

Commissie voor Sociale Zaken,
Werk en Pensioenen

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

van

du

DINSDAG 14 APRIL 2026

MARDI 14 AVRIL 2026

Voormiddag

Matin

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 08 et présidée par Mme Florence Reuter.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.08 uur en voorgezeten door mevrouw Florence Reuter.

La **présidente**: Nous allons commencer par le débat d'actualité concernant les chèques retour au travail.

01 Actualiteitsdebat over de terug-naar-werkvouchers en toegevoegde vragen van

- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gigantische flop van de terug-naar-werkvouchers" (56014529C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het onderbenutte Terug-naar-werfonds" (56014629C)
- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De TNW-vouchers" (56014634C)
- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terug-naar-werkvouchers" (56014690C)
- Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Terug-naar-werfonds" (56014935C)
- Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De TNW-vouchers voor werkgevers" (56014936C)
- Robin Tonniau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terug-naar-werkvouchers" (56014940C)
- Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De re-integratie van langdurig zieken en een beter gebruik van de terug-naar-werkvouchers" (56015039C)

01 Débat d'actualité sur les chèques de retour au travail et questions jointes de

- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'énorme ratage des chèques de retour au travail" (56014529C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La sous-utilisation du Fonds Retour Au Travail" (56014629C)
- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les chèques ReAT" (56014634C)
- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les chèques de retour au travail" (56014690C)
- Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Fonds Retour Au Travail" (56014935C)
- Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les chèques ReAT pour les employeurs" (56014936C)
- Robin Tonniau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les chèques de retour au travail" (56014940C)
- Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réinsertion des malades de longue durée et un meilleur usage des chèques de retour au travail" (56015039C)

01.01 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, in april 2025 hebt u de terug-naar-werkvoucher gelanceerd. Daarmee konden langdurig zieken gratis loopbaanbegeleiding krijgen, tot 1.800 euro per persoon, om zo opnieuw de weg naar werk te vinden. U wilde daarmee een paar tienduizenden mensen per jaar bereiken, zei u.

Als we nu, een jaar later, de balans opmaken, is die ronduit pijnlijk. Tussen 1 april 2025 en 16 maart 2026 werden slechts 924 vouchers aangevraagd. Daarvan werden er amper 188 effectief gebruikt. Het gaat om een doelgroep van 585.000 langdurig zieken. Dat betekent dat nog geen 0,03 % van die voucher heeft gebruikgemaakt. Een maatregel die duizenden mensen moest helpen, bereikt vandaag dus nauwelijks iemand. Ondertussen blijft zowat 16 miljoen euro, betaald door de werkgevers, onaangeroerd liggen.

De vraag rijst dan waar het fout loopt. Ligt het aan de voorwaarden? Ligt het aan de communicatie? Ligt het aan de administratieve rompslomp? Of ligt het misschien aan het feit dat men een mooi systeem heeft aangekondigd zonder het in de praktijk werkbaar te maken?

Mijnheer de minister, ik heb daarom de volgende vragen.

Waarom is het aanvraagformulier vandaag nog altijd zo omslachtig en complex, terwijl net die doelgroep vaak al in een kwetsbare situatie zit? Erkent u dat de bureaucratie hier een drempel vormt?

Hoeveel van de 188 mensen die de voucher hebben gebruikt, zijn effectief opnieuw aan het werk? Gaat het dan om voltijdse, deeltijdse of aangepaste tewerkstelling?

U wilt de toegang vervroegen van één jaar naar zes maanden arbeidsongeschiktheid. Denkt u werkelijk dat dat het probleem zal oplossen, zolang het systeem administratief zo moeilijk hanteerbaar blijft?

Zult u langdurig zieken ook actiever toeleiden naar het systeem, in plaats van te wachten tot zij zelf de weg vinden?

Hoe zult u strenger toezien op langdurig zieken die niet daadwerkelijk arbeidsongeschikt zijn, maar toch een uitkering blijven ontvangen? Welke bijkomende controles of evaluatiemechanismen plant u op dat vlak?

01.02 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, het Terug-naar-werkfonds werd opgericht om langdurig zieken met arbeidspotentieel te begeleiden naar werk. We hebben u hierover al meermaals bevraagd in de commissie. Opnieuw blijkt dat dat instrument bijzonder beperkt wordt gebruikt, volgens de pers. Dat wordt ook beaamd in de visienota over het Terug-naar-werkfonds van Federgon, die de meest actuele informatie aanreikt. Momenteel staat er bijna 19 miljoen euro ter beschikking in dat fonds. Slechts 650 vouchers werden toegekend en opmerkelijk is dat 75 % van het totale aantal aanvragen op eigen initiatief gebeurde.

Vorig jaar stapten 14.500 langdurig zieken in een traject naar werk, terwijl er in België meer dan 526.000 langdurig zieken zijn. Dat betekent dat slechts een zeer beperkte groep effectief wordt bereikt. Dat wijst op een structurele onderbenutting van het instrument. Het is bovendien schrijnend dat sinds de start van de maatregel 640 aanvragen op eigen initiatief werden gedaan en slechts 285 op initiatief van een terug-naar-werkcoördinator van een ziekenfonds, terwijl net zij zouden moeten zorgen voor een structurele doorverwijzing. Mijn fractie wijst er al lang op dat het fonds nauwelijks wordt gebruikt en ook vanuit het werkveld klinkt die kritiek heel luid.

Wat zijn de meest actuele cijfers over het aantal aangevraagde en effectief gebruikte vouchers? Hoe verklaart u dat slechts een beperkt deel van de aangevraagde vouchers effectief wordt gebruikt? Hoe evalueert u de cijfers in verhouding tot de omvang van de doelgroep van langdurig zieken?

Erkent u dat de huidige aanvraagprocedure te complex en te bureaucratisch is en welke vereenvoudigingen zult u aanbrengen? Waarom blijft het systeem afhankelijk van vrijwillige instroom? Overweegt u een systematische doorverwijzing van langdurig zieken met arbeidspotentieel? Hoe staat u tegenover het voorstel van professor Lode Godderis om elke arbeidsongeschikte met arbeidspotentieel na zes maanden automatisch een terug-naar-werkvoucher te bezorgen, samen met een overzicht van de loopbaanbegeleiders, die daarvoor kunnen zorgen?

01.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de collega's hebben het debat al een beetje ingeleid. De terug-naar-werkvouchers die we vorig jaar hebben ingevoerd, blijken maar in zeer beperkte mate succesvol te zijn. Ondertussen zit er 16 miljoen euro in het Terug-naar-werkfonds

te wachten om gebruikt te worden. Die middelen zijn nochtans nodig, want er zijn veel langdurig zieken die specifieke begeleiding nodig hebben om weer aan het werk te gaan. Een terug-naar-werkvoucher kan daar absoluut bij helpen. Het is daarom des te jammerder dat die mensen de weg naar de vouchers niet vinden. We moeten echt nagaan hoe we ervoor kunnen zorgen dat die middelen wel worden gebruikt.

U hebt al aangekondigd dat u een aantal voorwaarden zult versoepelen. Vanaf juli van dit jaar kan een langdurig zieke al na zes maanden arbeidsongeschiktheid een beroep doen op de voucher. Als ik mij niet vergis, bent u ook van plan het bedrag te verhogen dat men kan gebruiken. Die versoepeling is hoognodig. Ook het Rekenhof was immers zeer sceptisch over de haalbaarheid van de doelstelling om 100.000 langdurig zieken minder te hebben.

Ik heb dan ook een aantal vragen.

Wat is de stand van zaken van het behalen van uw doelstelling van 100.000 minder langdurig zieken?

Hoe zult u ervoor zorgen dat die mensen duurzaam aan de slag kunnen gaan?

Bevestigt u met het versoepelen van de voorwaarden van het fonds eigenlijk dat een meer aanmoedigende aanpak nodig is? Welke andere maatregelen zult u op dat vlak nemen?

Hoe zult u het Terug-naar-werfonds het komende jaar versterken? Hoe zult u het bekender maken en van de nodige daadkracht voorzien?

Ziet u andere mogelijkheden om de middelen van het Terug-naar-werfonds te gebruiken om werknemers te versterken, bijvoorbeeld via loopbaanbegeleiding of opleidingen?

Zult u het plafond van 1.800 euro herzien?

01.04 Nahima Lanjri (cd&v): Eerst en vooral, we geloven in het potentieel van de terug-naar-werkvouchers, maar voorlopig blijft het gebruik ervan inderdaad ondermaats benut.

Tijdens de bespreking van de beleidsnota Sociale Zaken inzake de derde golf van het terug-naar-werkbeleid heb ik u al een aantal opmerkingen en concrete voorstellen meegegeven over hoe die cheques beter benut konden worden. Een van de voorstellen die ik deed, was die cheques sneller toe te laten en geen jaar te wachten voor men hem kan gebruiken, maar al na zes maanden ziekte. U hebt gezegd dat dit zal worden ingevoerd vanaf 1 juli van dit jaar. Mijn vragen daarover zijn de volgende.

Ten eerste, het RIZIV zou de werking van het Terug-naar-werfonds evalueren. Is dat al gebeurd? Wie is daarbij betrokken? Is er misschien een tussentijdse evaluatie, en wat zijn de verwachtingen?

01.05 Minister Frank Vandenbroucke: Mag ik u even onderbreken voor een dringend telefoontje?

01.06 Nahima Lanjri (cd&v): Van mij wel, al moet ik dan opnieuw beginnen.

Voorzitter: Denis Ducarme.

Président: Denis Ducarme.

De openbare commissievergadering wordt geschorst van 10.17 uur tot 10.20 uur.

La réunion publique de commission est suspendue de 10 h 17 à 10 h 20.

01.07 Nahima Lanjri (cd&v): U gaf tijdens de bespreking ook aan dat u de voorstellen zou meenemen die ik had gedaan om de werking van de terug-naar-werkvouchers te verbeteren. Hebt u de voorstellen ondertussen kunnen bespreken bij het RIZIV? Wanneer zouden ze worden geïmplementeerd?

Er was ook mijn voorstel om de termijn in te korten naar zes maanden, zodat een betrokkene vanaf de zevende maand ziekte een beroep zou kunnen doen op die terug-naar-werkvouchers. Ik lees in het rapport van Federgon dat er overleg is geweest tussen het RIZIV en uw kabinet en dat iedereen die in aanmerking komt, zou worden aangeschreven met een brief. Kunt u mij mededelen hoeveel mensen er op dit ogenblik in aanmerking komen wanneer de termijn zou worden verkort? Zijn er nog andere

maatregelen die u wilt treffen om de werking te verbeteren?

Tot slot, welke maatregelen uit het rapport van Federgon wilt u uitvoeren? Het rapport stelt een aantal zaken voor met betrekking tot het bekendmaken van de cheques, maar heeft het ook over de rol van de werkgevers en het sensibiliseren van artsen en zorgverstrekkers, evenals het efficiënter maken van de procedure. Dat heb ik u eerder ook al gevraagd.

Dan mijn tweede vraag. Mijnheer de minister, u gaf ook aan dat de terug-naar-werkvouchers ook ter beschikking zouden worden gesteld van werkgevers. Is dat al besproken met het RIZIV? Wat zijn de voorwaarden daarvoor? Vandaag wordt de loopbaanbegeleider gekozen door de werknemer die ziek is. Blijft dat zo of zal ook de werkgever daarover kunnen beslissen of meebeslissen?

Er bestaat vandaag een soort voorrangregel voor het geval er niet genoeg middelen in de pot zitten waarbij mensen die ontslagen zijn wegens medische overmacht, voorrang krijgen op langdurig zieken. Hoe zal dat worden geregeld wanneer ook werkgevers middelen uit die pot kunnen krijgen? Voorlopig is dat nog geen probleem want er zit ondertussen bijna 19 miljoen euro in de pot voor de terug-naar-werkvouchers. Er moet niettemin in de wetgeving worden verduidelijkt hoe dat precies wordt bedoeld. Wat is de budgettaire impact als u ook werkgevers de mogelijkheid geeft om gebruik te maken van de cheques?

Tot slot, in het regeerakkoord staat dat het de bedoeling is om vanaf 1 januari 2027 de bijdrage van de werkgever aan het Terug-naar-werk-fonds te verplichten in alle gevallen van beëindiging wegens medische overmacht, ongeacht wie het contract heeft verbroken. Hoever staat u daarmee? Wanneer zal die passage uit het regeerakkoord worden uitgevoerd?

01.08 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, de terug-naar-werkvouchers zijn een goed initiatief, dat ik steun. Het Terug-naar-werkfonds is gevuld, de cheques zijn beschikbaar, maar op een jaar tijd werd er amper 188 keer van gebruikgemaakt. U wilt daarom de voorwaarden versoepelen, maar het probleem ligt volgens mij vooral bij het erg ingewikkelde aanvraagformulier van het RIZIV. Wie onbewust een foutje maakt, krijgt dat later moeilijk rechtgezet. De cijfers reflecteren dat ook, aangezien van de 900 aanvragen er slechts 188 werden toegekend. U wilt de terug-naar-werkvouchers nu ook toegankelijk maken voor werkgevers.

Hoe gaat u de voorwaarden versoepelen, wat houdt die versoepeling in?

Zult u ook iets doen aan de complexiteit van de aanvraagprocedure, aangezien de cijfers aangeven dat daar duidelijk een probleem zit? Hoe komt het dat die aanvraagprocedure zo complex is en waarom is dat nodig? Waarom kan een fout in de indieningsprocedure moeilijk rechtgezet worden?

Hoe wordt het systeem van de terug-naar-werkvouchers gefinancierd in zijn totaliteit? Is er al een akkoord in de regering over de terug-naar-werkvouchers voor werkgevers? Wanneer verwacht u dat?

01.09 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, la question des maladies de longue durée reste un enjeu majeur. Le gouvernement – et vous particulièrement, monsieur le ministre – a pris ses responsabilités en mettant en place une stratégie de réinsertion plus ambitieuse, visant à mieux accompagner les personnes vers un retour progressif au travail. Nous soutenons pleinement cet objectif: il ne s'agit pas de stigmatiser, mais d'offrir des perspectives en tenant compte des capacités de chacun.

Cependant, comme cela a été dit précédemment, certains outils, comme les chèques de retour au travail, n'ont pas encore produit les effets escomptés: leur utilisation reste très limitée – moins de 200 chèques effectivement utilisés sur près de 1 000 demandés – notamment en raison de procédures jugées trop complexes et d'un accès parfois trop tardif dans les parcours d'incapacité. Dans le même temps, d'autres initiatives plus souples, entre autres dans le secteur privé, semblent obtenir des résultats encourageants.

Pour nous, l'enjeu n'est pas de multiplier les dispositifs, mais de les rendre réellement accessibles, cohérents et efficaces, en intervenant plus tôt et en simplifiant les démarches. Il est également essentiel de mieux articuler les différents acteurs – mutuelles, médecins et employeurs – pour éviter les ruptures de parcours. Dans un contexte où nous devons à la fois préserver la soutenabilité de notre sécurité

sociale et renforcer l'inclusion sur le marché du travail, la réussite de cette politique est primordiale.

Monsieur le ministre, comment le gouvernement entend-il simplifier concrètement l'accès aux dispositifs de retour au travail, afin qu'ils bénéficient réellement aux personnes concernées? Comment comptez-vous améliorer l'efficacité globale de la politique de réinsertion, notamment en intervenant plus tôt – je pense que c'est capital – dans le parcours des malades de longue durée et en renforçant la coordination entre les acteurs, y compris les employeurs?

01.10 **Eva Demesmaeker** (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil graag aansluiten bij dit actualiteitsdebat.

De meeste bezorgdheden werden al geuit: er werden slechts 188 terug-naar-werkvouchers gebruikt. Dat moet ons doen inzien dat er iets niet goed zit. We zullen de termijn bijgevolg verkorten van een jaar naar zes maanden.

De aanvraagprocedure blijkt echter een probleem te zijn. Zal daaraan iets veranderen in de toekomst? Ze lijkt immers wel omslachtig.

Verder wil ik de vergelijking wel maken met hoe het vroeger was, voor mijn tijd. Ik heb het dan over de verplichte outplacement, die 1.800 euro. Ondanks het feit dat er minder keuzevrijheid was, was er misschien ook wel een lagere administratieve drempel voor de werkgevers.

Ligt het gebruik van het Terug-naar-werkfonds na ontslag wegens medische overmacht vandaag lager dan het gebruik van de outplacement voor de hervorming uit 2024? Indien dat het geval zou zijn, lijkt het u dan ook wenselijk om werkgevers opnieuw actiever te betrekken bij het doorverwijzen of het aanduiden van de begeleiding op maat voor werknemers? Dat lijkt nu immers te ontbreken in het terug-naar-werkverhaal.

01.11 **Florence Reuter** (MR): Monsieur le ministre, entre avril 2025 et mars 2026, seulement 188 vouchers ont été utilisés. Ce constat nous mène à poser les bonnes questions. Pourquoi ces chèques sont-ils si peu utilisés? Est-ce un problème de visibilité? Est-ce un manque d'informations auprès des bénéficiaires ou des acteurs de terrain? La complexité administrative vient-elle décourager tout cela? Est-ce tout simplement un dispositif qui ne répond pas aux besoins réels des personnes concernées? Ce sont évidemment des questions essentielles parce qu'en dépend la crédibilité des politiques publiques mises en place. On ne peut pas se contenter d'annoncer des objectifs ambitieux en matière de retour à l'emploi des personnes en incapacité de longue durée si, dans le même temps, les outils qui sont à leur disposition sont sous-utilisés.

L'enjeu est évidemment clair, il ne s'agit pas de complexifier davantage ni de multiplier les dispositifs mais de faire en sorte que ceux qui existent soient efficaces. Il faut donc plus de simplicité, de lisibilité, une meilleure articulation avec les politiques d'emploi et répondre au plus près aux besoins des personnes. C'est vers cet objectif-là, me semble-t-il, que nous devons tendre.

Je vous remercie pour vos éclaircissements et surtout pour vos réponses à ces questions qui sont évidemment fondamentales pour notre politique sociale.

01.12 **Minister Frank Vandenbroucke**: Het Terug-naar-werkfonds is één onderdeel van ons beleid houdende Terug naar Werk. Het wordt gefinancierd door werkgevers die op eigen initiatief een arbeidsovereenkomst beëindigen wegens medische overmacht. Er is dan geen ontslagvergoeding of verbrekingsvergoeding verschuldigd. Het is voor de werkgever een "goedkope" manier om een einde te stellen aan een arbeidsovereenkomst. Onze maatregel waarbij een werkgever in die context een bericht naar het RIZIV moet sturen en 1.800 euro storten in een fonds, laat die werkgevers al voelen dat zij niet gewoon een contract mogen verbreken omdat een werknemer ziek is, waardoor die zonder contract achterblijft. Er is dus een klein responsabiliserend element in het verhaal van de langdurig zieke werknemers ten aanzien van de werkgever. Die 1.800 euro laten betalen door de werkgever is op zichzelf zinvol.

