

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

5 décembre 2023

PROJET 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'organisation
du processus d'évaluation
de l'incapacité de travail**

Rapport

fait au nom de la commission
des Affaires sociales, de l'Emploi et
des Pensions
par
Mme **Nahima Lanjri**

Sommaire	Pages
I. Exposé introductif.....	3
II. Discussion générale.....	9
III. Votes.....	21

Voir:

Doc 55 **3643/ (2023/2024)**:
001: Projet de loi.

Voir aussi:
003: Texte adopté par la commission.

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

5 december 2023

WETSONTWERP

**tot wijziging van de wet betreffende de
verplichte verzekering voor geneeskundige
verzorging en uitkeringen, gecoördineerd
op 14 juli 1994, wat de organisatie
van het beoordelingsproces van de
arbeidsongeschiktheid betreft**

Verslag

namens de commissie
voor Sociale Zaken, Werk en
Pensioenen
uitgebracht door
mevrouw **Nahima Lanjri**

Inhoud	Blz.
I. Inleidende uiteenzetting	3
II. Algemene bespreking.....	9
III. Stemmingen	21

Zie:

Doc 55 **3643/ (2023/2024)**:
001: Wetsontwerp.

Zie ook:
003: Tekst aangenomen door de commissie.

**Composition de la commission à la date de dépôt du rapport/
Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag**
Président/Voorzitter: Cécile Cornet

A. — Titulaires / Vaste leden:

N-VA	Björn Anseeuw, Wim Van der Donckt, Valerie Van Peel
Ecolo-Groen	Kristof Calvo, Cécile Cornet, Louis Mariage
PS	Chanelle Bonaventure, Jean-Marc Delizée, Sophie Thémont
VB	Ellen Samyn, Hans Verreyt
MR	Christophe Bombled, Florence Reuter
cd&v	Nahima Lanjri
PVDA-PTB	Nadia Moscufo
Open Vld	Tania De Jonge
Vooruit	Anja Vanrobaeys

B. — Suppléants / Plaatsvervangers:

Frieda Gijbels, Sigrid Goethals, Katrien Houtmeyers, Wouter Raskin
Laurence Hennuy, Kathleen Pisman, Dieter Vanbesien, Gilles Vanden Burre
N ., Leslie Leoni, Eliane Tillieux, Philippe Tison
Ortwin Depoortere, Dominiek Sneppe, Frank Troosters
Daniel Bacquellaine, Denis Ducarme, Vincent Scourneau
Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Gaby Colebunders, Sofie Merckx
Maggie De Block, Egbert Lachaert
Vicky Reynaert, Gitta Vanpeborgh

C. — Membre sans voix délibérative / Niet-stemgerechtigd lid:

Les Engagés Catherine Fonck

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
Vooruit	: Vooruit
Les Engagés	: Les Engagés
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering 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 vertaalde 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 (beigekleurig papier)

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné ce projet de loi au cours de sa réunion du 22 novembre 2023.

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF

M. Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, expose la réforme du processus d'évaluation de l'incapacité de travail primaire et d'invalidité par les organismes assureurs et le Conseil médical de l'invalidité.

1. Contexte

Le projet de loi à l'examen réalise une réforme importante de l'évaluation de l'incapacité de travail et du suivi des personnes reconnues en incapacité de travail. Il s'agit d'un second volet du plan "Retour au travail" (ReAT) qui, d'une certaine manière, inaugure le ReAT 2.0.

Le projet de loi est la traduction d'une note conceptuelle mise en œuvre par deux projets d'arrêté royal. Cette note conceptuelle a été transmise aux membres.

La réforme répond à une réalité changeante. Le nombre de personnes qui demandent la reconnaissance d'une incapacité de travail augmente, mais le nombre de médecins-conseils qui doivent évaluer les demandes reste stable. En outre, on constate depuis un certain temps une évolution de la nature et de la complexité des problématiques auxquelles sont confrontés les demandeurs. Nous avons donc besoin non seulement d'un plus grand nombre de personnes pour procéder à l'évaluation, mais aussi d'une plus grande diversité dans les disciplines. Les mêmes phénomènes sont bien sûr à l'œuvre en ce qui concerne l'accompagnement ReAT. Dans le cadre du premier plan ReAT, depuis le 1^{er} janvier 2022, l'accompagnement du retour au travail a été renforcé par la mise en place de trajets Retour au travail sous la coordination des coordinateurs Retour au travail au sein des mutualités. Parallèlement, dans le processus d'évaluation de l'incapacité de travail des travailleurs salariés et indépendants, des équipes multidisciplinaires ont fait leur apparition dans plusieurs mutuelles. Ces équipes sont composées de psychologues cliniciens, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes et d'infirmiers.

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsontwerp besproken tijdens haar vergadering van 22 november 2023.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING

De heer Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, licht de hervorming toe van het proces ter beoordeling van de primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit door de verzekeringsinstelling en de Geneeskundige raad voor invaliditeit.

1. Context

Dit wetsontwerp zorgt voor een belangrijke hervorming van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en de opvolging van personen die als arbeidsongeschikt erkend zijn. Het is een nieuw onderdeel van het terug-naar-werkplan (TNW) en luidt als het ware het TNW 2.0-plan in.

Het wetsontwerp is de vertolking van een conceptnota die wordt uitgevoerd via twee ontwerpen van koninklijke besluiten. Die conceptnota werd naar de leden gestuurd.

De hervorming is een antwoord op een veranderde realiteit. Het aantal mensen dat aanspraak maakt op een arbeidsongeschiktheidserkenning groeit, terwijl het aantal adviserend artsen dat de aanvragen moet evalueren stabiel blijft. Bovendien doet zich al een tijd een verschuiving voor in de aard en de complexiteit van de problematiek waar de aanvragers mee kampen. Er zijn dus niet alleen meer mensen nodig om de evaluatie uit te voeren, maar er is ook nood aan een grotere diversiteit qua disciplines. En diezelfde fenomenen spelen natuurlijk ook op het vlak van de TNW-begeleiding. Via de eerste TNW-plan wordt sinds 1 januari 2022 de begeleiding bij de terugkeer naar werk versterkt, via de invoering van terug-naar-werktrajecten onder coördinatie van de terug-naar-werkcoördinatoren binnen de ziekenfondsen. In het proces van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van zowel werknemers als zelfstandigen deden ondertussen bij verschillende ziekenfondsen multidisciplinaire teams hun intrede. Die teams bestaan uit klinisch psychologen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en verpleegkundigen.

2. Les grandes lignes de la réforme

Ces différentes évolutions ont généré une série de nouveaux défis auxquels le projet de loi à l'examen répond, notamment:

1. l'équipe multidisciplinaire en tant que (nouvel) acteur officiel dans le processus d'évaluation de l'incapacité de travail et de la catégorisation pendant la période d'incapacité de travail primaire et d'invalidité dans la réglementation AMI;

2. la répartition des tâches et les compétences du médecin-conseil et de l'équipe multidisciplinaire sont définies au préalable de manière transparente et claire. Par exemple, mettre fin à l'incapacité de travail reste du ressort décisionnel exclusif du médecin-conseil au sein de l'organisme assureur.

Ces deux premiers objectifs sont réglés par les articles 2, 5, 7, 8 et 9 du projet de loi.

L'article 2 ajoute une disposition à l'article 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, de manière à préciser qui peut être membre de l'équipe multidisciplinaire et quelles sont les tâches de celle-ci. L'ancrage juridique de l'équipe en tant qu'acteur doté de compétences et de tâches spécifiques est établi par l'article 8 du projet de loi.

Les disciplines possibles sont: ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue clinicien ou infirmier. Leurs tâches sont les suivantes:

— soutenir l'évaluation de l'incapacité de travail et des capacités restantes (catégorisation) et informer sur les possibilités de réintégration;

— donner l'autorisation de reprendre partiellement le travail;

— procéder à une évaluation en fonction de l'octroi de l'aide d'une tierce personne.

L'octroi d'une première reconnaissance d'incapacité de travail et l'arrêt de l'incapacité de travail ne peuvent être décidés que par un médecin-conseil. Cette disposition figure à l'article 5 du projet de loi, qui modifie l'article 90 de la loi AMI. En outre, cette disposition est précisée en ce sens que, outre le médecin-conseil, le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire communique également les données relatives à l'incapacité de travail au Conseil médical de l'invalidité.

2. De grote lijnen van de hervorming

Die verschillende ontwikkelingen hebben een aantal nieuwe uitdagingen in het leven geroepen, waar dit wetsontwerp een antwoord op biedt, met name:

1. het multidisciplinair team als (nieuwe) officiële actor binnen het proces van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en de categorisering tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit in de ZIV-reglementering;

2. de taakverdeling tussen en de bevoegdheden van de adviserend arts en het multidisciplinair team worden vooraf transparant en helder vastgelegd. De beëindiging van de arbeidsongeschiktheid blijft binnen de verzekeringsinstelling bijvoorbeeld de exclusieve beslissingsbevoegdheid van de adviserend arts.

Die eerste twee doelstellingen worden geregeld via de artikelen 2, 5, 7, 8 en 9 van het wetsontwerp.

Artikel 2 voegt een bepaling toe aan artikel 2 van de gecoördineerde ZIV-wet van 1994. Daarin wordt omschreven wie lid kan zijn van het multidisciplinair team en wat de taken van dat team zijn. De wettelijke verankering van het team als actor met een aantal specifieke bevoegdheden en taken wordt vastgelegd via artikel 8 van het wetsontwerp.

Mogelijke disciplines: ergotherapeut, kinesitherapeut, klinisch psycholoog of verpleegkundige. Hun takenpakket omvat:

— de ondersteuning bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en de inschatting van de restcapaciteiten (categorisering) alsook het informeren over de re-integratiemogelijkheden;

— het geven van de toelating om het werk gedeeltelijk te hervatten;

— het uitvoeren van een evaluatie, rekening houdend met de toekenning van hulp van derden.

De initiële erkenning van de arbeidsongeschiktheid en de beëindiging ervan blijven echter het exclusieve bevoegdheidsdomein van een de adviserend arts. Deze bepaling vindt men terug in artikel 5 van het wetsontwerp, dat artikel 90 van de ZIV-wet aanpast. Voorts wordt deze bepaling in die zin verfijnd dat, behalve de adviserend arts, ook de medewerker van het multidisciplinair team aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit gegevens over de arbeidsongeschiktheid meedeelt.

Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire soutiendra le médecin-conseil, non seulement lors de l'évaluation de l'incapacité de travail, mais aussi dans tout le trajet de retour au travail. Ces dispositions sont inscrites dans les articles 7 et 8 du projet de loi, qui modifient les articles 100, 110 et 134 de la loi AMI. En résumé, tout membre de l'équipe multidisciplinaire aura le droit et la possibilité de faire ce qui suit au cours du trajet de retour au travail:

- après l'évaluation des capacités restantes, le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire renvoie également le titulaire vers le "Coordinateur Retour Au Travail" afin de l'aider le plus rapidement possible à trouver l'accompagnement approprié en vue d'exercer une activité correspondant à ses possibilités et à ses besoins (modification visée au 1° de cette disposition);

- en ce qui concerne la première évaluation des capacités restantes en vue de déterminer si un "Trajet Retour Au Travail" peut être entamé, il est prévu que le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire puisse également (i) demander au titulaire de fournir les données nécessaires à cette évaluation de ces capacités et (ii) inviter le titulaire à un contact physique si les données exigées pour cette évaluation de ses capacités restantes ne sont pas fournies. En cas d'absence injustifiée à ce contact physique, le même régime de responsabilisation qui s'appliquera sera identique au régime qui s'applique aujourd'hui en cas d'absence injustifiée à l'examen médical organisé par le médecin-conseil si les données nécessaires à cette évaluation des capacités restantes ne sont pas fournies (modification visée aux 3° et 4° de cette disposition);

- comme le médecin-conseil et le "Coordinateur Retour Au Travail", le membre de l'équipe multidisciplinaire aura accès au "Dossier Retour Au Travail" du titulaire (modification visée au 2° de cette disposition).

