

Commissie voor Sociale Zaken,
Werk en Pensioenen

Commission des Affaires sociales,
de l'Emploi et des Pensions

van

du

WOENSDAG 17 SEPTEMBER 2025

MERCREDI 17 SEPTEMBRE 2025

Namiddag

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.02 uur en voorgezeten door mevrouw Ellen Samyn.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 02 et présidée par Mme Ellen Samyn.

De teksten die cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.

Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés par les auteurs.

- 01 Actualiteitsdebat over de activering van langdurig zieken en toegevoegde vragen van**
- Robin Tonniau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De regeringsplannen inzake langdurig zieken" (56007760C)
 - Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aanpak van langdurig zieken" (56007861C)
 - Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controle van langdurig zieken" (56007875C)
 - Florence Reuter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Langdurig zieken" (56007920C)
 - Eva Demesmaeker aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De activering van langdurig zieken" (56007926C)
- 01 Débat d'actualité sur l'activation des malades de longue durée et questions jointes de**
- Robin Tonniau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les projets du gouvernement concernant les malades de longue durée" (56007760C)
 - Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les mesures concernant les malades de longue durée" (56007861C)
 - Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le contrôle des malades de longue durée" (56007875C)
 - Florence Reuter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les malades de longue durée" (56007920C)
 - Eva Demesmaeker à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'activation des malades de longue durée" (56007926C)

01.01 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, na de aanval op de werkzoekenden zet de regering-De Wever-Rousseau nu de frontale aanval in op de langdurig zieken. Vorige week beweerde de heer Mahdi in *Humo* dat sommige werknemers wekenlang thuisblijven met een gebroken vingernagel. Alsof zieken profiteurs zijn. Kent u één iemand die wekenlang thuisblijft met een gebroken vingernagel? Kent u één dokter die iemand weken ziekteverlof geeft voor een gebroken vingernagel? Natuurlijk niet, zulke mensen bestaan niet. Dat zijn gewoon leugens.

In het echte leven werken mensen vaak te lang door, omdat ze hun loon nodig hebben, omdat ze geen vast contract hebben of omdat ze hun collega's niet in de steek willen laten. Zelf heb ik 's nachts bandwerk verricht bij Volvo Cars Gent. Mijn collega's en ik slikten regelmatig een pijnstillertje of een spierontspanner, gewoon om te kunnen blijven doorwerken. Bijna al mijn collega's en ik kregen op een bepaald moment medische klachten, maar we gingen altijd door, tot het uiteindelijk echt niet meer kon. En dan durven ministers en partijvoorzitters, die zelf nog nooit dergelijke arbeid hebben verricht, met hun handen in hun diep gevulde zakken, ons weg te zetten als profiteurs! Dat is niet alleen respectloos, maar ook gevaarlijk.

Het echte probleem zijn niet de zogenaamde profiteurs; het echte probleem is de torenhoge werkdruk, het tekort aan preventie op de werkvloer, de verplichting om langer te werken en het feit dat dat landingsbanen en het recht op brugpensioen ons zijn afgepakt. U kiest keer op keer voor straffen in plaats van voor zorg en ik begrijp dat niet. Eerst werden de werkzoekenden geviseerd door de heren De Wever, Rousseau en Mahdi, vervolgens de gepensioneerden en nu de zieken. Wie volgt? De mensen met een beperking?

Mijnheer de minister, zieken stigmatiseren lost niets op. Wat wel helpt, is investeren in preventie, in werkbaar werk en in respect voor de werkende mensen.

U liet ondertussen weten dat er minstens 100.000 langdurig zieken zullen worden opgeroepen om na te gaan of ze toch niet aan de slag kunnen. Als ze niet opdagen voor een afspraak bij het ziekenfonds, verliezen ze mogelijk hun uitkering. Jan Jambon zei dan weer dat artsen die volgens hem te gemakkelijk voorschrijven, beter gecontroleerd moeten worden.

Mijnheer de minister, ik verwees naar de uitspraken van de heer Mahdi in *Humo*. Wat vindt u daarvan? Is dat geen fake news?

Hoe wilt u die 100.000 mensen begeleiden naar een job? Welke jobs zijn er eigenlijk voor hen? Wanneer ik op de website van de VDAB zoek naar jobs voor langdurig zieken, vind ik er geen enkele.

Zult u werkgevers sanctioneren indien ze niet in aangepast werk voorzien?

Zult u in het kader van de begroting 2025 extra geld zoeken bij de invaliditeitsuitkeringen?

Heeft minister Jambon het over de artsen die mensen thuis schrijven vanwege gebroken vingernagels, zoals Mahdi beweert? In uw beleidsnota sprak u zelf al over dat voorschrijfgedrag van de artsen. Op basis van welk onderzoek doen Jambon en Mahdi zulke uitspraken? Op basis van welke feiten? Zijn er echte aanleidingen om te denken dat het probleem bij de artsen ligt? Hoeveel van die overijverige artsen zijn er volgens u?

01.02 Nahima Lanjri (cd&v): Mijnheer de minister, ons land telt 500.000 langdurig zieken, van wie 300.000 tot aan hun pensioen. We maken ons daarover al langer zorgen en ik heb daarover in het Parlement al vaker vragen gesteld. Vergeleken met andere Europese landen scoort België op dat vlak het slechtst: ons land telt de meeste langdurig zieken in verhouding tot het aantal beroepsactieven. Men zou bijna denken dat België een ongezond land is; dat is natuurlijk niet het geval. Bovendien kost een half miljoen langdurig zieken niet alleen handenvol geld aan de sociale zekerheid, maar betekent het ook een verlies voor de samenleving, om nog maar te zwijgen van de betrokkenen zelf, want al die werknemers met talent worden niet ten volle ingezet.

Men kiest er niet voor om ziek te zijn. Men kan pech hebben in het leven en tijdelijk of heel lang ziek zijn. Wie ziek is, moet kunnen rekenen op een ziekte-uitkering. Sommigen kunnen misschien wel opnieuw aan de slag, eventueel deeltijds en of dankzij aangepast werk. Daar pleiten we al langer voor.

U stelde het voorbije weekend in de media uw plan voor om een honderdduizendtal personen die tot hun pensioen een ziekte-uitkering krijgen, opnieuw te laten controleren, waarbij ze hun uitkering kunnen verliezen als ze daarop niet ingaan.

Waarom moeten die personen zelf de aanvraag indienen? Waarom worden ze niet automatisch uitgenodigd voor het controleonderzoek? Vreest u niet dat sommigen door de mazen van het net zullen glippen, als ze niet zelf een aanvraag doen?

Hoe wilt u de controle laten uitvoeren? U verklaarde dat de huisartsen dat moeten doen, maar er is vandaag al een gebrek aan huisartsen. Welke rol is nog weggelegd voor de arbeidsartsen? Hebt u daarover overleg gepleegd met de huisartsenkoepels?

Hoe zullen de betrokkenen effectief weer aan de slag kunnen gaan? Het is niet omdat arts vaststelt dat men opnieuw aan de slag kan gaan, eventueel deeltijds, dat de werknemer onmiddellijk werk heeft. Terug-naar-werkcoördinatoren moeten die personen begeleiden. Maar als u de doelgroep fors uitbreidt,

zal het huidige aantal coördinatoren zeker niet volstaan. Hoe ziet u dat?

Vanuit cd&v hebben wij steeds beklemtoond dat preventie belangrijk is. Voorkomen is beter dan genezen. Het is veel moeilijker om langdurig zieken te activeren en te re-integreren dan om uitval door ziekte te vermijden. Er ligt daar uiteraard ook een verantwoordelijkheid bij uw collega-minister Clarinval. Welke maatregelen wilt u samen met de minister van Werk, de heer Clarinval, nemen om sterker in te zetten op preventie?

