

Commissie voor Sociale Zaken,
Werk en Pensioenen

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

van

du

WOENSDAG 12 NOVEMBER 2025

MERCREDI 12 NOVEMBRE 2025

Namiddag

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 09 et présidée par M. Denis Ducarme.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.09 uur en voorgezeten door de heer Denis Ducarme.

Le **président**: Monsieur le ministre, chers collègues, nous allons débiter notre réunion par un long débat d'actualité, puisqu'il comporte 29 questions orales. Ceux qui n'ont pas déposé de questions peuvent évidemment se joindre au débat, soit au moment des questions soit au moment des répliques. Certains d'entre vous ont déposé plusieurs questions dans ce cadre. Dès lors, leur temps de parole s'en trouve prolongé. C'est pourquoi je vous demanderais de regrouper vos questions. Cela nous fera ainsi gagner un peu de temps. Je vous indiquerai combien de temps vous est accordé, compte tenu des multiples questions que vous avez déposées. Sommes-nous d'accord sur le mode de fonctionnement? (*Assentiment*)

Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik ga akkoord met de werkwijze, maar ik heb zeven vragen ingediend. Alleen het voorlezen van die vragen neemt al enige tijd in beslag. Mag ik vragen om daarmee rekening te houden?

Le **président**: Nous avons fait le calcul pour vous. C'est douze minutes.

Irina De Knop (Open Vld): Je ne vais pas exercer mon droit sur douze minutes; je veux juste avoir les moyens de donner une introduction, puis de poser mes questions.

Le **président**: Vous avez parfois redéposé la même question.

Irina De Knop (Open Vld): Het is belangrijk dat we op alle vragen die we hebben voorbereid een antwoord krijgen. Als ik mijn vragen niet stel, zal ik er zeker geen antwoord op krijgen.

Le **président**: Je suis obligé de procéder comme cela parce que d'autres que vous ont déposé d'autres questions. Vous ferez ce que vous voulez avec votre temps. C'est votre liberté.

Axel Ronse (N-VA): Ik hoor dat over 'voorlezen' wordt gesproken. Mag ik een suggestie doen? Het zou heel fijn zijn dat niemand hier vragen voorleest, maar dat we een spontaan, authentiek en boeiend parlementair debat houden. Zo niet, wordt deze vergadering zeer slaapverwekkend.

Le **président**: Monsieur Ronse, j'adore aussi les débats plus spontanés, mais en l'occurrence, certains parlementaires sont spontanés et d'autres le sont moins. C'est aussi leur liberté.

Je vous propose donc de lancer l'échange avec M. Van Lysebettens pour deux minutes.

[01] Actualiteitsdebat over de langdurige zieken en toegevoegde vragen van

- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controle van de langdurig zieken" (56008376C)
- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De resultaten v.d. controles op langdurig zieken die tot aan hun pensioen arbeidsongeschikt blijven" (56008732C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De recente steekproef van het RIZIV bij langdurig zieken" (56008744C)
- Robin Tonniau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De langdurig zieken" (56008827C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De steekproef bij langdurig zieken" (56008829C)
- Robin Tonniau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De steekproef bij langdurig zieken" (56008830C)
- Axel Ronse aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De steekproef van het RIZIV bij langdurig zieken" (56008840C)
- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gevolgen en beleidsaanpassingen na de RIZIV-steekproef bij langdurig zieken" (56008947C)
- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De besparingen op de kap van de langdurig zieken" (56008933C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenningen van invaliditeit tot aan het pensioen en eerdere beleidsinitiatieven" (56008965C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van de langdurige arbeidsongeschiktheid en de werking van de GRI" (56008966C)
- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toenemende uitval door burn-out bij 30-minners" (56009082C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het terug-naar-werkbeleid en de terug-naar-werkcoördinatoren" (56009084C)
- Axel Ronse aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vakbonden als erkend dienstverlener in het kader van het Terug-naar-werfonds" (56009139C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De langdurig zieken en de preventie bij en verantwoordelijkheid van de werkgevers" (56009307C)
- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De tekortkomingen in het re-integratiebeleid voor langdurig zieken" (56009346C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Terug-naar-werkbarometer" (56009374C)
- Robin Tonniau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De langdurig zieken" (56009422C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De langdurig zieken" (56009423C)
- Robin Tonniau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De langdurig zieken" (56009424C)
- Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een centrale plaats voor preventie in het arbeidsongeschiktheidsbeleid" (56009493C)
- Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het beleid inzake de re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten" (56009793C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De exponentiële toename van het langdurig ziekteverzuim bij deeltijdwerkers" (56009808C)

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het 'totaalplan' voor de problematiek rond langdurig zieken" (56009849C)
 - Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De begeleiding naar werk van niet-toeleidbare werkzoekenden" (56009856C)
 - Anja Vanrobaeys aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het 'totaalplan' voor langdurig zieken" (56009913C)
 - Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verdeling van de langdurig zieken over de verschillende sectoren" (56010000C)
 - Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het re-integratietraject na een burn-out en de follow-up na de terugkeer op de werkvloer" (56010189C)
 - Robin Tonniau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De plannen voor besparingen bij de langdurig zieken" (56010196C)
- 01** Débat d'actualité sur les malades de longue durée et questions jointes de
- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le contrôle des malades de longue durée" (56008376C)
 - Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les résultats des contrôles des malades de longue durée en incapacité de travail jusqu'à la pension" (56008732C)
 - Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le récent sondage de l'INAMI auprès des malades de longue durée" (56008744C)
 - Robin Tonniau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les malades de longue durée" (56008827C)
 - Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'enquête réalisée auprès des malades de longue durée" (56008829C)
 - Robin Tonniau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'enquête réalisée auprès des malades de longue durée" (56008830C)
 - Axel Ronse à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'enquête réalisée par l'INAMI auprès des malades de longue durée" (56008840C)
 - Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les conséquences et aménagements après l'enquête de l'INAMI sur les malades de longue durée" (56008947C)
 - Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les économies visant les malades de longue durée" (56008933C)
 - Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les reconnaissances d'invalidité jusqu'à la pension et les politiques antérieures" (56008965C)
 - Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance de l'incapacité de travail de longue durée et le fonctionnement du CMI" (56008966C)
 - Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation des arrêts de travail pour épuisement professionnel chez les -30 ans" (56009082C)
 - Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique de retour au travail et les coordinateurs retour au travail" (56009084C)
 - Axel Ronse à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'agrément des syndicats comme prestataires de services dans le cadre du Fonds Retour Au Travail" (56009139C)
 - Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les malades de longue durée et la prévention et responsabilité dans le chef des employeurs" (56009307C)

- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les lacunes de la politique de réintégration des malades de longue durée" (56009346C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le baromètre de la politique de retour au travail" (56009374C)
- Robin Tonniau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les malades de longue durée" (56009422C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les malades de longue durée" (56009423C)
- Robin Tonniau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les malades de longue durée" (56009424C)
- Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prévention placée au cœur de la politique d'incapacité de travail" (56009493C)
- Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique de réinsertion des travailleurs en incapacité prolongée" (56009793C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'explosion de l'absentéisme de longue durée chez les travailleurs et travailleuses à temps partiel" (56009808C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le "plan global" pour la problématique des malades de longue durée" (56009849C)
- Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accompagnement vers l'emploi des demandeurs d'emploi non mobilisables" (56009856C)
- Anja Vanrobaeys à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le "plan global" pour les malades de longue durée" (56009913C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La répartition des malades de longue durée selon les secteurs professionnels" (56010000C)
- Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le trajet de réintégration après un burn-out et le suivi après le retour au travail" (56010189C)
- Robin Tonniau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les mesures d'économie visant les malades de longue durée" (56010196C)

01.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik zal direct tegemoetkomen aan de verzuchting van de heer Ronse.

Mijn vraag was natuurlijk al veel eerder ingediend en ondertussen hebben een aantal zaken zich voorgedaan, zoals vrijdag de documentaire op RTL. Die belichtte een aantal ontsporingen en dat is natuurlijk onaanvaardbaar voor het draagvlak van onze sociale zekerheid. Het is ook pijnlijk voor veel mensen die wel willen werken, en die zijn er wel degelijk, dat bleek zelfs uit de documentaire. Ze ondervinden echter allerlei hindernissen. De regering wil de uitkering van mensen afnemen, maar eigenlijk moeten mensen vooral de mogelijkheid hebben om aan het werk te gaan.

Uw eigen steekproef, mijnheer de minister, die u hier correct toelichtte, wordt ondertussen al veelvuldig misbruikt om hypothetische opbrengsten te berekenen. Een eenzijdige focus op straffen en afpakken werkt contraproductief. Dat blijkt niet alleen uit het onderzoek van professor Godderis, maar dat hebt u zelf ook bevestigd in uw Oxfordtoespraak van vrijdag.

Onze gemeenschappelijke doelstelling moet zijn om langdurig zieken weer gezond te maken. Hoe wilt u artsen ondersteunen om dat te doen, gezien hun huidige werkdruk? Kan arbeidsongeschiktheid niet beter extern en onafhankelijk worden vastgesteld? Voorziet u specifieke activeringsmaatregelen voor langdurig zieken, bijvoorbeeld via aangepaste werktrajecten? Zal de regering ook voor die trajecten bijkomende maatregelen uitwerken, bijvoorbeeld in het kader van de pensioenhervorming?

U verklaarde dat langdurig zieken het slachtoffer zijn van een systeem dat hen jarenlang weinig heeft

opgevolgd of geholpen. In de commissie voor Gezondheid hebt u eerder ook aangegeven een beleid te hebben gevoerd waarbij specifieke groepen actief arbeidsonbekwaam werden verklaard tot aan hun pensioen. Dat betekent dat velen zelf niet verantwoordelijk zijn voor de situatie waarin ze zich bevinden. Bent u dan bereid om die groepen uit te sluiten van bijvoorbeeld de bonus-malusregeling voor pensioenrechten? Erkent u dat zij niet mogen worden gestraft voor fouten van de overheid?

01.02 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, de voorbije weken zijn verschillende rapporten en onderzoeken verschenen die samen één duidelijke boodschap brengen, namelijk dat het beleid rond langdurig zieken niet werkt zoals het hoort.

Uit het recente interne verslag van het RIZIV blijkt dat van de 920 onderzochte dossiers van mensen die tot aan hun pensioen arbeidsongeschikt waren verklaard, ruim een kwart na hercontrole de uitkering verloor, terwijl slechts 16,7 % effectief terecht volledig arbeidsongeschikt bleek tot de pensioenleeftijd. Dat is onthutsend, want het betekent dat er jarenlang nauwelijks of geen hercontroles werden uitgevoerd, hoewel de wet duidelijk bepaalt dat invaliditeit steeds herzienbaar is.

U kondigde intussen aan dat u 100.000 langdurig zieken opnieuw laat controleren. Op zich is dat belangrijk, maar tegelijk rijzen er vragen over de manier waarop u dat zult doen. Hoe verklaart u dat die groep jarenlang nauwelijks of niet werd opgevolgd? Kunt u garanderen dat er voldoende adviserend artsen en capaciteit beschikbaar zijn om de hercontroles grondig en menselijk te laten verlopen? Hebt u daar vooral voldoende budget voor?

Ook leerden we uit dezelfde steekproef dat in 27 % van de onderzochte dossiers mensen ten onrechte een langdurige ziekte-uitkering ontvingen, dat in 55 % van de dossiers de uitkering werd verminderd en dat slechts 16 % volledig gerechtvaardigd bleek.

U hebt daarbij zelf aangegeven dat de opvolging en controle bij bepaalde ziekenfondsen, vooral bij de onafhankelijke ziekenfondsen zoals Helan, te lang zijn uitgehoud en dat dat ook financiële gevolgen zal hebben voor de mutualiteiten. Het is uiteraard goed dat er eindelijk inzicht komt in die tekortkomingen, maar tegelijk rijzen er ook vragen over de beleidsconsequenties en over de waarborgen voor een correcte behandeling van patiënten.

Hoe zullen ziekenfondsen die in gebreke bleven effectief verantwoordelijk worden gesteld? Vanaf wanneer zal het nieuwe vergoedingssysteem, dat rekening houdt met de kwaliteit van hun opvolging, in werking treden? Hoe garandeert u dat de controles rechtvaardig verlopen en niet leiden tot willekeur of druk op mensen die wel degelijk en terecht langdurig ziek zijn?

Professor Stijn Baert stelde bovendien voor om te onderzoeken of een onafhankelijke laag van controlerende artsen los van de mutualiteiten de kwaliteit en objectiviteit van de beslissingen kan verbeteren. Bent u bereid om dat te bekijken?

Tot slot, hoe evalueert u na vier jaar hervormingen het huidige activeringsbeleid? Wij hebben nu de verplichte opvolgingscontacten en een nauwere samenwerking tussen behandelende, adviserende en bedrijfsartsen. Welke concrete resultaten heeft dat tot nu toe opgeleverd?

Mijnheer de minister, ten slotte wil ik nog wijzen op de resultaten van een nieuw onderzoek van hr-dienstverlener Acerta. Dat onderzoek toont aan dat het re-integratiebeleid in veel bedrijven nog steeds hapert. Een op vier ondernemingen heeft helemaal geen re-integratieplan. Bijna de helft neemt pas na maanden contact op met de zieke werknemer. Meer dan een op drie werkgevers vindt de federale regelgeving te complex.

Ook langdurig zieke werknemers getuigen dat de afstand tussen werknemer, werkgever en mutualiteit veel te groot blijft. Sommigen worden te laat of helemaal niet gecontacteerd. Anderen krijgen te weinig begeleiding om op een aangepaste manier terug te keren. Er zijn zelfs gevallen van mensen die tegen hun wil richting medisch pensioen worden gestuurd, hoewel gedeeltelijke tewerkstelling perfect mogelijk zou zijn.

Mijnheer de minister, ik heb hierover nog drie concrete vragen.

Wordt er nagedacht over het vereenvoudigen van het administratief en juridisch luik van de re-

integratieprocedure, gelet op de signalen van zowel werkgevers als arbeidsgeneesheren dat de regels te ingewikkeld blijven?

Ziet u mogelijkheden om de rol van de adviserend arts en de arbeidsgeneesheer beter op elkaar af te stemmen, zodat langdurig zieken sneller en persoonlijker worden begeleid?

Hoe voorkomt u dat werknemers zonder degelijk overleg richting medisch pensioen worden gestuurd, ondanks een reële restcapaciteit om aangepast werk te verrichten?

Mijnheer de minister, het doel van dat alles moet immers zijn dat mensen die kunnen werken beter begeleid worden en dat mensen die echt ziek zijn beter beschermd worden. Vandaag faalt het systeem op beide fronten. Ik hoop dat u erkent dat er eindelijk werk moet worden gemaakt van een menselijke, rechtvaardige en uitvoerbare aanpak voor onze langdurig zieken.

01.03 Irina De Knop (Open Vld): De voorbije jaren is het aantal langdurig zieken in ons land onafgebroken blijven stijgen, mijnheer de minister, tot meer dan een half miljoen personen. Onder uw beleid is dat aandeel gestegen met 55 %.

Binnen die groep bevinden zich naar verluidt ongeveer 260.000 mensen die erkend zijn in invaliditeit tot aan de pensioenleeftijd. Uit een recente steekproef van het RIZIV bij 768 langdurig zieken die tot aan hun pensioen als invalide werden erkend bleek dat bij meer dan een kwart van de herbeoordeelde dossiers de invaliditeitsuitkering volledig werd stopgezet. Nog eens meer dan de helft bleek wel terecht arbeidsongeschikt, maar werd onterecht voor de rest van hun leven als invalide erkend. Amper 16 % van de onderzochte gevallen had daadwerkelijk recht op die erkenning tot aan de pensioenleeftijd.

De steekproef legt een aantal zorgwekkende tendensen bloot, waarover we al een aantal keren hebben kunnen spreken, ook in de plenaire vergadering. Een derde van de langdurig zieken wordt arbeidsongeschikt verklaard om psychische redenen en bij mensen jonger dan 40 met mentale problemen verliest bijna een kwart de invaliditeitsuitkering na controle. Dat zijn zeer verontrustende cijfers, zeker wanneer blijkt dat dossiers jarenlang niet opnieuw worden geopend, zelfs als er geen sprake was van een onomkeerbare aandoening.

Tegelijkertijd bestaat al geruime tijd een beleid rond gerichte herevaluaties van arbeidsongeschiktheid, onder meer via de praktijk van herevaluatie in de zevende maand, die werd opgestart onder uw voorgangster. In de voorbije legislatuur hebt u zelf sterk ingezet op de terug-naar-werkcoördinatoren bij de ziekenfondsen, via het terug-naar-werfonds en via de terug-naar-werkbarometer als beleidsinstrument.

Ik was dan ook verbaasd toen u aangaf dat dat beleid voor u eigenlijk niet zo belangrijk was, dat het een toegeving was aan de liberalen. Ik heb dat nagelezen en u hebt daar toch herhaaldelijk mee uitgepakt als uw eigen beleid. Ik ga er dan ook van uit dat u dat beleid verdedigt.

Mijnheer de minister, ondertussen zijn er meer dan 580.000 langdurig zieken. Op die manier blijft ons land geconfronteerd met een structureel probleem dat steeds zwaarder weegt op de sociale zekerheid.

Uw collega's van de arizonacoalitie zijn het blijkbaar met mij eens, want niet toevallig is de aanpak van langdurig zieken een van de elementen in het klavertjevier dat de premier op tafel legt. Zelf geeft u aan dat u op die manier ongeveer 1,8 miljard euro zou kunnen besparen. In andere artikels van andere partijen horen we bedragen tot 2,5 miljard euro. Het is daarom goed dat we hierover vandaag een debat voeren, zodat we begrijpen hoe men aan die cijfers komt.

Nog belangrijker, een cijfertje in een begroting neerpennen, is heel makkelijk, maar daar een beleid tegenoverstellen dat er echt voor zorgt dat dat wordt gerealiseerd, is nog wat anders en daarvoor bent u natuurlijk de bevoegde minister. U zei dat alle betrokken actoren moeten worden geresponsabiliseerd, van werkgevers tot artsen en ziekenfondsen – al horen we dat een beetje minder – en het RIZIV. Zij moeten allen samen mee in bad.

De politieke conclusie van het verhaal lijkt me te zijn dat u vijf jaar bevoegd bent voor die problematiek, dat u steeds weer nieuwe golven van maatregelen aankondigt die u echt als gamechangers ziet, maar dat het jammer genoeg golven zijn waarvan we de effecten nog niet kunnen zien in de zee van langdurig

zieken. Het is moeilijk te begrijpen hoe men het probleem structureel kan aanpakken door bijkomende initiatieven op te stapelen, terwijl eerdere maatregelen onvoldoende blijken te werken. We hebben dus meer dan ooit nood aan een echt plan.