De vraag is natuurlijk wat we met dat geld moeten doen. We hebben beslist om met dat geld een vouchersysteem te financieren, waarmee iemand die arbeidsongeschikt is en als dusdanig erkend is, begeleiding kan krijgen bij een private dienstverlener. Ik beklemtoon wel ter verduidelijking van de context dat het gaat om een aanvulling, zij het een marginale aanvulling die vandaag op zichzelf niet

goed werkt, op een breed arsenaal aan trajecten dat wordt aangeboden. Zo zijn er trajecten via de werkgever, trajecten van beroepsherscholing, trajecten via de VDAB, Actiris of Forem of trajecten van progressieve wedertewerkstelling op basis van artikel 100, § 2, van onze wetgeving, waarbij werknemers gedeeltelijk het werk kunnen hervatten, en dat gaat over ruim 100.000 trajecten per jaar.

Het debat dat we hier voeren, gaat dus over een aanvulling daarop en die aanvulling is geen succes. Ik wil toch dat we dat in het oog houden. Met die aanvulling hebben we geprobeerd om private dienstverleners in een verhaal van formele trajecten te betrekken, dus naast de trajecten van publieke dienstverleners waarin al 100.000 mensen per jaar zitten om op basis van wat de reglementering toelaat het werk te hervatten in combinatie met een uitkering, en naast de initiatieven van de betrokken werkgevers zelf. Daarover gaat het.

Ik wilde inderdaad, ook op aangeven van mijn liberale collega's in de vorige coalitie, de private sector een instrument geven om meer op het vlak van begeleiding te kunnen doen in dat verhaal. Mijns inziens is dat belangrijk.

Le dispositif existant est un ensemble de solutions. En effet, ce qu'il faut faire, c'est proposer des trajets sur mesure. Tous les assurés en incapacité de travail n'ont pas nécessairement besoin d'un tel chèque. Certains ont peut-être besoin d'un accompagnement plus intensif, très spécialisé, organisé par le Forem, Actiris ou le VDAB. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous n'offrons pas simplement un ticket, mais bien une carte de possibilités et l'accompagnement nécessaire pour faire le bon choix.

Revenons sur ce chèque, sur ce dispositif très spécifique.

Dit is geen succes. We hebben de doelgroep verruimd omdat we dachten dat die te smal was. Oorspronkelijk konden alleen maar mensen van wie de arbeidsovereenkomst werd beëindigd wegens medische overmacht aanspraak maken op die voucher. We hebben die doelgroep verruimd naar iedereen die langer dan een jaar arbeidsongeschikt erkend is.

Ook dat brengt echter onvoldoende dynamiek mee. Daarom zullen we vanaf 1 juli 2026 de toegang opnieuw verbreden. Wie arbeidsongeschikt erkend is, kan al vanaf de zevende maand van primaire arbeidsongeschiktheid een beroep doen op het fonds. Sommigen hebben hier gevraagd over hoeveel mensen het dan zal gaan. Ik weet dat niet, mevrouw Lanjri. Ik weet zelfs niet hoe groot die doelgroep op 1 juli zal zijn, want dat ligt vóór ons, maar het gaat dus om alle mensen die minstens zes maanden arbeidsongeschikt erkend zijn en in hun zevende maand zijn. Dat is een grote groep, maar hoe groot die op 1 juli precies zal zijn, kan ik u niet zeggen, want die datum ligt nog in de toekomst. Hoeveel mensen van die groep daarop een beroep zullen doen, kan ik ook niet voorspellen, maar het is wel een brede groep.

Wij zijn van oordeel dat we nu niet moeten zeggen dat iedereen vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid die voucher moet kunnen aanvragen omdat we denken dat dat een buitenbaanffect zou creëren waarbij mensen die voucher zouden vragen terwijl ze zonder perfect ook terug aan het werk zullen gaan. Laat ons testen wat de verruimde doelgroep vanaf 1 juli in de praktijk aan dynamiek met zich meebrengt. U hebt ook gelezen dat we het maximaal interventiebedrag zullen indexeren. Er zijn reglementaire aanpassingen nodig om dat mogelijk te maken. Dat wordt samen met het RIZIV uitgewerkt en we zullen dat tijdig aan de regering kunnen voorleggen.

We moeten echter verder gaan dan dit, want het verruimen van de doelgroep zal ongetwijfeld niet voldoende zijn. We onderzoeken nu samen met het RIZIV hoe we de werkgevers vanaf 1 januari 2027 de mogelijkheid kunnen geven om zelf zo'n voucher aan te vragen ten behoeve van een werknemer die arbeidsongeschikt erkend is en niet meer actief is. Dat betekent dat de werkgever een bijkomend instrument krijgt, naast een externe dienst en andere instrumenten waarover hij beschikt, om mensen te begeleiden in een re-integratietraject. Vroeg in het traject, na zes maanden arbeidsongeschiktheid, gericht op een specifieke context, zijnde het arbeidspotentieel dat een werknemer nog heeft en de mogelijkheden die er zijn, maar ook de aanpassingen en begeleiding die misschien nodig zijn.

We bespreken nu met het RIZIV hoe we dat zo zorgvuldig mogelijk, maar ook zo eenvoudig mogelijk, vorm kunnen geven. Daarnaast is het belangrijk dat, zoals ook in het besluit destijds werd voorzien, de werking van dat fonds wordt geëvalueerd. Er worden immers praktische moeilijkheden gesignaleerd, ook in dit debat, en die moeten we bekijken.

Vanaf 1 juli is er een verbreding van de doelgroep, maar de aanvraag blijft gebeuren door de als arbeidsongeschikt erkende persoon. Vanaf 1 januari is er een belangrijke verbreding van de aanvraagmogelijkheid. Ook een werkgever zal een voucher kunnen aanvragen voor een werknemer die nog altijd in dienst is, maar arbeidsongeschikt erkend is.

U hebt gelezen dat ik ook de zogenaamde werkhervattingspremie – een rechtstreekse subsidie voor de werkgever die iemand aanwerft die arbeidsongeschikt is – wil versterken tot 3.000 euro. Tegen 1 januari 2027 krijgt een werkgever die iets wil ondernemen ten aanzien van een werknemer die arbeidsongeschikt is in zijn personeel, een interessante combinatiemogelijkheid: een werkhervattingspremie en een begeleidingspremie van 1.800 euro. Samen zijn dat sterke financiële instrumenten.

Ik hoop dat werkgevers daarop zullen inspelen. Ik hoop ook dat Federgon en de vele dienstverleners die zich hebben aangemeld in dit systeem, maar waar nog te weinig vraag naar is geweest, sterkere publiciteit zullen voeren voor dit systeem.

Ziedaar wat we hiervoor willen ondernemen.

01.13 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, de oorzaak van deze mislukking is nochtans niet zo moeilijk te vinden. Het aanvraagformulier van het RIZIV is veel te complex. Wie een fout maakt, krijgt die nauwelijks rechtgezet. Wie het formulier wel correct invult, wordt daarna van het kastje naar de muur gestuurd, tussen het RIZIV en het ziekenfonds.

U zegt dat u de doelgroep gaat verbreden. U wilt dat doen door de voucher al na zes maanden beschikbaar te maken, maar daarmee mist u de kern van het probleem. Er zijn 585.000 langdurig zieken en daarvan hebben slechts 188 mensen de voucher daadwerkelijk gebruikt. Dat is amper 0,03 %.

U zegt bovendien dat u ook met die verbreding niet weet hoe groot de doelgroep is. U weet ook niet hoeveel mensen een beroep op die voucher zullen doen. Nog meer mensen toegang geven tot een instrument dat in de praktijk niet werkt, is geen oplossing. Dat is gewoon de uitbreiding van een falend systeem.

Daarnaast blijft de 16 miljoen euro die door de bedrijven werd betaald quasi onaangeroerd liggen. Werkgevers betalen netjes hun bijdrage – u noemt dat een responsabiliserend element – maar de middelen worden niet gebruikt voor datgene waarvoor ze waren bedoeld. Dat is geen efficiënt beleid, maar onverantwoord beleid.

De fundamentele vraag blijft of de 585.000 mensen die vandaag een ziekte-uitkering ontvangen ook daadwerkelijk volledig arbeidsongeschikt zijn. Zitten daar ook mensen tussen die vooral zijn uitgevallen omdat hun job niet meer werkbaar was of omdat de controle tekortschiet?

Wij vragen geen heksenjacht op wie echt ziek is, maar wel een systeem dat werkt, controleert en ervoor zorgt dat men zijn verantwoordelijkheid neemt. Vandaag is de rekening voor iedereen: voor de werkgevers, voor de belastingbetaler en vooral voor degenen die echt ziek zijn.

01.14 Irina De Knop (Anders.): Dank u wel, mijnheer de minister.

Uit uw antwoord blijkt waarom het Terug-naar-werkfonds niet succesvol kan zijn. U gelooft er namelijk zelf niet in. U zegt zelf: het is een gerechtje op een menukaart van alle mogelijke re-integratiemogelijkheden.

Mocht het zo zijn dat we slagen in die re-integratie, dan zou ik zeggen dat ik u begrijp, mijnheer de minister. Uit de studie van de UGent blijkt echter heel duidelijk dat de helft van de mensen die langdurig ziek zijn opnieuw kunnen gaan werken. Als we die mensen opnieuw aan het werk willen helpen, moeten we alle instrumenten gebruiken die daarvoor geschikt zijn. Het blijkt echter heel duidelijk dat de ziekenfondsen, die deze rol vandaag hebben, daar niet in slagen.

De privésector heeft het Terug-naar-werkfonds geactiveerd, met terug-naar-werktrajecten die zeer succesvol zijn. Wel, gebruik dat instrument dan alstublieft ten volle, mijnheer de minister. U hebt het

voortdurend over het responsabiliseren van de werkgevers, maar u gebruikt de instrumenten die de werkgevers u aanreiken onvoldoende.

U verwees ook naar Federgon, dat meer publiciteit moet maken voor het systeem. Ik heb hier hun visienota. Daarin wordt opnieuw naar u verwezen, mijnheer de minister. Er staat een hele reeks aanbevelingen in om het systeem eenvoudiger, transparanter en gebruiksvriendelijker te maken.

Zoals de collega al zei: het formulier is inderdaad niet te vinden bij het RIZIV. Het is een heel gedoe tussen het RIZIV en het ziekenfonds om een erkend traject te vinden.

Het zou goed zijn als u ervoor zou zorgen dat alle mensen die langer dan één maand ziek zijn van het systeem gebruik kunnen maken. U zegt nu dat dit kan vanaf zeven maanden, maar dat is heel erg laat. Alle wetenschappelijke studies tonen aan dat als men mensen wil re-integreren, men het zo snel mogelijk moet doen.

Mijnheer de minister, u hebt verschillende keren gezegd dat het vrijwillig is. Stop daarmee. De begeleiding van mensen die langdurig ziek zijn, moet niet vrijwillig zijn. In uw nieuwe wetgeving voor de vierde golf hebt u zelf gezegd dat als er arbeidspotentieel is, die mensen begeleid moeten worden naar een re-integratietraject. Wel, dit is er een.

Het is zo zonde, mijnheer de minister, dat u instrumenten hebt die daadwerkelijk werken, maar ze onvoldoende gebruikt. Dan is voor mij alles gezegd. Dan hecht u blijkbaar eigenlijk onvoldoende belang aan het re-integreren van langdurig zieken. Dat zou uw grootste bekommernis moeten zijn.

01.15 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

U spreekt over het responsabiliserend effect voor de werkgevers. Nu, 1.800 euro op de totale loonkosten en de kosten om iemand te ontslaan, heeft volgens mij een zeer klein effect en is slechts een druppel op een hete plaat, hoewel ook een druppel misschien kan werken.

Meer fundamenteel, u zegt dat niet iedereen nood heeft aan die 1.800 euro terug-naar-werkpremie. Dat klopt volgens mij ook, maar – en hierover heb ik niets in uw antwoord gehoord – zolang de limiet per werknemer op 1.800 euro ligt en niet iedereen er nood aan heeft, blijft er structureel te veel geld ongebruikt in die pot zitten. Sommige mensen maken er geen gebruik van en de individuele limiet ligt te hoog. Ik heb u dat niet horen zeggen, maar ik ga ervan uit dat u de limiet effectief zult verhogen per werknemer, zodat dat geld eruit komt en we het kunnen gebruiken waarvoor het dient.

Ten tweede, u geeft terecht aan dat een aantal versoepelingen doorgevoerd moeten worden. De uitbreiding van de doelgroep is er een van. Ik vind het wat vreemd dat u daar niet op ingaat. Ik begrijp dat u niet exact kunt zeggen hoe groot die doelgroep in de toekomst zal zijn, maar we moeten toch enige inschatting kunnen maken, op basis van de huidige cijfers, hoe groot die doelgroep ongeveer zal zijn op 1 juni. Dat is niet zo ver meer. Als we daar volledig blind op varen, ben ik daar toch zeer ongerust over.

Ten derde, u zegt dat werkgevers dat zelf kunnen aanvragen. Dat is een goede zaak, maar we zullen moeten bekijken hoe dat evolueert en hoe die wetgeving precies in elkaar zit. Ik ga ervan uit dat de werkgever dat nog altijd werknemer per werknemer zal moeten doen en dat voor individuele trajecten zal moeten aanvragen, zodat er geen oneigenlijk gebruik van wordt gemaakt ten gunste van andere trajecten.

Le **président**: Mme Schlitz n'est pas là.

01.16 Nahima Lanjri (cd&v): Cd&v blijft overtuigd van het potentieel van de terug-naar-werkvouchers. We moeten evenwel erkennen dat ze geen succes hebben. U hebt dat zelf ook toegegeven. We hebben het onderwerp vorig jaar ook al besproken. Toen heb ik een reeks voorstellen gedaan ter verbetering van de werking van de terug-naar-werkvouchers. Ik ben heel blij dat u daaromtrent al een eerste voorstel uitwerkt, met name dat tegen 1 juli de termijn van één jaar ziekte naar zes maanden wordt ingekort. Vanaf de eerste dag van de zevende maand kan een langdurig zieke dan een beroep doen op de vouchers. We zullen moeten evalueren of dat voldoende is.

Daarnaast deed ik voorstellen om de complexiteit van het systeem te verminderen, bijvoorbeeld de mogelijkheid om van loopbaanbegeleider te wisselen als het niet klikt, of om de termijn op te schorten wanneer men in loopbaanbegeleiding zit maar opnieuw ziek wordt. Die zaken kunnen vandaag niet. U zegt dat er besprekingen met het RIZIV aan de gang zijn. Ik hoop dat u mijn voorstellen, waarvan u eerder hebt gezegd dat u ze zou bekijken, meeneemt in die besprekingen.

U hebt niet geantwoord op mijn vragen wanneer de evaluatie van het RIZIV afgerond is en wanneer u met concrete voorstellen komt. Ik begrijp dat u nog tijd nodig hebt, maar worden alle voorstellen die tot nu toe zijn gedaan minstens onderzocht om na te gaan of ze kunnen worden geïmplementeerd?

Nogmaals, wij geloven in het potentieel van het systeem. Iedereen geeft evenwel toe dat de mogelijkheid om de terug-naar-werkvouchers te gebruiken, beter bekend moet geraken. Heel veel zieken kennen die optie vandaag niet, blijkt uit getuigenissen. Zij verwarren de vouchers ook met de Vlaamse loopbaancheques, waarover veel te doen is geweest en die minister Demir heeft afgeschaft. De betrokkenen geven aan dat die cheques zijn afgeschaft. Er bestaat dus verwarring bij de doelgroep over het vouchersysteem, niet alleen bij de zieken zelf, maar ook bij de werkgevers die de optie onvoldoende kennen en niet aanbieden.

Mijnheer de minister, vroeger was een werkgever verplicht om outplacement aan te bieden, dus een concreet aanbod te doen. Ik stel voor dat werkgevers minstens een informatieplicht zouden hebben en aan hun langdurig zieke werknemers zouden moeten aangeven dat ze na zes maanden ziekte een beroep kunnen doen op een dergelijke cheque.

Het is niet de bedoeling dat werkgevers het hele aanbod organiseren, want dat kan aan de werknemer zelf worden overgelaten, die ook een zekere klik moet hebben met de loopbaanbegeleider. Minstens informeren lijkt mij echter wel noodzakelijk. Ik heb er bovendien op aangedrongen, net zoals Federgon dit nu ook doet, om ook artsen en zorgverleners te informeren over het bestaan van de cheques, aangezien ze vandaag nog onvoldoende bekend zijn.

Voorts is de aanvraagprocedure momenteel te complex – ik herhaal niet al mijn vroegere opmerkingen – en moet ze worden vereenvoudigd.

U zegt er geen zicht op te hebben wie na zes maanden ziekte in aanmerking zou komen voor een voucher, maar u kunt toch het aantal inschatten door de doelgroep van degenen die minstens een jaar langdurig ziek zijn te extrapoleren op basis van de cijfers van vorig jaar?

Overigens moet er volgens mij meer gebeuren dan enkel de termijn naar zes maanden brengen. Er moet ook sterker worden ingezet op de bekendmaking bij werkgevers en werknemers zouden zelfs moeten worden verplicht om hun zieke werknemers te informeren over de mogelijkheid, aangezien er op het terrein veel verwarring bestaat.

01.17 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

U hebt een paar interessante zaken gezegd. U hebt gezegd dat medisch ontslag een goedkope manier van ontslaan is. Het is nieuw voor mij dat u dat zegt. U hebt daar wel gelijk in, maar dat is ook de bron van alle problemen. Het medisch ontslag is te goedkoop, dus u moet ingrijpen aan de bron. Waarom worden mensen medisch ontslagen? Waarom worden ze ziek? Dat is op hun werk en door hun werk. Daar moet u dus de belangrijkste maatregelen nemen.

Dit debat gaat over maatregelen aan de uitgang, waaronder de terug-naar-werkvouchers. U hebt zelf gezegd dat dat een marginale maatregel is, die we niet moeten opblazen. Die maatregel heeft maar een marginaal effect en is bovendien ook geen succes, want er wordt heel weinig van gebruikgemaakt. U hebt proberen in te grijpen door de doelgroep te vergroten, maar ook dat blijkt geen succes te zijn. Nu wilt u overgaan tot het inschakelen van de werkgevers. Diezelfde werkgevers, die massaal gebruikmaken van medisch ontslag omdat dat zo goedkoop is, zult u nu inzetten om de ziek gewerkten te helpen met die terug-naar-werkvouchers. Dat is niet de juiste oplossing.

U hebt niets gezegd over het fundamenteel probleem van de complexiteit van de aanvraag. Er werden meer dan 900 aanvragen ingediend, maar er werden er maar 188 effectief toegekend. U hebt daar niets over gezegd. Hoe zult u die terug-naar-werkvouchers laagdrempeliger maken, zodat tenminste de

mensen die ervan willen gebruikmaken dat ook effectief kunnen doen? Dat zou de maatregel minder marginaal maken en toch al een beetje oppimpen.

01.18 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Je pense que nous partageons le même objectif, à savoir sortir d'une logique passive pour aller vers une logique d'accompagnement actif au service des personnes en incapacité de travail de longue durée.

