

Commissie voor Sociale Zaken,
Werk en Pensioenen

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

van

du

DINSDAG 14 JULI 2026

MARDI 14 JUILLET 2026

Namiddag

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 16 h 10 et présidée par M. Denis Ducarme.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 16.10 uur en voorgezeten door de heer Denis Ducarme.

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

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

01 **Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het rapport van het Rekenhof over de langdurig zieken" (56013939C)**

01 **Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapport de la Cour des comptes sur les malades de longue durée" (56013939C)**

01.01 **Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen):** Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Geachte minister, eind vorig jaar beloofde u dat er tegen 2029 100.000 langdurig zieken terug aan het werk gingen zijn, en dat dit 1,9 miljard euro zou opbrengen. Deze doelstelling was ook volgens uw coalitiepartners "een nationale prioriteit", zoals minister Prévot het verwoorde. Ook benadrukte George-Louis Bouchez dat "deze regering zich ertoe verbindt om 100.000 mensen die momenteel ziek zijn, maar misbruik maken van het systeem of gedeeltelijke arbeidscapaciteit hebben, weer aan het werk te krijgen".

In hun begrotingsrapport van 2026 stelt het Rekenhof echter dat de ambitie nu is bijgesteld naar 90.204, waarvan bovendien slechts 14.352 daadwerkelijk terug aan het werk zullen zijn. 28.704 anderen zullen uitgesloten worden. Bijgevolg is Rekenhof ook erg kritisch over de beoogde 1,9 miljard euro aan opbrengsten.

Ik heb de volgende vragen:

Vanwaar deze bijsturing naar onder toe? Was de belofte van 100.000 mensen terug aan het werk te ambitieus?

De versterkte opvolging van langdurig zieken zout tot een uitstroom van 3 % zal leiden omdat "een deel zal zijn aanvraag niet meer indienen en van een ander deel zal de arts wellicht aantonen dat ze niet meer arbeidsongeschikt zijn", zo stelde uw kabinet. Nu zegt het Rekenhof echter dat ze geen informatie gekregen heeft over de wijze waarop de uitstroom van 3% is geraamd. Vandaar: kunt u deze berekening verder toelichten?

Voor wat betreft diegenen die zullen uitgesloten worden hanteert u opnieuw de 1/3 assumptie, zoals ook toegepast op de beperking van de werkloosheid in de tijd: 1/3e van de uitgesloten invaliden zullen opnieuw aan het werk gaan, 1/3e zal een leefloon aanvragen en 1/3e zou geen enkele uitkering meer aanvragen. Inmiddels wordt de geldigheid van deze assumptie tegengesproken door de realiteit van het aantal personen dat leefloon aanvraagt. Ook het Rekenhof spreekt deze manier van rekenen tegen. Waarom houdt u er dan wel nog aan vast? Waar baseert u zich op?

1/3 zou wel terug aan het werk gaan. Weet over welke jobs dit gaat? Wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met hun vorige ervaring en/of niveau van opleiding?

Uw visienota met verschillende maatregelen over de 4de golf van het TNW dateert inmiddels van november. Volgens het Rekenhof zijn de meeste van deze maatregelen echter nog niet uitgewerkt. Wat is dus de stand van zaken? Wanneer mogen we ook een concrete actieplan verwachten? Gezien de tijd tot 2029 dringt, zal u met een prioriteitenlijst werken?

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Lysebettens, eigenlijk is de uitleg vrij eenvoudig. Het getal van 100.000 dat ik noemde, is de doelstelling voor 2030. Het Rekenhof schetst echter de doelstelling voor 2029. Op basis van de laatste berekeningen van het RIZIV wordt ingeschat dat tegen 2029, ten gevolge van de maatregelen in het kader van de vierde golf, 85.053 langdurig arbeidsongeschikten geheel of gedeeltelijk uit de arbeidsongeschiktheid zullen uitstromen. De aangepaste budgettaire impact en de gevolgen van deze aanpassingen werden al mee in rekening gebracht in het rapport van het Monitoringcomité van maart 2026.

Voor de berekening van de besparingen ingevolge het jaarlijkse attest voor langdurig zieken wordt gewerkt met een jaarlijks uitstroompercentage van 3 %. Die assumpties zijn werkhypothesen op basis van internationale ervaringen en pilootgegevens. Het Rekenhof heeft terecht gezegd dat we de onderbouwing daarvan nog moesten versterken. Daarom koppelen we de invoering van het jaarlijkse attest aan een strikte monitoring en rapportering. Het is een hervorming die vooral bedoeld is om mensen beter op te volgen en sneller gepaste trajecten aan te bieden.

Op dit ogenblik bereiden we de maatregelen van de vierde golf voor. Er wordt een advies van de GBA gevraagd over het wetsontwerp. Ook moet nog een advies aan de Raad van State worden gevraagd, waarna we het nieuwe wetsontwerp aan het Parlement kunnen voorleggen.

01.03 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik begrijp dat de maatregelen van de vierde golf nog in voorbereiding zijn en dat die in het najaar eraan komen. Ik heb ook gevraagd naar het profiel van de mensen die wel opnieuw aan het werk gaan en welke soort jobs zij uitoefenen. Daarover hoor ik niets in uw antwoord. Is dat omdat die gegevens niet gekend zijn of is daar een andere reden voor?

01.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb daar geen gegevens over.

01.05 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Ik heb een vergelijkbare vraag ingediend voor minister Clarinval, die morgen een marathonsessie van mondelinge vragen heeft om deze nog beantwoord te krijgen voor het reces. Ik zal hem daar ook een vraag over stellen en indien nodig een aantal schriftelijke vragen ter opvolging stellen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 **Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De sociale bescherming bij grensoverschrijdende mobiliteit" (56014419C)**

02 **Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La protection sociale dans le cadre de la mobilité transfrontalière" (56014419C)**

02.01 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Ik verwijs opnieuw naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

Geachte minister, in een social media post van 21 april stelt u dat "wie pech heeft in het leven, verdient bescherming." Dit is geheel terecht, en hierbij is het belangrijk om bestaande beschermingskaders uit te voeren, en waar mogelijk uit te breiden. In deze context wil ik graag nog wat verder doorgaan op mijn vorige vraag m.b.t. de toepassing van EU verordening 883/2004 over sociale bescherming bij grensoverschrijdende mobiliteit (cf. 56014419C). Zoals in de vraag gesteld, ontvangen wij signalen dat betrokkenen die pech hebben in het buitenland hun sociale rechten niet erkend zien.

Er ontstaat bijgevolg een vermoeden dat de toepassing van het unierecht (namelijk EU verordening 883/2004) aan een ondergeschikt wordt gemaakt aan een verouderd nationaal kader, namelijk het KB van 20 juli 1971 die de uitkerings- en moederschapsverzekering regelt voor zelfstandigen in België. Hierbij moet opgemerkt worden dat dit KB wel werd aangepast door een KB van 7 oktober 2022 om beter te voorzien in de situatie van gerechtigden die in een andere staat wonen of verblijven en onder het toepassingsgebied van de Europese verordeningen of internationale coördinatie-instrumenten vallen.

Ik heb de volgende vragen:

Bevestigt u dit vermoeden? Wordt of werd de toepassing van het unierecht ondergeschikt het KB van 20 juli 1971? Is er sinds 2022 een verandering merkbaar?

Betreft de gewijgerde dossiers m.b.t de toekenning van een Belgische pro-rata invaliditeitsuitkering, in hoeveel grensoverschrijdende invaliditeitsdossiers werd het KB van 20 juli 1971 gebruikt als beslissende weigeringsgrond? Kunt u mij de cijfers geven voor elk van de afgelopen 5 jaar?

Welke statistische gegevens over grensoverschrijdende invaliditeitsdossiers onder Verordening (EG) nr. 883/2004 worden door het RIZIV of andere bevoegde Belgische instanties bijgehouden, en aan welke Belgische of Europese instanties worden die gegevens meegedeeld?

Waarom wordt in individuele weigeringen niet systematisch een zichtbare en controleerbare pro-rata berekening meegedeeld?

Indien dergelijke gegevens bestaan of worden meegedeeld, waarom zijn zij dan niet publiek of parlementair controleerbaar beschikbaar, minstens in geanonimiseerde en geaggregeerde vorm?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Lysebettens, u hebt inderdaad al een uitgebreide schriftelijke vraag, nr. 542, gesteld, waarop ik ook uitgebreid en zo gedetailleerd mogelijk heb geantwoord. Ik vind dus niet dat ik ter zake verantwoordelijkheden ontwijk.

Ik bevestig dat de verzekeringsinstellingen bij de toepassing van de verzekeringsvoorwaarden met betrekking tot de uitkeringsverzekering rekening moeten houden met alle verzekeringsperiodes die in België zijn vervuld. Indien die periodes niet voldoende zijn, worden eventuele verzekeringsperiodes die in andere Europese lidstaten zijn voltooid, in aanmerking genomen, mits die periodes formeel worden geattesteerd door de bevoegde buitenlandse instellingen, overeenkomstig de Europese verordeningen nr. 883/2004 en nr. 987/2009.

Het RIZIV laat mij weten dat het tot op heden niet geïnformeerd werd over systematische of terugkerende tekortkomingen om dat principe toe te passen. De kwaliteitsmechanismen, zoals Eurocoördinatie, SOLVIT, richtsnoeren en opleidingen, die ik in het antwoord op uw schriftelijke vraag heb toegelicht, vormen dus een goede waarborg voor een correcte toepassing van de regelgeving.

De Europese regelgeving inzake de samentelling van verzekeringsperiodes wordt zowel door het RIZIV als door de verzekeringsinstellingen correct toegepast. In die context werd geen formele herinnering gericht aan de verzekeringsinstellingen. Wel heeft de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV naar aanleiding van de vraag van het geachte parlementslid deze problematiek op de agenda geplaatst van het structureel overleg dat de dienst voert met de verzekeringsinstellingen in het kader van de toepassing van internationale normen. Het volgende overlegmoment staat gepland in september 2026.

U vraagt om enkele specifieke cijfers mee te delen. In de afgelopen vijf jaar heeft het RIZIV 5.887 nieuwe aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen behandeld waarvoor de toepassing vereist was van het principe van de samentelling van verzekeringsperiodes die zijn vervuld in een of meer staten die de Europese verordening nr. 883/2004 toepassen, met name de lidstaten van de Europese Economische Ruimte en Zwitserland.

02.03 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord.

Het cijfer dat u noemt, verbaast mij enigszins. Mijn schriftelijke vraag had betrekking op het aantal gevallen waarvoor een klacht werd ingediend, terwijl u het totaal aantal gevallen vermeldt. Dat aantal klachten blijkt dus zeer beperkt te zijn. Dat is een goed teken, want het cijfer dat u nu noemt, is vrij omvangrijk.

Niettemin ben ik blij dat dit item op de agenda van het overleg van eind september staat. Ik zal dat opvolgen om te bekijken wat daaruit voortkomt.

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

03 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het advies van de NAR over de besteding van de specifieke enveloppe voor kwetsbare groepen" (56014580C)

03 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avis du CNT concernant l'utilisation de l'enveloppe spécifique destinée aux groupes vulnérables" (56014580C)

03.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, in het regeerakkoord wordt bepaald dat de welvaartsenveloppe deze legislatuur wordt vervangen door een specifieke enveloppe om de uitkeringen voor de meest kwetsbare groepen te verhogen. Daarvoor is ook een budget voorzien voor de komende jaren.

De sociale partners werd verzocht om advies uit te brengen over de besteding van die middelen. Dat advies werd op 24 maart gepubliceerd. Mijn vraag dateert ook van toen, als ik me niet vergis. In hun advies stellen de sociale partners echter vast dat de regering via een koninklijk besluit reeds een aantal maatregelen heeft genomen. Met andere woorden, een deel van de middelen werd al besteed zonder het advies af te wachten. Dat maakt de adviesvraag natuurlijk enigszins dubbel.

De sociale partners adviseren om het resterende budget daadwerkelijk te besteden aan de meest kwetsbare groepen, met name aan degenen van wie de uitkeringen zich net boven de armoededrempel bevinden. Ze hebben daarover een aantal concrete voorstellen geformuleerd. Ik zal die nu niet allemaal opsommen, maar over die voorstellen heb ik wel een aantal vragen.

Waarom werd een deel van het budget al via een koninklijk besluit uitgegeven en werd het volledige budget niet voorbehouden voor de beoogde doelgroep?

Zult u de voorstellen van de sociale partners integraal volgen? Zo niet, om welke redenen wijkt u af van dat unanieme advies? Het is belangrijk om te vermelden dat het advies van de sociale partners unaniem is.

Voorts heb ik nog een vraag over de procedure. U hebt pas na 12 december 2025 een advies gevraagd aan de sociale partners, terwijl aanvankelijk was aangekondigd dat dit al vóór het zomerreces van 2025 zou gebeuren. Waarom werd die adviesvraag zo laat aan de sociale partners voorgelegd? Wat zegt dat over het belang dat u hecht aan het sociaal overleg?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Lysebettens, met deze specifieke enveloppe is het wel degelijk de bedoeling om de koopkracht van de allerzwakste mensen in onze samenleving te ondersteunen. Als men de inkomensvervangende tegemoetkomingen erbij neemt, dan tonen cijfers van de FOD Sociale Zekerheid aan dat het armoederisico voor alleenwonende mensen met een inkomensvervangende tegemoetkoming maar liefst 6,5 keer hoger ligt dan voor de gemiddelde Belg.

We ondersteunen die mensen met een stijging van de inkomensvervangende tegemoetkoming in zowel 2026 als 2028 en daarnaast versoepelen we ook de toegang tot het statuut van regelmatig werknemer binnen de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Mensen met een lange arbeidscarrière vallen nu vaak onder het statuut niet-regelmatig werknemer. Dat bedrag is gelijk aan het leefloon, het bestaansminimum, dat in ons land het verst van de Europese armoedegrens ligt. De armoedestatistieken tonen dus ontegensprekelijk dat we de allerzwaksten in onze samenleving ondersteunen.

Het advies van de Nationale Arbeidsraad kiest er expliciet voor om geen prioriteit aan te duiden tussen de voorstellen die de regering voorlegde en de eigen aanvullende voorstellen. Het spreekt voor zich dat een eventueel saldo aangewend zal worden en dat daarbij rekening zal worden gehouden met advies van de verschillende partners. Binnen de principes van goed financieel beheer is het onze taak om de benutting van de enveloppe te monitoren.

We hebben wel degelijk het vooraf uitgeschreven proces gevolgd. Daarbij werd uitdrukkelijk voorzien

om advies te vragen aan de geprivilegieerde partners inzake armoedebestrijding en de sociale partners in de Nationale Arbeidsraad, de Centrale Raad voor het Bedrijfsleven en het Algemeen Beheerscomité van de Zelfstandigen. Initieel was inderdaad voorzien om de sociale partners advies te vragen voor de zomer van 2025, maar er was meer tijd nodig om, zoals bij de start van de regering afgesproken, vanuit de regering verschillende voorstellen aan de sociale partners te kunnen voorleggen. Het is dus niet zo dat de rol van de sociale partners in dezen miskend is of dat ik geen belang zou hechten aan inspraak van en overleg met de sociale partners.

03.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, het proces is gevolgd, maar een deel van het geld werd al uitgegeven nog vóór u het advies van de sociale partners had ontvangen. Dat is de essentie van de zaak.

Er wordt misschien geen voorkeur uitgesproken in de rangorde van de voorstellen, maar de sociale partners hebben wel degelijk aanvullende voorstellen gedaan. Zult u die nu uitvoeren of niet? Hoe ziet u zelf die verdeling?

De sociale partners verstrekken een aantal adviezen over specifieke doelgroepen waarvoor de regering geen maatregelen had voorgesteld. Worden die adviezen meegenomen? Wordt het resterende budget aan die maatregelen besteed of aan het geheel van de maatregelen? Dat verneem ik niet in uw antwoord. Het blijft dus onduidelijk wat er met het advies van de sociale partners zal gebeuren.

Er is in december advies gevraagd, dat in maart is uitgebracht. Ondertussen was een deel van de middelen al uitgegeven. Het blijft onduidelijk of er nu nog iets zal gebeuren met het advies van de sociale partners, of ten minste in welke grootteorde dat zal gebeuren, naast het regeringsbeleid.

U kunt toch niet beweren dat dat blijk geeft van waardering voor het sociaal overleg? Vormelijk wordt het sociaal overleg gevolgd, maar in de feiten wordt er in de beleidsdaden weinig mee gedaan.

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

04 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het RIZIV en de langdurig zieken" (56016025C)

04 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'INAMI et les malades de longue durée" (56016025C)

04.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Dit is ook een opvolgvraag, mijnheer de minister. Zowel mijn voorgangers in de fractie als ikzelf hebben u in de loop van het jaar een aantal keer bevraagd over uw rol en verantwoordelijkheid – of die van uw administratie – met betrekking tot de stijging van het aantal langdurig zieken. Mijn voormalige collega De Sutter heeft in de commissie van 15 juli vorig jaar, als een van haar laatste wapenfeiten, een vraag gesteld. U hebt toen erkend dat de Geneeskundige Raad voor invaliditeit van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV in december 2020 de toelating heeft gegeven om bepaalde groepen mensen tot aan hun pensioen invalide te verklaren. Dat gebeurde zonder degelijk medisch onderzoek. Dat was nodig om de adviserende artsen ademruimte te geven en hen toe te laten zich te focussen op de meest prioritaire dossiers. We zaten toen midden in de covidcrisis, dus dat was de context.

Een aantal zaken blijven evenwel onduidelijk. Hoe is die beslissing binnen het RIZIV genomen? Wie heeft toestemming gegeven om die mensen tot aan hun pensioen invalide te verklaren? Men had ook kunnen beslissen om, gelet op de crisis, een tijdelijke invaliditeitsverklaring in te voeren. Ook uw eigen rol blijft onduidelijk. Wanneer werd u daarvan op de hoogte gebracht? Tijdens een aantal debatten die ik met u heb gevoerd, gaf u aan dat u daardoor zelf ook verrast was en dat u verder onderzoek had bevolen. In welk tijdsbestek past dat evenwel? Wanneer was u op de hoogte? Hoeveel tijd zat er tussen het moment waarop u op de hoogte was en het moment waarop u hebt ingegrepen?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer Van Lysebettens, in de context van COVID-19 heeft de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit in december 2020 beslist om drie categorieën van reeds erkende dossiers te verlengen tot de pensioenleeftijd, zonder bijkomend

individueel medisch onderzoek. Dat gebeurde op basis van drie criteria: personen die al 10 jaar of langer in invaliditeit erkend waren, ongeacht hun leeftijd; personen van 58 jaar of ouder die minder dan 10 jaar erkend waren en personen van 50 tot en met 57 jaar die 5 tot 10 jaar erkend waren.

Men stelde dat dat toeliet om de op dat moment beperkte capaciteit aan adviserend artsen te concentreren op de urgentste dossiers. Het is precies de vaststelling dat mensen zonder gericht ingrijpen tot aan hun pensioen in invaliditeit kunnen blijven, die mij heeft gealarmeerd en die voor mij de directe aanleiding is geweest om een tweede golf van maatregelen in het terug-naar-werkbeleid voor te stellen, waarbij ik veel verder ging dan het regeerakkoord van de toenmalige vivaldiregering.

Ik heb overigens op basis van diezelfde vaststelling van iets wat totaal onaanvaardbaar was ook nog maatregelen in de derde en in de huidige, vierde golf gemotiveerd. De tweede golf heeft geleid tot contactmomenten tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid in de vierde, zevende en elfde maand en heeft ervoor gezorgd dat voor nieuwe instromers in invaliditeit de periode maximaal één, twee of vijf jaar invaliditeit zou zijn. De vierde golf, waar we nu mee bezig zijn, bouwt daar rechtstreeks op verder, met een focus op mensen die heel langdurig afwezig zijn wegens ziekte. We voeren namelijk een jaarlijkse vernieuwingsplicht in voor het attest van arbeidsongeschiktheid en het voortzetten van het contact, ook na het eerste jaar en ook tijdens de invaliditeit. Met andere woorden, heel veel van wat we gedaan hebben, is eigenlijk een reactie op wat ik toen heb vastgesteld als besluitvorming in de Geneeskundige Raad.

04.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik deel die vaststelling. Veel van wat we nu doen, is inderdaad een reactie op wat er toen is gebeurd in de Geneeskundige Raad, maar wie is daar nu eigenlijk verantwoordelijk voor? In december 2020, toen men die beslissing heeft genomen, was u toch al minister van Volksgezondheid? U was niet op de hoogte en men heeft een beslissing genomen binnen een bepaald kader, waarvan u vandaag zelf zegt in uw antwoord dat het u ten zeerste verontrust. Men kon namelijk ten eeuwige dage zonder controle op invaliditeit worden gezet, maar ook dat kader is dan blijkbaar niet met u afgestemd.

Naar mijn weten, mijnheer de minister, is er toch een verslag van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit. De beslissingen die daar worden genomen, leest men toch op uw kabinet, neem ik aan.

Er is een hele periode – als ik mij de vorige discussies goed herinner, want uw huidige antwoord geeft daar eigenlijk weinig inzicht in – waarin men werkt met een kader waarvan u vandaag zelf zegt dat het eigenlijk onverantwoord is. Volgens mij bent u daarvan ergens in 2024 op de hoogte gebracht. Dat betekent dus een periode van drie jaar, vanaf december 2020, waarin met dat kader werd gewerkt.

04.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik denk dat u nu verschillende zaken door elkaar haalt. Enerzijds is er een verslag dat nooit naar boven is gekomen. Dat heeft inderdaad vier jaar geduurd. Daarover is hier al eindeloos gediscussieerd. Anderzijds is er de beslissing van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit. Dat zijn twee verschillende zaken.

Dat is mij onmiddellijk ter ore gekomen, midden in de covidperiode. Dat is toen gepasseerd, maar ik heb toen voor mezelf gezegd: "Dat nooit meer." Ik heb ook vastgesteld dat het eigenlijk het topje van de ijsberg was. Vandaar mijn reactie.