3. Le service des indemnités de l'INAMI souhaite assumer pleinement ses responsabilités dans l'ensemble de ce processus. Pour ce faire, le système des contrôles thématiques est inscrit dans la loi et de nouvelles compétences autonomes sont accordées aux médecins de ce service.

Ces dispositions figurent dans l'article 3 du projet de loi, qui modifie l'article 80 de la loi coordonnée sur les ZIV de 1994 en vue de:

- définir la procédure à suivre pour les contrôles thématiques. C'est le comité de gestion qui décidera des contrôles que devront effectuer les médecins du

Elk lid van het multidisciplinair team ondersteunt de adviserend arts, niet alleen bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid maar ook in alles wat met het TNW-gebeuren te maken heeft. Dat wordt geregeld in de artikelen 7 en 8 van het wetsontwerp. Die passen de artikelen 100, 110 en 134 van de ZIV-wet aan. Het komt er samengevat op neer dat een lid van het multidisciplinair team in het TNW-traject de volgende zaken kan en mag:

- na de inschatting van de restcapaciteiten verwijst ook de medewerker van het multidisciplinair team de gerechtigde door naar de terug-naar-werkcoördinator om hem zo snel mogelijk te ondersteunen bij het vinden van de gepaste begeleiding met het oog op de uitoefening van een activiteit die past bij zijn mogelijkheden en noden (de wijziging bedoeld onder 1° van deze bepaling);

- wat de eerste inschatting van de restcapaciteiten betreft om te kunnen nagaan of een verzekerde een terug-naar-werktraject kan aanvangen, wordt bepaald dat ook de medewerker van het multidisciplinair team (i) de gerechtigde kan vragen om de vereiste gegevens te bezorgen voor deze inschatting van zijn restcapaciteiten en (ii) de gerechtigde kan uitnodigen voor een fysiek contact als de voor die inschatting van de restcapaciteiten vereiste gegevens niet worden bezorgd. In geval van een ongerechtvaardigde afwezigheid op dit fysiek contact geldt hetzelfde stelsel van responsabilisering als dat welk vandaag reeds van toepassing is bij een ongerechtvaardigde afwezigheid op het medisch onderzoek dat is georganiseerd door de adviserend arts zo de voor die inschatting van de restcapaciteiten vereiste gegevens niet worden bezorgd (de wijziging bedoeld onder 3° en 4° van deze bepaling);

- net als de adviserend arts en de terug-naar-werkcoördinator zal ook de medewerker van het multidisciplinair team toegang hebben tot het terug-naar-werkdossier van de gerechtigde (de wijziging bedoeld onder 2° van deze bepaling).

3. De dienst uitkeringen van het RIZIV wil zijn verantwoordelijkheid voor het volledige proces ten volle opnemen. Om dat mogelijk te maken, wordt het systeem van de thematische controles wettelijk verankerd en worden nieuwe autonome bevoegdheden toegekend aan de artsen van de dienst.

Dit wordt geregeld via artikel 3 van het wetsontwerp. Daarin wordt artikel 80 van de gecoördineerde ZIV-wet van 1994 aangepast met:

- de omschrijving van de procedure die gevolgd moet worden voor de thematische controles. Het beheerscomité beslist welke controles uitgevoerd worden,

service sur proposition du fonctionnaire dirigeant du service des indemnités;

— en outre, il est précisé que la fixation des directives relatives à l'organisation du contrôle de l'incapacité de travail par le comité de gestion du service des indemnités se fera également sur la base des rapports des contrôles thématiques effectués par les médecins du service des indemnités membres du conseil médical de l'invalidité (et donc pas uniquement sur la base des propositions du conseil médical de l'invalidité après avis du centre de connaissances de l'incapacité de travail).

L'article 4 du projet de loi vise également cet objectif. Il apporte une correction technique à l'article 82, alinéa 1^{er}, de la loi AMI, et abroge une disposition parce qu'elle est sans objet en pratique. Il modifie en outre la délégation au Roi à l'article 82, alinéa 2. Le conseil médical de l'invalidité est habilité à déterminer l'état d'invalidité et sa durée. En ce qui concerne la période d'incapacité primaire, le conseil médical de l'invalidité peut déterminer la fin de l'incapacité de travail à partir du premier jour du septième mois de cette période d'incapacité primaire. Dès lors que la présente loi vise à accorder de nouvelles missions autonomes aux médecins du Service des indemnités, membres du conseil médical de l'invalidité, il est désormais prévu que le Roi déterminera dans quelles conditions le pouvoir de décision relatif à l'état d'incapacité de travail ou le pouvoir de notifier cette décision pourra être exercé par un ou plusieurs autres membres du Conseil médical de l'invalidité (en lieu et place d'un ou plusieurs médecins, membres de la commission supérieure ou de l'une des sections de la commission supérieure).

4. Un calendrier est prévu. Il fixe les échéances obligatoires ce processus au cours de la période d'invalidité primaire. Le médecin-conseil aura la possibilité de prévoir des moments complémentaires.

5. Un important "changement de mentalité" est également prévu durant la période d'invalidité: le projet de loi part du principe que chacun peut avoir une valeur ajoutée sur le marché du travail et dans la société en général. La nature de cette valeur varie d'une personne à l'autre et dépend fortement des problématiques médicales, entre autres. Il faut toutefois donner à chacun les mêmes chances de retour à l'emploi. Nous n'oublions personne et nous n'abandonnerons personne en chemin.

Le cadre réglementaire de ces deux objectifs sera établi par les arrêtés royaux précités.

op voordracht van de leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen, door de artsen van de dienst;

— bovendien zal het vastleggen van de richtlijnen voor de organisatie van de controle op de arbeidsongeschiktheid door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen ook gebeuren op basis van de verslagen van de thematische controles die worden uitgevoerd door de artsen van de Dienst voor uitkeringen, leden van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (dus niet louter op basis van de voorstellen van de Geneeskundige raad voor invaliditeit na advies van het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid).

Ook artikel 4 van het wetsontwerp past in deze doelstelling. Daarin wordt artikel 82 van de ZIV-wet aangepast. In het eerste lid van dit artikel 82 wordt een technische correctie aangebracht en wordt ook een bepaling opgeheven omdat die in de praktijk nergens betrekking op heeft. In het tweede lid van artikel 82 wordt de machtiging aan de Koning aangepast. De Geneeskundige raad voor invaliditeit is bevoegd om de staat van invaliditeit vast te stellen en de duur ervan te bepalen. Wat de periode van primaire ongeschiktheid betreft, kan de Geneeskundige raad voor invaliditeit vanaf de eerste dag van de zevende maand van die periode van primaire ongeschiktheid het einde van de arbeidsongeschiktheid vaststellen. Gelet op de doelstelling van dit wetsontwerp om aan de artsen van de Dienst voor uitkeringen, leden van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, nieuwe autonome opdrachten te verlenen, wordt nu in uitzicht gesteld dat de Koning bepaalt onder welke voorwaarden de bevoegdheid tot het beslissen over de staat van arbeidsongeschiktheid of de bevoegdheid om van deze beslissing kennis te geven kan worden uitgeoefend door één of meer artsen, leden van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (in plaats van één of meer artsen, leden van de hoge commissie of van één van de afdelingen van de hoge commissie).

4. Er komt een tijdslijn met definiëring van verplichte momenten binnen dit proces tijdens de periode primaire arbeidsongeschiktheid. De adviserend arts heeft de mogelijkheid om bijkomende momenten in te plannen.

5. Ook in de periode van invaliditeit vindt een belangrijke *mind shift* plaats: het uitgangspunt wordt dat iedereen een meerwaarde kan hebben voor de arbeidsmarkt en voor de samenleving in het algemeen. De aard van die meerwaarde zal verschillend zijn van persoon tot persoon, en sterk afhankelijk van onder andere de medische problematiek. Maar iedereen moet evenwaardige kansen krijgen op een terugkeer naar werk. Niemand wordt los- of achtergelaten.

Deze twee doelstellingen worden reglementair vastgelegd via de eerder vermelde koninklijke besluiten.

Quelles en seront les grandes lignes? Tout le processus de reconnaissance de l'incapacité de travail commencera à la réception du certificat d'incapacité de travail et dès la reconnaissance ou le refus de l'incapacité de travail par le médecin-conseil. La deuxième étape prévoit l'envoi du questionnaire après dix semaines d'incapacité de travail. Schématiquement, il s'agit d'au moins deux contacts physiques liés à l'incapacité de travail primaire, à savoir d'un contact au cours des 4^e et 7^e mois d'incapacité de travail et d'au moins un contact physique lié à l'invalidité: contact au cours du 11^e mois lié à l'entrée en invalidité. Des contacts ultérieurs auront ensuite lieu au cours de la période d'invalidité.

En outre, des exceptions à cette obligation sont naturellement prévues dans les cas suivants:

- si une présomption légale s'applique;
- en raison de la gravité de la pathologie.

Le contact au cours du 4^e mois sera également obligatoire si un trajet de retour au travail a déjà été initié à la demande de l'assuré avec l'accord du médecin-conseil. Le trajet B pourra se dérouler normalement dans l'attente de ce contact. Le contact prévu au cours du 7^e mois pourra être abandonné si un trajet de retour au travail a été entamé à la demande de l'assuré, avec l'accord du médecin-conseil (parcours B). Dans ce cas, le suivi est alors déjà assuré par le trajet de retour au travail-C. Le projet indique plus précisément de quelles personnes il pourra s'agir.

Il est également important qu'une nouvelle évaluation des capacités restantes soit effectuée lors de chaque contact. L'objectif de ces contacts est donc de vérifier si les conditions requises pour la reconnaissance de l'incapacité de travail sont toujours réunies, mais aussi de réévaluer chaque fois les probabilités de retour à l'emploi.

À partir du contact prévu au cours du 11^e mois, la fréquence des contacts physiques obligatoires sera adaptée à la situation de la personne. Si le contact prévu au cours du 7^e mois a été établi par un médecin-conseil, au cours du 11^e mois, ce contact peut également être établi par un membre de l'équipe pluridisciplinaire. Si ce n'est pas le cas, le contact du 11^e mois devra être établi par un médecin-conseil. Certaines exceptions pourront également s'appliquer sur la base d'une décision du médecin-conseil, d'une présomption légale ou si un trajet CODEX est en cours.

Wat zijn de grote lijnen van die koninklijke besluiten? Het hele proces rond de erkenning van de arbeidsongeschiktheid start bij de ontvangst van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid en de erkenning of weigering van de arbeidsongeschiktheid door de adviserend arts. De tweede stap is het versturen van de vragenlijst na 10 weken arbeidsongeschiktheid. Algemeen vinden dan minstens twee fysieke contacten plaats die gelinkt zijn aan de primaire arbeidsongeschiktheid, met name het contact in de loop van de vierde en de zevende maand arbeidsongeschiktheid, alsook minstens één fysiek contact dat gelinkt is aan de invaliditeit, het contact tijdens de elfde maand in verband met de intrede in de invaliditeit. Tijdens de periode van invaliditeit volgen er daarna nog contacten.