Permettez-moi d'insister sur le fait qu'aujourd'hui, le problème n'est pas lié à l'absence d'outils – vous nous avez détaillé l'arsenal de parcours possibles – mais surtout à leur manque de visibilité. Parmi les travailleurs et les employeurs, et même parmi les acteurs de la prévention, la plupart ignorent les possibilités existantes. Ce constat a aussi été mis en évidence par une étude du SPF Emploi portant sur la cartographie des offres en matière de prise en charge des affections mentales liées au travail.

Les chiffres sont clairs, le chèque de retour au travail reste très peu mobilisé.

Vous envisagez de l'autoriser après six mois d'incapacité. C'est positif, mais cela me semble encore trop tard. Si nous suivons l'*evidence-based* en médecine, nous savons que le syndrome du burn-out – que je connais bien – nécessite d'abord une période de repos de trois à quatre semaines. Dans les six semaines qui suivent, il est recommandé d'entamer une prise en charge. Ensuite, au cours des six semaines suivantes, il convient d'envisager concrètement les pistes d'action avec les travailleurs. Il est donc vraiment important d'intervenir en amont car tout se joue dans les premiers mois. Si nous intervenons trop tard, les chances de retour diminuent fortement.

Élargir la possibilité d'intervention des employeurs me semble être une bonne idée mais je ne suis pas certaine d'avoir tout compris. Est-ce pour aller dans le sens d'un aménagement des conditions de travail ou d'une adaptation du poste pour le travailleur en difficulté? Si c'est le cas, cela me semblerait vraiment positif.

En effet, dans la prise en charge du burn-out, on se situe le plus souvent dans une approche individuelle et on aide l'individu à s'adapter à ses conditions de travail. Or nous savons que les approches mixtes sont vraiment importantes. Il faut agir à la fois sur l'individu, mais aussi et surtout sur l'organisation du travail et l'aménagement des conditions de travail. Sans modification de l'environnement professionnel, le risque de rechute augmente. Dès lors, si votre volonté d'élargir l'intervention des employeurs va dans ce sens, cela pourrait constituer une avancée positive.

01.19 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, l'augmentation du nombre de malades de longue durée constitue un enjeu et un défi majeurs. Nous le savons tous. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Il est donc important pour nous d'avoir une stratégie de réinsertion à la fois ambitieuse et efficace, mais qui ne stigmatise pas les personnes concernées.

J'ai quelques réflexions à émettre, au nom de mon groupe, suite à votre réponse, monsieur le ministre.

Premièrement, le système des chèques de retour au travail repose sur une démarche administrative de la personne malade elle-même. Cela crée un risque important de non-recours pour un public parfois très fragilisé ou insuffisamment informé. Plusieurs collègues vous ont demandé comment simplifier ces démarches, mais nous n'avons entendu aucune réponse à ce sujet. C'est dommage.

Deuxièmement, ces chèques de retour au travail interviennent surtout en aval du problème. Vous avez rappelé que ce n'est qu'une pièce du puzzle de votre politique de réintégration, mais pour nous, de manière générale, on ne traite pas suffisamment les causes structurelles de l'incapacité de longue durée, comme au travers de la prévention, de l'adaptation des postes de travail ou de l'organisation du travail.

Enfin, comme l'ont rappelé également certains collègues, auparavant, en cas de licenciement, l'employeur était contraint de financer directement des mesures d'*outplacement* de la personne licenciée. Ce mécanisme avait fait ses preuves. Il y avait aussi, par exemple, la prime de réussite pour les malades de longue durée qui reprenaient une formation avec succès. Il nous semble que ce sont des éléments qui devraient aussi faire partie de l'évaluation à venir.

Par ailleurs, il est un peu étonnant, monsieur le ministre, de vous entendre parler d'une évaluation alors que vous avez déjà décidé d'une série d'aménagements de cette politique, avec l'élargissement du groupe cible ou l'accès aux employeurs, par exemple.

Je vous remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

[02] Actualiteitsdebat over het RIZIV-rapport over de langdurig zieken en toegevoegde vragen van
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het onderzoek van HLN m.b.t. onterechte ziekteuitkeringen" (56015076C)

- Robin Tonniau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De RIZIV-studie over de activering van langdurig zieken" (56015080C)

- Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De RIZIV-studie over de activering van langdurig zieken" (56015083C)

- Florence Reuter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De betrouwbaarheid van de arbeidsongeschiktheidsevaluatie en het niet-gepubliceerde RIZIV-rapport" (56015087C)

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het RIZIV-rapport over langdurig zieken" (56015093C)

- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het uitgelekte RIZIV-rapport over langdurig zieken" (56015103C)

[02] Débat d'actualité sur le rapport de l'INAMI sur les malades de longue durée et questions jointes de

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'enquête de Het Laatste Nieuws relative aux indemnités de maladie indues" (56015076C)

- Robin Tonniau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'étude de l'INAMI portant sur l'activation des malades de longue durée" (56015080C)

- Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'étude de l'INAMI portant sur l'activation des malades de longue durée" (56015083C)

- Florence Reuter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fiabilité de l'évaluation de l'incapacité de travail et la non-publication d'un rapport INAMI" (56015087C)

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapport de l'INAMI sur les malades de longue durée" (56015093C)

- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fuite du rapport de l'INAMI sur les malades de longue durée" (56015103C)

Voorzitter: Ellen Samyn.

Présidente: Ellen Samyn.

[02.01] **Dominiek Snelpe** (VB): Mijnheer de minister, uit recente berichtgeving in *Het Laatste Nieuws* bleek dat de ziekenfondsen gedurende jaren te hoge uitkeringen zouden hebben toegekend. Nog verontrustender is dat een intern rapport daarover nooit publiek werd gemaakt en zelfs niet aan u, de bevoegde minister, werd bezorgd. Dat hebt u zelf aangegeven.

Volgens diezelfde berichtgeving zou bovendien meer dan de helft van de langdurig zieken nog in staat zijn om al dan niet gedeeltelijk te werken. Dat wijst op een ernstige tekortkoming in de opvolging, de begeleiding en de controle binnen ons systeem van arbeidsongeschiktheid. Dat roept nogmaals heel veel vragen op over transparantie, maar ook over beleidsvoering en vooral over verantwoordelijkheid.

Onze vragen zijn daarom de volgende.

Ten eerste, klopt het dat het rapport nooit aan u werd bezorgd? Dat lijkt mij onwaarschijnlijk maar u krijgt het voordeel van de twijfel. Als dat klopt, hoe verklaart u dat een dergelijk cruciaal document u niet heeft bereikt? Hoe kunt u trouwens een doeltreffend beleid voeren als essentiële informatie over mogelijke ontsparingen binnen het systeem u blijkbare niet bereikt?

Ten tweede, wie draagt de verantwoordelijkheid voor het niet publiek maken van het rapport?

Ten derde, u hebt het rapport in 2024 uiteindelijk wel onder ogen gekregen. Waarom hebt u het dan niet onmiddellijk publiek gemaakt? U hebt het toen ook nog in uw schuif laten liggen.

Ten vierde, wanneer krijgt het Parlement eindelijk inzage in het rapport?

Ten vijfde, opnieuw blijkt dat ziekenfondsen tegelijk rechter en partij zijn in de controle op de langdurig zieken. Moet het systeem niet worden aangepast, in plaats van te werken met responsabilisering, wat een te zwak instrument blijkt te zijn?

02.02 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het is weer zover, collectief rechts zet de aanval in op onze ziekenfondsen, en niet alleen op de ziekenfondsen maar ook op de zieken zelf. Zij beweren dat 60 % van degenen die ziek verklaard werden, fake ziek zijn. Dat vinden zij normaal. Zij gebruiken een mysterieuze geheime studie uit 2019 om te beweren dat vandaag 60 % van de zieken fake ziek zijn.

Mijnheer de minister, als ik zulke krantenkoppen zie, gaan bij mij alle alarmbellen af, zeker als ik meteen zie wie daarop reageert en wie dat misbruikt. Alle verkozenen van de N-VA begonnen te twitteren en Facebookposts te plaatsen. Zelfs minister Demir, Vlaams minister van Onderwijs, had plots een bijzondere mening over de langdurig zieken, over uw bevoegdheid, mijnheer de minister. Dan gaan bij mij alle alarmbellen af, terecht.

Vandaag hebben we een actualiteitsdebat. U zit hier in de commissie, binnen 24 uur nadat het verscheen in de pers. U bent hier, en wie heeft er geen vraag ingediend? De N-VA. De N-VA heeft geen enkele vraag ingediend. Vijf partijen willen u ondervragen over die studie – terecht, want daarover zijn heel wat vragen te stellen. De N-VA is echter niet geïnteresseerd en heeft geen vraag ingediend om de federale minister van Volksgezondheid, de heer Frank Vandenbroucke, te vragen hoe het precies zit met die studie.

Ik heb zelf heel veel vragen over die mysterieuze studie. Waarom is die niet gepubliceerd? Ik ga ervan uit dat dergelijke studies het niet waard zijn te worden gepubliceerd.

Mijnheer de minister, u hebt die studie blijkbaar al sinds 2024. Wat is de reden dat u die zelf niet naar buiten hebt gebracht?

Is die studie representatief voor alle mensen die vandaag langdurig ziek zijn?

Wat is er volgens u effectief gebeurd met die studie? Kan men spreken van opzettelijk achterhouden?

Zijn er recentere studies die tot andere conclusies komen?

Hoe komt het dat er informatie ontbreekt in de dossiers van die zieke mensen?

In wiens opdracht werd die studie eigenlijk uitgevoerd? Kunt u ze publiek maken?

02.03 Nahima Lanjri (cd&v): Mijnheer de minister, wie kan werken, moet werken en mag vooral geen misbruik maken van de ziekteverzekering. Die ziekteverzekering is er wel voor wie ziek is.

Vandaag zitten we echter met 585.000 langdurig zieken. Dat cijfer moet omlaag. Dat is ook de betrachting van deze regering. Iedereen moet zijn verantwoordelijkheid nemen: de zieke zelf, maar ook de werkgever, de artsen en de ziekenfondsen. Alleen zo krijgen we dat cijfer naar beneden en kunnen we tot een werkzaamheidsgraad van 80 % komen en onze begrotingen op orde krijgen.

Volgens de rapporten die we gezien hebben, is er echter nog een lange weg te gaan. Er was al een eerste rapport, dat we eind vorig jaar hebben besproken. Dat was een rapport van 2024 van het RIZIV, waarin een steekproef werd gedaan. Daaruit bleek dat ongeveer een kwart van de mensen eigenlijk zou kunnen werken en een ander kwart na een bepaalde periode.

Gisteren dook plots een ander rapport op, een veel ouder rapport, van 2020. Daaruit bleek ook dat meer dan de helft van de mensen die gecontroleerd werden door het RIZIV, zouden kunnen werken. Er zijn misschien veel vragen te stellen over hoe dat onderzoek is gebeurd, maar ik wil nu al een aantal vragen stellen.

Wanneer werd u op de hoogte gebracht van dat rapport van 2020? Ik lees dat dat eind 2024 was. Wat hebt u toen met die kennis gedaan? Waarom is dat niet naar buiten gekomen of wat hebt u concreet ondernomen?

Zijn de maatregelen die u samen met de regering tot en met de vierde golf hebt genomen om mensen opnieuw naar werk te activeren, voldoende om mensen effectief aan de slag te krijgen? Het gaat om mensen die eventueel gedeeltelijk kunnen werken, met aangepast werk. U wilt op termijn ook 1,5 miljard besparen op de ziekte-uitkeringen. Wat is het profiel van de mensen die in die steekproef naar voren komen?

Ik heb ook al voorstellen gedaan. Uit die vorige steekproef bleek dat de interpretatie van de term arbeidsongeschiktheid verschilt naargelang de steekproef wordt uitgevoerd door het RIZIV dan wel door de mutualiteiten. Ik heb voorgesteld om de definities op elkaar af te stemmen en de doelgroepen met elkaar te vergelijken, zodat we geen appels met peren vergelijken.

Tot slot, het RIZIV doet steekproeven en controles, maar de mutualiteiten voeren ook controles uit. Zij hebben ook contactmomenten met mensen.

Wat is daaruit gebleken? De arbeidsongeschiktheid wordt sowieso ook door de mutualiteiten ingetrokken. Kunt u daar de cijfers van de afgelopen jaren geven?

Er zijn 580.000 langdurig zieken. Bij alle mutualiteiten samen zijn er 240 artsen die deze zieken moeten opvolgen. Dat is één arts voor 2.416 zieken. Is het probleem niet dat het onmogelijk is om zoveel zieken met één arts op te volgen? Wat stelt u als mogelijke oplossing voor?

02.04 Florence Reuter (MR): Monsieur le ministre, c'est un débat que nous avons déjà eu en plénière lors de la sortie d'un rapport de l'INAMI en octobre dernier. L'échantillon était alors de 768 personnes considérées comme invalides jusqu'à leur retraite et on s'est rendu compte que 25 % d'entre elles pouvaient purement et simplement retourner au travail.

Mon propos est assez clair, les personnes qui sont malades et qui ne peuvent plus travailler doivent se soigner, et prendre le temps de le faire. C'est la solidarité, on est bien d'accord. Mais il faut que cette solidarité soit finançable et pour cela, il faut que les contrôles soient stricts et surtout que les personnes qui sont capables de travailler puissent retourner au travail. Nous devons lutter convenablement contre les abus.

On apprend maintenant que, selon un rapport qui date de 2019 et qui est seulement porté à notre connaissance aujourd'hui, sur 290 personnes reconnues en incapacité de travail, 59 % ne répondaient pas aux critères légaux. C'est évidemment très interpellant puisque dans 172 cas, les allocations auraient même été suspendues immédiatement.

Monsieur le ministre, on pose les mêmes questions que celles qu'on posait il y a un peu plus de six mois. Confirmez-vous les conclusions de ce rapport? Comment expliquez-vous que ce document n'ait pas été porté à notre connaissance plus tôt?

Voilà deux rapports qui confirment qu'il y a un véritable problème. Qu'est-ce qu'on va mettre en place concrètement? Je connais les projets de loi qui sont déjà passés et les différentes phases du projet retour au travail, mais je crois qu'il est temps d'agir de manière crédible pour faire en sorte de donner la possibilité aux gens de se soigner, mais surtout pour faire en sorte que les gens qui peuvent travailler retournent tout simplement au travail.

02.05 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, uit recente berichtgeving blijkt inderdaad dat een intern RIZIV-rapport uit 2020, gebaseerd op een steekproef van 290 dossiers van langdurig zieken, tot zeer opvallende conclusies kwam. Volgens de inspecteurs zou 59 % van de onderzochte patiënten in werkelijkheid niet arbeidsongeschikt zijn geweest. Dat zijn hallucinante cijfers.

In drie kwart van de dossiers zou bovendien onvoldoende informatie aanwezig zijn geweest om tot een gefundeerde beslissing te komen. Dat is echt een blamage voor de mutualiteiten die die mensen hebben begeleid en die beslissingen hebben genomen. Op die manier gaan we volledig voorbij aan de doelstelling van onze sociale zekerheid, namelijk de ondersteuning van de meest kwetsbaren die dat het meest nodig hebben.

Het is ook zeer opmerkelijk dat dit rapport jarenlang verborgen werd gehouden en dat uw kabinet het blijkbaar pas in 2024 zou hebben ontvangen. Zoals collega's hier ook aangeven, wijzen recentere steekproeven uit 2024 erop dat nog steeds een aanzienlijk aandeel dossiers na controle moet worden bijgestuurd. Dat roept absoluut vragen op over de kwaliteit en de uniformiteit van de beoordeling.

Mijnheer de minister, kunt u bevestigen dat het rapport uit 2020 effectief tot de conclusie kwam dat 59 % van de onderzochte dossiers niet voldeed aan de criteria van arbeidsongeschiktheid? Hoe beoordeelt u zelf de methodologie en de representativiteit van die studie?

Waarom werd dat rapport pas in 2024 aan uw kabinet bezorgd? Wie droeg de verantwoordelijkheid voor het niet bezorgen van die informatie?

Welke lessen worden uit het rapport getrokken? Welke maatregelen zijn sindsdien genomen om de kwaliteit en de uniformiteit van medische evaluaties te verbeteren? Kunt u de meest recente cijfers bezorgen over het aantal dossiers dat na controle wordt aangepast, stopgezet of ingekort?

In welke mate spelen capaciteitstekorten bij adviserend artsen een rol in de kwaliteit en de frequentie van controles? Welke maatregelen neemt u om die capaciteit te versterken?

Hoe wordt vandaag vermeden dat verschillen in beoordeling tussen artsen, ziekenfondsen en RIZIV-inspecteurs leiden tot inconsistenties of fouten?

Kunt u een inschatting geven van de budgettaire impact van onterechte uitkeringen en hoe die evolueert sinds de genomen hervormingen?

02.06 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik heb een aantal vragen naar aanleiding van wat we gisteren in de pers konden lezen. Onze eerste taak als parlementsleden is de feiten naar boven halen. Ik heb niet altijd de indruk dat dat hier even goed gebeurt. Mijn vragen zijn dan ook in eerste instantie daarop gericht.

Mijnheer de minister, het lijkt me goed om de historiek te schetsen. Het rapport dateert van 2019, maar u hebt in de pers verklaard dat u het pas in 2024 hebt gezien. Ik denk dat het belangrijk is te weten waarom dat rapport niet in 2019 werd gepubliceerd en aan de regering werd bezorgd. Waarom hebt u het pas in 2024 ontvangen en wat is er daarna mee gebeurd?

Daarnaast heb ik een vraag over de methodiek. Het rapport, voor zover ik het heb kunnen inkijken, spreekt over 290 nieuw ingeschrevenen die opnieuw werden gecontroleerd door de inspecteurs van het RIZIV. Werden die 290 personen willekeurig geselecteerd uit de totale populatie, of is er een voorselectie gemaakt? Op basis van welke criteria gebeurde die voorselectie? Dat is belangrijk om te kunnen inschatten in welke mate de resultaten van die studie extrapoleerbaar zijn.

Ten slotte wordt gesproken over 75 % niet-arbeidsongeschikten. Ik ga ervan uit dat dat geen zwart-witsituatie is en dat het mogelijk gaat om personen die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn. Zijn er in dat rapport inzichten over de specificiteiten binnen die groep?

02.07 Frieda Gijbels (N-VA): Ik kom meteen tot de kern van de zaak, aangezien de collega's de steekproef al hebben toegelicht. Volgens die steekproef zouden iets minder dan 300 personen samen een half miljard aan onterecht toegekende uitkeringen hebben ontvangen. Indien dat extrapoleerbaar

is naar de hele groep invaliden, gaat het om meerdere miljarden. Het is dus de moeite waard zich daar wat vragen bij te stellen.

Minister, wie gaf de opdracht die studie uit te voeren?

Wanneer werd u, desnoods informeel, op de hoogte gebracht van de inhoud van het rapport? Wanneer nam u formeel kennis van het rapport?

