserend arts informeert de arbeidsongeschikte over de beslissing;
 - het project nog verder moet worden ontwikkeld : de adviserend arts brengt de betrokkene in contact met gespecialiseerde partners (i.c. de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling, centra voor beroepsoriëntering) die het project zullen helpen vormgeven (cf. infra);
 - de betrokkene nog niet klaar is om een traject aan te vatten : de adviserend arts stelt andere opties voor (therapie, gespecialiseerde sociale begeleiding, etc.).
 - nog niet over een plan, dan brengt de adviserend arts de betrokkene in contact met gespecialiseerde partners (i.c. de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling, centra voor beroepsoriëntering). Deze beoordelen de competenties van de betrokkene en onderzoeken mogelijke loopbaanoriënteringen op basis van de genoten opleiding en ervaring, de impact van de ziekte op het dagelijks functioneren, enzovoort. Ze delen hun conclusies mee aan de adviserend arts. Vervolgens bespreekt de adviserend arts met de arbeidsongeschikte de conclusies van het oriënteringsonderzoek en wordt er een opleidingsplan uitgewerkt. Als de adviserend arts oordeelt dat het project in overweging kan worden genomen, dan dient hij de aanvraag in bij de Geneeskundige raad voor invaliditeit, die het project onderzoekt en

een beslissing neemt. De adviserend arts informeert de arbeidsongeschikte over de beslissing. De motivatie van de persoon speelt een belangrijke rol bij de beslissing om hem te laten deelnemen aan een begeleidingstraject.

Indien het project wordt goedgekeurd door de Geneeskundige Raad dan worden de kosten voor het traject (de kosten van het oriënteringsonderzoek, de verplaatsingskosten, de opleidings- of stagekosten, etc.) ten laste genomen door de uitkeringsverzekering. In geval van weigering worden alleen de kosten in verband met een eventueel onderzoek voor de beroepsoriëntering ten laste genomen.

2. de opleidingsfase: de arbeidsongeschikte volgt zijn opleiding, waarvan de duur afhangt van de aard van de opleiding. Per gevolgd opleidingsuur ontvangt hij 5 EUR van de uitkeringsverzekering⁵⁵. Wanneer de opleiding succesvol is afgerond, wordt hem tevens een premie van 500 EUR toegekend. De opleidings- en verplaatsingskosten worden door de uitkeringsverzekering ten laste genomen.
3. de re-integratiefase: eens men voor de opleiding of stage geslaagd is, heeft men een 're-integratieperiode' van 6 maanden om werk te zoeken. De gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling kunnen daarbij helpen of begeleiding bieden. Tijdens deze periode blijft de betrokkene een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen (zolang men niet opnieuw aan het werk is). 6 maanden na het einde van de opleiding beoordeelt de adviserend arts opnieuw de arbeidsongeschiktheid. Daarbij houdt hij rekening met de nieuwe beroepscompetenties die tijdens de opleiding verworven werden. Indien deze oordeelt dat de betrokkene voldoende verdienpotentieel heeft opgebouwd en/of in staat is om zich opnieuw op de arbeidsmarkt te begeven, dan kan hij de arbeidsongeschiktheid beëindigen.

Figuur 1. Verloop van het traject inzake beroepsherscholing, 2018



Bron : RIZIV

⁵⁵ Indien de instelling tevens een opleidingspremie toekent, zijn er cumulatierregels om het bedrag te bepalen van de door de zelfstandige te ontvangen uitkering.

3.2.3 Ondersteuning

Tijdens de beroepsherscholing wordt de zelfstandige geacht arbeidsongeschikt⁵⁶ te zijn en blijft hij dus een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen. Daarnaast heeft de betrokkene ook recht op bepaalde financiële tussenkomsten voor gemaakte kosten (cf. supra).

De herscholingstrajecten verlopen vaak in samenwerking met instellingen op Gewestelijk of Gemeenschapsniveau. In het kader van het eigen beleid gericht op de socio-professionele re-integratie voorzien de regionale partnerinstellingen vaak ook tegemoetkomingen of tussenkomsten voor de deelnemers aan de re-integratietrajecten. Als deze voordelen gelijkaardig zijn aan deze toegekend door het RIZIV, zijn er soms cumulatierregels van toepassing:

- volledig cumulatieverbod : de regionale partnerinstelling zal in dit geval geen voordeel toekennen. Er wordt enkel een voordeel toegekend door de uitkeringsverzekering van het RIZIV en dit ten belope van het volledige bedrag.
- mogelijkheid tot beperkte cumulatie : de tussenkomst van de regionale instelling is afhankelijk van de tussenkomst door de uitkeringsverzekering. Het RIZIV zal het volledige voordeel toekennen. De regionale instelling zal het verschil tussen de regionale tussenkomst en die van het RIZIV bijpassen.
- mogelijkheid tot cumulatie : de regionale partnerinstelling zal het volledige voordeel toekennen. De uitkeringsverzekering van het RIZIV zal het verschil tussen de regionale tussenkomst en die van het RIZIV bijpassen.