Ik heb best wel wat vragen, dus ik zal selectief zijn. Inzake de RIZIV-steekproef en het statuut van invaliditeit tot aan het pensioen, hoe beoordeelt u het feit dat bij meer dan een kwart van de herbeoordeelde dossiers in de recente RIZIV-studie de invaliditeit volledig werd stopgezet? Acht u dat cijfer representatief voor de volledige groep personen die erkend zijn in invaliditeit tot aan de pensioenleeftijd? Hoe werd die steekproef precies uitgevoerd? Klopt het dat ze vooral betrekking had op leden van onafhankelijke ziekenfondsen? Zo ja, waarom? Kunt u ons de resultaten geven van de steekproef per verzekeringsinstelling? Welke verklaring ziet u voor eventuele verschillen tussen ziekenfondsen? Werden er daarbij abnormale resultaten vastgesteld bij bepaalde ziekenfondsen of afdelingen?

Hoe verklaart u dat zoveel mensen jarenlang als invalide tot aan de pensioenleeftijd geregistreerd blijven, zonder opvolging, terwijl hun pathologie daar volgens het RIZIV niet voor in aanmerking kwam en er geen sprake was van een onomkeerbare aandoening? Klopt het dat vandaag ongeveer 260.000 mensen dat statuut hebben op een totaal van circa 500.000 invaliden? Hoe evolueerde dat cijfer sinds uw aantreden als minister?

Mijn tweede vraag gaat over eerdere beleidsinitiatieven en de opvolging van arbeidsongeschiktheid. Welke resultaten leverden die gerichte herevaluaties in de zevende maand op? Wat waren de globale resultaten van de gerichte herevaluaties? Hoe verhouden de resultaten van de eerdere herevaluatie-initiatieven zich tot de recente steekproef van het RIZIV bij personen erkend tot aan het pensioen?

Dan kom ik aan de vragen over de omvang van de groep arbeidsongeschikten en over de werking van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit. Hoeveel personen zijn er in het laatste volledige jaar bijgekomen in die groep? Kunt u dat opsplitsen naar primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en waar mogelijk naar type pathologie?

Bij hoeveel mensen werd in het laatste jaar de arbeidsongeschiktheid herzien, zowel in primaire arbeidsongeschiktheid als in invaliditeit?

Hoeveel personen kregen in 2024 een door de adviserend arts voorgesteld traject voor re-integratie? Ik wil de nadruk leggen op die vraag, want die lijkt mij essentieel, aangezien het de opdracht is van de ziekenfondsen om mensen te re-integreren.

Kunt u ook zeggen hoeveel personen met een erkende arbeidsongeschiktheid of invaliditeit effectief nog een medische behandeling krijgen door een behandelend arts? Beschikt u over cijfers of schattingen van het aandeel invaliden dat nog regelmatig in behandeling is, per typologie?

Wat is de verdeling van arbeidsongeschikten en invaliden per ziekenfonds? We ontvangen graag de recentste cijfers.

Acht u bijkomende hervormingen nodig in de samenstelling van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit en haar hoge commissie, zodat erkenningen en herevaluaties kritischer, uniformer en onafhankelijker getoetst kunnen worden?

Dan kom ik tot de aangekondigde 100.000 bijkomende controles en de inzet van adviserend artsen.

U hebt aangekondigd dat 100.000 langdurig zieken bijkomend zullen worden gecontroleerd. Hoeveel extra artsen zijn er volgens u nodig om die 100.000 bijkomende controles effectief, kwaliteitsvol en binnen een redelijke termijn te kunnen uitvoeren?

Welke resultaten kunnen de terug-naar-werkcoördinatoren, die sinds 2021 actief zijn binnen de ziekenfondsen tot heden voorleggen op het vlak van de begeleiding van langdurig zieken naar werk? Kortom en concreet, hoeveel langdurig zieken hebben zij daadwerkelijk begeleid en hoeveel van hen zijn inmiddels gedeeltelijk of volledig opnieuw aan het werk na de tussenkomst van een terug-naar-werkcoördinator?

Ik heb daarover nog veel meer vragen geformuleerd, maar ik zal me omwille van de tijd proberen te beperken tot de belangrijkste. De terug-naar-werkbarometer werd aangekondigd als een belangrijk beleidsinstrument om de evolutie van de arbeidsongeschiktheid en de re-integratie op te volgen. Wanneer zal de terug-naar-werkbarometer officieel worden gepubliceerd of geactualiseerd? Zal dat instrument publiek toegankelijk zijn, bijvoorbeeld via het RIZIV-portaal?

U hebt het totaalplan voor langdurig zieken herhaaldelijk aangekondigd. Kunt u ons meenemen in uw totaalplan en toelichten wat daarin de hoofddoelstellingen en -indicatoren zijn? Wanneer verwacht u dat het nieuwe totaalplan in werking treedt? Welke stappen zult u ondernemen voor de uitvoering?

In het kader van dat totaalplan voorziet u ook in datamining van ziekteattesten. Hoe kunt u garanderen dat die datamining niet uitmondt in een algemeen klimaat van wantrouwen tegenover artsen en in naming-and-shaming, maar dat ze wel gericht en proportioneel wordt ingezet om misbruik te bestrijden?

Ik heb nog een vraag over de garanties voor patiëntgerichte en vrijwillige trajecten richting werk. Hoe zult u in het geheel van de maatregelen, met name steekproeven, bijkomende controles, het terug-naar-werkbeleid en het totaalplan, garanderen dat trajecten richting werk daadwerkelijk plaatsvinden met oog voor gezondheid, re-integratiemogelijkheden en vrijwilligheid en niet uitsluitend vanuit budgettaire motieven?

Heel belangrijk is ook de volgende vraag. Welke rol ziet u voor de behandelende arts, de adviserend arts, de terug-naar-werkcoördinator en de betrokken arbeidsbemiddelingsdiensten om ervoor te zorgen dat elk re-integratietraject medisch verantwoord, haalbaar en gedragen is voor de patiënt en dat de nadruk zal liggen op een duurzame werkhervatting?

Mijnheer de voorzitter, ik heb de spreektijd gerespecteerd.

01.04 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, gisteren was het Wapenstilstand, een feestdag. Ik had met een paar vrienden afgesproken in café Den Olifant in Lierde. We hadden het over voetbal, want de winst van Anderlecht tegen Brugge is groot nieuws tegenwoordig. We hadden het ook over cyclocross, maar nadien werd het pas echt interessant, want toen hadden we het over politiek. Als ze daar mijn hoofd zien, beginnen ze altijd over politiek te zeuren.

Mijn vrienden vonden het vreemd dat de partijen van Arizona ruzie aan het maken zijn. Een paar maanden geleden hadden jullie nog mooi een regeerakkoord afgesloten en was alles peis en vree, maar vandaag geraken jullie er niet meer uit. De begroting geraakt alvast niet goedgekeurd. Er is geen akkoord meer binnen de regering.

De mensen hebben eigenlijk niet graag dat er ruzie gemaakt wordt. Ze snappen dat niet. Ze houden niet van de chaos die jullie zelf creëren. Niets is nog zeker.

Eén ding was mijn kameraden wel opgevallen, namelijk dat alle partijen het er alvast over eens zijn dat er bespaard zal worden op de ernstig zieken. Mijn kameraden vroegen zich af van waar of van wie dat idee komt. In wiens partijprogramma stond het dat er 2,5 miljard euro bespaard moet worden op de ziek gewerkten?

Ik moest dan uitleggen dat dat een idee was van de heer Vandenbroucke, en dat de partij Vooruit een besparingsplan op tafel gelegd heeft om de ernstig zieken meer te controleren. De dokters worden meer gecontroleerd en verplicht om kortere ziekteperiodes voor te schrijven. Kortom, Vooruit viseert de zieken en de artsen, en krijgt daarvoor applaus en aanmoediging van de N-VA. Of, om het met de woorden van Axel Ronse te zeggen: go, go, go, mijnheer Vandenbroucke.

In Café Den Olifant wilden ze me niet geloven. Aangezien ik van de PVDA ben, veronderstellen ze dat ik Vooruit wil beschadigen. Ik vraag het vandaag dus expliciet aan u, mijnheer de minister. Is dat een voorstel van u? Is het een voorstel van Vooruit om 2,5 miljard euro te besparen op de ziek gewerkten?

Tijdens de herfstvakantie werd er nog gesproken over een besparing van 1,8 miljard. Intussen is er bijna 700 miljoen euro bij gekomen, tot 2,5 miljard euro. Kunt u dat uitleggen? Vanwaar komt die 700 miljoen? Welke calculaties zitten daarachter?

In uw plannen worden de werkgevers geresponsabiliseerd. U krijgt veel kritiek van de PVDA, maar de responsabilisering van de werkgevers vinden wij wel degelijk een goede zaak.

Daar staat wel meteen bij dat de solidariteitsbijdrage, die 140 miljoen euro moet opleveren in 2026, via een verlaging van de werkgeversbijdragen zal terugvloeien naar de bedrijven, althans naar de bedrijven die hun best doen. Wat u dus van de ernstig zieken wilt afnemen, zijn ze kwijt, en wat u van de werkgevers wilt afnemen, die ziek gewerkten creëren, geeft u via een belastingvermindering terug aan de werkgevers, weliswaar aan de werkgevers die hun best doen.

Mijnheer de minister, wat betekent 'hun best doen' precies? Op basis van welke criteria zullen werkgevers die belastingvermindering krijgen? Zal dat louter op basis van cijfers gebeuren? Krijgen bedrijven met het kleinste aantal langdurig zieken dan een belastingvermindering? Zal dat niet leiden tot meer medische ontslagen? Op die manier kan een werkgever de cijfers natuurlijk verlagen.

Werkgevers worden geresponsabiliseerd en er wordt bespaard op de sociale zekerheid bij langdurig zieken, maar het geld vloeit uiteindelijk terug naar de werkgevers. Is dat geen broekzakvestzakoperatie?

Tot slot, hoe komt u aan de optelsom van 2,5 miljard euro, en waar zal dat geld gevonden worden? De laatste tijd duikt bovendien nog veel meer ander fakenieuws op, met gemanipuleerde cijfers en data. Zo hebben sommige ministers beweerd dat 57 % van de geschorste werkzoekenden geen Belgen zouden zijn. Bepaalde ministers, economen en Kamerleden blijven herhalen dat er in ons land evenveel ernstig zieken zouden zijn als in Duitsland. Dat klopt niet. Duitsland telt meer dan twee miljoen ernstig zieken, wat meermaals is gefactcheckt in de media. Stop dus alstublieft met dat soort uitspraken. Mevrouw Bertrand sprak in onze commissie zelfs over de grootste fraude ooit. Dat ging niet over Didier Reynders, maar over mensen die ziek zijn geworden door hun werk. Ik vind dat echt bijzonder laag-bij-de-gronds en oneerlijk. Stel u voor dat u thuis zit om te herstellen van een rugoperatie en dat iemand als mevrouw Bertrand, geboren in een gouden wieg en lid van een van de rijkste families van België, u beschuldigt van fraude.

(...): (...)

01.05 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Ze is inderdaad niet aanwezig, wat ik jammer vind, want ik had haar daarop graag horen reageren.

Sta me toe dat ik nog even op de RIZIV-steekproef inga.

Ik ben niet lang naar school geweest, maar ik weet wel wat een steekproef is. Dat is een selectie uit een grotere populatie die wordt gebruikt om onderzoek te voeren. Het doel van een steekproef is om op basis van verzamelde gegevens uitspraken te kunnen doen over de gehele populatie. Een goede steekproef moet dus representatief zijn voor de gehele populatie, wat betekent dat de eigenschappen van de steekproef vergelijkbaar zijn met die van de gehele populatie. Welnu, de steekproef van het RIZIV was allesbehalve representatief voor de hele groep van ernstig zieken. Men hanteerde heel specifieke criteria, zoals mensen die tot aan de pensioenleeftijd ziek waren verklaard of jonge mensen met een specifieke problematiek. De steekproef van het RIZIV is dus die naam niet waard. Het is alsof men een politieke peiling zou organiseren bij de abonnees van *Kerk & Leven* om te weten waarop de volgende verkiezingen zouden uitdraaien. Zo werkt dat niet.

Mijn laatste vraag is dus wat u vindt van de uitspraak dat een vierde van de zieken eigenlijk fake ziek is. Wat vindt u van het misbruik en de manipulatie van de steekproef? Zult u uw regeringspartners oproepen om geen dergelijke valse uitspraken meer te doen?

01.06 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, "tous fraudeurs, tous suspects"! C'est le climat qui règne aujourd'hui dans notre pays. On reçoit des témoignages comme celui de Louise dont le cancer récidive et qui est en pleine chimiothérapie. Elle a partagé une vidéo sur les réseaux sociaux où elle explique que, le 29 novembre, elle a reçu une lettre lui disant que son incapacité devait être réévaluée alors qu'elle a rendez-vous le 2 décembre. Quelle violence! Quelle violence de recevoir un tel courrier alors que cette femme est en pleine chimiothérapie.

Ce genre de courrier témoigne d'une profonde inhumanité. Une des questions du courrier est: "Quand

est-ce que vous pensez reprendre le travail?" Louise, aujourd'hui, se bat contre la maladie, essaye et espère survivre, vivre. Comment se fait-il que ce genre de courrier soit envoyé à tous les malades sans discernement, peu importe que la personne soit à la maison pour telle pathologie ou à cause d'une chimiothérapie.

Les mutuelles et l'INAMI sont au courant des traitements que les gens suivent. Et des Louise, il y en a des milliers dans notre pays: des travailleurs gravement malades du cancer, comme c'est le cas de Louise, mais aussi malades du travail. Je prends l'exemple de René, chauffeur poids lourd depuis de nombreuses années qui, à 53 ans, a été opéré du dos et se trouve aujourd'hui en incapacité de travail à cause du boulot. Marc a 50 ans. Depuis 20 ans, il travaille au port d'Anvers, dans le froid, tous les jours. Il n'a jamais été malade. Aujourd'hui, ses épaules sont complètement fracassées. Il ne sait plus travailler. Kaput! Il ne sait plus bosser, du moins faire ce travail-là.

Votre réponse? Intimider, sanctionner, surveiller! C'est votre politique! Ce qui est grave, c'est que vous mettez tous les malades dans le même sac, sans distinction aucune.

De plus, de cette façon, le nombre de malades de longue durée continue à grimper parce que vous ne vous attaquez pas aux causes pour lesquelles les gens sont malades.

Je suis médecin. Quand on est médecin, on fait d'abord le diagnostic, puis on met le traitement en marche. Ici, vous faites le contraire. Donc, le nombre de malades de longue durée continue à augmenter. Même les médecins sont tous suspects de fraude aujourd'hui. Je trouve que c'est aussi une insulte grave. C'est comme si les médecins faisaient des certificats à tire-larigot. Je connais très bien le monde médical. Non, la plupart des médecins effectuent leur travail de manière très professionnelle et veulent que les gens puissent reprendre le travail si c'est possible. Mais les problèmes sont bien au niveau du travail.

Regardons les causes de l'incapacité. La première cause est l'âge, bien sûr. La moitié des malades de longue durée, 246 000 personnes, ont plus de 55 ans. Il y a peut-être une raison à cela. Les différents gouvernements ont fait en sorte que les personnes ne puissent plus partir en prépension. Ce gouvernement-ci a même mis purement et simplement fin à cette possibilité. Oui, en relevant l'âge de la pension, vous aurez encore plus de malades de longue durée.

Deux pathologies sur trois sont liées aux conditions de travail et trois personnes sur 10 ont des troubles musculosquelettiques.

Mon camarade Robin a déjà posé beaucoup de questions. Pouvez-vous dire de manière claire, monsieur le ministre, que dans l'étude que tout le monde avance, l'échantillonnage réalisé par l'INAMI n'est pas du tout représentatif de l'ensemble des malades de longue durée? Pouvez-vous confirmer le *fact checking* qui a été réalisé par *Le Soir*?

Comment arrivez-vous à 2,5 milliards d'économies sur les malades de longue durée? Pourquoi, sur ces 2,5 milliards, seulement 280 millions proviennent des entreprises, c'est-à-dire que 10 % de l'effort est fait par les entreprises tandis que vous allez chercher les 90 % restants chez les malades de longue durée?

01.07 Axel Ronse (N-VA): Collega's, weet u waar de duurste hondendrol ooit is gelegd? Dat is in Verviers.

"J'ai glissé sur un caca de chien. J'ai cassé mon pied."

Weet u hoelang al die dame voltijds een RIZIV-uitkering krijgt? Dat is al sinds 2017, zowat acht jaar. Op de vraag of ze weer kan werken, antwoordt ze: "Oui, donne-moi une petite table et un ordinateur. Et je suis là! Mais non, je ne vais pas le faire. Je suis tranquille depuis huit ans et se lever tôt, non, ce n'est plus pour moi."

Ze zei ook haar portie miserie te hebben gehad, aangezien ze als aanvulling op haar uitkering ook in het zwart had gewerkt als dierenverzorgster, maar dat ze in de zak gezet werd, omdat men haar niet had betaald. Ze vond zichzelf te beklagen.

*Présidente: Julie Taton.
Voorzitster: Julie Taton.*

Een aantal weken geleden bespraken we in het Parlement nog het naar de media anoniem gelekte bericht over de steekproef bij 1.800 langdurig zieken, waaruit bleek dat meer dan de helft onterecht ziek werd verklaard tot aan het pensioen. Van de langdurig zieken wegens psychische ziekte bleek meer dan een kwart onterecht ziek verklaard. Vorige week vertelde een ex-schoolkameraad me nog dat hij gescheiden is en dat hij naar de dokter was gegaan omdat hij zich daardoor, wat ik begrijp, mentaal niet goed voelde. Hij kreeg meteen een volledig jaar ziekteverlof voorgeschreven. Op basis van één doktersbezoek! Vindt iemand dat normaal? De arbeiders die bandwerk verrichten of de kassiersters die een hele dag in de Aldi of Delhaize werken, kunnen na het zien van zo'n reportage of van die steekproefcijfers niet anders dan denken dat zij gaan werken om een dergelijk rot systeem in stand te houden. Ik vind dat verschrikkelijk en ik hoop dat iedereen dat vindt.