04.05 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Het kan zijn dat ik zaken door elkaar haal, maar voor mij is dat een nieuw element. U zegt nu eigenlijk dat u onmiddellijk op de hoogte was van het kader waarin het RIZIV mensen in 2020 op eeuwigdurende invaliditeit heeft gezet.

04.06 Minister Frank Vandenbroucke: Inderdaad. Ik ben toen ook bijkomende maatregelen beginnen te nemen, omdat voor mij duidelijk werd wat daar het probleem was.

04.07 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): De bijkomende maatregelen zijn er toch pas in 2024 gekomen?

04.08 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer Van Lysebettens, ik heb toen een heel actieplan uitgewerkt. Ik heb daarover uitvoerig onderhandeld met de mutualiteiten om dat uitvoerbaar te maken. Vervolgens is een wetsontwerp opgesteld, is het voor advies naar de Raad van State gegaan, is het goedgekeurd door de regering en vervolgens door het Parlement. De uitvoering is gestart op 1 januari

2024. Het duurt soms even voor iets in een wet is gegoten en goedgekeurd. U behoort hier soms ook tot degenen die klagen dat we te snel willen gaan.

04.09 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Ik wilde net zeggen, mijnheer de minister, dat u andere wetsontwerpen op een maand tijd kunt publiceren, zonder advies kunt laten passeren en erdoor kunt jagen, terwijl het hier vier jaar heeft geduurd.

04.10 Minister Frank Vandenbroucke: Nee, nee, nee.

04.11 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Ik zal misschien nog een schriftelijke vraag stellen om de historiek scherper in beeld te krijgen, maar ik kan mij niet van de indruk ontdoen dat uw antwoord vandaag een beetje in tegenspraak is met eerdere discussies.

04.12 Minister Frank Vandenbroucke: Dat is niet zo.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: M. Van Quickenborne retire sa question n° 56016124C.

05 Vraag van Kurt Moons aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De responsabilisering van de ziekenfondsen" (56016163C)

05 Question de Kurt Moons à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La responsabilisation des mutuelles" (56016163C)

05.01 Kurt Moons (VB): Mijnheer de minister, de vijf ziekenfondskoepels ontvingen vorig jaar 1,375 miljard euro van het RIZIV voor hun werkings- en administratiekosten, wat 300 miljoen euro meer is dan in 2020. Tijdens uw ambtstermijn van vijf jaar is dat bedrag met 28 % gestegen. Opvallend is bovendien dat het de voorbije twintig jaar met 59 % is toegenomen, terwijl het ledenaantal van de mutualiteiten in diezelfde periode slechts een derde zo snel groeide. De vergoeding werd met andere woorden structureel losgekoppeld van het te verrichten werk. Die discrepantie is des te opvallender tegen de achtergrond van de verregaande digitalisering in de gezondheidszorg. Papieren ziektebriefjes, naamkleefbriefjes, voorschriften en de manuele verwerking van terugbetalingen zijn grotendeels verleden tijd, of dat zou althans moeten. Het administratieve luik van het ziekenfondswerk is dus een stuk minder arbeidsintensief geworden, maar de financiering groeide wel mee met de inflatie, alsof er niets veranderd was.

Nu wilt u, met de regering-De Wever, daar verandering in brengen. Tegen het einde van de legislatuur zou 40,5 % van die totale enveloppe worden verdeeld op basis van prestaties. Prestatie-indicatoren zijn onder meer de re-integratie van langdurig zieken, de strijd tegen zorgfraude, het optrekken van de vaccinatiegraad bij kwetsbare groepen en het verbinden van leden met een vaste huisarts.

Daarnaast is tegen 2029 een besparing van 150 miljoen euro op de administratiekosten voorzien. U gebruikte daar enige tijd geleden opvallend scherpe taal over, want voor u mag de financiering uiteindelijk volledig afhankelijk worden van de resultaten van de ziekenfondsen.

Mijnheer de minister, ten eerste, op welk tijdstip en volgens welk groeipad wordt de prestatierelateerde verdeling van 40,5 % ingevoerd? Welk percentage geldt al in 2026, 2027 en 2028?

Ten tweede, welke concrete financiële sancties zullen gelden voor ziekenfondsen die de prestatie-indicatoren niet halen? Is er ook een maximum bepaald voor het verlies dat een individuele landsbond kan oplopen?

Ten derde, hoe verklaart u dat de administratieve financiering drie keer sneller steeg dan het ledenaantal, terwijl de digitalisering het werk toch minder arbeidsintensief had moeten maken? Waarom werd dat niet al eerder gecorrigeerd?

Ten vierde, op welke manier zal de prestatie-indicator voor de re-integratie van langdurig zieken worden gemeten, rekening houdend met de vastgestelde structurele tekortkomingen van de voorbije weken en maanden bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid door adviserende artsen?

Ten slotte wil ik het ook hebben over de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, die de uitkeringen uitbetaalt zonder ideologische bindingen en zonder de structurele verstrengeling van beoordeling. De Hulpkas ontvangt ook geen werkingsvergoeding zoals de private ziekenfondsen. Hebt u onderzocht in welke mate een neutrale overheidsinstelling de uitbetalingstaak kostenefficiënter zou kunnen uitvoeren dan de vijf huidige landsbonden? In hoeverre hebt u het belangenconflict onderzocht waarbij de ziekenfondsen tegelijkertijd beoordelen, uitbetalen en vergoed worden voor de controle, waardoor de totale kosten van het systeem oplopen?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Moons, op uw eerste vraag, in de evaluatiejaren 2026 en 2027 blijft het klassieke VARAK-systeem gelden, met een variabel deel van 20 %. Daarbinnen wegen de T- en W-domeinen respectievelijk 20 % en 30 %. De gesloten enveloppe van de verdeelsleutel stijgt van 5 % in 2026 naar 7,5 % in 2027. Daarnaast wordt binnen VARAK-handhaving jaarlijks 25 miljoen euro extra besparing verwacht in de sector van de geneeskundige verzorging, oplopend tot een besparing van 100 miljoen euro tegen 2030. De besprekingen over de invoering van een nieuw responsabiliseringssysteem vanaf 2028 lopen nog.

Op uw tweede vraag, tot en met 2027 blijft het variabele deel van de administratiekosten 20 %, waarbij middelen worden afgenomen als de doelstellingen niet worden behaald. De besprekingen over de invoering van een nieuw responsabiliseringssysteem vanaf 2028 en het daaraan gekoppelde gewicht van de prestatie-indicatoren lopen nog.

Op uw derde vraag, de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen worden aangepast volgens een specifieke parameterformule, waarbij rekening wordt gehouden met enerzijds de evolutie van de lonen en anderzijds de helft van de gestegen werklast, uitgedrukt in functie van de groeivoet van de geneeskundige verzorging en de toename van het aantal uitkeringsdagen.

Op uw vierde vraag, er zal een concrete prestatie-indicator worden uitgewerkt om de erkenning en evaluatie van de arbeidsongeschiktheid door de verzekeringsinstellingen te evalueren. Het RIZIV zal concreet meten of een bepaald percentage van de leden met een arbeidspotentieel na een jaar effectief deeltijds of voltijds aan het werk is of uit de arbeidsongeschiktheid is uitgestroomd. We zijn dat voor alle duidelijkheid nog aan het bespreken. De details zullen hopelijk op korte termijn verder worden uitgewerkt.

Op uw vijfde en laatste vraag, het pact dat ik met de verzekeringsinstellingen bespreek, heeft als doel om alle elementen van de werking van de verzekeringsinstellingen te omvatten. De aanzetnota die ik daarbij heb uitgedeeld, is daarbij richtinggevend.

05.03 **Kurt Moons** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik heb de indruk dat er nog heel veel te bespreken valt. Op drie van de vijf vragen zegt u immers dat alles nog moet worden uitgewerkt en besproken binnen de regering. Daar kunnen we dus niet veel mee, omdat u ook geen indicatie geeft van de richting die u wilt uitgaan.

Op mijn derde vraag antwoordt u gewoon dat het de evolutie van de lonen betreft en dat die ook gekoppeld is aan andere werkzaamheden. Ik denk nochtans dat het heel duidelijk is dat de werkdruk zou moeten dalen. Daarop hebt u geen echt antwoord gegeven.

Op mijn laatste vraag hebt u evenmin geantwoord in welke mate de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering de ziekte- en invaliditeitsuitkeringen kostenefficiënter zou kunnen beheren. U haalt daarbij opnieuw allerlei andere elementen aan die een algemene strekking hebben en niet erg gedetailleerd zijn.

Ik ben dus eigenlijk niet veel wijzer geworden van uw antwoord.

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

06 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De langdurig zieken met een Belgische uitkering die in het buitenland wonen" (56016242C)

- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De langdurig zieken in het buitenland" (56016376C)

06 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les malades de longue durée qui résident à l'étranger tout en percevant une allocation belge" (56016242C)

- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les malades de longue durée à l'étranger" (56016376C)

06.01 **Ellen Samyn** (VB): Mijnheer de minister, dit is de omzetting van een schriftelijke vraag in een mondelinge. Ik verwacht dus niet dat u hier alle cijfers komt geven. U mag me die gerust apart bezorgen. Maar ik hoop dat u wel duiding kunt geven bij een aantal antwoorden.

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Tussen het jaar 2020 en het jaar 2025 is het jaarlijkse totaalbedrag van uitkeringen aan langdurig zieken in het buitenland geëvolueerd van 138.536.341 euro naar 258.025.945 euro.

Deze groei hangt mogelijk samen met het toenemende gebruik van het vrij verkeer binnen de Europese Unie en de Europese Economische Ruimte plus Zwitserland, waardoor meer gerechtigde zieken zich in het buitenland vestigden.

Verhuizen met behoud van uitkering is enkel mogelijk indien een internationaal coördinatie-instrument dat toestaat. Binnen de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte en de meeste bilaterale verdragen gelden geen beperkingen, al vereisen sommige verdragen een voorafgaande toestemming om medische redenen.

Wat personen in derde landen betreft, niet-verdragslanden dus, hoewel de nationale regelgeving in principe vereist dat men zich op het Belgische grondgebied moet bevinden om een uitkering te ontvangen, volgens de territorialiteitsvoorwaarde, sluit een woonplaats in een derde land, een land zonder verdrag, de medische erkenning van arbeidsongeschiktheid an sich niet uit, maar de uitkering wordt niet langer uitbetaald. Tijdelijk verblijf in een derde land blijft mogelijk met behoud van uitkering mits voorafgaande toestemming van de adviserend arts en met behoud van de hoofdverblijfplaats in België.

Voor invaliden woonachtig in de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte, Zwitserland of de verdragslanden, verlopen de medische controles in beginsel via instellingen in het woonland, op vraag van het ziekenfonds. In de praktijk doen zich daar problemen bij voor als laattijdige, ontbrekende of kwalitatief onvoldoende rapporten, onder meer als gevolg van een beperkte controlecapaciteit die niet is afgestemd op de Belgische controlefrequentie.

We bekijken momenteel samen met de ziekenfondsen hoe we die problemen kunnen oplossen. Ik wil daar wel duidelijk over zijn. Wat geldt voor arbeidsongeschikt erkende personen die in België wonen, geldt ook voor arbeidsongeschikt erkende personen die in het buitenland wonen. Dat betekent dat ook zij tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid een contact moeten hebben met de adviserend arts of een lid van het multidisciplinaire team in de vierde, de zevende en de elfde maand van het eerste jaar.

Zodra onze vierdegolfmaatregel in werking treedt, zal ook van hen tijdens de periode van invaliditeit jaarlijks een test worden gevraagd, eventueel gekoppeld aan een fysiek contact met de adviserend arts.

Op mijn vraag onderzoekt het RIZIV alvast ook hoe grenswerkers met arbeidspotentieel begeleid kunnen worden door onze Belgische arbeidsbemiddelingsdiensten in het kader van de raamakkoorden.

06.03 **Ellen Samyn** (VB): Mijnheer de minister, ik kijk toch op van het bedrag. Als we kijken naar 2020, ging het afgerond over 138 miljoen. Op vijf jaar tijd zien we eigenlijk bijna een verdubbeling naar 258

miljoen in 2025. Ik vind dat toch wel heel opmerkelijk, zeker omdat het over een periode van vijf jaar gaat. Dat moet toch nader worden bekeken.

In ieder geval bedankt voor de antwoorden. Ik blijf het enigszins wrang vinden dat langdurig zieken, zonder eigenlijk al te veel moeite te moeten doen, gewoon naar het buitenland kunnen vertrekken. Volgens ons moet toch meer worden gekeken naar het ziektepatroon van de persoon in kwestie. Eerlijk gezegd, ik krijg de laatste tijd ook heel wat mailtjes van mensen die plots vaststellen dat zij zich jaarlijks zouden moeten laten herevalueren door een Belgische arts. Persoonlijk vind ik dat niet meer dan normaal.

Ik hoop alleen wel dat uw beleid ook rekening houdt met mensen die effectief ongeneeslijk ziek zijn en bijvoorbeeld hun laatste jaren in het buitenland willen doorbrengen. Het lijkt ons ook niet productief, ook voor artsen, om personen opnieuw te herevalueren die nooit meer actief zullen kunnen zijn op de arbeidsmarkt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'absence de cadastre public de bâtiments contenant de l'amiante" (56016429C)

07 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het ontbreken van een openbaar kadaster van gebouwen die asbest bevatten" (56016429C)

07.01 François De Smet (DéFI): *Le magazine Moustique vient de publier un dossier intitulé "Comment la lutte contre ce dangereux polluant doit-elle encore progresser?" et soulève l'absence d'un cadastre amiante clair et rendu public.*

Le Fonds Amiante, créé en 2007, a pour mission première d'indemniser et d'accompagner les victimes belges de maladies liées à l'amiante (quelle que soit leur situation professionnelle : salariés, indépendants, fonctionnaires ou environnemental)- essentiellement des mésothéliomes et cancers bronchiques et également de financer des projets de prévention.

Or l'absence d'un inventaire public des bâtiments et sites contenant de l'amiante rend difficile la prévention active des expositions futures, que ce soit pour les travailleurs, les riverains ou les primo-accédants à la propriété.

En conséquence, monsieur le ministre peut-il me faire savoir:

L'état de constitution d'un cadastre ou inventaire national des bâtiments contenant de l'amiante en Belgique, et les justifications selon lesquelles ce cadastre n'est pas encore rendu public et consultable par les citoyens, les travailleurs et les communes? Si le Fonds amiante dispose des ressources suffisantes pour faire face aux demandes d'indemnisation actuelles et aux nouvelles vagues prévisibles de victimes dont la maladie se déclare avec un délai de latence de 20 à 40 ans, et si la cotisation patronale qui l'alimente a été revue à la hausse au cours de cette législature? Si le gouvernement fédéral envisage de légiférer pour imposer une obligation d'information amiante systématique lors de toute transaction immobilière ou rénovation de bâtiment construit avant 2000, à l'image de ce qui existe dans d'autres pays européens, et qu'en est-il des normes européennes à cet égard?

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur De Smet, en ce qui concerne les inventaires d'amiante, la législation fédérale impose aux employeurs d'établir un inventaire de la totalité de l'amiante et des matériaux contenant de l'amiante présents dans toutes les parties des bâtiments, y compris les éventuelles parties communes, et dans les équipements de travail et équipements de protection se trouvant sur le lieu de travail. Cette obligation est reprise dans le Code du bien-être au travail, qui relève des compétences de mon collègue, M. Clarinval, vers qui je vous renvoie pour plus de précisions.

En ce qui concerne les inventaires dans les bâtiments, ceux-ci relèvent d'une compétence régionalisée sur laquelle l'État fédéral ne peut intervenir. Des obligations légales régionales ont d'ailleurs déjà été

prises en la matière ou sont en cours.

En Flandre, par exemple, depuis le 23 novembre 2022, tout propriétaire de bâtiments construits avant 2001 doit être en possession d'un certificat amiante valide lors de sa vente et, d'ici 2032, tout propriétaire de bâtiments devra être en possession d'un certificat amiante établi par un expert agréé en diagnostic amiante qui établira l'inventaire de l'amiante et l'enregistrera dans la base de données centrale de l'Agence flamande de gestion des déchets (OVAM).

En Wallonie, en novembre dernier, le ministre wallon de la Santé et de l'Environnement a annoncé que le gouvernement wallon poursuivait la mise en œuvre du Plan wallon des Déchets-Ressources, incluant la mise en place d'un inventaire progressif de l'amiante.

Quant aux ressources du Fonds amiante, celles-ci sont fixées conformément à la loi du 25 mai 2017 relative au financement du Fonds amiante qui est principalement alimenté à parts égales par le produit de cotisations à charge des employeurs et une dotation de l'État fédéral ainsi que, dans une moindre mesure, par un financement via le statut social des travailleurs indépendants.

En fonction des prévisions budgétaires, le nombre de trimestres pour lesquels les cotisations à charge des employeurs sont dues est fixé par arrêté royal sur proposition du comité de gestion des maladies professionnelles de Fedris.

La dotation de l'État correspond au montant qui, en complément du produit des cotisations à charge des employeurs, permet de couvrir les dépenses du Fonds amiante. Cette dotation constitue un poste de clôture qui permet de veiller à un cofinancement aussi équitable que possible sur une base pluriannuelle et sans accumuler de réserve. Pour l'année 2026, le budget initial des missions prévoyait des recettes d'un montant de 25 millions, les dépenses étant estimées à 23 660 000 euros. Plus précisément, les recettes prévues étaient d'un montant de 25 218 140 euros. Le budget est donc suffisant, il n'est pas nécessaires d'envisager une augmentation de la cotisation patronale. Le comité de gestion des maladies professionnels de Fedris suit de près l'usage et l'évolution du budget nécessaire à l'indemnisation des victimes.

En ce qui concerne une éventuelle initiative législative, il s'agit ici à nouveau d'une compétence régionale dans laquelle le pouvoir fédéral ne peut intervenir.

07.03 François De Smet (DéFI): Je remercie le ministre pour ses réponses et me renseignerai auprès du ministre Clarinval pour le reste.

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

08 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De mogelijke marktverstoring door mutualiteitsgelieerde zorgwinkels" (56016578C)

08 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'éventuelle distorsion de marché créée par des boutiques de soins en lien avec une mutualité" (56016578C)

08.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, een aantal ziekenfondsen bieden via hun aanvullende verzekeringen voordelen aan. Daarnaast beschikken ze ook over eigen zorgwinkels. Ik gaf in mijn vraag het voorbeeld van Goed, de zorgwinkel van CM, maar er zijn er ook andere. Die zorgwinkels zijn actief op de markt van hulpmiddelen, thuiszorgproducten en incontinentiemateriaal en bieden aanzienlijke kortingen aan CM-leden. Daardoor komen die zorgwinkels rechtstreeks in concurrentie met privéapotheken, thuiszorgwinkels en andere aanbieders die dergelijke voordelen niet kunnen bieden. Tegelijk blijkt uit de jaarrekeningen dat de Goedzorgwinkels structureel verlieslatend zijn, terwijl de aangeboden ledenvoordelen behouden blijven of zelfs worden uitgebreid.

Ik heb daarover een aantal vragen, mijnheer de minister.

Acht u het wenselijk dat ziekenfondsen of aan ziekenfondsen verbonden commerciële structuren via ledenvoordelen en kortingssystemen rechtstreeks concurreren met privéapotheken en zorgwinkels? In

welke mate houdt de geplande hervorming van de aanvullende voordelen van de ziekenfondsen rekening met mogelijke marktverstorende effecten van dergelijke systemen? Op welke wijze wordt gecontroleerd of voordelen die via ziekenfondsen worden aangeboden geen concurrentieverstorende effecten veroorzaken ten aanzien van spelers op de privémarkt? Welke garanties bestaan er dat voordelen die worden aangeboden via aan mutualiteiten gelieerde commerciële structuren niet rechtstreeks of onrechtstreeks worden ondersteund door middelen afkomstig uit de aanvullende verzekering? Bent u bereid bijkomende maatregelen te nemen als zou blijken dat dergelijke systemen inderdaad tot oneerlijke concurrentie of marktverstoring leiden?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik wil verwijzen naar een passage in het regeerakkoord die betrekking heeft op het domein waarin we willen dat de ziekenfondsen actief zijn. Dan hebben we het onder meer over het belang van evidencebased werken. In uitvoering van die passage heb ik, zoals u weet, een nota aan de regering voorgelegd en die ook met de ziekenfondsen in gesprek gebracht, als aanzet tot een echt hervormingspact voor de ziekenfondsen.

In het kader van de gesprekken die ik daarover nu voer, zullen we natuurlijk de financiële participatie van de ziekenfondsen en de inhoud van hun aanvullende verzekeringen bespreken. Dat zijn twee belangrijke punten. Ik ga nu niet vooruitlopen op de conclusies die daaruit zouden kunnen worden getrokken. Het uitgangspunt is natuurlijk toegankelijke en hoogstaande gezondheidszorg.

Wat de concurrentie betreft, als het louter gaat over concurrentieverstoring, is dat iets wat door de FOD Economie moet worden bekeken. U weet dat we om te beginnen heel duidelijk en scherp de missie en de rol van de ziekenfondsen willen afbakenen. In welke mate mogen zij inderdaad in bepaalde domeinen actief zijn? Onder welke voorwaarden? Dat ben ik momenteel nog aan het uitwerken.

08.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Het is een bondig antwoord, maar ik begrijp dat er inderdaad een hervormingspact in de maak is. Ik denk dat zo'n pact echt nodig is. Uit de jaarrekeningen van de Goed Zorgwinkels blijkt dat ze de afgelopen zes jaar 66 miljoen euro verlies hebben opgestapeld. Dat is niet min. Tegelijkertijd staat hun website vol kortingen en extra kortingen voor CM-leden. Een apotheek die zelf investeringen moet doen en de rekeningen op orde moet houden, kan daar natuurlijk niet tegenop.