Waarom werd de inhoud van het rapport niet meteen gedeeld met het Parlement, zodra het aan u bekend was?

Aan wie werd het rapport gepresenteerd en wanneer?

Is er overleg geweest met de verzekeringsinstellingen over het rapport? Wat was hun reactie?

Hoe komt het volgens u dat het rapport niet eerder bekendgemaakt werd? Klopt het dat de verzekeringsinstellingen de publicatie tegenhielden, of waren er andere redenen?

Het is opvallend dat de getuigen in de media anoniem wensen te blijven. Nochtans lijkt een rapport als het aangehaalde rapport, dat eigenlijk gewoon een controle op het systeem is, de logica zelve. Is er volgens u sprake van een bedrijfscultuur bij het RIZIV of de verzekeringsinstellingen dat zulke zaken daar niet besproken kunnen worden?

Werd er onderzocht in hoeverre het resultaat extrapoleerbaar is, en dus hoeveel middelen er in totaal onterecht werden uitgekeerd of hoeveel inkomsten gemist werden doordat er mensen in arbeidsongeschiktheid gehouden werden?

02.08 Denis Ducarme (MR): Je suis toujours très prudent quand on parle de malades, parce que je ne voudrais pas donner l'image, comme ma collègue Reuter l'a indiqué, d'un parlement qui frappe sur les malades. Il faut donc toujours être mesuré, même lorsque le sujet fait les gros titres.

Ce rapport est néanmoins interpellant et les chiffres le sont également. La N-VA ne participe pas ici au débat, mais elle demandera, dans le cadre de l'ordre des travaux de cet après-midi, une audition de l'INAMI par rapport aux malades de longue durée. J'espère même que nous pourrions élargir la liste des acteurs aux auteurs de ce rapport, afin d'y voir clair, car c'est ici l'enjeu. Un proverbe dit que, lorsque la maladie n'est pas connue, il n'y a pas de remède. Il faut donc y voir clair et déterminer s'il existe un réel problème de méthodologie, comme le disent certaines mutualités dans ce rapport, ou non. Même s'il y a un problème de méthodologie, 59 % paraît tout de même énorme. Nous devons nous pencher sur cette question avec responsabilité et mesure au niveau du Parlement.

Par ailleurs, il existe un autre problème réel, celui de la transparence. Je suis très interpellé par un rapport de 2019 contenant de tels chiffres qui ne sortent pas. C'est interpellant. Je ne dirai pas que nous sommes en plein "INAMigate", je ne veux pas aller jusque-là. Néanmoins, des chiffres de cette nature ne sortent pas. Qui a décidé qu'ils ne devaient pas sortir? Pour quelles raisons? Quand, à partir du moment où l'on parle d'un rapport de 2019 dont vous prenez connaissance en 2024, monsieur le ministre?

Je vous demande des réponses très précises sur cette question élémentaire de transparence.

02.09 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, pour être franc, je suis toujours *a priori* méfiant face à ce type de sorties partielles qui semblent donner raison à une vision plutôt qu'à une autre et qui réduisent une question complexe à une polarisation peut-être injuste. Il existe de faux malades, c'est certain. Il existe aussi de vrais malades, c'est tout aussi certain. Nous avons toutefois ici des éléments troublants.

Nous avons un rapport interne de l'INAMI rédigé en 2020 par trois médecins inspecteurs. Nous avons 59 % de 290 personnes nouvellement reconnues en invalidité qui, visiblement, ne le sont pas. Et nous avons même des conséquences concrètes avec 172 allocations immédiatement suspendues. Il y a donc urgence à d'abord démêler de quoi on parle. Et je crois que c'est ce que nous pouvons attendre de vous aujourd'hui, puisque, dans cette histoire, il y a deux affaires.

Il y a la question de savoir si ce rapport a été délibérément caché, d'abord mis dans un tiroir par l'INAMI durant des années, puis par le gouvernement pendant un an et demi. Si tel est le cas, pour quelles raisons une telle dissimulation aurait-elle été faite? On pourrait en effet entendre qu'un rapport partiel soumis à de fortes réserves méthodologiques ne soit pas diffusé, si ce n'est que ce rapport a été considéré quand même comme assez sérieux pour avoir des conséquences directes sur les dossiers concernés. De toute façon, même si ce rapport contenait des réserves, ce ne serait pas une excuse pour ne rien en faire, pour ne pas creuser, pour ne pas aller voir, pour ne pas vérifier si les conclusions de l'échantillon ne devaient pas être élargies, faire l'objet d'autres recherches. Dans tous les cas, il y a donc quelque chose qui ne va pas dans cette histoire.

Monsieur le ministre, confirmez-vous le contenu et les conclusions précises de ce rapport? Pour quelles raisons ce rapport n'a-t-il pas été transmis à votre cabinet plus tôt, ni rendu public à l'époque? Une enquête interne a-t-elle été diligentée? Partagez-vous l'analyse selon laquelle des montants significatifs auraient pu être indument versés au cours de ces dernières années sur cette base-là? Ou, y a-t-il, selon vous, des défauts méthodologiques dans cette enquête? Enfin, outre les demandes d'auditions de mes collègues auxquelles je me joins, comptez-vous rendre publiques l'intégralité du rapport de 2020 ainsi que ses évaluations ultérieures?

02.10 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, les conclusions relayées dans l'article visé suscitent évidemment beaucoup de questions. Alors, non, il n'y a pas 59 % de malades de longue durée qui ne sont en réalité pas en incapacité de travail.

Les données les plus récentes, datant de 2024, montrent que les médecins inspecteurs de l'INAMI rendent aujourd'hui un avis différent de celui des médecins-conseils des mutualités dans seulement entre 0 et 5,5 % des cas. Cette différence est considérée comme normale dans l'interprétation médicale. Une partie des coûts administratifs des mutualités est par ailleurs désormais variable et conditionnée, notamment à cette concordance entre les évaluations médicales. Ces chiffres récents montrent clairement que les pratiques actuelles n'ont rien de comparable avec la situation observée en 2019. C'est ce que souligne le président du Collège Intermutualiste National (CIN).

Je suis sensible, en tant que scientifique avec plus d'une trentaine d'années d'expérience, au fait que le CIN rappelle les sérieuses réserves méthodologiques qui existaient dès 2020 concernant le rapport évoqué, raison pour laquelle il n'avait pas été publié à l'époque.

Le premier problème, c'était les délais très longs, parfois compris entre six et dix mois, entre l'examen initial par le médecin-conseil de la mutualité et le contrôle ultérieur par l'INAMI. Le deuxième problème était le fait que le rapport reposait sur un échantillon spécifique et non représentatif, qui excluait certaines pathologies lourdes comme le cancer, et qui comprenait de nombreux patients pour lesquels un contrôle de suivi était déjà programmé. De plus, plusieurs évaluations concernaient des troubles mentaux ou des pathologies musculosquelettiques, dont l'appréciation est beaucoup plus complexe.

Par ailleurs, le CIN souligne que la gestion de l'incapacité de travail de longue durée a profondément évolué depuis 2022 avec l'introduction du programme "Retour au travail", une évaluation plus précoce de la capacité résiduelle de travail et une coordination renforcée avec la plateforme TRIO.

Monsieur le ministre, dans ce contexte, ne pensez-vous pas qu'il est essentiel de rétablir une vision objective et actualisée du rôle des mutualités, qui apparaissent aujourd'hui comme des acteurs pleinement engagés dans une gestion rigoureuse et modernisée de l'incapacité de travail?

Je pense qu'il est important de faire la lumière sur ce récent rapport afin de faire taire toute inquiétude. Dès lors, comment évaluez-vous, sur la base des données les plus récentes, la qualité et la cohérence des évaluations réalisées par les mutualités? Pouvez-vous clarifier les écarts entre les anciennes analyses et la situation actuelle afin d'éviter toute stigmatisation injustifiée? Enfin, comment comptez-vous poursuivre le renforcement de la collaboration entre l'INAMI et les mutualités dans le cadre des politiques de retour au travail?

De **voorzitter**: Wenst nog iemand zich aan te sluiten bij de vragensessie? (Nee)

02.11 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, het rapport waarnaar werd verwezen in dit debat

betreft een terreinonderzoek door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV, uitgevoerd in 2020.

Dat rapport is bij mijn beleidscel terechtgekomen op 17 december 2024 als bijlage bij een mail van het RIZIV. Die mail was een antwoord op de vraag wie volgens de interne afspraken binnen het RIZIV nu eigenlijk bevoegd was voor de controles op het goed uitvoeren van de reglementering arbeidsongeschiktheid, of dat de DGEC was of dat die bevoegdheid elders zat. Wij hadden die vraag gesteld omdat er binnen het RIZIV een evolutie was geweest, namelijk dat de DGEC dat niet meer zou doen. De verantwoordelijke van de DGEC mailde ons op 17 december 2024 dat zij dat niet meer deden, dat het laatste onderzoek dat zij hadden uitgevoerd van 2020 dateerde en dat we dat in bijlage konden vinden. Dat was de informatie die wij kregen. Die bijlage werd natuurlijk geopend.

Voor alle duidelijkheid, op 17 december 2024 was de regering reeds lang in lopende zaken en waren we aan het onderhandelen over wat de nieuwe regering zou moeten doen op het vlak van arbeidsongeschiktheid. U weet dat die nieuwe regering een zestal weken later van start is gegaan, in februari 2025. Met andere woorden, alle informatie die nuttig was om iets te ondernemen, was ook nuttig voor de onderhandelingen, maar ik kom daarop dadelijk terug. Wat men in dit rapport kon lezen, waren we allemaal aan het beslissen of hadden we al beslist wat de aanbevelingen betreft. In die zin was dat voor ons dus geen reden om het schip van koers te doen veranderen. We kregen hier een beeld van een situatie in 2020 die hoogst problematisch was.

Ik kom daar toch even op terug, omdat dat belangrijk is.

Wat is er destijds met dat rapport gebeurd? Dat heb ik ondertussen nagevraagd. Het rapport is besproken in de Hoge Raad van artsen-directeurs. Dat is een instantie waarin de artsen-directeurs van de ziekenfondsen overleg hebben met vertegenwoordigers van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. In de Hoge Raad van artsen-directeurs zitten ze dus samen. De Hoge Raad van artsen-directeurs heeft het rapport twee keer besproken, namelijk op 6 oktober 2020 en op 24 november 2020. De klaarblijkelijke conclusie was dat er geen verder gevolg aan zou worden gegeven.

Wat hier gesteld is, is juist. Door de ziekenfondsen werden veel vragen gesteld over de methodologie en daar is het eigenlijk bij gebleven.

Wanneer is het rapport opnieuw opgedoken in het RIZIV? Ik heb dat ondertussen gevraagd. Er is aangegeven dat het rapport nog eens in circulatie is geweest op 19 december 2023, toen de toenmalige verantwoordelijke van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle het via mail bezorgde aan de toenmalige adjunct-administrateur-generaal. Ik heb zelf geen nadere informatie over wat zij daarover met elkaar hebben besproken of wat daarover is toegelicht.

Een probleem dat ik heb en dat wij allemaal hebben, is dat de verantwoordelijke van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle voor die hele periode ondertussen niet meer bij het RIZIV werkt. De leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen, die het uitkeringssysteem in het RIZIV leidt, is er ook niet meer en is vervangen door iemand anders. Ook de administrateur-generaal is overigens iemand anders ondertussen.

Het is dus nuttig dat wij aan het RIZIV vragen hoe een en ander precies in elkaar zat. De huidige leiding van het RIZIV, zowel de algemene leiding als de leiding van de Dienst voor uitkeringen en de leiding van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, bestaat ondertussen echter uit andere mensen.

Collega's, dat hoeft u evenwel niet te verhinderen om uitleg te vragen. Ik heb gehoord wat er is gezegd over het bijeenroepen van een hoorzitting. Ik heb daar geen enkel probleem mee. Als de Kamer oordeelt dat er een hoorzitting moet komen en dat het RIZIV als instelling zal worden uitgenodigd om over deze zaak uitleg te geven, dan is dat haar volste recht. Ik heb daar geen enkel probleem mee.

U zult dan het relaas horen, gereconstrueerd door de mensen die vandaag de leiding hebben in het RIZIV, omdat de mensen die toen de leiding hadden er vandaag niet meer zijn.

Ik denk dat een hoorzitting nuttig kan zijn. De vragen over de methodologie worden daar misschien

best verder beantwoord. Ik wil het rapport doorgeven, mevrouw de voorzitter. Het is ondertussen ook in de pers verschenen. Ik stel voor dat ik het rapport dat ik heb onmiddellijk doorstuur, zodat u het officieel in ontvangst kunt nemen.

Als u evenwel mijn mening over het rapport vraagt, moet ik meegeven dat ik de methodologie van dat rapport niet zo helder vind. Betekent dat dat wat in het rapport staat niet verontrustend is? Jawel, dat is verontrustend. De precieze methodologie vind ik echter niet zo duidelijk. Als u daar vragen over hebt, kunt u die misschien stellen wanneer u het RIZIV daarover ondervraagt, want die instelling is daarvoor verantwoordelijk.

Waarom zijn de bevindingen van het rapport zo problematisch? Wanneer men een steekproef uitvoert – ongeacht of die representatief was en of de methodologie volledig correct was – bij mensen die enige tijd geleden een erkenning van arbeidsongeschiktheid hebben gekregen, dan merkt men dat een groot deel van die mensen niet langer aan de voorwaarden van arbeidsongeschiktheid voldoet. Dat is zeer problematisch. Ik wil niet polemiseren in politieke zin, maar ik wil wel het volgende zeggen.

Wat u in dat rapport ziet, is een spiegel die het beleid zich in 2020 had moeten voorhouden, wat toen niet is gebeurd. 2020 was het einde van vijf jaar Zweedse coalitie, waarin er zaken zijn gerealiseerd rond arbeidsongeschiktheid met het KB-Peeters en het KB-De Block. De trajecten werkten niet goed en zijn herzien. Mevrouw De Block heeft nuttige zaken ingevoerd, onder meer met betrekking tot cumulatie, arbeidsongeschiktheid en uitkeringen. Het systeem zelf, dus hoe mensen een uitkering krijgen, hoe daarover wordt beslist, hoelang dat duurt en wat invaliditeit betekent, is in die vijf jaar echter nooit in vraag gesteld. Dat geldt overigens ook voor de periode daarvoor. Voor 2020 ziet u dus het spiegelbeeld van een situatie met een totaal onaangepast systeem van uitkeringen.

Ik geef één element, collega's, dat misschien wordt onderschat in de publieke opinie en in de pers en misschien ook door onszelf.

Tot 2020 – we gaan dat nu veranderen – was er in de eerste periode van primaire arbeidsongeschiktheid geen verplichting bij de mutualiteit om de betrokken personen snel opnieuw te zien. Daardoor konden zij lang van de radar verdwijnen. Nog belangrijker en zeer fundamenteel – ik zou willen dat dit goed doordringt in het debat –, is dat er bij de overgang van primaire arbeidsongeschiktheid naar invaliditeit, na twaalf maanden afwezigheid, geen enkel attest van arbeidsongeschiktheid meer moest worden ingeleverd. Betrokkenen bleven in dat statuut, zelfs wanneer een arts had geoordeeld dat de arbeidsongeschiktheid slechts twee of drie jaar zou duren, totdat het ziekenfonds hen opriep voor een herbeoordeling. Als dat niet gebeurde, bleven zij in dat statuut.

In 2020 tot vandaag – maar we gaan dat veranderen – bestond er in invaliditeit na twaalf maanden afwezigheid zelfs geen systeem van attestering meer. Men bleef gewoon in dat statuut, tot de mutualiteit hen opnieuw opriep. Dat verklaart het beeld dat we in 2020 zien. Personen die initieel misschien wel correct waren geattesteerd, waren na zes maanden, twaalf maanden of twee jaar misschien niet meer arbeidsongeschikt, maar zonder een systematische opvolging heeft men daar geen zicht op.

Ik heb mijn collega's, eerst van de vivaldiregering, gewezen op dit fundamenteel probleem en ik heb daar ook ingegrepen. Ik heb daarna ook bij de arizona-onderhandelingen en de arizonaregering benadrukt dat dit problematisch was.

U vraagt mij wat ik heb gedaan toen ik het rapport uit 2020 in december 2024 opendeed. Dan ben ik blij dat we al een aantal hervormingen hebben doorgevoerd en dat er nog meer in de pijplijn zitten, want dit is het fundamentele probleem. De wereld van vandaag is zichtbaar anders dan de wereld van 2020. We zien hier de wereld van 2020 en die is niet goed. Zijn we vandaag waar we moeten zijn? Neen, nog lang niet. Er is nog ontzettend veel werk.

Ik wil het volgende toch ook nog even in herinnering brengen. Het regeerakkoord van Vivaldi bevatte een eerder zachte eerste golf van maatregelen, met terug-naar-werkcoördinatoren.

Ik heb zelf – niet op basis van dit rapport, maar omdat ik dat zo aanvoelde – in de vivaldiregering een tweede golf voorgesteld, op eigen initiatief. Daardoor werden de mutualiteiten verplicht om mensen in de allereerste periode van primaire arbeidsongeschiktheid fysiek te zien, na vier maanden, na zeven

maanden en na elf maanden, en om het arbeidspotentieel van die mensen te bekijken.

Mevrouw Hansez heeft gelijk. In dit terreinonderzoek zitten mensen zes maanden, tien maanden en langer na de eerste erkenning. Vandaag kan het niet meer dat die mensen nog nooit gezien zouden zijn. Sinds 1 januari 2024, met de tweede golf aan maatregelen, die ik zelf heb voorgesteld in de vivaldiregering, en dus twaalf maanden voordat ik dit rapport kreeg, is er een wettelijke verplichting, die we hier in dit Parlement hebben geregeld, dat mutualiteiten mensen die in primaire arbeidsongeschiktheid zijn persoonlijk zien, *face-to-face*, na vier maanden, na zeven maanden en na elf maanden.

Dat is wat men moet doen. Volstaat dat? Neen, dat volstaat niet. Men moet nog veel meer doen. In het regeerakkoord van Arizona, waarvan we de onderhandelingen aan het afronden waren toen dit rapport bij ons kwam, en vervolgens in de arizonaregering, hebben we niet alleen een derde golf aan maatregelen opgenomen – die zaten in het regeerakkoord –, maar ook een vierde golf aan maatregelen.

Die vierde golf is nog niet in uitvoering, maar is fundamenteel. Daarin zeggen we dat als men in invaliditeit is, men daar niet langer dan twaalf maanden in kan blijven, tenzij er opnieuw een aanvraag is van een behandelende arts en een goedkeuring door het ziekenfonds, onder controle van het RIZIV, na twaalf maanden.

Er is dus een cadans in de eerste twaalf maanden, met verplicht fysiek contact in de vierde, zevende en elfde maand. Dat is geregeld sinds begin 2024. Er komt ook een cadans naar de toekomst toe in de invaliditeit. Men kan er niet langer in zitten dan twaalf maanden, want dan moet men een nieuwe aanvraag doen.