3.2.4 Beroepsherscholing in cijfers

Cijfers over het gebruik van het systeem van beroepsherscholing zijn zeer beperkt. Uit de meest recente gegevens die het ABC van het RIZIV ontving, blijkt dat er zeer weinig gebruikt wordt gemaakt van de mogelijkheid tot beroepsherscholing. Voor de jaren 2016 en 2017 ging het respectievelijk om 167 en 187 goedgekeurde dossiers.

3.3 Gebruik van de mogelijkheden tot arbeidsmarkt-re-integratie

De enquête van Unizo en UCM uit 2016 (cf. supra) peilde ook naar de kennis over en de bereidheid tot deelname aan de systemen van gedeeltelijke werkhervatting en beroepsherscholing. De resultaten ervan laten toe om het gebruik van de mogelijkheden tot gedeeltelijke werkhervatting en beroepsherscholing te duiden.

Uit de bevraging blijkt dat zelfstandigen erg gefocust zijn op het blijven verderzetten van hun professionele activiteit, ook als zij geconfronteerd worden met medische problemen. Bijna 60% van de zelfstandigen vindt het belangrijker om in geval van ernstige ziekte of hospitalisatie zo snel mogelijk terug aan de slag te kunnen in de onderneming dan om tijdens de geneeskundige verzorging en het herstel te kunnen genieten van een uitkering⁵⁷.

⁵⁶ Er geldt in deze periode een vermoeden van arbeidsongeschiktheid.

⁵⁷ Er lijkt hier evenwel sprake van :

Zelfstandigen zijn echter weinig op de hoogte van de mogelijkheden om zich tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid reeds voor te bereiden op hun terugkeer naar de arbeidsmarkt. Zo weet 67% van de bevroagde zelfstandigen niet dat de adviserend arts van het ziekenfonds de toelating kan verlenen om de zelfstandige activiteit gedeeltelijk te hernemen met het oog op een (volledige) werkhervatting. Het overgrote deel van de bevroagden (78%) geeft aan de mogelijkheid tot deeltijdse werkhervatting voor zichzelf nuttig te vinden in het geval zij zouden geconfronteerd worden met een onderbreking van de activiteit omwille van ziekte. Zoals ook bleek bij de kennis over de uitkeringsverzekering, zijn zelfstandigen die in de periode 2011-2016 een arbeidsongeschiktheidsuitkering genoten beter op de hoogte van deze mogelijkheden. Drie vierde van deze zelfstandigen kent het bestaan van dit systeem, 86% vindt het een nuttig instrument en 36% maakte er ook reeds gebruik van.

Wanneer elke werkhervatting van de zelfstandige activiteit als gevolg van een arbeidsongeschiktheid uitgesloten zou blijken, dan zou het overgrote deel van de bevroagde zelfstandigen (74%) bereid zijn om in het kader van beroepsherscholing een opleiding te volgen die leidt naar een activiteit in loondienst. Hoewel die bereidheid even groot is bij de zelfstandigen die in de periode 2011-2016 een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen, maakte slechts 4% reeds gebruik van deze mogelijkheid.

Een groot deel van de zelfstandigen die aangeven zich niet te willen heroriënteren via beroepsherscholing met het oog op een terugkeer naar de arbeidsmarkt in loonverband, verkiest uitdrukkelijk de uitoefening van een zelfstandige activiteit (31%) en bij voorkeur zelfs van de eigen zelfstandige activiteit (41%). Een niet te verwaarlozen groep (22%) staat liever zelf in voor de eigen omscholing en wenst hierbij geen begeleiding. Ongeveer 6% geeft nog een andere reden aan, waarvan ouderdom de meest voorkomende is.

4 Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid: aandachtspunten vanuit de praktijk

In 2017 organiseerde de Koning Boudewijnstichting⁵⁸ een dialoog tussen vertegenwoordigers van werkgevers en artsen om vanuit de praktijk zicht te krijgen op de drempels en hefbomen voor de professionele re-integratie van langdurig zieken. Een synthese van deze gedachtewisseling werd in 2017 gepubliceerd in de vorm van een eindrapport. Hoewel de focus van de gesprekken lag op de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers, omvat het rapport een aantal aandachtspunten die ook relevant kunnen zijn voor wat betreft de re-integratie van arbeidsongeschikte zelfstandigen. Het gaat om de onderstaande elementen.