Ik vraag me af of dat een rol is voor een ziekenfonds. Eerlijk gezegd denk ik van niet. Ziekenfondsen mogen geen commerciële spelers zijn. Ze zitten ook mee aan tafel wanneer afspraken worden gemaakt over de besteding van publieke middelen uit ons gezondheidsbudget. Die twee rollen staan op gespannen voet met elkaar en houden een risico van belangenvermenging in. Daar moet dus echt paal en perk aan worden gesteld.

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

09 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controle op de geldstromen tussen ziekenfondsen en verbonden entiteiten" (56016580C)**

09 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le contrôle des flux financiers entre les mutualités et les entités qui leur sont liées" (56016580C)**

09.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag ligt een beetje in dezelfde sfeer en bouwt voort op een schriftelijke vraag waarop ik een tijdje geleden een antwoord ontving. Daaruit blijkt dat de Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ) geen rekening houdt met de vraag of de huurgelden die de ziekenfondsen met RIZIV-middelen betalen aan hun eigen patrimoniale vzw's wel marktconform zijn. Daardoor is het perfect mogelijk dat ziekenfondsen dergelijke geldstromen gebruiken om geld dat eigenlijk bedoeld is voor het beheer van de verplichte verzekering te laten doorstromen naar verwante vzw's en vennootschappen.

Mijnheer de minister, in welke mate kunt u verzekeren dat dit niet gebeurt? In welke mate kunt u ook verzekeren dat de financiële steun van CM-organisaties aan de Goed Zorgwinkels bijvoorbeeld niet onrechtstreeks met publieke middelen wordt gefinancierd? Hoe controleert de CDZ dat?

Op basis van welke controlemechanismen kunt u uitsluiten dat middelen uit de verplichte ziekteverzekering of uit de administratiekosten voor het beheer ervan via financiële transacties tussen ziekenfondsen en verbonden entiteiten onrechtstreeks bij commerciële structuren terechtkomen?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik moet enigszins in herhaling vallen ten opzichte van eerdere antwoorden aan u, mevrouw Gijbels. Het is de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen om hun middelen als een goede huisvader te beheren. Die middelen komen zowel uit de bijdragen van de leden als uit de forfaitaire administratiekosten die de ziekenfondsen ontvangen voor het beheer van de gezondheidszorg.

Fundamenteel is dat die administratiekosten een gesloten enveloppe vormen en dus forfaitair zijn. Als de ziekenfondsen meer uitgeven aan het beheer van de verplichte verzekering, neemt hun marge gewoon af.

Die werkwijze heeft drie voordelen. Ten eerste biedt ze financiële zekerheid aan alle betrokken partijen, dus ook aan de overheid. Er zijn geen verrassingen op het einde van het jaar. Men weet waartoe men zich verbindt en er komt geen euro meer bij.

Ten tweede worden de bestemmelingen van die administratiekosten aangemoedigd om ze optimaal te beheren. Geen enkel ziekenfonds verhoogt graag de bijdrage van zijn leden om zijn werking te financieren. Dat is als het ware het voordeel van een systeem waarin ziekenfondsen non-profitorganisaties zijn, maar toch met elkaar in een concurrentiële omgeving zitten.

Die combinatie maakt het volgens mij overbodig om een systeem in te voeren waarbij elke beheersuitgave van een verzekeringsinstelling wordt gecontroleerd. De inspecteurs van de CDZ en het RIZIV zouden dan bovendien deskundig moeten zijn in de marktprijzen van elk type goed en van elke dienst. Dat is niet haalbaar, niet redelijk en zeker niet efficiënt.

U weet ook dat de regering beslist heeft de ziekenfondsen een lineaire besparing op hun administratiekosten op te leggen. Binnen dat systeem versterken we tevens de responsabilisering. Ik heb dat deze namiddag al aangehaald in eerdere antwoorden. Het gaat om responsabilisering inzake handhaving, maar ook inzake wat er gebeurt op het gebied van terugkeer naar werk en in de gezondheidszorg.

09.03 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Dank u wel, mijnheer de minister. U hebt gelijk dat ik in herhaling val en telkens opnieuw soortgelijke vragen stel. Dat komt echter doordat ik de kern van de zaak nooit echt lijk te vatten. Mijn probleem met het gebrek aan controle op de marktconformiteit van de huurgelden die ziekenfondsen aan hun patrimoniale vzw's betalen, is dat de gesloten enveloppe waarmee ze moeten werken misschien te ruim is. Er zit mogelijk gewoon te veel geld in die enveloppe.

Dat kunnen we niet controleren als er geen toezicht wordt gehouden op de marktconformiteit. Wanneer ziekenfondsen middelen overhebben, zouden ze die kunnen verschuiven naar hogere huurgelden. Op die manier komen publieke middelen terecht bij vzw's waarin vaak dezelfde bestuurders zitten, die er ook een bezoldigde functie hebben. Diezelfde bestuurders zien we vaak ook terug bij de ziekenfondsen.

Ik blijf het een zeer ontransparant systeem vinden, waarin veel namen terugkomen in verschillende structuren en instellingen die allemaal met elkaar gelinkt zijn. Volgens mij was dat destijds ook de kritiek van het Rekenhof, toen het een analyse maakte van de middelen die binnen de ziekenfondsen circuleren. Het Rekenhof stelde dat die middelen nauwelijks controleerbaar zijn omdat het systeem te weinig transparant is.

Ik denk echt, mijnheer de minister, dat dit in het hervormingspact moet worden meegenomen. We moeten veel meer transparantie in die systemen inbouwen, zodat beter toezicht wordt gehouden op de correcte besteding van de middelen en kan worden nagegaan of we er niet te veel aan uitgeven.

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

10 Vraag van Vincent Van Quickenborne aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De cumulatie van een arbeidsongeschiktheidsuitkering met een politiek mandaat" (56016676C)

10 Question de Vincent Van Quickenborne à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le cumul d'une indemnité d'incapacité de travail et d'un mandat politique" (56016676C)

10.01 **Vincent Van Quickenborne** (Anders.): Minister, in ons land kwam onlangs een schandaal aan het licht dat 8.000 arbeidsongeschikten blijkbaar hun invaliditeitsuitkering met een flexi-job combineren. Mevrouw Muylle bracht die cijfers naar buiten. Er heerste terecht consternatie in het Parlement over dat bericht, zowel bij meerderheid als bij oppositie.

Nu zou blijken – we richten ons tot u, want u zult ons straks de waarheid vertellen – dat bepaalde politici hun vergoedingen en/of wedden combineren met een invaliditeitsuitkering. Ik hoor iemand lachen. Blijkbaar zou dat het geval zijn. Ja, mevrouw Samyn, blijkbaar zouden bepaalde politici, die hun wedde ontvangen of presentiegeld krijgen, dat combineren met arbeidsongeschiktheid.

Minister, om klare wijn te schenken, stel ik u graag de volgende gerichte vragen.

Ten eerste, wat is het wettelijke kader inzake een politiek mandaat en arbeidsongeschiktheid? Bepaalde politieke mandaten geven alleen recht op presentiegeld. Denk aan een gemeenteraadslid, een lid van het bijzonder comité voor de sociale dienst of een provincieraadslid. Daartegenover zijn er ook mensen met een zwaardere, uitvoerend mandaat, zoals een schepen, een burgemeester of een gedeputeerde, misschien zelfs een parlementslid, wie weet zelfs een minister. Wat zijn de regels daaromtrent?

Ten tweede, ik heb deze vraag ingediend op 5 juni, dus meer dan dertig dagen geleden. De antwoordtermijn is dus verstreken. Over welke cijfers beschikt het RIZIV? Zijn er effectief personen die momenteel of in het verleden arbeidsongeschiktheid hebben gecombineerd of combineren met een politiek mandaat? Kan dat worden opgesplitst tussen wat ik lichte mandaten zou willen noemen, namelijk mandaten die worden vergoed via presentiegeld, en zwaardere mandaten, zoals schepen, burgemeester, gedeputeerde, parlementslid, minister of een andere functie?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Quickenborne, een gerechtigde moet steeds de toelating van de adviserend arts hebben om een politiek mandaat tijdens een periode van erkende arbeidsongeschiktheid uit te oefenen. Het speelt geen rol of een dergelijk mandaat via presentiegelden dan wel via een wedde wordt bezoldigd.

Indien het mandaat via presentiegelden wordt bezoldigd, of als de betrokkene een wedde geniet die geen aanleiding geeft tot een onderwerping aan de sociale zekerheid voor werknemers, dat is met name het geval bij de beschermde lokale mandatarissen waarvoor het suppletief sociaal statuut niet van toepassing is, dan geldt de volgende trapsgewijze cumulatieregeling. Gedurende de eerste zes maanden van de toelating wordt de uitkering niet verminderd. Vanaf de eerste dag van de zevende maand van de toelating tot en met het einde van het derde kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de toelating is aangevat, wordt de uitkering met 10 % verminderd. Vanaf het vierde kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de toelating is aangevat, houdt de verzekeringsinstelling rekening met een drempelbedrag aan inkomsten uit de toegelaten activiteit. In 2026 is dat vastgelegd op 22.184 euro. Indien dat drempelbedrag niet wordt overschreden, wordt het normale bedrag toegekend. Bij een overschrijding van 1 tot 14 % wordt de uitkering verminderd in functie van het percentage aan overschrijding. Bij een overschrijding met minstens 15 % wordt de toekenning van de uitkering gedurende het hele jaar geweigerd.

Die trapsgewijze cumulatieregeling is echter niet van toepassing bij een mandaat als gemeente- of OCMW-raadslid, met uitsluiting van het mandaat van voorzitter van de raad. Voor hen geldt steeds een integrale cumulatie. Soms is er wel een onderwerping aan de sociale zekerheid voor werknemers. Dat is met name het geval bij niet-beschermde lokale mandatarissen via het suppletief sociaal statuut. In dat geval wordt de uitkering eventueel verminderd in functie van de tewerkstellingsbreuk. Daarbij geldt een vrijstelling van 20 %.

Het is niet mogelijk om exacte cijfers mee te delen over de als arbeidsongeschikt erkende verzekerden

die met toelating van de adviserend arts een politiek mandaat uitoefenen. Zo is er geen aparte codering voor de lokale mandatarissen die op basis van het suppletief statuut een toelating hebben gekregen met toepassing van de klassieke cumulatieregeling. Deze zitten in de globale cijfers van werknemers met een toegelaten gedeeltelijke werkhervatting.

De enige beschikbare cijfers betreffen het aantal verzekerden die hun uitkering integraal kunnen cumuleren met de inkomsten uit het mandaat als gemeente- of OCMW-raadslid. Voor de periode 2020-2024 schommelt het aantal gerechtigden met een lopende toelating op 31 december rond 200 per jaar. Deze integrale cumulatie is echter ook mogelijk bij de toegelaten uitoefening van de functie van rechter in sociale zaken, rechter in ondernemingszaken of raadsheer in sociale zaken. Een opsplitsing tussen deze categorieën is in de cijfers echter niet mogelijk. De precieze cijfers zijn als volgt: 230 in 2020, 181 in 2021, 173 in 2022, 181 in 2023 en een voorlopig cijfer van 203 in 2024.

10.03 Vincent Van Quickenborne (Anders.): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord. Zeer interessant. Blijkbaar kan men dus een politiek mandaat combineren met arbeidsongeschiktheid. Ik denk niet dat veel mensen in de buitenwereld dat weten. Ik denk dat dat voor veel mensen een verrassing is. Ik zie de heer De Smet ook lachen. Ik denk dat weinig mensen dat weten. Ik wil mensen niet op ideeën brengen, evident niet. Dat zou nogal absurd zijn, maar het is shockerend. Misschien is het nog shockender dan die 8.000 arbeidsongeschikten die dat cumuleren met een flexi-job.

Ik vind het onwaarschijnlijk. Mensen met een politiek mandaat, om het even of het een lokaal of een nationaal mandaat is, krijgen daarvoor een vergoeding, met name presentiegeld of een wedde, en ze kunnen dat combineren met arbeidsongeschiktheid. Uit uw antwoord heb ik geleerd dat men dat de eerste zes maanden perfect kan cumuleren. De uitkering wordt zelfs niet beperkt. Tussen de zevende maand en het einde van het derde kalenderjaar wordt de uitkering verminderd met 10 %; slechts met 10 % verminderd, niet met alles wat men ontvangt.

Volgens de cijfers die u geeft, gaat het over 200 gevallen per jaar. U zegt dat daar ook rechters bij zitten, rechters in sociale zaken en blijkbaar ook rechters in het arbeidshof. Ook daar kan men de vraag stellen waarom een rechter dat moet combineren met arbeidsongeschiktheid. Ik versta dat niet. Ofwel is men rechter, ofwel is men arbeidsongeschikt. Men kan die twee toch niet cumuleren?

Mijnheer de minister, dat bewijst opnieuw dat er in dat dossier van de arbeidsongeschiktheid toch wel wat aan de hand is. Het gaat over bijna 600.000 mensen, en daar zitten mensen tussen die dat combineren met een flexi-job of met een politiek mandaat. Dat wordt op den duur infernaal. Ik zal u daarover zeker nog verder bevragen. Intussen zou ik de regering willen vragen om de poortjes naar de arbeidsongeschiktheid te sluiten, zodat degenen die er echt van moeten gebruikmaken dat kunnen doen en al de rest uit het systeem verdwijnt. Dat is hetgeen wat moet gebeuren.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les certificats médicaux pour absences de courte durée" (56016847C)

11 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Ziektebriefjes voor een korte afwezigheid" (56016847C)

11.01 François De Smet (DéFI): *Le magazine Humo, dans sa livraison du mardi 9 juin 2026, a publié un dossier intitulé « Huisartsen slaan terug — Als de regering nog geld zoekt: schaf de ziektebriefjes voor korte duur af » (p. 24).*

Des médecins généralistes y soutiennent que la suppression de l'obligation du certificat médical pour les absences courtes (1 à 3 jours) représenterait une économie significative pour le système de santé et un désengorgement substantiel des consultations, dont une part importante est aujourd'hui consacrée à des certificats à faible plus-value médicale.

L'obligation du certificat médical en cas d'incapacité de travail est régie par la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail (articles 30bis et 31) et par les conventions collectives de travail sectorielles.

Plusieurs pays voisins ont aboli ou allégé cette obligation pour les absences courtes : les Pays-Bas, depuis la loi de 1996; l'Allemagne, où la "Krankschreibung" n'est obligatoire qu'au-delà de trois jours dans la plupart des secteurs; le Royaume-Uni, via la "self-certification" jusqu'à sept jours.

Le Plan d'action pour les médecins généralistes 2022-2025 du précédent gouvernement reconnaissait explicitement la surcharge administrative comme l'une des causes majeures de la pénurie. L'INAMI a estimé en 2024 à environ 8 millions le nombre de certificats médicaux de courte durée délivrés annuellement, soit environ deux à trois consultations par adulte actif.

En conséquence , M. le ministre peut-il me faire savoir:

1° une évaluation de votre administration de l'impact budgétaire et organisationnel d'une suppression ou d'un allègement de l'obligation du certificat médical pour absences de 1 à 3 jours

2° Comment il évalue les régimes des Pays-Bas, de l'Allemagne, du Royaume-Uni et de la France, et quelles leçons en tire-t-il quant à l'équilibre entre lutte contre l'absentéisme abusif et désengorgement des généralistes?

3.° si cette piste s'inscrit-elle dans la continuité du Plan d'action pour les médecins généralistes 2022-2025, et selon quelle procédure de concertation avec les partenaires sociaux, l'INAMI et les organisations représentatives des généralistes?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur De Smet, je crois que la question met le doigt sur un problème bien réel: la surcharge administrative de nos médecins généralistes. Je tiens d'abord à préciser que cette matière relève au premier chef de la compétence de mon collègue de l'Emploi. Toute réforme requiert par conséquent une approche intercabinets.

Je serai clair: à ce stade, il n'existe aucun projet de modifier les dispositions relatives aux certificats de courte durée, et aucune étude n'est davantage programmée. Les exemples étrangers incitent, du reste, à la prudence. En effet, l'Allemagne vient précisément de prendre le chemin inverse: elle supprime la déclaration de maladie par téléphone, obligeant à nouveau les travailleurs à se présenter physiquement chez le médecin; et ce, dès le premier jour d'absence plutôt qu'à partir du quatrième. Le gouvernement entend ainsi réduire un absentéisme élevé. Cela montre qu'un assouplissement n'est pas qu'une simple opération d'économies.

Notre position est nuancée: nous ne sommes pas favorables à une suppression pure et simple des certificats de courte durée, mais nous ne fermons pas la porte à toute réflexion. L'enjeu est de trouver un équilibre où chacun – employeur, travailleur et médecin – assume sa responsabilité dans la prévention de l'absentéisme, y compris de courte durée, et dans la facilitation d'un retour au travail rapide. C'est là que se situe aujourd'hui notre priorité.

11.03 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, je prends bonne note de l'évaluation que vous faites des exemples étrangers, qui me paraissent parlants. Cela dit, je comprends votre position nuancée. Pour les congés de maladie de courte durée, il y a, selon moi, un chemin à trouver pour atteindre un bon équilibre entre une simplification administrative pour les médecins généralistes qui s'en plaignent beaucoup et la responsabilisation nécessaire des employeurs et des principaux concernés. Nous assurerons le suivi de ce sujet. Je vous remercie.

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

12 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het ontbreken van een centraal overzicht van het aantal langdurig zieke vastbenoemde ambtenaren" (56016865C)

- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Langdurig zieke ambtenaren en ambtenaren met een pensioen wegens medische ongeschiktheid" (56016874C)

12 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le manque de vue d'ensemble centralisée sur les fonctionnaires statutaires malades de longue durée" (56016865C)

- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les fonctionnaires malades de longue durée et ceux mis à la retraite pour inaptitude physique" (56016874C)

12.01 **Irina De Knop** (Anders.): Goedemiddag, collega's, mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister.

België telt volgens de officiële cijfers meer dan 576.000 langdurig zieken. Die cijfers vormen de basis van het debat over arbeidsongeschiktheid, over re-integratie en over de betaalbaarheid van onze sociale zekerheid. Uit recent onderzoek blijkt dat een belangrijke groep niet in deze statistieken voorkomt, met name de vastbenoemde ambtenaren.

Ik hoef dat in dit publiek niet uit te leggen, maar door de historische regeling van het ziektepensioen en de uiteenlopende registratiesystemen binnen de verschillende overheden bestaat vandaag geen volledig en centraal overzicht van het aantal vastbenoemde ambtenaren dat langer dan één jaar arbeidsongeschikt is. Verschillende overheidsdiensten hanteren blijkbaar andere definities en registratiemethoden, waardoor we geen totaalbeeld hebben. Nochtans wordt van werknemers, zelfstandigen en werkgevers steeds meer inspanning gevraagd om langdurige arbeidsongeschiktheid te voorkomen en mensen opnieuw naar werk te begeleiden.

Dat is een van de speerpunten van het beleid van u, minister Vandenbroucke. In die zin is het opmerkelijk dat de overheid zelf blijkbaar geen volledig beeld heeft van de omvang van langdurige arbeidsongeschiktheid binnen haar eigen personeelsbestand, terwijl ze net ook een voorbeeldfunctie heeft. Vandaar mijn vragen.

Klopt het dat er vandaag geen centraal overzicht bestaat van het aantal vastbenoemde ambtenaren dat langer dan één jaar arbeidsongeschikt is? Beschikt u over een eigen raming van het totaal aantal langdurig zieke vastbenoemde ambtenaren?

Acht u het wenselijk dat verschillende overheden en instellingen vandaag uiteenlopende definities en registratiemethoden hanteren om langdurige arbeidsongeschiktheid te registreren? Bent u bereid om samen met de bevoegde ministers en overheden werk te maken van een uniforme registratie, zodat er wel een volledig beeld ontstaat?

Hoe kan volgens u een doelmatig beleid rond re-integratie en werkhervatting worden gevoerd wanneer voor een belangrijk deel van het overheidspersoneel geen volledige en vergelijkbare cijfers beschikbaar zijn?

Vindt u het aanvaardbaar dat de federale overheid vandaag zeer veel gedetailleerde cijfers bijhoudt over langdurig zieken in de privésector, maar zelf geen volledig zicht heeft op langdurige arbeidsongeschiktheid binnen een zeer belangrijk deel van het eigen overheidspersoneel?

Voorzitster: Ellen Samyn.

Présidente: Ellen Samyn.

12.02 **Ellen Samyn** (VB): *Uit een onderzoek van HLN blijkt dat België bovenop het aantal van 576.643 langdurig zieken, ook nog 86.911 langdurig zieke ambtenaren telt, wat het totale aantal langdurig zieken op ongeveer 663.554 personen brengt, een historisch record. Wanneer HLN details begon na te vragen bij de verschillende overheidsdiensten, bleek dat nagenoeg geen enkele dienst details kon bezorgen en dat ze allemaal op een andere basis cijfers bijhielden.*

Heeft u hierover overlegd met uw collega van Ambtenarenzaken, mevrouw Matz?

Beschikken u of uw kabinet wel over een correct cijfer inzake langdurig zieke ambtenaren binnen de verschillende overheidsdiensten? Zo ja, is het mogelijk om dit met het parlement te delen? Zo nee, waarom niet en hoe kan u uw beleid onderbouwen zonder de details en correcte cijfers te kennen inzake langdurig zieke ambtenaren?

Hoe verklaart de minister dat er blijkbaar wel details bijgehouden worden voor alle langdurig zieke werknemers (en dat er dus uniforme wetgeving is binnen de privé-sector), maar niet voor langdurig zieke ambtenaren?

Zal u - samen met uw collega van Ambtenarenzaken - werk maken om ook voor die ambtenaren die reeds een pensioen wegens medische ongeschiktheid ontvangen te voorzien in re-integratie op de arbeidsmarkt en een re-evaluatie van hun ziekte? Wat zijn hier de struikelblokken of waarom is dit niet mogelijk?