Momenteel moeten werknemers die bijvoorbeeld door ziekte niet voltijds kunnen werken, eerst volledig uitvallen en recht krijgen op een ziekte-uitkering, vooraleer zij eventueel 80 % of 70 % kunnen werken. Waarom maken we het niet mogelijk dat werknemers die door bijvoorbeeld een progressieve aandoening niet langer voltijds kunnen werken, aan de slag blijven en ondertussen gedeeltelijk een ziekte-uitkering ontvangen? Op die manier hoeven zij niet eerst volledig thuis te blijven. Vaak kunnen zij immers nog deeltijds werken.

Laten we het principe omkeren. Vanuit cd&v hebben we in het verleden al een voorstel gedaan om een arbeidsparticipatietoeslag in te voeren. Bent u hiermee bezig en hoever staat u daarmee? Ik denk dat dat een belangrijk instrument kan zijn om te vermijden dat werknemers volledig uitvallen door langdurige ziekte.

01.03 Florence Reuter (MR): Monsieur le ministre, selon les derniers chiffres publiés, ce sont plus ou moins 500 000 personnes, soit 10 % de la population active, qui sont considérées comme malades de longue durée. Bien sûr, toutes sont vraiment malades, gravement. Toutes ne jouent pas avec la législation ou les certificats de complaisance. Certainement pas. Mais ces 500 000 personnes ne sont pas toutes en totale incapacité de travail. Certaines doivent pouvoir retrouver le chemin de l'emploi, quitte à revoir leur temps de travail ou à se réorienter.

Les mécanismes de contrôle et de sanction appliqués actuellement semblent peu significatifs. Les résultats sont limités, tant sur le plan budgétaire que sur celui de la lutte contre les abus. Pour ce qui est des sanctions et de la fameuse réduction de 2,5 % appliquée à l'indemnité, les chiffres sont édifiants: cela a concerné 46 personnes sur une année complète, 17 pour les deux derniers trimestres de 2023 et 29 malades de longue durée pour les deux premiers trimestres de 2024.

Monsieur le ministre, disposez-vous de davantage d'informations concernant les raisons de l'efficacité limitée de ces mécanismes de contrôle? Vous avez annoncé un plan pour renforcer l'efficacité de ces contrôles afin de mieux soutenir la réintégration professionnelle. Pouvez-vous nous expliquer quelles seront les mesures contenues dans ce plan?

Actuellement, la démarche doit venir du salarié, qui doit remplir un questionnaire. Ne vaudrait-il pas mieux aller vers lui?

Quels contacts avez-vous eus avec les médecins? Ils ne vont évidemment pas vous parler des certificats de complaisance, mais peut-être pourraient-ils avoir une attention accrue envers les personnes qui pourraient reprendre le chemin de l'emploi.

01.04 Eva Demesmaeker (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt een plan om 100.000 langdurig zieken te laten hercontroleren. Ik heb gelezen dat u daarbij wilt focussen op mensen met schouderklachten, rugklachten, gewrichtspijnen en ook mentale klachten.

Die groep van 100.000 mensen is in realiteit veel groter, het gaat namelijk om bijna 500.000 mensen. Waarom kiest u er slechts 100.000 uit? Op basis waarvan kiest u enkel voor die kleinere groep? Is dat niet enigszins in tegenspraak met de wet die op 20 december 2023 is goedgekeurd, waarin bepaald werd dat de hercontrole bij heel wat meer mensen zou gebeuren?

Ik heb ook nog enkele vragen over de organisatie van die hercontrole. Hoe ziet u dat praktisch? Hoe zult u dat organiseren? Welke timing hebt u daarbij voor ogen?

Ik heb ook nog een vraag over het overleg. U hebt vrijdag blijkbaar een overleg met de huisartsenverenigingen. Welke boodschap wilt u daar brengen? Welke rol ziet u voor de huisartsen in die hercontrole? Welke plaats krijgen zij daarin?

Verder wil ik ook nog vragen hoe u de werkgevers mee zult krijgen in dit verhaal. Dat lijkt me eveneens belangrijk. Welke stimuli voorziet u om hen te overtuigen om het werk anders te organiseren, zodat langdurig zieken opnieuw aan boord kunnen komen? Welke rol ziet u weggelegd voor de ziekenfondsen in dit verhaal om zoveel mogelijk langdurig zieken opnieuw aan de slag te krijgen?

De **voorzitster**: Mevrouw De Knop, wenst u nu het woord te krijgen of tijdens de replieken?

01.05 Irina De Knop (Open Vld): Tijdens de replieken is goed.

01.06 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, u kondigde recent aan dat meer dan 100.000 langdurig zieken opnieuw zullen worden gecontroleerd op hun arbeidspotentieel. Het gaat om mensen die vandaag al minstens één jaar ziek zijn en een invaliditeitsuitkering ontvangen. Voor hen zou een nieuwe medische aanvraag nodig zijn met tussenkomst van de huisarts. Wie de aanvraag niet indient, riskeert zijn uitkering te verliezen.

Hoe zult u garanderen dat die herbeoordelingen niet louter een besparingsoperatie worden, maar effectief bijdragen tot een betere zorg en duurzame re-integratie? Welke impact of administratieve druk zal die maatregel met zich meebrengen voor de huisartsen? Voorziet u in concrete ondersteuning? Hoe zult u voorkomen u dat langdurig zieken die moeilijk toegang hebben tot een huisarts of die minder zelfredzaam zijn, benadeeld worden of zelfs hun uitkering verliezen? Op welke manier zult u evalueren of die maatregel daadwerkelijk leidt tot meer re-integratie in plaats van louter besparingen in de ziekteverzekering?

01.07 Minister Frank Vandenbroucke: Geachte Kamerleden, ik dank u voor de vragen.

Ik zou willen beginnen met een enigszins persoonlijke bedenking. Ik vind dat er de laatste tijd in het publieke debat over mensen die langdurig afwezig zijn wegens ziekte, nogal wat eenzijdige uitspraken worden gedaan, die ons absoluut niet vooruithelpen. Die eenzijdigheid gaat eerlijk gezegd alle richtingen uit.

Ik ben minister van Volksgezondheid; ik ben niet de minister van Economie, van Tewerkstelling of van Begroting. Zelfs los van mijn specifieke ministeriële bevoegdheid, ben ik er absoluut van overtuigd dat het perspectief dat mensen hebben op een terugkeer naar een of andere vorm van werk in de samenleving heel belangrijk is. Het kan een mogelijke positieve bijdrage leveren aan het herstel bij gezondheidsproblemen. Het kunnen terugkeren naar werk of het feit dat iemand daar samen met u over nadenkt en u daarbij helpt, is een essentieel onderdeel van een herstelproces. Dat is een gezondheidsprioriteit. Dat is niet gebaseerd op een buikgevoel, maar wordt onderbouwd door talrijke studies en het is de visie van veel experts. Dat is ook logisch, aangezien werk betekent dat men zich nuttig voelt en dat men nuttig is. Werk biedt bovendien financiële zekerheid, sociale contacten en een sociale structuur. Daarom moeten we er, louter vanuit gezondheids- en sociale overwegingen, alles aan doen om dat perspectief voor mensen hoog te houden.

Dat veronderstelt betere begeleiding en ondersteuning, waarbij niemand wordt achtergelaten, ook niet die groep mensen voor wie het bijzonder moeilijk is aangezien ze al zo lang aan hun lot zijn overgelaten. Ik denk daarbij met name aan de 300.000 mensen die erkend zijn als arbeidsongeschikt tot aan hun pensioen.