-
- een leeftijdseffect. Respondenten jonger dan 30 blijken herstel en een uitkering in 51% van de gevallen belangrijker te vinden dat een snelle herneming van de professionele activiteit (39%).
 - verschil tussen respondenten die een periode van ongeschiktheid doormaakten en de anderen. De eerste groep hecht vaker belang aan herstel en een uitkering (56%) dan aan een snelle werkhervatting (41%).

⁵⁸ In opdracht van het RIZIV

4.1 Rigiditeit van het wettelijk kader

Het systeem van toegelaten en progressieve werkhervatting wordt gewaardeerd maar in de praktijk blijkt het wettelijk kader errond als te star en te weinig flexibel te worden ervaren. Vanuit de praktijk wordt dan ook gepleit voor een meer flexibele toepassing van het systeem en voor meer moduleerbare formules van re-integratie⁵⁹, aangepast aan de situatie van de arbeidsongeschikte. Daarbij wordt onder meer het volgende opgemerkt:

- hoewel reeds een zekere flexibiliteit mogelijk is, wordt die soms onvoldoende aangewend. Een werkhervatting van meer dan 50% is weliswaar wettelijk toegelaten maar, adviserend artsen⁶⁰ blijken dit in de praktijk niet altijd te aanvaarden. Omgekeerd is ook een werkhervatting van minder dan 50% wettelijk mogelijk maar komt dit in de praktijk weinig voor.
- meer flexibiliteit veronderstelt ook dat eventuele financiële drempels voor werkhervatting⁶¹ worden weggewerkt en dat de gevolgen van het mislukken van een poging tot gedeeltelijke werkhervatting niet te nadelig zijn voor de arbeidsongeschikte.
- het zou mogelijk moeten zijn om bij de begeleiding van arbeidsongeschikten en de uittekening van re-integratietrajecten meer rekening te houden met de heterogeniteit van de groep arbeidsongeschikten en de oorzaak van hun ziekteverzuim, m.n. of deze een fysische dan wel psychologische⁶² oorzaak kent en of deze al dan niet (ten dele) arbeidsgerelateerd is. De re-integratie vereist daarbij telkens een andere benadering. In dit verband wordt ook gewezen op de manier waarop vandaag de attestering van een arbeidsongeschiktheid gebeurt (cf. volgende punt).
- het medisch attest van arbeidsongeschiktheid wordt door de behandelende artsen vaak nog te eng opgevat⁶³ en louter gezien als een bewijs (en bescherming) van de patiënt dat die laatste niet mag/kan werken. Het summiere karakter van het medisch attest⁶⁴ wordt gezien als een pijnpunt. Vanuit het oogpunt van re-integratie én preventie zou het beter zijn als het medisch attest meer indicaties zou vermelden over de oorzaak van de ongeschiktheid en of die arbeidsgerelateerd is en een prognose zou bevatten m.b.t. de totale ziekteduur en de mogelijkheid tot werkhervatting⁶⁵.
- het wettelijk onderscheid tussen de tijdvakken van primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit kan remmend werken voor het re-integratieproces. Door adviserend artsen wordt het tijdvak van de invaliditeit soms afgewacht vooraleer men zich actief toelegt op het re-integratieproces van de arbeidsongeschikte. Sommigen vragen zich dan ook af of het huidige

⁵⁹ en dus ook met de mogelijkheid om trajecten in de tijd te laten evolueren

⁶⁰ Soms uit onwetendheid

⁶¹ Er wordt op gewezen dat privé-verzekeringen voor 'gewaarborgd inkomen' soms hoge vergoedingen bieden. Dit kan een rem vormen om opnieuw aan het werk te gaan.

⁶² De ervaring leert dat de re-integratie van personen met een psychologische aandoening vaak moeizamer en trager verloopt.

⁶³ Dit zou onder meer worden ingegeven door het medisch beroepsgeheim.

⁶⁴ Het attest blijft vaak zwart-wit, bekwaam-onbekwaam, zonder enige bijkomende informatie.

⁶⁵ Voor sommige ziektebeelden kunnen artsen zonder probleem de kans inschatten dat iemand nog ooit zal kunnen werken

onderscheid tussen het statuut van primaire arbeidsongeschiktheid en van invaliditeit niet beter zou worden vervangen door een meer getrappt systeem, met oplossingen op maat in functie van de evoluerende gezondheidstoestand van de arbeidsongeschikte (bv. aanpassing van het arbeidsvolume).