12.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik hecht er uiteraard zeer veel belang aan dat langdurig zieke statutaire ambtenaren vanuit dezelfde visie en met dezelfde zorg worden begeleid als werknemers uit de privésector, contractuele ambtenaren en zelfstandigen. Het uitgangspunt is voor iedereen hetzelfde. Wie langdurig ziek is, verdient een kwaliteitsvolle begeleiding die maximaal inzet op herstel en, waar mogelijk, op een duurzame terugkeer naar werk. Het mag niet uitmaken onder welk statuut iemand valt.

Vanuit die overtuiging hebben we er bewust voor gezorgd dat langdurig zieke statutaire ambtenaren die niet meer kunnen terugkeren naar hun oorspronkelijke job, sinds 1 juni de mogelijkheid krijgen om over te stappen naar het ZIV-systeem. Daarmee kunnen ook zij een beroep doen op het traject en de begeleidingsinstrumenten die binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden aangeboden, op gelijke voet met andere categorieën van zieken.

Tegelijk pleiten we ook hier nadrukkelijk voor een grotere verantwoordelijkheid van de publieke werkgevers zelf. Net zoals private werkgevers een rol spelen in preventie, opvolging en re-integratie, moeten ook de overheidswerkgevers die verantwoordelijkheid ten volle opnemen. Op dat vlak gebeurt al heel wat en dat verdient erkenning.

Met betrekking tot het aangehaalde gebrek aan een globaal overzicht wil ik wel duidelijk zijn over de bevoegdheidsverdeling. Het beheer en de monitoring van langdurig zieke statutaire ambtenaren vallen niet onder mijn bevoegdheid. Die verantwoordelijkheid ligt, zowel op federaal als op regionaal niveau, bij de verschillende andere bevoegde ministers, elk voor de personeelsleden die onder hun bevoegdheid vallen. Vragen over een geconsolideerd overzicht en de bijbehorende monitoring moeten dan ook tot hen worden gericht.

Dat is mijn misschien wat korte antwoord op de gestelde vragen.

Président: Denis Ducarme.

Voorzitter: Denis Ducarme.

12.04 **Irina De Knop** (Anders.): Dank u wel, mijnheer de minister, voor uw korte antwoord.

U bent eigenlijk niet verder gekomen dan te zeggen dat het belangrijk is dat zij op dezelfde manier worden behandeld. Ik heb ook begrepen dat u een aantal instrumenten toegankelijk wilt maken voor federale ambtenaren. We zullen verder moeten opvolgen op welke manier dat effectief kan gebeuren.

Het is natuurlijk al te gemakkelijk te stellen dat dit niet uw bevoegdheid is en dat dit onder de bevoegdheid van de respectieve collega's ressorteert, afhankelijk van de overheidsdienst waarvoor zij bevoegd zijn. Dat is nu in essentie het probleem. U bent zelf vice-eersteminister. Deze regering heeft zich tot doel gesteld om de kwestie van het aantal langdurig zieken grondig aan te pakken. U wilt daarbij de cijfers terugdringen. Enerzijds horen we af en toe dat u het aantal langdurig zieken met 100.000 zou willen doen dalen. Anderzijds laat u gewoon – hoe zegt u dat vaak? – het kraantje lopen. Het is belangrijk dat u de verschillende kraantjes natuurlijk tegelijkertijd bedient om ook een impact te hebben op de overheidsuitgaven. Uiteraard blijven die mensen ook betaald. Misschien verloopt dit via een ander systeem, maar de kwestie blijft onze overheidsuitgaven evenzeer onder druk zetten. Als we die overheidsuitgaven willen beperken, zullen we ook een beleid rond langdurig zieken bij de ambtenaren moeten voeren.

Ik roep u dus op, mijnheer de minister, om als minister van Volksgezondheid en als minister bevoegd voor langdurig zieken een geïntegreerd beleid te ontwikkelen bij de verschillende overheidsdiensten, alvast op federaal niveau. Op die manier kunnen we de kwestie echt efficiënt aanpakken, zodat mensen niet in een vergeetput terechtkomen, zoals nu al te vaak het geval is. We moeten mensen tonen wat hun potentieel en hun mogelijkheden zijn en hen ertoe bewegen om opnieuw aan de slag te gaan, hetzij bij de overheid, hetzij in de privésector.

Ik denk dat dit een maatschappelijke verantwoordelijkheid is van ons allemaal, en dit zou bovendien ook op budgettair vlak de nodige effecten kunnen hebben. Op dat vlak schiet Arizona absoluut tekort. Ik zal zeker ook bij de collega's, zoals bij de heer Ronse, hier blijvend de aandacht op vestigen, want men kan niet verwachten dat mensen in de privésector op een andere manier worden bejegend dan ambtenaren.

12.05 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord. Wij delen in ieder geval de mening dat wie langdurig ziek is, inderdaad kwaliteitsvolle en volledige begeleiding verdient. Wie ziek is, is uiteraard ook ziek, maar zij die willen werken, zouden toch de kans moeten krijgen om opnieuw aan de slag te gaan.

Ik heb uw antwoord goed beluisterd. Ook over dit dossier word ik de laatste tijd regelmatig gecontacteerd door ambtenaren die eigenlijk op medisch pensioen werden gestuurd, bijvoorbeeld omdat ze een jaar hun functie niet meer konden uitoefenen, maar ook omdat ze bijvoorbeeld niet goed overeenkwamen met hun leidinggevende. Zij zeggen dat ze absoluut terug aan het werk zouden willen gaan, soms zelfs binnen dezelfde functie, maar dat dit momenteel gewoonweg niet kan. Het is goed dat het medisch pensioen is afgeschaft, maar natuurlijk zitten we nog met tienduizenden ambtenaren die in dat systeem zitten.

U geeft ook aan dat er sinds 1 juni de mogelijkheid is om over te stappen naar het ZIV-systeem. U rekent daarbij op een grote verantwoordelijkheid van de werkgevers zelf. Wij rekenen natuurlijk ook op de verantwoordelijkheid van de overheid om daar werk van te maken. Ik hoop dan ook dat de regering het juridische regelwerk herbekijkt en dat ook meeneemt in toekomstige wetsontwerpen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Vraag van Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De arbeidsparticipatietoeslag" (56016918C)

13 Question de Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le complément de participation au marché du travail" (56016918C)

13.01 Nahima Lanjri (cd&v): Mijnheer de minister, ik heb vorig jaar in oktober een voorstel van resolutie ingediend om via een pilootproject een arbeidsparticipatietoeslag in te voeren. Op die manier kunnen werknemers die aan de slag zijn, maar dreigen uit te vallen omdat ze ziek zijn of overbelast zijn bijvoorbeeld door artrose of een aandoening zoals MS, tijdelijk worden vrijgesteld van een aantal arbeidsuren. De overheid zou dan voor de niet-gewerkte uren een bijpassing doen, zodat het inkomensverlies gedeeltelijk wordt gecompenseerd. Zij kunnen dan immers niet rekenen op hun volledige loon, omdat ze niet alle uren hebben gewerkt. Sommigen noemen dat een soort preventief ziekteverlof.

Ik ben heel blij dat u een dergelijke regeling wil uitvoeren. Op die manier kunnen we er immers voor zorgen dat werknemers die uiteindelijk volledig zouden uitvallen, preventief minder uren kunnen werken. Dat is een win-winsituatie, zowel voor de werknemer als voor de werkgever, die toch kan blijven rekenen op zijn werknemers.

U hebt uw goede wil getoond en het engagement genomen om vanaf 1 januari 2027 te starten met een pilootproject voor een beperkte groep en voor een beperkt aantal aandoeningen, namelijk progressieve aandoeningen. Daarvoor werden ook de middelen in de meerjarenbegroting 2026-2029 ingeschreven. Het RIZIV, dat de *lead* over het project, heeft alvast een werkgroep opgericht om het pilootproject verder vorm te geven.

Onlangs was ik op werkbezoek en daar heb ik een aantal nieuwe suggesties opgevangen. Zo stelde een adviserend arts voor om de arbeidsparticipatietoeslag, waar nodig, in de toekomst te koppelen aan een al dan niet verplichte begeleiding, zodat betrokken werknemer geneest of zijn of haar aandoening ten minste niet verergert. Zo kan iemand met rugklachten het preventieprogramma van Fedris voor lage rugpijn volgen. Vandaag staat dat programma alleen open voor werknemers die arbeidsongeschikt zijn of waren. Als we dat in de toekomst ook kunnen openstellen voor werknemers die hun arbeidsprestaties verminderen en een arbeidsparticipatietoeslag krijgen, is dat een stap vooruit. Op die manier krijgen zij de door de arts noodzakelijk geachte begeleiding.

Hoever staat het met de werkzaamheden van de werkgroep bij het RIZIV? Is er al duidelijkheid over de manier waarop het proefproject vorm zal worden gegeven? Zal het focussen op een aantal specifieke sectoren of bedrijven of staat het open voor alle werknemers van de doelgroep?

Het pilootproject zou vanaf 1 januari 2027 van start gaan. Mikt u nog altijd op die datum?

Wanneer komt u met het wettelijk kader naar de Kamer? Of zult u het pilootproject uitvoeren zonder dat daarvoor een wettelijke aanpassing nodig is?

Bent u bereid om in te gaan op mijn suggestie en de toekenning van de toeslag te combineren met een vorm van begeleiding, als dat nodig is?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dank u wel, mevrouw Lanjri, voor de vraag en voor uw engagement met betrekking tot de arbeidsparticipatietoeslag.

De werkgroep bij het RIZIV zal in het najaar operationeel van start gaan. Die begint niet van nul. Tijdens de vorige legislatuur werd al voorbereidend werk verricht rond de contouren en de onderliggende logica van de toeslag. Dat maakt dat de werkgroep met een stevige basis kan vertrekken en niet elk element opnieuw hoeft te ontwerpen. De eerste opdracht van de werkgroep is precies wat u aanstipt: een zorgvuldige afbakening van het toepassingsgebied en de doelgroep.

Dat is een essentiële eerste stap, omdat net die afbakening bepaalt hoe robuust en werkbaar het pilootproject wordt. Pas nadat die contouren scherp zijn, kan de concrete vormgeving worden bepaald. Ik wil daar op dit moment dan ook niet op vooruitlopen, om de werkgroep de ruimte te geven dat grondig te onderzoeken.

Uw suggestie om, waar nodig, een vorm van begeleiding aan de toeslag te koppelen, vind ik oprecht waardevol. Ze sluit goed aan bij de dubbele ambitie van de maatregel: werknemers aan het werk houden en tegelijkertijd voorkomen dat de medische problematiek verergert. De verwijzing naar bestaande preventieprogramma's, zoals het programma Lage rugpijn van Fedris, is in dat opzicht een interessante piste. Ik geef de denkoefening graag mee aan de werkgroep. Die kan bekijken of en hoe een dergelijke begeleiding, al dan niet verplicht in bepaalde gevallen, binnen het proefproject vorm kan krijgen.

De start van het pilootproject op 1 januari 2027 blijft onze streefdatum. Dat staat ook zo in de meerjarenbegroting. Het wettelijk kader moet aan de Kamer worden voorgelegd. Ik zal dat doen zodra de werkgroep zijn afbakeningswerk heeft afgerond.

Ik verkies een gedegen voorbereiding boven overhaasting, zodat we aan u en aan heel het Parlement een werkbaar en juridisch solide ontwerp kunnen aanbieden.

13.03 **Nahima Lanjri** (cd&v): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister.

Uw antwoord doet mij zeker plezier, niet alleen omdat mijn resolutie wordt uitgevoerd weliswaar voor een afgebakende doelgroep, die nog verder vorm zal krijgen, maar ook omdat u wilt ingaan op mijn bijkomende suggestie. Ik ben tevreden dat u die aan de werkgroep wilt bezorgen, zodat daarmee rekening kan worden gehouden. Ze is gebaseerd op wat ik van het werkveld heb opgevangen en ik zal daarnaar ook terugkoppelen.

Ik kijk dan ook uit naar het najaar, wanneer we kennis zullen kunnen nemen van het resultaat van de

werkzaamheden in de vorm van een wettelijk initiatief, zodat we vanaf 1 januari het pilootproject effectief kunnen opstarten. Daarmee zal mijn resolutie de facto op het terrein worden uitgevoerd.

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

14 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De referentiefiches voor arbeidsongeschiktheid" (56016955C)
- Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De re-integratie in het arbeidsproces en nieuwe aanbevelingen over arbeidsongeschiktheid" (56017114C)

14 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les fiches de référence en matière d'incapacité de travail" (56016955C)
- Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le retour au travail et les nouvelles recommandations relatives aux incapacités de travail" (56017114C)

14.01 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u hebt onlangs voor een twintigtal aandoeningen referentiefiches gepubliceerd die artsen moeten ondersteunen bij de inschatting van arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. De fiches geven onder meer aan hoelang patiënten gemiddeld arbeidsongeschikt zijn, wanneer een werkonderbreking niet noodzakelijk is en hoe een terugkeer naar het werk kan worden begeleid.

Het is op zich positief dat artsen bijkomende wetenschappelijke ondersteuning krijgen bij soms heel moeilijke beoordelingen. Arbeidsongeschiktheid is immers complex en artsen moeten vaak onder tijdsdruk inschatten wat medisch verantwoord is.

Tegelijk uitien huisartsen en patiëntenorganisaties grote bezorgdheden. Zij vrezen immers dat de fiches ook zullen worden gebruikt als vaste norm, als maximumduur voor ziekteverlof of als instrument om artsen onderling te vergelijken. Zij geven aan dat dat problematisch kan zijn. Een dergelijke fiche mag de klinische autonomie van de arts immers niet vervangen en mag geen drukkingsmiddel worden tegen patiënten of zorgverleners.

Artsen geven met andere woorden aan dat eenzelfde diagnose bij verschillende patiënten leiden tot totaal verschillende symptomen en gevolgen, dat ook de context erg belangrijk is en dat de concrete werksituatie van die patiënten erg belangrijk is. Een administratief medewerker met rugklachten kan niet worden vergeleken met een magazijnier met dezelfde rugklachten.

Op basis van die bezorgdheden heb ik een aantal vragen.

Kunt u bevestigen dat de referentiefiches louter bedoeld zijn als ondersteunend instrument en niet als bindende norm of maximumduur voor arbeidsongeschiktheid?

Hoe zult u vermijden dat de fiches door werkgevers, ziekenfondsen of controlediensten worden gebruikt om patiënten of artsen onder druk te zetten?

Welke garanties krijgen artsen dat zij gemotiveerd kunnen afwijken van de referentieduur wanneer de individuele medische situatie of de werkomstandigheden dat vereisen?

Op welke manier werden huisartsen, arbeidsartsen, adviserend artsen en patiëntenorganisaties betrokken bij de opmaak van de fiches?

Op welke manier zult u het gebruik van de fiches evalueren?

Kunt u nog even uitleggen hoe dat instrument kadert in een breder beleid rond re-integratie?

14.02 **Isabelle Hansez** (Les Engagés): Monsieur le ministre, le SPF Emploi a récemment publié, en collaboration avec le Collège National de Médecine d'assurance sociale, une série de fiches de

référence relatives à la capacité de travail pour une vingtaine d'affections courantes. Ces recommandations proposent notamment des durées indicatives d'arrêt de travail pour différentes pathologies, qu'il s'agisse de troubles musculosquelettiques, de troubles psychiques ou encore de maladies chroniques. Selon les informations communiquées, ces fiches ont été élaborées avec le concours de spécialistes et de représentants de la médecine générale. Elles ont vocation à constituer un outil d'aide à la décision pour les médecins traitants, tout en laissant à ceux-ci la possibilité d'adapter leur appréciation à la situation individuelle de chaque patient.

Cette initiative intervient dans un contexte où la Belgique est confrontée à une augmentation importante du nombre de personnes en incapacité de travail de longue durée. Elle s'inscrit également dans le cadre plus large des politiques de prévention, d'accompagnement et de retour au travail mises en œuvre ces dernières années.

Au-delà de la question de la durée des certificats médicaux, ces nouvelles recommandations soulèvent dès lors une interrogation plus large quant à leur articulation avec les différents acteurs qui interviennent dans le parcours d'un travailleur en incapacité: médecins traitants, médecins-conseils des mutualités, employeurs, tous les acteurs des services de prévention et de protection au travail, ainsi que les coordinateurs des dispositifs de retour au travail.

Dans cette perspective, il apparaît essentiel que les différents intervenants puissent disposer d'une vision cohérente et partagée des objectifs poursuivis, afin de favoriser, lorsque cela est possible, une reprise progressive, durable et adaptée de l'activité professionnelle dans l'intérêt tant du travailleur que de son employeur.

Monsieur le ministre, je voudrais savoir quel regard vous portez sur la publication de ces nouvelles fiches de référence et sur leur contribution potentielle à la prévention des incapacités de longue durée. Comment ces recommandations seront-elles articulées avec les dispositifs de retour au travail, les médecins-conseils des mutualités et les différents trajets de réintégration afin de favoriser une reprise durable de l'activité professionnelle tout en garantissant la qualité des soins et le respect de l'autonomie médicale du médecin traitant?

14.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, ten eerste, de fiches zijn een kapstok ter ondersteuning van de artsen bij het opstarten van het gesprek met hun patiënt over diens terugkeer naar werk. De patiënt moet daarbij steeds centraal staan en alle relevante factoren moeten in rekening worden gebracht. Die fiches gaan uit van een soort basispatiënt, een generieke patiënt. Ze houden dus geen rekening met de specifieke context van een concrete patiënt of met eventuele andere aandoeningen.

Artsen moeten telkens vertrekken vanuit de situatie van de concrete patiënt die op dat moment voor hen zit, en niet louter vanuit de pathologie. Daarnaast zijn die fiches misschien wel beschikbaar in de artsensoftware, maar een arts is niet verplicht om ze open te klikken.

Ten tweede kunnen we, zoals eerder gezegd, geen one size fits all toepassen, juist omdat de context van elke patiënt anders is. Het is belangrijk dat iedereen dat goed beseft. De fiches vertrekken van een basispatiënt, maar die basis moet door de behandelende arts worden geïnterpreteerd op basis van de omstandigheden van de patiënt. De fiches bieden dus handvatten, maar de arts en de patiënt bepalen samen welke richting ze uitgaan, naar gelang van de noden van de concrete patiënt.

De voorzitter van Domus Medica, dokter Maaïke Van Overloop, verwoordde dat heel mooi in *De Ochtend* op Radio 1: "Artsen zijn hoogopgeleide mensen die een wetenschappelijke scholing hebben genoten. Ze kennen de mensen die voor hen zitten en hebben het beste met hun patiënten voor. Samen met de betrokken patiënt zijn zij het best geplaatst om na te gaan welke mogelijkheden er zijn voor de werkhervatting. Vanuit die optiek worden de fiches ook opgesteld."

Ten derde, de fiches werden opgesteld in een van de werkgroepen van het Nationaal College voor socialeverzekeringsgeneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid. Het college brengt vertegenwoordigers samen van de belangrijkste instellingen van de sociale zekerheid, aangevuld met artsen uit verschillende disciplines en wetenschappelijke verenigingen. Zo wordt expertise uit beleid, praktijk en wetenschap gebundeld.

Voor de fiches werd samengewerkt met de KU Leuven. Na de literatuurstudie werden workshops georganiseerd met onder meer artsen van Domus Medica en SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale). Op basis van de feedback uit die workshops werden de fiches herwerkt. Vervolgens werden ze opnieuw voorgelegd aan de artsen van zowel het college als het RIZIV.

Op basis van hun feedback werd een bètaversie ontwikkeld, die werd nagelezen en becommentarieerd door huisartsen van Domus Medica en SSMG. Hun feedback werd meegenomen en heeft geleid tot de huidige versie van de fiches.

Ten vierde, ik spreek bewust niet van een finale versie, want de fiches hebben een evolutief karakter en kunnen voortdurend worden verbeterd. Onderaan op de website van het college staat een link naar een evaluatieformulier waarmee artsen doorlopend feedback over de fiches kunnen geven.

Ten vijfde, het Nationaal College voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde inzake Arbeidsongeschiktheid zal in de werkgroep die de fiches ontwikkelt, de mogelijkheden bekijken om het gebruik van de fiches na te gaan.

Ten zesde, zoals ik eerder gezegd heb, bieden de fiches handvaten aan de artsen, maar moeten ze die nog wel verder invullen op basis van de patiënt die voor hen staat. De fiches zijn nuttig in de zin dat ze een overzicht geven van de medische informatie en dan systematisch enkele blokken afwerken – hersteltraject, terug-naar-werktraject, referentieduurtijden voor werkonderbreking in het licht van het herstel en belangrijke factoren – om de situatie van de patiënt te beoordelen. In die kaders wordt de arts herinnerd aan belangrijke te stellen vragen of mee te nemen informatie. Dat kan als geheugensteuntje voor artsen dienen.

Je tiens à préciser que ces fiches ont été élaborées par le SPF Sécurité sociale, en collaboration avec le Collège national de médecine d'assurance sociale (CNMAS) en matière d'incapacité de travail. Les médecins-conseils des mutualités en font pleinement partie, et l'un d'entre eux a même présidé le groupe de travail à l'origine de ces fiches.

Het zijn dus geen bindende normen. Er is geen maximumduur en er is geen sprake van drukingsmiddelen. Ze dienen als een kapstok, een soort geheugensteun en zijn geen verplichting.

Het nationaal college zal in die werkgroep ook bekijken hoe een grotere harmonisatie tussen de verschillende re-integratietrajecten en instellingen kan worden bereikt, en het effectieve gebruik van de fiches op het terrein evalueren.

14.04 Irina De Knop (Anders.): Ik ben het eens met de stelling van de vertegenwoordiger van Domus Medica dat huisartsen hoog- en goedopgeleide mensen zijn, dat hun opleiding wetenschappelijk onderbouwd is en dat zij dus perfect kunnen inschatten wat nodig is voor patiënten, maar dan rijst wel de vraag wat de meerwaarde is van de referentiefiches voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en de duur ervan.