Uiteraard zijn sommige mensen zodanig ziek dat werken helemaal geen optie is. Dat moeten wij niet alleen respecteren en erkennen, wij moeten ook ophouden met het maken van karikaturen. Mensen die langdurig ziek zijn, kampen vaak met zware fysieke of psychische aandoeningen. Het herstel vraagt tijd, zorg en begeleiding. Hen bestempelen als profiteurs is niet alleen onaanvaardbaar, het helpt ons ook helemaal niet vooruit. Ik zou veeleer stellen dat zij juist het slachtoffer zijn van een systeem dat hun jarenlang heel weinig heeft opgevolgd en geholpen.

Ik denk bovendien dat de idee dat artsen massaal attesten uitschrijven voor futiliteiten niet juist is. Ik meen eerlijk gezegd dat die idee de focus van het debat verkeerd legt. Ik vind dat een belediging voor artsen en patiënten. De meeste artsen zijn professioneel en verantwoordelijk. Natuurlijk is er in elk sociaal systeem ook misbruik en daarvoor is controle nodig. Daar werken we aan. Die controle moet worden verfijnd, maar eerlijk gezegd is dat niet de essentie.

Omdat ik steeds meer de overtuiging heb dat we in het debat misschien een van de meest hardnekkige problemen in heel het vraagstuk tot nu toe buiten beeld hebben gelaten, heb ik in de kranten gezegd dat ik na drie golven van maatregelen een vierde golf voorbereid. Ik wil dat graag toelichten, als u mij daar de tijd voor geeft.

Voorzitter: Denis Ducarme.

Président: Denis Ducarme.

Het essentiële probleem van mensen die langdurig afwezig zijn, kan in één woord worden samengevat: contact. Er is contact nodig, ook rond de vraag of er nog kansen zijn om opnieuw aan het werk te gaan.

De eerste golf van maatregelen, die we vanaf 2021 zijn beginnen uit te rollen, ging louter over het creëren van een contactpunt binnen de ziekenfondsen, met name een terug-naar-werkcoördinator die zich bezighoudt met de vraag of mensen die instromen in arbeidsongeschiktheid kansen hebben op werk en die voor de betrokkenen een aanspreekpunt vormt achter de tot dan blinde muur van het ziekenfonds. Het ging dus om het herstellen van contact. We zijn begonnen met een klein korps terug-naar-werkcoördinatoren, in eerste instantie voor de nieuwe instroom.

De tweede golf, waarnaar mevrouw Demesmaeker verwees, bestond erin dat er is bepaald dat dat contact aan een bepaald ritme moet gebeuren. Er moet een cadans zijn. Dat was de hervorming die vanaf 2024 werd uitgerold. Daarbij werd vastgelegd dat er op de vierde, de zevende en de elfde maand van arbeidsongeschiktheid een persoonlijk face-to-facecontact plaatsvindt tussen de verantwoordelijken in het ziekenfonds en de patiënt. Dat contact wordt dus gesystematiseerd en krijgt een ritme dat wordt volgehouden. Dat was de tweede golf van hervormingen. Daarbij hebben we ook gesteld dat in de toekomst nog maar zeer uitzonderlijk iemand tot aan zijn pensioen als arbeidsongeschikt zal worden erkend. De regel zal zijn: één jaar, twee jaar of vijf jaar, maar slechts heel uitzonderlijk langer.

De derde golf van hervormingen komt nu tot stand op basis van het arizonaregeerakkoord. Een belangrijk wetsontwerp daaromtrent komt binnenkort in tweede lezing terug naar de ministerraad. Daarnaast ligt er ook werk voor van mijn collega-minister Clarinval, die onder meer in de codex Welzijn op het Werk een aantal dingen zal veranderen. De derde golf draait eveneens rond contact. Daarbij is de inzet om nog sneller te gaan in het contact, maar ook om de arbeidsarts mee in het verhaal te brengen, de bemiddelingsdiensten meer in het verhaal te brengen, en de samenwerking te verbeteren tussen iedereen die verantwoordelijk is voor het contact en voor de ondersteuning. Ik kom daar dadelijk op terug. Die derde golf moeten we eigenlijk nog uitrollen. Ze zou moeten starten vanaf volgend jaar.

U zult mij vragen waarom ik dan al over een vierde golf ben begonnen. De vierde golf staat niet in het regeerakkoord, maar is naar mijn mening wel nodig.

De reden waarom ik over de vierde golf ben begonnen, is omdat ik vind dat we ook in het publieke debat misschien wel naast het belangrijkste probleem kijken, namelijk: het probleem dat mensen zeer lang afwezig zijn – 24 maanden – en jaren in invaliditeit doorbrengen. Ik vind dat we daar te veel naast kijken. Het is geen verhaal van huisartsen die te veel attesten schrijven; daar heeft het niets mee te maken. Het is geen verhaal van sjoemelen of zo; daar heeft het ook weinig mee te maken. Het is een verhaal van mensen die langs de kant blijven staan en die niet systematisch opgevolgd worden, en dus ook niet systematisch geholpen worden. Dit is dus een zeer breed en omvangrijk verhaal. Ik denk dat het de essentie is van deze hervorming dat we ook dat aanpakken. Dat is de vierde golf van maatregelen die nodig zal zijn.

Ik heb die inderdaad nu al aangekondigd. De krant *De Tijd* heeft geschreven dat het een gamechanger is. Die bewoording heb ik niet uitgevonden, maar ik meen dat dat juist is. Wat ik nu op tafel leg, zou echt een gamechanger moeten zijn.

Laat me toe om dat uit te leggen.

Om te beginnen, het beeld dat we plots 100.000 mensen zullen oproepen om ze te controleren, is eigenlijk fout. We zullen niet plots een groep mensen identificeren en zeggen: kom eens af, we gaan u opnieuw controleren. Dat is eigenlijk een fout beeld. Het getal 100.000 is niet fout; dat komt van mij. *De*

Standaard had me gevraagd over hoeveel mensen het zou gaan en ik heb geantwoord dat we dat vandaag niet kunnen zeggen, want we willen een procedure invoeren die misschien niet voor iedereen zal gelden. Bovendien zal dat morgen nog niet van start gaan. Ik hoop alvast dat we door de eerste drie golven van maatregelen de groep toch een beetje kunnen beginnen te beperken. Ik heb aan *De Standaard* gezegd dat het uiteindelijk wel over meer dan 100.000 mensen zal zijn. Dat precieze cijfer is echter niet de target, het is geen doelstelling om precies 100.000 mensen te behalen. Het is dus niet zo dat we plots een lijst opmaken met 100.000 mensen die worden opgeroepen; dat is het punt niet.

Wat we wél willen doen, is ervoor zorgen dat mensen die lang afwezig zijn de garantie hebben dat ze opgevolgd worden, ook medisch, vanuit de vraag wat hun arbeidspotentieel nog is. Natuurlijk zullen die mensen doorgaans wel contact hebben met artsen; dat is het punt niet. Ongetwijfeld zullen die mensen niet altijd, maar in veel gevallen reeds door een arts worden opgevolgd. De bedoeling is dat ook de behandelende artsen zich de vraag blijven stellen welk potentieel mensen nog hebben om aan het werk te gaan, en dat zij daarover nadenken samen met andere actoren, zoals arbeidsartsen, adviserend artsen en mensen van de bemiddelingsdiensten.

Het gaat er dus om de garantie te bieden dat die opvolging nog gebeurt. Daar moet men natuurlijk ook een eis tegenover zetten. Op dat vlak is het inderdaad een gamechanger. Vandaag moet men immers alleen in het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid een attest, opgemaakt door de behandelende arts, naar het ziekenfonds sturen. Daarna is dat niet meer het geval. Dat gegeven beseft men te weinig. Het feit dat een behandelend arts een attest naar het ziekenfonds moet sturen om aan te geven dat voor een bepaalde persoon een aanvraag voor arbeidsongeschiktheid gebeurt, geldt alleen tijdens de eerste twaalf maanden. Daarna is dat niet meer het geval. Een adviserend arts kan weliswaar aan een behandelend arts vragen om de medische stand van zaken te bezorgen of documenten door te geven; dat kan. De procedure van de aanvraag met betrekking tot arbeidsongeschiktheid gebeurt echter niet meer na één jaar afwezigheid. Ik denk dat men dat niet goed beseft.