4.2 Een te versnipperde aanpak van het re-integratieproces

Vanuit de praktijk is er vraag naar een meer geïntegreerde aanpak van de professionele re-integratie van arbeidsongeschikten. Door de versnipperde benadering die vandaag doorgaans wordt gehanteerd, is er in vele gevallen een gebrek aan een globale en gezamenlijke visie op de concrete situatie van individuele gevallen. Er blijkt dan ook nood te zijn aan :

- meer contact en betere communicatie tussen de betrokken actoren⁶⁶. Dit betekent meer informatiedoorstroming en -uitwisseling en het inbouwen van overlegmomenten zodat het re-integratieproces via een multidisciplinaire en geïntegreerde⁶⁷ aanpak tot stand kan komen. Het re-integratieproces is erbij gebaat dat het overleg en de communicatie een dynamisch karakter kennen waarbij de nodige aandacht gaat naar de snelheid waarmee de integratietrajecten hun aanvang en verloop kennen.
- duidelijkheid over de rol (en de verantwoordelijkheden) van de verschillende actoren in het re-integratieproces. Er is vaak niemand die het proces van re-integratie aanstuurt en er de verantwoordelijkheid voor neemt. In deze gevallen functioneert elke actor op zichzelf zonder het standpunt van anderen te kennen en/of er rekening mee te houden. Een dossier wordt eenvoudigweg doorgeschoven van de ene naar de andere actor. Sommigen zien in de geïntegreerde aanpak een coördinerende rol weggelegd voor de adviserend arts, die in de praktijk gepercipieerd wordt als een actor die nog te vaak laattijdig en louter controlerend optreedt. In de rol van coördinator zou hij meer dan nu een pro-actieve houding moeten aannemen.
- een betere kennis van de problematiek rond arbeidsongeschiktheid en van het kader inzake professionele re-integratie bij de betrokken artsen en zorgverleners. Er blijkt soms nog een te groot gebrek te zijn aan kennis over arbeidsongeschiktheid, zowel op universitair niveau als bij de beroepsverenigingen. Het lijkt dan ook aangewezen om een beter opleidings- en sensibiliseringsaanbod uit te werken over de problematiek van arbeidsongeschiktheid/invaliditeit voor alle betrokken (toekomstige) professionele zorgverleners. Hetzelfde geldt voor wat betreft de toepassing van het kader inzake re-integratie zodat de actoren bijvoorbeeld weten hoe re-integratie parallel kan verlopen met een behandelingstraject of zodat er een uniforme toepassing gebeurt van het wettelijk kader.

4.3 Preventie

Omdat preventie van arbeidsongeschiktheid meer voordelen biedt dan de re-integratie van diegenen die het arbeidsproces hebben moeten verlaten omwille van ziekte, gaven de deelnemers aan de

⁶⁶ tussen de eerste en tweedelijnszorg, tussen de behandelend en de adviserend arts

⁶⁷ met oog voor zowel de medische en de persoonlijk als de professionele situatie van de arbeidsongeschikte

ronde-tafel van de Koning Boudewijnstichting tot slot aan dat het aangewezen is om ook voldoende te investeren in preventie en welzijn op de werkvloer.

5 Voorstellen van het Comité ter ondersteuning van arbeidsongeschikte zelfstandigen en hun professionele re-integratie

De bevindingen in dit rapport leren dat zelfstandigen niet altijd gebruik maken van hun recht op (financiële) ondersteuning in geval van arbeidsongeschiktheid en van de mogelijkheden tot professionele re-integratie. Dit kan onder meer worden toegeschreven aan een gebrek aan :

- kennis of begrip van het bestaan van ondersteuning of van de administratieve procedures die moeten gevolgd worden om er gebruik van te maken;
- een ondersteunings- en begeleidingsaanbod dat voldoende is aangepast aan de specifieke aard van het zelfstandig ondernemerschap;
- een proactief optreden door de actoren die zouden moeten instaan voor de ondersteuning of begeleiding van arbeidsongeschikte zelfstandigen.

Het Comité heeft een aantal voorstellen om deze gebreken te ondervangen.

5.1 Informatieverstrekking aan de zelfstandige

Volgens het Comité is er ten eerste nood aan informatieverstrekking. De bevraging van Unizo en UCM leert dat zelfstandigen over het algemeen weinig op de hoogte zijn van hun rechten in de arbeidsongeschiktheidsverzekering of van de mogelijkheden tot professionele re-integratie. De inspanningen die de federale overheid de voorbije jaren heeft geleverd om de burger beter te informeren over zijn rechten bij arbeidsongeschiktheid en de verschillende mogelijkheden tot (geleidelijke) professionele re-integratie (www.weeraandeslag.be, www.stressburnout.belgie.be) zijn daarom waardevol. Toch is het volgens het Comité aangewezen om ook zeer gericht te werken op de verbetering van de kennis bij zelfstandigen over het ondersteuningsaanbod in geval van arbeidsongeschiktheid. Enkel met voldoende (voor)kennis kunnen zelfstandigen tijdig een beroep doen op ondersteuning en zich tot de juiste instellingen wenden om er gebruik van te kunnen maken.