Als we dat nu niet aanpakken, evolueren we naar een samenleving zoals die in Amerika, waarin onderwijs peperduur is, een doktersbezoek onbetaalbaar wordt en een enkelbreuk effectief in armoede kan resulteren. Ik pas voor zo'n systeem.

Ik wil een systeem zoals het hier ooit bedacht is, waarin iemand die miserie heeft, effectief geholpen wordt en eventueel meer geld kan krijgen dan wat tegenwoordig wordt toegekend, op voorwaarde dat al het profitaat eruit kan. Wie weigert om de in de reportage getoonde beelden profitaat te noemen, zou echt in de spiegel moeten kijken.

In de vorige legislatuur werd afgesproken om langdurig zieken weer naar werk te begeleiden. Als iemand wordt ontslagen wegens medische overmacht, betaalt men een boete van 1.800 euro. Sinds de invoering van die maatregel, anderhalf jaar geleden, is al 13 miljoen euro verzameld. Men kan op die 13 miljoen euro terugvallen als men ziek is. Men kan vouchers krijgen om weer aan het werk geholpen te worden. Weet u hoeveel mensen zo'n voucher hebben aangevraagd? 250. Wat een fiasco!

Nog het ergste van alles is het volgende. We beperken de werkloosheidsuitkeringen in de tijd. Mevrouw Taton, die de vergadering nu voorziet, heeft vorige week in de plenaire vergadering nog aangekaart dat een medisch centrum in Charleroi brieven stuurt naar mensen van wie de werkloosheidsuitkering binnenkort eindigt. Ik weet vooreerst al niet vanwaar zij die gegevens hebben. Zonder kennis van de medische voorgeschiedenis worden mensen uitgenodigd om langs te komen zodra hun uitkering stopt. Wie zijn die mensen? Wat bezielt hen om zoiets te doen? Willen zij ons hele sociale systeem kapotmaken?

Ik ben eveneens naar café Den Olifant geweest. Ik heb daar pinten gedronken met mensen die allemaal hun nikkel afdraaien en zich afvragen wat dat is met die Partij van de Arbeid en met die vakbond. De mensen werken hard, maar stellen vast dat er wordt geprofiteerd, aangezien veel mensen al lang uitkeringen ontvangen, hoewel ze die eigenlijk niet nodig hebben. Zij vragen zich af waarom de PVDA minister Vandenbroucke bekritiseert. Hij is op dit moment immers de meest sociale minister. Hij durft tenminste zijn nek uit te steken voor wie het echt moeilijk heeft, zodat die mensen nog een uitkering kunnen krijgen en niet alles wordt afgebouwd. Ik zeg dus inderdaad: go, go, go, minister Vandenbroucke.

Wat mij betreft, moet heel dat systeem van binnenuit en tot in de kleinste details worden herzien. Is er sprake van fraude bij de ziekenfondsen? Waarom worden sommige mensen zo lang onterecht arbeidsongeschikt verklaard? Hoe is het mogelijk dat iemand zoals die fantastische dame uit de RTL-reportage acht jaar lang een uitkering krijgt wegens een gebroken voet en intussen in het zwart werkt? Hoe kan dat? Hoe komt het dat zo weinig mensen gebruikmaken van de terug-naar-werkvouchers, terwijl er 13 miljoen euro in dat fonds zit? Hoe komt het dat een medisch centrum zonder enige medische voorkennis mensen per brief uitnodigt, zodat ze dan misschien naar het RIZIV kunnen stappen?

Collega's, ofwel ruimen we dat systeem op en maken we schoon schip, ofwel gaat onze sociale zekerheid kapot. Ik hoop dat we voor de eerste keuze gaan, want ik geloof in onze sociale zekerheid.

01.08 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, depuis l'entrée en fonction du gouvernement Arizona voici quelques mois, la chasse aux malades a pris une tournure plus qu'inquiétante. Nous

voyons des membres de votre gouvernement essayer de boucler un budget, incluant la possibilité de récupérer 5 milliards d'euros sur le dos des malades de longue durée, que l'on accuse d'être de "faux malades". Or il est notoire que l'échantillon sur lequel ils se basent pour dérouler toute cette stratégie repose sur une étude complètement biaisée. Monsieur le ministre, pourriez-vous enfin faire toute la lumière sur celle-ci et confirmer que les chiffres ne correspondent pas à la situation des malades de longue durée en Belgique?

Monsieur Ronse, quand je vous entends, cela me rappelle à quel point il est urgent que les députés retombent dans un régime de travail ordinaire, de sorte que, lorsqu'ils tombent malades, au lieu de conserver leur salaire – comme c'est le cas aujourd'hui –, ils tombent sur la mutuelle. Comme vous le savez peut-être, quand on tombe malade, le premier mois est assuré, avant que les revenus soient si fortement réduits qu'il devient parfois impossible de continuer à rembourser un emprunt ou de payer un loyer.

Président: Denis Ducarme.

Voorzitter: Denis Ducarme.

Chers collègues, les mots que je viens d'entendre sont graves, car ils font reposer sur une petite partie de la population et une infirme portion de personnes qui, en effet, ne respectent pas les règles du jeu, la faillite de l'État. Or, dans votre for intérieur, vous savez très bien que ce ne sont pas ces quelques personnes qui plombent le budget de l'État. Aujourd'hui, j'aimerais découvrir des émissions télé et un travail journalistique qui mettent en lumière les raisons pour lesquelles certains fraudent le fisc, sont obsédés par l'idée de ne pas participer à l'effort collectif, passent leur temps à construire des montages fiscaux et à pratiquer l'évasion fiscale. C'est ce que je voudrais voir dans une interview et dans une émission télé, monsieur le député.

Mes questions sont identiques à celles des collègues, monsieur le président.

01.09 **Julie Taton** (MR): Monsieur le ministre, voici quelques semaines, je vous ai interpellé en séance plénière sur la problématique des maladies de longue durée et des débordements.

Pour ne citer que quelques chiffres qu'on connaît tous, en Belgique, plus d'un demi-million de travailleurs sont en invalidité, c'est-à-dire en arrêt maladie depuis plus d'un an. Ce chiffre a doublé en 20 ans et coûte plus de 9 milliards d'euros par an à l'État. Selon les Mutualités Libres, les personnes les plus touchées sont les jeunes de moins de 40 ans ainsi que les femmes. Les causes principales sont des problèmes psychologiques (stress, burn-out) mais aussi des troubles physiques liés au travail.

Les indépendants sont, eux aussi, de plus en plus touchés. Les Mutualités Libres demandent de renforcer la médecine du travail, d'améliorer le bien-être au travail et de mieux accompagner les maladies psychiques.

Monsieur le ministre, que pensez-vous de l'étude des Mutualités Libres qui montre une hausse des arrêts de travail pour épuisement? Quel est le bilan de votre stratégie actuelle pour améliorer le bien-être au travail? Quel dispositif spécifique comptez-vous mettre en place pour aider les indépendants face à cette la fragilité croissante?

01.10 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, ma première question concerne le renforcement de la prévention et de la responsabilisation des employeurs dans la lutte contre les maladies de longue durée. Alors que nous comptons aujourd'hui plus de 526 000 personnes en incapacité de travail de longue durée, soit plus d'un actif sur 10, certains voient dans le modèle néerlandais de réintégration des travailleurs malades une piste intéressante pour la Belgique.

Pour avoir entendu les uns et les autres s'exprimer, il faut être très clair! Pour nous, le problème n'est pas qu'on aurait un demi-million de faux malades, profiteurs qui plombent notre système de sécurité sociale ni que les malades ne seraient pas assez responsabilisés. Ils le sont déjà, parfois même de manière très lourde, parfois même en plein traitement, comme cela a encore été rappelé par certaines de mes collègues. Dans le même temps, on parle toujours très peu, à notre estime, du rôle des employeurs et de leur responsabilité. Et je ne prends pas l'exemple des Pays-Bas par hasard car la baisse des absences s'y explique surtout parce que les entreprises ont été contraintes de suivre de près leurs travailleurs et leurs travailleuses et surtout d'améliorer leurs conditions de travail. Par ailleurs,

le salaire garanti a été porté à deux ans, ce qui représente évidemment un fameux incitant.

En Belgique, par contre, on continue à faire porter la responsabilité exclusivement sur le travailleur ou la travailleuse et on ne se préoccupe finalement du retour au travail que quand le lien est parfois déjà rompu, quand la personne est déjà épuisée, parfois brisée. Or la politique de santé la plus efficace, c'est celle qui empêche la maladie de s'installer. Et on sait que les entreprises ne jouent pas assez le jeu de l'adaptation des postes de travail. Nous avons déjà eu l'occasion d'échanger à ce sujet, monsieur le ministre.

Monsieur le ministre, ne pensez-vous pas qu'il est temps de placer la prévention au cœur de notre politique de santé au travail et de renforcer la responsabilité des employeurs dans l'évaluation et l'amélioration des conditions de travail, qu'il s'agisse de la charge, du stress, du climat ou des risques physiques, et de les responsabiliser davantage en matière de réintégration au travail? En effet, il est constaté que trop peu d'employeurs prennent des mesures volontaristes en cette matière.

Quelles nouvelles mesures concrètes de prévention comptez-vous mettre en place pour améliorer les conditions de travail, réduire les risques psychosociaux et prévenir ainsi les arrêts de longue durée? Le gouvernement envisage-t-il de renforcer les obligations de suivi et de réintégration pour les employeurs, à l'image justement du modèle néerlandais, en mettant en place des incitants forts pour accompagner chaque salarié dans sa reprise, c'est-à-dire adaptation du poste de travail, suivi régulier, contact humain maintenu, salaire garanti sur une longue période, etc.

Ma deuxième question fait suite à une étude publiée par Securex il y a quelques semaines révélant que l'absentéisme de longue durée – de plus d'un an – a augmenté de 4 % au cours du premier semestre 2025, atteignant un nouveau record de 3,51 % soit 105 086 travailleurs absents pendant plus d'un an.

Derrière ces chiffres, et c'est ce qui m'intéresse en particulier dans cette question, se cache surtout une injustice flagrante. Les travailleurs à temps partiel, souvent des femmes, sont deux fois plus touchés par les maladies de longue durée. Leur taux d'absentéisme a plus que doublé en 11 ans pour atteindre 5,41 %, contre 2,99 % pour les travailleurs à temps plein.

Monsieur le ministre, ce ne sont évidemment pas des statistiques abstraites, ce sont des aides ménagères, des infirmières, des caissières, des travailleuses des soins et du nettoyage qui cumulent souvent emplois précaires, bas salaires, charges familiales lourdes et conditions de travail difficiles. Aujourd'hui, leur santé s'effondre. Securex l'affirme d'ailleurs clairement: "Ce n'est pas le travail à temps partiel en soi qui rend malade, mais la somme des contraintes sociales, familiales et économiques qui pèsent sur ces travailleuses". Et pendant que les politiques parlent d'activation, ces femmes, elles, s'épuisent dans des conditions qui ne laissent aucune place à la prévention ni à la récupération.

Monsieur le ministre, quelle analyse faites-vous de cette étude et quelles mesures concrètes comptez-vous prendre pour protéger la santé des travailleurs à temps partiel, particulièrement celle des femmes dans les secteurs les plus précaires? Quand votre gouvernement prendra-t-il enfin au sérieux la question des conditions de travail dans les secteurs essentiels et fera enfin de la santé au travail une véritable priorité de santé publique?

Cela me permet de faire le lien avec ma troisième et dernière question qui concerne la part qu'occupent justement les conditions de travail dans la dégradation de la santé de nombreux travailleurs et de nombreuses travailleuses.

Des données précises à ce sujet nous seraient particulièrement utiles pour identifier des mesures ciblées. Or l'INAMI ne produit pas de statistiques détaillées sur la répartition des malades de longue durée selon les secteurs professionnels voire selon les commissions paritaires. L'INAMI explique cette absence de données par une impossibilité technique de croiser les données issues de l'ONSS avec ses propres données. Pourtant, de telles informations pourraient faciliter le travail des interlocuteurs sociaux relatif à la pénibilité de certaines activités.

Monsieur le ministre, au moment où le gouvernement envisage diverses mesures susceptibles d'affecter le régime des indemnités de maladie, comment peut-on prétendre agir efficacement sans disposer d'un outil qui permet d'évaluer la corrélation entre les conditions de travail et l'incapacité de

longue durée? Pourquoi l'INAMI ne produit-il pas à ce jour de statistiques croisées permettant de dégager la distribution des malades de longue durée par secteur ou par commission paritaire? Quelles initiatives concrètes pourriez-vous prendre pour lever les obstacles techniques invoqués par l'INAMI et permettre le partage de données entre l'ONSS et l'INAMI? Envisagez-vous par exemple de confier au Centre de connaissance de l'incapacité de travail de l'INAMI la mission de développer un outil d'analyse de la corrélation entre pénibilité et incapacité de longue durée?

01.11 **Isabelle Hansez** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je ne vais pas revenir sur les chiffres de l'incapacité. Je crois qu'on les a cités des dizaines de fois dans cette commission. Je voudrais rappeler que la première cause de l'incapacité de travail, au-delà de l'âge, est constituée par les troubles musculosquelettiques et les affections du système locomoteur, donc toutes les pathologies liées à la pénibilité et à l'usure physiques. Le gouvernement prépare des mesures pour accélérer le retour au travail et pour responsabiliser tous les acteurs concernés. Je pense que ces ambitions sont nécessaires et Les Engagés vous soutiennent pleinement sur cette voie.

Cependant, comme le soulignent beaucoup de services de protection et de prévention au travail, une grande absente demeure: la prévention. La priorité ne devrait-elle pas être d'éviter que tous ces travailleurs ne tombent malades, qu'il s'agisse de charges physiques lourdes, de postures contraignantes mais aussi de burn-out et autres pathologies professionnelles? À cet égard, des pistes existent, comme l'adaptation du régime de travail dans les métiers les plus pénibles, notamment ceux qui exposent à une forte usure physique. Il faut réfléchir aussi à des passerelles préventives avant la maladie pour alléger, parfois temporairement, la charge de travail. Ne peut-on pas réfléchir aux nouvelles technologies, qui peuvent venir aider quelque peu les travailleurs dans des postures physiques difficiles?

Monsieur le ministre, entendez-vous prendre des mesures pour que la prévention occupe vraiment une place centrale dans votre réforme, au-delà du suivi des personnes déjà malades? Le gouvernement est-il prêt à ouvrir le débat sur l'évolution de notre cadre légal afin d'intégrer des pistes innovantes pour essayer d'assouplir certaines contraintes physiques de travail et d'avoir des solutions en ce sens pour les personnes qui souffrent justement de troubles musculosquelettiques, de lombalgie, de cervicalgie, d'ostéophytes, etc. On peut citer énormément de maladies.

Ma deuxième question concerne plutôt la prévention tertiaire, c'est-à-dire tout ce qui concerne le retour au travail. Il faut être conscient qu'aujourd'hui, trois ans après l'entrée en vigueur de l'obligation pour les entreprises d'adopter une politique de réinsertion des malades de longue durée, une enquête récente notamment d'Acerta révèle qu'une entreprise sur quatre n'a toujours pas mis en place de politique de réinsertion, malgré la loi.

Par ailleurs, seulement 12,5 % des entreprises disposent d'une politique structurée, tandis que la majorité n'a qu'une version un peu partielle de ce type de cadre structuré.

Pourtant, les besoins sont immenses: neuf employeurs sur 10 ont déjà eu au moins un collaborateur en incapacité prolongée. Et tous les experts appellent qu'il faut un travail adapté pour favoriser la guérison et le maintien du lien social.

Souvent, des obstacles sont cités: complexité de la législation, manque de clarté des procédures à l'attention des employeurs pour mener cette politique de réinsertion, manque de moyens pour les petites entreprises, etc. Ces difficultés risquent de freiner la dynamique de réinsertion pourtant souhaitée par notre gouvernement dans son plan d'action fédéral pour la prévention et la réintégration.

Monsieur le ministre, confirmez-vous les chiffres récents et pouvez-vous préciser l'état d'avancement du déploiement de la politique de réintégration des malades de longue durée dans les entreprises? Votre cabinet a-t-il pris des mesures concrètes pour simplifier les procédures et mieux sensibiliser et accompagner les employeurs, notamment les PME où c'est toujours plus compliqué, dans la mise en œuvre de ces politiques? Comment garantir que cette politique reste fidèle à sa vocation première qui est de favoriser la reprise progressive et adaptée des travailleurs, plutôt que de devenir un outil de pression ou d'exclusion? Enfin, comment cette politique s'articule-t-elle avec la réforme plus large de l'incapacité de travail et les objectifs de l'accord de notre gouvernement en matière de participation et de santé au travail?

Ma dernière question concerne l'après retour au travail –dont on ne parle pas très souvent –, c'est-à-dire l'après prévention tertiaire, comme on l'appelle. Une étude récente menée par la KU Leuven et l'assurance AXA révèle que, de manière générale, un travailleur sur quatre qui reprend le travail après un burn-out vivra une rechute. On ne parle pas très souvent des rechutes, alors que le phénomène est important. Cela signifie que le retour au travail ne doit pas être considéré comme une fin en soi, mais comme un processus qui doit se dérouler dans la durée.

Je suis notamment familière avec certaines recherches de l'Université de Gand, en particulier celles du professeur Eva Derous qui travaille sur ce qu'elle appelle un BRM (*Burnout Reintegration Monitor*). Un rapport de recherche intitulé RE-BORn et financé par BELSPO allant dans le sens de l'importance de la qualité du retour au travail sera bientôt publié.

Globalement, les dispositifs de réintégration existent, mais leur application demeure souvent trop administrative avec un manque de coordination de tous les acteurs. Les travailleurs eux-mêmes témoignent de retours au travail insuffisamment préparés et peu accompagnés sur le long terme avec la possibilité de rechute.

Monsieur le ministre, comment le gouvernement entend-il renforcer le suivi durable des personnes qui reviennent d'un burn-out pour éviter ces rechutes assez récurrentes? Le futur plan fédéral "Bien-être au travail" prévoit-il des actions spécifiques pour améliorer la collaboration entre les médecins et les acteurs de la prévention et même les acteurs de l'entreprise qui doivent faire le suivi du retour au travail? Quelles initiatives sont envisagées pour soutenir les employeurs et notamment les PME dans l'accompagnement humain et dans la durée de leurs travailleurs fragilisés?