Natuurlijk zijn er uitzonderingen op die verplichting, met name:

- als er een wettelijk vermoeden van toepassing is;
- wegens de ernst van de pathologie.

Het contact in de loop van de vierde maand is ook verplicht als al een TNW-traject op vraag van de verzekerde werd aangevat na toestemming van de adviserend arts. Routing B kan normaal verder lopen in afwachting van dat contact. Het contact in de loop van de zevende maand kan wegvallen als een TNW-traject op vraag van de verzekerde werd gestart, na toestemming van de adviserend arts (routing B). Want daar gebeurt de opvolging al door de TNW-C. In de conceptnota wordt meer gedetailleerd omschreven over welke mensen het kan gaan.

Belangrijk is ook dat ter gelegenheid van elk contact een nieuwe inschatting van de restcapaciteiten plaatsvindt. Het doel van die contacten is dus: nagaan of nog voldaan is aan de voorwaarden om als arbeidsongeschikt erkend te worden, maar ook telkens opnieuw in te schatten welke kansen zich voordoen om terug aan het werk te gaan.

Vanaf het contact in de loop van de elfde maand zal de frequentie van de verplichte fysieke contacten aangepast worden aan de situatie van de persoon in kwestie. Als het contact in de zevende maand met een adviserend arts plaatsvond, dan kan dat in de elfde maand ook met een lid van het multidisciplinair team. Maar als dat niet het geval is, dan moet dat contact tijdens de elfde maand met een adviserend arts plaatsvinden. Ook hier zijn opnieuw een aantal uitzonderingen mogelijk op basis van een beslissing door de adviserend arts, een wettelijk vermoeden of als er een CODEX-traject loopt.

Pour le suivi, la fréquence sera adaptée à l'évaluation (catégorisation). Il importe de noter qu'il s'agira toujours de périodes maximales. Le médecin-conseil pourra toujours décider de revoir les personnes concernées plus tôt ou plus régulièrement:

- Catégorie 2: maximum 5 ans.
- Catégorie 3: maximum 2 ans.
- Catégorie 4: maximum 1 an. L'assuré sera orienté vers le trajet de retour au travail-C.
- Programme de réintégration en cours "CODEX" (régime des travailleurs salariés): maximum 1 an.
- Durée de l'activité autorisée (article 100, § 2): ce point sera examiné plus en détail au sein d'un groupe de travail.
- Trajet continu B/C: maximum 1 an.
- Assuré placé dans la catégorie 4 par le passé mais refusant tout trajet: maximum 1 an.

3. Le rôle du Conseil médical de l'invalidité (CMI)

Ce Conseil effectuera les contrôles pour reconnaître l'incapacité de travail au moyen de deux procédures distinctes:

- le traitement manuel des dossiers;
- le contrôle thématique.

Le CMI effectuera ses contrôles à l'aide de flux de données qui transitent par les applications IDEs depuis l'organisme assureur vers l'INAMI. La note conceptuelle énumère tous les flux de données qui sont inclus dans le traitement manuel. Il s'agit par exemple de régularisations suite à un litige, d'une annulation d'une période d'invalidité déjà reconnue, etc.

Chaque flux d'invalidité entrant dans le traitement manuel de dossier sera traité par un médecin du Service des indemnités. Au total, nous estimons qu'actuellement cela concerne environ 20.000 dossiers par an.

En outre, des contrôles thématiques seront également mis en place. Tous les flux n'entrant pas dans le traitement manuel seront automatiquement approuvés par le CMI, mais ils pourront donc effectivement faire l'objet d'un contrôle thématique.

Voor het vervolg wordt de frequentie afgestemd op de inschatting (categorisering) die werd gemaakt. Belangrijk om op te merken is dat het hier telkens gaat om maximale periodes. De adviserend arts kan dus altijd beslissen om de betrokkenen sneller of regelmatig te zien:

- categorie 2: maximum 5 jaar;
- categorie 3: maximum 2 jaar;
- categorie 4: maximum 1 jaar. De verzekerde wordt doorverwezen naar de TNW-C;
- lopend re-integratietraject "CODEX" (stelsel loontrekkenden): maximum 1 jaar;
- duur van de toegelaten activiteit (artikel 100, § 2): dat zal verder worden besproken in een werkgroep;
- lopende routing B/C: maximum 1 jaar;
- de verzekerde werd in het verleden in categorie 4 geplaatst, maar weigert elk traject: maximum 1 jaar.

3. De rol van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI)

Die raad zal controles op de erkenningen arbeidsongeschiktheid uitvoeren via twee verschillende procedures:

- manuele dossierbehandeling;
- thematische controle.

De GRI voert zijn controles uit aan de hand van datafluxen die via de IDEs-toepassingen doorstromen vanuit de verzekeringsinstelling naar het RIZIV. De conceptnota bevat een opsomming van alle data-fluxen die opgenomen worden in de manuele behandeling. Het gaat bijvoorbeeld om regularisaties na een geschil, een annulering van een reeds erkende periode invaliditeit enzovoort.

Elke flux inzake invaliditeit die in de manuele dossierbehandeling terechtkomt, wordt behandeld door een arts van de Dienst voor uitkeringen. In totaal gaat het momenteel naar schatting om ongeveer 20.000 dossiers per jaar.

Daarnaast voeren worden ook de thematische controles ingevoerd. Alle fluxen die niet in de manuele behandeling zijn terechtgekomen, worden automatisch goedgekeurd door de GRI, maar kunnen dus aan een thematische controle onderworpen worden.

Les thèmes seront décidés par le Service des indemnités de l'INAMI. Le Comité de gestion confirmera, sur présentation du fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités, le contenu de ces contrôles thématiques.

Le Service examinera trois thèmes par an. L'un des trois thèmes est structurel, à savoir la reconnaissance jusqu'à l'âge de la pension. Les deux autres thèmes pourront être définis sur la base de constats effectués lors du traitement manuel de dossier sur la base d'analyses internes des données dans les différents flux dont dispose le Service des indemnités.

Le Service des indemnités procédera à la rédaction d'un rapport. Ce rapport contiendra les résultats du contrôle thématique, une analyse de ces résultats et des propositions de directives pour les médecins-conseils.

Le Service des indemnités soumettra ce rapport à la Commission supérieure pour avis, après quoi le Comité de gestion sera chargé de définir les directives sur la base de ce rapport et de l'avis de la Commission supérieure.

II. — DISCUSSION GÉNÉRALE

a. Questions et observations des membres

Mme Valerie Van Peel (N-VA) salue le projet de loi à l'examen, qui – sans être révolutionnaire – est cependant assez audacieux, venant d'un ministre de l'actuelle coalition gouvernementale. Il marque en effet une étape dans l'amélioration des procédures d'évaluation des incapacités de travail, en ce qu'il instaure la possibilité de vérifier, à intervalles réguliers, la pertinence du maintien en incapacité de travail; les personnes reconnues en incapacité de travail le sont en effet sans limite dans le temps, et sont encore trop souvent laissées sous ce statut jusqu'à l'âge de la pension, sans réelles perspectives de révision de ce statut, ni de retour au travail.

Le projet permettra d'opérer une première catégorisation dans les incapacités de travail, pour rencontrer les différentes situations qui peuvent se présenter: si cela n'a guère de sens de contrôler les personnes atteintes de pathologies chroniques lourdes, il s'indique par contre, dans bon nombre de cas, de vérifier la pertinence du maintien de l'incapacité de travail.

L'intervenante note que le projet réserve la possibilité d'accorder dans certaines hypothèses une reconnaissance d'incapacité jusqu'à la pension: quels seront les

Over de thema's wordt beslist door de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV. Het Beheerscomité bevestigt, op voorlegging van de leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen, de inhoud van die thematische controles.

De Dienst zal jaarlijks drie thema's onderzoeken. Eén daarvan is structureel, namelijk de "erkenning tot pensioenleeftijd". De andere twee thema's kunnen worden gedefinieerd op basis van vaststellingen tijdens de manuele dossierbehandeling, op basis van interne analyses van de data in de verschillende fluxen waarover de Dienst voor uitkeringen beschikt.

De Dienst voor uitkeringen gaat over tot het opstellen van een verslag. Dat bevat de resultaten van de thematische controle, een analyse ervan en voorstellen van richtlijnen voor de adviserend artsen.

De Dienst voor uitkeringen legt dat verslag ter advies voor aan de Hoge commissie, waarna het aan het Beheerscomité toekomt de richtlijnen vast te stellen op basis van dit verslag en het advies van de Hoge commissie.

II. — ALGEMENE BESPREKING

a. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA) is blij met dit wetsontwerp dat – zonder revolutionair te zijn – toch redelijk gewaagd is, komende van een minister van de huidige regeringscoalitie. Het betekent inderdaad een stap naar beter processen ter beoordeling van de arbeidsongeschiktheid, aangezien het de mogelijkheid invoert om op regelmatige tijdstippen na te gaan of het nog relevant is de arbeidsongeschiktheid te handhaven; vandaag wordt de arbeidsongeschiktheid immers zonder beperking in de tijd erkend en blijven de als arbeidsongeschikt erkende personen vaak tot aan hun pensioenleeftijd die status behouden, zonder echte vooruitzichten op een herziening van die status of een terugkeer naar het werk.

Dankzij het wetsontwerp zal een eerste categorisering in de arbeidsongeschiktheden kunnen worden doorgevoerd, om in te spelen op de verschillende situaties die zich kunnen voordoen: hoewel het bijna geen zin heeft mensen met zware chronische ziekten te controleren, is het daarentegen in veel gevallen raadzaam na te gaan of het nog relevant is de arbeidsongeschiktheid te handhaven.

Aangaande de in het wetsontwerp vervatte mogelijkheid om in bepaalde gevallen de erkenning van de ongeschiktheid tot aan het pensioen te doen lopen,

critères retenus par le Conseil médical de l'invalidité pour définir ces cas pouvant donner lieu à une telle reconnaissance d'incapacité? Quelle sera la procédure à suivre? Les intentions du ministre sont sans doute bonnes, mais l'intervenante aperçoit dans cette exception aux principes mis en œuvre par le projet un risque de voir le nombre de personnes mises en incapacité jusqu'à l'âge de la pension sans aucun contrôle effectif rester à un niveau élevé: une incapacité de travail octroyée sans limite de temps présente en effet l'avantage, pour la mutuelle, de simplifier son travail et de réduire ses coûts administratifs et de contrôle.

De manière plus générale, le point faible de ce projet est qu'il maintient les mutuelles dans une double fonction dont le cumul n'est pas très sain: à côté de la mission de dispensateur d'un service social, la mutuelle est également chargée de contrôler que ce service a été accordé – par elle-même – de manière régulière. Compte tenu de leur volonté de conserver autant que possible leurs affiliés, il est légitime de penser que les mutuelles ne sont en général pas tentées de faire preuve de zèle dans le cadre de leur mission de contrôle.

Un autre élément de préoccupation concerne le rôle réel de l'équipe multidisciplinaire: officiellement, celle-ci devrait permettre d'alléger la charge de travail du médecin-conseil, qui pourra dès lors se concentrer sur ses tâches plus spécifiquement médicales. Mais l'intervenante craint que la multidisciplinarité n'aboutisse à rendre les procédures plus complexes, en créant des doublons ou des goulets d'étranglement dans l'organisation de la procédure de reconnaissance de l'incapacité de travail.

Concernant le rôle des médecins-conseils, l'intervenante souligne que ceux-ci ne sont pas réputés pour être les meilleurs promoteurs de la réintégration au travail, y compris à temps partiel, dès lors que la personne en incapacité de travail ne manifeste pas le souhait de reprendre le travail. Or, sous sa forme actuelle, le certificat médical a des effets pervers, car il implique un choix binaire: être malade ou reprendre le travail, avec pour conséquence que les travailleurs attendent plus longtemps que nécessaire avant de reprendre le travail.

