

Een beter inzicht in het verloop van het aantal begunstigden van de invaliditeitsverzekering

Y. Saks

Inleiding

Een werknemer kan tijdens zijn beroepsloopbaan gedurende een kortere of langere periode ziek worden. In België wordt een onderscheid gemaakt tussen het eerste jaar ziekte (primaire arbeidsongeschiktheid) en een langere periode (duurt die langer dan een jaar, dan is er sprake van invaliditeit).

Het RIZIV beheert en controleert de verplichte verzekering inzake gezondheidszorg. In dat opzicht is het Instituut verantwoordelijk voor onder meer de uitbetaling van de uitkeringen aan de werknemers uit de private sector die arbeidsongeschikt zijn verklaard.

De invaliditeit wordt door een adviserend geneesheer van het RIZIV erkend op basis van een medisch onderzoek van de verzekerde. In principe is die beslissing nooit definitief. Na een bepaalde periode kan de verzekerde immers weer worden opgeroepen voor een nieuw onderzoek of kan hij zich professioneel laten omscholen en het werk hervatten. In sommige gevallen kan de invaliditeit worden erkend tot aan de wettelijke pensioenleeftijd.

Op 31 december 2016 telde het RIZIV ruim 390 000 uitkeringsgerechtigde invaliden. Dat is de som van de personen uit het stelsel van de betrokken werknemers van de private sector (ongeveer 366 000) en die uit het stelsel van de zelfstandigen (zowat 24 500). Dat komt

overeen met meer dan 5 % van de Belgische bevolking van 15 tot 64 jaar.

Het aantal invaliden is sinds een twintigtal jaar constant aan het stijgen. In dit artikel wordt getracht die toename uit te splitsen in het gedeelte dat wordt verklaard door met name de vergrijzing van de bevolking en het verloop van de activiteitsgraad, enerzijds, en het residu dat niet aan dergelijke factoren kan worden toegeschreven, anderzijds.

Verderop in het artikel wordt gefocust op de personen die voordien werknemers in de private sector waren, want het is vooral dat type begunstigden dat markant is toegenomen. Het zelfstandigenstelsel onderscheidt zich van dat van de werknemers door, met name, de duur van de ziekteperiode waarvoor er geen uitkering plaatsvindt en het bedrag van de uitkeringen. Er wordt evenmin vergeleken met ambtenaren die langdurig ziek zijn of die gepensioneerd zijn wegens invaliditeit. Voor hen geldt immers een afzonderlijke regeling voor het overheidspersoneel.

In het eerste hoofdstuk wordt de huidige toestand van de invaliditeitsverzekering in België belicht. In het tweede hoofdstuk wordt een eenvoudige methode voorgesteld om na te gaan hoe belangrijk de diverse direct waarneembare factoren zijn. Ook de wijzigingen inzake de instroom in de invaliditeit, alsook de economische en institutionele determinanten worden nader toegelicht. De ten uitvoer gelegde maatregelen worden in het derde hoofdstuk besproken. Tot slot volgt een samenvatting van de voornaamste resultaten van de simulaties, alsook van de lering die eruit kan worden getrokken.

(*) De auteur dankt mevr. Tamara Malyster en haar collega's van de dienst Uitkeringen – Financiën en Statistiek van het RIZIV.

1. Verloop van het aantal begunstigden van de invaliditeitsverzekering

De invaliditeitsverzekering is een regeling die een vervangingsinkomen garandeert bij een invaliderende ziekte of bij een handicap tijdens het beroepsleven. Er wordt een internationale vergelijking gemaakt op basis van de statistische gegevens van de OESO. Die data maken geen onderscheid tussen de primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan een jaar ziek) en de invaliditeit (langer dan een jaar ziek). Ze omvatten ook de aan arbeidsongevallen gerelateerde uitgaven. In tal van Europese landen en in de Verenigde Staten nemen de in procenten bbp uitgedrukte overheidsuitgaven inzake vervangingsinkomens voor zieken en invaliden sinds de economische en financiële crisis van 2008 toe. Nederland en Zweden zijn uitzonderingen: de ziekteregelingen, die werden aangegrepen als mogelijkheden om vervroegd de arbeidsmarkt te verlaten, werden er grondig hervormd (cf. infra). Uit die statistieken blijkt ook het verloop van de situatie in België.

Het aantal invaliden in een populatie hangt van diverse factoren af. Het is een cijfer dat toeneemt met de instroom in de invaliditeit en dat afneemt met de uitstroom eruit (herintredingen, overlijdens en pensioneringen).

De instroom voor een gegeven jaar hangt af van, enerzijds, de populatie die gedekt is door de invaliditeitsverzekering

en, anderzijds, de incidentiegraad van de invaliditeit. De verzekerde populatie varieert vooral volgens het verloop van de beroepsbevolking.

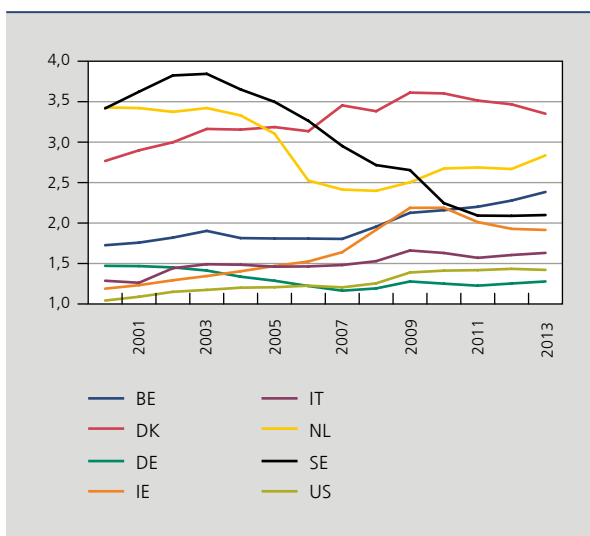
De beroepsbevolking in België is de laatste decennia toegenomen onder invloed van, in het bijzonder, de grotere arbeidsmarktparticipatie van vrouwen en, meer recentelijk, de verlenging van de loopbanen.

De wettelijke pensioenleeftijd voor vrouwen werd tussen 1997 en 2008 geleidelijk opgetrokken van 60 tot 65 jaar. Door vrouwen ertoe te verplichten vijf jaar langer actief te zijn, wordt ook de dekkingperiode van de invaliditeitsverzekering voor hen vijf jaar langer, wat kan leiden tot een grotere instroom in de invaliditeit en, voor de vrouwen die invalide zijn geworden, tot langere invaliditeitsperiodes. Eenzelfde verschijnsel zal zich voordoen bij de verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd tot 66 jaar in 2025 en tot 67 jaar in 2030. Zodra ze de wettelijke pensioenleeftijd hebben bereikt, vallen de betrokkenen niet langer onder de invaliditeitsregeling, maar worden ze gepensioneerd en ontvangen ze een uitkering die wordt gefinancierd door het pensioenstelsel.

De incidentiegraad van de invaliditeit heeft ook een rechtstreeks effect op de instroom. Die graad varieert meer bepaald op grond van de persoonskenmerken. Er is een gestaag toenemende relatie tussen de incidentie van de invaliditeit en de leeftijd (zie Paragraaf 2.1). Met andere woorden: zelfs indien de incidentie in de tijd constant zou blijven, zou een verouderende beroepsbevolking, ceteris paribus, tot een hogere instroom in de invaliditeit leiden.

De incidentiegraad van de invaliditeit hangt ook van andere factoren af. Uit Amerikaanse studies (cf. Case en Deaton, 2017) blijkt dat het inkomenspeil van een huishouden en het scholingsniveau een statistisch significante invloed hebben op het risico om invalide te worden, zelfs indien rekening wordt gehouden met de leeftijd. De richting van de causaliteit tussen gezondheid (of in engere zin invaliditeit), enerzijds, en inkomen of scholingsniveau, anderzijds, is echter dubbelzinnig. Personen met een hoger scholingsniveau zouden er gemiddeld beschouwd een gezondere levenswijze opna houden en zouden beter op de hoogte zijn van het effect van hun gedrag op de gezondheid (sportbeoefening, gezonde voeding, matig verbruik van tabak of alcohol, enz.). De causaliteit kan ook omgekeerd verlopen: minder gezonde personen ondervinden vaak problemen op school of op het werk. Die verschillen in gezondheidstoestand volgens het scholingsniveau zijn een belangrijke bron van ongelijkheid omdat ze levenslang duren en zich in alle domeinen uiten: beroepsvooruitzichten, inkomens, maar eventueel ook in de huwelijks- en gezinssituatie.