De meest geschikte communicatiekanalen om de zelfstandige beter te informeren over deze aangelegenheden zijn volgens het Comité:

- de sociale verzekeringsfondsen, in de contacten met de zelfstandigen die bij hen zijn aangesloten;
- de ziekenfondsen, in de contacten met de zelfstandigen die bij hen zijn aangesloten.

Uit de bevraging van Unizo en UCM blijkt immers dat dit de instellingen zijn waartoe zelfstandigen zich in de eerste plaats richten voor informatieverstrekking, op het moment dat ze met arbeidsongeschiktheid worden geconfronteerd⁶⁸. Overigens blijkt uit de bevraging van UCM en Unizo

⁶⁸ 71% richt zich tot het ziekenfonds en 44% richt zich tot het sociaalverzekeringsfonds.

eveneens dat informatieverstrekking net het meest doeltreffend is, wanneer dit gebeurt op het moment dat een probleem van ongeschiktheid zich stelt. Het is dan ook belangrijk in dit verband dat de sociale verzekeringsfondsen en mutualiteiten zo snel mogelijk op de hoogte zijn van een arbeidsongeschiktheid (cf. 5.2.1)

5.2 Vereenvoudiging en verduidelijking van administratieve procedures en voorwaarden

Het Comité is ten tweede van oordeel dat zelfstandigen meer gebruik zouden maken van de ondersteuning en begeleiding bij arbeidsongeschiktheid, indien een aantal administratieve voorwaarden en procedures eenvoudiger of duidelijker zouden zijn.

5.2.1 Kennisgeving van de ongeschiktheid

Het is in het belang van de zelfstandige dat zieken- en socialeverzekeringsfondsen snel op de hoogte zijn van de arbeidsongeschiktheid van een zelfstandige. Dit laat hen toe om zelfstandigen waar nodig beter bij te staan in het tijdig en correct nemen van de nodige administratieve stappen om hun recht op ondersteuning en begeleiding te laten gelden.

Vandaag zijn ziekenfondsen maar op de hoogte van een arbeidsongeschiktheid van zodra de zelfstandige hen een "Getuigschrift voor arbeidsongeschiktheid" bezorgt. Hiermee moet de formele aangifte van de arbeidsongeschiktheid gebeuren en dient een uitkering te worden aangevraagd. De socialeverzekeringsfondsen op hun beurt, zijn maar op de hoogte van een arbeidsongeschiktheid van zodra ze daarover een signaal ontvangen vanuit de ziekenfondsen.

Volgens het Comité kan deze informatiedoorstroming geoptimaliseerd worden door :

- ten eerste, een (nog) snellere kennisgeving van de arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts aan het ziekenfonds.
- ten tweede, een rechtstreekse/automatische kennisgeving van de arbeidsongeschiktheid door het ziekenfonds aan het sociaalverzekeringsfonds. Dit zou de socialeverzekeringsfondsen toelaten om de zelfstandigen meer proactief bij te staan, bv. bij een eventuele aanvraag tot vrijstelling van sociale bijdragen (cf. infra).

Het ABC vraagt dat het RIZIV dit punt meeneemt in het pilootproject rond de elektronische attestering.

5.2.2 Vrijstelling van bijdragen en gelijkstelling

Veel zelfstandigen zijn niet op de hoogte van de mogelijkheid tot aanvraag van een bijdragevrijstelling en een gelijkstelling voor de berekening van het pensioen. Voor velen zou het dan ook een grote hulp zijn indien het sociaalverzekeringsfonds met hen (proactief) zou nagaan of een zij hiertoe een aanvraag kunnen indienen.

Zo zou het volgens het Comité aangewezen om te komen tot een procedure waarbij het sociaal verzekeringsfonds quasi automatisch zou overgaan tot het onderzoek naar de voorwaarden tot toekenning van de vrijstelling en gelijkstelling, van zodra het melding krijgt van een

arbeidsongeschiktheid⁶⁹. Dit voorkomt dat zelfstandigen wegens een gebrek aan kennis of omwille van de administratieve procedures de vrijstelling of gelijkstelling waarop ze recht hebben niet aanvragen. Bovendien past dergelijke aanpak in het principe van 'only once' waarnaar de overheid streeft. Voor het Comité kan de aparte aanvraagprocedure dan ook verdwijnen op voorwaarde dat de informatie die vereist is voor een quasi automatische toekenning via verschillende automatische fluxen⁷⁰ voorhanden is en op een geïntegreerde manier en ter beschikking is van de socialeverzekeringsfondsen.