À cet égard, l'intervenante rappelle la proposition de loi qu'elle a déposé avec d'autres membres de son groupe (proposition de loi modifiant la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail en vue d'instaurer un certificat d'aptitude au travail et de faciliter la reprise rapide du travail par les travailleurs malades, DOC 55 1653/001), prévoyant d'assortir le certificat médical d'un point relatif à l'aptitude au travail; dans cette optique, le certificat médical, délivré par le médecin généraliste, serait assorti d'une option, ouverte au travailleur, lui permettant de concilier sa maladie avec

vraagt de spreekster welke criteria de Geneeskundige raad voor invaliditeit daartoe in aanmerking zal nemen. Welke procedure zal moeten worden gevolgd? De minister heeft wellicht goede bedoelingen, maar volgens de spreekster dreigt die uitzondering op de door het wetsontwerp ingestelde principes ertoe te leiden dat nog veel mensen zonder enige effectieve controle tot aan de pensioenleeftijd als arbeidsongeschikt zullen worden erkend: een in de tijd onbeperkte arbeidsongeschiktheid vereenvoudigt immers het werk van het ziekenfonds, dat aldus ook minder administratieve en controlekosten heeft.

Algemener bestaat de zwakte van dit ontwerp erin dat het de ziekenfondsen nog altijd een dubbele functie toebedeelt: niet alleen kent het ziekenfonds die sociale dienst toe, bovendien moet het zelf controleren of die toekenning volgens de regels gebeurt – niet bepaald een koosjere cumulatie. Aangezien de ziekenfondsen zoveel mogelijk leden willen behouden, kan met reden worden gedacht dat ze doorgaans niet geneigd zullen zijn veel ijver aan de dag te leggen bij hun controleopdracht.

Een ander zorgpunt betreft de echte rol van het multidisciplinair team: officieel zou dat de werklast van de adviserend arts moeten kunnen verlichten, opdat die zich kan toespitsen op zijn specifiek medische taken. De spreekster vreest echter dat de multidisciplinariteit de procedures alleen maar ingewikkelder zal maken, door dubbel werk te veroorzaken of een bottleneck te creëren in de organisatie van de erkenningsprocedure inzake arbeidsongeschiktheid.

Wat de rol van de adviserend artsen betreft, benadrukt de spreekster dat die niet bekend staan als de grootste promotoren van – al was het maar deeltijdse – arbeidsreintegratie wanneer de arbeidsongeschikte niet aangeeft het werk te willen hervatten. Het bestaande medisch getuigschrift heeft echter neveneffecten aangezien het een binaire keuze impliceert: ziek zijn of het werk hervatten, wat ervoor zorgt dat werknemers in veel gevallen langer dan nodig wachten om opnieuw aan de slag te gaan.

In dat verband herinnert de spreekster aan het wetsvoorstel dat zij met andere leden van haar fractie heeft ingediend (wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, tot invoering van een geschiktheidsattest en teneinde de vlotte wedertewerkstelling van zieke werknemers te ondersteunen, DOC 55 1653/001). Dat wetsvoorstel beoogt het medisch getuigschrift te koppelen aan een arbeidsgeschiktheidsvoorwaarde. Concreet zou het door de huisarts afgeleverde medisch getuigschrift een optie bevatten ten behoeve van de werknemer, waardoor

son emploi, et invitant l'employeur comme le travailleur à réfléchir aux possibilités d'emploi subsistantes.

Enfin, autre écueil du projet, celui des moyens accordés aux mutuelles: la mise en place d'équipes multidisciplinaires au sein des mutuelles va encore renforcer le rôle central que celles-ci jouent dans la gestion des prestations de la sécurité sociale, et entraînera à terme encore une augmentation de leurs frais de fonctionnement. Ces équipes multidisciplinaires, tout comme les médecins-conseils à l'heure actuelle, seront composées de salariés des mutuelles, rendant assez théorique le contrôle qui doit s'exercer sur les affiliés.

M. Louis Mariage (Ecolo-Groen) rappelle la forte augmentation du nombre d'incapacités de travail et de malades de longue durée, ce qui est interpellant en ce qui concerne la situation dans le monde du travail.

Il faut aider les personnes concernées à revenir au travail, dans le respect des situations qu'elles peuvent vivre. Cela suppose donc un accompagnement sérieux, proportionné et sans pression excessive sur les personnes concernées. Le ministre peut-il confirmer qu'il partage cette vision?

Le dispositif en projet prévoit une sanction à l'encontre du titulaire qui ne se présenterait pas à une évaluation sans apporter une justification valable. Quel est le contenu de cette notion de "justification valable"? Peut-on s'attendre à ce que cette notion reçoive une interprétation uniformisée d'un organisme assureur à l'autre et, au sein d'un même organisme assureur, d'une équipe multidisciplinaire à l'autre?

Enfin, ne serait-il pas opportun de profiter de l'occasion pour adapter le questionnaire d'évaluation? Cela devra en tout état de cause se faire lors de l'évaluation prévue en 2024.

Mme Ellen Samyn (VB) indique que son groupe est favorable à l'approche holistique du ministre, qui ne se focalise pas que sur l'aspect médical, mais fait le bilan de la situation personnelle complète des personnes en incapacité de travail. Cette méthode permet de mieux s'attaquer aux problèmes et de rechercher un travail adapté, le cas échéant.

Là où un problème pourrait se poser, c'est qu'il faut évidemment trouver du personnel en nombre suffisant. Quelles sont les intentions du ministre en la matière?

M. Christophe Bombled (MR) souhaite savoir comment s'élaboreront les processus d'évaluation des cas

die ziekte en werk kan verzoenen; daarbij zou zowel de werkgever als de werknemer worden gevraagd na te denken over de resterende arbeidsmogelijkheden.

Een ander struikelblok in het wetsontwerp behelst, tot slot, de aan de ziekenfondsen toegekende middelen: de instelling van multidisciplinaire teams binnen de ziekenfondsen zal hun centrale rol in het beheer van de prestaties van de sociale zekerheid nog versterken en op termijn hun werkingskosten nog verhogen. De leden van de multidisciplinaire teams zullen, net als de adviserend artsen nu, werknemers zijn van de ziekenfondsen, wat de op de leden uit te oefenen controle veeleer theoretisch zal maken.

De heer Louis Mariage (Ecolo-Groen) herinnert aan de sterke stijging van het aantal arbeidsongeschikten en langdurig zieken, wat te denken geeft over de toestand op arbeidsvlak.

De betrokkenen moeten worden geholpen om opnieuw aan de slag te gaan, met respect voor hun situatie. Dat veronderstelt dus een ernstige en evenredige begeleiding, zonder buitensporige druk. Kan de minister bevestigen dat hij die visie deelt?

De ontworpen regeling voorziet in een sanctie ten aanzien van de gerechtigde die zich zonder geldige rechtvaardiging niet zou aanbieden voor een evaluatie. Wat moet worden verstaan onder "geldige rechtvaardiging"? Kan worden verwacht dat alle verzekeringsinstellingen, verzekeraars en multidisciplinaire teams dat begrip eenvormig zullen interpreteren?

Is tot slot de tijd niet rijp voor een aanpassing van evaluatievragenlijst? Dat zal in ieder geval moeten gebeuren bij de geplande evaluatie in 2024.

Mevrouw Ellen Samyn (VB) geeft aan dat haar fractie voorstander is van de holistische aanpak van de minister, door niet alleen te focussen op het medisch aspect, maar de volledige persoonlijke situatie van arbeidsongeschikten in kaart te brengen. Zo kunnen de problemen beter worden aangepakt en kan eventueel aangepast werk gezocht worden.

Een mogelijk probleem is dat er uiteraard voldoende personeel gevonden moet worden. Wat zijn de plannen van de minister op dit gebied?

De heer Christophe Bombled (MR) wil weten hoe de processen ter beoordeling van de arbeidsongeschiktheid

d'incapacité de travail. Ce sont bien les mutuelles et les médecins-conseils qui en conserveront pour l'essentiel la maîtrise?

L'intervenant attire l'attention du ministre sur la pénurie qui frappe la profession de médecins-conseils, jugée peu attractive: il y en a actuellement à peine 200, pour près de 500.000 personnes en incapacité de travail. Un rapide calcul permet de déterminer que cela représente près de 2.500 dossiers par médecin-conseil. Le projet entend diminuer cette charge de travail, mais l'intervenant souhaiterait que le ministre apporte des précisions sur ce point: quelle part du travail actuellement dévolu au médecin-conseil va-t-elle être effectivement prise en charge par les équipes multidisciplinaires?

Mme Nahima Lanjri (cd&v) souligne l'importance d'un accompagnement effectif des malades de longue durée, qui est une condition essentielle si on vise un retour à l'emploi pour tous ceux pour qui cette option peut être envisagée.

Il convient de rappeler qu'en l'espace de dix ans, le nombre des personnes en incapacité de travail a augmenté de 67 %; dans le même temps, le nombre des médecins-conseils n'a évidemment pas évolué dans les mêmes proportions, compte tenu des mesures d'économie demandées aux organismes assureurs.

Le projet prévoit de mettre en place des équipes multidisciplinaires, qui seront chargées – avec le médecin-conseil – d'évaluer l'incapacité de travail dans sa durée, dans la perspective d'un retour à l'emploi. Cela devrait réduire la charge de travail des médecins-conseils, pour autant que des moyens suffisants soient prévus au niveau des mutuelles; cela sera-t-il effectivement le cas?

L'intervenante attire l'attention du ministre sur le fait que, dans le secteur public, il existe des réglementations qui font obstacle à un retour partiel à l'emploi inférieur à 50 % du temps de travail; c'est par exemple le cas dans l'enseignement flamand. Ces réglementations ne permettent donc pas une reprise du travail qui soit réellement progressive, à 20 % par exemple, même lorsque une telle reprise progressive est préconisée par le médecin-conseil. Le ministre pourrait-il envisager de lancer une concertation avec sa collègue compétente pour la Fonction publique au niveau fédéral, ainsi qu'avec les autres niveaux de pouvoir, afin de faire évoluer ces réglementations d'un autre temps?

M. Gaby Colebunders (PVDA-PTB) commence par remercier le ministre pour les informations (l'arrêté royal et la note) qu'il a fournies avant la discussion du texte à l'examen.

tot stand zullen komen. Blijven de ziekenfondsen en de adviserend artsen wel degelijk aan zet?

De spreker vestigt de aandacht van de minister op het nijpend gebrek aan adviserend artsen, een beroep dat weinig aantrekkelijk wordt bevonden: momenteel zijn er nauwelijks 200 voor bijna 500.000 arbeidsongeschikten. Een snelle berekening leert dat dat overeenkomt met bijna 2.500 dossiers per adviserend arts. Het wetsontwerp strekt ertoe die werklast te verminderen, maar de spreker zou daarover verduidelijkingen willen van de minister: welk deel van het werk dat thans toevallt aan de adviserend arts zal effectief door de multidisciplinaire teams worden overgenomen?

Mevrouw Nahima Lanjri (cd&v) beklemtoont dat het belangrijk is langdurig zieken effectief te begeleiden, een essentiële voorwaarde als men echt de terugkeer naar werk wil bevorderen voor al diegenen voor wie die optie denkbaar is.

Ter herinnering: het aantal arbeidsongeschikten is in tien jaar tijd met 67 % gestegen; tegelijk is het aantal adviserend artsen uiteraard niet in dezelfde mate mee gestegen, rekening houdend met de aan de verzekeringsinstellingen gevraagde besparingsmaatregelen.