GRAFIEK 1 OVERHEIDSUITGAVEN VOOR INVALIDITEIT⁽¹⁾ – UITKERINGEN IN CONTANTEN (in % bbp)



Bron: OESO.

(1) Overheidsuitgaven voor ziekte, handicap en arbeidsongevallen. Die uitgaven omvatten voornamelijk de invaliditeitsuitkeringen in contanten als gevolg van de volledige of gedeeltelijke ongeschiktheid van de begunstigde om een bezoldigde beroepsactiviteit uit te oefenen, alsook de vergoedingen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten.

De incidentiegraad van de invaliditeit verschilt ook naar gelang de levensomstandigheden. Een veiliger werkomgeving, het geringer aandeel van de zware handenarbeid en de tertiërisering van de economie helpen de invloed van tal van oorzaken van invaliditeit te verminderen (onder meer verwondingen en fysieke letsels als gevolg van het uitoefenen van een beroepsactiviteit). Voorts zouden door die maatschappelijke veranderingen nieuwe risico's zijn ontstaan (stress, hyperconnectiviteit, enz.). Die risico's zouden echter niet noodzakelijkerwijs tot uiting moeten komen in een permanente verslechtering van de mentale en fysieke bekwaamheid om bezoldigde arbeid te verrichten.

Een grotere uitstroom uit de invaliditeit doet het aantal invaliden dalen. Er zijn drie soorten van uitstroom uit de invaliditeit: het voldoende hersteld zijn om naar de arbeidsmarkt terug te keren, de overgang naar het pensioenstelsel en het overlijden. De genomen beleidsmaatregelen beogen bij te dragen aan het opnieuw arbeidsgeschikt worden. Door de aard van het invaliditeitsstelsel en de selectiviteit bij de instroom, is het herintredingspercentage laag (zie OESO, 2010 en HRW, 2014).

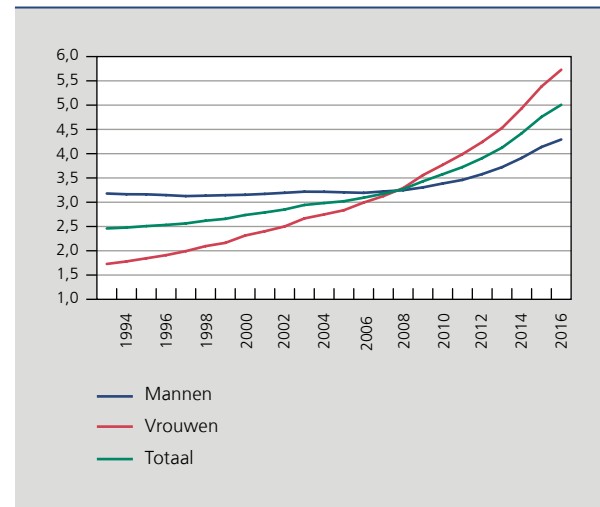
2. Bijdragen van de diverse factoren aan de toename van het aantal invaliden in België

Het aantal invaliden in het stelsel van de werknemers is in België opgelopen van 164 751 in 1993 tot 366 293 in 2016. Het uitgangspunt van onze analyse (1993) is arbitrair en wordt bepaald door de beschikbaarheid van de gegevens bij het RIZIV.

Die ontwikkeling werd in eerste instantie in de hand gewerkt door de groei van de bevolking van 15 tot 64 jaar. Tijdens die 23 jaar groeide die bevolking evenwel veel minder sterk, met in totaal 9 %, dan het aantal invaliden, dat met een toename van 122 % meer dan verdubbelde.

Het grootste gedeelte van de toename is dus niet toe te schrijven aan alleen maar de bevolkingsgroei. Wordt het aantal invaliden gerelateerd aan de bevolking van 15 tot 64 jaar, dan blijkt duidelijk dat de invaliditeitsgraad metertijd toeneemt. Vooral de vrouwen hebben aan de stijging van de invaliditeitsgraad bijgedragen. Het aantal begunstigden van een invaliditeitsuitkering nam tijdens de beschouwde periode veel sneller toe bij de vrouwen (verdrievoudigd) dan bij de mannen (+47 %). Dat verschil heeft niet te maken met de groei van de vrouwelijke en mannelijke bevolking, die tijdens de beschouwde periode vergelijkbaar was. De toenemende participatiegraad van de vrouwen tijdens de afgelopen twintig jaar

GRAFIEK 2 AANDEEL VAN DE BEVOLKING VAN 15 TOT 64 JAAR DIE ONDER HET INVALIDITEITSSTELSEL VALT⁽¹⁾
(in %, België)



Bronnen: ADS, RIZIV.

(1) Invaliden in het kader van de werknemers uit de private sector.

en de gelijkenschakeling van de wettelijke pensioenleeftijd zijn onmiskenbaar zeer belangrijke factoren achter de tijdens die periode opgetekende stijging van het aantal vrouwelijke invaliden.

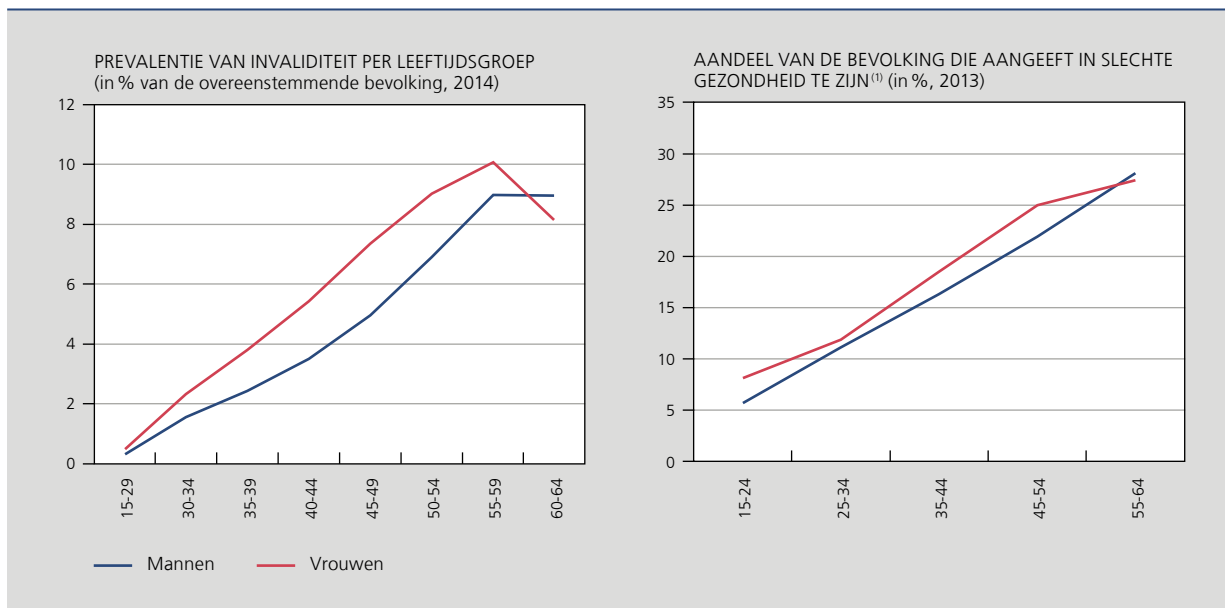
Beschouwt men enkel de mannelijke bevolking, dan blijkt ook een toename van de invaliditeitsgraad, vooral vanaf het begin van de economische en financiële crisis van 2008.

Om de toename van de invaliditeit in ons land te verklaren, zullen de respectieve bijdragen van de wijzigingen in de uitsplitsing van de leeftijdsgroepen, van de veranderingen op het niveau van de uitkeringsgerechtigde populatie en van de gezondheid worden belicht aan de hand van de door Duggan en Imberman (2009) ontwikkelde eenvoudige methode.