01.12 Nahima Lanjri (cd&v): Mijnheer de minister, vanaf januari zullen, gespreid over 1,5 jaar, ongeveer 184.000 mensen hun werkloosheidsuitkering verliezen, omdat ze langer dan twee jaar werkloos zijn. De afgelopen maanden bleek dat een deel van de werklozen die hun uitkering zullen verliezen mensen zijn die niet-toeleidbaar zijn. De VDAB doet tweejaarlijks een screening van de werkzoekenden. Alleen al in Vlaanderen zijn er zo'n 12.000 Vlamingen die niet-toeleidbaar zijn. Daarvan krijgen zo'n 10.000 mensen een werkloosheidsuitkering en zo'n 2.000 mensen een beschermingsuitkering.

Voor de mensen die een beschermingsuitkering ontvangen, is er momenteel nog geen probleem. Voor hen zoekt de federale regering een oplossing. Voor de groep die vanaf 1 januari uit de werkloosheid uitstroomt en die geen bestaansmiddelen meer heeft en die niet-toeleidbaar is wegens medische, sociale of psychische problemen, rijzen er echter wel problemen. Het is belangrijk dat we die groep niet in de kou laten staan. We moeten ervoor zorgen dat die mensen worden opgevangen. Een deel zal wellicht voor een ziekte-uitkering in aanmerking komen. Een ander deel zal een erkenning voor een handicap moeten aanvragen. Voor nog anderen is wellicht nog een apart statuut nodig.

U zou samen met minister Clarinval aan een oplossing werken, een apart statuut voor die groep. De vraag is natuurlijk wanneer die oplossing er komt. Het mag ook geen pingpongspel worden tussen de ministers van de verschillende regeringen.

Mijnheer de minister, hoe kijkt u naar die groep? Welke oplossing komt er? Komt die er voor 1 januari, want dan zullen de eerste mensen hun werkloosheidsuitkering al verliezen? Voor sommige mensen is er immers geen oplossing. Zij hebben soms zelfs geen recht op een leefloon. Om een leefloon te ontvangen, mag men immers geen partner hebben die voldoende middelen van bestaan heeft.

Deze vragen gingen niet echt over het grote thema van de langdurig zieken, maar mijn volgende vraag gaat daar wel over. U kent ons voorstel met betrekking tot de arbeidsparticipatietoelage. Hoe staat u daar tegenover? Denkt u dat we dit toch kunnen realiseren?

Er komen nog hoorzittingen met het RIZIV over de enquête over de langdurig zieken. Ik kijk uit naar een debat ten gronde met de experts en de mensen van het RIZIV. Ik wil echter wel al meegeven dat een steekproef ook maar een steekproef is en niet representatief is. We zien ook nog niet alle effecten van de maatregelen die de afgelopen jaren zijn genomen om langdurig zieken terug aan het werk te helpen. Dat moeten we ook nog afwachten.

Belangrijk is ook dat er interpretatieverschillen kunnen bestaan tussen bijvoorbeeld een arts van het

RIZIV en een arts van het ziekenfonds. Het lijkt mij nuttig, mijnheer de minister, om in de toekomst te onderzoeken hoe artsen van ziekenfondsen evalueren. Het zou waardevol zijn om een steekproef te doen van de manier waarop zij een bepaalde ziekte beoordelen en diezelfde groep mensen ook door RIZIV-artsen te laten checken. Op die manier kunnen we vaststellen waar de verschillen en overeenkomsten liggen en hoe voorkomen kan worden dat eenzelfde persoon op verschillende manieren wordt beoordeeld, met verschillende uitkomsten voor hetzelfde type ziekte.

Tot slot wil ik u vragen naar het terug-naar-werkfonds en de bijbehorende vouchers. Personen die arbeidsongeschikt zijn of ontslagen wegens medische overmacht kunnen een voucher van 1.800 euro aanvragen om begeleiding richting werk aan te vragen. In het verleden heb ik cijfers opgevraagd, waaruit bleek dat die vouchers tot op vandaag maar heel weinig worden benut. Tussen 1 april 2024 en augustus 2025 werden amper 154 vouchers uitgereikt. Er wordt dus te weinig gebruikgemaakt van dat instrument, terwijl het een goed middel is om mensen met een ziekte-uitkering terug naar werk te begeleiden.

De organisaties die de begeleiding aanbieden, geven aan dat de voorwaarden misschien te streng zijn en vragen om die te verruimen. Waarom moet men bijvoorbeeld wachten tot men een jaar invalide is vooraleer men die voucher kan aanvragen? Mensen die drie tot zes maanden ziek zijn, zijn ook al vrij lang ziek. Als zij zich al willen laten begeleiden richting werk, dan zou het toch ook mogelijk moeten zijn om die voucher aan te vragen zonder dat toestemming van de werkgever nodig is. Dat houdt momenteel mensen tegen, omdat zij geen begeleiding durven te vragen zolang ze nog verbonden zijn aan de werkgever. Mijnheer de minister, ziet u daar ook mogelijkheden? Ik doe deze suggestie en probeer constructief mee te werken met een aantal voorstellen van cd&v.

Le **président**: Merci, madame Lanjri. Vous avez un petit peu dépassé votre temps de parole.

01.13 Anja Vanrobaeys (Vooruit): Collega's, ik hoorde 'straffen en afpakken'. De excessen, zoals die te zien waren in de reportage van RTL moeten er zonder meer uit. Mijnheer Tonniau, gisteren op de jaarmarkt in Aalst was deze kwestie het eerste waarover de mensen mij aanspraken in het Volkshuis. Mensen die dag in, dag uit keihard werken, kwamen mij zeggen dat ze voor die excessen geen bijdragen willen betalen. Dat begrijp ik volledig. Er kwamen echter ook poetshulpen mij vertellen dat hun polsen, schouders en knieën kapot zijn en dat ze het werk niet meer aankunnen.

Mijnheer de minister, u hebt de werkgevers al deels geresponsabiliseerd en het is goed dat u nu met een totaalplan komt dat iedereen op zijn verantwoordelijkheid wijst. Men houdt het contact met langdurig zieken, zodat de excessen verdwijnen, maar dat plan wijst ook de werkgevers op hun verantwoordelijkheid. Negen op tien dienstenchequebedrijven leven de welzijnswet niet na en moeten nu al boetes betalen. Het is goed dat daarop verder wordt ingezet, opdat het geld van die boetes kan worden gebruikt voor preventie als daarover akkoorden worden gesloten.

Dat totaalplan is een goede zaak, maar wordt er verder over overlegd, bijvoorbeeld met de regio's in verband met die vouchers? Wordt ook ingezet op het sectoraal overleg, zodat we meer werk kunnen maken van preventie en van aangepast werk? Dit lijkt mij immers echt wel de sleutel tot succes. Zo kan men stappen vooruitzetten en langdurig zieken kansen bieden. Anders is het morsen met talent.

Le **président**: Madame Taton, pourriez-vous présider la réunion pendant mon intervention? Je vous remercie beaucoup.

Présidente: Julie Taton.

Voorzitster: Julie Taton.

01.14 Denis Ducarme (MR): Monsieur le ministre, il s'agit d'un sujet important. Nous savons combien l'accord de gouvernement est résolument volontariste en ce qui concerne le retour progressif au travail des malades de longue durée. La prévention de l'apparition de maladies et de l'absentéisme, l'accompagnement et la réintégration professionnelle constituent autant de volets qui figurent clairement dans l'accord de gouvernement. Par conséquent, il serait intéressant de vous entendre vous exprimer quant à votre volonté dans ce dossier.

Certains collègues ont fait allusion à un reportage qui fut diffusé sur RTL-TVI la semaine dernière. La fraude sociale existe, bien entendu, et il ne faut pas faire comme si elle était inexistante ni s'excuser

d'en parler quand on traite la question des malades de longue durée. Il s'agit donc de la traiter et de voir si vous allez pouvoir renforcer vos services au sein de l'INAMI, avec la collaboration de votre collègue en charge de la fraude sociale. Quarante personnes travaillent au Service du contrôle administratif (SCA). Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) compte 250 membres pour une masse de malades de longue durée qui s'élève à 526 000 personnes (11,2 % de la population active). En France et en Allemagne, le taux atteint 7 %. Nous sommes donc parmi les premiers dans l'Union européenne en ce domaine. Cela signifie-t-il que le supplément est uniquement constitué de fraudeurs? Non, bien entendu. Sans intention de caricaturer d'un côté comme de l'autre, il s'agit de développer une politique qui est prévue dans l'accord de gouvernement. Parce que vous êtes ministre de la Santé et responsable du département de l'INAMI, mais également vice-premier ministre, je vous demanderai de nous en dire également un mot. Cela me semble bienvenu. Nous pouvons parler de la fraude sociale sans, chaque fois, nous excuser de le faire.

C'est une réalité. Nous pouvons en parler sans faire de caricature. Simplement, il s'agit d'un objectif que nous devons atteindre parce qu'il nous est assigné par l'accord de gouvernement.

Je vous remercie, par avance, de nous en dire un mot.

La **présidente**: Merci beaucoup, monsieur Ducarme.

M. le ministre va à présent nous répondre.

01.15 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, er waren heel veel interessante vragen. Om tijd te winnen, zal ik een document met allerlei statistische gegevens bezorgen aan het secretariaat. U zult daarin heel wat antwoorden vinden met betrekking tot de cijfers waarnaar u hebt gevraagd. Ik zal ook nogmaals het rapport van het RIZIV over de thematische controles bezorgen, waarin u ook heel veel antwoorden vindt op vragen die werden gesteld. Ik doe dat omdat ik mij hier graag wil concentreren op de kern van de zaak, namelijk de solidariteit.

Uitkeringen voor ziekte en invaliditeit zijn gebaseerd op solidariteit met mensen die getroffen zijn door ziekte, die niet meer kunnen werken en die een uitkering – liefst een fatsoenlijke – nodig hebben om van te leven; op solidariteit met mensen voor wie er wel nog mogelijkheden zijn om opnieuw aan het werk gaan, misschien via aangepast werk, maar die daarbij hulp en ondersteuning nodig hebben.

Die solidariteit is een heel kostbaar goed. We moeten daar dus heel zorgvuldig mee omspringen. Die zorgvuldigheid is een verantwoordelijkheid van heel veel verschillende mensen, een verantwoordelijkheid die men moet samenvatten als 'samen verantwoordelijk en aldus solidair'.

Ik heb vorige vrijdag inderdaad een lezing gegeven in Oxford, waarin ik dat wat heb uitgewerkt en waarin ik heb gezegd dat solidariteit niet zonder verantwoordelijkheid kan. Het gaat over coresponsabiliteit, in dit geval van de ziekenfondsen, de artsen, de werkgevers, de VDAB, Actiris, de Forem en de mensen zelf.

De documentaire van Christophe Deborsu waarnaar werd verwezen – of ze nu statistisch representatief is of niet is niet van belang – toont helaas wat er gebeurt als die gezamenlijke verantwoordelijkheid er niet is. Als de ziekenfondsen, noch de behandelende artsen, noch de werkgevers, noch de mensen zelf doen wat men zou mogen verwachten, dan krijgt men dat resultaat. Het resultaat is dat mensen worden losgelaten, gemarginaliseerd geraken, armoedig en triestig leven en daar niet meer uit geraken. Dat is een probleem van een systeem dat niet goed werkt en dat grondig moet worden hervormd.

Ik wil dus herhalen wat hier al gezegd is. Heel veel mensen ontvangen een uitkering omdat ze ernstig ziek zijn. Ze kunnen niet terug aan het werk, of toch niet onmiddellijk. Laten we goed voor die mensen zorgen. Het probleem is dat het systeem mensen jarenlang loslaat zonder enige opvolging. Daardoor ontstaan situaties waarin mensen zich nestelen en er volledig afhankelijk van worden.

Er is ongetwijfeld ook sprake van regelrecht misbruik en fraude. In heel andere domeinen, zoals fiscaliteit, bestaat er ook fraude; zo worden sommige managementvennootschappen oneigenlijk gebruikt en misbruikt.

Ik ben tegen sociale fraude en tegen fiscale fraude. Ik ben voor echte solidariteit en een rechtvaardige

fiscaliteit. Dat is de inzet.

Ik wil even terugkomen op de zogenaamde thematische controles van het RIZIV. De bedoeling ervan was niet een representatieve steekproef te zijn voor de hele groep mensen met een uitkering. Dat wordt ook duidelijk uitgelegd in de nota die u nogmaals ontvangt. Het RIZIV heeft op mijn vraag gekeken naar een groep waarvan men op voorhand al kon vermoeden dat het niet normaal is dat ze tot aan hun pensioen in de invaliditeit zouden zitten. Het gaat om mensen jonger dan 60 jaar die niet aan een ziekte lijden waarvan het normaal is dat ze tot het einde van hun loopbaan niet meer kunnen werken. Men heeft dus andere mensen onderzocht, van wie het vreemd is dat ze tot hun pensioen als invalide werden erkend. Ook werden mensen onderzocht die jonger zijn, al twee jaar afwezig zijn en nog geen engagementsverklaring hadden ondertekend. Dat is eveneens bijzonder. Die groepen werden dus onderzocht en er heeft een thematische controle plaatsgevonden, waarbij men vaststelde dat de ene mutualiteit andere resultaten behaalde dan de andere. Het betreft echter geen steekproef die representatief is voor de hele groep, en dat mag ook niet in die zin worden misbruikt. Toch toont het opnieuw aan dat, wanneer er geen opvolging is, er helaas mensen zijn die zich installeren of geïnstalleerd raken in een situatie die niet goed is. Opvolging is dus noodzakelijk.

Mevrouw De Knop, ik weet niet waar u dat cijfer van +55 % vandaan haalt. Ik denk niet dat dat klopt, maar dat is niet zo belangrijk. Het is wel van belang dat die groep stijgt, en als we niet ingrijpen, zal die groep sterk blijven toenemen.

Dat is evident, want de pensioenleeftijd stijgt. De pensioenleeftijd stijgt dit jaar met één jaar en zal in 2030 nog eens met één jaar stijgen. Als we niet opletten, komen veel mensen in plaats van in vervroegd pensioen of pensioen terecht in langdurige ziekte. Sommigen waren misschien al in langdurige ziekte. Dat heeft te maken met een strenger beleid inzake werkloosheid en uittredingssystemen, zoals werkloosheid met bedrijfstoeslag. Dat verklaart heel veel, maar niet alles. Er spelen ook mentale gezondheidsproblemen en problemen met arbeidsomstandigheden.

Collega's, er is dus een zeer grondige hervorming nodig, zowel op het vlak van preventie – men heeft gelijk als men dat hier zegt – als re-integratie van mensen die langdurig ziek zijn. We moeten die mensen helpen om opnieuw aan de slag te gaan.

Wanneer ik zeg dat een grondige hervorming nodig is, dan wil ik, in tegenstelling tot wat de heer Van Lysebettens en mevrouw Samyn suggereren, niet pleiten voor een etatisering – vergeef mij de wat zware uitdrukking – of verstaatsing van het systeem. Men zou kunnen beslissen om de adviserend artsen weg te halen bij de mutualiteiten en onder te brengen in een ministerie, dat voortaan alles zal controleren. Zulke voorstellen bestaan, maar ik ben daar geen voorstander van. Ik ben geen etatist. Bovendien, als we dat zouden doen, zijn we vier jaar bezig met hervormen zonder iets te bereiken. Een onafhankelijke laag, zoals mevrouw Samyn het noemt, een nieuwe instelling creëren, neen, neen, neen... Laten we proberen met de instellingen die er al zijn te werken en die instellingen hun verantwoordelijkheid te laten opnemen en aan te scherpen. Dat is de inzet.

Inderdaad, zoals mevrouw Vanrobaeys, mevrouw Samyn en anderen aangaven, laten we overleg organiseren en iedereen verantwoordelijk maken, ook de deelstaten, de VDAB in Vlaanderen, de werkgevers. Daarnaast moeten we duidelijkheid scheppen over wat we verwachten van de behandelende arts van iemand die langdurig ziek is. Ook die arts moet nadenken over wat de mogelijkheden zijn om terug aan het werk te gaan.

Ik ben daarom van plan een rondetafel te organiseren met alle betrokken partijen: bedrijfsartsen, adviserend artsen van de ziekenfondsen, behandelende artsen, werkgevers, mutualiteiten, vakbonden, de ministers van de deelstaten, de VDAB, Actiris en de Forem. Iedereen moet zijn deel van de verantwoordelijkheid nemen en we moeten de neuzen in dezelfde richting krijgen. Dat is essentieel.

Men heeft mij gevraagd wat de resultaten tot nu toe zijn. Ik verwijs naar de cijfers die ik zal ronddelen. Ik denk dat we al enkele gunstige effecten zien van de eerste en tweede golf die ik gelanceerd heb.

Ik wil iets herhalen. Mevrouw De Knop of de heer Van Lysebettens heeft gezegd dat ik een beleid zou hebben gecreëerd waarbij mensen tot aan hun pensioen in invaliditeit worden geplaatst. Dat is een misverstand, mijnheer Van Lysebettens. Ik was stomverbaasd toen ik vaststelde dat dat op die schaal gebeurde.

Het fenomeen waarbij mensen tot aan hun pensioen op invaliditeit worden gezet, is beginnen groeien onder de Zweedse regering en is vervolgens verder toegenomen tijdens de coronaperiode. Ik was daarover zo verbaasd en verontwaardigd dat ik heb beslist – die beslissing is al in uitvoering – dat mensen in principe nooit tot aan hun pensioen een erkenning in invaliditeit kunnen krijgen. In principe kan dat nooit. Een erkenning kan gelden voor een jaar, twee jaar of vijf jaar, maar niet langer, tenzij het gaat om zeer ernstige ziekten waarbij men op voorhand weet dat de betrokkene nooit meer zal kunnen terugkeren naar werk. Behalve die uitzonderingen hebben we voor nieuwe instromers dat principe eigenlijk al afgeschaft. Helaas bevindt een zeer grote groep zich nog in dat oude systeem. Dat is een slechte erfenis uit het verleden en daarmee moeten we aan de slag.

Hebben we voorlopig resultaten? Ja. Ik geef één cijfer. Louter met de eerste en tweede golf van maatregelen op de achtergrond zijn 14.000 mensen in 2024 in een traject van VDAB, Actiris of de Forem gestapt, met een uitkering als langdurig zieke. Dat cijfer stijgt, en ik hoop dat het dit jaar nog hoger zal zijn.