De essentie – als men kijkt naar de aanbevelingen in dit rapport, er zitten er ook nog andere in – is dat dit systeem totaal misgroeid is naar iets wat men terug onder controle moet brengen. En dat zijn we aan het doen.

Les différentes mesures que nous avons prises, d'abord au sein de la Vivaldi puis de l'Arizona, ont profondément changé le système.

Premièrement, nous avons mis en place des coordinateurs de retour au travail au sein des mutuelles au début de la Vivaldi, avec une mission d'accompagnement socio-professionnel des personnes en incapacité présentant un potentiel de travail. Cette mesure, considérée comme *soft*, a été mise en place dans la première vague de mesures de la Vivaldi.

Deuxièmement, lors de la deuxième vague, il y a eu l'instauration de contrôles uniformes obligatoires pour toutes les mutuelles dès le 1^{er} janvier 2024, au plus tard au 4^e mois, au 7^e mois et au 11^e mois et avant toute prolongation de l'invalidité.

Troisièmement, nous avons mis en place une mesure importante qui concerne le problème de la capacité des mutualités, qui a été évoqué dans le débat. Il s'agit de l'extension des compétences de contrôle des mutualités aux équipes multidisciplinaires, incluant des kinés, des ergothérapeutes, des psychologues cliniciens, des infirmiers au sein des mutuelles, particulièrement en réponse aux pathologies dominantes que sont les troubles mentaux et les affections musculosquelettiques. Nous avons donc gonflé la capacité d'évaluation et de suivi des mutualités. Ce n'était pas une décision simple pour toute une série de raisons, mais c'est une décision qui a été prise et exécutée.

Quatrièmement, nous avons mis en place des audits thématiques annuels. Le service a qualifié ce rapport comme une enquête de terrain. Il y a des débats quant à la méthodologie, mais nous avons instauré des audits thématiques annuels bien documentés méthodologiquement par l'INAMI à partir de 2024, avec publication de lignes directrices visant à harmoniser les pratiques des médecins-conseils des mutualités. C'était l'une des questions de Mme Lanjri, entre autres, et c'est une question légitime. Il faut harmoniser les approches, mais il faut le faire sur base de données. Ces données sont fournies par les contrôles thématiques, les audits de l'INAMI.

Cinquièmement, il y a l'introduction d'une plateforme de communication sécurisée entre le trio médical: les médecins traitants, les médecins-conseils et les médecins du travail. Elle est opérationnelle depuis

début février 2025, mais c'est un développement graduel – ce n'est pas simple.

Sixièmement, il y a la responsabilisation financière des mutualités, via le système VARAK, liant une partie importante de leur financement administratif à la qualité de leurs actions de réintégration. C'est un incitant nouveau et important, orienté vers les résultats. Il ne s'agit pas simplement de belles promesses, mais de résultats en termes d'intégration des malades de longue durée au marché du travail.

Septièmement, il y a la création d'une banque de données sur les certificats d'incapacité. Cela a été lancé en janvier de cette année-ci, avec une centralisation des attestations électroniques des médecins prescripteurs, permettant un suivi individualisé des comportements de prescription.

Je passe toute une série de mesures prises dans le contexte de la troisième vague de mesures, qui était déjà ancrée dans l'accord de l'Arizona, ainsi que sur les prescriptions des médecins.

Je veux quand même à nouveau souligner l'importance de ce que j'ai qualifié de quatrième vague. Une personne, en invalidité dans la deuxième année d'absence à cause d'une maladie, ne pourra rester en incapacité que pendant 12 mois au maximum. S'il n'y a pas de nouvelle demande d'un médecin traitant et une nouvelle évaluation de la mutualité sous le contrôle de l'INAMI, l'allocation prend fin. C'est une réforme fondamentale. J'avais essayé d'expliquer cela pendant les négociations Arizona, mais on n'écoutait pas très bien. Je trouvais qu'on était trop pressés. J'ai pu moi-même proposer cette mesure comme quatrième vague quand le gouvernement a été formé.

Il y a beaucoup d'aspects ici: le rôle des employeurs, le rôle des services de placement et le fameux fonds qui a été décidé.

Ik merk voorts op dat sinds onze formele beslissing in 2024 om thematische controles, een soort van audit, uit te voeren, worden het overleg en de methodologie nu wat grondiger bekeken dan bij het terreinonderzoek uit 2020. U hebt dat al kunnen vaststellen, maar het rapport over 2024, waar al heel veel over te doen was, is nu afgewerkt, dus met de definitieve resultaten van de eerste ronde thematische controle, en wordt in het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV besproken. Voorzitter, ik kan u dat definitieve rapport trouwens bezorgen, naast het rapport over 2020. Het tussentijdse rapport over 2025 wordt verwacht midden dit jaar. We maken dus vooruitgang wat de thematische rapporten betreft. U zult dus begrijpen dat toen ik in een bijlage bij een mail op 17 december 2024 het oude rapport over 2020 kreeg, me dat niet bijzonder geëxciteerd heeft. We hadden toen immers al thematische rapporten, met onder andere een veel betere methodologie, die toen in uitvoering waren.

Over het capaciteitstekort heb ik al gezegd dat dat inderdaad een belangrijk punt is. Doordat we nu veel meer professionals zoals ergotherapeuten, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en klinisch psychologen aan de slag kunnen doen gaan bij de ziekenfondsen, is de capaciteit natuurlijk veel groter.

Consistentie is inderdaad een legitieme zorg: de ziekenfondsen en het RIZIV moeten inderdaad consistent en voldoende uniform oordelen. De elementen die ik heb gegeven, dragen daar mijns inziens echt toe bij. Ten eerste, bij de thematische controles hanteert men een gestandaardiseerde aanpak en die resulteren in richtlijnen die de praktijk van de adviserend artsen harmoniseren. We organiseren nu naar aanleiding van de thematische controles ook peerreviews over de ziekenfondsen. Ten tweede, het feit dat we nu controleren na maand 4, na maand 7 en na maand 11, betekent dat er een uniforme cadans is bij de ziekenfondsen. Ten derde, de financiële responsabilisering door het VARAK-systeem (systeem van variabele administratiekosten), die nu al over 30 % van de administratiekosten gaat, leidt ook tot een stuk meer uniformiteit in de werking, want men moet resultaten boeken.

Last but not least is er het trio-overleg tussen de adviserend artsen van de ziekenfondsen, de arbeidsartsen op de werkvloer en de behandelende artsen bij de patiënt. Dat trio-overleg moet over die soorten artsen heen tot meer gelijkgestemdheid en uniformiteit leiden. Dat is absoluut essentieel.

Collega's, zijn we klaar met die hervormingen? Nee. Is er nog geweldig veel werk te doen? Ja. Is dat een majeure uitdaging? Zeker. Wil ik die aanpakken? Absoluut. Moeten we resultaten boeken? Natuurlijk. Dat is eveneens afgesproken in de regering.

U mag natuurlijk een hoorzitting houden. Het kan zelfs nuttig zijn om het RIZIV te horen over dat hele proces. Wat de aanbevelingen betreft die uit dat oude verhaal van 2020 konden worden afgeleid, denk ik dat we die aan het uitvoeren zijn. We moeten dat wel zeer grondig, radicaal en onverkort doen. Dat is mijn conclusie.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, we hebben genoteerd dat u de rapporten zult bezorgen aan de diensten van de commissie. Dat lijkt mij noodzakelijk en nuttig voor de parlementaire werkzaamheden.

02.12 Dominiek Sneppe (VB): Dank u wel, mijnheer de minister, voor uw antwoord.

Dat neemt niet weg dat het mij geenszins geruststelt. Integendeel, het maakt de situatie alleen maar erger en problematischer. U tilt kennelijk helemaal niet zwaar aan toch wel een vernietigend rapport uit 2020. Nochtans toont het aan dat bijna 60 % van de gecontroleerde langdurig zieken onterecht een uitkering ontvangt. Bovendien blijkt dat dat rapport jarenlang bewust is achtergehouden.

U zegt dat u het pas in 2024 onder ogen kreeg, ondertussen al twee jaar geleden. Anderzijds moet het volgens u als spiegel dienen. In 2020 was de toenmalige Zweedse regering inderdaad in lopende zaken, maar dan had het rapport toch als spiegel kunnen dienen bij de onderhandelingen over de vorming van de vivaldiregering?

02.13 Minister Frank Vandenbroucke: Absoluut.

02.14 Dominiek Sneppe (VB): Ah, dan wist u het dus al. Uw uitleg daarover blijft dus onduidelijk.

Het gaat er bij ons niet in dat u of uw kabinetschef daar niets van geweten zou hebben. Volgens mij was u in 2020 wel degelijk op de hoogte, hebt u dat rapport gebruikt tijdens de onderhandelingen over de vivaldiregering en hebt u uw beleid daarop afgestemd. Dat lijkt mij de logische gang van zaken. Geef dat dan echter ook toe.

U verwijst naar de Zweedse regering en naar maatregelen en lopende hervormingen. U stelt dat men daar al mee bezig was en dat het dus niet nodig was om dat publiek te maken. De feiten spreken dat echter tegen. De recente steekproef uit 2024, waarover u ook heel omfloerst doet en waaraan u niet zwaar tilt, toont aan dat de helft van de dossiers nog altijd niet in orde is.

Met andere woorden, ondanks uw beleid gedurende jaren – ondertussen bent u zes jaar minister – blijft het probleem bestaan. De ene golf na de andere, zoals u zelf hebt toegelicht, blijkt een mislukking. Nu stelt u dat een en ander zal veranderen. Moeten we u daarvoor feliciteren, omdat u na zes jaar eindelijk iets zult ondernemen?

Het gaat niet alleen over een slechte controle of het achterhouden van informatie, wat op zich al erg genoeg is, maar het systeem is ook pervers. Ziekenfondsen worden financieel beloond naarmate ze meer langdurig zieken hebben in hun ledenbestand, terwijl ze zelf ook instaan voor de controle. Dat is gewoon pervers, dat is een duidelijk en fundamenteel belangenconflict. Daar doet u niets aan. U spreekt over responsabilisering, maar dat zal niet genoeg zijn. Uw vierde of vijfde golf zal opnieuw tonen dat er weinig zoden aan de dijk zijn gebracht.

Intussen spreken we over enorme bedragen. In 2020 ging het al om 6 miljard euro aan ziekte-uitkeringen. Als zelfs maar een fractie daarvan onterecht is, dan spreken we over honderden miljoenen tot miljarden euro belastinggeld, in tijden waarin de gewone burger de broeksriem moet aanhalen.

U wijst zoals vaak naar het verleden en het is volgens u de schuld van de Zweedse regering. Het kan mij allemaal niet schelen wiens schuld het is. De toenmalige verantwoordelijken zijn er niet meer, maar u bent sinds 2020 bevoegd. U draagt sinds 2020 de politieke verantwoordelijkheid. Dan vraag ik me af hoeveel schandalen er nog boven water moeten komen voordat u de eer aan uzelf houdt en eindelijk ontslag neemt.

02.15 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het is nu duidelijk geworden dat de studie of het rapport waarover het Vlaams Belang en de N-VA spreken, eigenlijk gewoon een eenvoudige steekproef was, met data uit 2019. Daar was niets geheimzinnigs of mysterieus aan. Het is twee keer besproken door de Hoge Raad, artsen, directeurs en de DGE, in twee verschillende vergaderingen.

Men heeft toen beslist om daaraan geen gevolg te geven. De reden daarvoor was dat de methodologie, de manier waarop die studie is samengesteld, niet goed genoeg en niet betrouwbaar was. U hebt gezegd dat ook u vindt dat de methodologie van de studie niet helder is. Die woorden vind ik op zich ook niet echt helder. Misschien kunt u daar straks nog iets concreter op ingaan. Wat bedoelt u precies met 'niet helder'? Als u dat nog kunt toelichten aan het Parlement, zou dat zeer nuttig zijn.

Ik ben geen wetenschapper en heb nooit wetenschappelijk onderzoek gedaan, maar ik ben wel bekend met de term peerreview. Als men op een absurd getal uitkomt, is er waarschijnlijk iets mis met de studie. In dat geval vraagt u aan een andere onafhankelijke groep om precies dezelfde studie op precies dezelfde manier te doen en dan vergelijkt u de cijfers. Werd er daarover een tweede studie gemaakt? Blijikbaar niet. U had meteen door dat dat niet klopte, dat we dat niet zullen gebruiken.

Eigenlijk wordt dat wel politiek misbruikt. Vandaag komt dat via via in de pers. Heel raar is dat de N-VA deze namiddag om een hoorzitting of zelfs een onderzoekscommissie zal vragen over dat mysterieuze rapport, maar dat stond eigenlijk vorige week al op de agenda. De N-VA had dat toen al aangevraagd, terwijl het nog in de pers moest komen. Aan de andere regeringspartijen wil ik zeggen dat zij zich niet moeten laten doen door die rechtse partijen, die duidelijk misbruik maken van een methodologisch niet in orde en wetenschappelijk slecht onderbouwd rapport om daarmee een half miljoen langdurig zieken te viseren.

Die mensen hebben niets misdaan. Zij zijn erkend als ziek en moeten geholpen worden. Hopelijk kunnen ze uiteindelijk als zieken geschorst worden omdat ze genezen zijn, omdat we ze geholpen hebben, omdat we ze aan aangepast werk hebben geholpen of hun tijd hebben gegeven om te genezen. Het is vanuit die visie dat we moeten vertrekken, en niet omgekeerd.

Elke keer als er miljarden moeten worden gezocht, viseert men de langdurig zieken. U moet dat tegenhouden, want waar zullen we eindigen? Bouchez zegt dat we vijf miljard kunnen halen bij de langdurig zieken. Hebt u het filmpje gezien dat hij gisteren op Facebook heeft gezet? Dat is schandig. Als we besparen op de langdurig zieken kunnen we verder met de militarisering en de pensioenhervorming, is samengevat zijn betoog.

Misschien is het ook wel een rookgordijn. Gisteren heeft het Planbureau in de Kamer uiteengezet hoeveel pensioen de mensen zullen verliezen. We zullen allemaal verliezen, ook de jongeren en vooral de vrouwen. Daarover niets zeggen en zich baseren op een rapport, een steekproef uit 2019 over de langdurig zieken, is misschien een manier om te stellen dat onze sociale zekerheid onbetaalbaar is.

Mijnheer de minister, ik denk dat ons punt duidelijk is, maar misschien kunt u straks nog zeggen wat u precies bedoelt wanneer u zegt dat de methodologie niet helder is.

02.16 Nahima Lanjri (cd&v): Mijnheer de minister, ik heb een aantal vragen gesteld. Op een aantal vragen heb ik ook antwoord gekregen, op een aantal niet. Mocht het door de technische aard momenteel niet mogelijk zijn om ze te beantwoorden, kunt u mij die antwoorden eventueel schriftelijk bezorgen.

Ik heb immers een aantal technische vragen gesteld, zoals mijn derde vraag over het ziekteprofiel van de mensen uit de steekproef. Misschien kan dat later schriftelijk worden toegevoegd aan het verslag. Ook op mijn vijfde vraag, over de ziekenfondsen die uiteraard controleren en beslissingen herzien wanneer iemand genezen wordt verklaard en volledig of gedeeltelijk kan terugkeren naar werk, heb ik de cijfers niet gekregen. Kan ik die cijfers ook schriftelijk ontvangen?

Daarnaast heb ik ook een aantal politieke vragen gesteld. U hebt daar voor een stuk op geantwoord. Er zijn inderdaad heel veel maatregelen genomen – u hebt ze opgesomd –, meer bepaald acht concrete maatregelen, om het aantal langdurig zieken terug te dringen. Ik vroeg echter ook of dat voldoende zal zijn om te werken aan re-integratie naar werk.

Het gaat ook over het aanpakken van misbruiken die er waren in 2020 of eventuele misbruiken die er vandaag nog zouden kunnen zijn. Ik wil in het midden laten of het effectief om misbruiken ging of niet, maar het uitgangspunt blijft dat niemand wil dat mensen die niet ziek zijn een uitkering uit de ziekteverzekering ontvangen. Die middelen moeten gaan naar mensen die effectief ziek zijn. Personen die niet ziek zijn, moeten terug aan het werk en mogen niet in de ziekte-uitkering blijven.

U hebt ook toegegeven dat er moet worden gewerkt aan uniformiteit, met name wat wordt verstaan onder arbeidsongeschiktheid. Die definities worden blijkbaar niet altijd op uniforme wijze gehanteerd. Ook de capaciteit vormt een probleem. Ik heb dat ook aangehaald: 240 artsen voor 580.000 zieken, wat neerkomt op 2.416 zieken per arts.

Eén ding begrijp ik nog niet. U hebt gezegd dat uit het rapport van 2020 is gebleken dat langdurig zieken na de twaalfde maand geen attest meer moesten binnenbrengen. Dat was vroeger zo en u hebt verduidelijkt dat dat tot vandaag nog steeds zo is. U hebt gezegd dat u dat zult veranderen, maar als we dat al sinds 2020 weten, waarom is dat dan niet aangepakt onder Vivaldi?

Misschien heb ik dat antwoord gemist. Was daar geen draagvlak voor? Was dat technisch niet mogelijk? Ik kan mij echter moeilijk inbeelden dat u wist dat dat niet goed zat en er zes jaar, namelijk van 2020 tot 2026, mee is gewacht om het te veranderen. Het is goed dat het nu zal worden veranderd, maar was het niet mogelijk om dat al eerder te doen, in 2021 of 2022, toen u voor de eerste keer onder Vivaldi minister was? Waarom is dat niet gebeurd?

Er is nog veel werk voor de boeg als u, zoals u zelf vooropstelt, 1,5 miljard euro wilt besparen op het aantal langdurig zieken en ervoor wilt zorgen dat dat aantal niet verder stijgt.

Iedereen wil dat er geen misbruiken zijn. Daarvan zijn meerderheid en oppositie overtuigd. Misbruiken kunnen niet. Wie ziek is, moet echter uiteraard kunnen rekenen op solidariteit en op de sociale zekerheid. Dat geldt echter alleen voor wie effectief ziek is.

Het systeem moet worden verfijnd met allerlei maatregelen. Ik vraag mij af of wij er zullen komen met de maatregelen die nu getroffen zijn.

02.17 Florence Reuter (MR): Je vous remercie, monsieur le ministre.

Je ne peux qu'embrayer sur ce que vient de dire Mme Lanjri et j'adhère totalement à ses propos. Effectivement, si nous avons su tout cela, si nous avons déjà eu connaissance de ces éléments... J'entends vos arguments concernant la formation du gouvernement ou les résultats de la Suédoise. Justement, nous aurions pu agir dès la Vivaldi. Et donc, effectivement, cela pose question.

Je ne vais pas rentrer dans le détail. Beaucoup de choses ont été dites et sont tout à fait justes. Il faut vraiment exiger la transparence. Si un rapport de cette nature a été établi en 2019, il est totalement anormal qu'il soit resté en dehors du débat public, même s'il n'a été transmis au cabinet qu'en 2024.