Dat betekent dat er geen garantie is dat er na die periode van twaalf maanden nog een medische beoordeling gebeurt van het potentieel om opnieuw aan het werk te gaan. Dat speelt uiteraard mee, samen met een aantal andere factoren die de laatste tien à vijftien jaar helaas steeds zwaarder zijn gaan doorwegen. Daardoor is de feitelijke opvolging van die groep stilgevallen, wat resulteert in een grote groep mensen die tot aan hun pensioen zijn erkend als arbeidsongeschikt.

Los daarvan beseft men niet dat er geen procedure bestaat om arbeidsongeschiktheid opnieuw aan te vragen wanneer iemand reeds in invaliditeit zit. Wij willen een dergelijke procedure invoeren. In dat opzicht is het een gamechanger.

Moet dat per se via een huisarts verlopen? Nee, het gaat om de behandelende arts. Dat kan en zal vaak een huisarts zijn, maar het kan ook een specialist zijn. Die vraag blijft belangrijk, omdat niet alleen de medische situatie van mensen evolueert, maar ook hun potentieel om opnieuw aan het werk te gaan. Dat potentieel en de nodige hulpmiddelen veranderen, evenals het perspectief dat kan worden geboden. Over de kansen om, ondanks gezondheidsproblemen, terug aan het werk te gaan moet dus worden gesproken. Dat is essentieel. Naar mijn mening is dat ook een essentiële verantwoordelijkheid van de behandelende artsen. Verschillende leden hebben terecht opgemerkt dat dat gemakkelijk gezegd, maar niet gemakkelijk uitgevoerd is. De agenda's van onze huisartsen zitten vol. Ook de agenda's van vele specialisten zitten vol. Wij zullen daarvoor dus ruimte moeten creëren in de agenda's, wat intensief overleg zal vergen met de huisartsen en specialisten over hoe dat kan worden ingevuld, want dat is niet zo eenvoudig.

We zullen dus wetgeving moeten opstellen om die vierde fase van het beleid vorm te geven. Dat zal geleidelijk moeten gebeuren. Het is niet werkbaar om plotseling een groep van 100.000 mensen uit te nodigen. Wel zullen we bepalen dat mensen na een jaar invaliditeit opnieuw een aanvraag moeten indienen. Mevrouw Lanjri, uiteraard verlangen we van mensen niet dat zij dat zelf organiseren. Ze zullen verwittigd worden dat ze een jaar in invaliditeit zijn en dat ze volgens een nog vast te leggen opbouw in aanmerking komen en opnieuw een aanvraag moeten indienen. Ik verwijt de kranten niet dat zij dat ingewikkelde verhaal moeilijk kort konden samenvatten. Toch is dat een essentieel punt.

Er wordt gevraagd of dat een grote besparing zal betekenen. Als meer mensen aan het werk gaan, is dat vanzelfsprekend goed voor de sociale zekerheid. Voorspellingen zijn moeilijk, maar een besparing is niet mijn hoofddoel. Mijn hoofddoel is wat ik beschouw als misschien het belangrijkste

gezondheidsprobleem van deze tijd, namelijk dat mensen zo lang thuis zitten door gezondheidsproblemen. Dát wil ik aanpakken; dat is mijn hoofddoel.

We zullen dat heel concreet moeten maken in overleg met alle betrokkenen – artsen, ziekenfondsen, bemiddelingsdiensten enzovoort. Ik beseft dat dat op de agenda van onze artsen een bijkomende taak betekent. Daarom moeten we dat realiseren met minimaal papierwerk en gebruikmaken van bestaande instrumenten. Een voorbeeld daarvan is het systeem Mult-eMediatt, ingebouwd in de software van de artsen, dat nu al wordt gebruikt tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. Het is een interessante template die ook voor dat doel gebruikt kan worden en die we zo eenvoudig mogelijk moeten maken.

Voor de communicatie en informatie-uitwisseling met andere betrokken actoren, zoals de adviserend artsen en de arbeidsartsen, lijkt TRIO mij het geschikte platform. De ziekenfondsen zullen duidelijke communicatie moeten verzorgen ten aanzien van de betrokken mensen. We moeten er ook voor zorgen dat wanneer iemand door omstandigheden niet in staat is om binnen het jaar de afspraak te hebben, daar clementie mogelijk is. Voor bepaalde mensen zal de procedure uiteraard niet gelden, zoals iemand die een zware behandeling ondergaat, iemand die bedlegerig is, laat staan iemand die in coma ligt. De idee is dat mensen in principe, behoudens uitzonderingen, na een jaar invaliditeit een nieuwe aanvraag moeten indienen via hun behandelend arts, zodat er opnieuw een grondige beoordeling kan plaatsvinden van hun situatie en van wat nog mogelijk is. Dat is voor mij ook een garantie dat mensen verder worden opgevolgd en geholpen.

We moeten de aanpak inbedden in bestaande samenwerkingen met de arbeidsbemiddelingsdiensten. Wanneer we dat doen, zullen we immers extra hulp moeten vragen aan de VDAB, Actiris en de Forem, om mensen opleidingen en perspectieven aan te bieden. Dat moet in dat systeem ingebouwd worden. Ik voer daarover gesprekken met mijn collega's bevoegd voor Werk, mevrouw Demir in Vlaanderen en de heer Jeholet in Wallonië. Ik geef nu al aan dat dat thema ook op de agenda moet komen.

Daarnaast wil ik benadrukken dat we het ook gemakkelijker zullen maken dat mensen rechtstreeks naar een arbeidsbemiddelingsdienst stappen. Ze hoeven daarvoor niet per se een ingewikkelde weg te volgen. Wanneer ze daar aankloppen, moeten ze geholpen worden. Bovendien zullen vanaf 2026 adviserende artsen of leden van het multidisciplinaire team van het ziekenfonds, mensen rechtstreeks kunnen doorverwijzen naar een regionale arbeidsbemiddelingsdienst. We zullen er ook voor zorgen dat mensen vanaf 1 april zelf rechtstreeks terecht kunnen bij een arbeidsbemiddelingsdienst, vanaf het moment dat ze zes maanden arbeidsongeschikt zijn. Nu kan dat pas na één jaar. Ook de routing via de arbeidsarts naar de arbeidsbemiddelingsdienst zullen we wettelijk verankeren. Er mag geen verkeerde deur zijn op de weg naar werk.

Nu kom ik tot de rol van de werkgevers. Overeenkomstig de derde golf van maatregelen, die nu besproken wordt in de schoot van de regering, zal een preventieadviseur-arbeidsarts altijd verwittigd moeten worden wanneer er een attest van arbeidsongeschiktheid is en binnen de maand contact moeten leggen met de betrokken werknemer. Als er nog arbeidspotentieel is, zal de werkgever binnen de zes maanden een aangepast traject moeten voorstellen. De werkgever zal ook financieel geresponsabiliseerd worden. Voor de eerste twee maanden van de ziekte-uitkering zal hij zelf een deel moeten betalen. Die financiële responsabilisering gaat over een aanzienlijke som geld. Als iemand geen contract meer heeft bij een werkgever, maar wel nog arbeidspotentieel heeft, zal hij zeer snel zelf contact moeten leggen met de arbeidsbemiddelingsdiensten. Met andere woorden, de idee dat we de werkgever niet zouden aanspreken is onjuist. Minister Clarinval zal in onderlinge afspraak maatregelen voorleggen, maar ook de werkgevers worden dus geresponsabiliseerd.

Madame Reuter, vous avez posé une question concernant le questionnaire qui est envoyé après 10 semaines d'incapacité de travail.