Het gebrek aan succes van het Terug-naar-werkfonds en de vouchers voor private bemiddelaars – inderdaad, een eclatant gebrek aan succes – staat gelukkig naast een zeer hoog cijfer bij de publieke bemiddelaars. Waaraan ligt dat gebrek aan succes bij de vouchers? Wellicht, mevrouw Lanjri, hebt u gelijk te stellen dat die vouchers te eng of te weinig omschreven zijn. Ik denk evenwel ook dat de druk om naar oplossingen te zoeken onvoldoende hoog is, en dat we iedereen in het systeem – behandelende artsen, bedrijfsartsen, maar ook de mensen zelf – sterker moeten aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid. Zij moeten zich afvragen wat ze kunnen doen, welke uitwegen er zijn, welke mogelijkheden ze nog hebben.

De derde golf vormt een antwoord, collega's, op veel van de vragen die hier zijn gesteld. Zeer kort samengevat behelst de derde golf maatregelen die zijn opgenomen in het regeerakkoord van Arizona en nu vervat zitten in één groot wetsontwerp, waarvan ik hoop dat het vrijdag in derde lezing door de ministerraad wordt goedgekeurd. Daarnaast is er ook nog een belendend wetsontwerp.

De bedoeling van die derde golf is dat er veel meer samen wordt opgetreden. Het gaat om de zogenaamde coresponsabiliteit. De adviserend arts én de bedrijfsarts én de behandelende artsen moeten samen optreden, in trio. Dat gaan we ondersteunen.

Er moet ook sneller worden opgetreden. We willen iedereen op een scherpere manier voor zijn verantwoordelijkheid plaatsen. Als een werknemer niet ingaat op een uitnodiging van een bedrijfsarts, dan zal hij dat voelen, want als we willen helpen moet men zich ook willen laten helpen. Als een werknemer het dus niet de moeite vindt om in te gaan op een uitnodiging van een bedrijfsarts, dan hangt daar een sanctie aan vast. Een serieuze sanctie, als u het mij vraagt. Hetzelfde geldt voor iemand die het niet de moeite vindt om in te gaan op de uitnodiging van een adviserend arts. Dat zit allemaal vervat in die derde golf.

Ook een scherpere – financiële – verantwoordelijkheid voor de werkgevers zit daarin vervat, aangezien de werkgevers ook voor de tweede en derde maand afwezigheid na het gewaarborgd loon zullen moeten betalen. Ze zullen niet langer dan zes maanden mogen wachten om een alternatief aan te bieden aan een werknemer die nog kansen heeft om terug aan het werk te gaan.

Kortom, we willen een scherpere verantwoordelijkheid voor iedereen, samen in actie en sneller in actie. Dat is de essentie van die derde golf.

Mevrouw Samyn, u hebt gelijk, de dingen moeten inderdaad eenvoudiger. U hebt het woord 'afstemmen' gebruikt. Ik wil dat ook, en ik wil ook een rondetafel organiseren om de neuzen in dezelfde richting te krijgen.

Ik heb in de regering een nota van 65 pagina's ingediend met het oog op een vierde golf. Die lijkt me nodig. Ik voeg er wel aan toe dat die nota nog niet is goedgekeurd door de ministerraad en dat het dus wat bizar is om zulke nota's te bespreken in het Parlement, hoewel de nota al is uitgelekt in de pers. Een vierde golf is echt nodig, met name voor de mensen die lang afwezig zijn, maar ik zal dat enkel kunnen afwerken als er binnen de regering bij de begrotingsopmaak een globaal en solidair evenwicht is, op alle fronten.

Wat zit daarin? We willen opnieuw meer inzetten op preventie. Die vierde golf voorziet in een investering in eerstelijns psychologische ondersteuning. We hebben gemerkt dat die eerstelijns psychologische ondersteuning een gunstig effect sorteert op ziekteverzuim; dat bleek uit een studie van Ronny Bruffaerts. Wat moeten dat versterken en de eerstelijns psychologen mee betrekken bij de oplossing om mensen die uitgevallen zijn, geheel of gedeeltelijk opnieuw aan het werk te krijgen.

In mijn voorstel zit een screening, niet van 100.000 mensen – dat is hier een paar keer gezegd –, maar van 218.000 mensen. Dit is wat ik voorstel: tussen nu en het einde van de legislatuur 218.000 mensen in langdurige afwezigheid opnieuw evalueren.

Ten derde hanteer ik het principe dat men nooit langer dan een jaar een invaliditeitserkenning kan hebben. Na een jaar moet men opnieuw geëvalueerd worden door de behandelende arts. Na een jaar moet opnieuw een aanvraag worden ingediend.

Ik wil even terugkomen op iets wat de heer Van Lysebettens zie. Mijnheer Van Lysebettens, controle en een helpende hand, het ene gaat niet zonder het andere. Als we niet controleren, dan krijgen we wat te zien was in de uitzending van de heer Deborsu. Dat is triestig, ook voor de mensen zelf. Dus we moeten op tijd en stond evalueren en controleren. Als we controleren, moeten we evenwel ook hulp aanbieden. We kunnen echter geen hulp aanbieden aan mensen als we hun toestand niet evalueren en controleren. Laten we dus geen valse debatten voeren. Het zijn gewoon twee kanten van dezelfde medaille: evalueren, controleren, hulp aanbieden. Dat moeten we veel systematischer doen.

Men vroeg mij naar de cijfers. Nogmaals, collega's, dit is eigenlijk nog niet afgesproken binnen de regering, maar ik zal een paar cijfers geven. Wat ik heb voorgesteld is in de eerste plaats een gezondheidsplan, maar het is ook goed voor de financiële gezondheid van de sociale zekerheid. Tegen het jaar 2029 komen we uit op een nettowinst voor de financiële gezondheid van de sociale zekerheid van 1,8 miljard euro, en dat groeit tot 2,2 miljard euro nettowinst in 2030. Daarin nemen we mee dat de hervorming van het invaliditeitspensioen van ambtenaren een afgeleide kost meebrengt voor de ziekteverzekering van 133 miljoen in 2029 en 183 miljoen in 2030. Als u echt het brutocijfer wilt weten, dan moet u dat optellen bij die 1,8 en die 2,2 miljoen.

In die getallen zit inderdaad ook een financiële bijdrage van de werkgevers. Ik wil die echter niet in de schatkist houden. Voor mij mag die terugvloeien naar de werkgevers. Ik ben voor een bonus-malus: wie het goed doet, betaalt minder sociale lasten, wie het slecht doet, betaalt meer sociale lasten. Vandaar dat ik heb voorgesteld in de regering om werkgevers iets meer te laten betalen, maar de opbrengst daarvan te recyclen en terug te geven aan de werkgevers. Dan krijg je een bonus-malus en daar ben ik voor.

Dat gaat over redelijk wat geld, 311 miljoen in 2029 en 320 miljoen in 2030. Die cijferdans bevat heel grote bedragen, dat zijn de brutocijfers van mijn plan. De nettocijfers, waarbij de werkgevers de bonus-malus gerecycleerd krijgen in een lastenvermindering, en waarbij we ook de hervorming van het invaliditeitspensioen dekken, bedragen 1,8 miljard tegen 2029 en 2,2 miljard tegen 2030.

Het gaat evenwel niet alleen om de financiële gezondheid van de sociale zekerheid, het gaat om de gezondheid van de mensen. Terug aan het werk kunnen gaan, is voor vele mensen een onderdeel van hun herstel. Dat geldt ook voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ik kan dat niet genoeg herhalen. Ik heb gesproken met mensen die lijden aan een zware depressie en toch terug aan het werk konden gaan. Was die depressie helemaal weg? Nee, dat gaat soms een leven lang niet weg. Ik heb ook gesproken met mensen die chronische pijn lijden of aandoeningen hebben in de sfeer van psychoses. Dat is afzien, dat is lijden. Dat gaat soms een leven lang niet weg. Toch kan men nog kansen krijgen om terug aan het werk te gaan. Het is beter aan het werk te zijn dan thuis te zitten met chronische pijn. Dat is de solidariteit die we nodig hebben. Natuurlijk zullen er altijd mensen zijn die gewoon niet terug aan het werk kunnen gaan.

Collega's, mevrouw Lanjri heeft een heel belangrijk en gevoelig punt aangeraakt, met name de niet-toeleidbaren – een beetje een lelijk woord. Dat is, mevrouw Lanjri, nog niet helemaal uitgeklaard in de regering, maar ik wens absoluut dat we daar een oplossing voor vinden. We proberen daar ook vooruitgang te boeken met mijn collega Rob Beenders, die verantwoordelijk is voor personen met een handicap.

De arbeidsparticipatietoelage zit inderdaad in mijn plannen. Dat is wel wat controversieel. Ik vind dat goed. Het idee komt trouwens ook een beetje van mij. Cd&v vindt het ook heel belangrijk, we zijn hierin bondgenoten. We moeten er wel voor zorgen dat het niet ontspoord. Ik zou dat meer als een pilootproject willen invoeren dat we goed bewaken, dan dat het ontspoord.

Madame Désir, il serait extrêmement intéressant de pouvoir croiser les données de l'INAMI et celles de l'ONSS, qui fournissent de l'information sur les secteurs desquels les gens qui sont en maladie proviennent. Des échanges sont maintenant organisés entre ces deux administrations en la matière. Je ne peux pas vous dire avec certitude quand ce projet aboutira, car c'est encore fort compliqué, mais nous sommes en train d'en discuter.

Président: Denis Ducarme.

Voorzitter: Denis Ducarme.

Geachte Kamerleden, daarmee heb ik de belangrijkste punten aangeraakt. Solidariteit en verantwoordelijkheid zijn twee kanten van dezelfde medaille. Iedereen moet mee in het bad en iedereen moet mee verantwoordelijk zijn. We mogen de hete aardappel niet naar elkaar doorschuiven. Dat is de enige manier om een zeer grondige hervorming, die nodig is in het belang van de mensen, tot een goed einde te brengen.

Le **président**: Je propose deux minutes de réplique par intervenant pour ce débat d'actualité.

01.16 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, in de beperking kent zich de meester.

Mijnheer de minister, ik ben blij te horen dat u kijkt naar een globaal beleid met alle actoren, in tegenstelling tot sommige leden van de meerderheid die er een sport van maken om individuele cases te verheffen tot beleid. Dat laatste is net het tegenovergestelde van wat we moeten doen. We moeten kijken naar een vorm van systeembenken dat mogelijk wel vruchten kan afwerpen. Daartegenover vind ik het wrang dat ook u toegeeft dat de hervormingen op de arbeidsmarkt dreigen te leiden tot meer zieke mensen.

Nu kom ik tot de punctuele punten waarover u mij hebt aangesproken.

Een onafhankelijke laag hoeft voor mij geen aparte laag te zijn. Het kan ook gaan om het versterken van de controleartsen bij de mutualiteiten. Het punt is vooral dat de huisartsen vandaag al met enorme administratieve lasten kampen, waardoor zij die extra controles gewoon niet zullen kunnen bolwerken. Als we daar geen oplossing voor vinden, zullen we hier over twee of drie jaar opnieuw moeten bespreken waarom sommige huisartsen dat pro forma invullen of waarom dat door artificiële intelligentie wordt afgehandeld. Ik pleit er dus voor om de nodige middelen uit te trekken om dat mogelijk te maken waar nodig.

Een groot aantal mensen is op ziekte gezet, maar het punt is dat die mensen daar zelf niet verantwoordelijk voor zijn. Dat was een beleidskeuze, hetzij van u, hetzij van een andere minister, maar op zich maakt dat weinig verschil. Er worden vandaag maatregelen genomen waardoor zieke mensen een aantal van hun rechten dreigen kwijt te spelen zonder dat ze daarvoor zelf verantwoordelijk zijn. Daarvoor moet een oplossing worden gevonden.

Ten slotte hebt u het over straffen en afpakken, maar de maatregelen die u noemt, gaan precies in die richting. Ik ben het helemaal met u eens dat zulke maatregelen nodig zijn, maar er zijn, zoals u zelf aangeeft, ook andere maatregelen nodig om mensen naar werkbaar werk te begeleiden. Daarover blijft het echter stil.

01.17 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, mijn excuses omdat ik niet uw gehele antwoord heb kunnen volgen.

Ik wil even op de communautaire cijfers ingaan. U hebt me geantwoord op een vraag over de langdurig zieken. We stellen vast dat er een grote communautaire scheefte is, want procentueel zijn er beduidend meer langdurig zieken in Wallonië dan in Vlaanderen. Dat sluit aan bij de bredere

problematiek van de lage werkzaamheidsgraad in Franstalig België, wat ook bleek in de recente reportage van Christophe Deborsu.

Het Vlaams Belang pleit voor een activeringsbeleid dat vertrekt vanuit mogelijkheden en niet louter vanuit beperkingen. Dat beleid moet focussen op wat mensen nog kunnen, in plaats van hen te reduceren tot hun ziekte of beperking. U had het daarnet over solidariteit en verantwoordelijkheid. We zijn het er volledig mee eens dat de hete aardappel niet mag worden doorgeschoven. Dat betekent echter ook dat er een gezamenlijk beleid moet zijn, waarbij de regio's worden betrokken. Daarbij kan ook via de werkgever worden geëvalueerd wat de betrokken persoon nog kan doen, voor welke taken hij geschikt is en of aangepast werk haalbaar is.

In uw antwoord zegt u dat er ook aandacht moet zijn voor mensen die echt ziek zijn, bijvoorbeeld mensen die langdurig met psychische problemen kampen, zoals burn-out en depressie. Die mensen verdienen een degelijke begeleiding en verdienen het niet om gestigmatiseerd te worden.

Belangrijk is ook dat een zieke die opnieuw aan de slag gaat, er financieel op vooruitgaat ten opzichte van zijn uitkering. Werken moet lonen. Het is onaanvaardbaar dat iemand die het werk hervat, al dan niet deeltijds, er financieel op achteruitgaat.

Ik wil ook kort ingaan op het tekort aan controleartsen. Dat is een bekend probleem. Ik hoop dat daaraan gewerkt wordt en dat er voldoende controleartsen ter beschikking zijn. Alles staat of valt immers met een systeem waarin voldoende controle mogelijk is. Het huidige tekort zorgt voor een hoge werkdruk bij de controleartsen zelf en voor ongelijkheid.

Mijnheer de minister, we hebben niet zozeer nood aan een sanctiebeleid, maar wel aan een mensgericht activeringsbeleid dat langdurig zieken perspectief biedt, artsen versterkt en de communautaire verschillen eerlijk benoemt in plaats van ze te verdoezelen.

01.18 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord, ook al was dat een zeer politiek antwoord met weinig technische aspecten.

We hebben mensen in een vergeetput gestoken. Dat is naar mijn oordeel zowel een collectieve als een individuele verantwoordelijkheid.

De verhalen over olifanten, Jacquelines, praatjes in het volkshuis, schouders en ruggen blijven wat ze zijn: verhaaltjes. Die verhaaltjes en die feiten doen het zo goed omdat het beleid ontbreekt. U spreekt over communicerende vaten tussen de beperking van de werkloosheidsuitkeringen in de tijd en ziekte, maar daarmee bevestigt u net de mogelijke fraude en het gebrek aan een sluitend systeem.

U pakt uit met een zogenaamd totaalplan. Ik begrijp dat u zoekt naar communicatielijnen, maar in de feiten erkent u dat het systeem van de re-integratie van langdurig zieken faalt. Als het systeem faalt, mijnheer de minister, dan faalt uw beleid. Hoe meer woorden u gebruikt om dat duidelijk te maken, hoe duidelijker het voor mij wordt dat u rondjes draait.

De cijfers tonen dat aan: het aandeel langdurig zieken is sinds 2020 met 55 % gestegen. Dat gebeurde onder uw beleid. Dat komt omdat het totaalplan, zowel dat van vroeger als dat van nu, te versnipperd is. U zegt dat iedereen verantwoordelijkheid draagt, maar ik zeg dat het niet werkt als iedereen bevoegd is en niemand verantwoordelijk. Niemand voelt zich de eindverantwoordelijke.

De ambitie moet inderdaad zijn om meer mensen aan het werk te krijgen, zodat werken kan lonen. Wij zijn het dan ook niet eens met de vaststelling dat u nog meer de werkgevers en de artsen viseert zonder dat het huis op orde staat. Daarmee schuift u de politieke verantwoordelijkheid van u af.

01.19 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw politiek antwoord en kijk uit naar uw document vol techniciteiten.

Ik ben blij dat u hebt benadrukt dat de RIZIV-steekproef geen steekproef was, maar wel degelijk een controle en dat die controle niet mag worden misbruikt. Dat is echter wel gebeurd. Die steekproef werd uitgevoerd in april en vlak voor de fameuze eerste begrotingsbesprekingen in de pers gelekt. Die RIZIV-controle werd dus misbruikt, wat bijzonder jammer is.

Mijnheer Ronse, ik wil me ook tot u richten. U hebt gelijk als u zegt dat het systeem rot is. Het is zoals een vis, die rot aan de kop. Jullie zijn de kop, want jullie hebben onder de Zweedse regering een taxshift ingevoerd die niet gefinancierd was, waardoor we vandaag in onze sociale zekerheid met een gat van 8 miljard zitten. Daartegen zijn op 14 oktober 140.000 arbeiders en bedienden op straat gekomen. Dat was een betoging van werkende mensen, niet van zieken. Werkende mensen kwamen op straat, omdat ze vandaag nog aan de slag en in goede gezondheid zijn, maar beseffen dat zij binnen vijf of tien jaar misschien aan de beurt zijn. Ze zien hun collega's immers een na een uitvallen door werkstress of door moeilijke werkomstandigheden.

We kunnen nu al voorspellen dat er in 2026 ongeveer 15.000 langdurig zieken bij zullen komen. Ik durf dat nu al te schatten. De reden is dat de pensioenleeftijd wordt opgetrokken. Het is heel eenvoudig. Bruggpensioen afschaffen, landingsbanen moeilijk maken en de pensioenleeftijd optrekken, is gelijk aan meer langdurig zieken.

01.20 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Tout d'abord, monsieur le ministre, merci d'avoir été clair sur l'échantillon de l'INAMI. Ce n'est pas du tout un échantillon représentatif. Non, c'était un travail de contrôle d'un groupe qui était un peu bizarre, comme vous le dites. Et je crois que c'est important de le dire. Je crois qu'il est important aussi pour certains collègues d'arrêter de tout le temps répéter les mêmes choses. Oui, la fraude doit être combattue; mais non, tous les malades de longue durée ne sont pas des fraudeurs. C'est aussi un message qu'il faut faire passer. Vous êtes ministre de la Santé et nous attendons de vous que vous fassiez passer ce message. Quand vous êtes applaudi tout le temps par la N-VA, il faut peut-être vous poser des questions.