2.1 Verandering in de leeftijdsstructuur

De invaliditeitsgraad, die hier wordt gemeten als het aantal invaliden binnen een leeftijdsgroep in verhouding tot de overeenstemmende bevolking, neemt toe met de leeftijd. De relatie vertoont een zeer sterke helling. Zo ligt de prevalentie van de invaliditeit bij de mannen vrijwel zesmaal hoger in de groepen vanaf 55 jaar dan in de leeftijdscategorie van 30 tot 34 jaar. Dat de invaliditeit afhankelijk is van de leeftijd hoeft niet te verbazen, aangezien ook tal van gezondheidsindicatoren variëren volgens de

GRAFIEK 3 INVALIDITEIT, SUBJECTIEVE GEZONDHEID EN LEEFTIJD IN BELGIË



Bronnen : ADS, RIZIV, WIV.

(1) Gezondheidstoestand die als gemiddeld, slecht of zeer slecht wordt beschouwd.

leeftijd. In het rechterpaneel van de grafiek wordt aldus de subjectieve gezondheid in België volgens het meest recente gezondheidsonderzoek⁽¹⁾ weergegeven. De invaliditeitsgraad ligt momenteel iets hoger bij de vrouwen, terwijl hij in het verleden bij de mannen het hoogst was.

Om te kwantificeren welke impact de vergrijzing van de bevolking heeft op de toename van de invaliditeit, wordt een 'tegenfeitelijke' analyse uitgevoerd. Als 'tegenfeitelijk' worden scenario's bestempeld van het type 'wat zou er zijn gebeurd, mocht een bepaald gegeven verschillend zijn geweest van het op dat ogenblik werkelijk vastgestelde gegeven?'. De resultaten van het scenario worden vervolgens vergeleken met de feitelijk opgetekende ontwikkeling teneinde de impact van de bestudeerde variabele te ramen.

De resultaten van de vergelijking worden voorgesteld in tabel 1, respectievelijk voor de mannen en voor de vrouwen. De eerste kolommen tonen het aantal invaliden in 1993 (basisjaar). Door het aantal invaliditeitsgevallen in een leeftijdscategorie te delen door de omvang van die groep in de overeenstemmende bevolking, wordt de prevalentiegraad van de invaliditeit verkregen. Blijkbaar viel de prevalentie in 1993 al met al aanzienlijker uit voor de

mannen. Uit de uitsplitsing naar leeftijdsgroep blijkt dat de prevalentiegraden hoger waren voor de vrouwen tot 40 jaar en dat boven die leeftijd de prevalentie veel hoger lag voor de mannen. Zo was de invaliditeitsgraad in de groep van 55 tot 59 jaar voor de mannelijke werknemers (meer dan 9%) bijna dubbel zo hoog als die voor de vrouwen (4,6%).

De volgende kolommen hebben betrekking op de naar leeftijd uitgesplitste populatie. Tussen 1993 en 2016 blijkt zich in de bevolking op arbeidsleeftijd een sterke verschuiving naar de hogere leeftijdsgroepen te hebben voorgedaan voor alle leeftijdscategorieën onder de 45 jaar, en dat voor zowel mannen als vrouwen. Die onevenwichtige demografische structuur kan worden verklaard door de forse stijging van de geboortecijfers na de Tweede Wereldoorlog. De meeste babyboomers waren in 1993 tussen 30 en 45 jaar oud.

Het tegenfeitelijk aantal invaliden wordt verkregen door de prevalentiegraad naar leeftijd van 1993 te vermenigvuldigen met het in de populatie opgetekende aantal in 2016. Zo wordt het verwachte aantal invaliden verkregen. Voor de mannen bedraagt het gesimuleerde aantal invaliden 136 000 personen, terwijl het in werkelijkheid om meer dan 157 000 begunstigden ging.

De impact van de verandering in de leeftijdsstructuur voor de mannelijke bevolking wordt verkregen door de

(1) Die enquête wordt elke vijf jaar uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, om de gezondheidstoestand van de in België verblijvende bevolking en hun gezondheidsbehoeften te meten.

TABEL 1 AANDEEL VAN DE TOENAME VAN HET AANTAL GEVALLEN VAN INVALIDITEIT BIJ MANNEN EN VROUWEN DIE TOE TE SCHRIJVEN IS AAN DE VERANDERING IN DE LEEFTIJDSTRUCTUUR

	Prevalentie van de invaliditeit in 1993		Bevolking in 1993		Bevolking in 2016		Verwacht aantal invaliden in 2016 (gesimuleerd)		Reëel aantal invaliden in 2016		Verschil tussen reëel en gesimuleerd aantal
	Aantal invaliden	In % van de bevolking	Effectief	In %	Effectief	In %	Prevalentiegraad 1993	Gesimuleerd aantal	Aantal invaliden	In % van de bevolking	
Mannen											
Van 15 tot 29 jaar	2 958	0,28	1 065 371	31,6	1 032 615	28,1	0,28	2 867	3 549	0,34	682
Van 30 tot 34 jaar	4 362	1,06	412 104	12,2	362 449	9,9	1,06	3 836	6 192	1,71	2 356
Van 35 tot 39 jaar	6 640	1,69	391 794	11,6	373 898	10,2	1,69	6 337	10 421	2,79	4 084
Van 40 tot 44 jaar	9 248	2,54	364 372	10,8	372 133	10,1	2,54	9 445	14 647	3,94	5 202
Van 45 tot 49 jaar	13 070	3,86	338 189	10,0	397 836	10,8	3,86	15 375	21 595	5,43	6 220
Van 50 tot 54 jaar	16 780	6,41	261 875	7,8	412 524	11,2	6,41	26 433	31 528	7,64	5 095
Van 55 tot 59 jaar	25 563	9,44	270 794	8,0	385 494	10,5	9,44	36 391	37 605	9,76	1 214
Van 60 tot 64 jaar	28 294	10,45	270 747	8,0	337 933	9,2	10,45	35 315	31 745	9,39	-3 570
Totaal	106 915	3,17	3 375 246	100,0	3 674 882	100,0	3,70	135 999	157 282	4,28	21 283
Vrouwen											
Van 15 tot 29 jaar	2 818	0,28	1 024 073	30,8	1 013 656	27,8	0,28	2 789	5 827	0,57	3 038
Van 30 tot 34 jaar	4 616	1,16	397 822	12,0	363 135	10,0	1,16	4 214	10 199	2,81	5 985
Van 35 tot 39 jaar	7 022	1,85	379 664	11,4	371 398	10,2	1,85	6 869	16 387	4,41	9 518
Van 40 tot 44 jaar	8 743	2,49	351 625	10,6	364 132	10,0	2,49	9 054	22 482	6,17	13 428
Van 45 tot 49 jaar	10 615	3,22	330 171	9,9	387 875	10,7	3,22	12 470	32 247	8,31	19 777
Van 50 tot 54 jaar	10 617	4,04	262 843	7,9	404 432	11,1	4,04	16 336	42 420	10,49	26 084
Van 55 tot 59 jaar	12 825	4,56	281 156	8,5	387 578	10,6	4,56	17 679	45 150	11,65	27 471
Van 60 tot 64 jaar	14 925 ⁽¹⁾	5,05 ⁽²⁾	295 552	8,9	348 704	9,6	5,05	17 609	33 458	9,59	15 849
Totaal	72 181	2,17	3 322 906	100,0	3 640 910	100,0	2,39	87 020	208 170	5,72	121 150

Bronnen: ADS, RIZIV.

(1) In 1993 bedroeg de wettelijke pensioenleeftijd voor de vrouwen 60 jaar. Het opgetekende aantal invalide vrouwen in die leeftijdscategorie was vrijwel nihil (187 personen), aangezien de meerderheid van de vrouwen reeds in het pensioenstelsel zat. Het aantal invaliden wordt derhalve berekend op basis van de bevolking van 60 tot 64 jaar en een toegerkende prevalentiegraad.

(2) De prevalentiegraad van invaliditeit voor de vrouwen van 60 tot 64 jaar in 1993 werd geraamd op 5,05% (dat is 4,56% x het stijgingspercentage dat werd opgetekend voor de leeftijdscategorieën 55-59 en 60-64 voor de mannen).

verwachte verandering in de prevalentie, namelijk 0,53 % ($\Delta_{sim} = 3,70-3,17$), te vergelijken met de opgetekende wijziging in de prevalentie, of 1,11 % ($\Delta = 4,28-3,17$). Zo wordt, voor de periode tussen 1993 en 2016, bijna de helft van de waargenomen stijging van het aantal invaliden ($\Delta_{sim}/\Delta = 48\%$) bij de mannelijke werknemers verklaard door de vergrijzing⁽¹⁾.

