

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

SESSION EXTRAORDINAIRE 2019

1^{er} octobre 2019**PROPOSITION DE LOI**

**modifiant la loi relative à l'assurance
obligatoire soins de santé et indemnités
coordonnée le 14 juillet 1994
en ce qui concerne l'obligation de
réintégration des titulaires en incapacité
de travail**

(déposée par M. Raoul Hedebouw et consorts)

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

BUITENGEWONE ZITTING 2019

1 oktober 2019

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de wet betreffende de
verplichte verzekering voor geneeskundige
verzorging en uitkeringen, gecoördineerd
op 14 juli 1994, wat de verplichte re-
integratie van de arbeidsongeschikte
gerechtigden betreft**

(ingediend door de heer Raoul Hedebouw c.s.)

RÉSUMÉ

Dans le régime de l'incapacité de travail, les personnes atteintes d'une maladie de longue durée ont droit à une allocation même si elles ne travaillent pas. Un plan de réintégration multidisciplinaire tenant compte des capacités restantes est établi dans un délai maximum de trois mois en vue d'une réintégration partielle du titulaire sur le marché du travail.

Les auteurs estiment que cette réglementation punit les malades de longue durée en aggravant encore leur maladie, en violant le secret médical et les droits du patient et en précipitant les travailleurs malades et leur famille sous le seuil de pauvreté.

Cette proposition de loi supprime donc l'obligation de réintégration des titulaires en incapacité de travail.

SAMENVATTING

Een langdurig zieke heeft onder het stelsel van arbeidsongeschiktheid recht op een uitkering, ook al werkt hij niet. Na ten laatste drie maanden wordt, rekening houdend met zijn resterende capaciteiten, een multidisciplinair re-integratieplan opgesteld om de gerechtigde gedeeltelijk te re-integreren op de arbeidsmarkt.

Volgens de indieners straft deze regeling de langdurig zieken, door hen nog zieker te maken, door het medisch geheim en patiëntenrechten te schenden, en door de zieke werknemers en hun gezinnen onder de armoededrempel te duwen.

Om deze redenen heft dit wetsvoorstel de verplichte re-integratie van de arbeidsongeschikte gerechtigden op.

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
CD&V	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	: socialistische partij anders
cdH	: centre démocrate Humaniste
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de numering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigegekleurig papier)

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition reprend le texte de la proposition DOC 54 1523/001.

Le projet d'arrêté royal pris en exécution de l'article 153 de la loi-programme du 19 décembre 2014 instaure la possibilité d'établir un plan de réintégration multidisciplinaire pour les travailleurs en incapacité de travail.

La procédure proposée se déroule comme suit:

1. Deux mois au plus tard après la déclaration d'incapacité de travail, le médecin-conseil effectue une analyse des capacités restantes du titulaire.

2. À l'issue de cette première analyse, le médecin-conseil envoie celle-ci au médecin traitant et à l'employeur sans avoir sollicité le consentement du titulaire à cet effet. Il viole ainsi le secret professionnel.

3. Le médecin-conseil adresse un courrier au titulaire dans lequel il l'informe de son intention de lui proposer une offre d'un plan de réintégration multidisciplinaire et le convoque ensuite à un examen médico-social en vue de lui soumettre l'offre d'un plan de réintégration multidisciplinaire.

4. À l'issue de cet examen, et au plus tard le premier jour du septième mois d'incapacité primaire, le médecin-conseil établit à l'intention du titulaire l'offre d'un plan de réintégration multidisciplinaire, pour autant qu'une telle offre soit encore justifiée, après avoir consulté, avec le consentement du titulaire, le médecin-traitant, l'employeur, le conseiller en prévention et le service interne ou externe de médecine du travail. Il consulte également le conseiller des services et organismes des Régions et Communautés qui participent à la réinsertion professionnelle si le plan de réintégration proposé concerne un programme de réadaptation professionnelle visé à l'article 109*bis* de la loi coordonnée.

5. Le médecin-conseil procède au suivi du plan de réintégration tous les six mois, sauf si les éléments du dossier justifient un suivi à une date ultérieure. Il effectue ce suivi en collaboration avec les personnes visées à l'alinéa 3 qui ont été consultées dans le cadre de l'offre du plan de réintégration.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel neemt de tekst over van voorstel DOC 54 1523/001.

Het ontwerp van koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 153 van de programmawet van 19 december 2014, voert de mogelijkheid van een multidisciplinair re-integratieplan voor arbeidsongeschikte werknemers in.

De voorgestelde procedure verloopt als volgt:

1. Ten laatste 2 maanden na de aangifte van arbeidsongeschiktheid voert de adviserend geneesheer een analyse uit van de restcapaciteit van de gerechtigden.