Conformément à l'accord de gouvernement, nous allons voir s'il n'est pas préférable que ce questionnaire soit envoyé par le médecin du travail, en fonction des actions qu'il doit entreprendre. C'est un point que nous examinons actuellement avec mon collègue Clarinval.

Mevrouw Lanjri, u vond de arbeidsparticipatietoelage een goed idee en ik eveneens. Helaas werd die afgevoerd, aangezien daarover geen akkoord werd gevonden bij de regeringsvorming. Dat is op dit ogenblik dus niet aan de orde.

Zie daar mijn antwoord, met mijn excuses dat het een beetje is uitgelopen.

Le **président**: Monsieur le ministre, je vous demande de faire un effort à l'avenir. Vous avez parlé 20 minutes alors que votre temps de parole était de 10 minutes. Je suis obligé de faire respecter les temps de parole des parlementaires mais aussi des ministres. Je vous demande donc un petit peu d'attention, monsieur le ministre, à propos du temps de parole.

01.08 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoorden.

U bent inderdaad minister van Volksgezondheid, maar u zit vast in een regering die gedomineerd wordt door rechts. Wat zijn de gevolgen? U moet een rechts beleid voeren en verhoogt de flexibiliteit. Zo promoot de regering nachtwerk, onder andere in e-commerce, en flexi-jobs en ze vermindert de vaste contracten. Met andere woorden, u creëert de toekomstige zieken van bij de start van een loopbaan.

Een regering die ideologisch rechts wordt gedomineerd, probeert ook een zo groot mogelijke arbeidsreserve te creëren. Hoe doet ze dat? Eerst dwingt ze mensen langer te werken door de pensioenleeftijd te verhogen, zodat ze actief blijven op de arbeidsmarkt. Ten tweede neemt ze werkzoekenden hun werkloosheidsuitkering af, zodat ze verplicht zijn zich te wenden tot de slechtst betaalde jobs, gewoon om te kunnen overleven. Ten derde controleert ze zieken en verplicht ze hen zich weer op de arbeidsmarkt te begeven, ook al zeggen die dat ze ziek zijn en niet meer arbeidsgeschikt. Dat alles verhoogt de arbeidsreserve, zodanig dat de werkgevers de lonen kunnen drukken. Die drie belangrijke maatregelen neemt u op vraag van de werkgevers.

Er komt een massa extra personeel op de arbeidsmarkt, maar waar zijn de jobs? Jobs voor langdurig zieken zijn er niet. Het ultieme jobaanbod voor werkzoekenden komt er niet. Jobs voor zestigplussers zijn er evenmin. Met andere woorden, u verergert de situatie.

Tot slot beweert u dat de werkgevers worden aangepakt, maar vandaag de dag krijgen heel veel werknemers die naar hun werkgever stappen met de vraag om aangepast werk, dat aangepast werk niet. Uiteindelijk worden die om medische redenen ontslagen en komen ze in het circuit terecht waartegen u nu wilt optreden.

Mijnheer de minister, pak alsjeblieft de problemen aan bij de bron, op de werkvloer.

01.09 Nahima Lanjri (cd&v): Mijnheer de minister, ik vind het schrijnend om vast te stellen dat in ons land voor elke tien werkenden er één persoon langdurig ziek is. Dat cijfer ligt veel hoger dan elders: we scoren het slechtst van heel Europa. Wat nog verontrustender is, is uw opmerking dat wie langer dan twee jaar ziek was, in feite opgegeven was. Er was nauwelijks nog contact met hen, er werden geen aanvragen meer ingediend en ze werden niet meer geëvalueerd.

Hoe is het zo ver kunnen komen? Voor een deel ligt de verantwoordelijkheid misschien bij de beleidsvoerders, maar wellicht ook bij degenen die konden werken en zich niet meer aanboden op de arbeidsmarkt. Het is goed dat we dat opnieuw aanpakken. Zo niet is het een verlies voor onze samenleving, want dat potentieel hebben we nodig. De arbeidsmarkt schreeuwt om arbeidskrachten, collega's.

U vraagt zich af welke jobs we de langdurig zieken kunnen aanbieden. Vandaag raken 170.000 vacatures niet ingevuld. Er zijn dus wel degelijk jobs, maar ik ben ervan overtuigd, mijnheer de minister, dat de groep mensen die al jarenlang ziek thuis zit, niet zomaar een-op-een aansluit op die vacatures. Er zal echt moeten worden ingezet op begeleiding naar de arbeidsmarkt. Tegelijk moeten ook de werkgevers ervan bewust worden gemaakt dat ze misschien niet de witte raaf zullen vinden die vanaf dag 1 alles perfect kan of onmiddellijk 100 % meedraait. Er is dus waarschijnlijk ook een mentaliteitswijziging nodig bij werkgevers.

Ik hoop dat u niet alleen de arbeidsbemiddelingsdiensten aanspreekt, maar ook de werkgevers aanspoort om hun verantwoordelijkheid te nemen. Als we de vacatures ingevuld willen zien, zullen we ruimte moeten creëren voor wie al lang niet meer actief op de arbeidsmarkt was, onder andere de langdurig zieken. Alleen met de langdurig werklozen komen we er niet; die groep is veel te klein.

01.10 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, u merkt op dat uw maatregelen ingegeven zijn door sociale overwegingen en gezondheidsoverwegingen. U wilt enkel mensen die jarenlang aan de kant zijn gezet, nieuw perspectief bieden en inzetten op wat ze nog kunnen. Dat is uiteraard een nobel uitgangspunt. U erkent tegelijk – daar zijn wij het mee eens – dat sommige langdurig zieken nooit meer aan het werk zullen kunnen. Precies daarom is zorgvuldigheid cruciaal.

Wanneer u echter zegt dat u 100.000 langdurig zieken opnieuw wilt laten controleren, schept u bij het brede publiek de indruk van een massale hercontrole. Dat brengt bij veel langdurig zieken ongerustheid en angst teweeg. Wij moeten vermijden dat zij worden gestigmatiseerd. Het lijkt alsof bijna ieder van hen een fraudeur zou zijn.

Wij zijn het er zeker over eens dat het in de eerste plaats gaat om mensen die vaak jarenlang worstelen met zware gezondheidsproblemen. U stelt dat behandelende artsen of specialisten zullen instaan voor de beoordeling via eenvoudige templates en dat er begeleiding komt via de ziekenfondsen. Dat betekent echter wel een bijkomende taak voor huisartsen of specialisten, terwijl de eerstelijnszorg al zwaar onder druk staat.

Transparante communicatie en voldoende ondersteuning zijn geen details en hoeven niet enkel van de ziekenfondsen te komen, ze zijn een absolute voorwaarde om het project geloofwaardig te maken. Het moet ook transparant en goed worden gecommuniceerd door de overheid zelf.

Hoe zult u garanderen dat het traject echt leidt tot duurzame re-integratie en niet tot een verschuiving van verantwoordelijkheid? Een werkgever financieel responsabiliseren is één zaak, maar dat werkt enkel als er ook effectief jobs, aangepast werk en re-integratietrajecten beschikbaar zijn. In het andere geval blijft het traject een papieren oefening.

Ik hoop dus dat u de violen stemt met minister Clarinval en dat u beiden met een volledig project komt dat, op basis van wat haalbaar is voor de betrokken langdurig zieke, hem of haar daadwerkelijk stimuleert om opnieuw aan de slag te gaan.

01.11 Florence Reuter (MR): Merci monsieur le ministre pour vos réponses.

C'est vrai que c'était peut-être un peu long, mais c'est un sujet qui demande du temps, monsieur le président. C'est la rentrée parlementaire. Il est donc normal que nous prenions le temps de parler de sujets importants.