Het wetsontwerp bepaalt dat multidisciplinaire teams zullen worden ingezet die – met de adviserend arts – verantwoordelijk zullen zijn voor de evaluatie van de duur van de arbeidsongeschiktheid, met het oog op een terugkeer naar het werk. Dat zou de werklast van de adviserend artsen moeten verminderen, voor zover de ziekenfondsen voldoende middelen zullen krijgen; zal dat effectief het geval zijn?

De spreekster wijst er de minister op dat in de overheidssector regelgeving bestaat die een gedeeltelijke terugkeer naar het werk van minder dan 50 % van de werktijd verhindert; dat is bijvoorbeeld zo in het Vlaams onderwijs. Die regelgeving maakt dus geen werkhervatting mogelijk die werkelijk progressief is, bijvoorbeeld te beginnen met 20 %, zelfs niet indien een dergelijke geleidelijke hervatting door de adviserend arts wordt aanbevolen. Kan de minister overwegen overleg op te starten met zijn op federaal niveau voor het openbaar ambt bevoegde collega, alsook met de andere beleidsniveaus, teneinde die voorbijgestreefde regelgeving te doen evolueren?

De heer Gaby Colebunders (PVDA-PTB) bedankt allereerst de minister voor de informatie (het koninklijk besluit en de conceptnota) die hij vóór de bespreking van deze tekst heeft verstrekt.

Le cœur de la question se retrouve dans la note elle-même: le principal moteur de l'afflux de demandes en matière de maladie et d'invalidité est le nombre croissant de salariés et d'indépendants qui sont physiquement et/ou mentalement surmenés au travail, des personnes qui finissent chez le médecin pour des troubles psychosociaux ou des troubles musculo-squelettiques (TMS). En d'autres termes, ils tombent malades à cause de leur travail, de la manière dont il est organisé, des missions imposées par l'employeur et de l'attitude de laisser-faire des services publics.

Mais plutôt que de s'attaquer à la cause de l'afflux massif de malades de longue durée, on revient encore et encore sur le fait que les travailleurs doivent sortir de l'incapacité de travail.

Si ce gouvernement mettait autant d'énergie à interpellier et à contrôler les managers qui, structurellement, en demandent trop à leur personnel, ou à maintenir un environnement de travail sain, le problème serait en partie résolu.

Si le projet de loi à l'examen ne contient pas que des mauvaises choses, il sert avant tout à gérer les conséquences de l'absentéisme pour les employeurs.

L'intervenant déplore l'utilisation, dans la version néerlandaise, du terme "restcapacité". Si l'on tape ce terme dans Google, la première page qu'on obtient nous apprend comment calculer la capacité résiduelle de mon chariot élévateur. Les gens sont ainsi totalement réduits à leur valeur économique, comme si la population active ne valait pas mieux qu'une flotte de chariots élévateurs.

Le ministre pourrait-il expliciter les instruments mis à la disposition des médecins-conseils et des équipes pluridisciplinaires pour apprécier cette "restcapacité"? Comment cette notion est-elle ancrée dans la loi, comment est-elle définie, comment les médecins et les psychologues pourront-ils évaluer correction la situation professionnelle présente ou future d'un travailleur sachant que l'employabilité est également liée à l'environnement de travail et aux tâches à accomplir. Comment éviteront-ils qu'une personne qui n'est pas prête doive reprendre le travail à plein temps?

Un aspect positif concerne la réforme du processus d'évaluation de l'invalidité, qui évolue vers une approche multidisciplinaire.

Depuis le début de cette législature, il a beaucoup été question de la surcharge de travail des médecins-conseils, un problème que le ministre a géré de manière rapide et judicieuse.

De kern van de zaak wordt aangehaald in de conceptnota: de grote motor achter de instroom in de ziekte en de invaliditeit is het stijgende aantal werknemers en zelfstandigen dat op het werk fysiek en/of mentaal overbelast geraakt. Dat zijn de mensen die uiteindelijk bij de dokter terecht komen met psychosociale aandoeningen of musculoskeletale aandoeningen (MSA). Met andere woorden: ze worden ziek door hun werk, door de arbeidsorganisatie, door de opdrachten die de werkgever oplegt en door de laissez-fairehouding van de overheid.

Maar in plaats van de oorzaak van de grote instroom in de langdurige ziekte aan te pakken, ligt de focus vandaag weer op de uitstroom uit de arbeidsongeschiktheid.

Zou deze regering evenveel energie steken in het aanklappen en controleren van managers die structureel te veel vragen aan hun personeel, of in het handhaven van een gezonde werkvloer, dan zou het probleem deels opgelost zijn.

Et staan niet alleen slechte zaken in dit wetsontwerp, maar eigenlijk dient het om de gevolgen van het verzuim van de werkgevers te managen.

De spreker betreurt het gebruik van het begrip "restcapaciteit". Als men dat intypt op google, luidt de eerste pagina die uit de zoekopdracht komt: "hoe bereken ik de restcapaciteit van mijn heftruck?" Mensen worden zo helemaal herleid tot hun economische waarde, alsof de werkende bevolking niet beter is dan een vloot heftrucks.

Kan de minister grondig toelichten welke instrumenten de adviserend artsen en de multidisciplinaire teams meekrijgen om over die restcapaciteit te oordelen? Hoe is dat begrip wettelijk verankerd, hoe wordt het gedefinieerd, hoe zullen de artsen en psychologen correct iemands huidige of toekomstige werksituatie kunnen inschatten? De inzetbaarheid heeft natuurlijk ook met de omgeving en de taken te maken. Hoe gaat men voorkomen dat iemand die daar niet klaar voor is, volop terug naar het werk moet?

Een positief aspect betreft de hervorming van het beoordelingsproces van de arbeidsongeschiktheid in de richting van een multidisciplinaire benadering.

Sinds het begin van deze legislatuur wordt er veel gesproken over de overbelasting van de adviserend artsen. Dat heeft de minister snel en verstandig aangepakt.

Entre-temps, le ministre a-t-il déjà reçu des signes d'amélioration de la part des mutualités? Parviendra-t-il à constituer ces équipes et à recruter les bonnes personnes?

L'intervenant pose encore les questions suivantes:

— Cette réorganisation entraînera-t-elle une augmentation des contrôles médicaux (par les médecins) et des contacts physiques (par les membres des équipes pluridisciplinaires)? Le ministre pourrait-il donner une estimation?

— Quelles seront les conséquences pour les personnes malades absentes lors des nouveaux contrôles médicaux et contacts physiques? Comment sera organisé leur suivi?

— Les médecins et les équipes pluridisciplinaires devront-ils utiliser les fiches ReAT pour estimer la durée pendant laquelle les bénéficiaires peuvent rester en maladie?

— L'intention du ministre est-elle d'organiser un dispositif de sortie de l'incapacité? Autrement dit, cette réorganisation a-t-elle pour objectif de sortir un certain nombre de malades de l'incapacité de travail et le gouvernement tient-il compte d'une éventuelle économie en matière d'indemnités?

— Qu'advient-il des personnes déclarées en bonne santé? Le ministre s'attend-il à ce que l'afflux retombe sur le chômage, l'allocation de remplacement des revenus (ARR) ou le revenu d'intégration? Dans l'affirmative, ces "circuits" feront-ils également l'objet d'un suivi approprié?

Dans la note conceptuelle, le ministre reconnaît que les mutualités connaissent des difficultés financières, tout en ajoutant que cette mesure est neutre sur le plan budgétaire. Le ministre pourrait-il s'expliquer? Pourquoi ne pas prévoir des moyens supplémentaire en faveur des mutualités pour mener à bien cette réorganisation? Pourquoi sont-elles menacées de sanctions à hauteur de 0,5 % des frais administratifs?

Mme Tania De Jonge (Open Vld) souligne que le projet de loi à l'examen entraîne une modification importante dans la politique relative à l'évaluation de l'incapacité de travail et à la réintégration des personnes en incapacité de travail de longue durée.

Jusqu'à présent, c'est le médecin-conseil de la mutualité qui jouait le rôle principal. C'est lui/elle qui devait évaluer le degré d'incapacité, estimer ensuite qu'elles étaient les capacités restantes de l'intéressé pour,

Heeft de minister ondertussen al tekenen van beterschap opgevangen vanuit de ziekenfondsen? Zal het lukken het om die teams samen te stellen en de juiste mensen aan te werven?

De spreker stelt nog de volgende vragen:

— Zullen er door deze reorganisatie meer medische controles (door de artsen) en fysieke contacten (door leden van de multidisciplinaire teams) plaatsvinden? Kan de minister een inschatting geven?

— Wat zijn de gevolgen voor zieken die afwezig zijn op de nieuwe medische controles en fysieke contacten? Hoe zal dat opgevolgd worden?

— Zullen de artsen en multidisciplinaire teams de TNW-fiches moeten gebruiken om in te schatten hoe lang de rechthebbenden ziek kunnen blijven?

— Is het de bedoeling van de minister om een uitstroombaan te organiseren? Of anders gezegd: hangt aan deze reorganisatie de doelstelling vast om een bepaald aantal zieken uit de arbeidsongeschiktheid te laten stromen en houdt de regering rekening met een mogelijke besparing op de uitkeringen?

— Waar zullen mensen die gezond verklaard worden terecht komen? Verwacht de minister een doorstroom naar werkloosheid, IVT of leefloon. Zo ja, zullen dergelijke "routes" ook goed opgevolgd worden?

In de conceptnota erkent de minister dat de ziekenfondsen het financieel moeilijk hebben. Hij voegt daaraan toe dat deze maatregel budgetneutraal is. Kan de minister daarover uitleg geven? Waarom worden er geen extra middelen uitgetrokken opdat de ziekenfondsen deze reorganisatie kunnen doorvoeren? Waarom worden ze zelf bedreigd met sancties van 0,5 % van de administratieve kosten?

Mevrouw Tania De Jonge (Open Vld) beklemtoont dat dit wetsontwerp het beleid inzake de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en de re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten fors bijstuurt.

Tot nu toe waren de adviserend artsen bij de ziekenfondsen de absolute spil van dat beleid. Zij moesten de staat van arbeidsongeschiktheid evalueren, vervolgens de restcapaciteiten van de betrokkene beoordelen en

finale­ment, pi­lo­ter la réin­te­gra­tion so­cio­pro­fes­sion­nelle sur cette ba­se.

Le nom­bre de per­son­nes en in­ca­pa­ci­té de tra­vail a tou­te­fois connu une hausse spec­ta­cu­laire depuis l'é­la­bo­ra­tion de cette po­li­tique, et il n'est ni pos­si­ble ni sou­hai­table d'aug­men­ter pro­por­tion­nel­le­ment le nom­bre de mé­de­cins-con­seils. En ou­tre, un grand nom­bre de ces ma­la­des de lon­gue du­rée souf­frent d'une ma­la­die psy­cho­lo­gique (celles-ci sont à la ba­se de plus de 36 % de l'in­ca­pa­ci­té de tra­vail de plus d'un an) ou d'une ma­la­die mus­cu­lo­ske­le­ti­que né­ces­si­tant une ex­per­tise spé­ci­fique. C'est pour­quoi une ap­pro­che plus ho­lis­ti­que sera doré­na­vant pri­vilé­giée. Des é­qui­pes mul­ti­dis­ci­pli­naires dev­ront sou­te­nir le mé­de­cin-con­seil de l'or­ga­nisme as­su­reur dans le ca­dre de l'é­va­lua­tion de l'in­ca­pa­ci­té de tra­vail et des ca­pa­ci­tés res­tantes en vue de la réin­te­gra­tion.