5.2.3 De stopzettingsvoorwaarde

Om recht te hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering moet de zelfstandige zijn activiteit in principe volledig stopzetten. Hij mag wel nog 'minieme taken' uitvoeren die verband houden met de voorheen uitgeoefende zelfstandige beroepsbezigheid, op voorwaarde dat het om 'resttaken' gaat in het licht van de aard en de omvang van het bedrijf.

In de praktijk blijken de noties 'minieme' en 'resttaken' een moeilijk gegeven omdat het zowel voor de zelfstandige als voor de adviserend arts⁷¹ niet altijd duidelijk is wat hieronder moet worden begrepen. Adviserend artsen zouden zich bij de controle en beoordeling vaak beroepen op het 'gezond verstand'⁷². Voor de zelfstandige betekent dit dat hij niet altijd kan inschatten welke activiteit als een rest- of minieme taak zal worden aanvaard.

Daarnaast verhindert de uitoefening van een minieme taak in de praktijk mogelijk ook dat een bijdragevrijstelling en een gelijkstelling worden toegekend⁷³.

De huidige situatie leidt dus tot onduidelijkheid en rechtsonzekerheid bij de zelfstandige. Er zou daarom :

- meer aandacht moeten worden besteed aan de invulling van het begrip 'minieme taken';
- verduidelijkt moeten worden in de regelgeving dat het mogelijk is om minieme taken uit te oefenen in combinatie met een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

⁶⁹ De procedure van vrijstelling van bijdragen en gelijkstelling wegens moederschapsrust kan hierbij als inspiratie gelden.

⁷⁰ Zoals de flux van het ziekenfonds naar het sociaal verzekeringsfonds over de erkenning en de (te verwachten) duurtijd van de arbeidsongeschiktheid, flux van de KBO naar het sociaal verzekeringsfonds over de stopzetting van de activiteit, flux van de toekomstige databank werkend vennoten, met kennisgeving van de stopzetting van de activiteit van werkend vennoot, een flux vanuit de BTW-aangifte, waaruit blijkt dat de zelfstandige met een eenmanszaak of een eenmansvennootschap zijn activiteit heeft stopgezet

⁷¹ Dit blijkt uit een hoorzitting gehouden binnen het ABC op 22 oktober 2018

⁷² Tijdens de hoorzitting werd als voorbeeld aangegeven dat de arbeidsongeschikte dakwerker mogelijk de toelating krijgt om in het kader van de uitoefening van een minieme activiteit zijn boekhouding bij te houden, terwijl een arbeidsongeschikte boekhouder deze toelating waarschijnlijk niet zal krijgen.

⁷³ Een andere mogelijke factor verklaring waarom er geen gelijkstelling of vrijstelling wordt toegekend is dat sommige arbeidsongeschikte zelfstandigen hun onderneming niet hebben stopgezet (wat niet hoeft voor de uitkering, wel voor de gelijkstelling). Hierover zijn echter geen cijfers bekend.

5.3 Deeltijdse arbeidsongeschiktheid

De voorwaarde tot volledige stopzetting is voor vele zelfstandigen een moeilijk gegeven. Uit de enquête blijkt dat zelfstandigen hun werkzaamheden vaak niet volledig onderbreken bij medische problemen omdat de impact op hun zaak te groot zou zijn. Waar ze uit gezondheidsoverwegingen wel rust zouden moeten nemen, eist de economische realiteit dat ze verder aan de slag blijven. In deze gevallen zouden de betrokken zelfstandigen wellicht meer gebaat zijn met een mogelijkheid tot gedeeltelijke stopzetting van de activiteit.

Hoewel het Comité er zich van bewust is dat een stelsel van deeltijdse arbeidsongeschiktheid misschien minder evident is vanuit het perspectief van de artsen die de ongeschiktheid moeten erkennen en de restcapaciteit van een arbeidsongeschikte moeten inschatten⁷⁴, pleit het er toch voor om de mogelijkheid tot invoering van een dergelijk stelsel te onderzoeken. Dergelijk stelsel zou evenwel voorbehouden moeten blijven aan zelfstandigen die wegens letsels of functionele stoornissen in de onmogelijkheid zijn om hun beroepsbezigheid zoals voorheen verder te zetten. Ze moeten dus gedwongen zijn tot een substantiële vermindering van hun activiteiten, zonder dat dit tot een volledige stopzetting moet leiden. De zelfstandigen zouden in dit systeem geen volledige, maar slechts een gedeeltelijk uitkering genieten.