Monsieur le ministre, vous avez parlé de vision simpliste. Je vous rejoins là-dessus. Je pense qu'on a tendance à voir tous les malades de longue durée comme des personnes totalement inaptes à tout, et on oublie de dire que le travail est aussi une source d'épanouissement personnel, de bien-être. C'est aussi la satisfaction d'avoir un rôle dans la société. Mais il faut évidemment tenir compte des réalités et des problèmes médicaux de chacun, qu'ils soient physiques ou mentaux.

Sans doute, après une longue période d'inactivité, certains ont tout simplement peur de retourner au travail, parce qu'ils sont perdus, d'où l'importance de les accompagner de façon plus individuelle et de voir comment les réorienter, leur redonner le goût de l'effort, du travail accompli.

Je pense que si on leur facilite réellement cette réinsertion professionnelle, avec cet accompagnement-là, certains ne céderont plus à cette facilité de finalement rester à la maison, puisqu'après un an, ils sont en incapacité.

Je vous suis totalement sur les mesures à prendre, que vous prendrez avec le ministre Clarinval. Elles ne sont pas purement économiques, comme vous l'avez dit. Il s'agit vraiment d'une question de rôle dans la société. Pour ça, il faut changer les mentalités et cela demande des mesures fortes. Vous pourrez compter sur nous pour soutenir ces mesures.

01.12 Eva Demesmaeker (N-VA): Mijnheer de minister, uw uitgebreide antwoord neemt inderdaad wat tijd in beslag, maar het bevat veel nieuwe informatie. Ik ben bijzonder blij dat u daar de tijd voor hebt genomen.

Uw uitleg heeft wel nog een aantal bijkomende vragen doen rijzen.

We moeten langdurig zieke werknemers bij ons houden. Het is absurd dat hen in al die jaren nooit een kans – u noemt het een controle –, een toekomst geboden werd. Klopt het dat de wet van 2024 vooral slaat op wie nieuw in het systeem belandt, terwijl de aangekondigde maatregel nu bedoeld is voor wie al jaren in het systeem van de langdurige zieken zit? Dat lijkt me louter positief.

U had het over de vierde golf. Aangezien ik daar voor het eerst over hoor, heb ik daar een aantal vragen bij. Is het mogelijk om ook de 200.000 andere langdurig zieken net als de groep van 100.000 langdurig zieken bij de maatregel te betrekken?

Het woord hercontroleren vind ik wat hard uitgedrukt, aangezien het toch de bedoeling is die mensen bij ons te houden en hen een toekomst te bieden. Na de oproeping door het ziekenfonds zal men bij de huisarts moeten langsgaan, die een attest zal moeten verstrekken. Een huisarts kan zeker een *fit note* opstellen, maar hij heeft ook een bepaalde vertrouwensband met zijn patiënten, waardoor de vraag zich opdringt of hij de juiste actor is om de arbeidsgeschiktheid te evalueren. Hoe ziet u de verhouding tussen de huisarts en het ziekenfonds? Wie zal de finale beoordeling maken?

01.13 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoorden.

Mijnheer de minister, de weg naar de hel is geplaveid met goede bedoelingen. Jammer genoeg is uw palmares van de voorbije vijf jaar niet van dien aard dat we u nu op uw woord kunnen geloven dat uw maatregel de grote gamechanger wordt. De cijfers en de realiteit op het terrein zullen het uitwijzen. Hoe dan ook moeten we vandaag jammer genoeg vaststellen dat België de slechtste leerling van de klas is in de Europese Unie.

De fundamentele problematiek van de langdurige zieken is niet nieuw; het komt zeker niet onverwacht. In die zin vinden we uw aankondiging alsof uw maatregel een kleine revolutie betekent, enigszins bevreemdend, des te meer aangezien u al vijf jaar bevoegd bent. Het klinkt bovendien heel erg zuur dat de langdurig zieken slachtoffer van het systeem zijn, een systeem dat hen miskent. U bent immers samen met de voltallige regering verantwoordelijk voor het systeem. Als het systeem bijgestuurd moet worden, kondigt u dat best ook zo aan.

U hebt wel opgelijst welke hervormingen u al in het domein hebt gedaan en geeft aan dat er doorgepakt moet worden en dat er een vierde hervorming moet komen. Als u eerlijk bent, moet u toegeven dat, als er compleet naast een groep langdurig zieken wordt gekeken, met wie er geen contact meer is, het met de drie eerdere hervormingen fout is gelopen. Ik vind het dan ook heel erg schrijnend dat u nu de huisartsen, die al moegetergd zijn door maatregelen en aankondigingen, die al overbevraagd en ondergefinancierd zijn, een nieuwe taak wilt geven, een taak die niet matcht met hun deontologische code en met de vertrouwensband met hun patiënten, terwijl ze niet eens opgeleid zijn om te beoordelen of iemand wel of niet in een bepaalde job kan terugkeren. Wat ons betreft, is dat absoluut een foute aankondigingspolitiek.

01.14 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, je voudrais corriger une erreur d'interprétation.

Ik zal niet reageren op een aantal polemische opmerkingen, maar ik wil voor de duidelijkheid wel nog het volgende zeggen, onder meer omdat mevrouw Demesmaeker en ook mevrouw De Knop dat hebben aangestipt. Ten eerste, het gaat niet alleen over huisartsen. Vaak zullen het huisartsen zijn, maar het gaat over arts. Ten tweede, de arts, bijvoorbeeld de huisarts, evalueert in ons systeem niet zelf. Er komt een aanvraag waarin elementen worden aangereikt, maar de evaluatie, dus de beoordeling, gebeurt door de adviserend arts van het ziekenfonds. Dat is de geest waarin we zullen blijven werken. Dat is belangrijk.

01.15 Nahima Lanjri (cd&v): Mag ik voorstellen, mijnheer de voorzitter, omdat dit een interessant debat is en we zien dat de tijd te kort is, om daar eventueel een themacommissie over te organiseren? Dan hebben we een uurtje de tijd om met de minister van gedachten te wisselen. Ik weet dat we de timing moeten respecteren, daarom doen we dat nu niet. Het lijkt me echter goed dat we hierover een themacommissie houden. Is dat mogelijk, mijnheer de voorzitter?

Le **président**: Je fais respecter le Règlement.

01.16 Nahima Lanjri (cd&v): Ja, maar daarom ga ik net akkoord met u om dat ook te doen. We respecteren de tijd, maar mijn vraag is of we misschien een andere keer een themacommissie kunnen organiseren, niet vandaag, maar op een later moment. Dat is mijn vraag aan u.

Le **président**: Cela doit être discuté durant l'ordre des travaux, madame Lanjri. On ne règle pas cela de manière impromptue.

Par ailleurs, je souhaite ajouter en guise d'explication que, lorsque le ministre remet une pièce, je suis tenu par le Règlement – qui établit que le dernier mot revient au Parlement – de vérifier si vous souhaitez prendre la parole. Si je ne le fais pas, je ne respecte pas le Règlement et vous savez combien j'aime l'appliquer scrupuleusement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Les questions n° 56004977C, n° 56005900C et n° 56006231C de Mme Taton sont reportées, ainsi que la question n° 56007608C de Mme Bury. La question n° 56007368C de Mme Désir, qui est absente, est sans objet.

02 Questions jointes de

- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'étude des Mutualités Libres sur les malades de longue durée" (56007622C)

- Robin Tonniau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du nombre de malades de longue durée parmi les indépendants" (56007759C)

- Eva Demesmaeker à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les résultats de l'étude des Mutualités Libres sur les malades de longue durée" (56007794C)

02 Samengevoegde vragen van

- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen over langdurig zieken" (56007622C)

- Robin Tonniau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stijging van het aantal langdurig zieken onder zelfstandigen" (56007759C)

- Eva Demesmaeker aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De resultaten van de studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen over langdurig zieken" (56007794C)

02.01 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Een nieuwe studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen toont aan dat het aantal langdurig zieken in een half jaar tijd met 73 % is gestegen. Dat is natuurlijk enorm veel. Jonge mensen hebben vaker last van burn-outs. Vrouwen zijn in die groep nog altijd oververtegenwoordigd. Het zijn nog steeds dezelfde sectoren waarin mensen vaker langdurig uitvallen.