Voor de vrouwen is er het supplementaire probleem van de wijziging van de wettelijke pensioenleeftijd. In 1993 was dat nog 60 jaar, waardoor het aantal invalide vrouwen in de leeftijdscategorie van 60-64 vrijwel nihil was. Die leeftijdscategorie kreeg derhalve een fictieve prevalentie toegekend, gebaseerd op de prevalentie van de voorgaande leeftijdscategorie en de toename van de invaliditeit met de leeftijd. Het resultaat voor de vrouwen verschilt zeer sterk van dat voor de mannen in dezelfde situatie. De verwachte verandering in de prevalentie belooft immers amper 0,22 % ($\Delta_{sim} = 2,39-2,17$), terwijl de opgetekende verandering groot is, namelijk 3,6 % ($\Delta = 5,72-2,17$). Het deel dat enkel toe te schrijven is aan de verandering in de leeftijdsstructuur bedraagt dus voor de vrouwen 6 %⁽²⁾.

Wat tussen mannen en vrouwen wel sterker verschilde, was de dekkinggraad van de invaliditeitsverzekering. Die wordt in de volgende paragraaf onderzocht.

2.2 Verandering in de tegen invaliditeit verzekerde bevolking

Ook al wordt het juridisch kader niet gewijzigd, de dekkinggraad van de invaliditeitsverzekering kan variëren indien, zoals gebruikelijk, aan bepaalde voorwaarden moet worden voldaan, bijvoorbeeld een activiteit als loontrekkende hebben (uitgeoefend). De regeling werd immers opgezet als een sociale verzekering: om recht te hebben op de verzekering, moet de betrokkene met andere woorden bijdragen hebben gestort (dus een inkomen uit een activiteit hebben (gehad) waarvan een deel werd ingehouden in de vorm van sociale bijdragen).

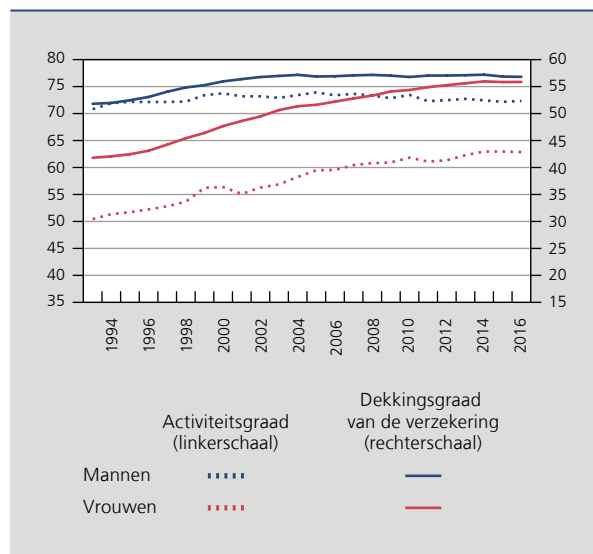
De sterke stijging van de activiteitsgraad bij de vrouwen heeft derhalve een aanzienlijke invloed gehad op de toename van het aantal invaliden. Volgens de enquêtes naar de arbeidskrachten (EAK) is de activiteitsgraad voor de vrouwen aldus gestegen van 50,4 % in 1993 tot 62,9 %

(1) Om de robuustheid van die orde van grootte te testen, werden andere simulaties uitgevoerd door de beschouwde periode te wijzigen. Zo kwam, over de periode 1993-2014, de verandering van de prevalentie die toe te schrijven was aan de vergrijzing nog op 68 % uit; over de periode 1993-2015 was dat 54 %. Pas vanaf 2016 daalt die verhouding tot onder de 50 %. De resultaten van de uitsplitsing worden onvermijdelijk beïnvloed door het gekozen basisjaar.

(2) Bij het veranderen van de beschouwde periode blijft dat percentage van dezelfde orde van grootte, namelijk tussen 6 en 8 %.

GRAFIEK 4 VERLOOP VAN DE ACTIVITEITSGRAAD EN DE DEKKINGSGRAAD VAN DE INVALIDITEITSVERZEKERING⁽¹⁾

(in % van de overeenstemmende bevolking op arbeidsleeftijd)



Bronnen: ADS, RIZIV.

(1) De dekkinggraad van de invaliditeitsverzekering is de verhouding van de (potentieel) uitkeringsgerechtigde populatie (volgens de definitie van het RIZIV) tot de overeenstemmende leeftijdsgroep.

in 2016, dat is een toename met bijna 13 procentpunt, terwijl die van de mannen in dezelfde periode slechts licht is gestegen, van 70,8 % in 1993 tot 72,3 % in 2016.

Volgens de administratieve statistieken betreffende het stelsel van de loontrekkenden van het RIZIV zijn de uitkeringsgerechtigden (de personen die gedekt zijn door de invaliditeitsverzekering) de loontrekkenden van de private sector en de niet-werkende werkzoekenden min de bruggepensioneerden; deze laatsten zijn werklozen die er, vanwege de door hun vroegere werkgever betaalde toeslagen, in principe nooit belang bij hebben het statuut van invalide aan te vragen en dus niet als uitkeringsgerechtigd worden beschouwd.

Die administratieve gegevens worden gebruikt voor een nieuwe simulatie met toepassing van dezelfde principes als hierboven (zie tabel 2). Bij de mannen blijkt het percentage uitkeringsgerechtigden tussen 1993 en 2016 al met al licht te zijn gestegen, in overeenstemming met het verloop van de activiteitsgraad van de mannen. Bij de vrouwen, daarentegen, nam het percentage uitkeringsgerechtigden voor alle leeftijdscategorieën, behalve voor de jongste (15 tot 29 jaar), zeer sterk toe.

De gesimuleerde aantallen invaliden worden berekend door in 2016 gebruik te maken van de prevalentiegraden van 1993, en die te corrigeren teneinde rekening te

TABEL 2 AANDEEL VAN DE TOENAME VAN HET AANTAL GEVALLEN VAN INVALIDITEIT VOOR MANNEN EN VROUWEN DIE TOE TE SCHRIJVEN IS AAN DE VERANDERING IN DE UITKERINGSGERECHTIGDE POPULATIE

	Invaliditeit in 1993		Bevolking in 1993		Bevolking in 2016		Aantal invaliden in 2016 (gesimuleerd)		Aantal invaliden in 2016 (reëel)		Verschil tussen reëel en gesimuleerd aantal	
	Invaliditeitsgraad (in % van de totale bevolking)	Aantal invaliden (in % van de uitkeringsgerechtigde personen)	Effectief	Aantal uitkeringsgerechtigden	Percentage uitkeringsgerechtigden	Effectief	Aantal uitkeringsgerechtigden	Gesimuleerde invaliditeitsgraad	Aantal invaliden	Invaliditeitsgraad		Aantal invaliden
Mannen												
Van 15 tot 29 jaar	0,28	0,62	1 065 371	480 057	45,1	1 032 615	403 969	0,24	2 489	0,34	3 549	1 060
Van 30 tot 34 jaar	1,06	1,60	412 104	273 367	66,3	362 449	269 642	1,19	4 303	1,71	6 192	1 889
Van 35 tot 39 jaar	1,69	2,76	391 794	240 288	61,3	373 898	268 941	1,99	7 432	2,79	10 421	2 989
Van 40 tot 44 jaar	2,54	4,22	364 372	218 958	60,1	372 133	258 540	2,93	10 920	3,94	14 647	3 727
Van 45 tot 49 jaar	3,17	6,11	3 375 246	1 748 634	51,8	3 674 882	2 087 375	4,67	171 800	4,28	157 282	-14 518
Van 50 tot 54 jaar	6,41	11,31	261 875	148 377	56,7	412 524	275 849	7,56	31 196	7,64	31 528	332
Van 55 tot 59 jaar	9,44	21,07	270 794	121 342	44,8	385 494	228 961	12,51	48 235	9,76	37 605	-10 630
Van 60 tot 64 jaar	10,45	45,40	270 747	62 328	23,0	337 933	109 721	14,74	49 808	9,39	31 745	-18 063
Totaal	3,17	6,11	3 375 246	1 748 634	51,8	3 674 882	2 087 375	4,67	171 800	4,28	157 282	-14 518
Vrouwen												
Van 15 tot 29 jaar	0,28	0,57	1 024 073	490 109	47,9	1 013 656	392 880	0,22	2 259	0,57	5 827	3 568
Van 30 tot 34 jaar	1,16	1,77	397 822	260 058	65,4	363 135	269 237	1,32	4 779	2,81	10 199	5 420
Van 35 tot 39 jaar	1,85	3,35	379 664	209 525	55,2	371 398	264 283	2,38	8 857	4,41	16 387	7 530
Van 40 tot 44 jaar	2,49	5,35	351 625	163 484	46,5	364 132	252 753	3,71	13 517	6,17	22 482	8 965
Van 45 tot 49 jaar	3,22	8,45	330 171	125 636	38,1	387 875	264 972	5,77	22 388	8,31	32 247	9 859
Van 50 tot 54 jaar	4,04	13,66	262 843	77 734	29,6	404 432	261 781	8,84	35 754	10,49	42 420	6 666
Van 55 tot 59 jaar	4,56	22,12	281 156	57 975	20,6	387 578	222 469	12,70	49 214	11,65	45 150	-4 064
Van 60 tot 64 jaar	5,05 ⁽¹⁾	50,00 ⁽²⁾	295 552	29 850 ⁽²⁾	10,1 ⁽²⁾	348 704	105 558	15,14	52 777	9,59	33 458	-19 319
Totaal	2,17	5,10	3 322 906	1 414 371	42,6	3 640 910	2 033 933	5,21	189 545	5,72	208 170	18 625