Ik hoor u woorden gebruiken als "kapstok", "geheugensteun" en "richtlijn". Dan kan ik niet anders dan besluiten dat er heel veel geld is geïnvesteerd in een instrument dat uiteindelijk weinig veralgemeend kan worden toegepast en dat bovendien erg wantrouwig wordt onthaald door heel wat artsen en patiënten. In de praktijk bestaat natuurlijk de bezorgdheid dat die fiches zullen worden gebruikt door adviserend artsen van de ziekenfondsen, door het RIZIV, door verzekeraars en door werkgevers, waardoor artsen zich onder druk gezet zouden kunnen voelen om ziekteverloven binnen de referentieduur te houden.

Bedankt voor uw antwoord.

14.05 Isabelle Hansez (Les Engagés): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour vos réponses et pour l'historique de la mise sur pied de ces fiches.

La publication de ces nouvelles fiches de référence constitue une initiative intéressante. J'ai bien compris qu'elles pouvaient aider les médecins traitants à disposer de repères scientifiques communs, tout en préservant leur autonomie d'appréciation qui est cruciale, selon nous.

Au-delà des durées indicatives d'incapacité, l'enjeu est et reste surtout celui de la coordination entre les différents acteurs: médecins traitants, médecins-conseils, médecins du travail, psychologues et acteurs des services de prévention. Une reprise durable du travail suppose que ces intervenants poursuivent des objectifs cohérents et partagent les bonnes informations dans le respect du secret médical. Nous ne manquerons pas de suivre de près l'évolution de ces fiches dans le cadre des ambitions de retour au travail que notre gouvernement s'est fixées.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Chers collègues, faisons le point sur l'état d'avancement de nos travaux. Le premier constat à poser est que nous n'aurons pas terminé aujourd'hui. Mme Lanjri, qui est contrainte de nous quitter, m'a demandé si M. le ministre accepterait que ses questions qui ne peuvent être abordées aujourd'hui soient traitées par écrit.

14.06 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, je dois préalablement vérifier les réponses que j'ai en préparation car il m'arrive en effet souvent de les modifier quelque peu, lorsque je ne suis pas totalement en accord avec la formulation proposée. Je vais donc relire mes préparations et celles que je peux diffuser seront traitées par écrit.

Le **président**: Faites la vérification, monsieur le ministre.

Chers collègues, deux parlementaires sont présentes pratiquement depuis le début de la séance mais n'ont pas encore pu poser leurs questions. Il nous reste 45 minutes, seriez-vous d'accord pour que je bouscule un peu l'ordre du jour afin de permettre à Mmes Désir et Muylle de poser leurs questions, quitte à ce qu'elles renvoient à la version écrite? Cela ne pose apparemment pas de problème et je vous en remercie.

15 Vraag van Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het flexi-jobben als mandataris" (56017414C)

15 Question de Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'exercice d'un flexi-job en tant que mandataire" (56017414C)

15.01 Nathalie Muylle (cd&v): *Mijnheer de minister, in een tussentijdse instructie van de RSZ werd beslist dat prestaties als politiek mandataris niet langer in aanmerking worden genomen voor de minimale prestatievereiste waaraan voldaan moet worden om een flexi-job te kunnen doen.*

De instructie werd gepubliceerd op 12 mei 2026 en geldt vanaf 1 juli 2026. Concreet betekent dat dat schepenen, burgemeesters, parlementsleden en ministers vanaf die datum geen flexi-job meer mogen uitvoeren.

De Vlaamse minister van Binnenland gaf reeds terecht aan dat deze instructie niet in lijn is met de praktijk op het terrein. Dankzij de flexibiliteit van een flexi-job is dit lokale mandatarissen vaak een haalbare manier om hun engagement voor de gemeenschap financieel te kunnen blijven combineren.

In die context heb ik volgende vragen:

Was u voor de publicatie van de instructie effectief op de hoogte van de wijziging? Zo ja, waarom werd hier geen overleg gepleegd met de regionale ministers bevoegd voor het statuut van lokale mandatarissen?

Hoe staat u zelf tegenover deze instructie?

De Vlaamse minister van Binnenland gaf al aan met u hierover in gesprek te willen gaan, bent u bereid een oplossing te vinden?

Indien er geen oplossing uit de bus komt, kunnen er dan op zijn minst overgangsmaatregelen voorzien worden?

Ik dank u voor uw antwoorden.

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Muylle, mijn antwoord is vrij lang, maar ik zal proberen het snel te lezen.

In antwoord op uw eerste vraag heeft de RSZ op 20 april mijn beleidscel op de hoogte gebracht van het standpunt van het directiecomité van de RSZ over de verenigbaarheid van een tewerkstelling als flexi-werknemer door een lokale mandataris of een mandataris met de voorwaarden van artikel 4 van de wet van 16 november 2015, waaronder de voorwaarde van een tewerkstelling van minstens vier vijfde als werknemer bij een andere werkgever tijdens het kwartaal T-3.

De RSZ-administratie had haar juridische analyse al in december 2025 gedeeld met de representatieve verenigingen van de lokale besturen, de Union des Villes et Communes de Wallonie, de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten en Brulocalis.

Die analyse kwam er naar aanleiding van een vaststelling door de RSZ-inspectiedienst op het terrein. De conclusie van die analyse is dat politieke mandatarissen niet voldoen aan de voorwaarden van artikel 4 § 1 van de wet van 16 november 2015. Dat artikel vereist dat de betrokkene een tewerkstelling uitoefent bij een of meerdere werkgevers die samen minstens overeenstemt met een viervijfdebetrekking of een voltijdse betrekking. Politieke mandatarissen oefenen hun mandaat immers niet uit in ondergeschikt verband en niet bij een werkgever in de zin van die wet.

In antwoord op uw tweede vraag vloeit de instructie voort uit een juridische analyse van de toepasselijke wetgeving. De RSZ is tot de conclusie gekomen dat politieke mandatarissen niet voldoen aan de wettelijke voorwaarden. Daarom heeft de RSZ beslist zijn administratieve praktijk aan te passen, uitsluitend voor de toekomst, met ingang van het derde kwartaal van dit jaar. Om billijkheidsredenen heeft die aanpassing geen gevolgen voor het verleden.

Mij lijkt de juridische analyse van de RSZ correct. Ik heb mij dus niet verzet tegen de administratieve beslissing die op die basis is genomen. Lokale mandatarissen, evenals federale en regionale parlements- en regeringsleden, oefenen hun mandaat niet uit in ondergeschikt verband en staan niet onder het gezag van een werkgever. Zij zijn noch werknemer, noch statutair ambtenaar, noch zelfstandige. Het mandaat wordt dan ook niet uitgeoefend bij een werkgever, zoals bedoeld in artikel 4 § 1 van de wet van 16 november 2015.

Uit de analyse van de RSZ blijkt bovendien dat de impact van deze aanpassing beperkt is. Van de 21 beschermde lokale mandatarissen die in het derde kwartaal van 2025 een flexi-job uitoefenden, worden er 11 niet geraakt door de wijziging, omdat zij daarnaast nog een andere tewerkstelling hebben van minstens 80 % en dus ook zonder hun politiek mandaat voldoen aan de tewerkstellingsvoorwaarde.

Verder zijn er vier beschermde mandatarissen met een bijkomende tewerkstelling van minder dan 80 %. Zij zullen bij een ongewijzigd tewerkstellingsvolume niet langer kunnen flexi-jobs. Voor de overige zes beschermde mandatarissen beschikt de RSZ niet over informatie over hun sociaal statuut. Indien ze gepensioneerd zijn, kunnen ze een flexi-job blijven uitoefenen. Indien ze daarentegen zelfstandige in hoofdberoep zijn, kwamen ze ook voordien niet in aanmerking voor een flexi-job.

De niet-beschermde lokale mandatarissen bevinden zich in een andere situatie. Ze genieten van een suppletief sociaal statuut dat bedoeld is om sociale bescherming te bieden aan personen die niet uit hoofde van een andere hoedanigheid of beroepsactiviteit sociaal beschermd zijn. Alhoewel zij daarom in de DmfA worden aangegeven en socialezekerheidsbijdragen verschuldigd zijn, is dat geen volwaardig werknemersstatuut. Doordat het een suppletief statuut is met beperkte onderwerping voor de takken ziekte- en invaliditeitsverzekering en werkloosheid van het werknemersstelsel, zijn die sociale bijdragen trouwens beperkt tot 18,48 %, samengesteld uit een persoonlijke bijdrage van 5,57 % en een patronale bijdrage van 12,91 %.

Dat is dus geen volwaardig werknemersstatuut, maar een specifieke beschermingsregeling die ertoe strekt sociale bescherming te bieden aan mensen die niet uit hoofde van een andere hoedanigheid of beroepsactiviteit sociaal beschermd zijn. Bovendien kan de uitoefening van een flexi-job ertoe leiden dat ze op basis daarvan zelf voldoende sociale rechten opbouwen, waardoor ze niet langer voldoen aan de voorwaarden die aan de basis liggen van dat suppletief statuut.

Uit een analyse van de RSZ blijkt dat tien niet-beschermde lokale mandatarissen in het derde kwartaal van 2025 een flexi-job uitoefenden. Van hen hadden er vijf daarnaast nog een beperkte DmfA-aangifte met veelal verlof zonder wedde of een onbezoldigde afwezigheid als ambtenaar om een politiek

mandaat uitoefenen. De andere vijf hadden naast hun politiek mandaat geen andere tewerkstelling. Vanaf het derde kwartaal van 2026 zullen die tien mandatarissen niet langer in aanmerking komen om een flexi-job uit te oefenen.

Wat uw derde vraag betreft, mijn collega Hilde Crevits heeft op 18 juni een brief geschreven waarop ik op 1 juli heb geantwoord op basis van wat ik hier net heb gezegd, wat mij de juridische analyse lijkt te zijn. Als er geen oplossing uit de bus komt, zijn er dan overgangsmaatregelen? Het RSZ heeft beslist de zesde aangepaste interpretatie uitsluitend voor de toekomst toe te passen, met ingang dus van het derde kwartaal van dit jaar.

15.03 Nathalie Muylle (cd&v): Dat is duidelijk, waarvoor dank.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les effets sociaux de la réforme du chômage sur les familles monoparentales et les personnes BIM" (56017965C)

16 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De sociale gevolgen van de werkloosheidshervorming voor eenoudergezinnen en RVT-begunstigden" (56017965C)

16.01 Caroline Désir (PS): *Monsieur le ministre, les constats publiés par Solidaris ne surprennent malheureusement pas : ils confirment ce que le PS redoutait depuis le début. Cette réforme du chômage ne fait pas que réduire des droits, elle aggrave la précarité de celles et ceux qui étaient déjà les plus vulnérables : des personnes BIM, des familles monoparentales, des femmes seules avec enfants.*

Solidaris nous dit que six familles monoparentales sur dix doivent renoncer à des soins. Six sur dix ! Et que 85 % de ces familles sont dirigées par des femmes. Ce sont des mères qui se privent pour que leurs enfants mangent, des femmes qui vivent avec la peur de ne plus pouvoir payer un loyer, des personnes qui renoncent à se soigner parce qu'elles n'ont plus les moyens. La réforme du chômage n'a pas seulement réduit des droits : elle a abîmé des vies.

Solidaris documente un renforcement de la précarité, un risque de non-recours au statut BIM, une dégradation de la santé mentale, et un accès aux soins qui se réduit alors que les besoins augmentent. Il est clair que cette réforme crée des inégalités de santé et met en danger des milliers de femmes et d'enfants.

Monsieur le ministre,

Comment évaluez-vous l'impact de cette réforme sur la précarisation des familles monoparentales et des personnes BIM?

Quelles mesures urgentes comptez-vous prendre pour réduire le renoncement aux soins et améliorer l'accès à la santé mentale, alors que les chiffres montrent une détresse croissante?

Envisagez-vous de renforcer l'information sur le statut BIM afin que ces familles puissent réellement accéder aux soins?

16.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Pour la première question, je vous renvoie, madame Désir, à mon collègue, M. Clarinval.

Pour la deuxième question, je partage votre inquiétude quant à la pression psychique que subissent les personnes qui perdent leur allocation. Évidemment, cette insécurité financière peut peser lourdement sur la santé mentale. C'est pourquoi l'accès à un soutien psychologique accessible reste essentiel. Via la convention soins psychologiques de première ligne, des séances individuelles ou en groupe chez un psychologue ou un orthopédagogue clinicien, ou en collaboration sur des lieux d'accroche comme les CPAS, sont accessibles à un tarif fortement réduit, à bas seuil et sans détour

obligatoire par les soins spécialisés.

Nous veillons à ce que ce dispositif soit bien visible et accessible, y compris pour les personnes en situation de précarité, afin d'intervenir tôt et d'éviter que la détresse ne s'aggrave. Évidemment, les CPAS peuvent encore prendre des initiatives pour créer ce type de lieu d'accroche, comme nous les appelons. Je les invite à le faire, à vrai dire.

L'information doit bien sûr rester renforcée, mais il faut rappeler que le système ne repose pas uniquement sur une demande spontanée des personnes concernées. En effet, plusieurs mécanismes existent aussi pour limiter le non-recours à ce droit. Le statut est par exemple déjà octroyé automatiquement pour les bénéficiaires d'un revenu d'intégration du CPAS après trois mois, de la GRAPA, d'allocation aux personnes handicapées ou d'allocation d'aide aux personnes âgées.

Par ailleurs, depuis 2015, le flux proactif vise à identifier les ménages susceptibles d'avoir droit à l'intervention majorée mais qui n'en bénéficient pas encore, et à les faire contacter par leur mutualité. Les ménages comme les familles monoparentales sont donc identifiés et contactés, puis invités à introduire une demande auprès de leur mutualité sur la base d'une déclaration de revenu. Enfin, depuis 2024, via l'octroi d'office, les mutualités examinent proactivement la situation de personnes isolées avec ou sans enfant à charge, qui sont au chômage, en incapacité de travail ou en invalidité depuis au moins trois mois. Les ménages n'ont alors aucune démarche à entreprendre, et la mutualité octroie d'office le statut BIM.

Ces dispositifs, octroi automatique, octroi d'office et flux proactif ont donc permis de renforcer ces dernières années le combat contre le non-recours. Ils expliquent notamment qu'aujourd'hui, 2,5 millions de personnes bénéficient du statut BIM en Belgique. Cela étant, je partage l'objectif de mieux informer les publics vulnérables. Nous continuerons donc à travailler afin que les familles monoparentales et les personnes à faibles revenus soient orientées rapidement vers leurs droits, sans obstacles administratifs inutiles.

16.03 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. J'entends bien que les différents dispositifs mis au point ont permis de renforcer la lutte contre le non-recours aux droits, mais les chiffres que nous présente Solidaris nous inquiètent particulièrement par rapport à une série de publics vulnérables, en conséquence de la réforme des allocations de chômage.

Je pense sincèrement qu'il va falloir redoubler d'efforts pour que certaines personnes ne se retrouvent pas complètement en dehors des radars, avec de nouvelles difficultés qui se posent en termes de non-recours aux droits. Nous vous invitons vraiment à redoubler de vigilance à l'égard de ces publics les plus précarisés, notamment les familles monoparentales. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n° 56016992C et n° 56017219C de Mme De Knop seront traitées par écrit.

17 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De actuele stand van zaken van het Terug-naar-werkfonds" (56017567C)

17 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'état actuel de la situation en ce qui concerne le Fonds Retour Au Travail" (56017567C)

17.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, dank voor de flexibiliteit Het zou inderdaad fijn zijn als ik de antwoorden op mijn vragen nr. 56017219C en nr. 56017567C schriftelijk mag ontvangen.

Ik wil wel graag mijn vraag over de actuele stand van zaken van het Terug-naar-werkfonds stellen. In antwoord op eerdere vragen zei u dat het gebruik van dat fonds bijzonder beperkt bleef. Vorig jaar waren er slechts 100 vouchers toegekend en waren amper 5 begeleidingen afgerond, terwijl er ruim 9 miljoen euro beschikbaar was. Later erkende u zelf dat het systeem tot nu toe geen succes is. Intussen werd de doelgroep verruimd en kondigde u ook aan dat werkgevers vanaf 2027 zelf een voucher zullen kunnen aanvragen voor een werknemer die nog in dienst is, maar arbeidsongeschikt

erkend is. Nu moet dat altijd op initiatief van de zieke zelf gebeuren.

Mijnheer de minister, graag krijg ik een actuele stand van zaken.

Hoeveel middelen zitten vandaag in het Terug-naar-werkfonds? Hoeveel vouchers zijn ondertussen aangevraagd, toegekend en opgestart? Hoeveel begeleidingstrajecten werden ondertussen afgerond? Hoeveel toegekende vouchers werden niet gebruikt of zijn vervallen? Hoeveel van de afgeronde trajecten hebben geleid tot gedeeltelijke of volledige werkhervatting? Wordt ook opgevolgd of die werkhervatting duurzaam is, bijvoorbeeld na 6 of 12 maanden? Erkent u dat het systeem nog altijd te afhankelijk is van vrijwillige aanvraag en bekendheid bij de betrokkene? Welke maatregelen kunt u nemen indien blijkt dat de opname van het fonds beperkt blijft?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, sedert 1 januari van dit jaar is er niet enkel een algemene toename in het aantal aanvragen voor een tussenkomst van het Terug-naar-werkfonds, We zien ook een toename in het aantal aanvragen op basis van plannen die gemaakt worden door de terug-naar-werkcoördinator. De rol die de terug-naar-werkcoördinator inneemt, wordt daarmee dus wel belangrijker en dat vind ik een goede zaak. Het was één van de vele pijnpunten in dat verhaal. Bij de ziekenfondsen heeft men in het begin niet echt ingespeeld op dit nieuwe instrument. Dat is nu wel aan het gebeuren.

U weet dat de doelgroep in het najaar wordt uitgebreid. Alle erkenningsgerechtigden kunnen dan vanaf de eerste dag van de zevende maand in primaire arbeidsongeschiktheid in aanmerking komen voor de toekenning van een voucher.

Vanaf 1 januari 2027 zal een werkgever voor een arbeidsongeschikte werknemer in dienst ook een voucher kunnen aanvragen om ondersteuning te ontvangen en op die manier noodzakelijke eerste stappen of stappen terug naar de werkvloer te kunnen zetten.

Persoonlijk vind ik het een heel belangrijke evolutie dat wij het mogelijk zullen maken voor een werkgever om dat instrument aan te vragen. Werkgevers hebben naast andere tegemoetkomingen die zij kunnen krijgen, een beter zicht dan individuele mensen op wat daarmee kan worden gedaan.

Ik kijk daar echt naar uit, maar dat gaat pas op 1 januari 2027 in.

Mevrouw De Knop, ik kom nu bij de cijfers. Ik heb hier vier pagina's met heel erg gedetailleerde cijfers. Ik wil ze u bezorgen. Het heeft geen zin dat ik ze voorlees, maar ik stel voor dat ik die cijfers, waarin ik allerlei elementen aangeef, via het secretariaat en persoonlijk aan u overhandig. Dan kunt u daarmee aan de slag.

17.03 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, het is opmerkelijk dat u niet kunt zeggen hoeveel middelen er vandaag in dat Terug-naar-werkfonds zitten en hoeveel begeleidingstrajecten er ondertussen volledig zijn afgewerkt. Dat zijn toch vrij eenvoudige cijfers?

U hebt ook mijn twee laatste vragen niet beantwoord. Erkent u dat het systeem nog altijd te afhankelijk is van de vrijwillige aanvraag en de bekendheid ervan bij de betrokkenen? Ja, daarop hebt u wel geantwoord. Welke bijkomende maatregelen zult u nemen als blijkt dat de opname te beperkt is? Daarover heb ik u niet veel horen zeggen, behalve dat werkgevers dat ook in de toekomst zullen kunnen geven. Ik heb nog altijd niet gehoord dat een terug-naar-werktraject verplicht zal worden in het kader van een arbeidsongeschiktheid.

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

17.04 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, is het mogelijk om de antwoorden op de vragen 56017110C en 56017111C schriftelijk te krijgen? Dan volstaat dat voor mij.

17.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: (...)

18 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vergoeding aan ziekenfondsen voor de terugvordering van onterecht uitbetaalde bedragen" (56017110C)

18 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'indemnisation des mutualités pour le recouvrement de montants indûment versés" (56017110C)

18.01 Frieda Gijbels (N-VAI): Ik verwijs naar de schriftelijke voorbereiding van de vraag.

In uw antwoord op mijn schriftelijke vraag over de vergoeding die ziekenfondsen ontvangen voor de terugvordering van onterecht uitbetaalde bedragen gaf u aan dat hiervoor in 2024 bijna 24 miljoen euro werd uitgekeerd aan de verzekeringsinstellingen. U stelde daarbij ook dat er geen rapportering beschikbaar is over de verschillende types recuperaties waarvoor deze vergoeding wordt toegekend.

Hoeveel werd er in 2024 effectief gerecupereerd door de verzekeringsinstellingen aan onterecht uitbetaalde bedragen?

Wordt het recuperatieniveau per verzekeringsinstelling opgevolgd? Zo ja, hoe verschillen de resultaten tussen de verzekeringsinstellingen?

Hoe verklaart u dat jaarlijks bijna 24 miljoen euro aan vergoedingen wordt uitgekeerd, terwijl er geen rapportering beschikbaar is over de verschillende vormen van recuperatie waarop deze vergoeding betrekking heeft?

Bent u bereid om de rapportering over deze vergoedingen te verbeteren, zodat beter kan worden nagegaan welke prestaties tegenover deze publieke middelen staan?

Hoeveel bedraagt het totale aantal terugvorderingen op basis waarvan de bonus werd toegekend?

Het valt me op dat de bonussen die toegekend worden aan de HZIV heel sterk gestegen zijn: de bonus bedraagt in 2024 bijna drie keer meer dan in 2023 en meer dan zes keer zoveel als in 2021. Wat verklaart die sterke stijging op korte termijn? Wat verklaart dat de HZIV ineens een veel hogere bonus ontvangt, terwijl de bonus van de andere ziekenfondsen min of meer op hetzelfde niveau blijft?