5.4 Een meer aangepast ondersteunings- en begeleidingsaanbod

De modaliteiten tot het bekomen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering of tot volgen van een re-integratietraject (hetzij via gedeeltelijke werkhervatting, hetzij via beroepsherscholing) lijken in vele gevallen onvoldoende aangepast aan de specifieke realiteit van het zelfstandig ondernemerschap. Meer aangepaste modaliteit zouden ervoor kunnen zorgen dat zelfstandigen vaker van deze voorzieningen gebruik zouden maken.

5.4.1 Minieme taken

Omwille van de wens en de noodzaak van vele zelfstandigen om hun professionele activiteit bij ongeschiktheid zo lang mogelijk verder te zetten of zo snel mogelijk te hervatten, houdt de idee van de uitoefening van minieme taken vandaag onvoldoende rekening met de professionele realiteit waar een arbeidsongeschikte zelfstandige mee wordt geconfronteerd. Het Comité is dan ook van oordeel dat een zelfstandige in een eerste periode van arbeidsongeschiktheid de mogelijkheid zou moeten hebben om taken te verrichten, die bedoeld zijn om de negatieve impact van de stopzetting of onderbreking op de zaak te milderen (vb. klanten verwittigen, vervanging voorzien, enz.) en/of maatregelen te nemen om de toekomst van de zelfstandige activiteit verder te zetten. Dit mag geen negatieve impact op de toekenning van een uitkering, van de bijdragevrijstelling of de gelijkstelling.

⁷⁴ Tijdens de hoorzitting van het ABC op 22 oktober 2018 maar ook in de dialoog die de Koning Boudewijnstichting organiseerde, het idee van een deeltijdse arbeidsongeschiktheid waardevol bevonden maar werd er evenzeer op gewezen het beoordelen of iemand volledig dan wel slechts gedeeltelijk arbeidsongeschikt is, niet evident is voor een medicus. De bestaande alles-of-niets aanpak zou vanuit medisch oogpunt veel eenvoudiger zijn. Het is immers veel moeilijker om in te schatten of iemand bijvoorbeeld een restcapaciteit van 75% of 50% heeft, dan om te beslissen of iemand wel of niet kan werken.

5.4.2 Gezondheidsbudget

Omwille van de aard van het zelfstandige ondernemerschap, gelooft het Comité dat er voor zelfstandigen die omwille van medische redenen moeilijkheden ondervinden om hun activiteit onverminderd verder te zetten, nood is aan specifieke ondersteuningsarrangementen, naast de klassieke uitkeringsverzekering en de mogelijkheden die er reeds bestaan inzake professionele re-integratie. Deze zijn immers mede geïnspireerd op de arrangementen die reeds eerder voor, en dus op maat van, werknemers werden opgezet. De bestaande voorzieningen zijn dus vaak te weinig afgestemd op de realiteit van het zelfstandig ondernemerschap : voor zelfstandigen primeert immers de verderzetting van de activiteit en is stopzetten vaak moeilijk, zelfstandigen maken (o.m. hierdoor) minder gebruik van de uitkeringsverzekering, zelfstandigen hebben geen figuur van de arbeidsgeneesheer die de re-integratie op de werkplek mee kan begeleiden, voor zelfstandigen bestaat er geen geïnstitutionaliseerd kader voor welzijn en preventie op de werkplek, etc. .

Het Comité stelt voor om aan elke zelfstandige een 'gezondheidsbudget' ter beschikking te stellen voor de financiering van ondersteuning op maat, bv. in het kader van preventie op de werkplek, voor de ondersteuning bij arbeidsongeschiktheid of voor de begeleiding bij de re-integratie in het arbeidsproces. Op die manier kunnen zelfstandigen de omkadering kiezen en zoeken die zij wensen in geval van arbeidsongeschiktheid of voor de preventie ervan. Voor de zelfstandige is het immers van belang dat hij de aard van de ondersteuning (mee) in de hand heeft⁷⁵ en kan aanpassen aan de eigen noden en die van zijn onderneming. Het Comité meent dat de socialezekerheidsuitgaven die de invoering van dergelijk financieel rugzakje op korte termijn met zich meebrengt, zich over een langere periode laten terugverdienen door meer gezonde zelfstandigen en minder uitgaven inzake arbeidsongeschiktheid.

5.5 Naar een meer (pro)actieve aanpak

Hoger werd reeds aangegeven dat een betere informatiedoorstroming en gegevensuitwisseling de verschillende actoren de gelegenheid zou geven om zelfstandigen in geval van arbeidsongeschiktheid meer (pro)actief te contacteren en te begeleiden zodat deze (sneller) beroep doen op de financiële ondersteuning waarop ze bij arbeidsongeschiktheid recht hebben.