2. Na afloop van deze eerste analyse stuurt de adviserend geneesheer deze analyse, zonder de toestemming gevraagd te hebben aan de gerechtigde, naar de behandelende arts en naar de werkgever. Daarmee wordt het beroepsgeheim geschonden.

3. De adviserend geneesheer stuurt een brief naar de gerechtigde waarin hij hem informeert over zijn voornemen om hem een aanbod van een multidisciplinair re-integratieplan voor te stellen en roept de gerechtigde vervolgens op voor een medisch-sociaal onderzoek om hem het aanbod van een multidisciplinair re-integratieplan voor te leggen.

4. Na afloop van dit onderzoek, en ten laatste de eerste dag van de zevende maand van primaire arbeidsongeschiktheid, stelt de adviserend geneesheer voor de gerechtigde het aanbod van een multidisciplinair re-integratieplan op voor zover een dergelijk aanbod nog gerechtvaardigd is, na de raadpleging – met de toestemming van de gerechtigde – van de behandelend arts, de werkgever, de preventieadviseur en de interne of externe dienst voor arbeidsgeneeskunde. Hij raadpleegt ook de begeleider van de diensten en instellingen van de gewesten en de gemeenschappen die deelnemen aan de beroepsherinschakeling als het voorgestelde re-integratieplan een programma van beroepsherscholing bedoeld in artikel 109*bis* van de gecoördineerde wet betreft.

5. De adviserend geneesheer volgt dit re-integratieplan elke zes maanden op, tenzij de elementen van het dossier een opvolging op een latere datum rechtvaardigen. Hij verricht deze opvolging in samenwerking met de personen bedoeld in het derde lid die in het kader van het aanbod van het re-integratieplan zijn geraadpleegd.

Ce projet d'arrêté royal constitue une menace sérieuse pour la santé et les droits des malades de longue durée. Il veut les sanctionner en les rendant encore plus malades, en violant le secret médical et les droits des patients et en plongeant les travailleurs malades et leur famille sous le seuil de pauvreté.

Différentes études montrent déjà que le stress chronique est la cause principale de la hausse énorme du nombre de malades de longue durée observée ces cinq dernières années. La pression occasionnée par les délais courts et stricts prévus dans l'arrêté royal sera une source supplémentaire de stress pour les travailleurs malades. Le caractère contraignant de cette procédure, la menace de graves sanctions financières et la mise hors jeu du médecin traitant sont autant d'éléments qui vont rendre les travailleurs encore plus malades qu'ils ne l'étaient.

Cet arrêté royal viole en outre le secret professionnel et va à l'encontre des droits des patients et de la déontologie médicale. Ainsi, il prévoit par exemple que le médecin-conseil doit évaluer les capacités restantes sans disposer des données médicales nécessaires, sans concertation avec le médecin traitant, sans examen médical et psychosocial du patient, uniquement sur "pièces". Il doit faire parvenir cette analyse au titulaire, au médecin traitant et à l'employeur. Cela constitue une violation du secret professionnel.

Ce projet d'arrêté royal va précipiter de nombreux malades, ainsi que leur famille, sous le seuil de pauvreté. Il prévoit par exemple que le travailleur malade qui ne se présentera pas, ne répondra pas à la proposition ou se montrera insuffisamment coopératif dans l'exécution du plan multidisciplinaire de réintégration convenu, perdra 10 % de son indemnité de maladie (art. 215*novies*).

Il ressort d'une étude de la Mutualité chrétienne que la moitié des malades chroniques vivent déjà sous le seuil de pauvreté. Pour les travailleurs invalides en incapacité de travail depuis plus d'un an, l'indemnité de maladie se situe en moyenne à 23 % en dessous du seuil de pauvreté. Cette sanction, accompagnée d'une perte de 10 % de l'indemnité de maladie, va plonger un nombre encore plus grand de familles sous le seuil de pauvreté.

L'arrêté royal touchera également de très nombreuses personnes.

Selon des chiffres de l'INAMI, il y avait en 2012 412 876 personnes en incapacité primaire de travail qui bénéficiaient d'une indemnité de maladie, parmi lesquelles 82 813 chômeurs. Cent quatre-vingt six mille six cents d'entre elles étaient en incapacité depuis plus de deux mois, dont 43 473 au chômage. Si l'arrêté royal De Block avait déjà été en application, elles auraient dû

Dit ontwerp-koninklijk besluit vormt een ernstige bedreiging voor de gezondheid en de rechten van langdurig zieken. Het wil de langdurig zieken straffen, door hen nog zieker te maken, door het medisch geheim en patiëntenrechten te schenden, en door de zieke werknemers en hun gezinnen onder de armoededrempel te duwen.