De studie toont echter ook aan dat vooral zelfstandigen steeds vaker langdurig uitvallen. In zes jaar tijd is het aantal langdurig afwezige zelfstandigen met bijna 50% gestegen. Professor Lode Godderis, arbeidsgeneeskundige en CEO van de preventiedienst IDEWE, zegt dat die evolutie te maken heeft met veranderingen op de arbeidsmarkt. Veel oudere werknemers worden bijvoorbeeld zelfstandigen, niet omdat dat hun kinderdroom was, maar omdat ze gewoonweg geen vast contract meer krijgen. Vooral in sectoren zoals de zorg, waar de uitval al het hoogst is, starten oudere werknemers als zelfstandigen.

Volgens de Onafhankelijke Ziekenfondsen moet het beleid beter afgestemd worden op de individuele patiënten. De one-size-fits-all-aanpak werkt niet. Bepaalde groepen, zoals zelfstandigen, hebben nu eenmaal nood aan begeleiding op maat.

Mijnheer de minister, zult u met dat onderzoek aan de slag gaan? Zult u nader onderzoeken wat de oorzaak is van de sterke stijging van uitval bij zelfstandigen? Zult u onderzoek voeren naar de werkdruk

en naar de veranderingen op de arbeidsmarkt?

02.02 Eva Demesmaeker (N-VA): Ik wil het ook over diezelfde studie hebben, want 73 % op 11 jaar tijd, dat is gigantisch veel.

We merken dat een derde van de uitvallers door fysieke overbelasting tussen 50 en 59 jaar oud is. Bij jongeren merken we vooral dat die uitval het gevolg is van burn-outs, depressie en dergelijke. Algemeen is het aantal burn-outs ook verdubbeld, wat een opvallend cijfer is, naast de toename van het aantal langdurig zieken bij zelfstandigen.

Het hoeft geen betoog, zoals we al aanhaalden, dat de strijd tegen langdurige ziekte en de poging om mensen opnieuw te activeren absolute prioriteit moeten krijgen, niet alleen omwille van het sociale aspect, maar ook om mensen weer aan de slag te krijgen, zodat zij opnieuw perspectief krijgen.

Wat is uw reactie op de studie? Welke facetten hebben uw bijzondere aandacht gekregen?

Welke maatregelen mogen wij van de regering verwachten, specifiek om het aantal burn-outs te verlagen en vooral niet te laten exploderen, om de zelfstandigen weerbaarder te maken alsook om fysieke overbelasting bij de oudere werknemers tegen te gaan?

Zal er met het oog op het luik preventie overleg worden gepleegd met de deelstaatregeringen om tot een gezamenlijk actieplan te komen?

Ik weet dat de regering een ambitieus plan heeft opgenomen in het regeerakkoord, waarvan de krijtlijnen al in april werden toegelicht. Wanneer mogen wij dat plan in de Kamer verwachten?

02.03 François De Smet (DéFI): Monsieur le président, je renvoie à la version écrite de ma question.

Selon une étude des Mutualités Libres sur les causes d'incapacité de travail, les troubles psychiques et musculosquelettiques dominent les causes d'incapacité, représentant près de 55% des nouvelles incapacités et près de 70% des maladies de longue durée. Le surmenage, y compris le burn-out, a connu une hausse de 94% depuis 2018, avec plus de 11 000 cas en 2024, tandis que la dépression suit de près avec plus de 6 000 dossiers.

Quelles sont les actions spécifiques que votre cabinet prévoit pour renforcer la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge des affections psychiques et musculosquelettiques, en particulier pour les jeunes et les femmes, qui sont les plus touchés par ces affections?

Les Mutualités Libres appellent à une stratégie cohérente et transversale, incluant le renforcement de la médecine du travail et l'amélioration de la prise en charge des affections psychiques. Comment comptez-vous coordonner cette stratégie avec les autres départements ministériels et les acteurs de terrain, et quelles initiatives concrètes seront développées pour garantir une meilleure intégration de la prévention et du suivi dans le parcours de soin des personnes en incapacité de travail?

02.04 Frank Vandenbroucke, ministre: L'étude des mutualités libres confirme une tendance que nous observons depuis un certain temps dans les chiffres de l'INAMI et des mutualités.

Les troubles psychiques et musculosquelettiques sont aujourd'hui les causes dominantes d'incapacité de travail. Cela vaut tant pour les nouvelles incapacités que pour les malades de longue durée que l'on connaît déjà dans les chiffres. Le constat que le burn-out et la dépression augmentent fortement, en particulier chez les jeunes et chez les femmes, est préoccupant. C'est en même temps une confirmation que notre politique doit avant tout se concentrer sur la prévention, le dépistage précoce et un accompagnement personnalisé.

L'accord de gouvernement s'inscrit pleinement dans cette vision, marquant ainsi sa volonté de mettre en place un plan global de prévention et de retour au travail, où la santé constitue un axe important, et ce, tant sur le plan des troubles musculosquelettiques que des troubles mentaux.

Concrètement, nous travaillons sur plusieurs axes.

Premièrément, j'ai approfondi mes actions dans un masterplan de santé mentale, comme un nouveau modèle de santé. Dans ce programme, je rends les soins psychologiques financièrement accessibles à ceux qui en ont besoin.

Deuxièmement, j'ai demandé à l'administration d'analyser dans quelle mesure l'emploi et l'incapacité de travail peuvent jouer un rôle plus explicite dans le cadre de la convention psychologie de première ligne. Pour les personnes souffrant de troubles psychiques légers et modérés – groupe cible de la convention –, il est très important de se concentrer sur la prévention de l'incapacité de travail. À cette fin, il faut accompagner les psychologues et les médecins généralistes avec des outils concrets. Nous y travaillons donc.

Troisièmement, pour les personnes confrontées à une maladie psychique modérée à sévère, dans certains cas un retour au travail n'est possible qu'avec un accompagnement intensif. Ceci est ouvert par le biais de la méthodologie du placement et de l'accompagnement individuel (IPS). Un des principes clés qui sous-tendent ce modèle consiste à accompagner ces personnes vers la recherche d'emploi le plus tôt possible et à continuer à leur offrir un accompagnement individualisé et soutenu après qu'elles aient trouvé un emploi. La valeur ajoutée de la méthodologie IPS a été démontrée à plusieurs reprises à l'étranger et les résultats au sein de l'assurance indemnité belge semblent aller dans le même sens. Les résultats finaux sont attendus en 2026.

Ik kom nu bij het vierde punt. We zijn daar in de vorige legislatuur al mee gestart en dat is daarnet al aan bod gekomen. We hebben golven van maatregelen en ik zal daar niet op terugkomen, maar ik vind het wel belangrijk dat werk deel uitmaakt van het gezondheidsherstelproces en dat de behandelend artsen daarin een centrale rol spelen. Dat is belangrijk in het begin van de arbeidsongeschiktheid, maar ook wanneer die verder doorloopt.

Tot daar mijn antwoord op de gestelde vragen.

De heer Tonniau had ook nog een vraag met de focus op de zelfstandigen. Ik heb daarop nu niet geantwoord, mijnheer Tonniau, maar inderdaad, ik vind dat een apart aandachtspunt dat we moeten ontwikkelen. Ik ben het daarmee eens.