Volgens het Comité is het aangewezen om ook bij re-integratie van arbeidsongeschikte zelfstandigen een (pro)actievere aanpak te hanteren. De toeleiding van arbeidsongeschikte zelfstandigen naar de arbeidsmarkt heeft vandaag eerder passief karakter. De adviserend artsen nemen hierin vaak geen initiatief, ten dele omdat de systematische opvolging van arbeidsongeschikten (i.c. de 6-maandelijks controles) zo werk- en tijdsintensief is dat er weinig ruimte rest voor een actieve begeleiding. De vervanging van de systematische opvolging van alle arbeidsongeschikten door gerichte controles⁷⁶ zou ruimte creëren voor een betere begeleiding van arbeidsongeschikten bij hun re-integratie.

⁷⁵ Bv. door beroep op experts naar keuze (medisch, economisch, psychologisch, enz.)

⁷⁶ Uit de hoorzitting in het ABC op 22 oktober 2018 bleek dat er niet in alle situaties nood is aan een 6-maandelijks contact tussen de adviserende arts en de arbeidsongeschikte. Deze tussentijdse contacten om de toelating tot uitoefening van een activiteit te bevestigen is in vele gevallen dan ook overbodig en maakt de procedure omslachtig. Vanuit het oogpunt van efficiëntie en effectiviteit zou het dan ook aangewezen zijn om meer met gerichte controles te werken.

Verder denkt het Comité dat het aangewezen zou zijn om voor arbeidsongeschikte zelfstandigen (naar analogie met het werknemersstelsel) te evolueren naar een scenario waarbij de adviserend arts twee maanden na de aangifte van de arbeidsongeschiktheid, op basis van het medisch dossier, een eerste inschatting van de restcapaciteiten opmaakt. De zelfstandige zou daarbij dan in één van de volgende vier categorieën kunnen worden ingedeeld :

- categorie 1 : er kan redelijkerwijze worden aangenomen dat de zelfstandige uiterlijk tegen het einde van de zesde maand van de arbeidsongeschiktheid spontaan zijn beroepsactiviteit opnieuw kan uitoefenen;
- categorie 2 : een werkhervatting lijkt om medische redenen niet tot de mogelijkheden te behoren;
- categorie 3 : een werkhervatting 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, desgevallend door de werkzaamheden anders te organiseren of aan te passen, dan wel na herscholing of beroepsopleiding.

Wanneer de zelfstandige in categorie 4 wordt ingedeeld, kan hem de keuze geboden worden om het re-integratieplan zelf op te stellen, dan wel hiervoor beroep te doen op de adviserend geneesheer. De zelfstandige zou zich bij het opstellen van zijn re-integratieplan dan kunnen laten bijstaan door re-integratiecoaches die hij kan vergoeden met de middelen die via het gezondheidsbudget ter beschikking worden gesteld (zie hierboven).

Tot slot gelooft het Comité dat het waardevol zou zijn om de expertise van de regionale diensten voor arbeidsbemiddeling ook aan te wenden voor de begeleiding van de professionele re-integratie van arbeidsongeschikte zelfstandigen en dit op een meer structurele wijze dan vandaag het geval is.

Namens het Algemeen Beheerscomité voor het sociaal statuut der zelfstandigen, op 26 september 2019 :

Veerle DE MAESSCHALCK,

Secretaris

Jan STEVERLYNCK,

Voorzitter

Bijlage I

Tabel 8. Leeftijdsverdeling van de aangesloten zelfstandigen en van de zelfstandigen in de uitkeringsverzekering

	Aangesloten zelfstandigen				Ziektegevallen primaire ongeschiktheid		Invaliditeit	
	2017		2018		2017		2017	
<20	2.013	0,19%	2.340	0,21%	7	0,1%	0	0,0%
20-24	32.587	3,00%	34.305	3,08%	232	1,7%	18	0,1%
25-29	85.551	7,86%	87.702	7,88%	831	6,1%	167	0,7%
30-34	107.293	9,86%	111.293	10,00%	1.138	8,3%	489	2,0%
35-39	127.985	11,77%	129.184	11,61%	1.309	9,5%	873	3,5%
40-44	135.979	12,50%	137.397	12,35%	1.594	11,6%	1.502	6,1%
45-49	148.510	13,65%	149.552	13,44%	2.062	15,0%	2.571	10,4%
50-54	143.652	13,21%	145.143	13,04%	2.418	17,6%	4.366	17,6%
55-59	121.829	11,20%	126.398	11,36%	2.578	18,8%	6.609	26,7%
60-64	85.921	7,90%	89.953	8,08%	1.488	10,8%	8.022	32,4%
65 en +	96.443	8,87%	99.379	8,93%	73	0,5%	114	0,5%
Totaal	1.087.763	100,0%	1.112.646	100,0%	13730	100,0%	24749	100%