Il s'a­git donc d'une nou­velle é­ta­pe dans la sé­rie de me­su­res qui ont été prises sous l'ac­tu­elle lé­gis­la­ture dans le ca­dre du plan Re­tour au tra­vail du gou­ver­nement, qui s'appuie sur les ja­lons posés par les an­ciens mi­nis­tres De Block et Peeters. Les tra­jets de re­tour au tra­vail ont été mo­di­fiés et le rôle de coor­di­na­teur Re­tour au tra­vail, qui doit jouer un rôle clé dans la réin­te­gra­tion, a été créé.

Con­crète­ment, le pro­jet de loi à l'exa­men ancre donc dans la loi coor­don­née du 14 juil­let 1994 le rôle d'une é­qui­pe mul­ti­dis­ci­pli­naire au sein des mu­tu­ali­tés en vue de l'é­va­lua­tion de l'in­ca­pa­ci­té de tra­vail et des ca­pa­ci­tés res­tantes. Cette é­qui­pe se com­pose d'un ergo­thé­ra­peute, d'un ki­né­si­thé­ra­peute, d'un psy­cho­logue cli­ni­cien et d'un in­fir­mier. Ces per­son­nes tra­vail­lent en au­tonomie et le mé­de­cin-con­seil de­meure le res­pon­sa­ble final du suivi du do­ssier mé­di­cal.

Cette nou­velle struc­ture dev­rait per­mettre d'amé­li­orer le pro­ces­sus dé­ci­sion­nel dans le ca­dre de l'é­va­lua­tion de l'in­ca­pa­ci­té de tra­vail et des ca­pa­ci­tés res­tantes de la per­son­ne en in­ca­pa­ci­té de tra­vail.

Ce pro­ces­sus sera en ou­tre suivi de ma­nière thé­ma­tique. Les mé­de­cins du Ser­vice des in­dem­ni­tés de l'INAMI ap­por­te­ront leur con­tri­bu­tion en four­nis­sant au Co­mité de ges­tion du Ser­vice des in­dem­ni­tés des an­alyses sur la ma­nière dont se dé­rou­le l'é­va­lua­tion de l'in­ca­pa­ci­té (ou de la ca­pa­ci­té) de tra­vail sur le ter­rain ain­si que des sug­ges­tions d'amé­li­o­ra­tion.

Le pro­jet de loi à l'exa­men doit être lu con­jointe­ment avec deux ar­rê­tés royaux en­voyés par le ca­bi­net, qui in­tro­duisent des pé­ri­odes ma­xi­males de suivi par caté­go­rie d'in­ca­pa­ci­té de tra­vail.

op ba­sis daar­van de so­ciaal­pro­fes­sio­nele re-in­te­gra­tie aan­sturen.

Maar het aan­tal arbeidsongeschikten is enorm toe­ge­no­men sinds dit be­leid vorm heeft ge­kre­gen en het is niet mo­ge­lijk en wen­se­lijk om het aan­tal ad­vi­se­rend arts­en na­venant te doen stij­gen. Bo­ven­dien lijdt een aan­zien­lijk deel van de lang­du­rig zie­ken aan een psy­chische aan­doe­ning (ruim 36 % van de arbeidsongeschiktheid van meer dan een jaar) of aan een mus­cu­lo­ske­le­ta­le aan­doe­ning die een an­dere ex­per­tise vereist. Da­arom kiest men voor een meer ho­lis­ti­sche be­na­de­ring. Voortaan moe­ten mul­ti­dis­ci­pli­naire teams de ad­vi­se­rend arts bin­nen de ver­ze­ke­rings­in­stel­lin­gen on­der­steunen bij de be­oor­de­ling van zowel de arbeidsongeschiktheid als de rest­ca­pa­ci­teiten, dat laatste met het oog op re-in­te­gra­tie.

Dit is dus een nou­we stap in een reeks maat­re­ge­len die tij­dens deze zit­tings­pe­ri­ode wer­den ge­no­men in het kader van het ter­ug-naar-werk­plan van de re­ge­ring, dat ver­der bouwt op wat de vo­rige mi­nis­ters De Block en Peeters in de stei­gers heb­ben ge­zet. Er kwamen her­vormde ter­ug-naar-werk­tra­jecten en ter­ug-naar-werk­co­ör­di­na­to­ren die sleutelfiguren moe­ten wor­den in de re-in­te­gra­tie.

Con­creet neemt dit ont­werp dus de rol van een mul­ti­dis­ci­pli­naire team bin­nen de zie­ken­fonds­en bij de be­oor­de­ling van zowel de arbeidsongeschiktheid als de rest­ca­pa­ci­teiten op in de ge­co­ör­di­neerde wet van 14 juli 1994. Een der­ge­lijk team be­staat uit een ergo­thé­ra­peute, een ki­né­si­thé­ra­peute, een kli­nisch psy­cho­lo­og en een ver­pleeg­kun­dige. Die men­sen wer­ken au­tonoom en de ad­vi­se­rend arts blijft eind­ver­an­to­wer­de­lijke voor de op­vol­ging van het me­disch do­ssier.

Op die ma­nier zou dus het be­sluit­vor­mings­pro­ces rond de be­oor­de­ling van de arbeidsongeschiktheid res­pec­tie­velijk de rest­ca­pa­ci­teiten van de arbeidsongeschikte ver­be­terd moe­ten wor­den.

Bo­ven­dien zal dat pro­ces op een the­ma­tische ma­nier op­ge­volgd wor­den. Arts­en van de Dienst voor uit­ke­ringen van het RIZIV ge­ven da­arin een voor­zet aan het Be­heers­co­mité van de uit­ke­rings­ver­ze­ke­ring, met an­alyses van hoe de be­oor­de­ling van arbeids(on) ge­schiktheid op het ter­rein ver­loopt en met sug­ges­ties over hoe die ver­be­terd kan wor­den.

Dit wet­son­werp moet sa­men ge­lezen wor­den met twee de koninklijke be­slu­ten, door­ge­stuurd door het ka­bi­net, waar­bij ma­xi­male pe­ri­odes voor de op­vol­ging per caté­go­rie van arbeidsongeschiktheid wor­den ge­in­tro­duceerd.

Toute personne qui tombe malade sera convoquée par sa mutualité pour un entretien physique après quatre, sept et onze mois. Des rendez-vous resteront également obligatoires après douze mois (début officiel de l'incapacité de travail de longue durée). Le calendrier précis dépend de l'évaluation de la mesure dans laquelle un retour au travail plus rapide est réaliste.

Le demi-million de personnes en incapacité de travail dans notre pays doit être une priorité. Cette situation est inacceptable, tant pour ces personnes (qui se sentent exclues) que pour la sécurité sociale et notre économie (compte tenu de la pénurie de main d'œuvre).

Sous la législature précédente, la ministre Maggie De Block a créé les trajets de réintégration et initié la responsabilisation. Sous l'actuelle législature, les mesures suivantes ont déjà été prises:

- l'introduction du questionnaire pour l'auto-évaluation des possibilités de retour;

- la création du rôle de coordinateur Retour au travail;

- la responsabilisation tant des personnes en incapacité de travail (si elles ne remplissent pas le questionnaire et ne se présentent pas aux entretiens) que des employeurs (qui ont un taux démesuré de travailleurs en incapacité) et des mutualités (dont une partie du financement dépend de leurs efforts en matière de réintégration). Une attention a également été accordée aux médecins généralistes: ils reçoivent des lignes directrices qui visent à les aider à déterminer la durée de l'absence du travail pour des maladies précises;

- une prime de reprise du travail pour les employeurs qui engagent un malade de longue durée;

- et enfin, à partir d'avril, la possibilité pour tout malade de longue durée de disposer d'une aide pour recourir aux services d'une société de ressources humaines privée – par exemple un bureau d'intérim – pour l'assister dans sa recherche d'un emploi. Il s'agit également d'une mesure intéressante par laquelle vous démontrez – selon nous – que vous n'avez pas de tabous idéologiques à ce sujet.

Une nouvelle étape importante est franchie aujourd'hui. Les personnes en incapacité de travail devront régulièrement se rendre à un entretien, et le rôle de l'équipe multidisciplinaire constituée au sein des mutualités autour du médecin-conseil sera mieux reconnu. Et ce qui est au moins aussi important, c'est que l'INAMI analysera comment l'ensemble du processus se déroule en pratique et comment il peut être amélioré.

Wie ziek wordt, zal na vier, zeven en elf maanden op een fysieke afspraak met het ziekenfonds moeten opdagen. En ook na twaalf maanden (wanneer men officieel langdurig arbeidsongeschikt is) blijven afspraken verplicht. Het precieze tijdstip hangt dan af van de inschatting of een snelle terugkeer naar werk al dan niet realistisch is.

Het half miljoen arbeidsongeschikten in ons land moet een prioriteit zijn. Dat is zowel voor die mensen (die zich afgeschreven voelen), voor de sociale zekerheid als voor onze economie (gezien de arbeidskrapte) een onaanvaardbare situatie.

Tijdens de vorige legislatuur heeft minister Maggie De Block de re-integratietrajecten gecreëerd en heeft ze een begin gemaakt met responsabilisering. Gedurende deze legislatuur was er al:

- de introductie van de vragenlijst over de eigen inschatting inzake de kansen op herinschakeling;

- de creatie van de terug-naar-werkcoördinatoren;

- de responsabilisering van zowel de arbeidsongeschikten (indien zij de vragenlijst niet invullen en niet opdagen op gesprekken), de werkgevers (die een bovenmaatse instroom in de invaliditeit hebben) als de ziekenfondsen (die voor hun financiering deels afhankelijk van hun inspanningen inzake re-integratie). Ook op de huisartsen wordt gefocust: zij krijgen richtsnoeren die moeten helpen bij het bepalen van de duur van de afwezigheid van het werk ingeval van welbepaalde aandoeningen;

- een werkhervattingspremie voor werkgevers die een langdurig zieke aanwerven;

- en ten slotte, vanaf april, de mogelijkheid voor een langdurig zieke om over ondersteuning te beschikken om een privaat HR-dienstenbedrijf – zoals een uitzendgroep – in te schakelen in zijn of haar zoektocht naar werk. Ook dat is een interessante maatregel die aantoont dat de minister – wat de fractie van de spreekster betreft – op dit punt geen ideologisch geïnspireerde taboes heeft.

Daar komt nu dus een belangrijke stap bij. Arbeidsongeschikten zullen van tijd tot tijd op gesprek moeten komen en intern bij de ziekenfondsen wordt de rol van het multidisciplinair team rond de adviserend arts beter erkend. Minstens even belangrijk: het RIZIV gaat controleren hoe heel dit proces in de praktijk verloopt en waar het verbeterd kan worden.

L'intervenante soutiendra en tout état de cause ces mesures. Elles répondent aux demandes formulées depuis un certain temps par la membre et son groupe:

— Une politique qui continue d'associer les malades de longue durée et qui ne les abandonne pas pendant une longue période. Les entretiens de suivi réguliers enverront à la personne en incapacité le signal que l'on ne la laisse pas tomber, que l'on mettra tout en œuvre pour lui permettre de retourner sur le marché du travail si sa santé le permet et dans les meilleures conditions possibles;

— Par ailleurs, la coopération du malade de longue durée n'est pas facultative. Il n'y a rien de mal à demander un minimum d'efforts. Le bénéficiaire peut donc perdre une partie de ses indemnités s'il ne se rend pas aux entretiens de suivi ou s'il ne complète pas le questionnaire;

— En outre – et c'est très important – l'INAMI suivra/contrôlera attentivement la situation sur le terrain et formulera des suggestions d'amélioration de cette approche.