Verscheidene studies toonden al aan dat chronische stress de hoofdoorzaak is voor de enorme stijging van het aantal langdurig zieken de laatste vijf jaar. De druk van de korte en strikte periodes waarin het koninklijk besluit voorziet, zal voor de zieke werknemers een bijkomende stress zijn. Het dwingende karakter van dit traject, de dreiging met zware financiële sancties en het buitenspel zetten van de behandelende arts zijn allemaal elementen die de werknemers nog zieker zullen maken.

Dit koninklijk besluit schendt bovendien het beroepsgeheim en gaat in tegen de patiëntenrechten en tegen de medische deontologie. De adviserende arts moet, bijvoorbeeld, volgens het koninklijk besluit de restcapaciteit inschatten zonder dat hij over de nodige medische gegevens beschikt, zonder overleg met de behandelende arts, zonder medisch en psychosociaal onderzoek van de patiënt zelf, alleen op "stukken". Die analyse moet hij bezorgen aan de rechthebbende, de behandelende arts en de werkgever. Dit schendt het beroepsgeheim.

Dit ontwerp-koninklijk besluit zal heel wat zieke mensen en hun gezinnen onder de armoedegrens duwen. Bijvoorbeeld, de zieke werknemer die "zich niet aanbiedt, of niet ingaat op het aanbod of onvoldoende meewerkt aan de uitvoering van het overeengekomen multidisciplinair re-integratieplan verliest 10 procent van zijn ziekte-uitkering" (art. 215*novies*).

Volgens een studie van de Christelijke Mutualiteit leeft de helft van de chronisch zieken nu al onder de armoedegrens. Bij invalide werknemers die langer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn, ligt de ziekte-uitkering gemiddeld 23 procent onder de armoedegrens. Deze sanctie met een verlies van 10 procent van de ziekte-uitkering gaat nog meer gezinnen onder de armoededrempel duwen.

Het koninklijk besluit zal ook bijzonder veel mensen treffen.

Volgens cijfers van het Riziv waren er in 2012 412 876 mensen primair arbeidsongeschikt met een ziekte-uitkering, van wie er 82 813 werkloos zijn. 186 600 van hen waren meer dan twee maanden arbeidsongeschikt, 43 473 van hen werkloos. Zij zouden deze helse en onmenselijke procedure hebben moeten ondergaan indien het koninklijk besluit-De Block toen

subir cette procédure effroyable et inhumaine. Trente-huit pour cent étaient en incapacité de travail en raison de troubles psychiques (burn-out, dépression, troubles liés à l'angoisse) et 25 % en raison d'une pathologie du système ostéo-articulaire.

En somme, cet arrêté royal ne s'intéresse en rien aux causes de l'énorme augmentation du nombre de malades de longue durée et, en imposant la contrainte au travailleur malade, en fait porter la faute aux malades eux-mêmes. Il faut s'attaquer à ce qui rend malade, et non aux travailleurs malades eux-mêmes.

Pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus, le PTB entend abroger l'article 100, § 1/1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par l'article 153 de la loi-programme du 19 décembre 2014, et supprimer dans la foulée la base légale de l'arrêté royal en question.

Raoul HEDEBOUW (PVDA-PTB)
Marco VAN HEES (PVDA-PTB)
Sofie MERCKX (PVDA-PTB)
Steven DE VUYST (PVDA-PTB)

al van kracht was geweest. 38 procent was arbeidsongeschikt door een psychische stoornis – burn-out, depressie, angststoornissen – en 25 procent door een pathologie van het bewegingsstelsel.

Kortom, dit koninklijk besluit bekommert zich geenszins over oorzaken van de enorme toename van het aantal langdurig zieken en door de dwang die het de zieke werknemer oplegt, wordt hem de schuld voor zijn ziekte in de schoenen geschoven. Wat mensen ziek maakt, moet aangepakt worden, niet de zieken zelf.

Omwille van alle bovenvermelde redenen redenen wil de PVDA het artikel 100, § 1/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals ingevoegd door artikel 153 van de programmawet van 19 december 2014, ongedaan maken. Aldus wordt de wettelijke basis voor dit koninklijk besluit opgeheven.

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Art. 2

L'article 100, § 1/1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par la loi-programme du 19 décembre 2014, est abrogé.

Art. 3

La présente loi produit ses effets le 1^{er} janvier 2019.

28 août 2019

Raoul HEDEBOUW (PVDA-PTB)
Marco VAN HEES (PVDA-PTB)
Sofie MERCKX (PVDA-PTB)
Steven DE VUYST (PVDA-PTB)

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Art. 2

Artikel 100, § 1/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij de programmawet van 19 december 2014, wordt opgeheven.

Art. 3

Deze wet heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2019.

28 augustus 2019