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Voor het dienstjaar 2024 hebben de verzekeringsinstellingen over alle sectoren en stelsels samen afgerond 235,5 miljoen euro teruggevorderd in het kader van artikel 136, § 2, en artikel 164. Het gaat enerzijds om terugvorderingen ten laste van een derde of een andere verzekering en anderzijds om ten onrechte betaalde prestaties. Het recuperatieniveau wordt vastgesteld per verzekeringsinstelling, sector en stelsel. Ik zal u de gedetailleerde tabellen met de ventilatie niet voorlezen; u kunt ze krijgen.

De vergoeding aan de verzekeringsinstellingen wordt berekend op basis van het totale teruggevorderde bedrag. Daarbij speelt noch het aantal terugvorderingsdossiers, noch het type terugvordering een rol. De bedragen op basis van beide artikelen kunnen afzonderlijk worden geïdentificeerd en worden ook afzonderlijk gerapporteerd aan de bevoegde technische commissies en beheerscomités van het RIZIV. Voor de berekening van het recuperatieniveau en het daaraan gekoppelde percentage wordt evenwel uitgegaan van het totaal van beide bedragen.

De stijging van het aan de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering toegekende bedrag hangt samen met de verbetering van haar terugvorderingspercentage. Daarbij moet worden opgemerkt dat de hulpkas wordt gefinancierd op basis van de werkelijke behoeften, na aftrek van de eigen inkomsten. Een hogere vergoeding voor terugvorderingen leidt dus tot een overeenkomstige daling van haar algemene financiering. Het globale financieringsbedrag van de instelling blijft bijgevolg ongewijzigd.

Voor de volledigheid en in antwoord op uw laatste twee vragen werd aan de Dienst voor Administratieve Controle (DAC) bijkomende informatie gevraagd over zowel het totale aantal terugvorderingsdossiers als de stijging van het bedrag bij de hulpkas. Ik volg dat verder op en bezorg u de tabellen via het secretariaat. Maar u kunt ze ook hier meteen krijgen.

18.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dan kom ik die dadelijk even ophalen. Dank daarvoor.

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

19 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De digitalisering van Fedris" (56017111C)**

19 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La numérisation de Fedris" (56017111C)**

19.01 **Frieda Gijbels (N-VA):** *Geachte minister, in uw antwoord op mijn schriftelijke vraag over de verwerkingstermijnen bij het Asbestfonds gaf u aan dat Fedris reeds een kostenraming heeft gemaakt voor de ontwikkeling van een digitaal opvolgsysteem, maar dat de haalbaarheidsstudie nog niet werd uitgevoerd omdat er momenteel geen budget aan dit project kan worden toegewezen.*

Dat roept enkele bijkomende vragen op.

Waarom kan er momenteel geen budget worden vrijgemaakt voor de uitvoering van de haalbaarheidsstudie?

Is het nog steeds de bedoeling om de haalbaarheidsstudie voor het digitale opvolgsysteem MyFedris/AFA uit te voeren? Zo ja, tegen welke termijn?

Wanneer verwacht u een definitieve beslissing te kunnen nemen over de verdere ontwikkeling van dit project?

Tegen welke timing wenst u het digitale opvolgsysteem effectief operationeel te hebben voor de slachtoffers?

Welke maatregelen zullen in afwachting van dit systeem worden genomen om de communicatie met slachtoffers en de opvolging van dossiers te verbeteren?

19.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Dit gaat over de digitalisering van Fedris. Dat is natuurlijk een belangrijke strategische prioriteit voor Fedris.

De ambitie is om te evolueren naar een meer toegankelijke, transparante en gebruiksvriendelijke dienstverlening, waarbij slachtoffers van een beroepsziekte of een arbeidsongeval kunnen beschikken over een gepersonaliseerde digitale omgeving. Die moet hen in staat stellen om aanvragen digitaal in te dienen, de voortgang van hun dossier op te volgen, te communiceren met hun dossierbeheerder en eenvoudig toegang te krijgen tot relevante documenten en informatie.

Binnen de huidige begroting zijn, rekening houdend met andere prioriteiten op het vlak van digitalisering, nog geen specifieke kredieten voorzien. Daarnaast wordt het project herbekeken in het licht van de bredere federale digitale ontwikkelingen, in het bijzonder het MyGov-initiatief van de FOD BOSA, waarin Fedris als sleutelpartner optreedt. Die aanpak moet toelaten maximale coherentie te verzekeren, dubbele investeringen te vermijden en schaalvoordelen optimaal te benutten.

De concrete timing voor zowel de haalbaarheidsstudie als een definitieve beslissing over de verdere ontwikkeling van het project zal dan ook afhangen van de voortgang van die federale trajecten en van de beschikbaarheid van middelen. Door deze gefaseerde en geïntegreerde benadering wordt beoogd het project stevig te verankeren in een toekomstgericht en duurzaam federaal digitaliseringsbeleid.

In afwachting van een volwaardig digitaal opvolgsysteem worden intussen belangrijke stappen gezet om de dienstverlening te verbeteren. Zo zet Fedris verder in op het gebruik van de eBox als veilig communicatiemiddel met burgers. Vanaf 2026 zal de eBox voor burgers bovendien bidirectioneel functioneren, waardoor gebruikers niet alleen documenten kunnen ontvangen, maar ook zelf antwoorden kunnen bezorgen, inclusief bijlagen. Parallel worden papieren formulieren stelselmatig omgezet naar digitale e-forms, waarbij gebruikers meteen de nodige documenten kunnen toevoegen.

Daarnaast wordt gewerkt aan een pragmatische tussentijdse oplossing die op korte termijn, in 2026, een concrete meerwaarde biedt, namelijk de ontwikkeling van een beveiligde digitale toegangspoort via de website, waar gebruikers zich kunnen authenticeren en documenten in het kader van hun dossier kunnen indienen. Die oplossing kan worden beschouwd als een eerste, stapsgewijze invulling van een meer geïntegreerde digitale omgeving en laat toe ervaring op te bouwen met digitale interactie met de gebruiker.

Ook op het vlak van de interne verwerking worden stappen gezet. Binnenkomende post wordt via een digitale mailroomoplossing, Open System Dispatch, gescand en elektronisch verspreid. Dat draagt bij tot een betere traceerbaarheid en een snellere opvolging van dossiers.

Voor het Asbestfonds gelden bovendien specifieke richtlijnen die gericht zijn op een proactieve en efficiënte communicatie. Nabestaanden worden, wanneer Fedris daarvan op de hoogte is, actief gecontacteerd en geïnformeerd over hun rechten. Zij ontvangen ook de nodige formulieren om een aanvraag tot schadeloosstelling in te dienen.

Via deze combinatie van strategische positionering, gefaseerde ontwikkeling en concrete verbeteringen op korte termijn wordt ingezet op een geleidelijke, maar doordachte transitie naar een volwaardige digitale dienstverlening.

19.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik ben blij dat er inderdaad stappen worden gezet, ook al in afwachting van een definitieve oplossing. Ik denk dat dat toch al heel wat verbetering met zich mee zal brengen. Dank u wel.

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

20 Vraag van Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De herevaluatie van langdurig zieken en de 4de golf van maatregelen" (56017130C)

20 Question de Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réévaluation des malades de longue durée et la 4e vague de mesures" (56017130C)

20.01 Ellen Samyn (VB): *U gaf op de radio aan dat de 4de golf aan maatregelen in het kader van uw Terug-naar-werk beleid werd goedgekeurd in de ministerraad. Op Radio 1 herhaalde u nogmaals dat de bedoeling is om het aantal langdurig zieken met 100.000 te doen dalen ten opzichte van wat voorspeld was. In HLN werd in een artikel onmiddellijk melding gemaakt dat de ziekenfondsen 218.000 dossiers van langdurig zieken zouden herbekijken. Dit roept toch een aantal vragen op.*

*Kan u alvast meegeven welke additionele maatregelen vervat zitten in uw 4de golf?
Wordt met de 4de golf tevens de problematiek rond het individueel maatwerk en de verschuldigde solidariteitsbijdrage door bedrijven, zoals vastgelegd in uw 3de golf, aangepakt? Zo ja, op welke manier? Zo nee, werd er onderzoek naar verricht en geconcludeerd dat dit te ingewikkeld is?
HLN maakt melding van het feit dat langdurig zieken jaarlijks op controle zullen moeten gaan bij hun arts, wat betekent dit voor de werkdruk van artsen? Is dit houdbaar voor hen?
Bij het gesprek met de arts moet vastgesteld worden wat een zieke werknemer wel of niet meer kan, hoe zal de specifieke begeleiding terug naar werk verlopen aangezien niet iedereen geschikt is voor eender welke job?*

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: Wat betreft uw eerste vraag, naast de herevaluaties die door de verzekeringsinstellingen moeten worden uitgevoerd, bevat de vierde golf onder meer maatregelen met betrekking tot het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid voor de adviserend arts. Zo is er bijvoorbeeld een verbod op het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid voor basisartsen, dat zijn artsen met een RIZIV-nummer eindigend op 000 of 009. De regel is dat arbeidsongeschiktheid in principe alleen kan worden voorgeschreven als er een vaste relatie is met de huisarts of de praktijk waarin de huisarts werkt, ondersteund dus door een GMD, behoudens situaties van overmacht.

Het principe is dat de behandelend arts bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid na het verstrijken van zes weken in het dossier bestemd voor de adviserend arts over vaststellingen moet beschikken van andere beoefenaars van een gezondheidszorgberoep. In de regel wordt een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid van de behandelend arts verplicht tijdens de periode van invaliditeit, waarbij de duur van dat getuigschrift maximaal één jaar kan bedragen. Er is daar een uitzondering voorzien voor verzekerden met een ernstige pathologie.

Voorzitster: Nathalie Muylle.

Présidente: Nathalie Muylle.

Andere maatregelen zijn onder andere het verhogen van de werkhervattingspremie tot 3.000 euro, de uitbreiding van de solidariteitsbijdrage naar de vierde en vijfde maand van de arbeidsongeschiktheid en de uitbreiding van de doelgroep voor het TNW-fonds, waarover ik het daarnet al had.

Wat betreft uw tweede vraag, ik voorzie via de vierde golf geen uitzondering op de betaling van de solidariteitsbijdrage in geval van individueel maatwerk bij een werkgever. Bij collectief maatwerk daarentegen is die uitzondering volgens mij wel gerechtvaardigd. Werknemers tewerkgesteld in een maatwerkbedrijf hebben immers een grotere afstand tot de arbeidsmarkt en behoren tot een kwetsbare doelgroep waarvoor maatwerkbedrijven specifiek zijn opgericht. Betaling van de solidariteitsbijdrage voor dergelijke werkgevers zou volledig in strijd zijn met de specifieke bestaansreden van deze bedrijven.

Wat betreft uw derde vraag, artsen spelen een belangrijke rol in de medische en therapeutische opvolging van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid. Het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid mag niet worden beschouwd als een louter administratieve handeling, maar maakt deel uit van de medische en therapeutische opvolging.

Ik ben me bewust van de tijd die artsen aan administratie besteden en zet daarom ook in op administratieve vereenvoudiging via het elektronisch getuigschrift van arbeidsongeschiktheid.

Ik komt tot uw vierde vraag. Een arts zal in de toekomst via het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid een signaal kunnen geven om een dialoog op te starten tussen de behandelend arts en/of de arbeidsarts en/of de adviserend arts over de mogelijkheden voor aangepast of ander werk. Daardoor zal een snellere en betere begeleiding richting re-integratie van de persoon in arbeidsongeschiktheid mogelijk zijn. Ook aan de werkgever kan het signaal worden gegeven dat een gesprek met de werknemer over een mogelijke werkhervatting tot de mogelijkheden behoort. Dat kan voor de werkgever het signaal zijn om een gesprek op te starten over aangepaste of gedeeltelijke werkhervatting, waardoor de re-integratiemogelijkheden sneller en gericht worden onderzocht.

20.03 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, ik denk niet dat er iemand in deze commissiezaal vindt dat er niets moet worden gedaan aan het probleem van de langdurig zieken. Toch twijfel ik nog altijd een beetje aan uw aanpak en aan de effectiviteit van de verschillende golven aan maatregelen. Het lijkt ons zeker goed om dossiers op regelmatige basis opnieuw te evalueren, maar ik mis toch het aspect werkbaar werk in het discours van de regering. Veel maatregelen zijn eerder gebaseerd op dwang. Ik stel me de vraag hoelang het zal duren voor personen die nu hun ziekte-uitkering verliezen na een herevaluatie opnieuw langdurig ziek worden, bijvoorbeeld met mentale klachten.

Een groot deel van uw terug-naar-werkbeleid steunt eerder op dwang, zowel voor de betrokkenen als voor de bedrijven. De bedrijven zullen bovendien een groot deel van uw aanpak moeten betalen. Zo is gebleken dat de kosten van het ziekteverzuim met maar liefst 7 % zijn gestegen door uw derde golf aan maatregelen. Ik hoop dat de regering daar toch ook rekening mee zal houden.

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

De **voorzitter**: Vragen nrs. 56017135C en 56017137C van mevrouw Schlitz worden uitgesteld, net als vraag nr. 56017199C van de heer De Smet. Vraag nr. 56017219C van mevrouw De Knop wordt schriftelijk behandeld.

21 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De link tussen de ziekte van Parkinson en pesticiden" (56017244C)

21 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le lien entre la maladie de Parkinson et les pesticides" (56017244C)

21.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de ingediende vraag, al voeg ik eraan toe dat ik niet weet waarom deze vraag geagendeerd is onder Sociale Zaken.

Het is immers een vraag over volksgezondheid, tenzij u in uw antwoord erkent dat luchtvervuiling een sociaal probleem is en dat we dat in de commissie moeten aanpakken.

De ziekte van Parkinson is wereldwijd de snelst groeiende neurodegeneratieve aandoening. Het aantal patiënten neemt sterk toe en de ziekte treft bovendien steeds vaker jongere mensen. Vandaag is naar schatting 5 tot 10 procent van de patiënten jonger dan 50 jaar. Intussen leven meer dan 65.000 Belgen met de ziekte en elk jaar komen daar duizenden diagnoses bij.

Naast luchtvervuiling wordt ook blootstelling aan pesticiden steeds vaker genoemd als een belangrijke risicofactor. Dat verband werd o.a. bevestigd in de studie die Fedris in oktober 2024 publiceerde over de relatie tussen beroepsmatige blootstelling aan pesticiden en de ziekte van Parkinson. In antwoord op mijn eerdere schriftelijke vraag gaf u aan dat u Fedris op basis van deze studie de opdracht had gegeven om het causale verband verder uit te diepen. Daarbij zou onder meer een lijst worden opgesteld van pesticiden die de voorbije 25 jaar in België werden gebruikt en die als potentieel neurotoxisch worden beschouwd, met het oog op het bepalen van criteria voor beroepsmatige blootstelling. Daarnaast zou worden gewerkt aan klinische diagnosecriteria.

Daarover heb ik de volgende vragen:

Wat is de stand van zaken van het vervolgonderzoek dat aan Fedris werd toevertrouwd? Welke vooruitgang werd geboekt bij de opmaak van de lijst van potentieel neurotoxische pesticiden en bij de ontwikkeling van klinische diagnosecriteria? Indien er nog geen of beperkte vooruitgang is geboekt, wat zijn daarvan de redenen?

Recent Nederlands onderzoek wijst eveneens op een verband tussen de ziekte van Parkinson en blootstelling aan pesticiden. Zo blijkt de prevalentie van Parkinson relatief hoog in landbouwintensieve provincies zoals Groningen en Friesland. Overweegt u een gelijkaardige epidemiologische studie voor België te laten uitvoeren om de geografische spreiding van Parkinson en mogelijke verbanden met landbouwactiviteiten en pesticidengebruik in kaart te brengen? Zo ja, op welke termijn? Zo neen, waarom niet?

Omdat blootstelling aan pesticiden in belangrijke mate vermijdbaar blijkt, benadrukken parkinsonneurologen het belang van een preventieve aanpak. Wanneer ik uw collega, minister Clarinval, aanspreek over een strengere regulering van pesticiden, sleept hij met de voeten. Welke initiatieven zult u binnen uw bevoegdheid als minister van Volksgezondheid nemen om een preventieve aanpak van Parkinson te versterken en het gezondheidsrisico van pesticiden onder de aandacht te brengen binnen de federale regering? Hebt u hierover reeds overleg gepleegd met uw collega bevoegd voor Landbouw? Zo ja, met welk resultaat?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Lysebettens, dat is absoluut zo, maar de reden daarvoor is dat Fedris hier aan de slag is. Fedris behoort typisch tot Sociale Zaken.

In antwoord op uw eerste vraag zijn de werkzaamheden nog altijd aan de gang onder toezicht van de medische commissies Nieuwe Ziekten en Chemische en Toxische Agentia, commissies binnen Fedris.

Ter herinnering, Fedris heeft die commissies ermee belast om ten eerste een lijst op te stellen van chemische agentia die de voorbije 25 jaar in België als pesticiden werden gebruikt en die als potentieel neurotoxisch worden erkend, om de criteria voor beroepsmatige blootstelling te bepalen, en ten tweede om de klinische diagnostische criteria vast te stellen. Die twee studies werden toevertrouwd aan deskundigen en zijn al voorgesteld binnen voormelde medische commissies.

Er werden echter opmerkingen en verzoeken om verduidelijking geformuleerd. De deskundigen zetten hun werkzaamheden dus voort om bepaalde onderzoeken aan te vullen en in voorkomend geval hun conclusies aan te passen in het licht van de bevindingen.

Deze twee onderdelen vormen onmisbare voorbereidende stappen voor de invoering van een nieuwe code voor beroepsziekten. Dat werk vergt tijd wegens de complexiteit ervan, maar het is essentieel dat de vastgestelde criteria op solide wetenschappelijke grondslagen berusten. Het doel is een zorgvuldige behandeling van de aanvragen en een billijke toepassing van de criteria op alle betrokken werknemers te waarborgen.

In antwoord op uw tweede vraag is enige nuancering aangewezen als u verwijst naar de studie van

Simões et al. uit 2026, *Incidence and spatial variation of Parkinson's disease in the Netherlands: a population-based study*. Die studie bracht het aantal nieuwe diagnoses van de ziekte van Parkinson en de geografische spreiding ervan in Nederland in kaart. De onderzoekers stelden een hogere incidentie vast in de noordelijke provincies en identificeerden verschillende geografische clusters. Het ruimtelijk patroon van die clusters vertoonde evenwel geen duidelijke ecologische overeenkomst met de door de onderzoekers bekeken brede indicatoren voor onder meer landbouwactiviteit, luchtverontreiniging en verstedelijking.

De studie toont bijgevolg zelf geen verband aan tussen de hogere incidentie in bepaalde regio's en blootstelling aan pesticiden. Ze laat evenmin toe een dergelijk verband uit te sluiten. De onderzoekers analyseerden geen individuele of historische blootstelling aan pesticiden en onderzochten geen specifieke werkzame stoffen.

Zij besluiten dan ook dat de geografische verschillen niet zonder meer door de onderzochte milieu-indicatoren kunnen worden verklaard en dat verder onderzoek naar mogelijke milieu- en sociaal-economische determinanten nodig is.

De uitvoering van een dergelijke studie in België door onderzoeksinstituten zou de mobilisatie en kruising vragen van talrijke gegevensbronnen met betrekking tot diagnoses, demografische kenmerken en beroepsmatige en milieugerelateerde blootstellingen evenals gespecialiseerde epidemiologische expertise.

Een dergelijke studie zou kunnen bijdragen tot een betere kennis van de geografische spreiding van de ziekte in België. Ze is echter niet onmisbaar om het beroepsrisico in verband met blootstelling aan pesticiden te beoordelen. Op basis van de al beschikbare wetenschappelijke gegevens heeft Fedris al een significant verband aangetoond tussen beroepsmatige blootstellingen aan pesticiden en het ontstaan van de ziekte van Parkinson. De lopende werkzaamheden hebben dan ook betrekking op de vaststelling van blootstellings- en diagnostische criteria waarmee toekomstige aanvragen tot erkenning kunnen worden geanalyseerd.

Ik antwoord nu op uw derde vraag. Zoals u zegt, is minister Clarinval bevoegd voor maatregelen rond pesticiden. Ik moedig elk initiatief aan om meer in te zetten op preventie, ook op dat vlak, naast de algemene preventie door een gezonde levensstijl.

Onze aanpak ligt niet bij preventie maar bij de zorg voor mensen met de ziekte van Parkinson, meer bepaald in de aanvulling van de neurologische zorg en het voorzien in ondersteuning door casemanagers via de patiëntenliga's, zodat de personen zelf en hun gezin de regie behouden over hun zorg en een antwoord krijgen op de vele vragen en problemen waarmee zij worden geconfronteerd.

Daarnaast is er een zorgcircuit met neurologische diensten in gespecialiseerde ziekenhuizen en specifieke residentiële opvang wanneer thuiszorg niet langer mogelijk is.

21.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw omstandige antwoord.

Uw antwoorden op de tweede en de derde vraag houden eigenlijk verband met elkaar. U stelt dat er al een duidelijke link is tussen Parkinson en het gebruik van pesticiden in een professionele context. Een studie om te kijken of die link er ook is in een omgevingscontext, zou veel tijd en middelen vergen en is er dus vandaag nog niet. Ik meen ook uit uw antwoord te mogen afleiden dat ze er niet meteen komt.

In uw antwoord op de derde vraag geeft u dan mee dat u iedereen aanmoedigt om in te zetten op preventie maar dat u voorlopig vooral op zorg focust. U zult het toch met mij eens zijn dat voorkomen beter is dan genezen en dat als uit een dergelijke populatiestudie zou blijken dat er, zoals sommige buitenlandse studies suggereren, wel degelijk een link is tussen een omgevingsblootstelling aan pesticiden en Parkinson, wij ter zake toch zeker preventief zouden moeten kunnen optreden, al was het maar om onze gezondheidszorg beter te kunnen managen.