Cela ne signifie pas que le travail est terminé. L'intervenante continue de plaider pour le renforcement du rôle des services externes de prévention et pour que l'on intervienne à un stade encore plus précoce de l'incapacité de travail (bien qu'elle soit consciente que plus tôt on intervient, plus grand sera le nombre de personnes concernées et donc le besoin de capacité supplémentaire difficile à trouver).

En ce qui concerne les contrôles, il y a en effet des inquiétudes quant au fait que toutes les mutualités ne donneraient pas la même priorité à la réintégration. Une certaine responsabilisation est prévue, mais la question se pose de savoir si celle-ci est suffisante.

C'est pourquoi l'intervenante pose une série de questions au ministre. Comment les contrôles thématiques réalisés auprès des mutualités pourront-ils identifier des points d'amélioration qui permettront d'augmenter le nombre de personnes en incapacité de longue durée qui retournent au travail? Comment peut-on éviter que ces contrôles se concentrent uniquement sur des points formels, à savoir la manière dont le processus se déroule et la vérification que tout est en ordre au niveau de la procédure? Il va de soi que ce qui compte, c'est la mesure dans laquelle les personnes en incapacité de travail peuvent retourner au travail, pas si tout est formellement en ordre. Le ministre a-t-il constaté de grandes différences dans les résultats obtenus par les différentes mutualités?

De spreekster kan in ieder geval achter deze maatregelen staan. Ze komen tegemoet aan wat zij en haar fractie al een tijd vragen:

— een beleid dat de langdurig zieken blijft betrekken en hen niet voor lange periodes in de steek laat. De regelmatige opvolgingsgesprekken geven de arbeidsongeschikte het signaal dat men hem of haar niet laat vallen en dat men volledig zal inzetten op een herintrede op de arbeidsmarkt, voor zover de gezondheid dat toelaat en de omstandigheden dat mogelijk maken;

— tegelijk is de medewerking van de langdurig zieke evenmin vrijblijvend. Er kan een minimum aan inspanning worden gevraagd, daar is niets mis mee. Wanneer men dus niet opdaagt op de opvolgingsgesprekken kan men een deel van de uitkering verliezen, net zoals bij niet-invulling van de vragenlijst;

— tegelijk – en heel belangrijk – gaat het RIZIV de situatie op het terrein van dichtbij opvolgen/controleren en komt er een mechanisme om die aanpak te verbeteren.

Dit betekent niet dat het werk af is. De spreekster blijft pleiten voor een grotere rol van de externe preventiediensten en voor een optreden nog vroeger tijdens de arbeidsongeschiktheid (ook al beseft ze dat hoe vroeger men optreedt, hoe meer betrokkenen er zijn en dus hoe groter de nood is aan extra capaciteit die moeilijk te vinden is).

Wat de controles betreft: er zijn inderdaad bezorgdheden dat niet elk ziekenfonds dezelfde prioriteit zou geven aan re-integratie. Er is sprake van een zekere financiële responsabilisering, maar de vraag blijft of die voldoende is.

Vandaar dus de vraag aan de minister: op welke manier zullen de thematische controles bij de ziekenfondsen verbeterpunten kunnen detecteren die inderdaad leiden tot betere resultaten inzake uitstroom uit de langdurige arbeidsongeschiktheid? Hoe kan voorkomen worden dat ze enkel focussen op formele punten, namelijk hoe het proces loopt en of alles procedureel in orde is? Wat telt is uiteraard in welke mate arbeidsongeschikten opnieuw aan het werk kunnen, niet of alles formalistisch in orde is. Heeft de minister grote verschillen vastgesteld inzake resultaat tussen ziekenfondsen onderling?

Mme Anja Vanrobaeys (Vooruit) approuve l'objectif général du présent projet de loi, qui vise à renforcer le dispositif des trajets de réintégration au travail, mais au travers d'une approche individualisée et personnalisée: un cas n'est pas l'autre, et comme indiqué par le ministre, on parle de personnes qui sont tombées malades et non de "dossiers". L'intervention d'équipes multidisciplinaires doit permettre d'offrir à chacun la possibilité d'une perspective de retour au travail selon ses possibilités réelles, et autrement qu'en les mettant au pied du mur.

Il convient également de prêter attention à certains obstacles réglementaires qui, parfois de manière inattendue, peuvent compliquer le retour au travail. À cet égard, l'exemple donné par Mme Lanjri est très éclairant.

b. Réponses du ministre

M. Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, rappelle que le projet de loi concerne avant tout les personnes qui sont absentes du marché du travail en raison d'une maladie de longue durée. Dans un certain nombre de cas, ces personnes pourraient retrouver une activité professionnelle, éventuellement adaptée à leur situation. Le tout est de savoir comment organiser cela au mieux.

Dans cette perspective, le ministre estime que les mutuelles ont un rôle à jouer. Sur ce point, sa vision diverge incontestablement de celle de Mme Van Peel: pour le ministre, les mutuelles étant des acteurs essentiels dans la prestation des soins de santé, il semble naturel de leur confier un rôle central dans une politique de retour au travail qui tienne compte des impératifs de santé. Toutefois, les mutuelles n'ont pas le monopole de la reprise du travail par les malades de longue durée; à cet égard, il n'y a "pas de mauvaise porte" pour le retour au travail, les services régionaux de l'emploi notamment ont également un rôle à jouer sur ce plan.

Si les mutuelles n'ont pas le monopole du retour au travail, elles ont par contre le monopole du constat de l'état d'incapacité. Le ministre insiste cependant sur la distinction à opérer entre le formalisme médico-juridique de cette reconnaissance et le processus de retour au travail; le fait est que, aujourd'hui, il n'existe pas de limite temporelle à cette reconnaissance, ce qui aboutit au gaspillage de talents qu'on constate, et le but de la réforme en projet est précisément de prévoir des "cadences" dans ce processus, qui permettraient de mieux accompagner la personne en incapacité dans son retour au travail.

Mevrouw Anja Vanrobaeys (Vooruit) kan zich vinden in de algemene doelstelling van dit wetsontwerp, dat ertoe strekt de re-integratietrajecten naar werk via een geïndividualiseerde en gepersonaliseerde aanpak te intensiveren. Het klopt dat geen enkel geval hetzelfde is, hoewel men, zoals de minister aangeeft, beter zou praten over mensen die ziek zijn geworden, in plaats van over "gevallen" of "dossiers". Multidisciplinaire teams moeten elkeen een perspectief op terugkeer naar werk geven, evenwel naargelang van de reële mogelijkheden van de betrokkenen en zonder hen voor het blok te plaatsen.

Er dient eveneens aandacht te worden geschonken aan bepaalde regelgevende hindernissen die soms onverwachts de terugkeer naar arbeid kunnen belemmeren. Het voorbeeld dat mevrouw Lanjri gaf, was ter zake heel verhelderend.

b. Antwoorden van de minister

De heer Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, herinnert eraan dat het wetsontwerp bovenal betrekking heeft op wie wegens een langdurige ziekte wegblijft van de arbeidsmarkt. In een aantal gevallen zouden de betrokkenen een nieuwe, eventueel aan hun situatie aangepaste beroepsactiviteit kunnen vinden. Het is zaak dat zo goed mogelijk te organiseren.

In die zin denkt de minister dat de ziekenfondsen een rol dienen te spelen. Zijn zienswijze daarover verschilt dus ontegensprekelijk van die van mevrouw Van Peel. Daar de ziekenfondsen sleutelactoren binnen de gezondheidszorgverlening zijn, acht de minister het logisch hun een centrale rol toe te vertrouwen in een terug-naar-werkbeleid dat rekening houdt met de gezondheidsvereisten. De ziekenfondsen hebben echter geen monopolie op terug-naar-werktrajecten voor langdurig zieken. Er bestaat geen "verkeerd loket" om terug aan de slag te gaan. De gewestelijke arbeidsbemiddelingsdiensten vervullen ter zake immers eveneens een rol.

Hoewel de ziekenfondsen dus geen monopolie hebben op de organisatie van de terugkeer naar werk, hebben ze dat wel wat de vaststelling van de ongeschiktheid betreft. De minister benadrukt dat echter een onderscheid moet worden gemaakt tussen de formele, medisch-juridische erkenning van die ongeschiktheid en het terug-naar-werk-traject. Vandaag staat er geen tijdslimiet op die erkenning, wat duidelijk tot een verspilling van talent leidt. De beoogde hervorming heeft net tot doel om binnen dat traject etappes te definiëren waardoor een arbeidsongeschikte beter kan worden begeleid bij zijn terugkeer naar werk.

Le processus aurait notamment pour objet d'évaluer la "capacité résiduelle" [NL: *de restcapaciteit*] de la personne en incapacité de travail. L'expression est certes laide, mais elle permet bien d'indiquer ce qui est visé: ce n'est pas nécessairement le retour dans un emploi identique à celui que la personne occupait avant de tomber en incapacité de travail, mais un emploi qui correspond à ses possibilités réelles de travail, actuelles et/ou futures.

La mise en œuvre à grande échelle de ces processus de retour au travail implique une standardisation de la méthodologie mise en œuvre au sein des équipes multidisciplinaires.

Le ministre partage l'analyse de Mme Lanjri en ce qui concerne les obstacles réglementaires qui empêchent, auprès de certains employeurs publics, le retour au travail pour un temps partiel inférieur à 50 %. Ces obstacles devraient être identifiés et, en concertation avec les autorités compétentes, levés dans toute la mesure du possible.

Même en optimisant les processus de retour au travail, il restera toujours une part de personnes qui devront être considérées comme inaptes à la reprise d'un travail jusqu'à l'âge de la pension. Le tout est de parvenir à identifier ce groupe, sur la base de critères objectifs, définis par le Centre de connaissances de l'incapacité de travail. *A priori*, il ne doit pas s'agir d'un groupe très important en nombre, mais il est nécessaire d'arriver à une certaine uniformité dans la définition des critères d'appartenance à ce groupe. L'enjeu, c'est de permettre la remise au travail lorsque celle-ci est vraiment possible. Le ministre précise que les indicateurs pour l'évaluation des malades ont déjà été développés.

En ce qui concerne la question des moyens supplémentaires à attribuer aux mutuelles, le ministre indique que – dans un premier temps, et pour une période de trois ans – les mutuelles devront assurer la transition vers ces nouveaux processus avec les moyens existants. Ce point a fait l'objet d'une discussion avec les mutuelles, et un consensus s'est dégagé pour estimer que les mutuelles seront en mesure d'exécuter ces missions supplémentaires sans augmentation immédiate (c'est-à-dire pendant une période transitoire de 3 ans) de leurs moyens. Ce point fera l'objet d'une évaluation, sur la base d'un monitoring qui sera assuré par l'INAMI.

Près de 500.000 personnes sont aujourd'hui en incapacité de travail. Ce nombre énorme écarte toute possibilité de réaliser des contrôles systématiques de l'ensemble des situations médicales que cela représente. Le projet prévoit dès lors la mise en œuvre de contrôles thématiques, liés

Het traject zou inzonderheid beogen de restcapaciteit van de arbeidsongeschikte in te schatten. "Restcapaciteit" is weliswaar geen mooie term, maar vat wel samen wat wordt beoogd, namelijk niet noodzakelijk een terugkeer naar dezelfde baan als vóór de arbeidsongeschiktheid, maar wel een betrekking die beantwoordt aan de reële huidige en/of toekomstige arbeidsmogelijkheden van de betrokkene.