Bronnen: ADS, RIZV.

(1) De prevalentie van de invaliditeit voor de vrouwen van 60 tot 64 jaar in 1993 werd, net als in de voorgaande simulatie, op 5,05 % geraamd.

(2) Om het effect van de verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd voor de vrouwen te neutraliseren, werd ook het aantal uitkeringsgerechtigden geraamd voor de vrouwen van 60 tot 64 jaar.

houden met de groei van de uitkeringsgerechtigde bevolking. De simulatie corrigeert dus hetzelfde tijd voor de verandering van de leeftijdsstructuur en voor de wijziging in de dekkingsgraad van de verzekering.

Voor de mannen overstijgt de toename van het gesimuleerde aantal invaliden de effectieve toename. Dat wordt verklaard door de sterke stijging van de activiteitsgraad in de laatste twee leeftijdscategorieën, waardoor de prevalentiegraden aanzienlijk toenemen. De simulatie verklaart dus integraal de stijging van het aantal mannelijke invaliden.

Voor de vrouwen belooft de verwachte wijziging in de prevalentie 3,0% ($\Delta_{sim} = 5,21-2,17$), terwijl de opgetekende verandering groter is, namelijk 3,6% ($\Delta = 5,72-2,17$). Het deel dat enkel toe te schrijven is aan de stijging van de uitkeringsgerechtigde populatie verklaart bijna 80% van de stijging van het aantal vrouwelijke invaliden.

2.3 Verandering in de gemiddelde gezondheidstoestand van de bevolking

Er is reeds op gewezen dat de vergrijzing van de bevolking en de grotere arbeidsmarktparticipatie de integrale stijging van het aantal invalide mannen verklaren en meer

dan 86% van die bij de vrouwen. In die simulaties wordt echter geen rekening gehouden met een andere, eveneens gewijzigde factor, namelijk de vooruitgang van de geneeskunde tijdens die periode van 23 jaar.

De kans om gedurende het beroepsleven gezond te blijven, is tijdens de beschouwde periode onmiskenbaar toegenomen. Hieronder worden de opgetekende sterftecijfers toegelicht, namelijk het aantal sterfgevallen in verhouding tot de overeenstemmende bevolkingsgroep.

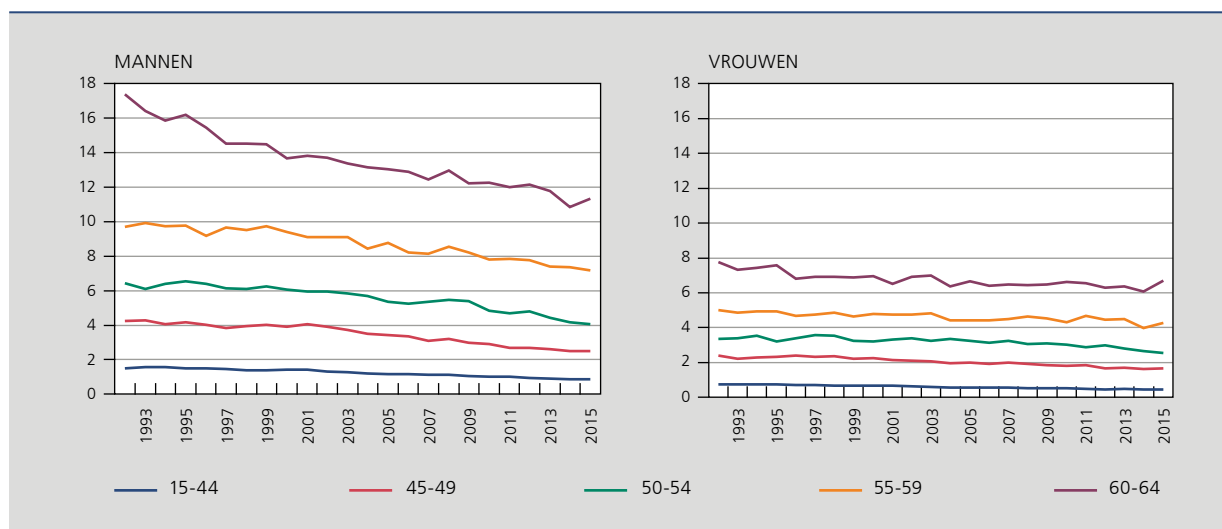
Tijdens de beschouwde periode zijn de sterftecijfers naar leeftijd en geslacht, gemiddeld beschouwd, gedaald. De mortaliteit bij mannen in de oudste leeftijdscategorieën van de bevolking op arbeidsleeftijd⁽¹⁾ is aanzienlijk afgenomen. Ook voor de vrouwen liepen die cijfers aanhoudend terug, zij het verhoudingsgewijs minder.

Ervan uitgaande dat het sterftecijfer algemeen beschouwd een goede maatstaf is voor het (omgekeerde) verloop van de gezondheid, heeft het feit dat minder mensen ziek worden er wellicht toe bijgedragen dat er metertijd minder gevallen van invaliditeit worden opgetekend. Het stelsel van de invaliditeitsverzekering heeft echter een complexe dynamiek en er zou kunnen worden verondersteld dat de daling van het sterftecijfer het aantal invaliden heeft doen stijgen.

Het neerwaartse verloop van het sterftecijfer heeft zich echter wellicht, op zijn minst gedeeltelijk, vertaald in een daling van het ziektecijfer en in een verbetering van de functionele capaciteiten van de bevolking op arbeidsleeftijd.

(1) De invaliditeitsverzekering heeft betrekking op de 15-64-jarigen. De gezondheidstoestand tijdens het pensioen heeft geen directe invloed op de dynamiek van het stelsel.

GRAFIEK 5 OPGETEKENE STERFTECIJFERS IN BELGIË
(aantal overlijdens per jaar in duizendsten van de overeenstemmende bevolking)



Bron: ADS.

Voortbouwend op onze elkaar overlappende simulaties en door het verloop van de opgetekende sterftcijfers op het eerste gezicht te beschouwen als indicatoren die wijzen op een verbetering van de gemiddelde gezondheidstoestand, werd een nieuwe simulatie uitgevoerd, waarbij de invaliditeitsgraden van 1993 zowel werden aangepast aan het verloop van de dekkingsgraad als aan de veranderingen in de ziektecijfers. Voor de mannen wordt het verwachte aantal invaliden kleiner dan het werkelijk opgetekende aantal en belooft het onverklaarde residu 13%. Voor de vrouwen verklaart de nieuwe simulatie 81% van het verloop en blijft 19% dus onverklaard.

2.4 Ontstaan van nieuwe risico's en redenen voor invaliditeit

Het RIZIV splitst de instroom in de invaliditeit uit naar ziektegroepen. Twee categorieën namen tussen 1995 en 2016 sterk toe: de ziekten van het botspierstelsel (bijvoorbeeld rugpijn en aanverwante kwalen) en psychische stoornissen.