J'entends vos arguments selon lesquels il n'était pas représentatif – il contenait les résultats de la Suédoise – et que nous prenons des mesures et changeons les choses. Cela n'empêche absolument pas que ce rapport soit intégré au débat public. C'est justement en faisant preuve de cette transparence que nous pouvons ajuster les choses, en discuter, tirer les leçons de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas, et surtout – comme l'a dit Mme Lanjri – faire fonctionner la sécurité sociale pour ceux qui en ont réellement besoin et lutter convenablement contre les abus.

Aujourd'hui, le problème est que nous sommes dans un flou total. Nous avons des rapports qui se ressemblent – vraisemblablement – mais qui ne sont pas connus ou connus trop tard. Au final, nous prenons des mesures, ce qui est évidemment positif. Je sais d'ailleurs que tous les projets discutés dans cette commission sont positifs et vont dans la bonne direction, mais si nous n'avons pas les bonnes données au bon moment, nous ne pouvons pas avancer convenablement. Cela crée surtout de la confusion dans l'esprit de la population, dans celui des vrais malades, et cela ne permet pas de régler correctement les abus.

Il faut donc vraiment en tenir compte et, surtout, faire preuve de transparence.

02.18 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, uw antwoord is eigenlijk vintage Vandenbroucke. U bent bij alle mogelijke schandalen en uitwassen in de gezondheidszorg altijd bevoegd, maar u voelt zich nooit verantwoordelijk. We wonen nu een perfecte herhaling bij van wat we hebben gezien bij het donorschandaal. Toen hebt u het FAGG onder de bus gegooid en vandaag gooit u het RIZIV onder de bus. Uiteraard had het RIZIV die informatie niet mogen achterhouden. Het had die expliciet met de

bevoegde minister moeten delen en er had onmiddellijk moeten worden ingezet op controle en uniformiteit. Dat neemt niet weg, mijnheer de minister, dat u al zes jaar bevoegd bent voor de materie. Als er iets is wat dat rapport doet, dan is het u een spiegel voorhouden van het beleid dat u hebt gevoerd. Alleen verwijzen naar de Zweedse coalitie lijkt mij te kort door de bocht, wanneer u zes jaar bevoegd bent voor de materie.

Ik breng even in herinnering dat sinds u bevoegd bent, de kosten voor langdurig zieken zijn gestegen van 8 tot 11 miljard euro. Dat is een stijging van bijna 50 %. Ook het aantal langdurig zieken is enorm toegenomen. In 2020 waren er 442.000 langdurig zieken. In 2025 zijn dat er 526.000, mijnheer de minister. Kortom, ondanks de maatregelen die u hebt genomen en ondanks de talrijke golven die u hebt aangekondigd, zien we maar één ding: het aantal langdurig zieken stijgt. U zegt dat de ziekenfondsen de langdurig zieke werknemers moeten zien. Dat klinkt mooi, maar het betekent vooral extra werk. Met dat extra werk draagt men blijkbaar enkel water naar de zee, want we zien geen kentering. De curve blijft wat ze is.

Collega's van de N-VA, waar is uw collega Ronse? Gisteren haalde hij zijn bazooka nog boven om opnieuw de ziekenfondsen te bashen. Hij had het over belangenconflicten en ik citeer: "*Shame on you*, ziekenfondsen. Het is een nationale schande. Puur eigenbelang. Jullie genieten het vertrouwen van de bevolking niet langer." We weten al langer waartoe het geblaf van de N-VA leidt. Jambon zou iets ondernemen toen bekend werd dat de ziekenfondsen op een berg geld van 6 miljard euro zitten. Wat is daarvan gekomen? Helemaal niets. Wat zal nu het gevolg zijn? Een hoorzitting met het RIZIV, het schoothondje van de ziekenfondsen. Dat is toch een bliksemafleider. Kunnen we dan niet beter de grote ziekefondsen zelf horen? Uiteindelijk dragen zij de verantwoordelijkheid voor de begeleiding van langdurig zieken. Dat de heer Ronse dat hier eens komt vragen! Hij is er evenwel niet. De heer Ronse is een hond aan de ketting. Die ketting is net lang genoeg: hij kan hard blaffen, maar dan zegt de heer Vandenbroucke: "Ronse, in uw kot."

02.19 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, terwijl ik ook collega Ronse mis, ben ik toch blij dat de collega's Demesmaeker en Gijbels hier zijn om het debat te voeren.

Mijnheer de minister, met betrekking tot de historiek en de inzage van het rapport in 2024, zegt u dat wij het RIZIV moeten ondervragen. Dat zullen wij doen, maar dat neemt niet weg dat uw antwoord onduidelijk blijft.

Ik begrijp uit uw antwoord ook dat er na de studie van 2019 ook nog studies in 2024 en 2025 zijn gevolgd, die veel relevanter zijn om de problematiek van vandaag te bespreken, maar het is toch goed dat u de studie van 2019 deelt. In de versie die ik gisteren via via heb kunnen lezen, staat dat de 290 dossiers die men heeft gebruikt het gevolg zijn van een gerichte selectie van dossiers waarin men al een ernstig vermoeden van misbruik had. Dat leidt uiteraard tot *selection bias*, waardoor de resultaten van de steekproef uit 2019 niet zomaar naar de volledige populatie kunnen worden doorgetrokken. Ik zal nagaan of de versie die u doorstuurt dezelfde is, want dat is het gevolg van de schimmige historiek tussen 2019 en 2024. We weten niet goed wat er circuleert en op basis waarvan men conclusies trekt.

Collega's, ik herinner eraan dat de studie in 2024 een vergelijkbare *selection bias* had. Ook daar heeft men gekeken naar ziektepatronen waarvan men dacht dat het opmerkelijk was dat men daardoor levenslang arbeidsongeschikt zou zijn.

Ik vind wel dat u de complexiteit van het hele verhaal goed hebt toegelicht, mijnheer de minister. Het terug naar werk begeleiden van langdurig zieken, ongeacht of zij al dan niet terecht langdurig ziek zijn, is een zeer complex en persoonlijk verhaal. De vele complexe hyperbolen die in het debat hier worden gebruikt, dienen de zaak niet om die mensen opnieuw aan een duurzame job te helpen.

02.20 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, laten we eerlijk zijn, of er nu vandaag andere mensen aan het roer staan of niet, het systeem werkt gewoon niet. Het systeem is rot. Zolang adviserend artsen onder de ziekenfondsen werken, kan het ook niet werken. Er speelt een commerciële logica. We zitten met politiek gekleurde ziekenfondsen, die elkaar beconcurreren met beloftes van arbeidsongeschiktheid. Er wordt daarmee gemarchandeerd voor eigen gewin. Ze zetten artsen onder druk. Ze kunnen kritische rapporten blijkbaar laten verdwijnen. Dat is kwalijk. Dat is choquerend.

Laten we ook eerlijk kijken naar de cijfers, het hoge aantal langdurig zieken is een symptoom van een

systeem dat niet werkt. Ziekenfondsen hebben geen rol te spelen in ons systeem van sociale zekerheid. Het wordt tijd dat we dat allemaal inzien. Hoezeer we dat ook bijschaven en hoeveel dure controlesystemen we ook installeren, het zal niet werken.

Langdurig zieken hebben onze zorg nodig, maar wie kan werken, moet aan de slag. Daar moeten we streng in zijn, zelfs onverbiddelijk. Ook dat is zorg, want arbeidsongeschiktheid is geen beloning, integendeel. Dat is echter wel de giftige boodschap die de ziekenfondsen vandaag blijven brengen.

Mijnheer de minister, we weten nog steeds niet wie de opdracht precies heeft gegeven. We zullen u blijven bevragen om de onderste steen boven te halen. Dat rapport had onmiddellijk met u moeten worden gedeeld. U had het ook onmiddellijk met het Parlement moeten delen. Er zijn mogelijks miljarden verloren gegaan. We kunnen dat niet over onze kant laten gaan. We moeten de mensen horen die verantwoordelijk waren voor dat rapport en de mensen die geprobeerd hebben het onder de waterlijn te duwen. Daarom zullen wij straks vragen om een hoorzitting te organiseren met iedereen die hierbij betrokken was.

02.21 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, vous avez effectivement indiqué que la méthodologie n'était pas claire. Je remercie également Mme Hansez pour les éléments qu'elle a apportés à ce sujet. Je trouve toutefois que vous auriez dû mentionner qu'il s'agissait d'un échantillon de 200 personnes, qu'on ne peut pas appliquer une règle de trois et affirmer que la moitié des malades de longue durée aujourd'hui devraient être éjectés de la mutualité. Je ne vous ai pas entendu le dire, et ce n'est pas normal, monsieur le ministre. Vous auriez pu le préciser.

Que fait la droite? Hier, M. Bouchez a publié une vidéo sur les réseaux sociaux. D'abord, il était question de 25 % de malades de longue durée considérés comme des profiteurs. Aujourd'hui, ce chiffre passe à 60 %. Demain, il n'y aurait donc plus de malades? On retirerait tout le monde de la mutuelle? Les maladies n'existeraient plus dans notre pays? À un moment donné, il faut arrêter!

Il existe aujourd'hui une problématique réelle: il y a de plus en plus de malades de longue durée. Deux tiers d'entre eux le sont en raison du travail. Toute cette litanie visant à faire croire que tout le monde fraude sert à justifier des économies de deux milliards. J'entends encore dire que des milliards ont été gaspillés. Ce cadrage vise à faire accepter des économies massives sur le dos des malades.

Je connais de nombreuses personnes en incapacité de longue durée qui sont malades à cause de leur travail. Parlons-en. Pensons à cette infirmière qui m'a récemment écrit. Elle s'est donnée pour son travail et pour notre pays. Elle a contracté le covid et alterne aujourd'hui entre des périodes où elle peut travailler et des périodes où elle est malade à domicile. Elle n'ose même plus sortir de chez elle tant le regard des autres est devenu difficile à supporter lorsqu'on est malade. Pensons aussi à cet ouvrier de la logistique qui a travaillé pendant des années dans le froid et qui souffre aujourd'hui, à 50 ans, de problèmes de santé. Lui non plus n'ose plus sortir de chez lui. Au lieu de les pourchasser, nous devons les aider.

Les mesures du gouvernement risquent en outre d'aggraver la situation. Reporter l'âge de la pension entraînera davantage de malades. Le Bureau fédéral du Plan l'a encore confirmé récemment. La normalisation du travail de nuit aura également des conséquences. Le travail de nuit est un facteur reconnu de dégradation de la santé, et pourtant ce gouvernement le normalise; cela a été voté dans cette commission. Il y aura encore plus de malades! Les horaires de travail deviennent également de plus en plus imprévisibles. Les travailleurs ne savent plus à l'avance quand ils pourront travailler ni comment organiser leur vie familiale. Ils auront désormais des horaires "accordéon". Cette flexibilité accrue entraînera davantage de burn-out, notamment chez les femmes qui peinent déjà à concilier vie professionnelle et vie familiale.

Que devez-vous faire? Je ne dis pas qu'il ne faut pas de contrôle. Bien sûr qu'il faut contrôler les malades. Les médecins-conseils accomplissent un travail difficile. Ils doivent suivre 35 000 personnes, ce qui n'est pas simple. Ce travail doit être reconnu. Toutefois, la priorité doit être d'éviter que les gens tombent malades. Il faut placer la responsabilité du côté des employeurs. S'il vous plaît, faites-les payer, à l'image de ce qui existe pour les accidents du travail! Vous verrez alors qu'ils trouveront du travail adapté au lieu de licencier massivement les travailleurs dès qu'ils ne sont plus utilisables à 100 %, monsieur le ministre.

02.22 **Caroline Désir** (PS): Merci, monsieur le ministre, pour votre longue réponse.

Nous pensons que l'exploitation politique qui est faite de ce rapport de l'INAMI pour attaquer les mutuelles et pour stigmatiser les malades de longue durée est abjecte.

Il faut bien sûr travailler très sérieusement sur le sujet des malades de longue durée, mais pas sauter sur un rapport, dont la méthodologie est contestée, pour clamer que les mutuelles sont laxistes et que 60 % des malades seraient des tricheurs. Cela nous paraît complètement insupportable.

D'abord, parce que des lacunes méthodologiques importantes ont été pointées, qui rendent les conclusions de ce rapport inexploitable. Par ailleurs, la situation a quand même fortement évolué depuis 2019-2020. Vous l'avez rappelé, un travail important a été mené sous la Vivaldi, notamment avec notre collègue Pierre-Yves Dermagne, ce qui fait que nous ne sommes plus dans le même monde en 2026 qu'en 2020.

D'ailleurs, les données de 2024, comme l'a rappelé Mme Hansez, montrent que les médecins contrôleurs rendent un avis différent de celui des médecins-conseils des mutuelles dans seulement 0 à 5,5 % des cas. C'est donc un ordre de grandeur complètement différent que ce que l'on peut lire dans le rapport et ces 59 % de différence mis en évidence.

Monsieur le ministre, vous avez rappelé les grands axes de votre politique de retour au travail, notamment l'évaluation de la capacité résiduelle qui a désormais lieu après quatre mois, et puis à intervalles réguliers, avec un rythme régulier; ou encore la plateforme TRIO qui va renforcer la coordination entre les médecins.

Nous ne sommes pas toujours d'accord avec les orientations prises par l'Arizona. Nous pensons notamment qu'il n'y a pas assez de choses qui sont faites en amont en matière de prévention et d'amélioration des conditions de travail, et qu'il n'est pas assez tenu compte des vases communicants entre les différentes politiques menées, qui vont jeter plus de personnes vers les mutuelles. Mais exploiter ce rapport de 2020 pour taper sur les malades et sur les mutuelles, ce sera sans nous!

02.23 **Isabelle Hansez** (Les Engagés): Monsieur le ministre, nous vous remercions pour votre transparence sur l'historique lié au traitement de ce rapport et pour la communication du rapport en question à la Chambre. Il tiendrait, selon moi, à la mauvaise foi politique et intellectuelle de ne pas reconnaître votre sérieux dans cette affaire et votre volonté de changement sur la manière d'appréhender l'incapacité, notamment par le biais du programme "Retour au travail" que vous nous avez réexpliqué en français aujourd'hui.

Monsieur le ministre, nous prenons note de vos explications et nous vous en remercions. Comme vous le savez, Les Engagés vous soutiendront dans votre politique ambitieuse pour les malades de longue durée. Nous notons également que vous estimez qu'il pourrait être judicieux d'entendre l'INAMI sur le sujet, ce dont nous discuterons dans un second temps.

02.24 **Anja Vanrobaeys** (Vooruit): Mijnheer de minister, het is goed dat u klaarheid hebt gebracht over hoe een en ander is verlopen bij het RIZIV. U geeft zelf aan dat het rapport van 2020 qua methodologie misschien niet helemaal helder was, maar wel verontrustend. Wat mij nadien in uw antwoord is opgevallen, is dat u het rapport eigenlijk niet nodig had om het heft in handen te nemen, om verschillende maatregelen te treffen, om stelselmatig in te zetten op de opvolging en begeleiding van langdurig zieken en om te wijzen op de verantwoordelijkheid van alle actoren daarin.

Dat deed u met resultaat. Begin april 2026 is er voor de groep die minder dan een jaar ziek is, immers vastgesteld dat er echt een trendbreuk is, namelijk een daling in het absentisme van die groep. Dat beweer ik niet en dat beweert de minister niet. Dat stelt Securex. Dat is uit het onderzoek van dat bedrijf gebleken. Securex stelt dat de reden net is dat de mutualiteiten nu veel beter opvolgen en controleren en dat zij fysiek contact hebben met die zieken, zodat er al een betere opvolging is. Dat gaat inderdaad traag want dat vraagt een mentaliteitswijziging. Die wijziging moet systematisch worden gevraagd bij alle partijen.

Wat ik hier vandaag ook niet begrijp, is dat wanneer u dergelijke maatregelen voorstelt, de PVDA maar ook andere oppositiepartijen roepen dat het om een heksenjacht op langdurig zieken gaat. Ik heb hier

steeds gesteld dat dat geen heksenjacht is, maar dat het net gaat om de kern van solidariteit en het draagvlak van solidariteit. Er moet immers worden gecontroleerd wie terecht ziek is en alle ondersteuning verdient, maar ook wie niet meer langdurig ziek is en eigenlijk opnieuw aan het werk moet worden geholpen. Het gaat om de kern van solidariteit.

Tegelijk hoor ik hier de liberalen opperen dat alle langdurig zieken profiteurs zijn, waardoor mensen die echt ziek zijn voortdurend tegen dat vooroordeel moeten opboksen, waarna de N-VA en het Vlaams Belang vandaag de zoveelste aanval lanceren op de ziekenfondsen. Dit is voor hen opnieuw een aanleiding om de ziekenfondsen aan te vallen.

Misbruiken moeten uiteraard worden aangepakt, maar mensen die langdurig ziek zijn, verdienen echt wel veel beter dan de polarisatie die hier telkens opnieuw wordt opgevoerd. Zij verdienen ondersteuning, opvolging, begeleiding, maar ook kansen. Dat is iets waar u stelselmatig op inzet.

02.25 Denis Ducarme (MR): Je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit par la collègue Vanrobaeys. Je pense que ce n'est pas un débat qui doit polariser. C'est un débat où la mesure et l'approfondissement de la question doivent compter, parce que ce qui rend les choses suspectes, monsieur le ministre, c'est que ce dossier n'ait pas été rendu public. C'est cela qui accentue le malaise.

Si il y avait eu une communication en 2020 ou en 2024, les choses auraient été différentes. De toute façon, un rapport comme celui-là ne serait plus possible aujourd'hui, parce que le système a changé, mais le fait que le rapport ne soit pas sorti rend les choses un peu suspectes. Est-ce qu'un rapport avec d'autres chiffres serait sorti? C'est la question qu'on ne peut pas s'empêcher de se poser.

Que va donc faire le Parlement? Il va travailler et interroger les représentants de l'INAMI. On va probablement essayer d'aller le plus loin possible avec les personnes susceptibles d'être interrogées par le Parlement. Vraisemblablement, il y aurait sans doute encore des abus. Les libéraux visent les abus. Ils ne disent pas, comme je l'ai entendu dire, "ce sont tous des profiteurs". C'est inadmissible d'entendre cela.

Ce qui nous intéresse naturellement, c'est que la manne de la solidarité soit concentrée sur ceux qui en ont vraiment besoin. Même si on constate dans un tel rapport un problème de méthodologie, en attendant, le chiffre de 59 % mérite une analyse. De toute façon, on n'en serait pas là si ce rapport avait été publié. On ne se poserait pas ces questions. Donc le vrai problème, c'est celui-là.

J'ai entendu ce que vous avez indiqué. À votre place, si je puis me permettre, moi qui ai occupé des fonctions ministérielles, j'aurais sorti ce rapport en 2024. Il aurait été, je pense, plus transparent de produire cette publication à ce moment-là.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, u wilt nog reageren?

02.26 Minister Frank Vandenbroucke: Het is niet echt een repliek, maar ik wil toch even ingaan op vragen van de heer Tonniau en van mevrouw Lanjri.