02.05 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Toen ik zelf de studie bekeek, was ik ook verrast door de resultaten over het aantal zelfstandigen dat uitvalt en het feit dat dat aantal stijgt. Toen ben ik gaan nadenken. Binnen de maatschappij leeft inderdaad het beeld van de hardwerkende zelfstandige die tot de dag voor zijn dood kan doorwerken. Daartegenover staat de karikatuur van de werknemer die met een gebroken vingernagel een week lang thuis op zijn gemak zit. Die studie toont aan dat dit niet het geval is, dat zowel de werkdruk bij de werknemers als bij de zelfstandigen op een bepaald moment zo hoog kan zijn dat een mens kraakt en ziek wordt, zeker nu we langer moeten werken.

Ik lees dat dit zich vooral voordoet bij zelfstandigen die actief zijn in de zorg. Mijn moeder heeft heel haar leven in de zorg gewerkt. Zij heeft de laatste 10 jaar van haar carrière vaak verteld over collega's die stoppen en dan als zelfstandige aan de slag gaan in de zorg. Ze doen dat omdat ze meer geld kunnen verdienen en meer uren kunnen kloppen, maar ze moeten dan ook effectief meer uren kloppen. We zien die tendens in rusthuizen, ziekenhuizen en de thuisverpleging.

Ik stel voor dat we dat bekijken en dat u dat onderzoekt. Heeft het ene iets met het andere te maken? Is dat het zorgsysteem dat we willen, voor de werknemer enerzijds en voor de patiënt anderzijds? Het lijkt me van niet, maar misschien zullen die studies iets anders aantonen.

02.06 Eva Demesmaeker (N-VA): Bedankt voor uw antwoord, mijnheer de minister.

02.07 François De Smet (DéFI): Je remercie simplement le ministre.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

03 Vraag van Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De voorschottenproblematiek in het kader van het leefloon" (56007862C)

03 Question de Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le problème des avances dans le cadre du revenu d'intégration" (56007862C)

03.01 Nahima Lanjri (cd&v): Mijnheer de minister, ik kom terug op de voorschottenproblematiek, wat ik eerder al heb aangekaart bij u, minister Clarinval, die verantwoordelijk is voor de uitkering van de werkloosheidsvergoeding, en bij minister Van Bossuyt.

Heel wat OCMW's krijgen te maken met aanvragen voor een voorschot op een ziekte-uitkering of een werkloosheidsuitkering, terwijl de aanvragers eigenlijk niet bij het OCMW hoeven aan te kloppen aangezien ze recht hebben op een uitkering. Er werd vroeger al aan de alarmbel getrokken, omdat heel veel OCMW's daardoor heel veel werk hebben. Maar liefst een op de vijf dossiers die OCMW's behandelen, betreft een aanvraag tot betaling van een voorschot op een uitkering. Uit recente cijfers van de VVSG blijkt dat intussen 22 % van alle leefloondossiers voorschotdossiers zijn. In meer dan de helft van de gevallen gaat het over voorschotten op werkloosheidsuitkeringen; op de tweede plaats staan de aanvragen voor een voorschot op ziekte-uitkeringen, uitkering waarvoor u bevoegd bent.

Uitbetalingsinstellingen zoals de vakbonden en de ziekenfondsen, hebben na de pandemie hun bereikbaarheid onvoldoende opgeschroefd. Bovendien verloopt de gegevensdoorstroom bij de ziekenfondsen vaak trager dan bij de OCMW's, waar men met strakke deadlines werkt. Zo verneem ik dat een aangifte van de sociale zekerheid bij de ziekenfondsen slechts een keer per kwartaal gebeurt, wat langere wachttijden veroorzaakt.

Ik heb het probleem eerder al aangekaart en u toen gevraagd ervoor te zorgen dat de problemen aan de basis worden aangepakt, ook wat de uitbetaling van de ziekte-uitkeringen door de ziekenfondsen betreft. U zou daarover overleg plegen met minister Van Bossuyt. Zij heeft mij dat zelf ook voor het reces bevestigd.

Hoever staat u met de oplossing van het probleem?

Welke pistes worden naar voren geschoven?

Is intussen nagegaan of, indien nodig, de ziekenfondsen of de ziekteverzekering zelf voorschotten kunnen uitbetalen?

Heeft er al een overleg plaatsgevonden? Zo ja, wat waren daarvan de resultaten?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Lanjri, het probleem van de voorschotten op sociale uitkeringen is belangrijk. Dat heeft inderdaad een impact op de OCMW's. Ik heb de nieuwe cijfers van de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) nog niet ontvangen en kan me daarover dus niet uitspreken.

De voorschotdossiers genereren extra werklast voor de OCMW's en men wil dat aanpakken. Ik bevestig echter niet dat de ziekenfondsen onvoldoende bereikbaar zouden zijn. Het staat vast dat de ziekenfondsen worden geconfronteerd met almaar meer en complexere dossiers. Vooral dossiers met complexe en gefragmenteerde loopbanen, waarin werk wordt afgewisseld met werkloosheid en ziekte, veroorzaken vertraging. U hebt gelijk dat het nodig is het probleem te analyseren per type uitkering en per instelling die ze toekent.

De ziekenfondsen voeren een ander onderzoek uit dan het onderzoek dat de OCMW's binnen de termijn van dertig dagen uitvoeren. Ik onderstreep dat de ziekenfondsen zelf afhankelijk zijn van informatie die de werkgever en soms ook andere instellingen moeten verstrekken. Zowel het RIZIV als de ziekenfondsen werken momenteel aan voorstellen om de toekenning van de uitkeringen te versnellen.

Een eerste werf waaraan we willen beginnen, is de verbetering van de datastromen. Vorige week vond daarover een eerste overleg plaats met de betrokken beleidscellen van mijn collega's. Minister Van

Bossuyt organiseert eerstdaags een overleg met het RIZIV, de RVA en de Kruispuntbank.

De mogelijkheid om de voorschotten door de verzekeringsinstellingen zelf te laten uitbetalen, brengt andere problemen met zich, waaronder de moeilijkheid om voorgesloten bedragen terug te vorderen en het risico op dubbele uitkering.

Vooraleer we de optiek volledig wijzigen, moeten we zorgvuldig de voor- en nadelen en de haalbaarheid van diverse alternatieve opties onderzoeken.

03.03 Nahima Lanjri (cd&v): Mijnheer de minister, dank u wel.

Het is goed dat er eindelijk schot in de zaak komt en dat er overleg gepland is. Het moet me echter van het hart dat, hoewel sommige dossiers complex zijn, we genoeg voorbeelden kennen van dossiers die helemaal niet complex waren maar toch werden doorgeschoven naar OCMW's. Dat zou niet mogen gebeuren, want ook de OCMW's zijn overbelast en kunnen dat werk vandaag niet meer aan. Bovendien komt er vanaf januari een grote groep nieuwe klanten bij, namelijk degenen die hun werkloosheidsuitkering verliezen en intussen nog geen werk hebben gevonden. We mogen niet verwachten dat iedereen onmiddellijk een job vindt. Een deel van die mensen zal zeker aankloppen bij het OCMW. De cijfers tonen aan dat het om een grote groep zal gaan, waardoor de OCMW's nog meer overstelpt zullen raken.

Wanneer u mogelijk een probleem van onterecht betaalde uitkeringen ziet, dan moet het antwoord zijn dat er grondig en vooral sneller onderzocht moet worden of iemand al dan niet recht heeft op een ziekte-uitkering. Dan pas wordt het OCMW inderdaad het sluitstuk van onze sociale zekerheid, waar men alleen komt aankloppen als er geen enkele andere uitkering beschikbaar is en men echt behoeftig is. Daarvoor is het OCMW bedoeld en niet voor mensen die eigenlijk recht zouden moeten hebben op een werkloosheidsuitkering of een ziekte-uitkering. De OCMW's kunnen dat nooit bolwerken. Dat blijkt nu al.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 15 h 10.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.10 uur.