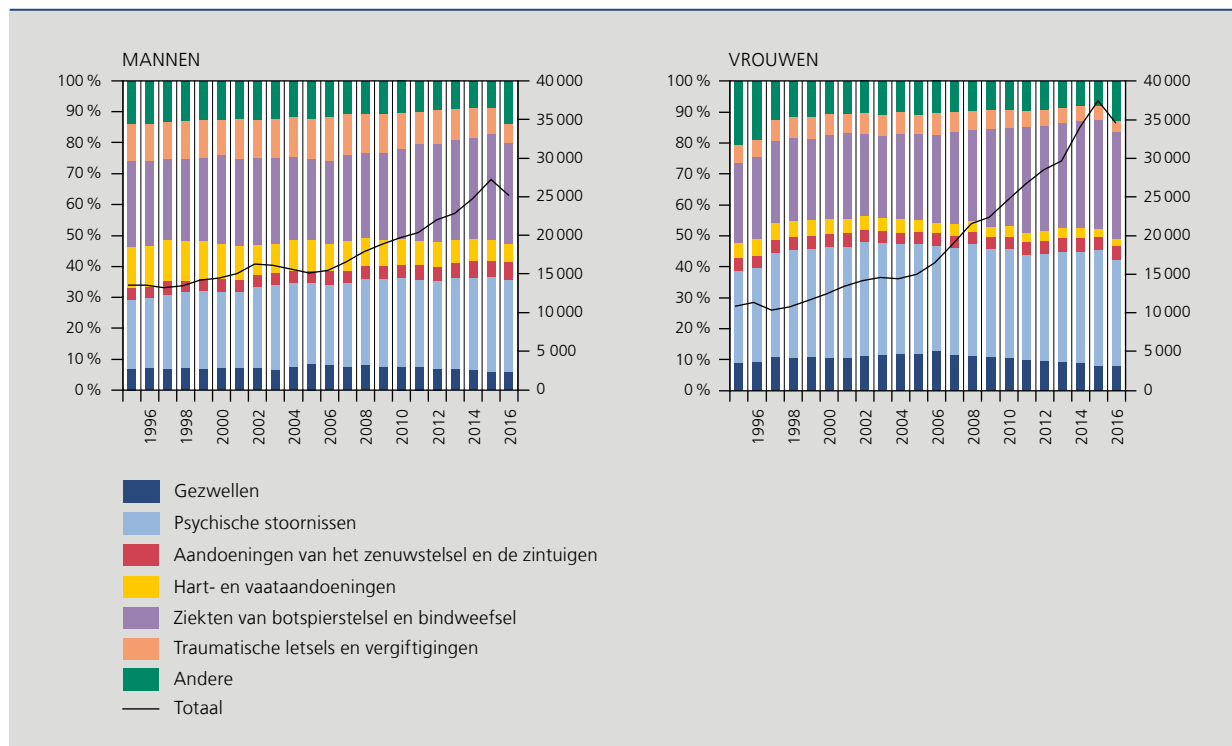
(1) In 2016 waren heel wat redenen niet geklasseerd.

Zo is de instroom in de invaliditeit voor de ziekten van het botspierstelsel gestegen van 28% in 1995 tot 33% in 2016 voor de mannen en van 26% tot 34% voor de vrouwen. Wat de psychische stoornissen betreft, bedroeg de toename bijna 8 procentpunt voor de mannen (ze waren immers goed voor 22% van de instroom in 1995 en voor 30% ervan in 2016) en meer dan 4 procentpunt voor de vrouwen (van 30% in 1995 tot 34% in 2016)⁽¹⁾.

Het aandeel van de traumatische letsels en vergiftigingen als redenen voor invaliditeit is tijdens de periode echter gedaald: in 1995 ging het bij de mannelijke werknemers nog om meer dan 12% van de gevallen, tegen 6% momenteel. Dat komt door het geringere gewicht van de industrie in de werkgelegenheid in België, maar ook door de veiliger arbeidsomstandigheden voor de werknemers ten opzichte van het begin van de jaren negentig.

De vooruitgang van de medische wetenschap en de gezondheidsmaatregelen van de overheid (tabak bijvoorbeeld) hebben mee gezorgd voor een daling van de invaliditeit ten gevolge van hart- en vaatziekten en van kanker, wat ook tot uiting komt in het verloop van de sterftcijfers.

GRAFIEK 6 VERLOOP VAN DE INSTROOM IN DE INVALIDITEIT EN REDENEN
(instroom in de invaliditeit in personen, rechterschaal; in % van de totale instroom, linkerschaal)



Bron: RIZIV.

Uit de geaggregeerde statistieken van het RIZIV blijkt evenwel niet dat, vergeleken met de afgelopen decennia, mensen op jongere leeftijd invalide zouden worden. De gemiddelde leeftijd voor de instroom in de invaliditeit is tussen 2004 en 2016 toegenomen (van 45 tot 46 jaar voor de mannen en van 43 tot 45 jaar voor de vrouwen).

2.5 Conjunctuurcyclus en institutionele factoren

Sinds de economische en financiële crisis wordt in een aantal landen een sterkere correlatie vastgesteld tussen de instroom in de invaliditeit en de verslechtering van de economische bedrijvigheid. De samenstelling van de instroom zou ook kunnen schommelen volgens de cyclus, waarbij de invaliden tijdens de laatste recessie gemiddeld beschouwd jonger waren (Coe en Rutledge, 2013).

Zonder een formele econometrische analyse uit te voeren, blijkt uit de Belgische gegevens ook dat de werkloosheidsgraad en de instroom in de invaliditeit min of meer parallel evolueren, althans voor de mannelijke werknemers uit de private sector in het recente verleden.

De wijzigingen in de regelgeving die specifiek betrekking hebben op de invaliditeitsverzekering kunnen uiteraard een invloed hebben op de attractiviteit van deze laatste, bijvoorbeeld indien de vervangingsratio's worden

verhoogd. Tijdens de beschouwde periode werd de regelgeving inzake invaliditeit in het stelsel van de werknemers uit de private sector niet grondig hervormd, zodat die factor a priori buiten beschouwing kan worden gelaten⁽¹⁾.

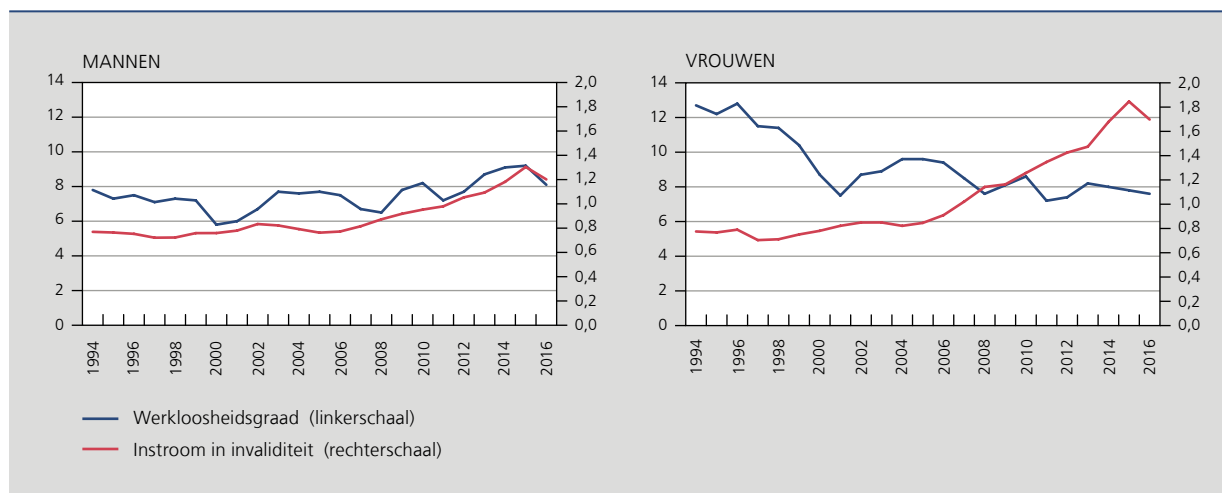
Het relatief attractief zijn van de invaliditeit kan echter ook veranderen als gevolg van wijzigingen in andere socialezekerheidsregelingen. Dat is allicht het geval in België (Jousten, Lefebvre en Perelman, 2012). Net zoals in, onder meer, Nederland of de Verenigde Staten wordt tussen de verschillende regelingen voor vervroegde uittrekking uit de arbeidsmarkt een effect van 'communicerende vaten' vastgesteld. Formeel beschouwd, maakt de invaliditeit geen deel uit van die regelingen, maar het aantal invaliden blijkt de afgelopen jaren te zijn gestegen, en dat terwijl sinds het begin van de jaren 2000 het brugpensioen en het statuut van 'oudere werkloze' die vrijgesteld is van het zoeken naar werk in opeenvolgende stappen werden teruggeschroefd en de toegang tot tijdskrediet aan het einde van de loopbaan werd bemoeilijkt, enerzijds, en de wettelijke leeftijd voor vervroegde pensionering samen met de wettelijke pensioenleeftijd zal worden opgetrokken, anderzijds.