Je retiens quand même de votre plan de 2,2 milliards, ou même un peu plus, que seulement 10 % de l'effort est demandé aux entreprises, et même un peu moins, et que 90 % de l'effort est demandé aux malades. Vous hochez la tête pour dire "non". Vous aurez l'occasion, bien sûr, de vous expliquer, mais je crois que c'est fondamentalement injuste dans votre calcul.

J'ai encore été contactée par une dame de 59 ans. Elle travaille depuis 20 ans dans le nettoyage. C'est un secteur qui compte presque 10 % de malades de longue durée. Elle tombe malade. Elle est rappelée par le médecin du travail. Elle se dit: "Ça y est, ils vont me proposer un poste adapté." Qu'est-ce qu'elle a reçu? Un C4, à quelques années de sa pension. Un C4, c'est tout ce qu'elle a reçu. Le problème est là aussi.

Les conditions de travail rendent les gens malades.

01.21 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Merckx, uw 10 % is even vreemd en verkeerd als de 55 % van mevrouw De Knop, waar ik geen touw aan kan vastknopen. Ik weet niet hoe u dat berekend hebt, maar uw 10 % is heel vreemd.

Wanneer werkgevers hun verantwoordelijkheid nemen en meer doen om te voorkomen dat mensen ziek worden, en sneller ingrijpen om mensen te helpen en hun alternatieven te bieden, dan valt de besparing natuurlijk bij de sociale zekerheid. Als we aan werkgevers zeggen dat ze nu verdomme eindelijk eens doen wat ze moeten doen, dan hoeven ze daarvoor geen geld uit hun kas te halen. Ze moeten actie ondernemen. De besparing die dat oplevert, het gros van het effect, ligt natuurlijk bij de sociale zekerheid. Het is niet de bedoeling dat werkgevers geld uit hun kas halen, wel dat ze iets dóen. Om duidelijk te maken dat ze iets moeten doen, aangezien louter preken niet volstaat, stel ik een bonus-malussysteem voor: een malus voor wie het niet goed doet als werkgever, een bonus voor wie het wel goed doet. De vrucht van dat verhaal, eigenlijk de volle honderd procent, zit natuurlijk in de vermindering van uitkeringen, meer mensen aan het werk en winst voor de sociale zekerheid. Ons plan zal dus altijd winst betekenen voor de sociale zekerheid.

Uw vergelijking van 10 % tegenover 90 % is echt *à côté de la plaque*.

Le **président:** Madame De Knop, avez-vous un goût de trop peu?

01.22 Irina De Knop (Open Vld): Oui, j'ai encore droit à la réplique.

Le **président:** Ce n'est pas vous qui présidez. Voulez-vous intervenir sur ce sujet en particulier?

01.23 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, inzake die 55 % heb ik daarstraks over het aantal zieken gesproken, maar het ging eigenlijk over een stijging van de daarbij horende kosten met 55 %.

01.24 Minister Frank Vandenbroucke: De kosten? Er is ook nog een klein beetje inflatie geweest. (...) U moet zich echt corrigeren in het vervolg.

01.25 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Je retiens le 10 % de plus de 2 milliards que vous allez demander aux employeurs. Je crois qu'il y a d'autres pistes, qui donnent encore plus de responsabilité aux employeurs.

Cette idée est une bonne chose; mais pourquoi ne pas aller vers un système comme aux Pays-Bas, par exemple, où les employeurs doivent continuer à payer leurs malades de longue durée? On pourrait aller beaucoup plus loin là-dedans. Vous verrez qu'ils réintégreront les malades. C'est comme avec les accidents de travail. On trouve toujours des postes adaptés pour les gens en accident de travail, mais pas pour les malades de longue durée. Pourquoi? Parce que les primes augmentent s'ils ne le font pas.

On parle de s'attaquer à la fraude. Je voudrais aussi que nous comptions le nombre d'heures que nous consacrons à parler ici de la fraude des malades, de la fraude des chômeurs, par rapport à la fraude fiscale, par exemple. Trente milliards par an de fraude fiscale. De cela, nous ne parlons presque jamais. Nous regardons ici uniquement d'un côté.

C'est la même chose concernant M. Reynders, par exemple. C'est vraiment une affaire de fraude énorme, une affaire criminelle de blanchiment d'argent. Nous sommes presque le seul parti ici à en parler, à demander une commission d'enquête pour savoir comment une telle fraude a pu avoir lieu. Il est temps de faire cela, et aussi d'avoir du respect pour les malades.

01.26 Axel Ronse (N-VA): Mijnheer de minister, uw analyse is zeer boeiend. Met een aantal zaken ben ik het eens, met andere niet.

Vooreerst is het opgezette systeem goed qua intentie, maar het is zo lek als een zeef. Mensen worden soms ten onrechte lang ziek geschreven. Die poort moet gesloten worden. Ten tweede kijkt men bij een langdurig zieke alleen naar wat die persoon van job deed, maar niet naar welke andere job die zou kunnen doen, eventueel zelfs bij een andere werkgever.

Een ander probleem in dat systeem is dat voor iemand in langdurige ziekte de drempel om terug te gaan werken hoog is en de angst om de uitkering te verliezen groot. Via terug-naar-werktrajecten zou men een en ander kunnen oplossen.

Het is goed dat u aangeeft dat u 218.000 mensen opnieuw zult controleren. Ik vind dat positief. Dat is lovenswaardig en zal het systeem opnieuw scherp zetten. Waar ik het niet mee eens ben, is het optimisme rond de 14.000 trajecten bij de VDAB. De uitstroom daar is bijzonder pover, omdat er geen stok achter de deur is, geen middel om medewerking te vragen. Daarnaast moet men een vergelijking met terug-naar-werktrajecten maken. De VDAB ontvangt ongeveer 4.000 euro per traject, terwijl terug-naar-werkspelers 1.800 euro per traject krijgen. Dat schept een oneerlijke concurrentie. Ik vind dat we dat systeem grondig moeten herbekijken.

Werkgevers moet men inderdaad responsabiliseren. Dat moet genuanceerd bekeken worden. We moeten opletten dat we niet in een samenleving terechtkomen waar werkgevers een aversie voor het risico van mensen met een ziekteprofiel ontwikkelen. Bovendien mag een werkgever niet één op één verantwoordelijk worden gesteld voor de ziekte van een werknemer. Een werkgever heeft immers niets te maken met het feit dat iemand om vreselijke redenen kanker krijgt.

In ieder geval denk ik dat we het erover eens zijn dat die werf van de regering de allergrootste en belangrijkste uitdaging is. Het is een tanker die moeilijk te keren zal zijn. We moeten op alle fronten werken: mutualiteiten, werkgevers, werknemers met een stok achter de deur en artsen. Grosso modo zit uw plan goed. *The devil is in the details* maar ook *in the execution*. Wij zullen u daar in ieder geval met veel passie en overtuiging in bijstaan.

01.27 Julie Taton (MR): Monsieur le président, je voulais préciser qu'on n'est pas là pour faire la chasse aux malades, mais pour faire la chasse aux abus. On ne va donc certainement pas pénaliser les gens qui ne peuvent pas travailler pour des raisons médicales. Quand on est malade, on doit bien sûr prendre le temps de se soigner, de penser à soi, c'est de la solidarité et ça doit être une évidence même. On parle de solidarité, mais on doit aussi parler de responsabilité et, comme M. le ministre l'a dit, de co-responsabilité. Donc, il y a beaucoup de travail.

01.28 Caroline Désir (PS): Merci monsieur le ministre pour votre longue intervention.

On vous a entendu défendre la solidarité et la responsabilité. Bien sûr, nous défendons également cette solidarité et personne ne souhaite encourager ou soutenir la fraude sociale. Mais, bien sûr aussi, l'augmentation incessante du nombre de malades de longue durée doit tous nous tracasser, ne fût-ce que pour pouvoir préserver notre système de sécurité sociale.

Toutefois, je regrette d'entendre dans votre réponse relativement peu de développements quant à la manière de faire participer davantage les employeurs, même si vous l'avez évoquée brièvement. Je voudrais rappeler ici que les employeurs ont des obligations légales depuis maintenant plusieurs années en termes de plans de réintégration, qui sont loin d'être toujours respectés. Or cela fait indéniablement partie de la solution, en tout cas dans l'exemple des Pays-Bas.

Je crois comme vous, monsieur le ministre, que bon nombre de malades pourraient envisager de reprendre le travail, et même que cela peut dans certains cas les soutenir dans leur guérison. Pour cela, il faut pouvoir aménager leur retour et améliorer leurs conditions de travail. Il ne faut pas oublier que les troubles psychiques et les troubles musculosquelettiques sont les causes les plus fréquentes d'incapacité de longue durée, suivies par les maladies chroniques comme le cancer. Donc le retour au travail ne peut pas être une réussite, s'il n'y a pas un accompagnement adapté.

Surtout, si on n'améliore pas les conditions de travail dans les métiers pénibles, on aura toujours plus d'entrants dans les statistiques d'invalidité et vous n'atteindrez jamais vos objectifs ambitieux en matière d'économies. Il est indispensable qu'on creuse l'analyse des liens entre la pénibilité et les maladies de longue durée.

Je suis heureuse de vous entendre dire que le croisement des données entre l'INAMI et l'ONSS serait vraiment particulièrement intéressant et que des contacts sont en cours. J'espère vraiment qu'on va pouvoir avancer là-dessus, parce que je crois que nous avons là un angle de travail vraiment intéressant.

01.29 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie. Votre ambition de renforcer la réinsertion est essentielle et la conférence visant à mettre ensemble les différents niveaux de pouvoir pour émettre un signal fort est important. Il faut aussi rappeler et marteler que la meilleure politique d'incapacité est encore la prévention primaire, ce dont je suis persuadée. C'est en effet à ce stade que nous pouvons encore agir, adapter le poste, alléger temporairement la charge et éviter que le travailleur ne bascule dans l'incapacité de longue durée. Parce qu'effectivement une fois que les pathologies sont présentes, c'est compliqué justement de pouvoir trouver des alternatives en termes d'aménagement des postes de travail.

Vous l'avez rappelé, la réintégration ne s'arrête pas le jour où l'on reprend le travail. C'est tout l'enjeu: faire en sorte que le retour soit durable, accompagné et humain. Les chiffres de la KU Leuven le montrent, une reprise sans suivi signifie souvent une rechute à court terme. D'où l'importance d'un accompagnement structuré qui implique les mutualités, les médecins, les employeurs, donc les acteurs de l'entreprise et bien sûr le travailleur lui-même. L'intérêt est d'avoir une démarche concertée aussi pour être sûr que les aménagements au niveau des conditions de travail soient durables et puissent lui permettre de rester durablement au travail.

Nous devons sortir d'une approche trop administrative pour aller vers une logique de parcours, d'accompagnement de la personne avec un suivi dans la durée et des outils adaptés. L'enjeu est encore plus crucial pour les PME qui, très souvent, manquent d'outils. Prévenir les rechutes, c'est préserver la santé mentale mais aussi la confiance et la dignité au travail. Nous prenons acte des documents que vous nous communiquerez et nous serons attentifs aux futures mesures et chiffres qu'ils contiennent.

01.30 Nahima Lanjri (cd&v): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister.

We delen de analyse dat, als we tot een oplossing willen komen, er zal moeten worden samengewerkt en dat iedereen zijn verantwoordelijkheid moet nemen, zowel de werkgevers en de werknemers als de artsen en de ziekenfondsen. Ik vermoed dat de mutualiteiten zeker bereid zijn om mee naar oplossingen te zoeken, want zij hebben een heel goed zicht op deze problematiek. Het is dus belangrijk om hen uit te nodigen en met hen te bekijken welke mogelijkheden zij nog zien.

Dat betekent inderdaad dat een bepaalde groep soms van het ene vakje naar het andere verhuist. U hebt het zelf ook gezegd. Als we de pensioenleeftijd optrekken, zullen sommige mensen, die binnenkort tot 67 jaar zullen moeten werken, in de ziekte-uitkering terechtkomen. Als we het ziektepensioen voor ambtenaren afschaffen – ik heb daarvoor gepleit en ik zal dat blijven doen – dan is dat logisch, maar het betekent ook dat zij in de ziekte-uitkering terechtkomen en op 25 of 30 jaar niet meer met pensioen worden gestuurd. Dat willen we niet. We verhuizen sommige groepen dan wel van het ene naar het andere vakje, maar het blijft wel onze verantwoordelijkheid om met die mensen ook iets te doen. Dat is belangrijk.

Ik ben ook blij dat u een aantal van mijn voorstellen wilt bekijken. Zo zijn de terug-naar-werkcheques of vouchers van 1.800 euro echt onderbenut. Ik hoor vanuit de sector ook dat men de toegangspoort moet verruimen. Ik ben blij dat u het met mij eens bent dat we die toegangspoort kunnen verruimen en dat we niet moeten wachten totdat mensen een jaar lang ziek zijn. Men kan die cheques ook al inschakelen voordat mensen een jaar lang ziek zijn of voor zij op medisch ontslag zijn gezet. Dat is belangrijk.

Ik ben ook tevreden dat u de arbeidsparticipatietoelage, die we in een voorstel van resolutie hebben gegoten, steunt. We zitten op dat vlak ook op dezelfde golflengte, want we stellen voor om dat in een tweejarig pilootproject te gieten en daaruit conclusies te trekken. Ik heb ook het voorstel gelanceerd om dat voor een beperkte groep te doen, namelijk voor mensen met een neurodegeneratieve aandoening of mensen met musculoskeletale aandoeningen en niet voor alle ziektes.

Mijn vraag ging ook zeer specifiek over de niet-toeleidbaren. Bij de mensen die hun werkloosheidsuitkering binnenkort verliezen, zit een groep die niet zal kunnen worden geactiveerd. Die personen horen thuis bij de ziekte-uitkering, hebben nood aan een erkenning als persoon met een handicap of horen thuis in een ander statuut, zoals u zei. Er ligt vandaag echter nog geen oplossing op tafel. Ik dring erop aan om te zorgen voor die oplossing.

Kunt u mij ook nog eens de correcte cijfers geven? De cijfers over die groep lopen namelijk uiteen. Kunt u mij de juiste cijfers geven met betrekking tot de totale doelgroep van niet-toeleidbare personen? In Vlaanderen alleen al zou het om 10.000 mensen gaan. Ik schat dat het voor heel België ongeveer drie keer zoveel zal zijn. Kunt u dat bevestigen?

01.31 Anja Vanrobaeys (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, ik heb het debat zeer aandachtig gevolgd.

Mevrouw De Knop, u noemt wat ik zeg verhaaltjes, maar voor de mensen die ik gisteren heb ontmoet, is dit bittere realiteit. Ik sprak iemand die vorige week de diagnose borstkanker kreeg en volgende week aan de therapie zal beginnen. Zij zei mij dat ze gelukkig is dat er zoiets bestaat als gezondheidszorg en sociale zekerheid die haar ondersteunen en beschermen. Ik ontmoette ook iemand die uit een burn-out krabbelt. Zij vertelde mij dat ze nu het gevoel heeft dat er een toxische werksfeer hing op het werk en dat dit de verantwoordelijkheid was van de werkgever, maar dat zij wel degene is die gestraft wordt en thuis zit, terwijl hij gewoon verder doet. Ik heb vele mensen ontmoet die stelden dat de excessen er echt uit moeten, omdat ze onze solidariteit ondermijnen.

Onze minister doet wat nodig is en heeft vanaf het begin zijn verantwoordelijkheid genomen. Hij komt nu met een totaalplan dat mensen die ziek zijn niet loslaat en tegelijk inzet op de verantwoordelijkheid van werkgevers en veel meer responsabiliseert. Voor mij geldt dat wie ziek is of ziek is geweest bescherming en kansen nodig heeft, geen clichés zoals ik er hier te veel heb gehoord.

Le **président**: Je vous remercie pour ce débat, monsieur le ministre. Je ne m'attendais pas à ce que le fameux reportage de M. Deborsu soit à ce point présent dans nos échanges. Si d'aventure certains groupes souhaitent recevoir M. Deborsu en audition, qu'ils le fassent savoir. Le secrétariat recevra leurs demandes si une réelle insistance devait se manifester en ce sens.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Les questions n^{os} 56005900C et 56006231C de Mme Julie Taton sont transformées en questions écrites. La question n° 56007608C de Mme Katleen Bury est retirée.

02 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance du cancer du sein comme maladie professionnelle due au travail de nuit" (56007916C)

02 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van borstkanker als beroepsziekte die te wijten is aan nachtwerk" (56007916C)

02.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, le cancer du sein est encore aujourd'hui la première cause de décès par cancer chez les femmes en Belgique. Et pourtant, quand on parle de prévention, on ne parle presque jamais du travail. Il est question de tabac, d'antécédents familiaux, d'alimentation, mais jamais du travail de nuit, ni des expositions professionnelles, ni des secteurs à risque. Et pourtant, les études scientifiques sur le sujet sont relativement claires: le travail de nuit constitue un facteur de risque majeur.

L'Inserm l'a encore confirmé dans une étude récente datant de 2024: une femme qui travaille régulièrement entre minuit et cinq heures du matin a 26 % de risque en plus de développer un cancer du sein. Ce risque peut tripler après 10 ans de travail de nuit trois fois par semaine. À titre de comparaison, le tabagisme augmente le risque de cancer du sein de 20 %. Le Centre international de recherche sur le cancer classe d'ailleurs le travail de nuit comme probablement cancérigène au même niveau que le tabac.

En France, chez nos voisins, ces données ont mené à une mobilisation importante des syndicats, notamment auprès des infirmières et des hôtesses de l'air, à plusieurs premières reconnaissances officielles de cancer du sein comme maladie professionnelle et à une étude en cours de l'Agence nationale de sécurité sanitaire en vue d'inscrire ce lien dans leur tableau des maladies professionnelles.

En Belgique, malgré plusieurs dossiers récemment introduits, il n'y a aucune reconnaissance, à ce jour, ni aucune étude publique sur le lien entre cancer du sein et travail de nuit et aucun plan d'action. Dans ce contexte, le gouvernement Arizona envisage même désormais de supprimer purement et simplement l'interdiction actuelle du travail de nuit, mesure pourtant historiquement fondée sur des préoccupations de santé publique. Cette mesure entre en contradiction totale avec les données scientifiques disponibles, mais aussi avec l'engagement pourtant affiché de ce gouvernement de lutter contre les maladies qui touchent spécifiquement les femmes.