Voorzitter: Denis Ducarme.

Président: Denis Ducarme.

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

22 **Samengevoegde vragen van**

- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toename bij de ziekte- en invaliditeitsuitkeringen na de beperking van de werkloosheid in de tijd" (56017437C)
- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De doorstroming van langdurig werkzoekenden naar de ziekteverzekering" (56017487C)
- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De doorstroming van personen die hun werkloosheidsuitkering verliezen naar de ziekte-uitkering" (56017680C)
- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verschuiving van het werkloosheidsstelsel naar de ziekte- en invaliditeitsverzekering" (56017766C)
- Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De doorstroming van werklozen naar een ziekte-uitkering" (56017882C)

22 **Questions jointes de**

- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La hausse des indemnités de maladie et d'invalidité après la limitation du chômage dans le temps" (56017437C)
- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le passage de chômeurs de longue durée vers l'assurance maladie" (56017487C)
- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le passage de personnes ayant perdu leurs allocations de chômage vers les indemnités de maladie" (56017680C)
- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le glissement du chômage vers l'assurance maladie-invalidité" (56017766C)
- Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le passage de chômeurs au système des indemnités de maladie" (56017882C)

22.01 **Ellen Samyn (VB):** Ik verwijst naar de tekst van mijn vragen zoals ingediend.

Uit een RVA-studie blijkt dat in Vlaanderen opvallend veel voormalige langdurig werklozen inmiddels een ziekte- of invaliditeitsuitkering ontvangen. Professor Stijn Baert waarschuwde eerder reeds dat een beperking van de werkloosheidsuitkering in de tijd het risico inhoudt dat mensen niet naar werk, maar naar andere vormen van inactiviteit worden doorgeschoven.

In tegenstelling tot Vlaanderen is er in Wallonië eerder een verschuiving van een werkloosheidsuitkering naar het leefloon.

Dit verschil is opmerkelijk. Mogelijke verklaringen zijn dat Vlaanderen meer tweeverdieners kent, waardoor een leefloon vaak niet mogelijk is en de ziekteverzekering de enige resterende uitkering vormt. Een andere mogelijke verklaring is dat zich in Vlaanderen nog relatief veel mensen met medische problemen in de werkloosheid bevonden, terwijl in Wallonië en Brussel relatief meer personen zeer langdurig in de werkloosheid bleven zonder reële band met de arbeidsmarkt.

Hoeveel personen die sinds de invoering van de beperking van de werkloosheidsuitkering hun uitkering verloren, ontvangen vandaag een ziekte- of invaliditeitsuitkering? Kan u hiervan een regionale opsplitsing geven?

Heeft het RIZIV reeds onderzocht in welke mate deze instroom verband houdt met de beperking van de werkloosheidsuitkeringen in de tijd?

Hoe verklaart u de regionale verschillen in de doorstroming naar de ziekte-uitkering? Heeft uw administratie onderzocht in welke mate factoren zoals de gezinssituatie, de medische toestand, de afstand tot de arbeidsmarkt of de uitzonderlijk hoge concentratie van zeer langdurig werklozen in

Brussel en Wallonië deze verschillen verklaren?

Welke maatregelen neemt u om te vermijden dat deze hervorming leidt tot een verschuiving van uitgaven van de RVA naar de ziekteverzekering, zonder dat de betrokken personen effectief opnieuw aan het werk gaan?

Bij de discussies omtrent de beperking van de werkloosheid in de tijd, haalde deze regering steeds opnieuw de prognose aan dat een derde van de werklozen terug aan het werk zou gaan, een derde zou op het leefloon terecht komen en een derde zou verdwijnen uit de statistieken. Uit een artikel van De Standaard van 2 juni 2026 blijkt dat er toch ook een aanzienlijk deel van de werklozen die hun uitkering verloren is, binnen het stelsel van de ziekte-uitkering terecht gekomen is. In Vlaanderen valt deze tendens sterker op, in Wallonië gaat het dan weer eerder om een grote verschuiving richting het leefloon.

Beschikt u over cijfers inzake het totaal aantal voormalig werklozen die ondertussen op de ziekte-uitkering terecht gekomen zijn?

Om welke mensen gaat het hierbij? Zijn zij effectief arbeidsongeschikt of vermoedt de regering dat een deel van hen nu ook onterecht een ziekte-uitkering ontvangt? Welke screenings worden doorgevoerd alvorens hen een ziekte-uitkering toe te kennen en hoe past deze groep binnen uw terug-naar-werk beleid waarbij u de stijging van de langdurig zieken wilt afremmen? Met welke regelmaat wordt nagegaan/zal nagegaan worden of zij effectief nog terecht binnen de ziekte-uitkering zitten?

Welke invloed vermoedt de regering dat de verschuiving van deze personen van werkloosheidsuitkering richting ziekte-uitkering zal hebben op de stijging van het totaal aantal langdurig zieken?

Hoe verklaart u het feit dat het aantal personen die op de ziekte-uitkering terecht komen na werkloosheid hoger is in Vlaanderen dan in Brussel/Wallonië?

Welke impact schat u dat deze verschuiving heeft op de begroting?

22.02 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Idem, ook ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

Geachte minister, slechts minder dan 1 op de 10 langdurig werkzoekenden die in de eerste 3 maanden van dit jaar hun uitkering verloren, heeft opnieuw werk gevonden, zo blijkt uit cijfers van de RVA. Maar meer dan de helft belandt bovendien in het leefloon of in een ziekte-uitkering. De belofte dat 1 op 3 werk ging vinden en dat 1 op 3 naar een leefloonstatuut zou gaan, blijkt dus niet uit te komen.

In deze cijfers van de RVA is er nog een andere interessante vaststelling, zoals ook opgemerkt door arbeidseconoom Stijn Baert. In Vlaanderen is de uitstroom naar de ziekte-uitkeringen aanzienlijk hoger dan in andere gewesten: bijna 1 op de 5 langdurig werklozen belandt daar, terwijl dat in Wallonië en Brussel minder dan 7 procent is. Het wijst er volgens Stijn Baert op dat "mutualiteiten op dit moment niet de sterkste doelwachten van onze sociale zekerheid zijn".

Mijn vraag:

Gezien de verschillen tussen de gewesten, betekent dit dan dat Waalse ziekenfondsen het beter doen? Zo niet, wat verklaart dan wel dit verschil?

22.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Samyn, mijnheer Van Lysebettens, het RIZIV heeft in samenwerking met de verzekeringsinstellingen een monitoring opgestart om het aantal werklozen dat overgaat naar de ziekte- en invaliditeitsverzekering op te volgen. Het gaat om alle werklozen die instromen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering, niet alleen om de werklozen die uit de werkloosheid zijn uitgetreden wegens het einde van hun recht. Die globale monitoring is belangrijk omdat, wellicht door de beperking van de duur van de werkloosheid, mensen met gezondheidsproblemen die het statuut van werkloze hebben, nu sneller de overstap naar het statuut van arbeidsongeschiktheid zullen maken. Ik wil wel benadrukken dat als mensen die overstap maken, het natuurlijk gaat om mensen met een medische problematiek die beantwoordt aan de definitie van arbeidsongeschiktheid zoals bepaald in artikel 100 van de ZIV-wet.

Les statistiques demandées sont jointes à la réponse, et je peux vous les fournir. À partir de septembre 2025, on observe une hausse du nombre de chômeurs qui basculent vers l'assurance maladie-invalidité. Cette tendance se poursuit jusqu'en mars 2026, selon les derniers chiffres disponibles. Cette augmentation est la plus marquée à Bruxelles et en Flandre.

Le début de la hausse coïncide avec l'envoi par l'ONEM des lettres d'avertissement destinées à la première vague de chômeurs qui allaient perdre leurs allocations de chômage. L'INAMI continue de suivre cette tendance et sollicitera également des chiffres plus détaillés auprès de l'ONEM.

We kunnen u de cijfers dus bezorgen.

22.04 Ellen Samyn (VB): Ik had eerlijk gezegd een iets uitgebreider antwoord verwacht, mijnheer de minister.

Het Vlaams Belang heeft van bij het begin, toen de maatregel inzake de beperking van de werkloosheidsuitkering in de tijd werd aangekondigd, gewaarschuwd. Er werd altijd beweerd dat een derde van de betrokkenen een leefloon zou aanvragen, een derde opnieuw aan het werk zou gaan en een derde zou verdwijnen in het niets. Ik hoop dat dat laatste niet betekent dat zij in de ziekte-uitkering terechtkomen. Volgens mij is daar onvoldoende rekening mee gehouden. Ik vrees een beetje dat dit een trend begint te worden, zeker in Vlaanderen, jammer genoeg. Personen die uit de werkloosheid worden gegooid, komen uiteindelijk in de ziekte-uitkering terecht. Zowel u als verschillende media geven daarvoor uiteenlopende verklaringen. Ik twijfel er niet aan dat die verklaringen minstens deels zullen kloppen.

Het blijft echter een fenomeen dat we nauwlettend in het oog moeten houden. Het kan niet de bedoeling zijn dat mensen van het ene systeem in het andere terechtkomen. Ik hoop dan ook dat er voldoende controles gebeuren wanneer mensen instromen in de ziekte-uitkering en dat de regering hen niet zomaar laat vallen. Het is gemakkelijk om iemand het label niet-toeleidbaar op te kleven. De situatie van die persoon oplossen, is daarentegen veel moeilijker.

22.05 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister. Het debat zal in het najaar natuurlijk terugkomen. Ook tijdens het volgende parlementaire jaar zullen we het daar wellicht nog een aantal keer over hebben. Ik kijk alvast uit naar de cijfers.

Het valt mij op dat u in uw antwoord niet bent ingegaan op mijn vragen over de al dan niet vermeende causaliteit die sommigen menen waar te nemen. Professor Baert verklaarde bijvoorbeeld in de media dat de ziekenfondsen duidelijk strenger moeten worden gecontroleerd. Zijn exacte bewoordingen luiden dat de mutualiteiten op dit moment niet de sterkste doelwachters van onze sociale zekerheid zijn. Dat verklaart natuurlijk niet de regionale verschillen die we zien.

Ik kijk daarom uit naar een meer kwaliteitsvolle interpretatie van die cijfers, zodat duidelijk wordt waaraan een en ander ligt. Wij hebben ook altijd gezegd dat veel langdurig werklozen niet eenvoudig te activeren zullen zijn.

Zelfs over het cijfer "een derde, een derde, een derde" dat de regering gebruikt, werd op een bepaald moment gezegd dat het gebaseerd is op één studie, die misschien niet volledig extrapoleerbaar is naar de volledige populatie.

Ik heb daarom altijd gezegd dat dit een sociaal experiment is dat op de bevolking wordt uitgevoerd. De cijfers tonen dat volgens mij ook aan. Men weet eigenlijk niet op welke manier die mensen daar nu terechtkomen.

Ik roep u dan ook op om zeer kwaliteitsvol naar de data te kijken en oplossingen te zoeken voor die mensen. Door een uitkering af te nemen, maakt men mensen immers niet plots geschikt voor de arbeidsmarkt, gezond of opnieuw actief.

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

23 Vraag van Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Flexi-jobs als organist tijdens de misviering" (56017636C)

23 Question de Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès aux flexi-jobs en tant qu'organiste durant les célébrations eucharistiques" (56017636C)

23.01 **Nathalie Muylle** (cd&v): *Met de uitbreiding van het stelsel van flexi-jobs rijst bij kerkbesturen de vraag of zij in de toekomst organisten via een flexi-job kunnen tewerkstellen. Op het eerste gezicht lijkt dit mogelijk, aangezien kerkfabrieken personeel in dienst kunnen nemen en dus ook onder het toepassingsgebied van flexi-jobs vallen.*

Tegelijk bevat de regelgeving een belangrijke uitsluiting. In het wetsontwerp nr. 1526 houdende diverse bepalingen inzake flexi-jobs wordt in artikel 2 van de wet van 16 november 2015 houdende diverse bepalingen inzake sociale zaken een §7 ingevoerd dat bepaalt: "In alle gevallen worden de artistieke, artistiek-technische en artistiek-ondersteunende functies die activiteiten omvatten zoals bepaald bij de wet van 16 december 2022 tot oprichting van de Kunstwerkcommissie en tot verbetering van de sociale bescherming van kunstwerkers uitgesloten van de flexi-jobs. artistieke, artistiek-technische en artistiek-ondersteunende functies die activiteiten omvatten zoals bepaald in de wet van 16 december 2022 tot oprichting van de Kunstwerkcommissie en tot verbetering van de sociale bescherming van kunstwerkers, uitgesloten zijn van flexi-jobs."

Daardoor ontstaat onzekerheid over de positie van organisten in kerkelijke context. Enerzijds vervullen zij een muzikale functie, anderzijds is het begeleiden van de misviering eerder een functionele opdracht die niet noodzakelijk een uitgesproken artistiek karakter heeft.

Kan de minister verduidelijken of organisten die door kerkbesturen worden ingezet in aanmerking kunnen komen voor tewerkstelling via een flexi-job?

Hoe en op basis van welke criteria zal de kunstwerkcommissie oordelen over de aard van deze prestaties?

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De vraag of een organist via een flexi-job kan worden tewerkgesteld, moet steeds concreet worden beoordeeld. De functietitel is daarbij niet doorslaggevend. Het gaat om de activiteiten die effectief worden verricht.

De nieuwe regeling bepaalt dat artistieke, artistiek-technische en artistiek ondersteunende functies, die activiteiten omvatten zoals bedoeld in de wet van 16 december 2022 over de Kunstwerkcommissie, uitgesloten zijn van flexi-jobs. De activiteitenlijst van de Kunstwerkcommissie is daarbij een belangrijk richtsnoer, maar werkt niet automatisch. De beoordeling of de activiteit van een organist een artistiek karakter heeft dat onder de regelgeving valt, gebeurt steeds in verschillende stappen.

Eerst wordt gekeken of de activiteit zich binnen een kunstendomein situeert. Voor een organist zal dat in beginsel het domein muziek zijn. Vervolgens moet worden nagegaan of de concrete prestatie een artistieke, artistiek-technische of artistiek ondersteunende bijdrage vormt. Niet elke administratieve, logistieke, organisatorische of praktische taak binnen de kunstensector is dus automatisch uitgesloten van de mogelijkheid om ze als flexi-job uit te oefenen.

Ten derde wordt beoordeeld of die bijdrage noodzakelijk is voor het artistieke eindresultaat. Dat betekent dat zonder de bijdrage van die persoon hetzelfde artistieke resultaat niet had kunnen worden bereikt. Het moet dus gaan om activiteiten die niet zomaar door eender welke andere persoon kunnen worden uitgevoerd zonder dat het artistieke resultaat verandert.

Ten slotte wordt nagegaan of het eindresultaat waaraan wordt bijgedragen, in hoofdzaak artistiek is. Daarbij wordt beoordeeld of het artistieke karakter primeert op een louter functioneel of praktisch doel. Wanneer het functionele doel vooropstaat, zal een bijdrage in dat kader niet automatisch als een artistieke prestatie worden beschouwd.

Kerkbesturen kunnen dus niet alleen op basis van een functietitel besluiten dat een organist al dan niet als flexi-jobber kan werken. Het feit dat een functie in de activiteitenlijst voorkomt, betekent niet dat het voor elke afzonderlijke kernactiviteit om een artistieke activiteit gaat, zoals bedoeld in de wet van

16 december 2022. Er moet telkens worden beoordeeld of aan de wettelijke voorwaarden is voldaan.

23.03 Nathalie Muylle (cd&v): Dat betekent wat ik al dacht, namelijk dat elk dossier individueel aan de Kunstwerkcommissie moet worden voorgelegd. Aan de hand van de verschillende voorwaarden moet dan worden beoordeeld of het om een louter functionele, dan wel om een artistieke activiteit gaat. Het antwoord is duidelijk en daarmee kan men aan de slag.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Je vous remercie pour votre souplesse monsieur le ministre. Vous voyez, nous sommes tout de même arrivés au terme de l'ordre du jour, même si celui-ci a été quelque peu chamboulé.

La séance est levée à 18 h 33.

De vergadering wordt gesloten om 18.33 uur.

Schriftelijk behandelde mondelinge vragen

Questions orales traitées par écrit

De antwoorden werden door de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding bezorgd.

Les réponses ont été fournies par le vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté.

24 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het FIRM-jaarverslag en de re-integratie van langdurig zieken" (56016992C)

24 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapport annuel de l'IFDH et la réintégration des malades de longue durée" (56016992C)

Het Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens besteedt in zijn jaarverslag 2025 ruime aandacht aan sociale rechten en aan de hervorming van het terug-naar-werkbeleid voor langdurig zieken. Het FIRM erkent dat terugkeer naar werk een legitieme doelstelling is, maar uit bezorgdheid over de impact van strengere verplichtingen en sancties.

Wij delen de bezorgdheid dat hervormingen zorgvuldig moeten gebeuren en rekening moeten houden met mensen in een kwetsbare situatie. Maar tegelijk moeten we ook eerlijk zijn: ons land telt meer dan een half miljoen langdurig zieken, de kosten blijven stijgen en te veel mensen verdwijnen vandaag te lang uit beeld. Werken kan, waar medisch mogelijk, ook deel uitmaken van herstel.

Een re-integratiebeleid zonder echte medewerkingsplicht werkt niet. Wie arbeidspotentieel heeft en zonder geldige reden niet meewerkt aan evaluatie of begeleiding, moet daarop kunnen worden aangesproken. Sancties zijn dus niet per definitie onrechtvaardig, zolang ze proportioneel zijn, goed gemotiveerd worden en rekening houden met de individuele medische situatie.

- 1. Hoe reageert u op de kritiek van het FIRM dat bepaalde sancties in het terug-naar-werkbeleid mogelijk onevenredig zouden zijn?*
- 2. Kunt u bevestigen dat sancties enkel worden toegepast wanneer iemand zonder geldige reden niet meewerkt aan evaluatie of re-integratie?*
- 3. Welke waarborgen bestaan er voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, zware chronische ziekte of andere situaties waarin re-integratie tijdelijk niet realistisch is?*
- 4. Hoe zorgt u ervoor dat sancties niet louter bestraffend zijn, maar bijdragen tot effectieve activering en begeleiding naar werk?*
- 5. Zal u systematisch meten hoeveel mensen na evaluatie of re-integratiebegeleiding effectief opnieuw aan het werk gaan?*

6. *Bent u bereid het parlement jaarlijks te rapporteren over het aantal trajecten, weigeringen tot medewerking, sancties, geslaagde werkhervattingen en herval na werkhervatting?*

Antwoord - Réponse:

Geachte volksvertegenwoordiger,

1. *Hoe reageert u op de kritiek van het FIRM dat bepaalde sancties in het terug-naar-werkbeleid mogelijk onevenredig zouden zijn?*

Ik deel het uitgangspunt dat hervormingen zorgvuldig moeten gebeuren en dat we rekening moeten houden met mensen in een kwetsbare situatie. Net daarom zijn de responsabiliserende maatregelen omgeven met waarborgen die de evenredigheid verzekeren. Bovendien zijn de sancties inhoudelijk coherent met een aantal andere maatregelen die in de uitkeringsverzekering reeds van toepassing waren.

Ik geef twee voorbeelden:

- De stopzetting van de toekenning van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen bij een afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging op het fysieke contact bij de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team in het kader van de inschatting van het arbeidspotentieel en bij een afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging op het fysieke contact bij de preventieadviseur-arbeidsarts in het kader van de re-integratiebeoordeling, stemt overeen met de sanctie die al van toepassing was als de verzekerde zonder geldige rechtvaardiging afwezig is op het fysieke contact bij de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team in het kader van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid.*
 - De vermindering van het dagbedrag van de uitkering met 10% bij een afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging op het eerste contactmoment bij de Terug Naar Werk-coördinator, bij een niet-inschrijving binnen veertien dagen bij de bevoegde dienst of instelling van de Gewesten en de Gemeenschappen en bij een afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging op het contactmoment bij de begeleider van die dienst of instelling van de Gewesten en de Gemeenschappen, stemt overeen met een sanctie die al van toepassing was als de verzekerde de aangifteverplichtingen van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig vervult.*
2. *Kunt u bevestigen dat sancties enkel worden toegepast wanneer iemand zonder geldige reden niet meewerkt aan evaluatie of re-integratie?*

Als de betrokkene een geldige rechtvaardiging heeft voor het niet-nakomen van de betrokken verplichting, wordt de responsabiliserende maatregel uiteindelijk niet toegepast.

3. *Welke waarborgen bestaan er voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, zware chronische ziekte of andere situaties waarin re-integratie tijdelijk niet realistisch is?*

Het merendeel van de responsabiliserende maatregelen gekoppeld aan bepaalde verplichtingen die de betrokken verzekerden moeten nakomen, is slechts van toepassing als de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team heeft geoordeeld dat er voldoende arbeidspotentieel is. Wat het invullen van de vragenlijst na tien weken arbeidsongeschiktheid betreft, bepaalt de reglementering vooreerst dat er sowieso geen vragenlijst wordt verzonden als de ernst van de pathologie van de gerechtigde het niet verzenden van de vragenlijst rechtvaardigt. Als er toch een vragenlijst is verzonden en het niet mogelijk is geweest om de verzonden vragenlijst in te vullen, is er bovendien uitdrukkelijk reglementair bepaald dat de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team de verzekerde toch niet uitnodigt voor een fysiek contact in het kader van de inschatting van het arbeidspotentieel als uit de ter beschikking gestelde medische informatie blijkt dat het invullen van de vragenlijst niet mogelijk is en een fysiek contact op dat moment niet aangewezen is.