3. Huidige en toekomstige maatregelen

De stijging van het aantal langdurig zieken (langer dan een jaar) en van de daaraan verbonden kosten voor de invaliditeitsverzekering heeft de federale overheid ertoe aangezet een reeks maatregelen te nemen die, dankzij een verscherping van het toezicht, moeten zorgen

(1) De harmonisering van het arbeiders- en het bediendenstatuut, die onder meer van elkaar verschilden door sommige regels inzake primaire arbeidsongeschiktheid, dient nader te worden onderzocht.

GRAFIEK 7 VERLOOP VAN DE INSTROOM IN DE INVALIDITEIT EN WERKLOOSHEIDSGRAAD
(respectievelijk in % van de tegen de invaliditeit verzekerde bevolking en in % van de 15-64-jarige beroepsbevolking)



Bronnen: ADS, RIZIV.

voor een efficiëntere ziektepreventie, een gemakkelijker terugkeer naar de arbeidsmarkt en een beperking van de instroom in de invaliditeit. Zo werd de wet van 20 december 2016 houdende diverse bepalingen van het arbeidsrecht inzake arbeidsongeschiktheid goedgekeurd, en werden ook nieuwe maatregelen genomen

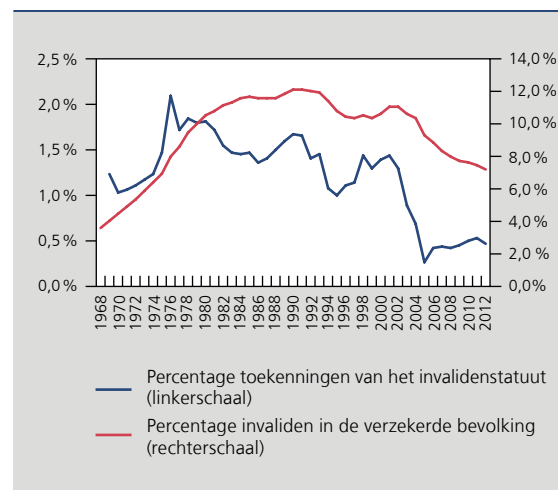
betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers, dit teneinde de re-integratietrajecten tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid beter te organiseren. De situatie in Nederland heeft aangetoond dat dergelijke maatregelen doeltreffend kunnen zijn (zie het Kader hieronder).

Kader – Invaliditeitsverzekering: de situatie in Nederland

In Nederland is het aantal begunstigden van de invaliditeitsverzekering tussen de jaren zeventig en het midden van de jaren negentig zeer sterk toegenomen. Sedertdien zijn een aantal hervormingen ten uitvoer gelegd die een oneigenlijke toepassing van die regeling moeten tegengaan.

VERLOOP VAN HET AANDEEL VAN DE INVALIDEN EN VAN DE NIEUWKOMERS IN DE INVALIDITEIT IN NEDERLAND

(in %)



Bron: Koning en Lindeboom (2015).

In Nederland heeft de invaliditeitsverzekering twee specifieke eigenschappen. Enerzijds voorziet ze in een zeer ruime dekking: alle werknemers kunnen er aanspraak op maken, ongeacht of de oorzaak van hun ziekte of invaliditeit beroepsgebonden is of niet. Anderzijds kunnen personen met een relatief lage invaliditeitsgraad arbeidsinkomens cumuleren zonder dat de vergoedingen van de invaliditeitsverzekering daardoor in het gedrang komen. Hoewel die cumulatie van inkomens een manier kan zijn om inactiviteitsvallen te voorkomen, heeft die bijzondere regel in Nederland toch bepaalde misbruiken in de hand gewerkt. In de meeste andere landen is een dergelijke cumulatie verboden of wordt ze gecompenseerd door een overeenkomstige verlaging van de uitkering, wat personen met een lichte arbeidsbeperking ertoe aanzet zich uit de regeling terug te trekken ('self-screening'): op die manier blijven enkel ernstig zieken in het stelsel.

Behalve aan de specifieke institutionele kenmerken van de regeling in Nederland, is de toename van het aantal begunstigden ook toe te schrijven aan het feit dat de invaliditeitsverzekering relatief attractiever is dan de werkloosheidsverzekering, tegen de achtergrond van een ernstige conjunctuurverslechtering (olieschokken, ...).

Dat de invaliditeitsregeling aantrekkelijker was dan de werkloosheid, had te maken met factoren die zowel de werknemers als de werkgevers betreffen. Voor de werknemers zijn invaliditeitsuitkeringen, in tegenstelling tot de werkloosheidsverzekering, niet beperkt in de tijd. Bovendien wordt bij invaliditeit niet nagegaan of er inspanningen worden geleverd om werk te zoeken. Ten slotte liggen de in geval van invaliditeit ontvangen bedragen soms flink hoger dan de werkloosheidsuitkeringen, althans in sommige bedrijfstakken waar collectieve arbeidsovereenkomsten extra uitbetalingen bij ziekte voorschreven (top-up). Ook voor de werkgevers konden invalide werknemers een minder dure oplossing zijn dan ontslag, omdat ze geen ontslagvergoedingen hoefden uit te keren. Die vergoedingen kunnen hoog oplopen, vooral voor personeelsleden met een lange anciënniteit. De invaliditeitsverzekering fungeerde dus als een vervroegde-uittreddingsregeling.

Vanaf 1996 begonnen de opeenvolgende Nederlandse regeringen die verzekering te hervormen. De verschillende maatregelenpakketten werden in de tijd gespreid en overlappen elkaar. Ze kunnen echter in drie grote groepen worden ingedeeld.

Het responsabiliseren van de werkgevers

Het idee achter dit soort van hervormingen was de werkgever de kosten voor het ziekteverlof van zijn personeel te laten dragen. Daartoe werd, enerzijds, de invaliditeitsverzekering geprivatiseerd: op dit ogenblik dragen de Nederlandse werkgevers gedeeltelijk de financiering ervan en ze kunnen zich tot private verzekeraars wenden om die dienst namens hen te verlenen. Anderzijds werden vanaf 1998 de door de werkgevers betaalde bijdragen aangepast volgens het effectieve beroep dat hun personeel op de invaliditeitsverzekering deed (experience rating). De gedachte daarbij was dat het afstemmen van de werkgeversbijdragen op het gedrag van de onderneming het op termijn mogelijk zou maken de verschillen tussen de werkgevers te verkleinen. De regels die bij een dergelijke afstemming worden toegepast, zijn vaak complex (en dus vrij onverstaanbaar voor de werkgevers) omdat ze niet uniform kunnen zijn en meer bepaald moeten worden aangepast voor de kleine ondernemingen. In Nederland heeft dat systeem tot op zekere hoogte gefunctioneerd. Toen de werkgevers zich bewuster werden van de invloed die dat tarifieringssysteem op hun kosten had – en daar zijn verscheidene jaren overheen gegaan –, werd het stelsel van 'experience rating' volledig herzien en fors afgeslankt.

Die hervormingen hebben er duidelijk mee voor gezorgd dat het aantal nieuwkomers in het systeem verminderd is, ook al werd de initiële impact als zwakker beoordeeld dan verwacht.

Strikter toezicht op de instroom in de regeling

Deze hervorming, die in 2002 werd ingevoerd, wordt beschouwd als die welke de beste resultaten heeft opgeleverd. Zoals blijkt uit de grafiek, liep de instroom na de tenuitvoerlegging ervan onmiddellijk terug. Het 'Gatekeeper Protocol' bepaalt welke acties vanaf de eerste weken van de ziekte zowel van de werkgever als van de zieke worden verwacht, zonder enige tegemoetkoming van de invaliditeitsverzekering, die in dit stadium enkel optreedt als 'gatekeeper'.