La mesure risque non seulement d'aggraver les risques sanitaires pour les femmes, mais aussi de banaliser et d'invisibiliser encore davantage les liens entre organisation du travail et santé des femmes.

Dans ce cadre, monsieur le ministre, Fedris ou vos services ont-ils commandé ou soutenu une étude sur les liens entre cancer du sein et conditions de travail (travail de nuit, expositions aux perturbateurs endocriniens, etc.)? Dans la négative, pourriez-vous solliciter la réalisation d'une telle étude dans les plus brefs délais en lien avec les milieux scientifiques, syndicaux et les secteurs concernés?

02.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Désir, vous m'interrogez sur le fait de savoir si Fedris ou mes services ont commandé ou soutenu une étude sur les liens entre cancer du sein et conditions de travail. Dans le cas contraire, vous me demandez si je peux solliciter la réalisation d'une telle étude dans les plus brefs délais en lien avec les milieux scientifiques, syndicaux et les secteurs concernés.

En 2014, le Conseil scientifique de Fedris s'était déjà penché sur la question du lien entre le cancer du sein et les horaires atypiques de travail, c'est-à-dire le travail de nuit et à pauses, et avait fait réaliser par sa commission médicale "Cancer professionnel" une analyse exhaustive de la littérature scientifique sur le sujet. La conclusion de l'étude était que les preuves ne permettaient pas une recommandation fondée scientifiquement d'inclure ou d'exclure le cancer du sein dans la liste des maladies professionnelles indemnifiables.

Le sujet a été remis à l'ordre du jour du conseil scientifique d'octobre 2019, à la suite de la publication en 2018 d'une revue de la littérature effectuée par l'Inserm, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale en France, et en 2019 d'un avis de l'IARC, International Agency for Research on Cancer, classant le travail de nuit en catégorie 2A, c'est-à-dire probablement cancérigène pour l'homme. Je me réfère à leur monographie 124. La constatation qui avait été faite lors des débats était qu'il existe des indications en faveur d'un lien, mais que les données épidémiologiques font encore défaut.

Depuis lors, comme pour bien d'autres sujets, la commission médicale Cancer professionnel continue à effectuer une veille scientifique active afin, le cas échéant, de soumettre au Conseil scientifique de Fedris des éléments de preuve établissant les conditions d'un risque professionnel devant conduire à proposer l'inscription du cancer du sein dans la liste des maladies professionnelles reconnues.

02.03 **Caroline Désir** (PS): Merci monsieur le ministre pour votre réponse.

Je reste toutefois un peu sur ma faim, parce que dans les études que je vous ai citées, celle de l'Inserm de 2024 est plus récente que celle de 2019 et semble établir un lien plus clair avec le risque de développer un cancer du sein pour les femmes qui travaillent de nuit. Sur cette base, je vous incite vraiment à réévaluer votre position et à demander qu'on fasse cette étude parce que je pense que c'est un sujet qui est particulièrement important, qui mérite qu'on s'y consacre. On pourrait évidemment prévenir un nombre de cancers particulièrement important. On voit par ailleurs que nos voisins avancent plus vite que nous sur ce sujet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Questions jointes de

- **Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté)** sur "La reconnaissance des maladies professionnelles des aides-ménagères" (56007917C)

- **Robin Tonniau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté)** sur "Les maladies professionnelles des aides-ménagères" (56010218C)

03 Samengevoegde vragen van

- **Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding)** over "De erkenning van beroepsziekten bij huishoudhulpen" (56007917C)

- **Robin Tonniau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding)** over "De beroepsziekten bij huishoudhulpen" (56010218C)

03.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, à la suite de la publication des résultats d'une enquête menée par la CSC Alimentation et Services auprès de plus de 1 500 aides-ménagères actives dans le secteur des titres-services, il apparaît que plus de 80 % de ces travailleuses souffrent de troubles de santé liés à leurs conditions de travail, notamment à cause de l'utilisation de produits chimiques d'entretien et de l'absence de matériel ergonomique adapté.

L'étude de DULBEA de 2021, par exemple, a mis en évidence que les travailleurs du secteur des titres-services encourent un risque 35 fois plus élevé de troubles musculosquelettiques que la moyenne, et 260 % de risque en plus d'être en incapacité de travail au cours des cinq premières années dans le secteur.

Malgré ces constats scientifiques, la reconnaissance des troubles musculosquelettiques comme maladies professionnelles reste bien trop limitée: le taux de refus par Fedris atteint 56 % pour les pathologies figurant sur la liste officielle, et grimpe à 97 % dans le système ouvert. En décembre 2024, une campagne menée par la CSC et la FGTB a débouché sur l'introduction de 120 dossiers de travailleuses du secteur auprès de Fedris pour la reconnaissance de troubles musculosquelettiques des membres supérieurs.

Dans ce contexte, les organisations syndicales, soutenues par des organisations de défense des droits des femmes, formulent une demande concrète et raisonnable. Elles souhaitent que deux pathologies déjà reprises dans la liste des maladies professionnelles soient expressément liées aux réalités de

travail dans les secteurs du nettoyage et des titres-services, à savoir le code 1.606.22 "maladies atteignant les tendons, les gaines tendineuses et les insertions musculaires et tendineuses des membres supérieurs dues à une hypersollicitation de ces structures par des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif, ou par des postures défavorables" et le code 1.606.51 "atteinte de la fonction des nerfs due à la pression". Ces demandes visent à rendre le système plus juste, plus accessible et plus protecteur.

Vous avez dit dans votre note de politique générale vouloir "examiner" avec Fedris la pénibilité dans les titres-services. Les données sont donc désormais disponibles et nous estimons que le temps n'est plus à l'analyse.

Monsieur le ministre, ma question est très simple et très concrète: allez-vous élargir la portée des codes que j'ai préalablement cités pour y inclure explicitement les travailleuses du secteur des titres-services et du nettoyage?

03.02 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, we kennen allemaal de huishoudhulpen. Ons gezin doet er ook een beroep op sinds de geboorte van onze oudste dochter. Er is een groot probleem bij die huishoudhulpen, want één op tien van hen is langdurig ziek. Dat percentage ligt zelfs 8 % hoger dan in andere sectoren. In de sector trekken de werkgevers er echter hun schouders bij op.

Daarnaast komen spier- en skeletaandoeningen (SSA) heel veel voor in de schoonmaaksector. Die aandoeningen maken 96 % van de beroepsziekten in de sector uit. Vooral tendinopathie van de bovenste ledematen komt heel vaak voor, waardoor veel huishoudhulpen langdurig uitvallen. Nochtans kan tendinopathie met de juiste behandeling voorkomen worden en hoeft het niet chronisch te worden. Voor huishoudhulpen die aan tendinopathie lijden, is er vaak slechts één oplossing, namelijk rusten. Ze zijn ziek geworden door het werk. Velen van hen hebben in theorie recht op een vergoeding voor die beroepsziekte. In 2024 dienden de vakbonden heel wat aanvragen tot erkenning in bij Fedris. Twee op drie van die aanvragen werd echter geweigerd.

Over het algemeen hebben aanvragen onder bepaalde SSA-codes, zoals mevrouw Désir al zei, een hoog afwijzingspercentage. Dat wijst op moeilijkheden bij de erkenning van beroepsziekten. Vooral in de schoonmaaksector dienen werknemers onevenredig veel claims in. De meeste worden afgewezen op grond van niet-erkenning van de blootstellingscriteria.

Mijnheer de minister, wat zult u doen om de situatie van de huishoudhulpen in de praktijk te verbeteren en te helpen voorkomen dat zij langdurig ziek worden en een SSA ontwikkelen?

Zult u de praktijk bij Fedris verbeteren?

Zult u zorgen voor een verbeterde erkenning van beroepsziekten bij huishoudhulpen?

Ziet u een wisselwerking tussen het aantal huishoudhulpen dat langdurig uitvalt en de moeilijkheden die zij ervaren bij de erkenning van hun beroepsziekten?

03.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Merci pour ces questions absolument pertinentes.

Madame Désir, vous me demandez d'élargir la portée des codes 1.606.22 et 1.606.51, pour y inclure explicitement des travailleuses du secteur des titres-services et du nettoyage. Une telle modification n'est pas possible dans le cadre législatif actuel, car le régime des maladies professionnelles ne repose pas, comme dans d'autres pays, sur le tableau établissant un lien entre une profession et une maladie, mais bien sur la notion d'un lien causal entre une maladie précise et un risque professionnel. Ce dernier se caractérise par une exposition professionnelle à une influence nocive – par exemple des produits toxiques, le port de charges, des mouvements répétitifs et en force – d'une importance telle, en intensité, durée et fréquence, qu'elle est la cause déterminante de la maladie dont la reconnaissance est revendiquée.

L'exposition professionnelle doit par ailleurs être nettement supérieure à celle subie par la population générale. Les conditions de reconnaissance d'une maladie professionnelle prévoient des critères d'exposition précis qui doivent être communs à l'ensemble des travailleurs concernés, sous peine d'exclure certains travailleurs pourtant exposés à la même influence nocive, mais appartenant à

d'autres groupes professionnels que ceux que vous désirez inclure explicitement.

Les critères utilisés sont fixés sur la base de l'avis du Conseil scientifique de l'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris), fondé sur des revues de la littérature scientifique épidémiologique disponibles. Ceux-ci permettent d'une part de démontrer l'existence d'une exposition professionnelle nettement supérieure à celle de la population générale et le lien causal prépondérant entre cette exposition et le développement de la maladie, et, d'autre part, de qualifier et de quantifier les conditions d'exposition qui provoquent le développement de la maladie.

Une modification de ces critères d'exposition est conditionnée à l'existence dans la littérature scientifique publiée de nouveaux éléments de preuve épidémiologiques permettant de réviser les critères d'exposition. Cette question, comme d'autres, fait l'objet d'un suivi par les experts de la commission médicale orthopédie du Conseil scientifique qui, le cas échéant, soumettront au Conseil scientifique tout élément de preuve justifiant de modifier les critères actuels.

Fedris reste toutefois en dialogue actif avec les organisations syndicales à l'initiative de la campagne du secteur des titres-services et du nettoyage.

Vrij onlangs, op 7 oktober 2025, vond daarover een vergadering plaats. De analyse van de 115 ingestuurde aanvragen is nog niet volledig afgerond, maar het is inmiddels duidelijk dat een substantieel deel ervan kan worden erkend als beroepsziekte.

De meerderheid van de aanvragen betreft gevallen van tendinopathie aan de schouders. Een deel daarvan voldoet echter niet aan de criteria inzake professionele blootstelling zoals Fedris die momenteel hanteert op basis van de wetenschappelijke inzichten waar ik het daarnet over had.

La question de la détermination de l'exposition professionnelle fait partie d'une discussion plus large, engagée avec les partenaires sociaux, dans le cadre de la réflexion en cours sur l'évolution du régime des maladies professionnelles.

Enfin, Fedris examine actuellement la possibilité de développer des mesures de prévention secondaires pour ces secteurs. À ce sujet, je voudrais ajouter qu'en ce qui concerne les travailleurs et travailleuses des titres-services, il est avant tout nécessaire de prévenir l'apparition de problèmes de santé et qu'une bonne prévention primaire, qui demeure la compétence de l'employeur – en vertu de la loi sur le bien-être au travail –, est essentielle à cet égard.

C'est pourquoi Fedris se concertera avec le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, compétent en matière de prévention primaire, afin de mettre à sa disposition les informations détenues sur le secteur des titres-services et du nettoyage.

Daarnaast heeft Fedris een secundair programma voor preventie van lage rugpijn, waarvan de werknemers in de sector kunnen profiteren. Momenteel wordt de mogelijkheid onderzocht om andere secundaire preventieprogramma's te ontwikkelen.

03.04 Caroline Désir (PS): Merci monsieur le ministre pour votre réponse.

J'ai envie d'y voir des signaux encourageants car je sais que c'est une problématique qui vous tient à cœur. Vous en aviez parlé dans votre note de politique générale. Évidemment, je reste un peu sur ma faim car je pense que les choses n'évoluent pas assez vite en la matière.

Il suffit de parler avec n'importe quelle travailleuse du secteur des titres-services pour constater qu'après 10 ou 20 ans de travail, leur corps ne suit plus. Elles sont littéralement fichues en l'air. La prévention est donc importante. Nous en avons largement discuté lors du débat sur les maladies de longue durée. Il est évident qu'il faut améliorer leurs conditions de travail si l'on veut éviter que de nouveaux troubles apparaissent chez les travailleuses à l'avenir.

Nous faisons aussi face à un problème de reconnaissance des maladies professionnelles. Aujourd'hui, trop peu de travailleuses sont reconnues comme malades en raison de leurs conditions de travail dans le système actuel de Fedris. J'aimerais que nous puissions avancer plus rapidement sur cette question car il s'agit d'un véritable enjeu, trop généralisé dans ce secteur pour que ce soit un hasard.

03.05 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, poetshulpen hebben een zeer specifieke job. Zij kunnen zich moeilijk organiseren in een vakbond, aangezien ze geen vaste werkplaats hebben. Ze zijn vaak afhankelijk van het materiaal en de producten die de gezinnen ter beschikking stellen.

Mijn poetshulp Lucie-Maria valt ook regelmatig ziek uit door het carpaletunnelsyndroom. Ze heeft daarvoor al twee of drie keer een operatie ondergaan. Soms moeten we haar met pijn in het hart enkele maanden missen. Ze komt echter altijd terug, hoewel ze nog altijd pijn heeft en last ondervindt. We proberen haar te helpen, maar ze moet aan de slag gaan. Ze werkt al met pijn en op een bepaald moment lukt het niet meer. Wij vinden dat Fedris veel te streng is, aangezien de bewijslast volledig bij de poetshulpen zelf ligt. De poetshulpen worden onvoldoende ondersteund.

Recent berichtten de Vlaamse media over de subsidiefraude bij opleidingen. Dat gebeurt ook volop in de poetshulpsector. Mijn poetshulp werkt voor een van de bedrijven die nu gevisceerd wordt wegens opleidingsfraude. Ik zal haar de volgende keer vragen hoe vaak zij al opleiding heeft gekregen in haar carrière. Ik vermoed dat dat zeer weinig is, maar wie weet hoeveel opleidingen ze al heeft gevolgd op papier. Daaruit concluderen wij dat die mensen wel degelijk zijn opgeleid om preventief aan de slag te gaan. Eigenlijk weet ze ook niet bij wie ze terecht kan als er iets gebeurt bij een klant of als er slecht materiaal ter beschikking wordt gesteld; dat weet ze allemaal niet. Er zijn dus nog heel veel stappen te zetten om die groep beter te beschermen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le non-assujettissement à la sécurité sociale des CAP et CFP" (56007978C)

04 Vraag van Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De loskoppeling van de sociale zekerheid van overeenkomsten voor beroepsomscholing en -opleiding" (56007978C)

04.01 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vais vous parler du non-assujettissement à la sécurité sociale des contrats d'adaptation ou de réadaptation professionnelle (CAP) et des contrats de formation professionnelle (CFP) conclus par des personnes en situation de handicap qui ne sont, depuis l'arrêté royal du 15 octobre 2017, plus assujetties à la sécurité sociale.

Le Conseil National du Travail (CNT), appuyé par Unia, a clairement mis en évidence les conséquences négatives de cette mesure: perte de droit aux vacances annuelles, perte de droit au chômage, à l'invalidité, à la pension. Cela réduit l'attractivité de ces contrats et contribue à leur diminution, alors même qu'ils constituent souvent un levier indispensable pour l'inclusion de ces personnes en situation de handicap sur le marché du travail.

Au-delà des effets concrets, cette suppression interroge au regard des principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination, du principe de *standstill* en matière de droits sociaux (article 23 de la Constitution) et des engagements européens et internationaux de la Belgique, notamment la directive européenne 2000/78 et la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.

Monsieur le ministre, reconnaissez-vous que la suppression de l'arrêté royal de 2017 a entraîné un recul significatif des droits sociaux des personnes en situation de handicap, et qu'elle fragilise par là leurs chances d'insertion professionnelle? Êtes-vous disposé à rétablir l'assujettissement à la sécurité sociale pour ces contrats, au moins pour l'avenir, et, concrètement, pour quelle année?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Hansez, la suppression de 2017 connaît une longue histoire. Avant l'arrêté royal du 28 novembre 1969, pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté royal de décembre 1944, l'arrêté ONSS prévoyait à l'article 3, 6° et 7° une extension de l'application de la réglementation ONSS aux personnes en situation de handicap et aux personnes valides ayant signé un contrat de formation ou de réadaptation professionnelle. Ces dispositions ont causé des problèmes de perception pendant de nombreuses années. Sur la base de l'article 3, 6° de l'arrêté ONSS, l'ONSS a toujours réclamé le paiement des cotisations sociales sur les indemnités

perçues par les personnes en situation de handicap dans le cadre de leur formation. Les institutions régionales pour les personnes en situation de handicap considéraient que seules celles qui ne bénéficiaient pas d'allocation de chômage, d'indemnité de maladie ou d'invalidité ou encore d'allocation aux personnes handicapées devaient payer des cotisations sociales.

À un stade ultérieur de ces litiges, ces institutions ont fait valoir que les travailleurs valides ayant un contrat de formation ou de reconversion professionnelle et les travailleurs non valides disposant d'un tel contrat n'étaient pas traités sur un pied d'égalité. En effet, depuis la régionalisation des services de l'emploi, l'ONSS ne perçoit plus de cotisations sociales pour les chômeurs valides ayant un contrat de formation professionnelle. L'ONSS a accepté cet argument, et toutes les poursuites en cours ont été abandonnées.

Afin de garantir une sécurité juridique, l'arrêté royal du 15 octobre 2017 a abrogé l'article 3, 6° et 7° de l'arrêté ONSS. Par conséquent, ces personnes ne sont plus soumises à la sécurité sociale. Leurs employeurs ne doivent plus payer de cotisations sociales sur les indemnités de formation versées, mais les intéressés ne se constituent plus de droits sociaux non plus. Toutefois, une assurance contre les accidents de travail a été prévue pour couvrir les éventuels accidents sur le lieu d'apprentissage.