De heer Tonniau vroeg wat er volgens mij mis is aan die methodologie, waarom die niet helder is. Mevrouw Lanjri vroeg naar het ziekteprofiel. Ik stel voor dat u het rapport, dat ik u bezorgd heb, leest. U zult zien dat daarin heel helder omschreven is wie in de steekproef zit. Men zegt dat het een gerandomiseerde steekproef is, dus een toevalstreffer, op basis van het criterium wanneer mensen ingetreden zijn. Vervolgens stelt men dat men er wel een aantal ziektebeelden, pathologieën, uit gehaald heeft. Dat is helder.

Wat ik bedoelde, is dat ik als lezer van zo'n rapport zou willen zien hoe de groep die men overhoudt zich verhoudt tot de totale groep, en wat van die groep het profiel is, bijvoorbeeld het ziekteprofiel. Dat staat er niet in en dat maakt het wat moeilijk. Het is dus wel helder wat men gedaan heeft, maar hoe het resultaat zich verhoudt tot de totale groep van mensen die ziek zijn en afwezig van hun werk, kan men niet goed beoordelen, want dat is niet gedocumenteerd. Dat is wat ik gezegd heb. U zult dat kunnen lezen.

Mevrouw Lanjri, om die reden zal ik u geen bijkomende schriftelijke antwoorden kunnen geven. U moet het rapport lezen, en dan zult u het zien.

Vind ik het resultaat van dat rapport zeer problematisch, inhoudelijk? Ja. Ik til daar zwaar aan. Dat is ook de reden waarom we beleid voeren. Ik vind ook dat men het veel sneller naar mij had moeten doorspelen. Daar til ik ook aan. Dat heb ik ook al publiekelijk gezegd.

Misschien nog één ding, ten aanzien van mevrouw Reuter en anderen. Eigenlijk hebben we sinds we dit beleid op gang gebracht hebben, in 2021 en ook in de arizonadiscussies, sterk de focus gelegd op snel ingrijpen wanneer mensen ziek worden. Dat was de totale focus.

Agir vite, de façon précoce.

Déjà sous la Vivaldi, mais également sous l'Arizona, j'ai dit qu'il y avait aussi un autre côté du spectre: celui de ceux qui sont dans le système depuis longtemps. Or, le débat politique – mené par l'ensemble des partis, d'ailleurs – était très focalisé sur l'idée d'agir vite, d'agir immédiatement, de ne pas laisser les gens pendant des semaines sans aucune action, de corriger les certificats de complaisance des médecins, donc d'agir au début du parcours. De mon côté, j'ai dit qu'il fallait plutôt se focaliser sur ceux qui étaient depuis longtemps dans le système.

Les deux efforts ne sont pas faciles: réformer le début du parcours et réformer la situation de ceux qui sont depuis très longtemps dans le système – comme je le suggérais. Combiner les deux n'est pas simple et cela explique en partie la temporalité des mesures. Nous avons d'abord agi sur l'action précoce et immédiate. Et ce n'est que maintenant que nous sommes vraiment en train de boucler l'action pour ceux qui sont depuis longtemps dans le système.

De **voorzitter**: Collega's Lanjri en Tonniau, wenst u nog te repliceren?

02.27 Nahima Lanjri (cd&v): Mijnheer de minister, een dag nadat dat in de krant is verschenen, weten we al veel meer. Ik heb ondertussen wat opzoekingswerk gedaan en maak mij heel ernstige bedenkingen bij de methodologie die werd gehanteerd. Men heeft bepaalde ziektebeelden, zoals mensen met kanker en andere ziekten die definitief zijn, gewoonweg uitgesloten. Dan is het normaal dat men bij die andere groep een groter deel ziet dat opnieuw aan het werk is.

(...): (...)

02.28 Nahima Lanjri (cd&v): Neen. Bovendien is er een onderzoek gebeurd, zes tot tien maanden na het eerste onderzoek. Men kan op zes maanden tijd genezen en die gevallen zouden er ook zijn uit gehaald door de controledienst van de ziekenfondsen. Ik beweer niet dat het systeem perfect is, maar men moet wel oppassen met alles meteen in de media te gooien en dat te gebruiken als stok of als argument om de ziekenfondsen af te schaffen. *Bonne chance*, want wie zal het dan doen? Wie zal alle controles en opvolging doen? Vanwege die zaken moet dat rapport nog eens goed worden bekeken.

We hebben vastgesteld dat vrijdag al om een hoorzitting werd gevraagd, terwijl het maandag pas in de pers kwam. Hoe komt dat? Wij hebben alvast geen schrik van hoorzittingen. Alles mag boven tafel komen. We zullen dat straks bespreken, maar wij willen dat hier gerust in alle openheid doen. Laat alles maar naar boven komen.

02.29 Robin Tonniau (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, dank voor de verduidelijking.

Wat de methode van de studie betreft, door een steekproef uit te voeren bij op voorhand geselecteerde personen bekomt men een resultaat dat niet veralgemeend kan worden voor een hele groep. Dat was zo bij de vorige steekproef in oktober. Dat is ook zo bij deze steekproef uit 2019. Met andere woorden, we mogen hier dus geen waarde aan hechten om daarmee beleid te voeren voor alle langdurig zieken. Ik denk dat dat nu eens en voor altijd duidelijk is. Wij hebben ook geen schrik van hoorzittingen. We willen weten hoe men de situatie voor langdurig zieken kan verbeteren, uiteraard vanuit de logica om die mensen te helpen en niet vanuit een besparingslogica om gaten in de begroting te dichten.

02.30 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dank voor de bijkomende toelichting over de methodologie. Daaruit blijkt duidelijk dat men niet zomaar kan extrapoleren, zeker niet als men niet weet hoe groot de totale groep is waarop de steekproef van toepassing is. Verder steun ik het betoog van mevrouw Lanjri. Ik wil zelfs op een van haar vragen antwoorden. Wie zal het

doen? Mevrouw Lanjri, als u niet oppast, zal de arizonaregering het doen en ik zal dat hier bestrijden. Ik hoop dat u hetzelfde doet.

02.31 Frieda Gijbels (N-VA): Omdat ik merk dat u nog op onbeantwoorde vragen bent ingegaan, mijnheer de minister, zou ik onze vraag over wie de opdracht om de studie uit te voeren precies heeft gegeven, ook graag herhalen.

02.32 Minister Frank Vandenbroucke: Dat weet ik niet.

De **voorzitter**: Bij deze sluit ik het actualiteitsdebat.

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

De volgende vraag met nr. 56013553C is van collega Coenegrachts, maar hij is niet aanwezig. De vraag vervalt. Vraag nr. 56013662C van collega Reuter werd ingetrokken.

03 Question de Florence Reuter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La nécessité d'un recensement officiel des aidants proches en Belgique" (56013692C)

03 Vraag van Florence Reuter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De noodzaak van een officiële telling van de mantelzorgers in België" (56013692C)

03.01 Florence Reuter (MR): Monsieur le ministre, c'est un débat qu'on a déjà eu concernant le statut d'aidant proche, mais je voudrais aller plus loin. Il y a toute une série d'aidants proches qui ne se sont pas fait connaître puisque certains bénéficiaient du chômage. De ce fait, nous ne disposons pas aujourd'hui de statistiques officielles concernant ces aidants proches.

En revanche, dans d'autres pays européens, cette réalité est bien mieux objectivée, notamment en France, où la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) estime qu'en 2021, environ 9,3 millions de personnes étaient reconnues comme aidant un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie, soit près d'un adulte sur six dans la population française. Les chiffres sont extrêmement importants, et on peut imaginer que ces derniers soient similaires en Belgique.

Ce type de données permettrait de mieux comprendre cette réalité vécue par les aidants proches, mais également d'adapter nos politiques en conséquence. Or nous naviguons actuellement à vue.

Quelles sont à ce jour les données statistiques disponibles en Belgique concernant le nombre d'aidants proches, leur profil sociodémographique, la charge qu'ils assument et l'impact socioéconomique de leurs activités de soins? Si de telles données n'existent pas – puisque je crois comprendre que nous n'avons pas de données fiables dans notre pays – envisagez-vous de faire élaborer un recensement officiel ou une base structurée? Serait-il possible de mandater un organisme de recherche indépendant qui pourrait produire une étude sur la réalité des aidants proches en Belgique? Je pense que des données fiables pourraient nous aider à avancer dans nos politiques concernant les aidants proches, que ce soit au niveau fédéral ou régional.

*Voorzitter: Denis Ducarme.
Président: Denis Ducarme.*

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Reuter, hélas, aucune administration fédérale ne dispose de chiffres globaux officiels sur le profil sociodémographique ou la charge des tâches des aidants proches. Comme une grande partie de ces soins est assurée de manière très informelle, il n'est pas toujours facile de les concilier.

Cependant, certaines administrations et assureurs disposent bien entendu de données chiffrées concernant le nombre de demandes. Ainsi, les mutualités possèdent des chiffres relatifs au nombre de demandes avec ou sans avantage social. Ces données relatives aux reconnaissances sont conservées de manière centrale au sein du Collège Intermutualiste National (CIN).

Au sein du gouvernement, nous travaillons à un plan d'action pour les aidants proches. Dans ce plan, une partie est également consacrée à la collecte de données sur les aidants proches. Nous examinons la base juridique pour une base de données centrale qui pourra, dans une étape ultérieure, être complétée par les données pertinentes. Ce travail s'inscrit dans le prolongement de l'étude récemment lancée par le KCE sur la santé des aidants proches, qui vise notamment à mieux les identifier et à analyser les mécanismes existants de repérage et de soutien. L'étude examinera aussi les bonnes pratiques mises en place dans d'autres pays. Sur cette base, des améliorations pour le système belge seront formulées. Nous suivons de près les résultats de cette étude et nous les prenons en compte dans l'élaboration de la politique relative aux aidants proches.

03.03 **Florence Reuter** (MR): Je vous remercie, monsieur le ministre.

Cela va effectivement tout à fait dans le sens de la nécessité d'avoir des données fiables pour pouvoir élaborer une politique correcte.

J'entends votre plan d'action en préparation sur les aidants proches. C'est évidemment une bonne chose. Avoir des données, c'est une meilleure chose.

Je n'ose pas vous en demander davantage sur les délais, sur un timing par rapport aux études. On sait qu'il est urgent d'aider ceux qui consacrent leur temps et qui mettent leur vie professionnelle entre parenthèses pour s'occuper d'un proche. Je pense qu'il y a effectivement urgence.

Je ne sais pas si vous pouvez, si M. le président le permet, m'en dire davantage sur les délais et les études, sur le résultat des études attendues.

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

04 **Samengevoegde vragen van**

- Axel Ronse aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De activering van langdurig zieken" (56013749C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het ambitieniveau van de begeleidingstrajecten voor langdurig zieken" (56014361C)
- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het aantal langdurig zieken per sector" (56014660C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De drempels naar werk voor langdurig zieken" (56014705C)
- Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De middelen van de ziekenfondsen in het kader van de Terug naar werk-hervorming" (56015061C)

04 **Questions jointes de**

- Axel Ronse à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'activation des malades de longue durée" (56013749C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le niveau d'ambition des trajets d'accompagnement pour les malades de longue durée" (56014361C)
- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le nombre de malades de longue durée par secteur d'activité" (56014660C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les obstacles à l'emploi pour les malades de longue durée" (56014705C)
- Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les moyens des mutualités dans le cadre de la réforme "Terug naar werk"" (56015061C)

De **voorzitter**: De heer Ronse en mevrouw Schlitz zijn afwezig.

04.01 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, u communiceerde via uw website op 20 maart

van dit jaar dat er een akkoord is tussen de federale regering en de Vlaamse overheid om jaarlijks 20.000 begeleidingstrajecten op te starten voor arbeidsongeschikte personen. Uiteraard vinden we het positief dat er in begeleidingstrajecten wordt voorzien voor mensen in arbeidsongeschiktheid. Toch rijzen er vragen over het ambitieniveau van de doelstelling. Zoals ik zopas nog opmerkte, zijn er meer dan 520.000 langdurig zieken en kampt een groot deel van die groep, naar schatting twee derde, met musculoskeletale of psychische aandoeningen. Voor velen van hen is een terugkeer naar werk mits de juiste begeleiding absoluut een realistische optie. Tegen die achtergrond lijken die 20.000 trajecten vrij beperkt. Bovendien tonen eerdere cijfers aan dat wanneer mensen instappen in een traject, de effectieve uitstroom naar werk nog te laag blijft.

Hoe verantwoordt u het ambitieniveau van 20.000 begeleidingstrajecten in verhouding tot de totale groep langdurig zieken?

Acht u het wenselijk dat een veel grotere groep langdurig zieken actief wordt begeleid richting werk? Welke stappen zult u nemen om dat op te schalen?

Hoe evalueert u de effectiviteit van de huidige trajecten, gelet op het feit dat een meerderheid van de deelnemers na twee jaar nog niet aan het werk is?

Deelt u de mening dat veel meer langdurig zieken, zeker degenen die kampen met de aangehaalde aandoeningen, actief begeleid zouden moeten worden richting aangepast werk?

Hoe zal de samenwerking tussen het RIZIV, de VDAB, de ziekenfondsen en de artsen verder worden versterkt om die doelstelling te realiseren?

Hoe vermijdt u dat het beleid zich beperkt tot een relatief kleine groep, terwijl een veel bredere groep langdurig zieken absoluut het potentieel heeft om opnieuw aan de slag te gaan?

Ik kom tot mijn tweede vraag. Uit een onderzoek van professor Stijn Bart aan de UGent blijkt dat België kampt met een zeer hoge inactiviteitsgraad, veel hoger trouwens dan in de ons omringende landen. Het onderzoek legt ook structurele drempels bloot die maken dat langdurig zieken de stap naar werk niet zetten. Zo geeft 70 % aan dat hun mentale en fysieke belastbaarheid te sterk fluctueert om een klassieke job uit te oefenen. 80 % vreest discriminatie op basis van hun gezondheidstoestand. Een op de vijf geeft ook aan geen werk te zoeken, omdat ze bezorgd zijn dat ze financiële voordelen die vaak verbonden zijn aan het statuut van langdurig zieke zullen verliezen. Opvallend is bovendien dat hoe langer iemand inactief is, hoe kleiner de kans wordt op terugkeer naar werk. Dat hebt u daarstraks ook benoemd. Daar bestaat heel wat wetenschappelijke evidentie voor.

Hoe evalueert u de bevindingen in het aangehaalde onderzoek? In welke mate houdt het federale re-integratiebeleid rekening met de wisselende belastbaarheid van langdurig zieken?

Hoe wilt u de drempel van mogelijke discriminatie op basis van de gezondheidstoestand concreet aanpakken?

Acht u het huidige systeem van financiële prikkels voldoende, gezien het risico dat langdurig zieken werk vermijden uit vrees om uitkeringen of voordelen te verliezen? Hoe zult u ervoor zorgen dat langdurig zieken sneller en proactiever worden begeleid, gelet op het feit dat de kans op terugkeer sterk daalt naarmate de inactiviteit toeneemt?

Welke bijkomende maatregelen plant u om meer flexibele en aangepaste werkvormen mogelijk te maken, zodat langdurig zieken met een wisselende belastbaarheid duurzaam kunnen re-integreren?

Ik hoop dat u op de twee delen afzonderlijk wilt antwoorden, mijnheer de minister, want de ene vraag is toch de andere niet.

04.02 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, je reviens sur la politique de retour au travail des personnes en incapacité de longue durée. Dans ce cadre, vous avez mis en place une série de dispositifs visant à accélérer le retour à l'emploi. Tous ne sont pas coercitifs. La responsabilisation de l'ensemble des acteurs – patients, médecins, mutualités, entreprises – constitue toutefois clairement l'un des fils conducteurs de votre politique, avec, le cas échéant, des mécanismes de sanction.

Par ailleurs, des objectifs ambitieux ont été avancés, notamment la réintégration d'environ 100 000 personnes à l'horizon de la législature, ainsi que le réexamen de plus de 200 000 dossiers par les mutualités. Ces orientations traduisent une volonté forte, que nous partageons. Elles soulèvent néanmoins, sur le terrain, plusieurs questions quant à leur faisabilité concrète. D'une part, certaines analyses suggèrent que les estimations du nombre de personnes potentiellement réintégrables reposeraient sur des bases partielles ou difficilement généralisables. D'autre part, les mutualités font état de difficultés opérationnelles, notamment en raison de la pénurie de médecins-conseils et, plus largement, du manque de ressources humaines disponibles pour assurer un suivi renforcé.

Dans ce contexte, il est essentiel de garantir que les objectifs fixés soient soutenables, afin d'assurer la crédibilité et surtout l'efficacité de la réforme. Dès lors, monsieur le ministre, sur quelles bases empiriques les objectifs de réintégration annoncés reposent-ils et comment leur réalisme a-t-il été évalué? Disposez-vous d'un état des lieux actualisé des moyens humains disponibles au sein des mutualités, en particulier en ce qui concerne les médecins-conseils? Quelles mesures concrètes sont-elles envisagées pour accompagner la montée en charge de ces missions au regard des difficultés de recrutement constatées?

04.03 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw De Knop, mevrouw Hansez, om te beginnen wil ik zeggen dat we opnieuw discussiëren over één onderdeel van een breder geheel.

Mevrouw De Knop, u vraagt hoe we tot zo'n cijfer komen dat we afspreken met VDAB, Forem en Actiris. Welnu, dat cijfer is het resultaat van overleg. Vanuit de federale overheid zeggen we dat een aantal mensen absoluut nood heeft aan een intensief begeleidingstraject bij een publieke instantie, zoals de VDAB in Vlaanderen. We zien dat aantal liefst zo groot mogelijk ingevuld. De VDAB antwoordt op basis van de capaciteiten waarover hij beschikt. Het gaat dus om een overleg waarbij we het wenselijke met het mogelijke proberen te combineren. Het belangrijkste daarbij is dat die cijfers groeien.

Dan kom ik bij uw tweede punt, een element dat ook door mevrouw Hansez werd aangehaald. In de financiering leggen we nu een zeer sterke klemtoon op het boeken van resultaten met die trajecten. Het is niet de bedoeling dat we gewoon starten en dan afwachten. We willen met die trajecten effectieve resultaten bereiken. De financiering van de VDAB, Forem, Actiris en het ADG is dan ook gebaseerd op het behalen van resultaten.

Mevrouw De Knop, vanwege het tijdsbestek – het is inmiddels middag – stel ik voor dat ik u voor het overige verwijs naar de details van de akkoorden, waarin wordt beschreven hoe we dat opvolgen. De resultaatfinanciering is gericht op het verhogen van de impact. Het totale aantal is een afweging tussen wat wenselijk is en wat mogelijk is voor de VDAB en de collega-instellingen.

Met betrekking tot de vragen van mevrouw Hansez geldt hetzelfde. We wensen dat de mutualiteiten een veel sterkere actie ontwikkelen.