Tijdens de eerste zes weken van de ziekte moeten werkgever en werknemer een eerste maal de medische en functionele beperkingen beoordelen. Vervolgens wordt in de onderneming een re-integratietraject uitgewerkt, met een reeks stappen en een geplande datum om het werk te hervatten. Zonder een dergelijk plan heeft de betrokkene geen recht op invaliditeitsuitkeringen. Aanvankelijk moest een volledig jaar worden gewacht vooraleer eventueel het recht op invaliditeitsuitkeringen werd geopend. In 2004 werd die wachttijd met nog eens een jaar verlengd. Door die striktere werkhervattingstrajecten kunnen uit het systeem personen worden geweerd die er geen beroep op zouden mogen doen.



De geringere instroom in de invaliditeit heeft zich voor een deel ook vertaald in een groter aantal nieuwe werklozen. Volgens het literatuuroverzicht van Koning en Lindeboom zijn de studies ter zake niet eensluidend.

Het aanscherpen van de invaliditeitscriteria en van de stimuli voor werkhervatting

Los van het succes van de hervormingen die de instroom in de invaliditeitsverzekering beperken, heeft de Nederlandse wetgever zich nog efficiënter willen opstellen door ditmaal te focussen op een grotere uitstroom uit de invaliditeit. In 2006 werd de vroegere wet betreffende invaliditeit (Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO)) ingetrokken en vervangen door een wet op het werk volgens zijn capaciteiten (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA)). Die wet behelsde drie grote wijzigingen.

Om te beginnen, wordt een onderscheid gemaakt tussen volledige en permanente invaliditeit en de andere soorten van invaliditeit (tijdelijke en/of gedeeltelijke). Voor de eerste groep werd de vervangingsratio verhoogd tot 75 % van het voorheen ontvangen loon. Bovendien zijn de werkgevers niet langer financieel aansprakelijk voor de personen uit die categorie. Voorts werden de invaliditeitscriteria voor de personen met een lage invaliditeitsgraad (minder dan 35 %) strenger toegepast. Die personen worden in feite in staat geacht om (eventueel aangepast) werk te blijven verrichten of zich te laten inschrijven als werkloze. Tot slot werd een systeem van loonsubsidies ingevoerd om gedeeltelijk arbeidsongeschikten aan te moedigen hun potentieel op de arbeidsmarkt ten volle aan te wenden.

In België zijn de nieuwe maatregelen met betrekking tot de re-integratietrajecten die de sociaal-professionele inschakeling van zieke werknemers beogen, van kracht sinds december 2016. Het is bijgevolg niet mogelijk daar nu reeds een balans van op te maken. Behalve door de wetteksten en de administratieve circulaires zal de efficiëntie van die maatregelen worden gewaarborgd door de concrete tenuitvoerlegging ervan.

De gewest- en gemeenschapsregeringen hebben soortgelijke maatregelen genomen om de kansen van zieke werkzoekenden op een herinschakeling te vergroten. Voor die specifieke groep heeft een eerste evaluatie plaatsgehad (De Coninck, De Wispelaere, Pacolet en Lamberts, 2017). Van de personen die hun re-integratietraject hebben voltooid, heeft 14 % opnieuw een voltijdbaan gevonden. De onderzoekers beklemtonen echter dat de re-integratietrajecten zeer vaak worden opgegeven, zodat de totale terugkeer naar werk veel lager uitvalt. De studie toont tevens aan dat de oudste of invalide begunstigten ondervertegenwoordigd zijn in de populatie van personen die hun traject hebben voltooid. Voorts blijkt ook dat het welslagen van de regeling een sterke coördinatie vereist tussen de werkzoekende, de adviserend geneesheer en de werkgever. Om de werkgevers en zelfs de behandelende arts nauwer bij dit soort taken te betrekken, zouden extra middelen moeten worden uitgetrokken.

Conclusie

Op basis van openbare gegevens van het RIZIV worden in dit artikel de verschillende factoren gekwantificeerd die tussen 1993 en 2016 geleid hebben tot de stijging van het aantal invaliden in België.

Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen, aangezien de verhoging van de activiteitsgraad van de vrouwen en de gelijkschakeling van hun wettelijke pensioenleeftijd op die stijging een krachtig effect hebben gesorteerd.

Uit de simulaties blijkt dat, tijdens de beschouwde periode, de vergrijzing van de bevolking en de toename van de activiteitsgraad de stijging van de invaliditeit bij de mannen voor 100 % verklaren en voor meer dan 86 % bij de vrouwen. Toch wordt in die percentages geen rekening gehouden met de ontwikkeling van de gemiddelde gezondheidstoestand, die eveneens is blijven verbeteren. Worden de historische invaliditeitsgraden ook voor deze laatste factor aangepast, dan zou iets meer dan 10 % van de stijging van het aantal mannelijke invaliden en 19 % van de toename van het aantal vrouwelijke invaliden tijdens de periode 1993-2016 onverklaard blijven. Die uitsplitsing hangt onvermijdelijk af van de beschouwde periode en van de gehanteerde hypothesen.

Het is dus gebleken dat een klein deel van de stijging van het aantal invaliden toe te schrijven is aan de grotere relatieve attractiviteit van het stelsel of aan andere niet geïdentificeerde factoren. Dat onverklaarde gedeelte van de stijging zou te maken kunnen hebben met soepeler toekenningen van het invalidenstatuut dan voorheen of, meer waarschijnlijk, met het feit dat de kenmerken van de personen die een dergelijke erkenning aanvragen veranderd zijn.

Wat de redenen van de invaliditeit betreft, wordt in België trouwens, net als in de andere landen (OESO, 2010), een structurele verschuiving vastgesteld naar ziekten van het botspierstelsel en psychische stoornissen. Uit de Belgische geaggregeerde statistieken blijkt evenwel geen tendens

wat de leeftijd van de nieuwkomers betreft. De toekomstige ontwikkelingen in de invaliditeitsverzekering en de effecten van de genomen maatregelen verdienen nader onderzoek.

De invaliditeitsverzekering dient, net als de werkloosheidsverzekering en de sociale zekerheid in het algemeen, dusdanig te worden ontworpen en te functioneren dat ze tegelijkertijd de verzekerden beschermt en de arbeidsmarktparticipatie zo weinig mogelijk verstoort. De maatregelen die werden genomen om een snellere re-integratie van de zieken te garanderen en terzelfder tijd de instroom in de invaliditeit te beperken, kunnen het welzijn van de betrokkenen verbeteren én de budgettaire kosten terugdringen, wat het stelsel efficiënter maakt.

Bibliografie

Case A. en A. Deaton (2017), 'Mortality and morbidity in the 21st century', *Brookings Papers on Economic Activity Conference Drafts*, 23-24 March.

Coe N. en M. Rutledge (2013), 'How Does the Composition of Disability Insurance Applicants Change Across Business Cycles?', *Center for Retirement Research at Boston College Working papers*, 2013-5.

De Coninck A., F. De Wispelaere, J. Pacolet en M. Lamberts (2017), *Activering uit arbeidsongeschiktheid: hoe de dubbele handicap overwonnen wordt - maatschappelijke doelmatigheid in haar sociale en economische aspecten*, KU Leuven–HIVA.

Duggan M. en S. Imberman (2009), 'Why are the Disability Rolls Skyrocketing? The Contribution of Population Characteristics, Economic Conditions, and Program Generosity', in : Cutler D. en D. Wise, eds, *Health at Older Ages: The Causes and Consequences of Declining Disability among the Elderly*, Chicago: University of Chicago Press.

HRW (2014), *Verslag 2014 (Arbeidsbeperking)*, Brussel.

Jousten A., M. Lefebvre en S. Perelman (2012), 'Disability in Belgium: There is More than Meets the Eye', in: D. A. Wise, ed., *Social Security Programs and Retirement around the World: Historical Trends in Mortality and Health, Employment, and Disability Insurance Participation and Reforms*, Chicago: University of Chicago Press, 251-276.

Koning P. en M. Lindeboom (2015), 'The rise and fall of disability enrolment in the Netherlands', *Journal of Economic Perspectives*, 29:2, 151-172.

Liebman J. (2015), 'Understanding the Increase in Disability Insurance Benefit Receipt in the United States', *Journal of Economic Perspectives*, 29:2, 123-150.

OESO (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers - A Synthesis of Findings across OECD Countries*, Parijs.

RIZIV (2015), *Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid : analyse en verklarende factoren*, Brussel.

RIZIV (2016), *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden : werknemersregeling en regeling voor zelfstandigen*, Brussel.