De grootschalige implementatie van die terug-naar-werktrajecten vergt om een standaardisering van de methodes die binnen de multidisciplinaire teams worden toegepast.

De minister deelt de analyse van mevrouw Lanjri aangaande de regelgevende hinderpalen die een terugkeer naar werk bij bepaalde werkgevers uit de overheidssector verhinderen wanneer men het werk voor minder dan 50 % van een voltijds werkrooster wil hervatten. Die obstakels zouden moeten worden geïnventariseerd en samen met de bevoegde overheden in de mate van het mogelijke moeten worden weggewerkt.

Zelfs al optimaliseert men de terug-naar-werktrajecten, dan nog zullen er mensen zijn die tot hun pensioenleeftijd als ongeschikt voor een werkhervatting zullen moeten worden beschouwd. Het komt erop aan te achterhalen wie tot die groep behoort. Dat dient te gebeuren op basis van objectieve, door het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid bepaalde criteria. Het zal wellicht om een vrij kleine groep gaan, maar dat neemt niet weg dat de criteria om arbeidsongeschikten in die groep in te delen, in zekere mate eenvormig zouden moeten zijn. Het is zaak herintreding mogelijk te maken wanneer ze daadwerkelijk haalbaar is. De minister verduidelijkt dat de indicatoren voor de beoordeling van de zieken reeds werden uitgewerkt.

Aangaande de extra middelen voor de ziekenfondsen geeft de minister aan dat de ziekenfondsen in eerste instantie (meer bepaald gedurende drie jaar) de overgang naar die nieuwe trajecten zullen moeten waarmaken met de bestaande middelen. Dat aspect werd met de ziekenfondsen besproken. Die discussies hebben tot de consensus geleid dat de ziekenfondsen in staat zullen zijn om die extra opdrachten uit te voeren zonder onmiddellijke verhoging van hun middelen (toch niet gedurende een overgangperiode van drie jaar). Dat punt zal op basis van een RIZIV-monitoring worden geëvalueerd.

Vandaag zijn er ongeveer 500.000 arbeidsongeschikten. Dat gigantische aantal maakt het onmogelijk om systematische controles uit te voeren van alle medische situaties die achter arbeidsongeschiktheid schuilgaan. Het wetsontwerp beoogt bijgevolg thematische controles,

au processus d'évaluation de l'incapacité de travail: sur la base des thèmes retenus par le Comité de gestion de l'assurance indemnités, les médecins du Service des indemnités membres du Conseil médical de l'invalidité rédigeront un rapport de synthèse, présenté au Comité de gestion de l'assurance indemnités, ce qui permettra d'analyser globalement les flux entrants et sortants pour les différents groupes étudiés. La fraction des malades "qui ne sont jamais recontactés" devrait en tout état de cause fortement diminuer.

À côté des mutuelles, les médecins traitants jouent un rôle dans le processus d'incapacité de travail: la mission de contrôle médical est exercée en liaison avec le médecin-traitant, c'est avec ce dernier que sont examinées les possibilités notamment de préciser le diagnostic en lien avec la reprise éventuelle du travail. À cet effet, les médecins traitants pourront compléter une fiche relative au trajet de retour au travail.

Enfin, comme c'est souvent le cas, l'articulation entre la loi et les arrêtés royaux d'exécution permet d'apporter de la souplesse dans la réglementation: à côté des principes généraux, fixés dans la loi, les arrêtés royaux règlent les diverses modalités et mesures de détail.

c. Répliques

Mme Valerie Van Peel (N-VA) admet une divergence de vues avec le ministre, spécifiquement en ce qui concerne le rôle des mutuelles qui, d'une part, restent des acteurs incontournables dans l'architecture des soins de santé et, d'autre part, continueront à remplir une double mission de prestation et de contrôle; c'est en particulier ce dernier aspect, qui voit les mutuelles jouer un rôle de contrôleur-contrôlé, qui pose problème aux yeux de l'intervenante.

Les critères médicaux généraux que doit proposer le Centre de connaissances de l'incapacité de travail n'ont semble-t-il pas encore été arrêtés, ce qui pose problème pour une réforme qui est censée entrer en vigueur d'ici moins de deux mois.

Enfin, cette réforme voulue ambitieuse par le ministre, et qui est censée régler le problème que pose le demi-million de personnes en incapacité de travail, ne s'attaque pas à un problème de taille: que faire lorsqu'on constate, dans le chef de la personne en incapacité de travail, un manque de volonté de reprendre le travail, sous l'une ou l'autre forme?

die gekoppeld zijn aan het traject ter evaluatie van de arbeidsongeschiktheid. Op basis van de door het beheerscomité van de uitkeringsverzekering gekozen thema's zullen de artsen van de Dienst voor uitkeringen die lid zijn van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, een samenvattend verslag opstellen, dat wordt voorgelegd aan voormeld beheerscomité en waarin de in- en uitstroom bij de verscheidene onderzochte groepen als geheel wordt ontleed. De groep van de zieken die zagezegd nooit opnieuw worden gecontacteerd, zou in ieder geval fors moeten verkleinen.

Naast de ziekenfondsen spelen ook de behandelende artsen een rol in het arbeidsongeschiktheidstraject. De geneeskundige controle wordt immers in samenspraak met de behandelend arts uitgeoefend en samen met laatstgenoemde worden de mogelijkheden afgetoetst, inzonderheid de mate waarin de diagnose bestaanbaar is met een eventuele arbeidshervatting. De behandelende artsen zullen daartoe een terug-naar-werk-trajectfiche kunnen invullen.

Dankzij de complementariteit van de wet en de koninklijke besluiten ter uitvoering ervan zal tot slot, zoals vaak het geval is, soepelheid binnen de regelgeving tot stand worden gebracht, want naast de algemene, in de wet vervatte uitgangspunten, kunnen diverse nadere regels en detailmaatregelen in koninklijke besluiten worden vastgelegd.

c. Replieken

Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA) erkent dat ze een andere zienswijze heeft dan de minister, meer bepaald inzake de rol van de ziekenfondsen. Die blijven onontkoombare actoren binnen het gezondheidszorgbestel en zullen tegelijk een prestatie- en een controleopdracht blijven vervullen. Vooral het feit dat de ziekenfondsen zowel controleur als gecontroleerde zijn, is volgens de spreker een knelpunt.

De algemene medische criteria die het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid moet voorstellen, blijken nog niet te zijn vastgesteld, wat een probleem is voor een hervorming die binnen minder dan twee maanden in werking moet treden.

Ten slotte wordt met deze hervorming, die de minister ambitieus wil noemen en die het probleem van het half miljoen arbeidsongeschikten zou moeten oplossen, een aanzienlijk probleem niet aangepakt. Wat moet er namelijk gebeuren indien wordt vastgesteld dat de arbeidsongeschikte niet bereid is het werk in een of andere vorm te hervatten?

Mme Nahima Lanjri (cd&v) estime que l'administration fédérale peut jouer un rôle d'entraînement vis-à-vis des autres niveaux de pouvoir, en révisant les dispositions statutaires de ses agents qui font obstacle encore aujourd'hui à un retour au travail à moins de 50 %.

L'intervenante entend bien que – par souci d'économies – on demande aux mutuelles d'entamer le travail exigé par cette réforme sur la base des moyens dont elles disposent aujourd'hui, en ce compris la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires. À terme, si l'on souhaite que ce mécanisme de retour au travail fonctionne, la question de moyens supplémentaires en faveur des mutuelles devra cependant être examinée.

III. — VOTES

Article 1^{er}

Cet article fixe le fondement constitutionnel de la compétence.

Il n'appelle pas de commentaire particulier.

L'article 1^{er} est adopté à l'unanimité.

Art. 2

Cette disposition n'appelle aucun commentaire particulier.

Cet article est adopté par 12 voix contre 1.

Art. 3

Cette disposition n'appelle aucun commentaire particulier.

Cet article est adopté par 11 voix contre 2.

Art. 4

Cette disposition n'appelle aucun commentaire particulier.

Cet article est adopté par 12 voix contre 1.

Mevrouw Nahima Lanjri (cd&v) denkt dat de federale overheid een drijvende kracht kan zijn ten aanzien van de andere beleidsniveaus door de voor haar ambtenaren geldende statutaire bepalingen te herzien in zoverre die ook vandaag nog verhinderen dat iemand voor minder dan 50 % opnieuw aan de slag gaat.

De spreekster begrijpt volkomen dat wegens besparingen aan de ziekenfondsen wordt gevraagd het wegens deze hervorming vereiste werk – met inbegrip van de oprichting van multidisciplinaire teams – aan te vatten met de middelen waarover zij vandaag beschikken. Indien men wil dat deze terug-naar-werkregeling goed functioneert, zal evenwel op termijn de vraag naar bijkomende middelen voor de ziekenfondsen aan de orde moeten komen.

III. — STEMMINGEN

Artikel 1

Dit artikel bepaalt de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 1 wordt eenparig aangenomen.

Art. 2

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 2 wordt aangenomen met 12 stemmen tegen 1.

Art. 3

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 3 wordt aangenomen met 11 tegen 2 stemmen.

Art. 4

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 4 wordt aangenomen met 12 stemmen tegen 1.

Art. 5 et 6

Ces dispositions n'appellent aucun commentaire particulier.

Les articles 5 et 6 sont successivement adoptés par 11 voix et 2 abstentions.

Art. 7

Cette disposition n'appelle aucun commentaire particulier.

Cet article est adopté par 12 voix contre 1.

Art. 8 à 10

Ces dispositions n'appellent aucun commentaire particulier.

Les articles 8 à 10 sont successivement adoptés par 11 voix et 2 abstentions.

*
* *

L'ensemble du projet de loi est adopté par 11 voix et 2 abstentions à l'issue d'un vote nominatif.

Résultat du vote nominatif:

Ont voté pour:

Ecolo-Groen: Louis Mariage, Olivier Vajda, Cécile Cornet;

PS: Sophie Thémont, Jean-Marc Delizée;

VB: Ellen Samyn, Frank Troosters;

MR: Christophe Bombled;

cd&v: Nahima Lanjri;

Open Vld: Tania De Jonge;

Vooruit: Anja Vanrobaeys;

A voté contre:

nihil.

Art. 5 en 6

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 5 en 6 worden achtereenvolgens aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 7

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 7 wordt aangenomen met 12 stemmen tegen 1.

Art. 8 tot 10

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 8 tot 10 worden achtereenvolgens aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

*
* *

Het gehele wetsontwerp wordt bij naamstemming aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Resultaat van de naamstemming:

Hebben voorgestemd:

Ecolo-Groen: Louis Mariage, Olivier Vajda, Cécile Cornet;

PS: Sophie Thémont, Jean-Marc Delizée;

VB: Ellen Samyn, Frank Troosters;

MR: Christophe Bombled;

cd&v: Nahima Lanjri;

Open Vld: Tania De Jonge;

Vooruit: Anja Vanrobaeys.

Heeft tegengestemd:

nihil.

Se sont abstenus:

N-VA: Valerie Van Peel;

PVDA-PTB: Gaby Colebunders.

La rapporteure,

Nahima Lanjri

La présidente,

Cécile Cornet

Dispositions nécessitant une mesure d'exécution (article 78.2 du Règlement de la Chambre): non communiqué.

Hebben zich onthouden:

N-VA: Valerie Van Peel;

PVDA-PTB: Gaby Colebunders.

De rapportrice,

Nahima Lanjri

De voorzitter,

Cécile Cornet

Bepalingen die een uitvoeringsmaatregel vergen (art. 78.2 van het Reglement van de Kamer): niet meegedeeld.