4. *Hoe zorgt u ervoor dat sancties niet louter bestraffend zijn, maar bijdragen tot effectieve activering en begeleiding naar werk?*

In elk geval wordt steeds eerst een verwittiging gegeven als de verzekerde de betrokken verplichting niet nakomt. Voorts is de responsabiliserende maatregel niet langer van toepassing zodra een bepaalde verplichting wordt nagekomen (of contact wordt opgenomen met een bepaalde actor), hetgeen bijdraagt tot de effectieve activering en begeleiding naar werk.

5. *Zal u systematisch meten hoeveel mensen na evaluatie of re-integratiebegeleiding effectief opnieuw aan het werk gaan?*

In het kader van de VARAK 2027 is een resultaatsgericht domein opgenomen dat beoogt het aantal verzekerden te meten die in de periode van 1 juli 2025 tot en met 30 juni 2026 werden ingeschat met arbeidspotentieel én die exact 1 jaar na deze inschatting hetzij een door de adviserend arts toegelaten bezoldigde activiteit van 30 % uitoefenen (een toegelaten activiteit bij een maatwerkbbedrijf inbegrepen) hetzij niet langer arbeidsongeschikt erkend zijn.

6. *Bent u bereid het parlement jaarlijks te rapporteren over het aantal trajecten, weigeringen tot medewerking, sancties, geslaagde werkhervattingen en herval na werkhervatting?*

Ik ben bereid hierover jaarlijks te rapporteren aan het parlement.

[25] Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De concrete uitwerking van het hervormingspact voor de ziekenfondsen" (56017219C)

[25] Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La concrétisation du pacte de réforme des mutuelles" (56017219C)

Op 17 juni 2026 werd u in deze commissie bevraagd over het aangekondigde hervormingspact voor de ziekenfondsen. U benadrukte toen dat u gelooft in de rol van de ziekenfondsen als actor tussen overheid en markt, en dat het volgens u niet gaat om een besparingspact, maar om een hervormingspact.

U gaf ook aan dat er een gestructureerde overlegkalender werd opgesteld met de ziekenfondsen, het RIZIV en de Controledienst voor de ziekenfondsen, om de verschillende onderdelen van het pact verder uit te klaren en te documenteren.

Dat antwoord verduidelijkt de algemene richting, maar laat nog een aantal concrete vragen open. De hervorming raakt immers aan aanvullende voordelen, participaties, reserves, resultaatsfinanciering en de rol van ziekenfondsen in het zorglandschap.

Daarom heb ik volgende vragen:

- 1. Welke aanvullende voordelen zullen volgens u nog toegelaten blijven omdat ze voldoende gelieerd zijn aan gezondheid, sociale doelstellingen of welzijnsdoelstellingen?*
- 2. Welke criteria zult u gebruiken om te bepalen of een voordeel voldoende bijdraagt aan gezondheid of welzijn?*
- 3. Kunt u verduidelijken onder welke voorwaarden bijvoorbeeld jeugdvakanties nog als toegelaten aanvullend voordeel kunnen worden beschouwd?*
- 4. Hoe zult u vermijden dat deze beoordeling leidt tot rechtsonzekerheid of grote verschillen tussen ziekenfondsen?*
- 5. U wilt participaties in commerciële initiatieven verbieden en enkel nog participaties toelaten in non-profitinitiatieven met een gezondheids- of welzijnsdoel. Overweegt u ook een striktere scheiding tussen ziekenfondsen en aanbieders van zorg of welzijn?*
- 6. Welke solvabiliteitsratio of drempel overweegt u voor de reserves van ziekenfondsen, en welke maatregelen moeten volgen wanneer die drempel wordt overschreden?*
- 7. Betekent deze piste dat een eventuele vermogensbelasting op ziekenfondsen definitief van tafel is?*
- 8. Welke parameters overweegt u om de financiering van ziekenfondsen meer afhankelijk te maken van resultaten, bijvoorbeeld inzake preventie, vaccinatie, globaal medisch dossier of begeleiding van langdurig zieken?*
- 9. Hoe zult u ervoor zorgen dat ziekenfondsen worden afgerekend op resultaten waarop zij ook effectief impact hebben?*

10. Tegen wanneer wilt u de verschillende onderdelen van dit hervormingspact omzetten in regelgeving?
11. Gaat het hervormingspact gepaard met een budgettaire doelstelling? Zo ja, welke doelstelling wordt vooropgesteld en op welke onderdelen slaat die?

Antwoord - Réponse:

Mevrouw De Knop, ik heb wat betreft de aanvullende voordelen en participaties van ziekenfondsen tegenover mijn antwoord van 17/06 niets nieuws toe te voegen. Ik voer over alle assen van het hervormingspact nu concrete gesprekken met de ziekenfondsen en wens in de loop van het laatste trimester van dit jaar tot een globaal pact te komen. Ik kan u vandaag dus niet meer informatie geven dan ik in mijn antwoord op 17/06 heb gegeven.

6. Welke solvabiliteitsratio of drempel overweegt u voor de reserves van ziekenfondsen, en welke maatregelen moeten volgen wanneer die drempel wordt overschreden?
7. Betekent deze piste dat een eventuele vermogensbelasting op ziekenfondsen definitief van tafel is?

Ook wat de solvency-ratio's betreft heb ik u een antwoord gegeven. Ook hier is er vandaag geen nieuwe informatie te melden.

8. Welke parameters overweegt u om de financiering van ziekenfondsen meer afhankelijk te maken van resultaten, bijvoorbeeld inzake preventie, vaccinatie, globaal medisch dossier of begeleiding van langdurig zieken?
9. Hoe zult u ervoor zorgen dat ziekenfondsen worden afgerekend op resultaten waarop zij ook effectief impact hebben?

Deze regering verhoogt de responsabilisering van de ziekenfonds fors zoals u weet. Dit zal in het kader van een hervormingspact niet minderen. Integendeel: we zullen de hele architectuur (sancties, audits, varak, varak-handhaving,...) tegen het licht houden en zo versterken.

10. Tegen wanneer wilt u de verschillende onderdelen van dit hervormingspact omzetten in regelgeving?

Zoals ik u aangaf wil ik dit het werk, namelijk het vastleggen van een hervormingspact, zijnde de afspraken die we maken, afronden tegen eind oktober. De timing van elk onderdeel maakt natuurlijk onderdeel uit van de afspraken en verschilt van as tot as (en zelfs daarbinnen). Maar uiteraard zijn wij van plan de zaken met bekwame spoed aan te pakken.

Ter illustratie – met het pact van Maggie De Block zijn nog tot ver in de vorige legislatuur bezig geweest – uiteraard gaan wij met onze afspraken onmiddellijk aan de slag (voor zover we dat al niet zijn).

11. Gaat het hervormingspact gepaard met een budgettaire doelstelling? Zo ja, welke doelstelling wordt vooropgesteld en op welke onderdelen slaat die?

Ook deze vraag heb ik reeds op 17/06 beantwoord. Het is een hervormingspact, geen besparingspact. Dat neemt niet weg dat we deze legislatuur al een serieuze inspanning van de VI vragen (lineair op de AK én via de impuls in de VARAK Handhaving).

[26] Vraag van Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een website over de terug-naar-werkthematiek" (56017872C)

[26] Question de Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Un site web consacré au thème du retour au travail" (56017872C)

Mensen verdwalen in de websites van de mutualiteiten, het RIZIV, de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten en de vele partnerorganisaties die betrokken zijn bij begeleiding naar werk na ziekte. Het lijkt efficiënter om te evolueren naar één centraal, toegankelijk en gebruiksvriendelijk digitaal informatiepunt waar alle relevante informatie op een overzichtelijke manier wordt samengebracht. Uiteraard rekening houdend met het feit dat de beschikbare informatie en

ondersteuningsmaatregelen kunnen verschillen naargelang iemands statuut – werknemer, zelfstandige of ambtenaar – en naargelang het gewest. Een dergelijke website zou zieken, werkgevers, zorgverleners en begeleidingsorganisaties sneller de weg kunnen wijzen naar de juiste informatie, rechten, ondersteuningsmaatregelen en trajecten. Begeleidingsdiensten zouden dan ook naar dat centrale platform kunnen doorverwijzen in plaats van elk afzonderlijk uitgebreide en soms overlappende informatiepagina's te onderhouden. Ook werkgevers zouden hier baat bij hebben. Zij zijn immers niet altijd op de hoogte van de bestaande initiatieven die kunnen helpen om een werknemer opnieuw aan het werk te krijgen, bijvoorbeeld op het vlak van werkpostaanpassingen of gespecialiseerde begeleiding. Een centraal informatiepunt kan daarom bijdragen aan een vlottere en duurzamere re-integratie van langdurig zieken op de arbeidsmarkt.

Mijn vragen:

- Bent u bereid werk te maken van één centraal digitaal informatiepunt over werkhervatting na ziekte, waar werknemers, werkgevers, zelfstandigen en ambtenaren terecht kunnen voor een overzicht van hun rechten, plichten en ondersteuningsmogelijkheden?
- Zal u hiervoor ook samenwerken met uw federale collega's die bevoegd zijn voor onder meer zelfstandigen, ambtenaren en arbeidsmarktbeleid, zodat rekening wordt gehouden met de specifieke regels die voor deze groepen gelden?
- Bent u bereid dit uit te werken in samenwerking met de deelstaten, zodat ook de regionale begeleidings- en ondersteuningsmaatregelen op een gebruiksvriendelijke manier worden geïntegreerd?
- Ziet u mogelijkheden om een dergelijk centraal informatiepunt op korte termijn te realiseren?

Antwoord - Réponse:

Geachte mevrouw de volksvertegenwoordiger,

Een van de sleutels tot een succesvolle Terugkeer Naar Werk is dat personen vooraf over voldoende duidelijke en nauwkeurige informatie beschikken. Dat vermijdt administratieve onzekerheid en bevordert de re-integratie, zeker bij arbeidsongeschikte personen. Het re-integratiebeleid is de voorbije jaren echter sterk geëvolueerd, met talrijke regels, actoren en contactpunten verspreid over verschillende administraties.

Het teruggeven van handelingsvermogen aan burgers binnen dit vaak versnipperde systeem vormt voor mij een belangrijke uitdaging. Daarom onderzoek ik de ontwikkeling van een nieuw digitaal oriëntatie-instrument, een "Sociale GPS", dat burgers, werkgevers en eerstelijnsprofessionals helpt hun weg te vinden.

Deze Sociale GPS fungeert als centraal eerste aanspreekpunt: de gebruiker beschrijft zijn situatie en wordt doorverwezen naar de bevoegde instellingen, de relevante stappen en de mogelijke fasen van het traject. Het is nadrukkelijk geen beslissingsinstrument: het creëert geen rechten, vervangt geen instellingen, verstrekt geen individueel advies en verwerkt geen persoonsgegevens. Het instrument is complementair aan de terreinactoren en sluit aan bij het principe van "er is geen verkeerde deur naar werk". Digitale inclusie is daarbij essentieel: het instrument moet toegankelijk zijn en aangevuld met niet-digitale alternatieven.

De uitvoering verloopt gefaseerd en brengt de FOD Sociale Zekerheid, de FOD Werkgelegenheid en het RIZIV samen rond een kadernota, met het oog op een geleidelijke uitrol vanaf 2027.

[27] Vraag van Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van een laattijdige verlenging van de arbeidsongeschiktheid op het TNW-traject" (56017875C)

[27] Question de Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'incidence d'une prolongation tardive de l'incapacité de travail sur le trajet ReAT" (56017875C)

Mijnheer de minister,

Vanuit het werkveld bereikt ons het signaal dat er heel wat mensen zijn die hun attest van verlenging van arbeidsongeschiktheid te laat binnenbrengen bij het ziekenfonds.

Het gevolg is dat hun uitkering retroactief in orde gebracht wordt, maar dat als zij in een lopende TNW-begeleiding zitten, dit wordt stopgezet. Om een Terug-Naar-Werk-traject te kunnen volgen, dient men namelijk arbeidsongeschikt te zijn. Als men het attest van verlenging te laat binnenbrengt, is er eerst een periode geweest waarin hun erkenning van arbeidsongeschiktheid is gestopt. Hierdoor kunnen geplande afspraken met bijvoorbeeld de TNW-coördinator niet doorgaan.

Mijn vragen:

1. Is de minister op de hoogte van het probleem waarbij een lopend TNW-traject wordt stopgezet wanneer een verzekerde zijn attest van verlenging van arbeidsongeschiktheid laattijdig indient?
2. Hoeveel procent van de TNW-trajecten werd de afgelopen 2 jaar stopgezet als gevolg van een laattijdige indiening van een attest van verlenging van arbeidsongeschiktheid?
3. Het is de verantwoordelijkheid van de arbeidsongeschikte om zijn attest tijdig voor te leggen. We weten dat er mutualiteiten zijn die hier voldoende informatie over geven bij aanvang en herinneringen voor versturen wanneer het lopende attest bijna afloopt.
4. Hoe ziet de minister hier oplossingen, via bijvoorbeeld het sensibiliseren van arbeidsongeschikten, zowel door de behandelende arts als de ziekenfondsen. Kan hier nog extra op ingezet worden?

Alvast bedankt voor uw antwoorden.

Antwoord - Réponse:

Geachte mevrouw Volksvertegenwoordiger,

Ik ben niet op de hoogte van grote problemen die zich zouden voordoen naar aanleiding van een laattijdige aangifte van de verlenging van de arbeidsongeschiktheid die uiterlijk de zevende kalenderdag na de eerste dag van de verlenging moet gebeuren. Ik bevestig evenwel het Nationaal Intermutualistisch College of bepaalde cijfers over de door u aangehaalde situatie beschikbaar zijn.

Wanneer de adviserend arts na enkele weken geen verlengingsattest ontvangt, wordt het arbeidsongeschiktheidsdossier afgesloten. Dit heeft inderdaad onder andere tot gevolg dat een ingepland contactmoment bij de Terug Naar Werk-coördinator wordt geannuleerd.

Indien er na de afsluiting van het arbeidsongeschiktheidsdossier alsnog een verlenging van de arbeidsongeschiktheid zou worden aangegeven die de adviserend arts aanvaardt, kan het Terug Naar Werk-traject worden voortgezet (met, indien nodig, het inplannen van een nieuw contactmoment bij de Terug Naar Werk-coördinator).

Vermits de tijdige aangifte van de verlenging van de arbeidsongeschiktheid ook cruciaal zal worden tijdens de periode van invaliditeit om nog verder arbeidsongeschikt erkend te kunnen blijven, zullen naar aanleiding van de vierde golf aan maatregelen in het kader van het versterkte "Terug Naar Werk-beleid" sensibilisatiecampagnes op het getouw worden gezet.

[28] Vraag van Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het stopzetten van TNW-trajecten" (56017876C)

[28] Question de Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'arrêt de trajets ReAT" (56017876C)

Mijnheer de minister,

Het Terug-naar-werktraject is een traject waarbij de terug-naar-werk-coördinator ondersteuning biedt aan arbeidsongeschikt erkende personen met arbeidspotentieel bij het zoeken naar gepaste begeleiding voor de terugkeer naar de arbeidsmarkt. Hiervoor kan de Terug-naar-werk-coördinator bijvoorbeeld doorverwijzen naar de arbeidsarts of de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten.

Vanuit het werkveld berichtte men mij over situaties waarin regionale arbeidsbemiddelingsdiensten zo'n traject stopzetten omdat de persoon in kwestie "te ziek" zou zijn, zonder dit medisch te verantwoorden. De adviserend arts wordt niet betrokken in die beslissing, terwijl het goed kan zijn dat die oordeelt dat die persoon die begeleiding wel perfect kan verderzetten mits eventuele aanpassingen.

Vandaar enkele vragen:

1. Kan de minister toelichten op basis van welke criteria wordt beslist om de stap binnen het TNW-traject waarbij de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten worden betrokken, af te breken? Wie is bij die beslissing betrokken?
2. Hoe verloopt de communicatie hieromtrent tussen de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten enerzijds en de TNW-coördinatoren en adviserend artsen anderzijds? Worden er stappen ondernomen om de communicatie tussen de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten en de TNW-coördinatoren en adviserend artsen te optimaliseren?
3. Hoeveel trajecten waarbij men werd doorverwezen naar de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten worden er zo gemiddeld maandelijks stopgezet op initiatief van de regionale arbeidsbemiddelingsdienst?

Alvast bedankt voor uw antwoorden.

Antwoord - Réponse:

Geachte mevrouw Volksvertegenwoordiger,

Ik hecht veel belang aan het creëren van kansen voor arbeidsongeschikt erkende personen die over arbeidspotentieel beschikken, en aan het slagen van hun begeleiding gedurende het hele Terug Naar Werk-traject. Daarom wil ik de samenwerking met de Gewesten versterken via nieuwe samenwerkingsovereenkomsten, gericht op meer en snellere doorverwijzingen en concrete resultaten.

De inzet van de betrokkene en het verantwoordelijkheidsbesef van alle actoren blijven daarbij essentieel, net als een geoptimaliseerde gegevensuitwisseling tussen de overheidsinstanties. Het informatie- en veiligheidscomité heeft op 2 juni 2026 zijn besluit bekendgemaakt, waardoor VDAB, FOREM, ACTIRIS, ADG, RIZIV en de ziekenfondsen gegevens kunnen uitwisselen over de trajecten en contacten. In november 2026 gaat een nieuw, uitgebreider platform in voege.

De voorbije periode toonde aan dat de diversiteit aan communicatiekanalen en rapporteringen ervoor zorgde dat we geen duidelijk zicht hadden op de trajecten die niet goed liepen. Daarom laten we een nieuw, geharmoniseerd communicatie- en rapporteringssysteem in werking gaan vanaf november van dit jaar.

Wanneer een traject bij een regionale arbeidsbemiddelingsdienst wordt opgestart, moeten de partijen zorgen voor een intensieve opvolging. Bij een voortijdige onderbreking, bijvoorbeeld om gezondheidsredenen, meldt de bemiddelingsdienst dit aan de Terug Naar Werk-coördinator, die vervolgens contact opneemt met de verzekerde om de situatie en eventuele maatregelen te bespreken.

[29] Vraag van Nahima Lanjri aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De samenwerking tussen het RIZIV en de VDAB" (56017885C)

[29] Question de Nahima Lanjri à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La coopération entre l'INAMI et le VDAB" (56017885C)

Mijnheer de minister,

Er zou een nieuwe raamovereenkomst komen tussen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), de ziekenfondsen en VDAB om langdurig zieken te activeren.

Mijn vragen:

- *Hoe evalueert u de samenwerking tussen de ziekenfondsen, het RIZIV en VDAB? Hoeveel langdurig zieken zijn er dit jaar al ingeschreven bij VDAB en hoe beoordeelt u de uitstroom naar werk van deze groep?*
- *Hoever staat het aangekondigde nieuwe akkoord tussen het RIZIV, de mutualiteiten en VDAB? Wat mogen we wanneer verwachten? En welke ambities wilt u hierin vastleggen?*
- *Hoe ziet de vergoeding aan de VDAB vanuit het RIZIV eruit?*
- *Met betrekking tot heel deze problematiek zijn communicatie en gegevensuitwisseling cruciaal. Het KB van 17 december 2025 voorziet de mogelijkheid voor de preventieadviseur-arbeidsarts*

om overleg te plegen met andere personen die kunnen bijdragen tot het slagen van de re-integratie, zoals de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten. Om communicatie met onder andere de arbeidsbemiddelingsdiensten te faciliteren, werd het RP1-platform ontwikkeld. Hoever staat dit? Kan de minister duiden wie allemaal gebruik kan maken van dit platform? En hoe zal VDAB omgaan met de gegevens en de mogelijkheden die dit platform biedt?

- Waarom werd er gekozen voor het ontwikkelen van een apart platform, in plaats van het bestaande TRIO platform zo aan te passen dat iedereen die betrokken is bij re-integratie gebruik kan maken van hetzelfde platform en hierbij enkel toegang heeft tot de voor hem relevante informatie?*
- In de federale wet van 18 december 2025 is opgenomen dat er sancties komen voor langdurig zieken die niet aanwezig zijn op afspraken met de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten of die zich niet binnen de 14 dagen inschrijven bij deze arbeidsbemiddelingsdiensten (wanneer zij dit moesten doen). Hoe verloopt de communicatie met de arbeidsbemiddelingsdiensten? Om de sancties correct te kunnen toepassen, is een optimale communicatie namelijk essentieel.*

Antwoord - Réponse:

Geachte mevrouw Volksvertegenwoordiger,

In 2025 zijn er 10.142 trajecten opgestart. In het eerste kwartaal van 2026 3.115. Voor de eerste 5000 trajecten wordt 4800 euro betaald. Voor de bijkomende trajecten wordt dit bedrag jaarlijks geïndexeerd aan 2%. Om de cijfers te geven met betrekking tot de uitstroom heeft mijn administratie meer tijd nodig.

De nieuwe raamovereenkomst gaat in voege op 1 januari 2027. De belangrijkste wijziging is de resultaatsgebonden financiering (35% van het bedrag). In de raamovereenkomst zal sterk ingezet worden op communicatie. Op heden is er reeds een beveiligde uitwisseling voorzien tussen de partners. Op 2 juni 2026 heeft het informatie- en veiligheidscomité zijn besluit bekendgemaakt, waardoor de betrokken partijen (VDAB, RIZIV, ziekenfondsen) gegevens kunnen uitwisselen met betrekking tot de verplichte trajecten en de contacten. In november 2026 gaat een nieuw meer uitgebreid platform in voege. Daarbij is een wederzijdse connectie voorzien met het TRIO-platform.

De responsabiliserende maatregel in uitvoering van de Terug Naar Werk-wet van 19 december 2025 is slechts van toepassing als de verzekerde zonder arbeidsovereenkomst met een voldoende arbeidspotentieel zonder geldige rechtvaardiging afwezig is op het contactmoment. De door u aangehaalde situatie van een werkhervatting bij de oorspronkelijke werkgever die samenvalt met een uitnodiging door de VDAB, met de toepassing van deze responsabiliserende maatregel, kan dus niet voorkomen. De partners zijn nauw betrokken bij de praktische implementatie van de procedure en de gegevensuitwisseling.