Nous mettons la pression sur les mutualités pour qu'elles renforcent leurs actions et, en même temps, nous renforçons leurs moyens; nous l'avons notamment fait dans le cadre de la troisième et de la quatrième vagues des mesures prises actuellement. Comme je l'ai dit lors du débat d'actualité, nous avons aussi renforcé de façon structurelle la capacité d'agir des mutualités en créant des équipes multidisciplinaires avec des possibilités d'action importantes.

Mevrouw De Knop, u merkt op dat het er maar 20.000 zijn, maar dat cijfer is een onderdeel van een veel breder geheel aan trajecten, waarbij er naast de VDAB nog heel wat dingen gebeuren en moeten gebeuren.

De bevindingen van de UGent bevestigen wat we zien op het terrein. Zeventig procent van de langdurig zieken zegt dat de belastbaarheid te sterk fluctueert om in een klassieke job terug te stappen. Tachtig procent is bezorgd dat ze geen echte gelijke kansen hebben. Een op de vijf mensen geeft aan dat er voordelen zijn in hun huidige situatie waarbij ze niet aan het werk zijn, en zij vrezen die voordelen te verliezen.

We moeten dus op alle mogelijke trajecten inzetten; ik zal ze echter niet herhalen. De boodschap is dat er geen verkeerde deur naar werk is. We moeten de mensen de mogelijkheid bieden om hun uitkering

te cumuleren met een kleine job en een klein arbeidsinkomen dat qua belastbaarheid wel haalbaar is. Dat zijn we sterk aan het ontwikkelen. We moeten natuurlijk ook werkgevers aanspreken om te zoeken naar alternatieven voor mensen die uitgevallen zijn. Ook dat wordt verder ontwikkeld.

Dat is in zeer kort bestek mijn antwoord op de gestelde vragen.

04.04 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, ik begrijp uiteraard dat het middag is en dat u twee actualiteitsdebatten achter de rug hebt, maar er zijn nog een aantal vragen geagendeerd in de commissie. Het is correct dat wij als commissieleden ook effectief een antwoord krijgen op die vragen.

U hebt enkel op de eerste vraag en misschien een deel van de tweede vraag geantwoord. Op mijn tweede vraag, met betrekking tot die studie, hebt u bijna niet geantwoord. U bent daarbij in een aantal algemeenheden gebleven. Dat is niet correct, temeer omdat hier vandaag al herhaaldelijk door verschillende van uw coalitiepartners is gezegd dat de kost van langdurig zieken 11 miljard euro bedraagt.

Iedereen schreeuwt moord en brand dat er absoluut iets moet gebeuren om mensen sneller te activeren. U kondigt samen met VDAB 20.000 begeleidingstrajecten aan. Dat is een peulschil, een zeer kleine fractie van het totale aantal mensen. U zegt dat dat een afspraak is. Dat kan ik nog begrijpen, maar die afspraak moet toch gebaseerd zijn op een aantal objectieve elementen.

Aangezien het gaat over mensen die begeleid worden door de VDAB, gaat het om mensen zonder arbeidscontract? Ik heb u al een aantal keer in de commissie gevraagd hoeveel mensen er in die groep langdurig zieken zonder arbeidscontract zitten. Daarop krijg ik geen antwoord.

Die 20.000, hoeveel procent van de totale groep is dat? Dat is toch een heel logische vraag. Vindt u niet dat er veel meer mensen begeleid moeten worden naar werk? Dan moeten we over cijfers beschikken. We moeten weten hoeveel mensen er potentieel in aanmerking komen om begeleid te worden door Forem, Actiris of de VDAB. Waar staat u met de andere arbeidsbegeleidingsdiensten? Wij hebben het hier nu immers enkel over de VDAB. U hebt ook niet geantwoord op mijn vraag over de wijze waarop die samenwerking concreet zal verlopen. Ik vind dat niet oké en zal opnieuw een vraag indienen, want ik wil een antwoord krijgen op alle gestelde vragen.

Wat betreft de studie, ook daar hebt u niet geantwoord op mijn vragen. Mijn zesde vraag was welke bijkomende maatregelen u plant om meer flexibele en aangepaste werkvormen mogelijk te maken en wat u zult doen inzake de financiële prikkels. Daarop hebt u niet geantwoord. Misschien is dat omdat u er geen antwoord op hebt, maar zeg dat dan tenminste.

04.05 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Nous partageons pleinement l'objectif d'activation et de meilleure mobilisation des capacités résiduelles de travail, et nous vous soutenons. Mais pour réussir, cette politique doit reposer sur des bases solides et des moyens crédibles.

D'après votre réponse, une préoccupation demeure: la capacité opérationnelle. Les mutualités disent clairement que la pénurie de médecins-conseils et de personnel qualifié limite déjà le suivi aujourd'hui. Vous annoncez un renforcement des ressources via les équipes multidisciplinaires, et je pense que c'est très bien. Il serait également intéressant d'aller plus loin et de revoir les missions et les rôles de chaque personne dans ces équipes multidisciplinaires, en fonction de ses compétences et de son expertise, car sans ressources suffisantes ou bien calibrées en termes de rôles, la montée en charge risque de se traduire par une pression accrue plutôt que par un accompagnement de qualité.

Nous devons vraiment éviter une réforme qui serait ambitieuse sur le papier, mais fragile dans sa mise en œuvre. Nous savons que vous en êtes conscient, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Chers collègues, nous nous arrêterons après le point 8, qui concerne la question n° 56013833C. De la sorte, ceux qui attendent encore sont au courant. Il avait été convenu que nous

lèverions la réunion à 13 h. Et nous allons nous y tenir.

05 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het proefproject met betrekking tot preventief ziekteverlof of de arbeidsparticipatietoeslag" (56013860C)

05 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le projet pilote sur le congé de maladie préventif ou la prime de participation au marché du travail" (56013860C)

05.01 Irina De Knop (Anders.): Omdat het al middag is, omdat de mensen hier al lang zijn en omdat de minister om 14 uur een nieuwe commissievergadering heeft, zal ik meteen overgaan tot mijn vragen.

Mijnheer de minister, u had het daarnet al over de arbeidsparticipatietoeslag. Kunt u ons zeggen wanneer het proefproject concreet van start zal gaan en hoeveel personen zullen eraan kunnen deelnemen?

Op welke manier wilt u evalueren of deze maatregel effectief bijdraagt tot het voorkomen van langdurige arbeidsongeschiktheid? Welke indicatoren zullen daarbij worden gebruikt?

Wordt er bij de evaluatie ook gekeken naar de impact voor werkgevers en naar mogelijke besparingen voor de ziekteverzekering door het vermijden van volledige uitval?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: De begrotingsnotificaties in het kader van de meerjarenbegroting 2026-2029 voorzien inderdaad dat in de loop van de legislatuur een pilootproject voor een beperkte doelgroep van personen met een progressieve aandoening wordt opgestart. De toekenning van een arbeidsparticipatietoeslag moet toelaten om voor werknemers die wegens hun gezondheid niet langer in staat zijn om het arbeidsregime zoals het in hun overeenkomst staat volledig uit te voeren, maar wel nog in staat zijn om een belangrijk gedeelte van dat arbeidsregime te verrichten, dat arbeidsregime dan tijdelijk te verminderen zonder volledig inkomensverlies voor de niet-gepresteerde uren. Op die manier wordt de overgang naar volledige arbeidsongeschiktheid minder waarschijnlijk en kan die worden vermeden. Er zal een wettelijk kader moeten worden gecreëerd. Die wetgeving zal in deze commissie worden besproken.

De criteria voor de evaluatie van de maatregelen zijn momenteel nog niet gekend, maar zoals u ook zegt, zal hierbij prioritair worden gekeken naar de impact daarvan op de werkgevers en de besparing voor de ziekteverzekering. We mikken op 1 januari 2027 voor de start van de verdere uitwerking van dat alles.

05.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, mag ik nog één bijkomende vraag stellen? Wie zal dit traject trekken? Wie is de eindverantwoordelijke? Wie zal dat doen binnen – naar ik veronderstel – het RIZIV? Hebt u een idee?

05.04 Minister Frank Vandenbroucke: Er is een werkgroep binnen het RIZIV. Het RIZIV heeft hier als instelling echter de lead.

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

06 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Gewasbeschermingsproducten en de ziekte van Parkinson" (56013833C)

06 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les produits phytosanitaires et la maladie de Parkinson" (56013833C)

06.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, in januari 2024 hebt u Fedris gevraagd om te onderzoeken of er een oorzakelijk verband bestaat tussen het professioneel gebruik van gewasbeschermingsmiddelen en de ziekte van Parkinson. Die vraag is relevant voor landbouwers, maar ook voor andere beroepsgroepen die langdurig met pesticiden hebben gewerkt. In meerdere

landen, waaronder Frankrijk, wordt dit al sinds 2012 als beroepsziekte erkend. Volgens Franse neuropsychologen lopen professionele gebruikers van gewasbeschermingsmiddelen anderhalf tot twee keer meer risico op Parkinson dan andere burgers.

Mijnheer de minister, kunt u aangeven of het door u gevraagde onderzoek van Fedris naar het mogelijke verband tussen het professioneel gebruik van gewasbeschermingsmiddelen en Parkinson al werd afgerond? Zo ja, wat zijn de belangrijkste conclusies van dat onderzoek? Zo neen, wat is de stand van zaken en de verwachte timing van afronding?

Bent u bereid om te bekijken of de Belgische regelgeving inzake de erkenning van beroepsziekten kan worden aangepast om personen met een aantoonbare beroepsblootstelling aan pesticiden en de diagnose Parkinson structureel te beschermen?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Fedris heeft een epidemioloog belast met het uitvoeren van een studie over het mogelijke verband tussen het professioneel gebruik van gewasbeschermingsproducten en de ziekte van Parkinson. Die studie werd gevalideerd door de Wetenschappelijke Raad van Fedris op 17 oktober 2024.

De studie concludeert dat er een significant verband bestaat tussen beroepsblootstelling aan pesticiden en de ontwikkeling van de ziekte van Parkinson. Er is echter bijkomend onderzoek nodig om preciezere criteria te bepalen inzake beroepsblootstelling, met name welke beroepen betrokken zijn, de duur van de blootstelling, de soorten gebruikte producten en de diagnose.

Daarom werden twee bijkomende studies besteld. Een eerste studie betreft de blootstellingscriteria. Een expert kreeg de opdracht om een lijst op te stellen van chemische stoffen, categorieën of samenstellingen die de voorbije 25 jaar in België voor beroepsdoeleinden werden gebruikt, zoals pesticiden, en die erkend zijn als potentieel neurotoxisch.

Op basis daarvan wordt momenteel een jobmatrix uitgewerkt met als doel een methode te ontwikkelen die de beroepsmatige blootstelling aan pesticiden voor een bepaald individu kwantitatief en globaal beoordeelt aan de hand van statistische en numerieke scores. Deze beoordeling houdt rekening met meerdere factoren, waaronder de types pesticiden en hun neurotoxiciteit, de intensiteit, de duur, de frequentie en de periode van de blootstelling, evenals het type uitgevoerde activiteit of beroep. Dit werk is nog steeds aan de gang onder toezicht van de medische commissies inzake chemische en toxische agentia en nieuwe ziekten.

Een tweede studie betreft de medische criteria. Een neuroloog gespecialiseerd in de ziekte van Parkinson werd belast met het bepalen van de diagnosecriteria voor de ziekte veroorzaakt door blootstelling aan pesticiden. Zijn studie werd op 25 februari 2026 gevalideerd door de medische commissies voor chemische en toxische agentia en nieuwe ziekten.

Wanneer beide studies volledig zijn afgerond en men over een volledig dossier beschikt, zullen de commissies een standpunt innemen en een beargumenteerd en gedocumenteerd voorstel indienen bij de Wetenschappelijke Raad van Fedris, zodat die een officieel advies kan uitbrengen.

Fedris schat dat, als de werkzaamheden zonder vertraging of moeilijkheden worden voortgezet, het dossier behandeld zou kunnen worden tijdens een vergadering van de Wetenschappelijke Raad die gepland staat voor oktober van dit jaar.

Op uw tweede vraag, op basis van het advies dat door de Wetenschappelijke Raad zal worden uitgebracht, zal het Beheerscomité zich buigen over de mogelijkheid om de ziekte van Parkinson naar aanleiding van een beroepsmatige blootstelling aan pesticiden op te nemen in de lijst van erkende beroepsziekten.

In geval van een positief advies zal het koninklijk besluit van 28 maart 1969 houdende vaststelling van de lijst van beroepsziekten die aanleiding geven tot schadeloosstelling en tot vaststelling van de criteria waaraan de blootstelling aan het beroepsrisico voor sommige van deze ziekten moet voldoen, in die zin kunnen worden aangevuld.

Wat betreft de vergoeding voor werknemers die in het kader van hun beroepsactiviteit

gezondheidsschade hebben opgelopen, de veiligheidsvoorschriften bij het beroepsmatig contact met en het gebruik van onder andere toxische stoffen behoren tot de opdracht van de FOD WASO, waarvoor de minister van Werk bevoegd is.

06.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, dat er een significant verband is aangetoond tussen de beroepsblootstelling en de ziekte van Parkinson, is toch wel heel opvallend. Ik vraag mij ook af hoe het komt dat het lijkt alsof we steeds het warm water opnieuw moeten uitvinden en er weer bijkomende studies nodig zijn. Ik kan me voorstellen dat er internationaal ook al studies zijn uitgevoerd en dat die producten en de beroepsuitoefening niet zo erg verschillen tussen de verschillende landen. Waarom is daarvan niet sneller werk gemaakt? Het gaat toch om een belangrijke impact op het leven van veel mensen. In Frankrijk is het al sinds 2012 erkend als beroepsziekte. Ik vraag me dan af of we daarmee niet te lang gearzeld hebben. Een significant verband kan men niet zomaar vaststellen, dan moet er echt een duidelijke oorzaak-en-gevolgrelatie zijn. Hoe sneller we daarmee aan de slag kunnen gaan, hoe meer mensen we inderdaad kunnen beschermen. Ik zou dat in die zin verder willen aanmoedigen en zal het ook graag opvolgen.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.00 uur.
La réunion publique de commission est levée à 13 h 00.*

Schriftelijk behandelde mondelinge vragen

Questions orales traitées par écrit

*Het antwoord werd door de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding bezorgd.
La réponse a été fournie par le vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté.*

07 Vraag van Eva Demesmaeker aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De invoering van een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor ambtenaren" (56015029C)

07 Question de Eva Demesmaeker à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'instauration d'une assurance d'incapacité de travail pour les fonctionnaires" (56015029C)

Meneer de minister

U plant een aantal wijzigingen in het statuut van ambtenaren met betrekking tot ziekte en dan specifiek de ziekteverzekering en het medisch pensioen.

Deze passage is opgenomen in het regeerakkoord: "We stappen voor federale ambtenaren over op een verzekering tegen arbeidsongeschiktheid en invaliditeit zoals in de private sector, en gaan hierover het overleg aan met de vakorganisaties."

Hoe ver staat u met deze plannen? Is er reeds overleg geweest met de vakorganisaties?

Wanneer komt u naar het parlement?

Voorlopig (nog tot 1 juni 2026) kan Medex nog mensen op ziektepensioen plaatsen. Vanaf 1 juni zal dit dus niet meer kunnen. Als Medex dan beslist dat iemand niet langer geschikt is voor de job, dan stromen ze door naar de gewone ziekte-uitkering. Wie geniet van een verzekering wordt ook geacht de premies van de verzekering te betalen...

Hoe ziet u dit voor statutaire ambtenaren? Wie zal de bijdragen aan de ziekteverzekering betalen en hoe gaat u die berekenen, in de toekomst, algemeen bij gewoon ziekte maar ook specifiek bij de langdurige zieke die nu niet meer met medisch pensioen kan en waarvoor nog geen of slechts minimaal bijdragen zijn gestort.

Stel dat een ambtenaar na advies van Medex doorstroomt naar de ziekte-uitkering voor werknemers, en daardoor zijn statuut verliest, moet de werkgever, het lokaal bestuur of een andere overheid, dan

nog een ontslagvergoeding betalen? Bij ontslag wegens medische overmacht in de privésector bestaat immers geen ontslagvergoeding.

Als een langdurig zieke ambtenaar die zijn statuut verliest en geen werknemer meer is van het lokaal bestuur of een andere overheid, door de controlearts van het ziekenfonds geschikt gevonden wordt om terug te gaan werken, maar geen werk heeft, zal hij dan recht hebben op een werkloosheidsuitkering?

Op welke statutaire ambtenaren zal de nieuwe regeling van toepassing zijn? Welke uitzonderingen worden gemaakt? Wie zal met andere woorden niet vallen onder de nieuwe plannen?

Dank voor uw antwoorden.

Antwoord - Réponse:

Geachte mevrouw Volksvertegenwoordiger,

Ter vervanging van het afgeschafte ziektepensioen en haar opvolger, de Tijdelijke Arbeidsongeschiktheidsuitkering voor Ambtenaren (TAVA), werd ervoor gekozen om verder in te zetten op het gebruik van het mechanisme dat reeds voorhanden is in de Wet van 20 juli 1991. Via de Wet van 20 juli 1991 kunnen ontslagen ambtenaren immers retroactief verzekerd worden in het werknemersstelsel voor ziekte en werkloosheid. Dit mechanisme zal nu ook gebruikt worden voor een nieuwe groep ambtenaren, met name de langdurig zieke ambtenaren die voorheen gepensioneerd zouden geweest zijn met het ziektepensioen.

Om dit te kunnen doen, voert de wet op de pensioenhervorming van mijn collega-minister van pensioenen een nieuwe figuur in: de beëindiging van het ambt wegens medische ongeschiktheid. Via die figuur zullen nu ook langdurig zieke ambtenaren kunnen instromen in het werknemersstelsel voor ziekte en werkloosheid.

Ik wil wel het woord "kunnen" benadrukken in deze. Het is niet noodzakelijk zo dat Medex tot de medische ongeschiktheid besluit van de ambtenaar die onderzocht wordt. Dat gebeurt in het algemeen slechts in 30% van de gevallen. Bovendien wordt er steeds sterker ingezet op voorafgaande re-integratiepogingen. Een beslissing van tijdelijke ongeschiktheid kan eveneens worden genomen, zonder gevolgen voor de statutaire band of voor de uitbetaling van het salaris van de ambtenaar.

Wat ik met mijn voorontwerp van wet tot wijziging van de Wet van 20 juli 1991 verwezenlijk, is het verhogen van de bedragen die betaald moeten worden voor deze retroactieve verzekering. Het mechanisme zelf wijzig ik niet, maar de bedragen zelf gaan omhoog omdat het huidige bedrag dat betaald wordt voor deze retroactieve verzekering manifest niet in verhouding staat tot de geschatte kost voor het RIZIV.

Vragen over deze nieuwe figuur van beëindiging van het ambt wegens medische ongeschiktheid, zijn dus eerder voor de minister van pensioenen. Vragen over statutaire aangelegenheden horen dan weer thuis bij de bevoegde minister van ambtenarenzaken.