Je tiens à souligner que le contrat d'adaptation professionnelle est avant tout une formation visant à permettre aux personnes de renforcer leurs compétences, ce qui facilite l'accès à l'emploi. Il s'agit d'une formation par la pratique, sous la responsabilité de l'entreprise, qui débouche idéalement sur un emploi par la suite. Les personnes concernées reçoivent une indemnité qui n'est pas considérée comme un salaire. Nous nous trouvons donc dans le contexte d'un contrat de formation et non pas dans le contexte d'un contrat de travail. Par conséquent, les personnes qui acquièrent une expérience pratique dans le cadre d'un contrat de formation ne sont pas assujetties à la sécurité sociale et ne se constituent pas de droits sociaux en tant que tels. En revanche, les personnes qui fournissent des prestations professionnelles dans le cadre de leur stage sont censées travailler avec un contrat de travail et ces activités sont en effet toujours soumises à la sécurité sociale.

La constitution ou non de droits sociaux est indépendante de la présence ou non d'un handicap chez les personnes. Elle est évaluée en fonction de l'existence d'un contrat de formation ou d'un contrat de travail. Si une personne handicapée ne sait pas travailler ou doit travailler moins, elle peut toujours demander une allocation de remplacement de revenus.

Le dossier a été examiné *in extenso* par le SPF Sécurité sociale en collaboration avec plusieurs institutions publiques de sécurité sociale (IPSS). Il a été étudié sous différents angles. Premièrement, les possibilités en matière d'assujettissement général ont été examinées. À cette fin, le SPF Sécurité sociale a collaboré avec l'ONSS. Par la suite, la question a été examinée sous un autre angle. On a cherché à savoir s'il était possible de préserver les droits de ce groupe d'assurés sociaux par le biais d'une couverture dans les différentes branches de la sécurité sociale.

De manière générale, on a dû constater, lors de ces examens, qu'il s'avère très difficile, voire impossible de déterminer le groupe cible en raison des dispositions en vigueur dans les régions. Il en est de même pour la base de calcul. De plus, il apparaît que les employeurs concernés ont déjà estimé par le passé qu'il n'était pas question de travail ni de salaire et qu'aucune cotisation de sécurité sociale n'était due.

Enfin, il faut également remarquer que la base de calcul doit atteindre un niveau minimal afin de pouvoir acquérir des droits sociaux. Il semble que les indemnités octroyées n'atteignent pas ce niveau nécessaire.

04.03 Isabelle Hansez (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse et cet historique législatif, ainsi que pour l'attention que vous portez à cette problématique, qui est souvent méconnue.

Les constats du CNT et d'Unia sont pourtant sans équivoque. La mesure de 2017 a pour effet de fragiliser les droits sociaux des personnes qui cherchent justement à s'insérer durablement sur le marché du travail, malgré toutes les difficultés qu'elles peuvent rencontrer de par leur situation de handicap.

Rétablir l'assujettissement à la sécurité sociale pour les contrats d'adaptation et de formation n'est pas

pour nous seulement une question technique, mais une question de dignité et d'égalité des chances pour ces personnes qui sont touchées par le handicap. Ces contrats doivent redevenir un tremplin vers l'emploi, vous l'avez précisé, mais ce serait bien que ce ne soit pas une zone grise entre formation et précarité.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van de arbeidsmarkthervorming op de uitval en de langdurig zieken" (56008058C)

05 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact de la réforme du marché de l'emploi sur les absences et les malades de longue durée" (56008058C)

05.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, het zomerakkoord breidt in ieder geval de nachtarbeid uit. Het is mij niet meer helemaal duidelijk in welke mate en ik heb begrepen dat dat ook voor de regering niet langer duidelijk is. In elk geval heeft nachtarbeid een negatieve impact op de volksgezondheid. Uit talloze wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat er een direct verband bestaat tussen deze vorm van arbeid en geestelijke gezondheid, slaapstoornissen, spijsverteringsproblemen, cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en verschillende vormen van kanker.

Bovendien blijkt uit een omzendbrief van uw collega-minister Jambon van deze zomer dat hij het fiscaal voordeel voor ploegen- en nachtarbeid wil blijven garanderen, hoewel dat mogelijk 2,5 miljard euro kan opbrengen, dit terwijl er tegelijkertijd wordt bespaard op de sociale zekerheid en de gezondheidszorg en er aan de andere kant dus extra lasten worden gecreëerd.

Hoe evalueert u als minister van Gezondheid de link tussen nachtarbeid en langdurige ziekte?

Verwacht u dat de versoepeling van nachtarbeid en het gunstige fiscale regime ertoe zullen leiden dat er meer nachtarbeid wordt verricht en dat daardoor het aantal langdurig zieken zal toenemen?

Werkt u aan een preventief actieplan om de impact op de gezondheid van extra nachtwerk te beperken? Zo ja, aan welke maatregelen denkt u? Welke rol ziet u voor de bedrijven en sociale partners en hoe zal de regering hen daarin ondersteunen?

Gezien de toename van nachtwerk en de daaruit voortvloeiende gezondheidsproblemen zal ook het budget van de sociale zekerheid onder druk komen. Overweegt u bij de huidige begrotingsbesprekingen daar extra middelen voor te vragen, bijvoorbeeld door ze te financieren via een verminderd fiscaal voordeel voor de bedrijven of via het bonus-malussysteem dat u in een van de vorige debatten noemde?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Lysebettens, we zijn binnen de regering eigenlijk nog in overleg over de hervorming van de arbeidsmarkt inzake nachtarbeid. Het is immers een gevoelige kwestie, omdat het zowel gaat over het recht op bijkomende premies voor wie nachtarbeid verricht, als over de garantie dat mensen die daar vandaag recht op hebben dat recht ook behouden. Dat vind ik zeer belangrijk. Het gaat om een correcte vergoeding voor een meer penibele arbeidsomstandigheid, namelijk 's nachts werken. Daarnaast betreft het de procedures van sociaal overleg die bepalen of nachtwerk al dan niet wordt georganiseerd en dus de invloed die de vakbonden daarop hebben. We zullen daarin hervormen, maar er moet een goed evenwicht behouden blijven. Het debat gaat ook over de notie van nachtarbeid zelf en over de sectoren waarin dit al dan niet mogelijk is.

Het blijft een gevoelige kwestie, omdat het eveneens een gezondheidsaspect heeft. Ik kan niet vooruitlopen op wat de regering daarover uiteindelijk zal beslissen. Dat kan en mag ik niet, aangezien het ook onder de bevoegdheid van een collega-minister valt.

Ik ben het wel met u eens dat gezondheid hier een onderdeel van de overwegingen moet zijn. Toch kan ons economisch systeem niet zonder een zekere mate van nachtarbeid. U slaat de nagel op de kop wanneer u zegt dat het bonus-malussysteem, zoals ik dat voor ogen heb voor werkgevers, ook een

deel van het antwoord kan vormen. Als sectoren en bedrijven waarin veel nachtarbeid voorkomt ook die zijn waar veel werknemers uitvallen en langdurig afwezig blijven, dan zullen zij dat met zo'n bonus-malussysteem natuurlijk voelen. Dat lijkt mij ook correct. Dat maakt inderdaad deel uit van het debat.

05.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Dank u wel, minister, voor uw antwoord.

Ik begrijp uiteraard dat u niet wilt vooruitlopen op de lopende discussies binnen de regering. Ik wil graag meegeven – en u kunt dat meenemen in die gesprekken – dat de integratie van dit thema in het bonus-malussysteem op zich geen slecht idee is. Toch is dat systeem vooral curatief, want men grijpt pas in wanneer men vaststelt dat vele werknemers gezondheidsproblemen ondervinden als gevolg van een nachtwerkregime. Er moeten uiteraard ook preventieve maatregelen worden genomen, zodat de malus zich hopelijk niet voordoet. Ik wil u vragen om daar zeker aandacht aan te besteden.

Als u het mij vraagt, moeten we nachtarbeid beperken tot de hoogstnodige sectoren in ons economische systeem en het regime niet uitbreiden. Dat is de beste preventieve maatregel die we kunnen nemen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 56008524C de M. Vincent Van Quickenborne est transformée en question écrite.

06 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les conséquences de la limitation des allocations de chômage pour l'accès aux soins de santé" (56008736C)

06 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gevolgen van de beperking van de werkloosheidsuitkering voor de toegang tot gezondheidszorg" (56008736C)

06.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, la loi-programme du 18 juillet 2025 limite dans le temps le droit aux allocations complètes de chômage avec une entrée en vigueur progressive à partir du 1^{er} janvier 2026. Cette réforme aura pour conséquence que de nombreux chômeurs vont perdre leurs allocations et de ce fait également leur qualité de titulaire chômeur contrôlé au sens de l'article 32 de la loi A.M.I. coordonnée. Ce qui fait que sans démarche proactive de leur part, ces personnes risquent de perdre leur droit aux soins de santé, ce qui serait évidemment un drame supplémentaire lié à leur exclusion du chômage.

Monsieur le ministre, j'ai trois questions simples. Quels sont les moyens concrets que le gouvernement mettra en place pour s'assurer qu'aucun chômeur ne perde son droit aux soins de santé du fait de la réforme des allocations de chômage? Comment comptez-vous automatiser au maximum le processus de changement et limiter la charge administrative pour les futurs exclus du chômage, mais également pour les mutualités? Un échange de données automatisé entre l'ONEM et les mutualités existe-t-il aujourd'hui pour permettre un accompagnement efficace par les mutualités des personnes qui seront exclues afin qu'elles conservent leur accès aux soins de santé? Sinon, cet échange de données pourrait-il être mis en place et selon quelle échéance?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Ce sont des questions importantes. Le gouvernement prévoit plusieurs mesures pour garantir qu'aucun chômeur ne perde l'accès aux soins de santé à cause de la réforme. L'assurabilité en soins de santé est calculée sur la base de la situation des deux ans précédents. Ainsi, la perte d'allocations de chômage en 2026 n'aurait d'effet qu'en 2028. Les personnes concernées devront alors changer de statut, de titulaire chômeur contrôlé à titulaire résident.

Pour éviter toute rupture de droits, une conversion automatique du statut sera appliquée aux chômeurs bénéficiant de l'intervention majorée. Ils deviendront d'office titulaires résidents, sans démarche supplémentaire de leur part. Un arrêté royal modifiant les articles 252 et 276 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 est en préparation et a été approuvé par le Comité de l'assurance de l'INAMI le 29 septembre dernier.

Pour les chômeurs sans intervention majorée, il est proposé que les mutualités les contactent de

manière proactive afin de les informer à temps de l'impact de la perte de leur allocation sur leur assurabilité ainsi que des démarches administratives nécessaires pour modifier leur qualité et conserver leurs droits aux soins de santé.

En ce qui concerne votre deuxième et troisième questions, un changement automatique de qualité est prévu pour les bénéficiaires de l'intervention majorée. Cela réduira considérablement la charge administrative, tant pour les futurs exclus du chômage concernés que pour les mutualités. Le traitement manuel des dossiers n'étant pas requis pour ce groupe, les mutualités pourront ainsi consacrer leurs moyens au traitement des dossiers d'autres chômeurs.

Une condition nécessaire à cette simplification administrative est la mise en place d'un échange de données adéquat et rapide entre l'ONEM et les organismes assureurs. C'est pourquoi l'INAMI examine avec l'ONEM, les organismes assureurs et la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale la manière dont la date de cessation des allocations de chômage pourrait être communiquée aux mutualités dès que l'information sur la perte du droit aux allocations est disponible.

L'objectif est de parvenir à un échange de données permanent, structurel et complètement automatisé afin que les mutualités soient informées en temps utile et puissent prendre les mesures nécessaires en matière d'assurabilité. Pour l'implémentation effective de ce flux d'informations, un cadre réglementaire – qui fait l'objet du projet d'arrêté royal susvisé – ainsi qu'une autorisation du comité de sécurité de l'information de la Banque Carrefour sont nécessaires.

06.03 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse qui me rassure sur deux points importants. Il s'agit, d'une part, des deux ans qui permettent de se retourner et, d'autre part, de l'attribution automatique du statut BIM à ses bénéficiaires. C'est évidemment rassurant.

Pour la troisième question, nous suivrons évidemment les possibilités d'obtenir cet échange de données entre l'ONEM et les mutualités, au travers de travaux de l'INAMI. Il est essentiel que personne n'échappe aux mailles du filet, puisqu'il faut éviter la double peine dans les conséquences de cette réforme des allocations de chômage. Il faudrait évidemment éviter à tout prix que qui que ce soit perde des droits aux soins de santé.

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

07 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De werkloosheidshervorming en het armoederisico voor mensen met een arbeidsbeperking" (56008856C)

07 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme du chômage et le risque de pauvreté des personnes souffrant d'un handicap professionnel" (56008856C)

07.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, als ik het goed begrijp, heeft uw collega Beenders vanochtend in deze commissie al enige toelichting gegeven. Aangezien wij beiden toen in een andere commissie aanwezig waren, stel ik mijn vragen toch opnieuw.

In januari 2026 gaan de eerste hervormingen van start inzake de beperking van de werkloosheid in de tijd. Personen die langer dan twintig jaar werkloos zijn, zullen hun werkloosheidsuitkering verliezen. Volgens recente cijfers die minister Clarinval eveneens hier in de commissie deelde, gaat het om ongeveer 25.000 personen.

Voor Vlaanderen blijkt uit cijfers en verklaringen van de VDAB dat ongeveer de helft van hen een arbeidsbeperking heeft, waardoor velen van hen niet in staat zijn om te werken. Het is erg waarschijnlijk dat die ratio in andere regio's vergelijkbaar is. Ik heb dan ook de hiernavolgende vragen.

Over hoeveel personen met een arbeidsbeperking gaat het in heel België?

Het OCMW zal voortaan worden gevraagd om mensen te activeren. Een deel van de financiering zal daarvan afhangen. In het wetsontwerp van uw collega Van Bossuyt wordt een bonus-malussysteem ingevoerd. Aangezien de VDAB die mensen niet heeft kunnen activeren en nu zelf aangeeft dat velen

niet in staat zijn om te werken, hoe groot acht u dan de kans dat het OCMW hen wel zal kunnen helpen om werk te vinden? Wat is de impact daarvan op hun financiering?

Kunt u met betrekking tot werk verduidelijken hoe die groep met een geïndiceerde arbeidsbeperking een job zal krijgen in de sociale economie? Zal het aantal beschikbare plaatsen daarvoor voldoende zijn? Het Vlaamse regeerakkoord voorziet immers slechts in 1.000 extra plaatsen in de sociale economie.

Hoeveel plaatsen zal de federale overheid helpen creëren boven op die aangekondigde plaatsen? Hoe zit dat in Wallonië en Brussel?

Velen zijn, zoals ik al aangaf, zelfs niet-toeleidbaar naar maatwerk. In haar antwoord op een vraag van mijn collega Platteau antwoordde minister Demir dat zij hoopte dat de federale overheid dat zou vaststellen en een statuut zou uitwerken buiten de werkloosheid om. Hoe en wanneer zult u met die oproep aan de slag gaan?

Voorlopig bestaat er nog geen apart statuut. Vele betrokkenen zullen aangewezen zijn op een heel beperkt leefloon en dus inkomsten verliezen. Zij leven door hun arbeidsbeperking al in precaire omstandigheden. Ik vrees dan ook dat de armoede nog zal toenemen. Hoe zult u als minister van Armoedebestrijding met die uitdaging omgaan?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De federale regering heeft inderdaad het recht op werkloosheidsuitkeringen tot maximaal twee jaar beperkt. Mijn collega, Rob Beenders, en ik hebben bij de uitwerking van die hervorming echt wel gevochten om een uitzondering te krijgen voor wat men de niet-toeleidbare groep noemt. We hebben het daarover zo-even al gehad met mevrouw Lanjri, in het actuadebat. Mevrouw Lanjri heeft dat ook vanochtend aangekaart in een vraag aan de heer Beenders.

We hebben nu een uitzondering bekomen voor de niet-toeleidbaren die een beschermingsuitkering krijgen. Dat gaat over een heel specifieke, beperkte doelgroep van hoofdzakelijk jongeren die na een periode met een inschakelingsuitkering het statuut niet-toeleidbaar verkrijgen en die dus een zogenaamde beschermingsuitkering ontvangen. Dat zijn een 2.000-tal mensen. Er is een uitzondering voor die groep, in afwachting van een specifieke oplossing, die we zouden moeten kunnen ontwikkelen tegen 2028. We zijn samen aan het bekijken hoe die specifieke oplossing er zou kunnen uitzien.

Nu is er binnen de werkloosheidsuitkering inderdaad de grotere groep niet-toeleidbare mensen die het moeilijk hebben duurzaam aan het werk te gaan. Het gaat dan over mensen die recht hebben op een werkloosheidsuitkering, maar na een periode van tewerkstelling moeilijkheden ondervinden door een medische of psychosociale handicap. Volgens de cijfers van de RVA gaat het over een 10.000-tal mensen. Vaak zitten die mensen in een specifiek begeleidingstraject binnen de bevoegde arbeidsbemiddelingsdienst.

Mevrouw Lanjri zei dat ze die cijfers niet zo goed begrijpt, omdat ze meent dat men op het Vlaamse niveau andere cijfers hanteert. Dat moet ik onderzoeken. Hoe dan ook heb ik die kwestie opnieuw ter sprake gebracht in de federale regering, want ik deel die bezorgdheid.

Ik stel samen met mijn collega, Rob Beenders, voor om de toegang tot de beschermingsuitkering uit te breiden tot de hele groep niet-toeleidbaren. Dat zou betekenen dat we die groep kunnen beschermen tot 2028 en dat we dan een globale oplossing voor de hele groep zullen kunnen toepassen. Dat is echter iets dat ik nog moet bespreken in de regering en met name met mijn collega bevoegd voor Werk, minister Clarinval.

Als er niets gebeurt, zal die groep geleidelijk instromen in de OCMW's of in de arbeidsongeschiktheidsverzekering, afhankelijk van hun problematiek. Een deel van de groep kan misschien erkend worden als persoon met een handicap, maar voorspellingen of exacte inschattingen over de systemen waarin die mensen terecht zouden kunnen, heeft de RVA op dit ogenblik nog niet gemaakt. Er is dus nog werk aan de winkel, zoals u terecht zegt.

07.03 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, als ik het goed begrijp, hebt u al een uitzondering verkregen voor een kleine groep van de niet-toeleidbaren die aan bepaalde voorwaarden voldoen. U zei dat de totale groep ongeveer 10.000 mensen telt. Hebt u cijfers over die

kleine groep?

07.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat gaat over ongeveer 2.000 mensen.

07.05 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Ik volg het samen met u verder op. Zoals u zegt, is er nog werk aan de winkel.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 02.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.02 uur.